**ادبیات تحقیق**

مروری بر نظریه ها و تحقیقات انجام شده

**نظریه های مختلف در مورد اختلالات رفتاری:**

1. **نظریه عوامل بیولوژیکی ( زیستی یا زیستی شناختی )**

طرفداران این نظریه معتقدند که عامل مشکلات رفتاری ، عوامل ژنتیکی و زیستی شناختی می باشد زیرا رابطه بین وضعیت جسم و رفتارها وجود دارد این گروه معتقدند که عامل زیستی حتی قبل از تولد اثرات خود را بر روان فرد باقی گذاشته است و یا در هنگام تولد و یا دوران طفولیت بر روی کودک اثر داشته است به طور کلی نظریات بیولوژیک ها به سه عامل اصلی اشاره دارد .

1. نا منطقی غدد داخلی که گاهی در دوران حاملگی بر اثر فشارهای وارد شده بر جنین اثراتی در دوران بعدی سازندگی کودک دارد .
2. فقدان بهداشت کافی در دوران قبل و بعد از تولد .
3. عدم تغذیه کافی در دوران قبل و بعد از تولد .
4. **نظریه روان کاوی ( تحلیل روانی )**

طرفداران این نظریه علت رفتار نامناسب را عوامل درونی می دانند و معتقدند در صورت شناخت عامل ، مشکلات فرد حل می گردد . این گروه بنیاد نظریه خود را از فروید گرفته اند فروید معتقد است دستگاه روانی به سه حوزه تقسیم می شوند : الف- نهاد ( اید ) ب- خود ( الگو ) پ- خود برتر یا فراخود ( سوپرایگو ) .

و اهمیت دیگر نظریه فروید بر ضمیر ناخود آگاه است و او معتقد است کلیه حوادث دوران در ضمیر نقش بسته و ممکن است به ظاهر در اعمال روزمره بروز نکند ولی آن حوادث به نحوی در رفتار و تصمیم گیریهای و حتی در انتخاب شغل ظاهر می گردد به همین جهت در روش روان کاوی به خواب مصنوعی مبادرت می ورزند تا با یاد آوردن خاطرات به حل مشکل بپردازند زیرا آنها معتقدند اگر علت کشف شود . بیماری رفع می شود .

**3- نظریه رفتاری یا نظریه یادگیری :**

این نظریه نقطه مقابل نظریه تحلیل روانی می باشد این گروه معتقدند که رفتار نا مناسب یا مشکل رفتاری به علت آموزش و یادگیری از محیط به تدریج به صورت تقریباً ثابت در رفتار فرد تجلی می کند و هر رفتار نا مناسب از طریق تقویت کننده های مثبت و منفی یا تنبیه از محیط کسب می شود رفتار گرایان از طبقه بندی کردن و نامگذاری این بر روی کودکان مشکل دار اجتناب می کنندزیرا معتقدند هر نوع نامگذاری به عنوان یک عامل منفی باعث اثرات نامطلوب در کودک می شود .

1. **نظریه بوم شناسی لاکولوژیکال و جامعه شناسی :**

این نظریه به علت اهمیت دادن به شرایط محیط طبیعی یک فرد و اثراتی که جامعه بر رفتار دارند مورد بررسی قرار می گیرد این گروه مخالف بر چسب زدن و طبقه بندی نمودن کودکان و نوجوانان به عنوان افراد مشکل دار می باشند زیرا معتقدند عوامل و فشار های اجتماعی است که در شخصیت فرد اثر می گذارد طرفداران این نظریه علت دوری کردن از طبقه بندی را توجه به یک ویژگی و غفلت از مجموعه رفتارهای کودک یا نوجوان تلقی می نماید . ( فرقانی رئیسی – 1374 ) .

**اختلالات رفتاری ( havioral Disorder)**

رفتار کودک همانند سیستم اعصاب وی روبه رو رشد و تکامل است . کودکان در برابر فشارها و تغییرات زندگی از خود واکنش ها و عکس العمل های متفاوتی نشان می دهند . تغییرات محیط و رفتار والدین و اطرافیان کودک در صورتی که هماهنگ با وضعیت جسمی و شناختی وی نباشد باعث بروز عکس العمل های رفتاری نا مناسبی از جانب آنان می شود . می توان چنین ادعا کرد که رفتار کودک زبان گویای وی است و هر چه کودک در ارتباط با دیگران و بیان احساسات و نیازهای خود مشکلات بیشتری داشته باشد دارای اختلالات رفتاری بیشتری خواهد بود . بدلیل اینکه کودکان در بیان احیایات خود از قبیل درد ، محرومیت ، اضطراب و ترس ناتوان هستند ، به عنوان پاسخ علائم جسمانی و قابل مشاهده رفتاری مانند شب ادراری ، کم و بد خوابی ، دندان قروچه ، تیک ، بی قراری ، بی اشتهایی دل درد ، دزدی و دروغگویی از خود نشان می دهند . این رفتارهای نا مناسب و رفتارهای دیگر ممکن است شدیدتر از این موارد باشند نیازمند مداخله و اصلاح هستند . ( سایت انجمن روان شناسی ) .

**اختلال رفتاری کودکان و نوجوانان**

اختلالات رفتاری در کودکان و مخصوصاً نوجوانان اکثراً به صورت ناسازگاری و رفتارهای ناجور و غیر اخلاق یا ضد اجتماعی حتی جنایی ظاهر می شود . این دسته از افراد با افراد منحرف همانند سازی دارند و از معیارهای گروههای منحرف تبعیت می کنند مانند فرار نوجوانان از مدرسه و همکاری با قاچاقچیان ، جنایت ، تخریب و فساد . این افراد خطرناکترین افراد جامعه هستند و همواره حالت انتقام جویی عجیبی نسبت به افراد جامعه و حتی والدین خود دارند . اختلالات رفتاری از اوایل کودکی به صورتهای مختلف تظاهر می کند . این افراد به آنچه ب و زشت یا ممنوع است تمایلی افراطی و بیمار گونه دارند به علت داشتن علاقه جنون آمیز اذیت ، آتش سوزی ، آزار و آسیب حیوانات و کودکان کم سال لذت می برند ( سایت انجمن اختلال رفتاری ) .

**تعریف اختلال رفتاری :**

برای تعریف اختلال ( disorder) ، شیوه دقیق و ساده ای در دست نیست و اغلب اوقات رفتاری را نابهنجار ( abnormal) تلقی می کنند . اگر ریشه های این واژه ها را ردیابی کنیم می بینیم که پیشوند ( ab) به معنی دور ( away) ، جدا ( from) و خارج ( off) است در حالیکه اصطلاح نابهنجار ( abnormal) به مفهوم وسط ، معتدل و معمولی است ( dietiohay – 1973 – Webster new collegiatle) با این مفهوم نابهنجار در وهله اول آنچه را که از اعتدال منحرف شده به ذهن می رشاند به عنوان انحراف منفی حاکی از بیماری مطررح می شود . از این رو اختلالهای روانی یا رفتاری را اغلب آسیب روانی نامیده اند ( منشی طوسی 1369 ) .

جامع ترین ملاک برای قضاوت در خصوص اختلال هنجارهای اجتماعی و فرهنگی می باشد که هر جا مسئله رفتاری را انتخاب می کند که مناسب آن جامعه و افراد را طبق آن پرورش می دهد . افراد با موضع گیری قبلی ، خلق و خوی یا تجربه های اکتسابی آن رفتار ها را از خود نشان می دهند افراد همیشه نسبت به معیارهای آن جامعه سنجیده می شوند .

تعریف اختلالات رفتاری به لحاظ انفجار ایده ها و تعدد نظرات فراوانی که توسط متخصصین رشته های گوناگون علوم انسانی مطرح شده روشنی و صراحت خود را از دست داده .

روان شناسان اجتماعی ، اختلالات رفتاری را ناشی از فشارهای اجتماعی و کمبود راههای مناسب برای تخلیه این فشار ها می دانند و معتقدند بیمار روانی وجود ندارد و این جامعه است که مریض می باشد لذا آنان اختلالات رفتاری را واکنش طبیعی نسبت به فشار های ناشی از مشکلات و مسائل اجتماعی می پندارند .

روان شناسان بالینی معتقدند انسانها وقتی برای حل مسئئله و مشکلات جسمی خویش به پزشک مراجعه می کنند که آسنامه ای از مساله و مشکل را دارا باشند که معیار مناسب و تعیین کننده ای برای رفتار نا بهنجار یا مشکلات دیگر روانی میزان آستانه کسالت و ناراحتی است که فرد را وادار به مراجعه روانشناس کرده است . ( سیف نراقی و نادری 1374 ) .

**اختلال در رفتار :**

رفتار بیرونی بر اساس نوع انگیزه حاکم بر فرد ممکن است به دو علت اختلال پیدا کند یکی اینکه رفتار شخصی شخص نتواند به نحو لازم و کافی احتیاجات اساسی او را ارضا ء کند ، گاه ممکن است مشکلات محیطی یا شغلی از برآوردن خواسته های جسمی و روانی او جلوگیری کند مشکلات جسمانی ، معلولیت ، عدم آموزش و مهارت کافی در اشتغال به کار . عقب ماندگی ذهنی و یا کشمکش های فلج کننده عاطفی غالباً از بروز رفتارهای ارضاء کننده فعالیت می کنند دوم اینکه رفتارهای فردی با معیارهای فرهنگی و اجتماعی ارضا/ئ کننده تمایلاتشان نا متناسب و مغایر باشد مورای روانشناس معروف معتقد است که ابزار احتیاج و برآوردن آن به 4 عامل بستگی دارد . به علت عدم رشد و تکامل خصوصیات اخلاقی قادر به تبعیت از معیارهای اجتماعی نیست ( دکتر شاملو ، 1370 ) .

**اختلال رفتاری در بین نوجوانان :**

نوجوانان از توانایی های بیشماری از جمله تفکر انتزاعی و عمیق ، توجه به احتمالات احساس تعهد ، وفاداری به یکدیگر و آمادگی پذیرش طیفی از تجربه های غنی و متنوع برخوردارند از اینرو اکثر جوامع حاضر این قشر سنی سرمایه های باارزشی به شمار می آیند حتی میزان پیشرفت یک جامعه در گروه چگونگی تربیت و پرورش نسل جوان است اگر جامعه بتواند نسل جوان را متناسب با نیاز های آینده کشور و آن ها را در مقابل انواع نابهنجاریهای روانی و اختلالات رفتاری حمایت کند . به یکی از اهداف والا و مهم خود دست یافته است . از اینرو نوع اختلالات و نابهنجاریهایی که قشر جوان را تهدید می کند ، در حوزه روان شناسی اهمیت ویژه ای دارد با وجودی که نوجوانان در مقابل هیچ یک از اختلالات رفتاری مصونیت ندارد ، ولی پاره ای از اختلالات رفتاری و نا بهنجاریهای روانی در بین آنها شیوع بیشتری دارد . ( حسن احدی – فرهاد جمهوری 1385 ) .

