

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دانشگاه تهران - مؤسسه روانشناسی
دکتر محمد ایاری فرد

۲----- روان‌شناسي باليني كودك و نوجوان

دکتر محمد خدا ایاری فرد
دانشگاه تهران - مؤسسه روانشناسی

روان شناسی بالینی کودک و نوجوان

دکتر محمدخداياری فرد

دانشگاه تهران

دکتر فرامرز سهرابی

دانشگاه علامه طباطبائی

۴----- روان‌شناسي باليني كودك و نوجوان

دکتر محمد خدا ایاری فرد
دانشگاه تهران - مؤسسه روانشناسی

فصل دوم..... ۱۷

روش‌های تحقیق در روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان..... ۱۷

مقدمه ۱۷

روش مشاهده ۱۸

روش مورد پژوهی ۱۹

روش تجربی (آزمایشی) ۲۰

روش همبستگی ۲۲

طرح تک آزمودنی ۲۳

فصل سوم..... ۲۵

روش‌های سنجش و ارزیابی در روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان..... ۲۵

سنجش روان‌شناختی..... ۲۵

اهداف سنجش بالینی ۲۵

سنجش بالینی ۲۷

صورت بندی بالینی در سنجش ۲۷

فرایند سبکا (ASPIRE) در سنجش روان‌شناسی بالینی کودک..... ۲۷

مرحله اول- سنجش ۲۸

مرحله دوم- برنامه ریزی ۲۸

مرحله سوم- کاربرد یا اجرای مداخلات روان شناختی ۲۸

مرحله چهارم- ارزیابی دقیق ۲۸

پرسش "کدام؟" ۲۹

پرسش "چه؟": ۲۹

۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

الگوی آماری..... ۳۰

تحلیل‌های چند متغیری..... ۳۰

الگوی تحولی..... ۳۱

الگوی نظام دار..... ۳۲

نظریه یادگیری اجتماعی کاربردی: رفتار درمانی..... ۳۳

الگوی شناختی- رفتاری..... ۳۴

مشخصات الگوهای متفاوت درمانی..... ۳۵

ارزیابی روان‌شناختی..... ۳۷

فصل چهارم..... ۳۹

اختلالات خلقی در کودکان و نوجوانان..... ۳۹

افسردگی در دوران کودکی و نوجوانی..... ۳۹

افسردگی و خودکشی در نوجوانان..... ۴۰

افسردگی در نوجوانان..... ۴۱

مسایل مفهومی و روش شناختی در افسردگی کودکان..... ۴۱

ابعاد بالینی افسردگی در نوجوانان..... ۴۳

طبقه‌بندی اختلال افسردگی در کودکان..... ۴۵

نشانه‌های رایج افسردگی در نوجوانی..... ۴۷

شیوع افسردگی در کودکان..... ۵۰

شیوع افسردگی در نوجوانان..... ۵۳

سیر روند اختلال افسردگی در کودکان..... ۵۴

نظریه‌های سبب‌شناسی افسردگی در کودکی و نوجوانی..... ۵۶

نظریه‌های زیست‌شناختی..... ۵۷

نظریه‌های زیست‌شناختی و زیست‌شیمیایی افسردگی در نوجوانی..... ۵۸

فهرست موضوعی ----- ۷

۵۹	نظریه‌ی ژنتیکی افسردگی در نوجوانی
۶۱	نظریه‌های روان‌پویشی
۶۱	نظریه شناختی بک
۶۲	نظریه ناامیدی
۶۳	نظریه خودکنترلی ریهم
۶۳	نظریه‌های رفتار لوینسون
۶۳	تئیدگی‌های زندگی و محیطی - اجتماعی
۶۴	سنجش افسردگی در کودکان و نوجوانان
۶۵	مقیاس‌های درجه‌بندی
۶۶	درمان افسردگی کودکان
۶۶	دارو درمانی
۶۹	روان‌درمانگری
۶۹	بازی درمانی
۷۰	درمان منطقی-هیجانی
۷۰	درمان شناختی بک
۷۱	درمان رفتاری لوینسون
۷۱	درمان خودکنترلی
۷۲	درمان حل مشکل
۷۲	خانواده درمانی
۷۳	مطالعات انجام شده درباره نتایج بکارگیری روان‌درمانگری در درمان کودکان افسرده
۷۵	درمان افسردگی نوجوانان
۷۷	میانجی‌های نتایج درمانی
۷۸	اختلال دوقطبی
۷۹	ملاک‌های شیدایی

۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

۸۰	علل زیست‌شناختی و عصب‌شناختی اختلال دوقطبی
۸۰	درمان اختلال دوقطبی
۸۱	میزان شیوع افسردگی
۸۲	شرایط همبود با اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان
۸۲	خودکشی و شبه خودکشی در نوجوانان
۸۴	شیوع خودکشی
۸۶	سوگیری جنسیتی و جنسی
۸۷	نژاد و قومیت
۸۸	تصویر بالینی
۸۸	انواع خودکشی
۸۹	مراحل خودکشی
۹۰	عوامل خطرآفرین در خودکشی
۹۱	عوامل تحولی و تاریخچه‌ای
۹۲	عوامل موقعیتی
۹۳	عوامل روان‌شناختی
۹۴	اقدامات بالینی در ارتباط با خودکشی
۹۶	ارزیابی
۹۶	مداخله
۹۷	پس‌مداخله
۹۸	پیشگیری
۹۸	خلاصه

۱۰۱..... فصل پنجم

۱۰۱	اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان
-----	---------------------------------------

۱۰۱	تعریف ترس و اضطراب
۱۰۳	الگوی سه مولفه‌ای
۱۰۳	مفهوم عاطفه منفی
۱۰۵	روند تحولی ترس‌های کودکی و نوجوانی
۱۰۷	علایم بالینی ترس و اضطراب
۱۰۸	اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان
۱۰۸	ابعاد و روندهای اساسی در اختلالات اضطرابی
۱۰۹	اختلال اضطرابی جدایی
۱۱۲	هراس‌های خاص
۱۱۲	هراس اجتماعی
۱۱۵	اختلال اضطراب فراگیر
۱۱۶	رفتار امتناع از مدرسه
۱۱۷	اختلال‌های نقص توجه و اضطراب
۱۱۸	زمینه‌های خلقی و اضطراب
۱۲۰	نظریه‌های سبب شناختی
۱۲۰	نظریه‌های زیست شناختی
۱۲۲	فرضیه ژنتیک
۱۲۳	فرضیه گابا
۱۲۳	فرضیه تولید آدرنالین - تولید نور آدرنالین
۱۲۴	نظریه‌های روان شناختی
۱۲۴	نظریه‌های روان تحلیل‌گری
۱۲۶	نظریه شناختی بک
۱۲۷	نظریه رشد نهفته
۱۲۸	فرضیه‌های سیستم‌های خانوادگی

۱۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

۱۳۲	سنجش ترس و اضطراب در کودکان و نوجوانان
۱۳۳	مصاحبه‌ها
۱۳۴	پرسشنامه‌های بالینی
۱۳۵	سنجش‌های خود گزارش‌دهی از اضطراب
۱۳۸	سنجش فیزیولوژیکی
۱۳۹	درمان اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان
۱۴۰	مداخله‌های درمانی رفتاری
۱۴۴	شناخت - رفتار درمانگری
۱۴۶	خانواده درمانی و مداخله والدین
۱۴۷	مداخلات پیشگیری‌کننده
۱۴۸	الگوی سه مؤلفه‌ای پیشگیری‌کننده
۱۴۹	خلاصه
۱۴۹	مداخلات دارویی
۱۵۳	خلاصه و نتیجه‌گیری

فصل ششم..... ۱۵۵

۱۵۵	اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی
۱۵۵	تاریخچه
۱۵۶	ملاک‌های تشخیصی ADHD براساس DSM-IV-TR
۱۵۷	الف- علائم و نشانه‌های بی‌توجهی
۱۵۸	ب- نشانه‌های تکانشی - بیش‌فعالی
۱۶۰	سبب‌شناسی
۱۶۰	تبیین‌های زیست‌شناختی

فهرست موضوعي ----- ۱۱

۱۶۰	عصب - شیمیایی
۱۶۱	سیستم‌های عصب کالبد شناختی
۱۶۲	ژنتیک
۱۶۳	عوارض قبل از تولد
۱۶۴	سایر عوامل زیست‌شناختی
۱۶۴	مفهوم سازی‌های روان‌شناختی
۱۶۴	مفهوم سازی‌های روانی - اجتماعی
۱۶۶	همه‌گیر شناسی
۱۶۹	اثرات روانی - اجتماعی و ابعاد مرتبط
۱۶۹	کودکی اول
۱۶۹	کارکرد تحصیلی
۱۷۰	کارکرد خانوادگی
۱۷۰	کارکرد اجتماعی
۱۷۱	کودکی میانی
۱۷۱	کارکرد رفتاری
۱۷۱	کارکرد تحصیلی
۱۷۳	کارکردهای خانوادگی
۱۷۴	کارکرد اجتماعی
۱۷۴	کارکرد هیجانی
۱۷۵	نوجوانی
۱۷۵	کارکرد رفتاری
۱۷۵	کارکرد تحصیلی
۱۷۵	کارکرد خانوادگی
۱۷۶	کارکرد اجتماعی

۱۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

۱۷۶..... کارکرد هیجانی

۱۷۷..... ارزیابی

۱۷۸..... مصاحبه‌ها

۱۷۸..... مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار

۱۷۹..... سنجش مبتنی بر کلینیک

۱۸۰..... مشاهده مستقیم

۱۸۰..... سایر روش‌ها

۱۸۰..... درمان ADHD

۱۸۱..... داروشناسی روانی

۱۸۳..... اثرات داروهای محرک

۱۸۵..... داروهای غیرمحرک

۱۸۵..... رفتاردرمانی

۱۸۷..... مدیریت وابستگی مستقیم

۱۸۸..... آموزش رفتاری والدین

۱۸۹..... مداخله‌های رفتاری مدرسه‌ای

۱۹۰..... درمان ترکیبی

۱۹۲..... خلاصه

۱۹۵..... فصل هفتم

۱۹۵..... اختلال‌های رفتاری ایدایی

۱۹۹..... همه‌گیر شناسی

۱۹۹..... شیوع

۲۰۰..... همبودی علائم اختلال سلوک

۲۰۲..... ابعاد بالینی و تشخیصی

فهرست موضوعی ----- ۱۳

۲۰۲	پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات.....
۲۰۳	تخریب و ویرانی اموال.....
۲۰۳	فربادادن، کلاه برداری و دزدی.....
۲۰۳	تخلّف جدی از قواعد.....
۲۰۴	نظریه های سبب شناختی.....
۲۰۸	نظریه های زیست شناختی.....
۲۰۸	نظریه ژنتیک.....
۲۰۸	نظریه هورمونی.....
۲۰۸	نظریه برانگیختگی.....
۲۰۹	نظریه نقص عصب روان شناختی.....
۲۱۰	نظریه های روان پوشی.....
۲۱۰	نظریه نقص فرامن.....
۲۱۱	نظریه دل بستگی.....
۲۱۲	نظریه های شناختی.....
۲۱۲	نظریه پردازش گری اطلاعات اجتماعی.....
۲۱۲	نظریه نقص مهارت های اجتماعی.....
۲۱۳	نظریه های یادگیری اجتماعی.....
۲۱۳	نظریه سرمشق دهی (الگودهی).....
۲۱۴	نظریه فرایند خانوادگی تحمیلی.....
۲۱۵	نظریه سیستم ها.....
۲۱۵	نظریه سیستم های ساختار خانوادگی.....
۲۱۶	نظریه جامعه شناختی.....
۲۱۷	نظریه چند سیستمی.....
۲۱۸	ارزیابی.....

۱۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

- ۲۱۹..... رفتار کودک در یک بافت تعاملی
- ۲۱۹..... مصاحبه‌ها
- ۲۲۰..... مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار
- ۲۲۰..... مشاهده رفتاری
- ۲۲۱..... ویژگی‌های مرتبط کودک
- ۲۲۲..... عوامل خانوادگی و فراخانوادگی
- ۲۲۴..... درمان اختلال سلوکی
- ۲۲۴..... اختلال بی‌اعتنایی (نافرمانی) مقابله‌ای
- ۲۲۵..... رابطه تحولی بین اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوکی
- ۲۲۶..... اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
- ۲۲۷..... ویژگیها و اختلالهای توأم
- ۲۲۸..... ویژگیهای خاص وابسته به سن و جنسیت
- ۲۲۸..... شیوع
- ۲۲۸..... دوره یا سیر
- ۲۲۹..... الگوی خانوادگی
- ۲۲۹..... تشخیص افتراقی
- ۲۳۰..... ■ ملاکهای تشخیصی ۳۱۳/۸۱ اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای
- ۲۳۱..... مداخله‌های روانی - اجتماعی برای مشکلات سلوکی
- ۲۳۱..... مداخله‌های خانواده مدار
- ۲۳۱..... برنامه آموزش والدین یا OSLC
- ۲۳۴..... خانواده درمانی کارکردی
- ۲۳۵..... مداخله‌های چند مؤلفه‌ای
- ۲۳۵..... آموزش مهارت‌های حل مسئله کازدین به همراه آموزش مدیریت والدین
- ۲۳۶..... درمان چند سیستمی

فهرست موضوعي ----- ۱۵

۲۳۷	برنامه‌های اجتماع محور.....
۲۳۸	الگوی مکان پیشرفت / آموزش خانواده.....
۲۳۸	درمان چندبعدی مراقبت پرورشی.....
۲۳۹	خلاصه.....
۲۴۱	منابع.....
۲۷۵	واژه نامه.....
۲۸۱	فهرست اعلام.....

دانشگاه تهران - مؤسسه روانشناسی
مجله خدایاری فرد

سخن مؤلفان

سپاس خداوند بزرگ را که توفیق تحریر کتاب "روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان" را به مؤلفان حاضر داد. روشن است که در فرایند گسترش روزافزون علم نمی‌توان فقط به منابع موجود اکتفا کرد. به همین منظور شایسته است که ضمن ارج نهادن به تلاش کسانی که با انتشارات علمی و پژوهشی خود در حیطه‌های مختلف علوم، به ویژه علم روان‌شناسی پیکره علوم راتقویت کرده‌اند، با نگاهی تازه و دستاوردهای نظری - تجربی جدید این پیکره را به روز کرد. در این راستا و با هدف پاسخگویی به نیازهای جامعه علمی، به ویژه دانشجویان عزیز رشته روان‌شناسی (گرایش‌های مختلف)، بر آن شدیم که با بهره‌گیری از نتایج پژوهش‌های جدید و نیز تجربیات آموزشی و فعالیت‌های تخصصی و حرفه‌ای خود در کلینیک‌های بالینی و مراکز مشاوره به تألیف کتاب حاضر همت بگماریم.

این کتاب در هفت فصل تنظیم شده است. فصل اول کتاب به کلیات موضوع روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان اختصاص دارد؛ به طوری که با تعریف روان‌شناسی بالینی و سابقه علمی روان‌شناسی بالینی کودک شروع می‌شود و با طبقه‌بندی اختلالات روانی کودکان و نوجوانان به پایان می‌رسد. در فصل دوم روش‌های تحقیق روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان توصیف شده است. سنجش‌ارزیابی در روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان به منظور شناخت علمی و تشخیص درست اختلالات روانی در کودکان و نوجوانان مطالب فصل سوم را تشکیل می‌دهند. با توجه به تجربیات بالینی مؤلفان کتاب، از میان انواع اختلالات رایج در دوران تحولی کودکی و نوجوانی، اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان انتخاب و در فصول چهارم و پنجم به تفصیل و با عنایت به ماهیت اختلال، سبب‌شناسی، نظریه‌های موجود درباره پذیرایی اختلالات، ارزیابی و ارائه راهکارهای درمانی ارائه شده است. در فصل ششم اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مورد بحث قرار گرفته و از منظر سبب‌شناسی، ملاک‌های تشخیص، همه‌گیرشناسی، ارزیابی و درمان تبیین شده است. آخرین فصل کتاب (فصل هفتم) به توصیف و تبیین اختلال رفتار ایدایی پرداخته شده است که شامل: اختلال

فهرست موضوعی ----- ۱۷

سلوک و اختلال رفتار بی‌اعتنایی مقابله‌ای می‌باشد. پایان بخش کتاب واژه‌نامه فهرست‌اسامی و فهرست موضوعی کتاب است.

در تدوین کتاب حاضر، مؤلفان از حمایت‌های مرکز انتشارات دانشگاه تهران برخوردار بوده‌اند. هم‌چنین آقای سعید اکبری زردخانه در فرایند ویراستاری و چاپ کتاب تلاش زیادی کردند که شایسته است از ایشان و تمام کسانی که به نحوی در انتشار این اثر سهیم بوده‌اند، تشکر و قدردانی شود. بدیهی است این اثر همانند سایر آثار و منابع علمی کاستی‌ها و ضعف‌هایی دارد بنابراین، از تمام اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه‌ها، دانشجویان عزیز (به ویژه دانشجویان دوره‌های تحصیلات تکمیلی) و صاحب‌نظران و خوانندگان محترم، خواهشمندیم ما را از نظرات، پیشنهادهای و انتقادهای خود بهره‌مند سازند تا در چاپ‌های بعدی بتوان از آنها در ارتقای این اثر سود جست. امید آن که این کتاب بتواند در تعمیق و ترویج دانش کاربردی در حوزه روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان در کشور سودمند واقع شود.

دکتر فرامرز سهرابی
دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر محمد خدایاری فرد
دانشگاه تهران

فصل اول

کلیات

مقدمه

شناخت ماهیت انسان، انگیزه‌ها، نگرش‌ها و نیازهای او از جمله دغدغه‌های بشر، بویژه محققان و صاحب نظران علوم انسانی بوده است. روان‌شناسی به مثابه علم مطالعه‌ی رفتار و فرایندهای روانی، در کنار سایر رشته‌های علوم انسانی از جمله انسان‌شناسی، فلسفه، جامعه‌شناسی، تعلیم و تربیت، مردم‌شناسی و علوم پزشکی به شناخت ماهیت انسان می‌پردازد. امروزه علم روان‌شناسی پیشرفت و توسعه قابل ملاحظه‌ای کرده است به طوری که در انجمن روان‌شناسی آمریکا ۵۱ رشته و گرایش روان‌شناسی وجود دارد. روان‌شناسی بالینی شعبه‌ی دوازدهم انجمن روان‌شناسی آمریکا محسوب می‌شود.

شاید بتوان گفت که موضوعات مورد بحث در روان‌شناسی بالینی از قدیم الایام در زندگی انسان‌ها مطرح بوده و در قالب فعالیت‌های پزشکی ارائه می‌شد، ولی برخی عقیده دارند که روان‌شناسی بالینی به مثابه یک علم مستقل از زمانی پا به عرصه‌ی علوم گذاشت که لایتنر ویتمر^۱ در سال ۱۸۹۶ اولین درمانگاه روان‌شناسی را در دانشگاه پنسیلوانیا بنیان گذاشت و در سال ۱۹۰۷ حرفه‌ی جدیدی بنام روان‌شناسی بالینی را مطرح کرد. به هر حال امروزه روان‌شناسان، لایتنر را بنیان‌گذار روان‌شناسی بالینی می‌دانند.

1. Lightner Witmer

برای ورود به موضوع روان‌شناسی بالینی کودک شایسته است که ابتدا تعریف مناسبی از روان‌شناسی بالینی^۱ ارائه شود، موضوع مطالعه‌ی آن روشن شود و تفاوت آن با آسیب‌شناسی روانی^۲ یا روان‌شناسی مرضی نیز مشخص گردد تا از درهم بینی این دو موضوع مستقل جلوگیری شود.

تعریف روان‌شناسی بالینی

کلمات «بالین» و «بالینی» ترجمه اصطلاح کلینیک است. کلمه **Clinic** از ریشه یونانی **Kline** و **Klinikos** و لاتین **Clinicus** به معنی «تخت» گرفته شده است و به مفهوم «حالت خوابیده» و وضعیت «درازکشیده روی تخت» به کار می‌رود. کلینیک در اصطلاح بین‌المللی به مؤسساتی گفته می‌شود که در آن بیماران بستری پذیرایی می‌شود و سابقاً تنها به مؤسسات پزشکی گفته می‌شد. در زبان فارسی اصطلاح «درمانگاه» را معادل «کلینیک» به کار می‌برند. در رشته پزشکی بالینی بیماران را انفرادی مورد مطالعه و مداوا قرار می‌دهند. امروزه در برخی از کشورها «کلینیک» مؤسسه‌ای است که به کار درمان بیماران بستری می‌پردازد. در برخی دیگر کلینیک به مؤسساتی می‌گویند که در آنها به «مشاوره و درمان» بیمارانی که در معرض خطر و یا ناسازگاری‌های روانی قرار دارند، پرداخته می‌شود. انفرادی بودن تلاش‌های بالینی در کلینیک ایجاب می‌کند که مراجع آزادانه و آگاهانه یقین پیدا کرده و به این مطلب اطمینان داشته باشد که محور اصلی در هر اقدام و یا ارتباط بالینی باشد. اگر مراجع با گروهی همراه شد (خانواده، دوستان و ...)، توجهات اولیه و اقدامات ثانویه در رابطه مستقیم و غیرمستقیم با آن جمع برنامه‌ریزی می‌شود و گروه آنها به‌عنوان یک مجتمع روان فضایی پویا مورد سؤال قرار می‌گیرد. امکانات کلینیک طوری سازمان‌دهی می‌شوند که فرایندهای پژوهش، تشخیص و درمان (مشاهده، مصاحبه) شرح حال گیری، اجرای آزمون‌ها و ... را به طور انفرادی تسهیل کند و در جهت بکارگیری خانواده و گروه گسترش یابد (خدیوی زند، ۱۳۷۷).

می‌توان گفت که تصور متفاوتی از روان‌شناسی بالینی در بین مردم وجود دارد. برخی روان‌شناسی بالینی را با پزشکی مترادف می‌دانند و حتی آن را با روانپزشکی^۳ اشتباه می‌گیرند و برخی نیز آن را با تخصص مغز و اعصاب (نورولوژی^۴) یکی می‌دانند. عده‌ای نیز روان‌شناسی بالینی را معادل

-
1. clinical psychology
 2. psychopathology
 3. psychiatry
 4. Neurologist

۲۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

روان‌تحلیل‌گری^۱ قلمداد می‌کنند و بعضی نیز آن را حرفه عجیب و غریبی می‌دانند که با بیماران روانی سر و کار دارد.

افرادی که با دید علمی به روان‌شناسی بالینی می‌نگرند، آن را نوعی روش تحقیق، راهی برای تشخیص و درمان بیماری‌های روانی می‌دانند، هر چند در تبیین آن اتفاق نظر وجود ندارد. مثلاً انجمن روان‌شناسی آمریکا، روان‌شناسی بالینی را در سطح کاربردی هنر و فنی که با مسائل سازش افراد آدمی سرو کار دارد، تعریف می‌کند و لاگاش^۲ (۱۹۶۹) همپوشی آن را با روان‌شناسی تجربی در این واقعیت می‌بیند که آن‌ها با دو طریقه‌ی مختلف برای رسیدن به یک هدف واحد اقدام می‌کنند و آن بررسی رفتار انسان است. بنابراین، از یک دیدگاه می‌توان گفت که روان‌شناسی بالینی دو جنبه متمایز دارد که یکی بررسی وضعیت فردی و دیگری تشخیص و درمان سازش نایافتگی است (منصور و دادستان، ۱۳۶۶).

رسنیک^۳ (۱۹۹۱) روان‌شناسی بالینی را این گونه توصیف می‌کند که این رشته شامل تحقیق در مورد اصول، روش‌های تدریس این اصول و ارائه خدماتی است که امکان شناخت، پیش‌بینی و تخفیف ناسازگاری‌ها، معلولیت‌ها و ناراحتی‌های هیجانی، زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری را فراهم می‌آورد.

فیرس^۴ (۱۹۹۲) روان‌شناسی بالینی را رشته‌ای می‌داند که با مطالعه، تشخیص و درمان مسائل و اختلال‌های روان‌شناختی یا رفتار نابهنجار سر و کار دارد.

فرهنگ جامع روان‌شناسی و روانپزشکی، روان‌شناسی بالینی را این گونه تعریف می‌کند: "روان‌شناسی بالینی قسمتی از روان‌شناسی است که با رفتار غیرانطباقی، نابهنجار یا انحرافی انسان سر و کار دارد و زیر چتر گسترده‌ی فعالیت‌های بالینی، تشخیصی، طبقه‌بندی، درمان، پیشگیری و تحقیق جای گرفته است. هر چند در سال‌های اخیر روان‌شناسی بالینی گرایش به سوی تجربی نشان داده است، هنوز هم به طور عمده در مسیر تاریخی خود که پزشکی‌گرا است طی طریق می‌کند" (پورافکاری، ۱۳۷۶، ص، ۳۶).

-
1. psychoanalysis
 2. Lagache
 3. Resnick
 4. Phares

آنچه در تعاریف مختلف از روان‌شناسی بالینی به صورت مشترک به چشم می‌خورد، پیشگیری، پژوهش، تشخیص (با استفاده از شیوه‌های مختلف سنجش) طبقه‌بندی و درمان اختلالات روانی است.

وجوه اشتراک و افتراق "روان‌شناسی بالینی" با "آسیب‌شناسی روانی"

گستره‌ی علم روان‌شناسی و توسعه‌ی روزافزون آن موجب شده است که گرایش‌ها، رشته‌ها و شاخه‌های متعدد جدیدی بوجود آید و به شناخت بیشتر ماهیت انسان، تفکرات، هیجان‌ها و رفتارهای او بپردازد. علاوه بر این، توسعه‌ی علوم بین رشته‌ای نیز مخصوصاً در دو دهه‌ی اخیر بسیار چشمگیر بوده است که در حوزه‌ی روان‌شناسی می‌توان از رشته‌هایی همچون روان‌شناسی تکاملی^۱، علم عصب‌نگرشناختی^۲، روان‌شناسی طب کودکان^۳، روان‌شناسی فرهنگ‌نگر^۴، علم شناخت‌نگر^۵، روان‌شناسی سلامت^۶، ایمنی‌شناسی روانی - عصبی^۷ نام برد.

در راستای توسعه‌ی علم روان‌شناسی، موضوع آسیب‌شناسی روانی جلوه می‌کند که به نظر می‌رسد بستر این توسعه را فراهم آورده است و از روان‌شناسی و بویژه روان‌شناسی بالینی جداناپذیر است. چنانچه آسیب‌شناسی روانی را علمی تعریف کنیم که به بررسی و توصیف نشانه‌ها و علائم اختلالات روانی، شیوه‌ی پدیدایی و شکل‌گیری اختلالات، نظام‌دار کردن انواع اختلالات و بررسی علل و عوامل بوجود آورنده‌ی اختلالات روانی می‌پردازد می‌توان آن را به علم نشانه‌شناسی، سبب‌شناسی، پدیدایی مرضی^۸ و طبقه‌بندی بیماری‌های روانی اطلاق کرد.

آسیب‌شناسی روانی با تعریفی که از آن به عمل آمد در محدوده‌ی بررسی اختلالات روانی با روان‌شناسی بالینی اشتراک موضوع دارد و همسایه‌ی دیوار به دیوار آن است. زیرا در هر دو حیطه‌ی آسیب‌شناسی روانی و روان‌شناسی بالینی پرداختن به توصیف و تبیین نشانه‌ها، نحوه‌ی پدیدایی، تعیین

-
1. evolutionary
 2. cognitive neuroscience
 3. pediatric psychology
 4. cultural
 5. cognitive science
 6. health psychology
 7. psychoneuro-immunology
 8. pathogenesis

۲۲- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

علت و یا علل و عوامل بروز و شیوع و تداوم و نیز نظام‌مند کردن و تشخیص دادن اختلالات روانی امری ضروری و در عین حال مهم است. بنابراین، مرز مشترک بین آسیب‌شناسی روانی و روان‌شناسی بالینی را می‌توان اختلالات روانی دانست.

درباره وجوه افتراق روان‌شناسی بالینی با آسیب‌شناسی روانی می‌توان گفت که از یک سو در روان‌شناسی بالینی علاوه بر نشانه‌شناسی، پدیدآیی، علت‌شناسی و طبقه‌بندی بیماری‌های روانی به امر تشخیص و درمان بیماری‌های روانی با استفاده از اصول روان‌شناختی بیشتر تأکید می‌شود. به عبارت دیگر در آسیب‌شناسی روانی اصولاً شناخت مسائل مربوط به اختلالات روانی مطرح است در حالی که در روان‌شناسی بالینی تشخیص و درمان اختلالات روانی بیشتر مورد تأکید است. از سوی دیگر آسیب‌شناسی روانی تنها بستر آشنایی با نشانه‌شناسی و سبب‌شناسی را فراهم می‌کند که روان‌شناسی بالینی فعالیت‌های خود را بر مبنای آن زمینه و بستر شکل می‌دهد و شاید بتوان گفت که آسیب‌شناسی روانی داده‌های خام و اولیه را برای تحقق جریان روان‌شناسی بالینی تدارک می‌بیند.

روان‌شناسی بالینی را همچنین می‌توان از رشته‌های دیگر روان‌شناسی متمایز دانست. مثلاً ارزشیابی‌هایی که در آزمون‌های استعداد، هوش و رغبت در روان‌شناسی تربیتی اجرا می‌شود، تنها جنبه‌ی فناوری^۱ روان‌شناسی بالینی را فراهم می‌کند و تفسیر و تعیین نتایج آزمون‌ها در چارچوب معلومات بالینی و نسبت‌های موردنظر در این زمینه، تنها توسط روان‌شناس بالینی جایز است و یک آزمونگر جز ارائه‌ی نتایج آزمون‌ها به روان‌شناس بالینی وظیفه‌ی دیگری بر عهده ندارد (دادستان، ۱۳۶۶، ص ۲۶). بنابراین، روان‌شناسی بالینی با روان‌شناسی تربیتی و روان‌سنجی نیز متفاوت است. در مقام تبیین ماهیت، موضوع، روش تحقیق، سنجش و ارزیابی روان‌شناسی بالینی کودک بهتر است که ابتدا تفاوت بین کودکان و بزرگسالان مطرح شود، تا مرز تشخیص و افتراق روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی بالینی کودک نیز بخوبی تصریح شود.

تفاوت بین کودکان و نوجوانان و بزرگسالان

در گذشته، بین کودکان و بزرگسالان فرقی گذاشته نمی‌شد و به طور کلی کودکان را "بزرگسالان کوچک" در نظر می‌گرفتند. "بزرگسال کوچک" شمردن کودکان با عنایت به وضعیت

تحولی کودکان در ابعاد جسمانی، هیجانی و شناختی و اجتماعی، مسأله‌ی بررسی و تبیین رفتارهای آنان را پیچیده‌تر کرد. به همین دلیل از اوایل قرن نوزدهم به بعد، بویژه در سه دهه‌ی اخیر توجه به ویژگی‌های تحولی کودکان در امر پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی بیشتر شده است. در این راستا محققان و روان‌شناسان و صاحب‌نظران تعلیم و تربیت به نقش تعیین‌کننده‌ی دیدگاه رشدی پی برده‌اند. براساس دیدگاه رشدی، مشکلات روان‌شناختی کودکان ناشی از انحراف از یک یا چند حوزه‌ی رشد شناختی، زیست‌شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی هستند (ماش و ولف^۱، ۱۹۹۹).

در حال حاضر، متخصصان روان‌شناسی، روانپزشکی و مشاوره کودکان و نوجوانان در بررسی الگوهای رفتاری (بهنجار و نابهنجار) علائم قابل مشاهده‌ی رفتار را در قالب و چارچوب تحولی کودکان قرار داده و آن را براساس مراحل رشد کودکان تبیین و توجیه می‌کنند و اعتقاد عمومی صاحب‌نظران بر این واقعیت است که کودکان در مقوله‌های مختلف با بزرگسالان تفاوت دارند. یکی از تفاوت‌های اساسی بین کودکان و بزرگسالان، قرار گرفتن کودکان در مسیر تحولی سریع و گسترده می‌باشد. "کودک موجودی است در حال تحول و در نتیجه در سازماندهی ساخت‌های شکلی و کنشی خود، متحرک و در تجلیات رفتاری خویش قابل انعطاف می‌باشد. بنابراین بسیاری از تعارض‌هایی که در طول زندگی کودک و نوجوان به وجود می‌آیند به معنای تغییر سطح سازش و در حکم ویژگی‌های مراحل یا دوره‌های تحول محسوب می‌شوند." (دادستان، ۱۳۷۸، ص ۲۷). پس، می‌توان گفت که برخی از علائم و نشانه‌هایی که به ظاهر در این دوره نابهنجار تلقی می‌شوند، ممکن است وابسته به وهله‌های قطع سازش در دوره‌های بحرانی^۲ کودکان و نوجوانان باشد.

همان گونه که ملاحظه می‌شود، توجه به ضابطه و ملاک تحول و قرار داشتن کودکان و نوجوانان در مراحل و مقاطع مختلف رشدی و به زبان ساده عنایت به سن آنها، علائم و نشانه‌های رفتاری کودکان در بستر دوره‌های تحولی توضیح داده می‌شود. مثلاً شیوع اختلال تکلمی در حدود دو سالگی که در کودکان دوره‌ی اوج یادگیری زبان و برقراری ارتباط کلامی است، از دوره‌های دیگر تحول شایع‌تر است و نمی‌توان مشکلات گفتاری موقت این دوره را به اختلال تکلمی منتسب کرد. یا

1. Mash & Wolfe

2. critical periods

۲۴- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

شب ادراری در سنین راهنمایی به مثابه یک مشکل یا اختلال دفعی محسوب می‌شود، ولی خیس کردن رختخواب در دو سالگی را نمی‌توان اختلال دفعی توصیف کرد. بنابراین، در مواجهه با علائم آسیب‌شناختی در کودکان و نوجوانان تناسب سنی او را همواره باید مورد توجه قرار داد در حالی که این مسأله در مورد بزرگسالان از چنین حساسیتی برخوردار نیست.

دومین تفاوت بین کودکان و نوجوانان و بزرگسالان در شیوه‌ی بروز علائم و نشانه‌های بالینی است. نظر به این که کودکان و نوجوانان از توانایی جسمی و شناختی کمتری در کنترل پدیده‌ها نسبت به بزرگسالان برخوردارند، معمولاً مشکلات خود را به صورت جسمانی کردن^۱ و رفتاری ظاهر می‌کنند. آن‌ها نسبت به عناصر آسیب‌زا، خطرپذیری بالایی دارند، از مکانیسم‌های انطباقی کمتری برخوردارند، کنترل و تسلط کمتری بر وقایع و حوادث دارند و انعطاف‌پذیری آن‌ها با موقعیت و جدید محدود است. بنابراین، کودکان و نوجوانان مسائل و مشکلات روان‌شناختی خود را با علائم بدنی و قابل مشاهده ظاهر می‌کنند که برخی از این علائم را در بازی‌های کودکانه می‌توان ملاحظه کرد.

سومین مقوله‌ی تفاوت بین کودکان، نوجوانان و بزرگسالان را می‌توان براساس اصل پیش‌بینی آینده‌ی رفتار کنونی تبیین کرد. بر پایه‌ی این اصل باید مشخص شود که آیا رفتار موردنظر در رشد و گسترش سازگاری و بهزیستی کودک در آینده تولید اشکال خواهد کرد یا خیر؟ این پیش‌بینی مستلزم در نظر گرفتن فراوانی، شدت، و تداوم همان رفتار موردنظر است (لطفی کاشانی، ۱۳۷۶).

فراوانی به تعداد و میزان رخداد یا انجام یک رفتار مرتبط می‌شود. کودکان ممکن است در سنین مختلف چندبار رختخواب خود را خیس کنند، اما کودکانی که اختلال بی‌اختیاری ادرار دارند، به تعداد بیشتری این مشکل را نشان می‌دهند.

شدت به نیرومندی یک رفتار مرتبط می‌شود و آن در حدی است که به طور قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های روزمره و به کارگیری کنش‌ها و مهارت‌های سازگارانه تداخل کرده و عملکردهای او را مختل می‌کند مثل کودکانی که دارای اختلال سلوک هستند.

مقوله‌ی دیگر، تداوم است که نشانگر ثبات و پایایی نشانگان مشکل رفتاری در طول زمان است. تداوم علائم رفتاری به تشخیص اختلال رفتاری کمک می‌کند و تشخیص افتراقی آن را با مشکلات اتفاقی و گذرا معین می‌کند.

بیان تفاوت بین کودکان، نوجوانان و بزرگسالان از این جهت مهم است که در روان‌شناسی بالینی کودک برخی از علائم و نشانه‌های رفتاری «وابسته به سن» و مخصوص دوره‌ی تحول است و گذر موفقیت‌آمیز از این مرحله ممکن است به تخفیف و یا از بین رفتن علائم منجر شود. همان گونه که قبلاً نیز گفته شد، رفتاری مثل اضطراب جدایی، رفتار وابسته به دوره‌ی تحول است و پس از طی آن دوره علائم کاهش پیدا می‌کنند، مخصوصاً اگر محیطی سالم و مناسب عمل کنند، امکان این که مشکلی در آینده بوجود آید، بسیار اندک خواهد بود.

بخاطر وجود تفاوت بین کودکان، نوجوانان و بزرگسالان، طبقه‌بندی بیماری‌ها نیز در این دو گروه تا حدودی متفاوت است و برخی از اختلالات مختص کودکان و نوجوانان و برخی اختلالات دیگر ویژه دوره‌ی بزرگسالی و پیری است. تفاوت دیگر کودکان و نوجوانان و بزرگسالان این است که معمولاً بزرگسالان از مشکلات خود رنج می‌برند و خودشان برای بازیابی سلامت خود به دنبال درمان می‌گردند، ولی کودکان و نوجوانان توسط والدین، معلمان و سایر اولیای مدرسه و یا مراقبان اصلی برای استفاده از خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی فراخوانده می‌شوند، و یا توسط بزرگسالان برای درمان فرستاده می‌شوند و یا به همراه خانواده در جلسات مشاوره و درمان شرکت می‌کنند (کندل، ۲۰۰۰).

در تبیین تفاوت بین کودکان و بزرگسالان همچنین ورنبرگ^۲ و همکاران (۱۹۹۶) به نکات زیر تأکید می‌کنند: کودکان نسبت به بزرگسالان آسیب‌پذیری فوق‌العاده دارند. کودکان مکانیسم‌های انطباقی کمتری بلد هستند و به وقایع و اتفاقات محیطی کمتر کنترل دارند و در انعطاف‌پذیری برای سازگاری با محیط و جدید محدودیت دارند. کودکان ممکن است تحت تأثیر حوادث آسیب‌زا مرحله‌ی تحولی پیش عملیات ذهنی را برای چند سال دیگر ادامه دهند. فقدان انطباق مؤثر به دنبال حوادث آسیب‌زا در زندگی می‌تواند رشد روانی و تشخیص کودک را تحت تأثیر قرار دهد.

با عنایت به آنچه در باب تفاوت کودکان و نوجوانان و بزرگسالان در مقوله‌های مختلف ذکر شد، روان‌شناسان بالینی کودک و سایر متخصصان حرفه‌ی روان‌شناسی، مشاوران، مددکاران اجتماعی، روانپزشکان و کلیه کسانی که با مشاوره و درمان کودکان و نوجوانان سر و کار دارند، باید به این وجوه افتراق دقت و توجه خاص مبذول دارند. از جمله این که هر گونه علائم آسیب‌شناختی رفتار

۲۶- روانشناسی بالینی کودک و نوجوان

کودکان و نوجوانان را در ساختار تحولی او معنا کنند زیرا که برخی از این علائم می‌تواند وابسته به دوره‌ی تحول و کاملاً قابل پیش‌بینی و بهنجار باشد، همچنین باید علائم مقطعی و گذرا در نظر گرفته شوند. درمانگران باید پیوسته به این واقعیت توجه داشته باشند که ارجاع کودکان از سوی والدین، مدارس و سایر مراقبان کودکان و نوجوانان لزوماً رفتار نابهنجار را در آن‌ها نشان نمی‌دهد و نظر افراد غیرمتخصص درباره‌ی وجود اختلال روانی در کودکان و نوجوانان پایگاه محکمی ندارد و در برخی از موقعیت‌ها، رفتارهایی که به نظر اطرافیان مرضی جلوه می‌کند ممکن است در واقع علائم رفتارهای سالم نسبت به بیماری اطرافیان و بیمارگونه محیط زندگی کودک و نوجوان باشد.

روانشناسی بالینی کودک و نوجوان

توصیف و تعریف اجمالی روانشناسی بالینی که در صفحات قبل ارائه شد، شناخت ماهیت روانشناسی بالینی کودک و نوجوان را تسهیل می‌کند. به طور کلی می‌توان گفت که روانشناسی بالینی کودک و نوجوان شاخه‌ای از روانشناسی است که به پژوهش، پیشگیری، سنجش، تشخیص و درمان علائم و نشانه‌های روانشناختی کودکان و نوجوانان می‌پردازد.

بنابراین، روانشناسی بالینی کودک و نوجوان با آسیب‌شناسی روانی و علائم آن در کودکان و نوجوانان سر و کار دارد ولی به آن محدود نمی‌شود و بر سنجش فرایندهای رشدی و خانوادگی بیشتر تأکید می‌کند و درمان اختلالات روانی را نیز مد نظر دارد.

سابقه‌ی علمی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان را هر چند باید در راستای تاریخچه‌ی علم روانشناسی جستجو کرد، اما می‌توان گفت که خاستگاه روانشناسی بالینی کودک و نوجوان به مثابه یک گرایش علمی در روانشناسی، به حدود بیش از یک قرن پیش برمی‌گردد و آن زمانی است که ویتمر^۱ (۱۸۹۶) با تأسیس اولین درمانگاه روانشناختی، حرفه‌ی روانشناسی بالینی را عرضه کرد.

علاوه بر فعالیت‌های ویتمر، تحولات علمی دیگری که در اواخر قرن نوزدهم به وقوع پیوست موجب رشد و توسعه‌ی این گرایش روانشناختی شد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- شناخت عقب‌مانده‌های ذهنی و مراقبت از آن‌ها و مشخص شدن این که عقب‌ماندگی ذهنی درجات مختلفی دارد. همچنین در این دوره شیوه‌های درمان برخی عقب‌ماندگی‌های ذهنی مطرح شد.

۲- ابداع آزمون‌های هوشی که آلفرد بینه تلاش کرد تا کودکانی که قادر به استفاده از برنامه‌های عادی مدارس نیستند بتوانند پیش از اخراج تحت معاینه قرار گیرند و اگر تربیت‌پذیر هستند در کلاس‌های ویژه جایگزین شوند. بینه با همکاری سیمون نخستین مقیاس هوش را تهیه کردند و مفهوم IQ یا هوشبهر به ادبیات بالینی روان‌شناسی اضافه کردند. آزمون‌های هوش از رایج‌ترین ابزارهایی هستند که توسط روان‌شناسان بالینی به کار گرفته می‌شود.

۳- شکل‌گیری دیدگاه‌های روان‌تحلیلی و رفتاری:

فروید در حالی که هیچگاه کودکی را درمان نکرد، معتقد شد که کلید درک رفتارهای بعدی فرد در تعارض‌های بین نهاد، من و فرامن است. تأکید فروید بر مسایل دوران کودکی جنبش روان‌پوشی را فعال ساخت. مقارن با مطرح شدن عقاید فروید، نهضت رفتارگرایی توسط واتسون شکل گرفت. واتسون برخلاف فروید، با استناد بر نظریه‌های یادگیری به شکل‌گیری رفتار متمرکز شد و اعلام کرد که با قرار گرفتن در محیطی مناسب می‌توان اکثر رفتارها را آموخت.

۴- جنبش مطالعه‌ی رفتار کودکان:

استانلی هال در زمینه روان‌شناسی بالینی کودک با تهیه پرسشنامه‌ای به جمع‌آوری اطلاعات درباره ترس‌ها، رویاها، تمایلات، بازی‌ها و همانند آن‌ها پرداخت و بنیان‌گذار روان‌شناسی کودک در امریکا شد.

۵- تأسیس کلینیک‌های راهنمایی کودک

قبل از سال ۱۸۹۶، در دانشگاه پنسیلوانیا کلینیکی توسط ویتمر تأسیس شد و به ارزیابی عملکرد کودکانی پرداخت که در مدرسه با دشواری‌هایی روبرو بودند. کم‌کم مراکز دیگری هم بوجود آمد و نقش این مراکز و مؤسسات در بهداشت روانی کودکان و نوجوانان فراگیر شد و جنبش راهنمایی کودک در سال ۱۹۲۴ با تشکیل انجمن امریکایی روان‌پزشکی کودکان رسمیت یافت (نلسون و ایزابل، ۱۹۸۴).

با توجه به امکانات فراهم شده، در سال‌های اخیر وظیفه اصلی روان‌شناسی بالینی کودک کار بر روی آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان و نشانه‌های آن بوده است که آن‌ها را می‌توان در

۲۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

اقداماتی چون سنجش، مداخله و ارزیابی مشکلات و مسایل کودکان و نوجوانان خلاصه کرد. این اقدامات از یک طرف مستلزم فهم رفتارهای بهنجار و نابهنجار و از طرف دیگر تکیه بر بنیادها و تبیین‌های تحولی و نظری این رفتارها است.

سابقه‌ی علمی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

در بیان زمینه‌های تاریخی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، به طور طبیعی به پدیدایی آسیب‌شناسی روانی در کودکان و نوجوانان (که در تعریف روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان لحاظ می‌شود) نیز می‌پردازند. اصولاً در مطالعات آسیب‌شناختی، بزرگسالان محور کار بوده‌اند و همان گونه که قبلاً گفته شد، کودکان "بزرگسال کوچک" قلمداد می‌شدند و توجه کمتری نسبت به کودکان می‌شد. بنیامین راش معتقد بود که کودکان کمتر از بزرگسالان از بیماری‌های روانی رنج می‌برند. زیرا عدم رشد مغز در آن‌ها از نگهداری رویدادهای ذهنی که منجر به روان‌پریشی می‌شود، جلوگیری می‌کند.

در یونان باستان و حتی در قرون وسطی اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان را نتیجه‌ی عدم تعادل عضوی می‌دانستند و کودکان و نوجوانان ناتوان جسمی و ذهنی را به عنوان سربرابر اجتماعی قلمداد می‌کردند که باید مورد غفلت^۱ و بدرفتاری قرار گیرند. در آن موقعیت، هیچ مفهوم دیگری در مورد اختلال رفتاری کودکان و نوجوانان نمی‌توانست مطرح شود مگر آن که به عنوان تسخیر شیطان سایر باورهای علی را رد می‌کردند. می‌توان گفت که تا قبل از قرن هجدهم درباره‌ی اختلالات روانی کودکان منابع کاملی وجود نداشته است (ماش و برکلی^۲، ۲۰۰۳؛ به نقل از تونزنده جانی، ۱۳۸۳).

عنایت به وضعیت کودکان مبتلا به اختلالات روانی از چند عامل سرچشمه می‌گیرد که از آن جمله می‌توان به شیوع روز افزون رفتارهای نابهنجار که ۱۴ الی ۲۲ درصد تمام کودکان را شامل می‌شود و ۸ تا ۱۰ درصد این اختلالات تشخیص پذیر و نیازمند درمان هستند، اشاره کرد. دلیل دیگر توجه به اختلالات رفتاری کودکان امکان پیوستگی و تداوم اختلالات در برهه‌های مختلف تحول است. به این بیان که آسیب‌های دوران کودکی ممکن است در سنین بالاتر آشکار شود و یا حداقل مشکلات و نارسایی‌های دوره کودکی احتمالاً اثر پایداری بر سازگاری شخصی، خانوادگی و اجتماعی

1. Nglect

2. Mash & Barkley

بعدی آن‌ها می‌گذارد و رفتارهای آینده‌ی دوره جوانی و بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کند. به عوامل فوق می‌توان بدرفتاری نسبت به کودکان (سوءاستفاده جسمی، جنسی، غفلت مراقبان کودک) را نیز اضافه کرد که منجر به علائم آسیب‌شناختی در آن‌ها می‌شود.

همچنین، تغییرات سریع اجتماعی و فرهنگی در جهان معاصر، کودکان را در معرض خطر بیشتر رشد اختلالات در کودکی و نوجوانی قرار می‌دهد (مثل فاصله یا گسست نسلی^۱، گسستگی خانواده‌ها، تک والدی، فقر، مهاجرت، شیوع سوءمصرف مواد). عدم دسترسی کودکان به نیازهای ویژه به پیشگیری و درمان مؤثر که بیش از ۷۰ درصد آن‌ها را شامل می‌شود، توجه ویژه به مشکلات و مسائل کودکان و نوجوانان را می‌طلبد. از سوی دیگر بروز و شیوع علائم آسیب‌شناختی در کودکان و نوجوانان پیامدهای زیان بار اقتصادی و اجتماعی دارد که علاوه بر مطالبه‌ی خدمات بهداشتی، تعلیم و تربیت ویژه ارتقای بهداشت روانی، این گونه کودکان از جرگه مولد بودن در جامعه خارج می‌شوند، نیاز به مداخله‌های مکرر و بلندمدت دارند و موجب پریشانی خود، خانواده و جامعه می‌شوند.

با در نظر گرفتن عوامل فوق در آسیب‌شناسی روانی کودکان و نوجوانان، ضرورت و اهمیت پرداختن به مسائل و اختلالات دوران کودکی و نوجوانی بیش از پیش احساس شد و نیز با به وقوع پیوستن دو رویداد مهم در حیطه‌ی علوم این توجه، تسهیل و تشدید شد. یکی از رویدادهای مهم که بستر و زمینه را برای بررسی و مطالعه‌ی بیشتر کودکان و نوجوانان فراهم کرد پیشرفت در پزشکی، فیزیولوژی و عصب‌شناسی بود که موجب ظهور مجدد الگوی زیستی بیماری‌ها شد که به درمان انسانی‌تر بیمارها دامن زد. فرایند دیگری که به مطالعه در این زمینه کمک کرد تأثیر فرایندهای فلسفه‌های تربیتی (مثلاً روسو و پستالوژی) در عنایت ویژه به کودکان بود که به راهنمایی و حمایت اخلاقی کودکان تأکید داشت.

به بیان دیگر، سرچشمه‌های تحول آسیب‌شناسی روانی کودک را که بنیاد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان محسوب می‌شود، در سه خط حرکتی می‌توان ترسیم نمود (دادستان، ۱۳۷۸):

۱- حرکتی که از جریان وسیع آموزش و پرورش کودک نشأت گرفته است که ابتدا در قالب آموزش و پرورش ویژه (کودکان معلول)، بعدها روانپزشکی کودک و سپس روان‌شناسی مرضی متجلی شدند.

۲- به وجود آمدن تدریجی تیم‌های کلینیکی و مراکز روانی-پزشکی-اجتماعی

۳۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

۳- حرکتی که از یک سو از روانپزشکی و آسیب‌شناسی روانی بزرگسال منبعث شده است، زیرا تلاش اصلی پیشگامان آسیب‌شناسی روانی کودک بازیافتن الگوهای بیماری شناختی بزرگسالان در دوره کودکی بوده است و از سوی دیگر، از حد شکل‌گیری تفسیرهای روان‌شناختی اختلال‌های روانی در سطح بزرگسالی و بازسازی این اختلال‌ها در دوره‌ی کودکی از خلال بزرگسالی سرچشمه گرفته است.

روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان و طبقه‌بندی اختلالات روانی

روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان به منظور تسهیل مطالعه‌ی اختلالات دوران کودکی و نوجوانی پیوسته در تلاش بوده‌اند تا این اختلالات را در شکل نظام‌مند و منسجم مطرح کنند. در چهارمین ویراست تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، انجمن روان‌پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR, APA, 2000)^۱ ده گروه اساسی اختلالات روانی که معمولاً برای اولین بار در دوران نوزادی، کودکی و نوجوانی تشخیص داده می‌شوند، مطرح شده است که شرح مختصری از این اختلالات ارائه می‌گردد.

عقب‌ماندگی ذهنی^۲

این اختلال با کارکرد هوشی پایین‌تر از میانگین (هوشبهر تقریباً ۷۰ و یا پایین‌تر از آن)، شروع قبل از ۱۸ سالگی و نقص، نارسایی یا آسیب‌های متقارن در عملکرد انطباقی مشخص می‌شود که انواع آن عبارتند از:

عقب‌ماندگی ذهنی خفیف (هوشبهر ۵۰-۵۵ تا حدود ۷۰)

عقب‌ماندگی ذهنی متوسط (هوشبهر ۳۵-۴۰ تا ۵۰-۵۵)

عقب‌ماندگی ذهنی شدید (هوشبهر ۲۰-۲۵ تا ۳۵-۴۰)

عقب‌ماندگی ذهنی عمیق (هوشبهر زیر ۲۰-۲۵)

عقب‌ماندگی ذهنی با شدت نامشخص

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revision

2. mental retardation

اختلالات یادگیری

اختلالات یادگیری با عملکرد تحصیلی پایین تر از سطح مورد انتظار با در نظر گرفتن سن تقویمی، هوش اندازه گیری شده و میزان آموزش فرد مشخص می شود. زیرمجموعه‌ی این اختلالات عبارتند از: اختلال در خواندن، اختلال در ریاضیات، اختلال در بیان نوشتاری و اختلال یادگیری که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.

اختلال مهارت‌های حرکتی

این اختلال شامل اختلال هماهنگی حرکتی مربوط به رشد است که ویژگی آن هماهنگی حرکتی پایین تر از حدی است که با در نظر گرفتن سن تقویمی و هوش اندازه گیری شده‌ی فرد از او انتظار می رود، مثل اختلال هماهنگی حرکتی مربوط به رشد.

اختلالات ارتباطی

این اختلالات با دشواری‌هایی در گفتار یا زبان مشخص می شوند که شامل: اختلال در زبان بیانی، اختلال زبان بیانی - دریافتی آمیخته. اختلال صوت شناختی، لکنت زبان و اختلال ارتباطی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.

اختلالات فراگیر مربوط به رشد

اختلالات فراگیر مربوط به رشد با نارسایی شدید و آسیب نافذ در حوزه‌های متعدد رشد مشخص می شوند. این نابهنجاری‌ها، اختلال در تعامل اجتماعی متقابل، تخریب روابط، فعالیت‌ها، علایق و رفتارهای کلیشه‌ای را شامل می شوند اختلال‌های اختصاصی که در این قسمت قرار می گیرند عبارتند از: اختلال در خودماندگی (اتیسیک)، اختلال رت^۱، اختلال از هم پاشیدگی دوران کودکی، اختلال آسپرگر^۲ و اختلال فراگیر رشد که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.

1. Rett's disorder

2. asperger

اختلال‌های نقص توجه و رفتار ایدایی

این طبقه از اختلالات شامل اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی است که با نشانه‌های بارز بی‌توجهی یا بیش‌فعالی - تکانشگری مشخص می‌شود که انواع آن عبارتند از: اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی نوع غالباً بی‌توجه، نوع غالباً بیش‌فعال / تکانشی و نوع آمیخته. این طبقه تحصیل شامل اختلال‌های رفتار ایدایی است که عبارتند از: اختلال سلوک که با الگوی رفتاری که در آن حقوق اساسی دیگران یا موازین و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن فرد زیرپا گذاشته می‌شود، مشخص شده است، نوع با شروع کودکی و نوع با شروع در نوجوانی، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای که با الگوی رفتاری بی‌اعتنایی (گستاخی یا خود سرانه)، خصمانه و منفی‌گرایانه مشخص می‌شود. این قسمت همچنین شامل زیررده‌ی اختلالاتی است که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده‌اند عبارتند از: اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است و اختلال رفتار ایدایی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.

اختلالات تغذیه‌ای و خوردن در شیرخوارگی یا اوایل کودکی

این نوع اختلالات با نابهنجاری و اشکال مداوم در تغذیه و خوردن مشخص می‌شوند و اختلال‌های اختصاصی این بخش که عبارتند از: هرزه‌خواری، اختلال نشخوار و اختلال تغذیه‌ای نوزادی یا اوایل کودکی. قابل ذکر است که دو اختلال بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی زیر عنوان اختلال‌های خوردن ارایه شده‌اند.

اختلالات تیک

این اختلالات با تیک‌های حرکتی یا صوتی (آوایی) مشخص می‌شوند. اختلالات خاص این بخش عبارتند از: اختلال تورتن^۱، اختلال تیک مزمن حرکتی یا صوتی، اختلال تیک گذرا و اختلال تیک که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.

اختلالات دفع

اختلالات دفع عبارتند از: بی‌اختیاری مدفوع (دفع مکرر مدفوع در جاهای نامناسب) و بی‌اختیاری ادرار (دفع مکرر ادرار در جاهای نامناسب).

سایر اختلالات نوزادی، کودکی یا نوجوانی

این بخش شامل اختلالاتی می‌شود که در طبقات مختلف فهرست فوق وجود ندارد و عبارتند از: اضطراب جدایی که با اضطراب شدید و نامناسب با سطح رشد فرد در ارتباط با جدایی از خانه یا جدایی از کسانی که کودک به آن‌ها دلبستگی دارد. لالی انتخابی که با ناتوانی مستمر برای حرف زدن در موقعیت‌های اجتماعی خاص، علی‌رغم این که فرد در دیگر موقعیت‌ها به خوبی صحبت می‌کند، مشخص می‌گردد. اختلال دلبستگی واکنشی نوزادی یا اوایل کودکی که ویژگی آن وابستگی اجتماعی نامناسب و ناراحت کننده در جریان تحول است که در اکثر زمینه‌ها بروز می‌کند و ناشی از مراقبت بیمارگونه است. اختلال حرکتی کلیشه‌ای که ویژگی آن رفتار حرکتی غیرعملکردی تکراری و ظاهراً غیرارادی (اجباری) است که به طور قابل ملاحظه‌ای با فعالیت‌های طبیعی تداخل ایجاد می‌کند و در مواردی نیز ممکن است به آسیب دیدگی جسمانی بینجامد.

آخرین اختلال، اختلالات دوران نوزادی، کودکی یا نوجوانی است که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است که عبارت است از طبقه باقی مانده‌ای که برای کدگذاری اختلالاتی که در دوران نوزادی، کودکی یا نوجوانی شروع شده ولی با هیچ یک از ملاک‌های اختلالات موجود در این طبقه همخوانی ندارند.

ناگفته نماند که کودکان یا نوجوانان ممکن است مسایل یا مشکلاتی داشته باشند که تحت عنوان اختلال‌های روانی تعریف نشده‌اند ولی نیاز به بررسی بالینی دارند (به عنوان مثال مشکلات مربوط به روابط و مناسبات، مشکلات مربوط به بدرفتاری یا غفلت، داغدیدگی، عملکرد هوشی مرزی، مشکلات تحصیلی، رفتار ضداجتماعی کودک یا نوجوان و مشکل هویتی). این مشکلات در DSM-IV-TR در بخش سایر مشکلاتی که ممکن است مورد توجه بالینی باشند، آورده شده‌اند. (DSM-IV-TR به نقل از نیکخو).

لازم به توضیح است که از اختلالات ده‌گانه کلی فوق فقط انواع عقب‌ماندگی‌های ذهنی در محور دوم DSM-IV-TR و بقیه در محور اول طبقه‌بندی می‌شوند.

فصل دوم

روش‌های تحقیق در روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

مقدمه

نخستین و اساسی‌ترین گام در هر فعالیت علمی شناخت دقیق مسأله و پدیده‌ی مورد نظر است. گرایش طبیعی انسان برای یافتن پاسخ‌های مناسب به مسائل مطرح شده در زمینه‌ی موضوع مورد مطالعه در جهت دستیابی به حقیقت و رشد و توسعه‌ی علمی است بقول مولوی:

هر کجا مشکل، جواب آنجا رود	هر کجا پستی است، آب آنجا رود
هر کجا دردی است، دوا آنجا رود	هر کجا فقری است، نوا آنجا رود

چنانچه تحقیق را فعالیتی منظم، طرح‌ریزی شده و هدف‌دار بدانیم که محقق جهت یافتن پاسخ سوالی، رد یا تأیید فرضیه‌ای، درک و شناخت علل پدیده‌ای، پیش‌بینی امری و یا کشف حقیقی آن را بکار می‌برد، در هر موضوعی روش تحقیق متناسب آن را باید جستجو کرد. هر چند آگاهی به مجموعه‌ای از روش‌های تحقیق، توانایی درک و پیش‌بینی محققان را بالا می‌برد، اما باید اذعان کرد که هر حوزه‌ای از علم، روش تحقیق ویژه‌ی خود را می‌طلبد. در این قسمت از بحث، ابتدا روش‌های تحقیق رایج در روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان ارائه می‌شود و سپس شیوه‌های سنجش و ارزیابی در این رشته‌ی علمی مطرح می‌گردد.

روش مشاهده^۱

به طور سنتی، نخستین گام در فرایند مطالعه‌ی علمی، مشاهده است، زیرا در سایر روش‌های تحقیق نیز مشاهده نقش اساسی دارد (مثل روش تحقیق آزمایشی). روش مشاهده‌ی علمی خود در موقعیت‌ها و شکل‌های مختلفی اجرا می‌شود.

۱- **مشاهده‌ی نامنظم**^۲: این نوع مشاهده بدون طرح و برنامه‌ی قبلی و بر حسب اتفاق صورت می‌گیرد و محقق براساس همین مشاهده‌ی نامنظم می‌تواند حدس‌های خردمندانه‌ای تنظیم و تدوین کند تا بعداً با استفاده از شیوه‌های دقیق‌تر پژوهشی به آزمون فرضیه بپردازد. این نوع مشاهده در روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان می‌تواند در برخی موارد مبنای ارائه و آزمون فرضیه قرار گیرد.

۲- **مشاهده‌ی طبیعی**^۳: روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان با استفاده از مشاهده‌ی طبیعی، رفتار آزمودنی‌ها را در حالت طبیعی یا محیط سکونت آن‌ها به طور منظم ثبت می‌کنند. در حالت آرمانی روان‌شناسانی که از مشاهده‌ی طبیعی استفاده می‌کنند، می‌کوشند تا آزمودنی‌ها از این که مورد مشاهده قرار گرفته‌اند، آگاه نشوند، زیرا هنگامی که آن‌ها متوجه شدند که مورد مشاهده قرار گرفته‌اند، حالت طبیعی رفتارشان را از دست می‌دهند. در مشاهده‌های طبیعی، مشاهده‌گران می‌توانند روی عده‌ی کمی یا وضعیت محدودی متمرکز شوند و از این جهت نمی‌توان نتایج آن را به راحتی به سایر موقعیت‌ها تعمیم داد. در ضمن علی‌رغم این که مشاهده‌گر کنترل‌گری بر رویدادها ندارد و رفتارها، ارتجالی و آزادانه اتفاق می‌افتد ممکن است در جریان مشاهده یا ثبت پاسخ‌ها مشاهده‌گر بر روند حوادث دخالت کرده و تأثیر بگذارد. در ضمن مهم‌ترین امتیاز استفاده از مشاهده‌ی طبیعی این است که روان‌شناسان می‌توانند درباره‌ی یک رفتار طبیعی و واقعی، نه رفتاری که واکنشی نسبت به موقعیت آزمایشی ساختگی است، داده‌ها و اطلاعات مفید و دست‌نخورده‌ای را جمع‌آوری کنند.

۳- **مشاهده‌ی کنترل شده**^۴: در این روش روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان بر رویدادها و موقعیت‌های مورد مطالعه تا حدودی کنترل دارند ولی ماهیت تحقیق میدانی^۵ است و در محیط نسبتاً طبیعی صورت می‌گیرد. این نوع روش تحقیق در روان‌شناسی بالینی سابقه‌ی طولانی دارد زیرا به

-
1. observation
 2. irregular observation
 3. Naturalistic observation
 4. controlled observation
 5. fieldwork

۳۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

محققان بالینی اجازه می‌دهد که درمورد واکنش‌ها و رفتارهای افراد مورد مشاهده اطلاعات و بینش واقعی کسب کنند. به عنوان مثال اگر روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان بخواهند ماهیت اختلال اضطراب جدایی^۱ کودکان را مورد مطالعه قرار دهند، می‌توانند با دور و نزدیک کردن فاصله‌ی کودکان از والدین یا مراقبان اصلی و یا اشخاص مهم در زندگی کودک به میزان این اختلال پی ببرند و واکنش‌های آن‌ها را بسنجند و بر همین اساس برنامه‌ها و طرح‌های کمکی و درمانی برای کودکان را تنظیم و اجرا کنند.

روش مورد پژوهی^۲

این روش تحقیق به محققان روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان امکان می‌دهد که یک مورد تک و خاص را به طور مشروح و دقیق توصیف کنند. از آن جا که بررسی و مطالعه‌ی موارد خاص برای همه امکان‌پذیر نیست، این تحقیق به دیگران فرصت می‌هد تا درباره‌ی این پدیده‌ی نادر آگاه شوند و به آن‌ها کمک می‌کند تا فرضیه‌هایی را درباره اختلال‌های روانی یا درمان اختلالات روانی کودکان و نوجوانان بسازند و مورد آزمون قرار دهند. مورد پژوهشی شامل تاریخچه‌ی رشد، شرح حال فردی و خانوادگی، نامه‌ها، خاطرات، سوابق بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی و پاسخ آزمودنی به مداخله‌های درمانی است.

از محدودیت‌های روش مورد پژوهی این است که با بررسی یک یا چند مورد خاص نمی‌توان قواعد یا اصول رفتاری همگانی بدست آورد. یعنی با بررسی الگوهای رفتاری یک کودک نمی‌توان آن را برای الگوهای رفتاری سایر کودکان تعمیم داد. از سوی دیگر چون روان‌شناسان بالینی کودک و نوجوان نمی‌توانند متغیرهای مهم مداخله‌گر را در این مورد خاص کنترل کنند؛ بنابراین، از این شیوه‌ی پژوهشی نمی‌توان رابطه‌ی علت و معلولی کشف کرد و در مورد سبب‌شناسی اختلالات نمی‌توان شواهد متقاعد کننده‌ای ارائه داد. سومین محدودیت مورد پژوهی این است که این شیوه قابل تکرار نیست. چون شرح حال زندگی و سوابق یک فرد به مثابه یک مورد منحصر به فرد و از دیگران متفاوت است و حتی همان زندگی قبلی و سوابق گذشته را نمی‌توان دوباره آفرید و تکرار کرد.

1. separation anxiety

2. Case study method

اما این روش مطالعه امتیازات زیادی نیز دارد. یکی از مهم‌ترین امتیازات روش مورد پژوهی این است که می‌تواند پدیده‌ای را به صورت مستند ارائه دهد که نادر است و احتمالاً نمی‌توان با روش‌های علمی دیگر در مورد آن مطالعه کرد. علاوه بر این، روش مورد پژوهی یک روش تصنعی نیست، بلکه این شیوه شامل شخص واقعی عینی است که از سوی محقق گزارش می‌شود و می‌توان حداقل در این مورد خاص به داده‌های آن اعتماد کرد. امتیاز دیگر روش مورد پژوهی این است که داده‌های این روش منبع غنی و اساسی برای تولید و آزمون فرضیه‌های علمی درباره‌ی تشخیص، علت‌شناسی پدیدایی مرضی و حتی تنظیم طرح درمانی اختلالات روانی است.

روش تجربی (آزمایشی)^۱

اصولاً در علم روان‌شناسی، هدف از تحقیق این است که چرا و چگونه یک رفتار از فردی سر می‌زند و یا چرا رفتار افراد تفاوت دارد. ویژگی‌هایی که در افراد، رویدادها و اشیا تفاوت دارند متغیر^۲ نامیده می‌شوند. به عنوان مثال، اضطراب یک متغیر است. برخی از افراد میزان اضطراب بالاتری از دیگران دارند. اگر آزمون استاندارد شده‌ی اضطراب به افراد داده شود، برخی از آن‌ها نمرات بالا و برخی دیگر نمرات پایین کسب می‌کنند. هدف تحقیق در این مورد آن است که مشخص شود چه چیزی یا چه چیزهایی این تفاوت‌ها را در افراد توجیه و تبیین می‌کند. بنابراین، روش آزمایشی یکی از روش‌هایی است که به کمک آن می‌توان علت تفاوت‌های موجود بین افراد را در متغیرهای روان‌شناختی پیدا کرد.

روش آزمایشی به طور کلی دستکاری کردن^۳ ی که آزمودنی‌ها در معرض آن قرار می‌گیرند و مشاهده کردن تأثیر این دستکاری روی رفتار آن‌هاست. در این نوع تحقیق آزمایشگر می‌خواهد مشخص کند که آیا بین دو یا چند نوع متغیر، رابطه‌ی علت و معلولی وجود دارد. آزمایشگر سطح یک متغیر را که متغیر مستقل نامیده می‌شود تغییر می‌دهد و تأثیر این دستکاری را بر متغیر دیگر که متغیر وابسته نامیده می‌شود، مشاهده می‌نماید.

1. experimental method

2. variable

3. manipulation

۳۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

یکی از امتیازات روش آزمایشی این است که روابط علت و معلولی را روشن می‌کند که در سایر روش‌ها کمتر اتفاق می‌افتد و به روان‌شناس اجازه می‌دهد تا عوامل مؤثر بر رفتار مورد مطالعه را کنترل کند.

در روش آزمایشی همچنین می‌توان اعتبار درونی^۱ و بیرونی^۲ را مورد سنجش قرار داد. اعتبار درونی نشان می‌دهد که چقدر می‌توانیم اعتماد داشته باشیم که دستکاری متغیر مستقل بر متغیر وابسته تأثیر گذاشته است یا خیر. اعتبار بیرونی نیز به میزان تعمیم‌پذیری نتایج آزمایش به حاکم بر دنیای واقعی گفته می‌شود.

در روش تجربی معمولاً گروه‌هایی را که در معرض سطوح مختلف متغیرهای مستقل قرار می‌گیرند با هم مقایسه می‌کنند. ساده‌ترین طرح آزمایشی دو گروه دارد: گروه آزمایشی^۳ که تحت متغیر مستقل مثلاً نوعی مداخله یا درمان قرار می‌گیرند که تصور می‌شود بر رفتار تحت بررسی تأثیر می‌گذارد و گروه گواه^۴ که تحت مداخله یا درمان قرار نمی‌گیرند. با مقایسه کردن دو گروه محقق می‌تواند مشخص کند که تغییرات بوجود آمده در گروه آزمایشی حاصل تغییر سطح متغیر مستقل بوده است.

روش آزمایشی، شیوه‌ی مناسبی برای تعیین روابط علت و معلولی است اما همیشه نمی‌توان با گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در، متغیر را دستکاری کرد. مثلاً محقق قادر نیست از "تعداد دوستان" کودکان و نوجوانان به عنوان متغیر مستقل استفاده کند، زیرا روشی عملی وجود ندارد که بتوان تعداد دوستان یک نفر را کنترل کرد. در این گونه می‌توان از طرح نیمه آزمایشی یا شبه آزمایشی سود جست. این روش تاحدودی شبیه طرح آزمایشی است ولی فاقد عنصر مهم گمارش تصادفی است.

در این روش گروه‌هایی را می‌توان انتخاب کرد که به جز تعداد دوستان، تا حد امکان مشابه به نظر برسند و بعد آن‌ها را از نظر متغیر وابسته‌ی مورد نظر، مقایسه کرد. محدودیت این روش این است که چون افراد به طور تصادفی در گروه‌ها گمارده نشده‌اند، می‌توان مطمئن بود که آن‌ها از هر نظر به جز متغیر مربوط، مشابه هستند. هر گونه تفاوت از پیش موجود بین این گروه‌ها می‌تواند بر نتیجه‌ی تحقیق تأثیر بگذارد. برای مثال، شاید گروهی از کودکان و نوجوانان که دوستان کمی دارند، در مقایسه

-
1. internal validity
 2. external validity
 3. experimental group
 4. control group

با گروهی که دوستان زیادی دارند، از مهارت اجتماعی ضعیفی برخوردار باشند. اگر متغیر وابسته اضطراب باشد، شاید به جای تعداد دوستان، تفاوت در مهارت‌های اجتماعی، اختلالات موجود در نمره‌ی اضطراب آن‌ها را توجیه کند.

روش همبستگی^۱

در روش همبستگی دو یا چند عامل یا متغیر در گروهی از افراد اندازه‌گیری می‌شود تا چگونگی تغییرات آن‌ها در ارتباط با یکدیگر ارزیابی گردد. بنابراین، هدف این است که میزان هماهنگی تغییرات دو متغیر تعیین شود. برای مثال به کمک روش همبستگی می‌توان مشخص کرد که آیا بین شیوه‌ی فرزندپروری والدین و میزان اضطراب جدایی کودکان رابطه وجود دارد؟ امتیاز اصلی همبستگی این است که تمامی افراد تحت یکسان مورد مشاهده قرار می‌گیرند و محقق به جای مداخله در پدیده‌ها و تجاربی که آزمودنی در معرض آن‌هاست، به اندازه‌گیری پدیده‌های موجود در موقعیت واقعی می‌پردازد. بیشترین کاربرد روش همبستگی در مطالعات میدانی یعنی مطالعاتی که در موقعیت‌های واقعی انجام می‌شود، است. کاربرد روش همبستگی در موارد زیر ترجیح دارد:

الف) موضوع تحقیق جدید باشد و اطلاعات زیادی راجع به متغیرهای آن برای مداخله در آن‌ها وجود نداشته باشد.

ب) دستکاری متغیرها از لحاظ فیزیکی غیرممکن باشد

ج) دستکاری متغیرها غیراخلاقی باشد

یکی دیگر از امتیازات روش همبستگی این است که امکان مطالعه‌ی کمی و دقیق رابطه بین متغیرها را فراهم می‌سازد و بازده اطلاعاتی نسبتاً زیادی دارد. همچنین، همبستگی مطالعات طبیعی هستند و تصنعی نیستند و نیز وقتی که امکان اجرای آزمایشی مطالعه وجود ندارد، روش همبستگی روش مناسبی برای مطالعه است.

مهم‌ترین محدودیت روش همبستگی این است که وجود همبستگی میان دو پدیده به معنای ثبوت رابطه‌ی سببی میان آن دو پدیده نیست. همبستگی تنها حاکی از وجود رابطه‌ی میان دو متغیر یا عامل است، زیرا برای اثبات رابطه‌ی علت و معلولی میان دو پدیده باید تمامی عواملی که احتمالاً در متغیر وابسته تأثیر می‌گذارند، کنترل شود و چنین‌ی در محیط طبیعی تقریباً متفی است. مثلاً وجود

1. correlational

همبستگی بین تماشای برنامه‌های خشونت‌بار در تلویزیون، و رفتار خشونت‌آمیز کودک در مدرسه یا خانه ممکن است سه دلیل وجود داشته باشد: اول این که تماشای خشونت در تلویزیون احتمالاً رفتار پرخاشگرانه را برمی‌انگیزد (تماشای خشونت علت باشد و رفتار پرخاشگرانه معلول). دوم این که کودکانی که بسیار پرخاشگرند، احتمالاً تماشای برنامه‌های خشونت‌بار را به برنامه‌های دیگر ترجیح می‌دهند (حالت پرخاشگرانه علت است و تماشای خشونت معلول) و سوم این که پرخاشگری کودکان و ارجحیت قائل شدن آنان برای تماشای خشونت از تلویزیون احتمالاً ناشی از علت‌های دیگر است (هر دو معلول علت دیگر می‌باشند) (ماسن و همکاران، به نقل از یاسایی، ۱۳۶۸).

طرح تک آزمودنی^۱

در این نوع تحقیق، یک کودک یا نوجوان را هم در آزمایشی و هم در گواه مورد بررسی قرار می‌دهند. از این روش تحقیق در مواردی استفاده می‌شود که روی اثر بخشی انواع درمان متمرکز است. برای مثال یک محقق روان‌شناس اثر بخشی روش خاصی را برای درمان کودک مضطرب ارزیابی می‌کند. ابتدا خط پایه^۲ رفتار او را تعیین می‌کند (مرحله‌ی اول) و رفتار او را مورد مشاهده قرار می‌دهد. در مرحله‌ی دوم مداخله (درمان) صورت می‌گیرد (مثلاً تنش‌زدایی عضلانی یا داروهای ضد اضطراب). برای مدت زمان ثابتی تحت هیچ درمانی قرار نمی‌گیرد یعنی بازگشت به خط پایه (مرحله سوم). در مرحله چهارم دومین دوره درمان تکرار می‌شود. وضعیت‌های خط پایه، مرحله سوم و درمان (مرحله چهارم) حداقل یک بار دیگر تکرار می‌شوند تا اطمینان حاصل شود که بهبود رفتار کودک و نوجوان در طول درمان به علت این مداخله و نه عوامل تصادفی دیگر بوده است. در طول فرایند طرح تک آزمودنی اصولاً باید تعداد رفتارهای اضطرابی در مراحل ۲ و ۴ کمتر از مراحل ۱ و ۳ باشد.

طرح‌های تک آزمودنی برای بررسی رفتارهایی مناسب هستند که به راحتی بتوان آن‌ها را مشاهده و اندازه‌گیری کرد. این طرح‌ها همچنین در ارزیابی تأثیرات مداخله‌های درمانی مناسب هستند (مورگان و مورگان، ۲۰۰۱؛ به نقل از سیدمحمدی، ۱۳۸۳). یکی از محاسن این روش این است که به روان‌شناس امکان دستکاری‌های دقیقی را می‌دهد که می‌توان تأثیرات آن‌ها را به دقت ارزیابی کرد. محدودیت روش تک آزمودنی این است که قطع کردن درمان از لحاظ اصول اخلاقی، صحیح نیست،

1. single subject design

2. baseline

فهرست موضوعي ----- ۴۱

بنابراین، گاهی امکان استفاده از دوره‌ی بازگشت به خط پایه وجود ندارد. همچنین گاهی درمانگران مایل نیستند در فضاهای بالینی، مراجعان در ی قرار بگیرند که رفتارهای نامطلوب آنان را دوباره برانگیزند.

دانشگاه تهران - مؤسسه روانشناسی
دکتر محمد خدایاری فرد

فصل سوم

روش‌های سنجش^۱ و ارزیابی^۲ در روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

سنجش روان‌شناختی

فرایند سنجش و ارزیابی و استفاده از داده‌های آن در جهت تشخیص دقیق و مطمئن در روان‌شناسی بالینی بویژه روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان از اهمیت زیادی برخوردار است. اگر سنجش را بررسی مستمر نقاط قوت و ضعف فرد، مفهوم‌بندی مسأله یا مشکل و تجویز و توصیه‌ی شیوه‌نامه‌ای برای کاهش مشکل و حل اساسی آن بدانیم، ظرفیت روان‌شناس برای حل مشکلات بالینی، مهارت و هنر او برای تعریف مسأله و تبیین مشکل رابطه مستقیمی پیدا می‌کند. هدف سنجش بطور کلی توصیف مراجع به شکلی مفید برای او و یا برای ارجاع دهنده (بویژه والدین در مورد مراجعین کودک) است. از سوی دیگر می‌توان گفت که هدف سنجش جداسازی، عملیاتی کردن و اندازه‌گیری الگوهای رفتاری، شناختی و عاطفی مشکل‌آفرین است که در نهایت منجر به حل مشکل می‌شود.

اهداف سنجش بالینی

در فرایند کار بالینی، سنجش با اهداف مختلفی که در ارتباط و تعامل با یکدیگر هستند صورت می‌گیرد. این اهداف عبارتند از:

- الف) مشخص کردن رفتار بهنجار از رفتار نابهنجار
- ب) تعیین توانمندی‌ها و شایستگی‌ها و نقاط ضعف و محدودیت‌های فرد

1. assessment
2. evaluation

ج) مشخص کردن سیر مشکل و پیش‌بینی رفتارهای آینده

د) نظام‌دار کردن و طبقه‌بندی مشکل

ه) تهیه و تدوین طرح و برنامه مداخلاتی و درمانی

در سنجش بالینی جمع‌آوری اطلاعات منظم درباره فرد و مشکلات او نقطه آغاز کار است. بدست آوردن اطلاعات مفید در کلیه عواملی که در شکل‌گیری مشکلات رفتاری (بویژه در کودکان) دخیل هستند ضرورت دارد. وضعیت رشد کودک، خصوصیات والدین و برادران و خواهران و بستگان، ویژگی‌های محیطی زندگی، پیامدهای رفتار، وضعیت بهداشتی و پزشکی کودک همگی عواملی هستند که دانش نسبت به آن‌ها هم فرایند پدیدایی مشکل را شفاف می‌کند و هم طراحی برنامه‌ی مداخله و درمان را تسهیل می‌بخشد.

از آنجا که روان‌شناس بالینی نمی‌تواند همه‌ی رفتارها را بطور مستقیم مشاهده کند، ناگزیر باید تحلیل توصیفی از مشکلات ارائه بدهد. بنابراین لازم است که روان‌شناس اطلاعاتی درباره‌ی پایداری رفتار، تغییرات شدت و فراوانی آن و ویژگی‌های وضعیت رفتاری (این که کودک فقط در خانه مشکل دارد یا مدرسه یا همه جا؟) و نوع مشکل فراهم آورد. همان‌گونه که قبلاً نیز گفته شد، تماس و برقراری ارتباط با کودک، مصاحبه با والدین و خود کودک، مشاهده رفتار، سنجش بیشتر در مدرسه و یکپارچه کردن اطلاعات بدست آمده و ارجاع به همکاران متخصص و مشورت با آنان و ارائه‌ی طرح درمانی فرایند سنجش را تکمیل می‌کند.

مسأله‌ی دیگری که در سنجش باید مورد عنایت قرار گیرد توجه به نکته‌ای است که آنچه به کودک آسیب می‌رساند، یک واقعه یا استرس نیست بلکه انباشت تدریجی استرس‌هاست و در عین حال عوامل محافظ نیز پیوستار دارند و در صورت انباشت تدریجی و استمرار یافتن، عاقبت خوبی را برای کودکانی که وضعیت بسیار خطرناکی داشته‌اند، رقم می‌زنند. بنابراین توجه کردن به انباشت و تعامل عوامل خطرناک و محافظ و شناسایی نقاط قوت و نقاط آسیب‌پذیر در هر مقطع سنی در سنجش درمان بسیار اهمیت دارد.

روان‌شناسان بالینی که به گردآوری اطلاعات سنجش می‌پردازند باید موضوع پایایی و اعتبار (را در نظر داشته باشند. پایایی سنجش نشان از این دارد که آیا ارزیابی‌های روان‌شناسان همسان و تکرارپذیر است یا نه و نشانگر این است که آیا ارزیابی روان‌شناسان بیانگر آن چیزی هست که می‌خواهند آن را اندازه بگیرند.

سنجش بالینی

سنجش و شریک مفهومی آن مداخله، مهم‌ترین فعالیت‌ها را در حیات تخصصی روانشناسان بالینی کودک تشکیل می‌دهند. این که روان‌شناسان چگونه به ارزشیابی و مداخله می‌پردازند چه موضوعات و اهدافی را دنبال می‌کنند، روش‌های مورد استفاده، اطلاعات مورد تأکید در سنجش و مداخله، و معنایی که برای آن‌ها قائل می‌شوند بستگی به الگوی آسیب‌شناسی روانی مورد استفاده آنان دارد. بیان واژه آسیب‌شناسی روانی، تأثیر مفاهیم پزشکی را در عرصه مسائل روان‌شناختی کودک نشان می‌دهد.

در تحقیقات روان‌شناسی بالینی کودک، اصول طبقه‌بندی و سنجش به سختی موضوعات تعریف را در قلمرو خویش قرار می‌دهند. داورهای بالینی پیرامون آشکار شدن مشکل روان‌شناختی کودک دو فرآیند اساسی و قابل تفکیک را در بردارد: سنجش که هدف آن متمایز کردن، عملیاتی نمودن و اندازه‌گیری آن دسته از الگوهای رفتاری، شناختی و عاطفی است که مشکل‌ساز تشخیص داده می‌شوند. همچنین طبقه‌بندی که قصد دارد با عنایت به الگوهای مشخص مسأله‌ساز رفتاری، شناختی و عاطفی، افراد را گروه‌بندی نماید.

صورت‌بندی بالینی در سنجش

محدوده مهارت‌هایی مثل تشخیص مسأله، تدوین فرض‌های تبیینی، آزمودن صورت‌بندی‌ها و تبدیل آن به یک طرح درمانی علم و هنر روان‌شناسی است (هربرت^۱، ۱۹۹۸). به‌طور کلی صورت‌بندی به یک نوع مداخله ختم می‌شود.

فرایند سبکا (ASPIRE)^۲ در سنجش روان‌شناسی بالینی کودک

این شیوه که پایه مفهوم سازی صورت‌بندی‌های بالینی و انتخاب بعدی داده‌ها است، شامل ۴ نوع فعالیت می‌باشد که نام اختصاری آن سبکا یا ASPIRE می‌باشد (ساتن و هربرت^۳، ۱۹۹۲) که معرف مراحل کار مطالعه موردی و به صورت روشن‌تر صورت‌بندی بالینی است. کلمه سبکا مخفف

1. Herbert

2. ASPIRE process

3. Suttun & Herbert

چهار کلمه سنجش^۱، برنامه ریزی^۲، کاربرد یا اجرای مداخله^۳ و ارزیابی دقیق^۴ است که توسط مؤلفان این اثر جهت رعایت اختصار نام گذاری شده است.

مرحله اول- سنجش

دقت روی سؤال "چيست"

مسأله يا مسائل "چه" هستند؟

و سؤال "كدام؟"

كداميك از مسائل را بايد مشخص نمود و با چه ترتيبی؟

دقت روی سؤال "چرا؟"

چرا مشكلات به وجود آمده‌اند؟

مرحله دوم- برنامه ریزی

دقت نسبت به سؤال "چگونه؟"

ما چگونه مسائل را مشخص می‌سازیم؟ (به عنوان متخصص یا مراجع)

مرحله سوم- کاربرد یا اجرای مداخلات روان شناختی

شروع برنامه و طرح درمانی و لحاظ کردن مشکلاتی که ممکن است رخ دهد

مرحله چهارم- ارزیابی دقیق

فرآیند صورت بندی به تعبیر مجازی، شبیه عمل یک قیف با تعدادی صافی است که حالت انتخاب و صافی را دارد. کار آنها تعدیل مشکلات چند بُعدی کودکی به صورت بیان نسبتاً مختصر و رسمی نتایج و پیشنهادهاى مورد نظر بالینی است. همان گونه که قیف باریک می‌شود، توجه به این

-
1. Assesment
 2. planning
 3. Implement of the Intervention
 4. Rigorous evaluation

۴۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

سؤالات (چه، کدام، چرا و چگونه؟) نیز به سنجش جهت می دهد. پرسش پایانی "چرا" به تدوین طرح جامع درمانی و ویژگی روش‌های ایجاد تغییر منتهی می گردد.

پرسش "کدام؟"

از ابتدایی‌ترین تصمیمات متخصصان بالینی آن است که شکایت‌ها، ادعاها و پیشنهادها را از هم جدا کنند. برخی از این مشکلات به طور عمده در درون فرد (همچون ترس) لانه کرده و حتی لطماتی را به همراه خواهند آورد. دلواپسی‌های والدین (یا همسر) نمونه‌ای از این بازتاب‌ها هستند. زمانی که یک مادر هم از مکان‌های باز و مردم آن هراس داشته و هم از تنها ماندن در خانه مضطرب می گردد و هم فروشگاه‌های شلوغ او را به وحشت می اندازد، دیگر تعطیلات برای او معنایی ندارد و این مشکلات است که برنامه‌های خانواده را تحت تاثیر قرار می دهد.

برخی مشکلات دیگر ناشی از روابط (مثل تعاملات) بین افراد است، مثلاً:

● روابط مادر- پدر: از جمله عدم توافق در مورد بچه‌ها، نزاع در تصمیم‌گیری‌ها و دیگر معضلات مربوط به زوجین.

● روابط پدر و مادر- کودک: از جمله کنترل مشکلات؛ فقدان امکانات پیشرفت کودک.

کودک- پدر یا مادر: از جمله ناراحتی بابت این که والدین او را کودک کوچولو محسوب می کنند، از او زیاد حمایت می کنند، او را غریز می دارند، ولی می خواهند او را زیر سلطه خود نگه دارند.

● روابط کودک- کودک: از جمله رقابت میان خواهر و برادرها، حسادت.

در فرایند سنجش، مراجع می تواند یکی از اشخاص فوق باشد. در پاسخ به سؤالات "چه یا کدام" در اینجا موضوع مهمی که پیش می آید این است که هر پژوهش بالینی آیا توصیف اولویت دارد یا طبقه‌بندی؟ بحثی که هم در سنجش و هم در تشخیص بسیار اهمیت دارد.

پرسش "چه؟":

تأثیر مرام‌های پزشکی در روان‌شناسی بالینی کودک در هیچ جا برجسته تر از طبقه‌بندی و تشخیص در پاسخ به این سوال که "ماهیت مشکل روان‌شناختی کودک چیست؟" نمی باشد. بنیاد

نظام‌های طبقه‌بندی (همچون DSM-IV-TR، انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و ICD-10 (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲) و طبقه‌بندی نشانه‌ها، بر این فرض است که نشانگان خاص (الگوهای بیماری) با علل معین و مشخص (سبب‌شناسی‌ها) قابل تشخیص می‌باشند. می‌توان اضافه کرد که جهت اعمال مقوله‌های تشخیصی کودکان، تنها توجیحات نباید حاوی معیارهای توصیفی مطمئن و نظریات روشن علی باشد، بلکه بایست انتخاب بر چسب، تلویحات درمانی را در پی داشته باشد. با این حال، تقسیم‌بندی پزشکی DSM-IV-TR تنها یک نظام طبقه‌بندی مقوله‌ای نیست، بلکه یک نظام چند محوری می‌باشد. این تقسیم‌بندی مجموعه‌ای از محورهای مستقل را به آن می‌افزاید که به همراه تشخیص‌های روان‌پزشکی نشانه‌گذاری یا درجه‌بندی شده‌اند.

الگوی آماری

تحلیل‌های چند متغیری

در بررسی دسته‌ای از مشکلات که زمینه‌ساز رسیدن به طبقه‌بندی‌هایی است که بر پایه مشاهده و تجربه بالینی قرار دارند، شیوه‌های آماری (و به ویژه تحلیل‌های عاملی) از ارزش فراگیرتری برخوردارند.

علی‌رغم تنوع بیشتر در نژادها، ملیت‌ها، ارزیابی‌ها و تحلیل‌های آماری، اعتقاد محققان مختلف بر این است مشکلات کنترل نشده (از نوع اختلال سلوک، پرخاشگری و برون‌سازی) و گروهی از رفتارهای نسبتاً کنترل شده (آشفته‌گی هیجانی^۱، اختلال شخصیت، بازداری^۲، درون‌سازی و اضطراب) در تحقیقات تجربی وجود دارد. بین مطالعات بالینی و تحلیل‌های عاملی این ابعاد نوعی همگرایی وجود دارد. فیشر و همکاران^۳ (۱۹۸۴) دو نوع از ناسازگاری‌های روان‌شناختی^۴ را مورد تأکید قرار دادند: بعد درون‌سازی و بعد برون‌سازی. در مطالعه ۵۴۱ کودک، آن‌ها اولین بار بین ۲ و ۶ سالگی و بار دوم ۷ سال بعد از آن تحت مشاهده قرار گرفتند. در هر دو زمان از والدین خواسته شد تا یک فهرست رفتاری را تکمیل کنند

1 . Emotional disturbance
2 . Inhibited
3 . Fischer et al
4 . Psychological maladjustment

از میان این دو "بعد برون سازی" پایدارتر به نظر می‌رسید. نشانه‌های آن که در زمان پیش از مدرسه برای هر دو جنس یافته شد گواه تداوم معنادار آن نشانه‌ها در هفت سال بعد بود. برای رفتار درون سازی چنین ثباتی که بیش از حد معمول باشد به هیچ وجه دیده نشد.

