

به نام خدا

# شفقت درمانی و مشکلات رفتاری نوجوانان

مؤلفان :

اکرم نوری

زهرا فرهمندمهر

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۲

سرشناسه: نوری، اکرم، ۱۳۶۶-  
عنوان و نام پدیدآور: شفقت درمانی و مشکلات رفتاری نوجوانان/ مولفان اکرم نوری،  
زهره فرهنگمهر.  
مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.  
مشخصات ظاهری: ۱۵۵ص.  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۰۳۱-۹  
وضعیت فهرست نویسی: فیفا  
یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۴۸-۱۵۵.  
موضوع: اختلالات رفتاری در نوجوانان

Behavior disorders in adolescence

Compassion

شفقت

شناسه افزوده: فرهنگمهر، زهره، ۱۳۶۷-  
رده بندی کنگره: RJ۵۰۶  
رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹  
شماره کتابشناسی ملی: ۹۲۰۷۷۷۸  
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیفا

نام کتاب: شفقت درمانی و مشکلات رفتاری نوجوانان  
مولفان: اکرم نوری - زهره فرهنگمهر  
ناشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)  
صفحه آرای، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲  
چاپ: مدیران  
قیمت: ۱۳۵۰۰۰ تومان  
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:  
<https://chaponashr.ir/ketabresan>  
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۰۳۱-۹  
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



## فهرست مطالب

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| پیشگفتار.....                                               | ۹  |
| فصل اول: مشکلات و اختلالات رفتاری نوجوانان.....             | ۱۲ |
| اختلالات رفتاری چیست؟.....                                  | ۱۳ |
| اختلالات رفتاری کودک و نوجوان.....                          | ۱۴ |
| طبقه‌بندی اختلالات رفتاری کودکان.....                       | ۱۹ |
| عوامل مؤثر بر بروز اختلالات رفتاری.....                     | ۲۱ |
| علائم شایع اختلالات رفتاری چیست؟.....                       | ۲۹ |
| علائم خطرناک اختلالات رفتاری چیست؟.....                     | ۳۰ |
| علت بروز اختلالات رفتاری چیست؟.....                         | ۳۰ |
| فاکتورهای خطر در بروز اختلالات رفتاری چیست؟.....            | ۳۱ |
| عوارض بالقوه اختلالات رفتاری کودکان چیست؟.....              | ۳۱ |
| چگونه می‌توان ریسک بروز اختلالات رفتاری را کاهش داد؟.....   | ۳۲ |
| درمان اختلالات رفتاری.....                                  | ۳۳ |
| چگونه می‌توان به بهبود اختلالات رفتاری کودکان کمک کرد؟..... | ۳۳ |
| فصل دوم: انواع اختلالات رفتاری در نوجوانان.....             | ۳۶ |
| اختلال سلوک.....                                            | ۳۷ |

|    |                                                     |
|----|-----------------------------------------------------|
| ۳۹ | ..... ملاک‌های تشخیصی DSM – IV برای اختلال سلوک     |
| ۴۰ | ..... شیوع                                          |
| ۴۲ | ..... سبب‌شناسی                                     |
| ۴۶ | ..... سیر و پیش‌آگهی                                |
| ۴۸ | ..... اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای                   |
| ۴۹ | ..... ملاک‌های تشخیصی اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای   |
| ۵۰ | ..... شیوع                                          |
| ۵۱ | ..... سبب‌شناسی                                     |
| ۵۲ | ..... سیر و پیش‌آگهی                                |
| ۵۳ | ..... اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه                   |
| ۵۳ | ..... تاریخچه اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه           |
| ۵۵ | ..... نشانه‌های کمبود توجه - بیش‌فعالی در کودکان    |
| ۶۳ | ..... شیوع اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه              |
| ۶۴ | ..... عوامل مؤثر در بروز بیماری                     |
| ۶۶ | ..... اختلالات همبود با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه |
| ۶۸ | ..... سیر اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه               |
| ۶۹ | ..... تشخیص افتراقی بیش‌فعالی کمبود توجه            |
| ۷۳ | ..... بیش‌فعالی و رابطه آن با جنسیت                 |