**چگونگی بروز اختلال در رفتار از نظر شناخت گرایان :**

بر اساس نظریه پیاژه درباره چگونگی بروز رفتار در انسان و قائل شده دو بعد شناختی و عاطفی یا انفعالی برای آن ، معتقد که رفتارهای انسان در حال گذر میان این دو بعد است در واقع علت اختلالات یا نارسازگاری رفتاری فرد ناکامی وی در برقراری ارتباطی ، مناسب و در خور سن و سال میان محرک و پاسخ است در نتیجه عدم موفقیت فرد در برقراری ارتباط یا شده را در یکی از دو بعد شناختی و عاطفی یا امفعالی باید جستجو کرد و معتقد است که یکی از دو بعد رفتاری یا دچار نارسایی رشد یا تحویلی است و یا گرفتار رشد یافتگی منفی است . ( سیف نراقی و نادری 1374 ) .

**انواع اختلالات :**

اختات در نوجوانان ممکن است در سطح اندک یا گسترده باشد از طیف گسترده اختلالات مغزی تا اختلالات اجتماعی می توان به مشهورترین آنها اشاره کرد . 1- اختلالات متابولیسمی 2- اختلالات خواندن . نوشتن . حساب کردن . 3- اختلالات ضد اجتماعی 4- اختلالات عاطفی 5- اختلالات توجه 6- اختلالات وسواسی 7- اختلالات حرکتی 8- اختلالات خواب 9- اختلالات خوردن 10- اختلالات رفتاری 11- هراس از مدرسه 12- اختلالات روان تنی 13- اختلالات رشدی 14- اختلالات بذهکارانه 15- اختلالات پرخاشگری 16- اختلالات جنسی 17- اختلالات افسردگی 18- اختلاات بی اشتهایی عصبی 19- اختلالات هراس یا ترس 20- اختلالات مربوط به دفع ادرا . ( سیف نراقی ، مریم صفحه 9 ) .

**طبقه بندی اختلالات بر اساس DS MIV**

1. اختلالات خلقی تا خلق ( mood) به حالت هیجانی ( Em otioql ton ) پایدار و درونی فرد و عاطفه ( Affcot ) به تجلی خارجی محتوی هیجانی او اطلاق می شود . بیمارهای خلقی چهار دسته هستند . اختلالات افسردگی ، اختلالات دو قطبی ، اختلالات کج خلقی ، اختلالات خلق ادواری . که ما در اینجا اختلالات افسردگی را بررسی می کنیم .

**اختلالات افسردگی : peression**

**افسردگی چیست ؟**

افسردگی یک حالت هیجانی و فیزیکی کاملاً ناخوشایند است . افرادی که افسرده هستند در اکثر مواقع احساس غنگینی یا ناراحتی می کنند . حتی زمانی که وقایع خوبی اتفاق افتاده باشد . آنها از بسیاری لحاظ حتی از نظر جسمانی نیز احساس بدی دارند . افسردگی تنها به معنای یک نشانه نیست . علاوه بر این ، به منزله غمگینی ، خستگی یا نخوابیدن نیز نیست . افسردگی یک مجموعه کلی از نشانه ها را در بر می گیرد و هنگامی افسردگی بالینی نامیده می شود که حداقل 5 مورد از نشانه های زیر همراه با هم یا اکثر مواقع حداقل به مدت 2 هفته ظاهر شوند :

1. خلق افسرده یا تحریک پذیر
2. عدم علاقه به اکثر چیزها
3. یکی از این دو مورد باید وجود داشته باشند .
4. بی خوابی یا بیش خوابی
5. کاهش اشتها ، زیاد خوردن یا افزایش وزن
6. خستگی یا عدم انرژی
7. کندی یا بر انگیختگی فیزیکی و ذهنی
8. فقدان تمرکز یا بلا تکلیفی
9. احساسهای بی ارزشی یا گناه
10. افکار بازنشستگی مرگ یا خود کشی

اصطلاح پزشکی این اختلال ، حمله افسردگی عمده است هنگامی که افراد دچار لوح خفیفی از افسردگی می شوند که برای 1 سال یا حتی بیشتر طول می کشد . این نوع خفیف از افسردگی ، افسردگی جزئی یا اختلال افسرده خویی نامیده می شود . هنگامی که برای مدت زیادی احساس ناراحتی ، تحریک پذیری و خستگی می کنید . معمولاً اتفاقاتی که در زندگی شما روی می دهند ، چندان خوشایند به نظر نمی رسند افسردگی به موارد زیر اثر می گذارد : چگونه خودتان را با خانواده و دوستانتان تطبیق می دهید ، و چه احساسی درباره خویش ، تکلیف مدرسه و توانایی خود جهت لذت بردن از کارهایی دارید که معمولاً انجام می دهید . هنگامی که زندگی شما خوب پیش نمی رود ، افسردگی نیز شدید تر می شود و شما در این حالت کاملاً نا امید هستید . چه فشارهایی موجب افسردگی می شود .

انواع زیادی از فشار روانی وجود دارد که باعث می شود نوجوانان به احتمال بیشتری دچار افسردگی شوند . بیمار شدن ، جابه جایی های مکرر و تغییر مدرسه می توانند زندگی را سخت تر و بی روح تر کنند . علاوه بر این ، ما می دانیم که طلاق والدین و مرگ یکی از اقوام ، دوفشار روانی عمده ای هستند که می توانند باعث افسردگی شما شوند اینها موقعیت هایی هستند که باعث می شوند شما احساس عدم کنترل کنید اگر چه آنها بر شما تاثیر می گذارند ولی شما می توانید آنها را کنترل کنید . غالباً افسردگی بعد از وقوع چند مسایل ناراحت کننده که بعداً از یکدیگر رخ می دهند ، ظاهر می شود این مسائل نهایتاً به جایی می انجامند که منابع کنار آمدن فرد را تحلیل می برند و سر انجام یک تجربه ناامید کننده آسیب زا می تواند باعث ایجاد افسردگی شود .

**آیا بدون فشار روانی دچار افسردگی می شوم ؟**

افسردگی می تواند بدون هیچ گونه فشار روانی نیز به وجود می آید . این امر غالباً می تواند به ویژه هنگامی پدید آید که سابقه ای از افسردگی در خانواده شما ، به ویژه افسردگی – شیدایی ، که ما آن را اختلال « دو قطبی » می نامیم ، وجود داشته باشد – زیرا هم دارای ویژگیهایی شیدایی و هم دارای ویژگیهای افسردگی است . افسردگی می تواند همچنین به علت یک بیماری ویروسی یا عدم تعادل در هورمونهای غده تیروئید یا سایر هورمونهای اصلی به وجود می آید . علاوه بر این ، افسردگی می تواند تحت تاثیر مصرف داروهای معینی که به منظور مداوای سایر بیماریهای تجویز شده است ، ایجاد شود .

یکی از متداواترین علل فیزیکی افسردگی که افراد غالباً فراموش می کنند از آن نامی ببرند ، مصرف الکل است . الکل یکی از قویترین مواد کند کننده است که در طبیعت وجود دارد سایر مواد مخدر نیز وجود دارند .

**علتهای افسردگی**

1. خطراتی که در خانواده ها وجود دارد
2. تجربه های سوء مصرف یا ترک
3. دعوا یا جدایی والدین
4. اختلافهای والدین ( خانوادگی )
5. مشکلات یادگیری
6. اختلال نقص توجه
7. اضطراب مزمن
8. بیماریهای پزشکی
9. مرگ یکی از اعضای خانواده یا طرد در یک رابطه خاص
10. سوء مصرف مواد

**چند نوع افسردگی وجود دارد ؟**

یکی از اولین چیزهایی که باید به ذکر آن بپردازیم ، این است که چند نوع افسردگی وجود دارد برای انواع مختلف افسردگی درمانهای متفاوتی نیز وجود دارد . علاوه بر انواع « تحریکی » یا « کند » افسردگی پیشتر درباره آنها بحث شد ، انواع دیگری نیز وجود دارند . این نوع در تشخیص بسیار اهمیت دارند ، زیرا توجه به آنها باعث می شود که درمانهای خاص معینی برای هر کدام پیشنهاد شوند . انواع این افسردگی ها عبارتند از افسردگی فصلی یا اختلال عاطفی فصلی . این نوع افسردگی در فصل زمستان ظاهر می شود . شما احساس می کنید که برای خواب زمستانی آماده شده اید احساس خستگی زیادی می کنید و زیاد می خوابید . علاوه بر این ، شما تمایل زیادی به خوردن شیرینی پیدا می کنید که معمولاً باعث افزایش وزن می شود . این نوع افسردگی را می توان نه تنها با دارو ، بلکه با نور نیز درمان کرد شما در زیر نورهای خاص روشن برای مدت نیم ساعت در هنگام صبح می نشینید .

اختلال دو قطبی یا افسردگی – شیمیایی . این نوع از افسردگی دارای چرخه ها یا فازهای مختلفی از خلق بالا ( شیدا ) تا خلق پایین ( افسرده ) است . فاز بالا نقطه مقابل افسردگی است . احساس می کنید ، انرژی زیادی دارید ، بر فراز دنیا قرار گرفته اید و عقاید بزرگ منشانه دارید . افراد در دوره شیدایی گرفتار احساسهای شدیدی می شوند . آنها ارتباط با واقعیت را از دست می دهند و پول زیادی خرج می کنند در حالی که پول اندکی دارند یا بسیار کله شق می شوند . اختلال دو قطبی با دارو و نظم بخشیدن به زندگی درمان می شود .