الگوی سنخ های شخصیت

فرض اساسی ساختار شخصیت در بحث سنجش این است که شخصیت دارای ابعادی است که تا حدی اثری است که همین ابعاد بر یادگیری کودکان تأثیر می‌گذارد. بنا به مشاهدات، هر شخص در برخی جنبه‌ها همچون تمام افراد دیگر، یا شبیه بعضی از اشخاص و یا متفاوت از فرد دیگر است. در حالی که برای کند و کاو پیرامون جنبه‌های منحصر به فرد و فردیت از شیوه‌های فرد نگر مورد استفاده قرار می‌گیرد، در نظام‌های قانون نگر که به فلسفه و شیوه‌های علوم دقیق توجه دارند به ویژگی های شخصیتی عمومی (انواع و صفات) توجه می‌شود. در سنجش نوع شخصیت، رفتار شخص با هنجارهای آماری مقایسه می‌شود.

الگوی تحولی

چهار چوب‌های تحولی سنجش افراد و خانواده محصول تحقیقات و نظریات مربوط به ارتقاء آنهاست که طی مراحل دوره زندگی و راهبردارای فراهم شده توسط آنها تحقق می‌یابد (کارت و مک گولدربیک، ۱۹۸۸). چندین نظریه بر ضرورت تحکیم مطالعات آسیب‌شناسی روانی کودک به کمک اصول و یافته‌های روان‌شناسی تحولی تأکید ورزیده‌اند - این رویکرد به عنوان "جنبش آسیب‌شناسی روانی تحولی" مورد توجه بوده است (گلفند، جانسون و درو، ۱۹۸۸).

به تعبیر سوزان کمبل (۱۹۸۹) اساس این کار، دیدگاهی تبدیلی و بوم‌شناختی است که بر پیوستگی و پیش‌بینی پذیری تحول و سازگاری تأکید دارد و بر اهمیت نقش خانواده و رویدادهای محیطی در جهت شناخت ماهیت و جهت آن تغییرات پافشاری می‌نماید. لازم است تا در مورد چگونگی تفکر و گفتگوی کودکان، مهارت‌ها و محدودیت‌ها، خزانه‌های رفتاری معین، تکالیف آنها در زندگی و بحران‌هایی که با آن مواجهند اطلاعات کاملی به دست آید. به هر حال، اهمیت تحول عادی کودک کاملاً ثابت شده است (برمنر، ۱۹۸۸، کایه، ۱۹۸۲).

در مورد تحول طبیعی کودک، نظریه منسجمی که به لحاظ مفهومی مورد توافق بوده و معیار شناخت و سنجش غیر عادی بودن بالینی باشد، وجود ندارد و همین طور حول جریان رشد طبیعی نیز توضیح واحدی ارائه نشده است که این موضوع کار متخصصان را برای تنظیم سنجش در تحولی مشکل می‌نماید. دامنه این نظریات متعلق به تحول را می‌توان از روانکاوی (مانند مراحل تحول روانی جنسی فروید)، اتولوژی (مثل نظریه وابستگی بالینی)، رفتاری (چون نظریه یادگیری اجتماعی بندورا) تا تحولی - ساختاری (مانند نظریه رشد اخلاقی کلبگ) ملاحظه کرد. هر یک از این دیدگاه‌های نظری روش‌شناسی و چهارچوب مفهومی خاص برای سنجش ویژگی‌های فرآیندهای تحول دارند.

ارائه یک چهارچوب سنجشی که به تدوین و طرح درمانی اختلالات روانی دوران کودکی می‌انجامد مستلزم اندازه‌گیری‌های واکنش‌های رفتاری، شناختی و زیست‌شناختی است. همین طور، تعیین موقعیت تحولی، اجتماعی و فرهنگی که مشکلات دوران کودکی در آن بستر بروز می‌کند لازم است.

الگوی نظام دار

فرد در نظام خانواده از کارهای دیگر اعضای خانواده اثر می‌پذیرد. از آنجایی که الگوی درمان سستی میل دارد که مراجع یا بیمار معرفی شده به عنوان موضوع مورد توجه قرار می‌گیرد (مثلاً کودکی که به مراکز راهنمایی ارجاع داده می‌شود)، اما در سنجشی که دید چهارچوب تعاملی حاکم باشد، طیف گسترده‌ای از افراد درگیر فرایند سنجش می‌شوند.

ابعاد گوناگون خانواده به عنوان گروهی کوچک را که می‌توان از زوایای مختلفی مشاهده و سنجش کرد که عبارتند از: الگوی ارتباط، انسجام یا فرآیند تصمیم‌گیری دیر (۱۹۸۵) مفاهیم مهم سنجش و صورت‌بندی در خانواده درمانی را به شرح زیر فهرست نموده است:

- ۱- نگاه به خانواده آن گونه که ساختاری کامل دارد.
- ۲- اطلاع یافتن از نشانه‌هایی که کنش بالقوه‌ای دارد.
- ۳- شناخت موقعیت خانواده در چرخه زندگی.
- ۴- درک ساختار بین نسلی خانواده.
- ۵- صورت بندی کلی که با ۴ ویژگی فوق مربوط است.
- ۶- مرتبط ساختن این صورت بندی با مداخلات مناسب.

۵۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

- در فرایند سنجش نوعاً خانواده درمانگر باید به نکات زیر عنایت داشته باشد (لاسک^۱، ۱۹۸۷):
- ۱- فاصله بین اعضاء خانواده می‌تواند به انزوای عاطفی و محرومیت‌های جسمی منتهی گردد.
 - ۲- تعلق زیاد اعضاء خانواده به هم می‌تواند به همانند سازی افراطی و فقدان فردیت منجر شود.
 - ۳- ناتوانی در بررسی دقیق تعارضات و اختلافات، حل مشکلات و اخذ تصمیمات.
 - ۴- ناتوانی والدین در ایجاد دوستی و همکاری، آثار زیانباری بر ازدواج آنان و کودکان آنان می‌گذارد.
 - ۵- دخالت نسل‌های مختلف در امور یکدیگر به زندگی خانوادگی افراد لطمه می‌زند.
 - ۶- ارتباط ضعیف بین اعضاء.
 - ۷- بی‌توجهی اعضاء خانواده نسبت به احساسات همدیگر.

نظریه یادگیری اجتماعی کاربردی: رفتار درمانی

مداخلات رفتاری در کاهش مشکلات روانی دوران کودکی تاثیر چشمگیری دارند. از نظر واتس (۱۹۹۰) چند دلیل در مورد تاثیر این مداخلات وجود دارد که عبارتند از: (الف) این مداخلات، شیوه‌های موجود برای رفع مشکلات بالینی را تکمیل می‌کنند. (ب) آن‌ها محصول کاربرد اندیشمندانه اصول روان‌شناختی هستند که به خوبی پایه‌ریزی شده‌اند و (ج) تلاشی مداوم و دقیق برای ارزیابی میزان تاثیر آنها صورت گرفته است. رفتار درمانی بجای فن‌آوری یا مجموعه‌ای از فنون محض، حاکی از فلسفه تغییر است که بر اساس نظریه گسترده و تجربی رفتار عادی و غیر عادی بنا شده است.

تحلیل عملکردی^۲

صورت بندی عبارت است از تعیین دقیق پیشایندها^۳، پیامدها و نمادینی^۴ که بر رفتار مشکل‌زا حاکم‌اند. نظریه پردازان رفتاری به جای سنجش، از اصطلاح تحلیل عملکردی استفاده می‌کنند.

1 . Lask
2 . Funtional Analysis
3 . antecedents
4 . symbolic

صورت‌بندی مبتنی بر تحلیل خطی^۱ (ABC) زنجیره‌ی بهم پیوسته‌ای است که در آن پیامدها، پیشایندهایی هستند که خود، پیامدهای جدیدی را سبب می‌شوند. سنجش رفتاری هم در آزمون مکرر و هم در بازیابی الگوی رفتار شخص، فرآیند پیوسته‌ای را در بر می‌گیرد. به علاوه، تغییرات ایجاد شده در رفتار شخص در طول زمان و در موقعیت‌های مختلف بازیابی می‌شود. همچنین جهت ارزیابی و اصلاح درمان، ارزش‌یابی مکرر ضرورت دارد. شیوه سنجش، فردنگر است و به شکل بسیار ماهرانه‌ای برای افراد تنظیم شده است. تحلیل عملکردی عبارت است از تعیین روابط کنشی اساسی، کنترل‌پذیر، و علی و عملکردی که برای گروه معینی از رفتارهای هدف در رابطه با فرد درمان‌جو قابل استفاده است.

A نشانه‌ی پیشایندها می‌باشد.

B برای رفتار(های) هدف یا تعاملات به‌کار می‌رود.

C به پیامدهایی دلالت دارد که از این رفتارها / تعاملات ناشی می‌شوند.

الگوی شناختی - رفتاری

الگوی شناختی - رفتاری فنون فراوانی دارد که بر فرایندهای میانجی و رویدادهای درونی متکی هستند. بر اساس این رویکرد، می‌توان به انسان‌ها آموخت که با نقد و بررسی باورهای نامعقول و منطقی نادرست خود یا با برخی دستورات عملی و تداعی کردن رفتارهای مطلوب با اظهار نظرهای درونی مثبت و تداعی کردن رفتارهای نامطلوب با اظهار نظرهای درونی منفی، به مبارزه با رفتارهای غیر سازشی برونند.

طبق استدلال دیمون (۱۹۸۹) و سلمن (۱۹۸۰) پایین‌تر بودن سطح تحول ادراکی کودکان در ناهماهنگی بین برداشت‌های بزرگ سالان و کودکان از ارتباط و ذهنیت آنان در مورد تعاملات نقش مهمی دارد. گاهی منشأ اختلافات ممکن است برخاسته از احساس کودک در مورد حقوق خودش می‌باشد. این کودکان در برخورد با والدین اظهاراتی "خود افشاگرانه"^۲ دارند اما این ذهنیت را می‌پذیرند که والدین از افشاء اطلاعات خصوصی خویش امتناع ورزند که این مورد می‌تواند به طور نمونه و ضمنی با زمان اوائل و اواسط کودکی مطابقت داشته باشد، اما در مورد نوجوانی صادق نباشد.

1 . Linear

2 . self-disclosing statements

۵۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

چون کودکان در این زمان بزرگتر شده‌اند و احتمالاً درصددند تا از دادن اطلاعات معینی در مورد خودشان خودداری نمایند و قصد دارند حق والدین را در انجام عمل مشابه را نیز به رسمیت بشناسند. والدین نیز با رعایت حریم خصوصی متقابل را می‌پذیرند و یا ممکن است همیشه انتظار داشته باشند که فرزندان مثل سابق مسائل خصوصی خود را به صورت یک طرفه آشکار سازند.

میلر (۱۹۸۶) و سلمن (۱۹۸۰). ثابت کرده‌اند که درمان‌های شناختی- رفتاری که تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری هستند در درمان اختلالات روانی دوران کودکی مؤثرند. نظریه شناختی - رفتاری ارتباط تنگاتنگی با نظریه‌یادگیری اجتماعی دارد (بندورا، ۱۹۷۷)، این دیدگاه نظری در همان حال که بر اهمیت محیط تاکید می‌کند، می‌خواهد فرآیندهای درونی را که میانجی بین دنیای خارج و رفتار آشکار است می‌پذیرد.

اگر چه گستره وسیعی از رویه‌های شناختی- رفتاری وجود دارند، اما با این وجود در همه آنها این فرض کلی به چشم می‌خورد که می‌توان به کودکان و والدین آنها آموخت که تا با تغییر دادن رویدادهای احتمالی بیرونی رفتارهای ناسازگارانه خود را تغییر دهند، اعتقادات غیرمنطقی و منطق غلط را به چالش بکشند.

مشخصات الگوهای متفاوت درمانی

وبستر- استراتون^۱ و هربرت (۱۹۹۳) می‌گویند در الگوهای مختلف درمانی، فرضیات متفاوتی در مورد نقش درمانگر در رابطه با درمان‌جویان، علل مشکلات، پویایی‌های خانواده و میزان مسئولیت‌پذیری درمان‌جویان در جهت حل مشکلات وجود دارد. برای نمونه در الگوهای شبه پزشکی^۲ مثل روان درمانی به شکل روان تحلیلی^۳، درمان‌جویان مسؤول مشکلات خود قلمداد نمی‌شوند. والدین نیز مسؤولیتی در یافتن راه حل ندارند. بلکه این درمانگر متخصص است که تدریجاً مسائل نهفته در سطوح ناخودآگاه روان، تجربیات گذشته و یا در پویایی‌های زندگی خانوادگی درمان‌جویان را کشف می‌کند و سپس آنها را برای فرد درمان‌جو و یا در درمان‌های روان‌پویشی یا

1 . Webster-Stratton

2 . quasi-medical

3 . Psychoanalytic

روان پویایی^۱ برای تمام خانواده تفسیر می کند. در اینجا درمان جو، بر خلاف مشارکت فعالانه مراجعان در رفتار درمانی، تحلیل درمانگر را نسبتاً منفعلانه^۲ دریافت می کند.

جدول مراحل سنجش شناختی - رفتاری برای مداخله

مرحله	هدفها و اصول	رویه های عمل
۱- صورت برداری از مشکلات مراجع	تهیه یک تصویر جامع از مشکلات مراجع	مصاحبه برای تعیین خصوصیات مراجع و درک مسائل او
۲- انتخاب رفتارهای مورد نظر	توجه دقیق به محدوده مشکلاتی در جهت حل آنها	توافق در اهداف
۳- تشخیص اعمال جایگزین	تاکید بر اهداف مثبت	به عمل آوردن اهداف
۴- طرح روش ثبت داده ها	تنظیم خط پایه ی قبل از درمان	تعلیم به مراجع در تهیه برنامه
۵- تشخیص کنترل مشکلات	تعیین وابستگی ها، عقاید، اسنادها و غیره، شناسایی پیشایندها و پیامدها	جدول بندی و ثبت پیشایندها و پیامدها ی رفتار و عقاید مشکل زا
۶- سنجش منابع یا عوامل محیطی	تشخیص منابع یا عوامل دخیل در مشکلات مراجع	مصاحبه با مراجع و افراد دیگر مهم (نظام های حمایت اجتماعی)
۷- صورت بندی طرح مداخله ی شناختی - رفتاری	انتخاب روش های مناسب، یعنی مؤثرترین برنامه برای تغییرات	آشنایی با ادبیات. تحلیل نقش رفتار بدکار
۸- اجرای برنامه	تغییر رفتار/ شناختها به وسیله روش هایی که مهمی بر مشارکت هستند	کاربرد روش ها یا فنون شناختی - رفتاری
۹- بررسی و بازبینی پیشرفت ها و پیامدها	حساس بودن به مشکلات در جریان پیشرفت درمان و کسب اطلاعات درباره مؤثر بودن آن	جمع آوری داده های مناسب
۱۰- طرح ریزی برای تعمیم و حفظ تغییرات	نیل به بهبودی کلی و تثبیت تغییرات.	استفاده از محیط برای حفظ تغییر، طرح ریزی برای راهکارهای تعمیم (مثلاً خود تقویتی)

1 . psychodynamic

2 . Relatively passive

ارزیابی روان‌شناختی

ارزیابی روشی است که به موجب آن، متخصص بالینی فرد را از لحاظ عوامل روانی، جسمانی و اجتماعی که بر عملکرد وی تأثیر می‌گذارد بررسی می‌کند. مقدمه و زمینه‌ی ارزیابی این است که دانش رشد بهنجار و آسیب‌شناسی رشدنگر برای روان‌شناس حاصل شود. زیرا این روش به روان‌شناس بالینی کمک می‌کند که کارایی هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان را در "بافت رشدی" بررسی کند. در نظر گرفتن جنبه‌های رشدی در طراحی سنجش و ارزیابی اهمیت زیادی دارد.

استلزام دیگر ارزیابی مؤثر این است که آزمون‌های مورد استفاده بویژه در مورد کودکان و نوجوانان باید داده‌های هنجاری خوبی برای گروه سنی کودک ارجاع شده داشته باشد و روش سنجش باید با سطح رشد کودک و نوجوان هماهنگ باشد (برای مثال اجرای روش خودگزارش‌دهی روی کودکان کوچکتر از ۹ سال، پایایی ندارد). ارزیابی باید آن قدر جامع باشد تا مشکلاتی را نیز که با رفتار ارجاع داده شده مرتبط هستند، پوشش دهد.

زمینه‌ی دیگری که در طراحی ارزیابی بالینی باید مورد توجه قرار گیرد، بافت مشکل است. اصولاً رفتار کودک و نوجوان علاوه بر مسائل زیستی و ژنتیکی تحت تأثیر محیط روانی و اجتماعی اوست، بنابراین، باید دید که کدام جنبه‌ی محیط، مثلاً شیوه‌ی فرزندپروری والدین نفوذ همسالان یا روابط با خواهر و برادرها را باید مورد سنجش قرار گیرد و کیفیت سنجش چگونه باید باشد (مشاهده مستقیم یا مصاحبه با خانواده و ...). زیرا بافتار خانوادگی و فضای عاطفی حاکم بر آن از کودکی به کودکی دیگر فرق می‌کند. کار آلن^۱ (۲۰۰۶) در این زمینه معتقد است که رشد هر کودکی نخست یک فرایند اجتماعی است و خانواده زمینه‌ی اجتماعی محوری و بسیار مهم است که در آن رشد و تحول رخ می‌دهد. باید بررسی شود که کدام بافتار بیشترین تأثیر را بر کارکرد کودک داشته است. چنانچه اطلاعات نشان دهد که کودک و نوجوان در مدرسه مشکل دارد، پیش از مصاحبه با کودک و نوجوان مصاحبه با والدین او، جمع‌آوری اطلاعات از معلم و سایر اولیای مدرسه و یا از طریق مشاهده ضروری است. کودک و نوجوان زمان قابل توجهی با ناپدری، نامادری و ... می‌گذرانند از آن‌ها نیز باید اطلاعات جمع‌آوری می‌شود.

بنابراین همگام با آخنباخ^۱ (۱۹۸۸؛ نقل از شرودر، ترجمه فیروزبخت، ۱۹۸۵، ص ۸۷) می‌توان گفت که ارزیابی مشکلات کودک و نوجوان نوعی فرضیه آزمایشی است که در آن به آسیب‌شناسی رشدنگر، تأثیرات بافتار خانوادگی و اجتماعی و مصلحت آنان باید لحاظ شود. وقت هم اهمیت زیادی دارد به همین دلیل روان‌شناس بالینی باید مقرون به صرفه‌ترین راه را برای جمع‌آوری اطلاعات پیدا کند. از آنجا که تغییر رشدی محصول تبادل کودک و نوجوان با ترکیب زیست‌شناختی، ژنتیکی، محیط فیزیکی، اجتماعی و فرهنگی اوست، ماش و ترادل^۲ (۱۹۹۷) اعتقاد دارند که روان‌شناس بالینی کودک و نوجوان باید فراز و نشیب این تعامل رشدی را بداند چون نقش مهمی در مفهوم‌بندی، اندازه‌گیری، طبقه‌بندی، تشخیص و تغییر و ارزیابی دارد. رفتارهایی که در یک مقطع سنی عادی هستند می‌توانند در مقاطع سنی دیگر یک مشکل جدی باشند. بسیاری از مشکلات دوران کودکی و نوجوانی در جریان رشد دچار تغییرات کمی و کیفی می‌شوند روان‌شناس بالینی کودک و نوجوان با آگاهی از هنجارهای رشد درمی‌یابد که کدام رفتارها هنجار و کدام رفتارها نابهنجار هستند. حتی می‌توان گفت که انتخاب تصمیم‌گیری در مورد شیوه‌های مداخلاتی و درمانی به آشنایی و شناخت رشد بهنجار بستگی دارد.

بنابر آنچه گذشت می‌توان گفت که روان‌شناس بالینی در سنجش و ارزیابی مشکلات کودکان و نوجوانان در جستجوی اطلاعاتی باشد که معمولاً خود آن‌ها و یا والدین و یا اولیای مدرسه و سایر افراد مرتبط اهمیت آن‌ها را نمی‌دانند و یا از آن غفلت می‌کنند. روان‌شناس بالینی تمام اطلاعات گردآوری شده از طریق مشاهده، مصاحبه، کاربرد آزمون‌های روان‌شناختی و ... را باید دیدگاه حرفه‌ای خود انسجام می‌بخشد. در یک قالب علمی به تشخیص و طبقه‌بندی درست مشکل مبادرت می‌کند و راهکارهای مداخلاتی و درمانی را در جهت کاهش و یا رفع مشکل طراحی و اجرا می‌نماید.

1. Achenbach

2. Mash & Tradel

فصل چهارم

اختلالات خلقی در کودکان و نوجوانان

افسردگی در دوران کودکی و نوجوانی

آیا کودکان قبل از نوجوانی از نظر بالینی افسرده می‌شوند؟ زمانی متخصصان سلامت روان مشترکاً گزارش می‌دادند که کودکان نمی‌توانند اختلال افسردگی را تجربه کنند. اما تجارب بالینی و تحقیقات تجربی نشان دادند که تعداد کمی از کودکان از افسردگی جدی رنج می‌برند. در این فصل مروری انتخابی خواهیم داشت بر ادبیات مربوط به همه‌گیر شناسی، ارزیابی، تشخیص، تعریف و درمان افسردگی قبل از نوجوانی. این کار برای روان‌شناسان بالینی کودک و محققانی که در جستجوی فهم و کمک به کودکان هستند که از افسردگی رنج می‌برند بسیار سودمند است.

بسیاری از مکاتب آسیب شناسی کودکان معتقدند که درک و فهم ما از افسردگی قبل از نوجوانی حداقل سه مرحله مفهومی را طی ۴۰ سال گذشته پشت سر گذاشته است (هامن و رادلف^۱، ۱۹۹۶؛ اسپیر و همکاران^۲، ۱۹۹۵). در ابتدا اعتقاد بر این بود که افسردگی به سادگی نمی‌تواند در دوران کودکی وجود داشته باشد. نظریه‌های روان تحلیل‌گری معتقد بودند افسردگی محصول خشمی است که توسط فراخود به سوی خود جهت گرفته است (ماهلر^۳، ۱۹۶۱؛ رای^۴، ۱۹۶۶). بنا بر این افسردگی واقعی نمی‌تواند تا زمانی که فراخود به رشد کامل خود برسد ظهور پیدا کند، بنا بر این گفته می‌شد که افسردگی نمی‌تواند قبل از نوجوانی رخ دهد. دومین مفهوم سازی غالباً اشاره به

1 - Hammen & Rudolph

2 - Speier

3 - Mahler

4 - Rie

"افسردگی پنهان (پوشیده)^۱" دارد، به این معنا که کودکان می‌توانند افسرده شوند اما نشانه‌های بالینی آن‌ها ممکن است کاملاً متفاوت از افسردگی بزرگسالان باشد (گلیزر^۲، ۱۹۶۸؛ تولان^۳، ۱۹۶۲).
به علاوه، یک انتقاد رایج به این الگو این است که تقریباً هر نشانه‌ی آسیب‌زای روانی می‌تواند به عنوان نشانه‌ی افسردگی قلمداد گردد، بنا بر این مانع ایجاد تمایز بین این مشکل و سایر اختلالات کودکان است. سومین نقطه نظر و جدیدترین دیدگاه بر این اعتقاد است که کودکان قبل از نوجوانی هم افسردگی بالینی را تجربه می‌کنند و نشانه‌های این اختلال در کودکان مشابه نشانه‌های آن در بزرگسالان است، اگر چه دقیقاً یکسان نیستند. با شروع چاپ و انتشار راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-III)^۴ ملاک‌های تشخیص مشابهی برای اختلال افسردگی در قبل از نوجوانی، نوجوانی و بزرگسالی معرفی شد. در حال حاضر، میان صاحب نظران آسیب‌زایی روانی کودکان توافق به وجود آمده است و همگی معتقدند که کودکان نیز از نظر بالینی افسرده می‌شوند و نشانه‌های افسردگی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان کاملاً یکسان هستند. در عین حال این صاحب نظران بر این نکته تأکید دارند که احتمالاً تفاوت‌های مهمی میان نشانه‌های افسردگی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان وجود دارد.

افسردگی و خودکشی در نوجوانان

در اواخر دهه‌های ۱۹۹۰، افسردگی در میان نوجوانان نیز پدیده‌ای بسیار رایج شده بود. تنها مد نظر قراردادن وقایعی نظیر خودکشی نوجوانان کوبایی اعضای گروه راک^۵ به طور دسته‌جمعی و تیراندازی در چند دبیرستان کافی است تا نتیجه بگیریم که افسردگی و خودکشی رخ داده‌های شایعی در این نسل از نوجوانان هستند. اگر چه بررسی میزان خودکشی در این گروه از نوجوانان نشان می‌دهد که افزایش قابل ملاحظه‌ای که طی دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ در میزان خودکشی آنان مشاهده می‌شد، اکنون مشاهده نمی‌گردد و در همان سطح قبلی خود مانده است و به نظر می‌رسد که کاهش اساسی در رفتارهای خودکشی و افسردگی نوجوانان صورت نگرفته است. در هر صورت افسردگی در

1 - masked depression

2 - Glaser

3 - Toolan

4. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edn.

5 - Rock group

۵۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

دوران نوجوانی تجربه ای آشفته ساز برای نوجوانان و اعضای خانواده بویژه والدین آنان است و این در حالی است که شواهد زیادی نشان می‌دهند که اکثر نوجوانانی که از افسردگی بهبود می‌یابند، طی یک سال بعد، به اختلالات خلقی دیگر مبتلا شوند (کار^۱، ۱۹۹۹).

افسردگی در نوجوانان

فقط طی سال‌های ۱۹۸۰ به بعد معلوم گردید افسردگی یک پدیده بالینی شایع است که در کودکی و نوجوانی رخ می‌دهد (ماتسون^۲، ۱۹۸۹؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). این شناسایی و تشخیص اولاً با پیدایش نشانه‌های رفتاری بیشتر نشانگان افسرده صورت می‌گیرد. قبل از دهه‌ی ۱۹۸۰ مجادلات زیادی در این زمینه وجود داشت که آیا نوجوانان از چنین نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند یا نه و هم چنین این که چگونه باید نشانه‌های افسردگی که توسط این افراد مبتلا تجربه می‌شود را مد نظر قرارداد موضوعی برای مجادلات علمی بود.

مسایل مفهومی و روش شناختی در افسردگی کودکان

حداقل سه موضوع مهم مفهومی و روش شناختی وجود دارد که هنگام بررسی ادبیات پژوهشی در رابطه با افسردگی در کودکی با آن روبرو می‌شویم. اولین موضوع، مرتبط با تعریف افسردگی است. صاحب نظران آسیب شناسی روانی کودکان اشاره کرده اند که اصطلاح " افسردگی " را می‌توان به سه پدیده مختلف اطلاق کرد: علائم، نشانگان و اختلال (کازدین و مارسیانو^۳، ۱۹۹۸؛ کرایفید^۴ و همکاران، ۱۹۹۴).

یک علامت^۵ به یک نشانگر ذهنی در یک شرایط آسیب زا اشاره دارد که نوعاً توسط بیمار گزارش می‌شود. زمانی که ما از یک علامت منفرد صحبت می‌کنیم، عموماً افسردگی به معنای خلق و عاطفه ی غمگین است. کودکی که به عنوان افسرده توصیف می‌شود، در این معنا به نظر اندوهگین،

1 - Carr

2 - Matson

3 - Kazdin & Marciano

4 - Craiphead

5 - symptom

دمغ^۱، مالیخولیایی یا ناشاد به نظر برسد. بر عکس، یک نشانه^۲، گروهی از نشانه‌ها و علائم است (نظیر یک نشانگر عینی از یک شرایط آسیب‌زا که نوعاً توسط آزمون‌کننده مشاهده می‌گردد) که مکرراً با یکدیگر رخ می‌دهند و ممکن است یک فرایند یا علت زیر بنایی را منعکس کند. بنا بر این، افسردگی به عنوان یک نشانه، نه تنها شامل عاطفه و خلق غمگین است بلکه شامل فقدان لذت و خوشحالی، اختلال در خواب، بی‌انرژی بودن، عدم تمرکز و سایر نشانه‌ها است. مثلاً مقیاس‌های خود گزارش‌دهی افسردگی نظیر پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان (کواکس^۳، ۱۹۸۵) اندازه‌هایی از افسردگی سدرمی هستند.

نهایتاً یک اختلال نشانه‌ای، شامل علائم ویژه و نشانه‌هایی است که در نظام‌های طبقه‌بندی تشخیص نظیر چهارمین مجموعه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR^۴، ۲۰۰۰) و یا چاپ دهم طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات (ICD-10، سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲) قرار می‌گیرند. هر نظام طبقه‌بندی، تشخیص علائم و نشانه‌ها را به روش خود تنظیم می‌کند تا ملاک‌هایی را برای اختلالات افسردگی مختلف طرح کند. مثلاً، اختلال افسردگی اساسی^۵ و اختلال افسرده‌خویی^۶ دو مورد از اختلالات افسردگی هستند که در DSM-IV-TR به عنوان اختلالات اختلالات افسردگی شایع در دوران کودکی معرفی شده‌اند و هرکدام ملاک‌های تشخیص خاص خود را دارند. هر نوع بحث و اظهار نظری در باره‌ی افسردگی تلویحات و کاربردهای کاملاً متفاوتی را بسته به این که ما علائم، نشانه‌ها یا اختلال را مد نظر داشته باشیم، در بر خواهد داشت.

دومین موضوع مفهومی مربوط به استفاده از اصطلاحات عامی نظیر، کودک، دوران کودکی، نوجوان و جوانان و غیره است که در ادبیات پژوهش‌با این عناوین زیاد برخورد می‌کنیم. غالباً واضح نیست که گروه سنی که این اصطلاحات به آنها اشاره دارند چه هستند. برخی از محققان ظاهراً منظورشان قبل از نوجوانی، سنین ۶ تا ۱۲ سالگی است، در حالی که منظور سایرین کودکی و نوجوانی است. با این وجود، بعضی صاحب‌نظران دامنه‌ی سنی بین تولد تا ۱۸ سالگی را مد نظر قرار می‌دهند. چنان که خواهید دیدماهیت افسردگی همراه با سن تغییر می‌کند. برای توصیف ویژگی‌های

1 - blue

2 - Syndrome

3 - Kovacs

4 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition - Text Revised

5 - Major depressive disorder

6 - dysthymic

۶۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

خاص افسردگی در دوران کودکی، تمایزات تحولی بسیار ضروری می‌باشند. اما باید توجه داشت که اجتناب از استفاده از اصطلاحاتی نظیر پسران جوان^۱ و کودکان^۲، دست و پا گیر است. اما برای بررسی ماهیت افسردگی، نیاز به این داریم که به ماورای این نامگذاری‌های گسترده حرکت کرده و نشانه‌ها، سبب شناسی، درمان‌های کارآمد و سایر ابعاد افسردگی را با ظرافت و دقت و به طور کاملاً واضحی برای گروه‌های سنی مشخصی، معین کنیم. در این فصل به افسردگی قبل از نوجوانی پرداخته خواهد شد و تا آن جا که ممکن است تحقیقات انجام شده با کودکان ۶ تا ۱۲ ساله را به عنوان پایه ای برای مطالعه ی افسردگی مطرح خواهیم کرد.

سومین موضوع که مطرح کردن آن ضروری به نظر می‌رسد، ارزیابی ادبیات پژوهشی در مورد افسردگی قبل از نوجوانی و ماهیت روش شناختی آن است. اصطلاح "منبع اطلاعاتی"^۳ در ارزیابی آسیب شناسی کودکی بسیار متنوع به کار برده می‌شود. "منبع اطلاعاتی" به منابع اطلاعاتی ما درباره ی آسیب شناسی اشاره دارد. به طور ساه تر این که در ارزیابی آسیب شناسی روانی کودک، اطلاعات باید از خود کودک، والدین، معلمان، متخصصان بالینی و همسالان او به دست آید. اما باید توجه داشت که بین این منابع اطلاعاتی و ارزیابی‌های متکی بر آن‌ها ناهمخوانی‌های زیادی وجود دارد. برای مثال برای مطالعه ی شیوع افسردگی در کودکان، به دست آوردن اطلاعات از کودکانی که افسرده هستند احتمال به دست آوردن میزان شیوع بالاتری را ایجاد می‌کند تا زمانی که ما اطلاعات را در این مورد از والدین یا معلمان کسب کنیم (کاشانی^۴ و همکاران، ۱۹۸۹). بنا بر این در ارزیابی کردن هر مطالعه‌ای درباره ی افسردگی در دوره ی قبل از نوجوانی باید توجه داشته باشیم که آن مطالعه از چه منبع اطلاعاتی برای بررسی افسردگی استفاده کرده است.

ابعاد بالینی افسردگی در نوجوانان

طبق نظر ماتسون (۱۹۸۹) در زمینه ی تشخیص افسردگی در نوجوانان پیوستاری از نقطه نظرات وجود دارد. در یک سر پیوستار محافظه کارترین رویکردها قرار دارند که توسط لِفکوویتز و بارتون^۵ (۱۹۷۸) مطرح و گزارش شده اند. آن‌ها اعتقاد دارند که اگر رفتارهای افسرده ساز در کودکان و

1 - youngsters

2 - children

3 - informant

4 - Kashani

5 - Llefkwits & Burton

و نوجوانان بهنجار (نرمال) شایع باشد و اگر چنین رفتارهایی بدون درمان در طول زمان از بین بروند، نمی توان تشخیص افسردگی داد. در طرف دیگر پیوستار، رویکردهایی قرارداری دارند که معتقدند بسیاری از رفتارها در کودکان و نوجوانان نشانه‌هایی از افسردگی پنهان هستند.

کیتترین ومک نیو^۱ (۱۹۷۴)، کیوران^۲ (۱۹۸۷) و بسیاری از صاحب نظران دیگر، این موضوع را به تفصیل شرح داده و مورد بحث قرار داده اند. اگر چه افسردگی پنهان یک مفهوم زیاد رایج نمی‌باشد و در ادبیات پژوهش مورد انتقاد واقع شده است (بمپوراد^۳، ۱۹۷۸)، به نظر می‌رسد که تبیین‌هایی برای چنین نشانه‌ها شامل رخدادهای هم‌زمان افسردگی با سایر اختلالات باشد. ولر^۴ (۱۹۹۰) تعدادی مطالعه را مورد رخدادهای هم‌زمان افسردگی و اختلالات نقص توجه، اختلالات اضطرابی و اختلالات رفتاری گزارش کرده اند. به طرق زیادی طبقه بندی‌های قبلی تلاش داشته اند تا در یابند آیا نشانه‌های نمایش داده شده توسط نوجوانان، شامل افسردگی است یا نه. نشانه‌هایی که نوجوانان از خود نشان می‌دهند نیاز به بازشناسی دارند، زیرا پتانسیل نوجوانان برای بد کار کردی و خود ویرانگری نباید فقط به دلیل اهمیت آن‌ها در تشخیص مورد توجه قرار بگیرد، به این دلیل است که بررسی دامنه ای از نشانه‌های مشاهده شده قبل از تشخیص وجود یا عدم وجود افسردگی پنهان، اهمیت زیادی پیدا می‌کند. چنانکه تولن^۵ (۱۹۷۵) اشاره کرده است و دیگران نیز به آن اعتقاد دارند (کوران، ۱۹۸۷؛ نقل از واکر و رابرتس، ۲۰۰۱) تصویر واضح و متمرکزی از افسردگی نوجوانان کمیاب و نادر است. متخصصان بالینی که با چنین افرادی کار می‌کنند غالباً باید زمان زیادی را صرف ارزیابی این که نشانه‌های افسردگی چگونه در نوجوانان ظاهر می‌گردند، نمایند. آیا یک نشانه‌ی افسردگی که در خانه نشان داده می‌شود اما در مدرسه و در بین همسالان دیده نمی‌شود، برای تشخیص افسردگی، موجه، منطقی و کافی است؟ بنابراین، برای ارزیابی کارکردهای یک فرد در موقعیت‌ها و شرایط مختلف، توسط چند نفر از مشاهده کنندگان که هر کدام نقطه نظرات خاص خود را دارا هستند، نیاز وافر وجود دارد. در واقع ویژگی‌ها و مشخصه‌های نوجوانان است که هنگامی که با بزرگسالان صحبت می‌کنند برخی اوقات ادراکات خود آن‌ها را کم رنگ تر (پنهان) و یا بارزتر و آشکارتر می‌کند.

1 - Cytryn&Mcknew

2 - Curran

3 - Bemporad

4 - Weller

5 - Toolan

طبقه‌بندی اختلال افسردگی در کودکان

در حال حاضر، رایج‌ترین نظام تشخیصی برای اختلالات افسردگی در کودکان چهارمین مجموعه‌ی تجدیدنظرشده‌ی تشخیصی و اماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا^۱ (۲۰۰۰) است. بر خلاف سایر اختلالات (مثلاً اضطراب) هیچ شرط خاصی برای طبقه‌بندی نشانگان افسردگی که توسط کودکان تجربه می‌شود در قسمتی تحت عنوان "اختلالاتی که اولین بار در نوزادی، کودکی و نوجوانی مشخص می‌گردند" در DSM-IV-TR وجود ندارد. اما همان ملاک‌هایی که برای تشخیص افسردگی در بزرگسالان مورد استفاده قرار می‌گیرد برای کودکان نیز به کار برده شده‌اند، با این استثناء عمده و مهم که غالباً تحریک‌پذیری به جای عاطفه‌ی افسرده در میان افراد نوجوان دیده می‌شود. در DSM-IV-TR حداقل ۷ هفت اختلال وجود دارند که جزء اختلالاتی طبقه‌بندی می‌شوند که نشانگان افسردگی را در نوجوانان نشان می‌دهند. دو تا از رایج‌ترین این تشخیص‌ها در کودکان عبارتند: از اختلال افسردگی اساسی^۲ و اختلال افسرده‌خویی^۳.

اختلال افسردگی اساسی شکل شدیدی از افسردگی تک قطبی است که توسط دارا بودن لااقل یک دوره‌ی افسردگی اساسی بدون نشانه‌ی شناسی مانیک و هیپومانیک^۴ (شیدایی و شیدایی خفیف) مشخص می‌گردد. برای این که یک کودک دوره‌ی افسردگی اساسی را داشته باشد، یا بد خلق تحریک‌پذیر - افسرده و یا فقدان لذت - علاقه را در اکثر فعالیت‌ها، لااقل برای مدت دو هفته تجربه کند. کودک باید از لااقل ۴ نشانه از نشانه‌های زیر بصورت دائمی رنج ببرد: (۱) اختلال در اشتها، از دست دادن وزن یا اضافه وزن غیرعادی، و یا شکست در به دست آوردن وزن مورد انتظار، (۲) اختلال در خواب، (۳) احساس بی‌قراری، عدم آرامش و بی‌حالی، (۴) فقدان انرژی، (۵) احساس بی‌ارزشی و احساس گناه، (۶) عدم تمرکز و ضعف در تصمیم‌گیری و (۷) افکار مرگ و یا ایده‌های خودکشی. این نشانه‌ها باید باعث اختلال و ضعف در عملکردهای اجتماعی، شغلی، تحصیلی و سایر حوزه‌های مهم دیگر گردد. به علاوه، شرایط نباید ناشی از استفاده از دارو یا مشکلات پزشکی دیگری باشد. مشابهاً، نشانه‌ها نباید به علت یک حادثه‌ی ناراحت‌کننده ایجاد شده باشند (مثلاً مرگ یک فرد

1 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition text revision (DSM-IV, TR, 2000)

2 - MDD

3 - DD

4 - Manic and Hypomanic

دوست داشتنی) و یا نباید ملاک‌هایی را برای دوره‌های ترکیبی (مرکب) دارا باشند (مثلاً "فرد نباید به‌طور خود به خودی نشانه‌هایی از افسردگی اساسی و دوره‌های شیدایی از خود نشان دهد). برخلاف اختلال افسردگی اساسی (MDD)، اختلال افسرده خوئی (DD) از شدت کمتری برخوردار است اما مزمن تر است و از طریق خلق افسرده‌ی طولانی مدت مشخص می‌گردد. مخصوصاً، برای این که یک کودک به عنوان فردی که مبتلا به اختلال افسرده خوئی است تشخیص داده شود باید دوره‌ی یک ساله‌ای را که در آن خلق او به طور مسلطی افسرده یا تحریک پذیر باشد را تجربه کند. کودک باید بطور خود به خودی از حداقل ۲ نشانه از نشانه‌های زیر رنج ببرد:

(۱) اختلال در اشتها، (۲) اختلال در خواب، (۳) فقدان انرژی، (۴) عزت نفس پائین، (۵) عدم تمرکز و ضعف در تصمیم گیری، (۶) درماندگی و ناامیدی مانند اختلال افسردگی اساسی، این نشانه‌ها باید موجب اختلال و یا بد کار کردی‌هایی گردند. اگر در طول یک دوره ی یک ساله، نشانه‌های افسردگی برای بیش از دو ماه از بین بروند، نباید تشخیص اختلال افسرده خوئی (DD) داد. هم چنین اگر فرد حتی نشانه شناسی شیدایی یا شیدایی خفیف را از خود نشان دهد که اختلال دو قطبی هستند و یا اگر نشانه‌ها فقط به عنوان بخشی از یک شرایط مزمن روان گسیختگی رخ دهند، یا اگر نشانه‌ها به علت استفاده از داروی خاصی و یا ناشی از بیماری خاصی باشند، نباید تشخیص DD بدهیم. یا این که اگر شخص طی اولین سال اختلال به عنوان فردی که مبتلا به MDD است تشخیص داده شده باشد، نباید او را به عنوان فردی که مبتلا به DD است تشخیص دهیم. اما، اگر نشانه‌های MDD بعد از اولین سال ابتلا به DD نشان داده شوند، فرد را باید مبتلا به هر دو اختلال تشخیص دهیم (که مشهور به افسردگی دو گانه است).

اختلال افسردگی اساسی و اختلال افسرده خوئی (MDD و DD) دو نوع از رایج ترین اختلالات موجود در کودکانی هستند که نشانه شناسی‌های افسردگی را از خود نشان می‌دهند. اما، حداقل پنج طبقه دیگر وجود دارد که ممکن است برای جوانانی که از خلق افسرده شکایت دارند، تناسب داشته باشند. این طبقه بندی‌ها در این جا به طور خلاصه مطرح می‌شوند. یک اختلال مطابق با خلق افسرده واکنش کوتاه مدتی است که می‌توان در طبقه بندی کردن خلق ملول، گریه و ناامیدی که همراه با یک دوره ی سه ماهه ی تنیدگی زا باشد از آن استفاده کرد. همچنین یک اختلال مطابق با خلق افسرده و اضطراب به صورت ترکیبی، واکنش کوتاه مدت قابل مقایسه ای است که توسط ترکیبی از نشانه‌های اضطراب و افسردگی مشخص می‌گردد. اختلال افسردگی دیگری که نمی‌توان آن را

۶۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

مشخص کرد و می‌توان آن را برای تشخیص نشانگان افسردگی مورد استفاده قرارداد و تناسبی با ملاک‌های MDD یا DD ندارد، اشکال مختلف اختلال دو قطبی (مثل اختلال دو قطبی نوع I و اختلال دو قطبی نوع II و اختلال ادواری خو) که شامل چرخه ای از ابعاد شیدایی (که توسط خلق گشاده (بالا)^۱ مشخص می‌گردد) همراه با نشانه‌شناسی افسردگی است. در بزرگسالان، رایج‌ترین شکل اختلال دو قطبی شامل نشانه‌شناسی شیدایی پایداری است که بلافاصله قبل یا بعد از دوره‌ی افسردگی می‌آید، اگر چه حدوداً در یک سوم از موارد، دوره‌های افسردگی و شیدایی توسط یک دوره‌ی عملکرد نرمال و بهنجار از یکدیگر متمایز می‌گردند. بر عکس گلرو لابی^۲ (۱۹۹۷) مشاهده کرده‌اند که اختلال دو قطبی در کودکی توسط مراحل کوتاه، و تدریجی مشخص می‌شود که در آن کودک به سرعت از رفتار شیدایی به رفتار افسردگی می‌چرخد، بدون هیچ‌گونه بهبودی بین این دو دوره. بنا بر این اختلال دو قطبی در کودکی توسط سرعت در چرخش مشخص می‌گردد (و به ندرت در این گروه سنی مشاهده می‌شود).

نشانه‌های رایج افسردگی در نوجوانی

با وجود این ابهامات، نیشن^۳ (۱۹۸۳) مطالعه‌ای را درباره‌ی نوجوانان افسرده گزارش کرده است که در آن سه نوع نشانه‌ی رایج در افسردگی متمایز گردیده است: سکوت و کناره‌گیری؛ کندی و فقدان انگیزه و بی‌قراری و اضطراب. نشانه‌های سکوت و کناره‌گیری می‌تواند شامل تطابق و سازگاری افراطی و بی‌مورد^۴، غمگینی، خجالت، خودانزوا سازی، شب‌اداری، ناخن جویدن، گریه‌های بی‌مورد، نشان دادن پرخاشگری و رفتار خودکشی باشد. کندی و فقدان انگیزه ممکن است منجر به نشانه‌هایی نظیر بی‌حالی و کم‌حرکتی روانی - حرکتی، بی‌احساسی، عدم امنیت، خوردن وسواسی و بی‌اختیار، مشکلات یادگیری، انفعالی بودن و سکوت و خاموشی باشد. نشانه‌های بی‌قراری و اضطراب ممکن است به صورت پرخاشگری نسبت به خود و دیگران، عدم امنیت، خوردن وسواسی، گریه‌های بی‌مورد و رفتار خودکشی باشد. همپوشی قابل ملاحظه‌ای در نشانه‌های موجود

1 - expansive mood

2 - Geller & Luby

3 - Nissen

4 - Overadjustment

در سه گروه مذکور وجود دارد. این همپوشی احتمالاً تا حدودی به دلیل این است که نشانه‌های افسردگی ممکن است به طور زیادی از یک نوجوان به نوجوان دیگر تفاوت کند.

کوران (۱۹۸۷) در توصیف خود از نشانه‌شناسی افسردگی، معتقد است که نوجوان تمایل دارد و یا قادر است که احساس افسردگی را در خود به دلایلی پنهان کند. این دلایل عبارتند از: ظرفیت برای انکار نمودن، تمایل به انجام اعمال احساسی، اجتناب از وابستگی و درماندگی. کوران اعتقاد دارد که مخصوصاً نشانه‌ها می‌توانند نا سالم و بیماری آفرین باشند، زیرا عملاً میزان رنجشی که نوجوانان از بزرگسالان، همسالان و خودشان دارند را پنهان و مخفی می‌نمایند.

ممکن است برخی موارد وجود داشته باشد که نوجوانان به دلیل دارا نبودن مهارت‌های زبانی رشد یافته نتوانند به طور واضح و آشکاری درباره‌ی تجرب خود صحبت کنند و یا این که محیط به آن‌ها استفاده از دامنه‌ای از لغات را به طور واضح و فعالانه، آموزش نداده باشد. کلمات "افسرده" و یا "تمایل به خودکشی" ممکن است بیانگر ویژگی‌های "سرد بودن" باشد و همان معنایی که مصاحبه‌گرها یا مشاهده‌گران بزرگسالان به آن‌ها می‌دهند را دارا نباشند.

کازدین^۱ (۱۹۸۹) در مروری بر ادبیات پژوهش در زمینه‌ی افسردگی کودکان و نوجوانان، به این نتیجه دست یافت که ابعاد اساسی افسردگی برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان یکی هستند. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد که ملاک‌های تشخیصی مرتبط با اختلالات عاطفی از سن مستقل باشد و ارتباطی با سن نداشته باشد. این نتیجه‌گیری این گفته را که برخی از نشانه‌های افسردگی پنهان ممکن است با سن ناپدید گردند، را با معنا می‌کند. کازدین اشاره می‌کند که نشانه‌های افسردگی بنظر می‌رسد که با تحول تدریجی ظاهر شوند و این نشانه‌ها اگرچه در درون ملاک‌های تشخیصی افسردگی و یا اختلالات عاطفی بزرگسالان جای می‌گیرند، اما ممکن است برای تمام گروه‌های سنی یکسان و مشابه نباشند. کازدین و سایر صاحب نظران اشاره کرده‌اند که لازم است نشانه‌های افسردگی را از یک سندرم یا اختلال خلقی متمایز کنیم. نشانه‌های افسردگی احتمال دارد که از نظر تحولی و انتقالی تعیین گردند، در حالی که سندرم یا اختلال خلقی ممکن است بخشی از یک گروه بزرگ تر از نشانه‌ها باشند. راهبردهای درمانی نیز بسته به توانایی متخصصان بالینی در کشف این تمایز به طور کافی می‌باشد.

بنابراین این تصویر بالینی از نوجوانان افسرده، ممکن است پیچیده و متنوع باشد و شامل نشانه‌هایی باشد که ویژه افسردگی بزرگسالان و اختلالات خلقی است. در چهارمین مجموعه تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان پزشکی آمریکا (DSM-IV-TR) (۲۰۰۰) به طور مختصر به ملاک‌های تشخیصی برای دوره‌های افسردگی اساسی اشاره شده است که شامل خلق افسرده، عدم علاقمندی یا لذت بردن از تمام فعالیت‌ها به طور شدید، از دست دادن زیاد وزن و یا به دست آوردن زیاد اضافه وزن، بی‌خوابی و یا پر خوابی شدید، بی‌قراری روانی-حرکتی یا کندی روانی-حرکتی، فقدان انرژی و بی‌حالی تقریباً همه روزه، احساس بی‌ارزشی و یا احساس گناه شدید، ضعف در تمرکز و قدرت تصمیم‌گیری و تفکر، افکار تکراری مرگ و یا ایده‌های خودکشی تقریباً همه روزه می‌باشد. به علاوه، در DSM-IV-TR، به اختلالات و نشانه‌های دیگری به غیر اختلال افسردگی اساسی اشاره شده است که تحت مقوله‌های ساده تری نظیر داغدیدگی، اضطراب جدایی و افسرده خوبی، دسته بندی شده‌اند. هم چنین در DSM-IV-TR (۲۰۰۰) نشان داده شده است که نوجوانان در مواردی مکرراً دوره‌های افسردگی را همراه با اختلالات دیگری نظیر اختلالات رفتار تخریبی^۱، اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن، اختلالات مرتبط با مواد و اختلالات نقص توجه تجربه می‌کنند.

نشانه‌های افسردگی در نوجوانان به نظر می‌رسد که در بافت‌های مختلفی نظیر روابط با همسالان و موقعیت‌های مدرسه ظاهر گردند. پولاند^۲ (۱۹۸۹) نشانه‌های افسردگی نوجوانان را به صورت کناره‌گیری از دوستان و فعالیت‌ها، فقدان لذت از زندگی و ناامیدی، تغییر در عادات خوردن و خوابیدن، رفتارهای خطرآفرین، به فکر مرگ فرو رفتن، افزایش شکایات جسمانی، مشکلات در تمرکز و انجام تکالیف درسی، تغییرات خلقی مکرر، هیجان‌ناامشخص و رفتارهای توأم با نافرمانی، عزت نفس کم، عدم اطمینان به توانایی‌های خود و یا توانایی‌های تصمیم‌گیری، از دست دادن و یا به دست آوردن وزن به مقدار زیاد و کاهش توجه به وضعیت ظاهری خود، دسته بندی کرده است.

آلن^۳ کار (۱۹۹۹) نیز ابعاد بالینی افسردگی را در نوجوانان به صورت زیر طبقه بندی کرده است :

1 - disruptive behaviour disorder

2 - Poland

3 - Carr

جدول ۱: ابعاد بالینی افسردگی طبق نظر کار (۱۹۹۹)

حوزه	ابعاد
ادراک	سوگیری ادراکی نسبت به وقایع منفی، توهم‌های همخوان با خلق* ^۱
شناخت	نگرش منفی به خود، جهان و آینده احساس گناه شدید، ایده‌های خود کشی* ^۲ ، توهم‌های همخوان با خلق* ^۳ ، تحریفات شناختی، ناتوانی در تمرکز یافتن
عاطفه	خلق افسرده، ناتوانی برای تجربه‌های خوشایند، خلق تحریک پذیر یا، اضطراب و بی‌قراری
رفتار	کندی یا بی‌قراری روانی - حرکتی، بهت زدگی ^۱ افسرده‌وار*
حالت جسمانی ^۲	خستگی، اختلال در خواب، درد، فقدان اشتها با پرخوردی، تغییر در وزن* ^۳ ، تغییر روزانه در خلق (صبح‌ها بد ترند)، بی‌علاقگی به روابط جنسی
سازگاری بین فردی	کناره‌گیری از روابط باهمسالان، عدم مشارکت در روابط خانوادگی، عملکرد تحصیلی پائین

مواردی که علامت (*) دارند در دوره‌های شدید افسردگی رخ می‌دهند.

شیوع افسردگی در کودکان

فلمینگ و آفورد^۳ (۱۹۹۰) در مرور همه‌گیرشناسی خود در مورد اختلالات افسردگی کودکان در یافتند که تعداد بسیار کمی از مطالعات مربوط به بررسی شیوع اختلالات در کودکان در مقیاس بزرگ وجود دارند که کودکان را در زمره جامعه‌ی کلی مد نظر قرار داده و از ملاک‌های تشخیصی عملیاتی استفاده کرده باشند.

نمونه‌های بزرگ از کودکان غیر بیمار این احتمال را که نتایج به دست آمده بیانگر جامعه کودکان قبل از نوجوانی باشد افزایش می‌دهد. ملاک‌های تشخیصی عملیاتی پایایی طبقه‌بندی‌ها را افزایش می‌دهد.

1 - depressive stupor

2 - somatic state

3 - Fleming & Offord

۶۸ ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

در یک مطالعه همه گیر شناسی در مقیاس بزرگ، اطلاعات تشخیصی اولیه فقط از کودکان به دست آمده بود. پی‌ورا^۱ و همکاران (۱۹۹۷) تعداد ۵۶۸۶ کودک ۸ تا ۹ ساله را در فنلاند به طور تصادفی انتخاب کردند و آن‌ها را با اندازه‌های پرسشنامه ای خود گزارشی افسردگی و مصاحبه‌های ساختار یافته در مورد آسیب شناسی روانی کلی مورد ارزیابی قراردادند. میزان شیوع ۰/۴۸ درصد برای اختلال افسردگی اساسی (MDD) و ۰/۶۰ درصد برای اختلال افسرده خویی (DD) به دست آمد.

سایر مطالعات در مقیاس بزرگ، اطلاعات به دست آمده از والدین و کودکان را ترکیب کرده‌اند تا به یک میزان شیوع منفرد دست یابند. کاشانی و همکاران (۱۹۸۳) یک مطالعه‌ی طولی بر روی ۶۴۱ کودک ۹ ساله که از میان تعداد ۱۰۰۰ کودک که در یک بیمارستان در نیوزلند بین سال‌های ۱۹۷۲ و ۱۹۷۳ متولد شده بودند استخراج شده بودند، انجام داد. آن‌ها هم چنین، مصاحبه‌های ساختار یافته‌ای با کودکان انجام داده بودند. ملاک‌های DSM-III نشان داد که میزان شیوع قطعی برای MDD در این کودکان برابر با ۱/۸ درصد و برای افسردگی جزئی برابر با ۲/۵ درصد است. دو سال بعد، اندرسون، ویلیامز، مک گی و سیلوا^۲ (۱۹۸۷) تعداد ۷۹۲ کودک را پس از سن ۱۱ سالگی مورد مطالعه قراردادند (این کودکان از همان گروه استخراج و انتخاب شده بودند). براساس مصاحبه‌های ساختار یافته با کودکان و درجه بندی مقیاس‌های کامل شده توسط والدین و معلمان، ملاک‌های DSM-III نشان‌دهنده‌ی میزان شیوع ۰/۵ درصد برای اختلال افسردگی اساسی (MDD) و ۱/۷ درصد برای اختلال افسرده خویی (DD) در طول دوره ی ۱۲ ماهه‌ی قبل بود.

کوهن^۳ و همکاران (۱۹۹۳) کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۲۰ ساله‌ای را که از ۷۷۶ خانواده به طور تصادفی انتخاب شده بودند مورد مطالعه قرار دارند. این خانواده‌ها در دو شهر در بالای ایالت نیویورک زندگی می‌کردند. در میان کودکان ۱۰ تا ۱۳ ساله که ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای MDD را دریافت کرده بودند و مصاحبه‌های ساختار یافته با والدین و کودکان نشان دهنده‌ی میزان شیوع ۲ درصد این اختلال بود.

دو مطالعه میزان شیوع‌های جداگانه ای را بر اساس اطلاعات به دست آمده از والدین در مقابل اطلاعات به دست آمده از کودکان گزارش کرده اند. کاشانی و همکاران (۱۹۸۹) مصاحبه‌های ساختار یافته ای را با ۲۱۰ کودک که از فهرست اسامی ۴۸۱۰ کودک و نوجوان مشغول به تحصیل در مدارس

1 - Puura

2 - Anderson, Williams, Mc Gee & Silva

3 - Cohen

عمومی انتخاب شده بودند، ترتیب دادند. با والدین کودکان نیز مصاحبه شد. در میان کودکان ۸ و ۱۲ ساله میزان شیوع اختلال افسردگی بر طبق ملاک‌های DSM-III برابر با ۱/۵ درصد بود (براساس مصاحبه با کودکان)، در مقابل، بر اساس اطلاعات به دست آمده از مصاحبه با والدین، میزان شیوع برای کودکان ۸ ساله برابر با صفر درصد و برای کودکان ۱۲ ساله برابر با ۰/۴ درصد بود.

به علاوه، پولاینو- لورنته و دومینیک^۱ (۱۹۹۳) تعداد ۶۴۳۲ کودک ۸ تا ۱۱ ساله را که از ۴ شهر و ۲ روستا در اسپانیا انتخاب شده بودند، مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها ملاک‌های تشخیصی DSM-III را براساس پرسشنامه‌های خود گزارش دهی، یک مقیاس درجه بندی متخصصان، یک مقیاس نام‌گذاری توسط همسالان و یک مقیاس درجه بندی معلمان را به کار گرفتند. بر اساس اطلاعات به دست آمده از خود کودکان، میزان شیوع برابر با ۱/۸ درصد برای اختلال افسردگی اساسی و ۶/۴ درصد بر اختلال افسرده‌خویی بود. در مقابل، اطلاعات به دست آمده از سایر منابع، میزان شیوع MDD را ۰/۶ درصد و میزان شیوع DD را ۳ درصد نشان داد.

یافته‌های این دو مطالعه ی آخر نشان داد که کودکان به طور همگونی نشانه‌شناسی‌های افسردگی را بیشتر از سایر منابع اطلاعاتی بازشناسی می‌کنند. این الگوهای متفاوت به ما خاطر نشان می‌سازد که موقع تفسیر کردن نتایج هر مطالعه‌ای که در مورد افسردگی کودکان صورت گرفته است به منبع اطلاعاتی آن توجه داشته باشیم.

به طور کلی، این مطالعات در مقیاس بزرگ نشان می‌دهند که MDD در میان کودکان شایع نمی‌باشد چرا که هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که میزان شیوعی بالاتر از ۳ درصد را گزارش کند. به طور مقایسه‌ای شیوع یکساله ی MDD در بزرگسالان برابر با ۸ درصد برای مردان و ۱۳ درصد برای زنان است و کسلر^۲ و همکاران، ۱۹۹۴. در مورد DD در کودکان نیز به نظر می‌رسد که داده‌های بسیارناچیزی برای دست‌یابی به یک برآورد معتبر از میزان شیوع این اختلال وجود دارد.

کلاً مطالعات همه گیر شناسی در یافته‌اند که میزان شیوع افسردگی در میان دختران و پسران قبل از نوجوانی یکسان است (کاشانی و همکاران، ۱۹۸۳)، اگرچه اندرسون و همکاران (۱۹۸۷) نشان دادند که میزان شیوع افسردگی در پسران ۱۱ ساله بالاتر از دختران ۱۱ ساله است. متقابلاً پولاینو-

1 - Polaino - Lorente & Domenech

2 - Kessler

۷۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

لورتنه و دومینک (۱۹۹۳) تفاوت معناداری از نظر جنسیتی در میزان شیوع DD در میان کودکان ۸ تا ۱۱ ساله گزارش کرده اند، به عبارت دیگر دختران بیشتر از پسران مبتلا به این اختلال بودند. مشاهده شده است که جایگاه اجتماعی - اقتصادی با شیوع افسردگی در کودکی رابطه ای ندارد (کاشانی و همکاران، ۱۹۸۳)، اما نه جایگاه اجتماعی - اقتصادی و نه نژاد به خوبی در دوران کودکی مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند.

شیوع افسردگی در نوجوانان

در نوجوانان دارای اختلالات روانپزشکی شدید، اختلالات خلقی تقریباً به میزان ۲۷ درصد در نمونه‌های بستری شده در بیمارستان و خارج از بیمارستان (کارلسون و کانت ول^۱، ۱۹۷۹) تا ۴۰ درصد (هود جنز^۲، ۱۹۷۴) مشاهده می‌شود. نوجوانانی که از اختلالات پزشکی رنج می‌برند، به خصوص آن‌هایی که دارای مشکلات استخوانی و سرطان هستند، میزان افسردگی در حدود ۲۳ درصد را در برخی مطالعات و ۱۷ درصد در مطالعات دیگر نشان داده‌اند (کاشانی و حکمی^۳، ۱۹۸۲، کاشانی، و نزکه و میلار^۴، ۱۹۸۱).

جوامع طبیعی میزان مختلفی از افسردگی را نشان داده اند. در مطالعه ی بزرگی که روی نوجوانان ۱۳ تا ۱۹ ساله با استفاده از اندازه‌های خود گزارشی توسط کندال و دیویس^۵ (۱۹۸۲) صورت گرفته است میزان افسردگی اساسی بسته به نمرات برشی که مورد استفاده قرار گرفته است بین ۱۳ درصد تا ۲۸ درصد گزارش شده است. هامن و رودلف (۱۹۹۶) در مروری که بر افسردگی کودکان و نوجوانان داشته‌اند، میزان شیوع را بسته به گروه سنی و مقوله‌های تشخیصی بر گرفته از DSM-IV بین ۳/۴ درصد تا ۷/۸ درصد گزارش کرده‌اند. علاوه بر این، کاپلان‌هانگ و وینهلد^۶ (۱۹۸۴) در مطالعه‌ی دانش آموزان راهنمایی و دبیرستانی با استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی بک با نقطه‌ی برشی برابر با ۱۶ دریافتند که میزان رخداد افسردگی در نوجوانان مذکور حدوداً ۸/۶ درصد بوده که تقریباً مشابه با همان میزانی است که در بزرگسالان یافت می‌شود. در این مطالعه، ۲۱ درصد از گروه نمونه

1 - Carlson & Cantwell
2 - Hudgens
3 - Hakami
4 - Venzke & Millar
5 - Kandel & Davies
6 - Kaplan, Hong & Weinhold

نمراتی بالاتر از ۱۰ داشتند که مشابه با همان میزانی است که توسط راتر، گراهام و چادویک^۱ (۱۹۷۶) با استفاده از اندازه‌های خود گزارشی، گزارش شده است.

پففر^۲ (۱۹۸۵) نیز اشاره کرده است که شیوع افسردگی در نوجوانان برابر با ۸/۶ درصد است. کارلسون (۱۹۷۹) میزان رخداد افسردگی شدید را در جامعه کودکان بیمار برابر ۱۶ درصد گزارش کرده است. در حالی که، ایرلز^۳ (۱۹۸۴) افزایش در میزان افسردگی را از دوران کودکی میانه تا چرخه‌ی زندگی در بزرگسالی تایید و گزارش کرده است. وقوع افسردگی در نوجوانان هم چنین در تعدادی از مطالعات، با رخداد افسردگی و سایر اختلالات روانی در والدین و اعضای خانواده، دارای ارتباط گزارش شده است (استروبر^۴، ۱۹۸۴، استروبر و کارلسون، ۱۹۸۲). ولرو و لرد (۱۹۹۰) ۱۸ مطالعه همه گیز شناسی را که در مورد افسردگی در کودکان و نوجوانان طی سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۷ انجام گرفته است مرور کرده‌اند. فقط یکی از این مطالعات به بررسی نوجوانان نرمال و بهنجار پرداخته‌اند که میزان افسردگی را برابر با ۴/۷ درصد گزارش کرده است.

رخداد افسردگی در میان نوجوانان دختر بیشتر از پسران است. در تعدادی از مطالعات و مرورها، تفاوت‌های جنسی در نشانه‌های افسردگی با استفاده از نمرات موجود از اندازه‌های رایج افسردگی مشاهده شده است. میزان رخداد برای زنان بالاتر از مردان بوده است (کمپبل، بیرنه و بارون^۵، ۱۹۹۲؛ لوینسون و همکاران، ۱۹۹۳).

سیر روند اختلال افسردگی در کودکان

رایج‌ترین سن برای شروع اختلال افسردگی در میان کودکان به نظر می‌رسد که در مورد MDD نوجوانی میانه و اواخر نوجوانی و برای DD قبل از نوجوانی باشد (بیرک^۶ و همکاران، ۱۹۹۰). (۱۹۹۰). به علاوه، در یک مطالعه‌ی طولی قدیمی که در مورد کودکان ۸ تا ۱۳ ساله انجام شده است، کوواسک و همکاران (۱۹۸۴ a) دریافتند که در میان کودکانی که مبتلا به افسردگی تشخیص داده شدند (با استفاده از مصاحبه‌ی ساختار یافته با والدین و کودکان)، میانگین سن شروع اختلال

1 - Rutter , Graham & Chadwick

2 - Pfeffer

3 - Earls

4 - Strober

5 - Campbell , Byrne & Baron

6 - Burke

۷۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

افسرده‌خویی به‌طور معناداری پائین‌تر از میانگین سنی شروع اختلال افسردگی اساسی بود، سن شروع برای DD در این نمونه ۷ تا ۸ سال بود، در حالی که سن شروع اختلال افسردگی اساسی بین سنین ۱۱ تا ۱۲ سالگی بود.

به علاوه، تغییر پذیری بیشتری از نظر سن شروع در میان کودکانی که مبتلا به اختلال افسرده‌خویی (DD) بودند، با آن‌هایی که بد کارکردی‌هایی را در ۶ سالگی تجربه کرده بودند، وجود داشت. در مقابل، هیچ موردی یافت نشد که سن شروع اختلال افسردگی اساسی (MDD) در او مربوط به قبل از ۸ سالگی باشد. کلاً بنظر می‌رسد که برخی تفاوت‌ها در میان صاحب‌نظران در این مورد که آیا یک پیش‌آگهی ضعیف مرتبط با یک سن شروع زودتر است وجود دارد (هامن و رودلف، ۱۹۹۶).

کودکانی که مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص داده شوند، می‌توان انتظار داشت که این نشانه‌ها را برای مدت و دوره‌ای طولانی تجربه کنند. طبق نظر کوواسک و همکاران (۱۹۸۴a) در میان کودکان، دوره‌های اولیه‌ی اختلال افسردگی اساسی به‌طور متوسط ۳۲ هفته ادامه می‌یابد، در حالی که مراحل و دوره‌های اولیه اختلال افسرده‌خویی (DD) به‌طور متوسط در حدود ۳ هفته طول می‌شد.

بطور خلاصه، پیش‌آگهی برای کودکانی که مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص داده می‌شوند خوب است. بسیاری از این کودکان انتظار می‌رود که از اختلال، نجات پیدا کرده و بهبود یابند. مثلاً کوواسک و همکاران (۱۹۸۴a) گزارش کرده‌اند که ۵۹ درصد از کودکان دارای MDD طی ۹ تا ۱۲ ماه پس از شروع بیماری بهبود می‌یابند و حداکثر میزان بهبودی برای این اختلال پس از ۱۸ تا ۲۱ ماه برابر با ۹۲ درصد است. در مقابل، DD اختلال مقاوم‌تری است. از میان کسانی که مبتلا به DD هستند، ۵۸ درصد پس از ۴۸ تا ۵۴ ماه بعد از شروع اختلال، بهبودی می‌یابند و حداکثر میزان بهبودی برای این بیماری پس از ۷۸ تا ۸۴ ماه برابر با ۸۹ درصد است. متأسفانه، پیش‌آگهی طولانی‌مدت کاملاً واضح نمی‌باشد. تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از کودکانی که بهبود می‌یابند، بازگشت اختلال را تجربه می‌کنند. مثلاً کوواسک و همکاران (۱۹۸۴b) دریافتند که بعد از گذشتن مدت ۲ سال از بهبودی دوره‌های اولیه MDD و یا DD، کودکان مجدداً بازگشت اختلال را تجربه می‌کنند و پس از ۵ سال، ۷۲ درصد از آن‌هایی که در ابتدا مبتلا به MDD تشخیص داده شده بودند از یک بازگشت بیماری رنج می‌برند.

همین‌طور، طی مطالعه‌ی طولی سه‌ساله‌ای که روی کودکان ۱۱ تا ۱۲ساله‌ی مبتلا به افسردگی انجام شد، مشاهده شد که افسردگی کنونی به‌طور معناداری مرتبط با وقوع افسردگی بعدی که با

استفاده از یک مقیاس خود گزارشی اندازه گیری شده بوداست (گاریسون^۱ و همکاران، ۱۹۹۰). سایر مطالعات طولی انجام گرفته روی کودکان نشان دهنده‌ی میزان رخداد بالای این اختلالات است (پوزانسکی، کرانبوهل و زرول^۲، ۱۹۷۶).

به علاوه یک بازنگری طولانی مدت صورت گرفته توسط هارینگتون^۳ و همکاران (۱۹۹۰) نشان داد که یک دوره‌ی اولیه از افسردگی طی کودکی یا نوجوانی با افزایش خطر ابتلا به سایر اشکال اختلال افسردگی حدوداً در ۱۸ سال بعد یعنی در بزرگسالی در ارتباط است.

بنابراین به نظر می‌رسد که برخی تداوم‌ها بین افسردگی قبل از نوجوانی، نوجوانی و بزرگسالی وجود داشته باشد (واکر و روبرتس^۴، ۲۰۰۱). کودکانی که مبتلا به افسردگی تشخیص داده می‌شوند، انتظار می‌رود که در نوجوانی و بزرگسالی نیز نشانه‌های افسردگی را از خود نشان دهند. اما به نظر می‌رسد که برخی تفاوت‌های تحولی مهم نیز در نشانه‌شناسی افسردگی وجود داشته باشد. شیوع اختلال افسردگی ظاهراً به طور قابل ملاحظه‌ای در اوایل نوجوانی میانی افزایش می‌یابد (هانکین^۵ و همکاران، ۱۹۹۸). به علاوه، ابعاد بالینی افسردگی نوجوانی تا حدودی از ابعاد بالینی افسردگی در دوران کودکی متفاوت است. برای مثال، رایان^۶ و همکاران (۱۹۸۷) در مطالعه‌ای به ارزیابی افسردگی کودکان و نوجوانان با استفاده از مصاحبه‌های ساختار یافته با والدین و خود کودکان پرداختند. آن‌ها دریافتند که نوجوانان با احتمال زیادتری مبتلا به ناامیدی، اختلالات وزن، اقدام به خودکشی و فقدان احساس لذت می‌شوند. از سوی دیگر کودکان قبل از نوجوانی احتمال بیشتری دارد که ظاهری افسرده، شکایات جسمی و بدنی، بی‌قراری روانی - حرکتی، اضطراب جدایی، هراس‌ها و توهم‌ها را از خود نشان دهند.

نظریه‌های سبب شناسی افسردگی در کودکی و نوجوانی

به‌طور کلی نظریه‌های مرتبط با علل افسردگی در دوران کودکی، توسعه‌های وارونه‌ای از الگوهای سبب شناسی افسردگی در بزرگسالان هستند. توجه کمی برای توسعه‌ی نظریه‌هایی در رابطه با سبب شناسی افسردگی در کودکان شده است. در این بخش به طور مختصری الگوهای مشهوری که برای فهم علل افسردگی در کودکان و نوجوانان به کار برده می‌شوند را شرح می‌دهیم.

1 - Garrison

2 - Pozanski , Krahenbuhl & Zrull

3 - Harington

4 - Walker & Roberts

5 - Hankin

6 - Ryan

نظریه‌های زیست شناختی

علل مختلف زیستی در سبب شناسی افسردگی دخیل هستند که شامل عوامل ژنتیکی و هورمونی - عصبی می‌باشند. در رابطه با عوامل ژنتیکی، بسیار مشهود است که افسردگی تاحدودی جنبه ی خانوادگی دارد. به علاوه مطالعات خانوادگی نشان می‌دهند که میزان بالا تر از انتظاری از اختلالات عاطفی در میان خویشاوندان درجه یک کودک افسرده وجود دارد (پویک - آنتیک^۱ و همکاران، ۱۹۸۹؛ نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). اما این مطالعات در کنترل کردن انتقال دهنده‌های محیطی در عوامل سببی شکست خورده اند. داده‌های بسیار کمی وجود دارند که ناشی از مطالعه‌ی دوقلوها باشند و مطالعات ناچیزی هستند که بتوانند یک سبب شناسی ژنتیکی را در شروع افسردگی کودکان تبیین کنند. برای مثال، تاپار و مک گوفین^۲ (۱۹۹۴) مقیاس‌های درجه‌بندی افسردگی روی والدین ۴۱۱ دو قلو همسان و غیر همسان ۸ تا ۱۶ ساله که در یک شهر منفرد در ویلز^۳ متولد شده بودند، اجرا کردند نشانه‌های افسردگی فقط در میان نوجوانان به صورت ارثی بود. عوامل محیطی نیز در تمام تغییرات موجود در میزان افسردگی در دوران کودکی سهمیم بودند. بنا بر این یافته‌های این مطالعه نشان داد که تأثیر عوامل ژنتیکی در سبب شناسی افسردگی ممکن است در میان نوجوانان مهم تر از کودکان باشد.

در مورد مطالعات هورمونی - عصبی نیز، این مطالعات بر کارکردهای محور هیپوتالاموس فوق هیپوفیزی^۴ (HPA) در کودکان افسرده تأکید شده است. مخصوصاً، مطالعات مربوط به دوران کودکی در مورد سطوح کورتیزول^۵ یعنی هورمونی که در پاسخ به تنیدگی ترشح می‌گردد، در نشان دادن تفاوت‌های معتبر بین کودکان افسرده و غیرافسرده شکست خورده اند (پویک - آنتیک و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱).

علاوه بر این، مطالعات آزمون با زداری دگزامتازون^۶ (DST) (آزمونی که در آن به کودکان افسرده دگزامتازون تزریق می‌گردد تا از طریق خلقی محصول کورتیزول را بازداری کنند) قادر نبوده است که ثابت کند کودکان افسرده به طور متفاوتی از کودکان غیرافسرده پاسخ می‌دهند (پیک - آنتیک و

1 - Puig - Antich

2 - Thapar & McGuffin

3 - Wales

4 - Hypotalamic- Pituitary - Adrenal

5 - Cortisol

6 - Dexamethasone

همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). متأسفانه، DST فاقد قدرت تشخیص بوده و بسیاری از نتایج مثبت غلط را نشان می‌دهد که نهایتاً مشاهده می‌شود که افسرده نیستند. در نتیجه، به DST به عنوان ابزار معتبر و دقیقی برای تشخیص افسردگی در کودکان توجه نمی‌شود. بسیاری از عوامل دیگر زیستی وجود دارند که به عنوان عوامل دخیل در افسردگی کودکان مطرح می‌باشند، از جمله هورمون‌های رشد، ملاتونین و خواب. برای مطالعه‌ی عمیق‌تر این عوامل خوانندگان علاقمند می‌توانند به رایان و داهل^۱ (۱۹۹۳) رجوع کنند.

نظریه‌های زیست‌شناختی و زیست‌شیمیایی افسردگی در نوجوانی

در حالی که علاقه‌ی افزایش یافته‌ی ای به الگوهای زیست‌شناختی از افسردگی، به خصوص الگوهای زیست‌شیمیایی در این زمینه وجود دارد. بر تشخیص انتقال‌دهنده‌های عصبی مرتبط با افسردگی بسیار تأکید می‌گردد، با این وجود نتایج به دست آمده هنوز هم ابتدایی هستند (یوسدین^۲ و همکاران، ۱۹۸۴). در مقابل، مطالعات کمی در مورد نوجوانان به عنوان یک جامعه صورت گرفته است و اکثر کارها با بزرگسالان بوده است. این پژوهش‌ها به بررسی تعدادی از انتقال‌دهنده‌های عصبی و اختلالات هورمونی - عصبی پرداخته‌اند. پر کاربردترین انتقال‌دهنده‌ها، منوآمین‌ها^۳ هستند. ایندولی آمین‌ها^۴ و کاتاکولامین‌ها^۵ نیز کار بردهای زیادی دارند. مشاهده شده است که نقایصی در این عامل‌ها منجر به افسردگی خواهد شد و افزایش در آن‌ها منجر به شیدایی می‌گردد (زيس و گودوین^۶، ۱۹۸۲). مطالعات مربوط به اختلالات هورمونی - عصبی نشان داده است که افسردگی غالباً شامل اختلال در سائک جنسی، اشتها، خواب و فعالیت‌های خودکار و هم چنین خلق و خومی گردد و ممکن است بابدکارکردی هیپو تالاموس مرتبط باشد (شکر^۷، ۱۹۸۲). در افرادی که از افسردگی رنج می‌برند، نورآدرنالین^۸، استیل کولین^۹ و سرتونین به میزان خاصی یافت می‌شود. این عامل‌ها سطوح عصبی -

1 - Dahl

2 - Usdin

3 - Monoamines

4 - Indoleamines

5 - Catecholamines

6 - Zis & Goodwin

7 - Shakar

8 - Noradrenaline

9 - Acetylcholine

۷۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

هورمونی را که محصول کنترل هورمونی هستند و در برخی موارد عملکرد هیپوفیز را تنظیم می‌کنند (کارول^۱، ۱۹۸۳). سایر علایم زیست‌شناختی در افسردگی کودکان و نوجوانان توسط مک کانویله و بروس^۲ (۱۹۸۵) مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند.

نظریه‌ی ژنتیکی افسردگی در نوجوانی

تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل ژنتیکی در رخداد اختلال افسردگی نقش دارند. مطالعات نیز به بررسی تطابق و هماهنگی^۳ تعدادی از انواع اختلالات عاطفی پرداخته‌اند. به نظر می‌رسد که قدرت تطابق و هماهنگی وابسته به نوع خاصی از بررسی افسردگی باشد. در کل، مطالعات نشان داده‌اند که در مورد اختلالات عاطفی، دوقلوهای یک تخمکی به میزان ۶۵٪ تطابق و هماهنگی داشته‌اند، در حالی که دوقلوهای دو تخمکی ۱۴٪ هماهنگی دارا بوده‌اند (گرشون^۴ و همکاران، ۱۹۹۷). مطالعات انجام شده در مورد فرزندان خوانده‌ها نیز نشان داده است که روابط خانوادگی قدرتمندی با اختلالات خلقی دارند (موریسون^۵، ۱۹۸۳). استروبر (۱۹۸۴) و استروبر و کارلسون (۱۹۸۲) نیز نشان داده‌اند که در مورد نوجوانان افسرده، ۳۵٪ از والدین و ۲۰٪ از وابستگان درجه اول آن‌ها افسرده بوده‌اند. زمانی که نوجوانان به عنوان افراد مبتلا به اختلال دوقطبی تشخیص داده شوند، درصد بالاتری از افسردگی در والدین و وابستگان درجه یک آن‌ها مشاهده می‌شوند. کار (۱۹۹۹) نیز کلیه‌ی عوامل زمینه‌ساز، تداوم بخش و پیش‌بینی‌کننده‌ی موثر در افسردگی نوجوانان را در نموداری خلاصه کرده است که در صفحه بعد نمایش داده می‌شود (نمودار شماره ۱).

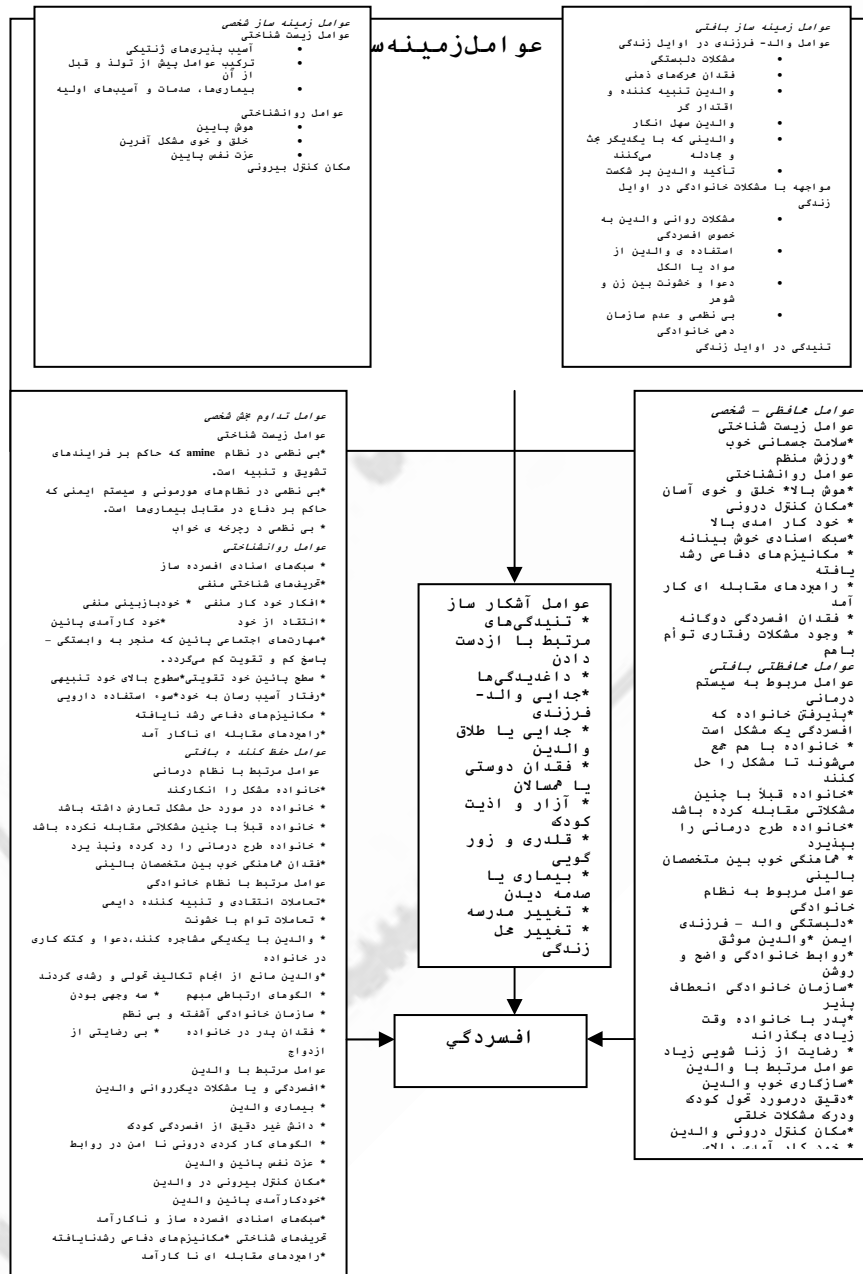
1 - Carroll

2 - Mc Conville & Bruce

3 - Concordance

4 - Gershon

5 - Morrison



نمودار ۱: عوامل مهم در بررسی افسردگی نوجوانان، بر گرفته از کار (۱۹۹۹)

نظریه‌های روان‌پویشی

چندین الگوی روان‌پویشی در مورد افسردگی وجود دارد. طبق نظریه فروید^۱ (۱۹۵۰)، خلق افسرده توسط کشاننده‌های پرخاشگری که توسط فرامن به سوی من فرد جهت یافته اند ایجاد می‌گردد. اما برخی از روان‌تحلیل‌گران سنتی نیز ادعا دارند که افسردگی نمی‌تواند در دوران کودکی وجود داشته باشد، زیرا کودکان فاقد فرامن تحول یافته‌ای هستند. بایبرینگ^۲ (۱۹۶۵) الگوی مشابهی را که حول عزت نفس می‌چرخد تشریح می‌کند و اعتقاد دارد که افسردگی نتیجه‌ی احساسات ناامیدی ناشی از ناتوانی در بر آورده کردن ایده آل‌های من^۳ است. نهایتاً نظریه‌های دلبستگی معتقدند که فقدان شیء به دلیل جداشدن و قطع روابط با اشکال دلبستگی اولیه می‌تواند کودک را نسبت به ابتلا به افسردگی در آینده مستعد کند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). الگوی روان‌پویشی افسردگی در نوجوانان نیز مبتنی بر این ایده است که فقدان واقعی یا ادراک شده‌ی موضوع عشق، طرد خود و انتقاد از خود را به دنبال دارد، خشم نسبت به والدین به طرف درون تغییر جهت داده و تمایلات خود دوست دارانه، تثبیت دهانی و فقدان عزت نفس ناشی از نیازهای ارضاء نشده عاطفی و احساس درماندگی، عوامل مؤثر در شکل‌گیری افسردگی هستند.

نظریه شناختی بک

طبق نظریه بک^۴ و همکاران (۱۹۷۹) افسردگی نتیجه‌ی شناخت‌های ناقص و نادرست و باطرحواره‌های نادرست درباره‌ی خود و جهان است که افراد با استفاده از آن‌ها وقایع را توصیف و تفسیر می‌کنند. اعتقاد بر این است که این طرحواره‌ها در دوران کودکی و نوجوانی طراحی و توسعه می‌یابند. در یک شخص سالم، طرحواره‌ها دقیقاً جهان را منعکس می‌سازند، درحالی که در افراد مستعد به افسردگی، طرحواره‌ها تحریف شده هستند. این تحریفات می‌توانند شامل انتزاع انتخابی (برای مثال، تأکید بر عناصر منفی یک واقعه و فراموش کردن عناصر مثبت آن)، بیش‌تعمیم‌دهی یا تعمیم‌دهی افراطی (مثلاً استخراج یک قاعده‌ی کلی از یک واقعه‌ی منفی خاص)، شخصی‌سازی (استخراج نتایجی درباره‌ی خود بر اساس وقایع نامرتبط) و تفکر دو مقوله‌ای باشند (فهم و درک جهان به

1 - S. Freud

2 - Bibring

3 - ego

4 - Beck

صورت دو مقوله به جای دیدن سایه‌های خاکستری) و تمام این موارد می‌توانند نقش مهمی را در افسردگی بر عهده داشته باشند. به علاوه، در یک شخص مستعد برای افسردگی، طرحواره‌ها بیشتر شامل باورهای منفی محوری درباره ی خود، جهان و آینده می‌گردند (برای مثال مثلث شناختی منفی). طبق نظرسلیگمن^۱ (۱۹۷۵) مواجهه با وقایع غیر قابل کنترل و اجتناب نا پذیر منجر به انتظارات کلی در مورد درماندگی و عدم وابستگی می‌گردد که این انتظارات به نوبه ی خود نشانه‌های شناختی، انگیزشی و هیجانی را در فرد افسرده ایجاد می‌کنند. الگوی درماندگی آموخته شده مهم ترین چهار چوب نظری است که با استفاده از آن الگوهای اسنادی و نا امیدی از افسردگی طراحی شده‌اند.

نظریه ناامیدی^۲

طبق این نظریه ی شناختی، ناامیدی و یا انتظارات پیامدها و نتایج منفی کلی، علت برخی از انواع افسردگی است (آبرامسون، متالسکی و آلوی^۳ ۱۹۸۹). ناامیدی به نوبه ی خود نتیجه‌ای از انواع استنتاج‌هایی است که فرد درباره ی وقایع منفی و معنادار زندگی به عمل می‌آورد. این استنتاج‌ها می‌توانند شامل علل وقایع، پیامدهای وقایع و یا خود فرد باشند. ناامیدی زمانی احتمال دارد بیشتر رخ دهد که وقایع به عللی نسبت داده شوند که در طول زمان ثابت هستند و در تأثیر بر موقعیت‌های زیادی کلی دارند. هم‌چنین، اگر پیامدهای منفی به عنوان نتیجه ی احتمالی واقعه‌ی منفی دیده شوند، ناامیدی بیشتری رخ می‌دهد. نهایتاً، ناامیدی بیشتر خواهد بود اگر افراد به واقعه توسط استنتاج‌های منفی درباره ی خود پاسخ دهد. یک تمایل کلی برای استنتاج‌های آسیب زا در باره ی علل پیامدها وجود دارد و خود^۴ احتمال این را که شخص بخواهد چنین استنتاج‌هایی را در مورد وقایع خاصی به عمل آورد افزایش می‌دهد. یک تمایل عمومی و کلی برای استنتاج‌های افسرده ساز درباره ی علل وقایع وجود دارد که در اصل به الگوی اسنادی افسردگی اشاره و ارجاع داده می‌شود (آبرامسون، سلیگمن و تیز دال^۵، ۱۹۷۸).

1 - Seligman

2 - Hopelessness

3 - Abramson , Metalsky & Alloy

4 - Self

5 - Teasdale

نظریه خودکنترلی ریهم^۱

طبق نظر ریهم (۱۹۷۷)، افسردگی تابعی از خود بازبینی، خود ارزیابی و خود تقویتی ناقص و نادرست است. مشکلات خودبازبینی ناشی از تمایل برای تأکید بر وقایع منفی و نادیده گرفتن وقایع مثبت است، هم چنین ناشی از توجه به پیامدها و نتایج فوری و نه نتایج آتی رفتار است. مشکلات خود ارزیابی شامل طراحی استانداردهای کاملاً سخت برای موفقیت و تمایل به اسناد دهی نتایج مثبت به عوامل خارجی و بیرونی است. اختلالات در خود تقویت دهی شامل مهیا کردن میزان زیادی از خود تنبیهی برای پیامدها و نتایج منفی و میزان پایینی از خود تقویتی برای پیامدهای مثبت است.

نظریه‌های رفتار لوینسون^۲

بر طبق این الگو، فقدان تقویت برای وقایع مثبت، به ویژه وقایعی که وابسته به رفتار افراد هستند، فرد را نسبت به ابتلا به افسردگی مستعد می‌کند (لوینسون، ۱۹۷۴). فقدان تقویت‌های مثبت در محیط می‌تواند در افسردگی سهمیم باشد، اما میزان مهارت‌های اجتماعی که فرد دارا است و تمایل برای استفاده از این مهارت‌ها نیز از تعیین کننده‌های مهم در ابتلا به افسردگی هستند. نهایتاً، ناتوانی در بازشناسی تقویت کننده‌های مثبتی که وجود دارند می‌تواند یک فرد را برای ابتلا به افسردگی آماده سازد.

تیندگی‌های زندگی و محیطی - اجتماعی

اکثر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وقایع تیندگی زای زندگی توسط افراد افسرده بیشتر گزارش می‌شوند (پایکل^۳، ۱۹۸۲) و به نظر می‌رسد که رخداد و تعداد وقایع تیندگی زا با افسردگی کودکان به طور مثبتی رابطه داشته باشد (مولینز^۴ و همکاران، ۱۹۸۵). تعاملات خانوادگی و رابطه ی والد - فرزندی نیز نقطه‌ی شروعی برای افسردگی در ادبیات پژوهش در مورد افسردگی است (ولرو و لور، ۱۹۹۹).

1 - Rehm
2 - Lewinsohn
3 - Paykel
4 - Mullins

وان ویکلین^۱ (۱۹۹۰) نشان داده است که فقدان حمایت و کنترل اجتماعی اولین تعیین کننده‌های نشانه‌های افسردگی هستند.

سنجش افسردگی در کودکان و نوجوانان

یک سنجش کامل مستلزم گردآوری اطلاعات از چندین منبع، از جمله خود کودک، بزرگسالانی نظیر والدین، معلمان و متخصصان بالینی است. در این بخش به طور انتخابی ابزارهای سنجش را مرور می‌کنیم.