|     |                                                                 |
|-----|-----------------------------------------------------------------|
| ۷۴  | .....خصوصیات بالینی (ADHD)                                      |
| ۷۶  | .....خصوصیات کودکان بیش فعال                                    |
| ۷۸  | .....پیامدهای اختلال کاستی توجه / بیش فعالی                     |
| ۷۹  | .....ارزیابی بیش فعالی و کمبود توجه                             |
| ۸۳  | .....فرآیند ارزیابی بیش فعالی کمبود توجه                        |
| ۸۶  | .....معرفی دو روش ارزیابی بیش فعالی و کمبود توجه                |
| ۸۶  | .....مصاحبه تشخیصی ارزیابی بیش فعالی و کمبود توجه در کودک (ACE) |
| ۸۹  | .....سبب شناسی اختلال بیش فعالی / نقص توجه                      |
| ۹۸  | .....فصل سوم: خودشفقتی در نوجوانان                              |
| ۹۹  | .....هیجان های مشترک انسانی: تو تنها نیستی                      |
| ۱۰۰ | .....هیجان های مشترک انسانی چیست؟                               |
| ۱۰۱ | .....چرا هیجان های مشترک انسانی تا این حد اهمیت دارد؟           |
| ۱۰۲ | .....تمرین: شخصی مثل من                                         |
| ۱۰۵ | .....تمرین: خانه من / خود من                                    |
| ۱۰۹ | .....تمرین: تعهد دادن به خود                                    |
| ۱۱۰ | .....مهربانی با خود: با خودتان همانند یک دوست خوب رفتار کنید    |
| ۱۱۲ | .....برخورد با انتقادگر درونی                                   |
| ۱۱۴ | .....تمرین: تجسم کردن ملاقات با انتقادگر درونی و شخصی دیگر      |

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| تمرین کردن با حرف‌های صدای حقیقی خودتان.....     | ۱۱۶        |
| مراقبه: مهربانی برای کسی که برایتان مهم است..... | ۱۱۷        |
| عبارت‌های خودتان را پیدا کنید.....               | ۱۱۸        |
| لمس همدلانه.....                                 | ۱۱۹        |
| مراقبه موسیقی.....                               | ۱۲۲        |
| <b>فصل چهارم: شفقت درمانی.....</b>               | <b>۱۲۴</b> |
| شفقت به خود.....                                 | ۱۲۵        |
| تعریف شفقت به خود.....                           | ۱۲۵        |
| خاستگاه شفقت به خود.....                         | ۱۲۹        |
| مؤلفه‌های شفقت به خود.....                       | ۱۳۰        |
| ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت به خود.....            | ۱۳۳        |
| تأثیر شفقت به خود.....                           | ۱۳۶        |
| همبسته‌های شفقت به خود.....                      | ۱۳۸        |
| شفقت به خود و تنظیم هیجانات.....                 | ۱۳۹        |
| شفقت به خود و ذهن‌آگاهی.....                     | ۱۴۰        |
| شفقت به خود و کمال‌گرایی.....                    | ۱۴۱        |
| شفقت به خود، اضطراب و اضطراب اجتماعی.....        | ۱۴۳        |
| منابع شفقت به خود.....                           | ۱۴۴        |

شفقت به خود در زمینه درمانی..... ۱۴۵

آموزش شفقت به خود ذهن آگاه (MSC)..... ۱۴۶

منابع و مآخذ..... ۱۴۸



# پیشگفتار

اختلالات روانی از جمله مشکلاتی است که خانواده‌ها به آن بها نمی‌دهند. اگر کودک یا نوجوانی دست یا پایش بشکند، پدر و مادرش با تمام توانشان سعی می‌کنند که بهترین درمان را برای او فراهم کنند. اما آیا اگر برای همان نوجوان مشکلات روانی ایجاد شود، پدر و مادر به همان اندازه پیگیر درمانش هستند؟ به همین دلیل است که اختلالات روانی شایع در نوجوانی جدی گرفته نمی‌شود.

دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین دوره‌هایی است که هر فرد در زندگی‌اش پشت سر می‌گذارد. در این دوره نوجوان سعی دارد به همه بفهماند که دیگر کودک نیست و هر نوع تلاشی که بتواند انجام می‌دهد که بقیه افراد بپذیرند که بزرگ شده است. اختلالات روانی شایع در نوجوانی ممکن است به دلیل مشکلات بلوغ آغاز شود و یا جدی‌تر شود. به همین علت تربیت نوجوان و رفتار با او اهمیت بسیار زیادی دارد.