افسردگی ناجور : این نوع افسردگی یک شکل متداول از افسردگی است که در آن افراد عملاً تا اندازه ای در واکنش به محیط اطراف خود احساس مس کنند که خلق آنها تغییر کرده است . آنها همچنین ممکن است وقتی که مسائل ناراحتی کننده ای پیش می آید ، احساس کنند که بیشتر افسرده شده اند . حساسیت بیش از اندازه به طرد ، بخشی از این نوع افسردگی است . معمولاً شما در این حالت زیاد می خوابید و وزنتان زیاد می شود (نظیر افسردگی فصلی ) ، ولی نه فقط در فصل زمستان افراد مبتلا به افسردگی ناجور معمولاً در هنگام غروب احساس ناراحتی زیادی می کنند مصرف داروها برای درمان این نوع افسردگی موثر است این نوع افسردگی همچنین به درمانهای روان شناختی پاسخ می دهد .

افسردگی ملانکولی . این نوع افسردگی که کمتر شایع است شکل بسیار شدید افسردگی است این افراد اشتهای کمی دارند کاهش وزن پیدا می کنند ، مشکلات زیادی در تمرکز دارند و دارای احساسهای گناه تحریکی هستند . این افراد در اوایل صبح احساس بدی دارند صبحها خیلی زود از خواب بیدار می شوند و نمی توانند مجدداً بخوابند این نوع افسردگی تا اندازه زیادی در توانایی عملکرد شما منفی می گذارد . در واقع افراد مبتلا کاملاً تحت تاثیر این افسردگی فلج می شوند و نمی توانند درباره هر چیز دیگری فکر کنند این نوع افسردگی به دارو جواب می دهد و به تنهایی به مشاوره یا روان درمانی بهبود نمی یابد . ( نقشبندی سیامک – 1384 ) .

1. اختلالهای اضطرابی که شامل پانیک ( هراس )
2. خوبیا اجتماعی
3. اختلال واسواس جبری
4. اختلال استرس پس از سانحه
5. اختلال استرس حاد
6. اختلال اضطراب منتشر
7. اختلال اضطرابی ناشی از بیماریهای مدیکال
8. اختلال اضطرابی ناشی از مصرف دارو یا مواد دارویی
9. اختلال اضطرابی افسرگی مختلط در این وسواس را مورد بررسی قرار می دهیم .

**اختلال وسواس**

وسواس عبارت است از افکار یا عقایدی دست و پا گیر ، مکر و ناخوانده رفتارهای وسواس علائم عادی و طبیعی است عمل کودکی که می خواهد به بالای یک دیوار راه برود و یا با یک پا به روی سنگفرش مقابل پرش کند و یا هنگام راه رفتن بامادر لی لی کند . کاملاً طبیعی است بعضی از افراد میل افراطی برای کس اشیاء معینی در خود احساس می کنند رفتار فرد زمانی وسواسی می باشد گرفتاری و مزاحمت ایجاد کند . وقت گیر باشد و یا والدین و مهمانی را آزار برهد در این موارد کودک احتمالاً بیهودگی علتش را تشخیص می دهد ولی قادر به ترک آن نیست . ( منشی طولی 1370 ) .

خصیصه اصلی این اختلال وجود وسواسها یا اجبارهایی مکرر و چنان شدید است که رنج و عذابی را برای فرد به بار می آورد این وسواسها یا اجبارها سبب اتلاف وقت می شوند و اختلال قابل ملاحظه ای را در روند معمولی و طبیعی زندگی ، کارکرد شغلی ، فعالیتهای معمولی اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می کند که وسواس عبارت است از مکر ، احساس ، اندیشه یا حس عود کننده و مزاحم بر خلاف وسواس ( obsession) که یک فرایند ذهنی است اجبار ( compulsion) نوعی رفتار آگاهانه نظیر سفارش ، وارسی یا اجتباب که بیمار از غیر منطقی بودن وسواسهایش آگاهی دارد . ( حسن رفیعی ، خسرو سبحانیان ، 1382 صفحه 161)

این افراد زیاده از حد به همرنگ جماعت بودن و تبعیت شدید از وجدان اخلاقی معتقدند آنها بسیار انعطاف ناپذیر ، وظیفه شناس در حد افراط ، خود مهاری شدید ، احساس به شرایط و ضوابط محیط ، در حد افراط منظم و مرتب تمیز و دقیق اند و قادر به آرام بودن نیستند . ( شاملو ، سعید -1370 – صفحه 121 ) .

**اختلال وسواس فکری و عملی :**

ویژگی اصلی اختلال وسواسی فکری و عملی ( OCD ) افکار و اعمال عود کننده و ناخوانده ای می باشد که وقت گیر بوده ( بیشتر از یک ساعت در هر روز ) هستند که یا به گرفتاری مفرط کودک یا به اختلال جدی در کارهایش منجر می شود نشانه های OCD در کودکان و نوجوانان همان نشانه هایی است که در بزرگسالان وجود دارد . کودکان افکار وسواسی مربوط به ترس از آلودگی ، موضوعات جنسی ، مذهبی ، یا تصاویر پرخاشگری خشونت را گزارش می دهند . برخی کودکان از ناتوانی در جلوگیری از شنیدن صداها یا آهنگ های ناخوانده و تکراری شکایت می کنند .

ترس از ابتلا به یک بیماری لا علاج ، مانند سرطان یا ایدز و نگرانی افراطی در مورد اخلاقیات و امور مذهبی نیز گزارش شده است . اعمال وسواسی مانند تکرار ، شستشو ، وارسی ، نظم دهی ، و مرتب کردن نیز در کودکان شایع است . تشریفات شستشو شایع ترین نشانه OCD است که در بیشتر از 85 درصد از کودکان معاینه شده در انیستیتو ملی بهداشت روانی ( NIMH) وجود داشته است . شستشوی مکرر ممکن است به صورت شستن دستها به دفعات و دوش گرفتن طولانی یا تشریفات شستشو بروز یابد . کودکان مبتلا به OCD اغلب گزارش می دهند که الگوی شستشو و تمیز کردن را هر روز باید انجام دهند و در صورتی که به هر دلیلی این کار متوقف شود از انجام هر کاری باز می مانند تا آن که شستشو را به طور کامل انجام دهند .

**ملاکهای تشخیصی مربوط به اختلال وسواس فکری و عملی**

الف ) وجود افکار وسواسی یا اعمال اجباری

ب ) افکار وسواسی با موارد 1 و 2 و 3 و 4 تعریف می شود .

1- افکار ، تکانه ها یا تصورات عود کننده و مستمر که بعضی اوقات در ضمن آشفتگی مزاحم ، و نا مناسب تلقی می شوند و موجب نگرانی یا اضطراب قابل ملاحظه می شوند .

2- افکار ، تکانه ها یا تصورات تنها نگرانیهای مفرط در مورد مشکلات واقعی نیستند .

3- شخص تلاش می کند از چنین افکار ، تکانه ها و تصوراتی اجتناب کرده ، آنها را متوقف نموده و یا با فکر یا عمل خنثی کند .

4- شخص تشخیص می دهد که افکار ، تکانه ها یا تصورات وسواسی محصول فکر او هستند و همچون کاشتن فکر از خارج بر او تحمیل نمی شوند اعمال اجباری با مورد 1 و 2 می شوند .

1- رفتارهای تکراری ( برای مثال شستن دست ، مرتب کردن ، وارسی کردند ) یا اعمال ذهنی ( مثلاً نیایش ، شمارش ، تکرار لغات بطور بی صدا ) که شخص احساس می کند مجبور است در پاسخ به یک فکر وسواسی یا مطابق اصولی که باید دقت رعایت شوند عمل کند .

2- هدف رفتارها یا اعمال ذهنی نگرانی یا جلوگیری از بعضی وقایع وحشتناک است با وجود این ، این رفتار ها یا اعمال ذهنی یا به طور واقع گرایا نه با آنچه در نظر است خنثی یا پیشگیری شود ارتباط ندارد یا به وضوح افراطی هستند .

ب ) در مقاطعی از سیر اختلال شخص تشخیص داده است که افکار وسواسی و یا اعمال اجباری ، افراطی یا غیر منطقی هستند توجه : این موضوع در مورد کودکان صادق نیست .

ج ) وسواسها یا اجبارها موجب نگرانی بارز می شوند و وقت گیرند ( بیش از یک ساعت از روز را به خود اختصاص می دهند ) یا به طور قابل ملاحظه ای در کارکرد عادی ، شغلی ، تحصیلی یا فعالیتهای اجتماعی و روابط شخص تداخل می کنند .

د ) اگر اختلال محور یک دیگری وجود نداشته باشد محتوای افکار وسواسی محدود به آن نیست ( مثلاً اشتغال ذهنی با غذا در ضمن وجود اختلال بدشکلی بدن ، اشتغال ذهنی با داروها در ضمن وجود یک اختلال ناشی از مواد اشتغال ذهنی یا ابتلا به یک بیماری جدی در ضمن وجود خود بیمار انگاری ، اشتغال ذهنی با کششها و تخیلات جنسی در ضمن وجود نا بهنجاری جنسی یا نشخوار ذهنی احساس گناه در ضمن وجود اختلال افسردگی اساسی .

ه ) اختلال ناشی از تاثیر فیزیولوژیکی مستقیم یک ماده ( مثلاً یک داروی قابل سوء مصرف ، یک داروی تجویز شده ) یا یک حالت طبی عمومی نیست . ( توکلی زاده ، کمال پور ، توزنده جانی 1383 )

3- اختلالات شخصیتی : براساس DSMIV اختلالهای شخصیتی در 3 دسته قرار می گیرند .

A ) شامل اختلالات پارانوئید ، اسکیزوتایپال .

B ) شامل اختلالات ضد اجتماعی ، بینابینی ، نمایش ( Histrionic) و خود شیفته ( Noreissitic) .

C ) شال اختلالات وابسته ، وسواسی ، جبری ، دوری گزین و طبقه بندی نشده شامل ( انواع افسردگی ، پاسیواگرسیو که ما به بررسی اختلالات شخصیت پارانوئید و ضد اجتماعی می پردازیم .

**1- اختلال شخصیتی پارانوئید :**

پارانویا ، پسیکوز فرضی است که در سنین 45 -40 چهره می نماید و با یک سیر پیشرونده ادامه می یابد . در برابر درمان مقاوم بوده از تواناییهای ذهنی تنها قضاوت را دچار اختلال می کند و از اینرو هذیانهای سیستماتیک بوجود می آورد در مغز ضایعات آناتومیک ( 1 ) ایجاد نمی کند . و با وراثت 10% بستگی دارد . میتوان گفت کهبیماری مبتلا به پارانویا در مقام طول عمر خود یک هذیان واحد رانشان خواهد داد و آن را تفسیر و توجیه خواهد نمد . یعنی صاحب یک هذیان سیستماتیک خواهد بود .