پرسشنامه‌های خود گزارش دهی. خود گزارش دهی از افسردگی قبل از نوجوانی که برای کارهای پژوهشی و بالینی مناسب باشد باید نه تنها مدارکی از روایی و پایایی دارا باشد بلکه باید یک راهنما برای آزمودن و اطلاعات هنجاری داشته باشد. دو نوع از ابزارهای خود گزارشی دهی درباره‌ی افسردگی قبل از نوجوانی به نظر می‌رسد که این شرایط را دارا باشند: پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان (CDI) و مقیاس رینولدز^۲ برای افسردگی در کودکان (RCDS)^۳.

پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان یا CDI یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۷ سؤالی است در مورد شدت نشانگان افسردگی و برای استفاده در مورد کودکان ۹ تا ۱۵ ساله طراحی شده است و رایج ترین ابزاری است که پژوهشگران و متخصصان بالینی از آن استفاده می‌کنند (کوواکس^۴، ۱۹۹۲).

مقیاس افسردگی کودکان رینولدز^۵ یا RCDS نیز یک پرسشنامه خود گزارشی ۳۰ سؤالی از شدت نشانگان افسردگی است و برای کودکان ۸ تا ۱۳ ساله طراحی شده است. البته نسخه خاصی نیز برای کاربرد در نوجوانان دارا است. لازم به ذکر است که به کارگیری RCDS برای کودکانی که از لحاظ شناختی محدودیت دارند ساده تر است تا به کارگیری CDI.

مصاحبه‌های بالینی. مصاحبه‌های ساختار یافته شاید رایج‌ترین روش سنجش برای تشخیص

اختلال افسردگی هم در کودکان و هم در نوجوانان باشند. اگرچه پرسشنامه خود گزارشی و مقیاس‌های

1 - VanWicklin

2 - Child Depression Inventory

3 - Reynolds Child Depression Scale

4 - Kovacs

5 - Reynolds

۸۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

درجه‌بندی شدت نشانگان افسردگی را اندازه‌گیری می‌کنند اما نمی‌توانند منجر به تشخیص شوند. درحالی‌که مصاحبه‌های بالینی هر دو کار را با هم انجام می‌دهند.

برنامه برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا در کودکان دبستانی^۱. K-SADS یک پرسشنامه مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته از آسیب‌شناسی کلی در کودکان است از جمله نشانه‌شناسی عاطفی، روان‌پریشی و اضطرابی (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). نسخه‌های جداگانه‌ای از K-SADS برای والدین و کودکان و برای دوره‌های فعلی و دوره‌های قبلی وجود دارد (اورواشل^۲ و همکاران؛ ۱۹۸۲).

برنامه ارزیابی کودکان (CAS). CAS یک پرسشنامه استاندارد از مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختاریافته برای آسیب‌شناسی عمومی کودکان است و نسخه‌های مختلفی را برای کودکان و والدین دارد. شکل اصلی این ابزار در سال ۱۹۷۸ و برای استفاده با کودکان ۵ تا ۷ ساله طراحی شده است (هودجز^۳، ۱۹۸۳). نسخه‌ی دوم آن در سال ۱۹۸۶ انتشار یافته است و برای استفاده با کودکان ۱۲-۷ ساله به‌کار می‌رود و نسخه سوم آن در سال ۱۹۹۰ برای کار برد با نوجوانان به‌کار می‌رود (هودجز، ۱۹۹۰).

مقیاس‌های درجه‌بندی

مقیاس‌های درجه‌بندی نوعاً توسط متخصصان بالینی، والدین یا معلمان جهت تشخیص میزان و شدت نشانه‌شناسی به‌کار برده می‌شود. این مقیاس‌ها این امتیاز را دارا هستند که نسبتاً مختصرند و به‌سادگی قابل اجرا هستند اما نمی‌توانند افسردگی را تشخیص دهند. دو مورد از رایج‌ترین مقیاس‌ها برای اندازه‌گیری افسردگی شامل مقیاس درجه‌بندی افسردگی کودکان (CDRS) و فهرست سیاه‌ی رفتار کودکان^۴ (CBCL) است.

مقیاس درجه‌بندی بازنگری شده‌ی افسردگی کودکان^۵ (CDRS-R) که یک مقیاس ۱۵ درجه‌ای است برای کودکان ۶ تا ۱۲ ساله که دارای افسردگی شدید هستند (پوزانسکی^۶، ۱۹۹۰). کلیه‌ی سوالات این مقیاس ۷ درجه‌ای هستند. فهرست سیاه‌ی رفتار کودک (CBCL) یک ابزار اندازه‌گیری

1 - K-SADS

2 - Orvaschel

3 - Hodger

4 - Children Behavior Check List

5 - Children Depression Rating Scales - Revised

6 - Pozanski

گزارش شده توسط والدین با ۱۱۸ سوال است که در آسیب شناسی عمومی شدید کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ ساله به کار برده می شود (آخنباخ^۱، ۱۹۹۱a). این ۱۱۸ سوال کلاً ۸ مقیاس برای تشخیص ۸ نوع نشانه از جمله اضطراب/افسردگی است. CBCL رایج ترین مقیاسی است که توسط پژوهشگران و آسیب شناسان روانی کودک به کار گرفته می شود. تحلیل ممیز نشان داده است که مقیاس اضطراب / افسردگی این ابزار می تواند به طور معنا داری دختران و پسران ۶ تا ۱۱ ساله ای را که به کلینیکها ارجاع داده شده اند و آنهایی که ارجاع داده نشده اند را متمایز کند. علاوه بر ویژگی های روان سنجی این ابزار که در دستورالعمل آن شرح داده شده است، داده های زیادی در مورد ادبیات تجربی موجود جهت بررسی روایی نسخه کنونی و قبلی CBCL موجود می باشند (آخن باخ، ۱۹۹۴). برای مثال در مطالعه ای روی کودکان ۶ تا ۱۶ ساله در نمونه های غیر بیمارستانی، مقیاس اضطراب افسردگی به طور معناداری ملاک های تشخیصی DSM-IV را برای اختلال افسردگی اساسی و اختلال افسرده خوئی پیش بینی کرد (کاسیوس^۲، همکاران، ۱۹۹۷). در کل شواهد موجود نشان می دهند که مقیاس اضطراب / افسردگی CBCL یک ابزار توانمند از گزارش والدین درباره ی عاطفه منفی در کودکان است (واکرو روبرتس، ۲۰۰۱).

درمان افسردگی کودکان

درمان های رایج برای افسردگی کودکان شامل دامنه ای از مداخله های دارویی و روان شناختی است. در این بخش این مداخله ها را خلاصه کرده و شواهد تجربی نیز برای کارایی و تأثیر آنها ارائه خواهیم نمود.

دارو درمانی

ضد افسردگی های سه حلقه ای (TCAS) - از نظرستی از گروه ضد افسردگی ها رایج ترین آن ها ضد افسردگی های سه حلقه ای برای درمان کودکان افسرده است. این داروها شامل ایمی پرامین^۳

1 - Achenbach

2 - Kasius

3 - imipramine

۸۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

(تافرانیل^۱)، دسی پرامین^۲ (نورپرامین^۳)، نورتریپتیلین^۴، پاملور^۵ و امی تریپتیلین^۶ (ایلاویل^۷) می‌باشند. اثرات درمانی این داروها با استفاده از افزایش دهمی میزان سرتونین و نوراپی نفرین قابل دستیابی است که ناشی از ممانعت در جذب مجدد این انتقال دهنده‌های عصبی به آکسون پیش سیناپسی است که از آن ترشح می‌شوند. به دلیل این که پاسخ به هر داروی ضد افسردگی با تأخیر صورت می‌گیرد تا به صورت فوری (حدوداً دوهفته) غالباً اعتقاد بر این است که اثر درمانی نمی‌تواند به طور مستقیم ناشی از تغییر در سطح انتقال دهنده‌ها باشد، بلکه تأثیر دارو به دلیل سازگاری بدن با وجود مقدار اضافی انتقال دهنده‌ها در سیناپس‌ها است (برای مثال تعداد جایگاه‌های دریافت کننده افزایش می‌یابد). بسته به نوع ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، نظام‌های انتقال دهنده عصبی دیگری به غیر از سرتونین و نوراپی نفرین تحت تأثیر قرار می‌گیرند و نوعاً دامنه گسترده‌ای از اثرات جانبی نظیر خشک شدن لب‌ها و تغییر در عملکرد قلب را ایجاد می‌کنند.

علاوه بر این اثرات جانبی، چهار مورد مرگ ناگهانی در اثر استفاده از دسی پرامین (ریدل، گیلروایان^۸، ۱۹۹۳) و یک مورد مرگ ناگهانی در اثر استفاده از امی پرامین (ساراف^۹ و همکاران، ۱۹۷۴) و همکاران، ۱۹۷۴) گزارش شده است.

از میان تمام ضد افسردگی‌هایی که برای کودکان تجویز می‌شود، رایج‌ترین آن‌ها و همچنین مورد مطالعه واقع شده‌ترین آن‌ها امی پرامین است. (پتی و لاو^{۱۰}، ۱۹۸۲).

همچنین از امی تریپتیلین (کاشانی، شکیم و رایید^{۱۱}، ۱۹۸۴) و نوروتریپتیلین (گلرو همکاران، ۱۹۹۲) نیز استفاده شده است، اما تمام این مطالعات در اثبات این که این ترکیبات به طور معناداری مؤثرتر از دارونما در کاهش نشانگان افسردگی هستند، شکست خورده‌اند. اما پیگ-آنتیک و همکاران (۱۹۸۷) گزارش کرده‌اند که پاسخ به دارودرمانی با سطوح پلاسما می پرامین دارای همبستگی است. به دلیل این که کودکان این داروها را سریع‌تر از نوجوانان و بزرگسالان جذب

-
- 1 - Tofranil
 - 2 - desiperamine
 - 3 - norpramin
 - 4 - nortriptylin
 - 5 - Pamelor
 - 6 - amitriptylin
 - 7 - Elavil
 - 8 - Riddle , Geller & Ryan
 - 9 - Saraf
 - 10 - Petti & Law
 - 11 - Shekim & Reid

می‌کنند، ممکن است بسیار مهم باشد که سطوح ضد افسردگی‌ها را در خون آن‌ها برای دستیابی به اثرات درمانی، بازبینی و آزمایش کنیم. به علاوه پرسکون^۱ و همکاران (۱۹۸۷) با استفاده از بازبینی سطوح پلاسمای ایمی پرامین به‌طور دقیق و نگاه داشتن سطح این پلازما در دامنه مناسب درمانی دریافتند که این داروها به‌طور معناداری موثرتر از دارونما در درمان افسردگی کودکان ۶ تا ۱۲ ساله هستند.

باز دارنده‌های انتخابی جذب مجدد سر تونین (SSRIs) رواج SSRI برای درمان افسردگی
بزرگسالان پس از معرفی پروزاک^۲ در چند سال قبل افزایش یافت. علاوه بر فلوکستین^۳ (پروزاک)، این طبقه از داروها شامل سرتالین^۴ (زئوگفت^۵)، پاروکستین^۶ (پاکسیل^۷) و فلوواکسامین^۸ (لوواکس^۹) می‌گردد. این داروها از طریق ممانعت از جذب مجدد سر تونین، اثر درمانی خود را اعمال می‌کنند. سایر نظام‌های انتقال‌دهنده عصبی تحت تاثیر قرار نمی‌گیرند و بنابراین منجر به اثرات جانبی کمتری نسبت به TCA ها می‌گردند. هیچ مطالعه کور مضاعف^{۱۰} (مطالعه‌ای که در آن هم آزمایشگر و هم آزمودنی از اهداف آزمایش بی‌خبرند) با کنترل دارونما یافت نشده است که اثر و کارآمدی SSRI ها را در درمان افسردگی کودکان بررسی کرده باشد.

بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز^{۱۱} (MAOI (MAOIS) ها غالباً برای درمان افسردگی
کودکان به کار نمی‌روند. این طبقه از داروها شامل فنلیزین^{۱۲} (ناردیل^{۱۳})، ترانی لکپیرامین^{۱۴} (پارنایت^{۱۵}) و ایزو کاربوکسازید^{۱۶} (مارپلاین^{۱۷}) می‌گردند. این عوامل اثر درمانی خود را از طریق ممانعت از عمل

-
- 1 - Preskon
 - 2 - Prozak
 - 3 - Fluoxetine
 - 4 - Sertraline
 - 5 - Zoloft
 - 6 - Paroxetin
 - 7 - Paxil
 - 8 - Fluvoxamine
 - 9 - Luvox
 10. Double blind
 - 11 - monoamine oxidase
 - 12 - Phenelzine
 - 13 - nardil
 - 14 - tranylcypamine
 - 15 - parnate
 - 16 - isocarboxazid
 - 17 - marplan

کرد مونوآمین اکسیداز، آنزیمی که سرتونین و نوراپی نفرین را سوخت و ساز می‌کند، اعمال می‌کنند. بنابراین، میزان این انتقال دهنده‌های عصبی را در گیرنده‌های عصبی افزایش می‌دهند. MAIO ها مستلزم پشتیبانی دقیق و سخت با یک رژیم غذایی خاص است (رژیمی که فاقد ویتامین^۱ باشد) و یا فردی که در معرض خطر برای گرفتاری‌های مغزی باشد. به دلیل این که کودکان قبل از نوجوانی احتمال کمتری می‌رود که از چنین رژیم‌های غذایی استقبال کنند، MAIOها به ندرت برای این گروه سنی به کار برده می‌شوند. هیچ مطالعه کور مضاعفی با کنترل دارونما در زمینه‌ی استفاده از MAIO ها با کودکان موجود نمی‌باشد.

روان درمانگری

بازی درمانی

غالباً بازی درمانی در میان متخصصان بالینی دارای جهت گیری پویا بوده و درمان انتخابی برای کودکان قبل از دوره نوجوانی است. برای کودکان کوچک تر، بازی یک وسیله برای ابراز خود و ارتباط با کودکان دیگر و بزرگسالان است (آکسلین^۲، ۱۹۴۷). درمانگرهای دارای جهت گیری‌های نظری مختلف دریافته‌اند که بازی یک کودک معناهای مختلفی دارد و می‌تواند در جهت تلاش برای حل مشکلات به کار گرفته شود. بازی ممکن است کارکردهای زیادی داشته باشد، از جمله ابراز احساسات، به دست آوردن حس کنترل، مقابله با موقعیت‌های مشکل آفرین، برقراری ارتباط با دیگران و تحول ارتباطات. در درمان، متخصصان می‌توانند از بازی برای ترویج یک رابطه توأم با اعتماد با کودک استفاده کنند. به علاوه، بازی ممکن است به درمانگر کمک کند تا کودک را بهتر درک کند. هم چنین موضوعات روان شناختی مختلفی در محتوا و سبک فعالیت‌های بازی کودکان ظاهر می‌گردد. برخی درمانگران دارای جهت گیری بازی تحلیل گری نقش فعالی را در تفسیر کردن معناهای رفتار بازی کودکان بر عهده می‌گیرند (از جمله فروید، ۱۹۲۸ و کلاین^۳، ۱۹۳۲). درحالی که درمانگران، غیرمستقیم از بازی به عنوان یک واسطه برای ارتباط همدلانه استفاده می‌کنند (آکسلین، ۱۹۴۷). برای روان درمانگران رفتاری و خانواده درمانی بسیار رایج است که برخی از اشکال بازی‌ها را خود هنگام درمان

1 - thiamin

2 - Axline

3 - Klein

کودکان ترکیب نمایند. به استثنای مطالعات موردی، هیچ مطالعه‌ی چاپ شده‌ای در مورد کارایی بازی درمانی برای کودکان افسرده موجود نمی‌باشد.

درمان منطقی - هیجانی

رویکرد شناختی به درمان بسط وارونه کارالیس^۱ با بزرگسالان است (الیس و برنارد^۲، ۱۹۸۳). او بر پیامدهای هیجانی باورهای غیرمنطقی تأکید داشت. در درمان منطقی - هیجانی کودکان آموزش می‌بینند تا بدانند هیجان‌هایی نظیر غمگینی می‌توانند نتیجه‌ای از باورهای غیرمنطقی باشند که توسط وقایع ناخوشایند فراخوانی می‌شوند. طی درمان، کودکان یاد می‌گیرند که این باورهای غیرمنطقی را بازشناسی کرده و آن‌ها را تغییر داده و با باورهای منطقی ترجیح‌گزین نمایند. جلسه‌های درمانی متشکل از بحث و گفتگو و بازی کردن نقش است که طی آن درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های غیرمنطقی را بازشناسی و حل کند. علاوه بر این به کودکان تکالیف خانگی داده می‌شود تا این مهارت‌های شناختی را در دنیای واقعی بکار گیرند. در حال حاضر، هیچ گونه مطالعه تجربی در مورد کارایی درمان منطقی - هیجانی برای درمان افسردگی کودکان موجود نمی‌باشد.

درمان شناختی بک

درمان شناختی بک برای اصلاح باورهای محوری منفی درباره خود، جهان و آینده طراحی شده است. همچنین برای اصلاح تحریفات موجود در تفکر نظیر انتزاع انتخابی، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی و تفکر دو مقوله‌ای به کار برده می‌شود (بک و همکاران، ۱۹۷۹)، استارک^۳ (۱۹۹۰) الگوی بک را برای استفاده با کودکان در یک برنامه مداخله‌ای چند مولفه‌ای طراحی نموده است. اولاً، کودکان آموزش می‌بینند تا حالات احساسی مختلف را بازشناسی و نامگذاری کنند. دوماً، به کودکان آموزش داده می‌شود تا وقایع، احساسات و پاسخ‌های رفتاری روزانه را بازبینی کنند. سوماً، متخصصان به کودکان کمک می‌کنند تا تحریفات شناختی را مشخص کنند. نهایتاً کودکان و درمانگران با یکدیگر

1 - Ellis
2 - Bernard
3 - Stark

شناخت‌های تحریف شده را تغییر داده و باورهای سازش یافته‌تری را جایگزین آن‌ها می‌کنند. تکالیف خانگی نیز برای افزایش تعمیم دهی مهارت‌های شناختی به جهان واقعی داده می‌شوند.

درمان رفتاری لوینسون

این الگوی رفتاری در اصل برای بزرگسالان طراحی شده است (لوینسون و همکاران، ۱۹۸۴) و به صورت وارونه برای استفاده با نوجوانان بسط داده شده است (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۰). طبق الگوی لوینسون، افسردگی می‌تواند ناشی از فراوانی بالای وقایع اجتنابی و ناشی از فقدان وابستگی بین رفتارهای سازش یافته و وقایع مثبت باشد. به علاوه، الگو نشان می‌دهد که یکی از متغیرهای کلیدی میزان مهارت‌های اجتماعی است که تعیین می‌کند که افراد چه مقدار تقویت از محیط دریافت کنند.

مطابق برنامه نوجوانان، درمان شامل ۱۴ جلسه گروهی ۲ ساعته است که برای والدین و کودکان جداگانه تشکیل می‌گردد (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۰). به کودکان کوچک ترورش‌هایی آموزش داده می‌شود برای کنترل کردن افکار غیر منطقی، افزایش دادن وقایع خوشایند و اصلاح کردن و بهبود مهارت‌های اجتماعی در آن‌ها. مؤلفه‌ی خانوادگی بر روابط و مهارت‌های حل تعارض جهت به حداقل رساندن تعاملات تنبیه کننده‌ی متقابل تأکید دارد. اگرچه در اصل برای بزرگسالان طراحی شده است و سپس برای استفاده نوجوانان به صورت وارونه بسط داده شده است و کارایی آن برای کودکان بزرگ‌تر نیز مورد مطالعه قرار گرفته است (کان^۱ و همکاران، ۱۹۹۰)، این رویکرد را می‌توان به سادگی برای کودکان هر سنی اصلاح کرد و به کار برد.

درمان خود کترلی

این درمان شناختی برای کمک به کودکان افسرده‌ای که نقایص و ضعف‌هایی را در خود بازیابی، خود ارزیابی، خود تقویتی و خود تنبیهی دارا هستند، طراحی شده است (کازلو و ریهم^۲، ۱۹۸۳). چندین مؤلفه در این رویکرد درمانی وجود دارد که غالباً به صورت گروهی ارائه می‌شوند. اولاً به کودکان کمک می‌شود تا دریابند که ممکن است آن‌ها به وقایع منفی توجه کنند و

1 - Kahn

2 - Kaslow & Rhem

وقایع مثبت را فراموش کنند. به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا تجارب مثبت را بازبینی کنند و خلق شاد همراه با آن‌ها را تجربه کنند. دوماً، به کودکان کمک می‌شود تا پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت یک رفتار را متمایز کرده و اثرات بعدی مثبتی را که ممکن است در کوتاه مدت ظاهر نشوند را درک نمایند. سوماً، کودکان آموزش می‌بینند تا اهداف واقع‌گرایانه‌ای را برای خود طرح کنند و مراحل میانجی‌ساز را برای دست‌یابی به این اهداف خود مشخص نمایند و برای خود‌شان به خاطر رسیدن به این مراحل واسطه‌ای تقویتی را در نظر بگیرند. تکالیف خانگی نیز غالباً به آن‌ها کمک می‌کند تا مهارت‌های جدید شناختی خود را به جهان واقعی تعمیم دهند.

درمان حل مشکل

در این رویکرد شناختی، به کودکان مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که آنان را قادر سازد راه‌حل‌هایی را برای موقعیت‌های دارای مشکلات بین فردی ارائه کنند. اسپیواک^۱ و همکاران (۱۹۷۴) براساس کاردی زاریلا و گلد فراید^۲ (۱۹۷۱) کارهای درمانی را برای کودکان طرح کرده‌اند که به آن‌ها کمک می‌کند تا موقعیت مشکل را تعریف و مشخص کنند و راه‌حل‌های بدیلی را برای آن مشکل ارائه دهند. سپس به کودکان آموزش داده می‌شود تا پیامدهای بالقوه هر راه‌حل را ارزیابی کرده و یکی از این راه‌حل‌ها را که به انتظارات مناسبی می‌رسد انتخاب نمایند. نهایتاً کودکان تشویق می‌گردند تا راه حل ترجیحی خود را بکار گرفته و مورد ارزیابی قرار دهند.

خانواده درمانی

رویکردهای خانواده درمانی براساس این اعتقاد که خانواده یک سیستم است و نشانه شناسی افسردگی در کودکی منعکس‌کننده‌ی بدکارکردی در ماهیت این سیستم خانوادگی است، شکل گرفته‌اند (هالی^۳، ۱۹۸۷). در نتیجه سیستم و نظام خانوادگی نیازمند مداخله است. اگرچه بسیاری از رویکردها به خانواده درمانی قابل کاربرد برای درمان افسردگی کودکان می‌باشند، یک روش توجه خاصی را به خود جلب کرده است زیرا با ذهن کودکان مبتلا به افسردگی مفهوم‌سازی شده است. خانواده درمانی بین

1 - Spivack

2 - D'Zurilla & Goldfried

3 - Haley

۹۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

فردی نوع خاصی از مداخله‌های خانوادگی است که از سیستم‌های شناختی، رفتاری و نظریه روابط موضوعی برای کمک به بازسازی تعاملات افراد خانواده‌هایی که دارای کودک افسرده هستند بهره می‌برد (کازلو و راسوزین^۱، ۱۹۸۸)، خانواده درمانی بین فردی یک طرح مناسب برای متخصصان بالینی است که با خانواده‌های کودکان افسرده کار می‌کنند.

مطالعات انجام شده درباره نتایج بکارگیری روان درمانگری در درمان کودکان افسرده

علی رغم علاقمندی قابل ملاحظه به اختلالات عاطفی در کودکان، تنها تعداد انگشت شماری از مطالعات کنترل شده در رابطه با کارایی و تاثیر مداخله‌های روان شناختی در درمان افسردگی کودکان قبل از نوجوانی موجود می‌باشد. باتلر^۲ و همکاران (۱۹۸۰) در مطالعه‌ی اولیه‌ای که درباره درمان کودکان افسرده انجام دادند به مقایسه‌ی بازسازی شناختی، ایفای نقش، توجه به دارو نما و کنترل که شامل هیچ نوع درمانی نبود، در درمان ۵۶ کودک کلاس پنجم و ششم مبتلا به افسردگی پرداختند. این کودکان با استفاده از ابزارهای خودگزارشی از افسردگی، مکان کنترل و مفهوم خود در کلاس‌های مدرسه و از طریق مصاحبه با معلمان آن‌ها، مبتلا به افسردگی تشخیص داده شده بودند. مداخله‌ی بازسازی شناختی که بر اساس الگوهای بک^۳ و درمان منطقی هیجانی ایس صورت گرفته بود، متمرکز بر تشخیص شناخت‌های غیر منطقی، بهبود و اصلاح مهارت‌های مقابله‌ای و اجتماعی و هم چنین فهم روابط بین افکار و احساسات بود. درمان از طریق ایفای نقش بر اساس کار دی اریلا و گلدفراید (۱۹۷۱) و متکی بر مهارت‌های حل مسایل اجتماعی بود. درمان‌ها طی ۱۰ جلسه‌ی گروهی ۱ ساعته صورت می‌گرفتند.

متاسفانه، مقایسه‌های آماری بین گروهی صورت نگرفت، اما محققان نتیجه گرفتند که هر دو نوع درمان از کنترل کارایی بیشتری در کاهش نشانه‌های افسردگی داشتند.

استارک، رینولدز و کازلو (۱۹۸۷)، خودکنترلی، حل مشکل و قرار گرفتن در لیست انتظار برای درمان را در کودکان ۹ تا ۱۲ ساله‌ای را که در مدرسه پرسشنامه افسردگی کودکان را پر کرده بودند و افسرده تشخیص داده شده بودند، مقایسه کردند. درمان خودکنترلی مبتنی بر الگوی ریهم

1 - Racusin

2 - Butler

3 - Beck

(کازلو و ریهم، ۱۹۸۳ و ریهم، ۱۹۷۷) بود که برای کمک به کودکان طرح شده بود تا بتوانند استانداردها و اهداف واقع بینانه تری برای رفتارها و تقویت خودشان به میزان بیشتر و تنبیه خودشان به میزان کمتر طرح کنند. درمان حل مشکل بر مهارت‌های حل مسایل اجتماعی مبتنی بود. درمان‌ها در ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای و به شکل گروهی صورت می‌گرفت. درمان خود کنترلی به طور معناداری در کاهش نشانه‌های خود گزارش شده‌ی افسردگی پس از درمان، مؤثرتر از کنترل بود. این تفاوت‌ها تا ۸ هفته پس از درمان همچنان حفظ شدند. اما در پیگیری پس از درمان، کودکان گروه خود کنترلی به طور معناداری افسردگی کمتری از کودکان گروه حل مشکل در مقیاس درجه‌بندی افسردگی از خود نشان دادند.

محققان نتیجه گرفتند که هر دو درمان برای این کودکان تقریباً افسرده مفید به نظر می‌رسیدند. در مطالعه‌ای مشابه با مطالعه فوق، استارک، رز و لیوینگستون^۱ (۱۹۹۱) به مقایسه یک مداخله‌ی شناختی- رفتاری و مشاوره‌ی سنتی در درمان کودکان افسرده ۱۰ تا ۱۳ ساله‌ای که با استفاده از CDI افسرده تشخیص داده شده بودند پرداختند.

مداخله شناختی- رفتاری شامل آموزش خودکنترلی، مهارت‌های اجتماعی، تنش زدایی و بازشناختی بود. مشاوره سنتی شامل آموزش چگونگی درک احساسات خود توسط بیماران بود. مداخله‌ها شامل ۲۵ جلسه بود که ۱۴ هفته طول کشید. پس از درمان، گروه شناخت- درمانگری نشانه‌های شناسی کمتری (که از نظر آماری نیز معنادار بود) را در افسردگی از خود نشان دادند، اما هیچ تفاوت معناداری میان سه نوع درمان مذکور مشاهده نشد.

به طور کلی، در تحقیقات مرتبط با افسردگی کودکان در مقایسه با سایر حوزه‌ها ادبیات تجربی در رابطه با درمان‌های موجود برای این اختلال به نظر می‌رسد که توسعه بسیار کمی یافته است. تعداد انگشت شماری از مطالعات کنترل شده توسط دارونما زمینه داروهای ضد افسردگی نشانگر این هستند که این داروها مؤثرتر از دارونما نیستند، اما تحقیقات بیشتری مورد نیاز است تا به مطالعه سطح پلازما به طور دقیق بپردازد تا بتوان نتیجه گیری دقیقی در مورد فواید این داروها در درمان افسردگی کودکان به عمل آورد. مطالعات بسیار کمی در رابطه با کارایی درمان‌های روان شناختی برای کودکان افسرده وجود دارند که نشان دهنده تاثیر بالای این مداخله‌های روان شناختی باشند. حجم کوچک نمونه‌ها در

تحقیق‌های صورت گرفته وشکست در به کارگیری کودکان ارجاع داده شده به کلینیک‌ها از جمله محدودیت‌های جدی در ادبیات موجود می‌باشد.

درمان افسردگی نوجوانان

تنوع راهبردهای درمانی برای درمان نوجوانان افسرده به اندازه ی تنوع الگوهایی است که برای تبیین افسردگی وجود دارند. در کل، درمان‌هایی که بیش ازیک رویکرد درمانی را ترکیب می‌کنند در ادبیات مورد حمایت بیشتری واقع شده‌اند. مارکوت^۱ (۱۹۹۷) به مرور هفت مطالعه انجام شده در مورد برنامه‌های شناختی-رفتاری پرداخته است. این برنامه‌ها شامل مهارت‌های حل مسئله تنش زدایی، بازسازی شناختی، برقراری رابطه و آموزش خودکنترلی بودند. کازدین (۱۹۸۹) خلاصه ای از درمان‌هایی را که شامل شناخت-درمانگری، افزایش میزان فعالیت‌های خوشایند، آموزش مهارت‌های اجتماعی، درمان خود کنترلی، و روان درمانگری بین فردی بودند تهیه کرد. مرور او در ابتدا متکی بر کار با کودکان بود. ماتسون (۱۹۸۹) نیز بر درمان‌های شناختی تأکید کرده است که هم شامل مداخله‌های رفتاری و هم مداخله‌های شناختی تر است. او مؤلفه‌های مهم درمانی مطرح شده در تعدادی از مطالعات را فهرست کرده است، این مؤلفه‌ها شامل خودبازبینی، برنامه‌های رفتاری، بازسازی شناختی، بازآموزی اسنادی، خودارزیابی و خودتقویتی می‌گردند. این رویکردها در مطالعه‌ای که بیدل و ترنر^۲ (۱۹۸۶) انجام داده‌اند نیز بارز و برجسته شده‌اند. این محققان تلاش کرده‌اند که بین نظریه‌های یادگیری اجتماعی و عملگر تمایز قایل شوند.

آموزش مهارت‌های اجتماعی، فنون رفتاری (از جمله حساسیت زدایی منظم)، راهبردهای شناختی (نظیر درمان‌های حل مسئله) و مداخله‌های دارویی - روان شناختی، به عنوان درمان‌های مهم افسردگی کودکان و نوجوانان مد نظر قرار گرفته‌اند.

مطالعات روان-دارودرمانی با استفاده از داروهایی نظیر ایمپرامین (پتی، ۱۹۸۳) و بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز (الکینز و راپوپورت^۳، ۱۹۸۳) توسط مک کانویل^۴ و بروس (۱۹۸۵)، کازدین (۱۹۸۹) و ماستون (۱۹۸۹) مرور شده‌اند. مطالعات مروری خیلی کمی در مورد چنین روش‌های درمانی که با

1 - Marcotte

2 - Beidel & Turner

3 - Elkins & Rappaport

4 - McConville

نوجوانان به صورت انفرادی کارکرده‌اند انجام گرفته است. هم چنین با درمان‌های گروهی و خانوادگی و یا ترکیب این روش‌های درمانی نیز مطالعات کمی صورت گرفته است. قطعاً گروه درمانی یک روش انتخابی برای بیشتر نوجوانان است و آموزش مهارت‌های اجتماعی به بهترین وجهی در گروه درمانی صورت می‌پذیرد. درمان‌هایی که به نظر قابل ترکیب می‌رسند همان درمان‌هایی است که برای کودکان و بزرگسالان ترکیب می‌گردند و عمدتاً متمرکز بر اصلاحات رفتاری، بازسازی شناختی و یا درمان دارویی می‌باشند. درمان‌های مبتنی بر بینش و یا روان پویایی خیلی کم مورد مطالعه و بررسی واقع شده‌اند. کندال^۱ (۲۰۰۰) نیز روش‌های مداخله‌ای برای درمان نشانه‌های افسردگی نوجوانان را در جدولی خلاصه کرده است. این جدول را در زیر مشاهده می‌کنید.

جدول ۲ - مثال‌ها و مواردی از روش‌های مداخله برای نشانگان افسردگی نوجوانان

نشانه	مداخله
بی خوابی	آموزش در مورد رعایت بهداشت خواب و رفتارهای خواب سالم، آموزش و خودبازبینی رفتارهای سازش یافته خواب، تنش زدایی عضلانی تدریجی، تجسم آرمیدگی.
ناامیدی	آموزش حل مشکل، بازسازی شناختی
عزت نفس پایین	فرصت‌هایی برای تجربه کردن موفقیت در تکالیف مشکل، ویژگی‌های مثبت خود باز بینی و بازسازی شناختی
احساس عدم دوست داشتن	آموزش والدین، خودبازبینی رفتار والدین، بازسازی شناختی
مشکل در تمرکز	خود آموزش دهی
خستگی مفرط	برنامه‌ریزی فعالیت که شامل ورزش منظم باشد
احساس گناه شوید	باز آموزی اسنادی
اختلال در اشتها	مشاوره تغذیه ای
انزوای اجتماعی	بازسازی شناختی، برنامه‌ریزی فعالیت

میانجی‌های نتایج درمانی

احتمال دارد که نوجوانان افسرده در آینده دوره‌های افسردگی را تجربه کنند. جهت حفظ نتایج درمانی در طولانی مدت، یک برنامه درمانی باید به نوجوانان مهارت‌هایی را برای حل تنیدگی‌های بعدی و نشانگان افسردگی در آینده بیاموزد. اولاً کودکان و نوجوانان باید مجهز به خودآگاهی برای بازشناسی مستقلانه منابع تنیدگی و علایمی که آنها را برای تجربه دوره‌های افسردگی بعدی آسیب پذیر می‌کند، باشد. بنابراین یک مداخله مؤثر به نوجوانان کمک می‌کند تا قادر باشند به طور واقع‌گرایانه‌ای وقایع زندگی خود را ارزیابی کنند و تجربه عاطفی خود را به طور مناسب با این وقایع تنظیم کنند. از آن جایی که نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که کودکان و نوجوانان افسرده نقایص و ضعف‌هایی را در تولید و ارزیابی راهبردهای تنظیم عاطفی داراهستند، بسیار مهم است که راهبردهای تنظیم عاطفی آنان را ارزیابی کنیم و از نتایج آن برای انجام طرح درمانی استفاده کنیم (کندال^۱، ۲۰۰۰).

هم‌چنین کودکان و نوجوانان، طی دوره‌های تحولی خاصی، هیجان‌ات خود را به طور مستقلی تنظیم می‌کنند، بنابراین، والدین نیاز دارند که در درمان درگیر شوند و آموزش ببینند که چگونه به هیجان کودکان خود پاسخ دهند. به طور کلی بسیار مفید است که والدین آموزش ببینند که چگونه از راهبردهای تنظیم هیجان‌ات عاطفی استفاده کنند و بتوانند الگوی سازش یافته‌ای را در این رابطه برای فرزندان خود مهیا کنند. تغییرات در کارکردهای خانوادگی نیز بسیار مهم است، به طوری که نتایج تحقیقات نشان داده‌اند میزانی که کودکان مورد حمایت واقع می‌شوند و میزان احساس آرامش و امنیت آنان، پیش‌بینی‌کننده‌های استفاده از راهبردهای تنظیم خلقی سازش یافته است (کلایورولویس^۲، ۱۹۹۵، به نقل از کندال، ۲۰۰۰).

براساس تحقیقاتی که در مورد خانواده‌های کودکان افسرده صورت گرفته است، بسیار مهم است که تعیین شود آیا در خانواده کودکان افسرده تعارض و درگیری وجود دارد یا نه (فورهند^۳ و همکاران، ۱۹۸۸؛ به نقل از کندال، ۲۰۰۰). اگرچنین بود، منبع این تعارضات باید مشخص گردد و برای کاهش آن باید طرح ریزی شود. این طرح‌ها ممکن است شامل مشاوره زوجین و یا درمان انفرادی برای هریک از والدین و سایر اعضای خانواده باشد.

1 - Kendall

2 - Kliewer & Lewis

3 - Forehand

به طور کلی محققان دریافته‌اند که بسیار مفید است که بین بازگشت^۱ افسردگی (بازگشت نشانه‌ها حدوداً ۶ ماه پس از خاتمه درمان) و بازپیدایی^۲ افسردگی (یک دوره کلی جدید از افسردگی که لااقل ۱۲ ماه پس از این که درمان خاتمه پیدا کرد، رخ می‌دهد) تمایز قایل شد (اوور هولسر^۳، ۱۹۹۸؛ به نقل از بارلو^۴، ۲۰۰۱). براساس گزارش محققان، میزان بازگشت افسردگی در نوجوانانی که با استفاده از دارو درمانی به تنهایی درمان شده‌اند، بسته به شدت افسردگی در آنان متفاوت است. با این حال برخی برآوردهانشان دهنده میزان بازگشت بین ۳۴ درصد تا ۹۲ درصد هستند (ورسیانی^۵، ۱۹۹۹؛ ویلیامز، ۱۹۹۷؛ همگی به نقل از بارلو، ۲۰۰۱). لذا پیشنهاد شده است که جهت درمان افسردگی کودکان و نوجوانان، از دارو درمانی به همراه درمان‌های روان شناختی مختلف استفاده گردد (کلروبولند^۶، ۱۹۹۸؛ به نقل از بارلو، ۲۰۰۱).

اختلال دوقطبی

اختلال دوقطبی یک اختلال روانی مشهور است که در بزرگسالان از طریق نوسانات خلقی که متشکل از چرخه‌های افسردگی و شیدایی است، تشخیص داده می‌شود. اخیراً این اختلال به‌عنوان اختلالی شایع در کودکان و نوجوانان پذیرفته شده است. اعتقاد بر این است که این اختلال ناشی از وجود نابهنجاری‌هایی در فعالیت‌های عصب‌شناختی مغز است که بر خلق تأثیر می‌گذارند و متأثر از الگوهای تفکر و رفتار فرد است. این اختلال به دارودرمانی پاسخ می‌دهد، در واقع دارودرمانی منجر به تدیل حالات خلقی فرد مبتلا به اختلال دوقطبی می‌گردد. جهت تشخیص این اختلال در کودکان و نوجوانان، لازم است که به فعالیت‌ها و کارکردهای روزانه آنان رجوع کرد، درحالت خلق افسرده، کودک یا نوجوان اختلالاتی را در کارکردهای روزانه خود دارد و نمی‌تواند به فعالیت‌های روزانه بپردازد (فعالیت‌هایی نظیر پوشیدن لباس). درحالت شیدایی، کودک یا نوجوان دارای انرژی زیاد، پرتحرکی و بیش‌فعالی است و کارها را سریع اما بدون دقت انجام می‌دهد، نیاز به خواب در او کم می‌شود، تحریک‌پذیر شده و در روابط بین فردی خود دچار مشکل می‌گردد. غالباً دوره شیدایی به

1 - relapse

2 - recurrence

3 - Overholser

4 - Barlow

5 - Versiani

6 - Keller & Boland

میزان دوره افسردگی طول نمی‌کشد. کودک دارای اختلال دوقطبی به افسرده‌خویی^۱ مبتلا است که یک بعد مهم در اختلال دوقطبی است.

ملاک‌های شیدایی

چهار بعد مهم شیدایی کودکان و نوجوانان عبارتند از:

۱- **سطح فعالیت** - کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی بسیار فعال می‌شوند و علاوه بر بیش‌افعالی، اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه نیز مشاهده می‌شود از این رو ممکن است رفتارهای خطرآفرین همراه با سطح فعالیت بالا داشته باشند. به طوری که شدت و میزان این رفتارهای خطرآفرین فراتر از میزانی است که در مرحله بهنجار تحولی کودک وجود دارد.

۲- **تحریک‌پذیری** - درحالی شیدایی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی دارای دوره‌های جنجال‌برانگیز خطرناکی باشند که غالباً به صورت روزانه رخ می‌دهند و غیرقابل پیش‌بینی هستند. معمولاً در این حالت کودکان به سختی آرام می‌شوند و ممکن است از نظر فیزیکی به اطرافیان خود آسیب برسانند، آسیب‌هایی نظیر گاز گرفتن، هل دادن، چنگ انداختن، کتک زدن، خشم و خشونت نیز در این حالت بسیار شایع است.

۳- **بلندپروازی (خود بزرگ‌بینی)**^۲ - بلندپروازی به معنای این است که فرد اعتقاد دارد که استعداد خاصی دارد، حتی در مواقعی که هیچ‌گونه ظرفیت، مهارت و توانایی در آن زمینه دارا نمی‌باشد. ممکن است کودک یا نوجوان اظهار کند که قدرتی همانند یک ابرمرد یا سوپر من یا ابرانسان دارد و می‌تواند مشکلات تغذیه‌ای و گرسنگی را در جهان حل کند. اگرچه این دو اعتقاد در مراحل خاصی از تحول حالت بهنجار دارند، اما بلندپروازی در حالت شیدایی یا پایدارتر و غیرواقع‌گرایانه‌تر است. مثلاً نوجوانی که باور دارد، دارای استعداد خاصی است باید مبتنی بر دارا بودن واقعی آن استعداد باشد نه دارا بودن استعداد به صورت خیالی و تصویری.

۴- **فزون‌خواهی جنسی** - این موضوع مرتبط با بی‌بندوباری جنسی در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی است. نوجوانان معمولاً درحالت شیدایی، مکرراً دست به استمناء زده و یا

1 - dysphoric mood

2 - grandiosity

مشغولیت ذهنی‌ای به لطیفه‌ها و توصیه‌های جنسی بی‌ادبانه، مبتذل و رک پیدا می‌کنند (وان هاهن^۱، ۲۰۰۴).

علل زیست‌شناختی و عصب‌شناختی اختلال دوقطبی

بسیاری از محققان به علل مرتبط با مغز در رابطه با سبب‌شناسی اختلال دوقطبی و کلان اختلالات خلقی اشاره می‌کنند. در این مطالعات افراد مبتلا از نظر تجسم‌های مغزی نظیر MPT اسکن و اسکن‌های PET مورد بررسی قرار می‌گیرند. احتمالاً اختلال دوقطبی ناشی از تفاوت‌هایی است که در شیمی مغز و یا کارکرد انتقال‌دهنده‌ها وجود دارد. تفاوت در کارکردهای هورمونی خود نیز عامل مهمی به حساب می‌آید. اگرچه مشخص نیست که آیا این‌ها علت این اختلال هستند یا معلول آن.

درمان اختلال دوقطبی

به دلیل آن که اختلال دوقطبی به شدت زندگی کودک و نوجوان را مختل می‌کند، احتمال اقدام به خودکشی را در آنان افزایش می‌دهد، عملکرد تحصیلی آنان را کاهش داده و زمینه را برای این که کودکان و نوجوانان با قانون و مراجع قانونی درگیری پیدا کنند فراهم کرده و افزایش می‌دهد و گاه حتی باعث می‌شود که در روابط بین فردی آنها نیز خلل ایجاد شده و آنها از این نظر کارکرد درستی نداشته باشند، لذا درمان این اختلال از اهمیت به سزایی برخوردار است. رایج‌ترین درمان برای این اختلال استفاده از داروهایی نظیر اسید والپوریک^۲، لیتیوم^۳ (داروی اصلی برای ثبات خلق) و ریسپریدون^۴ است (بارت و لاری وبستر^۵، ۲۰۰۰a).

رویکردهای مختلف روان‌درمانگری از جمله رفتار درمانی و شناخت-رفتار درمانگری نیز راهبردهای درمانی مؤثر برای کنترل رفتارهای مشکل‌آفرین کودک و نوجوان هستند. اما تحقیقات نشان داده‌اند که این راهبردهای رفتاری به تنهایی قادر به کنترل دوره‌های افسردگی و شیدایی و اختلالات

1 - Van Hahn

2 - Valporic acid

3 - Lithium

4 - Risoeridone

5 - Barrett & Lowry - Webster

۹۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

خلقی افراد مبتلا به این اختلال نمی‌باشند (بارت و لاری وبستر، ۲۰۰۰b). لذا اعتقاد بر این است که رفتار درمانی یا شناخت رفتار درمانی به صورت ترکیبی با دارودرمانی مورد استفاده قرار گیرد. یک داروی مؤثر که اخیراً برای درمان اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان توصیه می‌شود، استفاده از اسیدهای پرچرب آلفا- اومگا^۱ است. از این دارو می‌توان همراه با فنون رفتاری یا شناختی- رفتاری استفاده کرد.

لازم به ذکر است که در کل داده‌های محدودی درباره کارآمدی درمان‌های موجود برای اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان در دسترس می‌باشد، زیرا این اختلال به تازگی به عنوان یک اختلال شایع در دوران کودکی و نوجوانی پذیرفته شده است (وان- هان، ۲۰۰۴).

میزان شیوع افسردگی

در حالی که میزان شیوع افسردگی در نوجوانان بین ۱۴ تا ۲۵ درصد است که میزان دقیق آن بستگی به نوع مطالعه و طول مدت زمان ارزیابی اختلال دارد و میزان شیوع اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه در نوجوانان بین ۳ تا ۵ درصد است، که البته برخی از مطالعات درصد بالاتری را گزارش کرده‌اند (وان- هان، ۲۰۰۴). یافته‌ها در مورد اختلال دوقطبی نشان‌دهنده میزان شیوع برابر با ۵ درصد در افراد جامعه است. به‌طور کلی مشاهده شده است که بین ۲۵ تا ۴۰ درصد افراد مبتلا به اختلال دوقطبی اظهار کرده‌اند که سن شروع اختلال در آنان مربوط به دوران کودکی است. مشاهده شده است که میزان شیوع اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان بی ۴٪ تا ۸/۳٪ در نوسان است و این اختلال در نوجوانان بیشتر از کودکان مشاهده می‌شود (کار، ۱۹۹۹).

در واقع شروع اختلال دوقطبی نوع I معمولاً قبل از بلوغ نادر است، اما در طول دوره نوجوانی شایع‌تر است. به‌طوری که در مطالعه‌ای میانگین سن شروع اختلال دوقطبی برابر با ۱۶ سال گزارش شد (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). غالباً قبل از شیدایی دوره‌های افسردگی و اختلالات افسرده‌خویی- ادواری خویی^۲ وجود دارند. از این رو اعتقاد بر این است که سن شروع اختلال دوقطبی نوع I در نوجوانی است.

1 - alpha - omega - fatty acids

2 - dysthymic - cyclothymic

همبود با اختلال دو قطبی در کودکان و نوجوانان

همپوشی زیاد اختلال دوقطبی با سایر اختلالات رفتاری مختل‌کننده منجر به بحث‌های زیادی درباره وجود اختلال دو قطبی در کودکان شده است. اختلالات رفتاری مختل‌کننده شامل اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه، اختلال نافرمانی و اختلال سلوک می‌باشند. بسیاری از این اختلالات می‌توانند همراه با ظهور رفتارهای مشکل‌آفرین باشند. این رفتارهای مشکل‌آفرین به دلایل زیادی رخ می‌دهند که در قسمت بعدی به آنها اشاره شده است:

- ۱- ناتوانایی‌های یادگیری، بدکارکردی شناختی و تأثیرات تحولی؛
- ۲- اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه؛
- ۳- بدکارکردی سیستم‌های حسی؛
- ۴- اضطراب ناشی از عوامل محیطی؛
- ۶- طیف اختلالات مربوط به درخودماندگی؛
- ۷- عدم سازمان‌یافتگی محیط؛
- ۸- اختلال افسردگی (که نشانه‌های بی‌قراری در کودکان کم‌سن‌تر رایج‌تر بوده اما در نوجوانان هم مشاهده می‌شود؛
- ۹- اختلالات دلبستگی واکنشی؛
- ۱۰- اختلالات استرس پس‌ضربه‌ای؛
- ۱۱- اختلالات دوقطبی.

معمولاً کودکان به بیش از یکی از دلایل فوق مبتلا به رفتارهای غیرقابل کنترل هستند. اما کلاً این علت‌ها نیاز به حل شدن به طور ریشه‌ای و اساسی دارند و می‌توان برای این بین بردن هریک از علت‌های فوق یک برنامه رفتاری خاصی را طرح‌ریزی کرد. توجه داشته باشید که طراحی برنامه رفتاری بیشترین تناسب را با کودک، و محیط او داشته باشد.

خودکشی و شبه خودکشی^۱ در نوجوانان

علی‌رغم افزایش چشم‌گیری در میزان خودکشی نوجوانان طی ۳۰ سال گذشته و به همراه آن افزایش میزان تحقیقات در این زمینه، هنوز هم بسیار ساده است که با گفته‌ی دانش‌آموزان درباره خودکشی نوجوانان هم عقیده باشیم که می‌گویند درک ما از این که چرا نوجوانان کشتن خود را

۱۰۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

انتخاب می‌کنند بسیار محدود است (هایم^۱، ۱۹۷۴). بنابراین، در آغاز بسیار مهم است که باورداشته باشیم خودکشی یک سندرم (نشانگان) نیست بلکه یک سمپتوم (نشانه) است. مانند سایر نشانه‌ها، خودکشی نیز می‌تواند ناشی از تعدادی مشکلات زیربنایی و تاثیر گذار باشد و ضرورتاً فقط ناشی از افسردگی نباشد. یک اقدام خودکشی خاص ناشی از شرایط مختلفی است که عبارتند از:

- ۱- افسردگی
- ۲- واکنش به استرس
- ۳- تعارضات حل نشده
- ۴- استفاده از مواد مخدر
- ۵- خشم و یا عصبانیت اظهار نشده
- ۶- از دست دادن و یا سوگ (داغدیدگی)
- ۷- فشارهای اجتماعی
- ۸- فقدان مهارت‌های حل مسئله
- ۹- حل تعارضات به صورت ناکارآمد
- ۱۰- ناامیدی یا یأس
- ۱۱- فرار از قربانی شدن تدریجی
- ۱۲- تمایل به جلب توجه دیگران
- ۱۳- نیاز به اجتناب از ننگ، سرافکنندگی و خجالت زدگی
- ۱۴- میل به دیده شدن و مورد توجه قرار گرفتن
- ۱۵- بیماری‌های روانی به غیر از افسردگی

هرکدام از این شرایط ممکن است تابعی از دامنه‌ای از علل مختلف باشند که یک الگوی سبب شناسی چند عاملی را که توسط گلدمن و بردسلی^۲ (۱۹۹۹) ارائه شده است، ایجاد کرده اند. تعدادی از مطالعات جامع و فراگیر تلاش داشته‌اند تا به طور کاملی میزان رخداد، درمان و پیشگیری از خودکشی نوجوانان را مورد بررسی قرار دهند (کوران، ۱۹۸۷؛ گلدمن و بردسلی، ۱۹۹۹).

1 - Haim

2 - Goldman & Beardslee

بهتر است پژوهش‌گران این مطالعات و سایر مطالعاتی را که در این زمینه انجام شده‌اند، به‌طور عمیق بررسی نمایند شاید بتوانند راه‌حلی برای این موضوع پیچیده پیدا کنند.

شیوع خودکشی

رخداد رفتارهای خودکشی را می‌توان به رفتارهایی که در خاتمه دادن به زندگی موفقیت آمیز هستند (خودکشی‌های کامل) و رفتارهایی که به یک یا چند دلیل درخاتمه دادن به زندگی ناموفق هستند (تلاش‌های خودکشی و یا شبیه خودکشی) تقسیم نمود. در حال حاضر شیوع خودکشی در آمارهای ملی و ادبیات پژوهشی بسیار مشهود می‌باشد (برمن، ۱۹۸۶؛ الیس، ۱۹۹۰ و مک ایتنوش، ۱۹۹۸؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). اطلاعات مربوط به میزان خودکشی در حال حاضر در جدول شماره ۴ نمایش داده شده است.

آمار مربوط به سال ۱۹۹۶ نشان می‌دهد تعداد ۳۱۳ کودک ۵ تا ۱۴ ساله و تعداد ۴۱۴۶ جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله در آمریکا اقدام به خودکشی کرده‌اند (مرکز ملی برای آمار سلامتی، ۱۹۹۸؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). در حال حاضر خودکشی سومین عاملی است که منجر به مرگ نوجوانان می‌شود. دو عامل دیگر شامل تصادفات و حوادث و قتل و تجاوز می‌گردد. آمارها نشانگر این هستند که میزان خودکشی در جوانان نسبت به سال‌های قبل افزایش یافته است (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). میزان خودکشی در افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله آمریکایی در حال حاضر برابر با ۱۳/۷ درصد است و میزان خودکشی در کل جامعه آمریکا در سال ۱۹۹۶ برابر ۱/۱۴ درصد می‌باشد (پیترز^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). به طور متوسط در هر ۱ ساعت و ۵۳ دقیقه (هر ۱۱۳ دقیقه) یک فرد ۲۵ ساله دست به خودکشی می‌زند (مک ایتنوش^۲، ۱۹۹۸). خودکشی به عنوان سومین عامل مؤثر در مرگ نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله و پنجمین عامل مؤثر در مرگ کودکان ۱۰ تا ۱۴ ساله محسوب می‌گردد (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). بسیاری از محققان معتقدند که در حال حاضر ممکن است حتی میزان خودکشی در میان نوجوانان و جوانان ۱۰ تا ۲۴ ساله به دلیل خطاهای موجود در گزارش‌دهی بالاتر از میزان گزارش شده قبلی باشد (تولن^۳، ۱۹۷۵؛ هالینگر^۴، ۱۹۷۹). این برآورد کم ممکن است ناشی از خودداری و پنهان

1 - Peters
2 - McIntosh
3 - Toolan
4 - Holinger

۱۰۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

کاری پزشکان خانوادگی و یا کارکنان مراکز اورژانس برای بیان خودکشی به عنوان عامل مؤثر در مرگ مراجعه کنندگان به آنها باشد. هم‌چنین خودکشی ممکن است به دلیل اجتناب از برچسب خوردن خانواده ثبت نشود. ممکن است مواردی وجود داشته باشد که خودکشی‌ها به‌عنوان یک حادثه و یا شرایطی که مبهم است گزارش شوند. هم‌چنین امکان دارد که برخی مواردی که به عنوان قتل گزارش می‌شوند، شرایطی باشند که نوجوانان به دلیل تمایل به خودکشی خود را در معرض خطر بالایی برای مردن قرار داده باشند (برای مثال، در مقابل افراد مسلح قرار گرفتن).

میزان تلاش برای خودکشی و یا اقدامات شبه خودکشی حتی از اقدام به خودکشی بالاتر است. کیوران (۱۹۸۷) و بسیاری دیگر از پژوهشگران، افزایش زیادی را در تلاش‌های خودکشی طی ۲۰ سال گذشته گزارش کرده‌اند. مطالعات اولیه نشان می‌دهند که میزان تلاش‌های موفق دامنه‌ای از یک چهارم تا یک دهم داشته‌اند (رایبی^۱، ۲۰۰۰؛ نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). فاربیرو و اشنایدمن^۲ (۱۹۶۱) این نسبت را برابر یک هشتم گزارش کرده‌اند. اما مطالعات جدیدتر نشان می‌دهند که این نسبت به مراتب بیشتر است (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). آنجل و اشلیچت^۳ (۱۹۸۳) گزارش کرده اند که در مطالعه آنها بر روی نوجوانان ۱۹ ساله این نسبت برابر ۱/۲۲۰ (۱ : ۲۲۰) بوده است. آنجل، اوبران و مک ایتایر^۴ (۱۹۸۳) با مطالعه نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۴ ساله این نسبت را برابر با ۱/۲۰۰ (۱ : ۲۰۰) گزارش کردند. کیوران (۱۹۸۷) نیز نسبت ۱/۳۱۲ (۱ : ۳۱۲) را برای همان گروه ۱۵ تا ۲۴ ساله گزارش کرده است. بنابراین مشکلات گزارش دهی در این زمینه قابل بررسی است. بسیاری از تلاش‌ها هرگز گزارش نمی‌شود و توسط والدین و همسالان نوجوان مخفی نگاه داشته می‌شوند. تلاش‌های خودکشی برخلاف اقدام به خودکشی، در یک پیوستار قرار می‌گیرد که بسته به شرایط و قصدمندی از متوسط تا شدید درجه‌بندی می‌شود. خوردن یک مشت آسپرین ممکن است در تلاش یک نوجوان برای خودکشی نقش داشته باشد، در حالی که برای والدین چنین نمی‌باشد.

1 - RAE

2 - Farberow & Schneidman

3 - Angel & Schlicht

4 - O'Brine & McIntire

جدول شماره ۴: میزان خودکشی در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر آمریکایی برای گروه‌های سنی مختلف و هر دو جنس

سال	۱۰ تا ۱۴ ساله		۱۵ تا ۱۹ ساله		۲۰ تا ۲۴ ساله	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱۹۶۰	۰/۹	۰/۲	۵/۶	۱/۶	۱۱/۵	۲/۹
۱۹۶۵	۰/۹	۰/۲	۶/۱	۱/۹	۱۳/۸	۴/۳
۱۹۷۰	۰/۹	۰/۳	۸/۸	۲/۹	۱۹/۳	۵/۷
۱۹۷۵	۱/۲	۰/۴	۱۲/۲	۲/۹	۲۶/۴	۶/۸
۱۹۸۰	۱/۲	۰/۳	۱۳/۸	۳/۰	۲۶/۷	۵/۵
۱۹۸۷	۲/۳	۰/۶	۱۶/۲	۴/۲	۲۶/۱	۴/۴
۱۹۹۳	۲/۴	۰/۹	۱۷/۶	۳/۸	۲۶/۸	۴/۴
۱۹۹۶	۲/۳	۰/۸	۱۵/۶	۳/۵	۲۴/۸	۳/۷

منبع: داده‌های منتشر شده توسط مرکز ملی آمار بهداشتی آمریکا، دپارتمان علوم انسانی و سلامت روان، به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱.

سن

داده‌های جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که میزان اقدام به خودکشی از اوایل نوجوانی تا اواخر نوجوانی افزایش می‌یابد. سافر^۱ (۱۹۹۷) اعتقاد دارد که اگرچه خودکشی در نوجوانان و بزرگسالان از نظر نسبت جنسیتی مساوی در دخترها و پسرها، خودکشی با اسلحه و میزان موفقیت در اولین اقدام به خودکشی تفاوتی ندارد، اما نوجوانان نسبت به بزرگسالان میزان بالاتری از تلاش‌های خودکشی، درصد بالاتری از خودکشی‌های موفق در هر تلاش برای خودکشی و میزان پایین تری از خودکشی کامل پس از بستری شدن در بیمارستان‌های روانی دارا هستند.

سوگیری جنسیتی و جنسی

در مورد خودکشی به لحاظ تاریخی مردان ۳ برابر زنان دست به خودکشی می‌زنند (کیوران، ۱۹۸۷). مک ایتاش و جیول^۲ (۱۹۸۶) در مطالعه‌ای مشاهده کردند که این نسبت ممکن است افزایش یابد. دامنه‌ای از مطالعات مرور شده توسط کیوران (۱۹۸۷) نشان دادند که نسبت خودکشی

1 - Safer

2 - Jewel

۱۰۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

زنان به مردان دامنه ای از ۱:۳ تا ۱:۱۰ دارد است. قابل توجه است که بدانیم تلاش‌های خود کشی فقط اشکال خفیف تر اقدام کامل خود کشی نمی باشد، بلکه امکان دارد که در برخی موارد، یک تصویر بالینی کاملاً متفاوتی داشته باشند (شیراس^۱، ۱۹۸۳).

مطالعات ارتباط بین جهت‌گیری جنسیتی و هویت یابی جنسی در خود کشی هنوز دوران اولیه خود را پشت سر می‌گذارد و بسیار جوان است و در این زمینه اطلاعات کمی در دست است. اگرچه که توسط ریمافدی، فاروودیشر^۲ (۱۹۹۳) به طور داستان گونه‌ای گزارش شده است که میزان اقدام به خودکشی در زنان و مردان هم‌جنس خواه از مقدار مورد انتظار ما بالاتر است. فرض بر این است که چنین ارزیابی‌هایی احتمالاً ناشی از تنیدگی روبه افزایش و احساس انزوا و تنهایی فراینده در ارتباط با فرایند "حضور"^۳ یا آشکار نمودن خود در جهان خارج است.

نژاد و قومیت

تفاوت‌هایی در میزان خودکشی در گروه‌های اقلیت آمریکایی وجود دارد. گزارش نیروهای امنیتی از خودکشی نوجوانان در دپارتمان سری سازمان‌های بهداشتی و انسانی آمریکا (۱۹۸۹) نشان می‌دهند که میزان خود کشی در سیاهان نصف میزان خود کشی در سفید پوستان است. این نسبت برای زنان در مقابل مردان برابر با ۱:۴ است. تعدادی از منابع گزارشی، میزان خود کشی را در حال حاضر در میان سیاه پوستان بالاتر اعلام کرده اند (گیبس^۴، ۱۹۸۸). مطالعات کمی وجود دارند که در آنها به تلاش‌های خود کشی در جوانان توجه شده باشد. جدول شماره ۴ نشانگر این واقعیت است که زنان و مردان افریقایی - آمریکایی میزان خود کشی کمتری را نسبت زنان و مردان سفید پوست آمریکایی دارند.

میزان خود کشی در آمریکایی‌های بومی بیش از دو برابر سفید پوستان آمریکایی گزارش شده است. قابل توجه است که میزان خود کشی در نوجوانان بومی به مراتب بالاتر از سایر افراد بومی است. میزان خود کشی در آمریکا یی‌های اسپانیایی تبار کمتر از سفید پوستان آمریکایی و بیشتر از سیاه پوستان آمریکایی است (دپارتمان سازمان بهداشت و علوم انسانی آمریکا، ۱۹۸۹).

1 - Sheras

2 - Remafedi , Farrow & Deisher

3 - outing

4 - Gibbs

تصویر بالینی

تصویر بالینی نوجوانانی که اقدام به خودکشی می‌کنند بسیار متفاوت است. اشنایدرمن (۱۹۸۶) معتقد است که تعدادی رویکرد برای درک و فهم خودکشی وجود دارند. این رویکردها شامل رویکرد شواهد شخصی و میزان باسوادی یا یک رویکرد فلسفی و نظری، رویکردی جامعه‌شناختی، رویکرد فرد و خانواده بصورت متقابل، رویکرد روان‌پوشی، رویکرد بیماری‌های روانپزشکی، رویکرد زیست‌شناختی و عصب-زیست‌شناختی، رویکرد حقوقی و قانونی، رویکرد نظریه سیستم‌ها، رویکرد سیاسی، جهانی و فراملیتی و خصوصاً رویکرد روان‌شناختی می‌گردد.

اشنایدرمن (۱۹۸۶) ۱۰ ویژگی مشترک را در اقدام به خودکشی مطرح می‌کند:

- ۱- قصد مشترک خودکشی جستجوی راه حل است.
- ۲- هدف مشترک خودکشی قطع هشیاری و از بین بردن آگاهی است.
- ۳- محرک مشترک در خودکشی یک درد غیر قابل تحمل روان‌شناختی است.
- ۴- رویداد تنیدگی زای مشترک در خودکشی نیازهای روان‌شناختی ناکام شده هستند.
- ۵- هیجان مشترک در خودکشی ناامیدی - درماندگی است.
- ۶- حالت منفی مشترک در خودکشی تعارض است.
- ۷- حالت ادراکی مشترک در خودکشی گرفتگی است.
- ۸- عمل مشترک در خودکشی پرخاشگری است.
- ۹- عمل بین فردی مشترک در خودکشی ارتباط هدفمند و عمدی است.
- ۱۰- همگونی مشترک خودکشی با الگوهای مقابله‌ای در طول دوران زندگی است.

انواع خودکشی

برخی از نظریه پردازان و محققان سعی کرده اند رفتارهای خودکشی را به انواع مختلفی دسته‌بندی کنند. اشنایدرمن (۱۹۶۸) منسجم‌ترین ویژگی‌شناسی را در رفتارهای خودکشی تهیه کرده است. او سه نوع خودکشی را شرح می‌دهد؛ خودخواهانه^۱، دگرخواهانه^۲، عوام‌خواهانه^۳.

1 - egotic
2 - dyadic
3 - aeneratic

۱۰۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

خودکشی خودخواهانه ناشی از مشغله‌ها و تعارضات درون روانی است. این نوع از خودکشی مستقل از شرایط موقعیتی به نظر می‌رسد و تأثیر دیگران بر آن کمتر از تأثیر افکار و ایده‌های تحریف شده، انزوا و تکانش‌های خود فرد می‌باشد. این خودکشی‌ها غالباً غیرمنطقی، جادویی و نیست انگارانه به نظر می‌رسند.

خودکشی‌های دگرخواهانه، ناشی از روابط نادرست و مشکل آفرین بین فردی هستند. چنین روابطی ممکن است با همسالان، دوست پسر یا دوست دختر، والدین و یا دیگران مهم باشند. غالباً یک واقعه‌ی بین فردی نظیر طردکردن و یا قطع رابطه با فرد در این نوع خودکشی نقش دارد.

در خودکشی‌های عوام خواهانه، نوجوانان احساس می‌کنند که در جایگاه مناسبی در نسل خودشان قرار نگرفته‌اند. آن‌ها ممکن است نقش‌های بزرگسالان را به صورت رشد نیافته‌ای بر عهده بگیرند. این امر ممکن است ناشی از مرگ والدین، یا مرگ سایر اعضای خانواده و یا تغییر در ساختار خانواده، باشد و یا این که ممکن است نوجوانان توسط پویایی‌های خانواده، احساس کودکی و کوچکی کنند. این گونه افراد به سادگی ممکن است احساس کنند که جایگاه خود را در نسل متناسب خود از دست داده‌اند و احساس انزوا، تنهایی، پوچی، بی‌کفایتی و بی‌عرضگی کنند.

مراحل خودکشی

یک گروه از ابعاد بالینی بحث شده در ادبیات باید در مورد ویژگی‌های خلقی رفتارهای خودکشی به بحث پردازند. مواردی از چنین نظریه‌هایی، نظریه‌های مراحل هستند. شاید، مفیدترین توصیفی که در این باره در ادبیات کنونی موجود است، مربوط به تی چر و جاکوبس^۱ (۱۹۶۶)، جاکوبس (۱۹۷۱) و تی چر (۱۹۷۳) باشد. براساس مطالعات موردی انجام شده اعتقاد بر این است که خودکشی در نوجوانان طی دوره‌های متمایزی صورت می‌گیرد.

مطابق با این نظریه‌ها، اولین مرحله "تاریخچه مشکل" است. چنین مشکلاتی ممکن است ازدوران کودکی و یا درگذشته نزدیک وجود داشته باشند. مواردی از چنین مشکلاتی شامل والدین و یا همسالان و دوستانی هستند که خودکشی کرده و یا تلاش داشته‌اند خودکشی نمایند، ترک خانواده توسط یکی و یا هر دو والد زیست شناختی، ارتباط داشتن با نامادری و یا ناپدیری که مورد قبول و یا مطلوب نوجوان نباشد، والدینی که دارای چندین همسر و یا روابط با افراد متعدد هستند، کارکرد و

1 - Teicher & Jacobs

رفتارهای ابتدایی والدین، تغییر محیطی که ایجاد مشکلات جدی را برای فرد می‌کند، والدین الکلی، زندگی کردن با افرادی غیر از والدین و عوض کردن مکرر مدرسه یا محل زندگی فرد (تی چر، ۱۹۷۳). دومین مرحله در این نظریه "گسترش مشکل" است. مشکل ممکن است به دلیل تغییرات تحولی که در ابتدای نوجوانی رخ می‌دهند گسترش یافته و یا پیچیده شود. چنین تغییراتی در تحول اجتماعی، روان شناختی و فیزیولوژیکی افراد رخ می‌دهند، اما ممکن است تابعی از تغییر در انتظارات و ادراک آن‌ها در محیط نوجوان باشند. "افزایش یافتن" ممکن است مشکلات رفتاری، تغییرات خلقی، نافرمانی و طغیان، انزوا و رفتارهای مشابهی را بتواند ایجاد کند. چنین نشانه‌هایی احتمال می‌رود که برای بدست آوردن توجه و کمک طراحی شوند (شاید به طور ناخواسته).

مرحله سوم مرحله "شکست خوردن در مقابله" است (جاکوبس، ۱۹۷۱). راهبردهایی که برای مقابله با افزایش و پیچیدگی مشکلات به کار برده می‌شوند با شکست مواجه می‌شوند (مثلاً) ممکن است یک نوجوان برای مقابله با مردود شدن مکرر در مدرسه، از مدرسه فرار کند.

شکست در مقابله منجر به رسیدن مستقیم به مرحله چهارم یعنی "از دست دادن امید" می‌شود. چنین از دست دادنی ممکن است از طریق انزوای اجتماعی، از دست دادن جهت گیری‌های آینده، اخراج از مدرسه، افزایش در سوء استفاده از مواد و یا رفتارهای بسیار خطرناک، از دست دادن انگیزش کلی برای انجام هرگونه فعالیتی نشان داده شود. ناامیدی مشخصه اصلی تمام انواع خودکشی‌ها است. نهایتاً وقتی که امید از دست برود، برای نوجوان فقط یک "توجیه" باقی می‌ماند (جاکوبس، ۱۹۷۱). در این زمان، فرد از فکر به طرف عمل حرکت می‌کند. توجیه کردن حتی ممکن است جزیی و ناچیز به نظر برسد. (برای مثال، قطع رابطه با دوست پسر، شکست در یک آزمون، طرد اجتماعی)، اما به دلیل این که فرد از حمایت همسالان و روابط با آن‌ها کناره‌گیری می‌کند، احساس می‌کند که راه دیگر و یا حمایت دیگری برای او باقی نمانده است.

عوامل خطرآفرین در خودکشی

برخی از محققین و صاحب نظران تلاش کرده اند تا عوامل خطرآفرین را مرور و مشخص کنند (فاربریو^۱، ۱۹۸۵؛ گلدمن و بیردسلی^۲، ۱۹۹۹). برخی از عوامل خطر آفرین ممکن است ماهیت تحولی دارا باشند و برخی ممکن است تاریخیچه‌ای و موقعیتی باشند و مابقی شامل عوامل روان شناختی

1 - Ferberow

2 - Goldman & Beardslee

۱۰۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

هستند. برخی از این عوامل از قبیل موجودند (مثلاً زمینه ساز هستند)، برخی از آن‌ها رفتارها هستند (نظیر نشانه‌ها) و به نظر می‌رسد که مابقی از عوامل ناشناخته و نامشخص باشند (مثلاً سوء استفاده از مواد). مطمئناً بررسی‌های تحولی در ارتباط با نوجوانی و تأثیر آن بر تمایل به رفتار خود کشی نقش به‌سزایی دارند. فرمویر^۱ و همکاران (۱۹۹۰) در مورد دو بررسی مهم صحبت کرده‌اند: مفهوم فرد جوان از مرگ و تحول زبانی او. تحول زبانی ممکن است ارتباط برقرار کردن با دیگران را مشکل کند. ساختار هویت و سایر تکالیف تحولی نیز ممکن است احساسات یک فرد جوان را از قدرت و امر کردن و تولید گروهی از تعارضات شرح داده شده توسط اشنایدمن (۱۹۶۸) دچار ابهام و سردرگمی کند و این ابهام و سردرگمی ممکن است در انتخاب خود کشی به عنوان یک راه حل نقش داشته باشد. به علاوه، هافن^۲ (۱۹۷۲) معتقد است که نوجوانان برخی از مؤلفه‌های خود کشی را نظیر احساس گناه، تکانشی بودن، احساس نارضایتی و عدم کفایت، تنهایی، اضطراب و حساسیت را بزرگ کرده و در آن‌ها اغراق کنند.

عوامل تحولی و تاریخچه‌ای

تعدادی عوامل خطر آفرین تحولی و تاریخچه‌ای در خودکشی وجود دارند. مشکلات و بیماری‌های جسمی ممکن است یکی از این عوامل باشند. بیماری‌های مزمن و یا بی‌نظمی‌های خاص زیستی - شیمیایی (مثلاً، جمع شدن کم سرتونین سوخت ساز شده در نخاع و قشر مخ) ممکن است در افزایش میزان خود کشی نقش داشته باشند. مفهوم مرگ ممکن است برای نوجوانان بسیار متفاوت باشد، به خصوص در دامنه‌های سنی پایین‌تری مثل اوایل نوجوانی. ممکن است آن‌ها به مرگ به صورت موقتی و یا عملی بدون فهم نتایج و پیامدهای آن بنگرند. پویایی‌ها و نظام خانواده یک عامل خطر آفرین دیگر است، وجود مشکلاتی نظیر بی‌نظمی و بی‌سازمانی، روابط ضعیف، بحث و درگیری، گرفتاری و ضعف در مهارت‌های حل مسئله در خانواده شامل این عامل می‌گردد. برخی نظریه پردازان نقش معکوس والد - فرزندی را مورد مطالعه و بررسی قرار داده‌اند (میکس^۳، ۱۹۷۱) و بر این نکته تأکید کرده‌اند که کودکانی که از آن‌ها خواسته می‌شود تا نقش بزرگسالان را به طور رشد

1 - Fremouw

2 - Hafen

3 - Meeks

نایافته‌ای بر عهده بگیرند، احتمال می‌رود که دست به خود کشی بزنند. انضباط و نظم خواهرها یا برادرهای بزرگتر نیز عامل مهمی در رفتارهای خود کشی می‌باشد (تولن، ۱۹۶۲). هم چنین آسیب‌های روان شناختی والدین نیز یکی دیگر از عواملی است که خطر خود کشی را افزایش می‌دهد (پففر، ۱۹۸۶). سابقه اقدام به خود کشی در خانواده نیز مهم ترین عاملی است که در اقدام به خود کشی توسط نوجوانان نقش دارد. این عامل مواجهه‌ای یکی از پیش بینی کننده‌های مهم خود کشی می‌باشد (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱؛ بارلو، ۲۰۰۱).

عوامل موقعیتی

عوامل موقعیتی زیادی در ارتباط با افزایش رفتارهای خود کشی مطرح می‌باشند. مهم ترین آن‌ها افزایش میزان فشار روی نوجوان است. نوجوانان ممکن است فشار را به عنوان تابعی از ضعف در مهارت‌ها بخصوص در زمینه مهارت‌های بین فردی احساس کنند. آن‌ها ممکن است توانایی‌های ضعیف و ناکارآمدی در حل مسئله داشته باشند و نتوانند راه‌حل‌های بدیعی را برای حل و مواجهه با خودکشی ارائه کنند. فشارهای مدرسه‌ای، تحصیلی و درسی نیز به عنوان یک عامل خطر آفرین مطرح می‌باشند. به نظر می‌رسد که فشار تنها روی دانش آموزان با پیشرفت تحصیلی کم نباشد، بلکه بر روی آنهایی که تکالیف مدرسه‌ای خود را به خوبی انجام می‌دهند نیز باشد. چنین دانش آموزانی برای ادامه دادن موفقیت خود تحت فشار هستند و ممکن است از ترس شکست‌های بالقوه بعدی در آینده به فکر خود کشی بیفتند. مک براید و سیگل^۱ (۱۹۹۷) نقش اختلالات یادگیری را در رفتارهای خود کشی مطالعه کرده‌اند. آن‌ها دریافتند که ۸۹٪ از خود کشی‌ها نشانگر نقایص مهم در هجی کردن و رو نویسی دانش آموزان دارای اختلالات یادگیری است.

تنیدگی‌های کلی زندگی نیز می‌توانند یک عامل خطر آفرین باشند - کوهن - ساندرلر، برمن و کینگ^۲ (۱۹۸۲) نشان داده‌اند که کودکانی که اقدام به خود کشی می‌کنند تنیدگی‌های بیشتری را در زندگی دارا هستند تا سایر کودکان. تغییر در پویایی‌های اجتماعی و فرهنگی نیز ممکن است نقش مهمی را در خود کشی بازی کنند. این عوامل شامل ارزشیابی عمومی از نوجوان، خشونت و موفقیت می‌باشند. به علاوه، فرهنگ کنونی مواد کشنده را به راحتی در دسترس نوجوانان قرار می‌دهد که این

1 - McBride & Siegel

2 - Cohen- Sandler, Berman & King

۱۱۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

یک عامل خطر آفرین دیگر است. داروهای مهلک و کشنده غالباً برای هر نوجوانی در دسترس هستند. نهایتاً، اثر رسانه‌ها روی رفتار خود کشی بسیار مهم است. رسانه‌ها رفتارهای خود کشی و آسیب رسان به خود را در معرض نمایش گذاشته و این مشاهده‌ها می‌توانند نقش سرمشق را برای نوجوانان ایفا کنند (گلد، ولنشتاین و دیویدسون^۱، ۱۹۸۹). تأثیر والدین و ساختار خانواده نیز توسط برخی از پژوهشگران مورد مطالعه قرار گرفته است. آلیسون^۲ و همکاران (۱۹۹۵) نشان داده‌اند که نوجوانانی که اقدام به خود کشی می‌کنند والدین خود را بیشتر به صورت انتقاد کننده، محافظه کار افراطی و کمتر حمایت کننده ادراک می‌کنند تا نوجوانان دیگر. استفاده از مشروب و مواد مخدر نیز به عنوان یک عامل خطر آفرین مهم در اقدام به خود کشی مورد بررسی قرار گرفته است (جونز^۳، ۱۹۹۷).

عوامل روان شناختی

هارتر و مارولد^۴ (۱۹۹۴) دامنه گسترده‌ای از عوامل خطر آفرین روان شناختی را که در خود کشی نقش دارند بررسی کرده‌اند. آن‌ها به این عوامل به عنوان خود ارزیابی منفی، حمایت والدین، حمایت همسالان و وضعیت ظاهری توجه کرده‌اند.

برخی از عوامل روان شناختی به نظر می‌رسد که تعیین کننده‌های زمینه ساز بوده و از قبل موجود باشند. در حالی که سایر عوامل به نظر می‌رسد که پیامدو نتیجه باشند. این عوامل شامل، افسردگی، اختلالات شخصیتی نظیر اختلالات شخصیت مرزی و اختلالات مرتبط با تکانشی بودن (فینچ و پوزانسکی^۵، ۱۹۷۱؛ به نقل از کندال، ۲۰۰۰)، اشکال خاصی از روان پریشی‌ها به خصوص آن دسته که دارای تحریفات شناختی بالایی هستند، باشند. مشکلات و اختلالات خوردن غالباً پرخوری، مرتبط با تکانه‌های خود آسیب رسان است و ممکن است خطر اقدام به خودکشی را افزایش دهد (چایلز^۶، ۱۹۸۶) از دست دادن یا جدایی نیز عامل مهمی است که اخیراً تشخیص داده شده است (برنت و همکاران؛ a، ۱۹۹۴، ط ۱۹۹۴). نوجوانان غالباً با مرگ والدین، آشنایان، پدر بزرگ و

1 - Gould, Wallenstein & Davidson

2 - Allison

3 - Jones

4 - Harter & Marold

5 - Finch & Pozanski

6 - Chiles

مادربزرگ‌ها و یا از دست دادن دوستان و همسالان در مدرسه، دوست دختر یا دوست پسر خود مواجه می‌شوند که ممکن است آن‌ها را برای اقدام به خودکشی آسیب پذیر تر کند (کندال، ۲۰۰۰). نهایتاً یک عامل خطر آفرین که کمتر به آن توجه شده است، سوء استفاده از مواد و وابستگی و اعتیاد به داروهای شیمیایی است. مشخص نیست که آیا سوء استفاده از مواد رفتار خودکشی را افزایش می‌دهد و یا این که سوء استفاده از مواد یکی از نشانگرهای رفتارهای خودکشی است. کافی است که بگوئیم کاملاً واضح است که این یک عامل خطر آفرین قابل توجه است. به علاوه بنظر می‌رسد که تعدادی از نتایج و رفتارها و اعمال در افراد هشدار دهنده‌های آشکار رفتار خودکشی هستند. در میان این رفتارها، تجربه ناامیدی، درماندگی، طراحی خودکشی، انجام رفتارهای نهایی مثل تقسیم و واگذاری دارایی‌های خود به دیگران، انزوای اجتماعی و بین فردی، پرخاشگری و یا رفتارهای توأم با خشونت، افزایش تقلید از دیگران و ظهور این عقیده که "من نمی‌توانم ادامه دهم" بسیار مهم هستند. بسیار مشکل است که تمام عوامل زمینه ساز را مشخص کرد. به طور کلی برای بسیاری از نوجوانان، رفتار خودکشی تلاشی برای حل مشکلاتی است که فرد کنترلی بر آن‌ها ندارد. کار (۱۹۹۹) عوامل خطر آفرین مهم و بسیار موثر در رفتار خودکشی نوجوانان را در نموداری که در پی می‌آید، خلاصه کرده است.

اقدامات بالینی در ارتباط با خودکشی

چهار اقدام اساسی بالینی در ارتباط با خودکشی نوجوانان صورت می‌گیرد که در ادبیات به آن‌ها توجه زیادی شده است: ارزیابی، پیشگیری، مداخله و پس مداخله. غالباً به این صورت است که ارزیابی و مداخله در ابتدا صورت می‌گیرد و پس از آن، پس مداخله و نهایتاً، پیشگیری صورت می‌گیرد. تا حدودی مسخره است که غالباً پیشگیری در آخرین مرحله قرار می‌گیرد. شاید این ماهیت انسان است که زمانی عمل کند که خیلی دیر باشد و همچنین شاید هر خودکشی ممکن است فرصتی برای پیشگیری بعدی باشد.

۱۱۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان



نمودار ۲ - عوامل قابل بررسی در خطر اقدام به خودکشی

توجه : عواملی که علامت‌گذاری نشده اند مرتبط با خودکشی و شبه خودکشی هستند. عواملی که علامت

(S) دارند فقط مرتبط با خودکشی هستند. عواملی که علامت (P) دارند فقط مرتبط با شبه خودکشی هستند.

ارزیابی

ارزیابی از خود کشی غالباً از طریق مصاحبه با یک معلم، والد، مشاور مدرسه یا پزشک خانوادگی انجام می‌گیرد. ابزارهایی موجودند که خود کشی را به عنوان بخشی از افسردگی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. (قبلاً مفصلاً درباره آن‌ها بحث شده است). این ابزارها اگر از آن‌ها هر از گاهی استفاده شوند مفید هستند. در موقعیت‌هایی غیر از بیمارستان، اندازه‌های خود کشی و مقیاس‌های افسردگی ممکن است در ارزیابی کردن عمق افسردگی یا رفتارهای خود کشی قریب الوقوع کمک کننده باشند، اما اکثر خود کشی‌ها و یا تلاش‌های خود کشی در خارج از موقعیت‌های بیمارستانی صورت می‌گیرند. پس، چنین ابزارهایی در طرح‌های بزرگتر ممکن است زیاد مفید واقع نشوند. کیوران (۱۹۸۷) خیلی خوب اهداف ارزیابی را خلاصه کرده است که شامل تعدادی عوامل کلیدی و مهم می‌شود: عوامل جنسیتی، سابقه تلاش‌های خود کشی، سنی، سایر رفتارهای خود تخریب کنندگی، سوء استفاده از مواد، جایگاه راهبردهای سازش یافته، مزمن و طولانی بودن مشکل، تجربه داغدیدگی، نظام‌های حمایتی، ارتباط با والدین و سایرین، حالت روانی، دارا بودن روابط باز و نگرش نسبت به مرگ. برخی از مطالعات تلاش کرده اند بین افرادی که درباره خود کشی فکر می‌کنند و افرادی که برای خود کشی تلاش می‌کنند تمایز قایل شوند. این رویکرد توسط نگرون^۱ و همکاران (۱۹۹۷) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

مداخله

درمان‌ها و مداخله‌های مطرح شده برای اقدام به خود کشی و شبه خود کشی بسیار هستند. برخی از نویسندگان پیش فرض‌های اساسی تأثیر گذار بر درمان خود کشی نوجوانان را مورد بحث قرار داده اند (برمن و جویز^۲، ۱۹۹۱). موتو^۳ (۱۹۸۵) بر اهمیت ایجاد روابط درمانی، محرک‌های رشد هیجانی و کاهش ابعاد وابسته ی روابط به عنوان مراحل کلیدی در فرایند درمان تأکید کرده است. کیوران (۱۹۸۷) نیز موضوعات درمانی زیر را برای درمان خود کشی نوجوانان مطرح کرده است:

1 - Negron

2 - Berman & Jobes

3 - Motto

۱۱۴- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

فعالیت درمانگر در مقابل منفعل بودن او، از دست دادن شی، نیاز به وابستگی، حساسیت به طرد شدن و یا جدا شدن، تعارض، عزت نفس پایین، پرخاشگری، ناامیدی و به آخر خط رسیدن. مطالعه مکاتب مختلف درمانی و فنون درمانی خاص نشان می‌دهد که درمان‌های انفرادی، گروهی و خانوادگی، مداخله در مدرسه، در خانه و یا در بیمارستان و استفاده از نظام‌های روان‌پوشی، رفتاری و زیست‌شیمیایی در درمان خودکشی نقش داشته و به کار برده می‌شوند (کندال، ۲۰۰۰؛ بارلو، ۲۰۰۱؛ واکر و روبرتس، ۲۰۰۱؛ کار، ۱۹۹۹). آنچه که می‌توان از این مطالعات نتیجه گرفت به شرح زیر است:

- ۱- تمام تلاش‌های خودکشی باید جدی گرفته شوند.
- ۲- طرح و ایجاد ارتباط با درمانجو بسیار ضروری است.
- ۳- افزایش ارتباط میان تمام اعضاء ضروری است.
- ۴- بازبینی مداوم و حمایت مداوم ضروری است.
- ۵- بازشناسی بیماری‌های درمانجو بسیار مهم است.
- ۶- محیط‌های قبلی و سوابق قبلی درمانجو باید مورد بازنگری قرار گیرد.

پس مداخله

پس مداخله فرایندی است که با عواقب و دوره بعد از خودکشی یا شبه خودکشی سروکار دارد و گاه شامل کارکردن با فردی است که دست به خودکشی زده است، گاهی هم به معنای کمک کردن به نظام خانوادگی جهت سازگاری با از دست دادن یک نوجوان است. پس مداخله‌ها شامل کمک اعضای جامعه به مدرسه نیز می‌شود (شیراس^۱، ۱۹۹۰). همچنین شامل نظام‌های مدرسه‌ای برای طراحی کمک‌هایی پس از اقدام به خودکشی نوجوانان می‌گردد (هیگس^۲، ۱۹۹۰). برخی پس مداخله‌ها شامل خانواده‌ها و یا حتی گروه همسالان می‌گردد. کلیه پس مداخله‌ها در ایجاد شبکه‌ای شخصی برای تسهیل کردن حالات افرادی که داغ‌دیده‌اند و یا فردی را به دلیل خودکشی از دست داده‌اند و حمایت از آنان می‌باشد. هدف غایی و نهایی پس مداخله ارائه برنامه‌های پیشگیرانه از طریق حل مشکلات بازماندگان فردی که خودکشی کرده است می‌باشد (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱).

1 - Shearas

2 - Hicks

پیشگیری

با افزایش خود کشی در نوجوانان و افزایش میزان آگاهی از این مشکل، باید انرژی زیادی صرف برنامه‌های پیشگیری از خود کشی گردد. خیلی از این برنامه‌ها برای مدارس مشخص می‌باشند (میلر^۱ و همکاران، ۱۹۹۶) و برخی دیگر برای دست اندرکاران جامعه مشخص می‌باشند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). اکثر متخصصان بالینی احساس می‌کنند که عوامل خطر آفرین ذکر شده در قبل به‌طور معین در خود کشی نقش دارند و برخی پیشگیری‌ها بر اساس آن عوامل باید صورت گیرد. برمن و جویز (۱۹۹۵) از دیدگاه افراد جامعه برای بررسی پیشگیری از خودکشی استفاده کردند. آن‌ها اعتقاد دارند که تلاش‌های پیشگیرانه اولیه، ثانویه و سوم و نسل دوم تلاش‌های پیشگیری مستلزم حل مؤثر و کار آمد مشکلات خود کشی در نوجوانان است. به نظر واضح می‌رسد که این برنامه‌های پیشگیرانه نمی‌توانند بدون حمایت مدارس و جامعه موفق شوند. والدین نیز باید همراه با جامعه، مدارس و دست اندرکاران سلامت روانی کار کنند. اگر برنامه‌های پیشگیرانه شامل موارد زیر باشند، کار آمدی بالاتری خواهند داشت:

- ۱- نقاط تماس برای برقراری ارتباط نوجوانان با نظام.
- ۲- برنامه‌های خارج از مدرسه برای پیدا کردن نوجوانان در معرض خطر.
- ۳- غنا بخشیدن به فعالیت‌های روز مره، حل تنیدگی و مقابله با تنیدگی‌ها و مشاوران و مشاوره‌هایی که در مدارس صورت می‌گیرد.
- ۴- آموزش عمومی برای افزایش آگاهی از نیاز برای برقراری ارتباط افراد با یکدیگر و مشخص کردن افرادی که نیاز به حمایت شدن دارند.

خلاصه

علی‌رغم ادعاهای اولیه مبنی بر این که کودکان نمی‌توانند افسردگی را تجربه کنند، هم اکنون کاملاً مشهود است که تعداد کمی از کودکان از اختلال افسردگی رنج می‌برند. مطالعات همه گیر شناسی در سطح گسترده، نشان داده اند که اختلال افسردگی اساسی در حدود ۳ درصد از کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به طور متوسط، کودکانی که برای مدت یک سال از خود نشانه‌های افسردگی را نشان می‌دهند، پس از مدتی که از درمان آن‌ها می‌گذرد، مجدداً افسرده می‌گردند. تعداد بسیار زیادی

۱۱۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

از کودکانی که در کودکی مبتلا به افسردگی بوده‌اند، در نوجوانی و بزرگسالی مجدداً مبتلا به این اختلال می‌شوند. اما با این حال عدم تداوم معنا داری بین افسردگی کودکان و نوجوانان وجود دارد. کودکان افسرده تمایل دارند نشانه‌هایی را از خود نشان دهند که متفاوت از نشانه‌هایی است که نوجوانان نشان می‌دهند. هم چنین میزان شیوع افسردگی به طور قابل توجهی در هنگام نوجوانی میانی افزایش می‌یابد، در این زمان است که تفاوت‌های جنسیتی در ارتباط با میزان ابتلا به افسردگی مشهود می‌گردد. به طوری که مشاهده شده است دختران نوجوان بیش از پسران مبتلا به افسردگی می‌شوند. به علاوه، افسردگی در کودکان غالباً همراه با اختلالات دیگری نظیر اضطراب است. هم چنین مطالعات موجود نشان داده اند که عوامل ژنتیکی در سبب شناسی افسردگی در دوران نوجوانی نقش دارند در حالی که در کودکی چنین نمی‌باشد. به‌طور کلی، ممکن است تفاوت‌های مهمی بین افسردگی اولیه دوران کودکی و افسردگی که بعدها در زندگی رخ می‌دهد وجود داشته باشد. نهایتاً، این که تجارب بالینی نشان می‌دهند که هم دارو درمانی و هم روان‌درمانگری در درمان افسردگی قبل از نوجوانی مؤثر هستند، اما متأسفانه، اطلاعات کمی از نظر علمی وجود دارد که به متخصصان بالینی کمک کند تا یکی را بر دیگری ترجیح دهند.

