

اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کتابچه راهنمای

آموزش روان شناختی در اختلالات روانپزشکی کودکان و نوجوانان

(ویژه کارشناسان بهداشت روان)

گردآوری و تنظیم:

دکتر جواد محمودی قرائی

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

آموزش روان شناختی در اختلالات روان پزشکی کودک و نوجوان

گردآوری و تنظیم:

دکتر جواد محمودی قرائی

فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان
استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

با همکاری:

دکتر فریبا عربگل

فوق تخصص روان پزشکی کودک و نوجوان
استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

محمود بزرگی

کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی

نرگس علیرضائی

کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی

الهام اشتاد

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

فرشته مؤمنی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

نجمه خسروان مهر

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

صنم باقریان

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

سارا حیدری

کارشناس روانشناسی بالینی

سمیرا صادقی پروین

کارشناس روانشناسی عمومی

بخش اول: مفاهیم کلی

- فصل 1: مراقبت های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان
- فصل 2: آموزش روان شناختی
- فصل سوم: تکامل طبیعی کودک

بخش دوم: آموزش روان شناختی در سطح پیشگیری اولیه

- فصل 1: فرزندپروری
- فصل 2: تقویت عملکردهای تکاملی کودکان
- فصل 3: مدیریت مشکلات رفتاری خاص
- فصل 4: مشکلات تحصیلی
- فصل 5: مهارت ها زندگی
- فصل 6: نوجوانی و بلوغ
- فصل 7: مداخله در حوادث و بلایا
- فصل 8: سوگ در کودکان

بخش سوم: آموزش روان شناختی در اختلالات روان پزشکی کودک و نوجوان

- فصل 1: اصول کلی
- فصل 2: اختلال نافذ رشد
- فصل 3: اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
- فصل 4: اختلال رفتار ایذائی
- فصل 5: اختلال یادگیری
- فصل 6: اختلال ارتباط زبانی
- فصل 7: اختلال خلقی
- فصل 8: اختلال اضطرابی
- فصل 9: اختلالات دفعی
- فصل 10: اختلال تیک
- فصل 11: اختلال وسواس

مفاهیم کلی

فصل 1: مراقبت های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان

فصل 2: آموزش روان شناختی

فصل سوم: تکامل طبیعی کودک

مراقبت‌های روانپزشکی در کودکان و نوجوانان

مراقبت‌های روانپزشکی به معنی پیشگیری اولیه و تشخیص اختلالات روانپزشکی در کودکان و نوجوانان با استفاده از نشانه‌های بدست آمده از شرح حال، مشاهدات و ارزیابی وضعیت روانی و انتخاب مداخلات لازم می‌باشد. بسیاری از نشانه‌های اختلالات روانپزشکی کودکان مرتبط با مرحله تکاملی کودک است و آگاهی از نشانه‌های طبیعی و غیر طبیعی در هر مرحله رشدی حائز اهمیت است. بسیاری از والدین نسبت به تغییرات طبیعی تکاملی کودک ناآگاه بوده و بسیاری از مشکلات رفتاری و هیجانی را طبیعی تلقی می‌کنند. بنابراین لازم است در این خصوص به آنها آموزش داده شود. برای ارائه این آموزش‌ها بالینگرانی که درگیر ارائه خدمات بهداشت روان به کودکان هستند می‌بایست در این خصوص دانش کافی داشته باشند. از سوی دیگر بسیاری از والدین اطلاعات کافی در مورد مراقبت‌های پیشگیرانه روانپزشکی نداشته و در زمان مواجهه با این مشکلات روش مقابله را نمی‌دانند و بدلیل ترس از انگ بیماری برای برخورداری از اینگونه مراقبت‌ها در زمان مناسب مراجعه نمی‌کنند. این مسئله باعث می‌شود که فرایند درمان اختلال یا حل مشکل دیرتر آغاز شود. لذا مراقبت‌های روانپزشکی صرفاً مداخلات درمانی را در بر نمی‌گیرد. آموزش همگانی، آموزش خانواده، مداخلات پیشگیرانه برای جمعیت عمومی در سطوح مختلف و مداخلات درمانی دارویی و غیر دارویی و ارائه خدمات مشاوره‌ای و پیگیری همگی خدماتی هستند که در این حوزه ارائه می‌شوند. پزشک خانواده و کارشناس بهداشت روان به‌همراه سایر کارکنان مرتبط با بهداشت روان در مراکز بهداشتی درمانی مسئولیت ارائه این خدمات را برعهده دارند.

چگونگی مراقبت:

مراقبت به معنی پیشگیری از بیماری‌های روانپزشکی است. در سطح اولیه، پیشگیری از طریق انجام مداخلاتی است که مانع به وجود آمدن اختلالات روانپزشکی می‌شود. بخشی از این مداخلات از طریق شناسایی عوامل خطر و حمایتی، کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل حمایتی انجام می‌شود. و در سطح دوم و سوم، مراقبت از طریق شناسایی اختلالات یا ناتوانی‌های ناشی از اختلالات و انجام اقداماتی در خصوص درمان و توانبخشی است. در این مجموعه به نحوه ارائه آموزش‌های روانشناختی، نوع و محتوای آموزش‌ها، متناسب با اهداف پیشگیری و نوع اختلال برای کاربرد کارشناسان بهداشت روان پرداخته می‌شود.

فرایند کامل مراقبت از کودک سالم شامل مراحل زیر است:

- **ارزیابی:** شامل گرفتن شرح حال مناسب و انجام معاینه ی وضعیت روانی، بررسی وضعیت تکاملی در زمینه های حرکت، گفتار، ارتباطات اجتماعی، هیجانات و ... ، ارزیابی محیط رشدی و مراقبین، عملکرد تحصیلی و مدرسه، و نیز نشانه های خطر می باشد.
- **طبقه بندی:** هر مشکلی به این صورت طبقه بندی می شود.
 - نیازمند ارجاع
 - انجام اقدامات لازم
 - ارائه توصیه هایی جهت مراقبت در منزل
- **مداخلات درمانی:** مداخلات درمانی می تواند بصورت ارجاع بیماران به مراکز تخصصی، درمانهای دارویی، و مداخلات غیر دارویی باشد که توسط پزشک یا کارشناس بهداشت روان انجام می شود.
- **پیگیری:** زمانیست که لازم است کودک بدلیل مشکل موجود تحت نظر پزشک باشد در این صورت کودک را در فواصل مشخص ملاقات نموده ضمن انجام اقدامات پیگیری، در صورت لزوم در مورد مشکل قبلی یا مشکلات جدید ارزیابی مجدد انجام می شود.

در مورد روند انجام مراقبت های کودک سالم در کتابچه راهنمای مراقبتهای روانپزشکی ویژه پزشکان به تفصیل بحث شده است. در این مجموعه نحوه ارائه آموزشهای روانشناختی را که بخشی از فرایند مراقبت راتشکیل می دهد را مطرح می نمائیم.

آموزش روان شناختی:

آموزش روان شناختی جزء مهم اقدامات پیشگیرانه، درمانی و پیگیری است. در سطح پیگیری اولیه آموزش روان شناختی می تواند باعث افزایش آگاهی عمومی و آگاهی والدین و ارتقاء سطح بهداشت روان افراد شود. در سطوح پیگیری ثانویه و ثالثیه این مداخلات موجب کاهش ناتوانی های ناشی از اختلالات روان پزشکی می شود. بعنوان مثال پس از طبقه بندی چنانچه کودک نیازمند ارجاع است قبل از ارجاع توصیه های لازم در خصوص نحوه پی گیری ارائه می شود و مراقبین را از چگونگی مراجعات بعدی مطلع می گردند. و چنانچه نیازمند ارجاع نیست ممکن است مراقبین نیازمند دریافت آموزشهایی در خصوص نحوه مراقبت از کودک باشند در این صورت به آنها آموزشهای لازم داده می شود.

فصل دوم:

آموزش روان شناختی

همانگونه که در فصل گذشته اشاره شد، آموزش روان شناختی مداخلاتی را در بر می گیرد که در طی آن می توان از طریق ارائه آموزش هایی در حوزه های روان پزشکی و روان شناسی تغییراتی را در الگوهای رفتاری و شناختی مراجع ایجاد نمود. این آموزشها می توانند در هریک از سطوح مختلف پیشگیری ارائه شوند. امروزه آموزش روانشناختی کاربرد وسیعی دارد و تقریباً هیچ مداخله ای وجود ندارد که در طی آن از آموزش روانشناختی استفاده نشده باشد. آموزش روانشناختی را می توان بصورت فردی، خانوادگی و گروهی انجام داد و لازم است آموزش دهنده که معمولاً کارشناس بهداشت روان می باشد کاملاً نسبت به موضوعی که آموزش می دهد آگاه باشد. انتخاب گروه هدف بر حسب موضوع و سطح پیشگیری مورد نظر متفاوت خواهد بود.

آموزش روانشناختی صرفاً ارائه اطلاعات از طریق سخنرانی نیست بلکه آموزش دهنده می بایست برای به حداکثر رساندن تاثیر مداخلات از مهارت کافی برخوردار بوده و با روش ها و تکنیک های ارائه اطلاعات آشنا باشد.

آموزش روانشناختی در سطح همگانی:

آموزشهایی را در بر می گیرد که مخاطب آن جمعیت عمومی هستند. در این سطح معمولاً ارائه اطلاعات به موضوعات عمومی تر یا اختلالات شایع تر اختصاص می یابد. بعنوان مثال آموزشهایی که از طریق رسانه ها ارائه می شوند و یا آموزشهای همگانی از طریق سخنرانی. آموزش روان شناختی در این سطح صرفاً ارائه دانش نیست و می تواند به صورت آموزش مهارتهای خاص باشد مثل مهارتهای زندگی یا مهارتهای فرزند پروری. این آموزشها صرفاً اختصاص به جمعیت عمومی نداشته و می تواند مخاطبین خاص تری نیز داشته باشد.

آموزش روانشناختی برای گروههای در معرض خطر:

مقصود از گروههای در خطر گروههایی هستند که برخی فاکتورهای خطر بروز مشکلات روانشناختی را دارند. از این دسته می توان به کودکانی اشاره نمود که یک والد خود را از دست داده اند و والد دیگر سرپرستی خانواده را به طور کامل بر عهده دارد. اگر چه وجود چنین شرایطی الزاماً به معنی بروز یک اختلال نیست ولی به دلیل اینکه در چنین شرایطی احتمال آسیب بیشتر است مداخلات آموزشی می تواند نقش پیشگیرانه داشته باشند. بدیهی است در چنین شرایطی موضوعات مطرح شده در جلسات آموزشی اختصاصی تر و جلسات بصورت فردی یا گروهی با تعداد محدود تری از افراد انجام می شوند. این مداخلات می توانند برای پیشگیری سطح اول یا پیشگیری سطح دوم و سوم، از طریق کمک به روند درمان یا عنقور کاستن ناتوانی ناشی از یک اختلال بکار گرفته شوند.

آموزش روانشناختی برای گروههای پر خطر:

گروه های پرخطر به افرادی گفته می شود که فاکتورهای خطر متعددی داشته و در معرض یا مبتلا به یک آسیب یا مشکل روانشناختی هستند و نیازمند مداخلات اختصاصی می باشند. مثل نوجوانانی که به دلیل رفتارهای پرخطر در معرض ایدز قرار دارند یا نوجوان افسرده ای که به دلیل افکار خودکشی و اقدام به آن ارجاع شده است و قویاً احتمال اقدام مجدد مطرح است. در چنین مواردی مداخلات آموزش روانشناختی در کنار سایر مداخلات انجام می شود و متمرکز بر موضوعات اختصاصی است. این آموزشها را می توان بصورت فردی یا گروهی ارائه نمود.

چگونگی ارائه آموزشهای روان شناختی

آموزش روان شناختی بر عهده متخصصین بهداشت روان است که آموزشهای لازم را در این خصوص دیده باشند.

متخصصین بهداشت روان فقط ارایه دهنده ی موضوعات نیستند، بلکه تسهیل گرانی هستند که مسئولیت های زیر را نیز بر عهده دارند بخصوص زمانیکه آموزشها بصورت گروهی ارائه می شوند:

1. جهت دهی به فراگیری های مراجعین.
2. فراهم آوردن فرصت هائی برای بروز هیجانات در یک فضای امن.
3. ایجاد امید واقعی و تقویت آن.
4. جهت دهی یادگیری های غیر مستقیم در مراجعین.
5. راهکار های غیر مستقیم برای تقویت درک شخصی از خود.
6. ایجاد فرصت هائی برای تمرین آموخته های جدید.

ارائه دهندگان آموزش روانشناختی باید واجد ویژگی ها و توانمندی های زیر باشد:

تخصص:

کارشناس بهداشت روان باید در مورد نحوه ی ارائه، شرایط و یا موضوعات مورد توجه و نیز در مورد چگونگی آموزش آنها به اندازه ی کافی آگاهی داشته باشد. در اینجا اصل بر آگاهی از روشها و اصول آموزش، عوامل درمانی، شرایط و موضوعات، اخلاقیات و سایر اطلاعات مربوط به آموزش روان شناختی است. (چنانچه جلسات بصورت گروهی اداره شوند تخصص کارشناس بهداشت روان مقوله هایی مثل نحوه ی اداره گروه، پویایی گروه و غیره را در بر می گیرد).

به عنوان مثال ارائه برخی آموزشها بدون توجه به شرایط و محتوا ها می تواند اثرات نامطلوبی بر مراجع داشته و باعث پیچیده شدن شرایط شود مثلا آموزش در مورد مسائل جنسی در کودکی که به لحاظ شناختی توانائی تجزیه و تحلیل این اطلاعات را ندارد و یا ارائه آموزشهای نامتناسب در مورد یک اختلال یا دارو که می تواند به اضطراب خانواده دامن بزند و یا برجسته نمودن غیر واقعی عوارض داروها که باعث عدم پذیرش بیمار نسبت به دارو می شود.

هنر آموزش:

هنر آموزش از تجربه ی درونی، خودآگاهی و جنبه های رشد شخصیتی فرد ناشی می شود. آموزش دهنده باید برای مراجع گرم و مراقبت کننده باشد و خلوص، تحمل و احترام وجودی خود را آشکار کند، چرا که مراجع وجود واقعی او را در پشت کلماتش درک خواهد کرد. در آموزش روان شناختی حساس بودن به مسائل فرهنگی مراجع و استفاده ی ساختار یافته از انتقال متقابل¹ و کاهش اثرات منفی ناخودآگاه آن مفید است. درگیری ها و مشغله های حل نشده و تعارضات خانوادگی کارشناس بهداشت روان بر روش و توانایی آموزش دهنده او اثر می گذارد.

¹ Counter transference

مهارتهای آموزشی:

مهارتهای آموزشی مهم هستند ولی نباید جای سایر اجزا را بگیرند. مهارتها به راحتی قابل آموزش و تمرین هستند و به همین جهت بیشتر مورد توجه واقع می شوند. پرداختن به مهارتها راحت تر از پرداختن به اجزای دیگر است ولی نباید جایگزین دانش، آگاهی و خود اصلی متخصص بهداشت روان شود. مهارتها عبارتند از:

- آموزش
- الگو سازی^۱
- حل تعارضات
- مدیریت اضطراب
- تفسیر فرایندها^۲

فنون:

فنون، راهکارهای اختصاصی در فرایند آموزش است. فعالیتهایی مثل بازی و ایفای نقش، روشهای آموزشی مثل سخنرانی، بحث و استفاده از رسانه های کمک آموزشی، روشهای تسهیل مثل حل تعارض و آنچه در مورد رفتارهای مشکل انجام می شود همگی فنونی هستند که در آموزش بکار می روند. این فنون جزء اصلی کارند و در موارد زیر استفاده می شوند:

- درگیر کردن فعالانه ی مراجعین.
- به حداکثر رساندن ارائه ی اطلاعات.
- واضح و آشکار نمودن اطلاعات برای هر مراجع و مشخص کردن کاربردهای فردی.

الگوی جلسات آموزش روان شناختی

آموزش روان شناختی را می توان در زمانهای مختلف از جمله زمان مراجعه، قبل از ارزیابی، در حین یا بعد ارزیابی، در شروع درمان و یا در زمان پیگیری یک بیماری انجام داد. جلسات می توانند کوتاه مدت (چند دقیقه) یا طولانی (60 تا 90 دقیقه) باشند. می تواند فقط یک جلسه باشد و یا اینکه در چند جلسه ارائه شود. در مورد کودکان برگزاری جلسات طولانی مدت با محدودیت همراه است. استفاده از فنون اختصاصی نظیر سخنرانی، ایفای نقش، بازی و فعایتهای هنری نظیر نقاشی می توانند مفید باشند.

الگوهای آموزش روانشناختی برای خانواده:

بر حسب شرایط الگوهای مختلفی از آموزش روانشناختی برای خانواده وجود دارند که عبارتند از:

• آموزش به افراد یک خانواده و یا چند خانواده بصورت گروهی

درمان گر می تواند برای افراد یک خانواده جلسات آموزش را برگزار نماید و یا اینکه بصورت گروهی چند خانواده را با هم ببیند. در اینصورت خانواده های مختلف در تجربه و احساسات یکدیگر شریک شده و روشهای انطباق و حل مسئله را از تجارب یکدیگر می آموزند.

¹ Modeling

² Process commentary

- آموزش روان شناختی در حضور بیمار یا در غیاب او

بر حسب شرایط درمان گر می تواند برخی جلسات را در حضور بیمار و برخی را در غیاب او برگزار نماید.

- روش کارگاهی و یا بصورت سخنرانی

جلسات آموزشی را می توان بصورت سخنرانی برگزار نمود و یا بصورت کارگاهی که افراد خانواده نقش فعال تری را در اجرای آن دارند.

- یک روزه. کوتاه مدت و یا طولانی مدت

آموزش خانواده می تواند در یک کارگاه یک روزه و یا در 4 تا 6 جلسه کوتاه مدت هفته ای برگزار شود و یا بصورت جلسات ماهانه تا چند سال ادامه یابد.

- مرتبط با مراحل بیماری یا غیر مرتبط با آن

درمان گر می تواند جلسات آموزش خانواده را با توجه به مرحله ای از اختلال که بیمار در آن قرار دارد برگزار نماید و یا اینکه بدون در نظر گرفتن مراحل بیماری آموزشها را ارائه دهد.

- آموزش توسط افراد متخصص و یا توسط خود افراد خانواده و یا ترکیبی از این دو حالت

آموزشها می توانند توسط افراد آموزش دیده و یا خود افراد خانواده ارائه شوند بنابر این در بسیاری از جلسات افراد خانواده می توانند نقش رهبر را داشته باشند. می توان ترکیبی از این دو روش را بکار گرفت.

- آموزش در بیمارستان. منزل. کلینیک سرپایی و یا مکانهای مذهبی

آموزشها را می توان در بیمارستان و یا کلینیک، در منازل و یا در مکانهای عمومی و مذهبی برگزار نمود.

تکنیک های قابل استفاده در آموزش خانواده:

همانگونه که قبلا اشاره شد رهبر گروه در جلسات آموزش خانواده می تواند از تکنیکهای مختلفی استفاده نماید. برخی از مهمترین آنها عبارتند از:

سخنرانی:

برای اینکه سخنرانی مؤثر باشد باید ارائه آن کاملا سازمان یافته باشد بطوریکه شنونده را از یک نقطه به نقطه دیگر هدایت کند و یک دانش و فهم منسجم از موضوعات فراهم نماید. سخنرانی روشی برای انتقال اطلاعات زیاد در زمان کوتاه است. ولی دارای ایراداتی است از جمله:

- شنونده ها دامنه توجه کوتاهی در طی سخنرانی دارند مگر آنکه سخنرانی توجه آنها را جلب نماید.
 - گوش سپردن به سخنرانی فرم غیر فعال یادگیری است و کمتر از فرمهای فعال مؤثر است.
- چنانچه رهبر گروه سخنرانی را در آموزش خانواده انتخاب می کند باید از سخنرانی های کوتاه حداکثر 20 دقیقه استفاده نماید. چنانچه این زمان به 10 تا 15 دقیقه کاهش یابد مفید تر خواهد بود.

بحث گروهی:

این تکنیک برای افزایش درگیری فعال اعضا استفاده می شود. این تکنیک علاقه به جلسات و مشارکت افراد را افزایش می دهد. بحث گروهی هدف گروه نیست بلکه بمدت کوتاه انجام می شود تا اینکه سایر فعالیتها انجام شوند. ایراد این روش اینست که گاهی همه افراد گروه درگیر بحث نشده و یا بجای صحبت با یکدیگر با رهبر گروه وارد بحث می شوند.

رهبر گروه می تواند بحث را با یک سؤال یا درخواست برای بیان نظرات و یا سؤالات شروع کند و بدنبال آن بیان نظرات، عقاید و دیدگاهها را تشویق نماید.

رسانه (Media):

فیلمها، نوارهای ویدیویی و صوتی، کامپیوتر و اسلاید مثالهایی از رسانه ها هستند. رسانه ها حجم زیادی از موضوعات را در زمان کوتاه ارائه می کنند و باعث جلب علائق شده، تصاویر دیداری از موضوعات فراهم نموده که باعث بهبود یادگیری می شوند. ولی بجز کامپیوتر سایر رسانه ها افراد را بصورت حقیقی درگیر یادگیری نمی کنند. استفاده از رسانه بصورت مکرر و طولانی با یادگیری همراه نیست.

تمرینات و بازی ها: (Exercises and games)

تمرینات، بازی ها، تقلید، ایفای نقش و جابجائی نقش ها انواعی از روشهای یادگیری تجربی هستند. این روشها برای افزایش درگیری و مشارکت افراد در یادگیری فعال با تمرکز بر موضوعات خاص طراحی شده اند و فرصتی را برای یادگیری عاطفی توأم با یادگیری شناختی فراهم می کنند. با اینحال این تکنیکها ممکن است در گروه باعث برانگیخته شدن احساسات افراد شوند لذا رهبر گروه باید فعالیت را به نحوی سازماندهی کند تا این برانگیختگی هیجانی به حد اقل برسد.

روش بارش افکار: (Brain storming)

این روش نیز همانند روش بحث گروهی باعث افزایش مشارکت اعضای گروه می شود و از اعضا خواسته می شود نظراتشان را هرچند ساده و پیش پا افتاده راجع به یک موضوع خاص بیان کنند. اشکال این روش اینست که اعضا ممکن است نتوانند بخاطر نگرانی از قضاوت دیگران عقایدشان را بیان کنند و لازم است رهبر گروه در حین انجام این تکنیک نسبت به مطالب عنوان شده هیچ قضاوتی نداشته باشد.

¹ Role reversing

نکات مهم در آموزش خانواده:

- نگرش درمانگر در آموزش خانواده بایستی مبتنی بر اصل اکنون و اینجا (Here and now) باشد
- درمان گر بهتر است همیشه در دسترس افراد خانواده باشد نه اینکه صرفا بر اساس یک برنامه زمانبندی شده و متمرکز بر بحران فعلی که خانواده را وادار به کمک خواهی نموده عمل نماید.
- برخورد درمانگر باید توأم با همکاری باشد و خانواده را بعنوان یک بیمار درمان نمی کنیم بلکه یک شریک در نظر گرفته می شود که نیازمند مداخلات درمانی است.
- در برخی مدل ها خانواده را یک سیستم در نظر می گیرند که باعث تداوم پاتولوژی شده است ولی در مدل های جدید برای خانواده هم نقاط قوت و هم نقاط ضعف قائلند که همچون سایر عوامل روانی اجتماعی بر سیر و تطابق فرد با بیماری اش اثر دارند.
- کار با خانواده نقطه اتصال همکاری درمانگر. اعضای خانواده و خود بیمار در فرایند بازتوانی است.

فصل سوم:

رشد و تکامل طبیعی کودک

توجه به وضعیت رشد و تکامل کودکان و در نظر گرفتن تناسب آن با سن تقویمی کودک از نکات مهمی است که در ارزیابی و مداخلات روان شناختی کودکان باید مورد توجه بالینگران قرار گیرد. کودکان پس از تولد، مسیر رشد و تکامل را طی می کنند تا در پایان دوره نوجوانی قابلیت های یک انسان بالغ را به دست آورده باشند. این رشد و تکامل در حوزه های مختلفی از جمله حرکت، زبان، رشد تعامل اجتماعی، بازی، اخلاق و ... اتفاق می افتد و تکامل در هر یک از این حوزه ها به صورت جداگانه و منفک از حوزه ی دیگر اتفاق نمی افتد و این حوزه ها در تعامل با هم می باشند. بنابراین اختلال در هر یک از حوزه ها با اختلال در حوزه های دیگر همراه خواهد شد. لذا در ارزیابی و مداخلات انجام شده بالینگران باید شناخت صحیحی از مراحل رشد و تکامل کودکان در سنین مختلف داشته باشند. از آنجا که به مراحل رشدی در دستورالعمل های مربوط به بیماریهای کودکان اشاره شده است در این فصل مراحل مختلف تکاملی کودک را در حوزه های مختلف بطور مختصر بیان می کنیم.

مراحل رشد 1 و تکامل حرکتی، شناختی، هیجانی و اجتماعی کودک

تکامل کودک حوزه های زیر را در بر می گیرد که متخصصین می باید نسبت به آنها آگاهی کافی داشته باشند:

الف) تکامل مهارت های حرکتی

2 ماهگی:

وقتی کودک را بلند می کنید باید بتواند سرش را ثابت نگه دارد.
سرش را بلند می کند.

3 ماهگی:

هنگامی که کودک را حمل می کنید سرش را ثابت نگه می دارد.
سینه خیز می رود.

4 ماهگی:

مکعب را می گیرد.

6 ماهگی:

می تواند بدون تکیه گاه بنشیند.
با کمک گرفتن از چیزی می تواند بلند شود.

7 ماهگی:

می تواند به روی شکم بگردد.
تلاش برای چهار دست و پا رفتن و یا سینه خیز رفتن را آغاز می کند.

¹ در این قسمت بنا به ضرورت گاهی از کلمه "رشد" استفاده شده است که منظور جنبه تکاملی است تا رشد فیزیکی.

8 ماهگی:

می تواند بدون کمک، خودش بنشیند.
اشیا را به سمت خود می کشد تا بتواند بلند شود.

9 ماهگی:

با کمک گرفتن از اسباب و اثاثیه منزل می تواند راه برود.
در گرفتن اشیاء ظرافت به خرج می دهد.
دو شیئی را که در دست دارد به هم می کوبد تا صدا دهد.

10 ماهگی:

با کمک راه می رود.

11 ماهگی:

به تنهایی می ایستد.

12 ماهگی:

به تنهایی راه می رود.
صفحات کتاب را ورق می زند.
با فنجان آب می نوشد.

14 ماهگی:

با استفاده از مکعب ها، برج می سازد.
روی کاغذ خط خطی می کند.

15 ماهگی:

برای استفاده از قاشق و چنگال تلاش می کند.

17 ماهگی:

از پله بالا می رود.

20 ماهگی:

توپ را با پا می زند.
با دست، توپ را پرتاب می کند.

2 تا 3 سالگی:

دست ها را از هم باز می کند تا توپی را بگیرد.
شروع به دویدن می کند.
توپ را پرت می کند.
به حالت خط خطی اشکال ابتدایی می کشد.
با قاشق غذا می خورد.

4-3 سالگی:

با تعویض پاها از پله ها بالا می رود.
می تواند حدود 30 سانتی متر پرش طول انجام دهد.
لی لی می کند.
با قیچی کاغذ را می بُرد.
هنگام کشیدن یک تصویر، از خطوط برای مشخص کردن محدوده ی آن استفاده می کند.
بدون کمک دندانهایش را می شوید.
لباسش را می پوشد.
دکمه را باز و بسته می کند.

5-4 سالگی:

با تعویض پاها از پله ها پایین می رود.
تلاش می کند و توپ را با دست ها بگیرد.
با چنگال می تواند غذا بخورد.
بدون کمک لباس می پوشد.

6-5 سالگی:

با تعادل حرکت می کند.
در کشیدن افراد و گرفتن، مهارت بزرگسالان را نشان می دهد.

7-6 سالگی:

بند کفش هایش را می بندد.
چند کلمه و عدد را می نویسد.

ب) تکامل زبان

بدو تولد:

صدای انسان را ترجیح می دهد.
بین آواها تمایز قائل می شود.
میان زبان خود و زبان های دیگر تمایز قائل می شود.
گریه می کند.

5-1 ماهگی:

بین مصوت ها تمایز قائل می شود.
غان و غون می کند.

6-12 ماهگی:

برای برقراری ارتباط، ژست هایی به خود می گیرد.

12-18 ماهگی:

برای سخن گفتن از کلمات منفرد استفاده می کند.
بیش از 50 کلمه را درک می کند.

18-24 ماهگی:

جملات دو کلمه ای را شروع می کند.

2 تا 5 سالگی:

جملات چند کلمه ای می گوید.
در لغت و دستور زبان پیشرفت می کند.
از شوخی و استعاره به تدریج استفاده می کند.
در مهارت های ارتباطی ارجاعی و یا سایر جنبه های عملی زبان رشد می کند.

بالتر از 6 سالگی:

بخوبی از کلام برای برقراری ارتباط استفاده می کند.

ج) تکامل شناختی شناختی (درک فضایی - درک دیگران)

4-9 ماهگی:

به مفهوم شی دست می یابد.
به طور اولیه بر بدن خود و نشانه های راهنمای ساده برای تعیین مکان اشیاء در فضا تکیه می کند

12-18 ماهگی:

اشیاء را برحسب شباهت فیزیکی طبقه بندی می کند.

18-30 ماهگی:

بین اشیای متحرک و غیر متحرک تمایز می گذارد.
از نشانه های فاصله ای برای تعیین مکان اشیاء استفاده می کند.
از فواصل مختلف می تواند افراد را تشخیص دهد.
وانمود کردن و باور داشتن را درک می کنند.

3-4 سالگی:

اصول اولیه محاسبه را درک می کند.
از راهنماها برای جابجایی در محیط استفاده می کنند.
می تواند افکار و احساسات دیگران را درک کند.

7-9 سالگی:

طبقه بندی را براساس روابط فراتر از روابط معمول انجام می دهد.
درک شهودی درباره عدد نشان می دهد.
برای بازنمایی محیط فضایی از خطوط نقشه استفاده می کند.

10 سالگی:

می تواند به صورت همزمان ذهنیت خود و دیگران را در نظر بگیرد.

(د) رشد هیجانی

بدو تولد:

علاقه، استرس، آشفتگی، لذت، ناراحتی، خشم و تعجب را نشان می دهد. حالت های چهره ای برای شادی، تعجب و ناراحتی را تقلید می کند. در هنگام خواب عمیق لبخند می زند.

1 ماهگی:

گریه های شدید و پرهیاهو می کند.

3 ماهگی:

به مراقبت خود لبخند می زند. میان خشم، تعجب و ناراحتی تمایز می گذارد.

4 ماهگی:

در پاسخ به محرک لمسی و شنوایی می خندد.

8-9 ماهگی:

نسبت به والد اضطراب جدایی نشان می دهد.

18-24 ماهگی:

احساس گناه، شرم و حسادت را نشان می دهد. از کلمات برای بیان حالت های احساسی استفاده می کند.

3-4 سالگی

بیشتر به همسالان همجنس خود لبخند می زند. علت و نتیجه هیجانانش را توصیف می کند. در استرس جدایی و دیگر رفتارهای دلبستگی معمول نوزادان، کاهش نشان می دهد.

6-7 سالگی:

امکان احساس دو هیجان در یک زمان را درک می کند.

10-12 سالگی

می تواند هیجان را پنهان کند. درکی از هیجان بر پایه حالت های احساسی درونی دارد.

ه) ارتباط با همسالان

3 ماهگی:

به حضور یک هم سال واکنش نشان می دهد.

6-9 ماهگی:

مستقیماً به سمت همسالان لبخند می زند یا لمسشان می کند.
به همسالان نزدیک می شود.

4-2 سالگی:

با مشارکت یک یا دو همسال دیگر، اشیاء را دستکاری می کند.
در بازیها نوبتی با همسالان وارد می شود.
با همسالان مشارکت می کند، لبخند می زند و همکاری می کند.
درگیری خشن جسمانی با همسالان نشان می دهد.
انزوا، بازی موازی، همکاری و بازی وانمودی اجتماعی انجام می دهد.

9-5 سالگی:

در فعالیت های گروهی شرکت می کند.
خشونت جسمی کمتر و رفتارهای فرا اجتماعی بیشتر با همسالان انجام می دهد.

14-10 سالگی:

روابط دوستی صمیمی شکل می دهد.
به گروه ها می پیوندد.
عضو یک جمعیت می شود.
احساس فشار بیشتری از سوی همسالان برای تأیید می کند.

18-15 سالگی :

در گروه ها و جمعیت های کمتری شرکت می کند.
بیشتر به همسالان با جنس مخالف علاقه مند می شود.