صاحبان این قبیل هذیانها علیرغم خواب بودن اساس ادعایشان بعلت درست بودن ساختمان قیاسی ، در یک نظر تشخیص داده نمی شوند که بیمار روانی باشند و چون به عزت نفس خود پای بند بوده بسیار مراقب رفتار خود هستند ممکن است فردی با فرهنگ و تربیت شده و کمی ستم دیده و متفکر بنظر برسند و بیماریشان در پس این نمودها پنهان شود و از همین روست که به پارانویا جنون منطقی FOLI RASONMENTE هم می گویند .

صفت بارز شخصیت پارانویایی است که اعمال دیگران را تحقیر آمیز یا تهدید امیز تفسیر می کند . هرچند که پارانوییهای افکار کم و بیش سازمان یافته نشان می دهند اما به دیگران اعتماد ندارند و روابط اجتماعی آنها در اثر همین بی اعتمادی مختل شده است افراد پارانویایی ، به رغم بی اعتقادی نسبت به همکاران و رئیس اداره ، معمولاً این توان را دارند که شغل خود را حفظ کنند . شخصیت پارانویایی معمولاً شخصیت جور و ستم نامیده می شود ، زیرا افراد پارانویایی به زن و بچه و زیردستان زور می گویند ، خود بزرگ بین هستند و خیال می کنند که دیگران برای از بین بردن آنها توطئه می چینند ( راتوس ، 1375 : 237 ) ( ستوده ، هدایت ا... ، 1381 ) .

1. **اختلال ضد اجتماعی :**
2. ویژگی های شخصیت ضد اجتماعی یا روان رنجور نوعی به هم ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است و به رفتار نابهنجاری گفته می شود که در جامعه مورد پسند نیست ؛ ولی معمولاً نزد عامل آن ناپسند و زیان بخش شمرده نمی شود ، شخص روان رنجور نیست به هنجارها و مقررات اجتماعی بی اعتنا و بی تفاوت است و با دروغگویی و دزدی حقوق دیگران را پایمال هوی و هوسهای خود می سازد . یک فرد روان رنجور نمی تواند یانمی خواهد شخصیت اجتماعی خود را بر اساس انتظارات و نیاز های اجتماعی که در آن به سر می برد ، تطبیق دهد . ( ستوده ، هدایت ا.. ، 1381 ) .

**ملاکهای تشخیصی اختلال شخصیت ضد اجتماعی :**

الف ) الگوی فراگیر بی اعتنایی و تجاوز به حقوق دیگران که از سن 15 سالگی شروع شده و با 3 علامت و یا بیشتر از علائم زیر مشخص می شود :

1. ناتوانی در همنوایی یاهنجارهای اجتماعی به واسطه احترام گذاشتن به رفتارهای قانون ، که با تکرار اعمالی که زمینه را برای دستگیری فراهم می کند نمایان می شود .
2. فریبکاری ، که خود را از طریق دروغ گفتن مکرر ، استفاده از نام مستعار و لذت شخصی نشان می دهد .
3. تک نه ای بودن یا ناتوانی در برنامه ریزی برای آینده .
4. تحریک پذیری و پرخاشگری که با نزاع های فیزیکی مکرر یا حملات مشخص می شود .
5. بی ملاحظی نسبت به ایمنی خود و دیگران
6. عدم احساس مسئولیت مستمر ، که از طریق ناتوانی مکرر برای حفظ رفتار شغلی یا ثبات ، یا احترام گذاشتن به تعهدات مالی ، تظاهر می کند .
7. فقدان احساس پشیمانی ، که از طریق بی تفاوتی یا دلیل تراشی نسبت به آزار ، بدرفتاری یا دزدی از دیگران ، مشخص می شود .

ب ) سن فرد حداقل 18 سال است .

ج ) شواهدی از اختلال سلوک با شروع قبل از سن 15 سالگی وجود دارد .

د ) وقوع رفتار ضد اجتماعی منحصر در جریان سیداسکنیزوفرنی یا یک دوره مانیک نیست .

**اصطلاح شناسی و مفاهیم :**

**اصطلاحات مورد استفاده برای تعریف این حیطه :**

محققان و متخصصان بالینی و دیگران اصطلاحات متعددی را برای رفتار ضد اجتماعی در کودکان ، نوجوانان و بزرگسالان به کار برده اند . برای روشن شدن بحث ما برخی از این اصطلاحات را به طور مختصر مورد بحث قرار خواهیم داد نخست اینکه تظاهرات رفتار ضد اجتماعی در کودکان و نوجوانان بزهکاری و در بزرگسالان جنایت نامیده می شود . در حقیقت ، تعاریف منطقی و کلی فعالیتهای ضد اجتماعی به طور فرآینده ای رو به گسترش است با این حال کابرد این اصطلاحات برای تحلیلهای وانشناختی محدودیت هایی دارد این محدودیت ها عبارتند از :

1. شناخت سطحی راجع به کاربرد آنها
2. بی توجهی آن ها نسبت به فعالیت های ضد اجتماعی کودکان خردسال و 13 تغییر ماهیت رفتارهای مورد نظر که بر اساس معیارهای ویژه ای تعریف شده اند .

دوم اینکه : پژوهش های روانشناختی تجربی در مورد الگوهای رفتاری بیرونی شده که با تک نشگری ، بینش فعالی ، پرخاشگری و اعمال ضد اجتماعی مشخص می گردد و درونی شده ( اضطراب – گوشه گیری ، اختلال تفکر ، جسمانی کردن ) متفاوت می باشند در حقیقت یک پژوهش سنتی بلند مدت میان این دو بعد با مولفه های رفتاری زیربنایی ، عوامل سبب شناسی و سیر بلند مدت آن تفاوت اساسی قایل شده است اگر چه تفاوت معتبر به نظر می رسد اما احتمال دارد که بین این دو بعد همپوشی وجود داشته باشد .در واقع ارتباط بین رفتار ضد اجتماعی و سندرم های درونی شده اضطراب و افسردگی در مبحث حالات مرضی همراه با اختلال سلوک مورد بررسی قرار گرفته است .

سوم اینکه : در سنت روانپزشکی تدوین طبقات تشخیصی ، بر چسب های اختلال سلوک ( CD) و اختلال بی اعتنایی مقابله ای ( ODD) دو اختلاف رفتاری آشفته ساز به حساب می آیند ODD به بروز خشم ، بی اعتنایی ، تحریک پذیری و رفتارهای مقابله ای نامتناسب با سن و مداوم مشخص می گردد ( CD) شامل رفتارهای پرخاشگرانه و ضد اجتماعی بسیار شدیدتری که موجب ایجاد درد و انکار حقوق دیگران می شود . هدف اصلی این طبقات تشخیصی این است که نشان دهند که خردسال دارای الگوهای رفتاری بی اعتنایی و ضد اجتماعی مقاوم ، مختل و آشفته هستند بنابراین اگرچه بسیاری از خردسالان مبتلا به CD به عنوان بزهکار در نظر گرفته می شوند اما تنها تعداد محدودی از نوجوانان بزهکار به CD تشخیص داده می شوند .

چهارم اینکه : اصطلاح مربوط به بزرگسالانی که الگوی رفتار ضد اجتماعی را نشان می دهند عبارت از اختلال شخصیت ضد اجتماعی است که در محور II طبقه DSM-IVبه چشم می خورد . مفاهیم اختلال شخصیت ضد اجتماعی در دهه های اخیر حاکی از رفتارهای غیر منطقی مختلف و سابقه اختلال رفتاری قبل از بزرگسالی بوده است . ( توزنده جانی ، توکلی زاده ، کمال پور ، 1383 ) .

**پرخاشگری :**

پرخاشگری را رفتاری تعریف کرده اند که هدف آن صدقه زدن به خود یادگیری باشد آنچه در این تعریف حائز اهمیت است قصد و نیت رفتار کننده است ، یعنی آسیب رسانیدن تصادفی به شخص دیگر ، پرخاشگری نیست . مثلاً اگر توپ فوتبال سهواً به بازیکن دیگر اصابت کند ، پرخاشگری نیست . اما اگر فردی مخصوصاً بازیکنان را با پا بزند ، هل بدهد ، تنه بزند و یا فحاشی کند ، پرخاشگری است شاید این تعریف کمتر عینی باشد زیرا می توان از نیات فرد استنباطهای مختلفی کرد . علاوه بر این ، این تعریف شامل رفتارهایی که ما معمولاً بدانها « پرخاشگری » می گوییم نمی شود .

**انواع پرخاشگری :**

روان شناسان اجتماعی دوگونه پرخاشگری را از هم تمیز می دهند .

1- پرخاشگری هدفی : که در آن پرخاشگری خودش هدف است و غالباً با ایجاد درد و هیجان همراه است .

2- پرخاشگری وسیله ای : این نوع پرخاشگری به دلیل خشم یا برای هیجان ایجاد نمی شود بلکه هدف به دست آوردن پاداشهای مطلوب ، همچون پول یا کالای با ارزش است به بیان دیگر ، هدف پرخاشگری ابرازی دستیابی به پاداش است نه آزاد قربانی رفتار .

**نظریه زیستی پرخاشگری :**

فروید کلیه اعمال آدمی را با دو غریزه زندگی و مرگ تحلیل می کند و می گوید غریزه مرگ هم باید به شکلی تخلیه شود : یا به بیرون ، به صورت پرخاشگری و خشونت و دیگر کشی و یا به درون ، به صورت اعمال خود – تخریبی و خود کشی . به همین دلیل است کهنمی توان خشونت را به طور کلی ریشه کن کرد و حداکثر کاری که می شود کرد و الایش آن است ؛ یعنی هدایت کار مایه ( انرژی ) این غریزه در جهتی که مورد قبول اجتماع و به سود آن باشد مثل ورزش ، فعالیتهای سیاسی و رقابت های سالم حرفه ای لورنز( 1966 ) نیز مانند فروید معتقد است که انسان و حیوان هر دو ذاتاً پرخاشگرند ، با این تفاوت که حیوان در طول تکامل خود برای حفظ گونه خود به ساز و کارهایی دست یافته اند . که تکانه های پرخاشگرانه ی آنها را بر ضد گونه خود مهار می کند حال آنکه در مورد انسانها چنین نیست از جمله این ساز و کارها در حیوانات ، رفتارهای آدا بگونه ( Vitualistic ) آنها به هنگام جنگ است که مانع از گسترش خشونت می شود .