دانشگاه تهران - مؤسسه روانشناسی
دکتر محمد خدایاری فرد

فصل پنجم

اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان

انتظار می‌رود که ترس و اضطراب هیجان‌های اساسی و بهنجاری باشد که توسط تمام انسان‌ها طی جریان‌های زندگی تجربه شوند. همان گونه که توسط دانشمندان مشهور اظهار شده است، ترس نقش ارزشمند و اساسی را در مهیا کردن قوای فیزیکی فرد برای مقابله با خطر، تمرکز و توجه و توان فرد برای جنگ یا گریز و در نتیجه ذخیره سازی آن تجربه در حافظه برای استفاده‌های بصری در موقعیت‌های مشابه دارا است (بارلو^۱، ۱۹۸۸). تجربه مکرر نشانه‌ها و موقعیت‌هایی که بر انگیزاننده ترس هستند برای فرد فرصت‌هایی را برای یادگیری پاسخ‌های شناختی و رفتاری متناسب جهت تسلط یابی بر این موقعیت‌ها و همچنین یادگیری متمایز ساختن وقایع و حقایق که تهدید کننده هستند را از وقایعی که غیرتهدید کننده هستند، فراهم می‌کند. تجربه ترس برای کودکان بخشی اساسی از تحول بهنجار آنان است. اما برای برخی کودکان و نوجوانان، ترس‌ها و اضطراب‌های شدید و گسترده‌ای می‌تواند رخ دهد که منجر به ایجاد خلل در فعالیت‌های روزانه آنان و کیفیت زندگی شان گردد. در این فصل موضوعات مطرح مرتبط با مطالعه و درک و فهم تظاهر بالینی و غیر بالینی ترس و اضطراب در کودکان و نوجوانان بررسی خواهد شد.

تعریف ترس و اضطراب

دانشمندان معاصر ترس را به عنوان هیجانی که بطور مستقیم از نظام جنگ یا گریز^۲ در سیستم عصبی خود کار ناشی می‌شود، تعریف می‌کنند (بارلو، کورپیتا و تاروسکی^۳، ۱۹۹۶). ترس نوعی

1 - Barlow

2 - Fight- or- Flight

3 - Barlow, Chorpita & Turovsky

واکنش فوری هشدار دهنده به خطر موجود یا موقعیت‌های تهدید کننده زندگی است. این واکنش هشدار دهنده که پاسخ جنگ یا گریز نامید می‌شود، شامل برانگیختن سیستم عصبی خود کار همراه با تمرکز توجه بر فرار کردن از موقعیت یا جنگیدن با تهدید بالقوه است. پاسخ سیستم عصبی خود کار شامل تعدادی از احساس‌های فیزیولوژیکی نظیر افزایش ضربان قلب، تنفس سریع، عرق کردن، انقباض عضلانی و احساس سرما یا گرما است. این احساس‌ها بدون آسیب‌اند و جنبه سازشی دارند. مثلاً افزایش ضربان قلب و تند شدن آهنگ تنفس ناشی از انتقال موثرتر و زیاده‌تر خون و اکسیژن به عضلات بزرگ بدن است.

بنابراین، احساس‌ها پیامد سیستم هشدار دهنده‌ای است که بدن را یا برای جنگ و یا برای فرار آماده می‌کند. فردی که یک واکنش هشدار دهنده را تجربه می‌کند احتمال دارد که فکر کند که " این موقعیت می‌تواند هم اکنون به او صدمه‌ای بزند، بنا بر این او باید از اینجا فرار کند و یا برای زنده ماندن بجنگد". کودکان و نوجوانان با یک واکنش هشدار دهنده به محرک‌ها و موقعیت‌های ادراک شده بصورت تهدید کننده " نظیر دیدن دکتر"، " مواجه شدن با یک سگ"، " حشرات در حال پرواز"، " رعد و برق شدید و تندر"، " افراد نا آشنا و غریبه" و " تاریکی" پاسخ می‌دهند.

برخلاف واکنش هشدار دهنده فوری مرتبط با ترس، اضطراب یک حالت خلقی یا هیجانی است که توسط عواطف منفی و نشانگان تنی^۱ تنیدگی توأم با این تصور که برخی اتفاقات بد و ناگوار در آینده رخ خواهد داد، مشخص می‌گردد (بارلو، ۱۹۸۸؛ نقل از واکر و روبرتس^۲، ۲۰۰۱). بنا بر این اضطراب بر خلاف فوریت پاسخ ترس، حالتی از تشویش، نگرانی و بیقراری و یا تصور در مورد یک موقعیت پیش بینی شده یا ناراحت کننده است. اگر چه اضطراب نمی‌تواند یک تجربه خوشایند باشد، اما هدف اضطراب دست یابی به برنامه ریزی‌ها و حل حوادث در آینده است. اضطراب توسط هوارد لیدل^۳ (۱۹۴۹) روانشناس مشهور " سایه هوش" نامگذاری شده است، زیرا انسان‌ها می‌توانند حوادث آینده را پیش بینی نمایند و برای آنها برنامه ریزی کنند و این به فرد اجازه می‌دهد که برای هر تعداد از پیامدها آماده شوند. نشانگان فیزیولوژیکی همراه با اضطراب ممکن است شامل افزایش ضربان قلب، بیقراری و نا آرامی و انقباض عضلانی باشد.

1 - Somatic

2 - Walker & Roberts

3 - Howard Liddell

۱۲۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

اضطراب به مقدار بهینه و متوسط می‌تواند انگیزه فرد را برای بهبود عملکرد خود در موقعیت افزایش دهد. این موضوع توسط یرکس و دادسون^۱ (۱۹۰۸) خاطر نشان شده است. آنها دریافتند که سطوح متعادل اضطراب، عملکرد را بهبود می‌بخشد، در حالیکه اضطراب بسیار کم یا بسیار زیاد با عملکرد تکلیف تداخل پیدا می‌کند. اضطراب تا حدودی توسط " تفکرات چه خواهد شد اگر " نظیر اینکه اگر من در آن آزمون پیشرفت تحصیلی شکست بخورم چه خواهد شد؟ " یا " اگر کسی در آن میهمانی با من حرف نزند چه خواهد شد؟ " مشخص می‌شود. اضطراب کودکان و نوجوانان بیشتر مربوط به عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی، مهارت‌های ورزشی و موضوعات خانوادگی است.

الگوی سه مولفه‌ای

بسته به این‌که با یک خطر فوری مواجه شویم و یا درباره یک موقعیت تنیدگی زا نگران شویم، ترس و اضطراب از طریق سه مولفه متمایز و در عین حال تعاملی ظهور پیدا می‌کنند. مولفه فیزیولوژی ترکیبی از واکنش‌های فیزیکی یک فرد هستند، نظیر احساس‌های پاسخ جنگ یا گریز و یا تجربه کردن تنیدگی، اختلال خواب و عدم تمرکز حواس. مولفه شناختی شامل تمام افکار، تصورات، باورها، تفسیرها و اسنادهای فرد درباره موقعیت و پیامدهای مورد انتظار برای آن است و مولفه رفتاری آن متشکل از واکنش‌های حرکتی است که نوعاً " شامل اعمالی نظیر اجتناب یا فرار می‌گردد. درک اضطراب و ترس از این دیدگاه به ما اجازه می‌دهد که یک تبیین سر راست و ملموسی را از ماهیت ناراحتی‌ها و نشانگان یک درمانجو همراه با فراهم کردن چارچوبی برای فهم در انتخاب روش درمانی برای وی داشته باشیم.

مفهوم عاطفه منفی

محققان سال‌هاست که با این سوال روبرو هستند که آیا ترس و اضطراب سازه‌های روانشناختی واحدی هستند، یا اینکه آیا این هیجان‌ها، ملایم یک سازه بزرگتر و پراکنده تری بنام عواطف منفی هستند.

همان گونه که اضطراب و ترس سازه هایی فرضی هستند، از روش های مختلف ارزیابی نظیر خود گزارش دهی بازمینی فیزیولوژیکی و شاخص های رفتاری استنتاج می شوند. چنانکه در بالا اشاره شد، ترس و اضطراب در خیلی از ابعاد موجود در مدل سه مولفه ای شریک هستند. تفاوت اساسی بین این دو سازه مربوط به تفسیر کردن تهدید به صورت فوری و یا در آینده و ماهیت برانگیختگی فیزیولوژیکی آنها به عنوان یک واکنش هشدار دهنده و یا یک سطح بسیار بالا از تنیدگی و ترس است. مشکل در تمایز ترس و اضطراب مربوط به یافته های همگونی است که نشان می دهند افسردگی و اضطراب همبستگی رابطه بسیار قدرتمندی با یکدیگر دارند (لوینگان، کاری و فینچ^۱، ۱۹۹۴). برای مثال نورول^۲ و همکاران (۱۹۸۵) در یک مطالعه خود گزارش دهی اضطراب و افسردگی در نمونه های غیر بیمار، همبستگی برابر با ۰.۷۰٪ را بین اضطراب و افسردگی گزارش کردند. این نتایج نشان دهنده یک الگوی واحد برای اضطراب و افسردگی است که محققان آن را به عنوان " روابط پیچیده ای" شرح داده اند که مطالعات بعدی را تضمین می کند.

مطالعات بیشتری در ارتباط با هیجان های کودکی از این ارتباط بین افسردگی و اضطراب حمایت می کنند (آلن دیک و یول^۳، ۱۹۹۰؛ لو نیگان و همکاران، ۱۹۹۴). با این حال ساختار عواطف منفی در نوجوانان هنوز هم مبهم بقی مانده است. کورپیتا، آلبانو و بارلو^۴ (۱۹۹۸) تعدادی مشکلات رادر ادبیاتی که بررسی عواطف منفی در نوجوانان می پردازند مشخص کرده اند.

اولاً "مطالعات انجام شده توسط خطاهای اندازه گیری ذاتی در خودکشی گزارش دهی ها به ویژه در ارتباط با روایی سازه مطالعات تهدید می شد. دوماً" رویکرد تحلیل روش چندگانه کوشش های چندگانه^۴ تقریباً کهنه و قدیمی شده و به جای آن از الگوهای پیچیده تری برای آزمون سازه های نهفته در حوزه اختلالات هیجانی و نوجوانان استفاده و طراحی می شود، با این وجود روش شناسی کم و بیش برای مطالعه کودکان بکار برده می شود. سوماً" پایایی تشخیصی که در مطالعات قبلی انجام شده روی نمونه های غیر بیمار صورت گرفته است زیر سوال می باشد. نهایتاً، تحقیق در مورد بزرگسالان از قابلیت تفکیک و تمایز مولفه های هیجانان منفی به یک عامل کلی و عامل های خاص حمایت می کند (واتسون^۵ و همکاران، ۱۹۹۵؛ بارلو و همکاران، ۱۹۹۶). به طور کلی سه عامل مجزا برای

1 - Lonigan, Carey & Finch

2 - Ollendick & Yule

3 - Chorpita, Albano & Barlow

4 - Multitrait Multimethod analysis

5 - Watson

۱۲۲- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

عواطف منفی در بزرگسالان مشخص شده است: ترس که متشکل از نشانگان برانگیختگی خود کار و ترس وحشت‌زدگی^۱ می‌باشد، اضطراب که شامل احساس تنش، نگرانی، بیقراری و آشفتگی کلی است و افسردگی که شامل عواطف مثبت پائین، درماندگی، غم و ناامیدی است.

کوربیتا و همکاران (۱۹۹۸) در تلاش برای رفع محدودیت‌های ذکر شده در بالا از یک مدل معادلات ساختاری با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی استفاده کرده‌اند. این روش‌های آماری پیشرفته برای تبیین اثرات اندازه‌گیری نظیر عدم پایایی نتایج خود گزارش دهی مناسب تر می‌باشد. به علاوه این مطالعه بر روی کودکان و نوجوانانی انجام شده است که با استفاده از مصاحبه‌های بالینی ساختار یافته مورد تشخیص قرار گرفته است. پایایی تشخیص نشان داد که این آزمودنی‌ها در سطح بالایی مبتلا به اضطراب و اختلالات خلقی بودند. بطوری که از تعداد ۲۱۶ آزمودنی کودک و نوجوان ۶ تا ۱۷ ساله مورد تحقیق، ۲۲ درصد آنان دارای اختلالات خلقی و تمام آنها دارای اختلالات اضطرابی بودند. علاوه بر مصاحبه‌های بالینی، کودکان و والدین آنان نیز پرسشنامه‌هایی را در مورد ترس، اضطراب و افسردگی تکمیل کردند. نتایج از یک الگوی سه عاملی برای اختلالات اضطرابی کودکان حمایت می‌کرد. این سه عامل شامل ترس، اضطراب و افسردگی بودند که اگر چه عامل‌های مجزایی بودند اما در ارتباط متقابل با یکدیگی بودند. این نتایج با الگوهای پیشنهادی برای بزرگسالان همخوان است. به عبارت دیگر، مشاهده شد که اضطراب متناظر با آشفتگی کلی بوده؛ افسردگی متناظر با عاطفه مثبت پائین است و ترس متناظر با برانگیختگی فیزیولوژیکی بسیار زیاد است. یا این حال مطالعات بیشتری در این زمینه باید صورت گیرد تا بتوان به دقت و اعتبار بالا مولفه‌های موجود در عواطف منفی را در کودکان و نوجوانان تشخیص داد (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱؛ بارلو، ۲۰۰۱).

روند تحولی ترس‌های کودکی و نوجوانی

با کار مطالعاتی جرسیلد و هولمز^۲ (۱۹۳۵) بود که شیوع ترس و اضطراب در کودکان به خوبی اثبات شد. در آن زمان پژوهش‌ها نشان دادند که ۹ تا ۱۳ نوع ترس شدید یا نگرانی جدی ممکن است توسط کودکان و نوجوانان تجربه شوند (آلن دیک، ۱۹۸۳؛ کار، ۱۹۹۹). پیچیدگی‌های ترس‌های کودکان به‌نظر می‌رسد که در سن ۸ سالگی که مصادف است با تحول شناختی کودک و افزایش

1 - Fear - Panic

2 - Jersild & Holmes

توانایی او برای استدلال و توسعه پیامدهای منفی ممکن و نتایج در آینده می‌باشد، افزایش یابد (واسی^۱، ۱۹۹۵؛ کندال^۲، ۲۰۰۰). همچنین، منابع اولیه ترس و اضطراب با مراحل تحولی در زندگی تغییر می‌یابد (برنسن^۳، ۱۹۹۳؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). کاشانی و اورواشل^۴ (۱۹۹۰) در مطالعه دریافتند زمانی که نوجوانان با کودکان ۱۲ ساله یا کوچکتر مقایسه می‌گردند، مشاهده می‌شود که نوجوانان میزان کمتری از ترس‌های مرتبط با غریبه‌ها و جدایی‌ها را از خود نشان داده و میزان بالاتری از ترس‌های اجتماعی و مرتبط با نگرانی‌های بین فردی و نا بسندگی شخصی را تجربه می‌کنند. خلاصه‌ای از ترس‌ها و اضطراب‌های رایج برای کودکان و نوجوانان در جدول ۱ ارائه شده است. باید توجه داشت که همراه با تحول از تعداد ترس‌های گزارش شده توسط کودکان کاسته می‌شود و کانون ترس تغییر می‌کند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱؛ کار، ۱۹۹۹؛ کندال، ۲۰۰۰؛ بارلو، ۲۰۰۱).

جدول ۱ - ترس‌ها و اضطراب‌های مرتبط با سطوح سنی مختلف در کودکان و نوجوانان

سن	کانون ترس یا اضطراب
۶-۰ ماهگی	عدم حمایت، صدای بلند، محرک‌های حسی شدید
۹-۶ ماهگی	غریبه‌ها، محرک‌های ناگهانی یا غیر قابل انتظار (مثل صداها)
۱ سالگی	جدایی از فردی که از کودک نگهداری می‌کند، آسیب دیدن، توالف رفتن و غریبه‌ها
۳ سالگی	حیوانات، ماسک‌ها، تنها ماندن، جدایی از والدین
۴ سالگی	تاریکی، حیوانات و سرو صداها
۵ سالگی	حیوانات، افراد بد، تاریکی و جدایی از والدین
۶ سالگی	غول‌ها، جادوگرها و سایر افراد غیر عادی، صدمات جسمی، رعد و برق و تندر، جدایی از والدین (مثلاً "هنگام رفتن به مدرسه").
۷-۸ سالگی	غول‌ها، جادوگرها و سایر افراد غیر عادی (مثلاً "آنهايي که در کتاب‌ها یا فیلم‌ها هستند)، وقایع غیر عادی موجود در رسانه‌ها و فیلم‌ها (مانند جنگ و بمب‌گذاری و انفجارها)، تنها ماندن، صدمه‌ها و آسیب‌ها
۹-۱۲ سالگی	امتحان‌ها، گزارشات شفاهی، پاسخ به سوالات؛ صدای بلند و سایر موقعیت‌های مشابه تحصیلی، طرد شدن و تمسخر توسط همسالان
۱۳-۱۸ سالگی	انزوای اجتماعی، شکست، عملکردهای تحصیلی، مرگ، آسیب‌ها و صدمات، بیماری‌های سخت، فاجعه‌های طبیعی و یا ساخته دست بشر و تحقیر و تمسخر

منبع: آلن دیک، ۱۹۸۳؛ واکر و روبرتس، ۲۰۰۱، کار، ۱۹۹۹

1 - Vasey
2 - Kendall
3 - Berensen
4 - Kashani & Orvaschel

علائم بالینی ترس و اضطراب

بر اساس متون و ادبیات تحولی بسیار معقول است که کودکان و نوجوانان نسبت به تجربه ترس‌ها و اضطراب‌های مختلف در مراحل مختلف تحول خود آسیب پذیر تر باشند. با این وجود، چه چیزی واکنش ترس و اضطراب بهنجار را از هراس و اختلالات اضطرابی بالینی متمایز می‌کند؟ متخصصان بالینی برخی دستور العمل را برای متمایز کردن واکنش‌های ترس نرمال از شرایط اضطرابی از نظر شدت، فراوانی، محتوی، دفعات و علائم اضطرابی با هم‌تایان بهنجار خود متفاوت هستند (آلبانو^۱ و همکاران، ۱۹۹۶، کندال، ۲۰۰۰).

۱- "شدت" واکنش ترس بیش از آن چیزی است که برای مقابله با موقعیت لازم است. مثلاً "ممکن است کودکی را که هنگام معاینه شدن توسط پزشک، لگد می‌زند، تکان می‌خورد و گریه می‌کند به عنوان یک کودک هراسان مشخص کنیم.

۲- واکنش ترس با فراوانی زیادی رخ می‌دهد و از طریق اطلاع دادن و اطمینان دادن به فرد کاهش نمی‌یابد. بسیاری از والدین شکایت دارند که ترس کودکان آنها با هیچ نوع اطمینان خاطر دانی به کودک نشان کنترل نمی‌شود.

۳- محتوی این واکنش‌های ترس متمرکز بر محرک‌ها یا موقعیت‌هایی است که بی‌خطر هستند، به عبارت دیگر موقعیت‌هایی هستند که نمی‌توانند به هیچ وجه خطری را ایجاد کنند. چنین محرک‌هایی شامل ترس از مدرسه رفتن، صداهایی نظیر بمب‌ها و یا بالا رفتن از آسانسور است.

۴- بنظر می‌رسد که واکنش ترس بطور خود بخودمی باشد و ورای کنترل عمدی دارای کودک باشد.

۵- واکنش ترس منجر به فرار یا اجتناب از موقعیت می‌شود. مثلاً "اگر کودکی هنگام بارش باران‌های شدید از تنها ماندن در خانه اجتناب کند به عنوان کودکی که از رعد و برق و تندر هراس دارد مد نظر قرار می‌گیرد.

هم چنین متخصصان بالینی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که آیا واکنش ترس در طول زمان در کودکان پایدار می‌ماند. هم چنین آنها به مطالعه این پرداخته‌اند که واکنش‌های هراسی و

شرایط اضطرابی آسیب زا خاص یک مرحله از زندگی یا سن خاصی نیستند. مثلاً "ممکن است بزرگسالان نیز از تاریکی و یا تنها خوابیدن هراس داشته باشند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱؛ کار، ۱۹۹۹).

اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان

در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی صورت می‌گیرد تا روند تحولی در علایم آشکار ساز اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان بهتر درک و تشخیص داده شوند (لاست، هانسن و فرانکو^۱، ۱۹۹۷). اکثر ادبیات موجود در این زمینه دارای محدودیت‌های روش شناختی نظیر حجم نمونه کوچک، طرح‌های بین - بخشی^۲ و ارزیابی‌های پیگیرانه می‌باشند (آلبانو و همکاران، ۱۹۹۶). با این حال تحقیقات انجام شده در مورد اختلالات اضطرابی کودکان نشان داده است که سن شروع، سیر طبیعی و نتایج این اختلالات بسته به نوع اختلال اضطرابی تغییر می‌کند (آلبانو و همکاران، ۱۹۹۶؛ کار، ۱۹۹۹). در این رابطه برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اضطراب در کودکان در طول زمان از متوسط به زیاد سوق می‌یابد (لاست و همکاران، ۱۹۹۷).

در مورد سن شروع اختلال لاست و همکاران (۱۹۹۲) در مطالعه خود بر روی ۱۸۸ کودک و نوجوان دارای اختلال که به یک کلینیک ارجاع داده شده بودند، دریافتند که سن شروع برای اختلال اضطراب جدایی ۷/۵ سالگی، برای هراس‌های ساده ۸/۵ سالگی و برای اختلالات اضطرابی شدید ۸ سال و ۸ ماهگی است. برعکس سن شروع اختلال و سواسی بی‌اختیاری و هراس اجتماعی تا حدودی دیر تر بوده و ۱۱ تا ۱۲ سالگی را شامل می‌شود. حتی سن شروع اختلال وحشت زدگی دیر تر است و در حدود ۱۴ سالگی است. بنظر می‌رسد که این مطالعه اهمیت سن و مراحل تحولی را در فهم اختلالات اضطرابی بر جسته تر کرده است و اطلاعات تشخیصی مهمی را برای بررسی متخصصان بالینی فراهم کرده است.

ابعاد و روندهای اساسی در اختلالات اضطرابی

ضروری است که یک نظام طبقه‌بندی برای مشکلات اضطرابی در سنین و مراحل تحولی مختلف طراحی شود. در جدول ۲، طبقه‌بندی اختلالاتی که اضطراب در آنها یک بعد مهم و اساسی را

1 - Last, Hansen & Franco

2 - Cross - Section

۱۲۶- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

تشکیل می‌دهد، براساس چهارمین مجموعه بازنگری شده راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR, 2000) مشاهده می‌کنید.

چنانکه در نمودار ۱ مشاهده می‌شود بین هراس‌های خاص که توسط طبقه خاصی از محرک‌ها فراخوانی می‌شود و اختلال اضطراب فراگیر که محرک‌های زیادی آن را فراخوانی می‌کند تمایز وجود دارد. همچنین در میان هراس‌ها، بین هراس‌های خاص که در آن گروه خاصی از محرک‌ها بر سازگاری فرد اثر می‌گذارند و هراس اجتماعی و هراس از مکان‌های باز که گروه‌های گسترده‌تری از محرک‌ها را شامل می‌شوند و با ثبات تر هستند تمایز وجود دارد. در این قسمت هریک از این اختلال‌ها بصورت جداگانه مورد بررسی قرار می‌گیرند.

اختلال اضطرابی جدایی

تنها اختلال اضطرابی دوران کودکی است که در DSM-IV-TR، ۲۰۰۰ مشخص شده است. اگر چه کودکان و نوجوانان می‌توانند به هر نوع اضطرابی که در بزرگسالان تشخیص داده شود مبتلا شوند، اما اختلال اضطراب جدایی به دلیل سن شروع منحصر به فردش یعنی قبل از ۱۸ سالگی جایگاه خود را به عنوان یک اختلال در دوران کودکی حفظ می‌کند.

این اختلال توسط اضطراب شدید در مورد جدایی از خانه یا نمادهای دلبستگی اولیه (مثلاً والدین) مشخص می‌شود. کودکان مبتلا به این اختلال ممکن است هنگام جدایی و یا هنگام پیش بینی جدا شدن گریه و ناراحتی زیادی از خود نشان دهند. این کودکان غالباً "از اینکه یک حادثه خاص باعث جدایی آنان گردد ترس دارند" (مثلاً "ترس از گم شدن یادز دیده شدن"). کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی از تنها ماندن اجتناب کرده و معمولاً "سعی می‌کنند با دیگران بخصوص با والدینشان بخواهند و از تنها ماندن در خانه اجتناب می‌کنند. آنها خواهان سایه والدین خود هستند و از تنها ماندن در هر زمانی امتناع می‌کنند.

۱۲۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

این اختلال را می‌توان در هر سنی و حتی در جوانان بزرگسال مشاهده کرد، اما شیوع آن مربوط به دوران قبل از بلوغ است (بل - دولان و برازیل^۱، ۱۹۹۳)، کاشانی و اورواش (۱۹۹۰) دریافتند که رخداد این اختلال به‌طور معناداری در کودکان ۸ ساله در مقایسه با کودکان ۱۲ تا ۱۷ ساله بیشتر است. به علاوه حالات این اختلال در آن دسته از کودکانی بوجود می‌آید که احتمال بیشتری برای بروز رفتارهای سایه^۲ دارند که همراه با سن تغییر می‌کند. کودکان بزرگتر که این اختلال را دارند احتمال بیشتری دارد که به جدایی به مدت زمان طولانی‌تر منجر شود، از جمله ماندن بیرون از خانه در شب. هم چنین کودکان کوچکتر (سن ۸ تا ۵ ساله) اکثراً "نگرانی‌هایی را در ارتباط با ترس از، دست دادن محبت دیگران و امتناع از مدرسه بیان می‌کنند. کودکان قبل از دوره نوجوانی (۹ تا ۱۲ ساله) نگرانی‌های رایج تری را در ارتباط با ناراحتی‌های هیجانی ناشی از جدایی اظهار می‌کنند، در حالی که نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ ساله نگرانی‌هایی را در ارتباط با مشکلات تنی^۳ و امتناع از مدرسه اظهار می‌کنند (فرانسیس^۴ و همکاران، ۱۹۸۷؛ کار ۱۹۹۹).

اکثر اوقات شروع اختلال اضطراب جدایی حاد است و نوعاً پس از یک تغییر مهم و یا یک حادثه بزرگ در زندگی رخ می‌دهد (مثل مهاجرت، مرگ در خانواده، بیماری سخت و طولانی) (لاست، ۱۹۸۹؛ کندال، ۲۰۰۰). اما این اختلال ممکن است با انتقال‌های تحولی نیز مطابق باشد (انتقال‌های نظیر ورود به مدرسه برای اولین بار و یا شروع کردن دوره دبیرستان یا دوره راهنمایی آلبانو و همکاران، ۱۹۹۶؛ کار، ۱۹۹۹). رخداد مجدد این اختلال نیز بنظر می‌رسد که وقایعی نظیر بیماری طولانی مدت و شدید تعطیلات مدرسه و یا دوره‌های تنیدگی زای زیاد وابسته باشد. دیده شده است که نوجوانانی که مبتلا به اختلال اضطراب جدایی هستند در معرض خطر قابل ملاحظه‌ای برای ابتلا به هراس اجتماعی و در اختلالی که نشانه‌های امتناع از مدرسه را دارند دارا هستند می‌باشند (آلبانو، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میزان غیبت در کودکانی که از مدرسه امتناع می‌کنند با سن افزایش می‌یابد (فرانسیس و همکاران، ۱۹۸۷). این موضوع ممکن است پیچیدگی‌های تحولی را در کودکان بزرگتر و نوجوانان منعکس سازد و نشانگر افزایش ظرفیت‌های آنان برای چالش‌های شناختی و فیزیکی باشد (هانسن^۵ و همکاران، ۱۹۹۸).

1 - Bell - Dolan & Brazeal

2 - Shadowing

3 - Somatic

4 - Francis

5 - Hansen

هراس‌های خاص

برخلاف ترس‌های نرمال دوران کودکی، نشانگر ترس‌هایی هستند که شدیدند، منجر به اجتناب از شیء ترسناک می‌شوند پایدار و سازش نایافته‌اند و توسط کودک بصورت غیر قابل کنترل ادراک می‌شوند (میلر^۱ و همکاران، ۱۹۷۴). ممکن است هراس‌های رایج در کودکی شامل ترس شدید از حیوانات، طوفان‌ها، تاریکی، آمپول‌ها و مکان‌های بلند باشند (استراس و لاست^۲، ۱۹۹۳). هراس‌ها در کودکان و نوجوانان تمام سنین رایج هستند و می‌توانند در سنین اولیه کودکی شروع شوند و ضرورتاً وابسته به وقایع آسیب‌زای آشکار ساز نمی‌باشند (مارکس و گلدرد^۳، ۱۹۶۶؛ اوست^۴، ۱۹۸۷). پژوهش‌های تجربی در ارتباط با سیر هراس‌های کودکان موجود نمی‌باشند، لذا بسیاری از نتیجه‌گیری‌هایی که در این حوزه می‌شود بر اساس مطالعات بازنگری با بزرگسالان است (اوست، ۱۹۸۷). با این وجود هم مطالعات Prospective و هم مطالعات بازنگری نشان داده‌اند که برخی از هراس‌ها ممکن است بدون مداخله خاصی، درمان شوند. درمان و بهبودی در کودکان در مقایسه با بزرگسالان تا حدود زیادی سریع‌تر است. با این حال هراس‌ها ممکن است در طول زمان پایدار بمانند و با اعمال و کارکردهای روزانه کودک تداخل پیدا کنند (آلبانو و همکاران، ۱۹۹۶).

هراس اجتماعی

توسط ترس شدید در موقعیت‌های اجتماعی یا موقعیت‌هایی که فرد در آنها مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و این مستلزم مواجهه کودک با افراد نا آشنا و غریبه و مورد ارزیابی قرار گرفتن است، مشخص می‌شود. افراد مبتلا به هراس اجتماعی بطور افراطی خود آگاه و خجول هستند و ممکن است فاقد جرات نیز باشند. کودکان و نوجوانان مبتلا به هراس اجتماعی درباره شکست اجتماعی و ارزشیابی منفی شدیداً نگران هستند و از تمسخر و ریشخند شدن به شدت می‌ترسند و در موارد حاد و شدید، حتی لالی انتخابی نیز ممکن است رخ دهد. در لالی انتخابی کودک از صحبت کردن در خارج از خانه امتناع می‌کند. لالی انتخابی به عنوان شکل حاد و شدید هراس اجتماعی مد نظر قرار

1 - Miller

2 - Strauss & Last

3 - Marks & Gelder

4 - Ost

۱۳۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

گرفته است (بلک و اوهد^۱، ۱۹۹۴)، شروع هراس اجتماعی مربوط به اوایل نوجوانی یعنی ۱۱/۵ سالگی است، اگر چه حتی کودکان ۳ ساله نیز ممکن است لالی انتخابی داشته باشند. به علاوه پالایش‌هایی که در ملاک‌های تشخیص هراس اجتماعی صورت می‌گیرد و پیشرفته شدن شیوه‌های ارزیابی منجر به این شده است که تعداد بیشتری از موارد در کودکان سنین ابتدایی مبتلا به این اختلال تشخیص داده شوند (بیدل و ترنر^۲، ۱۹۸۸)، اما یافته‌هایی مبنی بر این‌که هراس اجتماعی بیشتر در میان نوجوانان شایع است، مطابق با افزایش سن و تحول در ترس‌های اجتماعی در نوجوانان بهنجاری است که هیچ‌گاه به کلینیک‌ها ارجاع داده نشده‌اند. هراس اجتماعی در نمونه‌های متشکل از کودکان به طور برابری در دخترها و پسرها مشاهده می‌شود (واسی^۳، ۱۹۹۵).

این موضوع که کودکان رفتارهای وسواسی - بی‌اختیاری بهنجاری را مرتبط با سن و دوره تحولی خود نشان می‌دهند زیاد نادر و نامأنوس نمی‌باشد. رفتارهایی که غالباً "مطابق با مسائل تحولی مربوط به نوجوانان هستند نظیر کنترل و تسلط (مارش و مول^۴، ۱۹۹۸). مواردی پیش می‌آید که مرتبط با پافشاری بر نظم در حفظ کردن افکار تکراری و نشخوارهای ذهنی^۵ در هنگام رفتن به رختخواب است. این نوع از نشخوارهای ذهنی متناسب از نظر تحولی با دوران کودکی تجانس دارد و به تسلط یافتن و افزایش در میزان جامعه‌پذیری کودکان این سنین (۴ تا ۸ سال) کمک می‌کند (برنسن^۶، ۱۹۹۳). بالعکس رفتارهای وسواسی فکری که مشخص‌کننده کودکان مبتلا به وسواس بی‌اختیاری هستند بیشتر در سنین بالاتر دوران کودکی ظهور پیدا می‌کنند (سن ۱۰ سالگی) و شدید، افراطی، ناتوان‌کننده و نفرت‌انگیز هستند و غالباً "منجر به انزوای اجتماعی و وقفه در جامعه‌پذیری کودک می‌گردند (مارش و مول، ۱۹۹۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سن شروع این اختلال در پسرها ممکن است زودتر (در ۹ سالگی) از سن شروع اختلال برای دختران باشد (در ۱۱ سالگی) (لئونارد^۷ و همکاران، ۱۹۹۳). لئونارد و همکاران (۱۹۹۳) همچنین نشان دادند که کودکان کوچکتر (۶ تا ۸ ساله‌ها) که مبتلا به اختلال وسواسی - بی‌اختیاری تشخیص داده می‌شوند ممکن است از طریق

1 - Black & Uhde
2 - Beidel & Turner
3 - Vasey
4 - March & Mulle
5 - Rituals
6 - Berensen
7 - Leonard

اعمال تکراری نظیر شستن و چک کردن مشخص شوند، اما فاقد وسواس فکری و شناختی باشند که غالباً همراه با وسواس عملی در نوجوانان مشاهده می‌شوند.

اختلال وسواس - بی‌اختیاری در کودکان و نوجوانان نوسانی از شدید تا ضعیف دارد و الگوی نشانگان آن در طول زمان ناهمگون است (ریتویو^۱ و همکاران، ۱۹۹۲). متأسفانه شواهد مربوط به این اختلال در دوران کودکی نشانگر مزمن بودن و قابلیت تعاملی آن است. برگ^۲ و همکاران (۱۹۸۹) دریافتند که بخش نسبتاً بالایی از آزمودنی‌ها (۳۱ درصد آنها) علایم تشخیص اختلال وسواس - بی‌اختیاری را در یک دوره ۲ ساله پیگیری حفظ می‌کنند. حتی وقتی که ملاک‌های تشخیص این اختلال وجود نداشته باشد، بندرت پیش می‌آید که نشانگان آن کاملاً^۳ از بین بروند.

شاید یکی از بحث‌انگیزترین اختلالات اضطرابی دوران کودکی اختلال وحشت زدگی باشد. افراد دارای اختلال وحشت زدگی از احساس‌های درونی سیستم فرار یا جنگ ترس دارند. به عبارت دیگر این افراد مبتلا به این اختلال نشانگانی نظیر تپش قلب، تنفس بریده بریده و منقطع، احساس کرختی و سوزن سوزن شدن، لرزش زانوها و انقباض عضلانی را به صورت نادرستی به عنوان نشانگان خطر تفسیر می‌کنند. تفسیرهای شناختی نادرست شامل ترس از مردن، دیوانه شدن، از دست دادن کنترل می‌باشند. غالباً^۴ افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی رفتارهای اجتنابی را به منظور جلوگیری از رخ داد حملات وحشت‌زدگی از خود نشان می‌دهند. در کودکان، ممکن است اجتناب شامل امتناع از رفتن به مدرسه و یا سوار اتوبوس مدرسه شدن باشد، این اختلال زمانی تشخیص داده می‌شود که حداقل یک بار حمله وحشت زدگی برای مدت یک‌ماه یا بیشتر پس از ترس‌های پایدار از حملات وحشت‌زدگی و نگرانی درباره آثار حملات و یا پیامدهای آن رخ دهد (DSM-IV-TR, 2000).

دقیقاً تا زمان اخیر، خیلی‌ها فکر می‌کردند که اختلال وحشت‌زدگی نمی‌تواند در کودکان و نوجوانان وجود داشته باشد (بلک و رایینز^۵، ۱۹۹۰). موریو و فالت^۶ (۱۹۹۳) مرور گسترده‌ای بر ادبیات داشتند که مطالعات تجربی و موردی را که نشانگر وجود اختلال وحشت زدگی در کودکان بودند، برجسته و بارز ساخت. آنها در مرور خود، اشاره کرده‌اند که حملات وحشت زدگی در کودکان ۷ ساله نیز وجود دارد و نیمرخ نشانگان آن در کودکان دقیقاً^۷ مشابه با همان نشانگانی است که در

1 - Rettew

2 - Berg

3 - Black & Robbins

4 - Moreau & Follett

۱۳۲- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

بزرگسالان مشاهده می‌شود. اگر چه کودکان نیز می‌توانند حملات وحشت زدگی را تجربه کنند اما مشاهده شده است که حملات وحشت زدگی در نوجوانان رایج تر است، باین تفصیل که فراوانی رخ داد آن بالاتر است و سن شروع آن در نوجوانان در بالاترین حد خود است (آلن دیک و همکاران، ۱۹۹۴؛ کار، ۱۹۹۹). جالب این است که به نظر می‌رسد میزان حملات وحشت زدگی با تحول در بلوغ جنسی افزایش می‌یابد و این افزایش مشخصاً^۱ به دلیل افزایش سن نمی‌باشد (هایوارد^۱ و همکاران، ۱۹۹۲). نشانگانی که اکثر اوقات در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وحشت زدگی مشاهده می‌شود شامل لرزش، تپش قلب، سرگیجه، ضعف و سستی، بریده شدن نفس، عرق کردن و ترس از مردن یا از دست دادن کنترل است (کرنی^۲ و همکاران، ۱۹۹۷؛ کار، ۱۹۹۹). اما دگرسان بینی خود^۳ ممکن است رواج کمتری در کودکان و هم چنین در سنین قبل از بلوغ داشته باشد و ممکن است شامل یک مفهوم شناختی باشد که هنوز در کودکان کوچکتر به طور کافی رشد نیافته باشد (موریو و فالتو^۴، ۱۹۹۳). تشخیص دقیق اختلال وحشت زدگی روزبه روز اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. وقتی که سن شروع اختلال مربوط به قبل از ۱۸ سالگی باشد، به طر معنا داری احتمال بیشتری وجود دارد که فرد در بزرگسالی دچار مشکلاتی نظیر مصرف الکل، افکار خود کشی و اقدام به خود کشی گردد (ویس من^۴، ۱۹۸۹).

اختلال اضطراب فراگیر

معمولاً اساسی‌ترین نوع اختلالات اضطرابی شناخته می‌شود که توسط احساس پایدار ذهنی تنیدگی و نگرانی و بیقراری مشخص می‌شود. تشخیص اختلال اضطراب فراگیر زمانی صورت می‌گیرد که فرد نگرانی و اضطراب شدید و غیر قابل کنترلی را درباره تعدادی از وقایع و موقعیت‌ها تجربه کند. کودکان و نوجوانان ممکن است درباره آینده و مهارت و لیاقت در عملکردهای تحصیلی و اجتماعی نگرانی مفرطی داشته باشند. همچنین آنها ممکن است در مورد مشکلات سلامتی خود، موضوعات خانوادگی شان و حوادثی که در جهان رخ می‌دهد نگران باشند. این نگرانی‌ها باید لا اقل به مدت ۶ ماه هر روز وجود داشته باشند و لا اقل همراه با یک نشانه فیزیولوژیکی باشد

1 - Hayward

2 - Kearny

3 - Depersonalization

4 - Weissman

(APA، ۱۹۹۴). تا امروزه اختلال اضطراب فراگیر به خوبی برای کودکی و نوجوانی مورد پژوهش قرار نگرفته است و سیر تحولی آن در این گروه سنی مستلزم مطالعه و بررسی بیشتری است. نتیجه‌گیری‌های اخیر در ارتباط با اختلال اضطراب فراگیر در کودکان غالباً بر اساس بررسی‌های پژوهشی انجام گرفته در مورد اختلال اضطراب افراطی^۱ است، که از DSM-IV نشأت گرفته و زیر گروهی از اختلال اضطراب فراگیر است (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). اگرچه ارتباط بین اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب افراطی در کودکان زیر سوال است (لاست، ۱۹۹۳)، اما پژوهش‌های اخیر نشان داده اندک که همپوشی زیادی بین اختلال اضطراب افراطی در DSM-III-R و اختلال اضطراب فراگیر در DSM-IV برای کودکان وجود دارد (ترسی^۲ و همکاران، ۱۹۹۷) و این در حالی است که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نشانگان اختلال اضطراب افراطی در کودکان در طول زمان از بین می‌رود (لاست و همکاران، ۱۹۹۶).

رفتار امتناع از مدرسه

مفهوم امتناع از مدرسه با اصطلاح نابسندۀ مدرسه هراسی؛ جایگزین شده است و رویکردی تجربی را برای فهم این همراهی جدی در اختلالات هیجانی دوران کودکی ارائه کرده است (کرنی و سیلور من^۳، ۱۹۹۳). مدرسه هراسی غالباً برای توصیف کودکانی که از رفتن به مدرسه به دلیل ترس‌ها و یا اضطراب خود داری می‌کنند به کار برده می‌شود. برای مثال، استفاده از اصطلاح "هراس" نشانگر ترس بالینی از برخی اشیاء یا موقعیت‌ها است که در مدرسه قرار دارند و یا درباره مدرسه هستند. اما این اصطلاح شناسی ناکارآمد و غیر دقیق است برای توصیف تمام کودکانی که از شرکت کردن در کل فعالیت‌های روزانه مدرسه و یا بخشی از آن امتناع می‌کنند، از جمله آن کودکانی که به دلیل اضطراب جدایی از مدرسه فرار می‌کنند. کرنی و سیلورمن (۱۹۹۶) رویکرد جدیدی را برای فهم رفتاری امتناع از مدرسه با استفاده از ترکیب مقوله‌ها و ابعادی که از کارهای تجربی استخراج شده‌اند طراحی و مطرح کرده‌اند. در این سیستم طبقه بندی رفتار امتناع از مدرسه به امتناع برانگیخته شده توسط کودک از شرکت و ماندن در مدرسه برای یک روز کامل اشاره دارد.

1 - Overanxious Disorder

2 - Tracey

3 - Silverman

۱۳۴- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

امتناع از مدرسه بر روی یک پیوستار قرار دار ده که از کودکانی که بندرت مدرسه را ترک می‌کنند اما با اجبار در مدرسه شرکت می‌کنند تا آنهایی که همیشه مدرسه را ترک می‌کنند تشکیل شده است. اگر چه ممکن است کودکان ۵ تا ۱۷ ساله رفتار امتناع از مدرسه را از خود نشان دهند اما اکثر کودکان ۱۰ تا ۱۳ ساله هستند که از مدرسه امتناع می‌کنند (کرنی و آلبانو، ۲۰۰۰). مشکل زمانی رخ می‌دهد که انتقال‌های تحصیلی رخ می‌دهند (مثلاً سن ۵ تا ۶ سالگی و ۱۴ تا ۱۵ سالگی که مصادف با ورود به دوره ابتدایی و راهنمایی است).

در رویکرد کارکردی به رفتار امتناع از مدرسه که توسط کرنی و سیلورمن (۱۹۹۶) طراحی و مطرح شده است، فرض می‌شود که مشکل به دلیل یک و یا ترکیبی از دلایل زیر رخ می‌دهد:

- ۱- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌هایی که عواطف منفی را بر می‌انگیزند؛
 - ۲- فرار از موقعیت‌های اجتنابی حاوی ارزشیابی و موقعیت‌های اجتماعی (مثلاً "اضطراب اجتماعی به دلیل ارزشیابی همسالان یا گزارشات شفاهی و امتحانات)؛
 - ۳- رفتار جستجوی توجه (مثلاً، دستاوردهای ثانویه (اضطراب جدایی)؛
 - ۴- تقویت مثبت قابل دست‌یابی (مثلاً، دیرتر خوابیدن و تماشای تلویزیون)؛
- کودکانی که به دلیل‌های ۱ و ۲ از مدرسه امتناع می‌کنند توسط تقویت منفی برانگیخته می‌شوند و آنهایی که به دلایل سوم و چهارم از مدرسه امتناع می‌کنند توسط تقویت‌های مثبت برانگیخته می‌شوند. این رویکرد برای فهم رفتار امتناع از مدرسه برای ما چهار چوبی را تدابیر درمانی و مداخله درمانی فراهم می‌کند (به کرنی و آلبانو، ۲۰۰۰ رجوع کنید).

اختلال‌های نقص توجه^۱ و اضطراب

با افزایش شیوع اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، سؤالات تشخیص کاملاً متمایزی در ذهن متخصصان بالینی کودکان نقش بسته است. از جمله اینکه آیا اختلال‌های رفتاری این کودکان به دلیل کم‌توجهی آنان است یا ناشی از اضطراب آنها است. غالباً متخصصان بالینی فرض می‌کنند که این متقابل و دو طرفه هستند، به طوری که در واقع این ممکن است؛ فراوانی قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر رخ دهند. در واقع در کل میزان هم‌بندی آسپرزا در دوران کودکی رایج تر است تا رخداد این به تنهایی (سیلورمن و ربیان،^۲ ۱۹۹۳).

1 - Attention – Deficit Disorder

2 - Rabian

برخی از مطالعات نشان داده‌اند که بیش از ۲۲٪ از کودکان سنین ابتدایی که مبتلا به نوعی اختلال اضطرابی بوده‌اند، دارای اختلال کم توجه نیز بوده‌اند (برادلی و هود^۱، ۱۹۹۳؛ واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). برآورد شده است که بیش از ۵۰٪ نوجوانان دارای اختلال اضطرابی دارای اختلال کم توجهی نیز هستند (بیرد^۲ و همکاران، ۱۹۹۳).

برخی صاحب نظران معتقدند که هر دو اختلال‌های اضطرابی و اختلال نقص توجه - بیش فعالی بیشتر در خانواده‌ها مشاهده می‌شوند با این وجود به طور مستقلی انتقال می‌یابند. این بر اساس مشاهداتی است که نشان می‌دهند پسر بچه‌های متعلق به مادرانی که دارای اضطراب هستند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال نقص توجه - بیش فعالی هستند (پرین^۳ و لاست، ۱۹۹۶). احتمال بیشتری است که اختلالات اضطرابی در خویشاوندان نزدیک کودکان دارای اضطراب مشاهده شود تا در خویشاوندان کودکان دارای اختلال نقص توجه - بیش فعالی (لاست و همکاران، ۱۹۹۹). اما بطور کلی نشانه‌های اضطراب در سطح بالاتری با نشانه‌های افسردگی دارای ارتباط است تا نشانه‌های اختلالات رفتاری بیرونی‌سازی نظیر پرخاشگری (لاست و همکاران، ۱۹۹۲).

زمینه‌های خلقی و اضطراب

محققان به طور روز افزونی بر این موضوع که افرادی که آسیب زای روانی را از خود نشان می‌دهند غالباً "تمایلات یا ویژگی‌های قلبی و زمینه سازی رابرای این دارا بوده‌اند، تاکید و توجه دارند (بایدرمن^۴ و همکاران، ۱۹۹۳). برخی از این مفاهیم و موضوعات بر گرفته از مطالعاتی است که بر روی کم رویی و خجالت و باز داری رفتاری توسط کاگان و همکاران (۱۹۸۴) در آزمایشگاه مطالعه نوزادان هاروارد صورت گرفته است. کم رویی به عنوان احساس ناراحتی در موقعیت‌های اجتماعی و نه در موقعیت‌های غیراجتماعی مطرح است، در حالی که بازداری رفتاری نشان دهنده تمایل به نمایش واکنش بازداری در موقعیت‌های جدید اجتماعی و غیراجتماعی اشاره دارد (وان آمرینجن، مانسینی و اوکمن^۵، ۱۹۹۸).

1 - Bradely & Hood

2 - Bird

3 - Perrin

4 - Biederman

5 - Vanamerigen, Mancini & Oakman

۱۳۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

نوزادان و کودکان دارای بازداری رفتاری به صورت افرادی که در کنار افراد نا آشنا و غریبه نگران هستند و به طور شدیدی در موقعیت هایی که دارای خطر آسیب است ترسو و بزدل هستند، در موقعیت‌هایی که احتمال شکست وجود دارد بسیار محطاط هستند، توصیف می شوند (کاگان، اسناید من و آرکوس^۱، ۱۹۹۳). بر آورد شده است که بیش از ۱۰ تا ۱۵ درصد از کودکان سفید پوست آمریکایی با زمینه سازی رفتاری برای مشخص شدن به عنوان نوزادان کم رو، ترسو، بزدل، محطاط و برون‌گرا در مدرسه به دنیا می آیند (کاگان، رزینک^۲ و اسنایدمن، ۱۹۸۸). کاگان و همکاران او در مطالعه‌ای طولی نشان دادند که تمایل یک کودک برای روی آوردن یا اجتناب از تازگی یک صفت و ویژگی خلق و خوئی است که او را نسبت به آسیب زای معینی، آماده و مستعد می کند. به علاوه کودکان بازدارنده در مطالعه آنها مشکلاتی را نظیر رفتار اجتنابی در شرکت در مدرسه و همچنین نشانه‌های مکرر متجانس با اضطراب جدایی را از خود نشان دادند (نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). این ویژگی‌ها ممکن است رفتارهای خاصی را نظیر اختلالات قبل از جراحی پیش بینی کنند (کوینونز و همکاران، ۱۹۹۷).

در راستای فرضیه انتقال ژنتیکی این ویژگی‌ها این مشاهدات قرارداد که والدین کودکان دارای بازداری‌های رفتاری ثابت در طی چند سال میزان بالاتری از اختلالات اضطرابی ترکیبی و اختلالات اضطرابی مداوم (تداوم یافته) تا بزرگسالی را دارا هستند (هیرشفیلد^۳ و همکاران، ۱۹۹۲). بیدل و موریس^۴ (۱۹۹۵) در مسیر سبب شناسی برای تحول هراس اجتماعی در کودکان و نوجوانان اظهار کرده‌اند که یک فرایند متوالی و تدریجی از بازداری خلقی ذاتی و ارثی تا یک وابستگی نا امن بین مادر و کودک به دلیل واکنش‌های زیاد کودک و ویژگی او به عنوان یک کودک مشکل وجود دارد. این الگوی دلبستگی ناامن - مضطرب به احتمال زیاد منجر به انزوای کودک از همسالان خود، اختلال بیشتر در تحول مهارت‌های اجتماعی او که نیاز مند اشکال روابط حمایتی همسالان است، می‌گردد. (ورنبرگ^۵ و همکاران، ۱۹۹۲).

عامل زیست شناختی نیز ممکن است در اینجا نقش داشته باشند. چنان‌که کاگان (۱۹۸۹) اشاره کرده است که کودکان بازداری کننده از نظر رفتاری که در بزرگسالی همچنان بازداری کننده باقی

1 - Snidman & Arcus

2 - Reznick

3 - Hirshfield

4 - Morris

5 - Vernberg

می‌مانند (سنین بالاتر از ۷ سالگی) واکنش‌های فیزیولوژیکی قوی تری را در دوران کودکی اولیه خود دارا هستند که نشانگر تهییج پذیری افراطی در مدار هیپوتالاموسی آنهاست. با این وجود نقش واسطه‌ای دلبستگی، تجربه و تعامل کودک - والد در سطح زیادی نیازمند بررسی و مطالعات بیشتر است (بارلو^۱، ۲۰۰۱). عوامل موثر بر شکل‌گیری اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان در نمودار ۲ خلاصه شده است.

نظریه‌های سبب شناختی

نظریه‌های اضطراب را می‌توان به صورت نظریه‌هایی که به طور بارزی بر متغیرهای زیست‌شناختی تأکید دارند و نظریه‌هایی که بر نقش عوامل روانشناختی و روانی - اجتماعی تأکید دارند تقسیم کرد. خلاصه‌ای از نظریه‌های مهم در مورد اضطراب و رویکردهای درمانی مرتبط با آنها در جدول ۲ ارائه شده است.

نظریه‌های زیست‌شناختی

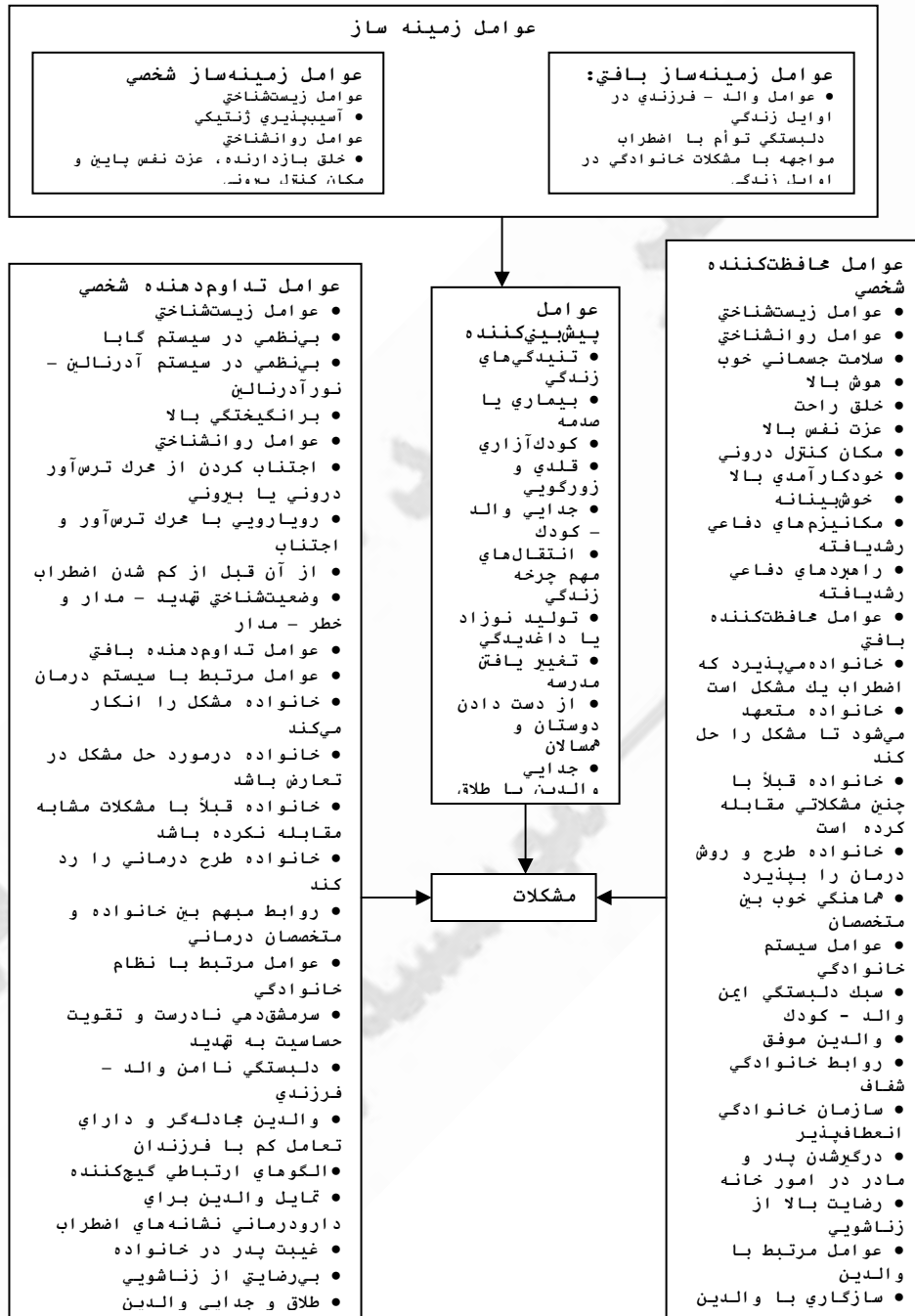
علاوه بر فرضیه ژنتیک که مرتبط با تمام اختلالات اضطرابی به غیر از اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^۲ است دو نظریه وجود دارند که تبیین‌هایی را برای چگونگی ایجاد بی‌نظمی‌هایی در سیستم انتقال دهنده‌های عصبی خاصی که منجر به اختلالات اضطرابی خاصی می‌شوند، ارائه می‌کنند مثلاً فرضیه گابا^۳ برای اضطراب فراگیر و هراس و فرضیه تولید آدرنالین - تولید نورآدرنالین^۴ برای وحشت زدگی. این فرضیه‌ها در زیر به طور خلاصه ارائه می‌شوند.

1 - Barlow

2 . Post Traumatic Stress Disorder

3 - GABA

4 - Adrenergic - Noradrenergic



نمودار ۲: عوامل مؤثر در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان، برگرفته از کار، ۱۹۹۹

فرضیه ژنتیک

این فرضیه بیانگر این نگرش است که اضطراب زمانی رخ می دهد که یک فرد با یک آسیب پذیری ارثی با یک محرک محیطی تهدید کننده در مراحل مهم تحولی که همزمان با آماده شدن او برای ترس های تحولی هستند، روبرو می شود (تورگرسن^۱، ۱۹۹۰)، در اینجا این موضوع سبب شناختی مطرح است که حساسیت به گروه خاصی از محرک ها در مراحل تحولی خاصی دارای نوعی کارکرد سازشی است و این برای بقاء و تکامل انواع مهم است (دی سیلوا^۲ و همکاران، ۱۹۷۷). فرضیه ژنتیک نیز بر این نکته تاکید دارد که یک عامل پرکارکردی زیست شناختی فرضیه ژنتیک هم چنین از این نگرش که یک عامل بدکارکردی زیست شناختی زیر بنایی در فرایند شناسایی خطر وجود دارد که به طور ژنتیکی در خانواده هایی که مبتلا به اختلالات اضطرابی هستند انتقال می یابد حمایت می کند.

در حمایت از فرضیه ژنتیک حجم عظیمی از مدارک و شواهدی وجود دارند که نشان می دهند میزان بالایی از اختلالات اضطرابی در خویشاوندان درجه اول افراد دارای چنین ی وجود دارند (کلین^۳، ۱۹۹۴). هم چنین اخیراً^۳ به شواهدی اشاره شده است که نشانگر آسیب پذیری بالای کودکان نسبت به رشد و توسعه ترس از حیوانات، اضطراب جدایی می باشند، در حالیکه هراس های اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وحشت زدگی همراه با هراس از مکان های باز بیشتر در دوره نوجوانی شایع هستند (کلین، ۱۹۹۴). فرضیه ژنتیک برای تمام اختلالات اضطرابی به کار برده می شود، اگر چه که احتمالاً فقط بطور محدودی مرتبط با اختلال استرس پس ضربه ای است. این نگرش در فرضیه ژنتیک نهفته است که مداخله ها دارویی یا روان شناختی باید به فرد کمک نمایند تا با یک اختلال مزمن در طول زندگی خود مقابله کنند. تلاش های پژوهشی باید متمرکز بر تعیین دقیق عوامل مرتبط با نقایص موجود در ادراک تهدید شون دکه به طور ژنتیکی انتقال می یابند و بر شناخت دقیق مکانیزم های انتقال تاکید نمایند.

1 - Torgersen

2 - Desilva

3 - Klein

فرضیه گابا^۱

این فرضیه خصوصاً برای تبیین اضطراب فراگیر و هراس‌ها طراحی شده است (برنشتاین^۲، ۱۹۹۴). در مرور این اختلالات اعتقاد بر این است که اضطراب به دلیل بد کار کردی در نورون‌هایی که به طور نرمال اسید آمینه گاما^۳ را هنگامی که بر انگیختگی در سیستم عصبی خود کار به سطح معینی می‌رسد به طور خودکاری تولید می‌کنند، رشد می‌یابد. گابا غالباً همین که بر انگیختگی به سطح معینی می‌رسد به طور خودکار به وجود می‌آید. سپس به گیرنده‌های گابا در روی نرون‌های تحریک شده می‌پیوندد که تجربه اضطراب را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این فرایند در هم تنیده باعث بازداری (یا کاهش در بر انگیختگی و تحریک) و کاهش در اضطراب تجربه شده می‌گردد.

درمان اضطراب فراگیر و هراس‌ها با بنزو دیازپین‌هایی^۴ نظیر دیازپام^۵ (والیوم^۶) و یا با کلرو دیازپوکسیدها^۷ (لیبریوم^۸) اضطراب را به دلیل اینکه این داروها به گیرنده‌های عصبی گابا می‌پیوندند کاهش می‌دهند (که کاهش متوالی در تحریک و بر انگیختگی و تجربه اضطراب ایجاد می‌کنند). در حالی که شواهدی برای این موضوع وجود دارد که بنزو دیازپین‌ها دارای اثرات کاهش دهنده اضطراب در بزرگسالان هستند، اما این اثرات غالباً^۹ به سرعت پس از قطع دارو از بین می‌روند. با استفاده طولانی مدت از بنزو دیازپین‌ها هم نجر به تحمل و وابستگی می‌شود. در مورد کودکان، کوشش‌های آزمایشی کنترل شده کمی در مورد بنزو دیازپین‌ها صورت گرفته است و در کوشش‌های کنترل شده‌ای که صورت گرفته است دارو فقط منجر به تسکین بیشتری نسبت به دارو نما می‌شود (تایلور^۹، ۱۹۹۴ a؛ برنشتاین، ۱۹۹۴).

فرضیه تولید آدرنالین - تولید نور آدرنالین

این فرضیه بخصوص برای تبیین رخداد حملات وحشت زدگی طرح شده است. تصور می‌شود که حملات وحشت زدگی ناشی از بی‌نظمی‌هایی در سیستم آدرنالین - نورآدرنالین در سیستم

-
- 1 - GABA
 - 2 - Bernstein
 - 3 - Gamma- Amino Butyric Acid (GABA)
 - 4 - Benzodiazepines
 - 5 - Diazepam
 - 6 - Valium
 - 7 - Chlordiazepoxides
 - 8 - Librium
 - 9 - Taylor

عصبی خود کار به ویژه در محل سرولئوس. مطالعات نشانه‌های زیست شیمیایی افزایش در کارکرد آدرنالین و چالش‌های داروشناختی با عوامل شناخته شده موثر در کارکرد آدرنالین، نظیر اسید لاکتیک^۱ و دی‌اکسید کربن (CO₂)، از این فرضیه حمایت می‌کنند (کار، ۱۹۹۹). حملات وحشت‌زدگی ممکن است توسط خوردن شیر^۲ یا استشمام دی‌اکسید کربن (CO₂) در بزرگسالان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی ایجاد شوند. چنین مطالعاتی در مورد کودکان انجام نگرفته‌اند، آزمون‌های چالش‌انگیزی ممکن است برای تشخیص اختلال وحشت‌زدگی مورد استفاده قرار بگیرند و از استشمام CO₂ برای تسهیل درمان مواجهه با بزرگسالان استفاده می‌شود که ادراک علایم برانگیختگی خود کار به عنوان محرک ترس آور مشخص گردد (کوته و بارلو^۳، ۱۹۹۳). ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای نظیر ایمپرامین^۴ که کارکرد نورآدرنالین را تحت تاثیر قرار می‌دهند برای درمان حملات وحشت‌زدگی بکار برده می‌شوند. نتایج مربوط به برخی از کوشش‌های کنترل شده با بزرگسالان نشان داده است که ضد افسردگی‌ها ممکن است از نظر خلقی همانند رفتار درمانگری در درمان اختلال وحشت‌زدگی موثر باشند، و در مورد کودکان نتایج یک کوشش کنترل شده نشان داده است که ضد افسردگی‌ها ممکن است در درمان روانشناختی کودکانی که از مدرسه رفتن امتناع می‌کنند اثر مفیدی داشته باشد. (تایلور، ۱۹۹۴ a).

نظریه‌های روان‌شناختی

نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری، شناختی - رفتاری، شناختی و سیستم‌های خانوادگی برای تبیین این موضوع که چگونه مشکلات اضطرابی رشد می‌یابند و چگونه می‌توانند بهتر درمان شوند طراحی و ارائه شده‌اند. مطالبی که در قسمت‌های بعدی ارائه می‌شوند، مواردی از یک صورت‌بندی نظری برای هریک از این سنت‌ها است.

نظریه‌های روان‌تحلیل‌گری

طبق نظریه روان‌تحلیل‌گری کلاسیک در اختلالات اضطرابی مکانیزم‌های دفاعی برای نگهداری و حفظ تکانه‌های غیر قابل قبول مورد استفاده قرار می‌گیرند (خشم، غمگینی و تکانه‌های

1 - Lactate Asid

2 - Lactate

3 - Cote

4 - Imipramine

۱۴۲- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

جنسی) و یا احساسات و اضطراب اخلاقی درباره آن حالات از ورود به هشیاری ممنوع می شوند. احساسات ناخواسته و اضطراب اخلاقی مربوط به آنها به اضطراب روان رنجورانه انتقال داده شده و به صورت اختلال اضطراب بیان می شوند. در هراس ها، تکانه‌های غیر قابل قبول واپس رانی شده و اضطراب روان رنجورانه ای که نسبت به آنها انتقال پیدا کرده است به یک شیء جایگزین که سمبل و نمادی از شیء اصلی است که در مورد آن تکانه غیر قابل قبول احساس می شد، جایگزین می شود. مکانیزم دفاعی کلیدی "جابه‌جایی" است.

بنابراین، زمانی که کودکان می‌گویند که از یک شیء یا خاص ترسیده‌اند، فرضیه روان تحلیل‌گری این است که آنها از یک چیز دیگری ترسیده‌اند، اما ترس خود را از شیء یا واقعه محرم (تابو^۱) به یک هدف قابل قبول تر از نظر اجتماعی جابه‌جا کرده‌اند. در اختلال اضطراب فراگیر، دفاع‌ها منحل و قطع می‌شوند و فرد از طریق اضطراب دچار آشفتگی می‌گردد. هم‌چنان که تکانه‌های ناخواسته به طور مداوم به هشیاری آورده می‌شوند و در آماده بروز می‌شوند. اضطراب در مورد یک شیء تابو با یک هدف قابل دستیابی‌تر جابه‌جا می‌شود (بتمن و هولمز^۲، ۱۹۹۵). در بیانات اولیه فروید در مورد این فرضیه (هانس کوچولو) که آن پسر بچه از اسب می‌ترسید، فروید اظهار کرده است که ترس‌های تابو اضطراب اختگی بودند و ترس از پدر با اسب جابه‌جا می‌شد (فروید، ۱۹۰۹ a).

فرایند درمان نوعاً^۳ به شکل بازی درمانی غیر مستقیم انفرادی برای کودکان کوچکتر صورت می‌گیرد و برای نوجوانان به شکل روان‌درمانگری روان‌پویشی انفرادی انجام می‌شود. در درمان، هدف تفسیر دفاع (احساسات نهفته و پنهان که واپس رانی شده‌اند) و اضطراب روان رنجورانه مرتبط با آن است. مالان^۳ (۱۹۷۹) به این سه عنصر به عنوان مثلث تعارض اشاره کرده است (دفاع، احساسات پنهان و اضطراب مرتبط با آن). در حین درمان، درمانگر توجه خود را به توازی‌های بین روشی که از آن طریق کودک روابط کنونی را با درمانگر برقرار می‌کند؛ روابط قبلی و گذشته خود با والدینش؛ و روابط کنونی خود با افراد مهم دیگر در زندگی اش نظیر همسالان خود یا معلمان خود، معطوف کند. مالان (۱۹۷۹) به این سرگروه روابط که در مرکز تفسیرهای انتقالی قرار دارند به عنوان مثلث افراد اشاره می‌کند. تعبیر و تفسیرهایی که از مثلث تعارض و مثلث افراد به عمل می‌آید باید به طور

1 - Taboo

2 - Bateman & Holmes

3 - Malan

موقتی در یک مرحله از درمان که پیوند و رابطه کاری قدرتمندی ایجاد گردید، عرضه شوند و در بافت نوعی فرمول بندی موردی روان پوشی پیوسته مطرح شوند.

زمانی که با کودکان مضطرب کار می کنیم، مفهوم جا به جایی از نظر بالینی مفید و سودمند است. اما هیچ شاهدهی برای حمایت از این ایده وجود ندارد که تمام اختلالات اضطرابی بیانگر جابه جایی اضطراب مرتبط با تعارض های تحولی روانی - جنسی هستند، وجود ندارد. برخی شواهد موجودند که روان درمانی روان پوشی برای درمان کودکان دارای اختلالات اضطرابی کارایی بالایی دارد (فوناجی و مدران^۱، ۱۹۹۰).

نظریه شناختی بک^۲

طبق نظریه شناختی بک برای درمان اختلالات اضطرابی، هنگامی که حوادث و وقایع زندگی تهدید کننده باشند و طرحواره های شناختی تهدید - مداری را که در اوایل کودکی در حین یک تجربه تنیدگی آور و تهدید کننده شکل می گیرند را فعال سازند، اضطراب رخ می دهد (بک و همکاران، ۱۹۸۵). این طرحواره های تهدید - مدار حاوی پیش فرض هایی درباره ماهیت خطرناک محیط یا سلامتی شخص هستند، پیش فرض هایی نظیر "جهان خطرناک است، بنا براین من باید مداوما" در حال آماده باش باشم" و یا "سلامتی من تهدید می شود، بنا براین هر احساس ناراحت کننده بدنی باید نشانگر بیماری و فقدان سلامتی جدی باشد". آنها هم چنین حاوی تحریف های شناختی نظیر کوچک شماری وقایع سلامت - مدار و بزرگ سازی و قایع منفی تهدید - مدار هستند.

در روان درمانگری انفرادی یا گروهی، هدف کمک به درمانجو برای چالش و مقابله با پیش فرض های خود درباره خطر در موقعیت هایی است که او در آن موقعیت ها احساس اضطراب می کند، است. این درمان ها شامل یادگیری آنها درباره چگونگی بازبینی شناخت های خود و سطوح اضطراب شان و آزمودن شناخت های خود توسط جمع آوری اطلاعات و در گیر شدن در تجاربی است که اجازه می دهد اعتبار پیش فرض های آنها مورد بررسی قرار گیرد، می باشد. نظریه بک توسط مدارکی که نشان می دهند اضطراب با یک نوع سبک شناختی حساس به تهدید مرتبط است و همچنین توسط نتایج مطالعات درمانی صورت گرفته با کودکان و بزرگسالان که از کارایی رویکرد شناختی - رفتاری

1 - Fonagy & Moran

2 - Beck

۱۴۴- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

به درمان حمایت می‌کنند، مورد حمایت واقع می‌شود (هولون^۱ و بک، ۱۹۹۴؛ کندال و تریدول^۲، ۱۹۹۶؛ کار، ۱۹۹۹؛ کندال، ۲۰۰۰ و بارلو، ۲۰۰۱).

نظریه رشد نهفته^۳

نظریه رشد نهفته آیزنک^۴ (۱۹۷۹) بسط یافته‌ترین الگوی شرطی سازی برای هراس‌ها است که به منظور غلبه بر نتایج کوتاه مدت فرمول بندی‌های رفتاری طراحی شده است. آیزنک معتقد است که اضطراب در ابتدا از طریق شرطی سازی کلاسیک تک - کوششی که در آن یک شیء خنثی که فرد از نظر زیست شناختی آماده شده است که نسبت به آن نوعی ترس مقاوم به خاموشی (CS) شکل دهد با یک شیء شدیداً ترسناک (UCS) همراه و جفت می‌شود، ایجاد می‌گردد و این UCS یا شیء اضطراب را فراخوانی می‌کند (UCS). مواجهه مکرر با شیء ای که قبلاً "خنثی بوده است (CS) منجر به افزایش ترس از طریق یک فرایند رشد نهفته می‌گردد. مواجهه مختصر و کم منجر به اضطراب (CR) می‌شود که بطور موثری با شیء ترسناک جفت و همراه شده است و در مواجهه مختصر بعدی حتی ترس بیشتری فراخوانی می‌شود. رشد نهفته نوعی فرایند باز خورد مثبت است که در آن خود ترس، ترس از شیء هولناک را تقویت می‌کند. این فرایند کلی خارج از کنترل شناختی فرد است. آیزنک هم چنین معتقد است افرادی که بیشتر روان رنجور و برون‌گرا هستند، با احتمال بیشتری به اضطراب هراسی از طریق فرایند رشد نهفته مبتلا می‌شوند. او پس از سلیگمن خاطر نشان کرده است که هراس‌ها فقط نسبت به گروه محدودی از محرک‌ها ایجاد می‌شوند و افراد نوعی آمادگی برای شکل‌دهی هراس‌ها از طریق نوعی فرایند شرطی سازی کلاسیک دارا هستند (به عنوان نتیجه‌ای از فرایندهای تکاملی) (دی سیلوا^۵ و همکاران، ۱۹۷۷).

درمان برای هراس‌ها مطابق با این نظریه شامل مواجهه کامل یا گاهگاهی با شیء هراس آور و یا تصور آن تا زمانی که اضطراب فرونشانی شود، می‌باشد. بنابراین، هم روش حساسیت زدایی

1 - Hollon

2 - Kendall & Treadwell

3 - Incubation Theory

4 - Eysenck

5 - Desilva

تجسمی و هم روش حساسیت زدایی واقعی و یا روش‌های غرقه سازی^۱ ممکن است برای درمان هراس‌ها بکار برده شوند. اگر چه نظریه پیش بینی می‌کند که روش‌های واقعی باید کارآمدتر باشند. استفادهاز مهارت‌های تنش زدایی و یا سایر راهبردهای مقابله‌ای فقط تا این حد مهم هستند که به فرد کمک کنند تا در حضور شیء ترسناک، ایستادگی کند و شیء ترسناک را تحمل کنند. با این وجود، هنوز هم در مورد جزئیات نظریه رشد نهفته به عنوان نوعی تبیین برای سبب شناسی هراس‌ها، بحث و مجادله وجود دارد. اما، حجم عظیمی از تحقیقات نشان می‌دهند که فنون مواجهه نظیر حساسیت زدایی و غرقه سازی، بویژه بصورت واقعی، روش‌های بسیار کارآمدی برای درمان هراس‌های خاص در کودکان و نوجوانان هستند (دیوودی و وارما^۲، ۱۹۹۷؛ کندال و تریدول، ۱۹۹۶).

فرضیه‌های سیستم‌های خانوادگی

یک نظریه منسجم مطرح در مورد نقش خانواده و فرایند جامعه پذیری در سبب شناسی اضطراب وجود ندارد. اما تعدادی فرضیه‌ها از منابع متنوعی ممکن است استخراج شده و با یکدیگر چنین فرضیه‌های تبیینی‌ای را پیشنهاد کنند (بولتون^۳، ۱۹۹۴). احتمالاً "کودکانی مبتلا به مشکلات اضطرابی می‌شوند که با خانواده‌هایی ارتباط دارند که اعضاء مهم آن خانواده‌ها (به ویژه مراقبان اولیه کودک) رفتارها و باورهای اضطراب - مداری را فراخوانی، سرمشق دهی و تقویت می‌کنند. به علاوه، انتقال‌های چرخه زندگی خانواده و وقایع تنیدگی زای خانوادگی که در آن‌ها خانواده ممکن است مشکلات اضطرابی مهمی را از نظر بالینی تجربه کنند، در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی در کودکان نقش مهمی دارا هستند. این مشکلات توسط الگوهای تعاملات خانوادگی که رفتارهای اجتنابی و باورهای اضطراب - مدار را در کودک تقویت می‌کنند، حفظ شده و تداوم می‌یابند.

سیستم‌های باورهای خانوادگی که اضطراب را رشد و ترویج می‌دهند دارای این دیدگاه هستند که موقعیت‌های مبهم باید از روی عادت روزمره به عنوان تهدیدکننده و خطر آفرین تفسیر گردند و احتمالاً "آینده پر از خطرات، صدمات و حوادث فاجعه آمیز خواهد بود، وقایع غیر متوالی در گذشته احتمالاً" در بردارنده خطر و پیامدهای تهدید کننده‌ای در برخی موارد غیر قابل انتظار در آینده

1 - Flooding

2 - Dwivedi & Varma

3 - Bolton

۱۴۶- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

خواهند بود، عملکرد در برانگیختگی خود کار باید به عنوان شروع حملات اضطرابی باز تفسیر گردند، اختلالات و دردهای جزئی نشان دهنده بیماری‌های جدی غیر قابل اجتناب هستند، و آزمون کردن اعتبار هریک از این باورها به طور غیر قابل اجتنابی منجر به پیامدهای منفی تری می‌شوند تا ادامه دادن این فرض که این باورها حقیقت و واقعیت دارند.

جدول ۲: نظریه‌ها و درمان‌های مرتبط با اضطراب

نوع نظریه	نظریه	اصول نظری	اصول درمانی
زیست شناختی	نظریه ژنتیک	زمانی که یک فرد دارای آسیب پذیری ذاتی با یک محرک محیطی تهدید کننده در مرحله مهمی از تحول مواجه می‌شود، اضطراب شکل می‌گیرد	مداخله‌های روان شناختی و دارویی برای کمک به فرد برای مقابله با اختلال مزمن
	فرضیه بی نظمی گابا	در اختلال‌های هراسی و اضطراب فراگیر، اضطراب به دلیل بی نظمی در سیستم گابا شکل می‌گیرد	بنزودیازپین‌ها با گیرنده‌های عصبی گابا پیوند خورده و بر انگیزندگی و تجربه اضطراب را کاهش می‌دهند
روان شناختی	بی‌نظمی در سیستم آدرنالین- نورآدرنالین	حملات وحشی زدگی توسط بی نظمی در سیستم آدرنالین- نورآدرنالین صورت می‌گیرند	ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای کارکرد آدرنالین- نورآدرنالین را از نظر خلقی تنظیم کرده و حملات وحشت زدگی را کنترل می‌کنند.
	نظریه‌های روان تحلیل گری	در اختلالات اضطرابی مکانیزم‌های دفاعی استفاده می‌شوند تا تکانه‌های ناخواسته و اضطراب اخلاقی در مورد حالات خود توانایی ورود به هشیاری، را نداشته باشند- احساسات ناخواسته مرتبط با اضطراب اخلاقی به اضطراب روان رنجورانه تغییر یافته و جایگزین شیء ترسناک می‌شوند که نمادی از شیء‌های است	روان تحلیل گری روان پوششی انفرادی که طی آن مثلث‌های تعارضی مکانیزم دفاعی / پنهان شده، احساسات / اضطراب مورد تعبیر و تفسیر قرار می‌گیرند.

<p>که تکانه‌های ناخواسته در مورد آن احساس می‌شوند.</p> <p>شناخت درمانی گروهی یا فردی که طی آن درمانجویان آموزش می‌بینند تا به باز بینی موقعیت‌هایی که پیش فرض‌های اضطراب مدار و تحریف‌های شناختی در آنان رخ می‌دهد بپردازند و مشغول به فعالیت‌هایی شوند که اعتبار ایتتحریف‌های شناختی را کم می‌کنند.</p>	<p>اضطراب زمانی رخ می‌دهد که وقایع زندگی شامل طرحواره‌های تهدید مواد واکنشی به تهدید در دوران اولیه کودکی و در حین تجربه کردن تجارب تهدید کننده و تنیدگی‌ها باشند. این طرحواره‌های تهدید مواد حاوی پیش فرض‌هایی درباره ماهیت خطر آفرین محیط یا سلامت فرد و تحریف‌های شناختی نظیر کوچک شماری وقایع سلامت - مدار و بزرگ شماری وقایع منفی تهدید - مدار هستند .</p>	<p>نظریه شناختی</p>
<p>روش‌های رفتار درمانی که طی آن فرد یا به تدریج و یا به طور کامل با شیء ترس آور بصورت واقعی یا تجسمی روبرومی شود و به او کمک می‌شود تا هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های ترسناک آرمیده باشد و بتواند موقعیت را بدون تنش تحمل کند.</p>	<p>اضطراب از طریق شرطی سازی کلاسیک تک کوششی شکل می‌گیرد که طی آن یک شیء خنثی که فرد آماده است تا در مورد آن نوعی ترس مقاوم به خاموشی توسعه دهد (CS) با یک شیء بسیار ترسناک همراه می‌شوند (UCS) و این شیء اضطراب را فراخوانی می‌کند (UCR)</p>	<p>نظریه رشد نهفته</p>
<p>کارهای خانوادگی که والدین یاد می‌گیرند به کودکان خود کمک کنند تا با اضطراب مقابله کنند.</p>	<p>والدین کودکان را از طریق سر مشق دهی و تقویت برای تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبهم به یک حالت تهدید کننده و از طریق مقابله با ترس از طریق رفتار اجتنابی جامعه پذیر می‌کنند.</p>	<p>نظریه سیستم‌ها</p>

کودکان با مشاهده این باورها و گفته‌های اعضای مهم خانواده و درگیر شدن در تعاملات خانوادگی مبتنی بر این باورها ممکن است آنها را درونی کرده و یک سیستم باورهای اشباع شده از خطر شخصی را توسعه دهند (کار، ۱۹۹۹؛ کندال، ۲۰۰۰). زمانی که کودکان مشاهده می‌کنند که افراد مهم خانواده با تهدیدهای ادراک شده توسط اجتناب از خطر و نه مواجهه با آن خطر، مقابله می‌کنند، ممکن است آنها این راهبردها مقابله ای را برای خودشان تطابق داده و بکار ببرند. چنین باورهای اضطراب - مدار و سبک‌های مقابله ای اجتنابی ممکن است به طور زیادی تقویت شوند. زمانی که اعضای خانواده اعتبار آنها را مورد قدر شناسی قرار داده و با آنها مبارزه نکنند (کار، ۱۹۹۹).

انتقال‌های چرخه زندگی خانوادگی نظیر شروع مدرسه، نقل مکان خانه، تولد یک نوزاد و تنیدگی‌های خانوادگی نظیر بیماری شخصی یا بیماری والدین نیز ممکن است در شروع مشکلات اضطرابی جدی نقش داشته باشند. در چنین موقعیت‌هایی کودکان این انتقال‌ها را و یا این تنیدگی‌ها را به عنوان یک تهدید بزرگ تفسیر می‌کنند و با آنها از طریق درگیر شدن در رفتارهای اجتنابی به مقابله بر می‌خیزند.

والدین، خواهر و برادرها و اعضای خانواده‌های گسترده ممکن است همگی در حفظ باورهای اضطراب - مدار کودکان و رفتار اجتنابی آنان از طریق همدلی کردن با ترس‌های کودک، پذیرش دیدگاه اشباع شده از خطر کودکان درباره موقعیت و تشویق رفتار اجتنابی به عنوان یک رفتار مقابله ای درست نقش مهمی را دارا باشند. مشکلات سازگاری شخصی، اگر فرصت بروز یابند، ممکن است از مهیا کردن فرصت‌هایی برای کودکان جهت توسعه مهارت‌های لازم برای مواجهه و تسلط بر موقعیت‌های ترسناک، ممانعت کنند.

بنابراین، برای مثال در خانواده‌هایی که دارای مشکلات زناشویی هستند و یا والدین مبتلا به افسردگی، الکلیسم و یا مشکلات دیگر هستند، ممکن است والدین از مواجهه با این مشکلات اجتناب کنند و در عوض توجه خود را معطوف به اطمینان خاطر دادن به کودک و یا ترغیب دادن بررسی‌های دارویی و پزشکی گسترده برای شکایات بدنی مرتبط با اضطراب کنند. الگوهای تعاملات خانوادگی که حول چنین دور می‌زند ممکن است به طور عجیبی اضطراب کودک را حفظ کرده و تداوم بخشد و اجتناب والدین از مشکلات زناشویی و شخصی خودشان را تقویت کنند. به طور شایع و رایجی اعضای خانواده به طور هشیارانه از دستاوردهای ثانویه مرتبط با این الگوهای تعاملی تداوم بخش مشکل آگاه نمی‌باشند (بارلو، ۲۰۰۱).

خانواده درمانی برای کودکان دارای اختلالات اضطرابی با هدف حمایت از والدین و کودکان و ایجاد فرصت‌هایی که از آن طریق کودک بتواند مهارت‌های لازم برای رویارویی و تسلط یابی بر موقعیت‌های ترسناک را بدست آورد، طراحی شده است. این کار ممکن است شامل کمک کردن به والدین و کودکان برای تفسیر موقعیت‌های ترسناک به روش‌های کمتر تهدید کننده است، کمک به والدین برای ایجاد ارتباط با کودکان خود به روش‌هایی که کمتر دارای اضطراب باشند، نشان دادن به والدین که چگونه برای کودکان خود مربی و الگوی مهارت‌های تنش زدایی و سایر مهارت‌های مقابله با اضطراب، باشند، نشان دادن به والدین که چگونه کودکان خود کمک کنند تا خود را با موقعیت‌های ترس آور مواجه و رویارو کنند، و آموزش دادن به والدین برای این که بتوانند کودکان خود را برای ماندن در موقعیت‌های ترسناک تا زمانی که اضطراب فروکش کند، می باشد.

مدارک و شواهدی موجودند که نشان می دهند والدین اکثر کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی خود نیز مبتلا به اختلالات اضطرابی و سایر انواع دیگر آسیب شناسی‌های روانشناختی از جمله افسردگی هستند (کلاین، ۱۹۹۴؛ بولتون، ۱۹۹۴؛ کار، ۱۹۹۹؛ کندال، ۲۰۰۰).

همچنین شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که سر مشق دهی و سبک‌های والدینی نقش مهمی را در انتقال الگوهای اضطرابی از والدین به کودکان، لاقلاً در برخی از موارد بازی می‌کنند (سیلورمن^۱ و همکاران، ۱۹۸۸). شواهد کم اما در حال افزایشی موجودند که نشان دهنده کارایی مداخله‌های خانوادگی در درمان اختلالات اضطرابی هستند (استرادا و پینسوف^۲، ۱۹۹۵؛ کندال، ۲۰۰۰).

سنجش ترس و اضطراب در کودکان و نوجوانان

به طور کلی راهبردهای سنجش و انواع روش‌های ارزیابی که برای سنجش اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان بکار برده می‌شود بسته به هدف‌های ارزیابی است (مثلاً "تحقیق، تشخیص) (سیلورمن و گینز بورگ، ۱۹۹۸). مشابه با سایر اختلالات روان‌پزشکی، ارزیابی اختلالات اضطرابی غالباً بر گزارش والدین، معلمان و سایر افراد مهم در زندگی کودک متکی است (میخائیل و میرل^۳، ۱۹۹۸). اما حالات درونی تجربه شده توسط کودکان را نمی‌توان توسط دیگران بطور کاملی

1 - Silverman

2 - Estrada & Pinosof

3 - Michael & Merrel

۱۵۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

تعیین کرد، لذا گزارش‌های خود کودکان در مورد تجارب درونی خود برای ارزیابی مشکلات اضطرابی بسیار حیاتی است (فلانری^۱، ۱۹۹۰؛ واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). به علاوه ترکیبی از ابزارهای سنجش باید مورد استفاده قرار بگیرد تا بتوان علایم فیزیولوژیکی، روانی و رفتاری را در کودکان و نوجوانان دارای اضطراب مشخص کرد (رید^۲ و همکاران، ۱۹۹۰).

مصاحبه‌ها

مصاحبه‌های بالینی رایج‌ترین ابزار برای سنجش آسیب‌شناسی روان‌پزشکی است. رشد و توسعه مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته بالینی به این دلیل است که مصاحبه بدون ساختار نسبت به تشخیص ناپایا و نا درست آسیب پذیر می‌باشند (بل - دولان و برزیل^۳، ۱۹۹۳). بکارگیری مصاحبه نیمه ساختار یافته به افزایش پایایی و استاندارد سازی در تشخیص اختلالات اضطرابی کودکان کمک می‌کند. برنامه سنجش کودکان (CAS، هودجر و فینچ^۴، ۱۹۷۹) به عنوان یک مصاحبه نیمه ساختار یافته در اختلالات روان‌پزشکی کودکان بکار برده می‌شود. تا حدودی متخصصان بالینی در انتخاب سوالاتی که اطلاعات تشخیصی را براساس ملاک‌های DSM فراهم می‌کنند آزادی عمل دارند. برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی برای کودکان و نوجوانان^۵ (سیلورمن و نلس^۶، ۱۹۸۸) نیز مصاحبه نیمه ساختار یافته است که مخصوصاً برای سنجش اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان طراحی شده است. این برنامه اخیراً^۷ بر اساس ملاک‌های تشخیصی.

DSM-IV مورد بازنگری قرار گرفته است (سیلورمن و آلبانو^۸، ۱۹۹۶). مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل براون^۹ نیز دارای شکل مصاحبه نیمه ساختار یافته است که به منظور سنجش وسواس فکری و عملی طراحی شده است (گودمن^۹ و همکاران، ۱۹۸۹). از این مقیاس در مطالعات زیادی

-
- 1 - Flanery
 - 2 - Reed
 - 3 - Bell- Dolan & Brazeal
 - 4 - Hodges & Fitch
 - 5 . ADISC
 - 6 - Silverman & Nelles
 - 7 - Albano
 - 8 - Yale- Brown
 - 9 - Goodman

جهت ارزیابی نتایج درمانی و پدیده وسواس - بی اختیاری استفاده شده است (مارش و مول^۱، ۱۹۹۵؛ مارش و همکاران، ۱۹۹۵).

پرسشنامه‌های بالینی

برخلاف مصاحبه‌ها که به منظور تشخیص‌های خاص مورد استفاده قرار می‌گیرند، اکثر پرسشنامه‌های بالینی به منظور ارزیابی شدت و فراوانی نشانه‌های اختلال در کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار می‌گیرند (میخائیل و میرل^۲، ۱۹۹۸). رایج‌ترین پرسشنامه‌هایی که توسط والدین و معلمان برای ارزیابی نشانگان اختلال در کودکان و نوجوانان به کار برده می‌شوند، فهرست و ارسی رفتار کودک (آخن باخ و ادلبروک^۳، ۱۹۸۳) و مقیاس درجه بندی والدین - معلمین کانرز (گویتی، کانرز و اولریچ^۴، ۱۹۷۸) می‌باشند. هر یک از این پرسشنامه‌ها به ارزیابی نشانه‌های رفتاری و هیجانی و مشکلات سازگاری خاص می‌پردازند (از جمله اضطراب، بیش‌فعالی، عدم توجه). سومین پرسشنامه‌ای که برای سنجش نشانگان چندمین حوزه مختلف در کودکان اخیراً^۵ طراحی شده است، سیستم سنجش رفتاری در کودکان است (رینولدز و کمپاس^۵، ۱۹۹۲) این پرسشنامه نیز نسخه‌هایی خاص والدین و معلمان دارد که هم‌سازش‌نیافتگی را در حوزه‌های درونی‌سازی و هم‌در حوزه‌های بیرونی‌سازی مورد ارزیابی قرار می‌دهد (نظیر اضطراب، افسردگی، مشکلات سلوکی). پرسشنامه نشانگان کودک شماره ۴^۶ که توسط گادو و اسپرافکین^۷ (a ۱۹۹۵) تهیه و تدوین شده است شامل ابزارهای سنجش چند حوزه‌ای بر اساس گزارش والدین و معلمین است. نهایتاً^۷ بسیار مهم است که اشاره کنیم که این ابزارها به منظورهای تشخیصی بصورت انفرادی به کار برده نمی‌شوند و بهتر است که چندین ابزار به‌صورت توأم استفاده نمود تا به نتایج ارزیابی دقیق‌تری دست یافت به خصوص در مورد کودکان.

1 - March & Mulle

2 - Merrel

3 - Achen bach & Edelbrock

4 - GoyetteT Connors & Ulrich

5 - Reynolds & Kamphaas

6 . CSI-4

7 - Gadow & Sprafkin

سنجش‌های خود گزارش‌دهی از اضطراب

سنجش‌های خود گزارش‌دهی از اضطراب یک روش سریع برای سنجش تجربه درونی و ذهنی اضطراب در کودکان می‌باشند. چنین اندازه‌هایی مخصوصاً "برای تشخیص وجود اضطراب و اندازه‌گیری کمیت نشانگان بسیار مفید هستند (سیلورمن و گینز بورگ، ۱۹۹۸). اگر چه این سنجش‌های خود گزارش‌دهی برای ارزیابی مشکلات اضطرابی در کودکان مفید هستند. اما از نظر محدودیت‌های روش شناختی که دارا هستند و ممکن است منجر به کم گزارش‌دهی (گلینون و وایز^۱، ۱۹۷۸)، تاثیر گذاری عوامل مربوط به جمعیت شناختی - از جمله سن (آلن دیک، ماستون و هلسل^۲، ۱۹۸۵) یا مشکلاتی در روایی از جمله متمایز کردن اختلالات اضطرابی از سایر اختلالات روان پزشکی کودکان (پرین و لاست^۳، ۱۹۹۲) گردند، زیر سوال می‌باشند.