گاهی اتفاق می‌افتد که والدین یک نوجوان به او در مورد داشتن اختلالات روانی شک می‌کنند. اما به دلیل مشکلاتی که دارند و یا به این دلیل که تصور می‌کنند رفتار نوجوان طبیعی است را پیگیری نمی‌کنند. در چنین شرایطی مشکلات نوجوان جدی گرفته نمی‌شود.

با شروع نکردن درمان، اختلالات رفتاری شایع در نوجوانی به فراموشی سپرده نمی‌شود. بلکه روزبه‌روز بدتر می‌شود و عواقب بدتری را برای نوجوان ایجاد می‌کند. نوجوانی که سلامت روانی کامل ندارد برای جبران کمبودهایی که حس می‌کند یا برای ازبین‌رفتن علائمی که دارد ممکن است به‌صورت خودسر شروع به مصرف دارو کند.

اهمیت دیگر دوران نوجوانی و درمان اختلالات رفتاری شایع در نوجوانی این است که نوجوان بسیار هیجانی است و توانایی درک کاملی ندارد. به همین دلیل ممکن است برای برطرف کردن علائمی که دارد تجربه می‌کند به سمت مواد مخدر، الکل یا رفتارهای ضداجتماعی و پرخاشگری کشیده شود؛ بنابراین اگر از نوجوانی رفتارهای غیرمعمولی سر زد، به جای برخورد شدید با او باید به دنبال حل مشکل باشید.

یکی از رویکردهای درمانی که در درمان مشکلات و اختلالات رفتاری نوجوانان مورد استفاده قرار می‌گیرد، شفقت درمانی است. شفقت درمانی (CFT) به معنای همدردی با رنج خود و دیگران و مهربانی است. شاید برای شما هم پیش آمده باشد که با دیدن فردی که برای گذران زندگی خود با تمیز کردن شیشه اتومبیل‌ها و یا گل‌فروشی به امید پول گرفتن از دیگران به کار مشغول است، احساسات خاصی را تجربه کرده باشید. عده‌ای با رنج او همراه می‌شوند و با فکر اینکه در این هوا به دنبال کسب درآمد است به او کمک می‌کنند. اما عده‌ای دیگر نیز با قضاوت در مورد او و اینکه می‌خواهد با آن پول به دنبال مواد مخدر برود، دچار خشم شده و همچنین نسبت به خود به دلیل کمک نکردن احساس گناه می‌کنند.

درمان مبتنی بر شفقت عموماً برای کسانی مناسب است و به کار برده می‌شود که به شدت از خود انتقاد می‌کنند یا با خود نامهربان هستند. همچنین برای افرادی که در احساس مهربانی و دلسوزی با دیگران مشکل دارند و نمی‌توانند با درد و رنج دیگران همدردی کنند نیز مناسب است. از دیگر مواردی که شفقت درمانی (CFT) در بهبود آن‌ها مؤثر است، می‌توان به استرس و اضطراب، افسردگی، خود انتقادی، خشم، آسیب رساندن به خود، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیتی و... اشاره کرد. شفقت درمانی برای کودکان و نوجوانی که فعالیت سیستم خطر آنان بیش از حد است و رفتارهایی شبیه هجوم و ستیز یا گریز و تسلیم دارند می‌تواند مؤثر باشد.

رویکرد شفقت درمانی معتقد است بسیاری از افرادی که دچار اختلالات روانی هستند، سیستم تهدید و حفاظت در آن‌ها بسیار فعال‌تر از سایرین است و در نتیجه فعالیت بالای آن سیستم، احساساتی مثل استرس و نگرانی تشدید می‌شوند و از طرفی در این افراد، سیستم رضایت و تسکین نیز در سطوح پایینی از رشد قرار دارد و افراد با اختلالات روانی هرگز نتوانسته‌اند این سیستم را در خود رشد و پرورش دهند. درمانگر می‌تواند برای مراجعانش تشریح کند که رویدادهای کودکی و دوران ابتدایی رشد انسان، چگونه می‌تواند در شکل‌دهی سیستم حفاظت در برابر تهدید مؤثر باشد و به دنبال آن سیستم‌های امنیت ایجاد شوند. برای مثال اگر شخصی راهبردهای امنیت مطیعانه را در خود پرورش دهد، خود را در مقایسه با سایرین پست‌تر می‌داند و در نتیجه احساس اضطراب اجتماعی در او شکل می‌گیرد و از عزت نفس شخص می‌کاهد.

