



اختلال سلوکی و ویژگیهای بالینی آن

دکتر علی اصغر احمدی[‡]

چکیده

اختلال سلوکی عبارت از یک الگوی رفتاری با دوام است که در آن حقوق اساسی دیگران و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن از سوی کودک و نوجوان نادیده گرفته می‌شود. این اختلال غالباً با رفتارها و ویژگی‌های زیر همراه است: فعالیت جنسی زودرس، باده نوشی، کشیدن سیگار و مواد، بی‌پروایی و اعمال خطرناک، عزت نفس پایین، در حالی که ممکن است یک تصویر قدرتمند از خود نشان دهند. انعطاف پذیری اندک در برابر ناکامی، تحریک پذیری و خلق انفجاری از ویژگی‌هایی است که با فراوانی بیشتری در این اختلال دیده می‌شود. این افراد بیش از دیگران حادثه پذیر هستند. در زمینه مهارت‌های اجتماعی، حافظه و توجه دارای نارسایی هستند. از دید این کودکان و نوجوانان افراد مقتدر از جمله پدر و مادر و آموزگاران اغلب به عنوان افرادی مداخله گر و تنبیه کننده جلوه گر می‌شوند. شماری از مبتلایان به اختلال سلوکی دارای کمبود توجه و یا بیش‌فعالی نیز تشخیص داده شده‌اند. اختلال سلوکی همچنین ممکن است با یک یا چند اختلال دیگر مانند: اختلال‌های خلقی، اعتیاد، اختلال‌های یادگیری و اختلال‌های هیجانی همراه باشد. احتمال ابتلا به اختلال رفتار ارتباطی برای کودکانی که والدین زیست‌شناختی و یا غیر زیست‌شناختی آنها مبتلا به شخصیت ضد اجتماعی بوده و یا دارای برادر و خواهر مبتلا به اختلال رفتار ارتباطی هستند، بیشتر است. همچنین این احتمال برای فرزندان که والدین آنان مبتلا به اختلال‌های می‌بارگی، خلقی، روان‌گسیختگی، نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی و اختلال سلوکی هستند، زیادتر است.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۶۲

کلید واژه: اختلال سلوکی، بزهکاری، کودکان، نوجوانان

دیگران و بیشترین بهره‌مندی ممکن برای خود و دیگران زندگی را سپری کند. اما آسیبها و اختلال‌هایی وجود دارند که در راه حفظ تعادل، فرد را دچار مشکل می‌کنند. دسته مهمی از این آسیبها، آسیبهای روانی هستند.

آدمی در جریان رشد خویش و گذار از مراحل گوناگون زندگی و از راه یادگیری به سطحی از شناخت، عاطفه، اخلاق و مهارت می‌رسد که می‌تواند زندگی فردی و اجتماعی خود را سامان داده، با کمترین آسیب به خود و

[‡] دکتری تخصصی روانشناسی، مدیر گروه روانشناسی دانشگاه تهران. تهران، خیابان انقلاب، دانشگاه تهران.

آنان علاقه کمی داشته باشند. آنان ممکن است سنگدل بوده و احساس گناه یا پشیمانی کمی داشته باشند. از آنجا که آنان آموخته‌اند اظهار پشیمانی می‌تواند مانعی برای تنبیه باشد. ممکن است در ظاهر ابراز پشیمانی کنند. اینگونه افراد ممکن است داوطلبانه همکاران خود را لو دهند و تلاش کنند که دیگران را در مورد کردار نادرست خویش سرزنش کنند. انعطاف پذیری اندک در برابر ناکامی، همچنین تحریک‌پذیری، قشقرق^(۸)، بی‌پروایی^(۹) و حادثه‌پذیری، در آنها بیشتر دیده می‌شود.