آموزش روانشناختی در سطح اولیه پیشگیری

فصل 1: فرزندپروری

فصل 2: تقویت عملکردهای تکاملی کودکان

فصل 3: مدیریت مشکلات رفتاری خاص

فصل 4: مشکلات تحصیلی

فصل 5: مهارت‌ها زندگی

فصل 6: نوجوانی و بلوغ

فصل 7: مداخله در حوادث و بلایا

فصل 8: سوگ در کودکان

سطح اولیه ی پیشگیری مداخلاتی را در بر می گیرد که اثرات پیشگیرانه در برابر بروز اختلالات و مشکلات روانپزشکی دارند. این مداخلات عمدتاً مداخلاتی هستند که توانائی کودک و خانواده را افزایش داده و مهارت های آنها را برای سازگاری و مواجهه با شرایط دشوار تقویت می کنند. همچنین آگاهی والدین و خانواده ها را در مورد مشکلات احتمالی و شرایط مشکل ساز افزایش می دهند و امکان پیش بینی این شرایط را برای خانواده فراهم می سازند. این گونه مداخلات را می توان در سطح عمومی از طریق آموزش همگانی و یا در سطوح محدود تر و اختصاصی تر از طریق افزایش مهارتهای افراد انجام داد.

انواع مداخلات سطح اول پیشگیری

- آموزش در مورد تکالیف رشدی و تکاملی در سنین مختلف
- آموزش در خصوص عوامل خطر و عوامل حمایتی
- آموزش در مورد روش های مواجهه با مشکلات و آسیب های احتمالی
- آموزش مهارت های فرزند پروری
- آموزش مهارت های اجتماعی
- سایر موارد

در این بخش ابتدا به موضوع فرزند پروری و آموزش هائی که در این زمینه می توان به والدین داد پرداخته و سپس در مورد مشکلات خاصی که ممکن است خانواده ها در سنین مختلف رشد کودک با آنها روبرو باشند دستورالعمل هائی را ارائه می کنیم. بدیهی است آنچه که در این بخش ارائه می شود تمام آن چیزی نخواهد بود که مورد نیاز کارشناسان بهداشت روان است و لازم است به سایر منابع نیز رجوع شود.

«فرزند پروری»

توجه به تربیت فرزند از جمله وظایف والدین است. امروزه توجه به این مسئله از اهمیت بالائی برخوردار است. در موارد بسیاری ممکن است والدین خود توانائی مدیریت رفتار کودکان و اعمال روش های صحیح فرزند پروری را نداشته باشند. والدین معمولاً این روشها را از والدین خود، اطرافیان، آموزه های دینی و فرهنگی می آموزند و یا از طریق آزمون و خطا راه خود را پیدا می کنند. با اینحال همیشه شرایطی وجود دارد که والد در تربیت فرزند و انتخاب بهترین شیوه ی برخورد با رفتار فرزند خود دچار مشکل شود. در این شرایط گاهی ممکن است الگوهای ارائه شده از سوی اطرافیان و یا روش های آزمون و خطا چندان کارآمد نباشند. لذا مراجعه به روش های مبتنی بر شواهد علمی می تواند چاره ساز باشد. در این فصل سعی شده است ضمن ارائه تعریفی از معنی والد بودن برخی روشهای تربیت فرزند و شکل دهی رفتار را بیان کنیم تا کارشناسان بهداشت روان منبعی برای ارائه دستورالعمل های مناسب در اختیار داشته باشند.

پدر و مادر بودن چه معنایی دارد؟

فرزند پروری فرآیند بزرگ کردن و آموزش و پرورش یک کودک از تولد تا بزرگسالی است. پدر و مادر بودن یکی از مهمترین و درعین حال دشوارترین وظایفی است که هر فردی در طول زندگی اش تجربه می کند. عواملی که بر روش و کارکرد فرزند پروری اثر می گذارد عبارتند از:

- سوابق رشدی والد، شخصیت و رفاه روانشناختی.
- ویژگی های کودک که مراقبت از او را دشوارتر یا آسان تر می سازند.
- عوامل زمینه ای استرس و حمایت ها شامل رابطه ی زوجین و شبکه ی اجتماعی (روابط شغلی، دوستان، خویشان و ...)
- الگوها، روش ها و باورهای غلط در مورد تربیت فرزند.

این حقیقتی است که پدر و مادر بودن، مهارتی است که مثل همه ی کارهای دیگر زندگی مستلزم تلاش، صرف وقت، شکیبایی و آموزش است که فرد می تواند آنها را فرا گیرد.

باورهایی رایج نادرست در تربیت فرزند:

- برخورد های منفی مکرر: در این مورد والدین معمولاً از روشهای منفی مثل سرزنش و نکوهش رفتارهای کودک استفاده می کنند و با رفتارهای منفی با تندی و عصبانیت روبرو می شوند. این گونه برخورد اگر زیاد تکرار شود منجر به جدال و تنش بیشتر شده و ممکن است حتی رفتار منفی را افزایش دهد.
- توجه نکردن به رفتار مثبت: این زمانی است که والدین به رفتارهای مثبت کودک توجه نمی کنند بنابراین رفتارهای مثبت تشویق نشده و به تدریج کاهش می یابند.
- توجه و تشویق ناخواسته رفتار منفی: این زمانی است که رفتار منفی کودک به طور ناخواسته مورد توجه و تشویق قرار می گیرد.
- انتظار وجود فرزند ایده آل: این انتظار که فرزند نباید هیچ نقصی داشته باشد غیر واقعی است و باعث احساس ناکامی و شکست می شود. همه ی بچه ها گاهی گریه کرده، نق می زنند و نافرمانی می کنند، نحوه ی برخورد والدین با این مشکلات می تواند این مشکلات را کاهش داده یا حفظ نماید.
- این فکر که همه چیز تقصیر آنها است: گاهی والدین خودشان را مقصر می دانند. می توان کودک را راهنمایی نمود و مهارت ها و ارزشهای اجتماعی را به آنها آموخت ولی کنترل تمام رفتارها و اتخاذ شیوه های برخورد کاملاً استاندارد غیر ممکن است.
- این فکر که همه چیز تقصیر کودک است: این فکر باعث می شود که والدین رفتار کودک را تعمدی تلقی کرده و واکنشی بیش از آنچه لازم است نشان دهند. این خود باعث بدتر شدن رفتارهای کودک می شود.
- این نگرش که باید تمام وقت خود را به تربیت فرزند اختصاص داد: به این معناست که مراقبین خود را وقف تربیت فرزند می کنند که باعث می شود والد یا مراقب نیازهای اساسی خود را در نظر نگیرد. در نتیجه از زندگی خود لذت نمی برد. وظیفه والد بودن زمانی از کیفیت خوبی برخوردار خواهد بود که در آن رعایت تعادل شود و والدین نیازهای خود را هم در نظر بگیرند.
- این نگرش که مشکلات خودبخود برطرف خواهند شد: برخی والدین مشکلات رفتاری کودک را گذرا پنداشته و انتظار دارند که با رشد کودک این مشکلات برطرف شود. در حالی که مشکلات رفتاری نیازمند بررسی در مراحل اولیه است. والدینی که این طرز تفکر را دارند در پیدا کردن علت مشکل، راه حل ها، ایجاد تغییرات و استفاده از کمک ها دچار مشکل می شوند.

« اصول کلی تربیت فرزند »

ایجاد محیط تربیتی امن:

ایجاد محیط امن به معنی فراهم نمودن محیطی است که امنیت جسمی و روانی کودک در آن محیط تامین می شود. در مورد کودکان خردسال محافظت کودک در برابر خطرات محیطی مثل سقوط از بلندی، برق گرفتگی، سوختگی و مواردی از این قبیل، از طریق امن نمودن محیط منزل و مراقبت در برابر خطرات روانی مثل مواجهه با صحنه های خشونت، پرخاشگری و نیز محافظت کودک در برابر آزارهای جنسی و جسمی. در مورد کودکان بزرگتر و نوجوانان ایجاد فضای اجتماعی امن در خانه و مدرسه و انتخاب محیط های مناسب برای سکونت و دوست یابی به نحوی که مواجهه با رفتارهای پرخطر به حد اقل برسد.

برقرار رابطه مثبت با کودکان:

عبارتست است از ایجاد فضایی که در آن روابط مراقبت کننده، با کیفیت و توأم با محبت افزایش یافته و احساس ایمنی، دوست داشته شدن و پذیرش پرورش یابد. لازم است والدین برای کودکان وقت اختصاص در نظر گرفته و توجه خاص به آنها داشته باشند؛ به صحبت های آنان گوش دهند و با آنها حرف بزنند. با آنها مهربان باشند و علاقه خود را به صورت کلامی یا غیر کلامی به کودکان ابراز نمایند و در ارتباط خود با کودکان، خود پنداره مثبتی در آنها القاء کرده و پرورش دهند. به کودکان خود احترام بگذارند و آنها را دلگرم سازند.

برقراری ارتباط:

برقراری ارتباط به معنی انتقال پیام و تعامل مشترک بین والد و کودک است. برقراری ارتباط با کودک به محیطی امن و فضایی مناسب برای گفتگو نیاز دارد. بسیاری از مواقع ارتباط مناسبی بین والد و کودک برقرار نیست یا اینکه این ارتباط یک ارتباط یک سویه است.

در مورد نحوه ی برقراری ارتباط با فرزندان به والدین آموزش بدهید:

1. احترام گذاشتن:

- طوری با کودک حرف بزنید که دوست دارید او با شما آنگونه حرف بزند.
- امتناع از غر زدن، مسخره کردن، تحقیر کردن کودک، متهم کردن.
- قضاوت زودهنگام نکنید
- از کودک خرده گیری نکنید.

2. اختصاص دادن زمان با کیفیت برای کودک:

- هر روز زمانی را هر چند کوتاه، واقعاً با کودک باشید طوری که احساس کند در دسترس او هستید.
- در این زمان تنها به کودک توجه کنید و کار دیگری انجام ندهید.
- با کودک فعالیتی را ترتیب دهید تا هر دو از آن لذت ببرید
-

3. گوش دادن به کودک و انعکاس احساسات وی.

- به فرزندتان نگاه کنید.
- به حرف هایش به دقت گوش دهید.

- آنچه می گوید و احساس او را به او منعکس کنید. به عنوان مثال با این عبارت که:
 - " تو گفتی تو احساس... می کنی زیرا..."
 - از روی حالت چهره و بدنش احساسش را درک کنید.
 - احساسش را با کلمات برای او بیان کنید
 - در مورد هیجان کودک کلمات مبهم(خوب/ بد) به کار نبرید.
 - در عین حال کودک را مجبور نکنید حرف بزند و احساس خود را به شما بگوید.
 - اگر تمایل داشت حرف بزند بگوید: "دلت می خواهد در این مورد بیشتر صحبت کنی؟" و یا بپرسید: " به نظر می رسه ... (غمگین/خوشحال/ عصبانی/ خسته) هستی! می خواهی بگویی چه شده؟"
- 4. در برابر کودک به تندی واکنش نشان ندهید:**

- با کودک جر و بحث نکنید.
 - در برابر عصبانیت کودک عصبانی نشوید:
- اگر عصبانی شوید یعنی کودک توانسته بر شما مسلط شود و یا اینکه باعث می شوید کودک بترسد و نتواند با شما ارتباط برقرار کند.

5. به او نشان دهید که دوست داشتنی است:

- به کودک بگویید که دوستش دارید.
- برای دوست داشتن کودک شرط نگذارید. مثلاً اگر مسواک زنی دوست ندارم.
- رفتار کودک را مورد توجه قرار دهید و نه خود او را. مثلاً "این رفتار تو مناسب نیست" نه اینکه بگوئید "تو فرزند بدی هستی." همچنین خوب بودن او را هم مشروط به انجام یک رفتار نکنید مثلاً چون مسواک زدی پس بچه خوبی هستی.
- سعی کنید بفهمید کودک چه نوع ابراز محبت فیزیکی را می پسندد (بوسیدن، نوازش کردن، در آغوش گرفتن)

6. برای برقراری ارتباط با کودک خود بازی کنید:

- بازی برای رشد کودک حیاتی است در طول بازی، کودکان مهارت های جسمانی، شناختی، اجتماعی و هیجانی خود را گسترش می دهند. در عین حال، بازی مفیدترین زمان برای ارتباط مادر یا پدر با کودک است. بازی با کودک وسیله ای جهت برقراری رابطه مثبت با کودک و وارد شدن در دنیای او و نیز آموزش کنار آمدن با دیگران، حل مسائل و کنترل رفتار است.
- حداقل روزی نیم ساعت با کودک بازی کنید.
 - در بازی با کودک هرم قدرت وجود ندارد یعنی پدر یا مادر در رأس قدرت نیستند. در بازی به کودک اجازه ی رهبری دهید.
 - لازم است جای مناسبی برای بازی در نظر بگیرید. حتی سفره ی بازی پهن کنید تا بعد از بازی بتوان راحت وسایل بازی را در سطل بزرگ ریخت و سفره را جمع کرد و اتاق را به وضع معمولی باز گرداند.

تأیید و تشویق رفتارهای مثبت:

کودکان به تأیید و توجه نیاز دارند. وقتی کودکان تشویق و توجه مثبت در برابر رفتار مناسب شان دریافت می کنند میزان همکاری شان بیشتر شده و کنترل آنها بسیار آسان تر می گردد. از طرف دیگر احتمال وقوع دوباره آن رفتار افزایش می یابد.

- تقویت کننده مثبت عبارت است از هر نوع پیامد رفتاری که آرایه ی آن باعث افزایش احتمال وقوع مجدد آن رفتار می گردد.

انواع تقویت کننده های مثبت عبارتند از:

1 - احساس غرور و افتخار درونی: این حس را می توان به طریق ابراز حس افتخار و غرور شخصی خود از رفتار خوب کودک به وی منتقل نمود.

2 - آرایه ی توجه مثبت به صورت کلامی و غیر کلامی

✓ مثال جهت تشویق کلامی: متشکرم که همانطور که خواسته بودم اینکار را انجام دادی.

- کارت را خوب انجام دادی.

- کار قشنگی انجام دادی که به خواهرت کمک کردی که تکالیفش را تمام کند.

✓ مثال جهت تشویق غیر کلامی: چشمک زدن، لبخند زدن، بغل کردن، نوازش کردن، کف زدن

3 - امتیاز دادن به کودک و پاداش های اجتماعی مثل رفتن به پارک و سینما، کمک در تهیه دسر یا غذا.

4 - پاداش های عینی مثل جایزه ها، برچسب ها، اسباب بازی، خوراکی های خاص.

در مورد نحوه تشویق توجه والدین را به نکات زیر جلب نمائید:

- تشویق متناسب با رفتار باشد: برای رفتارهای روزمره از تأیید کلامی یا غیر کلامی استفاده کنید و پاداشهای مادی را برای رفتارهای برجسته تر و مهمتر به کار ببرید.
 - متناسب با موقعیت باشد: اگر کودک در جمع دوستانش می باشد و ممکن است از تحسین شدن خجالت بکشد، تأیید غیر کلامی به کار ببرید.
 - به رفتارهای مثبت کودک توجه کنید: رفتار مثبت را با لبخند و تکان سر، تأیید کنید.
 - در تحسین افراط نکنید: اگر بیش از حد کودک را تحسین کنید فکر می کند وظیفه دارد دیگران را خوشحال کند و این تنها راه ارزشمند بودن است؛ یاد می گیرد زیاد تحسین بخواهد و اگر تحسین نشود درباره ارزشمند بودن خود به شک می افتد؛ و نیز فکر می کند تحسین نشدن یعنی انتقاد شدن.
 - به تلاش های کودک بها دهید: همیشه دنبال نتیجه نباشید.
 - به توانمندی کودک اشاره کنید و نشان دهید که به او افتخار می کنید.
 - جملات تأیید آمیز بگویید:
 - من به کار تو اطمینان دارم.
 - کار دشواری است ولی فکر می کنم از عهده آن بر می آیی.
- در کار... روز به روز بهتر می شوی.

نحوه ارایه دستور العمل ها و فرامین به کودک:

گاهی والدین از کودکان انتظاراتی دارند که کارهایی را انجام دهند و لازم است دستوراتی به آنها بدهند. فراموش نکنید دستور دادن به معنای پرخاشگری و عصبانیت نیست. دستور می تواند قاطع اما صمیمی باشد.

- در مورد شیوه دستور دادن به والدین آموزش دهید و توجه آنها را به نکات زیر جلب نمایید:
- 1 - هنگام دستور دادن در فاصله نزدیک کودک بایستید. نگاهتان به کودک مستقیم باشد و حد الامکان سطح نگاه شما با کودک یکسان باشد. اسمش را صدا کنید.
 - 2 - دستورات را واضح و روشن بدهید. از دستوراتی که به صورت کلی مطرح می شود مثل مواظب باش، عجله کن و ... پرهیز کنید زیرا این دستورات مفاهیم انتزاعی دارد و کودکان آنها را درک نمی کنند پس "به جای مواظب باش" مشخصاً بگویید: "لطفاً دستت را به زرده ها بگیر".
 - 3 - دستورات مثبت بدهید یعنی افعال مثبت به کار ببرید. به کودک بگویید چه کاری را باید انجام دهد نه اینکه چه کاری را انجام ندهد.
 - 4 - از دستورات خواهشی و یا سوالی اجتناب کنید. افعال امری به کار ببرید.
 - 5 - درباره دستورات بحث نکنید و دلیل تراشی و فلسفه بافی نکنید. گاهی کودکان برای فرار کردن از زیر اجرای دستورات دائماً سوال "چرا" مطرح می کنند. این چراها لازم به پاسخگویی نیست.
 - 6 - به کودک فرصت اجرای دستورات را بدهید. پشت سر هم دستور ندهید.
 - 7 - دستورات غیر لازم و غیر ضروری ندهید.
 - 8 - بر اجرای دستور نظارت داشته باشید.
 - 9 - بلافاصله بعد از اینکه کودک دستوری انجام داد او را تشویق کنید.
 - 10 - پیش بینی کنید اگر کودک دستور شما را انجام نداد، پیامدی منطقی برایش در نظر بگیرید. اگر کودک دستور شما را اجرا نکرد، 5 ثانیه صبر کنید. دوباره تکرار کنید و اگر بلافاصله انجام نداد پیامدی را که درباره اش قبلاً هشدار داده بودید اجرا کنید. چانه زنی کودک را نپذیرید و پیامد را اجرا کنید.
 - 11 - کودکان را در وضع قوانین شرکت دهید.
 - 12 - به جای امر و نهی کردن مرتب به کودک، محدودیت ایجاد کنید و حق انتخاب دهید.

روش های آموزش مهارت های جدید:

رشد کردن مستلزم یاد گرفتن بسیاری از مهارت های جدید و پیچیده می باشد مثل مسواک زدن، لباس پوشیدن، حمام کردن و ... باید والدین به کودکان کمک کنند تا این مهارت ها را بیاموزند و یا رفتارهای درست گاه و بیگاه کودک را تشبیه نمایند. روش های مؤثر در این خصوص عبارتند از:

- 1 - الگو بودن والد برای کودک: والدین باید الگوی رفتاری باشند که انتظار دارند کودک آن را بیاموزد. می توان در حین انجام یک رفتار آن را توصیف نمود و به کودک اجازه داد که رفتار را تقلید نماید. او را برای موفقیت ولو اندک تشویق کنند و او را برای تلاش بیشتر ترغیب کنند.
- 2 - آموزش اتفاقی: وقتی کودک به طرف والدین می آید تا سؤالی بپرسد، چیزی بخواهد و ... زمانی است که می توانند به او آموزش دهند زیرا در این موقعیت، کودک به برقراری ارتباط با والدین علاقه مند است.
- 3 - استفاده از جدول رفتاری: جدول رفتاری یک قرار داد مشخص است بین پدر و مادر با کودک که براساس آن کودک برای انجام فعالیتی مشخص و تعریف شده، پاداش هایی دریافت می کند. از جدول رفتاری می توان برای آموزش یک مهارت یا رفتار جدید بهره گرفت.

توجه والدین را در استفاده از جدول رفتاری به نکات زیر جلب نمائید:

- رفتار مورد نظر خود را به صورت مشخص و روشن برای کودک توضیح دهید.
- برای کودک مشخص کنید که اگر رفتار مورد نظر را انجام دهد چه پاداشی دریافت می کند. درباره جایزه با کودک توافق کنید. از جایزه های بزرگ و گران قیمت استفاده نکنید
- در شروع استفاده از چارت رفتاری 1 یا 2 رفتار را در نظر بگیرید. باید در ابتدا رفتارهایی را در نظر بگیرید که کودک اکثراً انجام می دهد و شما قصد تقویت آن ها را دارید.
- در جدول روزهای هفته و رفتار مورد نظر را بنویسید و به ازای هر بار انجام آن رفتار یک ستاره یا علامت (امتیاز برای بچه های بزرگتر) در جدول بگذارید. در پایان هفته به ازای تعداد مشخصی امتیاز (ستاره یا علامت) جایزه مشخصی در نظر بگیرید.
- اگر کودک رفتار نامطلوبی انجام داد از امتیاز (ستاره یا علامت) کم نکنید.
- اگر رفتار مطلوب دیگری به جز رفتار مورد نظر انجام داد به امتیاز (ستاره یا علامت) نیافزایید.
- زمان مفید برای تثبیت یک رفتار حدود 2 هفته است. بعد از آنکه رفتار مورد نظر تثبیت شد، تشویق های اجتماعی را جایگزین کنید و هر از گاهی از تشویق مادی را نیز استفاده کنید.
- به تدریج که رسیدن به هدف آسان تر می شود تدریجاً دستیابی به پاداش را نیز سخت تر کنید به طوری که مثلاً برای گرفتن جایزه به تعداد بیشتری امتیاز نیاز باشد.
- به کودک رشوه ندهید. رشوه، پاداشی است که به کودک قبل از انجام کار داده می شود. پاداش را بعد از انجام کار به کودک بدهید

راهبردهای مدیریت رفتار نامطلوب:

همه بچه ها باید یاد بگیرند که محدودیت ها را بپذیرند و احساس سرخوردگی و ناامیدی خود را وقتی نمی توانند به خواسته هایشان برسند، کنترل کنند. اداره ی چنین موقعیت هایی برای والدین دشوار است. اما اگر والدین پیامدهایی را بلافاصله، پیوسته و قاطع برای رفتار نامطلوب استفاده کنند، کودکان خویشتنداری را خواهند آموخت. در ابتدا سعی کنید بفهمید چرا کودک بد رفتاری می کند. کودکان به دلایل مختلف ممکن است بد رفتاری کنند:

- 1 - برای جلب توجه
 - 2 - به دست گرفتن کنترل امور و قدرت نمایی
 - 3 - بیماری، خستگی، یا عصبانیت
 - 4 - کودک نمی تواند به دلیل مشکلات و بیماریها، رفتار خود را کنترل کنند.
- کودکان بد رفتاری را به روش های مختلف انجام می دهد:
- انجام کاری که شما دوست ندارید، سستی کردن در امور، بی تفاوتی، پرخاشگری و آزار خود و دیگران.
- اگر کودک دستورات شما را انجام نداد یا رفتاری نامطلوب ارایه می دهد، می توانید از موارد زیر برای کاهش رفتار نامطلوب وی استفاده کنید:

بحث جهت دار:

وقتی کارآمد است که کودک یکی از مقررات اصلی خانه را گاهی فراموش می کند و بیشتر در مورد بچه هایی است که همکاری بیشتری دارند.

نحوه استفاده از بحث جهت دار:

ابتدا توجه کودک را به خود جلب کنید. سپس مشکلی را برایش توضیح دهید. سپس مختصراً توضیح دهید چرا این رفتار مشکل دارد [از جمله خبری استفاده کنید]. بعد رفتار صحیح را به کودک پیشنهاد دهید و از او بخواهید که آن کار را انجام دهد.

نادیده گرفتن:

اگر مشکل رفتاری خفیف باشد و خطر یا ضرری ایجاد نمی کند و حقوق دیگران را نیز ضایع نمی سازد (مثل زمانی که برای به دست آوردن چیزی، قشقرق راه می اندازد یا قصد توجه طلبی دارد) از این روش استفاده کنید.

نحوه نادیده گرفتن رفتار:

- خونسرد بمانید و عصبانی نشوید.
- به کودک توجه نکنید. به هیچ وجه به او نگاه نکنید و حرف نزنید (می توانید شروع به خواندن روزنامه کنید تا با کاری سرگرم شوید). هیچ حالت خاصی را در چهره نشان ندهید.
- ممکن است در ابتدا بد رفتاری اش بیشتر شود. در این زمان اگر به او توجه کنید، تلاشتان به هدر رفته است.
- بی اعتنایی را تا وقتی ادامه دهید که رفتار آزارنده وجود دارد. به محض اینکه رفتار نامطلوب قطع شد، می توانید به اولین رفتار مثبت او توجه کنید.
- در مورد رفتارهایی که خشونت به همراه دارد یا احتمال آسیب به کسی می رود، از این روش استفاده نکنید.

انتخاب پیامد:

پیامد رفتار می تواند رفتار را تقویت یا خاموش سازد. هرگاه رفتاری منجر به پیامدی خوشایند شود آن رفتار تقویت می شود و چنانچه پیامد ناگواری در پی داشته باشد رفتار خاموش می شود. از این روش برای مشکلات رفتاری شدیدتر استفاده کنید پیامد می تواند پیامد طبیعی باشد یا پیامد قرار دادی. پیامد طبیعی آن چیزی است که خود به خود در اثر رفتار بوقوع می پیوندد. مثلاً دست زدن به اجسام داغ باعث سوختن دست می شود. پیامد قرار دادی آن چیزی است که ما بعنوان قرار داد برای کودک تعیین می کنیم. مثلاً اگر کفش هایش را کثیف کند باید آنها را بشوید. والدین باید دقت نمایند که از پیامدهای طبیعی خطرناک برای کنترل رفتار استفاده نکنند مثلاً اینطور نباشد که اجازه دهند دست کودک را بسوزد، که دوباره سراغ آب جوش نرود!

گاهی پیامد رفتار بصورت اعمال محرومیت است که در این موارد می بایست به نکات زیر توجه شود:

- محرومیت باید متناسب با رفتار باشد.
- کودک را از فعالیت یا اسباب بازی که کانون مشکل است محروم کنید.
- مدت محروم کردن باید کوتاه باشد از 5 تا 30 دقیقه معمولاً زمان مناسبی است.
- قبل از محروم کردن، حتماً دلیل این کار را برای کودک توضیح دهید:
- بعد از اتمام زمانی که قرار گذاشته اید، فعالیت یا اسباب بازی مورد نظر را باز گردانید و با توضیح درباره رفتار جایگزین صحیح، بکوشید از تکرار اتفاق قبلی جلوگیری کنید. اگر دوباره اطاعت نکرد این روش را به مدت طولانی تری استفاده کنید یا از روش اتاق خلوت استفاده کنید.
- تهدیدهایی که امکان انجام دادن آن وجود ندارد بیهوده است. کودک به سرعت متوجه می شود که تهدید شما بی اساس است و می فهمد که شما احساس ناتوانی می کنید.

روش استفاده از اتاق خلوت:

استفاده از اتاق خلوت روش دیگری است که برای مدیریت رفتارهای نامطلوب استفاده می شود. در مواقعی که روش های قبلی مؤثر واقع نشد یا کودک رفتاری خشونت بار دارد، والدین می توانند از این روش استفاده کنند. چگونگی استفاده از اتاق خلوت را به والدین آموزش دهید: در این روش کودک را در اتاق دیگری دور از هر کس دیگری می برید. بهتر است در باز بگذارید اما اگر کودک خواست از اتاق خارج شود، در را ببندید. اتاق خلوت باید مکانی امن و روشن باشد و هوای مناسب داشته باشد. اما وسیله سرگرم کننده ای در آن نباشد. ابتدا دستور العمل را واضح و آرام به کودک ارایه دهند. در صورتی که کودک ظرف 15 ثانیه رفتار غلط خود را متوقف نکرد به او بگویند کار اشتباه چه بوده و سپس پیامد آن، یعنی لزوم رفتن به اتاق خلوت را برایش توضیح دهند. اگر اطاعت نکرد پیامد را اجرا کنند.

نکات زیر را در استفاده از اتاق خلوت به والدین گوشزد کنید:

- خونسرد و قاطع باشید و عصبانی نشوید.
- در صورت لزوم به صورت فیزیکی او را هدایت کنید (شانه اش را بگیرید و به سمت اتاق ببرید).
- اعتراض های کودک را نادیده بگیرید و به او توجه نکنید.
- برای کودک سخنرانی، بحث یا غرغر نکنید.
- به کودک تذکر دهید که وقتی مدت زمان مقرر را ساکت گذرانند، می تواند از اتاق خارج شود.
- بعد از اتمام زمان مقرر، در مورد اتفاق مربوط حرف نزنید و با این صحبت که "وقت تمام شد!" یا "می توانی بیرون بیایی" زمان نیز تمام می شود.
- مدت حضور در اتاق خلوت، 1 دقیقه به ازای هر یک سال سن می باشد و در سنین 3 تا 10 سال قابل اجرا است.
- از قبل و در زمانی که آرام و خونسرد هستید به کودک بگویید که چه رفتارهایی به اتاق خلوت منتهی می شود.
- بعد از خارج شدن کودک از اتاق، کودک را تشویق کنید به فعالیت دیگری مشغول شود. او را تحت نظر بگیرید و برای اولین و کوچکترین رفتار مثبتش او را تحسین کنید.

مدیریت رفتار در موقعیت های خاص :

اغلب مشکلات رفتاری کودکان در زمان و حضور در موقعیت های جدید مثل مهمانی ها یا حضور در محیط های عمومی یا فروشگاه ها ایجاد می شوند.

در مورد چگونگی حضور در چنین موقعیت هایی به والدین اینگونه آموزش دهید.

- برای موقعیت مورد نظر از پیش برنامه ریزی کنید. برنامه ریزی شامل شناخت کودک، خلق و خو، مزاج و مهارت های او و شناخت چالش هایی که در محیط با آنها روبرو می شود می باشد. بر این اساس فکر کنید چگونه می توانید رفتار را مدیریت کنید. مثلاً چنانچه کودک حوصله اش از حضور در مطب پزشک و انتظار کشیدن سر می رود برای این موقعیت برخی وسایل سرگرم کننده همراه خود ببرید.
- انتظارات خود را از کودک مشخص کنید و برایش گام هایی مشخص کنید. قوانین را برایش توضیح دهید. مثلاً 3 یا 4 رفتاری که انتظار دارید انجام دهد را برای او مشخص کنید.
- اگر کودک درست رفتار کند از قبل پاداشی در نظر بگیرید.
- بگویید اگر درست رفتار نکند چه عواقبی خواهد داشت.
- پیش بینی کنید چه مشکلاتی ممکن است پیش آید. در موقعیت هایی مثل مهمانی که ممکن است حوصله کودک سر برود. می توانید از یک اسباب بازی برای سرگرم کردن کودک استفاده کنید. در هنگام خرید محدودی انتخاب های او را مشخص کنید و بر خرید نظارت داشته باشید.

مراقبت والدین از خودشان:

فرزند پروری وظیفه ی دشواری است. لازم است که والدین به خود و نیازهایشان توجه کنند و مراقب سلامت روانی و جسمانی خویش باشند. متمرکز کردن زندگی، فقط بر فرزندان نه به نفع والدین است نه به نفع کودکان. پدر یا مادر از حقوقی برخوردار هستند: دوستی ها، حفظ فضای خصوصی، زمانی برای خودشان و غیره

در مورد نحوه ی مراقبت از خود به آنها اینگونه آموزش دهید:

- هر روز سعی کنید یک فعالیت خوب یا جالب برای خودتان انجام دهید.
- آرام بمانید. تقریباً هر روز زمانی را به آرام سازی خود اختصاص دهید. 15 دقیقه نفس عمیق بکشید. این کار را با فشار انجام ندهید. عضلات خود را از سرتا پا به تدریج و به ترتیب ابتدا منقبض و سپس رها کنید.
- خودتان را بپذیرید و دوست داشته باشید. بر نکات مثبت خود تمرکز کنید و به آن توجه نمایید.
- با باورهای نامعقول خود مبارزه کنید. از خود گله نکنید. از گفتن واژه های دلسرد کننده و مطلق مثل مجبورم، باید و ... اجتناب کنید.
- انتظار واقع بینانه از خود داشته باشید. هر کس ممکن است اشتباه کند. هیچ کس کامل نیست.
- به خود اطمینان خاطر بدهید اگر خودتان احساس اطمینان خاطر نداشته باشید، انتقال آن به کودک نیز مشکل می شود .

« تقویت عملکردهای تکاملی کودکان »

تکامل کودکان در سالهای پس از تولد در حوزه های مختلف ادامه یافته و انتظار می رود تا اواخر نوجوانی این قابلیت های رشدی به حداکثر برسد. توجه به حوزه های رشدی و آموزش مهارت هایی به والدین برای تقویت این حوزه ها از اقداماتی است که می توانند نقش پیشگیرانه از بروز مشکلات بعدی داشته باشند. در این فصل برخی از زمینه های رشدی مهم تر را به بحث گذاشته ایم. در مورد سایر زمینه های تکاملی نیز در ضمیمه همین مجموعه مطالبی آورده شده است که کارشناسان بهداشت روان برای آموزش والدین می توانند از آنها بهره برند.

