

بررسی اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان

در سطح شهر تهران

دکتر محمدولی سهامی^(۱)

با همکاری میترا میرفخرایی^(۲)

مقدمه

برای اختلالات رفتاری تعاریف گوناگونی ارائه شده که از آن میان می‌توان به تعریف واردل (Wardell) اشاره نموده که شامل سه شرط و یک تذکر می‌باشد:

۱- رفتار بیمار مورد تایید اجتماع فرد قرار نمی‌گیرد.

۲- رفتار بیمار شامل اعمال برون‌فکنی (Acting out) نسبت به اشخاص و اشیاء می‌گردد. مشروط بر اینکه فرد بیماری‌های روانی و اختلالات تشخیصی نداشته باشد.

معیار علمی این پژوهش تعریف واردل بوده است.

اگر فرد علاوه بر اختلال رفتاری طبق تعریف فوق، مرتکب اعمال خلاف قوانین محیط و اجتماع خود گردد، عنوان اختلال رفتاری همراه با بزهکاری به آن اطلاق می‌گردد.

هدف این پژوهش، دریافت فراوانی اختلالات رفتاری با یا بدون بزهکاری در گروه زیر ۱۸ سال و همچنین تعیین ارتباط این اختلالات با عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی بیمار است. بعلاوه سئوالاتی چون "چرا پدر و مادر کودک نگرانند؟" "کدامیک نگران هستند؟" و "چرا اکنون برای درمان مراجعه کرده‌اند؟"

بیماران و روشها:

در یک مطالعه آماری گذشته‌نگر، ۲۰۰ کودک و نوجوان زیر ۱۸ سال که به مطب روانپزشک کودکان و نوجوانان مراجعه کرده بودند، از نظر اختلالات رفتاری و عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر آن بررسی شدند.

۱- روانپزشک، مسئول بخش روانپزشکی کودکان و نوجوانان - بیمارستان روزبه

۲- روانشناس بالینی

نیز جزو اختلالات رفتاری محسوب گردیده‌اند:

- ۱- رفتار غیر عادی جنسی بطور مکرر و یا رفتار عادی جنسی در زیر سن قانونی بطور مکرر.
- ۲- مصرف مواد اعتیادزا بطور مکرر.
- ۳- لالی انتخابی (Election Mastism).

برای تشخیص هرم قدرت در خانواده بر اساس سئوالاتی از والدین و کودک مثل ک چه کسی تصمیمات مهم را می‌گیرد؟ چه کسی از اوضاع خانواده باخبرتر است؟ کودکان چه کسی را با نفوذتر می‌بینند، خانواده‌ها به دو گروه

هرم قدرت طبیعی و هرم قدرت بیمارگونه تقسیم گردیدند. اگر در خانواده‌ای پدر و مادر در درجه اول و دوم قدرت خانواده بودند، هرم قدرت طبیعی تلقی گردید ولی هرگاه یکی از کودکان یا پدر بزرگ یا مادر بزرگ در درجه اول و دوم قدرت خانواده قرار داشتند، هرم قدرت آن خانواده بیمارگونه تلقی گردید.

خانواده‌ها از نظر حدود سیستم خانواده به سه دسته باز و بسته و با عملکرد درست تقسیم شدند:

- ۱- سیستم باز: خانواده اجازه ورود و خروج اطلاعات را داده ولی رابطه عاطفی اعضا نیز با یکدیگر عمیق نیست و ارزشهای خانواده مختصر و غیر واقعی هستند.

- ۲- سیستم بسته: خانواده ورود و خروج اطلاعات را محدود می‌کند و بسیار محافظه کار بوده و تنها به اسطوره‌ها و ارزشهای خود پایبند بوده و روشهای تازه فکری را نمی‌پذیرند.

- ۳- سیستم با عملکرد درست: سیستمی که ارزشها، روابط عاطفی و اسطوره‌های خانوادگی مناسب را دارد و تغییر و رشد را تا حدودی می‌پذیرد
- خانواده باز ساخته به خانواده‌ای اطلاق شده که پس از ازدواج دوم فرزندان دو ازدواج باهم بزرگ می‌شوند و یا اینکه دارای دو همسر است که هر دو خانواده دارای دو همسر است که هر دو خانواده در یک محل زندگی می‌کنند.

نتایج

از ۲۰۰ مراجعه کننده زیر ۱۸ سال، ۵۹ نفر (۲۹/۵٪) اختلال رفتاری داشته‌اند. که از آن میان ۴۵ مورد

توان اختلال رفتاری بر حسب تعریف واردل به ماران اطلاق می‌گردید. اختلال رفتاری همراه با همکاری به کسانی نسبت داده می‌شد که مورد تعقیب قانونی قرار گرفته و محکوم گردیده بودند یا نکه با اطلاعات در دسترس ما، در صورت عنوان بدن جرائم مورد تعقیب قانونی قرار می‌گرفتند.