با این وجود سنجش خود گزارش‌دهی می‌تواند در تشخیص دقیق نشانگان اضطرابی پنهان و ذهنی که توسط کودکان تجربه می‌شوند به متخصصان کمک کند و از این طریق دقت تشخیص را بالا ببرند. چندین نوع از سنجش خود گزارش‌دهی هستند که در سطح وسیعی توسط محققان، متخصصان بالینی به منظور سنجش اضطراب در کودکان بکار برده می‌شوند. رایج‌ترین آنها عبارتند از مقیاس بازنگری شده علائم اضطرابی کودکان (رینولدز و ریچموند^۴، ۱۹۸۵) این مقیاس دارای ۳۷ مولفه است که چهار حوزه اضطراب روان شناختی، نگرانی‌های عمومی، نگرانی‌های اجتماعی - بین فردی و دروغ‌گویی را مورد ارزیابی قرار دهد اما در متمایز کردن اختلالات اضطرابی از سایر اختلالات روان پزشکی نظیر افسردگی ناتوان است (ماتیسون و باگنتو^۵، ۱۹۸۷).

برنامه بازنگری شده مطالعه ترس در کودکان (آلن دیک، ۱۹۸۳) نیز یکی دیگر از اندازه‌هایی است که در سطح گسترده‌ای برای اضطراب و نشانگان آن در کودکان به کار گرفته می‌شود. این ابزار دارای ۸۰ ماده یا سؤال است که پنج نوع ترس را از جمله ترس از شکست و انتقاد، ترس از عوامل ناشناخته، ترس از صدمه دیدن و حیوانات کوچک، ترس از خطر و مرگ و ترس از داروها را مورد

1 - Glennon & Weisz

2 - Matson & Helsel

3 - Perrin & Last

4 - Richmond

5 - Mattison & Bagnoto

سنجش قرار می‌دهند و برای سنین ۷ تا ۱۸ ساله قابل کار برد است (آلن دیک و همکاران، ۱۹۸۵) این ابزار دارای همسانی درونی، پایایی و روایی ملاکی رضایتمندی است (آلن دیک، ۱۹۸۳).

مقیاس اضطراب حالت / صفت، برای کودکان (اشپیل برگر^۱، ۱۹۷۳) هنوز هم یک ابزار خود گزارش دهی مشهور و رایجی است که نشانگان اضطراب را در کودکان و نوجوانان می‌سنجد. این ابزار شامل ۲ مقیاس ۲۰ مولفه‌ای است که اضطراب حالت و اضطراب صفت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در کل مشاهده شده است که این ابزار دارای همسانی درونی رضایت بخشی است اما روایی تفکیکی آن در تمایز اضطراب صفت زیر سوال می‌باشد (جانسون و ملامد^۲، ۱۹۷۹). به علاوه نتایج تحقیقات نشانگر این است که توانایی تمایز میان اختلالات اضطرابی در کودکان برای این ابزار محدود است (هومن - ساریک^۳ و همکاران، ۱۹۸۷).

اخیراً^۴ به منظور مقابله با ضعف‌های روان سنجی موجود در سنجش خود گزارشی فوق الذکر، اقدام به تهیه چند اندازه خود گزارش دهی شده است (مارش و همکاران، ۱۹۹۷). مقیاس چند بعدی اضطراب در کودکان یکی از این ابزارهای جدید است که توسط مارش و همکاران (۱۹۹۷) تهیه و تدوین شده است. این مقیاس دارای ۴۵ مولفه است که ۴ عامل و ۶ خرده عامل را در ارتباط با حوزه‌های مختلف اضطراب در کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۷ ساله مورد سنجش قرار می‌دهد.

ابزار دیگری که اخیراً^۵ تهیه شده است، صفحه^۴ اختلالات هیجانی اضطراب - مدار در کودکان است که توسط بیر ماهر^۵ و همکاران (۱۹۹۷) طراحی شده است و ۵ عامل را در کودکان و نوجوانان ۹ تا ۱۸ ساله مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این عامل‌ها عبارتند از: اختلالات جسمانی / وحشت‌زدگی، اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی، هراس اجتماعی و مدرسه هراسی.

علاوه بر ابزارهایی که در بالا به آنها اشاره شد، تعدادی ابزار نیز برای ارزیابی ابعاد خاص و مشخص تر اختلالات اضطرابی در کودکان طراحی شده‌اند، از جمله پرسشنامه اضطراب و هراس اجتماعی برای کودکان (بیدل، ترنر و موریس^۶، ۱۹۹۵). این پرسشنامه از نظر تجربی مورد حمایت واقع شده است و نشانگان جسمانی خاص (مثل طپش قلب)، شناخت‌ها (کاری که من انجام می‌دهم

1 - Speil berger

2 - Johnson & Mellamed

3 - Hohn - Saric

4 - Screen

5 - Beir maher

6 - Beidel, Turner & Morris

۱۵۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

اشتباه است) و رفتارها (مثلاً "اجتناب کردن) را در ارتباط با دامنه ای از موقعیت‌های ایجاد کننده ترس مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس بازنگری شده اضطراب اجتماعی برای کودکان (لاگراکا و استون^۱، ۱۹۹۳) نیز یک اندازه ۲۲ ماده‌ای است که نشانگان مرتبط با اضطراب اجتماعی را از جمله اجتناب فراگیر اجتماعی و ارزیابی منفی و اجتماعی را مورد سنجش قرار می دهد. این ابزار دارای نسخه‌های مختلفی است که مخصوص کودکان، نوجوانان و والدین است. پرسشنامه وسواس لیتون^۲ نسخه کودکان (برگ^۳ و همکاران، ۱۹۸۸) نیز دارای ۲۰ ماده خود گزارشی است که ۴ عامل را در نشانه‌شناسی وسواس - بی اختیاری در کودکان و نوجوانان اندازه گیری می کند. فهرست حساسیت به اضطراب در دوران کودکی (سیلورمن و همکاران، ۱۹۹۱) نیز یک اندازه ۱۸ ماده‌ای است که ترس از اضطراب را در کودکان می سنجد. در کل، مطالعات به بررسی ویژگی‌های روان سنجی و حساسیت این ابزارها در ارزیابی ابعاد اضطراب در کودکان پرداخته‌اند و از کارایی آنها حمایت می کنند (ویمز^۴ و همکاران، ۱۹۹۸).

ارزیابی مشاهده‌ای

تمام ابزارهای سنجش که در بالا شرح داده شدند بر توصیف و درجه‌بندی مولفه‌هایی که توسط آزمودنی‌ها ارائه می‌شوند، متکی هستند (مثل معلمین، والدین، کودکان) و بنابراین، نسبت به سوگیری آسیب‌پذیر می‌باشند و این ممکن است از مفید بودن آنها بکاهد. مشاهده بالینی رفتارهای اضطرابی و ترس در کودکان در یک محیط طبیعی، اصلاحات ارزشمندی را برای ما فراهم می‌کند که با استفاده از روش‌های دیگر قابل دست‌یابی نمی‌باشد (بل دولان و برزیل، ۱۹۹۳). طرح‌های کدگذاری مشاهده‌ای به این منظور طراحی می‌شوند که مشاهده طبیعت گرایانه را در ارتباط با علائم اضطرابی کودکان در محیط واقعی روزمره آنها استاندارد سازند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). متاسفانه به دلیل محدودیت‌های زمانی و به این دلیل که ممکن است موقعیت‌های ایجاد کننده ترس در هنگام مشاهده موجود نباشد، مشاهده طبیعی به ندرت برای متخصصان بالینی قابل کار برد و عملی است، بنابراین، استفاده از روش‌های شبیه سازی شده مشاهده‌ای ممکن است توسط اکثر متخصصان بالینی

1 - Lagreca & Stone

2 - Leyton

3 - Berg

4 - Weems

ترجیح داده شود (سیلورمن و گینزبرگ، ۱۹۹۸). اساساً "چنین روش هایی شامل طرح موقعیت های اضطراب برای کودکان و مشاهده پاسخ های رفتاری آنان است. تکالیف رفتاری اجتنابی، جدایی از والدین و مواجهه با محرک ترس آور مواردی از تکالیفی هستند که می توان طرح کرد و سپس آنها را مشاهده نمود (کندال، ۱۹۹۴، ۲۰۰۰). سنجش مشاهده بازی مرتبط با جدایی یکی از ابزارهای مشاهده ای استاندارد شده است (میلاس و ریس^۱، ۱۹۸۲). مشاهده کننده آموزش دیده با استفاده از این اندازه می تواند تعداد رفتارهای توام با اضطراب کودک را و رفتارهای نشان داده شده توسط او را شمرده و مورد بازبینی قرار دهد. چنین ابزارهای مشاهده ای به نظر می رسد که دارای پایایی درجه بندی کنندگان بالایی باشند و در تشخیص وجود و شدت نشانگان اضطراب در کودکان مفید باشند (گلنسون و وایز، ۱۹۷۸).

سنجش فیزیولوژیکی

سنجش فیزیولوژیکی اضطراب دارای سابقه پژوهشی زیادی می باشند و می توانند از حوزه های مختلف کارکردهای خود کار، از جمله فشار خون، ضربان قلب، انقباض عضلات و عرق کردن بدست آیند (رید و همکاران^۲، ۱۹۹۰). علاوه بر ابزارهای خود گزارش دهی که ممکن است درباره برخی از نشانگان فیزیولوژیکی اضطراب تجربه شده توسط کودکان و نوجوانان طراحی شده باشند، ابزارهایی نیز برای بدست آورد میزان پاسخ های خودکار همگامی که آزمودنی با یک موقعیت و محرک ترسناک روبرو می شوید و یا زمانی که توصیفی کلامی و تجسمی از این محرک ها ارائه می کنند، طراحی شده اند.

برخی از تحقیقات نشان داده اند که کودکان دارای سطوح مختلف اختلالات اضطرابی متفاوت تفاوت هایی را در میزان ضربان و فشار خون خود نشان می دهند (بل دولان و برزیل، ۱۹۹۳). مثلاً" بیدل (۱۹۹۸) دریافت که کودکان دارای هراس اجتماعی افزایش معنادار بیشتری را در ضربان قلب خود با کودکان دارای DAD و کودکان عادی گروه کمتر نشان می دهند. متأسفانه حوزه ارزیابی روان شناختی اضطراب در کودکان نسبتاً کم مورد مطالعه قرار گرفته است (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱؛ کندال، ۲۰۰۰؛ بارلو، ۲۰۰۱). به علاوه، زیر سوال این نوع از اندازه گیری ها، تفاوت های فردی در تحول

1 - Milos & Reiss

2 - Reed

فیزیولوژیکی کودکان و حساسیت به تاثیر نامربوط به اضطراب، کارایی ابزارهای فیزیولوژیک را در ارزیابی اضطراب کودکان کاهش می دهد (رید و همکاران، ۱۹۹۰).

درمان اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان

از دیر باز رفتار درمانگری و شناخت - رفتار درمانگری، مداخله‌های روان شناختی هستند که از حمایت تجربی زیادی برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان، نوجوانان و بزرگسالان برخوردارند (آلن دیک و کینگ^۱، ۱۹۹۸؛ بارلو، ۲۰۰۱). در میان مداخله‌های درمانی رفتاری، مداخله‌هایی که بطور طبیعی در زندگی واقعی فرد صورت می گیرند، حساسیت زایی - مواجهه، درمان غرقه سازشی و غرقه سازی تجسمی^۲، شرطی سازی عمل گر و مدیریت وابستگی^۳، سرمشق دهی (از طریق فیلم و مشارکت) و رویکردهای ترکیبی بسیار شایع می باشند. شناخت - رفتار درمانگری نیز شامل مداخله‌هایی نظیر خود - بازبینی، حساسیت زدایی تجسمی، تصور هیجان انگیز و آموزش مهارت‌های مقابله ای خاص نظیر خود - گویی مثبت، روش‌های خود آموزی کلامی، توقف تفکر، حواس پرتی، خود تقویتی، تنش زدایی تدریجی می باشد (کندال، ۲۰۰۰؛ واکر و روبرتس، ۲۰۰۱؛ بارلو، ۲۰۰۱). مداخله‌های رفتار درمانی در ابتدا متمرکز بر روش‌های مواجهه ای است که مشغولیت کودک را در رفتار اجتنابی کنترل می کند. این روش اجازه می دهد تا شرطی سازی متقابل رخ دهد، که طی آن کودک با محرک ترس آور اضطراب زا روبرو می شود در حالی که به پاسخ‌ها و رفتارهای ناهمساز^۴ با این مشغول می گردد. در چنین مداخلاتی، تقویت کردن تسلط یابی موفقیت آمیز، درمانجو، یک مولفه رایج و فراوان است برای اینکه آنان را در رفتارهایی درگیر سازند که با احتمال زیاد تری ناهمساز با ترس و اضطراب هستند.

مداخلات شناخت - رفتار درمانگری متمرکز بر آموزش دادن به کودک به منظور مشخص کردن نشانه‌های اضطرابی خاص و سپس بکار گیری پاسخ‌های مقابله ای شناختی و رفتاری می باشد، در نتیجه شناخت - رفتار درمانگری برای کودکان بزرگتر و نوجوانان مناسب تر است. این مداخله‌ها طراحی شده اند تا ادراکات، تصورات، افکار، اسناد و باورهای کودکان را از طریق بازسازی کردن

1 - King

2 - Imajerary cuposure

3 - Contingency management

4 - Incompatible

شناخت‌های تحریف شده و سازش نایافته فرضی آنان تحت تاثیر قرار داده و اصلاح نمایند (بارلو، ۲۰۰۱).

به علاوه، استفاده از والدین و مراقبان کودک به عنوان دستیارهایی برای درمانگران و بکاربردن خانواده درمانی، در مواردی که نقش‌ها و گروه بندی‌های خانوادگی ابزارهای هستند که باعث حفظ و تداوم نشانگان اختلال می شوند، غالباً توصیه می گردد که نتایج بهتری را ببار آورد (برنشتاین، ۱۹۹۰؛ کار ۱۹۹۹). نهایتاً "مداخله‌های گروه مدار و گروهی که متمرکز بر انجام و وحدت مواجهه با ترمیم مهارت‌های خاص است ممکن است نیز بکار گرفته شود (بیدل و ترنر، ۱۰۰۸؛ بارلو، ۲۰۰۱؛ کندال، ۲۰۰۰).

مداخله‌های درمانی رفتاری

مداخلات رفتار درمانی، بویژه ممکن است در مرحله رشد اختلالات اضطرابی به عنوان یک پیشنهاد ساده به والدینی که قواعد خشک و غیر قابل انعطافی را به کودکان تحمیل می کنند و محدودیت‌هایی را در مورد رفتارهایی که ممکن است منجر به اجتناب شدید تر در آنان گردد، اجبار می کنند، مطرح شود. برای مثال، بلک^۱ (۱۹۹۵) دریافت که در مرحله حاد (کمتر از ۲ تا ۴ ماه طول کشیدن اختلال) در مراحل اولیه اختلال اضطراب مدرسه در کودک غالباً "نشانگان اختلال کاهش می‌یابند اگر والدین قواعد قاطعان را در باره رفتار جدایی به آنها تحمیل کنند، در حالی که رفتار جدایی بصورت برنامه دار و مناسبی تقویت و تشویق می گردد و تقویت کننده‌ها برای اجتناب از بین می‌روند. در هر حال مداخله‌های رفتاری برنامه دار و گسترده تر غالباً در موارد شدید و حاد تری که اختلال برای مدت بیشتری طول کشیده است مورد نیاز می باشند (گرونبرگرومیر^۲، زیر چاپ؛ نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱).

مواجهه - حساسیت زدایی در زندگی واقعی یکی از درمان‌های رایج و فراوان ترین درمان برای دامنه ای از اختلالات اضطرابی است، به ویژه برای هراس‌های خاص و اختلال اضطراب جدایی. این درمان شامل نوعی مواجهه تدریجی کودک با موقعیت یا محرک ایجاد کننده ترس است (مثل سگ، جدایی از والدین). مواجهه با استفاده از سلسله مراتبی از محرک‌ها با موقعیت‌ها که (به ترتیب

1 - Black

2 - Kronenberger & Meyer

۱۵۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

از محرک‌ها و موقعیت‌هایی که حداقل اضطراب را ایجاد می‌کنند (برای رویارویی تدریجی کودک با سطوح افزایشنده‌ای از محرک تهدید کننده بکار گرفته می‌شود. برای مثال، در موردی که در آن یک کودک ترس شدیدی از تهوع و استفراغ کردن داشت ممکن بود هدف اولیه برای آن کودک صحبت کردن درباره مشاهده کودک دیگری که دارد استفراغ می‌کند باشد. بعداً" ممکن است کودک را مشغول دیدن فیلمی کنیم که در آن کودکی در حال استفراغ کردن است (بهتر است این فیلم شامل صحنه‌هایی باشد که خنده‌دار باشد) و در مرحله بعد کودک را به دستشویی برده تا به مشاهده کودکانه بپردازد که واقعا" در حال استفراغ کردن هستند. طی فرایند درمانی به کودک راهبردهایی آموزش داده می‌شود تا اضطراب را کاهش دهد، از جمله تنفس آرام در قفسه سینه، آرمیدگی یا تنش زدایی و راهبردهای خود صحبتی برای تقویت کردن موفق شدن برای این کار و تقویت وابستگی‌هایی که همراه با مراحل مختلف در سلسله مراتب مذکور وجود دارند.

به‌طور کلی کارایی حساسیت زدایی در موقعیت‌های واقعی زندگی کالا" در درمان کودکان دارای اضطراب مورد حمایت واقع شده است و بیشتر از شرایط عدم درمان در گروه کنترل است (آلن دیک و کینگ^۱؛ ۱۹۹۸) و دیده شده است که حساسیت زدایی منظم تجسمی کارایی کمتری از حساسیت زدایی در موقعیت‌های واقعی است (اولتی^۲ و همکاران، ۱۹۸۲). از تجسم هیجانی، دامنه‌ای از حساسیت زدایی‌های منظم که طی آنها کودکان برای استفاه از یک داستان هیجان انگیز خیالی که شامل یک ابر قهرمان معروف به عنوان یک باز دارنده اضطراب است، آموزش می‌بینند، حمایت‌هایی شده است.

کرانول اسپنس و اسکات (۱۹۹۷) هراس از تاریکی را در ۲۴ کودک ۷ تا ۱۰ ساله با استفاده از یک طرح بین گروهی درمان کرده‌اند. آزمودنی‌ها به طور تصادفی یا به گروه درمانی تجسم هیجانی و یا به گروه کنترل نام نویسی در لیست انتظار تقسیم شدند. شرایط آزمایشی در کاهش ترس کلی، اضطراب صفت، رفتارهای اضطرابی قابل مشاهده هنگام یک آزمون هنگام یک آزمون تحمل تاریکی، درجه و میزان ترس اندازه گیری شده کودک و درجه بندی والدین از ترس پس از درمان تاثیر بالاتری داشت.

1 - Olendick & King

2 - Ultee

درمان‌های غرقه‌سازی و غرقه‌سازی تجسمی شامل مواجهه مداوم چه در موقعیت‌های تجسمی و چه در موقعیت‌های واقعی زندگی با شیء یا موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب تا اینکه سطح اضطراب کودک کاهش یافته یا از بین برود، است. در حالی که روش‌های غرقه‌سازی در مواجهه واقعی با محرک ترس‌آور، به کار برده می‌شود، درمان‌های غرقه‌سازی تجسمی از مواجهه تجسمی استفاده می‌کنند. غرقه‌سازی برای اختلال اضطراب مدرسه (SAD) زمانی که یک مشکل اولیه در اجتناب از مدرسه است به کار برده می‌شود و از طریق آن کودک یاد می‌گیرد که در مدرسه و فعالیت‌های کلاسی برای یک روز کامل شرکت کند. کودکان شکایت می‌کنند و تلاش می‌کنند که در مقابل جدایی از والدین که با قاطعیت با آنها مخالفت می‌کند مقاومت کنند. همکاری و مشارکت مدرسه و خانواده (والدین) برای توانمند کردن طرح درمانی بسیار مهم و حیاتی است (کرنی^۱ و آلبانو، ۲۰۰۰؛ کندال، ۲۰۰۰؛ کار، ۱۹۹۹).

در غرقه‌سازی، هیچ مواجهه تدریجی با موقعیت ایجاد کننده اضطراب وجود ندارد، که این با حساسیت‌زدایی منظم متفاوت است. و بنابراین این شیوه باید برای استفاده با کودکان دارای سطح بالایی از اضطراب که ممکن است آشفته شوند با احتیاط به کار برده شود.

سرمشوق‌دهی روشی است که مبتنی بر نظریه یا دگیری اجتماعی بندورا^۲ (۱۹۸۱) است که شامل فرایند یادگیری مشاهده برای غلبه بر ترس و اضطراب می‌باشد. در اشکال مختلف سرمشق‌دهی از الگوهای زنده، الگوهای فیلمی و سرمشق‌دهی مشارکتی برای کودکان استفاده می‌شود اعتقاد بر این است که خاموش کردن پاسخ‌های اجتنابی کودکان هنگام مشاهده الگویی که با محرک ایجاد کننده اضطراب مواجه می‌شود در حالی که پاسخی غیر از ترسیدن از خود نشان می‌دهد و پاسخ متناسب‌تر و سازش‌یافته‌تری را به موقعیت می‌دهد، اتفاق می‌افتد. (آلن دیک و کینگ، ۱۹۹۸). در کل شباهت بیشتر بین کودک، الگو و موقعیت منجر به نتایج بهتری می‌گردد. کارآیی سرمشق‌دهی در درمان کودکان دارای اختلال اضطراب مدرسه به خوبی اثبات شده است و برای الگویی که در ابتدا برخی مشکلات را از نظر جدایی نشان می‌دهد و پس از آن تسلط می‌یابد کمک کننده است، هم چنین توانایی کودک را برای همانند شدن با الگو تسهیل می‌کند. یافته‌هایی وجود دارند که نشان می‌دهند

1 - Kearny

2 - Bandura

۱۶۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

همپاری و مشارکت با کودک توسط درمانگر توأم با مشاهده یک الگو ممکن است موثر تر از سرمشق‌دهی به تنهایی است. در کاهش دادن رفتارهای اجتنابی (بلانکارد^۱؛ ۱۹۷۰؛ لوئیس^۲، ۱۹۷۴).

روش مدیریت وابستگی مبتنی بر تعیین و مشخص کردن مشوق‌ها و تقویت‌های غیر آگاهی دهنده‌ای است که ممکن است در حفظ اضطراب کودکان، ترس و رفتارهای اجتنابی آنان نقش داشته باشند. براساس اصول شرطی سازی واکنش گر، روش‌های مقابله با وابستگی‌ها تلاش دارند تا رفتار ترس را از طریق دستکاری پیامدهای آن کنترل کنند (کینگ و آلن دیک، ۱۹۹۷). فنون شرطی سازی کنش گر مبتنی بر این باورند که یادگیری رفتارهای روی آوردن توسط کودک به تنهایی برای تغییر و درمان کافی است و لزومی برای کاهش اضطراب وجود ندارد. فراوان ترین روش‌های مقابله با وابستگی که در اضطراب کودکان و شرایط هراسی به کار برده می‌شوند شامل تقویت مثبت، خاموش سازی و شکل دهی رفتار است (آلن دیک و کینگ، ۱۹۹۸). تقویت‌های مثبت رایج که غالباً "به حفظ نشانگان اضطراب جدایی کودکان کمک می‌نمایند شامل توجه زیادی والدین و تعامل با والدین، دستیابی آزادانه تر به غذا، تلویزیون و اسباب بازی‌های در طول روز و اجازه خوابیدن در دیر وقت هستند (کرنی و آلبانو، ۲۰۰۰). تقویت‌های منفی یا شرایطی که رفتار اجتنابی را تشویق می‌کنند ممکن است شامل اجتناب و دوری گزیدن از تعامل با همسالان اجتناب کننده، اجتناب از این ترس است که در غیاب کودک والدین صدمه می‌بینند، اجتناب از شکست تحصیلی، اجتناب از اضطرابی که در ترس از جدایی از والدین نهفته است و توسعه جدایی و پیشرفت تحصیلی است.

در چنین موقعیت‌های بالینی یک ارزیابی کامل از تقویت کننده‌های مثبت و منفی که ممکن است کودک هنگام نشان دادن اضطراب جدایی از خود نشان دهد، در ابتدا بسیار مهم است. این تقویت کننده‌ها موجود باید حذف شوند و رفتارها و تقویت کننده‌های جدیدی که با اختلال اضطراب از مدرسه نا همساز هستند بایستی مشخص و بکار برده شوند. در مثالی در مورد کودکی دارای اضطراب مدرسه است. ممکن است این کار شامل بردن کودک به دکتر برای بررسی اینکه آیا او اجازه دارد که در مدرسه نباشد و در خانه بماند، نگاه داشتن کودک در تختخواب با کمترین و حداقل تماس و تعامل با والدین و عدم دسترسی به تلویزیون و ترتیب دادن تقویت‌ها و پاداش‌های خاصی برای

1 - Blanchard

2 - Lewis

شرکت در مدرسه باشد. روش‌های مقابله با وابسته‌ها غالباً زمانی که با حساسیت‌زدایی ترکیب می‌شوند تاثیر بیشتری دارند (کرنی و آلبانو، ۲۰۰۰؛ بارلو، ۲۰۰۱).

مشاهده شده است که روش‌های مقابله با وابستگی کارایی زیادی در کمک به کودکان برای غلبه بر ترس از رانندگی اتومبیل (آبلر و ترویلیگر^۱، ۱۹۷۰) ترس از تاریکی (شسلو، باندی و نلسون^۲، ۱۹۸۳) و ترس از آب (منزیس و کلارک^۳، ۱۹۹۳) دارا است. در واقع برخی از مطالعات دریافته‌اند که تمرین تقویت شده^۴ اثر بیشتری نسبت به سرمشق‌دهی زنده بزرگسالان در مورد رفتار دارا است (منزیس و کلارک، ۱۹۹۳) هم‌چنین استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای کلامی تاثیر کمتری از تمرین تقویت شده دارا است (شسلو، باندی و نلسون، ۱۹۸۳).

شناخت - رفتار درمانگری

در اختلالات اضطرابی فرض بر این است که شناخت‌های سازش یافته منجر به استفاده از رفتارهای سازش نیافته اجتنابی می‌شود. درمان متمرکز بر ایجاد تغییرات شناختی است که به نوبه خود تغییرات رفتاری نا همساز با نشانه شناسی اضطراب و هراس را ایجاد می‌کنند. در حمایت از این پیش فرض کلیدی یافته‌ای است که نشان می‌دهد کودکانی که اضطراب معناداری را در آزمون دادن تجربه می‌کنند، درگیری و مشغولیت بیشتری را با خود ارزیابی منفی مکرر خود، ارزیابی مثبت بسیار کم و افکار اتمام تکلیف^۵ دارند که حواس آنها را از تکلیف‌های آزمون دهی پرت می‌کنند (وارن، آلن دیک و کینگ^۶، ۱۹۹۸). روش‌های شناخت - رفتار درمانگری به کودک آموزش می‌دهند تا پاسخ‌های مقابله‌ای خاصی را به کار گیرند (کندال و همکاران، ۱۹۹۲). یک رژیم درمانی شناختی - رفتاری نوعی با آموزش کودک برای تکالیف خود - بازبینی نظیر حفظ رژیم غذایی روزانه در موقعیت‌ها و نشانه‌های ایجاد کننده اضطراب و هم‌چنین پاسخ‌های هیجانی، شناختی (مثل تفکر، خود - گویی) و رفتاری (اجتناب کردن در مقابل مقابله و تسلط یافتن)، شروع می‌شود. در مرحله خود بازبینی به کودک می‌آموزند که نشانه‌هایی که منجر به اضطراب می‌شوند را مشخص کند (مثلاً، دوری از

1 - Obler & Terwilliger
2 - Sheslow, Boandy & Nelson
3 - Menzies & Clarck
4 - Reinforced Practice
5 - Off - Tasks
6 - Warren & King

۱۶۲- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

پرستار کودک یا درس جواب دادن در کلاس). مرحله بعد شامل آموزش دادن دامنه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای و بکارگیری آنها در موقعیت‌های ایجاد کننده اضطراب است نظیر خود - گویی‌های مثبت، حواس پرتی، خود بازبینی، تجسم هیجانی و تنش زدایی. سپس کودک این مهارت‌ها را در زندگی واقعی و موقعیت عادی به کار می‌برد.

حمایت‌های بالینی و تجربی زیادی برای این رویکرد وجود دارد (کازدین و ویس^۱، ۱۹۹۸؛ بارت^۲ و همکاران، ۲۰۰۱؛ آلن دیک و کینگ، ۱۹۹۸). کندال (۱۹۹۴) از یک رژیم شناختی - رفتاری جامعه برای درمان گروهی مرکب از کودکان دارای اختلالات اضطراب بی‌نظیر، اختلال اضطراب مدرسه (SAD)، اختلال اضطراب فراگیر (GAD) و هراس اجتماعی استفاده کرد که آن برنامه را "گربه مقابله گر"^۳ نامید. این طرح قرار دادی ۱۶ هفته‌ای شامل آموزش به کودک برای بازشناسی واکنش‌های جسمانی خود و احساسات اضطرابی خویش است که در جهت آگاه شدن از شناخت‌های اضطراب - مدار توأم با آنها و توسعه یک طرح مقابله‌ای شامل خود - گویی‌های مثبت و مهارت‌های حل مسئله است. به علاوه، به کودک آموزش داده می‌شود تا پاسخ‌های مقابله‌ای خود را ارزیابی کرده و از خود تقویتی برای رفتارهای مقابله‌ای سازش یافته استفاده کند. در پروتکل درمانی از مواجهه واقعی و تجسمی نیز استفاده می‌شود. از کتابچه‌های کار و فعالیت‌های فوق برنامه نیز جهت تقویت آزمودنی‌ها برای استفاده از مهارت‌های خود استفاده می‌شود. پیگیری یک و سه ساله نشان داد که گروهی که شناخت - رفتار درمانگری را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل که در لیست انتظار بودند، بود دستاوردهای درمانی را حفظ کرده بودند. (کندال و سوتامه - گرو^۴، ۱۹۹۶). بارت و همکاران (۲۰۰۱) در یک مطالعه پیگیری ۶ ساله دریافتند که اثرات درمانی شناخت - رفتار درمانگری در سطح وسیعی در طول یک دوره ۵ تا ۷ ساله برای کودکان و نوجوانان ۱۴ تا ۲۱ ساله مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و OAD همچنان حفظ شدند. هم چنین این محققان دریافتند که کارایی شناخت - رفتار درمانگری و شناخت رفتار - درمانگری توأم با خانواده درمانی در درمان این اختلالات یکسان بود.

1 - Kazdin & Weisz

2 - Barrett

3 - Coping Cat

4 - Southam - Gerow

خانواده درمانی و مداخله والدین

برای والدین بسیار عادی است که در برنامه درمانی کودکان خود مشارکت داشته باشند زیرا اضطراب کودکان غالباً "مرتبط با روابط آنها با مراقبان اولیه شان و نشانه هایی در کودکان است که ممکن است تاثیر عمیقی بر پویایی ها و تعاملات خانوادگی آنها داشته باشد (کرانبرگر و میر، ۱۹۹۳). در کمترین سطح، ممکن است این کار شامل آموزش والدین درباره سبب شناسی، نشانه ها و درمان اضطراب در کودکان آنها باشد. در خیلی از موارد (مثلاً) درمان اختلال اضطراب مدرسه - اجتناب از مدرسه و هراس اجتماعی، والدین ممکن است مستقیماً در بازبینی رفتار کودکان خود در طول روز و عملکرد تکالیف درمانی آنان و بکارگیری روش های درمانی درگیر شوند. هم چنین والدین نیاز دارند تا از نقش رفتارهای خود که در تقویت کردن نادرست رفتارهای اجتنابی کودکانشان نقش دارند آگاهی یابند و هم چنین از نقش تنیدگی های محیطی روی کودک و خانواده باخبر شوند. هم چنین ممکن است لازم باشد از والدین حمایت زیادی برای داشتن این موضوع که احساس گناه و شک داشتن به عنوان محدودیت هایی که ممکن است به کودکان آنها در هنگام فرایند درمان تحمیل شود، به عمل آید. فرایند ایجاد انگیزه در والدین برای مشارکت در درمان کودکان خود و پیگیری آن با استفاده از پاداش دهی، یک فرایند مداوم می باشد.

ممکن است خانواده درمانی گاهی اوقات در مواردی که والدین بطور افراطی متکی بر کودکان و تقویت کردن آنها برای وابستگی زیاد و رفتار اجتنابی گسترده می باشند، ضروری باشد (میر، ۱۹۹۳). والدین در چنین موقعیت هایی ممکن است برای بکارگیری توصیه های درمانی انگیزه ای نداشته باشند و یا بطور آشکاری در مداخله کارشکنی کنند (کرانبرگر و میر، ۱۹۹۳). نشانه های اجتنابی کودک ممکن است عملاً "نقشی را در محیط خانوادگی دارا باشند، خانواده درمانی ممکن است توأم با درمان های رفتار و شناختی رفتاری برای هدایت مسایل نقش ها و گروه بندی اعضای خانواده و هم چنین برای مسایل کلی سیستماتیک نظیر گروه بندی کودک - والدین و سلسله مراتب خاص خانوادگی ضروری می باشد (برنشتاین، ۱۹۹۰؛ کندال، ۲۰۰۰). ممکن است درمانگر نیاز به مداخله فعال در مسایل ساختاری خانوادگی داشته باشد و بصورت بازی توضیح دهد که چگونه کودک با استفاده از رفتار اجتنابی به تمرین کردن کنترل روابط و یا اجتناب از نقش ها و رفتارهای مستقل

۱۶۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

می‌پردازد (کاپلان و سادوک^۱، ۱۹۸۸). مروری که اخیراً بر حمایت‌های تجربی موجود برای انواع درمان‌ها برای اختلالات اضطرابی کودکان انجام گرفته است نشان می‌دهند که درگیر شدن خانواده در درمان‌های شناختی و رفتاری می‌تواند کارایی این درمان‌ها را افزایش دهد (آلن دیک و کینگ، ۱۹۹۸).
اعضاء خانواده غالباً آموزش می‌بینند تا رفتارهای اضطرابی و ترس افراطی را خاموش کرده یا نادیده بگیرند، تقویت‌کننده‌ها را برای بدست آورد هدف به تاخیر بیاندازند (هم تحسین‌های کلامی و هم تشویق‌های قابل دست‌یابی را) و الگوهای بی‌برای مقابله موثر و مقابله با اضطراب و نگرانی‌ها و هم چنین نقش خودشان در ارتباط با عملکرد کودک که ممکن است در اضطراب کودک سهیم باشند؛ فراهم کنند. در چنین موقعیت‌هایی ممکن است درمان‌های ترکیبی برای والدین بکار برده شوند. بویژه، اگر آسیب‌شناسی روانی والدین احساس شود که در نشانه‌های اختلالی کودکان سهیم باشد.

مداخلات پیشگیری‌کننده

پیشگیری به صورت زیر تعریف می‌شود: «مداخله‌هایی که قبل از شروع یک اختلال قابل تشخیص از نظر بالینی با هدف کاهش تعداد و موارد جدیدی که به این اختلال مبتلا می‌شوند انجام می‌گیرند» (دونوان و اسپنس^۲، ۲۰۰۰). به دلیل این‌که تحقیقات نشان داده‌اند که سن شروع اختلالات اضطرابی مربوط به کودکی و نوجوانی است، لذا یکی از مؤثرترین موقعیت‌ها برای به‌کارگیری روش‌های پیشگیرانه، محیط‌های آموزشی و تحصیلی هستند (گرینبرگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۱).

مداخلات پیشگیری‌کننده می‌توانند تعداد عوامل خطرآفرین یا اهمیت عوامل خطرآفرین که در شروع اختلال نقش مهمی برعهده دارند را کاهش دهند. عوامل خطرآفرین برای کودکان شامل مشکلات هیجانی، اضطراب والدین، و وضعیت خانوادگی، مشکلات بین فردی، وقایع تنیدگی‌زای زندگی و مشکلات تحصیلی هستند (تومب و هانت^۴، ۲۰۰۴).

از طرفی عواملی هستند که نقش محافظت‌کننده دارند. ممکن است این عوامل به صورت ذاتی در کودک وجود داشته باشند یا بخشی از محیط کودک باشند. مهارت‌های مقابله‌ای یکی از عوامل محافظتی است که ممکن است از شکل‌گیری اختلالات اضطرابی پیشگیری کند. نتایج پژوهش‌ها نشان

1 - Kaplan & Sadock

2 - Donovan & Spence

3 - Greenberg

4 - Tomb & Hunter

می‌دهند که راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار در مقابل راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار یا اجتنابی، یک عامل محافظت‌کننده مهم در اضطراب در کودکان است. از این رو آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤخر برای مقابله با تنیدگی، احتمال شکل‌گیری اضطراب را به حداقل می‌رساند (گرین برگ و همکاران، ۲۰۰۱). به‌طور کلی احتمال کمی وجود دارد که یک عامل خطرآفرین منفرد منجر به شکل‌گیری یک اختلال گردد و یک عامل محافظت‌کننده منفرد از رشد و توسعه آن پیشگیری کند. بنابراین، هدف مداخله‌های پیشگیری‌کننده باید رشد و توسعه عوامل محافظت‌کننده و خطرآفرین چندگانه و مسایل محیطی که این عوامل خطرآفرین را ایجاد می‌کنند، نظیر عوامل فردی یا بافتی و خانوادگی باشد.

الگوی سه مؤلفه‌ای پیشگیری‌کننده

الگوی سه مؤلفه‌ای پیشگیری‌کننده برای اولین بار توسط یک سازمان درمانی در سال ۱۹۹۴ طراحی گردید که توسط سازمان بهداشت جهانی مجدداً بازنگری شده است.

سطح جهانی پیشگیری یک گروه کامل را هدف قرار می‌دهد (برای مثال، تمام کودکان در یک مدرسه) که بر اساس خطر فردی مشخص نشده است. مواردی از یک مداخله جهانی بدون جهت‌گیری سلامت روانی می‌تواند برنامه‌های ایمن‌سازی کودکی و مهارت‌ها و ظرفیت‌های مبتنی بر آموزشگاه و برنامه‌های اصلاحی باشد (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۱). این سطح از پیشگیری باید به صورت مثبت و پیش‌گستر ساخته شود.

مداخلات در این سطح خطر برجسته خوردن آزمودنی‌ها را به حداقل رسانده و عمدتاً به سرعت در یک محیط خاص پذیرفته شده و به‌کار گرفته می‌شوند (برای مثال در محیط مدرسه).

سطح انتخاب شده پیشگیری، افراد یا خرده‌گروه‌هایی که دارای عوامل خطرآفرین زیست‌شناختی و اجتماعی هستند را هدف قرار می‌دهد. آن‌هایی که خطر ابتلا به یک بیماری روانی خاص در آن‌ها احتمالی بیش از متوسط دارد و آن‌هایی که نمی‌توانند به یک مداخله پیشگیری‌کننده عمومی پاسخ دهند. مواردی از مداخله‌های انتخابی شامل برنامه‌های آموزشگاه برای کودکان متعلق به وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین و گروه‌های حمایتی برای کودکان که ممکن است از وقایع آسیب‌زا و تنیدگی‌آور رنج ببرند، می‌باشد.

سطح هدف (مورد نظر) از پیشگیری افرادی را هدف قرار می‌دهد که علائم اولیه یا نشانگان اولیه با شاخص‌های زیست‌شناختی مرتبط با اختلالات روانی را نشان می‌دهند اما براساس ملاک‌های

۱۶۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

تشخیصی مبتلا به هیچ نوع اختلال خاصی تشخیص داده نمی‌شوند (دونوان و اسپنس، ۲۰۰۰). یک مورد از این نوع مداخله پیشگیری‌کننده، آموزش مهارت‌های اجتماعی و یا آموزش برقراری تعامل کودک - والد است.

کارکنان و دست‌اندرکاران مدرسه می‌توانند از طریق به‌کارگیری مداخلات مبتنی بر اضطراب در سطح جهانی، انتخاب شده و هدف مطمئن شوند که مدارس می‌توانند از رشد و توسعه اضطراب پیشگیری کنند و همچنین مداخله‌های ضروری برای درمان دانش‌آموزانی را که از خود اضطراب نشان می‌دهند را فراهم کنند (واکر و همکاران، ۱۹۹۶).

خلاصه

شناخت - رفتار درمانگری و رفتار درمانگری هسته‌های اصلی درمانی در درمان اختلالات هیجانی کودکان هستند. از طرفی، بسیار تعجب‌انگیز است که تعداد بسیار کم و ناچیزی از طرح‌های مطالعاتی کنترل شده بین گروهی وجود دارند که کارایی این مداخله‌ها را نشان دهند (آلن دیک و کینگ، ۱۹۹۸). اگر چه تعدادی مطالعات با طرح تک موردی وجود دارند که نشان دهنده کارایی این شیوه‌های درمانی می‌باشند (آلن دیک، ۱۹۹۵؛ ایزن^۱ و سیلورمن، ۱۹۹۳). طرح‌های مطالعاتی بین گروهی کنترل شده جامع تری نیاز است تا بتوان این شیوه‌های درمانی را به صورت دستورالعمل در آورد، نظیر طرح کندال (۱۹۹۴) تحت عنوان «گربه مقابله گر» تا بتوان اضطراب در کودکان و نوجوانان را درمان کرد.

مداخلات دارویی

یک سوال راجع به اکثر والدینی که در جستجوی کمک برای درمان اضطراب کودکان خود هستند این است که آیا دارو درمانی بخشی از رژیم درمانی خواهد بود یا خیر؟ به علاوه بسیاری از والدین به طور انتخابی درمان‌هایی را از متخصصان درمانی طلب می‌کنند که فاقد و یا حتی مخالف دارو درمانی کودکان باشند. البته سوگیری‌هایی که نسبت به داروها توسط والدین نشان داده می‌شوند ممکن است ناشی از اطلاعات منفی و داستان‌های مصور عامیانه‌ای باشد که چاپ شده‌اند و یا حتی

فهرست موضوعی ----- ۱۶۷

ناشی از اعتقادات مذهبی، ترجیح‌های شخصی و نگرانی‌های سلامتی همراه با این دانش باشند که نسبتاً "اطلاعات کمی در مورد استفاده طولانی مدت از دارو درمانی کودکان موجود می‌باشند. اما، با افزایش توجه به مطالعه اختلالات اضطرابی در کودکان، رشته روان - دارو درمانی و کوشش‌های بالینی در رابطه با این مسائل به طور روزانه پیشرفت می‌کنند. به علاوه، در تحقیق روی کارایی، امنیت و استفاده از داروهای خاص برای کودکان، محققان متمرکز بر توسعه دستورات العمل‌هایی برای به‌کار گرفتن دارو درمانی به تنهایی و در ترکیب با شناخت - رفتاردرمانگری هستند (مارش و همکاران، ۱۹۹۷). امروزه، مطالعات تجربی کمی به بررسی کارایی داروهای خاص برای اضطراب کودکان و نوجوانان صورت گرفته است، با این استثناء که داروها برای درمان اختلال وسواس - بی‌اختیاری کارایی بالایی دارند. در واقع، بسیاری از داروها برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرند که ناشی از تجربه بالینی هستند تا ناشی از آزمایش‌های تجربی (مارش و آلبانو، زیر چاپ). در پاسخ به کمبود کوشش‌های کنترل شده دارویی، سازمان جهانی بهداشت روانی واحدهای تحقیقاتی را تاسیس کرده‌اند که به مطالعه دارو درمانی اختلالات روانی می‌پردازند و بخشی از آن متمرکز بر دارو درمانی اختلالات روان پزشکی در کودکان و نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله است.

بسیاری از متخصصان روان پزشکی بر این موضوع توافق دارند که درمان دارویی کودکان و نوجوانان دارای اضطراب باید همراه با شناخت - رفتار درمانگری آغاز شود. این که از دارو درمانی به تنهایی برای درمان کودکان و نوجوانان دارای اضطراب استفاده شود، بسیار غیر معمول است و پیشنهاد نمی‌گردد (AACAP, ۱۹۹۷). ممکن است متخصصان از دستور العمل‌های زیر برای درمان کودکان با دارو و یا رژیم‌های درمانی کودکان استفاده کننده (کلی و هاک، ۱۹۹۹).

۱- آیا از شناخت - رفتار درمانگری و سایر درمان‌های روان شناختی استفاده شده است و

کارایی نداشته است؟

۲- آیا می‌توان این نشانه‌ها را در پاسخ به دارو درمانی داد؟

۳- آیا نشانه‌ها علل آشفتگی‌های مهمی هستند و با کارکرد و عملکرد فرد تداخل یافته‌اند؟

۴- آیا والدین تقاضای دارو درمانی کرده‌اند؟

۵- آیا الگوهای همبندی تعدادی از اختلالات با هم، مداخله شدیدی را ایجاب می‌کند؟

۶- آیا کودک یا نوجوان اقدام به خودکشی کرده است؟

۱۶۸ ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

۷- آیا نشانه‌های شدید و معنا داری برای منع کردن داروها برای کودک به دلیل خطرات بالقوه استفاده از یک داروی خاص جود دارند؟

۸- علی رغم کوشش‌های شناخت - رفتار درمانگری در قبل، آیا کودک نشانه‌هایی از بازگشت و عودت اختلال و یا افزایش شدت و فراوانی آن را نشان داده است؟

اگرچه داده‌های تجربی کمی برای استفاده از درمان‌های غیر دارویی برای اختلال وسواس - بی‌اختیاری وجود دارند، اما بازدارنده‌های جذب مجدد سرتونین انتخابی (SSRI) حمایت تجربی زیادی به دلیل آثار درمانی طولانی مدت خود در درمان اضطراب کودکان بدست آورده‌اند (بیرماهر^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). امروزه فقط کوشش‌های نامگذاری - باز^۲ در ادبیات گزارش می‌شوند، اگر چه چندین کوشش کنترل شده در این زمینه موجودند. این طبقه از داروها کلاً توسط بیماران خوب تحمل می‌شوند و نسبتاً سالم و امن هستند اما مشروط بر این که به مقدار مناسبی استفاده شوند و استفاده افراطی از آنان نشود (ایدل و همکاران، ۱۹۸۹). اثرات جانبی SSRI ها نوعاً ناچیزند و ممکن است شامل تسکین یا بیخوابی^۳، پر تحرکی و یا سردردها باشند. بزرگترها ممکن است بد کار کردی جنسی را نیز تجربه کنند. برای بهبود کوتاه مدت و سریع، ممکن است از بنزودیازپین‌های^۴ با قدرت بالا استفاده شود، اگر چه، این داروها، ایجاد عادت می‌کنند و بسیاری از بیماران گزارش کرده‌اند که مشکلاتی را با قطع و عدم ادامه در استفاده برای طولانی مدت دارا هستند. اثرات جانبی این داروها شامل، خواب‌الودگی، سرگیجه و ناهشیاری شناختی می‌شوند. به علاوه گزارش‌هایی از عدم بازداری‌های رفتاری، موجودند (گرایی^۵ و همکاران، ۱۹۹۴). ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای در کل حمایت تجربی کم و محدودی و پتانسیل بالایی را برای اثرات جانبی دارا هستند، این اثرات جانبی شامل انقباض بیش از حد استخوانی - عضلاتی^۶ و تغییرات EKG هستند. جدول ۳ خلاصه‌ای از داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان را نشان می‌دهد. خوانندگان علاقمند می‌توانند به پارامترهای عملی خلاصه و چاپ شده توسط آکادمی آمریکایی روان پزشکی کودک و نوجوان رجوع کنند (AACAP^۷، ۱۹۹۴).

1 - Beir maher

2 - Open - Label Trials

3 - Sedationer insomnia

4 - Benzodiazepines

5 - Graae

6 - Orthostatic

7 - American Academy of Child and Adolescent

جدول ۳: داروهای مورد استفاده در درمان اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان.

طبقه دارویی	دارو	نام و مارک آن	تمرکز درمانی
ضدافسردگی‌های سه حلقوی	ایمی پرامین	تافرانیل	نوعاً" برای اختلال اضطراب جدایی، مدرسه
	نورتریپلین	پاکلور	گریزی، اضطراب فراگیر و وحشت زدگی
	دسی پرامین	نورپرامین	استفاده می‌شوند و برای درمان اختلال
بازدارنده‌های جذب مجدد سرتونین	لومی پرامین	سی لکسیا	وسواس - بی اختیاری و هراس‌های خاص رایج نمی‌باشند. توجه کنید که این طبقه از داروها به دلیل اثرات جانبی زیادی که دارند کمتر مورد استفاده قرار می‌گیرند.
	سیتالوپرام	پروساک	کلومی پرامین تنها CTAی است که برای درمان اختلال وسواس - بی اختیاری بکار برده می‌شود. مطالعات کنترل شده در مورد SRI ها، تحت همین نام، حمایت کمی را برای کارایی این داروها در درمان اختلالات اضطرابی به غیر از هراس‌های خاص فراهم کرده است.
	فلوکستین	لاوکس	این طبقه از داروها در کودکان به طور کمی استفاده می‌شوند زیرا اثرات جانبی نظیر خواب آلودگی و عادت کردن به دارو مانع از این کار می‌شود. بنزودیازپین‌ها در درمان موقعیت‌های مختلف اضطرابی بکار برده می‌شوند داما غالباً؛ برای اختلال وحشت زدگی، اضطراب فراگیر و هراس کاربرد دارند.
	فلوواکسامین	پاکسیل	
بنزو دیازپین‌ها	پاروکستین	زلفت	
	سرتالین	اکساناکس	
سایر داروها	آیرازولام	کلونوپسین	
	کلونازپام	آنیوپان	
	لورازپام	باسپار	
		ولبوترین	در اختلال اضطراب فراگیر استفاده می‌شوند.
		ایندرال	
		افکسور	در موارد هراس اجتماعی غیر واگیر نظیر اضطراب صحبت کردن در بین عموم استفاده می‌گردند. داروهای جدیدی برای استفاده در اضطراب تحت مطالعه هستند داده‌ها در مورد کودکان کم است

برگرفته از کلی و هاگ، ۱۹۹۹؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱.

خلاصه و نتیجه‌گیری

در این فصل دامنه‌ای از بررسی‌های مفهومی، روش‌شناختی و بالینی را در ارتباط با مطالعه و درمان ترس اضطراب در کودکان و نوجوانان مرور کردیم. آشکار است که پیشرفت‌هایی در تعدادی از این بخش‌ها و قسمت‌ها صورت گرفته است. روش‌های الگودهی پیچیده آماری نیز برای محققان قابل دست‌یابی شده‌اند تا به بررسی دقیق و ارزیابی معتبری از سازه‌های نظری موجود در این حوزه اقدام کنند. اگر چه این حوزه از مطالعه نسبتاً "جدید است". رشته آسیب‌شناسی روانی تحولی در حال پیشرفت است و دارای دانش‌افزاینده‌ای در مورد زمان شروع و سیر نشانه‌های ترس و اضطراب در نمونه‌های بالینی و بهنجار کودکان است.

ترکیب اطلاعات بدست آمده از طریق آزمون کردن الگوها و تحقیقات همه‌گیر شناسی منجر به بررسی‌هایی شده است که در جهت پیشنهاد الگوریتم‌هایی برای پیش‌بینی کردن عوامل خطر آفرین، آسیب‌پذیری و محافظتی که ممکن است تلاش‌هایی در حوزه تشخیص و پیشگیری از نشانه‌های تشخیص باشد. به علاوه طی دو دهه گذشته، روش‌های مداخله‌ای شناختی- رفتاری مؤثری برای درمان اختلالات اضطرابی طراحی شده‌اند. این تلاش‌ها همراه با پیشرفت در حوزه آسیب‌شناسی روانی بوده است. در حال حاضر متخصصان بالینی به سوی ارزیابی ترکیب روش‌شناختی- رفتاری با دارو درمانی حرکت می‌کنند. در راستای دست‌یابی به این هدف، کوشش‌های بالینی چند محوری، چند روشی برای ارزیابی کارایی رژیم‌ها و برنامه‌های درمانی شناختی- رفتاری و دارویی و سایر درمان‌های روان‌شناختی پیشنهاد شده‌اند. هدف چنین تحقیقاتی، بالاتر بردن کارایی و تاثیر این درمان‌ها است. همچنین پارامترها و دستورالعمل‌های کاربردی پیشرفته‌ای برای درمان اختلالات اضطرابی در کودکان و نوجوانان بطور گسترده‌ای طراحی و ارائه شده‌اند.

دانشگاه تهران - مؤسسه روانشناسی
دکتر محمد خدایاری فرد

فصل ششم

اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

طی ده سال گذشته اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی یا ADHD^۱ به شدت توجه متخصصان و پژوهشگران بالینی را به خود جلب کرده است. به طوری که توجه عموم و رسانه‌ها نیز تا حدی زیادی به این اختلال معطوف شده است. اگرچه این روند آگاهی و دانش ما را از اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه افزایش داده است، با این حال هنوز ابهاماتی در مورد این اختلال وجود دارد. از این رو ادامه این موج توجه به این اختلال، نیازمند مباحثات جامع، علمی و به روز درباره ADHD می‌باشد. در این فصل تلاش بر این است که چنین بحثی ارائه شود.

از این رو در این فصل برای دستیابی به این هدف با مروری کوتاه بر تاریخچه ADHD شروع می‌کنیم. پس از آن بحث را با ویژگی‌های مشخص‌کننده آن ادامه می‌دهیم و در ادامه، بحث مفصلی در مورد سبب‌شناسی، همه‌گیرشناسی، ابعاد تحولی، نشانه‌های بالینی، تأثیر بر کارکردهای روان‌شناختی و ابعاد و ویژگی‌های مرتبط با آن خواهیم داشت. هم‌چنین به روش‌های ارزیابی و راهبردهای درمانی این اختلال پرداخته خواهد شد. در کلیه این مباحث سعی خواهد شد که از یک دیدگاهی تحولی به بررسی اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه پرداخته شود.

تاریخچه

توجه کمی برای این ادعا وجود دارد که ADHD اختلالی است که فقط مربوط به دهه ۱۹۹۰ است. توصیف دقیق‌تر آن است که: به تازگی مشاهده شده است که از برچسب‌های تشخیصی برای

توصیف کودکانی که سطوح نامناسبی از بی‌توجهی، تکانشی بودن و یا بیش‌فعالی را از نظر تحولی نشان می‌دهند استفاده می‌شود.

دو روند مهم وجود دارند که تاریخچه این اختلال را در آمریکا مشخص می‌کنند. اولین روند مرتبط با موضوع یکسانی تشخیص است. از اوایل سال‌های ۱۹۰۲ تا اواخر دهه ۱۹۶۰ توافق کمی در این حوزه برای نام‌گذاری این اختلال وجود داشت. از این‌رو در زمان‌های مختلف چیزی که به عنوان ADHD شناخته می‌شد، اشاره به اختلال رفتاری پس از التهاب مغزی^۱ (هوهمن^۲، ۱۹۹۲)، سواری^۳ (کان و کوهن^۴، ۱۹۳۴)، سندرم آسیب مغزی کودک (استراس و کفارت^۵، ۱۹۵۵)، بدکارکردی کم مغز (کلمنتس و پیترز^۶، ۱۹۶۲) و سندرم بیش‌فعالی کودک (چس^۷، ۱۹۶۰) داشت.

دومین روند مهم مربوط به زمانی است که اختلال به‌طور دقیقی نامگذاری شد. در این دوره توصیف‌های مبتنی بر سبب‌شناسی از این اختلال شروع شد که زمینه‌ای برای نامگذاری آن گردید. به طوری که DSM-III^۸ این اختلال را اختلال نقص توجه پایا بدون بیش‌فعالی نامگذاری کرد (APA، ۱۹۸۰) و DSM-III-R از اصطلاح اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی برای تشخیص این اختلال استفاده کرد (APA، ۱۹۸۷).

ملاک‌های تشخیصی ADHD براساس DSM-IV-TR

اخیراً ملاک‌هایی برای تشخیص ADHD در DSM-IV-TR (APA، ۲۰۰۰) مطرح شده است. در محور فرایند تصمیم‌گیری برای تشخیص ADHD دو نوع فهرست ۹ مؤلفه‌ای از علائم و نشانه‌ها قرار دارد، که یکی از آنها مربوط به نشانگان بی‌توجهی است و دیگری مربوط به مسایل مرتبط با تکانشی - بیش‌فعالی است. از جمله نشانه‌های بی‌توجهی می‌توان به نشنیدن هنگامی که با فرد صحبت می‌شود، حواس‌پرتی و دارا بودن مشکلاتی در انجام تکالیف سازمان‌یافته اشاره کرد. فهرست تکانشی -

1 - Postencephalitic

2 - Hohman

3 -Organic driveness

4 - Kahn & Cohen

5 - Strauss & Kephart

6 - Clements & Peters

7 - Chess

8 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition (DSM-III)

9 - American Psychiatric association (APA)

۱۷۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

بیش‌فعالی شامل شش نشانه برای بیش‌فعالی و سه نشانه برای تکانشی بودن است. از جمله نشانه‌های بیش‌فعالی می‌توان به بی‌قراری، وول خوردن و مشکل در یک جا نشستن و پرحرفی اشاره کرد. قطع کردن صحبت دیگران و مشکلاتی در انتظار کشیدن برای رسیدن نوبت نیز از نشانه‌های تکانشی بودن است.

معلمان و والدین باید حداقل وجود شش رفتار از نه رفتار مشکل‌آفرین موجود در هر یک از فهرست‌ها را گزارش کنند تا تشخیص اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه داده شود. چنین رفتارهایی باید قبل از ۷ سالگی شروع شده باشند، و حداقل به مدت ۶ ماه طول کشیده باشند و فراوانی آن‌ها بیشتر و بالاتر از آن حدی باشد که از سن ذهنی کودک انتظار می‌رود. به علاوه این رفتارها باید در دو یا چند موقعیت مشهود باشند، تأثیر قابل توجهی روی کارکردهای روان‌شناختی داشته باشند و به دلیل سایر انواع مشکلات سلامت روانی و یا اختلالات یادگیری که ممکن است وجود آن‌ها را بهتر تبیین کنند رخ ندهند. ملاک‌های تشخیصی برای ADHD به تفصیل در زیر آمده است:

الف- علایم و نشانه‌های بی‌توجهی

- ۱- غالباً در توجه لازم به جزییات شکست می‌خورند و اشتباهاتی را که ناشی از بی‌دقتی است در تکالیف مدرسه، کار و سایر فعالیت‌ها مرتکب می‌شوند.
- ۲- غالباً در حفظ توجه در هنگام انجام تکالیف یا فعالیت‌های مرتبط با بازی مشکلاتی دارند.
- ۳- غالباً به نظر می‌رسد هنگامی که مستقیماً با آنها صحبت می‌شود، نمی‌شنوند.
- ۴- غالباً به آموزش‌هایی که به آن‌ها داده می‌شود عمل نمی‌کنند و در تمام کردن کار و برنامه‌ها در محل کار شکست می‌خورند.
- ۵- غالباً مشکلاتی را در سازمان‌دهی به فعالیت‌ها و تکالیف دارند.
- ۶- غالباً از مشغول شدن به تکالیفی که مستلزم حفظ تلاش ذهنی هستند اجتناب کرده و دوست ندارند به این کارها مشغول شوند.
- ۷- غالباً چیزهایی را که برای تکالیف و فعالیت‌ها ضروری هستند گم می‌کنند (مثلاً برنامه‌دستی، مداد، دفتر و یا ابزارها).
- ۸- غالباً به سرعت و به سادگی توسط محرک نامربوط دچار حواس‌پرتی می‌شوند.

۹- غالباً در فعالیتهای روزانه فراموشکار هستند.

ب- نشانه‌های تکانشی - بیش‌فعالی

ب-۱- نشانه‌های بیش‌فعالی

- ۱- غالباً با دست‌ها یا پاهایشان در صندلی و یا در جایی که نشسته‌اند وول می‌خورند.
- ۲- غالباً صندلی خود را در کلاس درس و یا سایر موقعیت‌هایی که انتظار می‌رود در آنجا بمانند، ترک می‌کنند.
- ۳- غالباً به سرعت در موقعیت‌هایی که در آن دویدن یا بالارفتن از دیوار نامناسب است، می‌دوند یا بالا می‌روند.
- ۴- غالباً مشکلاتی را در بازی کردن و یا مشغول شدن به فعالیتهای فراغت به‌طور کامل دارند.
- ۵- غالباً مانند یک موتور یا ماشین کار می‌کنند.
- ۶- غالباً پرحرف هستند.

ب-۲- نشانه‌های تکانشی بودن

- ۱- غالباً قبل از تمام شدن سؤال به سرعت جواب می‌دهند.
 - ۲- غالباً مشکلاتی را برای رعایت نوبت و در نوبت قرار گرفتن دارند.
 - ۳- غالباً صحبت‌های دیگران را قطع می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).
- چنان که از این ملاک‌های تشخیصی مشهود است، حالتی که در ADHD از نظر بالینی وجود دارد می‌تواند از یک کودک به کودک دیگر تفاوت داشته باشد. ممکن است در بعضی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه نشانه‌های بی‌توجهی بارزتر از نشانه‌های تکانشی بودن - بیش‌فعالی باشد و در برخی دیگر مشکلات تکانشی بودن و بیش‌فعالی برجسته‌تر باشند. از این‌رو در DSM-IV-TR ملاک‌های جدیدی وجود دارد که نشانگر انواع دیگر این اختلال یا زیرمجموعه‌های آن هستند. مثلاً اگر بیش از شش نشانه از هر دو فهرست موجود باشد و تمام ملاک‌ها برقرار باشند، تشخیص نوع ترکیبی ADHD داده می‌شود. اگر شش نشانه یا بیشتر از نشانه‌های بی‌توجهی وجود داشته باشد اما نشانه‌های تکانشی - بیش‌فعالی کمتر از ۶ مورد باشند و سایر ملاک‌ها نیز برقرار باشند،

۱۷۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

تشخیص مناسب ADHD از نوع بی‌توجهی است. ابعاد و ویژگی‌های بالینی اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه شامل ابعاد شناختی، عاطفی، رفتاری، فیزیکی و سازگاری بین فردی می‌گردد. این ویژگی‌های در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: ابعاد بالینی اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی

حوزه شناختی	ابعاد و ویژگی‌ها
	دامنه بسیار کم برای توجه حواس‌پرتی ناتوانی در دیدن پیامدها و نتایج رفتار و خودصحتی رشد نایافته (گفتار درونی) عزت نفس پایین فقدان وجدان مشکلات یادگیری و عملکرد تحصیلی ضعیف فقدان کنترل تکانه‌ها
عاطفی	تهییج‌پذیری و تحریک‌پذیری تحمل کم برای ناامیدی خلق ضعیف دامنه بالای فعالیت
رفتاری	تأخیر در تحول حرکتی و هماهنگی ضعیف سطح بالایی از رفتارهای خطرآفرین اندازه فیزیکی رشد نایافته و رشد کم
فیزیکی	نابهنجاری‌های جزئی فیزیکی آلرژی‌ها عفونت‌های تنفسی زیاد و گوش‌درد روابط مشکل‌آفرین با والدین، معلمان و همسالان

سازگاری بین فردی

برگرفته از: کار، ۱۹۹۹.

سبب‌شناسی

با نگاهی به گذشته در سال‌های اولیه دهه ۱۹۰۰، می‌بینیم که علاقه متخصصان و عموم معطوف به علل اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه بوده است و اکثراً تبیین‌های زیست‌شناختی از علل ADHD مطرح می‌شد. هم‌چنین کمتر به مفهوم‌سازی‌های روان‌شناختی نظیر مفاهیم روانی-اجتماعی پرداخته می‌شد. علی‌رغم این که چنین تلاش‌هایی آگاهی و شناخت ما را از علل احتمالی ADHD افزایش می‌دهند، حالت دقیقی که منجر به شکل‌گیری این اختلال می‌شود به خوبی معلوم نیست. بنابراین چیزی که ما در حال حاضر درباره سبب‌شناسی اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه می‌دانیم مبتنی بر مسایل نظری است تا مبتنی بر واقعیت‌های مستند و مشهود (واکر و روبرتس^۱، ۲۰۰۱).

تبیین‌های زیست‌شناختی

عصب - شیمیایی

هم افراد عام و هم متخصصان تصور می‌کنند که ADHD معلول عدم توازن‌های شیمیایی در مغز است. اگرچه این موضوع از نظر شهودی درست است اما اعتبار آن از نظر تجربی هنوز اثبات نشده است. دقیقاً مطالعات نسبتاً کمی به این موضوع پرداخته‌اند و مطالعاتی هم که به بررسی این موضوع پرداخته‌اند به یافته‌های متفاوت و ناهمگونی دست یافته‌اند. در برخی مطالعات گزارشاتی از نابهنجاری‌هایی در یکی از سیستم‌های تولیدکننده مونوآمین‌ها^۲، از جمله دوپامین^۳ (راسکین^۴ و همکاران، ۱۹۸۴) یا نور - اپی‌نفرین^۵ (آرنستن^۶ و همکاران، ۱۹۹۶) شده است. در سایر مطالعات به نقص‌هایی در سرتونین^۷ اشاره شده است.

به دلیل تعاریف مختلف و متغیری که از ADHD می‌شود، احتمال بسیار زیادی می‌رود که نمونه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های بالا از نظر نشانه‌های بالینی‌شان متفاوت باشند. چنین

1 - Walker & Roberts
2 - Monoaminergic Systems
3 - dopamine
4 - Raskin
5 - norepinephrine
6 - Arnsten
7 - serotonin

۱۷۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

تفاوت‌هایی ممکن است تبیینی برای ناهمخوانی‌هایی که در یافته‌های عصب-شیمیایی مشاهده می‌شود، فراهم کند (هالپرین^۱ و همکاران، ۱۹۹۷). طبق نظریه‌ای که اخیراً توسط پلیرکا^۲ و همکاران (۱۹۹۶) مطرح شده است، ممکن است بی‌نظمی‌های نور-اپی‌نفرین در نمونه‌هایی که مشکلات اولیه آنها ماهیتاً از نوع توجهی هستند مشاهده شود، در حالی که، نقص‌های دوپامین برای نمونه‌هایی پیش‌بینی می‌شود که در آنها تکانشی بودن و بیش‌فعالی بارز و برجسته‌اند. علاوه بر این نقطه نظرات ممکن است تفاوت‌های موجود از نظر همبودی سایر اختلالات در این زمینه نقش داشته باشند. اخیراً هالپرین و همکاران مطرح کرده‌اند وجود نابهنجاری‌های سروتونین در یک نمونه مبتلا به ADHD فقط زمانی مشاهده می‌شود که ویژگی‌های پرخاشگری وجود داشته باشند.

سیستم‌های عصب کالبد شناختی

احتمال دارد وجود نابهنجاری‌هایی در ساختار و کارکرد مغز نیز از جمله علت‌های ابتلا به ADHD باشد (زامتکین و راپوپورت^۳، ۱۹۸۷). در مطالعاتی که در این زمینه صورت گرفته است تفاوت‌هایی در ساختار مغز مشاهده شده است. گزارش شده است که کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه دارای کرپوس کالوسوم^۴ (ناحیه‌ای در مغز) های کوچک‌تری هستند تا کودکان بهنجار (بوم‌گاردنر^۵ و همکاران، ۱۹۹۶).

با این حال برخی مطالعات در پیدا کردن چنین تمایزات کالبدشناختی شکست خورده‌اند (کاستلانوس^۶ و همکاران، ۱۹۹۶). مطالعات MRI^۷ نیز به احتمال این که نواحی قشر پیشانی^۸ در کودکان مبتلا به ADHD کوچک‌تر می‌باشد، اشاره کرده‌اند (کاستلانوس و همکاران، ۱۹۹۶). این که آیا این تفاوت‌های آناتومیکی به لحاظ کارکردی دارای اهمیت هستند یا نه، تاکنون به‌طور رضایت‌بخشی مورد مطالعه قرار نگرفته است.

1 - Halprin

2 - Pliszka

3 - Zametkin & Rapoport

4 - Corpus Callosum

5 - Baumgardner

6 - Castellanos

7 - Magnetic resonance imaging (MRI)

8 - prefrontostriatal

یافته‌های اولیه نشان می‌دهند که در افراد مبتلا به این اختلال احتمالاً همان‌طوری که قبلاً ذکر شد اندازه کوچک ناحیه شیار قشر پیشانی با عملکرد در یک آزمون روان‌شناختی در مورد بازداری رفتاری رابطه دارد (کیسی^۱ و همکاران، ۱۹۹۷).

در مورد کارکرد مغزی کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه، در ابتدا مطالعات در بافت جریان خونی مغزی صورت گرفته است. اگرچه این مطالعات از نظر تعداد انگشت‌شمار هستند، اما به‌طور همگونی نشان می‌دهند که جریان خونی مغزی در ناحیه‌های قشر پیشانی مغز و در مسیرهای مختلفی که این نواحی را به سیستم لیمبیک مغز مرتبط می‌کند، کم می‌باشد (سیگ^۲ و همکاران، ۱۹۹۵). چیزی این یافته‌ها را حتی از لحاظ نظری معنادار می‌کند، این است که این نقایص زمانی که از داروهای محرک استفاده می‌شود، معکوس و وارونه می‌شوند.

ژنتیک

برای یک لحظه تصور کنید که نابهنجاری‌های عصب - شیمیایی، عصب - کالبدشناختی و یا عصب روان‌شناختی وجود دارند، در این صورت لازم است که پرسیم این نارسایی‌ها چگونه به‌وجود می‌آیند؟ در حال حاضر بهترین پاسخی که به ذهن ما می‌آید این است که مسیرهای چندگانه‌ای در این کار دخیل هستند که در میان آن‌ها مکانیزم‌های ژنتیکی به احتمال زیاد نقش برجسته‌ای را بازی می‌کنند.

یافته‌هایی وجود دارند که همسو با نظریه ژنتیک در مورد افراد مبتلا به ADHD هستند (دیوتش^۳، ۱۹۸۷). میزان بالایی از ADHD نیز در میان خویشاوندان دور و نزدیک کودکان مبتلا به این اختلال مشاهده شده است (بیدرمن^۴ و همکاران، ۱۹۸۷). در میان خواهر و برادرهای تنی بین ۱۱ درصد تا ۳۲ درصد امکان ابتلا به این اختلال وجود دارد (لوی^۵ و همکاران، ۱۹۹۷). میزان بالاتری از تطابق بین دوقلوها وجود دارد، که دامنه آن بین ۲۹ درصد تا ۳۸ درصد در دوقلوهای دوتخمی (ناهمسان) و بین ۵۲ درصد تا ۸۲ درصد در دوقلوهای یک تخمکی (همسان) است (لوی و همکاران،

1 - Casey

2 - Sieg

3 - Deutsch

4 - Biederman

5 - Levy

۱۸۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

(۱۹۹۷). تحلیل‌های بیشتری که در مورد اطلاعات مربوط به این دو قلوها انجام شده است به‌طور همگنی برآوردهای بالایی از ارثی بودن این اختلال را نشان می‌دهند که دامنه آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ است (ادلبروک^۱ و همکاران، ۱۹۹۵). حمایت‌های ژنتیکی بیشتری از تحقیقاتی که تا حدودی نقش عوامل متفاوت خانوادگی را در نظر گرفته‌اند، و عمدتاً نقش والدین را، به دست آمده‌اند. به ویژه چیزی که این تحقیقات نشان می‌دهند این است که وقتی یکی از والدین مبتلا به ADHD باشد، ۵۰ درصد احتمال دارد که حداقل یکی از کودکان آنان نیز مبتلا به این اختلال باشد (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۵).

برخی محققان اظهار کرده‌اند که ممکن است که یک ژن واحد^۲ و منفرد در این اختلال نقش داشته باشد (فراعونه^۳ و همکاران، ۱۹۹۲). اگرچه نقص در ژن‌های منفردی در این مطالعات مشخص شده‌اند، اما احتمال‌های متفاوتی در این دخالت می‌کنند. این‌ها شامل یک ژن حامل دوپامین در کروموزوم شماره پنج (کوک^۴ و همکاران، ۱۹۹۵)، یک ژن گیرنده دوپامین دی چهار در کروموزوم شماره یازدهم (لاهورست^۵ و همکاران، ۱۹۹۶) و ژن دیگری در کروموزوم شماره شش (کاردون^۶ و همکاران، ۱۹۹۴) می‌باشند.

تاکنون مشخص نشده است که چرا چنین ناهمخوانی‌هایی باید وجود داشته باشد تغییرات رویه‌ای نیز ممکن است در مورد برخی از این تفاوت‌ها اظهار شوند. هم‌چنین ممکن است این تفاوت‌ها نشانه‌ای باشند از این که ژن‌های چندگانه‌ای در این اختلال دخیل هستند، با این توصیف که ژن‌های مختلف یا ترکیبی از این ژن‌ها منجر به شکل‌گیری انواع مختلف ADHD می‌گردند.

عوارض قبل از تولد

مکانیزم احتمالی دیگری که ممکن است از طریق آن شیمی، ساختار و کارکرد مغز تحت تأثیر قرار گیرد، مرتبط با عوارض قبل از تولد است. چنین احتمالی ریشه در بررسی‌هایی دارد که در مورد یافته‌های تحقیقاتی صورت گرفته‌اند که نشان می‌دهند، میزان شیوع ADHD در میان فرزندان مادرانی

1 - Edlebrock
2 - single - gene
3 - Faraone
4 - Cook
5 - Lahoste
6 - Cardon

که به دلیل مصرف الکل یا نیکوتین دچار بی‌نظمی‌هایی در حاملگی می‌شوند روبه افزایش است (استریسگوت^۱ و همکاران، ۱۹۹۵)، البته مستقل از این که آیا مادر این نوزادان مبتلا به ADHD باشد یا نباشد (میلبرگر^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). همانند یافته‌های مربوط به ژنتیک، این نتایج قبل از تولد نیز تا حد زیادی ماهیت همبسته دارند که هر نوع استنتاج سبب‌شناسی را محدود می‌کند.

سایر عوامل زیست‌شناختی

گزارشاتی موجودند مبتنی بر این که آسیب دیدن بخش‌های خاصی از مغز نظیر نواحی لیمبیک قشر پیشانی می‌تواند منجر به ADHD گردد (هیلمن و ولنشتاین^۳، ۱۹۷۹). به دلیل این که کمتر از ۵ درصد از جامعه افراد مبتلا به ADHD احتمال دارد که سابقه‌ای از این نوع مشکل را داشته باشند (راتر^۴، ۱۹۸۳). کلاً به نظر نمی‌رسد که آسیب مغزی یکی از علت‌های اساسی در به‌وجود آمدن این اختلال باشد. محققان هم‌چنین دریافته‌اند که شیوع نسبتاً بالایی از این اختلال در میان کودکان دارای سطوح بالای رهبری و سلطه‌طلبی دیده می‌شود (جیتلمن و اسکینازی^۵، ۱۹۸۳؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). متأسفانه مکانیزم‌های روان‌شناختی مسئول در این رابطه هنوز مشخص نشده‌اند. به علاوه اکثر کودکان مبتلا به ADHD سابقه‌ای از این آمادگی برای رهبری را ندارند که نشان می‌دهد سطوح بالای رهبری در بهترین حالت یک علت جزئی و ناچیز برای این اختلال است. علی‌رغم دامنه گسترده‌ای که این باور فین‌گولد^۶ (۱۹۷۵) و سایرین در زمینه تأثیر مصرف قند و سایر مواد غذایی در ابتلا به ADHD دارد، اما حمایت تجربی کمی از آن به عمل آمده است (والرایچ^۷ و همکاران، ۱۹۹۵).

مفهوم سازی‌های روان‌شناختی

طی سال‌های متمادی، نظریه‌های روان‌شناختی زیادی برای تبیین حالتی که از طریق آن ADHD کارکردهای روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد مطرح شده‌اند. تبیین‌های اخیر بر نقایص

1 - Streissguth
2 - Milberger
3 - Heilman & Valenstein
4 - Rutter
5 - Gittelman & Eskinasi
6 - Feingold
7 - Wolraich

۱۸۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

محوری و مهم در تنظیم رفتار در مقابل تقاضاهای موقعیتی (روت^۱، ۱۹۷۸)، بر آموزش خود جهت داده شده^۲ (کندال و براسول^۳، ۱۹۸۵) و بر خود نظم بخشی برانگیختگی نسبت به تقاضاهای محیطی (داگلاس^۴، ۱۹۸۳) تأکید دارند. اگرچه این دیدگاه‌ها تا حدودی با یکدیگر تفاوت دارند اما همگی این باور مشترک را دارند که کارکردهای اجرایی ضعیف یک مشکل مهم و محوری است. براساس چیزی که هم‌اکنون در مورد زیست‌شناسی ADHD می‌دانیم، نظریه‌های جدیدتر بر عوامل عصب-زیست‌شناختی متمایزی تأکید دارند که متکی بر ویژگی تکانشی بودن در این اختلال است. مثلاً کوای^۵ کوای^۵ (۱۹۹۷) معتقد است که ADHD از اختلال در سیستم بازداری رفتاری مبتنی بر عصب شناختی ریشه می‌گیرد. بارکلی^۶ (۱۹۹۸) در بسط گسترده‌تری از این موضوع اظهار کرده است که نوعی نقص در بازداری رفتاری و نقایص رفتاری و اجتماعی در جامعه افرادی که مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه هستند مشاهده شده است. خیلی از صاحب‌نظران دیگر این حوزه نیز اعتقاد دارند که نقایص بازداری رفتاری در محور و مرکز تمام مشکلات ADHD قرار دارد (شکر^۷ و همکاران، ۱۹۹۳). (۱۹۹۳).

مفهوم سازی‌های روانی - اجتماعی

اگرچه نظریه‌های محیطی کمی برای تبیین ADHD مطرح شده‌اند (بلاک^۸، ۱۹۷۷)، توجیهات تجربی کمی برای این ادعا وجود دارد که والدین غیرکارآمد، محیط خانوادگی بی‌نظم و پرهرج و مرج یا فقر علت ADHD است. به ویژه نتایج مطالعات انجام‌شده در مورد دوقلوها، این نقش محدود را بارز و برجسته کرده‌اند. این مطالعات با استفاده از این موضوع بر این نکته تأکید کرده‌اند که کمتر از ۵ درصد واریانس مربوط به نشانه‌شناسی ADHD می‌تواند توسط عوامل محیطی تبیین شود (لوی و همکاران، ۱۹۹۷). زمانی که این اختلال در کودکانی مشاهده می‌شود که از چنین خانوادگی آمده‌اند، ممکن است فرد به طور منطقی بگوید که والدین چنین کودکانی خودشان افرادی بوده‌اند که در

1 - Routh

2 - self – directed instruction

3 - Kendall & Braswell

4 - Douglas

5 - Quay

6 - Barkley

7 - Schachar

8 - Block

کودکی یا بزرگسالی دارای ADHD بوده‌اند. اگر چنین باشد، بنابراین، این موضوع به تبیین این که چرا خانه‌های آنها تا این حد دچار بی‌نظمی و هرج و مرج است کمک می‌کند و در عین حال حمایتی را برای یک تبیین ژنتیکی در مورد وضعیت ADHD کودکان فراهم می‌کند. با این حال بی‌نظمی حاصله در خانه ممکن است به عنوان عاملی که وضعیت ذاتی ADHD و از قبل موجود در کودک را تشدید می‌کند مدنظر قرار گیرد تا این که عامل ایجاد کننده آن باشد.

به‌طور کلی عوامل مختلف زمینه‌ساز، تداوم‌بخش و محافظت‌کننده در مورد ابتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه وجود دارند. خلاصه‌ای از این عوامل را در نمودار شماره ۱ ملاحظه می‌کنید.

همه‌گیر شناسی

بر طبق DSM-IV-TR، میزان شیوع کلیه انواع ADHD در میان کودکان بین ۳ تا ۷ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). با این حال برآوردهای کلی‌تر و بالاتری برای نمونه‌های جامعه گزارش شده است، که دامنه‌ای بین ۷/۵ درصد تا ۲۱/۶ درصد در نمونه‌های متشکل از والدین و معلمان دارد (آناستئوپولس^۱ و همکاران، ۱۹۹۳). البته میزان شیوع این اختلال بالاتر از ۳ درصد تا ۷ درصد ذکر شده در DSM-IV-TR خواهد بود و این موضوع اصلاً تعجب برانگیز نمی‌باشد اگر بدانیم که میزان شیوع در جامعه در ابتدا براساس شرط فراوانی نشانه‌های ADHD به تنهایی استخراج و گزارش شده است. بنابراین، احتمال زیادی وجود دارد که برآوردهایی محدودتر از میزان شیوع واقعی ADHD در جامعه کلی باشد.

به نظر می‌رسد که در بین نمونه‌های بالینی نوع ترکیبی شایع‌ترین نوع ADHD باشد (لاهی^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). در حالی که غالباً نوع بی‌توجهی ADHD در نمونه‌های جامعه بیشترین شیوع را دارد (دوپول^۳ و همکاران، ۱۹۹۸). طبق گزارشات معلمان کودکان بیشتر نوع ترکیبی را از خود نشان می‌دهند، در حالی که نوجوانان احتمال بیشتری می‌رود که به نوع بی‌توجهی مبتلا باشند. میزان شیوع مشابهی نیز توسط والدین برای نوجوانان گزارش شده است، با این حال احتمال بیشتری است که والدین کودکان خیلی کوچک را مبتلا به نوع تکانشی - بیش‌فعالی ADHD تشخیص دهند (دوپول و همکاران، ۱۹۹۸).

1 - Anastopoulos

2 - Lahey

3 - Dupaul

عوامل زمینه‌ساز



والدين ناراضي از زناشويي
 كه دائماً مشاجره مي‌كنند.
 • انضباط ناممگون والدين
 • الكوهاي ارتباطي مبهم و
 توأم با تعارض
 • سه‌وجهي بودن
 • سازمان خانوادگي آشفته
 • فقدان پدر
 • نزاع و درگيري زوجين
عوامل والديني
 • جرم و مشكلات روان‌شناختي
 والدين
 • انتظارات غرذيق در مورد
 تحول كودك داراي ADHD
 • الكوهاي كاركردي دروني
 ناامن براي روابط
 • والدين داراي عزت نفس
 پايين
 • مكان كنترل بيروني والدين
 • والدين داراي خودكارآمدي
 پايين
 • سبدهاي اسنادي منفي يا
 افسرده‌ساز
 • تحريفهاي شناختي
 • مكانيزمهاي دفاعي
 رشدنايافته
 • راميردهاي مقابله‌اي
 غيركارآمد
عوامل شبکه اجتماعي
 • شبکه ضعيف حمايت اجتماعي
 • تنيدگيهاي خانوادگي بالا
 • عضويت در گروه همسالان
 منحرف
 • جايقاه آموزشي پايين
 • عروميت اجتماعي

عوامل والديني
 • سازگاري خوب والدين
 • انتظارات دقيق درباره
 ADHD
 • مكان كنترل دروني در
 والدين
 • والدين داراي عزت نفس
 بالا
 • الكوهاي كاري دروني امن
 براي روابط
 • سبك اسنای خوشينانه
 • مكانيزمهاي دفاعي
 رشديافته
 • راميردهاي مقابله‌اي
 كاركردي
عوامل شبکه اجتماعي
 • شبکه خوب حمايت اجتماعي
 • تنيدگيهاي خانوادگي پايين
 • جايقاه آموزشي كه
 مي‌تواند مرتبط با رفتارهاي
 مربوط به ADHD باشد.
 • جايقاه اجتماعي اقتصادي
 بالا

نمودار ۱: عوامل مرتبط با اختلال نقص توجه - بيش فعالی (ADHD) برگرفته از كار، ۱۹۹۹.

يكي از نكات جالب توجه اين است كه ميزان شيوع كلي تعيين شده توسط DSM-IV-TR كه جمع كل شيوع هر سه نوع ADHD است، با سن کاهش مي‌يابد. از نظر جنسيتي پسران بيشتر از دختران به تمام انواع ADHD مبتلا مي‌شوند، كه نسبت آن در حدود ۱ به ۱/۳ تا ۱ به ۳/۳، بسته به فرد گزارش‌دهنده و نوع بررسي است (انجمن روانپزشكي آمريكا، ۲۰۰۰). به دليل اين كه نتايج مختلفی در رابطه با نقش واسطه‌گري قوميت به دست آمده است، نتيجه‌گيري‌هاي كمی مي‌توان در اين زمينه انجام داد. هم‌چنين در مورد اثر وضعيت‌هاي اجتماعي - اقتصادي خيلي كم مي‌توان صحبت كرد.

اثرات روانی - اجتماعی و ابعاد مرتبط

ابتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی به خودی خود منجر به مشکلات اجتماعی روانی نمی‌گردد. با این حال ابتلا به ADHD فرد را در معرض خطر بالایی برای رخداد این مشکلات نه تنها در دوران کودکی بلکه در طول دوران زندگی قرار می‌دهد. متأسفانه اکثر تحقیقاتی که به بررسی اثرات روانی اجتماعی این اختلال پرداخته‌اند منحصراً متمرکز بر کودکان سنین ابتدایی می‌باشند. تحقیقات بسیار کمی روی جامعه نوجوانان و کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD صورت گرفته است که حتی این تحقیقات کمتر از تحقیقاتی هستند که روی بزرگسالان مبتلا به این اختلال صورت گرفته‌اند. فرایند بحث و بررسی اثرات روانی اجتماعی ADHD در طول دوران تحول علی‌رغم این محدودیت‌ها ممکن است شروع شود.

کودکی اول

کارکرد تحصیلی

اگرچه در این مرحله از تحول دارا بودن رویکردی فعال‌تر به یادگیری جنبه بهنجار دارد اما کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD این رویکرد فعال را در حد افراطی دارا می‌باشند. تحقیقات نشان داده‌اند که این کودکان بیشتر به رفتار انتقالی^۱ مشغول می‌شوند و در حین فعالیت‌های گروهی کمتر مشارکت کرده و کمتر دقت می‌کنند (آلساندری^۲، ۱۹۹۲؛ مک‌ایتوش و کول-لاو^۳، ۱۹۹۶). هم‌چنین به نظر می‌رسد که آن‌ها مشکلات بیشتری را با کنترل حرکتی و پایداری هنگام انجام تکلیف که مستلزم حافظه کار است، دارا باشند (ماریانی و بارکلی^۴، ۱۹۹۷).

به دلیل این‌که این کودکان غالباً مشکلاتی را در نشستن در یک جا دارند، حتی هنگامی که کتاب مطالعه می‌کنند، به نظر می‌رسد که بسیاری از کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD رشد نیافته باشند و در موقعیت‌ها و مهد کودک و آمادگی عملکرد خوبی را نداشته باشند. برای آنهایی که با

1 - transitional

2 - Alessandri

3 - Mc Intosh & Cole - Love

4 - Mariani & Barkley

استفاده از این تجارب آموزشی اولیه مهارت‌های آمادگی ضروری را اکتساب نکرده‌اند خطر رو به افزایش وجود دارد که مشکلات جدی‌تر آموزشی و تحصیلی در دوران کودکی میانه آنها پیش آید.

کارکرد خانوادگی

برای بسیاری از والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD فعالیت‌های مراقبت روزانه از کودک از جمله آرزوهای بزرگ آنان است، زیرا این کودکان غالباً فاقد شکیبایی برای کامل کردن این تکالیف به‌طور مستقل هستند. این کودکان دارای سطح فعالیت بالا و تکانشی بودن زیادتر از مقدار ضروری برای تجدید قوا برای دویدن در اطراف خانه هستند. بسیاری از والدین در پاسخ به نشان دادن مکرر رفتارهای منفی و توأم با نافرمانی توسط کودکان پیش‌دبستانی خود، استفاده از راهبردهای اجتنابی، کنترل‌کننده و قهری برای حفظ نظم استفاده می‌کنند (کمپبل^۱، ۱۹۹۵، پیسترمن^۲ و همکاران، ۱۹۹۲). احتمال زیادی است که چنین مشغله‌ها و درگیری‌هایی در طول زمان و در طولانی مدت تنیدگی والدین و درگیری‌های زناشویی را که غالباً در میان این خانواده‌ها رخ می‌دهد، افزایش دهد (بارکلی^۳ و همکاران، زیر چاپ).

کارکرد اجتماعی

کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه نسبت به همسالان خود به‌طور پرخاشگرانه‌تری رفتار می‌کنند (کمپبل، ۱۹۹۰؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). بسیاری از این کودکان ممکن است به عنوان نتیجه‌ای از چنین تعاملات منفی با طرد شدن از سوی همسالان خود مواجه شوند و در نتیجه بیشتر از حد معمول مشغول به بازی در انزوا و به تنهایی باشند (آلساندري^۴، ۱۹۹۲؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱).

1 - Campbell
2 - Pistermen
3 - Barkley
4 - Alessandri

کودکی میانی

کارکرد رفتاری

کودکان مبتلا به ADHD عمدتاً در این مرحله از تحول ابعاد ثانویه پرخاشگری و هم‌چنین علایم تشخیصی همبودی اختلال نافرمانی و اختلال سلوک را از خود نشان می‌دهند (جنسن، مارتین، و کنتول^۱، ۱۹۹۷). بیش از ۶۰٪ نمونه‌های کودکان مراجعه‌کننده به کلینیک مبتلا به ADHD هستند، ملاک‌های تشخیصی اختلال سلوک را از خود نشان می‌دهند (بارکلی، ۱۹۹۸). در نمونه‌های جامعه‌تای حدودی میزان پایین‌ترین از اختلال نافرمانی و اختلال سلوک گزارش شده است (۳۲ درصد و ۱۲ درصد) (آگوست^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). اگرچه این میزان همبودی قابل کاربرد برای جامعه‌های افراد مبتلا به ADHD است، اما این مسئله، موضوعی برای اثرات جمعیت‌شناختی این قضیه است. همان‌گونه که گاب و کارلسون^۳ (۱۹۹۷) اشاره کرده‌اند. دختران مبتلا به ADHD پرخاشگری نسبتاً کمتری را از پسران مبتلا به این اختلال نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد که خطر ابتلا به مشکلات ثانویه بیرونی‌سازی نیز زمانی که ابعاد بیش‌فعالی - تکانشی بارز باشند، زیادتر می‌گردد. این موضوع اخیراً در تحقیقی که توسط ایرالدی^۴ و همکاران (۱۹۹۷) صورت گرفته است نشان داده شده است. به طوری که در این مطالعه مشاهده شده است که در حدود ۴۸ درصد کودکان مبتلا به نوع ترکیبی ADHD و ۱۹ درصد کودکان مبتلا به نوع بی‌توجهی ADHD دارای اختلال نافرمانی هستند.

کارکرد تحصیلی

کودکان مبتلا به ADHD به دلیل مشکلاتی که در حفظ توجه دارند غالباً در انجام تکالیف مدرسه شکست می‌خورند. این ناتوانی آنان برای انجام تکالیف در طول زمان، میزان قابل توجهی از تکالیف و کارها را ناتمام می‌گذارد و در نتیجه فرصت تمرین کردن را در آنان محدود می‌کند و این در حالی است که این تمرین‌ها برای رخ دادن یادگیری بسیار ضروری و اساسی هستند. اگرچه اکثر کودکان مبتلا به ADHD، در ذخیره کردن و بازیابی اطلاعات ساده مشکلی ندارند، اما بسیاری از آنان

1 - Jensen, Martin & Cantwell

2 - August

3 - Gaub & Carlson

4 - Eiraldi

هنگامی که از آنان خواسته می‌شود تا اطلاعات پیچیده را به خاطر بسپارند و بعد به یاد بیاورند مشکلات زیادی دارند، به خصوص وقتی که این کار مستلزم استفاده از راهبردهای سازمان‌دهی و مرور ذهنی با تأخیر باشد (کان و مارکوت^۱، ۱۹۹۵). چنین نقایص اساسی در یادگیری درک این موضوع را که چرا کودکان مبتلا به ADHD مشکلاتی را در مدرسه تجربه می‌کنند، آسان می‌کند.

