

به نام خدا

رفتارهای پرخطر در دانش آموزان

مولفان :

سمیه فرامرزی

حدیث سیدالحسینی

محدثه مشعوفی

حدیثه آبادی

مهری براتی

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۲)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

chaponashr.ir

عنوان و نام پدیدآور: رفتارهای پرخطر در دانش آموزان/مولفان سمیه فرامرزی...[و دیگران].
مشخصات نشر: ارسطو (سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری: ۲۰۸ص.
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۲۵۹-۷
وضعیت فهرست نویسی: فیبا
یادداشت: مولفان سمیه فرامرزی، حدیث سیدالحسینی، محدثه مشعوفی، حدیثه آبادی،
مهتری براتی.
یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۹۲ - ۲۰۸.
موضوع: خطر کردن (روان‌شناسی) در نوجوانی
Risk-taking (Psychology) in adolescence
اختلالات رفتاری در نوجوانان
Behavior disorders in adolescence
شناسه افزوده: فرامرزی، سمیه، ۱۳۷۰ -
رده بندی کنگره: RJ۵۰۶
رده بندی دیویی: ۱۵۵/۴۱۸
شماره کتابشناسی ملی: ۹۳۸۷۷۶۶
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: رفتارهای پرخطر در دانش آموزان
مولفان: سمیه فرامرزی - حدیث سیدالحسینی - محدثه مشعوفی
حدیثه آبادی - مهتری براتی
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: زیرجد
قیمت: ۱۶۷۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب‌رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۳۳۹-۲۵۹-۷
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

۸	پیشگفتار.....
۱۰	فصل اول: نوجوانی و مدرسه.....
۱۱	اختلالات رفتاری کودک و نوجوان.....
۱۵	عوامل مؤثر بر بروز اختلالات رفتاری.....
۱۸	نقش والدین در اختلالات رفتاری و هیجانی کودک.....
۲۳	فاکتورهای خطر در بروز اختلالات رفتاری چیست؟.....
۲۴	عوارض بالقوه اختلالات رفتاری کودکان چیست؟.....
۲۵	نوجوانی.....
۳۱	خصوصیات جسمانی دوران نوجوانی.....
۳۲	خصوصیات شناختی دوران نوجوانی.....
۳۳	خصوصیات هیجانی دوران نوجوانی.....
۳۵	بحران هویت.....
۳۷	تحول شناختی.....
۴۱	تحول اخلاقی.....
۴۴	رشد اجتماعی.....
۴۸	دیدگاه‌های نظری در مورد نوجوانی.....
۵۲	فصل دوم: رفتارهای پرخطر.....
۵۳	رفتارهای پرخطر.....

۵۳	.....انواع رفتارهای پرخطر
۵۹	.....تفاوت‌های جنسیتی در ارتکاب رفتارهای پرخطر
۶۱	.....مدل‌ها و نظریه‌های موجود در مورد رفتارهای سالم و پرخطر
۶۵	.....علل گرایش به رفتارهای پرخطر در نوجوانان
۷۴	.....فصل سوم: قلدری و پرخاشگری
۷۵	.....قلدری
۷۸	.....مؤلفه‌های قلدری
۷۹	.....اشکال قلدری
۸۱	.....آیا قلدری پدیده‌ای طبیعی است؟
۸۲	.....چرا کودکان دست به قلدری و آزار دیگران می‌زنند؟
۸۳	.....آیا قلدری موضوع مهمی است؟
۸۳	.....چه باید کرد؟
۸۴	.....ویژگی‌های قلدرها و قربانیان
۸۷	.....نظریات گرایش به قلدری
۹۲	.....سبب‌شناسی قلدری
۹۵	.....پرخاشگری
۹۶	.....اشکال پرخاشگری
۹۸	.....کارکردهای پرخاشگری
۹۹	.....الگوی نظری پرخاشگری
۱۰۷	.....عوامل مؤثر بر پرخاشگری