این کودکان خود را بیشتر از راه کردار نشان می‌دهند تا از راه بیان. آنان ترجیح می‌دهند از زبان برای برقراری ارتباط یا بیان احساسات بهره‌گیرند (کرنبرگ^(۱۰) و کازان^(۱۱)، ۱۹۹۱). یکی دیگر از نشانه‌های همراه با این اختلال نارسایی در مهارت‌های اجتماعی است که در ۷۲٪ مبتلایان دیده می‌شود (لوربر^(۱۲) و پاترسون^(۱۳)، ۱۹۸۱). از این رو آنان در تعامل با بزرگسالان (آموزگاران، پدران، مادران و دیگران) به صورت مؤثر رفتار نمی‌کنند، کمتر رفتار مؤدبانه دارند و کمتر پاسخ‌های آنان سبب برانگیختن تعامل مثبت در دیگران می‌شود (فریدمن^(۱۴)، روزنتال^(۱۵) و همکاران، ۱۹۷۸ گافنی^(۱۶) و مک فال^(۱۷)، ۱۹۸۱). از آنجا که آنان حرکات و رفتارهای همسالان خود را بیشتر خصمانه تلقی می‌کنند، بیشتر به صورت پرخاشگری واکنش نشان می‌دهند. کمتر می‌توانند راه‌حلهایی برای از میان برداشتن مشکلات بین فردی پیدا کنند و کمتر توانایی درک نقطه نظرهای دیگران را دارند.

1-conduct disorder	2-Wolff
3-Hodiamont	
4-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)	
5-disobedient	6-hyperactivity
7-empathy	8-temper outburst
9-carelessness	10-Kernberg
11-Chazan	12-Lorber
13-Patterson	14-Freedman
15-Rosenthal	16-Gaffney
17-Macfall	

آسیب‌هایی که در مراحل حساس رشد، یعنی کودکی و نوجوانی بروز می‌کنند، نه تنها گذار طبیعی از آن مراحل را دچار کندگی و کاستی می‌کنند، بلکه به سلامت و تعادل روانی فرد در مراحل بعدی زندگی نیز آسیب می‌رسانند. از این رو شناخت و پیشگیری از اختلال‌های روانی دوره‌های کودکی و نوجوانی، برای تأمین سلامت روانی امروز و فردای جامعه ضرورت دارد.

در میان اختلال‌های گوناگون دوره کودکی و نوجوانی، اختلال سلوکی^(۱) یکی از شایعترین آنها است (وولف^(۲)، ۱۹۷۱، هدیامونت^(۳) و همکاران، ۱۹۸۷). این اختلال در چهارمین تجدید نظر تشخیصی - آماری اختلال‌های روانی^(۴) (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) چنین تعریف شده است: "یک الگوی رفتاری بادوام که در آن حقوق اساسی دیگران و هنجارهای اجتماعی متناسب با سن از سوی کودک و نوجوان نادیده گرفته می‌شود".

بر پایه این تعریف اختلال سلوکی در کنار اختلال‌های دیگری چون "نافرمانی"^(۵) و "بیش‌فعالی"^(۶) به همزیستی اجتماعی فرد با دیگران آسیب وارد می‌کند. به بیان دیگر این اختلالها بیش از آنکه برای بیمار مشکلاتی به وجود آورند اطرافیان را می‌آزارند و اطرافیان بیمار بیشتر از خود او ضرورت درمان او را تشخیص می‌دهند.

در این نوشتار ویژگی‌های بالینی مبتلایان به اختلال سلوکی، رابطه این اختلال با سایر اختلالها، ویژگی‌های خانوادگی مبتلایان و بالاخره پژوهش‌های مربوط به درمان آن، مورد بررسی قرار گرفته است.

۱- ویژگی‌های بالینی مبتلایان به اختلال سلوکی

چهارمین تجدید نظر تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)، اختلال سلوکی را با رفتارها و ویژگی‌هایی چون فعالیت جنسی زودرس، باده‌نوشی، به کار بردن سیگار و مواد، بی‌پروایی و اعمال خطرناک، همراه می‌داند.

افراد مبتلا به این اختلال ممکن است همدلی^(۷) اندکی نسبت به دیگران داشته و نسبت به احساسات و آرزوهای

این افراد اغلب از نظر معلمان به عنوان افراد بی علاقه نسبت به مدرسه، بی اعتنا نسبت به اهداف تحصیلی و بی دقت نسبت به تکالیف خود تلقی می‌شوند (گلوک^(۱) و گلوک، ۱۹۵۰).