لیه بیماران بطور انفرادی و همراه با خانواده دیده شدند. در ۶٪ از موارد علاوه بر خانواده، معلم یا پس یا همسایه که معمولاً عامل رجوع کننده رده‌اند نیز مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند. کوتاهترین مدت دیدار و درمان نیم ساعت و طولانی‌ترین مدت ۱۱ ساعت و مدت متوسط دیدار بیمار و خانواده‌اش ۲/۵ ساعت بوده است.

رای هر بیمار درخت خانوادگی (Genograph) به نسلی ترسیم و اطلاعات کمی و کیفی بر روی رخت خانوادگی نوشته یا ترسیم می‌شد. اطلاعات کمی شامل اسم، سن، وجود بیماری در اعضا خانواده و غیره و اطلاعات کیفی بر پایه دریافت و انبزشک مشتمل بر عدم قدرت در خانواده، روابط مرز خارجی سیستم خانواده، انواع روابط عاطفی و غیره بوده است. تنها در ۸٪ بیماران تست نوش انجام شده و مابقی بر اساس نظریه بالینی و انبزشک معالج به سه گروه ضریب هوشی طبیعی، کمتر از طبیعی و بیشتر از طبیعی تقسیم شده‌اند. رفتارهای زیر در انتخاب گروه مبتلا به اختلال رفتاری مورد توجه بوده است:

- ۱- دروغگویی
- ۲- خشونت لفظی
- ۳- خشونت جسمانی
- ۴- پر خاشگیری در حد اعلا
- ۵- دزدی از خانه
- ۷- دزدی خارج خانه (مغازه، ماشین و...)
- ۸- ولگردی و اخراج از مدرسه
- ۸- آتش افروزی

بیمارانی که دو فقره از رفتارهای فوق را داشته و یکی از آنها بصورت مکرر بوده، جزو گروه اختلال رفتاری تلقی شده‌اند.

در این پژوهش، علاوه بر موارد فوق، سه گروه زیر

ولی در ۱۴٪ (۸ نفر) از موارد یکی از والدین در زندگی حضور نداشته و در ۳۰٪ موارد (۱۸ نفر) سن پدر بالا بوده است.

۸۳٪ از خانواده‌ها (۴۹ مورد) هرم قدرت بیمارگونه داشته‌اند. رابطه حدود سیستم خانوادگی با اختلالات رفتاری کودک معنی دار نبود. (جدول-۳)

حدود سیستم	تعداد	درصد
باز	۱۵	۲۶٪
بسته	۲۱	۳۵٪
با عملکرد درست	۲۳	۳۹٪

در ۶۳٪ از موارد (۳۷ نفر) در خانواده اختلاف وجود داشته است (چه اختلاف بین اعضاء، چه اختلاف نظر بین پدر و مادر در باره کودک). ۲۰٪ (۱۲ نفر) از کودکان در خانواده‌های باز ساخته بوده‌اند. تنها در ۱۵٪ از موارد (۹ نفر) مدرسه معرف کودک بوده است و ۷۰٪ (۴۱ نفر) از بیماران توسط متخصصان دیگر معرفی شده‌اند و مابقی مراجعه خانواده بدون معرفی صورت گرفته است. به علاوه در پاسخ به سؤال "چه کسی نگرانتر است؟" نیز تنها در ۵٪ موارد (۳ نفر) مدرسه نگران بوده و در ۷۱٪ موارد (۴۲ نفر) مادر بیشترین نگرانی را داشته است. در ۸ نفر (۱۴٪) پدر و در ۶ نفر (۱۰٪) خود بیمار نگران بوده‌اند.

در پاسخ به سؤال در باره علت نگرانی سه جواب زیر بدست آمده:

آینده اجمالی کودک	(۲۰ نفر)	(۳۳ نفر)
عدم کنترل کودک	(۲۵ نفر)	(۴۳٪)
شکایت از کودک	(۱۴ نفر)	(۲۴٪)

علت اصلی مراجعه به شرح زیر است:

خشونت شدید فیزیکی در منزل	۵۰٪
دزدی از منزل یا خارج	۲۵٪
کشف مواد مخدر در اتاق کودک یا جیب او	۱۵٪