**کروموزوم های جنسی :**

در زمان حاضر ، بعضی از پژوهندگان برای اینکه اثبات کنند پرخاشگری پایه و مبنای زیستی ( بیولوژیکی ) دارد ، به کروموزومهای جنسی اضافه اشاره می کنند . گاه یک یا چند کروموزوم به الگوی طبیعی کروموزمها اضافه می شود و به صورت XYY یا XXY در می آید در نتیجه موجودی پا یه عرصه وجود می گذارد که واحد آمادگی بیشتری برای پرخاشگری و بزهکاری است .

با تحقیقات انجام شده مشخص گریده است ، مردانی که دارای یک یا چند کروموزوم Y و X اضافی هستند ، بسیار پرخاشگرند و در میان مرتکبان جنایت های خشن درصد بالاتری تشکیل می دهند . در سال 1966 ریچارداسپک که متهم به کشتن هفت پرستار در شیکاگو شده بود ، الگوی کروموزومی XYY داشت ( کوئن 1372 : 163 ) . پس از کشف این قضیه پژوهشهای گوناگونی در ایالات متحده امریکا صورت گرفته تا معلوم دارد آیا میان کروموزوم و رفتار پرخاشگرانه رابطه ای وجود دارد یا نه ، تا این زمان هیچگونه دلیلی دال بر رابطه میان آنها پیدا نشده است . ( ستوده ، هدایت ا... ، 1382 ) .

**انواع پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی :**

علی رغم پیوستگی قطعی و طولی رفتار ضد اجتماعی تصور بر این است که فعالیت های پرخاشگرانه و ضد اجتماعی کاملاً متفاوت می باشند . اکثر پژوهش های انجام شده در زمینه رشد پرخاشگری بر اهمیت تقسیم این حیطه به طبقات قابل مشخص ( از لحاظ نظری و تجربی ) تاکید کرده اند توصیف این تفاوتها ممکن است به شناخت انواع فرعی این اختلال کمک نماید .

نخست اینکه ، پرخاشگری بین فردی ممکن است کلامی ( فحاشی ، تهدید کردن و ... ) یا فیزیکی ( زدن ، جنگیدن ، حمله کردن ) باشد این تفاوت نه تنها از لحاظ توصیفی بلکه همچنین از لحاظ رشدی نیز تایید شده است پرخاشگری فیزیکی در اوایل رشدی نیز تایید شده است پرخاشگری فیزیکی در اوایل رشد و سال های پیش دبستانی آشکار می شود در حالی که پرخاشگری کلامی در مراحل بعدی شروع می شود . ینابراین تداوم سطوح بالای پرخاشگری فیزیکی تا اواسط دوران کودکی همانند شروع پرخاشگری کلامی در سال های پیش دبستانی مستلزم توجه بالینی می باشد .

دوم اینکه ، پرخاشگری ممکن است به عنوان پرخاشگری ابزاری یا وسیله ای ( هدفمند ) و خصمانه طبقه بندی شود نوع خصمانه بر اساس محتوای رفتار مشخص می گردد برخی سطوح پرخاشگری ابزاری بهنجار تلقی می شود به عبارت دیگر ، پرخاشگری خصمانه در سطوح شدید آن در هز سنی مستلزم ارزشیابی می باشد .

سوم اینکه ، با این تفاوت بین پرخاشگری مستقیم و غیر مستقیم نیز مورد بررسی قرار گیرد پرخاشگری غیر مستقیم بیشتر در دختر ها مشاهده می شود تا پسرها . در میزان پرخاشگری و رفتار ضد اجتماعی نیز تفاوت های جنسی نیز وجود دارد .

چهارم اینکه : رفتار پرخاشگرانه ممکن است درون کنش ( فحاشی یا تهدید کردن ) یا برون کنشی باشد . محققان در برنامه های پژوهشی منظم نشان داده اند که پرخاشگری بدون کنشی ( نه درون کنشی ) با نقایص مختلف و تحریف های پردازش اطلاعات اجتماعی شناختی ( مانند کابرد ناچیز نشانه ها در تصمیم گیری های بین فردی و اسناد نیت های خصمانه به دیگران در موقعیت های بین فردی مبهم و مواجهه با محیط های سوء استفاده کننده ) مشخص می شود بنابراین ف این تفاوت از لحاظ نظری و تجربی حائز اهمیت می باشد . ( توزنده جانی ، توکلی زاده ، کمال پور 1383 )

**هیجان پذیری :**

ظرفیت دریافت هیجانها ، این مفهوم غالباً به معنای هیجان پذیری انحرافی به کار می رود و در این معنا تاثیر پذیری خاص در برابر هیجان است .

هیجانها غالباً بوسیله محرکهای خارجی برانگیخته می شوند و جلوه های هیجان معطوف به آن دسته از محرکهای محیطی است که هیجان را برانگیخته اند .

اکثر رفتارهای برانگیخته یا جلوه های هیجان یا عاطفی همراهند ، هر چند ممکن است در لحظه معین ما چنان درگیر تلاش برای رسیدن به هدف باشیم که نتوانیم توجهی به احساسات خود داشته باشیم .

در بحث از هیجان ، تجارب ذهنی و عاطفی همانند با رفتار را مورد توجه داریم معمولاًاز هیجانهای خود هنگامی آگاه می شویم که یا کوششهای ما برای رسیدن به هدف با مانعی بر بخوریم ( خشم ف نومیدی ) یا سرانجام به هدفمان دست بیابیم ( لذت و شادی ) هم اینک اکثر هیجان ها را می توان مطبوع ( مانند شادی ، عشق ) و یا نا مطبوع ( مانند خشم و ترس ) به حساب آورد علاوه بر این بسیاری از واژه هایی که بیانگر هیجان هستند را می توان از لحاظ شدت درجه بندی کرد . جفت واژه هایی مانند ناخشنودی خشم ، رنج ، عذاب ، اندوه و غصه به تفاوتهایی در میزان شدت هیجانها اشاره دارند بعضی از روانشناسان اصطلاح هیجان را به حالت شدیدتری اطلاق می کنند که تغییرات گسترده ای در وضع فیزیولوژیکی بدن همراهند ، و حالت ملایمتر را احساسات می نامند . اما بین تجارب ملایم مطبوع و هیجانهای شدید ، حالت های بسیار وجود دارد ( منصور ، محمد ، دادستان پریرخ ، میناراد ، لغت نامه روانشناسی 1356 ) .

**بی قراری :**

نا پایداری در این کودکان از ماههای اول زندگی به صورت حساسیت به نور ، صدا ، حرارت ، گریه زیاد و خواب کم ، فرار از آغوش مادر ، جیغ زدن و لگد زدن ظاهر می گردد . این کودکان پر تحرک و در اعمال بی انضباط اند و کمتر کاری را به پایان می رسانند .

علتها عبارتند از :

1. بیماری طولانی و صعب العلاج
2. زایمان غیر طبیعی و دشوار
3. نداشتن وضع روانی متعادل مادر در طول دوران بارداری
4. محیط خانوادگی
5. عدم توجه به شخصیت کودک و بی توجهی به خواسته های او

**روش درمان :**

روش درمانی این کودکان استفاده از دارو درمانی است باتوجه به علائم بیماری و اثر آمفتامین ها و ریتالین در بهبود بیمار موثر می باشند بی قراری و کمبود توجه این کودکان به علت اختلاف در عمل سیستم ونیکولر می باشد اختلالات دقت یادگیری اکثراً باقی می ماند و به عبارت دیگر داروها در ناتوانی یادگیری اثر چندانی ندارد . ( سایت انجمن روانشناسی )

**گوشه گیری اجتماعی :**

گوشه گیری اجتماعی ویژگی بارز است که گروهها نابهنجار را از گروههای نابهنجار متمای می کند برای مثال ، لرلزوداگلاس ( 1985 ) گزارش داده اند که در دوره پیش دبستان ( 3 تا 5 سالگی ) شایعترین مشکل رفتاری گزارش شده بوسیله معلمان گوشه گیری اجتماعی بود . این مساله بیشتر در مورد دختران صادق بود . 11 سال بعد ، لرنر و همکاران 1985 دریافتند که کودکانیکه در سنین پیش دبستانی مشکلات رفتاری متوسط یا شدیدی داشتند دو بار بیشتر از کودکانی که قبلاً شواهدی دال بر مشکلات روان شناختی ارائه نکرده بودند شانس ابتلا به یک اختلال روانی را داشتند . این نتایج بیانگر این احتمال است که گوشه گیری اجتماعی ممکن است عامل خطری برای ابتلا به مشکلات روانی در مراحل بعدی باشد . اگر چه گوشه گیری اجتماعی هدف اصلی بررسیهای روانپزشکی نیست ، اما مشخص شده است که طرد همسالان و تعاملات ناکارآمد همسالان ( که با گوشه گیری اجتماعی ارتباط داشته و پیش بینی مهم آن هستند ) .

ویژگی شایع در تعدادی از کودکان مبتلا به اختلال های روانی است .به علاوه به نظر می رسد که باز داری رفتاری با رشد و بروز اختلال های اضطرابی و افسردگی ارتباط دارد در قسمت بعدی ، باز داری رفتاری به عنوان یک عامل خطر رشدی مورد بحث قرار گرفته است در نتیجه گوشه گیری اجتماعی به عنوان یک ملاک تشخیصی یا نشانه همراه در نظر گرفته می شود .

**تشخیص بالینی و ارزیابی گوشه گیری اجتماعی :**

با توجه به تعریف پدیده گوشه گیری اجتماعی ، اهمیت تعامل همسالان در رشد و نمو طبیعی و اهمیت فقدان با همسالان قابل تامل است ، شگفت آور نیست که اصطلاح گوشه گیری همچنین در اکثر ارزیابیهای استاندارد رشد اجتماعی هیجانی بهنجار وجود دارد این پدیده به طور مداوم به عنوان شاخصی برای اختلال کنترل مفرط یا یک مشکل درونی شده مطرح بوده است گوشه گیری اجتماعی در مقابل پرخاشگری به عنوان یکی از دو بعد اصلی اختلال رفتاری در دوران کودکی شناخته شده است .