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوکی در زمینه مهارت‌های تحصیلی نیز نارسایی‌هایی را از خود نشان می‌دهند. در پژوهشی ۳۳٪ از این افراد مبتلا به ناتوانی‌های خواندن تشخیص داده شده‌اند (راتر^(۲)، تیزارد^(۳) و همکاران، ۱۹۷۶). در مجموع سطح عملکرد این افراد پایین بوده و اغلب بسیار زودتر از بقیه همسالان خود مدرسه را ترک می‌کنند (بچ من^(۴)، جان استون^(۵) و اومالی^(۶)، ۱۹۷۸).

مبتلایان به اختلال رفتار ارتباطی بیش از همسالان خود با مشکلات شناختی - ادراکی و مشکلاتی از قبیل بی رحمی و سوء ظن دست به گریبانند و حافظه و توجه خود را به طور پایدار در کنترل ندارند.

رفتارهای ناشی از اختلال سلوکی ممکن است به ترک تحصیل، مسایل سازگاری شغلی، مشکلات قانونی، بیماری‌های آمیزشی، بارداری ناخواسته و آسیب‌های جسمانی به دنبال حادثه و درگیری بیانجامد. با این همه فکر درباره خودکشی یا اقدام موفقیت‌آمیز در این زمینه در میان این افراد بیشتر از میزان پیش بینی شده در جمعیت عادی است.

۲- ارتباط اختلال سلوکی با سایر اختلالات

بررسی‌ها نشان داده‌اند که از یک سو میان اختلال سلوکی و سایر اختلالات همپوشی‌هایی دیده می‌شود و از سوی دیگر باید در مورد تشخیص افتراقی میان این دسته از اختلالات، حساسیت بیشتری نشان داد. زیرا گاهی این اختلالات ممکن است با یکدیگر اشتباه شوند.

در پژوهشی ۷۵٪ از مبتلایان به اختلال سلوکی، مبتلا به نارسایی توجه نیز تشخیص داده شده‌اند (سیفر^(۷) و آلن^(۸)، ۱۹۷۶)، در پژوهش دیگری که بر روی ۱۰۰ کودک بستری شده در بیمارستان در دامنه سنی ۱۲-۷ سال

انجام گرفت، پژوهشگران دریافتند که از این عده ۸ نفر مبتلا به اختلال سلوکی، ۱۶ نفر مبتلا به نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی و اختلال سلوکی بوده‌اند (سوئیتیز^(۹) و کاشانی^(۱۰)، ۱۹۹۲). فورهند^(۱۱) و همکاران (۱۹۹۱) ۴۲ نوجوان پسر زندانی ۱۲ تا ۱۷ ساله را مورد بررسی قرار دادند، ۳۰ نفر از آنها با ملاک‌های اختلال سلوکی مطابقت داشتند و ۱۲ نفر افزون بر اختلال سلوکی، مبتلا به اختلال نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی بودند.

۳- تشخیص افتراقی

باید توجه داشت که وجود رفتارهای ضد اجتماعی به تنهایی، تشخیص اختلال سلوکی را توجیه نمی‌کند. رفتار ضد اجتماعی باید با دوام بوده برای ۶ ماه یا بیشتر وجود داشته باشد. کودکان مبتلا به اختلال سلوکی معمولاً نارسایی‌هایی از نظر کارکرد اجتماعی و آموزشی از خود نشان می‌دهند که ممکن است در یک رفتار ضد اجتماعی دیده نشود.

اختلال مقابله‌ای^(۱۲) نیز شامل برخی از جنبه‌های اختلال سلوکی مانند نافرمانی، مبارزه طلبی و عنادورزی نسبت به صاحبان قدرت است. ولی بر خلاف اختلال سلوکی، اختلال مقابله‌ای حقوق اساسی، هنجارها و قوانین متناسب با سن خود را نادیده نمی‌گیرد.

در تشخیص افتراقی اختلال دو قطبی نیز باید در نظر گرفته شود، چه تحریک پذیری و رفتار ضد اجتماعی در مرحله آشفتگی، بر خلاف اختلال سلوکی، جنبه با ثبات و با دوام ندارد. بیش‌فعالی همراه با نارسایی توجه و اختلال ویژه رشدی گاهی به عنوان اختلال سلوکی تشخیص داده می‌شوند، که باید مورد توجه قرار گیرند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸).