**سخنی از مؤلفین**

# فصل اول: مشکلات و اختلالات

## رفتاری نوجوانان

## اختلالات رفتاری چیست؟

اختلالات رفتاری، گروهی از رفتارها هستند که بیمار به وسیله آنها به طور مکرر حقوق اساسی دیگران را نقض می‌کند و یا قواعد اجتماعی را زیر پا می‌گذارد. این اختلال در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرد و در پسران بیشتر از دختران شایع است. بسیاری از رفتارهای مرتبط با اختلالات رفتاری ظاهری شبیه نافرمانی‌ها و سرکشی‌های معمولی دوران کودکی دارند اما بسیار شدیدتر و جدی‌تر هستند. بیمارانی که دچار اختلال رفتاری هستند نوعاً نسبت به سلامت و خوشی دیگران بی‌توجه‌اند. حس همدردی در آنها پایین است و غالباً رفتارهای دیگران را برای خود تهدیدآمیز و خصمانه تلقی می‌کنند. در نتیجه، غالباً واکنش پرخاشگرانه‌ای به این تهدیدهای خیالی نشان می‌دهند و رفتارهای خود را این گونه توجیه می‌نمایند.

برخی از این بیماران ممکن است اعتماد به نفس ضعیفی داشته باشند درحالی‌که برخی دیگر ممکن است ارزش بیش از حدی برای خود قایل باشند. این بیماران غالباً بی‌رحم و سنگدل‌اند و احساس گناه اندکی می‌کنند و حتی هنگامی که ظاهراً خطای خود را می‌پذیرند، بیشتر ترفندی است برای جلوگیری از تنبیه شدن. رفتار پرخطر و بی‌پروا، مشخصه غالب بیمارانی است که دچار اختلال رفتاری هستند. آنها ممکن است در سنین پایین به رفتارهای جنسی، سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و استعمال مواد مخدر و یا سایر آسیب‌های اجتماعی روی آورند و باعث مشکلات قانونی گردند. در بسیاری موارد، بیمارانی که اختلال رفتاری دارند دارای ضریب هوشی کمتر از سطح میانگین و عملکرد تحصیلی پایینی هستند. افکار مربوط به خودکشی یا اقدام برای خودکشی نیز در بین آنان دیده می‌شود.

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که برخی کودکانی که دچار اختلال رفتاری بوده‌اند پس از رسیدن به دوران بزرگسالی، افرادی متعادل، سالم و موفق و با عملکرد اجتماعی عادی

شده‌اند. هر چند، برخی از آن‌ها ممکن است این اختلال را در بزرگسالی نیز حفظ کرده و یا دچار اختلالات دیگری نظیر اختلال شخصیت جامعه‌ستیزی و سوء مصرف مواد گردند.

## اختلالات رفتاری کودک و نوجوان

تا سال ۱۹۹۷ اصطلاح «ناتوانی جدی هیجانی» در قوانین آموزش ویژه مورد استفاده قرار می‌گرفت، در حال حاضر اصطلاح «اختلالات رفتاری» توسط «مجمع کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری» پذیرفته شده است و از این نظر که بر جنبه قابل مشاهده مشکلات کودکان متمرکز است، بر سایر اصطلاحات برتری دارد. البته بسیاری از صاحب نظران معتقدند به کارگیری اصطلاح «اختلالات هیجانی - رفتاری»<sup>۳</sup> مناسب‌تر از اختلالات رفتاری به تنهایی است؛ زیرا برخی از کودکان ممکن است به اختلالات رفتاری، گروهی به اختلالات هیجانی و دسته‌ای دیگر به هر دو مبتلا باشند (ساراسون و ساراسون، ۲۰۱۶). همان گونه که یافتن اصطلاح مناسب برای توصیف کودکان و نوجوانان با اختلالات هیجانی - رفتاری مشکل است، ارائه تعریفی جامع نیز دشوار است. اغلب صاحب نظران و کارشناسان با توجه مقاصد تخصصی خود تعاریفی ارائه داده‌اند (هاوتون و کلارک، ۲۰۱۹).