۱۱۲	.....	پرخاشگری و رشد: عوامل خطر و پیامدها
۱۱۵	.....	نقش جنسیت در پرخاشگری نوجوانان
۱۱۶	.....	انواع پرخاشگری
۱۱۸	.....	نوجوانی و خشم
۱۱۹	.....	نشخوار خشم
۱۲۰	.....	تعریف نشخوار خشم
۱۲۱	.....	تأثیرات نشخوار خشم
۱۲۳	.....	منشأ و علت خشم از دیدگاه قرآن و روایات اسلامی
۱۲۵	.....	شیوه‌های مدیریت خشم
۱۲۶	.....	مراحل مدیریت خشم
۱۲۸	.....	سه راهکار عمده برای مقابله با خشم
۱۲۹	.....	روش مؤثر بر مدیریت خشم و کنترل آن
۱۳۱	.....	درمان‌های هیجان خشم
۱۳۴	.....	فصل چهارم: علل رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان
۱۳۵	.....	شخصیت
۱۳۷	.....	نظریه‌های شخصیت
۱۵۰	.....	ناگویی هیجانی
۱۵۲	.....	تاریخچه ناگویی هیجانی
۱۵۳	.....	ویژگی‌های افراد دارای ناگویی هیجانی
۱۵۶	.....	انواع ناگویی هیجانی

۱۵۶	..... مؤلفه‌های ناگویی هیجانی
۱۵۸	..... شیوع ناگویی هیجانی
۱۶۰	..... ارتباط ناگویی هیجانی با سایر بیماری‌ها
۱۶۳	..... تاب‌آوری خانواده
۱۶۷	..... عوامل تشکیل‌دهنده تاب‌آوری خانواده
۱۶۷	..... مراحل تاب‌آوری خانواده
۱۶۹	..... نظریه‌های تاب‌آوری خانواده
۱۷۲	..... تحول عملکرد عصب‌شناختی
۱۷۹	..... مؤلفه‌های عملکرد عصب‌شناختی
۱۸۱	..... ارزیابی عملکرد عصب‌شناختی
۱۸۲	..... عملکرد عصب‌شناختی و اختلال‌های رشدی
۱۸۷	..... رابطه با والدین
۱۸۸	..... نگرش
۱۸۹	..... دلبستگی
۱۸۹	..... همدلی
۱۸۹	..... ابراز عواطف مثبت
۱۹۰	..... تعارض والد- فرزند
۱۹۰	..... مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در تعارض بین والدین و فرزندان
۱۹۲	..... منابع و مآخذ

پیشگفتار

دانش‌آموزان و نوجوانان افرادی هستند که در گروه سنی ۸ تا ۱۹ سال قرار دارند. نوجوانی دوره طوفان و فشار است که در آن تغییرات مختلف جسمی و روانی صورت می‌گیرد، و شرایط و نیازهای خاص خود را دارد. افراد در این سن درگیر تغییرات جسمی، هیجانی، معنوی، و سلامت روانی می‌شوند. این تغییرات باید برای مقابله با چالش‌ها و سختی‌های زندگی متعادل باشند. اگر این تغییرات متعادل نباشند، می‌توانند منجر به مشکلات متعددی در زندگی آینده نوجوانان شوند که در این صورت مشکلات روانی و مسائل مختلف مرتبط با سلامت به وجود می‌آیند (کومار، ۲۰۱۶). نوجوانی و سال‌های اولیه جوانی دوره اوج شیوع و بروز اغلب اختلالات روانی است. یکی از هر چهار نوجوان، در هر دوره دوازده‌ماهه، مشکلات بالینی مرتبط با سلامت روانی را، با ۷۵ درصد از همه اختلالات روانی که قبل از سن ۲۵ سالگی بروز می‌کنند تجربه می‌کند. به دلیل اینکه نوجوانی یک دوره بحرانی از زندگی است، الگوهای رفتاری مهم که می‌توانند بر سراسر زندگی فرد تأثیر بگذارند، در این دوره شکل می‌گیرند. در این دوره افراد تجربه‌آموزی را می‌آموزند و از این رو با خطرهای گوناگونی روبرو می‌شوند.

رفتارهای پرخطر به مجموعه رفتارهایی مانند استعمال سیگار، مصرف الکل، مصرف مواد مخدر، داشتن رابطه جنسی، قلدری، خودکشی و خشونت گفته می‌شود که عموماً در سنین نوجوانی بروز می‌کند (دلالتگر لنگرودی، عباسعلی، طاهر و مجرد، ۱۳۹۷). رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی نوجوانان و جوانان را در معرض خطر قرار می‌دهند (شهبازیان خونیک، حسنی و سلیمانی، ۱۳۹۶).