سرشت کودک:

سرشت یکی از عوامل مهمی است که رفتار کودک و نحوه ی برخورد والدین با کودک را تعیین می کند. منظور از سرشت خصوصیتی است که فرد از بدو تولد آنها را با خود به همراه می آورد. خصوصیات سرشتی را می توان به انواع زیر تقسیم بندی نمود:

- شدت واکنش: یعنی اینکه واکنش های عاطفی کودک تا چه حد شدید است
- قابلیت سازگاری: به این معنی که کودک تا چه حد قادر است خود را با شرایط محیطی سازگار نماید
- پایداری: اینکه کودک تا چه حد می تواند روی یک فعالیت خاص باقی مانده و به انجام آن اصرار داشته باشد. این فعالیت می تواند مثبت یا منفی باشد.
- خلق: اینکه بطور کلی کودک خلق شاد داشته یا اینکه بدخلق و غمناک است.

کودکان می توانند به لحاظ سرشتی دشوار یا آسان باشند و یا اینکه در طیفی بینابین قرار گیرند. کودکان دشوار معمولاً شدت واکنش بالا، سازگاری اندک و رفتارهای منفی و یکدندگی را ادامه می دهند. آموزش به والدین در مورد ویژگیهای سرشتی می تواند به کاهش مشکلات آنها در سازگاری با این ویژگیها کمک نماید.

اعتماد به نفس:

اعتماد به نفس به معنی باور کودک از توانایی های شخص اش می باشد. یعنی اینکه مهارت هایی که کسب کرده است چقدر سازنده تلقی می شوند. شکل گیری اعتماد به نفس در سنین مختلف حالت های متفاوتی را به خود می گیرد. نوپاها به جنبه های انتزاعی توجهی ندارند و بیشتر ویژگی های عینی تر را در نظر می گیرند مثل رنگ موهایشان یا فرم لباس شان و غیره و بصورت کلی خودشان را خوب یا بد برآورد می کنند.

کودکان در سنین مدرسه به تدریج می توانند ویژگیهایشان را در موقعیت های مختلف ارزیابی نمایند و به مسائل انتزاعی تر مثل روابط بین فردی و توانایی دوست یابی و غیره توجه نمایند. مهمترین عواملی که بر اعتماد به نفس در سنین قبل از مدرسه اثر می گذارند عبارتند از:

- پذیرش اجتماعی از سوی والدین و همتاها
- توانایی شناختی مثل مهارت یادگیری
- توانایی فیزیکی
- در سالهای مدرسه عوامل تأثیر گذار عبارتند از:
- ظاهر
- توانایی های فیزیکی مثل ورزش
- عملکرد تحصیلی

• همتاها

برای افزایش اعتماد به نفس باید والدین به کودک کمک نمایند تا از توانائی های خود استفاده کرده و به موفقیت برسد.

برای افزایش اعتماد به نفس به والدین روش های زیر را آموزش دهید:

- علائق و توانائی های کودک خود را تشویق کنید.
- مرتبا کودک را تشویق کنید.
- موفقیت ها و پیشرفت های طبیعی کودک را شناسائی کنید.
- کودک خود را برای تصمیم گیری تشویق نمائید.
- اجازه دهید کودک گاهی ریسک نماید.
- به کودک خود مسئولیت بدهید.
- از کودک خود نخواهید که کامل باشد.
- در توصیف کودک خود مطلق نباشید.
- بازخوردهای منفی را محدود کنید.
- به کودک خود وعده ای ندهید که نتوانید عمل کنید.
- کودک خود را همانگونه که هست بپذیرید او را بادیگران مقایسه نکنید.
- روش های صحیح حل مسئله را به او بیاموزید.

مدیریت خشم

خشم حالت برانگیختگی و هیجان شدید در هنگام روبرو شدن با محرک های نامناسب محیطی است و احساسی است که همه بچه ها به نوعی آن را تجربه می کنند، گریه ی یک نوزاد، حملات قشقرق یک نوپا و حالت خصمانه ی یک نوجوان نشان می دهد که خشم برای کودکان بیگانه نیست.

خشم بخشی از زندگی ماست همه بچه ها آن را به گونه ای تجربه می کنند و همه بچه ها خواهند آموخت که چگونه با خشم خود کنار بیایند، گاهی با روشی که مفید است و گاهی به روشی که مضر است. مواردی که باعث خشم و عصبانیت در کودکان می شود:

- تجاوز به مالکیت آنها: یعنی زمانی که کسی بدون اجازه با زور و قلدری، به صورت پنهانی یا دزدی وسایل و متعلقات کودک را برمی دارد.
- حمله و آزار کلامی: مانند تمسخر کردن، تحقیر کردن، بی احترامی کردن، فحش و ناسزا گفتن و
- حمله فیزیکی: مثل هل دادن. فشار دادن، کتک زدن، پرت کردن شی.
- طرد کردن: وقتی کودک توسط فرد یا گروهی طرد می شود و یا به جمع سایر کودکان پذیرفته نمی شود و مثل زمانی که چند کودک با هم بازی می کنند و کودک دیگری را به جمع خود راه نمی دهند.
- اصرار و پافشاری برای انجام کاری: زمانی که کودک مایل نیست کاری را انجام دهد ولی برخلاف میل او ما اصرار و پافشاری داریم که آن کار انجام شود. مثل زمانی که کودک مشغول بازی و لذت بردن است و ما او را مجبور می کنیم تا بازی را قطع کند و سراغ درسش برود. یا زمانی که تمایل ندارد اسباب بازی مورد علاقه اش را به دوستش بدهد ولی ما این را از او می خواهیم.

البته شدت خشم و عصبانیت به عامل محرک و چگونگی احساس و فکر کودک راجع به آن محرک نیز بستگی دارد. مثلا "اگر کودک بفهمد کسی او را عمدا" هل داده بیشتر عصبانی می شود تا زمانی که بفهمد

سهوا" و به طور غیر عمد مورد آزار واقع شده است یا عصبانیت کودک نسبت به کسی که دوستش دارد به مراتب کمتر از کسی است که از وی متنفر است.

چرا مهم است که به کودکان راجع به خشم و عصبانیت بیاموزیم؟

خشم یک جزء غیر قابل اجتناب زندگی است ولی بعضی از افراد بهتر می توانند با آن مدارا کنند. ما در جهانی پر از تهاجم زندگی می کنیم، بعضی از بچه ها در خانواده ای زندگی می کنند که مملو از کلام و رفتار تهاجمی و آزار دهنده و پر از بی احترامی است، بعضی دیگر از بچه ها از طریق تلویزیون، ماهواره، فیلم های ویدیویی، عکس های مجلات و روزنامه ها، موزیک ها، اینترنت، پر خاشگری و خشم را می بینند. پس کودک هم در محیط خانواده و هم خارج از خانواده در معرض پیام های گوناگونی از پر خاشگری، خشم و تهاجم قرار دارد. همه ی این موارد روی نگرش کودک از پیرامونش و چگونگی حل مسئله ی وی تأثیر قوی می گذارد. وقتی کودک با چنین الگوهایی همانندسازی می کند، احتمال این که در هنگام حل مسائل خود نیز این راه ها را انتخاب کند زیاد است. در جهان امروز آموختن در مورد خشم و اداره کردن و به کنترل در آوردن خشم به یک روش مثبت و بی ضرر ممکن است یکی از مهم ترین چیزهایی باشد که امیدواریم بچه ها آن را بیاموزند آنچه که ما انتظار داریم بچه ها در رابطه با احساس خشم خود بیاموزند این است که:

- احساس خشم را در خودشان و در دیگران تشخیص دهند.
- بیاموزند تا چگونه تکانه های خشم خود را کنترل کنند.
- روش های خود آرام سازی را بیاموزند.
- خشم خود را به روش غیر تهاجمی نشان دهند، احساس خشم و عصبانیت پذیرفتنی است ولی آسیب رساندن به خود و دیگران به صرف اینکه عصبانی هستیم پذیرفتنی نیست.
- احساس خشم خود را به یک روش مثبت بیان کنند.
- مهارت های حل مسئله را بیاموزند.
- بیاموزند که چگونه خود را از یک موقعیت تهاجمی و پر خاشگرانه خارج کنند.
- بیاموزند که چگونه قربانی اعمال پر خاشگرانه شخص دیگر نشوند.

بروز و نشان دادن عصبانیت:

ما چگونه خشم خود را یعنی این احساس نامطلوب و شدید درونی را نشان می دهیم؟ آیا کودکان ما حق دارند عصبانی شوند یا خیر؟ اصلاً عصبانیت احساس خوبی است یا بد؟ اگر بد است چرا وجود داشته باشد؟ چرا آن را از بین نبریم؟

پاسخ این است که خشم و عصبانیت نیز یکی از احساسات و هیجانات بشری است، راهی است برای نشان دادن حالت ناخوشایند درونی نسبت به پدیده عذاب آور و منفی بیرونی. پس از بین بردن این احساس و هیجان هدف ما نیست. بلکه هدف تعدیل آن است، بروز بهتر، آرام تر و مناسب تر، با آسیب رسانی کمتر برای خود و دیگری و نهایتاً اداره یک حمله خشم و عصبانیت به روش مؤثر است.

در ابتدا به چگونگی بروز این احساس و واکنش های مختلف کودکان در برابر محرک خشم آور می پردازیم. یا به عبارت دیگر ببینیم نشانه های خشم چیست؟

- حالت صورت در هنگام خشم: به صورت چین دادن پیشانی، اخم کردن، دهن کجی کردن، سایر چین و شکن هایی که به صورت و لب ها می دهیم و به وسیله آن خشم و انزجارمان را نشان میدهم.
- حالت نگاه و چشم ها: به صورت چشم غره رفتن، نگاه غضبناک، نگاه نکردن به صورت شخص مقابل

.....و

- حالت و نوع کلام: به صورت با صدای بلند حرف زدن، داد و فریاد زدن، جیغ کشیدن، گریه کردن، غریدن، فحش دادن. استفاده از کلمات رکیک و غیرمؤدبانه، تمسخر کردن، توهین کردن، بی احترامی کردن، تحقیر کردن، بیان احساس عصبانیت و دلخوری، صحبت نکردن و سکوت کردن.
- حرکات بدنی: مثل تکان دادن دست ها، مشت کردن دست ها، کتک زدن دیگران، خود را کتک زدن، گاز گرفتن، هل دادن، پرت کردن اشیاء شکستن وسایل و
- استفاده از وسایل و ابزار جهت حمله فیزیکی،
- قهر کردن.

همانطور که ملاحظه می شود ما برای بیان احساس عصبانیت و خشم ممکن است طیفی وسیعی از واکنش ها از خفیف تا بسیار شدید را بروز دهیم. مثلاً "از اخم کردن، سکوت کردن، جواب ندادن و بیان احساس درونی تا حمله فیزیکی، تهاجم، پرتاب کردن اشیاء، شکستن وسایل و آسیب رساندن به خود و دیگری.

فیزیولوژی خشم:

بدن ما به روش های مختلفی احساس خشم و هیجان را تجربه می کند علایمی مثل طپش قلب، لرزش دست ها، چانه و کل بدن، برافروختگی صورت، پدیدگی رنگ (کلاً تغییر رنگ صورت)، انقباض و سفتی عضلات بدن، درد معده، لرزش صدا، عدم توانایی در حرف زدن و تنفس تند ممکن است در طی یک حمله ی خشم بروز کند. دانستن راجع به فیزیولوژی و علایم بدنی خشم به ما کمک می کند تا بتوانیم روش هایی را برای مقابله و تعدیل این علایم به کار ببریم و نهایتاً با دستکاری حالات فیزیولوژیک خودمان بتوانیم احساس خشم را تعدیل کرده و آن را اداره کنیم، به طور مثال، اکثر ما هنگام عصبانیت تند تند نفس می زنیم، حالا اگر بیاموزیم که چگونه تنفس خود را عمیق و آهسته کنیم می توانیم خشم خود را به هیجانی آرام تر تبدیل کنیم. یا با شل کردن عضلات منقبض خود می توانیم از شدت احساس نامطلوب خود بکاهیم، جای خوشبختی است که عضلات و سیستم تنفسی ما، همیشه با ما هستند و ما همیشه دارای ابزاری هستیم که کمک می کند تا بتوانیم آرامتر شویم و خودمان را کنترل کنیم.

والدین چه می توانند بکنند؟

اداره ی احساس خشم یک مهارت مهم زندگی است. والدین و بزرگترها می توانند به بچه ها بیاموزند که چگونه با خشم خود به روشی مفید و مؤثر برخورد کنند و مهارت هایی را به کودکان بیاموزند که آنها بتوانند در موقعیت های مختلف از این مهارت ها استفاده کنند و زندگی بهتر و سالم تری داشته باشند. البته مسلم است که نمی توان برای همه ی کودکان یک روش واحد را برای کنترل و اداره خشم توصیه کرد. کودکان مختلف نیاز به روش های مختلفی برای تطابق با خشم خود دارند.

ابزار و وسایلی که برای کنترل و اداره خشم مورد استفاده قرار می گیرد شامل دو دسته کلی است:

- ابزار بدنی
- ابزار فکری

ابزار بدنی: آن دسته از فنونی است که در آن از بخشی از بدن خود برای آرام کردن خود استفاده می کنیم و به این طریق احساس شدید خشم خود را تبدیل به هیجان ملایم تری می کنیم مثل: تکنیک های آرام سازی که در آن با شل کردن عضلات و تنفس عمیق و ملایم بدن خود را آرام تر می کنیم. ابزار فکری: یعنی ما از فکرممان برای تعدیل احساس خشم خود استفاده کنیم مانند کسب مهارت های حل مسئله، استفاده از شوخی، چگونه ارتباط برقرار کردن و تغییر افکاری که در پس احساس خشم وجود دارد.

به طور کلی آموختن روش های زیر به کودکان کمک می کند تا خشم خود را به روش مؤثرتری بروز دهند.

- خود آرام سازی.
- تغییر محیط.
- ارتباط مفید و مؤثر برقرار کردن.

- استفاده از شوخی.
- کسب مهارت های حل مسئله.

روش های مدیریت خشم در کودکان را به والدین آموزش دهید:

- **به کودکان بیاموزید که چگونه خود را آرام سازند.**

خشم در بدن اکثر بچه های ایجاد یک سری تغییرات و پاسخ های فیزیکی می کند. از جمله تپش قلب، درد معده، انقباض عضلانی، لرزش و... بچه ها می توانند یاد بگیرند که این واکنش های فیزیکی را بشناسند و تشخیص دهند و علاوه بر آن می توانند بیاموزند که چگونه آنها را آرام کنند.

یکی از بهترین راه ها برای سازگاری با پاسخ های فیزیکی مضر در برابر خشم این است که کار فیزیکی دیگری انجام دهیم.

از پنج حس بچه ها برای آرام کردن آنها هنگام خشم می توانید استفاده کنید: (لامسه، بویایی، چشایی، شنوایی، بینایی) مثل: گوش کردن به یک موزیک، کشیدن یک نقاشی، دویدن، بیرون رفتن و قدم زدن، پاشیدن آب به صورت، فشردن خمیر بازی، شل کردن و سفت کردن عضلات، نفس های عمیق و آهسته کشیدن، خوردن یک خوراکی یا نوشیدنی و... همه این ها به یک پاسخ مناسب تر در مقابل احساس خشم کمک می کند. بعضی از بچه ها به لمس پاسخ بهتری نشان می دهند و ما می توانیم به آنها بیاموزیم که چگونه در چنین مواقعی از ماساژ گردن یا بازویشان به عنوان روشی برای خود آرام سازی استفاده کنند.

ممکن است این توجهات از سوی شما کمک کند تا کودکتان آرام تر شود:

- اگر یک نقاشی راجع به احساسات بکشی، ممکن است آرام تر شوی.
- یک حمام گرم گاهی کمک می کند تا احساس خشم را از خودمان بشوییم.
- هر موقع احساس عصبانیت و خشم داری به من بگو که چیزی برای خوردن نیاز داری (یک خوراکی).
- روی زمین بنشین و نفس های عمیق و آرام بکش تا زمانی که فکر کنی آرام شدی.
- می توانی به یک موسیقی ملایم گوش کنی.
- با اشیاء و اسباب بازیهای مورد علاقه ات مانند عروسک می توانی راجع به این موضوع صحبت کنی

- **چگونگی برقراری ارتباط و بیان و ابراز احساسات را به کودکتان بیاموزید:**

بچه ها احساسات خود را به روش های مختلفی بیان می کنند و به دیگران منتقل می کنند، برای بعضی از بچه ها ممکن است صحبت کردن با یک دوست یا یک بزرگتر آرام بخش باشد یا گاهی حتی یک حیوان خانگی ممکن است شنونده خوبی برای کودک شما باشد. گاهی بچه ها به صورت انفجاری خشم خود را بیرون می ریزند ولی هنوز نتوانسته اند تمام جنبه های این احساس درونی شان را منتقل کنند شاید دلیل آن این باشد که آنها هنوز توانایی استدلال و تفکر منطقی را خیلی خوب کسب نکرده اند شما به بچه ها کمک کنید تا احساس خود را توسط فرمول زیر بیان کنند:

من احساس می کنم:

موقعی که.....

به خاطر اینکه.....

مثال 1: من احساس می کنم، خیلی عصبانی هستم.

موقعی که سارا جلوی دیگران مرا خرس گنده خطاب می کند.

به خاطر اینکه او مرا مسخره می کند.

مثال 2: من احساس می کنم که از شدت عصبانیت می خواهم منفجر شوم.

موقعی که دارم درس می خوانم و او صدای تلویزیون را بلند می کند.

به خاطر اینکه اصلاً برای من ارزش قائل نمی شود.

اهمیت فرمول فوق در این است که به کودک کمک می کند تا بفهمد در پس احساس و هیجان خشم آلود او احساسات و افکار پنهان شده دیگری نیز وجود دارد. مثل احساس مورد تمسخر واقع شدن، احساس تحقیر شدن و ... شناخت احساسات پنهان شده در پس خشم و عصبانیت اولین قدم در جهت آموختن این است که چگونه خشم خود را حل کنیم.

یا در قسمت دوم فرمول (موقعی که ...) وقتی کودک کاملاً زمان عصبانیت خودش را مشخص می کند و اینکه چه چیزی او را عصبانی کرده است منجر به آن می شود که بتواند قسمت های مختلف واقعه را از هم جدا کند و از بین حوادث و مسائلی که رخ داده نشان دهد که کدام قسمت واقعاً او را عصبانی کرده است وقتی کودک بتواند چنین چیزی را مشخص کند فرمول فوق را می توانیم به گونه ای دیگر نیز مطرح کنیم که قدمی در جهت حل موفقیت آمیز مسئله است.

من احساس می کنم.....

موقعی که.....

من می خواهم.....

مثال:

من احساس می کنم خیلی عصبانی می شوم.

وقتی که سارا جلوی دیگران مرا خرس گنده خطاب می کند.

من می خواهم که دیگر از این به بعد جلوی دیگران مرا با این نام صدا نکنند.

من احساس می کنم که از شدت عصبانیت می خواهم منفجر شوم.

موقعی که دارم درس می خوانم و او صدای تلویزیون را بلند می کند.

من می خواهم که وقتی من در حال درس خواندن هستم صدای تلویزیون بلند نباشد.

در واقع در روش بالا به سادگی به کودک آموزش داده می شود که به طور مستقیم، مشخص و ساده، خواسته خود را مطرح کند، به جای اینکه به روش های غیرمستقیم و غیر کارآمد برای حل مشکل خود متوسل شود.

• به کودکان خود مهارت های ارتباطی را بیاموزید.

بعضی از بچه ها در یافتن کلمه یا لغت مناسبی که نیاز آنها را نشان دهد مشکل دارند و این امر ممکن است تعاملی را ایجاد کند که نهایتاً به عصبانیت و احساس نامطلوب منجر می شود، آموختن کلماتی مثل: (لطفاً، اگر ممکن است، متشکرم) در هنگام درخواست و رسیدن به نیاز منجر به رابطه ی بهتر بچه ها با یکدیگر می شود.

بعضی دیگر از بچه ها در مطرح کردن درخواست کمک یا درخواست بازی با بچه های دیگر مشکل دارند. اینها همه مهارت هایی هستند که چنانچه بچه ها بیاموزند، قادرند ارتباط بهتری با هم برقرار کنند و همین موضوع در پیشگیری از حملات خشم و عصبانیت مؤثر است.

از نکات دیگری که بچه ها در ارتباطات خود باید بیاموزند، قاطعیت آنها در روابطشان است. یعنی چگونه وقتی توسط کودک دیگری مورد آزار و اذیت، زور، تهدید و شوخی مبتذل قرار می گیرند، وارد ارتباط شوند و چه واکنشی را نشان دهند. به کودکان خود این موارد بسیار ساده ولی ارزشمند را بیاموزید:

• اگر نیاز به کمک داری بخواه و بگو.

• به سارا بگو: ممکن است خواهش کنم من هم با شما بازی کنم؟

- به سارا بگو که من با تو بازی نخواهم کرد اگر بخواهی روی من اسم بگذاری یا مرا ناسزا دهی.
- به سارا بگو: من در حال حاضر مشغول بازی با این پازل هستم، شما می توانید بعد از ناهار با آن بازی کنید.
- قبل از این که کنترل خودت را از دست بدهی، به دیگران بگو که چه احساسی داری؟

• مهارت های حل مسئله را به کودکان بیاموزید؟

بچه های بزرگتر در سنین قبل از مدرسه و بچه های سن مدرسه می توانند حل مسئله را به عنوان ابزاری برای پیشگیری از خشم و عصبانیت بیاموزند. مراحل کلی حل یک مسئله و مشکل به صورت زیر است:

- **ایست کن**، هیچ کاری را انجام نده و هر کاری را که می کردی متوقف کن، (مثل جیغ زدن، کتک زدن، خود را زدن، چیزی را پرتاب کردن، تصمیم ناگهانی گرفتن برای مقابله با موقعیت موجود ...).

- **گوش بده** (به صحبت های یکدیگر گوش دهید).

- **فکر کن** بین آیا راههای دیگری برای حل این مشکل وجود دارد؟

- **عمل کن** فکری را که هر دو روی آن توافق دارید، انتخاب کن و انجام بده.

بچه ها ممکن است به راحتی خودشان نتوانند مسئله شان را حل کنند و در اینجا نیاز به کمک والدین یا یک فرد بزرگتر مطرح می شود. ممکن است به بچه ها کمک کنید تا بفهمند آیا راه حل آنها کارآیی دارد یا ندارد؟ و چرا نمی شود این راه حل را پیش برد. کمک کردن به بچه ها برای طی این مرحله باعث می شود تا نهایتاً آنها توانایی این را پیدا کنند تا در درجه اول مشکل و مسئله را مشخص کنند و سپس راه حل های مختلفی برای حل آن ارائه دهند و نهایتاً راه حلی را انتخاب کنند که نفع هر دوی آنها در آن مد نظر گرفته باشد.

☞ کودکی که بتواند راه حل های مختلف برای حل یک مسئله پیدا کند احتمال بیشتری هست که یک اختلاف و تعارض را به روش مثبت تری حل کند.

به طور مثال: شما به عنوان یک والد زمانی که می بینید فرزندان شما با یکدیگر در حال جنگ و دعوا است اینطور پیش بروید:

1. ایست، من دو تا بچه را می بینم که خیلی عصبانی و خشمگین هستند، اجازه بدهید ببینم می شود این مشکل را حل کرد.

2. بگذارید به حرف همدیگر گوش بدهیم، ببینم چه اتفاق افتاده. آهان هم سارا، هم سوسن می خواهند با این پازل بازی کنند.

3. به نظر می رسد راه حل های زیادی وجود دارد که هر دوی شما بتوانید با پازل بازی کنید.

- می توانید یک زمانی را بگذارید و هرکدام در یک زمان مشخص با این پازل بازی کنید.
- سارا می تواند تا وقت شام با آن بازی کند، سوسن پس از شام.
- می توانید دوتایی با هم بازی کنید.
- می توانیم آن را به گوشه ای ببندیم هر کس آن را زودتر برداشت مال اوست.
- می توانیم آن را کنار بگذاریم و هیچ کس حق نداشته باشد با آن بازی کند.
- می توانیم برویم یک پازل دیگر تهیه کنیم.
- می توانیم آن را بشکنیم تا هیچکس نتواند با آن بازی کند تا مشکل این چینی ایجاد نشود.

حالا کدام یک از راه حل های بالا بهتر است؟ خوب اجازه بدهید یک پازل دیگر بیاوریم. من چند دقیقه دیگر برمی گردم تا ببینم شما چه می کنید؟ البته در یافتن هر کدام از راه حل های فوق و انتخاب راه حل نهایی شما نیاز به مشارکت و بحث فعال با بچه ها دارند.

• **تغییر محیط** (به کودکان بیاموزید که محیط خود را در موقع لزوم عوض کند) گاهی در شرایط و موقعیت پر از عصبانیت و خشم بهتر است از آنجا دور شویم تا آرامش خود را مجدداً کسب کنیم، به بچه ها بیاموزید اگر در موقعیتی هستند که نمی توانند رفتار خود را کنترل کنند و درگیر احساس شدیدی از خشم هستند، آن موقعیت را ترک کنند. کمک کنید تا آنها مکان های خاصی را برای آرام شدن پیدا کنند، مکان هایی که بتوانند به طور سالمی مجدداً کنترل خود را بدست آورند.

به بچه ها بگویید:

- موقعی که پیرامون تو احساس خوبی در تو ایجاد نمی کند از آن محیط دور شو.
- یک فرصت کوتاهی به خودت بده و خودت را آرام کن.
- موقعی که عصبانی هستی از آن محیط بیرون برو و پس از مدتی با یک لبخند برگرد.

• **به شوخی گرفتن**

شوخی یک روش خوب برای مقابله با خشم است. در صورت امکان کمک کنید تا بچه ها حتی در موقعیت های سخت و دشوار بعد شوخی قضیه را هم ببینند. پاسخ دادن به یک خشم با روشی آرام و با یک لبخند مهربان اغلب کمک خواهد کرد تا خشم طرف مقابل نیز آرام شود. در صورتی که شما به خشم خود بخندید یا آن را به جوک تبدیل کنید بچه ها نیز این دید را پیدا می کنند. شما ممکن است بگویید:

- من شرط می بندم که ما بعداً به این موضوع خواهیم خندید.
- دیروز من عصبانی تر از یک گربه وحشی بودم، اما امروز مثل یک موش نرم و آرامم.
- آیا می توانی چیز خنده داری راجع به این وضعیت بگویی؟ شاید ما بتوانیم یک داستان خنده دار راجع به امروز بگوییم.

• **به بچه ها بیاموزید که چه انجام دهند.**

- به بچه ها بگویید چه کارهایی را بهتر است انجام ندهند و چه کارهایی را می توانند انجام دهند.
- کارهایی را که نمی توانند و نباید انجام دهند:
 - شکستن وسایل.
 - فریاد زدن بر سر کسی.
 - آسیب رساندن به خودشان.
 - قشقرق راه انداختن.
 - پرت کردن چیزی به طرف کسی.
 - اما می توانند این کارها را بکنند:
 - گریه کردن در یک محل خلوت.
 - کشیدن یک نقاشی.
 - صحبت کردن راجع به موضوع ناراحت کننده.

- پاره کردن روزنامه های قدیمی، یا خط خطی کردن آنها.
- دور شدن از موقعیت.
- بازی با گل یا خاک.
- نفس عمیق و آهسته کشیدن.
- کمک خواستن.
- گوش دادن به موسیقی.
- رفتن به جایی ساکت و آرام.
- نوشتن.

• حرف زدن با خود (Self Talk)

به بچه ها می توان آموخت که از افکارشان برای اداره خشمشان استفاده کنند، فکر کردن به آنچه که ما در اینجا آن را (حرف زدن با خود یا خودگویی) می نامیم می تواند یک وسیله ی دیگر برای آرام کردن خود و کنترل احساس خشم باشد. مثلاً "این صحبت ها ممکن است احساس خشم را در ما شدیدتر کند (می خواست حال مرا بگیرد، مرا مسخره می کند، مرا از کوره به درمی برد، دلم می خواهد خرخره اش را بجوم، ... ولی گفتن کلمات و جملات خاصی که مختص به خود آن فرد باشد تا در مواقع عصبانیت بگویند ممکن است به احساس آرامش وی کمک کند. این عبارت یا کلمات را تحت عنوان (Self statement) به کار می بریم (آرام باش، قدم بزن و از اینجا خودت را دو رکن، ارزش ندارد اینقدر خود را ناراحت کنی).

تشویق به نوشتن احساس درونی

می توانیم بچه ها را تشویق کنیم تا راجع به احساس خشمشان بنویسند، این مسئله برای آنها شرایطی را برای پیشرفت مهارت های سازگاری فراهم می کند. در صورتی که بچه ها را راهنمایی کنیم تا به صورت برنامه ای روزانه هر زمان که عصبانی می شوند احساس خود را، شدت احساس خود را، شرایطی که این احساس را بوجود آورده، واکنش های رفتاری و افکاری را که این واقعه در آنها ایجاد کرده است، بنویسند، کمک کرده ایم تا آنها خود را ارزیابی کنند، وقتی این وقایع و احساسات روی برگه نوشته شود بچه ها فرصت بیشتری پیدا می کنند تا پیرامون آن دقیق تر فکر کنند، افکار خود را تصحیح کنند و شدت واکنش خود را تنظیم کنند.

👉 وقتی بچه ها بیاموزند که چگونه افکار و پاسخ های فیزیکی را تبدیل به ابزاری قوی برای آرام کردن احساس خشمشان کنند و روی این ابزار تسلط پیدا کنند مطمئناً می توانند احساسات قوی و شدید خود را اداره کنند، احساسی که منجر به تقویت اعتماد به نفس در آنها می گردد.

نکات کلی که والدین در مواقع خشم و عصبانیت کودکان باید به آن توجه داشته باشند:

قرار است ما کودکانمان را طوری پرورش دهیم که بیاموزند تا خشم خود را به طریق مثبت، مؤثر و غیر پرخاشگرانه بروز دهند به طریقی که از نظر اجتماعی قابل قبول و پذیرفتنی باشد. مسلماً برخورد والدین در هنگام حملات خشم و عصبانیت کودکان بسیار مهم است. بهتر است در موقع خشم کودک برخورد شما اینگونه باشد:

- در مقابل کودک نایستید و نگویید که عصبانیتش بی مورد است و مسئله مهمی برای عصبانیت وجود نداشته است. یا اینکه چرا عصبانی شده است. بلکه با احساس او همدردی کنید و به او بگویید که می فهمید آن او چه احساسی دارد، می فهمید که او عصبانی است، مثلاً گفتن جمله زیر کمک می کند تا کودک متوجه شود که شما شرایط وی را درک کرده اید و می فهمید او چه احساسی دارد:
- الآن خیلی عصبانی هستی فکر می کنم بفهمم که تو چه احساسی داری.
- خشم او را کوچک و حقیر و مسخره جلوه ندهید، در لحظه عصبانیت کودک نخندید گفتن جملاتی مشابه جملات زیر شما را در مقابل کودک قرار می دهد و او را عصبانی تر می کند:
- مرد به این بزرگی، خجالت داره واقعا" سر یک مسئله به این کوچکی این قدر عصبانی می شوی، اوه اوه، قیافه اش را، چقدر زشت می شی وقتی عصبانی می شی. برو تو آینه به خودت نگاه کن.....
- در هنگام خشم کودک، خودتان را مثال زنید، به جای صحبت کردن راجع به احساس او، از خودتان و وقایعی که برای شما پیش آمده، داد سخن ندهید.
- سخنرانی نکنید.
- نصیحت نکنید.
- او را با کودکان دیگر مثل خواهر و برادرهای دیگرش، کودک همسایه یا همکلاسی هایش مقایسه نکنید این بدترین روش آموختن به کودک است که بخواهید از طریق مقایسه، روش ها و منش های تربیتی دیگران را برایش الگو قرار دهید.
- کودک را تشویق کنید که راجع به احساس خودش صحبت کند.
- بچه ها را تشویق کنید تا راجع به تعاملات برانگیزنده خشم صحبت کنند.
- زمانی که بچه ها راجع به احساسشان و رفتارها و تعاملات و ارتباطاتی که این احساس را بوجود آورده صحبت می کنند، گوش کردن بدون قضاوت و ارزیابی، بدون دستور دادن و نصیحت کردن به آنها کمک می کند تا درک کنند که می توانند به طور متفاوتی احساس کنند.