عواملی که ارائه تعریفی جامع از این اختلالات را دشوارتر می‌سازند، عبارت‌اند از: فقدان تعاریف دقیق از بهداشت روانی و رفتار بهنجار؛ تفاوت بین الگوهای مفهومی؛<sup>۵</sup> مشکل بودن اندازه‌گیری هیجان‌ها و رفتارها، رابطه بین اختلالات هیجانی و رفتاری و سایر

<sup>۴</sup>Seriously emotionally disturbed

<sup>۵</sup>Council for children with behavioral disorder

<sup>۶</sup>Emotional- behavioral disorders

<sup>۹</sup>Normal behavior

<sup>۱۰</sup>Conceptual models

## فصل اول: مشکلات و اختلالات رفتاری نوجوانان ۱۵

ناتوانی‌ها، وجود اختلالات بین متخصصانی که دست‌اندرکار تشخیص و ارائه خدمات به کودکان و نوجوانان‌اند (هالاها و کافمن، ۲۰۱۳).

علی‌رغم این که اصطلاحات به کار برده شده در مورد اختلالات هیجانی - رفتاری از نقطه نظر تأکید نسبی بر بعضی از جنبه‌ها، در تعاریف گوناگون متفاوت‌اند، نکات مشترکی بین آنان وجود دارد. متخصصان بر سر موارد زیر توافق نسبی دارند:

- این رفتارها افراطی هستند. رفتارهایی که با هنجارها تفاوت اندکی دارند، این اختلالات محسوب نمی‌شوند.

- اختلالات هیجانی و رفتاری، مزمن هستند و به سرعت برطرف نمی‌شوند.

- این رفتارها به دلیل ناهماهنگی با انتظارات اجتماعی - فرهنگی، مورد قبول جامعه قرار نمی‌گیرند.

در متن IDEA (از قوانین دولت فدرال آمریکا)، اختلالات هیجانی - رفتاری این گونه تعریف شده است:

۱). منظور از این اصطلاح، وجود شرایطی است که واجد یک یا چند مورد از ویژگی‌هایی که در پی می‌آیند بوده و به طور طولانی مدت و با شدت ظهور کنند و بر کارکرد تحصیلی فرد تأثیر منفی بگذارند. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از:

الف) ناتوانی یادگیری که از عوامل هوشی، حسی یا جسمانی ناشی نمی‌شود.

ب) ناتوانی در ایجاد روابط رضایت‌بخش با معلمان و همسالان.

پ) وجود انواع رفتارها و احساسات نامناسب تحت شرایط عادی زندگی.

ت) حالات اندوه و افسردگی دائم.

ث) نشان دادن علائمی نظیر ترس یا علائم بدنی در مواجهه با مسائل شخصی و تحصیلی.

۲). کودکان اسکیزوفرنیک و اوتیستیک را می‌توان در چهارچوب این اصطلاح قرار داد، ولی این اصطلاح شامل کودکانی که ناسازگاری‌های اجتماعی دارند، نمی‌شود، مگر ثابت شود مبتلا به اختلالات هیجانی هستند.

بخش اول تعریف دولت فدرال، بر اساس تعریف بوور<sup>۱۲</sup> (۱۹۸۲) صورت گرفته است. بوور (۱۹۸۲) و کافمن (۱۹۸۲) اشاره کرده‌اند، اضافه کردن و کم کردن موارد متعدد ضرورتی ندارد. عقل سلیم حکم می‌کند بر اساس پنج معیار بوور، برای اختلالات هیجانی، کودکان اوتیستیک، کودکان اسکیزوفرنیک و کودکان مبتلا به ناسازگاری‌های اجتماعی نیز در تعریف گنجانیده شوند (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۹۴).