¹. Kumar

²- High-risk behaviors

نزدیک به یک قرن است که روان‌شناسان به‌صورت گسترده برای شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخطر در جوانان به‌عنوان رفتارهایی که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روانی و اجتماعی را افزایش می‌دهد، تلاش می‌کنند. در دوره جوانی به دلیل تغییرات جسمانی و روانی و علاقه به تجربه عوامل مختلف و جدید گرایش افراد به رفتارهای پرخطر بیشتر می‌شود (کوک، مک‌گاینز، کرایمر، گوردان، کانینگلیارو، مایستو و جاستیک^۳، ۲۰۰۶، به نقل از محمدی، تنها و رحمانی، ۱۳۹۴).

رفتارهای پرخطر شامل رفتارهایی می‌باشد که سلامت و بهزیستی نوجوانان، جوانان و سایر افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد و پیامدهای منفی در ابعاد جسمانی، هیجانی و اجتماعی افراد بر جا می‌گذارد (تول، ویس، آدامز و گراتز؛ ۲۰۱۲). بسیاری از رفتارهای پرخطر مانند سوء‌مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی و پرخاشگرانه، باعث به‌وجودآمدن هزینه‌های زیادی از جمله بیماری، جرم، عدم پیشرفت تحصیلی و هزینه‌های سازمانی می‌گردند (زوهرایان و فیلیپسون؛ ۲۰۲۰؛ کالی و راهم؛ ۲۰۲۱)؛ بنابراین، بررسی علل و عوامل زمینه‌ساز که باعث به‌وجودآمدن چنین رفتارهایی در دانش‌آموزان می‌گردد، ضروری به نظر می‌رسد.

سخنی از مؤلفین

^۳- Cook, McGinnis, Kraemer, Gordon, Conigliaro, Maisto & Justice

^۴- Tull

^۵- Zohrabian & Philipson

^۶- Cawley & Ruhm

فصل اول: نوجوانی و مدرسه

اختلالات رفتاری کودک و نوجوان

تا سال ۱۹۹۷ اصطلاح «ناتوانی جدی هیجانی»^۴ در قوانین آموزش ویژه مورد استفاده قرار می‌گرفت، در حال حاضر اصطلاح «اختلالات رفتاری» توسط «مجمع کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری»^۵ پذیرفته شده است و از این نظر که بر جنبه قابل مشاهده مشکلات کودکان متمرکز است، بر سایر اصطلاحات برتری دارد. البته بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند به‌کارگیری اصطلاح «اختلالات هیجانی - رفتاری»^۶ مناسب‌تر از اختلالات رفتاری به‌تنهایی است؛ زیرا برخی از کودکان ممکن است به اختلالات رفتاری، گروهی به اختلالات هیجانی و دسته‌آی دیگر به هر دو مبتلا باشند (ساراسون و ساراسون، ۲۰۱۶). همان‌گونه که یافتن اصطلاح مناسب برای توصیف کودکان و نوجوانان با اختلالات هیجانی - رفتاری مشکل است، ارائه تعریفی جامع نیز دشوار است. اغلب صاحب‌نظران 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،^۷ تفاوت بین الگوهای مفهومی،^۸ مشکل بودن اندازه‌گیری هیجان‌ها و رفتارها، رابطه بین اختلالات هیجانی و رفتاری و سایر ناتوانی‌ها، وجود اختلالات بین متخصصانی که دست‌اندرکار تشخیص و ارائه خدمات به کودکان و نوجوانان‌اند (هالاها و کافمن،^۹ 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:

^۴Seriously emotionally disturbed

^۵Council for children with behavioral disorder

^۶Emotional- behavioral disorders

^۹Normal behavior

^{۱۰}Conceptual models

^{۱۱}Hallahan & Kauffman

▪ 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 به‌طور 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) نشان‌دادن 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^{۱۲} (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^{۱۳} 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؛ به طوری که 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. این اختلالات باید دست‌کم در دو موقعیت متفاوت که یکی از آن‌ها مدرسه است، تظاهر نماید. اختلالات هیجانی - رفتاری می‌تواند به طور هم‌زمان 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. از جمله:

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.

¹².Bower

¹³.Council for exceptional children

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 می گیرد (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 به نوعی در آن شرکت دارد، مشاهده می‌شود. در صورتی که فرد به مدرسه برود یکی از این مکان‌ها مدرسه یا مکان‌های مرتبط با آن است.