1-Glueck	2-Rutter
3-Tizard	4-Bachman
5-Johnston	6-O'mally
7-Safer	8-Allen
9-Soitys	10-Kashani
11-Forehand	12-oppositional disorder

تشخیص اختلال سلوکی تنها زمانی باید به کار گرفته شود که رفتار مورد نظر، به عنوان نشانه‌ای از نارسایی‌های درونی فرد باشد، نه هنگامی که واکنشی در برابر موقعیت اجتماعی است و یا نوجوانی مهاجر از سرزمین‌های ویران از جنگ، که زندگی او سرشار از رفتارهای پرخاشگرانه می‌باشد؛ چه بسا چنین رفتارهایی برای بقای او ضروری بوده است.

برای افراد بالاتر از ۱۸ سال تنها هنگامی می‌توان تشخیص اختلال سلوکی را در نظر گرفت که الگوی رفتاری آنان با ملاکهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی مطابقت نداشته باشد. تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی نیز در مورد افراد کمتر از ۱۸ سال صورت نمی‌گیرد.

۴- ویژگی‌های خانوادگی مبتلایان به اختلال سلوکی

پژوهشهای مربوط به دوقلوهای یکسان و فرزند خواندگان^(۱) نشان می‌دهند که اختلال سلوکی دارای عناصر ژنتیک و محیطی است. احتمال ابتلا به اختلال سلوکی در کودکانی که والدین زیست شناختی و یا غیر زیست شناختی آنها مبتلا به شخصیت ضد اجتماعی بوده و یا دارای برادر و خواهر مبتلا به اختلال سلوکی هستند، بیشتر است. همچنین این احتمال برای فرزندان که پدر و مادر آنان مبتلا به می‌باره‌گی، اختلالهای خلقی، نارسایی توجه همراه با بیش‌فعالی و اختلال سلوکی هستند، زیادتر است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

در خانواده‌های این افراد سختگیری و خشونت بیش از اندازه، بی‌ثباتی یا نبود نسبی سرپرستی و کنترل، درجاتی از ناهماهنگی زناشویی، نبود انسجام و یکپارچگی خانوادگی دیده می‌شود.

در پژوهشی که احسان منش (۱۳۷۲) درباره شماری از مبتلایان به اختلال سلوکی در تهران انجام داده است در خانواده ۱۵ نفر از آزمودنیها (۶۲/۵٪) درگیرها و کشمکش‌های طولانی مدت و شدیدی بین زن و شوهر و یا بستگان نزدیک آنها گزارش کرده است. بسیاری از کودکان

شاهد برخوردهای لفظی و بدنی شدید میان پدر و مادر و یا دیگر اعضاء خانواده بوده‌اند. در خانواده‌هایی که پدر و مادر رسماً از هم جدا نشده‌اند، اما شرایط زندگی آنها به گونه‌ای بوده است که پدر به علل شغلی غیبتهای طولانی مدت داشته (مشاغلی چون خدمت در ارتش و مناطق مرزی دورافتاده) و یا بود و نبود او در خانه چندان تفاوتی نداشته است مانند افراد بیمار و از کار افتاده و بستری در منزل اختلال سلوکی بیشتر دیده شده است. ۱۱ نفر از نمونه مورد بررسی در این پژوهش (۳۹٪) در خانواده‌های تک والد زندگی می‌کرده‌اند. تنها در یک مورد از ۱۱ مورد، فوت پدر عامل این وضعیت بوده است، در حالیکه طلاق و جدایی از همسر سبب فقدان یکی از والدین در ۱۰ مورد بقیه بوده است. پژوهشگر نتیجه می‌گیرد که به طور کلی زندگی خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی این افراد وضعیتی نابسامان و مخدوش داشته و دارای صمیمیت لازم نبوده است.

۵- درمان اختلال سلوکی

روشهای درمانی چندینی از جمله گروه درمانی درمانهای انفرادی، خانواده درمانی و دارو درمانی در بررسیها به کار گرفته شده است. در میان تمامی این شیوه‌ها، توجه به نقش خانواده، مدرسه و آموزش آنها بیش از سایر شیوه‌ها کارآمدی نشان داده است.