مجمع کودکان استثنایی<sup>۱۳</sup> نیز در مورد اختلالات هیجانی - رفتاری تعریفی ارائه داده است: اختلالات هیجانی - رفتاری به شرایطی اشاره دارد که پاسخ هیجانی و رفتاری فرد در مدرسه با هنجاری‌های فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد؛ به‌طوری‌که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی گذارد.

اختلالات هیجانی - رفتاری شامل پاسخ‌های قابل قبول کودک یا نوجوان به عوامل تنش‌زای محیطی نمی‌شوند. اختلالات هیجانی - رفتاری بر اساس داده‌هایی شناسایی می‌شوند که از منابع مختلف، در مورد کارکرد هیجانی یا رفتاری فرد گردآوری می‌شوند.

<sup>12</sup>Bower

<sup>13</sup>Council for exceptional children

## فصل اول: مشکلات و اختلالات رفتاری نوجوانان ۱۷

این اختلالات باید دست کم در دو موقعیت متفاوت که یکی از آن‌ها مدرسه است، تظاهر نماید.

اختلالات هیجانی - رفتاری می‌تواند به طور هم زمان با سایر معلولیت‌ها نیز ظاهر شوند. این اختلالات شامل کودکان یا نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلالات عاطفی یا اختلالات سلوک، نقص توجه و ناسازگاری نیز می‌گردد (مجمع کودکان استثنایی، ۲۰۱۳؛ به نقل از شکوهی یکتا و پروند). تعریف فوق مزیت‌هایی بر تعریف IDEA دارد. ازجمله: الف) دربرگیرنده آسیب‌های مربوط به رفتار انطباقی که در رفتارها و هیجان‌ها نشان داده می‌شوند نیز می‌گردد.

ب) توجه به هنجارهای فرهنگی و قومی در ارزیابی فرد.

پ) تلاش برای تغییر رفتار کودک و نوجوان قبل از این که او را در گروه افراد مبتلا جای دهند.

ت) افراد ناسازگار اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد (هاردمن، درو و وایگان؛ ۲۰۱۸).

تعریفی دیگر از «اختلالات هیجانی - رفتاری» که بر ائتلاف آموزش ویژه و بهداشت روانی مبتنی است، عبارت است از:

۱). منظور از اختلال هیجانی - رفتاری، ناتوانی فرد در ارائه پاسخ‌های هیجانی و رفتاری مناسب در مدرسه است. به طوری که این رفتارها از هنجارهای نژادی، فرهنگی و سنی فاصله زیادی داشته باشند و عملکرد آموزشی فرد را تحت تأثیر قرار دهند. عملکرد آموزشی شامل مهارت‌های تحصیلی، شغلی، فردی و اجتماعی می‌شود. این ناتوانی:

➤ شامل پاسخ‌های مورد انتظار در مواجهه با وقایع پراسترس محیطی که به طور موقت مشاهده می‌شوند، نمی‌گردد.

➤ هم‌زمان در دو مکان مختلف که فرد به‌نوعی در آن شرکت دارد، مشاهده می‌شود. در صورتی که فرد به مدرسه برود یکی از این مکان‌ها مدرسه یا مکان‌های مرتبط با آن است.

➤ به‌وسیله مداخله در آموزش عادی برطرف نمی‌شود؛ به عبارت دیگر، شرایط کودک به‌گونه‌ای است که مداخله در آموزش عادی برای او کافی نیست.

(۲). اختلالات هیجانی - رفتاری می‌توانند در حضور ناتوانی‌های دیگر مشاهده شوند.

(۳). کودکان و نوجوانان مبتلا به اسکیزوفرنی، اختلالات عاطفی، اضطراب و سایر اختلالاتی که از اختلالات سلوک یا سازگاری ناشی می‌شوند، در صورتی که اختلال، بر عملکرد آموزشی آنان تأثیر گذارد در این طبقه قرار می‌گیرند (هاوتون و کلارک، ۲۰۱۹).

تعریف فوق از بسیاری جهات بر تعریف دولت فدرال برتری دارد:

- اصطلاحات به‌کاررفته در آن، مورد موافقت متخصصان کنونی هستند.
- اختلالات رفتاری، اختلالات هیجانی و ترکیبی از این دو را در بر می‌گیرد.
- این تعریف مدرسه محور است، اما اختلالات خارج از مدرسه را نیز موردتوجه قرار داده است.
- تفاوت‌های نژادی و فرهنگی نیز موردتوجه قرار گرفته است.
- دربرگیرنده مشکلات خفیف و واکنش‌های رایج به موقعیت‌های تنش‌زا نیست.