➤ به وسیله مداخله در آموزش عادی برطرف نمی‌شود؛ به عبارت دیگر، شرایط کودک به گونه‌ای 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).

عوامل مؤثر بر بروز اختلالات رفتاری

شناسایی علل اختلالات رفتاری بسیار مشکل و پیچیده است. چرا که این اختلالات را نمی‌توان به علتی منفرد نسبت داد (ساراسون و ساراسون، ۲۰۱۶). به‌طورکلی در شناسایی علل این‌گونه اختلالات باید چند نکته را موردتوجه قرار داد:

- ❖ تعیین علل آن ممکن است، تحت‌تأثیر عواملی نظیر؛ نگرش متخصصان نسبت به علل رفتار انسان، تجربه‌های فردی و رشته تخصصی آنان قرار گیرد.

❖ تعیین و شناخت علل این اختلالات هنگامی سودمند است که به مداخله و پیشگیری و مؤثر منجر گردد (کافمن، ۲۰۰۱).

عوامل مؤثر بر اختلالات رفتاری و هیجانی را می‌توان به سه گروه؛ عوامل بیولوژیک (زیستی)، عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی تقسیم‌بندی می‌شود که مشکل رفتاری تحت تأثیر یک یا ترکیبی از این عوامل پدید می‌آید. (باچر، ۲۰۲۰؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۹).

۱. عوامل بیولوژیک

در گزارشی از سازمان نظام پزشکی ایالت متحده آمریکا^{۱۶} (۲۰۰۰)، اهمیت نقش کارکرد اعصاب و مواد شیمیایی موجود در مغز در شناخت بیماری‌های روانی مورد تأکید قرار گرفته است. مغز دارای هزاران نورون از انواع متفاوت است که از نظر مواد شیمیایی، شکل و نوع ارتباط با یکدیگر تفاوت دارند. کارکرد مغز به توانایی سلول‌های عصبی در ایجاد ارتباط با یکدیگر بستگی دارد. عوامل بیولوژیک و جسمانی بر بهداشت روانی و بیماری‌های روانی تأثیرگذارند (ترنبال و همکاران، ۲۰۰۲) و بیشتر در مورد اختلالات رفتاری شدید و عمیق صدق می‌کنند. بسیاری از کودکان به اختلالات رفتاری، نقص بیولوژیک شناخته شده‌ای که باعث بروز رفتارهای آنان گردد، ندارند و گروه بسیاری از کودکان بهنجار دارای نقایص بیولوژیک هستند (هاوتون و کلارک، ۲۰۱۹). به نظر توماس و چس^{۲۰} (۱۹۸۴)؛ تمام کودکان با خلق‌وخوی مشخصی به دنیا می‌آیند. گروهی که دارای خلق‌وخوی دشوار هستند، ممکن است به اختلالات رفتاری مبتلا گردند. البته شواهد کافی برای تأیید این نظر وجود ندارد؛ به عبارت دیگر ارتباط بین خلق‌وخو در دوران اولیه زندگی و اختلالات رفتاری قطعی نیست. علاوه بر خلق‌وخو، عوامل دیگری نظیر؛ بیماری،

¹⁶ Surgeon general of the united states

²⁰ Thomas & chess

سوء تغذیه، ضربه مغزی و غیره نیز از جمله عوامل بیولوژیکی به شمار می‌آیند که در بروز اختلالات رفتاری تأثیر دارند (ساراسون و ساراسون، ۲۰۱۶). در مورد علت بیولوژیکی اختلالات رفتاری چهار نکته را باید مورد توجه قرار داد:

❖ هر اختلالی که علل بیولوژیکی دارد ضرورتاً اختلال رفتاری تلقی نمی‌شود. گاهی اختلال در کارکردهای بیولوژیکی می‌تواند رفتارها و هیجان‌های فرد را دچار اختلال کند.

❖ در موارد اندکی علل اختلالات رفتاری را می‌توان تنها به عوامل بیولوژیکی یا روان‌شناختی نسبت داد. در اغلب موارد، مجموعه‌ای از عوامل به ایجاد اختلال منجر می‌گردند.