گروه پژوهشی پیشگیری از اختلال سلوکی^(۲) (۱۹۹۲)، برنامه "فست"^(۳) را برای پیشگیری از ابتلای فرد به اختلال سلوکی پیشنهاد کردند. این برنامه از کلاس اول ابتدایی شروع شده و ۵ طرح مداخله‌ای را برای مدرسه، خانه و کودک به منظور پیشگیری از بروز اختلالهای سلوکی، کمی روابط اجتماعی و شکستهای تحصیلی به اجرا درآورد.

بسیاری از نوجوانان مبتلا به اختلال سلوکی هیچگونه

درمانی دریافت نمی‌دارند و به جای آن به مراکز ویژه و یا کانونهای اصلاح و تربیت معرفی می‌شوند. درصد بالایی از آنان پس از ازدواج و آغاز به کار خود به خود بهبود می‌یابند.

برخی بزهکاران جوان در برابر یک مشاوره پذیرا، کمتر سختگیر و پویا به درمان پاسخ می‌دهند. اگر در چنین گروه درمانی، شماری از بزهکاران بهبود یافته که با دلیل تراشی‌ها و انکارهای این گروهها آشنا هستند، شرکت داشته باشند، موجب واقع بینی بیشتر بزه کاران می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸).

در مورد اختلال سلوکی، در صورت امکان درگیر ساختن خانواده دارای اهمیت بنیادی است. تا خانواده کودک مبتلا، شیوه درمانگری را با صمیمیت نپذیرد، هیچ شیوه درمانی نمی‌تواند مؤثر باشد.

کسانی که مراقبت کودکان پرخاشگر به آنان واگذار می‌شود باید آمادگی پذیرش و محبت به آنان را به مدت طولانی داشته باشند بدون اینکه پسخوراند مثبتی از جانب آنان دریافت کنند. در آغاز کمتر می‌توان امید رفتارهای اجتماعی‌تر را از وی داشت. اما کم‌کم میزان این رفتارها افزایش می‌یابد (همان جا).

به منظور بررسی میزان تأثیر کارورزی پدران و مادران در کاهش رفتارهای ناسازگارانه این کودکان، احسان منش (۱۳۷۲) در یک پژوهش آزمایشی گروهی از پدران و مادران (۸ مادر و ۶ پدر در سنین ۲۹-۴۵ سال) کودکان مبتلا به اختلال سلوکی را که گروه آزمایشی را تشکیل می‌دادند، طی یک برنامه آموزشی، با شیوه‌های تشویق و تنبیه رفتارهای به ترتیب خوب و ناسازگارانه این کودکان آشنا نمود. وی میزان تأثیر این آموزش را در کاهش رفتارهای ناسازگارانه این کودکان در سطح معنی دار از نظر آماری گزارش نمود. برای درمان این اختلال دارو درمانی نیز آزموده شده و در بررسی‌های چندی تأثیر کمی در کاهش رفتارهای نامطلوب نشان داده است. فنوتیازین‌ها^(۱) برای کاهش پرخاشگری^(۲) و متیل

فنی دیت برای بیش فعالی همراه با کمبود توجه به کار گرفته شده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸).

در یک بررسی ۱۰ بیمار پرخاشگر و انفجاری^(۳) در دامنه سنی ۱۰-۵ سال که تشخیص اختلال سلوکی داشتند، به مدت ۳ تا ۵ هفته روزانه با ۶۰۰ تا ۸۰۰ میلی گرم کاربامازپین^(۴) مورد درمان قرار گرفتند. در پایان این دوره رفتارهای پرخاشگرانه و انفجاری این افراد کاهش معنی دار از نظر آماری یافت (کافانتاریس^(۵) و همکاران، ۱۹۹۲).

با وجود این برخی پژوهشگران بر این باورند که ایجاد فضایی با ثبات همراه با عطفوت که در آن کودک بتواند کنترل‌های درونی خویش را گسترش داده، تصویری مثبت از خویش به دست آورد و مهارتهای سازگاری تازه‌ای را بیاموزد، بیشتر از دارو درمانی سودمند خواهد بود (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸).

۶- همه‌گیرشناسی اختلال سلوکی

نگاهی به بررسیهای همه‌گیرشناسی که طی سه دهه گذشته انجام گرفته یافته‌های پژوهشی متفاوتی را گزارش نموده‌اند.