**دلبستگی ، بازداری و گوشه گیری اجتماعی :**

رفتارهای اجتماعی کودکان و پیش دبستانی هایی که سابقه دلبستگی نا ایمن نوع « L» را دارند عمدتاً به وسیله ترس از طرد شدن هدایت می شوند از لحاظ مفهومی روانشناسان پیش بینی کرده اند که وقتی کودکان دلبسته نا ایمن در محیط های گروهی قرار می گیرند تلاش می کنند با نشان دادن رفتارهای منفعلانه ، وابسته و کناره گیری از تعدل اجتماعی از طرد شدن اجتناب نمایند از لحاظ تجربی ، این ارتباطات مورد حمایت قرار گرفته است این یافته ها بیانگر این هستند که کودکان مضطرب مقاوم (C ) نسبت به همتاهای این گروه (B ) در 2 سالگی نا کام و محرم شده و از لحاظ اجتماعی بازداری شده اند . کودکان مضطرب – مقاوم C ( همانند نوزادان ) در تعامل با همسالان مهارت کمتری دارند و به وسیله معلمانشان به عنوان کودکان وابسته ، درمانده ، دارای تنش و ترسو از همسالان ایمن شان درجه بندی می شوند سرانجام اریکسون واسروف ( 1985 ) گزارش داده اند که کودکان C در 4 سالگی فاقد اعتماد به نفس و ابراز وجود هستند و در 7 سالگی ، از لحاظ اجتماعی گوشه گیر به نظر می رسند . حمایت از روابط پیش بینی کننده و همزمان میان دلبستگی نا ایمن و شاخص های گوشه گیری اجتماعی در مطالعات جدید به چشم می خورد . ( توزنده جانی ، توکلی زاده ، کمال پور 1383 ) .

**اختلال رفتاری :**

**عوامل و زمینه اختلال رفتاری :**

الف ) زمینه فیزیولوژیکی شامل : 1- تاثیرات ژنتیکی 2- تاثیرات بیوشیمیایی 3- آسیب ساختاری

ب ) زمینه های پویایی شامل : 1- ساخته فکری 2- مراحل جنسی روانی 3- اضطراب و مکانیزم دفاعی

پ ) زمینه های اجتماعی یادگیری شامل : 1- شرطی شدن کلاسیک 2- شرطی شدن فعال 3- یادگیری مشاهده ای

ث ) سایر زمینه ها شامل : 1- نگرش شناختی و رفتار 2- نگرش روانی تربیتی 3- نگرشهای نظام خانواده

**زمینه فیزیولوژیکی :**

1**- تاثیرات ژنتیکی :** کارگریکورمندل ، سراغاز آشنایی با مکانیزمهای گوناگون تاثیرات وراثت بوده است .

توراث از طریق یک ژن واحد ف مکانیزم ژن مغلوب از نظر ژنتیکی تحت تاثیر یک جفت ژن قرار دارند . به ارث رسیدن بیماری تای – ساکس ( tay - sachs) مثالی از این الگو است .

توراث از طریق یک ژن واحد ، مکانیزم ژن غالب ، یک ویژگی می تواند به وسیله ژن غالب منتقل می شود هر گاه ژن از پدر یا مادر به ارث برسد از نظر تئوری ویژگی آن ژن می تواند در شخص ظاهر شود الگوی شناخته شده این حالت زمانی است . چنین ژنی به وسیله چند ژن هم ردیف توسط پدر یا مادر یه تنهایی انتقال یابد در مورد انسان ویژگی های که بوسیله یک ژن غالب منتقل می شوند از این جمله اند موی فر ، گوش آویزان ، انگست صاف ، دست و پا و ... ( منشی ، طولی 1370 )

1. **تاثیرات بیوشیمیایی**

نظریه یولوژیکی در کلی ترین شکل خود از این حکایت دارد که در رشد اختلالات رفتاری مهم ترین عامل است این کمان که آسیب دیدگی روانی بواسط یک نارسایی یا کار نادرست دستگاه زیستی پدید می آید در دنیایی مخرب ، به فرهنگ یونان باز می گردد . بسیاری از تصورات اولیه و جاری درباره نقش تاثیرات بیولوژیکی در اختلالات رفتاری نشانگر عدم توازن دز شیمی بدن است .بقراط تصور می کرد که عملکرد خوب ذهن به هماهنگی صحیح چهار مایع بدن یعنی خون ، بلغم ، صفرا و سودا بستگی دارد و در نتیجه سودای اضافه ، برای مثال موجب مالیخولیا می شود ، یعنی آنچه که ما امروز دلتنگی و افسردگی می نامیم ( منشی ، طولی 1369 ) .

1. **آسیب ساختاری**

دیدیم که چگونه امکان دارد تاثیرات ژنتیکی و بیو شیمیایی در اختلالات رفتاری دخالت داشته باشد . آسیب شدید به یکپارچگی ساختمانی و فیزیولوژیکی دستگاه بیولوژیکی نیز ممکن است مشکلات رفتاری و ذهنی بسیار تولید کند . این تاثیرات شناخته شده یا تاثیراتی که تصور می شود دخالت داشته باشند ممکن است در خلال دوران بارداری ( پیش از تولد ) یا حدد تولد و هنگام آن ( هنگام زایمان ) یا طی رسد در مراحل بعدی روی می دهد . تاثیرات پیش از تولد در حال حاضر توجه به افراد بسیاری به علل مرگ ، بیماری و ناقص الخلقه شدن جنین ، جلب شده است هر چند نمی توان جنین را به طور کامل در برابر مرگ ، بیماری ، ناقص الخلقه شدن حفظ کرد ، زنان باردار باید کاملاً مراقبتهای لازم را به عمل آورند و از قرار گرفتن در برابر این خطرات بپرهیزند و نیز ابتلا به بیماری فوراً در مداوای آن بکوشند .

**تاثیرات بعدی**

این موضوع حائز اهمیت است که امکان دارد مغز پس از تولد آسیب ببیند آسیب دیدن مغز می تواند بر اثر حادثه ، بیماری ، تغذیه نادرست یا مسمومیت های اتفاقی باشد ( منشی طولی – 1369 ) .

**زمینه های پویایی**

1**- ساختمانهای فکری** : فروید توضیح دستگاه روانی به 3 قسمت اشاره دارد : نهاد خود ، فراخود هر کدام از این ساختمان ها قسمتی از نظام عملکرد روان را توضیح می دهد نهاد هنگام تولد وجود دارد و اولین ساخت و منبع تمام انرژی روانی است سایر ساختمان های روانی ، خود ، و فراخود از نهاد سرچشمه می گیرند و باید انرژیهایشان را از آن به دست آورند .

2**- مراحل جنسی روانی** : دیدگاه تحلیل روانی بر نظریه مراحل رسد متکی است هنگام با رشد کودک ، تمرکز انرژی روانی از ناحیه ای به ناحیه دیگر بدن انتقال می یابد . این فرایند فرد را با ترتیب ثابتی از میان مرحله های رشد روانی – جنسی به جلو هدایت می کند .

هر مرحله نامش را از ناحیه ای از بدن که منبع اولیه خشنودی طی آن دوره است م یگیرد ( برای مثال دهان ، مقعد ، آلت هر کدام از این سه مرحله نیز در بهرانهای رشدی درگیرند و کودک در هر مرحله با از بین بردن کم و بیش تعارضات از رشد باز می ماند .

3- **اضطراب و مکانیزم دفاعی** : اضطراب علامت خطری برای خود است ، بدین معنی که انگیزه های غیر قابل قبول در طلب به دست آوردن خود آگاهی هستند زمانیکه این علامت به خود آگاهی می رسد، خود برای مقابله با اضطراب دست به اقدام می زند دو نمونه از این اقدامهای دفاعی سرکوبی و انکار است .

**زمینه های اجتماعی**

**1- یادگیری رفتار** : مفهوم کلی یادگیری این است که اختلالات دوران کودکی بههمان طریق به کود می رسد سایر رفتارها ، واتسون ، بر خلاف فروید ، یه عوض تعارض های روان درونی نا خود آگاه ، به رویدادهای قابل رویت تاکید داشت . چشم انداز رفاری وی به جای استفاده از شرایط بالینی ، در آزمایشگاه های روانی رشد یافت و بر ارزشیابی عینی و تجربی توجه بسیار داشت .

2**- شرطی شدن کلاسیک** : کانون اصلی توجه شرطی کردن کلاسیک ، تجربه پاولف ازسگی است که آموخت بزاقش را در پاسخ به انگیزه ای که قبل از آنحالت خنثی داشت ، ترشح کند . تجربه اولیه پاولف نسبتاً ساده بود . ابتدابا ارائه پودر گوشت ( محرک غیر شرطی ) بزاق سگ شروع به ترشح کرد سپس همراه با ارائه پودر گوشت آهنگی ( محرک شرطی ) نیز نواخته شد . بزودی با نواختن آهنگ پیش از ارائه پودر گوشت بزاق سگ شروع به ترشح کرد . ترشح بزاق سگ در پاسخ به آهنگ ، پاسخ شرطی نام گرفت .

3**- شرطی شدن فعال** : نظریه یادگیری توراندیک در قانون تاثیر و نیز آنچه اسکینر و پیروانش در این باره بیان داشته اند ، احتمالاً بدیش از هر چشم انداز رفتاری دیگری درباره اختلالات کودکان به کار می آید . شرطی کردن ابزاری ( فعال ) بر نتایج رفتار تاکید دارد .

**یادگیری مشاهده ای**

پژوهشگری که بیش از همه به یادگیری مشاهده ای یا سرمشق مدل سازی می پردازد ، البرت باندور که در کنار پیوندش با این موضوع مطالعات بسیاری روی پیدایش و درمان اختلالات رفتاری کودکان ، داشته است .

فرایند های پیچیده ای که برای یادگیری مشاهده ای لازم است ، نیز شرح داده شده است ، تتقلید ، به توجه کودک به جنبه ی رفتاری مدل بستگی دارد کودک همچنین باید اطلاعات خود را سروسامان دهد ، کد بندی کند ، و به خاطر بسپارد .

**سایر زمینه ها**

1- نگرش شناختی رفتار : گرایش های جدید در روانشناسی در امریکا ، موجب شده است که تاکید بر فرایندهای شناخت افزایش یابد . برای مثال ، تحقیقها و نظریه ها در زمینه های یادگیری ، شخصیت ، روانشناسی رشد بازتابی است که از بالا گرفتن آگاهی درباره فرایند هایی مانند تفکر ، تصور ذهنی و ... .