آموزش توالیت رفتن

آموزش توالیت (Toilet Training) یعنی آنکه کودک طرز صحیح استفاده از توالیت را بیاموزد، نیاز به دستشویی رفتن را احساس کند، طرز صحیح دستشویی کردن، شستن و پاک کردن خودش و شستن دست ها و خشک کردن آنها را بیاموزد. کودکان معمولاً تا سن 5 - 4 سالگی در این مورد نیاز به کمک دارند. اکثر کودکان کنترل عضلانی برای تنظیم خود را بین سن 18 ماهگی و 3 سالگی بدست می آورند. ولی کودکانی که ناتوانی دارند نمی توانند تا سنین بالاتر این کنترل را بدست آورند. البته علاوه بر سن کودک، آمادگی او نیز برای این آموزش مهم است. مثلاً اینکه کودک باید بتواند بنشیند و بتواند حداقل برای 5 دقیقه آرام بازی کند، قادر به همراهی و کمک کردن برای پوشیدن و درآوردن لباسش باشد، رفتارهای تقلیدی را نشان دهد، توانایی فهمیدن و دنبال کردن دستورات ساده را داشته باشد، در مرحله لجبازی و منفی گرایی نباشد، حرکات روده و فعالیت آن در زمان های خاصی از روز تنظیم

شده باشد، توانایی این را داشته باشد که حداقل بتواند برای مدت سه ساعت خودش را خشک نگه دارد و یک نام و اسم برای ادرار و مدفوع داشته باشد و زمانی که شروع به آموزش توالت می کنیم نباید کودک در وضعیت استرس آوری باشد. مثلاً "زمان هایی مثل از شیرگیری کودک، تولد فرزند جدید و تغییرات منزل، زمان های مناسبی برای شروع این آموزش نیستند. معمولاً" از زمان شروع آموزش 6 هفته طول می کشد تا کودک آن را بیاموزد.

روش آموزش توالت را به والدین آموزش دهید

قبل از آموزش توالت این مراحل را در نظر بگیرید:

- برای ادرار و مدفوع کودک نام بگذارید و زمانی که کودک این عمل را انجام داد تکرار کنید که تو، جیش کردی ... تو پی پی کردی و... ..
- اجازه دهید گاه کودک دستشویی رفتن سایر اعضای خانواده را ببیند و نگاه کند و سؤالات خود را بپرسد.
- پوشک و کهنه کودک را هرچه زودتر عوض کنید و او را تمیز کنید. تا کودک با این وضعیت احساس راحتی نکند بهتر است پوشک کودک در دستشویی عوض شود.
- زمانی که کودک به طور کلامی یا با ژست خود نشان می دهد که دستشویی دارد او را تشویق کنید.

در مرحله آموزش توالت نکات زیر را در نظر بگیرید:

- لگن یا توالت کودک را به او معرفی کنید. آن را داخل حمام یا دستشویی بگذارید و به کودک بگویید آنجا دستشویی کند.
- او را تشویق کنید که چندین بار در روز روی دستشویی یا لگن خود بنشیند، اوایل اجازه دهید که با لباس روی لگن بنشیند تا تجربه غیراسترس زای نشستن روی لگن با لباس را داشته باشد.
- زمانی که کودک روی لگن خود نشست اجازه یک فعالیت جالب و خاص را به او بدهید (مثل اینکه عروسکی به دست او بدهید یا تخته و گچی که روی آن را خط خطی کند). کودک باید فقط زمانی که روی لگن نشسته است حق استفاده از این فعالیت یا بازی خاص را داشته باشد. بدین وسیله شما کودک را برای استفاده از لگن و دستشویی تشویق می کنید. علاوه بر آن بازی کردن کودک را از حالت مقاومت خارج می کند و او را راحت و آرام می کند.
- بتدریج لباس کودک را در زمان نشستن روی لگن یا دستشویی کم کنید تا زمانی که کودک بدون شلوار و لباس زیر و پوشک راحت روی آن بنشیند.
- برای ساعتی به کودک اجازه دهید بدون کهنه و پوشک باشد (حداقل 30 دقیقه) اگر در این زمان کودک ادرار یا مدفوع کند به او توضیح می دهیم که کجا حق دارد ادرار کند و کجا نمی تواند. لگن را به او نشان دهید و توضیح دهید که باید اینجا دستشویی کند.
- زمانی که کودک روی لگن و دستشویی نشست و دفع ادرار یا مدفوع داشت او را تشویق کنید و به او بگویید که به طور مثال: تو پی پی کردی حالا باید تو را پاک کنم. اجازه دهید کودک سیفون را بکشد و تمیز کردن دستشویی را ببیند.
- در مراحل بالاتر و پس از آنکه کودک در مراحل قبل به موفقیت رسید او را به دستشویی ببرید، کمک کنید تا لباسش را درآورد، روی دستشویی بنشیند، سیفون را بکشد، خودش را پاک کند و دستهایش را بشوید و سپس آنها را خشک کنید.
- بتدریج نیاز کودک به کمک شما کمتر خواهد شد و خواهد توانست به طور کامل آداب توالت رفتن را بیاموزد.

« مدیریت مشکلات رفتاری خاص »

در طی رشد و تکامل کودک والدین ممکن است با مشکلات رفتاری خاصی روبرو باشند که الزاما نشان دهنده یک اختلال روان پزشکی نبوده ولی با دردسر و چالش های زیادی همراه است. توانائی والدین در مدیریت چنین رفتارهایی می تواند از شکل گیری اختلالات بعدی جلوگیری نماید. در سطح اولیه ی پیشگیری لازم است کارشناسان بهداشت روان مهارت های مدیریت اینگونه رفتارها را به والدین آموزش دهند.

کج خلقی

کج خلقی از مشکلات رفتاری شایع بخصوص در کودکان لجباز بیشتر دیده می شود. کج خلقی طیفی از رفتارها را از نق زدن، گریه کردن، پا کوبیدن تا پرت کردن اشیاء و افتادن روی زمین، جیغ کشیدن و حبس کردن نفس را در بر می گیرد. معمولا کودک با هدف دست یابی به خواسته هایش اینکار را انجام می دهد. در مواجهه با این رفتار لازم است والد این پیام را به کودک منتقل کند که رفتار او غیر قابل قبول است. هدف ما این است که تواتر و شدت رفتار را کاهش دهیم.

در مورد نحوه مدیریت کج خلقی کودک به والد آموزش دهید:

- رفتارهای مطلوب کودک را مورد توجه قرار داده و آنها را تشویق کنید.
- حملات کج خلقی معمولا زمانی اتفاق می افتند که کودک گرسنه یا خسته است. از خواب و خوراک کودک مطمئن شوید.
- زمان ها یا موقعیت هایی را که کج خلقی در آنها بیشتر اتفاق می افتند را شناسائی کنید مثلا موقع غروب یا وقتی خسته است برای این زمانها و موقعیت ها از قبل برنامه ریزی کنید.
- سریعاً مداخله کنید. قبل از آنکه کج خلقی شروع شود ابتدا بهانه جوئی آغاز می شود در این زمان سریعاً حواس کودک را به موقعیت دیگری معطوف کنید و با مداخله سریع مانع ادامه یافتن جریان بدخلقی شوید.
- وقتی کج خلقی شروع شد آن را نادیده بگیرید و هیچ توجهی به کودک نشان ندهید در عین حال مراقب رفتارهای خطرناک از سوی او باشید (اجازه رفتار خطرناک را به او ندهید)
- اجازه ندهید کودک به این وسیله از مسئولیت خود معاف شود
- سعی کنید آرام باشید و خونسردی خود را حفظ کنید. زندگی مسیر طبیعی خود را پیدا خواهد کرد.
- بپذیرید که کودک ناراحت است از او عصبانی نشوید و بعد از پایان بد خلقی با او همدلی کنید و بگوئید متأسفید که اینقدر عصبانی بوده است و در صورتیکه کودک شما بیشتر از 4 سال سن دارد از او بپرسید چه کار بهتری می توانست انجام دهد.
- به کودک کمک کنید با گفتن کلمات احساس خود را بیان کند.

مشکلات رفتاری هنگام غذا خوردن

از کودکان هنگام غذا خوردن نا آرام بوده وول می خورند، غذا را می ریزند و یا با دهان پر صحبت می کنند گاهی نیز والدین با یک ظرف غذا دنبال آنها حرکت کرده و با بازی و روش های دیگر سعی می کنند به کودک غذا بدهند. بعضی وقت ها نیز کودک را تهدید نموده و موقعیت غذا خوردن برای همه ناخوشایند می شود. مهمترین قدم برای بهبود این شرایط مثبت کردن فضائی است که در آن غذا خوردن اتفاق می افتد.

به والدین در مورد نحوه مدیریت رفتار کودک به هنگام غذا خوردن آموزش دهید:

- روالی را برای غذا خوردن مشخص کنید که همه اعضای خانواده از آن تبعیت کنند.
- والدین و دیگر اعضای خانواده الگوی خوبی برای کودک باشند.
- به هنگام غذا خوردن تلویزیون یا عامل دیگری مانع تعامل افراد نشود.
- اجازه ندهید کودک اسباب بازی های خود را سر سفره بیاورد.
- در فواصل وعده های غذائی می توان از طریق بازی اصول صحیح غذا خوردن را با کودک تمرین نمود.
- در بچه هائی که از خوردن برخی غذاها امتناع می کنند یا ایراد گیرند با مقایسه کم از غذا شروع کنید تا به تدریج به طعم آن عادت کند و تا نخوردن غذا به او دسر ندهید.
- در مورد بچه هائی که بد رفتاری دارند یا امتناع می کنند مدت زمان غذا خوردن را محدود کنید و پس از اتمام زمان فوق غذا را جمع کنید و به او میان وعده ندهید.
- مرتباً سر غذا به کودک گوش زد نکنید که غذایت را بخور.
- رفتارهای مناسب کودک به هنگام غذا خوردن را تشویق کنید.
- زمانی که کودک سرگرم تماشای کارتن یا برنامه تلویزیونی مورد علاقه اش است با اصرار از او نخواهیم که غذا بخورد.

مشکلات لباس پوشیدن

بسیاری از کودکان در هنگام لباس پوشیدن لجبازی یا مقاومت می کنند. از حدود 3 تا 4 سالگی کودکان می توانند لباس پوشیدن را انجام دهند.

به والدین در مورد مدیریت بد رفتاری کودک در زمان لباس پوشیدن آموزش دهید.

- اگر کودک به هنگام صبح برای انتخاب لباس بهانه گیری دارد شب قبل از او بخواهید لباسش را انتخاب کند و آن را از قبل کنار بگذارید.
- به امکان انتخاب لباس بدهید ولی با محدودیت هائی که خودتان تعیین می کنید مثلاً بین دو لباس مورد نظر شما یکی را انتخاب کند.
- فرصت و زمان کافی برای لباس پوشیدن در اختیار او قرار دهید. عجله نکنید.
- لباس پوشیدن را با شوخی و تفریح همراه کنید.
- مراحل لباس پوشیدن را توصیف کنید آنگونه که گزارش گر ورزشی مسابقه را گزارش می کند.
- لباس پوشیدن بخشی از برنامه منظم کودک باشد مثل مسواک زدن، سر شانه کردن و لباس پوشیدن.

مشکلات خوابیدن

والدین ممکن است با مشکلات خواب کودکان مواجه شده و در بسیاری از موارد ندانند با این مشکل چگونه برخورد نمایند. در این قسمت به مشکلات اصلی در خواب کودکان اشاره می‌کنیم:

- مقاومت برای رفتن به رختخواب
- مشکل در بخواب رفتن
- بیدار شدن مکرر در طول شب
- کابوس های شبانه

الگوی خواب کودکان 2 تا 7 سال به این گونه است:

- سن 2 سال: 11/5 ساعت در شب و 1/5 ساعت در روز
- سن 3 سال: 11 ساعت در شب و 1 ساعت در روز
- سن 4-5 سال: 12 ساعت در شب
- سن 6-7 سال: 10 تا 11 ساعت در شب

مورد برخی کودکان ممکن است نیاز به خواب کمتر از مقادیر فوق باشد و برخی ممکن است ساعات بیشتری را بخوابند.

به والدین در مورد نحوه مواجهه با مقاومت کودک برای رفتن به رختخواب آموزش دهید.

- زمان خواب کودک را به نحوی تعیین کنید که ثابت و قابل پیش بینی باشد. ساعت معینی بخوابد و ساعت معینی نیز بیدار شود.
- مراسم مشخصی برای خواب داشته باشید یعنی اینکه آداب خاصی را برای خوابیدن تعریف کنید که هر شب انجام شود مثل اینکه استحمام، خوردن غذای سبک یا تنقلات، مسواک زدن، داستان زمان خواب، بوسیدن کودک و شب بخیر گفتن.
- چنانچه آداب تعیین شده را انجام داد با یک داستان اضافه او را تشویق کنید.
- بازی ها قبل از زمان خواب تمام شده باشند.
- اشیاء و وسایلی که ظاهر ترسناک دارند از اتاق کودک بیرون بیاوریم مانند نقابهای ترسناک.
- اگر کودک عادت دارد بعد از خاموش شدن چراغ ها آب بخورد یا دستشویی برود یک لیوان آب کنار محل خواب وی قرار دهید و مطمئن شوید که دستشویی رفته است.
- خواب را به یک زمان دوست داشتنی و خوشایند برای کودک تبدیل کنید مثلاً راجع به وقایع خوشایند طی روز و آینده و آرزوها می توان با کودکان بزرگتر صحبت کرد.

به والدین در مورد نحوه ی مواجهه با مشکل کودک در بخواب رفتن آموزش دهید:

- اگر کودک یک یا دو ساعت در رختخواب دراز می کشد و نمی خوابد می توانید به همین اندازه زمان خوابش را به تأخیر انداخته و به تدریج یک ربع یک ربع زمان خواب را عقب بکشید تا به زمان مطلوب برسید.
- اگر خواب روزانه کودک اواخر بعد از ظهر است آن را به ساعات اولیه ظهر منتقل کنید.
- مدت خواب روزانه را کوتاه کنید.
- اگر اتاقش را ترک می کند بدون عصبانیت او را به اتاقش برگردانید و قاطعانه از او بخواهید در اتاقش بماند.
- اگر کودک در زمان خواب ترس از موجودات خیالی دارد به او اطمینان بخشی کنید که موجود خاصی سراغش نخواهد آمد.
- اگر کودک با جدائی از والدین اشتغال ذهنی دارد به او اطمینان بخشی کنید که مراقبش هستید و به او سر می زنید.

مورد مواجهه با مشکل بیدار شدن مکرر کودک در خواب به والدین آموزش دهید:

- در مواردی که کودک چند بار در طی خواب بیدار می شود یکی از دلایل می تواند این باشد که کودک خودش به تنهایی نمی خوابد و والد برای بخواب رفتن هر شب به کودک کمک می کند.
- بعد از بیدار شدن بلافاصله به او پاسخ ندهید. بعد از 2 تا 3 دقیقه اینکار را نکنید و به اتاقش بروید.
- فقط یک دقیقه در اتاقش بمانید تا مطمئن شود شما حضور دارید.
- دفعه بعد زمان پاسخ گوئی را به تدریج طولانی تر کنید مثلاً بعد از 3 تا 5 دقیقه پاسخ بدهید و همینطور به تدریج دیرتر پاسخ دهید.

در مورد نحوه مواجهه با کودکی که دچار کابوسهای شبانه می شود به والدین آموزش دهید:

- وقتی کودک بخاطر کابوس جیغ می کشد به سرعت به او پاسخ دهید و اطمینان دهید که مراقبش هستید.
- آرام باشید و با آرامش اطمینان بخشی کنید.
- اگر کاملاً بیدار نشده و هنوز خواب می بیند او را بیدار نکنید اجازه دهید با صدای خودش بیدار شود.
- اجازه ندهید کودک پس از کابوس به اتاق شما بیاید.

دروغگوئی

دروغگوئی در کودکان دلایل چندی دارد. یک دلیل آن اینست که نمی دانند دروغ گفتن کار درستی نیست. ممکن است دروغگوئی برای رسیدن به خواسته ها باشد و یا اینکه برای این باشد که از چشم والدین نيفتند. گاهی دروغگوئی بصورت داستان سرائی است که ریشه در تخیلات کودک دارد.

در خصوص نحوه ی مواجهه با دروغگوئی کودکان به والدین آموزش دهید:

- خود والدین الگوی خوبی از راستگوئی باشند و به کودک آموزش دهند که دروغگوئی کار اشتباهی است.
- راستگوئی را در کودک تشویق کنید بخصوص زمانی که می توانسته دروغ بگوید.
- کودک بداند که برای دروغ گوئی پیامد منفی وجود دارد.
- والدین موقع شنیدن دروغ آرام باقی مانده و اجازه ندهند با دروغ کودک به مقصود خود برسد.
- در برخورد با دروغگوئی رفتار و قوانین ثابتی داشته باشید.

رقابت خواهر و برادرها

این موضوع در تمام خانواده هائی که بیش از یک فرزند دارند دیده می شود و هدف ما حذف کامل این رقابت ها نیست. این رقابت در کودکان هم جنس که با هم 1 تا 3 سال اختلاف سنی دارند بیشتر دیده می شود. معمولاً در زمان به دنیا آمدن فرزند دوم این رقابت شدیدتر است. نحوه ی واکنش کودکان در این موقعیت ها متفاوت است برخی توانائی های تکاملی خود را از دست می دهند مثلاً شب ادراری پیدا می کنند یا اینکه بدرفتاری هائی را نشان می دهند مثل درخواست های مکرر از والدین، رفتارهای توجه طلبی و کناره گیری از همسالان. لازم است والدین راهبردهای مشخص را برای پیش گیری از این مشکلات آموخته باشند این راهبردها را در سه گروه می توان تقسیم بندی کرد:

- راهبردهای مربوط به زمان قبل از تولد فرزند بعدی
- راهبردهای مربوط به زمان تولد فرزند جدید
- راهبردهای مربوط به کودکان بزرگتر

به والدین در مورد نحوه آگاه سازی کودک بزرگتر پیش از تولد کودک جدید آموزش دهید:

- کودک را پیش آماده کنید. مثلاً وقتی مادر در بیمارستان است چه کسی از او مراقبت می کند و ...
- اجازه دهید در ویزیت های قبل از زایمان کودک همراه شما بیاید و صدای قلب نوزاد را بشنود.
- هرگونه تغییر مهم در خانه را قبل از تولد نوزاد جدید انجام دهید مثلاً اگر قرار است تخت فرزند اول به نوزاد اختصاص داده شود برای اولی تخت جدید تهیه کنید.
- از کودک نپرسید که دوست دارد نوزاد پسر باشد یا دختر.
- تا سه ماهه دوم بارداری راجع به بارداری خود به کودک چیزی نگوئید.
- به کودک قول ندهید که فرزند جدید هم بازی او خواهد شد.
- آموزش های جدید مثل توالیت رفتن را قبل از تولد نوزاد جدید یا به چند ماه بعد موکول کنید.

توصیه های مربوط به زمان تولد:

- در صورت امکان اجازه دهید نوزاد را در بیمارستان ببیند.
- در صورتی که خودش تمایل دارد اجازه دهید در مراقبت از او مشارکت کند و او را تشویق کنید.
- وقت کافی برای فرزند اول اختصاص دهید و فعالیت های قبلی را همچنان با او داشته باشید.
- رفتار خشونت آمیز نسبت به نوزاد را نادیده بگیرید و بلافاصله با پیامدی همراه سازید.

توصیه های مربوط به کودکان بزرگتر:

- این غیر ممکن است که با همه کودکانتان برخورد یکسانی داشته باشید. برای آنها توضیح دهید که هر یک ویژگیهای منحصر به فرد خود را داشته و شما آنها را می شناسید.
- برای هر یک از فرزندان زمانی را به تنهایی اختصاص دهید.
- زمانیکه کودکانتان باهم کنار می آیند آنها را تشویق کنید.
- کودکان را با یکدیگر مقایسه نکنید.
- تعارضات جزئی آنها را نادیده بگیرید.
- زمانیکه با یکدیگر دعوا می کنند فهم اینکه چه کسی دعوا را شروع کرده دشوار است در این مواقع هر دو نفر را با پیامدی روبرو کنید.
- خبر چینی یکی را نسبت به دیگری نادیده بگیرید.

عادات خاص و خودارضائی

کودکان در سنین مختلف ممکن است رفتارهای عاداتی خاصی را نشان دهند، از جمله این رفتار می توان به شست مکیدن، ناخن جویدن و یا کندن پوست اطراف ناخن اشاره نمود. گاهی اوقات این رفتارها به دلیل وجود اختلال روان پزشکی خاصی است مثل اختلالات اضطرابی و افسردگی. با اینحال در بسیاری از مواقع این رفتارها صرفاً عاداتی بوده و نشان دهنده اختلال خاصی نمی باشد. گاهی اوقات کودکان خردسال رفتاری را شبیه به خود ارضائی نشان می دهند که باعث نگرانی والدین و اطرافیان می شود. در این مواقع باورهای نادرستی وجود دارد مثلاً اینکه این رفتار باعث مشکلات جنسی بعدی در آینده خواهد شد. در حالیکه این رفتار در سنین کودکی در اکثر مواقع معنای جنسی ندارد و باعث مشکلات جنسی آینده نخواهد شد و مشابه سایر رفتارهای عاداتی باید در مورد آنها برخورد نمود.

در خصوص نحوه مواجهه با عادت های کودکان به والدین آموزش دهید:

- در مورد اینکه این رفتار نوعی عادت است به والدین آموزش دهید
- در مورد خود ارضائی به والدین آموزش دهید که رفتار جنبه ی جنسی ندارد. نگرش ها و باورهای نادرست آنها را جويا شوید و اصلاح نمائید.
- به والدین آموزش دهید که موقعیت های بروز رفتارها را شناسائی نموده و از پیش برای اتخاذ راهبرد های لازم در آن موقعیت برای کاهش رفتار برنامه ریزی نمایند.
- در مورد رفتار به کودک تذکر ندهند و رفتار عادت ی را نادیده بگیرند.
- بصورت غیر مستقیم با تغییر موقعیت دفعات بروز رفتار را کاهش دهند.
- کودک بخاطر رفتار مورد تنبیه، سرزنش یا تحقیر قرار ندهند.
- رفتارهای جایگزینی را در نظر گرفته و در صورت انجام آنها کودک را مورد تشویق قرار دهند.
- در صورتیکه رفتار همچنان ادامه یافت با متخصصین حوزه روان پزشکی مشورت نمایند.

فصل چهارم:

« مشکلات تحصیلی »

اضطراب مدرسه

یکی از مشکلاتی که اغلب والدین کودکان دبستانی با آن مواجهند بی میلی فرزندشان برای رفتن به مدرسه است. برخی کودکان مدرسه را مکانی پر اضطراب و ترسناک می‌یابند. سازگاری با محیط مدرسه برای این بچه‌ها دشوار است. برای برخی جداسدن از والدشان به دلیل شدت دلبستگی دشوار است. کودکانی که ناتوانی‌های جسمی یا ذهنی دارند و یا اینکه با مشکلات یادگیری روبرو هستند. ممکن است درس خواندن را مساله‌ای دشوار و پرتنش بیابند. و از رفتن به مدرسه اجتناب کنند.

توصیه های مربوط والدین در موارد اضطراب مدرسه:

- تجارب افکار بازخوردهای منفی خود را به کودکان و نوجوانان انتقال ندهید.
- در سنین ابتدایی از ترساندن بچه‌ها، ایجاد رعب و ترس از معلم، تشبیهات (اگر بچه خوبی نباشی می‌گم معلم تو را تو کلاس حبس کند) خودداری کنید. خاطرات، یادواره‌ها و تجارب مثبت، شاد و جالب خود با معلم های دوره ابتدایی را با بچه‌ها در میان بگذارید، از معلم‌ها با القاب خوب (با لبخند) یاد کنید.
- پیش از آغاز مدرسه آنها را با مسئولین، معلم‌ها و محیط مدرسه آشنا کنید.
- به هیچ وجه به خاطر ضعف در فهم یا انجام تکالیف، آنها را تحقیر یا تنبیه بدنی نکنید.
- بچه‌های دیگر را با آنها مقایسه نکنید.
- سعی نمائید تا قبل از شروع مدرسه بتدریج وابستگی کودک را به خودشان به حد اقل برسانید.
- با کودک خود درباره ی آنچه که در روزهای مدرسه انجام می‌داده صحبت کنید و روی نکات مثبت و جالب تاکید بیشتری داشته باشید.
- چنانچه از مدرسه ترس دارد علت ترس او را جويا شوید و برای رفع آن اقدام کنید.
- کودک را بخاطر ترس هایش سرزنش نکنید.
- زود قضاوت نکنید.

امتناع از مدرسه

امتناع از مدرسه یک مسئله جدی سلامت روانی و جسمانی برای بسیاری از کودکان و نوجوانان است. غیبت از مدرسه یک عامل خطر برای بروز رفتارهای پرخطر در نوجوانان، خشونت، سوء مصرف مواد و... است. اگر غیبت های غیرقابل توجیه به صورت مزمن ادامه یابد ممکن است به باز ماندن کودک یا نوجوان از تحصیل و پیامدهای ناشی از آن نظیر محرومیت های اقتصادی مشکلات شغلی و اجتماعی و روانپزشکی در بزرگسالی منجر شود. رفتار امتناع از مدرسه طبق تعریف عبارت است از امتناع کودک از حضور در مدرسه و یا مشکل برای ماندن در محیط مدرسه برای تمام روز یا قسمتی از روز. این تعریف موارد زیر را در بر می گیرد:

- کودکانی که به طور کامل از مدرسه غیبت می کنند.
 - آنها که ابتدا در مدرسه حضور می یابند اما سپس در طول ساعات مدرسه، آن را ترک می کنند.
 - آنها که با مشکلات رفتاری نظیر بد خلقی های صبحگاهی یا مشکلات روانی - جسمانی در مدرسه حضور می یابند.
 - آنها که استرس نامعمولی را در طول ساعات مدرسه نشان می دهند و به مراقبان خود التماس می کنند که مدرسه را ترک کنند و در خانه بمانند.
- بین امتناع از مدرسه به دلیل ترس و اضطراب و فرار از مدرسه از مدرسه باید تمایز قائل شویم.

فرار از مدرسه (یا مدرسه گریزی) به موارد زیر اشاره دارد:

غیبت های غیر قانونی و پنهانی از مدرسه بدون اطلاع والدین؛ غیبت های مرتبط با مشکلات تحصیلی؛ غیبت های مرتبط با شرایط اجتماعی نظیر فقر و بی خانمانی. برای امتناع از مدرسه دلایل مختلفی در مطالعات مختلف ذکر شده است که هر کدام به تنهایی و یا در کنار یکدیگر می تواند علت امتناع از مدرسه در کودک باشد.

- احتمالاً یک آمادگی ژنتیکی برای رشد مشکلات هیجانی و اضطرابی شامل امتناع از مدرسه وجود دارد. اگر پدر یا مادر کودک دچار مشکلات اضطرابی باشند، کودک به احتمال بیشتری به مشکلات اضطرابی مبتلا خواهد شد.
- امتناع از مدرسه رفتن به مدرسه و مشکلات حضور در مدرسه ممکن است ناشی از یک بیماری روانپزشکی باشد. این بیماریها عبارتند از:
 1. اضطراب جدایی
 2. افسردگی
 3. بی اعتنایی مقابله ای
 4. اختلال سلوک
 5. سایر اختلالات
- برخی کودکان اجتناب کننده از مدرسه انتظارات پائینی درباره ی مهارت های خود برای مقابله و کنار آمدن با مسائل و مشکلات دارند. این کودکان وقتی در موقعیت های مبهم یا تهدید کننده (مثل محیط مدرسه، پرسش کلاسی، فعالیت های خاص در مدرسه و... قرار می گیرند دچار اضطراب می شوند.
- نحوه ی برقراری پیوند کودک با مدرسه نیز می تواند در شروع امتناع از مدرسه نقش داشته باشد. منظور از پیوند کودک با مدرسه، احساس نزدیکی دانش آموز نسبت به مدرسه و احساس رضایت وی از تأمین نیازهای تحصیلی، اجتماعی، و... می باشد.

عوامل مربوط به پیوند کودک با مدرسه عبارتند از: اداره ی مثبت کلاس درس، شرکت در فعالیت های فوق برنامه و قبول نظم و مقررات مدرسه. اگر کودک در مدرسه احساس امنیت نداشته باشد، از ارزش و احترام برخوردار نباشد، مورد آزار و اذیت دیگر شاگردان یا پرسنل مدرسه قرار گیرد. احتمال عدم حضور در مدرسه بیشتر می شود.

● صرف نظر از علت های نخستین امتناع از مدرسه، کاهش اضطراب کودک از طریق های ذیل می تواند در نقش یک پاداش یا تقویت کننده ی مثبت (عاملی که باعث افزایش یک رفتار می شود) عمل کند و باعث تداوم مشکلات کودک در زمینه ی امتناع از مدرسه گردد.

1. زمانی که کودک از رفتن به مدرسه امتناع می کند، در واقع از عواملی که مربوط به مدرسه است و باعث ایجاد اضطراب در کودک می شود اجتناب و دوری می کند. این مسئله امتناع را تشدید می کند.

2. وقتی کودک به مدرسه نمی رود در واقع از موقعیت های اجتماعی ناراحت کننده و ارزیابی کننده در مدرسه هم دور می شوند. مثلاً کودکان یا نوجوانانی که خجالتی هستند و در همکاری و ارتباط با همسالان و یا اشخاص دیگر در مدرسه مشکل دارند و یا مشکلاتی در زمینه های امتحان، پرسش شفاهی، کنفرانس های شفاهی در مقابل دانش آموزان دیگر، عملکردهای ورزشی و... دارند. در این دسته جای می گیرند. این کودکان یا نوجوانان ممکن است احساس طرد شدن از همسالان بکنند.

3. مورد پاداش دهنده ی دیگر در کودکان امتناع کننده از مدرسه عبارت است از کسب توجه از اشخاص مهم بخصوص والدین. در این مورد، مدرسه به خودی خود، نامطلوب نیست اما کودک ترجیح می دهد تا در خانه یا محل کار والدین بماند. این کودکان ممکن است رفتارهایی مثل بدخلقی، شکایت های جسمانی اغراق شده و فرار از مدرسه را نشان دهند. ممکن است آنها دچار بیماری اضطراب جدایی یا لجبازی مقابله ای نیز باشند.

4. چهارمین تقویت کننده (عامل پاداش دهنده ی مطلوب) عبارت از این است که کودک یا نوجوان از مدرسه امتناع می کند تا فعالیت های جذاب تر خارج از مدرسه نظیر تماشای تلویزیون، بازی کامپیوتری، وقت گذراندن با دوستان یا رفتن به مهمانی و... را انجام دهد.

پیش از پرداختن به مشکل، باید اطلاعات جامعی درباره ی کودک و رفتار امتناع از مدرسه به دست آید.

- لازم است که روزها یا دوره های زمانی که کودک خارج از مدرسه است اندازه گیری و ثبت شود.
 - والدین گزارشی از مشکلات مربوط به آماده شدن برای مدرسه و حضور مداوم کودک در مدرسه بدهند.
 - مصاحبه ای با کودک درباره ی نگرانی هایش و توانایی هایش ترتیب داده شود.
 - بیماریهای روان پزشکی مرتبط با امتناع از مدرسه با مصاحبه ی دقیق شناسایی شود (اگر بیماری روانپزشکی داشته باشد جهت ارزیابی و درمان ارجاع شود).
 - بد رفتاری های کودک در خانه و مدرسه ثبت شود.
- با وجود اطلاعات بالا می توان تصمیم گیری بهتری در مورد نحوه ی برخورد با مشکل این کودکان و نوجوانان اتخاذ نمود.

توصیه هائی برای والدین:

- والدین باید بعد از یک فعالیت لذت بخش، ساعات محدودی را با کودک در مدرسه حضور یابند.
- کودک را به ازای هر بار بیشتر ماندن در مدرسه تشویق کنید.
- می توانید برای وی جوایزی کوچک و متناسب برای رفتار آماده شدن به موقع، عدم گریه و قشقرق در هنگام رفتن به مدرسه، حضور در مدرسه بدون گریه و بی قراری حضور در کلاس بدون گریه، ماندن تمام روز در مدرسه بدون ناراحتی
- کودک را بوسیله ی سرزنش، تحقیر، تنبیه بدنی مجبور به حضور در مدرسه نکنید.
- در فرستادن کودک به مدرسه آرام و با ثبات باشید.
- از بحث های طولانی و گیج کننده با کودک بپرهیزید.
- در مورد فرستادن کودک به مدرسه، تردید و دودلی به خود راه ندهید.
- کودک را در ساعات مدرسه به نزد پزشک نبرید.
- اگر کودک به هر دلیلی در خانه ماند، وی را از فعالیت های سرگرم کننده نظیر بازی، تماشای تلویزیون و... محروم کنید. بهتر است کودک در جایی خارج از خانه که چندان مورد علاقه اش نیست بماند تا برای ماندن در خانه تشویق نشود.
- اگر کودک به دلایل بیماری در خانه مانده است، سعی کنید او را در رختخواب نگه دارید. به او بگویید که بیمار است و باید استراحت کند.
- مواردی که کودک از طرد شدن توسط سایر بچه ها در مدرسه ترس دارد از طریق بازی نقش مهارت های دوست یابی را با او تمرین کنید
- در فعالیت های مربوط به مدرسه کودک نظیر اولیا و مربیان و ... شرکت کنید.
- کودک خود را با سایرین مقایسه نکنید.
- مسئولیت های ساده ای که توانائی انجام آن را دارد در مدرسه به آنها واگذار شود.