برای نمونه سویتز و کاشانی (۱۹۹۲) از میان ۱۰۰ کودک بستری شده در بیمارستان در دامنه سنی ۱۲-۷ سال، گروههای تشخیصی زیر را گزارش نموده‌اند:

۸ نفر مبتلا به کمبود توجه، ۸ نفر مبتلا به اختلال سلوکی، ۱۸ نفر مبتلا به اختلال نافرمانی، ۱۶ نفر مبتلا به کمبود توجه همراه با بیش فعالی و اختلال سلوکی، ۲۱ نفر مبتلا به کمبود توجه همراه با بیش فعالی و نافرمانی، ۲۹ نفر نیز مبتلا به سایر اختلالها بودند.

برآوردهای مربوط به جمعیت عمومی نیز ارقام متفاوتی را در بر می‌گیرد. راتر^(۶) و همکاران (۱۹۷۶) نشان دادند که اختلال سلوکی در میان ۴٪ از کودکان ده و

1-Phenothiazines	2-violent temper
3-explosive	4-Carbamazepine
5-Cafantaris	6-Rutter

یازده ساله عادی دیده می‌شود. برآورد دیگری ۹٪ پسران و ۲٪ دختران در سنین زیر ۱۸ سال را مبتلا به این اختلال می‌داند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸). چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا میزان ابتلای پسران زیر ۱۸ سال را از ۶ تا ۱۶ درصد و دختران همین سنین را بین ۲ تا ۹ درصد برآورد می‌کند.

۷- سیر اختلال سلوکی

در مورد اینکه پیش از بروز اختلال، چه رفتارهایی می‌تواند بروز این اختلال را پیش بینی کند پژوهشی در دست نیست، اما در چند بررسی به شرایط خانوادگی و اجتماعی زمینه ساز برای بروز اختلال اشاره گردیده و گفته شده که انواع گوناگون این اختلال و همراه بودن یا همراه نبودن آن با اختلالهای دیگر، در روند اختلال مؤثر است. در پژوهشی چند پسر کودستانی که مبتلا به اختلال سلوکی و بیش فعالی بودند، به مدت ۳، ۴ و ۵ سال تا سنین دبستانی مورد پیگیری قرار گرفتند و به وسیله آموزگاران، پدران و مادران، دوستان و خود کودکان ارزیابی شدند.

نتایج نشان داد که افراد مبتلا به اختلال سلوکی همراه با بیش فعالی، طیف گسترده تری از مشکلات سلوکی را در خانه و مدرسه در مقایسه با سایر گروهها به وجود می‌آورند. این گروه از کودکان پیش آگاهی ناجورتری نسبت به کودکانی که مبتلا به اختلال سلوکی به تنهایی بوده‌اند، در دوره نوجوانی دارند (ساسینگ نان^(۱) و ترمبلاری^(۲) و همکاران، ۱۹۹۲).

طبیعی است که بروز نشانه‌های گوناگون در سنین مختلف نیز متفاوت باشد. این نشانه‌ها با افزایش سن و به دنبال تغییراتی که در فرد از نظر نیروی بدنی، توانایی‌های شناختی و رشد جنسی، به وجود می‌آید، تغییر پیدا می‌کند. رفتارهای خفیف مانند دروغگویی، مغازه زنی و درگیریهای فیزیکی در آغاز و رفتارهای شدید مانند تجاوز، دزدی همراه با رویارویی با قربانی و جنایت بعدها بروز می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

هرچند که در سومین چاپ راهنمای تشخیصی آماری

انجمن روانپزشکی و به دنبال آن در چهارمین چاپ آن، تقسیم اختلال سلوکی به دو نوع اجتماعی و غیر اجتماعی با دو شکل فرعی پرخاشگر و غیر پرخاشگر که در مجموع چهار گروه را می‌ساخته، حذف شده است. لکن در برخی از بررسیها، هنوز این طبقه بندی به کار گرفته می‌شود (برای نمونه کرنبرگ و کازان، ۱۹۹۱).