بسته به تعریف دقیقی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، در حدود ۱۸ تا ۵۳ درصد از جامعه کودکان مبتلا به ADHD دارای پیشرفت تحصیلی پایین خواهند بود. این موضوع به معنای این است که عملکرد این افراد از نظر تحصیلی در سطحی نسبتاً پایین‌تر از آن چیزی است که با توجه به هوش آنان پیش‌بینی می‌گردد (بارکلی^۲، ۱۹۹۸). اگرچه کودکان مبتلا به ADHD می‌توانند پیشرفت تحصیلی پایینی را داشته باشند، اما خیلی از آنها چنین نیستند، زیرا آنها به اندازه کافی در مدرسه نمی‌مانند تا دچار چنین مشکلاتی گردند. با این حال ممکن است آنان شواهد روشنی مبنی بر شکست تحصیلی از خود نشان دهند که غالباً به عنوان علامت خطری برای پیشرفت تحصیلی پایین آنان در آینده است (دوپول و استانر^۳، ۱۹۹۴؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). همراه با افزایش سن ممکن است انواع مختلف این اختلال بر پیشرفت تحصیلی تأثیر بگذارد، برای مثال ممکن است مشکلات تحصیلی غالباً در بین کودکانی که مبتلا به نوع ترکیبی یا نوع بی‌توجهی این اختلال‌اند پیش بیاید، در حالی که در مورد آن دسته از کودکانی که مبتلا به نوع پرتحرکی - تکانشی این اختلال هستند چنین نمی‌باشد (گوب و کارلسون^۴، ۱۹۹۷).

در برخی از کودکان مبتلا به ADHD ممکن است آثار تحصیلی دیگری همراه با همبودی اختلالات یادگیری مشاهده شود. میزان شیوع گزارش شده چنین مشکلاتی در جامعه افراد مبتلا به ADHD دامنه‌ای از ۱۰ تا ۵۰ درصد بسته به نوع اختلال یادگیری مورد نظر و طریقه‌ای که آن اختلال تعریف می‌شود، دارد (بارکلی، ۱۹۹۸).

به نظر می‌رسد که از میان اختلالات یادگیری همبود با ADHD، غالباً اختلالات خواندن شیوع بیشتری دارند (آگوست و گارفینکل^۵، ۱۹۹۰). مشاهده شده است که اختلالات مرتبط با توانایی‌های زبانی که غالباً به صورت نقایص عملی خود را نشان می‌دهند (برای مثال سازمان‌دهی، بازبینی و

1 - Cahn & Marcotte

2 - Barkley

3 - Dupaul & Stoner

4 - Gaub & Carlson

5 - August & Garfinkle

۱۹۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

استفاده از زبان) تا به صورت نقایصی در تولید گفتار، معاشناسی یا صرف و نحو در این کودکان وجود دارد (تانوک^۱ و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). همچنین گزارش شده است که کودکان مبتلا به ADHD ممکن است در معرض خطر زیادی برای اختلالات پردازش‌گری مرکزی شنیداری و نقایصی در کارکردهای بینایی‌شان باشند (ریسیو^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). کودکان مبتلا به ADHD نمرات پایین‌تری را در آزمون‌های هوشی استاندارد شده به دست می‌آورند تا کودکان بهنجار در گروه کنترل (مک‌گی و همکاران، ۱۹۸۹). با این حال دیده شده است که ADHD در میان تمام سطوح هوشی یافت می‌شود (بارکلی، ۱۹۹۸).

کارکردهای خانوادگی

همان‌گونه که در والدین کودکان پیش‌دبستانی مبتلا به ADHD مشاهده می‌شود، والدین کودکان دبستانی مبتلا به ADHD نیز ممکن است در سبک والدینی خود به صورت منفی و کاملاً مستقیم عمل کنند (کانینگ‌هام^۳ و بارکلی، ۱۹۷۹). این والدین قادر به کنترل رفتار کودکان خود نمی‌باشند و این امر ممکن است منجر به این گردد که خیلی از این والدین تصور کنند که مهارت کمی برای والد بودن دارند و در نقش والدینی خود عملکرد خوبی ندارند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). به دلایل مشابهی ممکن است تنیدگی قابل ملاحظه‌ای را در نقش والدینی خود تجربه کنند، به خصوص وقتی که ابعاد همبودی اختلال نافرمانی نیز در کودک آنان مشاهده می‌شود (جانستون^۴، ۱۹۹۶). از جمله مشکلات دیگری بالینی که والدین کودکان مبتلا به ADHD با آن مواجه هستند افسرده شدن، سوء‌مصرف الکل و دارا بودن مشکلات زناشویی است (پل‌هام و لانگ^۵، ۱۹۹۳). معمولاً تصور می‌شود که چنین مشکلاتی در والدین نتیجه مستقیم دارا بودن یک کودک مبتلا به ADHD است. با این اخیراً عکس این موضوع رو به افزایش است و به نظر می‌رسد که تمام مشکل بر دوش کودک نمی‌باشد، زیرا بسیاری از همین مشکلات به‌طور بالقوه‌ای از خود والدین ریشه می‌گیرد که والدین یا نسل‌هایی مبتلا به ADHD داشته‌اند (مورفی^۶ و بارکلی، ۱۹۹۶).

1 - Tannock

2 - Riccio

3 - Cunningham

4 - Johnston

5 - Pelham & Lange

6 - Murphy

کارکرد اجتماعی

بسیاری از کودکان مبتلا به ADHD در حین تعامل با همسالان خود، به‌طور ناگهانی وسط حرف دیگران می‌پرند و نمی‌توانند برای این که نوبت بازی به آنها برسد صبر کنند و یا به دلیل رنجش از دیگران فعالیت‌ها و رفتارهای کاملاً رشدنا یافته‌ای انجام می‌دهند (پل‌هام و بندر، ۱۹۸۲؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). این ناتوانی در کنترل رفتار خود در موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند فرایند شکل‌گیری دوستی‌های جدید را بارها به مخاطره بیندازد (گرنل، گلاس و کتز^۱، ۱۹۸۷). با این حال، بیشتر اوقات و نه همیشه این رفتارهای نامناسب منجر به بیگانگی با دوستان موجود و جدایی از آنان می‌گردد که به نوبه خود با طرد اجتماعی و اجتناب پاسخ داده می‌شوند (کانینگ‌هام و سیگل^۲، ۱۹۸۷). به نظر می‌رسد که چنین مشکلاتی بیشتر در میان کودکانی که به‌طور بارزی نشانه‌های بی‌توجهی را دارا هستند، رخ می‌دهد (لاهی، کارلسون و فریک^۳، ۱۹۹۷). به دلیل فقدان هر نوع تحقیقی در این زمینه، ما در مورد این که سن، جنسیت و سایر عوامل جمعیت‌شناختی چگونه روابط اجتماعی کودکان مبتلا به ADHD را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اطلاعات بسیار کمی داریم.

کارکرد هیجانی

کودکان مبتلا به ADHD فرصت‌های موفقیت‌آمیز کمتری را دارا هستند، بنابراین بازخوردهای منفی‌تری را نسبت به اکثر کودکان دیگر دریافت می‌کنند. چنین وضعیتی ممکن است تا حدودی در تبیین این موضوع که چرا در حدود ۱۳ تا ۵۱ درصد از کودکان مبتلا به ADHD دارای اختلالات هیجانی نیز هستند، کمک‌کننده باشد (جنسن^۴ و همکاران، ۱۹۹۷). هم در جامعه و هم در بین کودکان ارجاع‌داده شده به کلینیک‌ها مشاهده شده است که بیش از ۳۰ درصد از کودکان مبتلا به ADHD مبتلا به یک اختلال ثانویه خلقی، توأم با افسردگی اساسی و اختلال افسرده‌خویی هستند (آگوست و همکاران، ۱۹۹۶). همبودی با اختلالات اضطرابی نیز بسیار شایع است و در حدود ۳۴ درصد از جامعه مبتلا به ADHD را شامل می‌گردد (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). هم‌چنین گزارش شده است که در حدود

1 - Grenell, Glass & Katz

2 - Siegel

3 - Lahey, Carlson & Frick

4 - Jensen

۱۹۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

۱۱ درصد از کودکان مبتلا به ADHD دارای اختلال دوقطبی نیز هستند (بیدرمن^۱ و همکاران، ۱۹۹۶). برخی صاحب‌نظران معتقدند که احتمالاً چنین اختلالات خلقی و اضطرابی زمانی که فقط اختلالات همبود با ADHD هستند، نمی‌توانند وجود داشته باشند.

نوجوانی

کارکرد رفتاری

نوجوان مبتلا به ADHD در مقایسه با نوجوانان بهنجار احتمال بیشتری دارد که اشکال افراطی و شدید لجبازی و نافرمانی و عدم اطاعت از مقررات را از خود نشان دهند که این موضوع غالباً هشدار برای وجود یک نوع تشخیص ثانویه از اختلال نافرمانی است (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۱). به همین دلیل، نوجوانان مبتلا به ADHD بیشتر به دزدی دست می‌زنند و سایر ابعاد اختلالات سلوکی را از خود نشان می‌دهند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱).

کارکرد تحصیلی

بسیاری از نوجوانان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی مشکلات مهمی را در مدرسه تجربه می‌کنند. چنین مشکلاتی شامل نمرات پایین‌تر در ریز نمرات آنها و بهره‌مندی و استفاده بیشتر از خدمات آموزشی خاص است (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۲). احتمال زیادی وجود دارد که نوجوانان مبتلا به ADHD مردود شوند، از مدرسه اخراج شوند و پس از فراغت از تحصیل در دوران دبیرستان، به جای این که وارد دانشگاه شوند، مشغول به کار گردند (کلاین و منوزا، ۱۹۹۱).

کارکرد خانوادگی

نوجوانان مبتلا به ADHD به احتمال زیاد با مشکلاتی در روابط خانوادگی‌شان مواجه می‌شوند، این مشکلات بیشتر به صورت درگیری‌ها و تعارضات بین فردی خیلی شدید و خیلی فراوان با والدین است (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۲). احتمالاً والدین این نوجوانان در نتیجه این درگیری‌ها و

1 - Biederman

2 - Klein & Mannuzza

تعارضات در معرض خطر زیادی برای آشفتگی روان‌شناختی و عدم رضایت از زندگی زناشویی می‌باشند به خصوص وقتی اختلال نافرمانی همراه با این اختلال باشد (فلتچر، جانزین و رینولدز، ۲۰۰۳).

کارکرد اجتماعی

معمولاً سازگاری کلی نوجوانان مبتلا به ADHD بسیار کم است و دچار اختلال می‌گردد (تایلور و همکاران، ۱۹۹۶). این عدم سازگاری ممکن است به صورت داشتن دوستان کم و درگیر شدن کمتر در فعالیت‌های اجتماعی ظاهر شود (فلتچر، جانزین و رینولدز، ۲۰۰۳). اگرچه برخی مطالعات میزان بالاتری از استفاده از مواد مخدر و یا مصرف سیگار را در این نوجوانان گزارش نکرده‌اند (بیدرمن و همکاران، ۱۹۹۷) اما سایر مطالعات این موضوع را نشان داده‌اند (کلاین و منوزا، ۱۹۹۱). به علاوه مشاهده شده است که نوجوانان مبتلا به ADHD در معرض خطر فزاینده‌ای برای درگیر شدن در حوادث اتومبیل‌رانی و حوادث ناشی از تصادفات، عدم اطاعت از قوانین رانندگی و به خصوص داشتن سرعت بالا هستند (بارکلی و همکاران، ۱۹۹۳).

کارکرد هیجانی

اگرچه نوجوانان مبتلا به ADHD به ندرت میزان بالاتری از مشکلات درونی کردن را گزارش می‌کنند، اما والدین و معلمان آنان، آنها را در معرض خطر زیادی برای مشکلات هیجانی می‌دانند (فلتچر - جانزین و رینولدز، ۲۰۰۳). این خطر حتی برای آن نوجوانانی که دارای تاریخچه‌ای از مشکلات و اختلالات یادگیری هستند و نیازمند استفاده از آموزش‌های خاص می‌باشند، بسیار بیشتر است. از این موضوع می‌توان نتیجه گرفت که مشکلات هیجانی این نوجوانان ناشی از عدم توانایی برای تنظیم هیجان‌اتشان نمی‌باشد. لاقلاً ممکن است تا حدودی چنین مشکلاتی نتیجه شکست‌های تحصیلی پی‌در پی آنها و احساس ناامیدی دائمی آنان نه‌تنها در عملکردهای تحصیلی بلکه در کارکردهای اجتماعی و خانوادگی شان باشد.

ارزیابی

علی‌رغم وجود دستورهای نسبتاً واضح تشخیصی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، تشخیص ADHD هنوز هم یک موضوع سخت است. عاملی که در این موقعیت نقش دارد قابلیت دستیابی به تعداد زیاد و مختلفی از روش‌های ارزیابی بالینی است. به دلیل این‌که اطلاعات مفیدی درباره و پایایی چنین اندازه‌هایی همیشه به سرعت قابل دستیابی نیست، معمولاً متخصصان بالینی کمتر تلاش دارند تا به بهترین وجهی نمونه معرفی از رفتار کودکان و نوجوانان را در زندگی واقعی بدست آورند. ماهیت خاص جامعه ADHD نیز موانع دیگری در راه ارزیابی ADHD به وجود می‌آورد. خصوصاً، بررسی میزان تغییر نشانگان ADHD به عنوان تابعی از تقاضاهای محیط یک بررسی مهم و با ارزش است.

متخصصان بالینی به منظور تحقق این امر باید سعی کنند که اطلاعات را از افرادی به دست آورند که کودکان خاصی را در مختلف مورد مشاهده قرار می‌دهند. این کار، حداقل باید شامل به دست آوردن درون‌داد از والدین و معلمان باشد. یک عامل مهم دیگر که فرایند ارزیابی را تحت تأثیر قرار می‌دهد افزایش این احتمال است که کودکان مبتلا به ADHD همبود را از خود نشان دهند. برای بررسی این موضوع، متخصصان باید روش‌های ارزیابی را به کار گیرند که فقط نشانگان اولیه ADHD را در نظر نمی‌گیرند، بلکه سایر ابعاد کارکرد روان‌شناختی کودک مبتلا به این اختلال را نیز مدنظر قرار می‌دهند. یکی از نکات مهم دیگر جمع‌آوری اطلاعات مربوط به ارزیابی در ارتباط با کارکرد والدین، زوجین و خانواده‌ها است. اگرچه این نوع اطلاعات ممکن است زیاد تأثیری بر این‌که آیا تشخیص ADHD داده می‌شود یا نه، نداشته باشد، با این وجود بافتی را برای درک این‌که چگونه رفتارهای مشکل‌آفرین ممکن است تداوم یابند، فراهم می‌کند. به علاوه چنین اطلاعاتی غالباً به عنوان پایه‌ای برای تعیین این‌که والدین چگونه راهبردها و توصیه‌های درمانی را برای کودکان خود به کار می‌گیرند، باشد.

آنچه که از خلال بحث فوق می‌توان نتیجه‌گیری کرد این است که ارزیابی بالینی ADHD باید از نظر ماهیتی، جامع و چندبعدی باشد و هم‌چنین تغییرپذیری موقعیتی، ابعاد همبودی و تأثیر این اختلال بر کارکردهای فرد در خانواده، مدرسه و اجتماع را مدنظر قرار بدهد (بارکلی، ۱۹۹۸؛ به نقل از واکر و روبرتس، ۲۰۰۱). این رویکرد ارزیابی چند روشی ممکن است نه تنها باید شامل روش‌های سنتی مصاحبه با والدین و کودکان باشد، بلکه باید شامل مقیاس‌های درجه‌بندی استانداردشده رفتار

کودک، اندازه‌های خود گزارشی والدین، مشاهد‌های مستقیم رفتاری از نشانگان ADHD در موقعیت‌های طبیعی و شبیه‌سازی شده و آزمون‌های روان‌شناختی مبتنی بر روان‌شناسی بالینی باشد.

مصاحبه‌ها

اعتقاد بر این است که ممکن است مصاحبه‌های بدون ساختار و نیمه ساختاریافته با والدین و کودکان به دلیل انعطاف‌پذیری آن منجر به به دست آوردن اطلاعات دقیقی در رابطه با کارکرد روان‌شناختی یک کودک گردد. با این حال این مصاحبه‌ها اجازه مقایسه‌های هنجاری دقیق را که فرایند مستند سازی انحرافات تحولی را پیچیده می‌کنند به ما نمی‌دهد. یک روش بدیل برای این رویکردهای سنتی مصاحبه‌های ساخت‌یافته است. علاوه بر اجتناب از مشکلات فوق، مصاحبه‌های ساخت‌یافته به ما اجازه اجرای استاندارد شده را در کودکان می‌دهد و جمع‌آوری داده و تحقیق در این زمینه را تسهیل می‌کند. در میان روش‌های زیادی از این نوع که توسط پژوهش‌های مربوط به ADHD به کار گرفته می‌شوند می‌توان به برنامه مصاحبه تشخیصی برای کودکان (DISC)^۱، کاستلو^۲ و همکاران، (۱۹۸۲) و مصاحبه تشخیصی برای کودکان و نوجوانان (DICA)^۳، هرجانیک^۴ و همکاران، (۱۹۷۵) اشاره کرد. هر دوی اینها در حال حاضر قابل اجرا با کامپیوتر به شکل قابل قیاسی با DSM-IV-TR هستند. اگرچه مصاحبه‌های ساخت‌یافته فواید زیادی دارند، با این وجود محدودیت‌های خاصی دارند (واکر و روبرتس، ۲۰۰۱).

مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار

فهرست‌های استاندارد شده رفتار و مقیاس‌های درجه‌بندی غالباً بخش غیرقابل تفکیکی از ارزیابی کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD است، راحتی آنها، قابلیت کاربردشان برای منابع اطلاعاتی مختلف، توانایی آنها برای جمع‌آوری اطلاعاتی که در فواصل زمانی طولانی از بین می‌روند و مجاز بودن آنها برای مرجع‌های هنجاری منجر به کاربرد گسترده آنها در کارهای بالینی می‌شود. در میان مقیاس‌هایی که قدرت تشخیصی خوبی برای تشخیص ADHD به گونه‌ای که در DSM-IV-TR

1 - diagnostic interview schedule for children (DISC)

2 - Costello

3 - diagnostic interview for child and adolescent (DICA)

4 - Herjanic

۱۹۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

مشخص شده است دارا هستند، می‌توان به سیستم ارزیابی رفتاری برای کودکان (رینولدز و کمفیوس^۱، ۱۹۹۲)، مقیاس تجدیدنظر شده^۲ درجه معلمان و والدین کانرز^۳ (کانرز و همکاران، ۱۹۹۸)، فهرست رفتار کودکان (آخن‌باخ^۴، ۱۹۹۱) و مقیاس درجه‌بندی ADHD شماره چهار (دپول و همکاران، ۱۹۹۷) اشاره کرد. یکی از نقاط قوت خاص این اندازه‌ها شرط هنجاری آنها است که به ما اجازه مقایسه‌های آماری بین کودکانی که تشخیص ADHD داده شده‌اند و کودکان بهنجار همان سن و همان جنس را می‌دهد.

با توجه به شیوع نسبتاً بالای تنیدگی والدین، اختلافات زناشویی و آسیب‌شناسی روانی که در والدین کودکان مبتلا به ADHD وجود دارد، متخصصان بالینی باید از اندازه‌های خود گزارشی والدین نیز برای فرایند ارزیابی استفاده کنند.

سنجش مبتنی بر کلینیک

شاید گسترده‌ترین ابزار مورد استفاده برای اندازه‌گیری میزان تکانش و توجه ADHD آزمون عملکرد ممتد (CPT)^۴ باشد. نسخه‌های متعددی از CPT موجودند، از جمله آزمون کانرز (کانرز، ۱۹۹۴)، آزمون‌های متغیرهای توجه (گرینبرگ و والدمن^۵، ۱۹۹۳) و نظام تشخیصی گوردون^۶ (گوردون، ۱۹۸۳). یکی از دلایل احتمالی استفاده گسترده از این آزمون‌ها میزان موفقیت آنها در متمایز کردن گروه کودکان دارای ADHD از کودکان بهنجار گروه کنترل است، علی‌رغم این موفقیت‌ها در سطح گروه، اشکال بسیاری از این اندازه‌ها نمرات خطای منفی زیاد و غیرقابل قبول آنها است، وقتی که این آزمون‌ها برای کودکان و نوجوانان به‌طور انفرادی به‌کار برده می‌شوند (دپول و همکاران، ۱۹۹۲). اگرچه علت دقیق این ناهمخوانی مشخص نیست، اما یک تبیین احتمال برای آن از این واقعیت ریشه می‌گیرد که این روش‌ها معمولاً در موقعیت‌های بالینی و تحت نسبتاً تازه، یکی یکی و با بازخورد بالا اجرا می‌شوند، که در سطح زیادی احتمال فراخوانی نشانه‌شناسی ADHD را کاهش می‌دهند.

1 - Rynolds & kamphaus

2 - Conners

3 - Achenbach

4 - Continues Performance Test (CPT)

5 - Greenberg & Waldman

6 - Gordon

مشاهده مستقیم

روش‌های ارزیابی مشاهده‌ای مختلفی نیز در دسترس هستند که به‌طور مستقیم‌تری مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD و همچنین تعامل آنها با دیگران را ارزیابی می‌کنند. در بین آنها نظام‌هایی برای مشاهده رفتار در موقعیت کلاس درس (آبیکوف^۱ و همکاران، ۱۹۷۷)، نظام‌هایی برای آزمایش کردن رفتار کودک در موقعیت‌های شبیه‌سازی شده با کلینیک (روبرتس^۲، ۱۹۸۷) و نظام‌هایی برای ارزیابی تعاملات کودکان مبتلا به ADHD با دیگران در کلینیک (ماش و بارکلی^۳، ۱۹۸۷) وجود دارد. بسیاری از این نظام‌های کدگذاری رفتارهایی را هدف قرار می‌دهند که مشخصاً مرتبط با ADHD هستند، نظیر رفتار اتمام تکلیف، بی‌قراری و غیره. این روش‌ها به دلیل این واقعیت که تلاش دارند رفتار را تحت‌ی که بیشتر نمایانگر زندگی واقعی هستند مطالعه کنند، غالباً و پایایی بیشتری از روش‌های ارزیابی مبتنی بر کلینیک دارند.

سایر روش‌ها

لازم است که به دست آوردن اطلاعاتی درباره کارکردهای ذهنی، سطح پیشرفت تحصیلی و ناتوانایی‌های یادگیری در کودکان و نوجوانان مشکوک به ابتلا به ADHD را در طرح ارزیابی مد نظر قرار دهیم. به دلیل این واقعیت که کارکنان مدرسه و سایر متخصصان اکثر اوقات چنین مسائلی را قبل از رجوع برای ADHD متوجه شده و تشخیص می‌دهند، چنین اطلاعاتی غالباً می‌توانند از طریق پرونده‌های موجود در مدارس و مراکز پزشکی به دست آیند.

درمان ADHD

هنگام درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD قابلیت پذیرش از طرف بیماران، والدین و مسئولین مدارس آنان و همچنین آگاهی از اثرات جانبی آن باید در طرح درمانی و به‌کارگیری آن ملحوظ شود. این موضوعات در درمان‌های دارویی و روانی اجتماعی متفاوت هستند و ممکن است نشان دهند که کدام درمان یا درمان‌ها باید به‌کار گرفته شوند و به چه صورت‌ها. در حالی که مطالعات

1 - Abikoff

2 - Roberts

3 - Mash & Barkley

گروهی بزرگ نشان داده‌اند که داروهای محرک برای درمان نشانگان اصلی این اختلال کارایی بیشتری دارند تا رفتار درمانی (گروه مشارکتی MTA، ۱۹۹۹a)، اما برخی بیماران و والدین آنان ممکن است، احساس بدی درباره استفاده از دارو داشته باشند. به عنوان مثال در دو مطالعه بزرگ و گسترده مشاهده شد که ۱۵ درصد و ۲۱ درصد از شرکت‌کنندگان در پژوهش در مرحله آزمایشی یا به دلیل عدم تمایل به استفاده از دارو از شرکت در پژوهش خودداری کردند و یا در حین پژوهش حاضر به استفاده از دارو نشدند (بارت و آلن دیک،^۱ ۲۰۰۴). خانواده‌ها معمولاً میلند قبل از استفاده از دارو، کودکان آنها در جلسات رفتار درمانگری شرکت کنند. سایر نتایج مطالعات اخیر نیز ممکن است توصیه‌های درمانی ترکیبی را پیشنهاد کنند. مثلاً به دلیل این که وقتی دارودرمانی به صورت ترکیبی با رفتار درمانی بکار گرفته می‌شود مقدار کمتری از دارو نیاز است تا به نتایج مثبتی دست یابیم، والدین و حتی افراد مبتلا به ADHD به خصوص آنهایی که هنگام مصرف دارو، اثرات جانبی منفی‌ای را تجربه می‌کنند. تمایل دارند که با رفتاردرمانی شروع کنند و بعد مقدار کمی دارو استفاده کنند (گروه مشارکتی MTA، ۱۹۹۹a).

از طرفی مشاهده می‌شود که نوجوانان مبتلا به ADHD توأم با اضطراب که رفتار درمانی می‌شوند دارای اثرات مثبت معادلی در مورد نشانگان ADHD با کودکان دارای اضطراب همراه با ADHD که دارو درمانی به تنهایی را استفاده می‌کنند به دست می‌آورند (بارت و آلن دیک، ۲۰۰۴). از این رو باید درمان‌های مختلف به‌طور کاملاً ایده‌آلی به‌کار گرفته شوند و اثرات هر یک از آنها مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد. در ادامه به روش‌های درمانی مختلف برای این اختلال اشاره می‌کنیم.

داروشناسی روانی

استفاده از داروهای محرک روانی برای درمان ADHD از جمله روش‌های درمانی برای کودکان و نوجوانان هستند که بیشترین تحقیقات در زمینه کارایی آنان صورت گرفته است. در ادبیات صدها مطالعه وجود دارد که دست کم ۱۸۰ مورد از آنان از کوشش‌های کنترل شده از طریق دارونما استفاده کرده‌اند که فقط برخی از این مطالعات در اینجا مورد بررسی قرار می‌گیرند (گرین‌هیل و فورد،^۲ ۲۰۰۲؛ اسپنسر^۳ و همکاران، ۱۹۹۶).

1 - Barrett & Ollendick

2 - Greenhill & Ford

3 - Spencer

سه گروه از محرک‌ها موجودند که برای کودکان مبتلا به ADHD به کار گرفته می‌شوند: آمفیتامین‌ها^۱ (مانند آدرال^۲، دکسدرین^۳)؛ میتیل فنیدات‌ها^۴ (مانند ریتالین^۵، ریتالین-اس آر)؛ و مگنزیوم پمولین^۶ (سیلرت^۷). اکثر تحقیقات با استفاده از اشکال عملکرد کوتاه مدت دکسدرین و ریتالین غالباً به صورت دو مرتبه در روز یا به ندرت سه بار در روز صورت گرفته‌اند. شروع عمل آنها غالباً در ۳۰ تا ۶۰ دقیقه پس از استفاده است و اثر درمانی کامل آنها غالباً در ۱ تا ۲ ساعت و طول اثر کلی آنها بین ۲ تا ۵ ساعت است (اسپنسر، بیدرمن و ویلنز^۸، ۲۰۰۰). اخیراً در ۸۸ درصد مواد توسط متخصصین ریتالین تجویز شده است، در حالی که دکسدرین در حدود ۱۲ درصد موارد تجویز شده است، با این که مقایسه‌های کنترل‌شده تفاوتی را در میزان کارایی آنها نشان نداده‌اند (بارت و آلن‌دیک، ۲۰۰۴). با این وجود پاسخ‌دهی افراد به اشکال عمل‌کننده طولانی دکسدرین و میتیل فنیدات‌ها بسیار متغیر است (ولرایچ^۹ و همکاران، ۲۰۰۱).

این ترکیبات فعالیت تحریکی سیستم عصبی مرکزی را در خیلی از نواحی مغز افزایش می‌دهند (مارچ، ولز و کانرز^{۱۰}، ۱۹۹۶) در مورد اصطلاح محرک‌های روانی نیز وضع چنین است (اما باید اشاره کرد که تحریک می‌تواند اثرات بازدارنده داشته باشد). دکستروآمفیتامین^{۱۱} و میتیل فنیدات به لحاظ ساختاری با کاتاکولامین‌ها^{۱۲}، دوپامین^{۱۳} و نوراپی نفرین^{۱۴} مرتبط هستند، در حالی که پمولین در ابتدا از طریق مکانیزم‌های تولید دوپامین عمل می‌کند. نگرانی در مورد سم جگر و تهدید حیات منجر به یک بازنگری در پمولین شده است در این راستا، پمولین علی‌رغم کارایی آن نباید به عنوان اولین درمان مدنظر قرار گیرد (پیزوتی^{۱۵}، ۱۹۹۶).

-
- 1 - Amphetamines
 - 2 - Adderall
 - 3 - Dexedrine
 - 4 - Methylphenidates
 - 5 - Ritalin
 - 6 - Magnesiumpemoline
 - 7 - Cylert
 - 8 - Wilens
 - 9 - Wolraich
 - 10 - March, Wells & Conners
 - 11 - Dextroamphetamine
 - 12 - Catecholamines
 - 13 - Dopamine
 - 14 - Norepinephrine
 - 15 - Pizzuti

اثرات داروهای محرک

داروهای محرک اثرات سریع، فوری، زیاد و سودمندی را روی دامنه‌ای از نشانگان اولیه و همبود و برخی از حوزه‌های کارکردی در نوجوانان مبتلا به ADHD دارا هستند. اصلاحاتی در ابعاد محوری بیش‌فعالی حرکتی، تکانشی بودن و بی‌توجهی در تعداد زیادی از مطالعات گزارش شده‌اند (اسپنسر و همکاران، ۱۹۹۶).

مطالعات متعدد با توجه به نشانگان محوری خاص این اختلال نشان دهنده اثرات سودمند این داروها در حفظ توجه و پایداری در تلاش برای انجام کارها و تکالیف، ثبات و کاهش در بی‌قراری و فعالیت حرکتی، توجه به تکالیف تعیین‌شده در کلاس درس، حفظ توجه در حین بازی‌های ورزشی، رفتار اتمام تکالیف، کاهش رفتار تکانشی، مولد بودن از نظر تحصیلی، کاهش انحرافات رفتاری در کلاس درس و رفتارهای کلامی ناراحت‌کننده و افزایش نمرات و اندازه‌های گزارش‌شده توسط معلم در ارتباط با برنامه‌های درسی و عملکرد تحصیلی می‌باشند (بارکلی، ۱۹۷۷؛ کارلسون^۱ و همکاران، ۱۹۹۲؛ الیا^۲ و همکاران، ۱۹۹۱؛ میلیچ^۳ و همکاران، ۱۹۹۱؛ پل‌هام^۴ و همکاران، ۱۹۹۱).

اثرات این داروها به وسیلهٔ سنجش آزمایشگاهی از کارکردهای شناختی نظیر گوش به زنگ بودن، تکانشی بودن شناختی، زمان واکنش، حافظهٔ کوتاه مدت و یادگیری موضوعات کلامی و غیرکلامی نیز به اثبات رسیده است (راپوپورت و کلی^۵، ۱۹۹۱؛ سوانسون^۶، ۱۹۸۸). با این حال با توجه توجه به این اثرات شدید، اثرات کوتاه‌مدت داروها بر نشانگان مرتبط با کلاس درس و ویژگی‌های ADHD طبق مطالعات صورت گرفته روی پیشرفت تحصیلی کودکان بسیار ناامیدکننده است. با توجه به مدارک و شواهد کمی که دربارهٔ اثرات و پیشرفت‌های بلند مدت به‌دست آمده وجود دارد (سوانسون و همکاران، ۱۹۹۵).

مشاهده شده است که داروهای محرک اثرات مثبتی نیز روی رفتارهای اجتماعی و تعاملات نوجوانان مبتلا به ADHD دارا هستند. علی‌رغم تصورات اولیه مبنی بر این که داروهای محرک نمی‌توانند رفتار پرخاشگرانه را تحت تأثیر قرار دهند، مطالعات صورت گرفته طی دهه‌های گذشته

1 - Carlson

2 - Elia

3 - Milich

4 - Pelham

5 - Rappoport & Kelly

6 - Swanson

نشان‌دهنده اثرات مثبت روی نشانگان مرتبط با اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای^۱ و اختلال سلوک^۲ هستند (مک‌ماهون و ولز، ۱۹۹۸)، کاهش یافتن میزان رفتارهای ضداجتماعی آشکار (نظیر پرخاشگری، عدم اطاعت) و پنهان (نظیر دزدی کردن) نیز گزارش شده است (هین‌شاو^۳، ۱۹۹۹؛ به نقل از بارت و آلن‌دیک، ۲۰۰۴). کلاین و همکاران (۱۹۹۷) در آزمون مستقیم خود در مورد اثرات داروهای محرک بر اختلالات سلوک و نافرمانی، مشاهده کردند که نشانگان خاص اختلال سلوک (که توسط مصاحبه‌های ساخت‌یافته، مشاهده مستقیم و گزارش معلم اندازه‌گیری شده بود) توسط استفاده از متیل فنیدات در نوجوانان مبتلا به ODD و CD که همگی به ADHD نیز بودند کاهش یافته بود.

علاوه بر اثرات مفید روی رفتارهای پرخاشگرانه کودکان، مطالعات نشان داده‌اند که تعاملات کودک-والد که مرتبط با رفتار نافرمانی در کودکان و نوجوانان می‌باشند نیز وقتی که کودکان با داروهای محرک درمان می‌شوند، کاهش قابل ملاحظه‌ای می‌یابد (ولز^۴ و همکاران، ۲۰۰۰a). هم‌چنین تعاملات اجتماعی آنان با همسالان خود دچار اصلاح و بهبود می‌گردد. داروهای محرک تکلم‌های منفی و نادرست نظیر دروغ‌گویی، ریشخند و تمسخر دیگران را کاهش می‌دهد. نوجوانان درمان‌شده کمتر سلطه‌طلب می‌شوند و کمتر آزار و اذیت می‌کنند و کمتر دست به تعاملات اجتماعی منفی می‌زنند که این ناشی از کاهش در نشانگان محوری ADHD نظیر تکانشی بودن و پرخاشگری می‌باشد تا ناشی از افزایش مهارت‌های فرا اجتماعی و این به نوبه خود ممکن است میزانی که نوجوان مورد محبت همسالان قرار می‌گیرد را افزایش می‌دهد (بورمستر^۵ و همکاران، ۱۹۹۲).

اکثر مطالعات صورت گرفته در مورد محرک‌ها، مطالعات دارای طول مدت کوتاه هستند (کمتر از سه ماه) و نشانگان اختلال خیلی زود پس از قطع دارو، مجدداً ظاهر می‌گردند (بارت و آلن‌دیک، ۲۰۰۴).

تعداد مطالعات با طول مدت بیشتر که نشان می‌دهند اثرات مثبت محرک‌ها طی ۱۲ ماه (گیلبرگ^۶ و همکاران، ۱۹۹۷)، ۱۴ ماه (گروه مشارکتی MTA، ۱۹۹۹a) و ۲۴ ماه (آبیکوف و هچتمن^۷، هچتمن^۷، ۱۹۹۸) باقی می‌ماند بسیار کم است. مطالعات پیگیری طولانی‌مدت صورت گرفته در مورد

1 - Oppositional Defiant Disorder (ODD)

2 - Conduct Disorder (CD)

3 - Hinshaw

4 - Wells

5 - Buhrmester

6 - Gillberg

7 - Abikoff & Hechtman

۲۰۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

نوجوانان مبتلا به ADHD تا سن بزرگسالی آنان هیچ شاهد و مدرکی را برای فواید بلندمدت داروهای محرک فراهم نکرده است (ویس^۱ و هچمن، ۱۹۹۳). اخیراً اسمیت^۲ و همکاران (۲۰۰۰) بر مطالعاتی که با استفاده از کوشش‌های کنترل‌شده اثرات داروهای محرک را در درمان ADHD در نوجوانان مورد بررسی قرار داده بودند، مروری داشتند و دریافتند که ۸ مطالعه از ۹ مطالعه فوق گزارش کرده بودند که داروهای محرکی نظیر میتل‌فینیدات اصلاحات معناداری را از نظر بالینی نشان داده بودند. اثرات سودمندی نیز برای نشانگان اولیه این اختلال نظیر رفتارهای اجتماعی، تحصیلی و کلاسی مشاهده گردیده است (ایوانز^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). (۲۰۰۱). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که در اثر افزایش میزان مصرف این داروهای محرک در نوجوانان اثرات جانبی کمی ایجاد می‌گردد (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۸).

داروهای غیرمحرک

اگرچه داروهای محرک اولین درمان انتخابی و اولین نوع داروها برای درمان ADHD هستند، اما برخی داروهای دیگر نیز برای درمان کودکان مبتلا به ADHD که به داروهای محرک پاسخ نمی‌دهند و یا اثرات جانبی شدید و نامطلوبی را تجربه می‌کنند وجود دارد. این داروها شامل ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای، ضدافسردگی‌ها SSRI، کاربامازپین، کلونیدین و بوپروپیون هستند. به دلیل این که داروهای محرک در اکثر موارد بسیار کارآمد و مؤثر هستند، از این رو در اینجا کمتر به اثرات مفید سایر داروها پرداخته می‌شود، خوانندگان علاقمند می‌توانند به شکر و ایکوویسز^۴ (۱۹۹۹) رجوع کنند.

رفتاردرمانی

کارآیی کوتاه مدت داروهای محرک برای درمان ADHD در کودکان و نوجوانان به خوبی اثبات شده است (سوانسون و همکاران، ۱۹۹۳). حتی برخی صاحب‌نظران معتقدند که این داروها، بهترین داروهای انتخابی برای درمان این اختلال هستند (کلاین و آیکوف، ۱۹۹۷). با این حال سایرین

1 - Weiss

2 - Smith

3 - Evans

4 - Schachar & Uickowicz

فهرست موضوعی ----- ۲۰۳

این اعتقاد را ندارند (پلهام و واشباش^۱، ۱۹۹۹). با این حال مشاهده شده است که افرادی که به این داروها پاسخ مثبت می‌دهند، ممکن است به اندازه کافی بهبود نیابند و رفتارهای آنان در حد رفتارهای بهنجار قرار نگیرد. از طرفی داروهای محرک کاملاً تمام نشانه‌شناسی اختلال را تحت تأثیر قرار نمی‌دهند، مثلاً در حالی که بی‌توجهی، تکانشی بودن و بیش‌فعالی را تا حدودی کاهش می‌دهند تأثیری بر اختلالات سلوکی ندارند (مک‌ماهون و ولز^۲، ۱۹۹۸).

هم‌چنین همان‌گونه که قبلاً نیز اشاره شد داروهای محرک اثرات بلندمدت کمی دارند (ویس و هچمن، ۱۹۹۳). نهایتاً این که یکی از صاحب‌نظران مطرح در حیطه ADHD معتقد است که داروهای محرک باید به صورت ترکیبی یا رفتاردرمانی به‌کار گرفته شوند تا کارایی لازم را داشته باشد (پلهام و واشباش، ۱۹۹۹). علاوه بر این موارد پلهام معتقد است که میزان بالای این داروها خطر وجود اثرات جانبی منفی را افزایش می‌دهند و از طرف وقتی میزان کمی از این داروها با رفتاردرمانی به‌کار برده می‌شوند، اثراتی مشابه با اثرات میزان مصرف بالای این داروها مشاهده می‌شود (پلهام، ۲۰۰۰؛ به نقل از بارت و آلن‌دیک، ۲۰۰۴).

به دلایل فوق برخی مداخلات درمانی روان‌شناختی برای درمان ADHD طراحی و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، که از میان آنها روش‌های درمانی در محیط خانه، مدرسه و کلاس درس به‌کار گرفته می‌شوند و کارایی لازم را دارا هستند (هین‌شاو، کلاین و آبیگوف، ۲۰۰۲). از این‌رو در اینجا به بررسی آن می‌پردازیم. از طرفی مشاهده شده است که شناخت-رفتاردرمانگری در درمان ADHD کودکان و نوجوانان فاقد کارایی بوده و غیرمؤثر است (آبیگوف و همکاران، ۱۹۹۸).

چنان‌که قبلاً نیز ذکر شد به دلیل آنکه توافق کمی در مورد مکانیزم‌ها و دلایل تأثیرگذار بر ADHD وجود دارد، طراحی درمان این اختلال باید براساس شواهد تجربی صورت گیرد تا براساس موضوعات و زیربنای نظری آن. از آنجا که شواهد تجربی صورت گیرد تا براساس موضوعات و زیربنای نظری آن. از آنجا که شواهد تجربی نشان‌دهنده وجود نشانگان محوری و همبود و همچنین اختلالات کارکردی (نظیر رفتار نافرمانی و پرخاشگرانه، مشکلات در تعامل والد-کودک، مشکلات درسی و تحصیلی و روابط ضعیف با همسالان) می‌باشند، لذا روش‌های رفتاردرمانی برای درمان این مشکلات در کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD طراحی و توصیه می‌شوند. بنابراین، آموزش رفتاری

1 - Waschbusch

2 - Wells

۲۰۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

والدین، مدیریت رفتاری کلاس درس و مدیریت وابستگی‌ها گاه به تنهایی و گاه به صورت ترکیبی به کار گرفته می‌شوند. این درمان‌ها را در سه زمینه مورد مطالعه قرار می‌دهیم:

۱- مدیریت وابستگی مستقیم^۱؛ ۲- آموزش رفتاری والدین و ۳- مداخلات رفتاری مدرسه‌ای.

مدیریت وابستگی مستقیم

مطالعات صورت گرفته در مورد مدیریت وابستگی به‌طور مستقیم نوعاً از طرح‌های آزمایشی تک‌آزمودنی در مدارس خاص (پفیفنر^۲ و همکاران، ۱۹۸۵)، موقعیت‌های روانپزشکی سرپایی (ولز و همکاران، ۱۹۸۱) یا برنامه‌های گسترده درمان تابستانی (پلهام و هوزا^۳، ۱۹۹۶) استفاده می‌کنند. در این مطالعات راهبردی مدیریت وابستگی کلاً وسیع‌تر است تا در رفتاردرمانی بالینی (آموزش والدین و مداخلات مدرسه‌ای) (پلهام و همکاران، ۱۹۹۸) که در یکی از این مطالعات ولز و همکاران (۱۹۸۱) گزارش کرده‌اند دو کودک مبتلا به ADHD توسط یک رفتار درمانگر که در کلاس درس نزدیک نیمکت این دو کودک قرار گرفته بود، مورد درمان قرار گرفته‌اند.

این رفتار درمانگر هر وقت که این دو کودک ساکت روی نیمکت خود می‌نشستند آنها را با نوعی خوراکی تقویت می‌کرد که این کار منجر به اصلاحات زیادی در رفتار روی نیمکت نشستن آن کودکان گردید و رفتارهای ایجادکننده اختلال در کلاس آنها را بسیار کاهش داد.

مطالعات آزمایشی کاملاً کنترل‌شده زیادی وجود دارند که انواع مختلف وابستگی‌ها را در برنامه‌های رفتاری نوجوانان مبتلا به ADHD به کار گرفته‌اند. این مطالعات اکثراً از جریمه^۴ (راپوپورت، مورفی و بایلی^۵، ۱۹۸۰)، تویخ کلامی، اخراج و ندادن امتیاز (آبراموویتز، اولیری و روزن^۶، ۱۹۸۷) استفاده می‌کنند. کلاً روش‌های مدیریت وابستگی به صورت مستقیم اصلاحات زیادی را در رفتارهای موجود در خط پایه ایجاد می‌کند و تأثیر کاملاً برابر با میزان مصرف کم با مدیریت وابستگی به صورت مستقیم اثرات مشابه و معادلی با استفاده زیاد از داروها به تنهایی دارد (کارلسون و همکاران، ۱۹۹۲).

1 - Direct Contingency management

2 - Pfiffner

3 - Hoza

4 - Response cost

5 - Murphy & Bailey

6 - Abramowitz, O'leary & Rosen

آموزش رفتاری والدین

چنانچه که قبلاً ذکر شد تعامل‌های کودک-والد در خانواده‌هایی که دارای نوجوانان مبتلا به ADHD هستند به صورت رفتارهای شدیداً منفی و رفتارهای کنترلی شدیدی هستند. این گونه تعاملات اثرات قابل توجهی روی سبب‌شناسی، حفظ و تداوم نشانگان این اختلال و هم‌چنین روی تنیدگی‌ها و ناهماهنگی‌های خانوادگی دارند. هرچند که داروهای محرک کاهشی را در رفتارهای مزمن کودکان و والدین آنان ایجاد می‌کند (ولز و همکاران، ۲۰۰۰b)، رویکردهای آموزش والدین نه‌تنها مستقیماً رفتارهای منفی و مزمن را مورد هدف قرار می‌دهند، بلکه دامنه وسیعی از مهارت‌های والدینی و متغیرهای خانوادگی مرتبط با هدایت و کنترل نوجوانان مبتلا به ADHD را در موقعیت‌های مختلف مد نظر و مورد بررسی قرار می‌دهند. از این رو آموزش والدین (PT)^۱ یک فعالیت بالینی کلیدی در رفتاردرمانی این خانواده‌ها می‌باشد (هین‌شاو، کلاین و آبیگوف، ۲۰۰۲).

از سال ۱۹۸۰ تاکنون، ۱۵ کوشش آزمایشی صورت گرفته‌اند که آموزش والدین را به عنوان یک درمان منفرد و یا به عنوان مؤلفه‌ای از یک طرح رفتاردرمانی برای نوجوانان مبتلا به ADHD مورد بررسی قرار داده‌اند. در اکثر این مطالعات دامنه‌ای از این برنامه‌های PT طراحی شده توسط بارکلی (۱۹۹۷) تا برنامه‌های طراحی شده توسط فورهند^۲ و مک‌ماهون (۱۹۸۱) به کار گرفته شده‌اند. در این برنامه‌ها، غالباً آموزش والدین یا PT ۸ تا ۱۲ جلسه طول می‌کشد، البته در برخی از برنامه‌های آموزش والدین که اخیراً طراحی و به کار گرفته می‌شوند، این جلسات به صورت ۲۷ جلسه گروهی و ۸ جلسه انفرادی که طی ۱۴ ماه ارائه می‌شوند می‌باشند (ولز و همکاران، ۱۹۹۶؛ ۲۰۰۰b).

در این برنامه‌ها به والدین مهارت‌هایی برای دادن تقویت مثبت، دادن دستور مؤثر و طراحی قوانین و مقرراتی برای خانه، استفاده از روش‌های تنبیه مؤثر (مثل اخراج، جریمه) و هم‌چنین استفاده از این مهارت‌ها در خارج از منزل، آموزش داده می‌شود. هم‌چنین به والدین آموزش می‌دهند که چگونه یک کارت گزارش روازنه خانه-مدرسه مشارکتی با معلم کودک در مدرسه را طراحی و به کار گیرند.

1 - parent training

2 - Forehand

۲۰۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

مطالعات صورت گرفته در مورد آموزش والدین دارای نوجوانان مبتلا به ADHD نشان داده‌اند که این روش‌های آموزش، بی‌توجهی و بیش‌فعالی را کاهش می‌دهند (سونوگا- بارک^۱ و همکاران، ۲۰۰۱)، نافرمانی کودک و مشکلات سلوکی او را تحت تأثیر قرار می‌دهند (سونوگا- بارک و همکاران، ۲۰۰۱) و پرخاشگری کودکان را کم می‌کنند (آناستاپولس^۲ و همکاران، ۱۹۹۳). به علاوه مشاهده شده است که این روش‌های آموزش والدین، میزان تنیدگی والدین را کاهش داده و میزان عزت نفس آنان را افزایش می‌دهند (پیسترمن^۳ و همکاران، ۱۹۹۲).

بارکلی و همکاران (۱۹۹۲) سه نوع درمان خانواده مدار را در درمان ADHD نوجوانان مورد مقایسه قرار دادند: ۱- آموزش والدین؛ ۲- حل مسئله خانوادگی و آموزش برقراری روابط و ۳- خانواده درمانی ساختاری. هر سه روش درمانی از نظر آماری اصلاحات معناداری را ایجاد کردند و هیچ یک بر دیگری برتری نداشت.

به‌طور کلی آموزش والدین به عنوان یک روش درمانی برای ADHD کودکان و نوجوانان از حمایت تجربی زیادی برخوردار است (بارت و آلن‌دیک، ۲۰۰۴).

مداخله‌های رفتاری مدرسه‌ای

به دلیل وجود مشکلات دوگانه‌ای نظیر عدم پیشرفت تحصیلی و رفتارهای اختلال‌گراانه کلاسی مرتبط با ADHD، مطالعات مختلف به بررسی اثرات درمانی روش‌های رفتاری در محیط کلاس پرداخته‌اند. درمان مستقیم مبتنی بر مدرسه برای نوجوانان مبتلا به ADHD ممکن است متشکل از مداخلات تحصیلی (آموزش توسط همسالان و آموزش به کمک کامپیوتر) و مداخلات رفتاری مرتبط با راهبردهای پیشایند نظیر عمل کردن به قواعد کلاسی و راهبردهای پیامدی نظیر توجه مثبت معلم، برنامه‌های ژتونی کلاسی مثل سیستم‌های نقطه‌گذاری و استفاده از پیامدهای منفی نظیر تنبیه کلاسی، جریمه و اخراج باشند. این مداخله‌ها مستلزم ارائه مشاوره‌های رفتاری به معلم برای طراحی و به‌کارگیری سیستم و نظام رفتاری در کلاس درس است.

1 - Sonuga - Barke

2 - Anastopoulos

3 - Pistermen

تحقیقات نشان داده‌اند که راهبردهای پیام‌مدار که فقط از رویکردهای تقویت مثبت برای نوجوانان مبتلا به ADHD استفاده می‌کنند رفتارهای ایجاد کنندهٔ اخلال را کاهش داده و رفتارهای متناسب کلاسی را افزایش می‌دهند (هوفمن و دوپول^۱، ۲۰۰۰). هم‌چنین مشاهده شده است برنامه‌های مدرسه‌ای رفتاری که استفادهٔ متوسطی از تنبیه می‌کنند، بیشترین کارایی را دارند. راهبردهای جریمه که در آنها کودکان یک امتیاز از دست می‌دهند نیز به طور موفقیت‌آمیزی منجر به اثرات بیشتری روی رفتار می‌گردند (پفیفر و اولیری، ۱۹۹۳).

شکل دیگری از مداخلات مدرسه‌ای که در سطح گسترده‌ای به کار گرفته می‌شود کارت گزارش روزانه (DRC)^۲ است. در این روش معلم در مورد هدف‌های رفتاری و تحصیلی مشخص شده در فواصل زمانی از قبل تعیین شده روی یک کارت یا برگهٔ خاص گزارش می‌دهد (مثلاً در پایان هر دورهٔ کلاسی). کودک کارت یا یادداشت را هر روز به خانه می‌آورد و والدین پاداش‌ها و مشوق‌های از قبل تعیین شده‌ای را براساس گزارش معلم از عملکرد کودک به او می‌دهند. در ابتدا گزارش به صورت روزانه تهیه می‌شود، اما به تدریج به صورت هفتگی یا ماهیانه درمی‌آید. اخیراً ادبیات مربوط به مداخله‌های رفتاری کلاسی و تحصیلی در مورد نوجوانان مبتلا به ADHD توسط هوفمن و دوپول (۲۰۰۰) مورد بررسی قرار گرفت. این مطالعات نشان دادند که مداخله‌های رفتاری کلاسی بسیاری از رفتارهای اخلال‌گرانهٔ کلاسی این نوجوانان را کاهش می‌دهند.

درمان ترکیبی

مداخله‌های رفتاری و داروهای محرک از لحاظ آماری و بالینی اصلاحات معناداری را در نشانگان اولیه و بسیاری از همبودی‌ها و اختلالات کارکردی همبود با ADHD در نوجوانان مبتلا به آن ایجاد می‌کنند. هنگام مقایسهٔ یک به یک، مشاهده شده است که دارودرمانی به تنهایی به‌طور متوسط اثرات بیشتری را از رفتاردرمانی به تنهایی ایجاد می‌کند (کلاین و آبینکوف، ۱۹۹۷). اگرچه هم رفتاردرمانی به تنهایی و هم دارودرمانی به تنهایی منجر به اصلاحات معناداری در نشانگان ADHD کودکان و نوجوانان می‌گردد اما هیچ یک از آن دو به تنهایی باعث نرمال شدن کامل نشانه‌ها و اختلالات کارکردی آنان نمی‌گردند و نتایج اصلاحی بلندمدتی را ایجاد نمی‌کنند. ازاین‌رو،

1 - Hoffman & Dupual

2 - Diary Report Card (DRC)

۲۰۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

مطالعات و پژوهش‌ها علاقمند به این شده‌اند که بدانند آیا ترکیب دارودرمانی و رفتاردرمانی نسبت به دارودرمانی و رفتاردرمانی به تنهایی منجر به اثرات بهتری روی حوزه‌های چندگانه نشانگان ADHD، بهنجارسازی و نتایج و پیامدهای بلندمدت می‌گردد یا نه؟

کلاین و آبیگوف (۱۹۹۷) در یک طرح آزمایشی بین آزمودنی، به‌طور تصادفی ۸۹ کودک ۶ تا ۱۲ ساله را که مبتلا به ADHD تشخیص داده شده بودند و هیچ یک از آنها مبتلا به اختلالات سلوکی و اضطراب بالینی نبودند به سه گروه آزمایشی انتساب کردند: ۱- رفتاردرمانی بالینی به همراه قرص‌های دارونما (PT)، که متشکل از آموزش والدین و مشاوره معلم در مورد مداخله‌های رفتاری کلاسی بود؛ ۲- مصرف میتل‌فنیدات که به صورت تدریجی تا ۶۰ میلی‌گرم در روز می‌رسید و ۳- میتل‌فنیدات به همراه رفتاردرمانی بالینی. کودکان در گروه آخر (گروه ترکیبی) رژیم‌های هر سه نوع درمان را دریافت می‌کردند. درمان در هر یک از مذکور ۸ هفته طول کشید. انتقادی که به این مطالعه شده است این است که در این مطالعه هیچ توجهی به استفاده از قرص دارونما یا گروه کنترل در لیست انتظار نشده است.

این مطالعه علاوه بر درجه‌بندی والدین، معلم، روانپزشک و روان‌شناس از ارزیابی عینی کلاسی توسط مشاهده‌کنندگان کور که از یک سیستم کدگذاری عینی استفاده می‌کردند نیز استفاده کرده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که گروه میتل‌فنیدات (MP)^۲ به تنهایی در مقایسه با گروه آموزش والدین (PT) به تنهایی در بهبودی بیشتری براساس مقیاس‌های درجه‌بندی معلم و روانپزشک دست یافتند. اما گزارش والدین از این برتری حمایت نمی‌کرد. کلاً درجه‌بندی‌های مادران و معلمان از بهبودی کلی آزمودنی‌ها در گروه‌های تک مدلی تفاوتی معنادار نداشت. اما کلاً روانپزشکان بهبودی بیشتری را در کودکان گروهی که MP را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروهی که PT دریافت کرده بودند، گزارش کردند. براساس مشاهدات عینی کلاسی، کودکانی که MP را دریافت کرده بودند به‌طور معناداری اثرات مثبت‌تری را در ۵ رفتار از ۱۴ رفتار کدگذاری شده نشان دادند.

در ارتباط با درمان ترکیبی، درجه‌بندی والدین، روان‌شناس و روانپزشک نشان داد که هیچ تفاوتی بین گروه MP و گروه MP + PT وجود نداشت. از این رو هیچ سودی از ترکیب رفتاردرمانی

1 - Placebo Tablet

2 - Methyl Phenidates

با MP به تنهایی حاصل نشد. به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که از نظر والدین و معلمان رفتاردرمانی به تنهایی یک درمان بدیل و دارای اثرات پایدار نسبت به دارودرمانی به تنهایی است. به علاوه برخی شواهد در حمایت از درمان ترکیبی یافت شد و مشاهده گردید که بهنجارسازی کامل فقط از طریق درمان ترکیبی به دست می‌آید.

در این مطالعه هیچ نوع پیگیری طولانی مدتی صورت نگرفت، لذا اثرات درمانی روش‌های ترکیبی در مقابل روش‌های تک مدلی در طول زمان، نامعلوم است (بارت و آلن‌دیک، ۲۰۰۴). نتایج مطالعات دیگر نشان داده‌اند که درمان‌های ترکیبی ممکن است کارایی بیشتری از دارودرمانی یا رفتاردرمانی به تنهایی داشته باشند (ولز و همکاران، ۱۹۹۶، ۲۰۰۰b؛ هوزا و همکاران، ۱۹۹۲).

خلاصه

برآورد شده است که تقریباً در حدود ۳ تا ۶ درصد کودکان به برخی اشکال اختلال نظیر بیش‌فعالی همراه با نقص توجه مبتلا هستند و تقریباً پسران سه برابر دختران دارای این اختلال هستند (فلنچر- جانزین و رینولدز، ۲۰۰۳). اگرچه تشخیص ADHD ممکن است در هر سنی رخ دهد، اما غالباً تشخیص مربوط به سنین دبستان است. براساس DSM-IV-TR، (۲۰۰۰) انواع مختلف ADHD براساس شدت نشانگان آن از جمله نشانگان بی‌توجهی و بیش‌فعالی- پرتحرکی شامل موارد زیر است: نوعی که بی‌توجهی بارز است؛ نوعی که بیش‌فعالی / تکانشی بودن بارز است و نوع ترکیبی (CT)^۱. اختلالات همبود با ADHD معمولاً اختلالات یادگیری، اختلالات زبانی، اختلالات سلوکی و اختلال نافرمانی می‌باشند.

تعدادی نظریه در ارتباط با سبب‌شناسی بدکارکردی‌های مغزی که منجر به ADHD می‌شوند وجود دارد که یکی از مستندترین آنها معتقد است که عوامل ژنتیکی زمینه‌سازی برای ابتلا به ADHD وجود دارد.

کانرز و جت^۲ (۱۹۹۱) ویژگی‌های زیر را برای اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه در کودکان پیشنهاد کرده‌اند:

1 - Combined Type

2 - Conners & Jett

۲۱۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

- ۱- ملاک‌های تشخیصی انجمن روانپزشکی آمریکا (APA, ۲۰۰۰) برای بی‌توجهی، بیش‌فعالی - تکانشی بودن؛
 - ۲- داشتن مشکل در سازمان‌دهی و انجام تکالیف روزمره؛
 - ۳- به سادگی خسته شدن و یا به سادگی رنجیدن و به سادگی حواس‌پرت شدن؛
 - ۴- احساس بی‌قراری؛
 - ۵- فقدان پایداری در تکلیف و انگیزش پایین؛
 - ۶- مشکل در حل مسئله در موقعیت‌های اجتماعی و اختلال در کارکردهای اجتماعی؛
 - ۷- عملکرد تحصیلی توأم با اختلال؛
 - ۸- تحمل پایین برای ناامیدی و واکنش‌های هیجانی شدید.
- درمان‌های انتخابی برای ADHD شامل استفاده از دارو، راهبردها و اصلاحات رفتاری در کلاس درس، مدیریت رفتاری، مدیریت وابستگی و آموزش والدین می‌باشند. تحقیقات نشان داده‌اند که درمان‌های ترکیبی با استفاده از روش‌های فوق به نتایج بهتری نسبت به درمان‌های خاص منجر می‌گردند.

دانشگاه تهران - مؤسسه روانشناسی
دکتر محمد خدایاری فرد

فصل هفتم

اختلال‌های رفتاری ایدایی

مشکلات سلوکی^۱ در شکل‌گیری دامنه وسیعی از رفتارهای برون‌ریزی^۲ نقش دارد. رفتارهایی که دامنه‌ای از آزار و اذیت، رفتارهای نسبتاً جزئی نافرمانی نظیر داد و فریاد کردن و قشقرق تا اشکال جدی‌تر رفتارهای ضداجتماعی مانند پرخاشگری، ویرانگری فیزیکی و دزدی کردن را شامل می‌شود. این رفتارها نوعاً در انزوا و تنهایی رخ نمی‌دهند، بلکه به صورت یک نشانه یا عقده^۳ بروز می‌کنند و شواهدی وجود دارد مبنی بر این که رفتارهای نافرمانی (مثلاً عدم اطاعت) زمینه‌سازهای تحولی برای رفتارهای ضداجتماعی هستند (بارت و آلن‌دیک^۴، ۲۰۰۴). این رفتارها وقتی به صورت گروهی رخ می‌دهند از آنها تحت عنوان اختلال‌های «نافرمانی»، ضد اجتماعی و سلوکی یاد می‌شود (هین‌شاو لی^۵، ۲۰۰۲). در این فصل از اصطلاح «مشکلات سلوکی» (CP) برای اشاره به این گروه از رفتارها استفاده خواهد شد. با این حال، تأکید این فصل روی مداخله‌های درمانی برای گروهی از رفتارهای شدیدتری است که روی پیوستار مشکلات سلوکی قرار می‌گیرند و عموماً مرتبط با اختلال سلولک^۶ (CD) هستند.

رویکردهای مختلفی برای توصیف و طبقه‌بندی مشکلات شدید سلوکی وجود دارد. در چهارمین مجموعه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV-TR،

1 - Conduct Problems (CP)
2 - acting - out
3 - Complex
4 - Barret & Ollendick
5 - Hinshaw & Lee
6 - Conduct Disorder

۲۰۰۰) مشکلات سلوکی در طبقه اختلالات رفتاری ایذایی یا اختلال‌گرانه^۱ قرار می‌گیرد و مشکلات شدید سلوکی ممکن است نشانگر تشخیص اختلال سلوک باشند (آنگولد و کاستلو^۲، ۲۰۰۱). ویژگی اساسی اختلال سلوک وجود الگوی رفتاری پایدار و مکرری است که در آن حقوق اساسی دیگران و یا هنجارها یا قواعد اجتماعی مهم متناسب با سن زیر پا گذاشته می‌شود (APA^۳، ۲۰۰۰).

حداقل ۳ رفتار از ۱۵ رفتار فهرست شده در زیر باید طی ۱۲ ماه گذشته وجود داشته باشد و یا لاقل یکی از این رفتارها در ۶ ماه گذشته وجود داشته باشد تا تشخیص اختلال سلوکی داده شود. رفتارها در ۴ گروه طبقه‌بندی شده‌اند: پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات (قلدری، زورگویی، جنگ و دعوا، از اسلحه استفاده کردن، آزار و اذیت فیزیکی افراد و دیگران، آزار و اذیت فیزیکی حیوانات، دزدی کردن از طریق خشونت و فعالیت جنسی اجباری)؛ ویرانگری و تخریب (به آتش کشیدن، سایر ویژگی‌های ویرانگرانه)؛ فریب دادن، کلاه‌برداری و یا دزدی (شکستن در و پنجره برای وارد شدن، دروغگویی به منظور دستیابی به اهداف شخصی، دزدی کردن بدون استفاده از خشونت)؛ و تخلف‌های قانونی جدی (شب بیرون ماندن از خانه قبل از ۱۳ سالگی، فرار کردن از خانه، فراری بودن قبل از ۱۳ سالگی). بسیار مهم است که توجه داشته باشیم که اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۴ (ODD) شامل رفتارهایی نظیر عدم اطاعت می‌گردد که در اختلال سلوک نیز وجود دارد. با این حال ODD شامل رفتارهای جدی‌تری که نشانگر تخلف‌های قانونی و خلاف‌هایی بر ضد حقوق اساسی دیگران و یا بر ضد قواعد و هنجارهای متناسب با سن هستند، نمی‌گردد. از این رو اگر یک کودک ملاک‌های تشخیصی هر دو اختلال را دارا باشد، فقط مبتلا به اختلال سلوک تشخیص داده می‌شود.

در DSM-IV-TR (۲۰۰۰) از دو طبقه فرعی در اختلال سلوک نام برده شده است که این دو طبقه براساس سن کودک هنگام ظهور اولین نشانگان اختلال سلوک از یکدیگر متمایز می‌گردند. نوعی که شروع اولیه آن در دوران کودکی است، از طریق شروع لاقل ۱۵ رفتار قبل از سن ۱۰ سالگی مشخص و تعریف می‌گردد، درحالی که در نوع دوم رفتار اختلال سلوک تا سن ۱۰ سالگی و یا بیشتر یعنی در نوجوانی وجود ندارد که به آن نوع شروع در نوجوانی گفته می‌شود.

1 - Disruptive behaviors

2 - Angold & Costello

3 - American Psychiatric Association

4 - Oppositional Defiant Disorder

۲۱۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

اعتبار این دو طبقه فرعی نیز در آن کودکانی که مبتلا به نوع شروع اولیه در دوران کودکی^۱ هستند مورد حمایت قرار گرفته است. نوعی که در آن احتمال زیادی برای وجود نشانگان پرخاشگرانه‌تر، بخصوص در پسران، و در افرادی که سابقه خانوادگی مملو از رفتار ضد اجتماعی دارند یا به مشکلات عصبی - شناختی و خلق و خویی مبتلا هستند و یا مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی دیگری نیز هستند، وجود دارد. درحالی‌که اختلال سلوکی نوع شروع اولیه در نوجوانی^۲ در سطح بالاتری مرتبط با جایگاه قومی اقلیتی و رویارویی و مواجهه با همسالان منحرف می‌باشد (لاهی^۳ و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک‌کاب^۴ و همکاران، ۲۰۰۱؛ مافیت و کاسپی^۵، ۲۰۰۱).

علاوه بر خرده طبقه‌های مبتنی بر سن شروع اولیه، سایر طبقات فرعی مشکلات سلوکی نیز هنگامی‌که تشخیص و درمان اختلال سلوکی مد نظر می‌باشد، بسیار رایج و بارز هستند. اولاً، لوبر و شمالینگ^۶ (۱۹۸۵a) یک نوع‌شناسی تک‌بعدی، دوقطبی از رفتارهای مرتبط با مشکلات سلوکی آشکار و پنهان پیشنهاد کرده‌اند. رفتارهای آشکار مشکلات سلوکی نوعاً شامل مواجهه مستقیم با تخریب و اخراج‌گری در محیط می‌باشند (مثل پرخاشگری، قشقرق راه انداختن، نزاع و درگیری ایجاد کردن)، درحالی‌که رفتارهای پنهان مشکلات سلوکی غالباً بدون آگاهی بزرگسالان و سرپرستان بزرگسالان رخ می‌دهند (مثلاً دروغ‌گویی، دزدی، آتش‌زدن). مطالعات جدیدتر، اعتبار بیشتری برای این نوع‌شناسی فراهم می‌کنند (تایت^۷ و همکاران، ۲۰۰۱؛ تولن، گورمن - اسمیت^۸ و لوبر، ۲۰۰۰). برای مثال، بخش جدیدتر سیر تحولی نوع اختلال سلوکی با شروع اولیه در دوران کودکی در ابتدا متشکل از مشکلات سلوکی آشکار است که به دنبال آن افزایش سریعی در مشکلات سلوکی پنهان قرار می‌گیرد (پاترسون و یورگر^۹، ۲۰۰۳).

-
- 1 - Childhood – Onset Type
 - 2 - Adolescent – Onset Type
 - 3 - Lahey
 - 4 - McCabe
 - 5 - Moffitt & Caspi
 - 6 - Loeber & Schmaling
 - 7 - Tiet
 - 8 - Tolan, Gorman - Smith
 - 9 - Patterson & Yoerger

داج^۱ (۱۹۹۱) مشخصاً با تمرکز بر رفتار پرخاشگرانه، بین اشکال پرخاشگری واکنشی^۲ و پیش‌گستر^۳ تمایز قایل شده است. پرخاشگری واکنشی پاسخی به تحریک ادراک شده است، درحالی که پرخاشگری پیش‌گستر به‌عنوان ابزاری برای برخی پیامدهای خودکام بخش^۴ رخ می‌دهد. مشاهده شده است که این خرده طبقه‌های واکنشی - پیش‌گستر دارای ملاکی خوبی برای صورت‌های متفاوت ویژگی‌های پیش‌بینی (مثلاً خلق و خوی مشکل و بی‌توجهی بیشتر مرتبط با پرخاشگری واکنشی است) و پیش‌بینی افتراقی پیامدهای سازش نیافته (مثلاً پرخاشگری پیش‌گستر بیشتر پیش‌بینی‌کننده رفتارهای بزهکارانه‌تر و اخلال‌گرانه‌تر است) هستند (ویتارو، برندگن و ترمبلی^۵، ۲۰۰۲). هم‌چنین گروهی از کودکان هستند که دارای پرخاشگری پیش‌گستر و واکنشی به‌صورت توأم هستند و مشکلات بیشتری از همسالان غیرپرخاشگر واکنشی و پیش‌گستر خود دارند، اما مشکلات کمتری از کودکان دارای پرخاشگری واکنشی دارند که به‌صورت نقایصی در پردازش‌گری اطلاعات اجتماعی نشان داده می‌شود (داج و کوی^۶، ۱۹۸۷).

درمقابل اشکال پرخاشگری واکنشی و پیش‌گستر که هر دو ماهیتی آشکار دارند، کریک و گروتپتیر^۷ (۱۹۹۵) شکلی از پرخاشگری غیرمستقیم را مشخص کرده‌اند که پرخاشگری رابطه‌ای^۸ نام دارد و از راهبردهایی نظیر انزوای اجتماعی، محروم‌سازی و رفتارهایی نظیر تهمت زدن، شایعه پراکنی و دستکاری کردن دوستان تشکیل شده است و بیشتر در دختران رخ می‌دهد.

فریک و همکاران (۲۰۰۳) در رویکرد دیگری به مشخصات انواع مشکلات سلوکی اعتقاد دارند که جوانان مبتلا به مشکلات سلوکی ممکن است براساس سبک عاطفی و بین فردی خود متمایز گردند. آن‌ها اظهار می‌دارند که در گروه کودکانی که سن شروع مشکلات سلوکی آنان مربوط به دوره کودکی است می‌توان دو گروه متفاوت را براساس وجود یا عدم وجود صفات غیرعاطفی و سنگدلانه (مانند فقدان احساس گناه و همدلی و سنگدلی نسبت به دیگران) تشخیص داد. مشاهده شده است که در کودکان مبتلا به اختلال سلوک که نمرات بالایی را در صفات غیرعاطفی و سنگدلانه نیز می‌گیرند،

1 - Dodge

2 - Reactive

3 - Proactive

4 - Self - Serving

5 - Vitaro, Brendgen & Tremblay

6 - Coi & Dodge

7 - Crick & Grotmeter

8 - Relational Aggression

تمایل زیادی برای نشان دادن اشکال جدی و متنوع مشکلات سلوکی وجود دارد (کریستیان^۱ و همکاران، ۱۹۹۷) و احتمال زیادی برای وجود اختلال شخصیتی ضداجتماعی در والدین آنان و درگیری زیاد با پلیس موجود است. این کودکان همچنین سطوح بالاتری از بی‌نظمی‌های رفتاری و سطوح پایین‌تری از بازداری رفتاری را در مقایسه با کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی که از نظر صفات بی‌عاطفه بودن و سنگدلی در سطح پایینی هستند، نشان می‌دهند (فریک و همکاران، ۲۰۰۳).

همه‌گیر شناسی

شیوع

میزان شیوع اختلال سلوک غالباً دامنه‌ای از ۲ تا ۹ درصد برای نمونه‌های مختلف غیربالینی دارد (لاهی و همکاران، ۱۹۹۹). مشاهده شده است که میزان شیوع به عنوان تابعی از سن و جنسیت و همچنین نوع رفتار مرتبط با مشکلات سلوکی کودکان تغییر می‌کند. مثلاً کودکان کوچک‌تر احتمال بیشتری دارد که در رفتارهای آشکار و نافرمانی درگیر شوند، درحالی‌که احتمال این‌که کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان دست به رفتارهای مشکلات سلوکی پنهان زنند بیشتر است (مثلاً دزدی کردن) (پاترسون و یورگر^۲، ۲۰۰۲). به‌طور کلی احتمال بیشتری وجود دارد که پسران رفتارهای آشکار مشکلات سلوکی را در طول دوران تحول از خود نشان دهند تا دختران. درواقع جنسیت یک عامل خطرآفرین بسیار مستند برای مشکلات سلوکی است (رابینس^۳، ۱۹۹۱).

احتمالاً به‌دلیل میزان کمتر رفتارهای ضداجتماعی در دختران، تحقیقات صورت گرفته درمورد مشکلات سلوکی بیشتر روی پسران انجام می‌گیرند و وقتی هم که این تحقیقات درمورد دختران صورت می‌گیرند، در بررسی اثرات جنسیتی احتمالی ناتوان می‌مانند. درمورد شروع و رشد رفتار ضداجتماعی در دختران سؤالات زیادی وجود دارد که بدون پاسخ مانده است. با این حال برخی مدارک نشان می‌دهند که رفتارهای ضداجتماعی دختران درمقایسه با پسران کمتر مزمن بوده و بیشتر آزمایشی است و احتمال بیشتری است که دختران دست از این رفتارها بکشند. در طول دوره نوجوانی تفاوت‌های جنسیتی از نظر میزان شیوع به‌طور اعجاب‌انگیزی کاهش می‌یابد و این موضوع به‌نظر

1 - Christian

2 - Patterson & Yoerger

3 - Robins

می‌رسد که در سطح زیادی توسط افزایش در تعداد دخترانی که دست به رفتارهای پنهان مرتبط با مشکلات سلوکی می‌زنند، تبیین شود (سیلورتورن^۱ و فریک، ۱۹۹۹).

به میزان بالایی در بروز رفتارهای مرتبط با مشکلات سلوکی از نوزادی تا دوران کودکی اولیه (کینان^۲ و همکاران، ۱۹۹۸)، از دوره کودکی اولیه تا دوره کودکی دوم (کمپیل^۳، ۱۹۹۵)، از دوران کودکی تا نوجوانی (لاهی^۴ و همکاران، ۲۰۰۲) و از نوجوانی تا بزرگسالی (فرنیگتون^۵، ۲۰۰۳) تداوم وجود دارد.

هم‌چنین شواهدی وجود دارند که نشان‌دهنده همسانی بین نسلی این اختلال می‌باشند (لوبر^۶ و همکاران، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد که ثبات نیز در مقایسه دختران و پسران مطرح باشد (کوی و داج، ۱۹۹۸). هم دختران و هم پسران مبتلا به مشکلات سلوکی در معرض خطر زیادی برای این هستند که در بزرگسالی در فعالیت‌های جرم‌آفرین درگیر شوند (پاچر^۷، ۱۹۹۸). به نظر می‌رسد که دختران بیشتر در معرض خطر برای گروه وسیع‌تری از سایر پیامدهای مضر باشند، نظیر اختلالات درونی‌سازی مختلف (باردون^۸ و همکاران، ۱۹۹۶).

همبودی^۹ علائم اختلال سلوک

کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی در معرض خطر زیادی برای بروز سایر اختلالات رفتاری و مشکلات سازگاری هستند. لوبر و کینان (۱۹۹۴) در مرور خود بر روی رابطه مشکلات سلوکی با همبود مختلف با آن بر اهمیت بررسی و مدنظر قرار دادن ترتیب معاصر درمورد همبود تأکید کرده‌اند. آنان هم‌چنین اهمیت الگوها و تأثیرات مختلف این اختلالات همبود را برای دختران درمقابل پسران گوشزد کرده‌اند. مثلاً اگرچه در مقایسه با پسران احتمال کمی وجود دارد که دختران مشکلات سلوکی

1 - Silverthorn

2 - Keenan

3 - Campbell

4 - Lahey

5 - Farrington

6 - Loeber

7 - Pajer

8 - Bardone

9 - Comorbidity

۲۱۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

را از خود نشان دهند، اما وقتی دختران مبتلا به مشکلات سلوکی باشند احتمال بیشتری دارد که این اختلالات همبود را تجربه کنند (بارت و آلن‌دیک، ۲۰۰۴).

اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه^۱ (ADHD) شایع‌ترین همبود با مشکلات سلوکی است و تصور می‌رود که در اکثر موارد قبل از مشکلات سلوکی در فرد وجود داشته باشد. درواقع برخی محققان اعتقاد دارند که ADHD (یا به‌طور اخص‌تر مؤلفه‌های پرتحرکی و تکانشی بودن در ADHD)؛ نیرو محرکه مشکلات سلوکی با شروع اولیه در دوران کودکی است، به‌خصوص در پسرها (بورنز و والش^۲، ۲۰۰۳). وجود توأم ADHD منجر به پیامدهای منفی‌تر زندگی می‌گردد تا مشکلات سلوکی به تنهایی.

اختلالات درونی‌سازی نظیر اختلالات افسردگی و اضطرابی و اختلال جسمانی کردن نیز با مشکلات سلوکی در سطح بالاتری از تصادف و احتمال رخ می‌دهند (زوکولیو^۳، ۱۹۹۲). در اکثر موارد موارد مشکلات سلوکی قبل از شروع نشانگان افسردگی وجود دارند (کوواکس^۴ و همکاران، ۱۹۹۸)، اگرچه در برخی موارد ممکن است افسردگی رفتار مرتبط با مشکلات سلوکی را آشکارسازی کند. خطر برای اقدام به خودکشی نیز مشاهده شده است که به‌عنوان تابعی از مشکلات سلوکی موجود از قبل مشاهده شود (کاپالدی^۵، ۱۹۹۲a). به‌نظر می‌رسد که این خطر برای دختران بیشتر از پسران وجود داشته باشد (لوبر و کینان، ۱۹۹۴). به‌علاوه، لوبر و کینان (۱۹۹۴) نشان داده‌اند که رخداد هم‌زمان اختلالات اضطرابی با مشکلات سلوکی نیز به‌خصوص برای دختران محتمل‌تر است. در برخی مطالعات پسران مبتلا به اختلالات سلوکی و اختلال اضطرابی همبود با آن، اختلال کمتری داشتند تا کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی به تنهایی (واکر^۶ و همکاران، ۱۹۹۱). قابل ذکر است که اگرچه میزان میزان اولیه و پایه اختلال جسمانی کردن به تنهایی در دختران نسبت به پسران خیلی بالاتر است (للینفلد^۷، ۱۹۹۲)، اما رخداد همبود آن با مشکلات سلوکی ممکن است عملاً و واقعاً در پسران بالاتر باشد.

1 - Attention deficit Hyperactive Disorder

2 - Burns & Walsh

3 - Zoccolillo

4 - Kovacs

5 - Capaldi

6 - Walker

7 - Lilienfeld

هم مطالعات مقطعی و هم مطالعات طولی نشان داده‌اند که وجود مشکلات سلوکی از قبل به‌عنوان یک عامل مهم خطرآفرین برای مصرف مواد مطرح است (آنگولد، کاستلو و ارکانلی^۱، ۱۹۹۹). رابطه‌ای بین مشکلات سلوکی و عدم پیشرفت تحصیلی مشاهده شده است. در مروری جامع که توسط هین‌شاو^۲ (۱۹۹۲) صورت گرفت، دیده شد که طی دوران قبل از نوجوانی این رابطه واقعاً تابعی از همبودی با ADHD است تا تابعی از مشکلات سلوک به تنهایی. در نوجوانی، رابطه بسیار پیچیده‌تر می‌شود، همراه با وجود ADHD از قبل، و شاید سایر نقایص عصب - روان‌شناختی، تاریخچه و سابقه‌ای از مشکلات و شکست‌های تحصیلی و مشکلات جامعه‌پذیری طولانی‌مدت و سابقه‌دار در خانواده و در بین همسالان نقش‌های متقابل و چندگانه‌ای را بازی می‌کنند (بارت و آلن‌دیک، ۲۰۰۴).

ابعاد بالینی و تشخیصی

ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR ۲۰۰۰ برای اختلال سلوک به شرح زیر است:
یک الگوی تکراری و پایدار از رفتارهایی که در آن‌ها حقوق اساسی دیگران و یا قواعد و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن زیر پا گذاشته می‌شود و به‌صورت وجود سه ملاک یا بیشتر از ملاک‌های زیر طی ۱۲ ماه گذشته و یا حداقل یک ملاک از این ملاک‌ها که طی ۶ ماه گذشته رخ داده باشد مشخص می‌گردد:

پرخاشگری نسبت به افراد و حیوانات

الف) غالباً با دیگران قلدری و زورگویی رفتار می‌کنند یا دیگران را تهدید می‌کنند و به دیگران تشر می‌زنند.

ب) غالباً درگیری‌ها و برخوردهای فیزیکی را شروع می‌کنند.

ج) از اسلحه استفاده می‌کنند که منجر به آسیب‌های شدید جسمی و فیزیکی به دیگران می‌گردد.

د) به دیگران و افراد مختلف از نظر فیزیکی ظلم و ستم می‌کنند.

ه) به حیوانات از نظر فیزیکی آسیب می‌رسانند.

1 - Angold, Castello & Erkanli

2 - Hinshaw

۲۲۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

و) غالباً وقتی با یک قربانی مواجه می‌شوند او را می‌دزدند.

ز) به دیگران رابطه جنسی تحمیل می‌کنند.

تخریب و ویرانی اموال

الف) از روی عمد در راه‌اندازی آتش‌سوزی درگیر می‌شوند.

ب) از روی عمد اموال دیگران را خراب و ویران می‌کنند.

فریب‌دادن، کلاهبرداری و دزدی

الف) قفل خانه دیگران را شکسته و وارد منزل، ساختمان و یا ماشین آنان می‌شوند.

ب) غالباً برای به‌دست آوردن چیزهای خوب و مطلوب دروغ می‌گویند و از وظیفه خود سرباز

می‌زنند.

ج) چیزهایی را بدون مواجهه با قربانی می‌دزدند.

تخلف جدی از قواعد

الف) غالباً شب‌ها تا دیر وقت و بدون توجه به مخالفت والدین (البته قبل از ۱۳ سالگی) خارج

از خانه می‌مانند.

ب) شب‌ها از خانه فرار می‌کنند حداقل یک یا دو بار در طول مدتی که با والدین خود در خانه

والدین زندگی می‌کنند فرار می‌کنند بدون این‌که برگردند و فرار آنها از خانه برای یک دوره طولانی

ادامه می‌یابد.

ج) غالباً قبل از سن ۱۳ سالگی از مدرسه فرار می‌کنند.

اختلال در رفتار منجر به اختلالات مهم بالینی در کارکردهای شغلی، تحصیلی و اجتماعی آنان

می‌گردد.

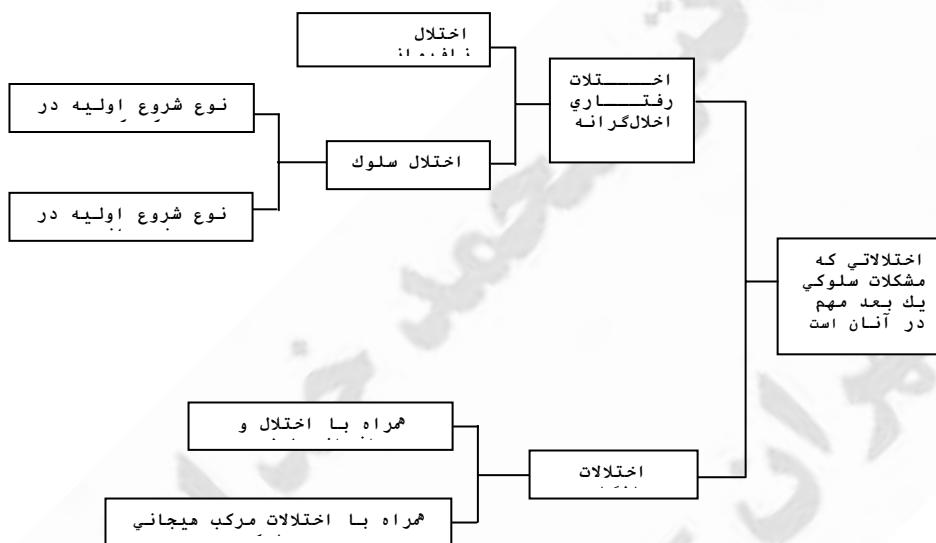
در افراد بالای ۱۸ سال، ملاکی برای تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی وجود ندارد. قبل

از ۱۰ سالگی نوع شروع اولیه در دوران کودکی و یا شروع اولیه در نوجوانی مشخص می‌گردد و

شدت آن مشخص است (متوسط، شدید و ضعیف)

در نمودار زیر اختلالات رفتاری ایذایی یا اختلال‌گرانه را براساس DSM-IV-TR (۲۰۰۰)

مشاهده می‌کنید:



نمودار ۱- طبقه‌بندی اختلالات رفتاری ایذایی یا اختلال‌گرانه در DSM-IV-TR برگرفته از کار (۱۹۹۹)، بازنگری شده توسط خدایاری فرد (۱۳۸۳) براساس DSM-IV-TR

نظریه‌های سبب‌شناختی

از آنجایی که اخیراً تمایز بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک صورت گرفته است، اکثر نظریه‌هایی در این زمینه با رجوع خاصی به اختلال سلوک مطرح و توسعه یافته‌اند، کاربردها و تلویحات مهمی را برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای که احتمال می‌رود زمینه‌سازی برای رشد و توسعه اختلال سلوک در خیلی از موارد باشد، دارا است. برخی از نظریه‌های موجود در رابطه با سبب‌شناسی و درمان اختلال سلوک در جدول زیر مشاهده می‌گردد که بعداً مروری بر این نظریه‌ها خواهیم داشت.

جدول ۱ - نظریه‌ها و روش‌های درمانی برای اختلال سلوک

اصول درمانی	اصول نظری	نظریه	نوع نظریه
	نوع گرایش و آمادگی برای <u>پرخاشگری</u> به صورت ارثی	نظریه ژنتیک	
	نوعی گرایش و آمادگی برای <u>پرخاشگری</u> وجود دارد که ممکن است شامل عواملی که سطوح تستوسترون را تنظیم می‌کنند باشد.	نظریه هورمونی	
درمان بسیار ساخت‌یافته و درمان جدی رفتاری که به صورت فوری نتیجه دهد و پیامدهای گسترده‌ای را برای رفتار پیروی از قواعد و رفتار شکستن قانون در بر داشته باشد.	کودکان مبتلا به اختلالات سلوک نوعی ظرفیت کم و مختل شده برای یادگیری رفتار فرااجتماعی و یادگیری برای اجتناب از رفتارهای ضداجتماعی دارند. سطوح پراگندگی پایین آن‌ها که به صورت ژنتیکی به آنان به ارث رسیده است آنان را در مقایسه با کودکان بهنجار کمتر نسبت به تقویت‌های مثبت و منفی مسئول و متعهد می‌کند.	نظریه پراگندگی	نظریه‌های زیست‌شناختی
مداخله‌های جبرانی که رشد و تحول زبان و مهارت‌های تحصیلی را تسهیل می‌کنند.	تفایص جدی از نظر عصب روان‌شناختی در استدلال کلامی و کارکردهای اجرایی مشکلات خودنظم بخشی را ایجاد می‌کنند که در شکل‌گیری اختلالات سلوکی نقش دارد. این تفایص منجر به عدم پیشرفت تحصیلی می‌گردد که ممکن است به نوبه خود باعث ناامیدی گردد که در رفتار پرخاشگرانه نقش زیادی دارد رفتار ضداجتماعی به دلیل دارا بودن والدین تنبیه‌کننده - مجادله‌گر و یا والدینی که آزادی بیش از حد به کودکان خود می‌دهند رخ می‌دهد.	نظریه نقص عصب - روان‌شناختی	

نظریه‌های روان‌پوشی	نظریهٔ تفصی فرامن	<p>درسورد والدین آزادی‌دهنده به‌صورت افراطی، کودک استانداردهای سهل‌انگاری را درونی می‌کند. درسورد والدین تنبیه‌گر - مجادله‌گر والدین را برای برقراری رابطه درونی، می‌کند.</p> <p>کودکانی که از مراقبان اولیه خود یک دورهٔ طولانی از زمان در اولین ماه‌های زندگی خود جدا هستند در رشد و توسعهٔ دلبستگی ایمن شکست می‌خورند. آن‌ها در زندگی بعدی خود نمی‌توانند الگوهای کارکردی درونی برای هدایت تعاملات اجتماعی اخلاقی خود داشته باشند.</p>	<p>درمان مبتنی بر محیط اجتماعی مسکونی به‌صورت گروهی، که کلیهٔ اعضا به‌طور همگونی و از روی دلبستگی و رحم قواعد رفتاری را که نشانگر استانداردهای اجتماعی هستند، تقویت و اعمال می‌کنند.</p> <p>درمان باید یک رابطه‌ی دلبستگی ایمن را ایجاد کند که منجر به رشد و توسعهٔ الگوهای کارکردی درونی مناسب برای برقراری رابطه باشد.</p>
نظریه‌های شناختی	نظریهٔ تفصی مهارت‌های اجتماعی	<p>کودکان مبتلا به اختلال سلوک مقاصد و نیت‌های خصمانه‌ای را به دیگران نسبت می‌دهند و این کار را با پرخشگری پاسخ می‌دهند. واکنش همسالان سوگیری اسنادی خصمانهٔ آنان را تأیید می‌کند.</p> <p>کودکان مبتلا اختلالات سلوک فاقد مهارت‌های لازم برای ایجاد راه‌حل‌های به‌دلیل برای مشکلات اجتماعی هستند. آن‌ها از پرخشگری برای حل مشکلات اجتماعی استفاده می‌کنند.</p>	<p>آموزش مهارت‌های حل مسئلهٔ اجتماعی به‌صورت گروهی</p> <p>آموزش مهارت‌های اجتماعی</p>
نظریه‌های یادگیری اجتماعی	نظریهٔ تفصی الگوگیری	<p>پرخشگری از طریق فرایند تقلید یا الگوگیری از رفتار نشان داده شده توسط والدین یا خواهر و برادرهای بزرگتر آموخته می‌شود.</p>	<p>درمان مبتنی بر خانواده برای کمک به والدین جهت فراهم کردن الگوهای رفتاری مناسب برای کودکان خود و یا بازنگری الگوهای به‌دلیل رفتاری مناسب در موقعیت‌های مسکونی و محل پرورش کودکان.</p>

<p>نظریه فرایند خانوادگی تجمیلی و قهری</p>	<p>کودکان مبتلا به اختلالات سلوک رفتارهای ضداجتماعی خود را از درگیر شدن در الگوهای تجمیلی تعامل با والدین از سبک والدینی تجمیلی و قهری نقش دارند.</p>	<p>درمان خانوادگی برای کمک به والدین و کودکان جهت شکستن الگوهای تعاملی تجمیلی و تشویق والدین برای درگیری در تبادلی‌های خانوادگی که کارایی والدینی آنان را کم می‌کند و از بین</p>
<p>نظریه سیستم‌های ساختاری خانوادگی</p>	<p>مشکلات سلوکی در خانواده‌های فاقد سازمان رخ می‌دهد که فاقد موارد زیر هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتباط و مهارت‌های حل مشکل • نقش‌ها، قواعد و برنامه‌های روزمره واضح • سلسله مراتب و مرزبندی‌های واضح و روشن <p>- انعطاف‌پذیری برای درگیری در انتقال‌های مهم چرخه زندگی نظیر ورود کودک به دنیای بزرگسالی</p>	<p>درمان باید برای افراد بزرگ‌کار و گروه همسالان آنان ابزارهای قانونی برای دستیابی به اهداف اجتماعی فراهم کند و این کار را از طریق آموزش دادن آنان و طرح‌های استخدانی و کاربایی انجام دهد.</p>
<p>نظریه سیستم‌های جامعه‌شناختی</p>	<p>در یک خرده فرهنگ اجتماعی محروم و بزهکارانه، دزدی و سایر رفتارهای ضد اجتماعی راه‌های غیرقانونی برای دستیابی به اهداف مادی با ارزش توسط فرهنگ جاری است.</p>	<p>درمان‌های چند سیستمی که شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش مهارت‌های شناختی و اجتماعی گروهی و انفرادی برای افزایش روابط فرآجتماعی با همسالان و کاهش ارتباط با گروه‌های همسالان منحرف • خانواده درمانی و یا درمانی که دبستگی کودک والد را افزایش داده و بهبود بخشد و انضباط را افزایش داده و بی‌سازمائی خانوادگی را کاهش دهد.
<p>نظریه اکولوژیکی سیستم‌های چندگانه</p>	<p>اختلالات سلوکی توسط موارد زیر حفظ و تداوم می‌یابد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • عوامل فردی نظیر سوسوگیری اسنادی خصمانه، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، مشکلاتی برای یادگیری رفتارهای فرآجتماعی از تجارب مختلف و مشکلات یادگیری درسی و تحصیلی • عوامل مربوط به مدرسه نظیر پیشرفت تحصیلی کم • عوامل مربوط به جامعه نظیر دارا بودن همسالان منحرف و مصرف دارو و مواد 	<p>درمان‌های چند سیستمی که شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش مهارت‌های شناختی و اجتماعی گروهی و انفرادی برای افزایش روابط فرآجتماعی با همسالان و کاهش ارتباط با گروه‌های همسالان منحرف • خانواده درمانی و یا درمانی که دبستگی کودک والد را افزایش داده و بهبود بخشد و انضباط را افزایش داده و بی‌سازمائی خانوادگی را کاهش دهد.