اضطراب امتحان

عموماً اضطراب و ترس در سالهای اولیه زندگی رایج است اما اضطراب از مدرسه و خصوصاً امتحان، بین سنین 10 تا 11 سالگی شروع می شود و در 25٪ از دانش آموزان اضطراب امتحان آسیب زا بوده و با افزایش سن میزان آن افزایش می یابد و عملکرد تحصیلی دانش آموز را تحت تاثیر قرار میدهد.

اصطلاح کلی اضطراب امتحان، به نوعی از اضطراب با هراس اجتماعی خاص اشاره دارد که فرد را درباره توانایی هایش دچار تردید می کند و نتیجه ی آن ناتوانی مقابله با موقعیتهای دشوار مانند امتحان است. موقعیتهایی که فرد را در معرض ارزشیابی قرار داده و نیازمند حل مشکل هستند. بنابراین می توان گفت، فرد مضطرب، در امتحان، مواد درسی را می داند اما شدت اضطراب مانع از آن می شود که او معلومات خود را نشان دهد. به این ترتیب، اضطراب امتحان نوعی اشتغال ذهنی به خود است که به نگرانی یا تحقیر خود و ارزیابی شناختی منفی از خود (یادم نمی آید، باید بیشتر می خوندم، همیشه گیجم، چرا یادم نمیاد؟...)، عدم تمرکز حواس و واکنشهای فیزیولوژیک نامطلوب مثل تپش قلب؛ پریدگی رنگ، خشکی دهان، عرق کردن کف دست، لرزش دست و صدا و ... منجر می شود.

انواع اضطراب امتحان

الف) اضطراب تسهیل کننده یا تسریع کننده:

به اضطراب کم و یا در حد معقول که موجب تلاش بیشتر برای کسب موفقیت می شود و نتیجه ی بهتری را عاید فرد می کند، اضطراب تسهیل یا تسریع کننده اطلاق می شود.

نشانه ها یا علائم اضطراب تسهیل یا تسریع کننده:

- فرد به خاطر مرور کردن درس هایش دچار هیجان می شود.
- خودش را در اتاق حبس می کند و مشغول درس خواندن می شود و به کوچکترین مزاحمت اعتراض می کند.
- به شیوه ی خاصی درس هایش را مرور می کند، مثلاً با صدای بلند درس می خواند در اتاق راه می رود و یا دراز می کشد.
- به درخواست های اطرافیان توجه نمی کند یا در مقابل خواسته ها با اعتراض می گوید که درس دارد.
- کم غذا یا نسبت به غذایی بی میل می شود.
-

ب) اضطراب ناتوان کننده:

اضطراب ناتوان کننده دلهره و تشویش شدیدی است که یا خود فرد دارد و یا اطرافیان آن را در فرد تشدید می کنند. اضطراب شدید اثر منفی روی عملکرد فرد می گذارد، زیرا با متأثر و درگیر کردن ذهن، زمینه ی فراموشی های زودگذر و خطاهای ادراکی را فراهم می کند.

نشانه های اضطراب ناتوان کننده:

- فرد به خاطر مرور درس هایش دچار هیجان بیش از حد می شود.
- دارای دلشوره و دل بهم خوردگی (احساس پروانه در شکم) است.
- هنگام مرور درس هایش دستپاچه و عجول است.
- از اینکه هر چه می خواند، چیزی نمی فهمد نالان است.

- از گرفتن نمره‌ی کم ترس و وحشت دارد.
- هنگام درس خواندن، ناخن‌هایش را می‌جود، پوست لب را می‌کند یا با موی سرش بازی می‌کند.
- بی‌اشتهاست و نمی‌تواند غذا بخورد.
- حالت تهوع دارد.
- گریان است و بهانه‌گیری‌های بی‌دلیل دارد.

عوامل بوجود آورنده‌ی اضطراب امتحان:

- عوامل فردی
- عوامل خانوادگی
- عوامل مربوط به مدرسه

عوامل فردی:

- *انتظار بیش از حد از خود و ضعف/اعتماد به نفس*: گاهی انتظارات فرد از خود، بیش از توانایی‌های اوست. به عنوان مثال، یک دانش آموز متوسط، که دائماً در پی کسب معدل 20 برای رقابت با دانش آموز ممتاز مدرسه است و چون به این هدف نمی‌رسد، دچار ضعف اعتماد به نفس و اضطراب می‌گردد.
- *عدم باور مثبت نسبت به موفقیت*: گاهی دانش آموزان علیرغم تلاش برای خواندن و یاد گرفتن، مرتب با خود و دیگران مطرح می‌کنند که چه فایده، آنقدر سخته که می‌دونم موفق نمی‌شم!
- *رقابت بیش از حد*: زمانی است که دانش‌آموزان در مدرسه و یا فرزندان در خانه برای برتری یافتن بر یکدیگر و نه پیشرفت و موفقیت، به رقابت بپردازند.
- *عدم آمادگی و برنامه ریزی لازم*: هنگامی که فرد به علت نداشتن برنامه‌ریزی درسی و مطالعه‌ی صحیح آمادگی لازم را برای امتحان کسب نکرده باشد.
- *عدم تمرکز بر امتحان و درس خواندن*: عدم دقت و تمرکز در انجام تکالیف یا درس خواندن در طول سال باعث می‌شود تا یادگیری سطحی باشد و در موقع امتحان یادآوری مطالب دشوار بوده و موجب اضطراب شود.
- *شخصیت مضطرب و کمال‌گرا*: بخشی از این عامل ژنتیکی و بخشی از آن حاصل یادگیری در محیط خانواده و زندگی است، والدین مضطرب و کمال‌گرا، بطور غیر مستقیم، اضطراب و کمال‌گرایی را به فرزندان خود الگو می‌دهند.
- *کم بودن انگیزه و هوش متوسط*: نداشتن انگیزه پیشرفت بالا بدلیل متعدد چون محیط خانوادگی، ضعف اعتماد به نفس و همچنین پاداش بیش از حد برای قبول شدن یا گرفتن نمره‌ی بالا (معمولاً بیست) از سوی والدین و اطرافیان..

عوامل خانوادگی:

- *سخت‌گیری بیش از اندازه*: زمانی که والدین با نزدیک شدن زمان امتحان، فشار مضاعفی برای آماده شدن و گرفتن نمره (معمولاً بیست) در مورد فرزند خود به کار می‌برند و یا پی در پی درباره‌ی امتحان به او هشدار می‌دهند.
- *عدم حمایت و تشویق کودک*: مواردی که والدین و خانواده، اهمیتی برای زمان امتحانات کودک و کنترل آرامش در خانه و پرهیز از سر و صدا و رفت و آمد قایل نمی‌شوند، دانش آموز احساس تنهایی و بی

پشتوانگی نموده و مضطرب می گردد. در ضمن نباید به بهانه ی امتحان، کودک یا نوجوان در خانه تنها گذاشته شود.

- والدین مضطرب و توجه بیش از حد به مسایل تحصیلی فرزند: وجود اضطراب در والدین موجب انتقال آن به فرزند و تشدید اضطراب او می شود (مخصوصاً در ایام امتحان). برخی از والدین، هنگام امتحانات، بیش از فرزندانشان درگیر درس می شوند و حتی به مزاح می گویند که امتحان دارند!!! این امر به اضطراب بیشتر دانش آموز دامن می زند.
- اختلافات خانوادگی: جو متشنج در خانواده، اختلافات والدین، تولد فرزند تازه در خانواده و ...
- رقابت غیر منطقی: وقتی ناتوانی های دانش آموز با توانایی های دیگران مقایسه شود و این امر با سرزنش همراه باشد، اعتماد به نفس او کم و بر اضطراب او افزوده می شود. مثلاً: پسر دوستم المپیاد ریاضی مدال آورده، اونوقت پسر من هنوز تقسیم سه رقمی رو بلد نیست!
- تهدیدهای بی مورد: وقتی اطرافیان و مخصوصاً والدین، شرایط ویژه و سخت در ایام امتحان برقرار می کنند و فرزند خود را از گرفتن نمره ی کم یا عدم قبول شدن می ترسانند و تهدید می کنند.
- الگوهای خشک فرزندپروری: برخی والدین، ارتباط مناسب و دوستانه ای با فرزند خود برقرار نمی کنند و از سیاست چوب تر! استفاده می کنند که این امر، فاصله آنها را از نظر عاطفی با فرزندشان بیشتر کرده و او را دچار مشکل می کند.
- سرزنش و تنبیه: وقتی اطرافیان فردی را با القابی مانند بی استعداد، بی عرضه و ... مورد خطاب قرار می دهند، تصویر ذهنی ناتوانی یا تفکر منفی را در فرد بوجود می آورند. این امر اضطراب امتحان را در فرد تشدید می کند.
- وضعیت اقتصادی پایین و عدم تشویق: در برخی خانواده ها، بدلیل شرایط اقتصادی پایین، والدین آنقدر درگیر مسائل اقتصادی و رتق و فتق امور می شوند که حتی نمی دانند فرزند آنها کلاس چندم است! تا اینکه تشویقی در کار باشد.

عوامل مربوط به مدرسه:

- انتظارات غیر واقعی آموزگاران: علیرغم تلاش معلمان زحمتکش، برخی انتظارات غیر واقعی از دانش آموزان، آنها را در وضعیت بدی قرار می دهد. در حالی که توجه به تفاوت های فردی آنها از این انتظارات می کاهد.
- محیط نامناسب امتحان و مقررات خشک: گاهی قوانین خشک، رسمی و انعطاف ناپذیری که بر مبنای عدم اعتماد به دانش آموز از سوی مدرسه و عوامل اجرایی امتحانات وضع گردیده، می تواند بر شدت اضطراب بیفزاید.
- نوع پرسش های امتحان: گاه بر اساس توافق قبلی امتحان از بخشی از کتاب است و سر امتحان مشخص می شود که از جاهای دیگر هم سوال آمده است، این امر نیز اضطراب زیادی در دانش آموز ایجاد می کند.
- ایجاد رقابت های ناسالم: بهتر است هر دانش آموز تنها با خودش مقایسه شود و مسیر پیشرفت او مشخص گردد.
- عوامل مزاحم مثل سر و صدا و نور و تهویه ی نامناسب: نور کم یا خیلی زیاد، سروصدای بیرون از مدرسه .
- بیش از حد مهم جلوه دادن برخی دروسها: وقتی معلم یا والدین بعضی از درس ها را به هر دلیلی خیلی مهم تلقی می کنند، در فرد ترس یا نگرش منفی نسبت به آن درس ها به وجود می آید.

نشانه ها و علائم اضطراب امتحان:

- ناراحتی های گوارشی ،آشفتگی معده ،سرگیجه ، بی اشتهاپی ، حالت تهوع
- تپش قلب ، بی خوابی ، تنگی و کوتاهی نفس
- لرزش در صدا ، ضعف ، عرق کردن کف دست
- لکنت زبان ،خشکی دهان
- عدم تمرکز ، آشفتگی ذهن ، ارزیابی غلط از توانایی های خود، افت تحصیلی ، بیزاری از مدرسه ، خطاهای ادراکی، حواس پرتی، هیجانات افراطی.

نقش خانواده در کاهش اضطراب امتحان:

- ایجاد جو عاطفی دور از تنش و مشاجره در خانه
- محدود نمودن میهمانی و رفت و آمدهای مکرر
- توجه به خواب ، استراحت و تفریح دانش آموز
- کاهش یا حذف وظایف محوله ی خانگی به خانگی به دانش آموز در زمان امتحانات
- حمایت عاطفی و اطمینان بخشی در دوران امتحانات به دانش آموز
- کاهش زمان تماشای تلویزیون تا حد امکان در زمان امتحانات
- خودداری از ایجاد ترس و دلهره در دانش آموز
- خودداری از فشار و توقع بیش از حد برای مطالعه از دانش آموز
- خودداری از سرزنش دانش آموز به واسطه ی امتحان ناموفق
- خودداری از حبس نمودن دانش آموز جهت مطالعه
- پیش بینی تغذیه ی مناسب ویژه ی دانش آموز در ایام امتحانات
- عدم بروز انتظار بالا و کمال گرایی از فرزندان از سوی خانواده نسبت به نمرات بالا
- عدم مقایسه فرزندان با یکدیگر و با دیگران
- عدم تأکید مکرر به درس خواندن
- ایجاد انگیزه ، تقویت روحیه با ارایه ی پاداش و تقویت های مطلوب
- مرور برگه های امتحانی فرزندان به منظور شناسایی و رفع نقاط ضعف درسی آنان

توصیه هائی برای والدین:

- توجه داشته باشیم که: فرد مضطرب از آینده می‌هراسد و این ترس بر فعالیت او تاثیر دارد. شخص مضطرب همیشه در شک و تردید به سر می‌برد و نمی‌تواند در هیچ موردی بسرعت تصمیم بگیرد؛ زیرا از اشتباه کردن می‌ترسد و عدم تصمیم را به تصمیم غلط ترجیح می‌دهد.
- اجازه دهیم دانش‌آموزان بدانند که امتحان، ارزیابی از میزان پیشرفت تحصیلی آنان است. به وسیله امتحان مشخص می‌شود دانش‌آموز چه مطالبی را آموخته است و از ترکیب آموخته‌های خود چه مسائلی را می‌تواند حل کند یا به کشف چه مطالب تازه‌ای می‌تواند برسد.
- از همان کلاس اول ابتدایی کودکان را تشویق به امتحان دادن بکنیم. آنان را ترغیب کنیم خود را بیامیند تا بفهمند چقدر از مطالب جدید را آموخته‌اند. حتی می‌توانیم آنها را تشویق کنیم خودشان از خودشان امتحان بگیرند تا امتحان دادن برایشان عادی و به یک سرگرمی تبدیل شود.
- آنچه می‌بایست بیشتر مورد توجه والدین قرار گیرد، میزان تلاش کودکان و نوجوانان است، نه صرفاً نتایج حاصل از انجام آزمون‌های مختلف. با درک صحیح از ماهیت تفاوت‌های فردی و شناخت درست از ویژگی‌های ذهنی، روانی و جسمی دانش‌آموزان، از مقایسه بی‌مورد کودکان با یکدیگر اجتناب ورزیم و رقابت‌های فردی و گروهی را صرفاً در شرایط عادلانه و با در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی و فراهم ساختن محیطی صمیمی و دوست‌داشتنی ایجاد کنیم.
- برای کاهش اضطراب ناشی از امتحان، علاوه بر داشتن انتظارات معقول از کودکان و نوجوانان، تشویق نقاط مثبت و توانمندی‌های آنها، تقویت اعتماد به نفس ایشان و سرانجام فراهم کردن آرامش خاطر آنان، بر تلاش هرچه بیشتر کودکان و نوجوانان در حد توانشان تاکید کنیم تا تسلط بیشتری بر موضوع مورد نظر داشته باشند. بدیهی است هرچه با تسلط بر موضوع درس، آمادگی ذهنی و روانی بیشتری برای آزمون داشته باشند، اضطرابشان کمتر خواهد بود. همچنین بد نیست پیش از امتحانات اصلی، از امتحانات فرضی و آزمایشی به منظور آشناسازی دانش‌آموزان با سوالات و نحوه امتحان استفاده شود.

آنچه کارشناسان بهداشت روان می‌توانند برای این کودکان یا نوجوانان انجام دهند:

تن آرامی یا آرامش عمیق عضلانی:

در این تکنیک، ابتدا تنفس دیافراگمی به دانش آموز آموزش داده می شود. که برآمده شدن شکم در هنگام عمل دم و خالی شدن آن هنگام عمل بازدم است. در حین این نوع تنفس، توجه دانش آموز را به ورود و خروج هوا در ریه ها جلب می کنیم و آموزش می دهیم همه حواس خود را معطوف تنفس نموده و برای جلوگیری از پرت شدن حواس او، از او می خواهیم که عمل دم را با شمارش از 1 تا 10 انجام دهد. این تکنیک را چند بار تمرین می کنید تا زمانی که مطمئن شوید کودک آن را کاملا یاد گرفته است. سپس در مرحله ی بعد از او بخواهید هنگامی که تنفس دیافراگمی را انجام می دهد، همزمان ماهیچه های خود را از حالت تنش و گرفتگی رها نموده و برای اینکه کاملا منظور شما را متوجه شود می توانید مثال ماکارونی را بزنید! که هنگام خامی، سفت و سخت و کشیده است اما هنگامی که می پزد، نرم و شل و لغزنده می شود. سپس از او بخواهید این تمرین را روزی 10 تا 15 دقیقه انجام داده و هنگام امتحان نیز به راحتی بتواند عضلات، تنفس و پاسخهای بدنی خود را آرام و تحت کنترل خود در آورد.

حساسیت زدایی منظم

در این تکنیک، سعی می کنیم در شرایط آرامش عمیق عضلانی، کودک را به تدریج و گام به گام با آنچه باعث اضطراب و نگرانی او می شود روبرو کنیم. این تکنیک بیشتر در درمان ترسهای مرضی (فوبیک) مثل ترس از ارتفاع، مکانهای در بسته مثل آسانسور، خون و ... بیشتر کاربرد دارد. اما برای اضطراب امتحان، بهتر است از امتحانات روزانه در خانه و بعد مدرسه شروع کرد. این امتحانات نمره ندارند و صرفا جهت ارزیابی دانش آموز از میزان یادگیری او به عمل می آیند. در ابتدای تمرین، می توان از کودک خواست خودش برگه امتحانی اش را تصحیح کند و بعد از چند بار که این امر عادی شد، می توان از او خواست خودش سوال طرح کند و به این ترتیب، بر اثر کثرت امتحان، این امر برایش عادی خواهد شد. می توان در این زمینه از معلم نیز کمک خواست تا با گرفتن امتحانات بدون نمره روزانه یا هفتگی، هم بچه ها را با نحوه طراحی سوال آشنا کند و هم نگرانی بچه ها بابت امتحانات آخر ترم از بین برود.

ایمن سازی در مقابل استرس امتحان

علائم استرس به صورت ذهنی، فیزیکی و ظاهری بروز می کنند؛ که شامل خستگی، کاهش یا افزایش اشتها، سردرد، گریه، خواب آلودگی و خوابیدن بیش از حد است. احساس ناامیدی، هراس یا بی علاقهگی نیز می تواند با استرس ایجاد شود. اما این تکنیک، که مهارت استفاده از روشهای شناختی - رفتاری در مواجهه با استرس جهت کنترل آن و کاهش علائم مرتبط با آن است، در سه مرحله انجام می شود:

- مرحله اول مرحله مفهوم سازی استرس بین دانش آموز و درمانگر (والد) است، به این صورت که به کمک هم سعی می کنند استرس امتحان و تاثیر آن را بر سلامت دانش آموز بشناسند. در این مرحله، شرایط ایجاد استرس در دانش آموز به کمک درمانگر شناسایی شده و روشهای مقابله با آن به وی معرفی می شود. (در مورد شرایط امتحان، زمان و مواردی که باعث ایجاد حالت اضطراب و استرس در دانش آموز می شود با دانش آموز صحبت کنید و آنها را لیست کنید، سپس در مورد راههای احتمالی برخورد با آنها با دانش آموز صحبت کنید و به کمک او، راههای مختلفی را پیشنهاد نمایید).
- در مرحله دوم به دانش آموز آموخته می شود که روشهای مرحله قبل را در موقع امتحان تمرین کند و در استفاده از آنها مسلط شود. (به عنوان مثال، تنفس دیافراگمی و تن آرامی، یا گفتگوی مثبت درونی با خود را در زمان امتحانات کلاسی تمرین کند تا به مهارت دست یابد).
- در مرحله سوم بیمار مهارت های آموخته شده را در موقعیت های استرس زای واقعی به کار می برد و حتی به دیگران آموزش می دهد.

آموزش مهارت های مطالعه

بهترین روش مطالعه برای یادگیری و امتحان دادن، استفاده از روش یادداشت برداری است. در این روش، بعد از خواندن متن مورد نظر و فهم آن، خلاصه ای از آن به زبان خود دانش آموز و با کلمات خود او نوشته می شود. که در هنگام دوره مطالب، از آن استفاده می شود. داشتن جای مشخص، زمان و برنامه ریزی مشخص برای مطالعه، تاثیر زیادی در یادگیری دارد. زیرا دانش آموز به آن مکان و زمان عادت کرده و در آن شرایط یادگیری او افزایش می یابد. برای اینکه مطالب یادداشت شده در طرحهای شبکه ای درخت حافظه، در یادگیری و حافظه تأثیر بگذارند لازم است به نکات زیر توجه شود:

- ابتدا بفهمید سپس بنویسید.
- کوتاه، تلگرافی، خودمانی، تداعی کننده باشد.
- عجیب غریب بنویسید.
- از نمادها، اشکال و تصاویر مختلف استفاده کنید.
- کلمات و عبارات تداعی کننده باعث فعالیت حافظه می شود.
- استفاده از رنگهای مختلف در نوشتن باعث یادگیری خلاق می شود.
- ذکر تاریخ و مرجع در یادداشت ها بسیار مهم است و باعث بهره برداری بیشتر و بهتر در آینده می شود.
- چک کردن و اطمینان حاصل کردن از اینکه، نوشته ها و یادداشت ها و طرح ها در آینده قابل استفاده است. و خاصیت لازم را جهت بازخوانی و فراخوانی دارد خیلی مهم است.

مقابله با باورهای غیر عقلانی و غیر منطقی

چنانچه قبلا گفته شد، برخی از دانش آموزان به دلیل ارزیابی های شناختی منفی از خود (مثل: یادم نمی آید، باید بیشتر می خوندم، همیشه گیجم، چرا یادم نمیاد؟ هیچوقت موفق نمیشم و ...) دچار اضطراب شده و با وجود اینکه درس خود را خوب خوانده اند؛ نمی توانند در زمان امتحان، عملکرد مناسبی داشته باشند. در این شرایط بایستی به کمک مشاور، روانشناس یا درمانگر، باورهای غیر منطقی آنها را زیر سوال برد و به کمک خود آنها، راهی برای مقابله با این افکار خودآیند تحقیر خود و دیگر افکار منفی جستجو کرد. روش های درمان شناختی - رفتاری در این مورد، به کار می روند.

پرخاشگری در مدرسه

پرخاشگری چیست؟

پرخاشگری و رفتارهای تهاجمی نوعی از اعمال خشونت بار علیه دیگران است که می تواند باعث آسیب یا صدمه به دیگران شود. بیشتر کارشناسان پرخاشگری کودکان را به شکل پرخاشگری آشکار دربردارنده پرخاشگری جسمانی مانند زدن ، هل دادن ، لگد زدن ، پرتاب اشیاء و تهدید به انجام این اعمال همراه با حملات عمدی بیزار کننده و آزاردهنده برای قربانی ؛ و پرخاشگری پنهان ، تعریف کرده اند. در پسران بیشتر پرخاشگری جسمانی و در دختران پرخاشگری پنهان بیشتر گزارش شده است.

عوامل زمینه ساز در پرخاشگری کودکان

خشونت پدیده ای پیچیده است که در آن خصوصیات ارثی ، عوامل زیستی و هورمونی ، نیروهای روانشناختی و شاخص های فرهنگی و اجتماعی می توانند با هم در تعامل باشند.

خانواده می تواند از جهات مختلف موجب بروز یا تشدید پرخاشگری شود که مهمترین این عوامل عبارتند از:

- شیوه های نامناسب فرزند پروری والدین: برخی شیوه های فرزند پروری و استفاده نامناسب از تنبیه و تشویق موجب تقویت خشم و پرخاشگری در فرزندان می شوند.
- الگوهای نامناسب رفتاری در خانواده: نشان دادن رفتارهای پرخاشگرانه از سوی یکی از اعضای خانواده موجب الگوسازی این رفتار توسط کودک می شود.
- تاثیر پذیری از رفتار پرخاشگرانه مشاهده شده در محیط و در رسانه ها
- تشویق رفتار پرخاشگرانه
- آزار جسمی و جنسی

خشونت در رسانه ها

رسانه ها عامل مؤثری در رشد و تحول سیستمهای ارزشی ، و شکل دهنده ی رفتار می باشند. تحقیقات مربوط به تأثیر رسانه ها بر کودکان و نوجوانان ، نشان داده اند که این کودکان:

- ترس از خشونت ندارند.
 - به تدریج می پذیرند که خشونت راهی برای حل مشکل است.
 - به تقلید خشونت می پردازند.
 - ناخودآگاه با شخصیت های خاصی چه قربانیان و چه قربانی کنندگان همانند سازی می کنند.
- مشاهده خشونت در برنامه های تلویزیونی باعث پرخاشگری در کودکان می شود. گاهی اوقات حتی دیدن یک برنامه خشونت آمیز می تواند پرخاشگری را افزایش دهد. کودکانی که مکرراً نمایشهایی پر از خشونت را تماشا می کنند و از این کار منع هم نمی شوند، به احتمال زیاد ، به تقلید آنچه می بینند می پردازند.
- اثر خشونت تلویزیونی ممکن است فوراً در رفتار یا گفتار کودک نمودار شود و یا سالها بعد خود را نشان دهد. البته خشونت تلویزیونی تنها علت پرخاشگری یا رفتار خشونت آمیز نیست ولی جزو عوامل مهم محسوب می شود.

توصیه هائی برای والدین در برخورد با خشونت ناشی از رسانه ها:

والدین می توانند با استفاده از راههای پیشنهاد شده ی زیر کودکان خود را از خشونت مفرط تلویزیونی محافظت کنند.

- به برنامه هایی که کودکان می بینند توجه کنید و بعضی از آنها را همراه کودک خود ببینید. چنانچه کودک خود را به هنگام تماشای برنامه های خاص تلویزیونی همراهی کنید ، می توانید سؤالهای او را بهتر برایش توضیح دهید و جلوی کج فهمی او را بگیرید.
- زمان تماشای برنامه های تلویزیونی را محدود کنید. توجه داشته باشید که تلویزیون را نباید در اتاق خواب بچه ها قرار دهید. به این ترتیب کودک با اثرات منفی برنامه های خشونت آمیز تلویزیونی ، به خواب نمی رود ؛ همچنین نظم ساعت خواب و بیداری او مختل نمی شود.
- به کودکان خود تذکر بدهید که اگر چه هنرپیشه حقیقتاً مجروح نشده یا به قتل نرسیده است ، لکن این گونه خشونتها در دنیای واقعی یا بسیار دردناک است یا منجر به مرگ می شود.
- هنگامی که برنامه های خشونت آمیز پخش می شود، کانال را عوض کنید یا تلویزیون را خاموش کنید. توضیح دهید که مشکل آن برنامه چیست و به گونه ای با منطق درخور فهم کودک ، آسیب و ضرر موجود در آن برنامه را توضیح دهید تا میل کودک یا اصرار او برای تماشای این گونه برنامه ها کاهش یابد.
- در حضور بچه ها صحنه های خشونت آمیز را تأیید نکنید و بگویید که بدترین شیوه برای حل یک مشکل، روش خشونت آمیز است.
- تأثیر همسن و سالان و دوستان و همکلاسی ها باید به حداقل برسد. به این منظور با والدین بچه های دیگر تماس بگیرید و در مورد نوع برنامه های تلویزیون و مدت زمان مناسب برای تماشای تلویزیون توافق کنید.
- مدت تماشای تلویزیون توسط کودکان ، جدا از محتوای آن باید کم شود چون کودکان را از پرداختن به فعالیت های مفید دیگر از قبیل مطالعه، بازی با دوستان و رشد و پرورش علائق خود باز می دارد.

خشونت در مدارس

مشاهده ی یک روز از زندگی دانش آموزان در مدرسه در هر یک از مقاطع تحصیلی ، در شهر و روستا ، در کلاس و به ویژه در حیاط مدرسه که ظاهراً در آنجا به بازی و استراحت و تخلیه انرژی های خود می پردازند صحنه هایی از خشونت و درگیری میان دانش آموزان یا میان مسئولان و معلمان مدرسه با دانش آموزان را آشکار می نماید. این خشونت گاه خود را بصورت کلامی ، توهین ، تحقیر ، تمسخر و لقب دادن و گاه بصورت خشونت های جسمانی نشان می دهد. اثرات فردی و اجتماعی این خشونت ها آشکار است، کودکی که به هر علتی در محیط آموزشی تحت خشونت های کلامی یا بدنی قرار می گیرد علاوه بر احساس ناامنی و بیزاری از مدرسه که نتیجه آن بصورت افت تحصیلی یا ترک تحصیلی آشکار می شود با اثرات ناگوار این رفتار در طول زندگی مواجه می شودبه نحوی که او نیز ممکن است بعد ها به هنگام تشکیل خانواده یا در مسئولیت هایی که بر عهده خواهد گرفت رابطه ای ناسالم با دیگران برقرار کرده و چه بسا خشونت را از نسلی به نسل دیگر انتقال دهد. علاوه بر آن خشونت در مدرسه می تواند به بد شدن جو کلاس و مدرسه بیانجامد و با ایجاد اختلال در تدریس معلم ، روابط میان دانش آموزان و نیز روابط

میان معلم و دانش آموز را ضایع کند. بسیاری از تنش ها و ناآرامی ها در مدرسه ناشی از رفتارهای بین فردی دانش آموزان است که بدون در نظر گرفتن زمینه های اجتماعی و فرهنگی متفاوت در کنار هم در مدرسه تحصیل می کنند و هرگز آموزشی برای ایجاد تفاهم و بهبود مهارت های اجتماعی لازم دریافت نمی کنند. عواملی که به خشونت در مدرسه می انجامد عبارتند از:

- وقتی کودک توسط دانش آموزان دیگر مورد تمسخر قرار گیرد
- وقتی کودک توسط دانش آموزان دیگر کتک بخورد و قادر به دفاع از خود نباشد
- وقتی کودک مرتب اشیاء و وسایل خود را گم می کند
- وقتی کودک از لحاظ ظاهری مورد تمسخر قرار گیرد
- خجالتی بودن و سکوت مکرر در کلاس
- افت تحصیلی

با کودکان پرخاشگر چگونه رفتار کنیم؟

- درمورد کودک پرخاشگری که الگوپذیری عامل اینگونه رفتار او بوده ، باید روی الگوی کودک کار کرد و راههای دیگری جز پرخاشگری را به او آموخت.
- در مواردی که علت پرخاشگری اضطراب است باید از نگرانی درونی و اضطراب کودک مطلع شویم.
- در کشمکش های درونی باید کودک را از حالت دوگانگی خارج ساخت. کمک به کودکان در تصمیم گیری باعث می شود که بیاموزند به حالت های دو گانه درونی خود پایان بخشند.
- در پاره ای از موارد، کودک افسرده پرخاشگری شدیدی از خود نشان می دهد. در این میان لازم است برای درمان افسردگی او اقدام کنیم.
- در مورد پرخاشگری، شیطنت و مصرف دارو بایستی حتماً با پزشک متخصص ارتباط داشته باشیم تا کودک از نزدیک مورد معاینه قرار گیرد.
- هنگامی که کودک قربانی خشونت در مدرسه شده است، بایستی با مسئولان مدرسه صحبت کنیم و لازم است که ایشان طبق قانون و مقررات خاص با کودکان خشونت گرا برخورد کنند؛ و نیز کودکانی را که قربانی خشونت شده اند براساس رفتارهای خوبشان مورد تشویق و تأیید قرار دهند.
- چنانچه نوع پرخاشگری کودک خصمانه است، بایستی کودک را از آزار و اذیت کردن دور کنیم تا مجبور نباشد برای تلافی و انتقام، افراد دیگر را اذیت کند. و اگر پرخاشگری از نوع وسیله ای است، بایستی راه های دیگری را جهت مطرح کردن کودک برگزینیم تا او ناچار نباشد از روش خشونت برای جلب توجه استفاده کند.

توصیه هائی برای والدین:

- محدودیت هایی برای کنترل پرخاشگری وضع کنید و آنها را به اطلاع کودک برسانید.
- مدل های پرخاشگری را به حداقل برسانید. می توانید از راهکارهای زیر استفاده کنید:
 - ساعاتی را که کودک فیلم های خشونت آمیز تلویزیونی می بیند، محدود کنید.
 - فیلم ها، تصاویر و روزنامه کودک را به دقت انتخاب کنید.
 - الگوهای را در اختیار کودک بگذارید که پرخاشگرانه نباشند.
 - همراه کودک برنامه های تلویزیونی را ببینید و صحنه پرخاشگرانه آن را تفسیر کنید.
- همدلی را افزایش دهید. آگاهی کودک را نسبت به رنجی که بر اثر پرخاشگری او در افراد یا حیوانات به وجود می آید، افزایش دهید.
- رفتارهایی را که مغایر با رفتار پرخاشگرانه است، تقویت کنید.
- اگر قرار است کودک به دلیل رفتار خشونت آمیزش تنبیه شود، بهتر است به طریقی باشد که منجر به حمله انتقامی و تلافی جویانه از طرف کودک نشود.
- فرصت تخلیه هیجانات را برای کودک فراهم کنید.
- مباحث گروهی یا خانوادگی را که تأکید بر همکاری با دیگران دارد، به کار گیرید.
- همکاری، مسئولیت و پیگیری مسائل مورد علاقه را با دادن مسئولیت به کودکان تشویق کنید.
- برای مهار رفتار کودکان، فنون محروم سازی ممکن است تا حدودی مفید واقع شود.
- رفتارهای پسندیده را به وضوح تشریح کنید و پاداش آنها را بیان نمایید.
- از تنبیهات بدنی پرهیز کنید.
- علت رفتار پرخاشگرانه وی را بیابید.
- ثبت وقایع روزانه، بازی درمانی، بازی های جالب، جمله سازی و گوش دادن فعال ممکن است کمک می کند که کودک احساس کند از سوی شما درک می شود.
- به کودک بفهمانید که با هر رفتار خشونت آمیز، خود را از شما بیشتر دور می کند.
- از کودک پرخاشگر بخواهید الگوی مطلوبی برای خود بیابد و فهرستی از رفتارهای الگو را در کوتاه مدت اجرا نماید.
- با کودک قرارداد رفتاری ببندید تا برای رفتارهای مطلوبش جایزه دریافت کند و نتیجه اعمال نامطلوبش را ببیند.