- احتمال وجود ناتوانی‌های چندگانه در کودکان و نوجوانان را موردتوجه قرار داده است.
- دامنه وسیعی از اختلالات هیجانی و رفتاری را از جنبه آموزش ویژه و بهداشت روانی در بر می‌گیرد (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۹۴).

### طبقه‌بندی اختلالات رفتاری کودکان

کوای و پیترسون (۱۹۸۷) اختلالات رفتاری را به شش دسته تقسیم کرده‌اند:

- ۱) **اختلالات سلوک:** افراد مبتلا، مخرب، آزاردهنده، جنجال‌برانگیز، بدخلق و در پی جلب‌توجه و خودنمایی هستند.
- ۲) **پرخاشگری اجتماعی:** سرقت، وفاداری به دوستان بزهکار، گریز از مدرسه و زیر پا گذاشتن ارزش‌های اخلاقی، اجتماعی و قانون از ویژگی‌های افراد مبتلا است.
- ۳) **مشکلات مربوط به توجه و ناپختگی:** فراخنای توجه و تمرکز حواس افراد مبتلا بسیار اندک است. آن‌ها بدون فکر و پرسش‌های دیگران پاسخ می‌دهند، توجه آن‌ها به‌آسانی از تکلیفی که در حال انجام آن هستند منحرف می‌شود. سست، بی‌علاقه، کند و تنبل هستند.
- ۴) **اضطراب - گوشه‌گیری:** افراد مبتلا به‌آسانی برآشفته می‌شوند، حساس‌اند، احساسات آن‌ها به‌آسانی جریحه‌دار می‌شود و به‌طورکلی ترسو، مضطرب، افسرده و غمگین هستند.
- ۵) **رفتار روان نژندی:** اظهار نظرهای دور از ذهن، صحبت‌های تکراری و نمایش رفتارهای عجیب‌وغریب از برجسته‌ترین ویژگی‌های افراد مبتلا است.

۶) **تحرك مفروط:** افراد مبتلا خیلی كم استراحت می‌كنند، نمی‌توانند بدون

جنب‌وجوش بنشینند، آرامش ندارند و بیش از حد پرحرف‌اند.

ویژگی‌های بعضی از افراد نیز ممکن است در بیش از یک طبقه جای گیرد. برای مثال کودکی ممکن است هم دارای نقص توجه و هم اختلال سلوک باشد. در مورد اختلالات رفتاری وقوع یک یا چند مورد از موارد فوق قاعده است نه استثنا، چرا که تعداد افرادی که تنها یکی از اختلالات هیجانی - رفتاری را نشان دهند، بسیار اندک است؛ بنابراین کودکان ممکن است انواع اختلالات هیجانی - رفتاری را با شدت‌های متفاوت دارا باشند (هاوتون و کلارک، ۲۰۱۹).

یکی دیگر از طبقه‌بندی‌ها که موردعلاقه روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی است، طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است که در نسخه DSM- IV TR آن که در سال ۲۰۰۰ میلادی توسط انجمن روان‌پزشکان آمریکا ارائه شده است، اختلالات مربوط به کودکان و نوجوانان در هفت گروه طبقه‌بندی شده است:

۱) **اختلالات نافذ رشد:** کودکان مبتلا کمبودهای شدیدی را در سطوح متعدد رشد نشان می‌دهند. این کودکان فاقد مهارت‌های ارتباطی هستند و رفتارهای غیرمعمولی را بروز می‌دهند. این اختلالات ممکن است از نابهنجاری‌های کروموزومی، نابهنجاری ساختاری سیستم مغز و عفونت‌های مادرزادی ناشی شوند و در بدو تولد یا سال‌های اولیه زندگی کودک مشخص می‌شوند؛ مانند؛ اتیسم.

۲) **اختلالات نقص توجه و رفتار ایدایی:** کودکان مبتلا نشانه‌های گوناگونی را بروز می‌دهند. برای مثال؛ تکالیف درسی و اجتماعی خود را انجام نمی‌دهند و قادر به