منبع: برگرفته از کار (۱۹۹۹)

نظریه‌های زیست‌شناختی

نظریه‌های زیست‌شناختی بر نقش عوامل ژنتیکی و هورمونی، سطوح برانگیختگی و نقایص عصب - روان‌شناختی در سبب‌شناسی مشکلات سلوکی تأکید می‌کنند.

نظریه ژنتیک

چندین خط پژوهشی وجود دارند که بر ابعاد ژنتیکی و سرشتی اختلال سلوک تأکید دارند و تمام آن‌ها به این فرضیه معتقدند که عوامل زیست‌شناختی رفتار ضداجتماعی را در نوجوانان ایجاد می‌کنند. وجود بیشتر تعداد پسرهای نوجوانی که مبتلا به اختلالات سلوکی هستند و سایر مشاهداتی که نشان می‌دهند میزان هماهنگی برای ابتلا به مشکلات سلوکی در میان دوقلوهای یک تخمکی یا همسان (۸۷ درصد) بیشتر از میزان آن در دوقلوهای دو تخمکی یا غیرهمسان (۷۲ درصد) است به اهمیت برخی عوامل سرشتی در سبب‌شناسی اختلالات رفتاری اشاره می‌کنند (پلومین^۱، ۱۹۹۱؛ به نقل از کار، ۱۹۹۹). گزارشات اخیر از وجود نوعی رابطه علی بین سندرم XYY و مشکلات سلوکی حمایت نکرده‌اند. به نظر می‌رسد رابطه بین سندرم و مشکلات سلوکی به دلیل میزان بالاتر مشکلات جدایی از والدین و مشکلات اصلی روان‌شناختی‌ای باشد که خانواده‌های دارای کودک XYY را مشخص می‌کنند (بولتون و هالند^۲، ۱۹۹۴).

نظریه هورمونی

یکی دیگر از مسایل عجیب در جستجو برای عوامل زیست‌شناختی مرتبط با مشکلات سلوکی، رابطه بین رفتار پرخاشگرانه و سطوح تستوسترون موجود در نوجوانان پسر است (دابس^۳ و همکاران، ۱۹۹۱).

نظریه برانگیختگی

کودکان مبتلا به اختلال سلوک سطوح برانگیختگی پایین‌تری از کودکان نرمال دارند. برطبق این نظریه کودکان نسبت به پاداش‌ها و تنبیه‌ها کمتر مسئول و حساس هستند (راین^۴، ۱۹۹۸). کودکان

1 - Plomin

2 - Bolton & Holland

3 - Dabbs

4 - Raine

مبتلا به اختلال سلوک ظرفیت کم و توأم با اختلالی برای پاسخ‌دهی به تقویت‌کننده‌های مثبتی دارند که غالباً به دنبال رفتارهای فرااجتماعی می‌آیند و از توانایی کمی برای اجتناب کردن از تنبیه‌ها و مجازات‌های مرتبط با رفتارهای ضدا اجتماعی برخوردارند. از این‌رو در یادگیری اقدام به رفتارهای فرااجتماعی یا اجتناب از رفتارهای ضدا اجتماعی ناتوان هستند. فرض بر این است که این سطح برانگیختگی کم به‌طور نابهنجار حالت اثری دارد و نتایج مطالعات صورت گرفته با دوقلوها تاحدودی از آن حمایت می‌کند (کازدین^۱، ۱۹۹۵). براساس این فرضیه درمان باید شامل موقعیت‌های یادگیری گسترده و ساخت یافته باشد، اگر قواعد اجتماعی، قواعدی آموزشی باشند تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی مورد استفاده باید بسیار باارزش باشند و به سرعت و فوری پس از پاسخ‌دهی ارائه شوند. تمام تخلفات از قواعد باید خیلی سریع منجر به حذف یک محرک خوشایند و مطلوب شوند. پیروی از قواعد باید فوراً و به سرعت و خیلی زیاد طی فواصل زمانی متغیر تشویق و پاداش داده شود، زیرا این کار منجر به یادگیری‌ای می‌گردد که نسبت به خاموشی بسیار مقاوم است. این درمان‌ها کاربردها و تلویحات نظریه برانگیختگی را در استفاده از اقتصاد ژتونی در منزل برای نوجوانان بزهکار، برنامه‌های آموزش رفتاری والدین و برنامه‌های رفتاری مدرسه‌مدار نشان می‌دهد (کمبرلین^۲، ۱۹۹۴).

نظریه نقص عصب روان‌شناختی

طبق این دیدگاه نقایص مرتبط با عصب روان‌شناختی در استدلال کلامی و کارکرد اجرایی، مشکلات خود نظم‌بخشی را ایجاد می‌کند که در مشکلات سلوکی نقش دارد. این نقایص هم‌چنین ممکن است منجر به پیشرفت تحصیلی کم شود که باعث ناامیدی می‌گردد و این امر به نوبه خود در رفتار پرخاشگرانه نقش دارد. این دیدگاه توسط حجم زیادی از پژوهش‌هایی که نقایصی را در استدلال کلامی و کارکرد اجرایی کودکان و نوجوانان مبتلا به مشکلات سلوکی نشان داده‌اند مورد حمایت قرار گرفته است. مطالعاتی که رابطه‌ای قدرتمند را بین مشکلات خواندن و مشکلات سلوکی تأیید می‌کنند و مطالعاتی که نشان می‌دهند مشکلات سلوکی غیرجامعه‌پذیرانه مرتبط با مشکلات خود نظم‌بخشی هستند (شاپیرو و هیند^۳، ۱۹۹۵). مداخله‌های ترمیمی و جبرانی که رشد و تحول زبان و مهارت‌های تحصیلی را تسهیل می‌کنند، از انواع اصول درمانی هستند که از این نظریه نشأت گرفته‌اند.

1 - Kazdin

2 - Chamberlain

3 - Shapiro & Hynd

نظریه‌های روان‌پویشی

نظریه کلاسیک روان‌تحلیل‌گری به نقایصی در فرامن اشاره می‌کنند و نظریه‌پردازان روابط موضوعی نقش دلبستگی‌های نادرست در رشد مشکلات سلولی را برجسته می‌کنند.

نظریه نقص فرامن

آیکورن^۱ (۱۹۳۵) معتقد است که رفتار ضد اجتماعی به دلیل کارکرد ضعیف فرامن رخ می‌دهد. تصور می‌رود که مشکلات مرتبط با کارکرد فرامن یا ناشی از داشتن والدینی است که آزادی افراطی و زیادی به کودکان خود می‌دهند و یا ناشی از داشتن والدین تنبیه‌گر و مجادله‌گر افراطی است. در حالتی که والدین آزادی بیش از حد به کودکان می‌دهند کودک استانداردهای سهل‌انگارانه را درونی‌سازی می‌کند و در نتیجه هیچ احساس گناهی را هنگام شکستن قواعد و قوانین و یا ارتکاب به اعمال غیراخلاقی تجربه نمی‌کند. در این گونه موارد هر رفتار اخلاقی به‌طور ظاهری یک تلاش توأم با دستکاری برای به‌دست آوردن چیزهای مطلوب و خواستنی است. درمورد والدین بیش از حد تنبیه‌کننده و مجادله‌گر کودک تجربه والدین را به والدین خوب و حمایت‌کننده، والدین بد، تنبیه‌کننده و مجادله‌گر تقسیم می‌کند و هر دوی این ابعاد والدین را به‌صورت کاملاً جداگانه‌ای و با وحدت کمی درونی‌سازی می‌کند. کودک ممکن است در ارتباط با والدین، همسالان و نمادهای قدرت یا توسط درونی‌سازی والدین خوب و یا توسط درونی‌سازی والدین بد هدایت شود. نوعاً در هر لحظه‌ای از زمان چنین نوجوانانی می‌توانند به‌طور واضحی آن دسته از افرادی از شبکه‌شان را که در طبقه‌های خوب و بد جای می‌گیرند را مشخص کنند. آن‌ها نسبت به آن دسته از افرادی که تجربه انتقالی مثبتی از آنان به‌عنوان افراد خوب داشته‌اند، به‌صورت اخلاقی رفتار می‌کنند و نسبت به آن‌هایی که تجربه انتقالی منفی از آنان به‌عنوان افراد بد داشته‌اند، به‌صورت غیراخلاقی رفتار می‌کنند. درمان‌های گروهی محیط اجتماعی مسکونی که در آن‌ها کلیه اعضا به‌طور همگونی و از روی رحم و شفقت قواعد رفتاری و سلوکی را که نشانگر استانداردهای اجتماعی می‌باشند، مقرر می‌کنند، درمان اصلی برای این اختلال از این دیدگاه نظری است.

۲۲۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

از طریق چنین برنامه‌ درمانی کودکان غالباً قواعد و مقررات اجتماعی را درونی می‌کنند، تصاویر والدین خوب و بد را وحدت بخشیده و ترکیب می‌کنند و فرامن رضایت‌بخشی را شکل می‌دهند.

درحالی‌که شواهد کمی مبنی بر کارایی درمان‌های مبتنی بر روان تحلیل‌گری برای اختلالات سلوکی وجود دارد (کازدین، ۱۹۹۵)، بینش‌های مهمی نسبت به تأثیر کار با چنین نوجوانی براساس پویایی‌های تیم‌های چندرشته‌ای وجود دارد. مثلاً در بسیاری از تجارب بالینی، نوجوانان دارای اختلالات سلوکی که بازنمایی‌های والدینی خوب و بد را در فرامن خوددرونی کرده‌اند، ویژگی‌های والدین خوب را به یکی از اعضای تیم (نوعاً کم‌قدرت‌ترین افراد تیم) فرافکنی می‌کنند و ویژگی‌های والدین بد را به سایر اعضای تیم (نوعاً قدرتمندترین افراد تیم) فرافکنی می‌کنند.

نظریهٔ دلبستگی

بالبی^۱ (۱۹۴۴) معتقد است که کودکانی که از مراقبان اولیهٔ خود برای یک دورهٔ زمانی طولانی مدت در طول ماه‌های اول زندگی‌شان جدا می‌مانند، در شکل دادن یک رابطهٔ دلبستگی ایمن شکست می‌خورند و بنابراین، در زندگی بعدی خود فاقد الگوهای کارکردی درونی برای برقراری ارتباط ایمن و توأم با اعتماد می‌باشند. او اظهار کرده است که چنین کودکانی آسیب روانی بی‌عاطفگی را از خود نشان می‌دهند. از آن جایی‌که رفتار اخلاقی براساس الگوهای کارکردی درونی درمورد چگونگی رفتار کردن خود فرد در روابط توأم با اعتماد انجام می‌گیرد، لذا این کودکان به‌صورت غیراخلاقی رفتار می‌کنند.

از این دیدگاه هدف درمان باید فراهم کردن رابطهٔ دلبستگی ایمن و یا تجارت عاطفی اصلاح شده برای کودکان باشد، که منجر به رشد الگوهای کارکردی درونی مناسب می‌گردد و این امر به نوبهٔ خود اساسی را برای اقدام‌ها و اعمال اخلاقی فراهم می‌کند.

نظریه‌های شناختی

دارا بودن مشکل در پردازش‌گری اطلاعات اجتماعی و نقایصی در مهارت‌های اجتماعی عوامل اصلی‌ای هستند که در نظریه‌های شناختی در مورد مشکلات سلوکی، برجسته می‌گردند.

نظریه پردازش‌گری اطلاعات اجتماعی

تحقیقات صورت گرفته در مورد پردازش‌گری اطلاعات اجتماعی در نوجوانان مبتلا به اختلالات سلوکی نشان داده است که در موقعیت‌های اجتماعی مبهم شناخت آنان توسط یک سوگیری اسنادی خصمانه مشخص می‌گردد (کریک و داج، ۱۹۹۴). کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی در موقعیت‌های اجتماعی مبهم که نیت و قصد افراد مشخص نمی‌باشد دارای اسناد نیت خصمانه به سایرین هستند. از این‌رو رفتار پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی در چنین موقعیت‌هایی به‌منظور انتقام‌جویی صورت می‌گیرد. به پرخاشگری افراد که پرخاشگری به سوی آن‌ها جهت گرفته شده است به‌عنوان رفتار غیرموجهی توجه می‌شود و این امر منجر به رابطه نادرست و توأم با اختلال با همسالان می‌گردد.

واکنش‌های همسالان به چنین پرخاشگری‌های غیرموجهی باعث می‌شود که کودک پرخاشگر تصور کند که همسالان او مقاصد و نیت‌های خصمانه دارند، که این به نوبه خود پرخاشگری انتقام‌جویانه بیشتر را از طرف آنان موجه می‌کند.

نظریه نقص مهارت‌های اجتماعی

خط دوم پژوهشی نقایص موجود در مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی را برجسته می‌سازد (اسپواک و شیور^۱، ۱۹۸۲). این کودکان فاقد مهارت‌هایی برای شکل‌دهی راه‌حل‌های بدیل برای مشکلات اجتماعی نظیر برخورد با یک همسال دارای ظاهری خصمانه هستند. آنها هم‌چنین فاقد مهارت‌هایی برای به‌کارگیری راه‌حل‌هایی برای مشکلات اجتماعی نظیر این‌ها هستند. در این سنت شناختی - رفتاری، برنامه‌های گروهی مهارت‌های اجتماعی طراحی شده‌اند که هدف آن‌ها آموزش مهارت‌های زیر به نوجوانان است:

- اصلاح کردن سوگیری اسنادی خصمانه.
 - ارزیابی دقیق موقعیت‌های اجتماعی مشکل‌آفرین.
 - ارائه کردن دامنه‌ای از راه‌حل‌ها برای چنین موقعیت‌های مشکل‌آفرین.
 - پیش‌بینی کردن اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدت این راه‌حل‌ها.
 - به‌کارگیری مناسب‌ترین راه‌حل‌ها.
 - یادگیری از بازخورد و نتیجه به‌کارگیری این راه‌حل‌های مناسب.
- داده‌های کم اما درحال رشدی وجود دارند که نشان می‌دهند آموزش مهارت‌های حل مشکل گروهی، مؤلفه‌ای کارآمد برای درمان نوجوانان بزهکار است (کازدین، ۱۹۹۵).

نظریه‌های یادگیری اجتماعی

فرایندهای خانوادگی تحمیلی و سرمشق‌دهی شده توسط نظریه یادگیری اجتماعی به‌عنوان محور و علت اصلی رشد و تداوم مشکلات سلوکی مشخص شده است.

نظریه سرمشق‌دهی (الگودهی)

بندورا و والترز^۱ (۱۹۵۹) معتقدند که پرخاشگری، ویژگی کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی از طریق فرایند الگودهی یا سرمشق‌دهی و تقلید آموخته شده است. در بعضی موارد ممکن است پرخاشگری رفتاری باشد که توسط والدی که کودک از آن تقلید می‌کند، نشان داده می‌شود. پدران پسران پرخاشگر، عمدتاً پرخاشگرند و مادران چنین کودکانی عمدتاً پردکننده هستند و بیان نیازهای وابستگی کودکان خود را تقویت نمی‌کنند و درواقع چیزی که کودکان پرخاشگر تقلید می‌کنند این پرخاشگری و خصومت و مجادله‌گری است. شواهد زیادی از این نقطه نظر حمایت می‌کنند. طبق نظریه الگودهی یا سرمشق‌دهی هدف درمان باید کمک به والدین برای الگودهی رفتارهای مناسب به کودکان خود و فراهم کردن الگوهای بدیل درمورد رفتار در موقعیت خانوادگی و درحال پرورش کودکان خود باشد (چمبرلین^۲، ۱۹۹۴).

1 - Bandura & Walters

2 - Chamberlain

نظریه فرایند خانوادگی تحمیلی

بنیان‌گذار این دیدگاه در واقع پاترسون^۱ و همکاران او (۱۹۹۲) هستند. آنان معتقدند که کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی رفتارهای ضداجتماعی خود را از طریق درگیری در الگوهای تحمیلی تعامل با والدین می‌آموزند و این رفتارها بعداً در مدرسه و جامعه به نمایش گذاشته می‌شوند. اختلافات زناشویی، آسیب‌های روان‌شناختی والدین، دامنه‌ای از تنیدگی‌های اقتصادی و اجتماعی و انزوای اجتماعی همگی در به کارگیری والدین از سبک والدینی تحمیلی نقش دارند. این سبک والدینی سه ویژگی مهم دارد: اولاً والدین تعاملات مثبت کمی با کودکان خود دارند، دوماً این والدین به کرات کودکان خود را تنبیه می‌کنند و تنبیه آنان ناهمگون و ناکارآمد است. سوماً، والدین کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی به‌طور منفی رفتارهای ضداجتماعی کودکان خود را تقویت می‌کنند. آنها این کار را از طریق مقابله و تنبیه کردن کودک به‌طور مختصر و سپس ترک تنبیه و مقابله با کودک وقتی که او رفتارهای ضداجتماعی خود را افزایش می‌دهد انجام می‌دهند. لذا کودک می‌آموزد که افزایش رفتارهای ضداجتماعی او باعث کوتاه آمدن والدین شده است. در کودکانی که در دوره میانی کودکی به سر می‌برند و با این سبک والدینی مواجه می‌شوند یک سبک ارتباطی پرخاشگرانه شکل می‌گیرد که منجر به طرد آنان از سوی همسالان غیرمنحرف خود می‌شوند. چنین کودکانی که معمولاً دارای مشکلات یادگیری هم هستند، روابط تعارض‌آمیزی با معلم خود برقرار می‌کنند و در نتیجه با مشکلات عدیده‌ای روبرو می‌شوند. طرد شدن از سوی همسالان غیرمنحرف و شکست تحصیلی منجر به این می‌شود که کودکان با گروه همسالان بزهکار خود به‌عنوان تنها گزینه جذاب، همراه شوند.

گروه پاترسون نشان داده‌اند که این خط سیر تحولی در بین جوانانی که در ابتدا از خود اختلال نافرمانی مقابله‌ای نشان می‌دهند، شایع است. بزهکاری در نوجوانان مرحله‌ای است که پس از آن خط سیری از اختلال شخصیت ضداجتماعی در بزرگسالی، جرم‌آفرینی، مصرف مواد و رابطه زناشویی توأم با درگیری و مجادله و بی‌ثباتی وجود دارد (فرینگتون^۲، ۱۹۹۵). براساس این الگو هدف درمان برای خانواده‌های دارای کودکان بزهکار قبل از سنین نوجوانی به شرح زیر است:

- کمک به والدین و کودکان برای شکستن الگوهای قهری و تحمیلی تعامل
- کمک به والدین برای توسعه دادن مهارت‌هایی برای برقراری نظم و انضباط در کودکان

۲۳۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

- کمک به والدین و کودکان برای ایجاد الگوهای مثبت تعامل
 - کمک به والدین و کودکان برای حل آسیب‌های روانی شخصی، مشکلات زناشویی و تنیدگی‌های زندگی که کارایی والدینی آنان را کاهش داده و مختل می‌کند.
- آموزش رفتاری والدین و درمان مبتنی بر مراقبت دائمی فرد، اشکال اصلی و مهم درمانی است که در چنین درمانی پیشنهاد می‌گردد و شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که این دو رویکرد کارایی دارند (کازدین، ۱۹۹۵).

نظریه سیستم‌ها

نظریه سیستم‌ها نقش ویژگی‌های سیستم‌های خانوادگی، سیستم‌های گسترده‌تر شبکه اجتماعی و سیستم‌های اجتماعی را در سبب‌شناسی و تداوم مشکلات سلوکی بارز می‌کند.

نظریه سیستم‌های ساختار خانوادگی

در سنت درمان خانوادگی مکاتب راهبردی و کارکردی پرنفوذترین مکاتبی هستند که چهارچوبی را برای درک چگونگی ابتلا به اختلالات سلوکی و تداوم آن توسط الگوهای تعامل خانوادگی پیشنهاد می‌کنند و راه‌حلی را از طریق مداخله کردن در این الگوها ارائه می‌دهند (کولاپینتو، ۱۹۹۱). در یک سطح ساختاری، خانواده‌های دارای نوجوانان مبتلا به مشکلات سلوکی بیشتر بی‌سازمانی دارند تا سایر خانواده‌ها. در این خانواده‌ها قواعد، قانون‌ها، نقش‌ها و امور و عادات معمول و روزمره مبهم و غیرواضح هستند. روابط غیرمستقیم، بدون همدلی و توأم با سردرگمی، تضاد و درگیری هستند. هم‌چنین مهارت‌های حل مشکل خانوادگی سیستماتیک وجود ندارند. در این خانواده‌ها افراد خانواده کمتر از نظر عاطفی با یکدیگر رابطه برقرار می‌کنند تا سایر خانواده‌ها.

علاوه بر این، خانواده‌های دارای نوجوانانی که مشکلات سلوکی دارند، مشکلاتی را در حفظ و تداوم سلسله مراتب‌های وحدت‌بخش بدون ابهام، شفاف و مشخص دارند و انتقال‌های چرخه زندگی آنان مباحثه‌انگیز است.

در رابطه با انتقال‌های چرخه زندگی ممکن است خیلی از خانواده‌ها در فرهنگ ما از طریق یک سری از مراحل قابل پیش‌بینی چرخه زندگی مشخص شوند، هالی^۱ (۱۹۸۰) اظهار می‌دارد که برخی از خانواده‌های دارای نوجوانان مبتلا به مشکلات سلوکی در مرحله‌ای که یک نوجوان با خانواده زندگی می‌کند دچار وقفه و مشکل می‌گردند. این خانواده‌ها معمولاً ساختاری را از خود نشان می‌دهند که به عنوان ساختار سه‌وجهی آسیب روانی توصیف می‌گردد. رفتار بزهکارانه ممکن است تابعی از این باشد که خانواده بخواهد از فروپاشیدگی ممانعت به عمل آورد (الکساندر و پارسونز^۲، ۱۹۸۲). هدف خانواده درمانی مبتنی بر نظریه سیستم‌های راهبردی و ساختاری کمک به خانواده‌ها برای این است که بیشتر سازمان‌یافته‌تر و منسجم‌تر باشند و این کار از طریق ملاقات افراد مختلف خانواده با یکدیگر و به صورت گروهی صورت می‌گیرد. هدف خانواده درمانی به شرح زیر است:

- ایجاد قواعد، مقررات، نقش‌ها و عادات روزمره آشکار
- ایجاد سبک‌های ارتباطی مستقیم و شفاف
- ایجاد مهارت‌های حل مسئله خانوادگی سیستماتیک و منظم
- ابهام‌زدایی از سلسله مراتب‌ها و در نتیجه ایجاد مرز بندی‌های وحدت‌بخش واضح و شفاف
- کمک به اعضای خانواده برای بحث کردن درباره انتقال‌های چرخه زندگی نظیر زندگی خانواده

شواهدی موجودند که نشان می‌دهند خانواده درمانی مبتنی بر این اصول کارکردی و ساختاری کارآمدترین درمان برای کودکان و نوجوانان مبتلا به مشکلات سلوکی است و کارایی بیشتری از خانواده درمانی غیرمستقیم و یا درمان انفرادی دارد (الکساندر و پارسونز، ۱۹۸۲).

نظریه جامعه‌شناختی

دامنه‌ای از نظریه‌های جامعه‌شناختی معتقدند که رابطه‌ای علی بین رفتارهای انحرافی ضد اجتماعی نشان داده شده در اختلالات سلوکی و ابعاد بافت‌های وسیع‌تر فرهنگی اجتماعی که رفتار در آن رخ می‌دهد، وجود دارد. نظریه بی‌هنجاری^۳ یک مورد بسیار شایع از این نظریه‌ها است (کلووارد و اوهلین^۴، ۱۹۶۰). برطبق نظریه بی‌هنجاری دزدی و سایر رفتارهای ضداجتماعی مرتبط با آن، نظیر کلاهبرداری، دروغگویی، راه‌های غیرقانونی مورد استفاده توسط اعضای یک خرده فرهنگ بزهکار

1 - Haley

2 - Alexander & Parsons

3 - Anomie

4 - Cloward & Ohlin

۲۳۴- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

محروم از نظر اجتماعی است که به منظور دستیابی به اهداف مادی با ارزش از نظر فرهنگ جاری صورت می‌گیرند. بی‌هنجاری حالتی از بی‌قانونی و بی‌هنجاری است که چنین خرده فرهنگ‌هایی را مشخص می‌کند. درمانی که توسط این نظریه پیشنهاد می‌گردد باید نوجوانان بزهکار و گروه همسالان آن‌ها را مجهز به انتخاب راه‌ها و اهداف قانونی برای دستیابی به اهداف اجتماعی کند. برنامه‌های جبرانی تحصیلی و برنامه‌های آموزش شغلی، درمان‌های اصلی توصیه شده توسط این نظریه هستند. شواهدی موجودند که کارایی این درمان‌ها را نشان می‌دهند (چمبرلین^۱، ۱۹۹۴).

نظریه چندسیستمی

این نظریه اعتقاد دارد که چندین سیستم (از جمله فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع) در رشد و تداوم مشکلات سلوکی نقش دارند و در نتیجه درمان کارآمد باید این چند سیستم را هدف قرار دهد نه این که یک سیستم خاص و منفرد را (بوردین^۲ و همکاران، ۱۹۹۵). الگوی برون‌فن‌برنر^۳ (۱۹۸۶) در مورد سیستم‌های آشیانه‌ای محیطی، زیربنا و اساس این نظریه است. اعتقاد بر این است که اختلالات سلوکی توسط عوامل چندگانه‌ای در این سیستم‌های آشیانه‌ای چندگانه محیطی تداوم می‌یابد. عوامل مهم فردی شامل خلق و خوی مشکل، تجارب اولیه جدایی، سوگیری اسنادی خصمانه، مهارت‌های ضعیف اجتماعی، مشکلاتی در یادگیری رفتارهای فرا اجتماعی از تجربه‌ها و مشکلات یادگیری تحصیلی می‌باشند. عوامل مهم خانوادگی شامل عدم سازمان یافتگی خانوادگی، سلسله مراتب مبهم خانوادگی، مشکلات دلبستگی کودک - والد، مشکلات والدینی و مشکلات انضباطی، درگیری‌های زناشویی و مشکلات خانوادگی بحث‌انگیز و مجادلات خانوادگی در انتقال‌های چرخه زندگی هستند. عوامل آموزشی شامل الگوهای تعاملی است که مشکلات انضباطی مبتنی بر مدرسه را تداوم می‌بخشند، مشکلات پیشرفت تحصیلی و فقدان منابع پرورشی عوامل اجتماعی شامل دارا بودن همسالان منحرف، مصرف مواد و درگیر شدن در شبکه‌های چندعاملی دارای هماهنگی ضعیف می‌باشند.

1 - Chamberlain

2 - Borduin

3 - Bronfenbrenner

براساس این الگو درمان باید برای هر فرد منحصر به فرد بوده و مبتنی بر یک ارزیابی محیطی چند سیستمی باشد. این درمان باید شامل مؤلفه‌های زیر باشد:

- آموزش مهارت‌های شناختی و اجتماعی فردی و گروهی
- درمان خانوادگی برای کاهش بی‌نظمی‌های خانوادگی
- مداخله‌های مبتنی بر مدرسه برای برخورد با الگوهای که مشکلات سلوکی موجود در مدرسه و عدم پیشرفت تحصیلی را تداوم می‌بخشند.
- مداخله‌های مبتنی بر گروه همسالان برای افزایش و بهبود روابط فرا اجتماعی همسالان و کاهش در مشارکت در کارهای گروه‌های همسالان منحرف

شواهی موجودند که این رویکرد کارایی دارد (بوردین و همکاران، ۱۹۹۵).

ارزیابی

مشخص کردن مسیرهای تحولی مختلف در مشکلات سلوکی کاربردهای مهمی را برای ارزیابی کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی دارد (مک ماهون و ایستس^۱، ۱۹۹۷). اولاً ارزیابی باید از نظر تحولی حساس باشد و نه تنها در ارتباط با سن و جنسیت کودک، بلکه در ارتباط با جایگاه و پیشرفت کودک در مسیرهای تحولی خاص در مشکلات سلوکی حساسیت داشته باشد. احتمال وجود همبود نیز باید مورد مطالعه قرار گیرد. هم‌چنین ارزیابی باید محیط‌های بزرگتر از خانواده، خانه، مدرسه، همسایه و جامعه را در حدی که هر کدام آگاهی‌دهنده باشند مورد ارزیابی قرار دهد. حساسیت فرهنگی به توسعه، اجرا و تفسیر ابزارهای ارزیابی نیز مستلزم توجه و تأکید است (پرینز و میلر^۲، ۱۹۹۱).

نهایتاً نیازهای متخصصان به بازشناسی ماهیت تبادلی این فرایندهای تحولی و بافتی و در نتیجه عمل ارزیابی باید مدنظر قرار گیرد. علاوه بر تأکید بر هر یک از مسایل یک ارزیابی مؤثر از کودک مبتلا به مشکلات سلوکی باید متشکل از روش‌های چندگانه‌ای باشد که از منابع اطلاع‌دهنده متفاوت و مختلف مرتبط با رفتار کودک در موقعیت‌های مختلف و بافت‌های خانوادگی و فراخانوادگی که در آن‌ها باید کارکرد کودک مورد ارزیابی قرار گیرد، باشد (مک‌ماهون و ایستس، ۱۹۹۷).

1 - McMahon & Estes

2 - Prinz & Miller

رفتار کودک در یک بافت تعاملی

درمانگر به منظور به دست آوردن یک بازنمایی دقیق از رفتار کودک مبتلا به مشکلات سلوکی که به کلینیک ارجاع داده شده است، به ویژه در ارتباط با ابعاد تعاملی آن، باید متکی بر روش‌های ارزیابی چندگانه‌ای باشد، نظیر مصاحبه با والدین، کودک و سایر افراد مرتبط با او (از جمله معلمان)، مقیاس‌های درجه‌بندی رفتاری و مشاهده‌های رفتاری در موقعیت‌های کلینیک، خانه یا مدرسه.

مصاحبه‌ها

مصاحبه‌هایی که با کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی و خانواده‌های آن‌ها و سایر بزرگسالان مهم صورت می‌گیرد را می‌توان به دو طبقه کلی تقسیم کرد: مصاحبه‌های بالینی و مصاحبه‌های ساختاریافته تشخیصی. به دلیل این که تعاملات کودک - والد یک عامل سبب‌شناختی مهم در مشکلات سلوکی است، مصاحبه بالینی با والدین یک امر بسیار مهم است.

یک مصاحبه انفرادی با کودک ممکن است اطلاعات محتوی - مداری را فراهم کند یا نکند، که بسته به سن و یا سطح تحولی کودک و ماهیت خاص رفتارهای کودک است. لوبر و اشمالینگ (۱۹۸۵b) معتقدند که وقتی درحال ارزیابی انواع آشکار مشکلات سلوکی هستیم، گزارش‌های والدین و معلمان بر گزارش‌هایی که از کودک به دست می‌آوریم رجحان دارد، زیرا معمولاً کودک رفتار پرخاشگرانه‌ی خود را کمتر از میزان واقعی آن برآورد می‌کند. با این حال، وقتی انواع آشکار مشکلات سلوکی را ارزیابی می‌کنیم احتمال دارد گزارشات معتبرتری از کودک به دست آوریم. وقتی مشکلات کنونی شامل رفتار کلاسی و یا عدم پیشرفت تحصیلی کودک است، یک مصاحبه با معلم کودک یا معلمان او نیز بسیار کمک دهنده است.

مصاحبه‌های ساختاریافته نیز به منظور افزایش پایایی و مصاحبه‌های تشخیصی مورد استفاده قرار می‌گیرند (البته براساس مجموعه تشخیصی و آماری روانپزشکی آمریکا). از این مصاحبه‌ها می‌توان برای منابع اطلاعاتی مختلف استفاده کرد. دو مصاحبه تشخیصی ساختاریافته‌ای که مکرراً در تشخیص مشکلات سلوکی کودکان به کار گرفته می‌شوند عبارتند از برنامه مصاحبه تشخیصی برای

کودکان (DISC)^۱، شافر^۲ و همکاران، (۲۰۰۰) و مصاحبه تشخیصی کودکان و نوجوانان (DICA)^۳، ریچ^۴، (۲۰۰۰).

مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار

مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار که توسط کودکان و بزرگسالان در ارتباط با ویژگی‌ها یا رفتار کودک تکمیل می‌شوند، یک ابزار بسیار مهم و مفید هم برای تشخیص رفتارهای مربوط به مشکلات سلوکی کودکان و هم برای ارزیابی وجود سایر اختلالات رفتاری کودکان است. اگرچه تعداد زیادی مقیاس‌های درجه‌بندی رفتاری وجود دارند، اما فقط چندتای آن‌ها به‌عنوان ابزارهای مناسب به محققان و متخصصان بالینی برای استفاده در کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی توصیه می‌گردد (مک‌ماهون و ایستس، ۱۹۹۷). تعدادی ابزار در نظام آخن‌باخ^۵ برای ارزیابی تجربی مدار اختلالات وجود دارند که برای استفاده با کودکان سنین ۶ تا ۱۸ سال مفید هستند (آخن‌باخ و رسکورلا^۶، ۲۰۰۱). فرم‌های موازی سیاهه رفتار کودک نیز برای والدین، معلمان، نوجوانان و مشاهده‌کنندگان وجود دارند. این‌ها برای اجرا توسط خود فرد طراحی شده‌اند و هرکدام از آن‌ها را غالباً می‌توان طی ۱۵ تا ۲۰ دقیقه تکمیل کرد.

مشاهده رفتاری

در حال حاضر دامنه‌ای از سیستم‌های کدگذاری برای استفاده در موقعیت‌های مشاهده‌ای ساختاریافته و طبیعی در دسترس می‌باشد. مثلاً کدگذاری فرایند بین فردی (IPC)^۷، رزی، ایستس و دیشیون^۸، (۱۹۹۱) که در واقع پیش‌تاز توسعه سیستم‌های کدگذاری مشاهده‌ای است و توسط مرکز یادگیری اجتماعی اورگون^۹ طراحی شده است.

-
- 1 - Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)
 - 2 - Shaffer
 - 3 - Diagnostic Interview for Children and Adolescent
 - 4 - Reich
 - 5 - Achenbach
 - 6 - Rescorla
 - 7 - Interpersonal Process Coding
 - 8 - Rusby, Estes & Dishion
 - 9 - Oregon

۲۳۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

IPC در دامنه‌ای از بافت‌های تعاملی قابل کاربرد است (مثلاً زمین‌بازی، خانه، کتابخانه و آزمایشگاه) و متشکل از سه بعد رفتاری است: فعالیت (شروع تکلیف، پایان تکلیف)، محتوای (کلامی، غیرکلامی و فیزیکی) و عاطفه (شادی، ناراحتی، اجتنابی). پارادیم‌های مشاهده‌ای بالینی ساختاریافته نیز برای ارزیابی مستقیم روابط کودک - والد و حل مسئله طراحی شده‌اند (فاستر و رابین^۱، ۱۹۹۷). وقتی که مشاهده‌های رفتاری در موقعیت مدرسه انجام می‌گیرند می‌توان از فرم مشاهده مستقیم برای کودکان ۵ تا ۱۴ ساله که توسط آخن‌باخ طراحی شده است به‌عنوان بخشی از ارزیابی‌های چندگانه همراه با سایر نسخه‌های مربوط به فرم‌های موازی سیاهه رفتار کودک یا IPC را مورد استفاده قرار داد (آخن‌باخ و رسکورا، ۲۰۰۱).

یک راه‌حل بدیل برای مشاهدات توسط مشاهده‌کنندگان مستقل در موقعیت طبیعی، آموزش والدین در محیط زندگی کودک است برای مشاهده و ثبت انواع خاصی از رفتار کودک است. گسترده‌ترین روش از این نوع که مورد استفاده واقع می‌شود، گزارش روزانه والدین (PDR)^۲، چامبرلین و رید، (۱۹۸۷) است که یک اندازه مشاهده‌ای والدین است که نوعاً در مصاحبه‌های تلفنی کوتاه مدت استفاده می‌شود. از والدین خواسته می‌شود تا بگویند که کدام یک از این رفتارهای آشکار و پنهان طی ۲۴ ساعت گذشته در خانه آن‌ها رخ داده است.

ویژگی‌های مرتبط کودک

یک سابقه کوتاه تحولی و دارویی از کودک نیز باید به منظور تعیین این که آیا عوامل پزشکی و دارویی با رشد و تداوم مشکلات رفتاری سلوکی کودک در ارتباط هستند، تهیه گردد. هم‌چنین باید مشخص گردد که آیا احتمال دارد خلق و خوی اولیه کودک در رشد سبک تحمیلی تعامل کودک - والد نقش داشته باشد یا نه. به دلیل این که ممکن است کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی سایر اختلالات رفتاری را از خود نشان دهند، مقیاس‌های درجه‌بندی رفتاری که اطلاعاتی را درباره دامنه وسیعی از اختلالات رفتاری ظریف فراهم می‌کنند (مثلاً خانواده ابزارهای ASEBA، آخن‌باخ و رسکورا، ۲۰۰۱) را می‌توان به‌عنوان ابزارهایی مفید به‌همراه فنون مصاحبه‌ای باز

1 - Foster & Robin

2 - Parents Diary Reports

پاسخ‌تر مورد استفاده قرار داد. ابزار رتبه‌بندی فرایند ضد اجتماعی تهیه شده توسط فریک^۱ و هیرا (۲۰۰۲) که یک مقیاس درجه‌بندی رفتاری است که توسط والدین و معلمان تکمیل می‌شود را می‌توان برای تشخیص کودکان مبتلا به اختلال سلوک که ویژگی‌های C را نیز نشان می‌دهند، مورد استفاده قرار داد (فریک، بادین و بری^۲، ۲۰۰۰).

کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی علاوه بر داشتن اختلالات رفتاری همبود، دارای مشکلاتی در تعامل با همسالان خود و رفتارهای کلاسی‌شان هستند. بیرمن و ولش^۳، (۱۹۹۷) نیز مروری جامع بر ابزارهای ارزیابی رایج مورد استفاده برای ارزیابی مهارت‌های اجتماعی کودکان انجام داده‌اند. اگر مشکلات کنونی کودک مرتبط با رفتار کلاسی او باشند، باید یک تحلیل کارکردی از رفتارهای مشکل‌آفرین در ارزیابی از رفتار تحصیلی کودک گنجانیده شود.

عوامل خانوادگی و فراخانوادگی

مک‌هامون و ایستس (۱۹۹۷) شش حوزه را در ارتباط با سنجش کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی مشخص کرده‌اند. «کارهای والدین» که نوعاً از طریق مشاهده مستقیم تعامل کودک - والد ارزیابی می‌گردد. با این حال، سنجش پرسشنامه‌ای (مثلاً آلاباما^۴ و همکاران، ۱۹۹۱، به نقل از بارت و آلن دیک، ۲۰۰۴) ممکن است غالباً برای استفاده با والدین و کودکان بزرگتر مناسب‌تر باشند، بخصوص در مواردی که رفتارهای والدین به ندرت رخ می‌دهند یا سایر مشکلات برای مشاهده کردن وجود دارند. «ادراک والدین و معلمان از کودک و شناخت‌های اجتماعی» دومین حوزه مهم برای سنجش است. ممکن است ادراک از کودک از طریق مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار ذکر شده در بالا، بهتر سنجش شود. اندازه‌های عزت‌نفس والدین (مثلاً مقیاس احساس لیاقت والدین تهیه شده توسط جانسون و مش^۵، ۱۹۸۹) نیز بسیار مناسب است. حوزه سوم شامل ارزیابی نقشی است که «مشکلات سازگاری شخصی و ازدواجی والدین» ممکن است در مشکلات رفتاری کودک بازی کند. ابزارهای

1 - Frick

2 - Bodin & Barry

3 - Bierman & Welsh

4 - Alabama

5 - Johnston & Mash

۲۴۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

اندازه‌گیری افسردگی مادران (بک^۱ و همکاران، ۱۹۷۹)، رفتار ضداجتماعی پدران (زاگر و فیتز جرالدا^۲، ۱۹۹۲)، مصرف مواد توسط پدران (اسکینر^۳، ۱۹۸۲)، اختلالات زناشویی (اسپاینر^۴، ۱۹۷۶) و درگیری‌های ارتباطی والدین (آبیدین^۵، ۱۹۸۸) از جمله ابزارهایی هستند که در سطح گسترده‌ای برای والدین و کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی به کار برده می‌شوند.

چهارمین حوزه «تنیدگی والدین» است که متشکل از ابزار اندازه‌گیری کلی تنیدگی (پاترسون^۶، ۱۹۸۲) و ابزار سنجش خاص تنیدگی‌های مرتبط با والدین (آبیدین، ۱۹۹۵) است. حوزه بعدی، کارکردهای فراخانوادگی است که سیاهه تعامل اجتماعی (CIC، واهلر^۷ و همکاران، ۱۹۷۹) که یک مصاحبه کوتاه است و برای سنجش انزوای مادران طراحی شده است برای اندازه‌گیری آن مناسب است. حوزه آخر برای سنجش «رضایت والدین از درمان» است. ممکن است به صورت ارزیابی از رضایت از پیامدهای درمانی، درمانگر و روش‌های درمانی باشد (مک‌ماهون و فورهند، ۱۹۸۳). در حال حاضر هیچ ابزار اندازه‌گیری واحدی از رضایت مصرف‌کنندگان وجود ندارد که برای تمام انواع مداخلات طراحی شده برای کودکان و والدین کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی مناسب باشد.

به‌طور کلی می‌توان از چهارچوب ارائه شده در نمودار ۱ به‌عنوان دستورالعملی برای سنجش عوامل زمینه‌ساز، پیش‌بینی‌کننده، تداوم‌بخش و محافظت‌کننده از مشکلات سلوکی استفاده کرد. حجم گسترده‌ای از تحقیقات تجربی منجر به تشخیص عوامل خطرآفرین زمینه‌سازی شده است که خطر ابتلا به مشکلات سلوکی را در کودکان و نوجوانان افزایش می‌دهد. هم‌چنین مشاهده شده است که عوامل شخصی و بافتی‌ای وجود دارند که این مشکل را تداوم می‌بخشند (فرینگتون^۸، ۱۹۹۵؛ کازدین، ۱۹۹۵). (۱۹۹۵). به این عوامل به‌طور گسترده‌ای در نمودار شماره ۱ اشاره شده است.

1 - Beck

2 - Zucker & Fitzgerald

3 - Skinner

4 - Spainer

5 - Abidin

6 - Patterson

7 - Wahler

8 - Farrington

درمان اختلال سلوکی

چنان‌که در مطالب قبلی اشاره شد، مشکلات سلوکی دامنه متنوعی از رفتارهای خاص را در بر می‌گیرد که بستگی به سن کودکانی که این رفتارها را از خود نشان می‌دهند و بستگی به موقعیتی دارد که این رفتارها در آن‌ها رخ می‌دهند. تعجب‌آور نیست که تعداد بسیار زیادی مداخله‌ها برای مقابله با علایم مختلف مشکلات سلوکی طراحی شده‌اند (هیل و موفان^۱، ۲۰۰۱). از بین این روش‌های مداخله‌ای مفرط ما سه طبقه بزرگ از این مداخله‌های روانی - اجتماعی را مورد بحث قرار خواهیم داد: الف) مداخله‌های خانواده مدار؛ ب) مداخله‌های چند مؤلفه‌ای؛ ج) برنامه‌های اجتماع‌مدار. به دلیل این‌که مداخله‌های موجود تا حد زیادی از نظر میزان اعتبار تجربی با یکدیگر متفاوتند، لذا مداخله‌هایی را انتخاب می‌کنیم که کارایی و تأثیر آن‌ها هم‌اکنون در ادبیات تجربی به اثبات رسیده است. هم‌چنین مرور خود بر این مداخله‌های درمانی را محدود به موارد زیر می‌کنیم: الف) مواردی که متمرکز بر کودکان سنین ابتدایی و نوجوانی هستند؛ ب) مواردی که از نظر ماهیتی مبتنی بر درمان هستند و نه مبتنی بر پیشگیری و تدابیر پیشگیرانه و ج) مواردی که مربوط به درمان مشکلات سلوکی آشکار هستند.

اختلال بی‌اعتنایی (نافرمانی) مقابله‌ای

اختلالی که به صورت یک الگوی رفتار منفی بازگشت‌کننده، بی‌اعتنایی، نافرمانی و رفتارهای خشن مستبدانه به مدت حداقل شش ماه پایدار (APA, 2000) مشخص می‌شود، اختلال بی‌اعتنایی (نافرمانی) مقابله‌ای (ODD)^۲ نامیده می‌شود.

نشانه‌های اختصاصی شامل از کوره در رفتن، کینه‌جویی، جر و بحث با بزرگترها و مقابله یا سرپیچی شدید با درخواست‌ها یا دستورات بزرگترها و انجام آزادانه اعمالی که سایر افراد را می‌آزارد، سرزنش دیگران برای اشتباهات یا بدرفتاری‌شان، زودرنج بودن و یا به راحتی توسط دیگران رنجیدن، خشمگین بودن و عدم تمایل و رغبت و بدخواهی و کینه‌توزی می‌باشد (APA, 2000).

با استفاده از معیارهای تشخیصی جاری به نظر می‌رسد میزان شیوع ODD حدود ۳ تا ۵ درصد در جوانان (لوبر و همکاران، ۲۰۰۰). میزان شیوع ODD و CD در نوجوانی افزایش می‌یابد،

1 - Hill & Maughan

2 - Oppositional Defiant Disorder

۲۴۲- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

به‌عنوان مثال لوبر و همکاران (۲۰۰۰) میزان شیوع CD را بین ۵/۴ تا ۵/۶ برای پسران به ترتیب ۷ و ۱۱ و ۱۳ سال برآورد کرده‌اند و میزان شیوع ODD را ۲/۲ و ۴/۸ و ۵ درصد برای پسران همین سنین در یک نمونه ۱۵۷ نفری در یک ناحیه بزرگ شهری برآورده کرده‌اند. هم‌ابتلائی بین ADHD و CD/ODD یک دوره مزمن از اختلال سلوک را پیش‌بینی می‌کنند (بارکلی و همکاران، ۲۰۰۲).

رابطه تحولی بین اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوکی

تحقیقات نشان داده‌اند که نشانگان کمتر شدید ODD هم از نظر سلسله مراتبی^۱ و هم تحولی با نشانگان شدیدتر CD مرتبط‌اند (لاهی و لوبر، ۱۹۹۴). به‌عنوان مثال ثابت شده است که کودکان پیش‌نوجوانی بندرت شروع به نشان دادن مشکلات رفتاری و سلوکی شدید مرتبط با CD می‌کنند. پیشرفت تحولی خاصی برای یک کودک نیاز است تا رفتارها مقابله‌ای و مجادله‌ای در مراحل اولیه زندگی (مثل سنین بین ۳ تا ۸ سال) را شروع کنند و سپس پیشرفت تدریجی رو به افزایش برای الگوهای شدیدتر مشکلات سلوک و رفتارهای بیشتر در دوران کودکی شکل گیرد (لوبر و همکاران، ۱۹۹۲). با این وجود، سه جنبه مهم برای این خط سیر تحولی وجود دارد.

۱- گرچه بیشتر کودکانی که مشکلات سلوکی شدیدتری را با نشان دادن علائم کمتر شدید ODD شروع می‌کنند، شماری از کودکان دارای نشانگان ODD افزایش مشکلات سلوکی کمتر شدیدتر را نشان ندادند (لاهی و لوبر، ۱۹۹۴).

۲- بسیاری از کودکان مبتلا به CD پیش‌رونده نه تنها انواع رفتارهایشان تغییر نمی‌کند بلکه در عوض بسیاری از رفتارهای مشکل ساز سلوک به فهرست رفتاری‌شان اضافه می‌شود (لاهی و لوبر، ۱۹۹۴).

۳- به نظر می‌رسد که این پیش‌روندگی از ODD به CD که فقط به‌عنوان الگوی CD دوران کودکی قابل توصیف باشد (هینشوا^۲ و همکاران، ۱۹۹۳، موفیت، ۱۹۹۳). به‌طور خاص، جوانانی که در آغاز نوجوانی خود مشکلات شدید سلوک را نشان می‌دهند، نه تنها به‌طور خاصی کمتر مشکلات سلوک شدید را در اوایل دوره رشد نشان می‌دهند، بلکه دامنه‌ای از علائم هم ODD و هم رفتارهای مربوط به CD هم زمان با شروع بلوغ در آنها رخ می‌دهد.

1 - Hierarchically

2 - Hinshow

تاکنون پژوهش‌های اندکی در خصوص کودکان مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای بدون اختلال سلوک انجام گرفته است. در عین حال، پژوهش‌های قابل توجهی حاکی از وجود همبستگی‌های بالقوه مهمی در کودکان با مشکلات شدید اختلال سلوک می‌باشد. در واقع محتوای مشترک بازننگری‌های مفهومی اخیر نشان از عوامل خطرآفرین مرتبط با اختلال سلوک دارد (دوج و پیت، ۲۰۰۳؛ فریک، ۱۹۹۸؛ لوبر و فارینگتون، ۲۰۰۰؛ راین، ۲۰۰۲). از جمله این عوامل خطرآفرین، عواملی هستند که ویژگی‌های مستعدکننده^۱ درونی کودک (نارسایی زیستی، صفات شخصیتی پیش‌رس، نارسایی‌های شناختی) محسوب می‌شود و نیز عواملی که برگرفته از محیط اجتماعی کودک هستند (مانند؛ شیوه‌های فرزندپروری ناصحیح، طرد همسالان، زندگی نامناسب).

شاید مهم‌ترین پیشرفت حاصل از تحقیقات به عمل آمده، شناسایی برخی ویژگی‌های مشکلات شدید سلوک در کودکان مبتلا به ODD یا CD باشد. این مشکلات اغلب نتیجه اثر متقابل عوامل خطرآفرین متعدد است، در عین حال، این عوامل برای گروه‌های مختلف کودکان دارای مشکلات سلوک از تنوع بسیار زیادی برخوردار هستند. علاوه بر این، یکی دیگر از اهداف تحقیق انجام یافته؛ شناسایی برخی مسیرهای علی مهم بوده است که به مشکلات شدید سلوک می‌انجامد. به طور خلاصه؛ یکی از گروه‌های شناخته شده دارای رفتارهای ضداجتماعی جدی، گروهی هستند که مشکلات آنها در نوجوانی آغاز شده و نشانه‌های رفتاری آنها شکل اغراق شده‌ای از فرایند رشد بهنجار و طغیان‌های خاص دوره نوجوانی است. در مقابل؛ گروه دیگری نیز هستند که از دوره کودکی و اوایل زندگی رفتارهای مقابله‌ای نشان داده و این مشکلات در طی رشد به تدریج رو به وخامت می‌گذارند.

اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

ویژگی‌های تشخیصی: مهم‌ترین مشخصه این اختلال الگوی رفتاری مکرر منفی‌گرایی، بی‌اعتنایی نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که حداقل ۶ ماه دوام یافته (ملاک الف) و با رخداد مکرر حداقل چهار مورد از رفتارهای زیر مشخص می‌شود: از کوره در رفتن (ملاک الف ۱)، مشاجره با بزرگسالان (ملاک الف ۲)، سرپیچی عمدی و سرپیچی از دستورها یا قواعد بزرگسالان

۲۴۴- ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

(ملاک الف ۳)، انجام عمدی کارهایی که باعث ناراحتی دیگران می‌شود (ملاک الف ۴)، سرزنش دیگران برای اشتباهات یا بدرفتاری خود (ملاک الف ۵)، زودرنجی، حساسیت و دلخوری سریع از اعمال دیگران (ملاک الف ۶)، عصبانیت و اوقات تلخی (ملاک الف ۷)، کینه‌توزی و انتقامجویی (ملاک الف ۸). برای آنکه رفتاری جزو اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای محسوب شود باید با فراوانی بیشتر از آنچه به طور اخص در افراد همسن و یا همان سطح از رشد دیده می‌شود، وجود داشته باشد و باعث اختلال قابل ملاحظه در کارکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی گردد (ملاک ب). اگر اختلال رفتاری فقط در طی دوره یک اختلال روان پریشی یا اختلال خلقی رخ دهد، تشخیص اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای داده نخواهد شد (ملاک ج) و یا اگر ملاکها با اختلال سلوک یا اختلال شخصیت ضداجتماعی (در افراد بالاتر از ۱۸ سال) مطابقت کنند، این تشخیص مطرح نمی‌شود (ملاک د).

رفتارهای منفی‌گرایانه و لجبازی به شکل یک‌دندگی مستمر، مقاومت در برابر دستورعملها و عدم تمایل به مصالحه و سلطه‌پذیری یا جر و بحث با بزرگسالان یا همسالان ظاهر می‌شوند. لجبازی و نافرمانی ممکن است شامل تخطی عمدی و یا مداوم از محدودیتها باشد که معمولاً به شکل نادیده گرفتن دستورها، مشاجره و ناتوانی در تحمل سرزنش به دلیل بدرفتاری دیده می‌شوند. امکان دارد خصومت متوجه بزرگسالان یا همسالان باشد و به شکل ناراحت کردن دیگران یا پرخاشگری کلامی (و معمولاً بدون پرخاشگری بدنی جدی که در اختلال سلوک وجود دارد) ظاهر می‌شود. تظاهرات اختلال تقریباً همواره در محیط خانه دیده می‌شود ولی در مدرسه یا اجتماع چندان آشکار نیست. نشانه‌های اختلال به‌طور اخص در تعامل با بزرگسالان یا همسالانی که شخص به خوبی آنها را می‌شناسد بیشتر آشکار می‌شود و در نتیجه ممکن است در جریان معاینه بالینی ظاهر نشوند. معمولاً افرادی که این اختلال را دارند خود را لجباز و نافرمان تلقی نمی‌کنند ولی رفتارهای خود را به‌عنوان واکنشی در برابر یا فشارهای غیرعادلانه توجیه می‌کنند.

ویژگیها و اختلالهای توأم

ویژگیها و اختلالهای توأم به‌عنوان تابعی از سن فرد و شدت اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای متغیر هستند. معلوم شده است در مورد پسرانی که طی سالهای پیش دبستانی خلق و خوی مشکل‌آفرین (مانند واکنش‌پذیری شدید و مشکل در آرام گرفتن) و یا فعالیت‌های حرکتی شدید دارند این اختلال بیشتر شایع است. در طی سالهای دبستانی ممکن است عزت نفس ضعیف (یا بیش از اندازه زیاد)، نا

استواری خلق، ضعف در تحمل ناکامی، ناسزاگویی و مصرف زود هنگام مشروبات الکلی، دخانیات یا داروهای غیرقانونی دیده شود و اغلب با والدین، معلمان و همسالان تعارض وجود دارد. امکان دارد دور معیوبی تشکیل شود که در آن والدین و کودک متقابلاً بر هم اثر منفی گذاشته و وضع را بدتر می‌کنند. اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در خانواده‌هایی شایع‌تر است که مراقبت از کودک بی‌دلیل جابجایی و تعویض سرپرست مختل شده یا در خانواده‌هایی که شیوه‌های تربیتی خشن، ناهماهنگ و متناقض یا بی‌توجه اعمال می‌شود. اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی در کودکانی که اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای دارند متداول است. اختلال‌های یادگیری و اختلال‌های ارتباطی نیز معمولاً با اختلال لجبازی و نافرمانی همراهند.

ویژگیهای خاص وابسته به سن و جنسیت

چون رفتار مخالفت‌جویانه گذرا در کودکان پیش دبستانی و نوجوانان متداول است، در مطرح کردن تشخیص بی‌اعتنایی مقابله‌ای به‌ویژه در دوره‌های یاد شده باید با احتیاط عمل شود. تعداد نشانه‌های مخالفت‌جویانه با افزایش سن معمولاً افزایش می‌یابند. این اختلال در دوره قبل از بلوغ در پسران شایع‌تر از دختران است ولی پس از بلوغ این نسبت تقریباً برابر می‌شود. نشانه‌های اختلال در هر دو جنس به‌طور کلی مشابه است به جز آنکه احتمال دارد پسران رفتارهای مواجهه‌ای بیشتر و نشانه‌های پایدارتری داشته باشند.

شیوع

میزان شیوع اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای با توجه به ماهیت نمونه جمعیتی که مورد مطالعه قرار گرفته و روشهایی که در پژوهش به کار رفته‌اند بین ۲ تا ۱۶ درصد گزارش شده است.

دوره یا سیر

اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای معمولاً قبل از ۸ سالگی و حداکثر تا اوایل نوجوانی ظاهر می‌شود ولی معمولاً بعد از آن دیده نمی‌شود. نشانه‌های مخالفت و نافرمانی اغلب در خانه رخ می‌دهند ولی به‌تدریج در سایر زمینه‌ها نیز دیده می‌شوند. شروع این اختلال به‌طور اخص تدریجی است و در طی

یک دوره چندماهه یا چندساله شکل می‌گیرد. در میزان قابل ملاحظه‌ای از موارد، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای از لحاظ رشد مقدم بر اختلال سلوک است. گرچه اغلب اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مقدم بر اختلال سلوک از نوعی است که در کودکی آغاز می‌شود، ولی بسیاری از کودکانی که دچار اختلال لجبازی و نافرمانی هستند، بعدها دچار اختلال سلوک نمی‌شوند.

الگوی خانوادگی

به نظر می‌رسد که اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در خانواده‌هایی که حداقل یکی از والدین آن سابقه ابتلا به یک اختلال خلقی، اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، اختلال شخصیت ضداجتماعی و یا اختلال مرتبط با مواد داشته‌اند، بیشتر شایع است. بعلاوه، بعضی مطالعات این نظر را مطرح می‌کنند که مادران دچار اختلال افسردگی به احتمال زیاد کودکانی خواهند داشت که رفتارهای مخالفت‌جویانه و نافرمانی ظاهر می‌کنند، ولی مشخص نیست که افسردگی مادران تا چه اندازه علت رفتار مخالفت‌جویانه کودکان و یا معلول آن است. اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای در خانواده‌هایی که ناهماهنگی جدی زناشویی وجود دارد، بیشتر شایع است.

تشخیص افتراقی

رفتارهای ایدایی افرادی که اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای دارند از نظر ماهیت نسبت به افرادی که اختلال سلوک دارند از شدت کمتری برخوردار است و به‌طور اخص شامل پرخاشگری نسبت به اشخاص و اشیاء، تخریب اموال و الگوی دزدی و حيله‌گری نمی‌شود. چون همه ویژگیهای اختلال لجبازی و نافرمانی معمولاً در اختلال سلوک وجود دارند، اگر ملاکها با اختلال سلوک مطابقت کنند در چنین موردی تشخیص اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مطرح نمی‌شود. رفتار مخالفت‌جویانه یکی از ویژگیهای مشترک مرتبط با اختلال‌های خلقی و اختلال‌های روان‌پریشی کودکی و نوجوانی است و اگر نشانه‌ها فقط در طی دوره اختلال خلقی یا اختلال روان‌پریشی ظاهر شوند، تشخیص جداگانه‌ای برای آن داده نمی‌شود. همچنین رفتارهای مخالفت‌جویانه را باید از رفتار ایدایی ناشی از عدم توجه و تکانشگری در اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی متمایز کرد. هرگاه هر دو این اختلال‌ها با هم رخ دهند، باید هر دو تشخیص را مطرح کرد. در افرادی که عقب‌ماندگی ذهنی دارند تشخیص اختلال

لجبازی و نافرمانی تنها زمانی داده می‌شود که رفتار مخالفت‌جویانه در مقایسه با آنچه به‌طور معمول در افراد همسن، همجنس و با همان میزان از شدت عقب‌ماندگی دیده می‌شود، به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر باشد. همچنین بین اختلال لجبازی و نافرمانی و ناتوانی در پیروی از دستورعمل‌ها به دلیل اختلال در فهم زمان (مانند نقص شنوایی و اختلال زبان مختلط دریافتی - بیانی) باید تمیز قایل شد. رفتار مخالفت‌جویانه یکی از ویژگی‌های معمول مراحل خاصی از رشد است (مانند اوایل کودکی و نوجوانی). تشخیص اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای تنها زمانی باید مد نظر قرار گیرد که رفتارها در مقایسه با آنچه در افراد همسن مشاهده می‌شوند با فراوانی بیشتری ظاهر شوند و پیامدهای وخیمتری داشته باشند و به اختلال چشمگیر در کارکردهای اجتماعی، تحصیلی یا شغلی منتهی شوند. ممکن است شروع تازه رفتارهای مخالفت‌جویانه در نوجوانی ناشی از جریان عادی فردیت یافتن^۱ باشد.

■ ملاکهای تشخیصی ۳۱۳/۸۱ اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

الف: الگویی از رفتار منفی‌گرایی، خصومت و لجبازی که حداقل ۶ ماه دوام داشته و در طی آن چهار (یا بیش از چهار) مورد از موارد زیر وجود داشته باشند:

- ۱ - اغلب از کوره درمی‌رود.
- ۲ - اغلب با بزرگسالان مشاجره می‌کند.
- ۳ - اغلب به‌طور فعال از انجام خواسته‌ها و رعایت قواعد بزرگسالان سرپیچی می‌کند.
- ۴ - اغلب به‌طور عمد موجب ناراحتی دیگران می‌شود.
- ۵ - اغلب دیگران را برای اشتباهات یا بدرفتاری خود سرزنش می‌کند.
- ۶ - اغلب حساس و زودرنج است.
- ۷ - اغلب خشمگین و اوقات تلخ است.
- ۸ - اغلب کینه توز و انتقامجو است.

تذکر: تنها زمانی مطابقت یک ملاک مد نظر قرار می‌گیرد که رفتار مورد نظر با فراوانی بیشتر از آنچه به‌طور معمول در افراد همسن و با همان سطح از رشد دیده می‌شود، رخ دهد.
ب: اختلال در رفتار باعث اختلال قابل ملاحظه‌ای بالینی در کارکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی می‌شود.

۲۴۸----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

ج : این اختلال منحصرأ در طی یک دوره اختلال روان‌پریشی یا اختلال خلقی ظاهر نمی‌شود.
د : ملاکها با اختلال سلوک مطابقت ندارند و اگر سن فرد ۱۸ سال یا بیشتر باشد ملاکها با اختلال شخصیت ضد اجتماعی تطبیق نمی‌کنند.

اختلال رفتار ایدایی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است این طبقه برای اختلال‌هایی است که مشخصه آنها رفتارهای بی‌اعتنایی و نافرمانی یا اختلال سلوکی است که ملاک‌های اختلال سلوکی یا اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مطابقت ندارند و به‌عنوان مثال شامل تصویر بالینی است که با ملاک‌های کامل هیچکدام از دو اختلال سلوکی یا بی‌اعتنایی مقابله‌ای مطابقت نمی‌کنند، ولی در آنها اختلال قابل ملاحظه بالینی وجود دارد.

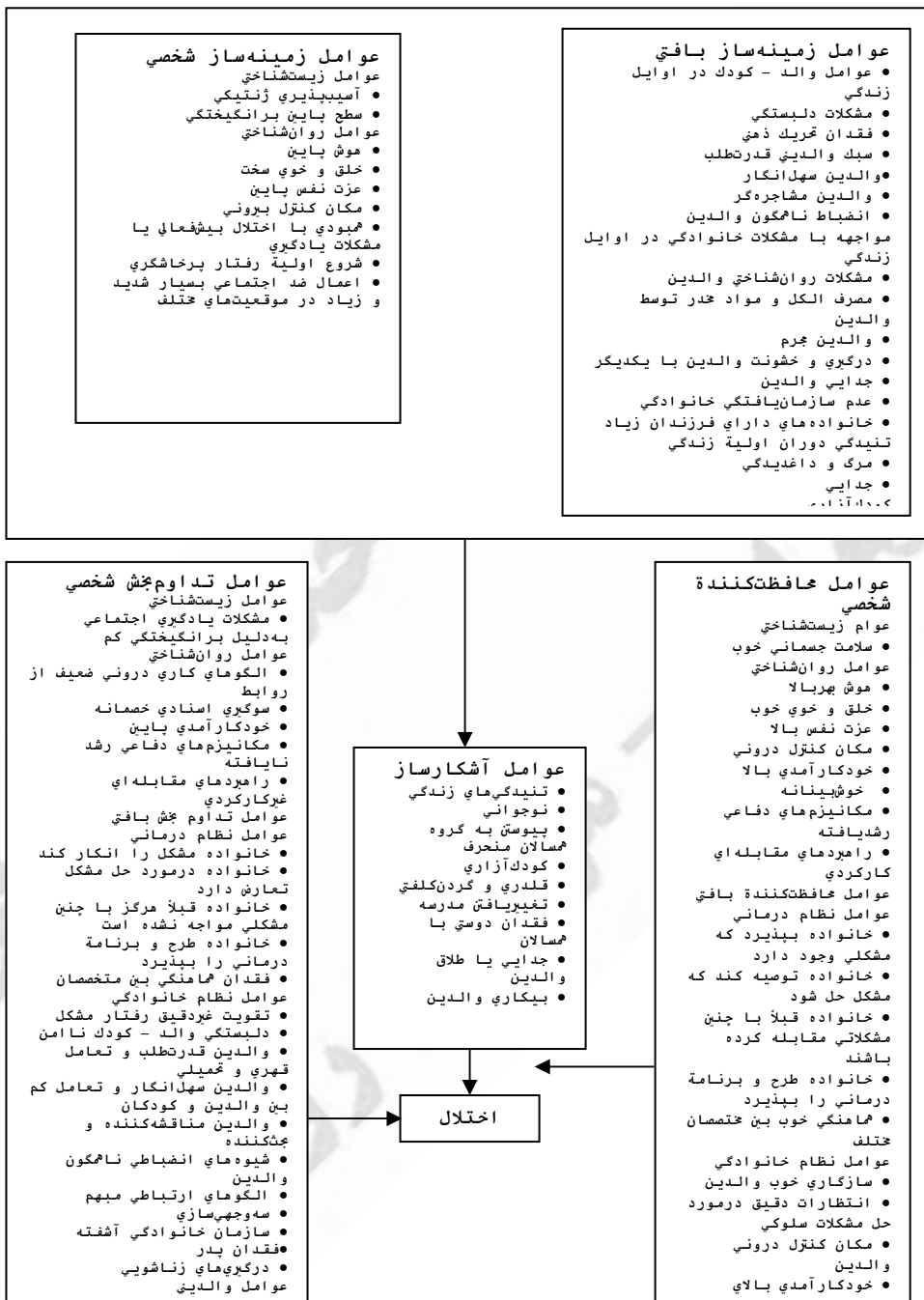
مداخله‌های روانی - اجتماعی برای مشکلات سلوکی

مداخله‌های خانواده مدار

به‌دلیل این‌که خانواده نقش اساسی و اولیه‌ای را در شکل‌گیری و تداوم اختلال سلوک دارد (پاترسون، رید و دیشیون، ۱۹۹۲)، بنابراین ابتدا مداخله‌هایی را مطرح می‌کنیم که کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی را در بافت خانواده درمان می‌کنند.

برنامه آموزش والدین یا OSLC

کار پاترسون و همکارانش در با کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی و خانواده‌های آنان در رشد و توسعه دانش نظری و تجربی درمورد مشکلات سلوکی نقش یگانه و منحصربه‌فردی دارد. تلاش‌های پاترسون طی ۳۰ سال گذشته در ارتباط با رشد و ارزیابی راهبردهای مداخله‌ای مربوط به کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی بسیار پرنفوذ و تأثیرگذار بوده است. در اینجا برنامه پاترسون مبنی بر آموزش والدین کودکان ۳ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال سلوکی ارائه می‌شود.



نمودار ۱: عوامل مرتبط با مشکلات سلوکی در کودکان، برگرفته از: کار، ۱۹۹۹

۲۵۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

برنامه آموزش والدین که برای کودکان پرخاشگر توسط پاترسون و همکاران (۱۹۷۵) ارائه شده است به شرح زیر می‌باشد. قبل از شروع درمان، به والدین یک نسخه کپی شده از دستورالعمل «زندگی کردن با کودکان» یا «خانواده‌ها» داده می‌شود تا یک زمینه مفهومی برای آموزش مهارت‌های خاص در جلسات درمانی فراهم گردد و تعمیم‌دهی و تداوم اثرات درمان را تسهیل کند. پس از تکمیل تکالیف خواندنی، مرحله بعد آموزش به والدین برای واری دقت رفتارهای نگران‌کننده کودک و سپس پی‌گیری رفتارهای کودک است. همین که والدین توانستند این کار را به طور مناسب انجام دهند، به آن‌ها کمک می‌شود تا یک سیستم تقویت‌کننده مثبت را طراحی کنند، مثل استفاده از امتیاز، پس گرفتن امتیازها یا حذف کردن تهدیدها و تقویت‌های اجتماعی نظیر تحسین و تمجید کردن. در طول زمان، تقویت‌کننده‌های قابل دست‌یابی حذف می‌شوند. پس از این‌که سیستم امتیاز کاملاً تثبیت شد، به والدین آموزش داده می‌شود از یک روش ۵ دقیقه‌ای محروم کردن برای رفتار عدم اطاعت و یا رفتار پرخاشگرانه استفاده می‌شود. جریمه (مثلاً حذف امتیازها) و انجام کارهای روزمره و سخت گاهی اوقات با کودکان بزرگ‌تر به کار گرفته می‌شود.

همان‌طوری که درمان پیش می‌رود، والدین برای طراحی و به‌کارگیری برنامه‌های اداره رفتار برای رفتارهای مختلف کودک مسئولیت بیشتری پیدا می‌کنند. هم‌چنین به والدین آموزش داده می‌شود تا کودکان خود را مورد بازبینی و نظارت قرار دهند حتی وقتی که آن‌ها بیرون از خانه هستند. در این مرحله از درمان راهبردهای حل مسئله و مذاکره کردن نیز به والدین آموزش داده می‌شود. این برنامه آموزش والدین در سطح گسترده‌ای مورد ارزیابی قرار گرفته است. پاترسون، کوب و ری^۱ (۱۹۷۳) ۱۳ پسر مبتلا به مشکلات سلوکی و خانواده‌های آنان را که به کلینیک ارجاع داده شده بودند، درمان کردند. داده‌های به‌دست آمده از مشاهده رفتاری نشان داد که ۹ پسر از ۱۳ پسر فوق‌اصلاحات و بهبودهایی را در رفتارشان داشتند. به‌طوری‌که بیش از ۳۰ درصد رفتاری مشکل‌آفرین خط پایه آنان، بهبود یافته بود.

پاترسون و همکاران برنامه آموزش والدین خود را برای به‌کارگیری با نوجوانان مبتلا به مشکلات سلوکی تغییر و توسعه دادند (بانک^۲ و همکاران، ۱۹۹۱). اصلاحات برای نوجوانان بزهکار شامل موارد زیر است: الف) هدف قرار دادن هر رفتاری که نوجوان را در معرض خطر برای بزهکاری

1 - Cobb & Ray

2 - Bank

بیشتر قرار می‌دهد؛ ب) تأکید بر بازبینی و نظارت والدین؛ ج) تجدیدنظر درباره روش‌های تنبیهی والدین به طوری که این برنامه‌ها شامل حذف امتیاز، محدود کردن اوقات فراغت؛ د) تشویق والدین برای گزارش کردن اهانت‌های غیرقانونی به مراجع قانونی جوانان و بعد عمل کردن به‌عنوان وکیل مدافع و مدافع برای نوجوان و ه) ترویج و تشویق نوجوانان برای مشارکت بیشتر در جلسات درمانی. در مطالعه‌ای مشاهده شد که این برنامه اصلاح شده کارایی زیادی دارد (بانک و همکاران، ۱۹۹۱).

خانواده درمانی کارکردی

نوع دیگری از مداخله‌های خانواده مدار برای نوجوانانی که دارای مشکلات سلوکی هستند توسط الکساندر^۱ و همکاران (۱۹۹۶) طراحی و مورد ارزیابی قرار گرفته است. خانواده درمانی کارکردی یا FFT^۲، نشانگر یک ترکیب و گسترش منحصر به فرد از سیستم‌های خانوادگی و چهارچوب‌های رفتاری است. در این الگو هم چنین چهارچوب‌های عاطفی و شناختی جای داده شده‌اند.

FFT از سه مؤلفه اساسی تشکیل شده است (الکساندر و سکستون^۳، ۲۰۰۲) که عبارتند از: ۱- مرحله درگیر شدن / انگیزش که مرتبط با به حداکثر رساندن اصلاح تصور خانواده است مبنی بر این که تغییر مثبت امکان‌پذیر است و در عین حال به حداقل رساندن عواملی که ممکن است این تصور را کاهش دهند. در حین این مرحله متخصص بالینی انتظارات رفتاری، شناختی و عاطفی از هر یک از اعضای خانواده را مشخص می‌کند و مسایل و فرایندهای خانوادگی که نیازمند تغییر هستند را تعیین می‌کند (مثلاً کارکردهای بین فردی نظیر نزدیکی و دوری) علاوه بر این، درمانگر مراحل را برای تغییر انتظارات و اسنادهای نامناسب اعضای خانواده مشخص می‌کند. فنون مختلف شناختی، بخصوص، نامگذاری مجدد رفتارهای منفی به صورت مثبت تر به کار گرفته می‌شود. این فرایند اسناد دهی مجدد در میان اعضای خانواده برای درمان مؤثر لازم است اما کافی نیست. تغییر رفتاری واقعی باید دنبال شود. در مرحله تغییر رفتار، دامنه‌ای از فنون رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرند، از جمله آموزش مهارت‌های ارتباطی، قرارداد رفتاری و اداره وابستگی. در مرحله تعمیم‌دهی، کار درمانگر

1 - Alexander

2 - Functional Family Therapy

3 - Sexton

۲۵۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

تسهیل کردن تداوم دستاوردهای درمانی در حالی است که سعی می‌شود خانواده از وابستگی به بافت درمان رها گشته و در سایر موقعیت‌ها فنون آموخته شده را به کار گیرد.

خیلی از تحقیقات تجربی در مورد کارایی FFT در دهه ۱۹۷۰ صورت گرفته‌اند. در این راستا تعداد ۸۶ نوجوان بزهکار خانواده‌هایشان مورد مطالعه قرار گرفتند و پیگیری ۶ تا ۱۸ ماهه پس از مطالعه نشان داد که نوجوانان FFT به طور معناداری تکرار جرم کمتری (۲۶ درصد) را در مقایسه با نوجوانان گروه کنترل نشان دادند (الکساندر و پارسونز، ۱۹۷۳). مطالعات اخیر نیز به کارگیری موفقیت‌آمیز FFT را در نوجوانان دارای رفتارهای مشکل‌آفرین مربوط به اختلالات سلوکی نشان می‌دهند (گوردون، گریوز و آرباتنوت^۱، ۱۹۹۵، آئوس^۲ و همکاران، ۱۹۹۹).

مداخله‌های چند مؤلفه‌ای

در حالی که واحد خانوادگی به طور آشکاری یک تأکید موفقیت‌آمیز در مداخله‌های طراحی شده برای اختلال سلوک است، کودکان مبتلا به مشکلات سلوکی و خانواده‌های آنها عموماً با دامنه‌ای از مشکلات مواجه می‌گردند که در موقعیت‌های چندگانه مشاهده می‌شوند. از این رو، اغلب مواردی پیش می‌آید که هیچ درمان منفردی به طور متعادل کارایی ندارد. دو نوع از درمان‌های چند مؤلفه‌ای طراحی شده برای درمان گروه پیچیده‌ای از مشکلات که اغلب در کودکان مبتلا به اختلال سلوک دیده می‌شوند در زیر شرح داده می‌شود.

آموزش مهارت‌های حل مسئله کازدین به همراه آموزش مدیریت والدین^۳

کازدین و همکاران آموزش مهارت‌مداری را که از الگوی شناختی - رفتاری مؤثر است را با رویکرد آموزش رفتاری والدین ترکیب کرده‌اند (مهارت‌های حل مسئله به همراه آموزش مدیریت والدین) تا کودکان مبتلا به اختلال سلوک را درمان کنند.

آموزش مهارت‌های حل مسئله بر آموزش مهارت‌های مرتبط با مراحل آخر الگوی پردازشگری اطلاعات (مهارت برای تعریف و تشخیص مشکل، ارائه راه‌حل و ارزیابی، انتخاب راه حل و

1 - Gordon, Graves & Arbuthnot

2 - Aos

3 - parent management training

به‌کارگیری راه‌حل) و بهره‌بری از آموزش مهارت‌ها و فنون کاری^۱ تأکید می‌کند و می‌توان آن را طی ۲۰ جلسه انفرادی به کار گرفت که هر جلسه حدوداً ۴۵ تا ۵۰ دقیقه طول می‌کشد. آموزش مدیریت والدین یک رویکرد سنتی آموزش رفتاری والدین است که روی والدین به عنوان واحدهایی که باید تغییر کنند کار می‌کنند. در این راهبرد درمانی رفتارهای هدف کودک به دقت تعیین می‌شود و از فنونی نظیر بازی نقش در رفتار والدین، تکالیف، بازبینی کردن و تقویت کردن استفاده می‌شود. این برنامه درمانی حدوداً ۱۵ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای طول می‌کشد. زمانی که این دو برنامه درمانی ترکیب شوند، روش‌ها انفرادی می‌گردند تا نیازها و ساختار خانوادگی خاصی شکل گرفته و برآورده شود (مثلاً وضعیت تک والدی یا دو والدی، تعداد کودکان در خانه و برنامه کاری والدین).

در مطالعه‌ای اثر این برنامه ترکیبی با درمان ارتباطی مستقیم در مورد نمونه‌ای از کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال سلوک مورد مقایسه قرار گرفت (کازدین و همکاران، ۱۹۸۷). در یک پیگیری یک ساله پس از درمان کودکان گروه درمان ترکیبی به طور معناداری پرخاشگری کمتر و رفتارهای بیرونی‌سازی کمتری را در خانه و مدرسه از خود نشان دادند و هم‌چنین در میزان رفتارهای فرا اجتماعی آنان و سازگاری کلی‌شان اصلاحات بیشتری مشاهده شد.

هم‌چنین در مطالعه دیگری کازدین و واسل^۲ (۲۰۰۰) دریافتند که درمان ترکیبی علاوه بر ایجاد اصلاحاتی در کارکردهای کودک و خانواده، اصلاحات و بهبودهایی را در کیفیت روابط خانوادگی و کارکرد خانواده به عنوان یک سیستم و حمایت اجتماعی ادراک‌شده آنان ایجاد کرد. از طرفی بهبودهایی در کارکردهای والدین مشاهده شد (مثلاً کاهش افسردگی و نشانگان کلی و تنیدگی آنان).

درمان چند سیستمی

درمان چند سیستمی یا MST^۳ نوعی مداخله چندمؤلفه‌ای است که در سطح گسترده‌ای با نوجوانان مبتلا به مشکلات سلوکی و مشکلات چندگانه شدید و جرم‌های جوانان مورد آزمایش قرار گرفته است. این روش درمانی در درمان نوجوانان دارای مشکلات سلوکی بر ماهیت تعاملی آسیب‌شناسی روانی نوجوانان و نقش سیستم‌های چندگانه‌ای که نوجوانان در آن جای دارند تأکید

1 - in-vivo

2 - Wassell

3 - Multi System Therapy

۲۵۴----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

می‌کند. سیستم‌هایی نظیر خانواده، مدرسه و گروه همسالان (هنگلر^۱ و همکاران، ۱۹۹۸). خانواده به عنوان محور اصلی درمان مد نظر قرار می‌گیرد. ارزیابی و درمان در رابطه با نوجوان به عنوان یک فرد و نقش او در سیستم‌های مختلف و روابط متقابل میان آن سیستم‌ها صورت می‌گیرد. درمانگر در یک یا چند سطح در حد نیاز مداخله می‌کند و از رویکردهای مختلف درمانی استفاده می‌کند، رویکردهایی نظیر خانواده‌درمانی، مشاوره آموزشی، راهبردهای مداخله‌ای همسالان، زوج درمانی و یا درمان انفرادی.

فنون درمانی در سطح وسیعی مشابه هستند و ممکن است شامل روش‌های سنتی خانواده درمانی (مثل نیت متضاد) و هم‌چنین فنون رفتاری و شناختی - رفتاری (نظیر تقویت، قرارداد وابستگی، خودآموزش‌دهی) باشد (شون‌والد^۲ و همکاران، ۱۹۹۶). متخصصان بالینی با استفاده از اصول نه گانه (نظیر تمرکز و تأکید بر نقاط قوت سیستماتیک، ترویج رفتار مسئولانه و کاهش رفتارهای غیرمسئولانه در میان اعضای خانواده) به این جهت‌گیری می‌رسند که مداخله‌ها باید از نظر تحولی مناسب باشند (شون‌والد، براون^۳ و هنگلر، ۲۰۰۰).

کارایی این روش درمانی در مطالعات زیادی که روی مشکلات مختلف انجام شده و توسط درمانگران مختلف و در موقعیت‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است (هنگلر و همکاران، ۱۹۹۸) مورد تأیید قرار گرفته است. اکثر مطالعات روی نوجوانان مجرم صورت گرفته‌اند (جرم‌های خشونت‌بار و مزمن) و کارایی این روش درمانی در مورد نوجوانان دارای جرم‌های جنسی، مصرف مواد و الکل نیز اثبات شده است (هنگلر و همکاران، ۱۹۹۳).

برنامه‌های اجتماع محور

توسعه و ارزیابی برنامه‌های اجتماع محور از لحاظ تدارک محل مسکونی و پناهگاهی برای نوجوانان پرخاشگر و بزهکار در حدود ۳۵ سال قبل شروع شده است. از آن زمان تاکنون برنامه‌های متعددی برای حل مشکلاتی که توسط جوانان مجرمی که سایر مشکلات روانی، عاطفی و رفتاری را نیز دارا هستند، ایجاد می‌شود، طراحی شده است.

1 - Henggeler

2 - Schoenwald

3 - Brown

الگوی مکان پیشرفت / آموزش خانواده

الگوی مکان پیشرفت^۱ که در حال حاضر به عنوان الگوی آموزش خانواده یا TFM^۲ مشهور است، در اصل در سال ۱۹۶۷ طراحی شده است و تبدیل به یک نمونه اولیه از برنامه‌های مسکونی اجتماع محور برای نوجوان پرخاشگر و بزهکار شده است. هر خانه گروهی TFM یا الگوی آموزش خانوادگی توسط یک زوج جوان که به عنوان آموزگار والدین در یک برنامه یک ساله آموزشی قوی شرکت کرده‌اند، اداره می‌شود. نوجوانانی که اکثر آنها بزهکار هستند در حالی که در خانه‌های گروهی زندگی می‌کنند در مدارس محلی شرکت کرده و در فعالیتهای اجتماعی مشارکت می‌کنند. مؤلفه‌های درمانی اولیه TFM شامل یک سیستم امتیازدهی چندسطحی، روش‌های خودگردانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی آموزش همسالان و سیستم تقویت مبتنی بر خانه برای بازبینی رفتار آموزشی می‌باشد. متوسط اقامت در خانه‌های گروهی برای هر نوجوان یک سال است (کریگین^۳، ۱۹۹۶).

به نظر می‌رسد که رویکرد TFM کارایی بیشتری از برنامه‌های مقایسه‌ای دیگر دارد که در آنها نوجوان‌ها مشارکت فعالانه‌ای دارند. نتایج مطالعات نشان داده‌اند که درصد کمتری از آزمودنی‌هایی که در برنامه TFM شرکت کرده بودند مجدداً دست به رفتارهای جرم‌آفرین زدند و جرم‌های کمتری در رابطه با آنان رخ داد (کریگین و همکاران، ۱۹۸۲). قابل ذکر است که نتایج ارزیابی‌هایی که از TFM در رابطه با دختران و پسران مجرم به دست آمده است نشان داده است که اصلاحاتی در کارکردهای آنان صورت گرفته و این اصلاحات طی یک دوره ۱۰ ماهه پیگیری پس از درمان همچنان باقی مانده است (لارزلر^۴ و همکاران، ۲۰۰۱).

درمان چندبعدی مراقبت پرورشی^۵

الگوهای درمانی مراقبت پرورشی در فراتحلیلی که روی ۴۰ مطالعه توسط ردی و پفیفر^۶ (۱۹۹۷) صورت گرفته و در این مطالعات حدود ۲۸۲ و ۱۲ آزمودنی شرکت کرده‌اند، مشاهده شده

1 - achievement place model
 2 - Training Family Model
 3 - kirigin
 4 - Larzelere
 5 - foster care
 6 - Reddy & Pfeiffer

۲۵۶----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

است که اثرات مثبت‌تری در افزایش مهارت‌های اجتماعی نوجوانان و حفظ آن مهارت‌ها در طول زمان و اثرات متوسطی در کاهش مشکلات رفتاری و افزایش سازگاری روان‌شناختی آنان دارد.

این الگو براساس کار مداخله‌ای که قبلاً در OSLS انجام شده بود، توسط هاوکینز^۱ و همکاران (۱۹۸۹) توسعه یافته است و مؤلفه‌های کلیدی آن عبارتند از: الف) ۲۰ ساعت آموزش‌دهی به والدین برای پرورش دادن آنها براساس الگوی یادگیری اجتماعی؛ ب) اداره‌موردی تدریجی که متشکل از مشاوره‌های انفرادی برای پرورش والدین، جلسات هفتگی گروهی پرورش والدین و سرویس‌های ۲۴ ساعته تلفنی برای حل مشکلات آنان به صورت تلفنی است؛ ج) حمایت از ساختار خانوادگی و حمایت از طریق تماس تلفنی؛ د) مشاوره آموزشی که متشکل از آموزش مهارت‌هایی به والدین برای برخورد صحیح با کودکان و نوجوانان خود است و شامل تهیه کارت گزارش روزانه برای نوجوانان است؛ ه) خانواده‌درمانی برای والدین اصلی (ژنتیکی) یا خویشاوندان اصلی برای به کارگیری فنون آموخته‌شده در محیط خانه؛ و) درمان انفرادی برای آموزش مهارت‌های حل مسئله، کنترل خشم و عصبانیت، موضوعات تحصیلی و سایر موضوعات فردی.

کارایی این برنامه درمانی توسط چامبرلین و رید^۲ (۱۹۹۱) در یک مطالعه مقدماتی که روی ۱۹ نوجوان مبتلا به مشکلات سلوکی صورت گرفت مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که این نوجوانان نسبت به نوجوانانی که از درمان‌های سنتی اجتماع محور استفاده کرده بودند، کاهش بیشتر و معناداری را در میزان مشکلات رفتاری خود طی سه ماه نشان دادند.

خلاصه

اختلال سلوک یک الگوی رفتاری است که در آن فرد از هنجارهای اجتماعی امتناع کرده و حقوق اساسی دیگران را زیر پا می‌گذارد و در حدود ۴ تا ۹ درصد جامعه به آن مبتلا هستند (کمپبل و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از فلتچر-جانزن و رینولدز، ۲۰۰۳). اختلال سلوک معمولاً از طریق سن شروع در دوره کودکی یا در دوره نوجوانی تعریف می‌گردد و سن شروع آن در پسرها زودتر از دخترهاست و پسرها ۴ تا ۵ برابر دختران به اختلال سلوک مبتلا می‌گردند.

1 - Hawkins

2 - Chamberlain & Reid

قابل توجه است که اکثر کودکان دارای اختلال سلوک، مبتلا به اختلالات درونی‌سازی نظیر افسردگی و اضطراب هم هستند و در حدود ۵۰ تا ۷۵ درصد آنان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص توجه هستند (فلتچر- جانزن و رینولدز^۱، ۲۰۰۳).

روش‌های درمانی این اختلال بسیار زیادند، اما مطالعات زیادی نشان داده‌اند که آموزش والدین درمان کارآمدی برای اختلال سلوک کودکان و نوجوانان است (مک‌ماهون، ۱۹۹۴؛ کازدین، ۱۹۹۵). هم‌چنین مشاهده است که به‌کارگیری اصول رفتاری در مدرسه توسط معلمان و در خانه توسط والدین نقش مؤثری در تغییر رفتارهای اجتماعی جوانان دارای اختلال سلوک دارد (هیوفنر^۲، ۲۰۰۰).

1 - Fletcher – Janzen & Reynolds

2 - Huefner

منابع

- خدایاری فرد، محمد. روان‌شناسی مرضی کودک و نوجوان، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۵.
- خدییوی زند، محمد مهدی. هنگامه‌های پژوهش، تشخیص و درمان در روان‌شناسی بالینی، روانکاوی و روان‌درمانی، نشر میثاق، تهران، ۱۳۷۷.
- دادستان، پریخ. روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، جلد اول، چاپ سوم، تهران، انتشارات سمت، ۱۳۷۸.
- فیرس، ای. جری و ترال، تیموتی. جی. روان‌شناسی بالینی، مفاهیم، روش‌ها و حرفه، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران، انتشارات رشد، ۱۳۸۲.
- لطفی کاشانی فرح و وزیر، شهرام. روان‌شناس بالینی کودک، تهران، نشر ارسباران، ۱۳۸۳.
- ماسن، اریک. جی و بارکلی، راسل، ای. روان‌شناسی مرضی کودک (آسیب‌شناسی روانی کودک)، ترجمه حسن توزنده جانی و همکاران، گناباد، نشر مرندیز، ۱۳۸۳.
- ماسن، هنری، پاول و همکاران. رشد شخصیت کودک، ترجمه مهشید یاسایی، تهران، نشر مرکز، ۱۳۶۸.
- نلسون، ریتاویکس، ایزائیل، آلن، سی. اختلال‌های رفتاری کودکان. ترجمه محمدتقی منشی طوسی، مشهد، انتشارات معاونت فرهنگی آستان قدس رضوی، ۱۳۶۷.

- A controlled family history of pro-pubertal major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 46, 406-418.
- Abidin, RR (1988). *Parenting Alliance Inventory*. Unpublished scale, University of Virginia, Charlottesville.
- Abidin, RR (1995). *Parenting Stress Index-professional manual* (3rd edn). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abikoff, H., & Hechtman, L., (1998). *Multinodal treatment for children with ADHD Effects on ADHD and social behavior and diagnostic status (unpublished)*.
- Abikoff, H., Gittelman - Klein, R. & Klein, D. (1977). *Validation Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45,772-783.