2**- نگرش روان تربیتی مطرح می شود** . دیدگاهی است که در عمل از کار با کودکان برداشت شده است به از الگوهای فرضی و ذهنی در این چشم انداز مشکلات کودکان در محدوده ی یک محیط تربیتی بررسی می شود .

3**- نگرشهای نظام خانوادگی** : در واقع تمام نگرشهایی که در محیط اجتماعی را در اختلافهای رفتاری موثر می شناسند ، بر اهمیت تاثیر خانواده اذعان دارند ، امکان دارد دیدگاه های مختلف شرح دهند چگونه ، عامل خانواده می تواند برای مثال ، تعارضهای میان کودک و والدین در مشکلات دوران کودکی ( پرخاشجویی و تخلیه هیجانی ) سهیم باشد .

با این حال ، نظریه پردازان نظام های خانواده به تاثیرات خانواده به گونه ای متفاوت می نگرند . به رغم آن که این امر به یک نظریه واحد منحصر نمی شود ، قضیه اصلی این است که به رغم آن که این امر به یک نظریه واحد نمحصر به فرد نمی شود ، قضیه اصلی این است که خانواده پیچیده تر از آن است که مجموعه بخشهای آن نشان می دهد ( بوئی Bowen ، 1980 ) خانواده نظام پیچیده ای است که به کودک هویت یک بیمار را می دهد .

**تفاوتهای مربوط به جنسیت**

دختران نسبت به پسران ترس بیشتری نشان می دهند . ترس آنان احتمالاً از ما و موش است در حالیکه ترس پسران بیشتر از این است که مورد انتقام دیگران واقع شود ( لاپوزومانک ، 1959 ، میسلر و همکاران ، 1974 ) . برخی بررسیها همچنین نشان می دهد که شدت ترس در دختران به تناسب بیشتر از پسران است ( گرازیلنو و همکاران 1979 ) .

**مساله سن** : به نظر می رسد شما کودکانیکه به یک یا بیش از یک نوع ترس مبتلایند و نیز شمار ترسهای گزارش شده در کودکان ، با افزایش سن کاهش یابد . امکان دارد ارتباط بین این دو موضع خطی نباشد . زیرا مشاهده شده است که این ارتباط در حدود 11 سالگی به شدت تند و تیز می شود .

**دسته بندی اختلالات رفتاری**

**الف ) گروهبندی براساس مزاج** : بقراط حکیم ( 460- 377 ق.م ) پزشک و دانشمند بزرگ یونان که به پدر پزشکی شهرت دارد معتقد است که اختلاات روانی یا رفتاری به علت آسیب مغزی یا بیماریهای مغزی و زیاد شدن نسبت یکی از ترشحات بدن یا اخلاط چهارگانه ایجاد می شود .

1- دمویی یا خونی : این دو دوره که خون بر سای اخلاط غالب است از کودکی تا 15 سالگی به طول می انجامد .

در این دوره بدن گرم و مرطوب است بنابراین زمینه های رشد کاملاً مساعد می باشد .

2- صفراوی : از 15 سالگی تا حدود 35 سالگی غلبه صفرا بر شدت خود می رسد محیط بدن در این دوره سرد و مرطوب است .

3- سوداوی : از 35 سالگی تا حدود 60 سالگی ، سودا بر سایر اخلاط تسلط دارد محیط بدن گرم و خشک است .

4- بلغمی : از حدود 60 سالگی به بعد بدن در این دوره سرد و خشک است .

5- اختلالات رفتاری دوره بلوغ و جوانی ( 5 تا 20 سالگی ) : اختلالات رفتاری در این دوره بیشتر در ارتباط با اختلاف سلیقه و عقیده جوان بانحوه زندگی و ارزشهای والدین است . ( سیف نراقی و نادری 1374 صفحه 29 تا 34 ) .

**ب) گروهبندی بر اساس رفتارهای اولیه و ثانویه** : از دیگر دسته بندی هایی که در زمینه اختلالات رفتاری شده است تقسیم بندی اختلالات رفتاری به انواع اولیه و ثانویه می باشد . بدین معنی کودکان با اختلالات رفتاری اولیه ازاوان زندگی رفتارهایی از خود نشان داده اند که متناسب با سن تقویمی و سن عقلی آنان نمی باشد .

ج ) گروهبندی بر اساس سن : بر اساس سن نیز دسته بندی دیگری از اختلالات رفتاری شده است به عبارت دیگر برای هر گروه سنی رفتارهای انحرافی غالبی را مشخص کرده اند .

1- دوره کودکی ( تولد تا 3 سالگی ) : واکنشهای رفتاری بیمارگونه کودکان در این دوره اکثراً از نوع واکنشهای سایکوسوماتیک یا روان تنی می باشد .

2- دوره دوم کودکی ( 4 تا 6 سالگی ) : اختلالات رفتاری در این دوره بیشتر به صورت ترس ، انواع عادات نامطلوب مانند جویدن ناخن ، مکیدن انگشت و ... است . اختلالات رفتاری این دوره بیشتر از نوع واکنشهای زودگذر تطابقی یا مقدمات نوروماتیک است .

3- اختلالات رفتاری دوره سوم کودکی ( 7 تا 11 سالگی ) : اختلالات رفتاری در این دوره بیشتر به صورت دروغگویی ، دزدی ، امتناع از رفتن به مدرسه و ...است .

4- اختلالات رفتاری دوره نوجوانی ( 12 تا 14 سالگی ) اختلالات رفتاری در این دوره بیشتر در ارتباط با انجام تکالیف مدرسه و برآوردن توقعات و نتظارات تحصیلی از طرف معلم و والدین است .

**گروهبندی بر اساس سبب شناسی :** در دسته بندی ، اختلالات رفتاری بر اساس سبب شناسی آن به دو دسته عمده تقسیم می شود که عبارتست از :

1. اختلالات رفتاری با زیر بنای ارگانیکی یا جسمی
2. اختلالات رفتاری با زیر بنای روانی و بدون مشکلات جسمی
3. اختلالات رفتاری که منشاء عضوی است و عضوی دارد . مشکلات رفتاری به علت آسیب مغزی یا اختلال در وظایف غدد مترشحه داخلی و مانند آن بوجود می آید .

**گروهبندی از دیدگاه روانپزشکان و پزشکان** : انجمن روانپزشکان آمریکا دسته بندی اختلالات رفتاری کودکان را به کمک جمع بندی نظرات متخصصین روانشناس بالینی که از نزدیک به اصطلاح و درمان مشکلات رفتاری این گونه کودکان اشتغال دارند .

- دسته بندی اختلالات رفتاری بر بنیاد 5 زمینه زیر که در بر گیرنده عوامل شخصی و محیطی می باشد بنا شده است .

الف ) نشانه های مرضی روانی

ب ) اختلالات شخصیت و اختلالات رشد

ج ) اختلالات جسمی و چگونگی کم و کیف آن

د ) شدت مسائل فشار زای روانی – اجتماعی

ه ) بالاترین سطح عملکردهای انطباقی یا رفتارهای سازش یافته ی فرد در سال گذشته .

**گروهبندی اختلالات رفتاری کودکان توسط ترویج روانپزشکی :**

گروه ترویج روانپزشکی در دسته بندی اختلالات رفتاری کودکان بیش از 40 دسته فرعی را شناسایی کرده است .

گروه های اصلی این دسته که بر اساس مفاهیم و فرایند های روانکاوی می باشد عبارتست از :

1. پاسخهای سالم متناسب با مسائل شخصی – اجتماعی
2. اختلالات واکنشی یا واکنش زود گذر تطابقی
3. اختلالات سایکونورومرتیک
4. اختلالات روان تنی
5. اختلالات شخصیتی
6. اختلالات سایکوتیک
7. انحراف رشدی
8. سندرمهای مغزی ( بیماریهای حاد و مزمن مغزی )
9. عقب ماندگیهای ذهنی

10 – سایر اختلالات

**گروهبندی از دیدگاه های مختلف آموزش و پرورش :**

هر یک از این دسته بندی ها طرفداران خاص دارد ف اما چون طرفداران این نوع دسته بندی ها با نگرش پزشکی – روان پزشکی به دسته بندی بیماریهای روانی پرداخته اند ، بنابراین نگرش آموزش و تربیتی نادیده انگاشته شده است .

1. بی نظمی در سلوک : کودک که دارای بی نظمی در سلوک است ، قدرتها را به مبارزه می طلبد ، دشمنی با منابع قدرت مانند افسر پلیس ، معلم ، پدر و ... دارد .
2. اضطراب و گوشه گیری : کودک مضطرب ، افسرده کودکی خجالتی ، ترسو ، گوشه گیری ، حساس و مطیع است . ولی بیش از حد وابسته می باشد و به سادگی افسرده می شود .
3. رفتارهای نا مناسب و ناپخته : در رفتاهای این گونه کودکان ویژگیهایی چون عدم توجه ، فقدان علاقه نسبت به امور ، به ویژه به مدرسه و تحصیل ، تنبلی گنگی و گیجی ، انکار باطل ، رویاهای روزانه بی اساس و ... به صورت وافر مشاهده می شود .
4. رفتارهای ضد اجتماعی : کودکان با رفتارهای ضد اجتماعی ، برخی از ویژگیها یا مشکلات رفتاری کودکان یا بی نظمی در سلوک را دارند اما این گونه کودکان در بین گروه همگنان خود اجتماعی هستند . آنان معمولاً عضو یک گروه می باشند . همواره در گردابی از رفتارهای گناه آلود و جنایت آمیزی به سر می برند . نمونه ای از رفتارهای ضد اجتماعی ، مانند دزدی ، مدرسه گریزی ، پرسه زنی ، باندبازی و ... مشاهده می شود .( سیف نراقی و نادری 1374 )

**اختلالات رفتاری نوجوانان** : شامل 1- شناختی 2- اختلالات عاطفی 3- جسمانی

**1- شناختی** : شامل اختلالاتی هستند که به صورت تفکر اختلالاتی تلقی می شوند یعنی نوجوان این گونه رفتارها را در جهت ارضای نیازهای درونی خود توجیه می کند و این گونه رفتارها را برای خود نوعی هنجار قابل توجه می پندارد و این رفتارها از نقطه نظر شناختی بسیار پیچیده و شامل کنشها و واکنشهای شخصیت فرد با پدیده های امور اجتماعی شخصیتی است و به اصطلاح نوعی جمع بندی از امور و عناصر عناصر رفتاری را برای رسیدن به یک هدف در جهت ارضاء و تحقق آرمانها و آرزوهای خود می پذیرد مثلاً فرد والدین را عامل جهت محدود کردن خواستهاو تمایلات نوجوانی خود می بیند و با نوجوانان و الگوهای خاص هنری و ورزشی همنوایی می کند و نوع تضاد گرد بین نسل نوجوانان و والدین پیش می آید که این رفتار ها نوعی اختلالات رفتاری شناختی تلقی می شوند ( بخاریان دیگران 1377 )

**2- اختلالات عاطفی :** در اثر کاهش و تقلیل حمایت ها و محبت ها و عواطف والدین و مربیان و اولیاء امور جامعه در نوجوانان شکل می گیرد . نوجوانانی که پدران و مادران از هم گسیخته و ستیزه جو دارند . معمولاً فرصت کسب زمینه های حمایتی و پذیرش از طرف والدین را کمتر پیدا می کند و اگر این وضع در مدرسه و جامعه برقرار باشد نوجوانان نوعی احساس جدایی از آنها نموده و با رفتارها و حرکات مخالف آنها درصد مخالفت باوالدین و اولیاء بر می آیند .