به هر حال بررسیها نشان داده‌اند که مبتلایان به این اختلال در آینده مشکلاتی خواهند داشت که یکی از رایجترین آنها بروز شخصیت ضد اجتماعی است. همچنین نشان داده‌اند که ۳۷ تا ۷۱ درصد از مبتلایان به اختلال سلوکی در بزرگسالی نشانه‌های شخصیت ضد اجتماعی را بروز خواهند داد (آنسلی^(۳)، ۱۹۶۱؛ موریس^(۴) و همکاران، ۱۹۵۶؛ رایبسون^(۵)، ۱۹۷۰). در شماری از این افراد، اختلال تا بزرگسالی از میان می‌رود. اما به هر حال تعدادی از ملاکهای این اختلال در بزرگسالی با اختلال شخصیت ضد اجتماعی منطبق است.

افراد مبتلا به اختلال سلوکی، با احتمال بیشتری در بزرگسالی به اختلالهای خلقی، اضطرابی، شبه جسمی^(۶) و اعتیاد مبتلا می‌شوند.

اختلال سلوکی در پسران شایعتر از دختران است و نسبت آن از ۴ به ۱ تا ۱۲ به ۱ در نوسان است (کاپلان و سادوک ۱۹۸۸). افزون بر آن این اختلال در دختران و پسران به شکل‌های مختلفی بروز می‌کند. پسرهای مبتلا به این اختلال بیشتر رفتارهایی چون دزدی، درگیری، خرابکاری و قانون شکنی در مدرسه را از خود نشان می‌دهند، در حالیکه در دختران مبتلا به این اختلال بیشتر دروغگویی، فرار از مدرسه، فرار از خانه، استفاده از مواد و هرزگی دیده می‌شود.

۸- سبب شناسی

در زمینه سبب شناسی این اختلال بررسیهایی انجام

1-Sousingnan

2-Tremblary

3-Annesley

4-Morris

5-Robinson

6-somatoform

گردیده است. برخی از پژوهشگران نارسایی های عصبی را دارای اهمیت دانسته اند. مافیت^(۱) (۱۹۹۳) بر پایه یافته های آزمونهای عصبی - روان شناختی نارسایی های مغزی را با اختلال سلوکی مربوط می داند و در بسیاری از آنها نمونه هایی از افراد مبتلا به رفتارهای ضد اجتماعی، انواعی از نارسایی های عصبی در کارکرد کلامی و عملی را یافته است.

از سوی دیگر چگونگی گذران دوره کودکی برای نمونه طرد والدین، زندگی در مؤسسات در مراحل اولیه زندگی، تغییرهای پی در پی در نقشهای والدینی (اولیاء پرورشگاه، وابستگان و نامادری و ناپدری) سوء استفاده جنسی و بدنی و بالاتر از همه شرایط نابسامان خانه^(۲)، از جمله عوامل مهم در پیدایش این اختلال به شمار می آید.

شرایط نابسامان خانه با اختلال سلوکی و بزه کاری همراه است. هر چند که یک خانواده از هم گسسته^(۳)، به تنهایی عامل این اختلال نیست، اما بررسیها نشان داده اند که درگیریهای میان پدران و مادران نقش مهمی در ایجاد اختلال سلوکی دارد. مشکلات روانی والدین به ویژه جامعه ستیزی^(۴) و می بارگی، در مشکلات عمیقتر روانی ریشه دارند و رفتارهای ضد اجتماعی و اعتیاد آنان پوششی است بر آن بیماریهای عمیق. فرضیه های روان پویایی گویای آن هستند که چنین فرزندان ناھشیارانه آرزوهای ضد اجتماعی پدران و مادران خود را برون ریزی می کنند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸).

در این زمینه به خانواده پرجمعیت، کمبود نظارت، وجود آسیبهای روانی در اعضاء خانواده نیز اشاره شده است. احسان منش (۱۳۷۲) در شماری از خانواده های کودکان مبتلا به اختلال سلوکی بجز کودک مبتلا، یک یا چند نفر دیگر از اعضاء خانواده را دچار مشکلات روانی و رفتاری یافته است. گروهی از پدران و مادران (۷ مورد از ۱۱ مورد) یا در یک مقطع زمانی معین زیر نظر روانپزشک دارو مصرف می کرده اند و یا در هنگام اجرای پژوهش تحت درمان بوده اند. برخی از آنان برای درمان مشکلات

روانشناختی و رفتاری خود بارها به روانپزشک مراجعه نموده اند.