امروزه بسیاری از والدین نگران بد دهانی یا بد زبانی فرزندانشان هستند و از خود می پرسند که آنها این صحبت ها را چگونه یاد گرفته اند؟ چرا این اتفاق برای فرزند ما افتاده؟ آیا خودمان مقصر بوده ایم؟ جمعی از والدین می گویند، ما که این حرف های زشت را بر زبان نمی آوریم، پس چگونه فرزندمان چنین حرف هایی می زند؟! در نهایت نیز این سؤال برایشان مطرح است که چه باید کرد تا کودک این عادت ناپسند را ترک کند؟ در این نوشتار به علل اصلی بدزبانی و راه حل هایی برای رفع آن اشاره شده است.

علت ها

همان طور که در بحث های گذشته درباره رفتار کودکان متذکر شدیم، بسیاری از اعمال بچه ها از عملکرد والدین نشأت می گیرد. کودکان رفتارهای پدر و مادر را به طور ناخودآگاه درونی می کنند. رفتارهای درون فکنی شده جزو معیارهای نهادینه شده کودک قرار می گیرند و سپس او مطابق این معیارها عمل می کند؛ به این فرآیند همانند سازی می گویند. کودک والدین خود را به عنوان اولین الگوهای زندگی می پذیرد و چون به آنها عشق می ورزد و آنان را سمبل هایی قوی می داند، رفتار والدین برای او شاخص و الگو قرار می گیرد.

گاهی بین درون فکنی یک رفتار و بروز آن فاصله زمانی وجود دارد؛ برای مثال، کودک گفتاری ناپسند را ماهها قبل از زبان پدر یا مادر شنیده، اما برون ریزی آن امروز صورت می گیرد. این مدت به تشخیص کودک و شرایط او بستگی دارد که چه زمان، چگونه و در برابر چه کسی کلام زشت را به کار برد.

در بعضی خانواده ها، والدین با فرزندان خود بسیار خصمانه رفتار می کنند و در عین حال آنان را آزاد می گذارند. به این گروه از پدر و مادرها، والدین خصمانه آزاد گذارنده می گویند؛ آنها خود از حرف های زشت استفاده می کنند و فرزندان نیز آزادند که این گونه عبارات را به کار برند. یعنی هیچ اقدامی در جهت جلوگیری از این رفتار به عمل نمی آید؛ و یا از نظرتربیتی هیچ گونه تدبیری از طرف والدین برای ترک این عادت در بچه ها صورت نمی گیرد.

ذکر این نکته ضروری است که چه والدین حرف های زشت را به فرزند خود بگویند و چه در حضور او در برابر فرد دیگری این گونه گفتار را به کار ببرند، کودک ، آنها را می آموزد و به وقت نیاز بر زبان می آورد.

از دیگر علت های یادگیری کلام زشت ، ارتباط کودکان با دوستان و با بچه های دیگر است. بسیاری اوقات کودکان عامل بدزبانی یکدیگرند. در مهد کودک ، مدرسه ، کوچه و هر جای دیگری که بچه ها فرصت بازی و به خصوص درگیری با هم را پیدا کنند، ممکن است این بدآموزی صورت بگیرد.

از دیگر عوامل بروز بدزبانی در بچه ها ، به کارگیری کلام زشت به عنوان اعتراض است. کودک با بر زبان آوردن این گونه حرف ها اعتراض خود را نشان می دهد؛ این نوعی رفتار تلافی جویانه است که بعضی کودکان در پیش می گیرند. آنها احساس می کنند، فقط با ادای این گونه کلمات است که تخلیه می شوند و می توانند نارضایتی خود را نشان دهند.

گاهی که کودک خردسال برای اولین بار از کلمات زشت استفاده می کند، موجب خنده و مزاح اطرافیان می شود. این گونه برخورد از همان ابتدا برای او حکم تشویق به انجام این رفتار را خواهد داشت و به تدریج به آن عادت می کند.

در پاره ای از موارد نیز کودکان با بر زبان آوردن حرف های زشت می توانند به خواسته های خود برسند. بنابراین بدزبانی را راهی برای رسیدن به اهداف خود تلقی می کنند و در درازمدت جزو رفتار آنان خواهد شد.

توصیه هائی برای والدین:

- اجتناب والدین از بد زبانی و ناسزا گوئی و ارائه یک الگوی مناسب از خود برای کودک
- دوستان مناسبی را بعنوان هم بازی برای او انتخاب کنید
- فیلم های مناسب و بدور از بدآموزی برای کودکان تهیه کنید
- به اعتراضات کودک گوش دهید و دقیقاً توجه کنید که او چه می گوید و نسبت به چه چیز اعتراض دارد. دادن یک کمک فوری به کودک در چنین شرایطی بسیار مهم است. روشهای سختگیرانه والدین، اعتراض شدید فرزند را به همراه دارد که ممکن است توأم با ناسزا گوئی باشد..
- هرگز کودک نباید به این وسیله به خواسته اش برسد.
- هرگز با شنیدن حرف های زشت کودک به او نخندید، بلکه احم کنید و خود را از وی دور سازید. با این روش به او نشان می دهید که رفتارش ناپسند است.
- چنانچه فرزند شما احساس ناکامی و افسردگی دارد، بهتر است فرصتی فراهم کنید تا او موفقیت ، شادی و نشاط را تجربه کند. در چنین مواردی بایستی به بهبود حالات افسرده وار او کمک کنیم.

« آموزش مهارت های زندگی »

آموزش مهارت های زندگی به کودکان جزو مداخلاتی است که می تواند سطح سلامت آنها را ارتقاء و آنها را برای مواجهه با مشکلات و آسیب های اجتماعی آماده سازد. امروزه مهارت های زندگی در موقعیت های مختلف از جمله خانواده، مدرسه و محیط های فرهنگی به کودکان آموزش داده می شود. انتخاب نوع مهارت بر حسب سن و سطح شناختی کودک متفاوت است. انواعی از مهارت ها که معمولاً به کودکان و نوجوانان آموزش داده می شوند عبارتند از:

- مهارت حل مسئله
- برقراری ارتباط
- آگاهی از خود
- تبادل اطلاعات
- کنترل خشم
- مدیریت احساسات
- تصمیم گیری
- قاطعیت
- همدلی
- مذاکره
- ایستادگی برای حقوق خود
- خویشتن داری
- تفکر انتقادی
- نه گفتن
- ایستادگی در برابر فشار همتها
- کار گروهی و همکاری

اینگونه مهارت ها را می توان بصورت فردی یا گروهی آموزش داد. الگوی آموزش این مهارت ها مشابه روش هائی است که در مورد آموزش روان شناختی در فصول قبلی به آن اشاره شده است.

برای اطلاعات بیشتر در مورد روش های آموزش مهارت های زندگی کارشناسان محترم بهداشت روان می توانند به مجموعه مهارت های زندگی اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مراجعه نمایند.

« نوجوانی و بلوغ »

جنبه های رشدی و تکاملی

تعریف نوجوانی بین فرهنگهای مختلف متفاوت است ولی بطور کلی مرحله از رشد بین دوران کودکی و بزرگسالی است. این مرحله رشدی معمولا از سن 11 سالگی شروع و تا سنین 18 و 19 سالگی ادامه می یابد. این دوره را می توان به دو دوره ی اوایل نوجوانی (11 تا 14 سالگی) و اواخر نوجوانی (15 تا 18 سالگی) تقسیم نمود. هر کدام از این دو دوره ی ویژگیهای رشدی و تکاملی خاص خود را دارند. ولی بطور کلی نوجوانی زمانیست که فرد از وابستگی بسمت استقلال و خودمختاری می رود. بتدریج از خانواده جدا شده و عضوی از گروه همسالان می شود. در نهایت عضوی از افراد بزرگسال می شود.

افراد نوجوان با تغییرات و چالش های رشدی و تکاملی مختلفی روبروست از جمله این تغییرات می توان به تغییرات بیولوژیک، شناختی، روانشناختی، اجتماعی، اخلاقی و هویت اشاره نمود.

تغییرات بیولوژیک:

شروع نوجوانی با بلوغ همزمان می شود. وقایع بیولوژیکی که منجر به اولین قاعدگی در دختران و اولین انزال در پسر ها می شود نشان از فرایند بیولوژیک عمیقی دارند. این مسئله اگرچه یک پروسه رشدی طبیعی است ولی می تواند مشکلات زیادی را ایجاد نماید بخصوص اگر با تاخیر همراه باشد. که در این صورت نوجوان سطوحی از استرس و پیامدهائی مثل کاهش اعتماد به نفس را متحمل می شود. تغییرات بیولوژیک در نوجوانی با تغییرات فیزیولوژیک، جنسی و هیجانی همراه است.

تغییرات فیزیولوژیک: در این دوره تغییرات فیزیولوژیک زیادی اتفاق می افتد ولی میزان و زمان این تغییرات در تمام افراد یکسان نیست. و تغییر در عملکرد دستگاه تناسلی، سیستم اسکلتی و ... را در بر می گیرد. تغییرات جنسی: تمایز جنسی در اوایل و اواخر نوجوانی متفاوت و تحت تاثیر جنبه های شناختی، اخلاقی و نگرشهای اجتماعی است. ولی بطور معمول تا اواخر نوجوانی بسیاری از افراد از نظر روانشناختی برای یک زندگی جنسی فعال آمادگی دارند.

تغییرات هیجانی: وضعیت هیجانی نوجوان تحت تاثیر هرمونهای جنسی است. ولی اینکه تصور کنیم فقط هرمونهای جنسی باعث تغییرات خلقی می شوند اشتباه است. عواملی مثل تغییر در ارتباطات اجتماعی، باورها، نگرش ها و تغییر در ادراک نوجوان از خود، بر وضعیت هیجانی نوجوان اثر دارد.

تغییرات شناختی:

در نوجوانی تغییرات شناختی زیادی اتفاق می افتد و نوجوان قابلیت های شناختی متعددی را کسب می کند. از جمله این قابلیت ها می توان به این موارد اشاره نمود:

- شکل گیری تفکر انتزاعی
- روشهای جدید پردازش اطلاعات
- شکل گیری تفکر انتقادی و خلاق
- چگونگی تفکر در مورد جنبه های ارتباطی

بر اساس نظریه پیاژه دوران نوجوانی دوران شکل‌گیری تفکر انتزاعی است. اینکه نوجوان قادر است بین آنچه که واقعی است و آنچه که ایده‌آل است افتراق قائل شود. و توانایی‌های شناختی زیر را بدست می‌آورد:

- تصور وقایع ممکن و غیر ممکن
 - فکر کردن در مورد پیامدهای احتمالی یک انتخاب واحد.
 - درک و فهمیدن اطلاعات و عمل نمودن بر اساس اطلاعات درک شده.
 - ساخت فرضیه و حل مشکلات از طریق امتحان نمودن فرضیه‌ها.
- معمولاً نوجوانان در زمان شکل‌گیری و کاربرد این مهارت‌های شناختی با چالش‌هایی روبرویند.

چالش‌های روانشناختی:

چالش‌های شناختی و بیولوژیک نه تنها بصورت مستقیم چالش برانگیز اند بلکه تاثیر خاصی بر عملکرد روانشناختی فرد دارند. بعلاوه چالش‌های روانشناختی موضوع اساسی دیگری که برای فرد جوان مطرح است مربوط به شکل‌گیری هویت جدید وی است. در واقع مهم‌ترین تکلیف نوجوانی شکل‌گیری هویت شخصی است و ناکامی در بدست آوردن یک هویت رضایت‌بخش باعث عواقب منفی روانشناختی می‌شود.

چالش‌های اجتماعی:

یکی از چالش‌های بزرگ فرا روی نوجوانان نیاز آنها برای یافتن جایگاهشان در جامعه و جا افتادن در این جایگاه است. بدنبال تمایز فردی نوجوان به عنوان یک وجود مستقل آنچه اهمیت پیدا می‌کند فرایند اجتماعی شدن و هماهنگ شدن با جامعه است. در واقع اجتماعی شدن و جستجوی هویت فردی قویا با هم مرتبطند

چالش‌های اخلاقی و شکل‌گیری هویت:

تکامل اخلاقی و شکل‌گیری هویت دو تکلیف اساسی دوران نوجوانی است. اخلاق در طی مراحل مشخص شکل گرفته و تا دوران نوجوانی کامل می‌شود. به همین ترتیب نوجوان نیازمند اینست که معنای زندگی کردنش را بداند. آنها می‌خواهند افکار و احساساتشان را آزمون نمایند و دلیل وجود آنها را بدانند. توجه به این جنبه‌های رشدی از اهمیت بالایی برخوردار است و مشکلاتی که در هر یک از این انواع چالش‌ها ایجاد شوند منجر به شکل‌گیری مشکلات رفتاری یا عاطفی خاصی می‌گردد.

آموزش راجع به مسائل جنسی

صحبت کردن با کودکان راجع به عشق، علاقه، محبت و مسائل جنسی یک بعد مهم در فرزندپروری است. والدین می‌توانند با ایجاد یک محیط راحت و آرام برای گفتگو درمورد مسائل فوق‌خیلی مفید و مؤثر باشند ولی با وجود این خیلی از والدین از گفتگوی فوق یا اجتناب می‌کنند و یا به نوعی آن را به تعویق می‌اندازند. برای تصمیم‌گیری مناسب و سالم راجع به رفتار جنسی لازم است کودکان و نوجوانان از والدین اطلاعات بگیرند و راهنمایی شوند چرا که ممکن است توسط چیزهای که می‌بینند یا می‌شنوند دچار سردرگمی یا تحریک شوند. در عین حال اطلاعاتی که ارائه می‌شود می‌بایست متناسب با سطح شناختی و توانایی‌های ادراکی او باشد.

صحبت کردن راجع به رفتار و روابط جنسی ممکن است هم برای والدین و هم برای فرزندان مشکل باشد. والدین باید براساس سطح کنجکاوی و نیازهای فردی کودکان پاسخ دهند و اطلاعاتی فراتر و یا کمتر از آنچه کودک به دنبال آن هست و یا برایش قابل فهم نیست، ندهند. کودکان براساس سن و سطح رشدی درجات متفاوتی از کنجکاوی و درک را نشان می‌دهند و وقتی بزرگتر می‌شوند، به دنبال جزئیات بیشتری راجع به مسائل جنسی

هستند خیلی از بچه ها اصطلاحات و کلمات خاص خود را برای قسمت های مختلف بدن دارند، مهم است که هنگام صحبت کردن با آنها از کلماتی استفاده کنیم که برایشان قابل فهم تر است و با آن راحت هستند. وقتی کودکی 5 ساله در مورد چگونگی و بوجود آمدن بچه می پرسد ممکن است این پاسخ خوشحال کننده باشد که بچه ها از تخم و دانه ای که در جای خاصی درون شکم مادر رشد می کند و بزرگ می شود، بوجود می آیند. پدر به این موضوع کمک می کند.

یک کودک 8 ساله ممکن است بخواهد بداند که چگونه بذر پدر داخل بذر مادر می شود؟ والدین ممکن است توضیح دهند که تخم و بذر پدر با بذر و دانه مادر در رحم مادر ترکیب شده و سپس بچه در یک مکان امن در داخل رحم مادر به مدت 9 ماه رشد کرده و بزرگ می شود تا این که به اندازه کافی قوی می شود تا متولد شود. یک کودک 12 ساله ممکن است بخواهد حتی بیشتر از این بداند و والدین با گفتن این که چگونه یک مرد و زن به یکدیگر علاقمند می شوند و تصمیم می گیرند با هم رابطه جنسی داشته باشند، می توانند به وی کمک کنند. لازم است در مورد مسئولیت ها و پیامدهای ناشی از فعالیت جنسی صحبت شود. حاملگی، بیماری های مقاربتی جنسی، احساسات ما راجع به ارتباط جنسی مسائل مهمی هستند که باید بحث شوند. صحبت کردن با کودکان به آنها کمک می کند تا بهترین تصمیم خود را بگیرند. اگر به آنها کمک کنیم تا بفهمند که تصمیمات فوق نیاز به مسئولیت پذیری و بلوغ فکری دارد، شانس این که آنها بهترین انتخاب خود را انجام دهند، افزایش می یابد.

نوجوانان مجبورند با شدت احساسات جنسی خود، استمنا، قاعدگی، سردرگمی راجع به هویت جنسی و چگونگی رفتار جنسی در یک ارتباط، مدارا کنند و نیازها و احساسات و رفتار خود را با خانواده، مذهب و فرهنگ خود هماهنگ کنند.

ارتباط باز و آشکار و اطلاعات صحیح از سوی والدین این شانس را افزایش می دهد تا نوجوانان رابطه ی جنسی را به تعویق بیندازند.

- میزان درک فرزندان را مشخص کنید تا بتوانید متناسب با آن به وی اطلاعات دهید.
- حس شوخی داشته باشید و نترسید که راجع به احساس ناراحتی خود صحبت کنید.
- رابطه جنسی را به عشق، علاقه، محبت، توجه و احترام به خود و طرف مقابل ارتباط دهید.

توصیه هائی برای والدین در گفتگو با کودک و نوجوان در مورد رفتار و روابط جنسی:

- او را تشویق به حرف زدن و پرسیدن سوالاتش کنید.
- محیطی آرام و فارغ از قضاوت را برای بحث حفظ کنید.
- از کلماتی راحت و قابل فهم استفاده کنید.
- سعی کنید سطح دانش، آگاهی و نگرانی های خود به طور باز و آشکار با او صحبت کنید
- راجع به اهمیت مسئولیت پذیری برای انتخاب ها و تصمیمات بحث کنید.
- کمک کنید تا فرزندان نقاط ضعف و قدرت انتخابش را بفهمد.
- با دادن اطلاعات باز و درست در مورد ارتباط و رفتار جنسی، مسئولیت پذیری و انتخاب می توانید به نوجوانان کمک کنید تا ارتباط جنسی را به روشی سالم و مثبت بیاموزد.

« مداخله در حوادث و بلايا »

استرس

استرس عبارتست از مجموعه ای از واکنش ها که در پاسخ به یک فشار جسمی یا روانی ایجاد می شود. بعنوان مثال وقتی انسان در معرض گرما یا سرمای زیاد، گرسنگی یا خستگی قرار می گیرد فشار جسمی و وقتی شاهد مرگ عزیزانش باشد فشار روانی بر او وارد می شود. این فشار ها منجر به ایجاد علائم یا واکنش های جسمی یا روانی می گردد. واکنش های جسمی مانند تپش قلب، تنگی نفس، برافروختگی و واکنش های روانی مانند اشتغال ذهنی با افکار مزاحم و دیدن صحنه هائی از حادثه در خواب یا بیداری ، به این واکنش های غیراختصاصی که نسبت به محرک بوجدومی آید استرس می گویند. استرس بیماری نیست، بلکه یک حالت است ولی می تواند منجر به بروز بیماری جسمانی یا بیماری روانی در فردی شود که زمینه مساعد را دارد.

بحران

بحران رویداد یا موقعیتی است که در آن امکانات و منابع معمولی فرد برای تحمل وسازگاری با شرایط ممکن است کافی نباشد و موجب بروز واکنش های عاطفی و رفتاری مختلفی شود.

انواع بحران

- مرگ یک کودک بدلیل حوادث رانندگی، سوانح
- بلایای طبیعی مانند زلزله یا سیل
- آتش سوزی
- مرگ یا صدمه شدید اطرافیان
- تهدید، آدم ربائی، گروگان گیری
- خودکشی یا قتل دانش آموز
- سایر حوادث اجتماعی

واکنش های کودکان و نوجوانان به استرس

در صورت مواجهه با استرس افراد واکنش های مختلفی از خود بروز می دهند، این واکنش ها قابل انتظار بوده و بخشی از علائم معمول بدنبال استرس است. استرس بر روی کودکان و نوجوانان اثرات مختلفی می گذارد.

اثرات استرس بر روی بدن:

- تند شدن ضربان قلب
- انقباض یا سفتی عضلات
- خستگی و کاهش انرژی
- شکایت های بدنی مثل سردرد، درد شکم .
- احساس تنگی نفس

اثر استرس بر روی هیجانات

- عصبانیت و خشم
- دوری کردن از دیگران
- بی حوصلگی
- ناامیدی

اثر استرس بر روی افکار:

- عدم تمرکز
- کاهش توانایی برای تصمیم گیری
- مشغولیت ذهنی با مشکلات

اثر استرس بر روی رفتار:

- پرخاشگری
- بهانه گیری
- بهم ریختگی و ناتوانی برای انجام فعالیت های روزمره

واکنش کودکان ونوجوانان بعد از وقوع حوادث آسیب زا

وقتی کودکان ونوجوانان در برابر حادثه ای قرار می گیرند که زندگی آنان مورد تهدید قرار می دهد و به نوعی بحران محسوب می شود واکنش های شدیدتری از خود بروز می دهند:

- ترس واضطراب ونگرانی راجع به آینده
- احساس غم واندوه
- احساس گناه
- تغییرات خواب بصورت بی خوابی یا بیدارشدن های مکرر بین خواب
- دیدن کابوس هائی مرتبط با حادثه
- تغییرات اشتها
- برگشت به رفتار های دوران کودکی
- کناره گیری
- پرخاشگری وتهاجم
- بیش فعالی
- افت تحصیلی
- یادآوری خاطرات مربوط به حادثه
- باز سازی تجربه آسیب زا درهنگام بازی
- بیقراری وگریه
- شب ادراری
- عدم تمرکز حواس
- اجتناب از چیزهائی که فرد را به یاد حادثه می اندازد(اجتناب از سرنخ ها و یاد آورها)
- برانگیختگی هیجانی- احساس ترس، اضطراب، از جاپریدن هنگام شنیدن صدا یا محرک های جزئی دیگر

واکنش‌های طبیعی

واکنش‌های کودکان در زمان بحران ممکن است با هم متفاوت باشد. کودکان می‌توانند بسته به سن، شخصیت، فرهنگ خانوادگی، محیط اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، آنچه تجربه کرده‌اند و یا شرایطی که در معرض آن قرار گرفته‌اند و حمایتی که از خانواده، دوستان، معلمان و دیگران می‌گیرند، به شیوه‌های مختلفی واکنش نشان بدهند. این واکنش‌ها می‌توانند بصورت چسبندگی زیاد به مراقب، احساس ناامنی، گریه، مشکلات خواب یا اشتها باشد.

واکنش‌های فوری

زمانی که کودکان یک واقعه بحرانی مثل سیل، زلزله، آتش‌سوزی را تجربه می‌کنند و بستگان و عزیزان خود را از دست می‌دهند در مراحل اولیه ممکن است اصلاً واکنشی نشان ندهند و یا برعکس احساسات شدیدی را از خود بروز دهند. واکنش‌های ناگهانی بصورت گریه‌های شدید، عصبانیت و پرخاشگری تا بی‌تفاوتی و شوک و بی‌حرکتی ممکن است متفاوت باشد.

واکنش‌های شایع پس از واقعه آسیب‌زا

ترس و اضطراب:

پس از وقایع بحرانی ممکن است کودکان بترسند و از کنار نزدیکان خود دور نشوند یا این که ممکن است بترسند در آینده نزدیک اتفاقی برای خانواده یا دوستانشان روی دهد و در انتظار خبر بدتری باشند. احساس امنیت نمی‌کنند. هرچیزی که آنان را بیاد حادثه بیاورد می‌توانند مجدداً ترس و اضطراب را در آنان شعله‌ور سازد. کودکان در این زمان نیازمند دریافت اطلاعات، و درک واکنش‌ها و ایشان از سوی اطرافیان هستند. نیاز دارند تا حس امنیت و ادامه داشتن زندگی دوباره در آنان ایجاد شود.

غم و دل‌تنگی:

دوره‌ی غم در کودکانی که شخص مورد علاقه و عزیزشان را از دست داده‌اند مانند بزرگسالان زیاد طولانی نیست. کوتاه بودن دوره‌ی غم در کودکان باعث می‌شود بزرگسالان تصور کنند کودکان بشدت آنان واکنش نمی‌دهند و یا به قولی کودکان زود همه چیز را فراموش می‌کنند. ولی مفهوم این مسئله این نیست که کودکان به شخصی که فوت شده است برای مدت طولانی فکر نمی‌کنند و دل‌تنگ نمی‌شوند. کودکان با جستجوی مکان‌هایی که با اشخاص فوت شده در آنجا بوده‌اند و یا با نام‌گذاری اشیاء یا مکان‌ها به نام عزیز از دست رفته‌ی خود بر روی احساس فقدان خود پل‌پلی می‌زنند. در برخی از موارد دوره‌ی ناراحتی و غم در کودکان ممکن است حتی از بزرگسالان طولانی‌تر باشد و باید به آن توجه شود.

تصاویر مزاحم و افکار ناراحت‌کننده درباره واقعه:

در وقایع آسیب‌زا کودکان ممکن است شاهد صحنه‌های وحشتناکی باشند که بشدت آنان را تحت تاثیر قرار دهد. آنان آنچه را اتفاق افتاده بصورت تصاویر ناگهانی مانند فیلم یا عکس، شنیدن تکراری صداهایی که در زمان حادثه شنیده‌اند، مجدداً تجربه کنند. متأسفانه کودکان در لحظه‌ی بروز احساسات ناگهانی به بزرگسالان چیزی نمی‌گویند و این مسئله باعث می‌شود که مشکلات آنان شناسایی نشود. بعد از عوامل مختلفی که به واقعه شبیه است مانند بوی آتش اگر آتش‌سوزی را تجربه کرده باشند، تکانی در ساختمان اگر زلزله را تجربه کرده باشند و یا حتی شنیدن صدای آمبولانس ممکن است واکنش‌های قبلی را تحریک کند.

مشکلات خواب و کابوس:

بدلیل داشتن مشغولیت ذهنی با حادثه و تصورات ناگهانی کودکان به زحمت بخواب می روند و یا بدلیل دیدن خواب بد یا کابوس مکرراً از خواب بپزند. نیاز آنان به روشن ماندن چراغ و نزدیک بودن به والدین واکنشی طبیعی است تا اضطراب را در آنان کاهش دهد.

عصبانیت:

کودکان پس از یک واقعه بحرانی نسبت به اتفاقی که افتاده احساس عصبانیت شدید می کنند و احساس می کنند در مورد آنان بی عدالتی صورت گرفته است. در زمان بحران کودکان نیاز به توجه بیشتری از سوی والدین دارند ولی خود والدین نیز ممکن است دچار آسیب شده و توجه کمتری به کودکان خود نشان دهند. درست در زمانی که آنان حتی بیشتر از زمانهای عادی به مراقبت و حمایت آنان نیاز دارند. این مسئله نیز کودکان را دچار خشم و عصبانیت می کند.

انزوا و گوشه گیری:

برخی از کودکان پس از وقوع بحران از دیگران گوشه گیری می کنند و بیشتر وقت خود را در تنهایی می گذرانند. ممکن است از از فعالیت های اجتماعی یا ورزشی مثل گذشته لذت نبرند. این کودکان ممکن است نیاز به کمک بیشتری داشته باشند.

احساس گناه و خود خوری:

کودکان ممکن است تصور کنند آنچه اتفاق افتاده نتیجه افکار و اعمال خود آنهاست و خود را مسئول اتفاقاتی که افتاده بدانند. مثلاً کودکی که موقع خوابیدن جای خود را با خواهرش عوض می کند و پس از زلزله درست جایی که خواهرش خوابیده دیوار فرو می ریزد و خواهرش از بین می رود، بدلیل اتفاقی که افتاده خود را مسئول می داند و احساس گناه می کند.

بازگشت به مراحل ابتدائی دوران رشد(پسرفت):

اگر چه این امر در کودکان پیش دبستانی شایع تر است برخی از کودکان دبستانی نیز ممکن است به مراحل اولیه رشد خود بازگردند. آنان ممکن است بچگانه صحبت کنند، رختخواب خود را خیس کنند و یا انگشت خود بمکند.

اختلال استرس پس از سانحه:

معمولاً بدنبال مواجهه با یک استرس شدید تهدید کننده حیات ایجاد می شود. که در طی آن فرد یادآوری مکرر واقعه، کابوس های شبانه، اجتناب از افکار، احساسات و خاطرات واقعه و نیز برانگیختگی هیجانی خواهد داشت. در کودکان یادآوری مکرر واقعه را در بازی ها و نقاشی ها می توان جایی دید که کودک صحنه ی واقعه را بازسازی می کند. نشانه های این اختلال ممکن است سال ها باقی بماند و موجب درد ورنج فراوان می شود. لذا لازم است در صورت مواجه شدن با نشانه های آن کودک را جهت برخورداری از اقدامات درمانی به مراکز درمانی معرفی نمائیم.

نحوه ی مواجهه با بحران

به کودکان اطلاعات صحیح بدهید

بعد از وقوع بلا یا و حوادث آسیب زا وجود هرج و مرج از تبادل اطلاعات صحیح جلوگیری می نماید و فقدان اطلاعات، موجب افزایش اضطراب، نگرانی و ترس خواهد شد. انتقال اطلاعات باید دقیق، شفاف و به زبانی ساده باشد. تا برای کودک قابل فهم باشد. ارائه اطلاعات بیش از حد و نامتناسب به اندازه ندادن اطلاعات آسیب زاست. اطلاعات باید در زمینه های زیر ارائه شوند:

- چه اتفاقی روی داده است؟
- چگونه روی داده است؟
- دلایل شناخته شده آن چیست؟
- بعد از این چه خواهد شد؟

بیان واقعیات مربوط به رویداد به درک و شناخت رویداد، کاهش ابهام در مورد آن و کنترل روی عوامل محیطی و عواملی که برای کودک غیر قابل کنترل هستند، کمک می کند.

اطلاع رسانی در خصوص واکنش های روانشناختی افراد در بحران و عادی سازی این واکنش ها به کودکان کمک می کند تا این واکنش ها را در وجود خود شناسایی کنند و ارتباط آن را با واقعه آسیب زا درک نمایند. همچنین به آن ها کمک می کند که براحتی احساساتشان را بروز دهند. در اطلاع رسانی به موارد زیر توجه داشته باشید:

- احساس گناه را تقویت نکنید.
- لازم نیست پاسخ همه سؤالات را بدانید. در مواردی که اطلاع دقیق ندارید، اطلاعات غلط و یا مشکوک ندهید.
- ارائه اطلاعات را به تعویق نیندازید. هرچند این اطلاعات دردناک باشند مثل فوت عزیزان. ولی خبرهای ناگوار را سعی کنید در جمعی که از فرد آسیب دیده و داغدار حمایت می کنند ارائه کنید و از گفتن اطلاعات ناگوار وقتی که کودک تنها است خودداری کنید.

مانع ابراز احساسات کودکان نشوید

اجازه دهید کودکان احساسات خود را نشان دهند. از اینکه احساس خود را بروز دهند و گریه کنند، نهراسید. می توانید برای کمک به بروز احساسات از فعالیت های بازی و نقاشی استفاده کنید.

کودکان را از والدین شان جدا نکنید

شرایطی را فراهم نمائید که حتی الامکان کودک همراه والدین خود باشد. حتی اگر والد مجروح است و باید اعزام شود سعی نمائید کودک همراه او باشد مگر آنکه منبع دل بستگی دیگری برای مراقبت از کودک فراهم باشد.

به کودک در مورد اینکه از او حمایت می کنید اطمینان بخشی کنید

والدین می بایست به کودک اطمینان دهند که از او همواره حمایت خواهند کرد. اگر کودک والدین خود را از دست داده است سایر اقوام باید همراه او باشند و اطمینان دهند که از او حمایت و مراقبت خواهند نمود.

امکانات بازی و سرگرمی را برای کودکان فراهم سازید

بازی و سرگرمی موجب آرامش کودک و کاهش استرس وی می شود در اسرع وقت این امکانات را برای کودک فراهم نمایید.

نحوه ی مواجهه با بحران در مدرسه

یک حادثه بزرگ باعث مختل شدن کوتاه مدت یا دراز مدت فعالیت های عادی و تحصیلی کودک خواهد شد. پس از بروز زلزله یا سیل ممکن است مدرسه تخریب گردد و وسایل آموزشی کافی وجود نداشته باشد. ولی با اقدامات زیر می توانید بتدریج فعالیت های آموزشی را شروع کنید.