بحث

درصد اختلالات رفتاری در میان مراجعین به مطب

(۷۷٪) بدون بزهکاری و ۱۴ نفر (۲۳٪) همراه با بزهکاری بوده است شکل ۱ - توزیع منی بیماران را نشان می‌دهد. ۳۷ نفر از بیماران پسر بوده‌اند (۶۳٪) و وضعیت تحصیلی کودکان با میزان شیوع اختلالات رفتاری رابطه معنی داری داشته است چرا که ۲۷ نفر (۲۶٪) از کودکان وضعیت تحصیلی ضعیف داشتند در حالیکه تنها ۱۰ نفر (۱۷٪) وضعیت تحصیلی خوب داشته‌اند. و چهار بیماری در میان این کودکان بیشتر از سایر بیماریها و بیشتر از حد انتظار مشاهده گردید:

- ۱ - سندروم تاخیر در رشد *Delay Syndrome*
- ۲ - عقب افتادگی ذهنی در حد مرزی *Borderline Subnormality*
- ۳ - صرع کنترل شده *Controlled Epilepsy*
- ۴ - سابقه سندروم هیپرکینتیک *History Hyperkinetic Syndrome*

رابطه کم هوشی با اختلال رفتاری کودک معنی دار نمی‌باشد. (جدول - ۱)

ضریب هوشی	تعداد	درصد
طبیعی	۲۹	۴۹٪
بیشتر از طبیعی	۲۱	۳۶٪
کمتر از طبیعی	۹	۱۵٪

تنها ۱۰ نفر (۱۷٪) از کودکان همانند سازی با اولیاء داشته‌اند.

۴۳ نفر از کودکان در خانواده‌های کمتر از ۵ نفر زندگی می‌کرده‌اند.

جدول - ۲ روابط عاطفی در خانواده را نشان می‌دهد.

وابستگی	تعداد	درصد
وابستگی به مادر	۳۹	۶۶٪
وابستگی به پدر	۵	۸٪
احساس بی‌کسی	۹	۱۵٪
وابستگی به پدر و مادر بزرگ	۲	۴٪
بدون وابستگی بیمارگونه	۴	۷٪

۵۶٪ از والدین این کودکان جوان و سالم بوده‌اند

برسد.

وجود سابقه چهارستدرم (عقب ماندگی ذهنی،
تأثیر در رشد، صرع کنترل شده و هیپوکینتیک)
جنبه های پیش آگهی و پیش گیری را مطرح می کند.
پائین بودن میزان نگرانی مدارس و خود بیمار در
باره اختلالات رفتاری نکته ای قابل توجه است.
در خاتمه باید گفت که این پژوهش اشکالاتی دارد از
جمله:

- ۱ - بدلیل شرایط اقتصادی بیماران مشخصات
جمعیت نمونه قابل تعمیم به جامعه نیست.
- ۲ - بدلیل مخالفت نوجوانان (بخصوص سنین ۱۶
تا ۱۸) درصد مراجعه به مطب کاهش می یابد.
- ۳ - شرایط فرهنگی نقش چشمگیری در آن
می گذارد.

پیشنهاد:

- توجه به عوامل زیر در اختلالات رفتاری می تواند
موضوع پژوهشهای آتی قرار بگیرد:
- الف - رفتار اجتماعی کودک در مدرسه.
 - ب - شبکه اجتماعی بیمار (رفیق بد).
 - ج - اثر تبلیغ تلویزیون در اختلالات رفتاری.

بزشک کودکان (۲۹/۵٪) با مطالعات دیگر
بهبث دارد. رابطه جنسی و اختلالات رفتاری در
ب و شرق مورد مطالعه قرار گرفته، اگرچه کسر
ی ارائه نشده است. تحقیقات (Erme 1979)
Shaffer et al (19۷۹)

ن می دهد که که فوق مشخصی بین دختران و
ان از نظر اختلاف رفتاری وجود دارد و رفتار
ن در پسرهارا بدلیل نورومورف، عضلات قویتر
ورمون تستوستون می دانند.

له وضع تحصیلی و اختلالات رفتاری در گروه
عیف در مطالعات دیگر نیز تأیید شده
ت. (Rutter et al 1970).

له کم هوشی و اختلالات رفتاری در گزارشهای
Richmed et al 19۸۶ به تأیید رسیده که
بلاف یافته های ماست.

له اندازه خانواده با اختلالات رفتاری در مطالعه
با یافته های پژوهشهای مشابه در غرب متفاوت
ت و علت آن چندان روشن نیست که البته به
رینه گیری بهتر، همکاری و تفکر بیشتر احتیاج
د. به اعتقاد ما احتمالاً خانواده بزرگ در کنترل
دکان و نوجوانان نقش مؤثرتری دارد.

م ۲۰٪ برای خانواده های بازساخته به نظر بالا
رسد که امید می رود در مطالعات آتی به اثبات