- Abramowitz, A. J., O'Leary, S.G., & Rosen, L.A. (1987). Reading off-task behavior in the classroom: A comparison of encouragement and reprimands. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15,153-163.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G. L., & Alloy, LB. (1989). *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1994). Child Behavior Checklist and related Instruments. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 517-549). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: *Implications of cross-informant correlations for situational specificity*. *Psychological Bulletin*, 107, 213-232.
- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychology.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aichorn, A. (1935). *Wayward Youth*. New York: Viking Press.
- Aichorn, A. (1935) *Wayward Youth*. New York: Viking Press.
- Albano, AM., Chorpita, B.F., & Barlow, D.H. (1996). Childhood anxiety disorders. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 196—241). New York: Guilford Press.
- Alessandri, S. M. (1992). Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20,289-302.
- Alexander, J.F., & Parsons, B. (1982). *Functional Family Therapy*. Monterey, CA: Brooks / Cole.
- Alexander, J.F., & Sexton, T.L. (2002). Functional Family Therapy (FFT) as an integrative, mature clinical model for treating high risk, acting out youth. In F. Kaslow (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol 4. Integrative/eclectic* (pp. 111-132). New York: John Wiley & Sons.
- Alexander, J.F., Jameson, P.B., Newell, RM., & Gunderson, D. (1996). Changing cognitive schemas: A necessary antecedent to changing behaviors in dysfunctional families? In K.S. Dobson & K.D. Craig (Eds), *Advances in cognitive-behavioral therapy* (pp. 174-191). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Allison, S., Pearce, C., Martin, G., Miller, K., & Long, R. (1995). Parental influence, pessimism and adolescent suicidality. *Archives of Suicide Research*, 1, 229-242.

- Ambrosini, P. J., Metz, C., Prabrucki, K., & Lee, J. (1989). Videotape reliability of the third revised edition of the K-SADS. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 723-728.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder. Text Revision Fourth edition.*
- American Psychiatric Association. (1978). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. Rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Text Revision (Fourth edition)*. Washington, D.C.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn-text rev.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association, Text Revision. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Anastopoulos, A.D., Shelton, T. DuPaul, G.J., & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 581-596.
- Anderson, J-C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Angle, C., O'Brien, T., & McIntire, M. (1983). Adolescent self-harming: A nine-year follow-up. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 4(2), 83-87.
- Angold, A., & Costello, E.J. (2001). The epidemiology of disorders of conduct: Nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (Eds), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 126--168). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Angold, A, Costello, E.J., & Erkanli, A (1999). Comorbidity. *Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 574-7.
- Angold, A., & Costello, E.J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1779-1791.
- Angold, A., & Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology*, 4, 5-28.
- Aoki, W. T., & Turk, A. A. (1997). Adolescent suicide: A review of risk factors and implications for practice. *Journal of Psychology and Christianity*, 76, 273-279.
- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R., & Lieb, R. (1999). *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime: A review of national research findings with implications for Washington State Institute for Public Policy.*

- Arnsten, A. F. T., Steere, J. C., & Hunt, R. D. (1996). The contribution of alpha2 noradrenergic mechanism to prefrontal cortical cognitive function. *Archives of General Psychiatry*, 53,448-455.
- August, G. J, Realmuto, G. M., MacDonald, A. W., Nngent, S. M., & Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 571-595.
- August, G. J. & Garfinkel, G. D. (1990). Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic - referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18,29-45.
- Axline, V. (1947). Play therapy. New York : Ballantine.Beck, AT., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979).Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1981). In search of pure unidirectional determinants. *Behavior Therapy*, 12, 30-40.
- Bandura, A. and Walters, R. (1959). Adolescent Aggression. New York: Ronald Press.
- Bank, L., Marlowe, J.H, Reid, J.B., Patterson, G.R., & Weinrott, M.R. (1991). A Comparative evaluation of parent training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 15-33.
- Bardone, A. M., Moffit, T. E., Caspi, A., Dickson, N., & Silva, P.A. (1996). A dult mental health and social outcomes of adolescent girls with depression and Conduct Disorder. *Development and Psychopathology*, 8, 811-829.
- Barkley, R. A. (1977). A review of stimulant drug research with hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 137-165.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. Anastopoulos, A. D. Guevremont, D. C., & Fletcher, K. E. (1991). Adolescents with attention AD/HD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33,752-761.
- Barkley, R. A. Anastopoulos, A. D. Guevremont, D. C., & Fletcher, K. E. (1992). Adolescents with attention - deficit hyperactivity disorder: Mother – adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20,263-288.
- Barkley, R. A. Guevremont, D. C. Anastopoulos, A. D. DuPaul, G. D., & Shelton, T.L. (1993). Driving - related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults: A 3-to5- year follow - up swey. *Pediatrics*, 92, 212-21 8.
- Barkley, R. A. Guevremont, D. C. Anastopoulos, A. D., & Fletcher, K.E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60,450-462.
- Barkley, R.A. (1 998). *Attention deJicit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., Shelton, T.L., Grosswait, C.R. Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L., & Metevia, L. (in press). Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with aggressive and hyperactive - impulsive behavior. *Child Psychology and Psychiatry*.
- Barlow, D. H. (2001). *Clinical Hand book of Psychological Disorders* (Third Edition).

- New York , London : the Guilford Press.
- Barlow, D.H.(2001). *Clinical Handbook of Psychological disorders* (Third edition). New York , London, The Guilford Press.
- Barlow, D.H., Chorpita, B.F., & Turovsky, J. (1969). Fear, panic, anxiety, and the disorders of emotion. In D.A. Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on anxiety, panic and fear* (Vol. 43, pp. 251-328). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Barret, P. M., & Lowry – Webster, H. (2000a). *Friends program for children: group Leadership manual*. Brisbane: Australian Academic press.
- Barret, P.M., & Lowry – Webster, H. (2000b). *Friends program for children: Participant workbook*. Brisbane: Australian Academic press.
- Barrett, P., & Ollendick, Th. (2004). *Hand Book of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment*. England: John Wiley & Sons.
- Barrett, P.M., & Ollendick, TH. H. (2004). *Interventions that work with children and Adolescents: prevention and Treatment*. England: John Wiley & Sons LTD.
- Barrett, P.M. , Duffy, A.L., Dadds, M.R. , & Rapee, R.M.(2001). Cognitive- Behavioral Treatment of anxiety disorders in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1) , 135-141.
- Baumgardner, T.L., Singer, H.S., Denckal, M.B., Rubin, P.A., Abrams, M.T., Colli, M.J., & Reiss, A.L. (1996). Corpus callosum morphology in children with Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology*, 47, 477-482
- Beck, B. T. > Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, AT. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : Guilford Press.
- Beidel, D. C., & Turner, SM. (1986). A critique of the theoretical bases of cognitive-behavioral theories and therapy. *Clinical Psychology Review*, 6, 177-197.
- Beidel, D.C., & Morris, T.L. (1995) Social Phobia. In J. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Beidel, D.C., & Turner, SM. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., & Morris, T.I. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79.
- Bell-Dolan, D., & Brazeal, T.J. (1993). Separation anxiety disorder, overanxious disorder and school refusal. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 563- 580.
- Bemporad, J. (1978). Manifest symptoms of depression in children and adolescents. In S. Arieti & J. Bemporad (Eds.), *Severe and mild depression: The psychotherapeutic approach* (pp. 87-100). New York: Basic Books.
- Berg, C., Rapoport, J.L., Whitaker, A., Davies, M., Leonard, H.L., Swedo, S.E., Braiman, S., & Lenane, M., (1989). Childhood obsessive compulsive disorder: A two-year prospective follow-up of a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 528-533.
- Berg, C.Z., Whitaker, A., Davies, M., Flament, M.F., & Rapoport, J.L. (1988). The survey

- form of the Leyton Obsessional Inventory—Child Version: Norms from an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 759—763.
- Berman, AL. (1986). Adolescent suicide: Issues and challenges. *Seminars in Adolescent Medicine*, 2(4), 269-277.
- Berman, AL., & Jobes, D. A. (1995). Suicide prevention in 'adolescent (age 12-18). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25, 143-154.
- Berman, AL., & Jobes, D.A. (1991). *Adolescent suicide*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Bernstein, G.A. (1990). Anxiety disorders. In B.D. Garfinkel, GA. Carlson, & E.V. Weller (Eds.), *Psychiatric disorders in children and adolescents*. Philadelphia: Saunders.
- Bibring, F. 1965). The mechanism of depression. In P.Greenacre (Ed.), *Affective disorders* (pp. 13-48). New York : International Universities Press.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marss, A., Duelle, C., Moore, P. & Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four - year prospective follow - up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35,343-351.
- Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., & LeLon, F. (1995). Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: Fact or artifact. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 579-590.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. Kiely, K., Guite, J., Ablon, J.S., Reed, E., & Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152,431-435.
- Biederman, J., Munir, K. Knee, D., Armentano, M. Autor, S., Waternaux, C., & Tsuang, M. (1987). High rate of affective disorders in probands with attention deficit disorders and in their relatives: A controlled family study. *American Journal of Psychiatry*, 144,330-333.
- Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., Faraone, S.V., Chaloff, J., Hirshfield, D.R., & Kagan, J. (1993). Behavioral inhibition as a temperamental risk factor for anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 667—684.
- Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S., Thomell, A., Pfister, K., Jetton, J.G., & Soriano, J. (1997). Is ADHD a risk for psychoactive substance use disorders? Findings from a four -year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36,21-29.
- Bird, H.R., Gould, M.S., & Staghezza, B. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 7 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 361—368.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Marlane, C., Balach, L., Kaufman, J., & McKenzie, S. (1997). The Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545—553.
- Birmaher, B., Waterman, G.S., Ryan, N., Cully, M., Balach, L., Ingram, J., & Brodsky, M. (1994). Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 993—999.

- Birman, K. L., & Welsh, J.A. (1997). Social relationship deficits. In E.J. Mash & L.G. Black, B. (1995). Separation anxiety disorder and panic disorder. In J.S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 212—234). New York: Guilford Press.
- Black, B., & Robbins, D.R. (1990). Panic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 36—44.
- Black, B., & Uhde, T.W. (1994). Treatment of elective mutism with fluoxetine: A double blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1090—1094.
- Blanchard, E.B. (1970). Relative contributions of modeling, informational influences, and physical contact in extinction of phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 55-61.
- Block, G.H. (1977). Hyperactivity: A cultural perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 11 0, 236-240.
- Borduin, C.t Mann, B., Cone, L., Henggeler, S. et al. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long - term prevention of criminality and violence.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile lives: Their characters and homelife, *International urnal of Psychoanalysis*, 25, 1-57.
- Bowlby, J. (1949). Forty- four juvenile lives: Their characters and homelife. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 1-57.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. loss*. New York : Basic Books.
- Bradley, S.j., & Hood, J. (1993). Psychiatrically referred ytor adolescents with panic attacks: Presenting symptoms, ii an stressors, and comorbidity. *Journal of the American iced— Acadeon~ of Child and Adolescent I~st~chiatr~~*, 32, 826—829.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111, 244-255.
- Brent, D.A., Perper, J. A., Moritz, C., & Liotus, C. (1994a). Familial risk factors for adolescent suicide:A case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 52-58.
- Brent, D.A., Perper, J. A., Moritz, C., & Liotus, C. (1994b). Major depression or uncomplicated bereavement? A follow-up of youth. exposed to suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 231—239.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Buhrmester, D., Whalen, C.K., Henker, B., MacDonald, V., & Hinshaw, S.P. (1992). *Bulletin*, 96, 465-490.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A., & Rae, D. S. (1990).Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Butler, L., Miezitis, S., Friedman, R., & Cole, E. (1980). The effects of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents. *American Educational Research Journal*, 77, 111-119.
- Cahn, D. A., & Marcotte, A. C. (1995). Rates of forgetting in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology*, 1, 158-163.
- Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 113-149.

- Campbell, S.B. (1995). Behavior problems in preschool children: A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 245-256.
- Campbell, T. L., Byrne, B. M., & Baron, P. (1992). Gender differences in the expression of depressive symptoms in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 12, 326-338.
- Capaldi, D. M. (1992a). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at age 6. *Development and Psychopathology*, 3, 277-300.
- Cardon, L. R., Smith, S.D., Fulker, D.W., Kimberling, W.J., Pennington, B. F., & DeFries, J.C. (1994). Quantitative trait locus for reading disability in chromosome 6. *Science*, 266,276-279.
- Carlson (Eds.), *Affective disorders in childhood and adolescence: An update* (pp. 363-374). New York: Spectrum Press.
- Carlson, C. L., Pellham, W. E., Milich, R., & Dixon, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate behaviour therapy on the classroom performance of children with attention - deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 213-232.
- Carlson, C., & Garber, J. (1986). Developmental issues in the classification of depression in children. In M. Rutter, C. E. Izzard, & P.B. Read (Eds.), *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives* (pp.399-434). New York: Guilford Press.
- Carlson, G., & Cantwell, D. (1979). A survey of the depressive symptoms in a child and adolescent population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18,587-599.
- Carlson, G., & Cantwell, D. (1980). Unmasking masked depression. *American Journal of Psychiatry*, 137,445—449.
- Carr, A. (1999). *The Hand Book of child and adolescent clinical psychology: A contextual Approach*. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Carr, A.(1999). *The Hand book of child and adolescent clinical Psychology*. London & NewYork :Routledge.
- Carr, Alan. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology, a contextual approach*. 2th edn. Routledge, London.
- Carr,A.(1999). *The handbook of child and adolescent Clinical Psychology*. London & Newyork. Routledge.
- Carroll, B. J. (1983). Neuroendocrine diagnosis of depression: The dexamethasone suppression test. In P.J. F Clayton & J.E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression* (pp. 1-30). New York: Raven Press.
- Casey, B. J., Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L., Hamburger, S.D., Schubert, A.B., Vauss, Y.C., Vaituzis, A.C., Dickstein, D.P., Sarfatti, S.E., & Rapoport, J.L. (1997). Implication of right frontostriatal circuitry in response inhibition and attention - deficit / hyperactivity disorder. *Journal of the American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 36,374-383.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C, Dickstein, D. P., Sarfatti, S.E., Vauss, Y.C., Snell, J.W., Lange, N., Krain, A.L., Ritchhie, G.F., Rajapakse, J.C., & Rapoport, J.L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance

- imaging in attention - deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53,607-619.
- Chamberlain, P. (1994). *Family Connections: A Treatment Foster Care Mode lfor adolescents with Delinquency*. Eugene, OR: Castalia.
- Chamberlain, P., & Reid, J.B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment*, 9, 97-1 09.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P.1., Tabrizi, M. A., & Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview: Test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, present episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42,696—702.
- Charnberlain, P., & Reid, J.B. (1991). Using a specialized foster care community treatment model for children and adolescents leaving the state mental health hospital *Journal of Community Psychology*, 19, 266-276.
- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60,2379-2385.
- children and adolescents. *Journal of Abnormal Psijchol)mor- oyi/*, 7107, 74—85.
- Chiles.su.J.A. (1986). *Teenage depression and suicide*. New York:Chelsea House.
- Chorpita, B.F., Albano, AM., & Barlow, DII. (1998). The 'rican structure of negative emotions in a clinical sample of
- Christian, R. E., Frick, P. J., Hill, N. L., Tyler, L., D. R. (1997). Psychopathy and conduct problems in children: 11. Implications for sub typing children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36,233-241.
- Clarizo, H.P. (1994). Assessment of depression in children and adolescents by parents, teachers, and peers. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 235–248). New York: Plenum Press.
- Clements, S.D., & Peters, J.E. (1962). Minimal brain dysfunctions in the school age child. *Archives of General Psychiatry*, 6, 185-197.
- Cloward, R. and Ohlin, L. (1960). *Delinquency and Opportunity*. Glencoe, IL: Free Press.
- Cm, A. (1999). *The handbook of child and Adolescent clinical psychology: A Contextual Approach*. London and NewYork: Routledge, Taylor and francis Group.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Vele~ C N _ Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of childhood disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender—specific prevalence, *journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 34, 85'1—867.
- Cohen-Sandier, R., Berman, AL., & King, R. (1982). A follow-up study of hospitalized suicidal children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21,98-403.
- Coie, J.D., & Dodge, K.A. (1998). Aggression and antisocial behavior. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3*.
- Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. In A. G m a n and D. Kniskern (eds), *Handbook of Family Therapy* (vol. 2, pp. 417-443). New York: Bmnnernl Mazel.
- Conners, C. K. (1994). *The continuousperformance test (CPT): Use as a diagnostic tool and measure of treatment outcome*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles.

- Conners, C. K., & Jett, J.L. (1999). *Attention deficit hyperactivity disorder (in adults and children)*. Kansascity, MO: Compact Clinicals.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J.D., & Epstein, J.N. (1998). Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 279- 291.
- Cook, E.H., Stein, M.A., Krasowski, M.D., Cox, N.J., Olkon, D.M., Kieffer, J.E., & Leventhal, B.L. (1995). Association of attention deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics*, 56,993-998.
- Cornwall, E., Spence, S.H., & Schotte, ID. (1997). The efficacy of effectiveness of emotive imagery in the treatment of anxiety disorders in children. *Behaviour Change*, 13,223—229.
- Costello, A., Edelbrock, C., Kalas, R., Kessler, M., & Klaric, S. (1982). *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*. Pittsburgh, PA: Author.
- Cunningham, C.E., & Barkley, R.A. (1979). The interactions of hyperactive and normal children with their mothers during free play and structured task. *Child Development*, 50,217-224.
- Craighead, WE., Curry, J. F., & McMillan, D. K. (1994). Childhood and adolescent depression. In L. W. Craighead, A. F. Kazdin, & M.J. Mahoney (Eds.), *Cognitive and behavioral interventions* (pp. 301—312). Boston : Allyn & Bacon.
- Crick, N. and Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 4-101.
- Crisp, A. (1983). Anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 287, 855-858.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender, and social psychological adjustment. *Child Development*, 66,710--722.
- Cunningham, C. E., & Siegel, L.S. (1987). Peer interactions of normal and attention deficit disorder boys during free-play, cooperative task, and simulated classroom situations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15,247-268.
- Curran, D. K. (1987). *Adolescent suicidal behavior*. New York: Hemisphere.
- Curry, J. F., & Craighead, WE. (1993). Depression. In T.H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child and adolescent assessment* (pp. 251—268). Boston: Allyn & Bacon.
- Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1980). Diagnosis of depression in children: A reassessment. *American journal of Psychiatry*, 137, 22-25.
- Cytryn, L., & McKnew, D. (1974). Factors influencing the clinical expression of the depressive process in children. *American Journal of Psychiatry*, 129, 149-155.
- Cytryn, L., & McKnew, D. H. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American journal of Psychiatry*, 129,149-155.
- D’Zurilla T., & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107—126.
- Dabbs, J., Jurkovic, G. and Frady, R. (1991). Salivary testosterone and cortisol among late adolescent male offenders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19,469-478.
- Dobler, M., & Terwilliger, R.F. (1970). Pilot study on the effectiveness of systematic desensitization with neurologically impaired children with phobic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 314-318.

- Deutsch, K. (1987). *Genetic factors in attention deficit disorders*. Paper presented at symposium on Disorders of Brain and Development and Cognition, Boston.
- Developmental and sex differences in types of conduct problems. *Journal of Child and Family Studies, 10*, 181 - 197.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds), *The development and treatment of childhood aggression* (pp.201-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1146-1158.
- Donovan, C.L. & Spence, S.H. (2000). Prevention of Childhood anxiety disorders. *Clinical psychology Review, 20*, 4, 105-112.
- Douglas, V.I. (1983). *Attention and cognitive problems*. In M. Rutter (Ed.), *Development neuropsychiatry*. New York: Guilford Press.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., Guevermont, D.C., & Metevia, L. (1992). Multi-method assessment of ADHD: The diagnostic utility of clinic based tests. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 394-402.
- DuPaul, G. J., Ervin, R. A., Hook, C.L., & McGoey, K.E. (1998). Peer tutoring for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on classroom behavior and academic performance. *Journal of Applied Behavior Analysis, 31*, 579-592.
- DuPaul, G.J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., Reid, R., McGoey, K.E., & Ikeda, M.J. (1997). Teacher ratings of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment, 9*, 436-444.
- Earls, F. (1984). The epidemiology of depression in children and adolescents. *Pediatric Annual, 13*, 23-31.
- Edelbrock, C. S., Rende, R., Plomin, R., & Thompson, L. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 775-786.
- Eiraldi, R. B., Power, T. J., & Nezee, C. M. (1997). Patterns of comorbidity associated with subtypes of attention - deficit hyperactivity disorder among 6- to 12- yearold children: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 503-514.
- Eisen, A.R., & Silverman, W.K. (1993). Should I relax or change my thoughts? A preliminary examination of cognitive therapy, relaxation training, and their combination with overanxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 7*, 265—280.
- Elia, J., Borchering, B. G., Rapoport, J.L., & Keysor, C. S. (1991). Methylphenidate and dextroamphetamine treatments of hyperactivity: Are there true nonresponders? *Psychiatry Research, 36*, 141 - 155.
- Elkins R_ & Rappaport, J. (1983). Psychopharmacology of adult and childhood depression: An overview. In D. Cantwell & C.
- Ellis, A., & Bernard, M . (1983). *Rational-emotive approaches to the problems of children*. New York: Plenum Press.
- Evans, S.W., Pelham, W. E., Smith, B. H., Bukstein, O., Gnagy, E. M., Greiner, A.R., Altenderfer, L., & Baron - Myak, C. (2001). Does response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and

- classroom behaviour in adolescents with ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(2), 163-175.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Chen, W.J., Krifcher, B., Keenan, K., Moore, C., Sprich, S., & Tsuang, M.T. (1992). Segregation analysis of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Genetics*, 2, 257-275.
- Farberow, N. L. (1985). Youth suicide: A summary. In M. L. Peck, N.L. Farberow, & R. E. Litman (Eds.), *Youth suicide* (pp. 191-203). New York: Springer.
- Farberow, N., & Schneidman, F. (1961). *The cry for help*. New York: McGraw-Hill.
- Farrington, D. (1995). The twelfth Jack Tizard Memorial Lecture. The development of offending and antisocial behaviour from childhood: Key findings of the Cambridge Study of Delinquent Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929-964.
- Farrington, D. P. (2003). Key results from the first forty years of the Cambridge study in delinquent development. In T.P. Thornberry & M.D. Krohn (Eds), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 137-183). New York: Kluwer Academic / Plenum Press.
- Feingold, B. (1975). *Why your child is hyperactive*. New York: Random House
- Flanery, R.C. (1990). Methodological and psychometric considerations in child reports. in AM. La Creca (Ed.), *Through f'ic' eyes of a child: Obtaining self-reports from children and adolescents* (pp. 57-82). Boston: Allyn & Bacon.
- Fleming, J.E., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Fletcher - Janzen, E., & Reynolds, C. R. (2003). *Child hood disorders: diagnostic desk reference*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Fletcher - Janzen, E., & Reynolds, C. (2003). *Childhood Disorders: diagnostic desk reference*. New Jersey, Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Forehand, R., & McMahon, R. (1981). *Helping the non-compliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- Foster, S. L., & Robin, AL. (1997). Family conflict and communication in adolescence. In E.I Mash & L.G. Terdal (Eds), *Assessment of childhood disorders* (3rd edn; pp. 627-682). New York: Guilford Press.
- Francis, C., Last, CC., & Strauss, C.C. (1987). Expression of separation anxiety disorder: The roles of age and gender. *Child I's ychiatr~ ouch Human Development*, 18, 82-89.
- Fremouw, W.J., dePerczel, M., & Ellis, T.E. (1990). *Suicide risk: Assessment and response guidelines*. New York: Pergamon Press.
- Freud, A. (1928). *Introduction to the technique of child analysis*. Washington, DC: Nervous and Mental Disease.
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In I. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the conip/etc psychological zvorks of Siyniund Frt'ud* (Vol. 14, pp. 243-58). London: Hogarth Press. (Original work published 1917)
- Freud, S. (1950). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *Thit' standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.. 4, pp. 152-i 72). London: Hogarth Press.

- Frick, P.1, & Hare, RD. (2002). *Antisocial Process Screening Device*. Toronto: Multi-HealthSystems.
- Frick, P.1, Bodin, S.D., & Barry, e.T. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12, 382-39
- Frick, P.1, Cornell, AH., Bodin, S.D., Dane, H.E., & Barry, cC .T. (2003). Callous unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental Psychology*, 39,246-260.
- Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (1995a). Manual for the Child Symptoms Inventories. Stony Brook, NY: Checkmate P1 us.
- Garrison, C. Z., Jackson, K.L., Marsteller, F., McKeown, R., & Addy, C. (1990). A longitudinal study of depressive symptomatology in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 581-585.
- Gaub, M., & Carlson, C.L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Geller, B., & Luby, J. (1997). Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1168-1176.
- Geller, B., Cooper, T. B., Graham, D.L., Fetner, H. H., & Marsteller, F. A. (1992). Pharmacokinetically designed double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in 6- to 12-year olds with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 34-44.
- Gershon, ES., Targum, S. D., Kessler, ER., Mazure, C.M., & Bunney, W. E., Jr. (1997). Genetic studies and biologic strategies in the affective disorders. *Progress in Medical Genetics*, 2, 101-164.
- Gibbs, J.T. (1988). Conceptual, methodological, and socio-cultural issues in Black youth suicide: Implications for assessment and early intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18(1), 73-89.
- Gillberg, C., Melander, H., von Knorring, A. L., Janols, L. O., Thimlund, G., Hagglof, B., Eidevall - Wallin, L., Gustafsson, P., & Kopp, S. (1997). Long-term stimulant treatment of children with attention - deficit hyperactivity disorder symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 54,857-864.
- Glaser, K. (1968). Masked depression in children and adolescents. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 1, 345-355.
- Glennon, B., & Weisz, JR. (1978). An observational approach to the assessment of anxiety in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1246-1257.
- Goldman, S., & Beardslee, W.R. (1999). Suicide in children and adolescents. In D.G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 41 7-442). San Francisco: Jossey-Bass.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, CR., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Vol. 11. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Gordon, D. A, Graves, K., & Arb 'u't-h'dnot, (1995). The effect of Functional Family Therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 22,60-73.

- Gordon, M. (1983). *The Gordon Diagnostic System*. Boulder, CO: Clinical Diagnostic Systems.
- Gould, MS., Wallenstein, S., & Davidson, L. (1989). Suicide clusters: A critical review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(1), 17-29.
- Goyette, C.H., Conners, C.K., & Ulrich, R.F. (1978). Normative data on revised Conner's Parent and Teacher Ratings Scales. *Journal of Clinical Child Psychology*, 6, 221-236.
- Graae, F., Milner, J., Rizzotto, L., & Klein, R.G. (1994). Clonazepam in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 372-376.
- Greenberg, L.M., & Waldman, I.D. (1993). Developmental normative data on the Test of Variables of Attention (TOVA). *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 1019-1030.
- Greenhill, L. L., & Ford, R. E. (2002). Child attention- deficit hyperactivity disorder: Pharmacological treatments. In P.E. Nathan & J.M. Gorrnan (Eds), *A guide to treatments that work* (2"* edn; pp. 25-55). New York: Oxford University Press.
- Grenell, M. M., Glass, C. R., & Katz, K. S. (1987). Hyperactive children and peer interaction: knowledge and performance of social skills. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 1-13.
- Hafen, B. Q. (Ed.). (1972). *Self-destructive behavior*. Minneapolis MN: Burgess.
- Haley, J. (1980). *Leaving Home*. New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. (1987). *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal Of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Halperin, J. M., Newcorn, J. H., Kopstein, I., McKay, K. E., Schwartz, S. T., Siever, L.J., & Sharma, V. (1997). Serotonin, aggression, and parental psychopathology in children with attention - deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1361-1398.
- Hammen, C & Rudolph, K. D. (1996). Childhood depression. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 153-195). New York: Guilford Press.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (1996). Childhood depression. In F. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 153-195). New York: Guilford Press.
- Hankin, BE., Abraranson, L.Y., Moffitt, I. E., Silva, PA., McGee, R., & Angell, K. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Hansen, D.J., Nangle, D.W., & Meyer, K.A. (1998). Enhancing the effectiveness of social skills interventions with adolescents. *Education and Treatment of Children*, 27, 489-513.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, I. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression I. *American Journal of Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harter, S., & Marold, D. B. (1994). Psychosocial risk factors contributing to adolescent suicidal ideation. In G.G. Noam & S. Borst (Eds.), *Children, youth and suicide: Developmental perspectives* (pp. 71-91). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hawkins, RP. (1989). The nature and potential of therapeutic foster family care programs.

- Hayward, C., Killen, J.D., Hammer, L.D., Litt, IF., Wilson, D.M., Simmonds, B., & Taylor, C.B. (1992). Pubertal stage and panic attack history in sixth and seventh grade girls. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1239-1243.
- Heilman, K. M., & Valenstein, E. (1979). *Clinical neuropsychology*. New York: Oxford University Press.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K., & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 283-293.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in youth*. New York: Guilford Press.
- Herjanic, B., Brown, F., & Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 41-48.
- Hicks, B.B. (1990). *Youth suicide: A comprehensive manual for prevention and intervention*. Bloomington, IN: National Educational Service.
- Hill, J., & Maughan, B. (2001). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin*, 111, 127-155.
- Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. (2002). Conduct and oppositional defiant disorders. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds), *Child psychopathology* (2nd edn; pp. 144-198). New York: Guilford Press.
- Hinshaw, S. P., Lahey, B. B., & Hart, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of Conduct Disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31- 49.
- Hinshaw, S.P., Klein, R.G., & Abikoff, H.B. (2002). Childhood attention-deficit hyperactivity disorder: Nonpharmacological treatments and their combination with medication. In P.E. Nathan & JIM Gorman (Eds), *A Guide to treatments that work* (2nd edn; pp. 3-23). New York: Oxford University Press.
- Hirshfield, DR., Rosenbaum, J.F., Biederman, J., Bolduc, E.A., Faraone, S.V., Snidman, N., Reznick, IS., & Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 103 -111.
- Hodges, K. (1990a). Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interview. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 376-381.
- Hodges, K. (1986). Guidelines to aid in establishing inter-rater reliability with the Child Assessment Schedule. (2nd ed.). Unpublished manuscript.
- Hodges, K., & Fitch, P. (1979). Development of a mental status examination interview for children. Paper presented at the meeting of the Missouri Psychological Association, Kansas City, MO.
- Hodges, K. (1983). Guidelines to aid in establishing inter-rater reliability with the Child Assessment Schedule. Unpublished manuscript.
- Hoehn-Saric, E., Maisami, M., & Weigand, D. (1987). Measurement of anxiety in children

- and adolescents using semi-structured interviews. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 541-545.
- Hoffman, J. B., & DuPaul, G. J. (2000). Psychoeducational interventions for children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 9(3), 647-661.
- Hohman, L. B. (1922). Post-encephalitic behavior disorders in children. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, 33, 372-375.
- Holinger, P. C. (1979). Violent deaths among the young: Recent trends in suicide, homicide, and accidents. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1144-1147.
- Home, AM., & Van Dyke, B. (1983). Treatment and maintenance of social learning family therapy. *Behavior Therapy*, 14, 606-613.
- Huefner, D. S. (2000). *Getting comfortable with special education law: A framework for working with children with disabilities*. Nonwood, MA: Christopher - Gordon.
- Hudgens, R. (1974). *Psychiatric disorders in adolescents*. Baltimore: Williams & Wilkens.
- I, T.A., & Law, W., III. (1982). Imipramine treatment of depressed children: A double-blind pilot study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2, 107-110.
- In RP. Hawkins & I Breiling (Eds), *Therapeutic foster care: Critical issues* (pp. 17-36).
- Jacobs, J. (1971). *Adolescent suicide*. New York: Wiley.
- Jones, CD. (1997). The role of drugs and alcohol in urban minority adolescent suicide attempts. *Death Studies*, 21, 189-202.
- Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity of ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Jersild, A.T., & Holmes, F.B. (1935). Children's fears. *Child Development Monograph*, No. 20.
- Johnson, S.B., & Melamed, B.C. (1979). Assessment and treatment of children's fears. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. E, Pp. 108-139). New York: Plenum Press.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional - defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 85-104.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Kagan, J. (1989). *Unstable ideas*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kagan, J., & Reznick, J.S. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2220.
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-175.
- Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D. (1993). On the temperamental categories of inhibited and uninhibited children. In K.H. Rubin & J.B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood* (pp. 19-28). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kahn, E., & Cohen, L. H. (1934). Organic drivenness: A brain stem syndrome and an experience. *New England Journal of Medicine*, 210, 748-756.
- Kahn, J.S., Kehle, T.J., Jensen, W.R., & Clarke, E. (1990). *Comparisons of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among*

- middle-school students. School Psychology Review, 19, 196-211.*
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1988). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences and clinical psychiatry* (5th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, S. L., Hong, C. K., & Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23, 91-98.*
- Kashani, H., Orvaschel, H., Rosenberg, T.K., & Reid, J.C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 701-706.*
- Kashani, J. H., McGee, R. O., Clarkson, S. E., Anderson, J.C., Walton, L. A., Williams, S., Silva, P. A., Robins, A. J., Cytryn, L., &
- Kashani, J. H., Shekim, W.O., & Reid, J.C. (1984). Amitriptyline in children with major depressive disorder: A double-blind crossover pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 23, 348-351.*
- Kashani, J., & Hakami, N. (1982). Depression in children and adolescents with malignancy. *Canadian Journal of Psychiatry, 27, 474-477.*
- Kashani, J., Venzke, R., & Millar, F. (1981). Depression in children admitted to hospital for orthopaedic procedures. *British Journal of Psychiatry, 138, 21-25.*
- Kashani, J.H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 147, 313-318.*
- Kasius, M.C., Ferdinand, R. F., van den Berg, H., & Verhulst, F. C. (1997). Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Health Disciplines, 38, 625-632.*
- Kaslow, N. J., & Racusin, C.R. (1988). Assessment and treatment of depressed children and their families. *Family Therapy Today, 3, 39-59.*
- Kaslow, N. J., & Rehm, L. P. (1983). Childhood depression. In R. J. Morris & T. R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (pp. 27-51). New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. (1995). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence* (second edition).
- Kazdin, A. E. (1994). Informant variability in the assessment of childhood depression. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 249-271). New York : London.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.). London: Sage.
- Kazdin, A.E. (1989). Childhood depression. In F. Mash & R. Barkley (Eds.), *Childhood disorders* (pp. 135-166). New York: Guilford Press.
- Kazdin, A.F., & Weisz, J.R. (1998, February). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(1), 19-36.*
- Kazdin, A.E., & Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families
- Kearney, C.A., & Albano, A.M. (2000). *Therapist's guide for the prescriptive treatment of school refusal behavior*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Kearney, C.A., & Silverman, W. K. (1993). Measuring the function of school refusal behavior: The School Refusal Assessment Scale. *Journal of Clinical Child Psychology, 22, 1-11.*

- chology*, 22, 85-86.
- Kearney, C.A., & Silverman, W.K. (1996). The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 339-354.
- Kearney, C.A., Albano, A.M., Eisen, A.R., Allan, W.D., & Barlow, D.H. (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: An empirical study of a clinic sample. *Journal Of Anxiety Disorders*, 11, 49-62
- Keenan, K., Shaw, D., Delliquadri, E., Giovannelli, J., & Walsh, B. (1998). Evidence for the continuity of early problem behaviors: Application of a developmental model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 441-454.
- Kendall P.C., & Southam-Gerow, M.A. (1996). Long term follow-up of a cognitive-behavior therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730.
- Kendall, P. C. (2000) . ***Child & Adolescent Therapy : Cognitive- Behavioral Procedures (Second edition)***. New York , London: the Guilford Press.
- Kendall, P. C., & Braswell, L. (1985). *Cognitive - behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100—110.
- Kendall, P.C.(2000). ***Clinic and Adolescent Therapy: Cognitive- Behavior Procedures (Secound edition)***.New york , London, The Guilford Press.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, GB., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of *DSM-III-R* psychiatric disorders in the United States:Results from the National Comorbidity Survey. *Archives'es of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- King, N.J., & Ollendick, T.H. (1997). Annotation: Treatment of childhood phobias. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 389-400.
- Kirigin, K. A. (1996). Teaching-Family Model of group home treatment of children with severe behavior problems. In M.C. Roberts (Ed.), *Modelprograms in child and family mental health* (pp. 231-247). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kirigin, K. A., Braukmann, C.1, Atwater, J. D., & Wolf, M. M. (1982). An evaluation of Teaching-Family (Achievement Place) group homes for juvenile offenders. *Journal , of Applied Behavior Analysis*, 15, 1-16.
- Klee, B., & Hack, 5. (1999, March/April). Child and adolescent psychopharmacology at a glance. In H.S. Koplewicz (Ed.), *Child study letter*. New York: NYU School of Medicine.
- Klein, M. (1932). *The psijcho-analysis of children*. New York: Norton.
- Klein, R. G., & Abikoff, H. (1997). Behavior therapy and methylpenidate in the treatment of children with ADHD. *Journal ofAttention Disorders*, 2, 89-114.
- Klein, R. G., Abikoff, H., Klass, E., Ganeles, D., Seese, L.M., & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives ofGeneral Psychiatry*, 54(12), 1073-1080.
- Klein, R.G., & Mannuzza, S. (1991). Long- term outcome of hyperactive children: A review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383-387.
- Kovacs, M. (1980/1981). Ratings scales to assess depression in school-age children. *Acta*

- Paedopsychiatria*, 46,305-315.
- Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 995-998.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kovacs, M., Akiskal, H.S., Gatsonis, C., & Parrone, P.L. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder: Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Archives of General Psychiatry*, 51, 365-374.
- Kovacs, M., Feinberg, I.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L., & Finkelstein, R. (1984a). Depressive disorders in childhood I. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205-217.
- Kovacs, M.I. (1979). Children's Depression Inventory. University of Pittsburgh (PA) School of Medicine: Author.
- Kratzer, L., & Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 65-81.
- Kronenherger, W.G., & Meyer, R.G. (in press). *The child clinicians's handbook* (2nd ed.). Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
- La Greca, A.M., & Stone, W.L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Quay, H.C., Applegate, B., Shaffer, D., Waldman, I., Hart, E., McBurnett, K., Frick, P. J., Jensen, P. S., Dulcan, M. K., Canino, G., & Bird, H. R. (1998). Validity of the DSM-IV subtypes of Conduct Disorder based on age of onset. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 435-442.
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G.W., Barkley, K., Biederman, J., Jensen, P., Richters, J., Garfinkel, B., Kerdyk, L., Frick, P.J., Ollendick, T., Perez, D., Hart, E.L., Waldman, I., & Shaffer, D. (1994). DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.
- Lahey, B. B., Carlson, C. L., & Frick, P.J. (1997). Attention deficit disorder without hyperactivity: A review of research relevant to DSM-IV. In T.A. Widiger, A.J. Frances, H.A. Pincus, et al. (Eds.), *DSM-IV sourcebook* (Vol. 3, pp. 189-209). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, I., & Rathouz, P.1 (2002). Adolescent outcomes of childhood Conduct Disorder among clinic-referred boys: Predictors of improvement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 333-348.
- Lahey, B. B., Waldman, I.D., & McBurnett, K. (1999). Annotation: The development of antisocial behavior: An integrative causal model. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 669-682.
- LaHoste, G. J., Swanson, J.M., Wigal, S.B., Glabe, C., Wigal, T., King, N., & Kennedy, J.L. (1996). Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 1, 121-124.

- Larzelere, R.E., Dinges, K., Schmidt, M. D., Spellman, D.E, Criste, T. R, & Connell, P. (2001).
 Last, C.G., Hansen, C., & Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustt ment. *Journal of the American Academy of Child and Adolt'scent Psychiatry*, 36, 645-652.
 Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A.E., Orvaschel, H., & Pernfl, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48, 928-934.
 Last, CC. (1989). Anxiety disorders of childhood or adolescence. In C.G. Last & M. Hersen (Fds.), *Handbook of child psychiatric diagnosis* (pp. 156-169). New York:
 Last, CC. (Ed.). (1993). Introduction. *Anxiety across the lifespan: A developmental perspective* (pp. 1-7). New York:Springer.
 Last, CC., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A.E. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1070-1076.
 Last, CC., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A.E. (1996). A prospective study of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescentp sychiatry*, 35, 1502-1510.
 Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 467-493). New York: Guilford Press.
 Lefkowitz, MM., & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85, 716-726.
 Leonard, H.L., Swedo, S.F., Lenane, M.C., Rettew, D.C., Hamburger, S.D., Bartko, J.J., & Rapoport, J.L. (1993). A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
 Levy, F., Hay, D.A., McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attentiondeficit hyperactivtiy disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large - scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36,737-744.
 Lewinsobn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, JR., & Andrews. J. A. (1993). Adolescent psychopathology: Prevalence and incidence of depression and other *DSM-HPR* disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
 Lewis, S. (1974). A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidance behavior. *Behavior Therapy*, 5, 648-655.
 Liddell, H. (1949). The role of x'igilance in the development of animal neuroses. In P. Hoch & J. Zubin (Eds.), *Anxiety*. New York: Crune & Stratton.
 Lilienfeld, S. O. (1992). The association between Antisocial Personality and Somatization Disorders: A review and integration of theoretical models. *Clinical Psychology Review*, 12, 641-662.
 Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between Conduct Disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical psycho log Review*, 14,497-523.
 Loeber, R., & Schmaling, K.B. (1985a). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 337-352.
 Loeber, R., & Schmaling, K.B. (1985b). The utility of differentiating between mixed and pure forms of antisocial child behavior. *Journal ofAbnormal Child Psychology*, 13,315-336.

- Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1986). Family factors as correlates and predictors 1 of juvenile conduct problems and delinquency..In M. Tonry & N. Morris (Eds), *Crime and justice* (vol. 7; pp. 29-149). Chicago: University of Chicago Press.
- Loeber, R, Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M., Moffitt, T.E., Caspi, A., White, H.R, Wei, E. H., & Beyers, IM. (2003). The development of male offending: Key findings from fourteen years of the Pittsburg Youth Study. In T.P. Thornberry & M.D. Krohn (Eds), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 93-136). New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Lonigan, CT., Carey, M.P., & Finch, A.J. (1994). Anxiety and depression in children and adolescents: Negative affectivity and the utility of self-report. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1000-1008.
- March, J. S., Wells, K., & Comers, C.K. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder: **Part 11.** Treatment strategies. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 2(1), 23-32.
- March, J., Frances, A., Kahn, D., & Carpenter, D. (1997). Expert consensus guidelines: Treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 1-72.
- March, J.S., & Mulle, K. (1995). Manualized cognitivebehavioral psychotherapy for obsessive-compulsive disorder in childhood: A preliminary single case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 175-184.
- March, J.S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive behavioral treatment manual*. New York: Guilford Press.
- March, S., Leonard, H.L., & Swedo, S.E. (1995). Obsessive-compulsive disorder. In JS. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 251- 275). New York Guilford Press.
- Marcotte, D. (1997). Treating depression in adolescence: A review of the effectiveness of cognitive behavioral treatments. *Journal of Youth and Adolescence* 26,273-283.
- Mariani, M., & Barkley, R. A. (1997). Neuropsychological and academic functioning in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 13,111-129.
- Marks, LM., & Colder, M. G. (1966). Different ages of -'onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Mash, E.J., & Barkley, R.A. (1987). Assessment of family interaction with the response class matrix. In R. Prinz (Ed.), *Advances in behavioral assessment of children and families* (Vol. 2, pp. 29-67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Matson, J.L. (1989). *Treating depression in children and adolescents* New York: Pergamon Press.
- Mattison, R. E., & Bagnoto, SJ. (1987). Empirical measurement of overanxious disorder in boys 8 to 12 years old. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 536-540.
- McBride H F & Siegel, L.S. (1997). Learning disabilities and adolescent suicide. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 652-659.
- McCabe, K.M., Hough, R, Wood, P.A, & Yeh, M. (2001). Childhood and adolescent onset Conduct Disorder: A test of the developmental taxonomy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29,305-316

- McConville, B.), & Bruce, **RI**. (1985). Depressive illnesses in children and adolescents: A review of current concepts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 119-129.
- McGee, R., Williams, S., Moffitt, T., & Anderson, J. (1989). A comparison of 13-year-old boys with attention deficit and or reading disorder on neuropsychological measures. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 37-53.
- McIntosh, D. E., & Cole - Love, A.S. (1996). Profile comparisons between ADHD and non- ADHD children on the Temperament Assessment Battery for Children. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 14, 362-372.
- McIntosh, IL. (1998). *Suicide data page*. Washington, DC: American Association of Suicidology.
- McIntosh, J., & Jewell, B. (1986). Sex difference trends in completed suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 16—27.
- McKenry, D., Tishler, C., & Kelley, C. (1983). The role of drugs in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13(3), 166-175.
- McKnew, D. H (1983). Depression. In a sample of 9-year-old children: Prevalence and associated characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1217-1223.
- McMahon, R. J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 901-917.
- McMahon, R. J., & Wells, K. C. (1998). Conduct problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds), *Treatment of childhood disorders* (2nd edn). New York: Guilford Press.
- McMahon, RI., & Estes, AM. (1997). Conduct problems. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds), *Assessment of childhood disorders* (3rd edn, pp. 130-193). New York: Guilford Press.
- McMahon, RI., & Forehand, R. (1983). Consumer satisfaction in behavioral treatment of children: Types issues, and recommendations. *Behavior Therapy*, 14, 209-225.
- Meeks, J. E. (1971). *The fragile alliance: An orientation to the outpatient psychotherapy of the adolescent*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Menzies, R. G., & Clark, J. C. (1993). A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behavior Research and Therapy*, 31, 9-15.
- Meyer, R. G. (1993). *The clinician's handbook* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Michael, K. D., & Merrell, K. W. (1998). Reliability of children's self-reported internalizing symptoms over short to medium-length time intervals. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 194-201.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., & Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor of attention deficit hyperactivity disorder in children? *American Journal of Psychiatry*, 153, 1138-1142.
- Milich, R., Carlson, C. L., Pelham, W. E., & Licht, B.G. (1991). Effects of methylphenidate on the persistence of ADHD boys following failure experiences. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 519-536.
- Miller, D. N., & DuPaul, G. J. (1996). School-based prevention for adolescent suicide: issues, obstacles, and recommendations for practice. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4, 221-230.
- Miller, L.C., Barrett, C.L., & Hampe, F. (1974). Phobias of childhood in a prescientific era. In A. Davids (Ed.), *Child psychopathology: Current topics* (pp. 89-174). New York: Wiley.

- Milos, M.E., & Reiss, S. (1982). Effects of three play conditions on separation anxiety in young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5(1), 389-395.
- Moffitt, T.E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.
- Moreau, D., & Follett, C. (1993). Panic disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 581-602.
- Morrison, H. L. (Ed.). (1983). *Children of depressed parents: Risk, identification, and intervention*. New York: Grune & Stratton.
- Motto, J. A. (1985). Treatment concerns in preventing youth suicide. In M.L. Peck, N.L. Farberow, & R.E. Litman (Eds.), *Youth suicide* (pp. 91-111). New York: Springer.
- MTA Cooperative Group (1999a). A 14 -Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention- deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Mullins, L.L., Siegel, L.J., & Hodges, K. (1985). Cognitive problem-solving and life event correlates of repressive symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 305-314.
- Murphy, K., & Barkley, R.A. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implication for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147-161.
- N.C., Alexander, I.E., & Parsons, B.V. (1977). Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 469- 474.
- National Center for Health Statistics, U. S. Department of Health and Human Services. (1998a). Advance report of final mortality statistics, 1986. *Monthly vital statistics report* (Vol. 37, No. 6, Supp. DHHS Publication No. PHS 88-1120). Hyattsville, MD: Public Health Service.
- National Center for Health Statistics, U. S. Department of Health and Human Services. (1998b). *Vital statistics of the United States*. Hyattsville, MD: Public Health Service.
- Negron, R., Piacentini, J., Graae, F., Davies, M., & Shaffer, D. (1997). Microanalysis of adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1512-1519.
- Nissen, G. (1983). Depression in adolescence: Clinical features and developmental aspects. In H. Golombek & B. Garfinkel (Eds.), *The adolescent and mood disturbance* (pp. 167-178). New York: International Universities Press.
- Norvell, N., Brophy, C., & Finch, A. (1985). The relationship of anxiety to childhood depression. *Journal of Personality Assessment*, 49, 150-153.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 395 - 399.
- Ollendick, T. H. (1995). Cognitive behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: A multiple baseline design analysis. *Behavior Therapy*, 26, 517-531.
- Ollendick, T. H., & King, N.J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156 - 167.
- Ollendick, T. H., & Yule, W. (1990). Depression in British and American children and its relationship to fear and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58,

- 126-129.
- Ollendick, T. H., Matson, J., & Helsel, W.J. (1985). Fears in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 113-134.
- Ollendick, T. H., Mattis, S.C., & King, N.J. (1994). Panic in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 113-134.
- Orvaschel, H., Puig-Antich, J., Chambers, W., Tabrizi, I., A., & Johnson, R. (1982). Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie-ADS-E. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 392-397.
- Ost, L. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 123-145.
- Outcomes of residential treatment: A study of the adolescent clients of Girls and Boys Town. *Child and Youth Care Forum*, 30, 175-185.
- Pajer, K. A. (1998). What happens to "bad" girls? A review of the adult outcomes of anti-social adolescent girls. *American Journal of Psychiatry*, 155, 862-870.
- Palmer, J.O. (1983). *The psychological assessment of children*. New York: Wiley.
- Patterson, G. R., Reid, J.B., Jones, K.W., & Conger, R.D. (1975). *A social learning approach to family intervention: Vol. I. Families with aggressive children*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R., Cobb, P., & Ray, R.S. (1973). A social engineering technology for retraining the families of aggressive boys. In H.E. Adams & I.P. Unikel (Eds), *Issues and trends in behavior therapy* (pp. 139-210). Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Patterson, G.R., & Yoerger, K. (2002). A developmental model for early and late onset delinquency. In J.B. Reid, G.R. Patterson, & J. Snyder (Eds), *Antisocial behavior in children*.
- Paykel, E.S. (1982). Life events and early environment. In E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 146-161). New York: Guilford Press.
- Pearce, J. and Pezzot-Peace, T. (1997). *Psychotherapy of Abused and Neglected Children*. New York: Guilford.
- Pelham, W. E., & Lang, A. R. (1993). Parental alcohol consumption and deviant child behavior: Laboratory studies of reciprocal effects. *Clinical Psychology Review*, 13, 763-748.
- Pelham, W. E., & Waschbusch, D. A. (1999). Behavioural intervention in attention deficit hyperactivity disorder. In H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 255-278). New York: Kluwer Academic.
- Pelham, W. E., Vodde - Hamilton, M. Murphy, D. A., Greenstein, J., & Vallano, G. (1991). The effects of methylphenidate on ADHD adolescents in recreational, peer group and classroom setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 293-300.
- Pelham, W.E., & Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. In E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Eds), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically-based strategies for clinical practice* (pp. 311-340). Washington, DC: American Psychological Association.

- Pelham, W.E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention - deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 27(2), 190-205.
- Perri, T. (1983). Imipramine in the treatment of depressed children. In D. Cantwell & C. Carlson (Eds.), *Affective disorders in childhood and adolescence: An update* (pp. 375-416). New York: Spectrum Press.
- Perrin, S., & Last, C.C. (1992). Do childhood anxiety measures measure anxiety? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 567-578.
- Perrin, S., & Last, C.C. (1996). Relationship between ADHD and anxiety in boys: Results from a family study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 988-996.
- Peters, K. D., & Murphy, S.L. (1998). Deaths: Final data for 1996. *National Vital Statistics Report* 47(9, DHHS Publication No. PHS 99-1120). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Pfeffer, C. R. (1985). Feelings and their medical significance. *Ross Laboratories*, 27, 1-4.
- Pfeffer, C.R. (Ed.). (1989). *Suicide among youth: Perspectives on risk and prevention*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pfiffner, L. J., Rosen, L. A., & O'Leary, S. G. (1985). The efficacy of an all-positive approach to classroom management. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 18, 257- 261.
- Pfiffner, L.J., & O'Leary, S.G. (1993). School -based psychological treatments. In J.L. Matson (Ed). *Handbook of hyperactivity in children*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J., Webster, I., & Mallory, R. (1992). The role of parent training in the treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 397- 408.
- Pizzuti, D. (1996). *Letter to physicians*. Abbott Laboratories Pharmaceutical Products Division, Medical Services Dept., Abbott Park, Chicago, IL, USA.
- Pliszka, S.R., McCracken, J.T., & Maas, J.W. (1996). Catecholamines in attention deficit hyperactivity disorder: Current perspectives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 264-272.
- Poland, S. (1989). *Suicide intervention in the schools*. New York: Guilford Press.
- Polino-Lorente, A., & Domenech, E. (1993). Prevalence of childhood depression: Results of the first study in pain. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 34, 1007-1017.
- Poznanski, E. O. (1990). *Children's Depression Rating Scale* (Rev. ed 7YTJ) unpublished manuscript.
- Poznanski, E. O., Cook, S.C., & Carroll, B. J. (1979). *A depression rating scale for children*. *Pediatrics*, 64, 442-450.
- Preskorn, S., Weller, F., Hughes, C., Weller, R., & Boltke, K. (1987). Depression in prepubertal children: Dexamethasone nonsuppression predicts differential response to imipramine versus placebo. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 128-133.
- Prinz, R.I., & Miller, G. E. (1991). Issues in understanding and treating childhood conduct problems in disadvantaged populations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 379-385.
- procedures for the individual and family. In P.C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 165-208). New York: Guilford Press.

- Prosocial behaviour in hyperactive boys: Effects of stimulant medication and comparison with normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 103-121.
- Puig-Antich J., Goetz, R., Davies, M., Kaplan, T., Davies, S., Ostrow, L., Asnis, L., Twomey, J., Iyengar, S., & Ryan, N.D. (1989).
- Puig-Antich, J., Jurel, J.M., Lupatkin, W., Chambers, W.J., Tabrizi, M.A., King, J., Goetz, R., Davies, M., & Stiller, R.L. (1987). Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 44, 81-89.
- Puura, K., Tamminen, T., Almqvist, F., Kresanov, K., Kumpulainen, K., Moilanen, I., & Koivisto, A. M. (1997). Should depression in young school children be diagnosed with different criteria? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 12-19.
- Quay, H.C. (1997). Inhibition and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 7-13.
- Quinonez, R., Santos, R.G., Boyar, R., & Cross, F-I. (1997). Temperament and trait anxiety as predictors of child behavior prior to general anesthesia for dental surgery. *Pediatric Dentistry*, 19, 427-431.
- Quinonez, R., Santos, R.G., Boyar, R., & Cross, F-I. (1997). Temperament and trait anxiety as predictors of child behavior prior to general anesthesia for dental surgery. *Pediatric Dentistry*, 19, 427-431.
- Raine, A. (1988). Antisocial behaviour and social psychophysiology. In H. Wagner (ed), *Social Psychophysiology and Emotion: Theory and Clinical Applications* (pp. 231-250). New York: Wiley.
- Rappoport, M. D., & Kelly, K. L. (1991). Psychostimulant effects on learning and cognitive function: Findings and implications for children with attention - deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 11, 61-62.
- Rappoport, M. D., Murphy, A., & Beiley, J.S. (1980). The effects of a response cost treatment tactic on hyperactive children. *Journal of School Psychology*, 18, 98-111.
- Raskin, L. A., Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Anderson, G.M., & Cohen, D. J. (1984). Neurochemical correlates of attention deficit disorder. *Pediatric clinics of North American*, 31, 387-396.
- Reddy, L. A., & Pfeiffer, S. I. (1997). Effectiveness of treatment foster care with children and adolescents: A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 581-588.
- Reid, J.B., Carter, B.D., & Miller, L.C. (1990). Fear and anxiety in children. In CE. Walker & M.C. Roberts. (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed., pp. 237—260). New York: Wiley.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.
- Remafedi, C., Farrow, J.A., & Deisher, R.W. (1993). Risk factors in attempted suicide in gay and bisexual youth. In L.D. Garnets & D.C. Kemmel (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay studies* (pp. 486- 499). New York: Columbia University Press.
- resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 414-420
- Rettew, D.C., Swedo, S.F., Leonard, H.L., Lenane, M.C., & Rapoport, J.L. (1992).

- Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1050-1056.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R.W. (1992). *BASC: Behavior Assessment System for Children manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Reynolds, C.R., & Richmond, B.O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Reynolds, CR., & Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior Assessment System for Children manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Reynolds, W.M. (1994). Assessment of depression in children and adolescents by self-report questionnaires. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 209-234). New York: Plenum Press.
- Riddle M., Brown, N., Dzubinski, D., Jetmalani, A.N., Law, Y., & Woolston, J.L. (1989). Case study: Fluoxetine overdose in an adolescent. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 587-588.
- Riddle M.A., Geller, B., & Ryan, N. (1993). Another sudden death in a child treated with desipramine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 792-797.
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: A survey of some important contributors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 653-685.
- Rizio, C. A., Hynd, G. W., Cohen, M. J., Hall, J., & Molt, L. (1994). Comorbidity of central auditory processing disorder and attention - deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 849-857.
- Roberts, M. A. (1987). How is playroom behavior observation used in the diagnosis of attention deficit disorder? In J. Loney (Ed.), *The young hyperactive child: Answers to questions about diagnosis, prognosis, and treatment* (pp. 65-74). New York: Haworth Press.
- Robins, L. N. (1991). Conduct Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 193-209.
- Routh, D. K. (1978). Hyperactivity. In P. Magrab (Ed.), *Psychological management of pediatric problems* (pp. 3-48). Baltimore: University Park Press.
- Rusby, Ie., Estes, A., & Dishion, T. (1991). *The Interpersonal Process Code (IPC)*. Unpublished manuscript. Oregon Social Learning Center, Eugene.
- Rutter, M. (1983). Introduction: Concepts of brain dysfunction syndromes. In M. Rutter (Ed.), *Developmental neuropsychiatry* (pp. 1-14). New York: Guilford Press.
- Rutter, M., Graham, P., & Chadwick, F. (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 35-56.
- Rutter, M., Izard, CE., & Read, PB. (Eds.). (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Ryan, N. D., & Dahl, R.E. (1993). The biology of depression in children and adolescents. In J.J. Mann & D.J. Kupfer (Eds.), *Biology of depressive disorders: Part B*. New York: Plenum Press.
- Ryan, N.D., Puig-Antich, J., Ambrosini, P., Rabinovich, S H., Robinson, D., Nelson, B., Iyengar, S., & Twomey, J. (1987). The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 44, 854-861.
- Sachar, E.J. (1982). Endocrine abnormalities in depression. In ES. Paykel (Ed.), *Handbook*

- of affective disorders* (pp. 191-201). New York: Guilford Press.
- Safer, D.J. (1997). Adolescent/adult differences in suicidal behavior and outcome. *Annals of Clinical Psychiatry*, 9, 61-66.
- Saraf, K., R., Klein, D.F., Gittelman-Klein, R., & Groff, S. (1974). Imipramine side effects in children. *Psy- T chopharniacologia*, 37, 265-274.
- Schachar, R. & Ickowicz, A. (1999). Pharmacological treatment of attention- deficit l hyperactivity disorder. In H.C. Quay & A.E. Hogen (Eds), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 221-254). New York: Kluwer Academic.
- Schachar, R.J., Tannock, R., & Logan, G. (1993). Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 411-438. .
- Schneidman, 17.S. (1986). A psychological approach to suicide. In G.R. Vandenbos & BK. Bryant (Eds.), *Cataclynis, crises, and catastrophes: Psychology in action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Schneidman, ES. (1968). Orientation toward cessation: A reexaminatijn of current modes of death. *Journal of Forensic Sciences*, 13, 33-45.
- Schoenwald, S. K., Brown, T. L., & Henggeler, S. w. (2000). Inside Multisystemic Therapy: Therapist, supervisory, and program practices. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 113-127.
- Schoenwald, S. K., Henggeler, S.W., Pickrel, S. G., & Cunningham, P. B. (1996).
- Seiigman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, developnient, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Learned helplessness*. San Fran- W cisco: Freeman.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, e.P., Dulcan, M.K., & Schwab-Stone, M.E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children-Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Shapiro, S. and Hynd, G. (1995). The psychobiological basis for conduct disorder. *School Psychology Review*, 22, 386-402.
- Shear , M. S (1961). On sadness and grief in infancy and ildhood. Psychoanalytic Study of the Child, 16, 2-354.
- Sheras, P.L. (1983). Suicide in adolescence. In CE. Walker.Roberts (Fds.), *Handbook of clinical child psychology*. New York: Wiley.
- Sheras, P.L. (1990). *Developing a school crisis network*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Boston
- Sheslow, DV., Bondy, A.S., & Nelson, R.O. (1983). A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child and Family Behavior Therapy*, 4, 33-45.
- Sieg, K. G., Gaffney, G. R., Preston, D. F., & Hellings, J.A. (1995). SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Nuclear Medicine*, 20, 55-60.
- Silverman, W.K., & Albano, A.M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM—IV: Child and parent versions*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Silverman, W.K., & Ginsburg, G.S. (1998). Anxiety disorders. In T.S. Ollendick & M. Hersen (Fds.), *Handbook of child psychopathology* (3rd ed.). New York: Plenum Press.

- Silverman, W.K., & Nelles, W.B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 27, 772-778.
- Silverman, W.K., & Rabian, B. (1993). Simple phobias. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2, 603-622.
- Silverman, W.K., Fleisig, W., Rabian, B., & Peterson, R.A. (1991). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162-168.
- silverthorn, P., & Frick, P. I. (1999). Developmental pathways to antisocial behavior: The delayed onset pathway in girls. *Development and Psychopathology*, 11, 101-126.
- Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Smith, B. H., Waschbusch, D.A., Willoughby, M. T., & Evans, S. (2000). The efficacy, safety, and practicality of treatment for adolescents with attention - deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(4), 243-267.
- Smith, B.H., Pelham, W.E., Gnagy, E., & Yudell, R.S. (1998). Equivalent effects of stimulant treatment for attention - deficit hyperactivity disorder during childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 314-321.
- Social, emotional, and personality development* (5th edn; pp. 779-862). New York: John Wiley & Sons.
- Sohn, P. M., Clarke, G., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Sohn, P., Antonuccio, D., Steinmetz, J., & Terr, L. (1984). The coping with depression course. Eugene, OR: stalia.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thompson, M., Laver - Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent - based therapies for preschool attention - deficit hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 402-408.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-30.
- Tiet, Q.Q., Wasserman, G. A., Loeber, R., Larken, S. M., & Miller, L. S. (2001).
- Speier, P.L., Sherak, DL., Hirsch, S., & Cantwell, D.P. (1995). Depression in children and adolescents. In E.E. Beckham & W.R.
- Speilherger, C.D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.;
- Spencer, T., Biederman, J., & Wilens, T. (2000). Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 9(1), 77-97.
- Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention - deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(4), 409-432.
- Spivack, C., & Shure, M.B. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spivack, G. and Shure, M. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem-solving thinking. In B. Lahey and A. Kazdin (eds), *Advances in Clinical Child Psychology* (vol. 5, pp. 323-372). New York: Plenum.

- stark, K.D. (1990). Childhood depression: School-based intervention. New York: Guilford Press.
- Stark, K.D., Rouse, L.W., & Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive behavioral
- stark, K.D., Reynolds, W.M., & Kaslow, N.J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91-113.
- Strauss, A. A., & Kephart, N. C. (1955). *Psychopathology and education of the brain - injured child: Vol. 2*. Progress in theory and clinic. New York: Grune & Stratton.
- Strauss, C.C., & Last, C.C. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 141-152.
- Streissguth, A. P., Booksetin, F. L., Sampson, P. D., & Bar, H. M. (1995). Attention: Prenatal alcohol and continuities of vigilance and attentional problems from 4 through 14 years. *Development and Psychopathology*, 7, 419-446.
- Strober, M. (1984). Familial aspects of depressive disorder in early adolescence. In E.L. Weller & R.A. Weller (Eds.), *Current perspectives on major depressive disorders in children* (pp. 38-48). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Strober, M., & Carlson, G. (1982). Bipolar illness: I. Adolescents with major depression: Clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 549-555.
- Swanson, J. M. (1988). What do psychopharmacological studies tell us about information processing deficits in ADHD? In L.M. Bloomingdale & J. Sergeant (Eds), *Attention deficit disorder: Criteria, cognition, intervention* (pp. 97-116). New York: Pergamon Press.
- Swanson, J.M. McBurnett, K., Wigal, T. et al. (1993). Effect of stimulant medication on children with attention - deficit disorder: A review of reviews. *Exceptional Child*, 60(2), 154-162.
- Swanson, J.M., McBurnett, K., Christian, D.L., & Wigal, T. (1995). Stimulant medication and treatment of children with ADHD. In T.H. Ollendick & R. Pinz (Eds), *Advances in clinical child psychology* (vol. 17; pp. 265-322). New York: Plenum.
- Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., & Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1213-1226.
- Teicher, M.D. (1973). A solution to the chronic problem of living: Adolescent attempted suicide. In J.C. Schooler (Ed.), *Current issues in adolescent psychiatry* (pp. 129-147). New York: Brunner/Mazel.
- Teicher, M.D., & Jacobs, J. (1966). Adolescents who attempt suicide: Preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 122, 1246-1257.
- Terdal (Eds), *Assessment of childhood disorders* (3rd ed; pp. 328-365). New York: Guilford Press.
- Thapar, A., & McGuffin, P. (1994). A twin study of depressive symptoms in childhood. *British Journal of Psychiatry*, 165, 259-265.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D., & Loeber, R. (2000). Developmental timing of onsets of disruptive behaviors and later delinquency of inner-city youth. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 203-220.
- Tomb, M., & Hunter, L. (2004). Prevention of anxiety in children and adolescents in a

- school setting. *Children & School*, 26(2), 87-105.
- Toolan, J.H. (1962). Depression in children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 404-414.
- Toolan, J.M. (1962). Depression in children and adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 404-414.
- Toolan, J.M. (1975). Suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 29(3), 339-344.
- Tracey, S.A., Chorpita, B.F., Douhan, I. & Barlow, ID. (1997). Empirical evaluation of the DSM-IV generalized anxiety disorder criteria in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 404-414.
- Treating seriously troubled youths and families in their contexts: Multisystemic Therapy. In M. e. Roberts (Ed.), *Modelprograms in child and family mental health* @p. 317-332). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ultee, C.A., Griffioen, D., & Schellekens, I. (1982). The reduction of anxiety in children: A comparison of the effects of "systematic desensitization in vitro" and "systematic desensitization in vivo." *Behaviour Research and Therapy*, 20, 61-67.
- Usdin, F., Asberg, M., Bertilsson, J., & Sjoqvist, B. (Eds.). (1984). *Advances in biochemical psychopharmacology: Vol. 39. Frontiers in biochemical and pharmacological research in depression*. New York: Raven Press.
- Van Ameringen, M., N4-ncini, C., & Oakman, J.M. (1998). The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 425-431.
- VanWicklin, J.L. (1990). Adolescent depression: A systematic overview. *Journal of Psychology and Christianity*, 9, 5-14.
- Vasey, M.W. (1995). Social anxiety disorders. In AR. Eisen, C. A. Kearney, & C. A. Schaefer (Eds.), *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 131-168). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Vernberg, EM., Abwender, D.A., Ewell, K.K., & Beery, S.H. (1992). Social anxiety and peer relationships in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 189-196.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2002). Reactively and proactively aggressive children: Antecedent and subsequent characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43,495-505
- Wahler, Ro., Leske, G., & Rogers, E. S. (1979). The insular family: A deviance support system for oppositional children. In L.A Hamerlynck (Ed.), *Behavioral systems for the developmentally disabled: Vol. 1. School and family environments* (pp. 102-127). New York: BrunnerMazel
- Walker, C. E., & Roberts, M.C. (2001). *Handbook of Clinical Childpsychology (third Edition)*. Canada, Toronto: John Wiley & Sons, Inc.
- Walker, C.E., & Roberts, M.C.(2001). *Hand book of Clinical Child Psychology (Third edition)* .New York : John Wiely & sons , INC.
- Walker, IL., Lahey, B. B., Russo, M.F., Frick, P. 1, Christ, M.A, McBurnett, K., Loeber, R, Stouthamer-Loeber, M., & Green, S. M. (1991). Anxiety, inhibition, and Conduct Disorder in children: I. Relations to social impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 187-191.
- Warren, M. K., Ollendick, T.H., & King, N.J. (1996). Test anxiety in children and

- adolescents: A clinical- developmental analysis. *Behaviour Change*, 13, 157-170.
 Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Watson, D., & Clark, D.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological*
- Watson, D., Clark, L.A., Weber, K., Assenheimer, J.S., Strauss, M., & McCormick, R.A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 704, 3-14.
- Weems, C. F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W. K., & Ginsburg, CS. (1998). Testing the utility of the anxiety and sensitivity construct in children and adolescents referred for anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 69-77.
- Weiss, G., & Hechtman, L.T. (1993). *Hyperactivity, children grown up: ADHD in children, adolescent and adults*. New York: Guilford Press.
- Weissman, M. M. (1989, May 6). *The epidemiology of panic disorder in adolescents: Implications for diagnosis*. Paper presented at the annual meeting of the American Society for Adolescent Psychiatry, San Francisco.
- Weller, E .B., & Weller, R.A. (1990). Depressive disorders in children and adolescents. In B.D. Garfinkel, G.A. Carlson, & E.B. Weller (Eds.), *Psychiatric disorders in children and adolescents* (pp. 3-23). Philadelphia: Saunders.
- Wells, K. C., Abikoff, H., Abramowitz, A., Courtney, M., Cousins, L., Del Carmen, R., Eddy, M., Eggers, S., Fleiss, K., Heller, T., Hibbs, T., Hinshaw, S., Hoza, B., Pelham, W., & Pfiffner, L. (1996). *Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: MTA study* (unpublished).
- Wells, K. C., Comers, C. K., Imber, L., & Delameter, A. (1981). Use of a single - subject methodology in clinical decision - making with a hyperactive child on the psychiatric inpatient unit. *Behavioral Assessment*, 3,359-369.
- Wells, K. C., Epstein, J. N., Hinshaw, S.P., Conners, C. K., Klaric, J. Abikoff, H. B., Abramowitz, A., Arnold, L. E., Elliott, G., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J. S., Pelham, W., Jr, Pfiffner, L., Severe, J., Swanson, J.M., Vitiello, B., & Wigal, T. (2000a). Parenting and family stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 543-553.
- Wells, K.C., Pelham, W.E., Jr, Kotkin, R.A., Hoza, B., Abikoff, H.B., Abramowitz, A., Arnold, L.E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Del Carmen, R., Elliott, G., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hibbs, E., Hinshaw, S. P., Jensen, P. S., March, J. S., Swanson, J. M., & Schiller E. (2000b). Psychosocial treatment strategies in the MTA study: Rationale, methods, and critical issues in design and implementation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 483-505.
 Wiley.
- Wolraich, M., Greenhill, L., Pelham, W., Swanson, J., Wilens, T., Palumbo, D., Atkins, M., McBurnett, K., Bukstein, O., & August, G. (2001). Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once a day in children with attention - deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108,833-892.
- Wolraich, M.L., Wilson, D.B., & White, J.W. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children. A meta - analysis. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1617-1621.

- Yerkes, R.M., & Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comprehensive Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Zametkin, A. J., & Rapoport, J. L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: Where have we come in 50 years? *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 26,676-686.
- Zis, A.P., & Goodwin, F.K. (1982). The amine hypothesis. In ES. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 175-190). New York: Guilford Press.
- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of Conduct Disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31,547-556.
- Zucker, R. A., & Fitzgerald, H. E. (1992). *The Antisocial Behavior Checklist*. Michigan State University Family Study, Department of Psychology, E. Lansing MI 48824-1117.

واژه‌نامه

انگلیسی به فارسی

A

Anorexia nervosa	بی‌اشتهایی عصبی
Asperger disorder	اختلال اسپرگر
Assessment	سنجش
Antecedents	شرایط پیشاینده (پیشایندها)
Anergetic	عوام‌خواهانه خودکشی
Attention – Deficit (Hyperactivity) Disorder (ADHD)	اختلال نقص توجه – بیش‌فعالی
American Psychiatric Association (APA)	انجمن روان‌پزشکی آمریکا
Acting out	برون‌ریزی
Achievement place model	الگوی مکان پیشرفت

B

Baselin	خط پایه
Blue	دمغ (ناشاد)

C

Clinical Psychology	روان‌شناسی بالینی
Cognitive neuroscience	علم عصب‌نگرشناختی
Cognitive science	علم شناخت‌نگر

۲۹۲----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

Cultural	فرهنگی
Critical periods	دوره‌های بحرانی تحول
Controlled observation	مشاهده کنترل شده
Case study method	روش موردپژوهی
Control group	گروه کنترل
Correlational method	روش همبستگی
Concordance	هماهنگی، همخوانی
Child Depression Inventory (CDI)	سیاهه (پرسشنامه) افسردگی کودکان
Children Behavior Check List (CBCL)	فهرست سیاهه رفتار کودکان
Children Depression scales – Revised	مقیاس درجه‌بندی بازنگری شده افسردگی کودکان
Cross - section	طرح‌های بین‌بخشی
Contingency mangement	مدیریت وابستگی
Conduct Disorder (CD)	اختلال سلوک
Comorbidity	همبودی علائم (همایندی، هم‌ابتلایی)

D

(Fourth edition), Text Diegnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Revised

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (چهارمین ویرایش، تنش تجدیدنظرشده)

Dysthymic Disorder (DD)	اختلال افسرده‌خویی
Disruptive behavior disorder	اختلال رفتار تخریبی
Depressive stupor	بهت‌زدگی افسرده‌وار
Dysphoric mood	خلق افسرده (افسرده‌خوایی)
Dysthymic - Cyclothymic	افسرده‌خویی - ادواری خویی
Dyadic	دگرخواهانه (خودکشی)
Depersonalization	سنخ شخصیت دگرسان بینی خود
Diagnostic interview schedule children	برنامه مصاحبه تشخیصی برای کودکان

Diagnostic interview for child & adolescent	مصاحبهٔ تشخیصی برای کودکان و نوجوانان
Direct contingency management	مدیریت وابستگی مستقیم
Disruptive behaviors	رفتارهای ایدایی (اخلالگرانه)

E

Evolutionary	تکاملی
Experimenta method	روش آزمایشی (تجربی)
External validity	اعتبار یا روایی بیرونی (خارجی)
Experimental group	گروه آزمایشی
Evaluation	ارزیابی
Emotional disturbance	آشفته‌گی هیجانی
Expansive mood	خلق گشاده (بالا)
Ego	من
Egotic	خودخواهانه (خودکشی)

F

Fieldwork	تحقیق میدانی
Functional analysis	تحلیل عملکردی
Fight – or - Flight	جنگ و گریز
Functional Family therapy (FFT)	خانواده درمانی کارکردی
Foster care	مراقبت پرورشی

G

Generatoin Gap	نشست نسلی (فاصلهٔ زیاد بین نسل‌ها)
Grandiosity	خودبزرگ‌بینی (بلندپروازی)

H

Health psychology	روانشناسی سلامت
Hoplessness	ناامیدی، درماندگی

I

Irregular observation	مشاهده نامنظم
Internal validity	اعتبار یا روایی درونی
Impelement of the inlervention	اجرای (برنامه) مداخله
Inhibited	بازداری شده
Informant	منبع اطلاعاتی
Impulsive	تکانه‌ای
Imagenary exposure	غرقه‌سازی تجسمی
Incompatible	ناهمساز
Interpersonal process coding	فرایند رمزگزاری بین مرزی

M

Mental retardation	عقب‌ماندگی ذهنی
Manipolation	دستکاری کردن
Planning	برنامه‌ریزی (طراحی)
Masked depression	افسردگی پنهان (پوشیده)
Major depressive disorder (MDD)	اختلال افسردگی عمده (اساسی)
Multitrait Multimethod Analysis	تحلیل روش چندگانه کوشش‌های چندگانه
Multi system Therapy (MST)	درمان چندسیستمی

N

Neuologist	متخصص مغز و اعصاب (نورولوژیست)
Neglect	غفلت
Natralistic observation	مشاهده طبیعی

O

Observation	مشاهده
-------------	--------

Overadjustment	اختلال اضطراب افراطی
Overanxious Disorder Orthosatic	استخوانی - عضلانی
Oppositional Defiant Disorder (ODD)	اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای

P

Psychiatry	روان‌پزشکی
Psychopathology	آسیب‌شناسی روانی (روان‌شناسی مرضی)
Psychoanalysis	روان‌تحلیل‌گری (روان‌کاوی)
Psychoanalytic	روان‌تحلیلی
Psychoneuro - immunology	ایمنی‌شناسی روانی - عصبی
Pathogenesis Planning	پدیدایی مرضی
Psychological maladjustment	ناسازگاری‌های روان‌شناختی
psychodynamic	روان‌پریشی (روان‌پویایی)
Parasuicide	پیرا خودکشی (شبه‌خودکشی)
Postence phalitic	پس از التهاب مغزی (اختلال رفتاری)
Parent training	آموزش والدین
Proactive	پیش‌گستر
Parent Management training	آموزش مدیریت والدین

Q

Quasi - medical	شبه‌پزشکی
-----------------	-----------

R

Rigorous evaluation	ارزیابی دقیق
Relaps	بازگشت بیماری (عود)
Recurrence	بازپیدایی (وقوع مکرر)
Reactive	واکنشی
Reliability	پایایی

S

Somalizatoin	جسمانی کردن
Separation anxiety	اضطراب جدایی
Single subject design	طرح تک آزمودنی
Symbolic	نمادین
Self – disclosing statements	اظهارات خود افشاگرانه
Sympton	علامت (نشانه)
Syndrome	نشانگان (مجموعه علائم)
Somatic state	وضعیت و حالت جسمانی
Self	خود، خویشتن

T

Transitional	انتقالی
--------------	---------

V

Variable	متغیر
Validity	روایی
Verification	اثبات

فهرست موضوعی

اختلال اسپرگر، ۱۴	۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷،
اختلال سلوک، ۳۰، ۸۲، ۱۷۱، ۱۸۴، ۱۹۶،	۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۶،
۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۲، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶،	۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳،
۲۰۸، ۲۰۹، ۲۲۲، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۹،	۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲،
۲۳۱، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۹، ۲۴۰	۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹،
اختلال‌های دوقطبی، ۸۲	۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۸۱، ۱۹۱، ۲۴۰
ادواری‌خویی، ۸۱	اضطراب جدایی، ۱۱۶
ارزیابی، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۷، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶،	اعتبار درونی، ۲۱
۳۷، ۳۸، ۷۷، ۸۱، ۱۱۲، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸،	افسردگی، ۴۶، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۸۰،
۱۵۵، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۹۱،	۸۱، ۸۲، ۱۱۸، ۱۳۲، ۱۷۴، ۲۰۱، ۲۲۳،
۲۱۳، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳،	۲۲۹، ۲۳۶، ۲۴۰
۲۳۱، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۷، ۲۳۹	افسردگی کودکان، ۷۴، ۷۸
ارزیابی دقیق، ۲۸	آموزش مدیریت، ۲۳۵، ۲۳۶
آسیب‌شناسی روانی، ۲، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۱،	آموزش والدین، ۷۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۱،
۱۲، ۱۳، ۱۷۹، ۲۳۶	۱۹۳، ۲۲۱، ۲۳۱، ۲۳۳، ۲۴۰
آشفتگی هیجانی، ۳۰	انتقالی، ۱۲۵، ۱۶۹، ۲۱۰
اضطراب، ۸، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۳۰، ۴۵،	بازداری، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۳، ۱۶۲، ۱۶۵، ۱۹۹،
۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۶، ۶۶، ۸۲، ۹۱، ۹۹،	برون‌ریزی، ۱۹۵
۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷،	بی‌اشتهایی عصبی، ۱۵

۲۷۸ ----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

۴۴, ۴۶, ۴۷, ۴۸, ۴۹, ۵۰, ۵۱, ۵۲, ۵۳,	پایایی, ۷, ۲۶, ۳۷, ۱۳۸, ۱۷۷, ۱۸۰, ۲۱۹
۵۶, ۶۱, ۶۲, ۶۳, ۶۴, ۶۸, ۶۹, ۷۰, ۷۱,	پدیدآیی, ۴, ۵, ۱۱, ۲۰, ۲۶
۷۲, ۷۳, ۷۴, ۷۵, ۷۶, ۷۷, ۷۸, ۷۹, ۸۰,	پرخاشگری, ۲۳, ۱۱۸, ۱۶۱, ۱۷۱, ۱۸۴, ۱۸۹,
۸۲, ۸۴, ۸۵, ۸۶, ۸۷, ۸۸, ۸۹, ۹۰, ۹۱,	۱۹۵, ۱۹۶, ۱۹۷, ۱۹۸, ۲۰۲, ۲۰۵, ۲۰۶,
۹۲, ۹۳, ۹۴, ۹۵, ۹۶, ۹۷, ۹۸, ۱۰۱, ۱۰۳,	۲۱۲, ۲۱۳, ۲۲۷, ۲۲۹, ۲۳۶
۱۰۴, ۱۰۵, ۱۰۶, ۱۰۷, ۱۰۸, ۱۰۹, ۱۱۲,	پیش‌گستر, ۱۴۸, ۱۹۸
۱۱۳, ۱۱۴, ۱۱۶, ۱۱۷, ۱۱۸, ۱۱۹, ۱۲۰,	تحلیل عملکردی, ۳۳
۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۶, ۱۲۷, ۱۲۹,	ترس, ۱۰, ۹۲, ۱۰۱, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۰۴, ۱۰۵,
۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۷,	۱۰۶, ۱۰۷, ۱۰۹, ۱۱۱, ۱۱۲, ۱۱۴, ۱۱۵,
۱۳۸, ۱۳۹, ۱۴۱, ۱۴۲, ۱۴۳, ۱۴۴, ۱۴۵,	۱۱۶, ۱۲۲, ۱۲۴, ۱۲۵, ۱۲۷, ۱۳۰, ۱۳۲,
۱۴۶, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۵۵, ۱۵۸, ۱۶۵,	۱۳۵, ۱۳۷, ۱۳۹, ۱۴۰, ۱۴۱, ۱۴۲, ۱۴۳,
۱۶۶, ۱۶۹, ۱۷۰, ۱۷۱, ۱۷۲, ۱۷۳, ۱۷۴,	۱۴۴, ۱۴۷, ۱۵۳
۱۷۵, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۷۹, ۱۸۴, ۱۸۷, ۱۹۸,	تعارض, ۷۱, ۷۷, ۸۸, ۹۷, ۱۲۵, ۲۲۸,
۱۹۹, ۲۰۰, ۲۰۳, ۲۰۵, ۲۰۶, ۲۰۷, ۲۰۹,	تکاملی, ۱۲۷
۲۱۰, ۲۱۱, ۲۱۲, ۲۱۳, ۲۱۴, ۲۱۶, ۲۱۹,	جسمانی کردن, ۲۰۱
۲۲۰, ۲۲۱, ۲۲۲, ۲۲۴, ۲۲۵, ۲۲۷, ۲۳۰,	جنسیت, ۱۷۴, ۱۹۹, ۲۱۸, ۲۲۸
۲۳۳, ۲۳۶, ۲۳۹	جنگ یا گریز, ۱۰۱, ۱۰۳
خودخواهانه, ۸۹	حمایت اجتماعی, ۳۶, ۳۶
خودکشی, ۸۰, ۸۴, ۸۸, ۸۹, ۹۰, ۹۱, ۹۴,	خانواده درمانی, ۷۲, ۱۳۲, ۱۸۹, ۲۰۷, ۲۱۶,
۹۵, ۲۰۱	۲۳۴, ۲۳۷
درمان چند سیستمی, ۲۳۶	خط پایه, ۲۳, ۲۴, ۱۸۷
دستکاری, ۱۹۸, ۲۱۰	خلق, ۴۱, ۴۵, ۴۶, ۴۹, ۵۰, ۵۸, ۶۱, ۷۲, ۷۸,
دمغ, ۴۲	۸۰, ۱۱۹, ۱۵۹, ۱۹۷, ۱۹۸, ۲۱۷, ۲۲۱,
دوره‌های بحرانی, ۶	۲۲۷
راهنمای تشخیص, ۱۹۵	خود, ۳, ۵, ۶, ۷, ۸, ۱۲, ۱۵, ۱۷, ۱۸, ۲۶,
	۲۹, ۳۴, ۳۵, ۳۶, ۳۸, ۳۹, ۴۰, ۴۲, ۴۳,

رفتار, ۱, ۳, ۶, ۷, ۸, ۱۰, ۱۵, ۱۶, ۱۸, ۲۰,	۶۴, ۱۳۲, ۱۳۳, ۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۷,
۲۱, ۲۳, ۲۵, ۲۶, ۳۱, ۳۳, ۳۴, ۳۶,	۱۷۹, ۱۸۳, ۲۲۲, ۲۲۳
شبه پزشکی, ۳۵,	
شخصیت, ۳۱, ۲۰۳, ۲۱۴, ۲۲۷, ۲۲۹, ۲۳۱,	
شناخت, ۱, ۳, ۴, ۵, ۹, ۱۰, ۱۷, ۳۶, ۳۸, ۵۰,	
۷۴, ۷۵, ۸۰, ۱۲۲, ۱۳۰, ۱۳۹, ۱۴۴, ۱۴۵,	
۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۶۰, ۱۸۶, ۲۱۲,	
عزت نفس, ۴۶, ۴۹, ۶۱, ۷۶, ۹۷, ۱۵۹, ۱۸۹,	
۲۲۷	
عقب ماندگی ذهنی, ۱۰, ۱۳, ۲۲۹,	
علامت, ۴۱, ۵۰, ۹۵, ۱۷۲,	
علم شناخت نگر, ۴	
علم عصب نگر شناختی, ۴	
عوام خواهانه, ۸۸, ۸۹	
عوامل محیطی, ۳۶, ۸۲, ۱۶۵	
غرقه سازی تجسمی, ۱۳۹	
غفلت, ۱۱, ۱۲, ۱۶, ۳۸	
فرافکنی, ۲۱۱	
فرایند, ۱۲, ۱۸, ۲۳, ۲۵, ۲۶, ۲۷, ۲۸, ۳۴,	
۳۷, ۱۱۹, ۱۲۲, ۱۲۳, ۱۲۵, ۱۲۷, ۱۲۸,	
۱۵۶, ۱۶۹, ۱۷۴, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۷۹, ۲۰۶,	
۲۰۷, ۲۱۳, ۲۱۴, ۲۲۰, ۲۲۲, ۲۲۶, ۲۳۴,	
فرهنگی, ۱۲, ۳۸, ۲۱۶, ۲۱۸	
کنترل شده, ۳۰, ۳۳, ۷۳, ۱۲۳, ۱۲۴, ۱۸۱,	
گروه آزمایشی, ۲۱, ۱۹۱	
گروه کنترل, ۱۷۳, ۱۷۹, ۱۹۱, ۲۳۵,	
رفتار, ۱, ۳, ۶, ۷, ۸, ۱۰, ۱۵, ۱۶, ۱۸, ۲۰,	
۲۱, ۲۳, ۲۵, ۲۶, ۳۱, ۳۳, ۳۴, ۳۶,	
۳۷, ۴۷, ۴۹, ۵۰, ۶۳, ۶۵, ۶۹, ۷۲, ۷۸,	
۸۰, ۹۱, ۹۳, ۹۴, ۱۱۳, ۱۱۶, ۱۱۷, ۱۱۹,	
۱۲۴, ۱۳۰, ۱۳۱, ۱۳۴, ۱۳۹, ۱۴۰, ۱۴۳,	
۱۴۴, ۱۴۵, ۱۴۶, ۱۴۹, ۱۵۰, ۱۵۱, ۱۵۷,	
۱۵۹, ۱۶۵, ۱۶۹, ۱۷۰, ۱۷۳, ۱۷۴, ۱۷۷,	
۱۷۸, ۱۸۰, ۱۸۱, ۱۸۳, ۱۸۴, ۱۸۶, ۱۸۷,	
۱۹۰, ۱۹۱, ۱۹۶, ۱۹۷, ۱۹۸, ۱۹۹, ۲۰۱,	
۲۰۲, ۲۰۳, ۲۰۵, ۲۰۶, ۲۰۸, ۲۰۹, ۲۱۰,	
۲۱۱, ۲۱۲, ۲۱۳, ۲۱۶, ۲۱۸, ۲۱۹, ۲۲۰,	
۲۲۱, ۲۲۲, ۲۲۴, ۲۲۸, ۲۲۹, ۲۳۰, ۲۳۱,	
۲۳۳, ۲۳۴, ۲۳۶, ۲۳۷, ۲۳۸	
رفتار کودکان, ۱۷۹	
رفتارهای ایذایی, ۲۲۹	
روان پویشی, ۳۵, ۷۶, ۱۲۵, ۱۲۶	
روان تحلیل گری, ۱۲۴, ۲۱۱	
روان شناسی, ۱, ۲, ۳, ۴, ۵, ۶, ۸, ۹, ۱۰, ۱۱,	
۱۲, ۱۳, ۱۷, ۱۸, ۱۹, ۲۰, ۲۵, ۱۷۸,	
روش آزمایشی, ۲۰, ۲۱	
روش مورد, ۱۹, ۲۰	
روش همبستگی, ۲۲	
سبک های مقابله, ۱۳۱	
سنجش, ۴, ۵, ۹, ۱۱, ۱۷, ۲۱, ۲۵, ۲۶, ۲۷,	
۲۸, ۲۹, ۳۱, ۳۲, ۳۳, ۳۴, ۳۶, ۳۷, ۳۸,	

۲۸۰----- روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان

همبودی, ۱۶۱, ۱۷۱, ۱۷۲, ۱۷۳, ۱۷۴, ۱۷۷,	گسست نسلی, ۱۲
۲۰۰, ۲۰۲	متغیر, ۲۰, ۲۱, ۲۲, ۱۸۲, ۲۰۹, ۲۲۷
همه‌گیرشناسی, ۱۵۵	مداخله, ۱۱, ۲۱, ۲۲, ۲۳, ۲۶, ۲۷, ۲۸, ۳۶,
هیجان, ۷۷, ۱۳۹	۷۲, ۷۴, ۷۶, ۷۷, ۹۴, ۹۶, ۹۷, ۱۱۲, ۱۱۷,
وابستگی, ۱۶, ۱۱۹, ۱۲۳, ۱۸۷, ۲۱۳, ۲۳۴,	۱۳۹, ۱۴۶, ۱۴۸, ۱۴۹, ۱۵۰, ۲۱۵, ۲۳۷
۲۳۷	مدیریت وابستگی, ۱۳۹, ۱۴۳, ۱۸۷, ۱۹۳
واکنشی, ۸۲, ۱۹۸, ۲۲۷	مراقبت پرورشی, ۲۳۸
وسواس, ۴۷, ۱۱۳, ۱۱۴, ۱۳۳, ۱۳۷, ۱۵۰,	مشاهده طبیعی, ۱۳۷
۱۵۱, ۱۵۲	مصاحبه تشخیصی کودکان و نوجوانان, ۲۲۰
	مصاحبه, ۲, ۲۶, ۳۶, ۳۷, ۳۸, ۴۸, ۵۲, ۶۵,
	۷۳, ۹۶, ۱۳۳, ۱۷۷, ۲۱۹
	مقیاس درجه‌بندی, ۷۴, ۱۷۹, ۲۲۲
	من, ۱۰, ۶۱, ۷۹, ۹۴, ۱۰۳, ۱۱۵, ۱۱۶, ۱۱۹,
	۱۲۶, ۱۳۳, ۱۳۶
	منبع اطلاعاتی, ۴۳
	نامیدی, ۱۵۹, ۱۷۶, ۲۰۵
	ناسازگاری, ۲
	ناهمساز, ۱۳۹
	نشانه‌گان, ۷, ۳۰, ۴۱, ۴۵, ۴۷, ۶۴, ۶۵, ۶۷,
	۷۶, ۷۷, ۸۳, ۱۰۲, ۱۰۳, ۱۰۵, ۱۱۴, ۱۱۶,
	۱۳۴, ۱۳۵, ۱۳۶, ۱۳۸, ۱۴۰, ۱۴۳, ۱۴۸,
	۱۵۶, ۱۷۷, ۱۷۸, ۱۸۱, ۱۸۳, ۱۸۴, ۱۸۵,
	۱۸۶, ۱۸۸, ۱۹۰, ۱۹۲, ۱۹۶, ۱۹۷, ۲۰۱,
	۲۲۵, ۲۳۶
	نمادین, ۳۳

دکتر محمد خدایاری فرد

موسسه روانشناسی - دانشگاه تهران