❖ درمان بیولوژیکی و دارویی برای حل مشکل کافی نیست. اگرچه ممکن است در بسیاری از موارد دارودرمانی لازم باشد، ولی کافی نیست (امرسون، ۲۰۱۳). در فرآیند درمان اختلالات رفتارهای جنبه‌های اجتماعی و روان‌شناختی نیز باید مورد توجه قرار گیرند.

❖ رویکردهای بیولوژیکی و دارویی در بسیاری از موارد مفید به نظر نمی‌رسند. حتی اگر ریشه اختلال، بیولوژیکی شناخته شود، اقدامات اولیه، رفتاری و روان‌شناختی هستند (هالاها و کافمن، ۲۰۱۳).

۲. عوامل بیورژنتیکی

بدون شک ویژگی‌های جسمانی کودکان تحت تأثیر عوامل ژنتیک قرار دارند. در سال‌های اخیر پژوهش‌ها نشان داده‌اند، آن‌ها بر ویژگی‌های رفتاری نیز تأثیر دارند. افسردگی و اسکیزوفرنی از جمله اختلالات رفتاری به شمار می‌آیند که ارتباط نزدیکی با وراثت و

ژن‌ها دارند (امرسون، ۲۰۱۳). مک کلرن^۱ (۱۹۹۳) شواهد معتبری مبنی بر اهمیت نقش وراثت در شکل‌گیری رفتار و شخصیت به‌ویژه در زمینه تفاوت‌های وابسته به جنس ارائه داد. اتیسم، بیش‌فعالی و اختلالات سلوک (مانند رفتارهای ضداجتماعی و مصرف الکل) در مردان ۴ تا ۸ برابر زنان است. افسردگی و ترس‌های اجتماعی در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان مشاهده می‌شود. هرچند نباید نقش محیط و تربیت در این اختلالات نادیده گرفت (امرسون، ۲۰۱۳).

۳. عوامل محیطی

شرایط زندگی کودک، فقدان سیستم‌های حمایتی، خانواده، هم‌تایان، مدرسه، عوامل فرهنگی و سوءاستفاده از کودکان، از جمله عوامل محیطی محسوب می‌شوند که در بروز اختلال سلوک و رفتارهای ضداجتماعی دخالت دارند.

نقش والدین در اختلالات رفتاری و هیجانی کودک

بسیاری از جامعه‌شناسان و روان‌شناسان نیز معتقدند که ریشه بسیاری از مشکلات رفتاری و انحرافات شخصیتی در کودکان را باید در الگوهای تربیتی والدین و ویژگی‌های شخصیتی آنان جستجو کرد. مشکلات خانوادگی اثرات مستقیمی بر آمادگی، تمرکز و توجه کودک به درس و تحصیل دارد. وقتی والدین در وضعیت نامطمئنی و اضطرابی قرار داشته باشند، این عدم اطمینان و اضطراب را به کودکان خود منتقل می‌کنند. چنین کودکانی از آمادگی ذهنی لازم برای یادگیری و درک مطلب بهره‌مند نیستند و طبعاً از نظر تحصیلی با مشکلاتی مواجه می‌گردند. در خانواده‌های ازهم‌پاشیده و نگران و خانواده‌هایی که یکی یا هر دوی آن‌ها مبتلا به اختلال افسردگی باشد، کودکان از یک رابطه عاطفی مناسب بی‌بهره‌اند و چون ذهن آن‌ها به مسائل جانبی و نامربوط اشتغال دارد، چنین کودکانی در

²⁵Mc. clearn

کلاس حضور ذهنی ندارند و نمی‌توانند از توجه و تمرکز کافی برخوردار باشند. افسردگی والدین (بخصوص مادر) نه‌تنها موجب می‌شود که کودک در کسب موقعیت تحصیلی دچار مشکلات قابل‌توجهی شود، بلکه باعث می‌شود که کودک در زمینه برقراری ارتباطات متقابل اجتماعی با سایر اشخاص نیز دچار مشکلات شود. به‌طورکلی در بیشتر تحقیقات در این زمینه نشان‌داده‌شده که این کودکان در مقایسه با سایر کودکان هم‌سن خود (سنین ۶ تا ۱۲ سال) در برابر مسائل و مشکلات زندگی دارای سطح سازگاری پایین‌تری باشند. همچنین در میان آنان علائمی مربوط به اختلال افسردگی مشاهده شود (بیابانگرد، ۱۳۹۰).