**اختلالات جسمانی :** که در اثر حوادث طبیعی ممکن است ، عارض شده باشد و هم در اثر اختلالات شناختی و عاطفی ممکن است بروز نماید . مثلاً لنگیدن و یا کوری و کری ممکن است در اثر حوادث طبیعی رخ داده باشند . ولی وسواس ، اضطراب و پرخاشگری و افسردگی ممکن است از عوامل شناختی و یا حتی از مشکلات جسمانی ریشه گرفته باشد با اصطلاح این اختلالات زنجیره ای هستند و ممکن است عنصری عامل اختلالی و یا اختلالی باعث اختلال دیگری قرار گرفته شدهباشد .

**اصول کلی رفتار درمانی اختلالات رفتاری :**

1. اختلالات رفتاری در اکثر مواقع حاصل یادگیری نامناسب ، نادرست یا معیوب است بنایراین برای درمان آن باید نشانه ها یا علائم رفتار نامناسب یا نادرست حذف گردد و بجای آن رفتار جدی کهمناسبتر و موثرتر است ، جایگزین شود .
2. اختلالات رفتاری به عنوان انحراف کمی فاحش یا افراط و تفریط در رفتاری خاص از رفتارهای هنجار مربوط تلقی می شود لذا برنامه درمانی بایستی در پی افزایش بروز رفتار مناسب و نیز کاهش رفتاری که از نظر ملاومت ، تکراری ، زمان و مکان وقوع ، نا مناسب است باشد .
3. اختلالات رفتاری به دلیل نامناسب بودن سرایط محیط اجتماعی و تقویت نشانه های اختلال ، توسط محیط بوجود می آید . لذا همین محیط اجتماعی می تواند موجب تغییر در رفتارو نیز حفظ آن باشد .
4. اختلال رفتاری ویژه یا به طور کلی هر رفتاری اگر تقویت مثبت شود چون واکنش ارگانیزم با نتیجه رضایت بخش همراه بوده تداوم می یابد و تکرار می شود در حالی اگر تقویت منفی صورت گیرد چون واکنش ارگانیزم با احساس درد ، رنج ، نارضایی همراه می باشد آن رفتار کاهش و یا خاموش می گردد ( صفحه 61 و 62 ) .

**برآورد درصد شیوع اختلالات رفتاری :**

محققین مختلف درباره درصد اختلالات رفتاری ، ارقام گوناگونی را گزارش کرده اند ، این اختلاف در گزارش و اعلام میزان و درصد اختلالات رفتاری بستگی به عوامل متعددی دارد که مهم ترین آنها عبارتند از :

1. اهداف ، نگرشها و ویژگیهای سازمان یا فردی که ارقام یاد شده را برآورد می کند
2. تعریفی که برای اختلالات رفتاری به کار برده می شود .
3. علت یا عللی که منشاء اختلالات رفتاری تلقی می شود .
4. وسیله یا وسایل اندازه گیری و ارزشیابی که در تشخیص اختلالات رفتاری از آنها استفاده می شود . ( سیف نراقی و نادری 1374 ) .

**رابطه میزان شیوع کلی اختلالات رفتاری با عوامل جمعیت شناختی .**

1. شغل پدر : بالاترین میزان شیوع اختلالات رفتاری مربوط به کودکانی بود که پدران آنان بیکار وکمترین میزان مربوط به کودکانی بود که پدران آنان کارمند بودند .
2. شغل مادر : بالاترین میزان شیوع اختلالات رفتاری مربوط به کودکانی بود که مادران آنها خانه دار یا کارگر و کمترین میزان مربوط به کودکانی بود که مادران آنان کارمند بودند .
3. در آمد پدر : میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکانی که پدر آنان بدون درآمد بودند و آنهایی که پدرانشان درآمد بالایی داشتند کمترین بود حتی میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکانی که مادران آنان هیچ درآمدی نداشتند ( خانه دار ) بودند کمتر بود و در کودکانی که مادران آنها درآمد بالاتر از 100 هزار تومان داشتند هیچ گونه اختلالای مشاهده نشد .
4. تحصیلات پدر و مادر : هر چه سطح تحصیلات پدر و مادر بالاتر رفته ، میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان آنان کاهش داشته .
5. سن پدر و مادر : بین پدر ومادر و میزان شیوع اختلالات رفتاری کودکان رابطه معنی داری حاصل نشد .
6. رتبه تولد : بین رتبه تولد و میزان شیوع اختلالات رفتاری تفاوت معنی دار به دست نیامده .
7. بعد خانوار : هرچه تعداد فرزندان بیشتر شده احتمال افزایش اختلالات رفتاری نیز افزایش داشته .
8. بیماری روانی و یا بیماری جسمی مزمن خانواده : در این پژوهش بین وجود بیماری روانی و یا جسمی مزمن در یک یا چند عضو خانواده با میزان سیوع اختلالات رفتاری در کودکان رابطه معنی داری به دست آمده .
9. وضعیت مسکن : بین وضعیت مسکن و نوع ( ویلایی یا آپارتمانی ) اختلالات رفتاری کودکان رابطه معنی داری حاصل نشد . ( مجله شماره اول – سال دوم – بهارو تابستان 1383 ) .

**مطالعات انجام شده اختلالات رفتاری در ایران و خارج**

دژکام در سال 1371 درباره میزان شیوع اختلالات رفتاری دانش آموزان شهرستان قم مطالهاتی انجام داده و نتایجی بدست اورده مانند رابطه بین میزان شیوع اختلال سلوک با وضعیت اشتغال و سودا والدین و ترتیب تولد و تعداد فرزندان مورد بررسی قرار داد . که نتیجه گرفت اختلال سلوک بجز ترتیب تولد با هیچیک از دیگر عوامل ذکر شده رابطه معنی داری نداشته است نتایج پژوهشی انجام شده توسط بخاریان و همکاران او در سال 1369 درباره دانش آموزان شهرستان اهواز با موضوع انواع مشکلات روانی – رفتاری درمیان دانش آموزان از دیدگاه و بیان بهداشت آن مدارس . نتیجه آن بود که بروز اختلالات رفتاری ایزایی نسبت به اختلال نوروتیک بیشتر است .

پیترس و همکاران (1993 ) کلرمان (1988 ) ، گرانت ( 1933 ) شیوع افسردگی در کل جامعه را 6 درصد و نوجوانان را در حدود 2 درصد از کل جمعیت برآورد کرده اند .

تدارک و همکارانش (1990 ) در تحقیقات خودشان داده اند که حدود 20 درصد از نوجوانان 13 تا 19 ساله تا قبل از 18 سالگی یک بار به افسردگی میتلا شده اند شیوع افسردگی در بین خانمها بیشتر از آقایان است بسیاری از گزارشهای تحقیقاتی حاکی از آن است کهخانمها 2 تا 26 درصد از عمر خود را با درجاتی از حالتهای افسردگی م یگذرانند و این رقم د رآقایان حدود 10 تا 12 درصد است ( دکتر افروز )

( نیکولی 1979 ، راتر 1980 ) در تحقیقات خودشان داده اند که در بین نوجوانا هر چند به طور موقتی حالتهای غم و اندوه و بد بینی به آینده و بی ارزشی در حدود 40 درصد دیده می شود . حدود 8 تا 10 درصد آنان گفته اند که میل به خود کشی دارند .

**منابع**

* + احدی ، حسن ، و فرهاد جمهوری ، (1377) ، روانشناسی رشد (2 ) ، نوجوانی ، جوانی ، میانسالی ، پیری ، تهران ، بنیاد
  + ای جین گارلند ، ( 1384 ) ، افسردگی در نوجوانا ( ترجمه سیامک نقشبندی ) تهران ، ارسباران
  + اریک جی ، ماس ف راسل ای. بارکلی (1383 ) . روانشناسی مرضی ترجمه حسن توزنده جانی ف جهانشیر توکلی زاده ، نسرین کمال پور ف تهران . انتشارات آوای کلک ، مرندیز
  + دلاورر ، علی ، 1381 ، روش تحقیق در علوم تربیتی و روان شناسی ، تهران ، انتشارات رشد
  + دلاورر ، علی ، 1381 ، آمار استنباطی ، تهران ، انتشارات رشد
  + رتیاویکس ، نلسون ، الن سی ایزرائل ، ( 1396 ) ، اختلالات رفتاری کودکان ،( ترجمه منشی طوسی ، محمد تقی ) ، ( آستان قدس رضوی )
  + ویرسادوک و بنیامین ( ترجمه رفیعی حسن و خسرو سبحانیان ) ، ( 1382 ) ، تهران انتشارات ارجمند
  + سیف نراقی ، مریم ، دکتر نادری عزت اله ( 1382 ) ، روان شناسی اجتماعی ، تهران ، آوای نور
  + شاملو ، سعید ( 1370 ) آسیب شناسی روانی
  + منصور ، محمد ، دادستان ، پریرخ میناراد ، لغت نامه روانشناسی ، انتشارات سازمان چاپ هنر ، 1365
  + سایت انجمن روانشناسی