- فعالیت مدرسه را پس از تامین نیازهای اساسی افراد آغاز کنید.
- یک فضای حمایتی در محیط مدرسه و کلاس ایجاد کنید.
- دانش آموزان بعزت از دست دادن عزیزانشان و چیزهایی که دوست داشتند، در رنج و عذاب می باشند، عاقلانه نیست که روند معمول مدرسه را مانند اینکه هیچ اتفاقی نیفتاده شروع کنید. بنابراین زمانی را برای بیان احساسات و تجربیاتشان اختصاص دهید. اگر هم تدریس کنید و هم فضائی را ایجاد کنید تا آنان بتوانند غم و اندوه خود را نشان دهند و زمانی را برای گوش دادن به سخنانشان بگذارید، فعالیت های آموزشی نیز بسادگی پیش خواهد رفت. بنابراین به کودکان اجازه بیان احساساتشان را بدهید و بخشی از زمان کلاس را برای گوش دادن و حمایت کردن از آنان اختصاص دهید.
- از بیان جملاتی مانند جملات زیر خودداری کنید:
 - « زمان همه زخم ها را درمان می کند »
 - « می فهمم چه احساسی داری »
 - « ممکن بود از این هم بدتر شود »
- قوی ندهید که نتوانید به آن عمل کنید.
- دانش آموزان را عوامل تنش زای غیر ضروری حتی الامکان محافظت کنید. مانند:
 - رسانه ها
 - امداد گرانی که بیش از اندازه در امور شخصی آسیب دیدگان دخالت می کنند.
- پس از بروز بلایا یا حوادث آسیب زا در افراد حس بی اعتمادی و بدبینی ایجاد می شود و باورها و شایعات نادرست گسترش می یابد و این مسئله به سلامت روان بازماندگان آسیب وارد می آورد. آن ها را تأیید نکرده و سعی کنید به شایعات خاتمه دهید.
- تکالیف مشابه که صرفاً مقدارشان کمتر از قبل می باشد به دانش آموزان بدهید.
 - درس ها را با سرعت کمتری ادامه دهید.
- تکالیف را به بخش های کوچکتری تقسیم کنید (مثلاً بجای دو صفحه تمرین هر شب ، یک صفحه تمرین بدهید).
- دانش آموزان را بخاطر تکالیفی که انجام می دهند تشویق کنید. در دوران ابتدائی پس از فاجعه از انتقاد کردن بپرهیزید.

- به کودکان اطمینان بدهید که واکنش هایشان در برابر واقعه طبیعی است. آن‌ها باید بدانند اگر میزان انگیزه، توجه، یا تمرکزشان به درس‌ها کاهش یافته است، جزئی از واکنش‌های ناشی از مواجهه با حادثه می‌باشد و امری طبیعی است و در اکثر مواقع موقتی است و از بین خواهد رفت.
- اطلاعات صحیح را به زبان ساده، شفاف و روشن بیان کنید. از داستان‌سرایی اجتناب کنید. اما بدانید ارائه اطلاعات بیش از حد به اندازه ندادن اطلاعات می‌تواند آسیب‌زا باشد.
- حداقل مقررات را برقرار کنید. ولی به این نکته توجه داشته باشید که رفتار تهاجمی و پرخاشگری به هیچ وجه قابل قبول نمی‌باشد. می‌توانید به دانش‌آموزان توضیح دهید که کنترل رفتار در مواقع بحرانی سخت‌تر است و باید تلاش بیشتری بکنند و شما در کنار دانش‌آموزان هستید و از آنان حمایت می‌کنید و اگر مایل باشند می‌توانند در مورد احساساتشان صحبت کنند. آنان حق دارند که به نحوی که به خود و دیگران آسیبی نرسد هیجانات خود را بروز دهند.
- در صورتی که امکان پذیر است، فعالیت‌های فوق برنامه را افزایش دهید.
- در مراحل بعدی می‌توانید با والدین کودکان ارتباط برقرار کنید و آموزش‌های لازم را به آنها بدهید.
- درباره انتظارات والدین در خصوص برنامه‌ی تحصیلی کودکانشان با آن‌ها صحبت کنید و انتظارات آنان را تعدیل نمایید.
- کودکانی را که نیازمند توجهات خاص هستند شناسایی نمایید و به سرویس‌های حمایتی معرفی نمایید.
- کودکان را به مشارکت در فعالیت‌های گروهی تشویق کنید.
- بازی‌های دسته‌جمعی را در محیط مدرسه بخصوص در مقطع دبستان برقرار کنید.
- آموزش تکنیک‌های تقویت حافظه و یادگیری (با استفاده از تمرین‌های ساده‌ای چون: بخاطر آوردن تمام حیواناتی که اول اسمشان با حرف میم شروع می‌شود، بستن چشمها و نام بردن اشیائی که در اطرافشان است) نیز کمک‌کننده است.
- به کودکان کمک کنید که بتدریج فعالیت‌های عادی و روزمره را از سر بگیرند.

«سوگ کودکان»

وقتی کودکان با فجایع و حوادث آسیب زامواجه می شوند ممکن است دوست و یا یک فرد از عزیزان و بستگان خود را ازدست بدهند و بدنبال آن عکس العمل های متفاوتی را از خود نشان دهند. هر کودکی به روش خاص خود و به شیوه ای متفاوت با فقدان هایش روبرو می شود، نباید از کودکان انتظار داشته باشیم به یک شیوه و یا مثل ما سوگواری کنند، باید بپذیریم که هر کودکی خاص و منحصر به فرد است و به روش خود به سوگ می نشیند. بعضی از افراد بلافاصله و برخی با تاخیر واکنش نشان می دهند. بعضی نیز ممکن است اصلاً واکنشی نشان ندهند. ولی همه این عکس العمل های متفاوت می تواند واکنش هائی طبیعی به یک بحران باشد. این تغییرات ممکن است از چند روز تا چند هفته یا حتی بیشتر طول بکشد. از آنجائی که کودکان توانمندی کافی را در کلامی کردن هیجانات درونی خود ندارند، همین امر ممکن است درک یک کودک اندوهگین و سوگوار را از سوی بزرگسالان با مشکل مواجه کند، در نتیجه ما باید از واکنش های مختلف رفتاری کودکان پی به دنیای درونی آن ها برده و به آنان کمک کنیم تا با این احساس به گونه ای مؤثر کنار آیند.

تعریف سوگ

سوگ حالت اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص یا عقیده و فکری خاص است. کودکان درجات مختلفی از غم و اندوه را حتی به دلیل اتفاقات مختلفی که ممکن است به نظر ما کوچک و بی اهمیت باشد، تجربه می کنند. این وقایع می تواند برای کودکان معنایی مترادف با از دست دادن فردی مهم در زندگی داشته باشد.

بدنبال بلایا و فجایع چه مسائلی موجب احساس اندوه و سوگ در کودکان می شود

- مرگ والدین، بستگان، دوستان، معلمان و آشنایان: جالب است که بدانید تنها مرگ انسان ها نیست که کودک را دچار غم و اندوه می کند؛ حتی مرگ ماهی قرمز شب عید که کودک فقط دو یا سه بار در تنگ برایش خرده نان ریخته و یا پرندۀ کوچکی که در قفس از آن نگه داری می کرده، می تواند کودک را متأثر و اندوهگین کند.
- مجروح شدن والدین و بستری شدن طولانی مدت آنان در بیمارستان
- از دست دادن خانه و مدرسه در اثر زلزله، سیل و آتش سوزی
- نقص عضو: مثل از دست دادن چشم یا سایر اعضای بدن. جالب است که بدانید، حتی کنده شدن دندان یا یک زخم خونریزی دهنده کوچک، ممکن است در کودک ایجاد سوگ کند.
- از دست دادن یا نداشتن توانایی یا مهارتی خاص مثل: اختلال یادگیری، مردود شدن در مدرسه
- گم کردن و از دست دادن وسایل شخصی، اسباب بازی .

کودکان چه درکی از مفهوم مرگ دارند؟

درک کودکان از مرگ متناسب با سیر رشد و تکامل آن ها تغییر می کند و این ادراکات مختلف روی چگونگی سوگواری آن ها نیز تأثیر می گذارد.

کودک در نیمه دوم سال دوم زندگی می فهمد چیزی که حضور ندارد و دیده نمی شود، از بین نرفته است. پس نبود مادر در این سن برای وی قابل تشخیص است و ایجاد واکنش هایی در او می کند. کودک در سن 2-7 سالگی مرگ را یک پدیده گذرا و موقتی و قابل برگشت می داند، چیزی شبیه مسافرت یا خواب و فکر می کند عملکردهای انسان پس از مرگ نیز ادامه می یابد. کودک در این سن ممکن است فکر کند، تفکر و اعمال او باعث مرگ عزیزش شده و این مسئله در او احساس گناه ایجاد می کند. او در این سن دارای تفکر جادویی

است؛ یعنی بین دو پدیده‌ای که همزمان رخ می‌دهد، رابطه علت و معلولی ایجاد می‌کند. مثلاً اگر به برادرش گفته «که او را دوست ندارد، خدا کند بلایی سرش بیاید» و تصادفاً برادرش بعد از وقوع زلزله زیر آوار جان می‌بازد، فکر می‌کند فکر و سخن او باعث این حادثه برای برادرش شده و در نتیجه احساس گناه پیدا می‌کند. نهایتاً در سن 7-12 سالگی کودک مرگ را به عنوان یک پدیده ی اجتناب‌ناپذیر، غیرقابل برگشت و جهان‌شمول می‌پذیرد. ولی هنوز فکر می‌کند که فقط افراد خیلی پیرو ناتوان می‌میرند. در سن نوجوانی، مرگ را به عنوان یک فرآیند طبیعی می‌پذیرد ولی آن را خیلی دور می‌بیند و به راحتی نمی‌پذیرد که ممکن است هر تصادفی منجر به مرگ شود. به همین دلیل رفتارهای پرخطر در نوجوانان زیاد مشاهده می‌شود.

مراحل سوگ

هنگامی که با مرگ عزیز روبرو می‌شویم چهار مرحله زیر را می‌گذرانیم گرچه ممکن است مدت و زمان عبور از این مراحل در افراد مختلف با هم متفاوت باشد مهم است بدانیم سوگ یک فرآیند است که بتدریج که شخص در آن جلو می‌رود، احساس و افکارش تغییر می‌کند و تعدیل می‌یابد. بخصوص در مورد کودکان ما نمی‌توانیم انتظار داشته باشیم بتوانیم مرگ را فوراً شرح دهیم و کودک هم نمی‌تواند به سرعت و بلافاصله آن را حل کند. گاه حتی تا نوجوانی طول می‌کشد تا کودک دریابد که چه اتفاقی رخ داده و مرگ چیست؟

چهار مرحله سوگ عبارتند از:

- شوک و انکار
- خشم
- نومیدی و درهم ریختگی
- پذیرش، بهبود و سازمان یابی مجدد.

افراد وقتی دچار فقدان می‌شوند، مراحل را طی می‌کنند. به این مراحل چرخه سوگ نیز می‌گویند:

- مرحله اول شوک و انکار می‌باشد. وقتی کسی را که دوستش داریم می‌میرد، احساس کرحتی، بهت، گیجی و ناباوری داریم، نمی‌پذیریم عزیزمان را از دست داده ایم.
- در مرحله ی بعد، خشم بروز می‌کند. از جهان و از مردم عصبانی هستیم، به شرایطی که پیش آمده اعتراض داریم. احساس آشفتگی می‌کنیم و از دست همه چیز و همه کس دلخوریم.
- نا امید و درهم ریختگی مرحله بعدی است. در این مرحله بیقراریم، گریه می‌کنیم، ممکن است احساس گناه داشته باشیم. احساس می‌کنیم می‌توانستیم به او کمک کنیم و نکرديم. احساس تنهایی می‌کنیم.
- در مرحله ی پذیرش فرد وضعیت موجود را می‌پذیرد و با آن کنار آمده و به زندگی معمولش باز می‌گردد. طی کردن مراحل فوق برای همه کسانی که با فقدان روبرو می‌شوند، لازم است.

سوگ پیچیده چیست؟

وقتی مراحل سوگ بخوبی طی نشود، یعنی فرد در یکی از مراحل باقی بماند و یا اینکه مراحل را بکندی طی کند و یا شدت واکنش‌ها بیش حد معمول باشد اصطلاحاً می‌گوئیم سوگ پیچیده شده است. در این موارد سوگ منجر به بروز مشکلاتی در زندگی معمول شخص شده و عملکرد او راتحت تاثیر قرار می‌دهد.

سوگ چه علائم و واکنش هائی را در کودکان ایجاد می کند؟

همان طور که گفتیم، هر کودکی به روش خاص خود با پدیده سوگ روبرو می شود. واکنش هائی که به صورت شایع در کودکان در حال سوگ دیده می شود شامل:

- شوکه شدن و ناباوری: « واقعیت نداره، حرفتو باور نمی کنم.»
- گریه های شدید و طولانی
- انکار و بی تفاوتی، انجام رفتارهای معمول گوئی اتفاقی نیافتاده: « می توانم بروم بیرون بازی کنم؟»
- ترس و اضطراب: « حالا که این اتفاق برای پدر افتاده، می تونه برای مادرم نیز بیفته»
- اجتناب از تنها ماندن در خانه
- اجتناب از تنها خوابیدن
- چسبندگی به والدین و ترس از آمدن به مدرسه
- شکایات جسمی مانند سردرد، دل درد، حالت تهوع،، بخصوص هنگام ترک منزل به قصد رفتن مدرسه
- مشکلات خواب: دیدن رویاهائی از شخص از دست رفته و یا بی خوابی یا امتناع از خوابیدن « مامان گفته بابام به یک خواب طولانی رفته، اگه من هم بخوابم ممکنه دیگه نتونم بیدارشم»
- اندوه و دلتنگی که ممکن است خود را با علائم گریه کردن های مکرر، گوشه گیری، بی تفاوتی نسبت به وضعیت سلامت خود و انجام کارهای پر خطر، احساس گناه بخاطر کارهائی که می توانست برای عزیزش انجام دهد، ولی نداده نشان دهد.
- دست زدن به کارهائی که قبلاً به همراه شخص از دست رفته انجام داده بود یا تقلید رفتارهای او
- اشتغال ذهنی با خاطرات شخص از دست رفته
- احساس اینکه شخص از دست رفته بطریقی با اوست.
- طرد کردن دوستان قدیمی و جستجوی دوستان جدیدی که شرایط مشابهی را تجربه کرده اند.
- افت تحصیلی، مشکل تمرکز و توجه روی تکالیف مدرسه
- دیدن تصویر یا شنیدن صدای شخص از دست رفته بصورت گذرا در زمان سوگواری
- احساس خشم که در پسران بیشتر دیده می شود و خود را بصورت، پرخاشگری، حملات قشقرق، ناسزا گفتن، پرخاش کردن به سرنوشت، تقدیر و مقدسات نشان می دهد.

چگونه می توان به کودکان کمک کرد تا با مرگ عزیزانشان کنار بیایند و مراحل سوگ را با کمترین مشکل طی کنند؟

در خصوص کودکان حل شدن سوگ و طی کردن مراحل آن از اهمیت خاصی برخوردار است. چراکه کودکان همیشه این امکان را ندارند تا در مراسم شرکت کنند و هیجانات خود را بروز دهند. گاهی نیز به غلط تصور می شود که چون فعال هستند و بازی می کنند مشکلی ندارند.

افکار و عقاید کلیشه ای فراوانی پیرامون مسئله مرگ و درک کودکان از مرگ، در بین بزرگسالان وجود دارد. این افکار باعث می شود، در فرآیند سوگواری کودک خلل ایجاد کند. نمونه هایی از این افکار کلیشه ای را در زیر آورده ایم:

- بهتر است جلوی کودک داغ دیده راجع به مرگ صحبت نکنیم!
- بهتر است از صحبت هایی که در بچه ایجاد گریه می کند اجتناب کنیم!
- بهتر است بچه ها در مراسم سوگواری شرکت نکنند!
- بچه های خردسال آنقدر کوچک هستند که سوگ و اندوه را نمی فهمند!
- هنوز بچه ای، بزرگ که شوی همه چیز فراموش می شود!
- او به یک مسافرت طولانی رفت!
- او به یک خواب عمیق رفت!

- خدا او را از ما گرفت، چون خیلی خوب بود. خدا انسان‌های خوب را زودتر می‌برد!
- او تو را از آسمان نگاه می‌کند؛ بنابراین بهتر است مواظب رفتارهایت باشی!
- اینقدر گریه نکن، عصبی و بیمار می‌شوی!
- چه خوب بازی می‌کند، انگار نه انگار اتفاقی افتاده!
- سوگ بزرگترها روی کودک سوگوار تأثیر نمی‌گذارد!
- بزرگترها همه چیز را باید درباره سوگ، مرگ و روح بدانند و می‌توانند توضیحات کامل و کافی در این باره به بچه‌ها بدهند!

این نگرش‌ها و انتقال آنها به کودکان مانع طی شدن مراحل سوگ شده و به کودکان آسیب می‌زند.

توصیه‌های لازم برای والدین

- به کودک فرصت دهید در مورد احساسات و افکارش صحبت کند.
- می‌توانید از او بخواهید نامه‌ای به فردی که از دست داده است بنویسد.
- می‌توانید از او بخواهید داستانی واقعی یا خیالی را برای بقیه درباره مرگ متوفی تعریف کند.
- می‌توانید از او بخواهید در مورد سوگ فردی که از دست داده‌اند یا احساسی که دارند نقاشی کنند.
- در مورد پدیده‌ی مرگ به روشنی توضیح دهید. واقعیت‌ها را بگویید.
- به سوالات کودک در مورد مرگ پاسخ دهید. اما اگر چیزی را نمی‌دانید، بگوئید نمی‌دانم، می‌توانیم آن را از دیگران بپرسیم. از گفتن کلمه‌ی نمی‌دانم نهراسید.
- از تشبیه کردن مرگ به خواب یا سفر خودداری کنید. با این کار آنان را هنگام خواب یا سفر دچار وحشت می‌کنید.
- اگر تمایل دارد در مراسم تدفین و بزرگداشت شرکت کند این اجازه را به او بدهید.
- اگر مایل است جنازه را ببیند این اجازه را به او بدهید (مگر آنکه بدلالی جنازه متلاشی باشد)
- برگشتن به مدرسه باعث بوجود آمدن حس آرامش بخش برگشت به زندگی معمولی و طبیعی قبل می‌شود. ولی انتظار نداشته باشید کودک داغ‌دیده به سرعت به سطح عملکرد تحصیلی پیشین برگردد.

آموزش روان شناختی در اختلالات روان پزشکی کودکان

- فصل 1: اصول کلی آموزش روان شناختی در اختلالات روان پزشکی کودکان
- فصل 2: اختلال نافذ رشد
- فصل 3: اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
- فصل 4: اختلال رفتار ایذائی
- فصل 5: اختلال یادگیری
- فصل 6: اختلال ارتباط زبانی
- فصل 7: اختلال خلقی
- فصل 8: اختلال اضطرابی
- فصل 9: اختلالات دفعی
- فصل 10: اختلال تیک
- فصل 11: اختلال وسواس

فصل اول:

« اصول کلی آموزش روان شناختی در اختلالات روان پزشکی کودکان »

گاهی لازم است به والدین برای مراقبت از کودک آموزش دهید. هدف از آموزش دستیابی به موارد زیر است:

- ارتقای آگاهی خانواده در مورد اختلال روانپزشکی
 - شناخت علائم و نشانه های بیماری
 - از بین بردن نگرش های غلط اجتماعی در مورد بیماریهای روانپزشکی
 - ترویج روشهای مناسب برخورد با بیمار، بیماری و مشکلات همراه
 - واقعی سازی انتظارات والد از درمان
- این آموزشها توسط کارشناس بهداشت روان و در غیاب وی توسط پزشک خانواده یا پزشک مراقبتهای اولیه ارائه می شوند. آموزشها باید به نحوی ارائه شوند که در والدین اضطراب بیش از حد، احساس گناه یا احساس ناتوانی ایجاد نکنند. اولین قدم در مشاوره و آموزش برقراری ارتباط مناسب است و مهم است که این ارتباط از ابتدا با مادر یا مراقبین کودک برقرار شود. موفقیت درمان بستگی به چگونگی این ارتباط و نحوه آموزش و مشاوره دارد. لازم است والدین از مشکل فرزند خود مطلع بوده و نحوه درمان آن را بدانند.
- در هنگام مشاوره با والد از مهارتهای زیر استفاده کنید:
- به دقت به صحبت های والدین گوش دهید.
 - با مشکلات والدین همدلی نموده و آمادگی خود را برای کمک به آنها اعلام نمائید.
 - در صورت نیاز به داشتن اطلاعات بیشتر با پرسیدن سؤال از والدین اطلاعات را بدست آورید.
 - والدین را بخاطر عملکرد خوبشان در مراقبت از کودک تشویق نمائید.
 - اکثر اختلالات روانپزشکی زمینه های بیولوژیک دارند لذا اجازه ندهید در والدین بخاطر بروز بیماری احساس گناه ایجاد شود.
 - در مورد مشکل موجود اطلاعات صحیح ارائه نمائید.
 - وعده های غیر واقعی در مورد بهبود بیماری به والدین ندهید.
 - به والدین در مورد اینکه چه نکاتی را در مراقبت از کودکش در نظر بگیرند آموزش دهید
 - میزان درک والدین از موضوعات را ارزیابی کرده و آموزش ها را متناسب با درک آنها ارائه کنید.

به دقت به صحبت های والدین گوش دهید

وقتی والدین شرح حال می دهند به دقت به صحبت های آنها گوش دهید. از گوش دادن فعال استفاده کنید به این شکل که در حین صحبت هر از گاهی صحبت های والدین را خلاصه نموده و برای شان تکرار کنید. در عین حال جریان صحبت را به شکلی هدایت کنید که در حداقل زمان حداکثر اطلاعات را بدست آورید.

با مشکلات والدین همدلی نموده و آمادگی خود را برای کمک به آنها اعلام نمائید

والدین در زمان ارائه ی مشکلات فرزندان شان احساس خوبی نداشته و ناراحتند. در اینصورت با احساس والدین همدلی نمائید. بخاطر داشته باشید که رابطه پزشک و بیمار را همواره حفظ نمائید. در مورد کمک به مادر اعلام آمادگی نمائید.

در صورت نیاز به داشتن اطلاعات بیشتر با پرسیدن سؤال از والدین اطلاعات را بدست آورید
در صورتیکه اطلاعات والدین کافی نیست با پرسیدن سوالات مشخص اطلاعات لازم را در مورد مشکل کودک و
سابقه آن بدست آورید. عوامل استرس زا و وقایع محیطی را بررسی نمایید. در مورد سوابق تکاملی و اختلالات
روانپزشکی قبلی جستجو کنید.

والدین را بخاطر عملکرد خوب شان در مراقبت از کودک تشویق نمایید

نکات مثبت در عملکرد و مراقبت والدین از کودک را مشخص نموده و والدین را بخاطر آنها تشویق نمایید. بخاطر
داشته باشید که والدین در بسیار از موارد ممکن است خوب عمل کرده باشند و نباید در هنگام مشاوره تمام
عملکردشان را زیر سؤال برد.

اکثر اختلالات روانپزشکی زمینه های بیولوژیک دارند لذا اجازه ندهید در والدین بخاطر بروز بیماری

احساس گناه ایجاد شود

والدین ممکن است در مورد عملکرد خودشان احساس گناه داشته و خود را مسئول مشکلات کودک بدانند. در مورد
اینکه والدین مسئول بروز اختلال نیستند به آنها آموزش دهید ولی به این نکته توجه داشته باشید که والدین
می توانند با دریافت آموزشهای مناسب در مورد بیماری و نحوه مقابله با آن، شدت علائم اثرات منفی بیماری را به
حداقل برسانند.

در مورد مشکل موجود اطلاعات صحیح ارائه نمایید

بهنگام آموزش یا مشاوره به والدین و مراقبین اطلاعات صحیح ارائه دهید. مجبور نیستید جواب تمام سؤالات را
بدانید و در مواردی که اطلاع ندارید عدم اطلاع خود و لزوم ارجاع مشکل به افراد متخصص را روشن نمایید. بخاطر
داشته باشید که دادن اطلاعات بیش از حد یا نادرست به اندازه ندادن اطلاعات مضر است.

وعده های غیر واقعی در مورد بهبود بیماری به والدین ندهید

در مورد سیر بهبودی و درمان اطمینان بخشی بیش از حد و وعده های غیر واقعی ندهید و در عین حال والدین را از
درمان ناامید نکنید. در سیر و در طی پیگیری های بعدی بهتر می توان در مورد سیر اختلال قضاوت نمود.

به والدین در مورد اینکه چه نکاتی را در مراقبت از کودک شان در نظر بگیرد آموزش دهید

بر حسب نوع اختلال نکات مربوط به مراقبت های لازم، ارجاع، مراقبت های قبل از ارجاع و نیز مراقبت های پیگیری
را به والد آموزش دهید. و زمانهای مراجعه بعدی را مشخص نمایید.

میزان درک والد از موضوعات را ارزیابی کرده و آموزشها را متناسب با درک وی ارائه کنید

ارائه آموزش ها باید متناسب با سطح درک والدین باشد. لازم است یک ارزیابی از سطح تحصیلات و وضعیت
فرهنگی اجتماعی والدین داشته باشید. حتی زمانیکه سطح تحصیلات آنها بالاست از بکار بردن اصطلاحات علمی
اجتناب کنید. از پرسیدن سؤالات هدایت کننده و یا سؤالات القا کننده یک موضوع اجتناب کنید. معمولا در هر بار
در مورد یک موضوع سؤال کنید و دو موضوع جداگانه را در یک سؤال نپرسید. پس از طرح هر سؤال وقت کافی به
مراقب برای پاسخ گوئی بدهید. سؤالات را واضح و روشن مطرح کنید.

فصل دوم: اختلالات نافذ رشد

اوتیسم:

اوتیسم یکی از اختلالات دوران کودکی است که در طی تحول و از همان سنین کودکی خود را نشان میدهد. این اختلال اولین بار توسط لئو کانر در سال 1943، توصیف شد. اختلالات اوتیسم در DSM-IV-TR (2000) همراه با چهار اختلال دیگر، زیر طبقه‌ی اختلالات فراگیر رشد طبقه‌بندی می‌شود: نشانگان آسپرگر، نشانگان رت، اختلال تجزیه‌ای کودکی و اختلال فراگیر رشد که به گونه‌ی دیگری مشخص نشده است.

از آنجا که این نوع از اختلالات گروهی از مشکلات را دربر می‌گیرند که به صورت آشفتگی‌ها و جوه چندگانه‌ی زندگی کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهند، به آنها اختلالات فراگیر یا نافذ رشد اطلاق می‌گردد. در اختلالات فراگیر رشد، تخریب در مهارتهای تعامل اجتماعی، رشد زبان، و طیف ذخائر رفتاری دیده می‌شود. اختلال اوتیسم مشهورترین اختلال این گروه می‌باشد، که به صورت نقص کیفی در تعاملات اجتماعی و ارتباط و الگوهای محدود، کلیشه‌ای و تکراری رفتارها، علائق و فعالیتها مشخص می‌شود به طوری که نقص در یکی از این حوزه‌ها باید پیش از سه سالگی ایجاد شده باشد. مطالعات همه‌گیری شناسی اخیرا میزان شیوع اختلالات فراگیر رشد را 66 نفر در هر 10000 نفر گزارش کرده‌اند. با توجه به میزان تخریب وارده در نتیجه اختلال، لزوم مداخله به موقع اثبات می‌گردد.

دلایل حقیقی اختلالات اوتیسم ناشناخته می‌باشد. و تشخیص معمولاً بر اساس مشاهده نقائص رفتاری ویژه (کمبود زبان، بازی با همسالان، تعاملات اجتماعی و ارتباط) و فزونی‌های رفتاری خاص (بازی‌های افراطی، کلیشه‌ای و تکراری، قشقرق‌های خلقی، اصرار بر یکنواختی رفتار و علائق) انجام می‌گیرد. در نتیجه درمان اصلی در رابطه با اوتیسم از نوع درمانهای رفتاری می‌باشد که هدف آن استفاده از تکنیکهای گوناگون رفتاری جهت کاهش فزونی‌ها و بهبود کمبودهای رفتاری این اختلال می‌باشد. از نظر متخصصین، جنبه‌های مهم برای تمامی شیوه‌های مداخله در این حوزه عبارتند از: فشرده بودن آن، میزان درگیر شدن خانواده در فرایند مداخله و توجه به تعمیم موارد آموخته شده و نیز وجود شواهد تجربی تایید کننده‌ی شیوه‌ی مداخله.

درمان و توانبخشی کودکان مبتلا به اوتیسم را در 3 گروه طبقه‌بندی کرده‌اند: مداخلات رفتاری، مداخلات رشدی و مداخلات شناختی- رفتاری.

شواهد بدست آمده از این سه گروه مداخله نشان می‌دهند که به طور کلی مداخلات زود هنگام نتایج بهتری را در پی دارند. و هر چه کودکان در سنین کوچکتری در این برنامه‌ها شرکت کنند، نتایج بهتری می‌گیرند. هرچند معمولاً مداخله‌ی زیر سنین 4-5 سال به عنوان مداخله‌ی زود هنگام پذیرفته می‌گردد، اما کودکان زیر سنین مدرسه را نیز می‌توان جزو این گروه حساب کرد. نتیجه تشخیص زود هنگام به دلیل تنوع رفتارهایی که می‌توان در کودکان مختلف مشاهده کرد دشوار می‌گردد و معمولاً با مشکلات شنیداری یا تاخیر گفتاری مطرح می‌شود. به دلیل همین دشواری تشخیص، والدین در دوره طولانی بین تشخیص اولیه و اقدام برای درمان احساس بی‌پناهی می‌کنند. به همین جهت توجه به نگرانی والدین بخش مهمی از مداخله می‌باشد، زیرا هم تجهیز والدین به ابزارهایی جهت تغییر روابط فعلی والد- کودک که منجر به حفظ یا تشدید مشکلات رفتاری می‌گردد، از استرس والدین خواهد کاست و هم به این دلیل که والدین همه جا با کودک هستند منجر به تعمیم آموزش به موقعیتهای گوناگون می‌گردد. علاوه بر این روابط فعلی والد-کودک می‌تواند در حفظ یا تشدید مشکلات رفتاری کودک دخیل باشد و در نتیجه تغییر این رابطه منجر به تغییر و کاهش این مشکلات رفتاری خواهد گردید. باید توجه داشت که مشکل اصلی این کودکان از عدم توانایی آنها در برقراری ارتباط با دیگران ناشی می‌شود و اگر دیگران و بویژه والدین بیاموزند که چگونه به دنیای این کودکان نفوذ کنند و از تقویت برای کاهش مشکلات رفتاری استفاده نمایند، بسیاری از این مشکلات حل می‌شود.

درمان

مدل دارو درمانی:

دارو درمانی یک روش مکمل برای کاهش علائم رفتاری وابسته است. گزارش شده است که داروها علائم وابسته نظیر پرخاشگری، فشق و ... را کاهش می‌دهند. تجویز داروهای ضد سایکوز ممکن است از پرخاشگری و رفتارهای خود آزارانه بکاهند. هالوپریدول علائمی نظیر بیش‌فعالی و بی‌قراری را کاهش می‌دهد و یادگیری را تسریع می‌بخشد در مورد این دارو اثرات خارج هرمی مطرح می‌باشند؛ ریسپریدون نیز یک داروی آنتی‌سایکوز جدید است که در کاهش پرخاشگری، بیش‌فعالی و رفتار خود آزارانه موثر است و در برخی موارد رفتارهای مقبول اجتماعی را افزایش می‌دهد. خواب‌آلودگی و افزایش وزن از عوارض شایع این دارو است.

مدل اختلال عملکرد عصب شناختی:

جامع‌ترین برنامه درمانی بر اساس مدل اختلال عملکرد عصب شناختی شاپلر و ریچلر (1971) گسترش یافت. این مدل برای تسهیل رشد و سازماندهی اطلاعات حسی، استفاده از گیرنده‌های مجاور را مورد تایید قرار داد. این درمان رشدی بر چند حوزه عمومی متمرکز است: اول، پاسخدهی به دیگران. دوم، افزایش انگیزش، برای این منظور درمانگر کودک را تشویق می‌کند که به واری‌های اسباب بازیها و وسایل آموزشی بپردازد. سوم، انگیزش رشد شناختی، که به کودک مهارت‌های ارتباطی و بیانی آموزش داده می‌شود. همچنین تقلید غیر کلامی، اشکال و سایر موارد نیز آموخته می‌شود. سرانجام، برای اصلاح کارکرد حرکتی ادراکی تمرینهایی برای اصلاح آگاهی بدنی کودک و تطابق حرکتی انجام می‌شود. این فلسفه درمان در قالب یک برنامه جامع درمانی و آموزشی برای کودکان مبتلا به اتیسم، به نام **teach** شکل گرفته است.