متخصصین عقیده دارند که اضطراب‌های مزمن کودکان، از بودن آنان در موقعیت‌های فشارزا سرچشمه می‌گیرد. ناتوانی در خارج‌شدن از موقعیت فشارزا، ناتوانی در انجام کاری درباره بهبود موقعیت، عدم توانایی در تغییر موقعیت، احساس عجز و ناتوانی آنان و نیز نگرش منفی آنان از «خود» را چندین برابر تشدید می‌کند. برای یک کودک اضطراب ممکن است از آن جا ریشه بگیرد که مجبور باشد در خانواده‌ای زندگی کند که سوءاستفاده می‌کنند. در چنین موقعیتی کودک که این مورد و موارد مشابه را به‌خوبی درک می‌کند ولی به علت وابستگی‌های مادی و معنوی قدرت قیام ندارد، به‌ناچار در خود فرومی‌رود و انزوا برمی‌گزیند. در چنین فضایی، کودک بسیار کوچک‌تر از آن است که بتواند درک کند که خانواده‌اش احتمالاً آن‌قدر درگیر حل مشکلات عدیده خویش است که نمی‌تواند رابطه مناسبی با وی برقرار سازد.

یکی از تظاهرات شدید خود - پنداری ضعیف، با ضعف اعتمادبه‌نفس، در اقدامات خودکشی متجلی می‌گردد. امروزه پدیده خودکشی در بین کودکان خردسال، توجه بیشتری را به خود جلب کرده است. اگرچه نمونه‌های خودکشی، در میان کودکان خردسال به‌ویژه زیر سن ۱۵ سالگی بسیار نادر است؛ اما برخی از موارد خودکشی آنان گزارش شده است

سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۹). جو عاطفی خانواده و حمایت انگیزه‌های یادگیری که از طرف والدین در اختیار کودک قرار می‌گیرد، می‌تواند در رشد فکری او تأثیر بسزایی بگذارند، تحقیقات نشان داده است که کمبود تجربه‌های جدید و جالب یا عدم همکاری والدین و معلمین در این امر باعث افسردگی و دلزدگی و دل‌سردی و بی‌حوصلگی در کودکان می‌شود و پیشرفت هوشی آنان را کند می‌کند. مهم‌ترین انگیزه در زندگی کودک دریافت تشویق و تصدیق از طرف کسانی است که به او علاقه‌مندند و کودک از آنان سرمشق می‌گیرد. پس والدین باید آگاهی منطقی و هماهنگ با مرحله رشدی کودک داشته باشند. تحقیقات نشان داده کودکانی که مسئولیت را نیاموخته‌اند در سنین بزرگسالی وارد مشاغلی می‌شوند که در آن‌ها کمتر مسئولیت وجود داشته باشد. در نتیجه بر احساس طردشدن و بیگانگی آن‌ها دامن زده می‌شود. برخی از گرایش‌های تربیتی والدین با پیدایش رفتارهای غیرانطباقی فرزندان رابطه دارد (وبستر و هابرت، ۱۹۹۴). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که مشکلات رفتاری فرزندان با اختلال روان‌پزشکی والدین رابطه دارد (بیابانگرد، ۱۳۹۰).

اگر در خانواده شرایط و روابط ناسالم و منفی وجود داشته باشد، تأثیری بر روی فرزندان خواهد گذاشت و منش‌های عاطفی ناهنجاری در آن‌ها شکل خواهد گرفت. نقش‌های منفی از قبیل حسادت، پرخاشگری، احساس عدم امنیت، مضطرب، پرخاشگر، ناسازگار و افسرده می‌گردد. لسلت (۱۹۸۷) ناسازگاری کودکان و نوجوانان ناشی از شکست در دوران کودکی و در خلال دوران دلبستگی مادر می‌داند (گنجی، ۱۳۹۸). پس رابطه والدین با فرزندان در ایجاد سازگاری کودکان و نوجوانان می‌تواند تسهیل‌کننده یا بازدارنده باشد. توافقی همگانی وجود دارد که خانواده‌ها در پیدایش اختلال‌های رفتاری تأثیر مهمی دارد (هتر نیتگون و مارتین، ۱۹۷۹؛ به نقل از نلسون و ایزرایل، ۱۹۸۴؛ ترجمه منشی طوسی، ۱۳۷۸). از آن جا که مادر اولین کسی است که نوزاد با او رابطه برقرار می‌کند، لذا مهم‌ترین