اعتیاد به مواد مخدر نیز از دیگر مشکلات خانواده های این کودکان بوده است. در ۳ مورد از ۱۱ مورد کودکان مورد بررسی در پژوهش یاد شده طیف گسترده ای از مشکلات روانی و رفتاری مانند کندن موهای بدن و سر و عدم کنترل مدفوع نیز گزارش گردیده است.

گروهی بر این باورند که چون کودکان محروم از نظر اقتصادی - اجتماعی نمی توانند نیازهای خویش را از راه قانونی و مشروع برآورده نمایند، برای رسیدن به هدفهای خود به ابزارهای پذیرفته نشده اجتماعی روی می آورند. چنین رفتاری در گروههای محروم، رفتاری بهنجار به شمار می رود، زیرا این کودکان به ارزشهای خرده فرهنگی خود پای بند هستند (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸).

منابع

احسان منش، مجتبی (۱۳۷۲). کارورزی والدین کودکان مبتلا به اختلالات سلوکی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

صاحب الزمانی، ناصرالدین (۱۳۴۲). روح نابسامان، تهران: مؤسسه مطبوعاتی عطایی.

American Psychiatric Association (1988). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (3rd ed. Revised), DSM-III-R*. Washington, D. C.: APA.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, D. C.: APA.

Bachman, J. G., Johnston, L. D., & O'Mally, P.M., (1978). Delinquent behavior linked to educational attainment post high school

1-Moffit
2-chaotic home
3-broken home
4-sociopathy

experiences. *On the correlates of crime and the determinants of criminal behavior*. Arlington: The Mitre Corp.

Conduct Problems Prevention Research Group: (1992). A developmental and clinical model for prevention conduct disorder: The fast track program. Special issue: Developmental approaches to prevention & intervention. *Development & Psychopathology*, 4,4-9.

Forehand, R., Wierson, M., Frame, C., & Kempton, I. (1991). Juvenile delinquency entry and persistence: Do attention problems contribute to conduct problems; *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 22, 4-8.

Glueck, S., & Glueck, E. (1950). *Unravelling juvenile delinquency*. Cambridge: Harvard University Press.

Hodiamont, P., Peer, N., & Syben, N. (1987). Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 17, 495-505.

Kafantaris, V., Campbell, M., Padron-Gayol, M. V., & Small, A. M. (1992). Carbamazepine in hospitalized aggressive conduct disorder children: An open pilot study. *Psychopharmacology Bulletin*, 28, 193-199.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1988). *Synopsis of psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Kernberg, P. F., & Chazan, S. F. (1991). *Children with conduct disorder*, New York: Basic Books.

Lorber, R., & Patterson, G. R. (1981). The aggressive child: A concomitant of a coercive system. *Advances in family intervention,*

assessment and theory, 2, 47-87.

Moffit., T. E. (1993). The neuropsychology of conduct disorder. Special Issue; Toward a developmental perspective on conduct disorder. *Development & Psychopathology*, 5,1-2.

Morris, H. H., Escoll, P. J., & Wexler, R. (1956). Aggressive behavior disorders of childhood: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 112, 991-997.

Robinson, L. N. (1970). The adult development of the antisocial child. *Seminars in Psychiatry*, 2, 420-434.

Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P., & Whitmore, K. (1976). Research report: Isle of Wright studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6, 313-332.

Safer, D. J., & Allen, R. P. (1976). *Hyperactive children: Diagnosis and management*. Baltimore: University Park Press.

Soitys, S. M., Kashani, J., Dandoy, A. C., & Alzira, F. (1992). Comorbidity for disruptive behavior disorders in psychiatrically hospitalized children. *Child Psychiatry & Human Development*, 32, 87-98.

Soussignan, R., Tremblary, R. E., Schaal, B., & Laurent, D. (1992). Behavioural and cognitive characteristics of conduct disordered - hyperactive boys from age 6 to 11: A multiple informant perspective. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 33, 1333-1346.

Wolf, S. (1971). Dimensions and clusters of symptoms in disturbed children. *British Journal of Psychiatry*, 118, 421-427.