مدل رابطه تسهیل شده:

روشی است که به وسیله آن به کودک مبتلا به اتیسم به کمک معلم یاد داده می‌شود با مهارت زبانی مختصر خود یا کامپیوتر یا استفاده از تابلوی حروف رابطه برقرار کند. برخی از متخصصین موفقیت‌هایی در تسهیل زبان برای دادن پیام و نشان دادن توانایی برای خواندن، نوشتن، حساب، بیان احساس و حتی شعر گفتن بدست آورده‌اند.

رفتار درمانی:

مطالعه لوواس و همکاران (1987) یافته‌های خوش بینانه‌ای را راجع به پیشرفت در کودکان مبتلا به اتیسم با درمان رفتاری فشرده گزارش کرده است. در درمان رفتاری فزونی‌ها و کاستی‌های رفتاری فرد شناسایی می‌شود و درمان بر اساس این موارد صورت می‌گیرد. در این نوع درمانها فزونی‌های رفتاری معمولاً عبارتند از: رفتار آسیب‌به‌خود، رفتار خود تحریکی و رفتار مخرب که باید حذف شوند و کاستی‌های رفتار عبارتند از: تکلم، زبان، توجه، انگیزش، رفتار اجتماعی و بازی که تلاش بر این است که این رفتارها افزوده شوند. برای افزایش و کاهش رفتارها از فنون رفتاری همچون تنبیه و تقویت استفاده می‌شود. علاوه بر این تلاش می‌شود که این موارد تعمیم یابند.

آنچه والدین در مواجهه با کودک اوتیستیک باید بدانند:

اطلاعات در مورد علائم

اطلاعات در مورد علل بیماری

اطلاعات در مورد نحوه درمان و طول مدت و سیر درمان

اطلاعات در مورد نحوه برخورد با مشکلات بیمار

« اختلال بیش‌فعالی نقص تمرکز »

اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی، یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که تقریباً 5 درصد کودکان سنین مدرسه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ویژگی‌های عمده این اختلال شامل تحرک و فعالیت بیش از حد، تکانشگری و مشکل توجه و تمرکز می‌باشد. گرچه موارد فوق رفتارهایی است که تمامی کودکان، مواقعی آنها را نشان می‌دهند، اما کودکان بیش‌فعال به درجه‌ای علائم فوق را نشان می‌دهند که با عملکرد طبیعی آنها در منزل، مدرسه و ارتباط با همسالان و اطرافیان تداخل ایجاد می‌کند.

این کودکان به طور مکرر توسط والدین، معلمان و اطرافیان به دلیل رفتارهای ناپخته و تکانشی خود سرزنش می‌شوند که منجر به تأثیرات سوء بر اعتماد به نفس آنها می‌گردد. اکثر اوقات زمانی این کودکان وارد مدرسه می‌شوند، تشخیص داده می‌شوند، در زمانی که از آنها انتظار می‌رود وارد عملکردهای منظم تر، سازمان یافته تر و پیچیده تر شوند و با همسالان خود وارد ارتباط موثرتری گردند. اختلال بیش‌فعالی - کم‌توجهی در پسران شایع تر از دختران بوده و صرف نظر از سن تشخیص، شروع بیماری باید از قبل از 7 سالگی باشد. این کودکان علاوه بر منزل، در مدرسه، مهدکودک و سایر مکان‌های دیگر مشکلات رفتاری گوناگونی از خود نشان می‌دهند.

علائم و مشخصات بالینی

سه ویژگی عمده این اختلال عبارتند از:

- فعالیت و تحرک زیاد
- اختلال در توجه و تمرکز
- رفتارهای تکانشی

فعالیت و تحرک زیاد:

این کودکان اکثر اوقات در حال حرکت و جنب و جوش هستند و به نظر می‌رسد هیچگاه خسته نمی‌شوند. لحظه‌ای آرام و قرار ندارند. اگر قرار باشد لحظه‌ای بنشینند، مرتب وول می‌خورند، حتی در خواب نیز ممکن است بی‌قراری و وول خوردن آنها را ببینیم. بیش‌فعالی در سنین قبل از مدرسه بارزتر و مشخص تر است. آنها مرتب در حال دویدن، راه رفتن، بالا و پایین رفتن روی مبلمان و صندلی‌ها و ... هستند. در مهد کودک آنها نمی‌توانند روی صندلی آرام نشسته و تکالیف خود را انجام دهند، بلکه وسط کلاس این سو و آن سو می‌دوند.

رفتار تکانشی:

به نظر می‌رسد اکثر کودکان بیش‌فعال، بدون آنکه به پیامد و نتیجه اعمالشان فکر کنند، دست به انجام کاری می‌زنند. گرچه آنها ممکن است بارها نتیجه منفی اعمال خود را ببینند ولی باز درس عبرت نمی‌گیرند و این موضوع از سوی والدین و اطرافیان به گونه‌ای تعبیر می‌شود که آنها لجباز و نافرمان هستند و رفتارهای آنها تعمدی و برای اذیت و آزار اطرافیان است. در حالی که مشکل اصلی آنها عمل کردن قبل از فکر کردن و سنجیدن آخر و نتیجه کار است.

کودکان بیش‌فعال در رعایت نوبت و انتظار کشیدن برای رسیدن به چیزی مشکل دارند، وسط صحبت دیگران می‌پرند و نمی‌توانند صبر کنند تا صحبت طرف مقابل به اتمام برسد. گاه به طور ناگهانی می‌دوند، می‌پرند و اشیاء را پرتاب می‌کنند، دست والدین را رها کرده و وسط خیابان می‌دوند. در سنین بالاتر ممکن است نسنجیده حرفی

زده و عملی را انجام دهند که از سوی اطرافیان ناپخته و بچه گانه و متناسب با سن و موقعیت رفتار نکردن تعبیر شود.

مشکل توجه و تمرکز:

این کودکان نمی توانند روی یک محرک طبیعی که از اهمیت خاصی برخوردار است تمرکز کنند و حواسشان مرتب به محرک های بی اهمیت محیطی پرت می شود.

در نتیجه در کلاس درس نمی توانند حواس خود را به گفته های معلم بدهند. به نظر می رسد اصلاً گوش نمی دهند و زمانی که باید به محتوای صحبت های معلم توجه کنند، مشغول انجام کار دیگری هستند یا با چیزی بازی می کنند. در دروسی مثل دیکته که نیاز به توجه و تمرکز بیشتری دارد، معمولاً مشکلات بیشتری را نشان می دهند. نمرات آنها متغیر است، در تمام کردن و به انتها رساندن تکالیف مشکل دارند و اکثراً انجام تکالیف آنها ساعت ها به طول می انجامد و انرژی زیادی از والدین صرف این موضوع می شود. ممکن است وسایل خود را گم کرده و یا در مدرسه جای بگذارند. اگر چند دستور همزمان به آنها داده شود، در به خاطر سپردن آنها ناتوانند.

این کودکان وقتی به سنین نوجوانی می رسند، به علت فراموش کاری به عنوان افراد حواس پرت و سهل انگار از آنها نام برده می شود. در هنگام مطالعه و انجام فعالیت ها به فکر و رویا فرو می روند و نمی توانند کار خود را به پایان برسانند. افراد بی نظمی هستند که نامنظمی در اتاق، کمد لباس ها، میز تحریر، و ... آنها نمایان است.

موارد فوق سه مشکل اصلی است که در کودکان بیش فعال و کم توجه دیده می شود. گرچه ممکن است کودکی همه علائم فوق را نداشته باشد ولی مشکلات گوناگونی که کودک با آنها دست به گریبان است، تأثیر منفی بسزایی در ارتباط کودک با معلم، هم کلاسی ها، والدین و اطرافیان بر جای می گذارد. کودک مرتب از پیرامون خود پیام های منفی دریافت می کند، پیام هایی که شخصیت و اعتماد به نفس او را در هم می کوبد. همچنین بیماری باعث افت عملکرد تحصیلی کودک می شود و آینده تحصیلی و شغلی او را تحت تأثیر قرار می دهد.

علت اختلال بیش فعالی - کم توجهی چیست؟

به نظر می رسد نمی توان پاسخ قطعی و دقیقی برای این سوال داد. نمی توان مانند بسیاری از بیماری های دوران کودکی ویروس یا میکروب مشخصی را برای آن پیدا کرد. احتمالاً تعدادی از عوامل مختلف در ایجاد بیش فعالی کودک درگیر می باشند.

مطالعاتی انجام شده که به بعد ژنتیک این بیماری اشاره دارند. کودکی که مبتلا به بیش فعالی است 4 برابر بیشتر احتمال دارد که یکی از افراد خانواده او مثل او مشکل مشابهی را داشته باشد. اگر چه نقش ژن خاصی در این بین پیدا نشده است ولی مغز این کودکان تفاوت های ظریفی را در ساختار و عملکرد نشان می دهد و تأثیر داروهای معینی بر این کودکان نشانگر آن است که به نوعی ترکیب شیمیایی مغز این کودکان متفاوت است. گر چه ماهیت این تفاوت ها به خوبی مشخص نشده است. تبلیغات زیادی در مورد تأثیر غذاها و آلرژی غذایی به ویژه آلرژی نسبت به مواد افزودنی غذاها مانند رنگ ها و نگهدارنده ها در بیش فعالی وجود داشته است. نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است که غذا موجب بیش فعالی نمی گردد، در نتیجه برنامه غذایی خاص نیز در درمان نقشی ندارند.

فرزند پروری بد و معیوب منجر به بیش فعالی نمی گردد، اما شیوه های تربیتی و پاسخ دهی والدین کاملاً بر رفتار کودک تأثیر می گذارد، بسیاری از این کودکان مستعد اختلالات رفتاری گسترده ای هستند. بدیهی است روش های انطباقی موثر در پیشگیری از مشکلات رفتاری همراه موثر است.

آینده این کودکان:

در برخی موارد مشکلات همراه با این اختلال در سراسر زندگی شخص ادامه می یابد. گرچه این کودکان در دوره بزرگسالی همه علائم مربوط به بیماری را ندارند و از پرتحرکی آنها کاسته شده است ولی مشکلات توجه و تمرکز و

رفتارهای تکانشی آنها ادامه می یابد. در عده ای از این کودکان نیز با رسیدن به سن 12 تا 14 سالگی علایم آنها بهبود می یابد و عملکرد طبیعی در حوزه های مختلف رفتاری، اجتماعی و تحصیلی پیدا می کنند. در کسانی که بیماری ادامه می یابد نیاز به ادامه درمان نیز وجود دارد. به نظر می رسد عمده مشکلات این کودکان با ورود به مدرسه آغاز می شود، مکانی که در آنجا انتظار نظم، انضباط، پیشرفت تحصیلی، ارتباط مناسب با همسالان، پیروی از دستورات معلم و انجام تکالیف مدرسه می رود. از آنجا که مطالعه، خواندن و نوشتن، گوش فرادادن به صحبت های معلم نیازمند تمرکز، توجه، قرار و آرامش کافی دارد و این کودکان در این زمینه ها مشکل دارند، در نتیجه درس خواندن برای آنها تبدیل به معضلی می گردد که به راحتی قابل حل نیست، ساعات انجام تکالیف درسی در منزل ساعات طولانی کشمکش بین والد و کودک است. کودکی که ساعت های زیادی را به بازی و فعالیت می پردازد، از نیم ساعت نشستن روی تکالیف درسی بیزار است. در کلاس درس زمانی که سایر دانش آموزان مشغول یادگیری مطالب جدید هستند و به صحبت های معلم گوش می دهند، آنها مشغول حرف زدن با بغل دستی، بازی کردن و یا ور رفتن با کتاب، مداد و سایر وسایل هستند.

افت درسی و عدم پیشرفت تحصیلی، آینده شغلی این کودکان را تحت تأثیر قرار می دهد، از طرفی دیگر بزرگسالان شاغل با این اختلال، در شغل خود با مسایل و مشکلات بیشتری دست به گریبان هستند. اتاق کار آنها نامنظم و شلوغ است، برای شروع کار و به اتمام رساندن آن مشکل دارند، همیشه ممکن است کارهای زیادی را شروع کنند، اما نیمه تمام رها کنند، در نتیجه طرح های ناتمام در بین کارهای آنها زیاد دیده می شود، فراموشکار هستند و به قراردادهای کاری خود دیر می رسند و از دید دیگران اینها افرادی بدقول هستند. امکان ابتلای به اضطراب، افسردگی، اختلال سلوک، اختلال ایذایی مقابله ای، سوء مصرف مواد، پرخاشگری و سایر اختلالات رفتاری در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی - کم توجهی در صورت عدم مداخله مناسب زیاد است.

رعایت نکردن نوبت، عدم رعایت قوانین بازی، عدم پیروی از دستورات، بر هم زدن نظم و رفتارهای تکانشی در این کودکان باعث می شود که ارتباط آنها با همسالان، والدین و بزرگ ترها تحت الشعاع قرار گیرد. آنها از جمع دوستان خود طرد می شوند و پیامهای منفی که مرتب از پیرامون خود دریافت می کنند، اعتماد به نفس این کودکان را لطمه می زند و آنها را مستعد افسردگی و اضطراب می کند.

درمان

بنا به دلایل فوق و دلایل بی شمار دیگر، اختلال بیش فعالی - کم توجهی باید درمان شود هدف از درمان کاهش علایم این بیماری است تا حدی که کودک آشفتگی کمتری را در زندگی روزمره خود متحمل گردد و عملکرد تحصیلی و ارتباطی کودک بهبود یابد. درمان این کودکان شامل دو دسته کلی درمان های دارویی و غیر دارویی است. درمان دارویی درمان اصلی این اختلال محسوب می شود و در کنار آن می توان از مداخلات غیر دارویی بصورت آموزش مهارت های مدیریت رفتار به والدین نیز استفاده نمود.

درمان دارویی:

شایع ترین و موثرترین داروهایی که در درمان این اختلال به کار می رود شامل داروهای محرک (ایستمولایت) می باشد: مثل فنیدیت (ریتالین) و دکستروآمفتامین.

داروهای فوق در 70 - 90 درصد کودکان بیش فعال - کم توجه موثر است و باعث بهبودی علایم اصلی این اختلال می گردد، عملکرد تحصیلی و ارتباطی کودک را بهبود بخشیده و از اضطراب و نگرانی والدین می کاهد. این داروها ممکن است در بعضی از کودکان اثرات بی اشتهاپی و کم خوابی ایجاد کند که نگران کننده نبوده و می توان با ترفندهای مناسب، این اثرات سوء را به حداقل رساند.

همانند سایر داروها، این دسته از داروها نیز ممکن است اثرات جانبی دیگری داشته باشند، در نتیجه تجویز آنان باید زیر نظر پزشک معالج و با تشخیص او صورت گیرد. در صورتی که کودک نسبت به این دسته از داروها عدم پاسخ

درمانی مناسب نشان داد و یا دچار عوارض جانبی ناخواسته ای گردید که قابل تحمل نبود، داروهای دیگری وجود دارند که می توانند موثر باشند.

درمان های غیر دارویی:

اکثراً همراه و در کنار درمان های دارویی استفاده می شوند. بیشتر بر اختلالات رفتاری همراه با بیش فعالی - کم توجهی موثرند و شامل درمان های مبتنی بر آموزش والدین می باشند. بدیهی آموزش والدین در مورد چگونگی بیماری فرزندشان، رفتارهای مثبت کودک، عدم بکارگیری شیوه های نامناسب تنبیهی و ... بسیار می تواند هم برای کودک و هم برای خانواده او موثر باشد.

آنچه والدین باید در مورد بیش فعالی و نقص تمرکز بدانند:

- اطلاعات در مورد علائم
- اطلاعات در مورد علل بیماری
- اطلاعات در مورد نحوه درمان
- در مورد لزوم طولانی اختلال و اینکه تابستان یا تعطیلات اثری بر روند درمان ندارند توضیح دهید.
- در مورد مشکلات رفتاری کودک و اینکه برخی از این مشکلات به دلیل وجود این اختلال است
- در مورد نحوه برخورد با مشکلات رفتاری کودک به والد آموزش دهید.
- این کودکان به تشویق هایی که بلافاصله پس از رفتار مثبت بوده و مکرراً تکرار شوند پاسخ می دهند. لازم نیست حتماً از یک کالا یا هدیه برای تشویق استفاده نمود. تشویق می تواند لفظی یا رفتاری باشد ولی مهم است که برجسته تر بوده و بلافاصله پس از رفتار باشد. این کودکان نسبت به تنبیه بدنی پاسخ مناسبی نداشته و حتی بد رفتاریشان بدتر می شود.
- آموزش در مورد اینکه رژیم غذایی خاصی اثر تشدید کننده ندارد

مهرداد در سن 9 سالگی به خاطر رفتارهایش در مدرسه به روان پزشک ارجاع داده شد. سال گذشته او به خاطر رفتارهای تکانشی و پر جنب و جوشی دو بار بطور موقت از مدرسه اخراج شد. معلمهای او از اینکه مهرداد دائماً در کلاس راه می رود و مانع تمرکز سایر دانش آموزان می شود شکایت می کنند. حتی زمانی که در صندلی خود نشسته است حرکات سریع دست و پاهایش باعث آزار و اذیت همکلاسی هایش میشود. مهرداد تقریباً هیچ دوستی نداشته و به خاطر رفتارهای تکانشی اش با هیچ یک از بچه ها بازی نمی کند. بعد از اتمام ساعت مدرسه او به تنهایی به دوچرخه سواری می پردازد.

مادر مهرداد گزارش می کند که فرزندش از همان دوران نوپایی بسیار پر جنب و جوش بوده و در 3 سالگی هر روز ساعت 4.5 از خواب بیدار می شد و بدون نظارت والدین به طبقه پایین منزل می رفت. برخی اوقات او آشپزخانه و اتاق پذیرایی را بهم می ریخت و برخی اوقات نیز بدون اجازه و تنهایی از منزل خارج می شد.

در سن 4 سالگی روزی او را در حالیکه به تنهایی در یکی از خیابانهای شلوغ راه میرفت پیدا کردند. خوشبختانه قبل از اینکه وارد خیابان شود بوسیله یکی از اعیان پیاده نجات یافت.

ارزیابی روانشناختی نشان داد که مهرداد از نظر کارکرد هوشی در حد متوسط بوده و پیشرفت تحصیلی او نیز تا اندازه ای از حد متوسط پایین تر می باشد. به باور روان شناس دامنه توجه او بطور واقعی در حد صفر بوده و نشانه های پرتحرکی و تکانش گری و بی توجهی در او بارز و آشکار می باشند. بعد از انجام ارزیابی اولیه او تحت درمان دارویی قرار گرفت و با مصرف دارو کنترل بیشتری را بر رفتارهای خود بدست آورد.

«اختلالات رفتار ایدائی¹»

اختلالات رفتار ایدائی شامل دو مجموعه علائم ایدائی مستمر است که به طبقات اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوک تقسیم می‌شوند. هر دو این اختلالات به عملکرد اجتماعی و تحصیلی کودک آسیب می‌زنند.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای

اختلال نافرمانی مقابله‌ای عبارتست از الگوی رفتارهای منفی گرایانه، دفاعی، متخاصم و فرمان شکنی در مقابل مراجعه قدرت که حداقل به مدت 6 ماه طول کشیده و منجر به تخریب عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی کودک یا نوجوان می‌گردد. این علائم در غیاب نقض جدی موازین اجتماعی یا حقوق دیگران دیده می‌شوند. وقوع رفتارهای منفی گرایانه در مرحله‌ی مشخصی از رشد بهنجار کودک طبیعی بوده و بیانگر تلاش وی برای کسب استقلال و هویت مستقل می‌باشد. اما در صورتیکه شدت این رفتارها بیشتر حد مورد انتظار بوده و موجب نارضایتی بزرگترها و تخریب عملکرد کودک گردد، اختلال محسوب خواهد شد. میزان شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای، 2 تا 16 درصد تخمین زده شده است.

نشانه‌شناسی:

برخی از شایعترین علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای عبارتند از: از کوره در رفتن، جر و بحث با بزرگترها، نافرمانی فعالانه، عدم سازش با اصول یا درخواستهای بزرگترها، آزار عمدی دیگران، سرزنش دیگران برای خطاها و اشتباهات خود، فحش و ناسزا و زودرنجی. این کودکان علیرغم داشتن هوش کافی، به دلیل عدم مشارکت، مقاومت در مقابل توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران. کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای غالباً به خشونت‌های جسمی یا رفتار تخریبی قابل ملاحظه دست نمی‌زنند اما میزان حملات کج خلقی کودک، رد فعالانه همکاری با دیگران و رفتارهای مزاحمت آمیز در مقایسه با افراد هم سن از میزان مورد انتظار بالاتر است. این کودکان غالباً تنها و بدون دوست بوده و روابط انسانی برای آنها رضایت بخش نیست. مسایل ثانوی که کودکان یا نوجوانان مبتلا به این اختلال ممکن است با آن مواجه شوند عبارتند از: پایین بودن احترام به نفس، تحمل کم برای ناکافی و خلق افسرده.

در نوجوانان گاهی سوء مصرف الکل و مواد روان گردان نیز مشاهده می‌شود. خصوصیات اختلال در مقابل همسالان و یا افراد بالغی ظاهر می‌شود که کودک به خوبی با آنها آشناست. بنابراین ممکن است این کودکان در هنگام معاینه‌ی بالینی نشانه‌های اندکی ظاهر نموده و یا اصلاً علامتی نشان ندهند.

چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) ملاکهای زیر را برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ارائه داده است.

¹ Disruptive

جدول 1 ملاک های تشخیصی اختلال بی اعتنایی مقابله ای

الف) الگوی رفتار منفی کارانه، خصمانه و بی اعتنایی که حداقل 6 ماه دوام داشته باشد و طی آن 4 یا بیش از 4 مورد از علائم زیر مشاهده شود.

- 1 - اغلب کنترل خلق را از دست می دهد.
- 2 - اغلب با بزرگترها مجادله می کند.
- 3 - اغلب بطور فعال از اجابت کردن خواسته ها و رعایت موازین تعیین شده از سوی بزرگترها سر باز می زند و یا با آنها مقابله می کند.
- 4 - اغلب دیگران را به طور عمدی ناراحت می کند.
- 5 - اغلب دیگران را به علت اشتباهات یا رفتارهای خود سرزنش می کند.
- 6 - اغلب زودرنج و حساس است یا به آسانی از دست دیگران ناراحت می شود.
- 7 - اغلب خشمگین و آزرده است.
- 8 - اغلب کینه توز و انتقامجو است.

تذکر: هر ملاک را فقط زمانی مثبت بشمارید که رفتار مربوط به آن قابل ملاحظه ای شایعتر از آن باشد که در افرادی با سن عقلی و سطح رشد مشابه مشاهده می شود.

ب) اختلال در رفتار از نظر بالینی تخریب قابل ملاحظه ای در کارکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی ایجاد می کند.

ج) رفتارها منحصراً در ضمن یک اختلال روان پریشی یا اختلال خلق رخ نمی دهد.

د) شامل ملاکهای تشخیصی اختلال سلوک نمی شوند. اگر سن فرد 18 یا بیش از 18 سال است، ملاکها با اختلال شخصیت ضد اجتماعی مطابقت ندارند.

علی پسر بچه ای نه ساله است که توسط مادرش به کلینیک بهداشت روان آورده شده است. چند حادثه ای که در دو ماه گذشته رخ داده، مادر او را متقاعد کرده که باید برای رفتارهای وی چاره ای بیاندیشد. چند هفته قبل او به معلمش ناسزا گفته و برای سه روز از مدرسه اخراج شده بود.

کنترل کردن علی از دوره کودکستان مشکل بود و او را به عنوان کودکی عصبانی و بد اخلاق می شناختند. علی گاهی اوقات از انجام کارهایی که دو معلمش از او خواسته بودند، سرپیچی می کرد، برای انجام ندادن تکالیفش همواره دلایل زیادی می آورد و وقتی تکالیف را از او می خواستند، با آنها مشاجره می کرد.

در خانه رفتارهای علی کاملاً بی ثبات بودند. بعضی روزها او نسبت به مادرش رفتاری معترضانه و گستاخانه داشت، بطوریکه لازم می شد برای انجام هر کاری به او چندین بار تذکر داده شود ولی سرانجام او معمولاً تبعیت می کرد. ولی تعداد روزهایی که او به درد نخور بود، بیشتر بودند. جزئی ترین چیزها او را عصبانی می کرد و پس از آن شروع می کرد به فریاد زدن و جیغ کشیدن. مادر علی همچنین می گوید که او دروغ های کوچک زیادی می گوید ولی اگر تحت فشار قرار بگیرد، در مورد موضوعات بی اهمیت راستگو می شود.

اختلال سلوک

اختلال سلوک یک الگوی رفتاری تکراری و پایدار است که در آن حقوق اولیه دیگران و قواعد و هنجارهای اجتماعی و مهم متناسب با سن کودک یا نوجوان، نقض می گردد. کودک یا نوجوان این الگوهای رفتاری را در بافتهای مختلف (خانه، مدرسه یا اجتماع) آشکار می کند و این الگوها موجب تخریب معنادار عملکرد اجتماعی، تحصیلی و خانوادگی وی می شوند. اختلال سلوک شامل دو نوع فرعی است که عبارتند از:

- 1 - نوع زود آغاز که در آن حداقل یکی از علایم قبل از سن 10 سالگی آشکار می شود؛ و
- 2 - نوع شروع در دوره نوجوانی که در آن علایم بعد از 10 سالگی ظاهر می گردند.

نشانه شناسی

دو ویژگی مهم اختلال سلوک شامل رفتارهای پرخاشگرانه و تخریبی و نقض قوانین و حقوق دیگران است سایر خصوصیات این اختلال عبارتند از وارد کردن تعرض جنسی به خود یا دیگران، پرخاشگری نسبت به افراد یا حیوانات، بی اعتنایی، بد دهنی، تخریب اموال، فریبکاری و دزدی، نقض قوانین، دروغگویی مستمر، گستاخی و گاهی پرخاشگری جنسی، در جریان مصاحبه، این افراد پرخاشگر، نا همکار، متخاصم و عصبی کننده هستند و نسبت به ارزیابی کننده نفرت و ستیزه جویی آشکار را ابراز می کنند. قلدری کردن، تهدید یا ترساندن دیگران و بیرون ماندن از منزل علیرغم ممانعت والدین قبل از 13 سالگی، سه فاکتور مهم برای تشخیص اختلال سلوک محسوب می شوند. چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) ملاکهای زیر را برای تشخیص اختلال سلوک ارائه کرده است.

جدول 2- ملاک های تشخیصی اختلال سلوک

الف) الگوی رفتار تکراری و مستمر که در آن حقوق اساسی دیگران یا هنجارها و موازین اساسی اجتماعی متناسب با سن فرد، زیر پا گذاشته می شود که با تظاهر 3 (یا بیش از 3) مورد از ملاکهای زیر طی 12 ماه گذشته، به همراه یکی از حداقل یکی از ملاکها طی 6 ماه گذشته مشخص می شود.

پر خاشگری نسبت به مردم و حیوانات

- 1 - اغلب برای دیگران قلدری می کند، دیگران را تهدید می کند و مرعوب می سازد.
- 2 - اغلب آغاز کننده نزاع های فیزیکی است.
- 3 - از وسیله ای استفاده کرده است که می تواند آسیب فیزیکی جدی به دیگران برساند (مثل چوب، آجر، بطری شکسته، چاقو و اسلحه)
- 4 - از نظر فیزیکی نسبت به دیگران بی رحمی نشان داده است.
- 5 - از نظر فیزیکی نسبت به حیوانات بی رحمی نشان داده است.
- 6 - در حضور افراد، دست به دزدی اموال آن ها زده است (مانند جیب بری، کیف زنی، اخاذی، سرقت مسلحانه)
- 7 - کسی را به عمل جنسی مجبور کرده است.

تخریب اموال

- 8 - به قصد وارد کردن خسارت جدی دست به آتش افروزی عمدی زده است.
- 9 - عمداً دست به تخریب اموال دیگران زده است (به غیر از آتش افروزی)

نیرنگ یا دزدی

- 10 - بدون اجازه وارد خانه، ساختمان یا اتومبیل دیگران شده است.
- 11 - غالباً برای به دست آوردن اجناس با محبت دیگران یا اجتناب از تعهدات خود دروغ می گوید.

12 - اشیای ارزشمند را بدون روبرو شدن با صاحب آن دزدیده است (مثل دزدی از مغازه، ورود غیر قانونی به ملک غیر، جعل اسناد)

نقض جدی مقررات

13 - علیرغم ممنوعیتهای والدین اغلب شبه‌ها بیرون از منزل مانده است (شروع قبل از 13 سالگی)

14 - دوبار از منزل فرار کرده است (یا یکبار برای مدت طولانی بازنگشته است)

15 - اغلب از مدرسه می‌گریزد (شروع قبل از 13 سالگی)

ب) اختلال در رفتار از نظر بالینی موجب تخریب قابل ملاحظه در کارکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی فرد شده است.

ج) اگر فرد 18 ساله یا بزرگتر است، ملاکها با اختلال شخصیت ضد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی برحسب سن شروع نوع را مشخص کنید.

نوع کودکی: شروع حداقل یکی از ملاکهای تشخیصی اختلال سلوک قبل از 10 سالگی.

نوع نوجوانی: فقدان هر نوع ملاک تشخیصی اختلال سلوک قبل از 10 سالگی.

شدت را مشخص کنید:

خفیف: وجود تعداد محدودی از مسایل رفتاری که برای تشخیص اختلال سلوک ضروری هستند و مسایل رفتاری که تنها موجب آسیب جزئی برای دیگران می‌شود.

متوسط: حجم مسایل رفتاری و تأثیر آن بر دیگران بین حالت "خفیف" و "شدید" قرار دارد.

شدید: وجود مسائل رفتاری متعدد افزون بر علایمی که برای تشخیص اختلال سلوک ضروری هستند یا مسائل رفتاری که موجب وارد شدن آسیب قابل ملاحظه به دیگران می‌شود.

سعید پسر بچه ای 12 ساله است که موقتاً از مدرسه اخراج شده و توسط ناظم مدرسه به روانپزشک ارجاع شده و یادداشت زیر را همراه او فرستاده اند:

" راستگویی در وجود سعید نیست و زمانی که در حین خلافاکاریهای واقعی گیر می‌افتد همه چیز را انکار می‌کند و ظاهر آدمهای مظلوم و بی‌گناه که مغبوض شده‌اند را به خود می‌گیرد. او معتقد است که ما به او گیر می‌دهیم. وقتی که او را از همه چیز محروم می‌کنیم، برخورد او با ما رقت آور می‌شود. این پسر شدیداً به کمک احتیاج دارد. در ظاهر او هیچ دوستی ندارد. رفتارهای خشونت آمیز او مانع از این می‌شوند که سایر دانش آموزان او را دوست داشته باشند. روان پزشک مدرسه او را مورد آزمایش قرار داد و نتایج نشان دادند که هوش او معمولی است ولی کارآمدی او در مدرسه فقط در حد کلاس سوم و درجات پایین کلاس چهارم است."

روان پزشک از مادر بزرگ سعید شنید که وقتی سعید به دنیا آمده، مادرش در سال آخر دبیرستان بوده است. والدین مادرش اصرار داشتند که دخترشان کودک را نگه دارد و آنها در پرورش کودک به او کمک خواهند کرد. سعید سه ماه زودتر از معمول به دنیا آمده، موقع تولد کبود شده بود و 24 ساعت نیازمند به اکسیژن بوده است. به فاصله کمی بعد از تولد وی، مادرش با مرد دیگری فرار کرد. سعید از موقعی که مادرش او را ترک کرده بود، هیچ ارتباطی با او نداشت.

رفتار ضد اجتماعی سعید از مدرسه ابتدایی آغاز شد و الگویی از دعوا کردن، دروغ گفتن و دزدی کردن در او برای سال‌ها ادامه داشته است. آشفتگی سلوک که بیش از 6 ماه تداوم داشته باشد برای تشخیص "اختلال سلوک" دلیل قابل قبولی به شمار می‌رود. چون اختلال قبل از 10 سالگی شروع شده، بنابراین از نوع "شروع در کودکی" است. به دلیل اینکه مشکلات رفتاری سعید فقط منجر به صدمات مختصری به اطرافیان شده بود و او بسیاری از علایم اختلال سلوک نظیر آزار و اذیت آدم‌ها یا حیوانات، استفاده از اسلحه و آتش افروزی و فرار از خانه را نداشته است. بنابراین شدت بیماری اش در حد متوسط است.

راهکارهای درمانی:

با توجه به اینکه اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک از نظر نشانه شناسی شبیه به یکدیگر بوده و هر دو در گروه اختلالات رفتار ایدائی قرار می گیرند؛ از راهکارهای درمانی مشابه برای رفع علائم هر دو اختلال می توان بهره گرفت. درمان این اختلالات نیازمند رویکردهای جامعی است که زمینه های مختلف نقص تحت پوشش قرار دهد. استفاده از روش های داروئی، مداخلات رفتاری شناختی، مداخلات خانواده و آموزش شیوه های فرزند پروری و مدیریت رفتار در این اختلالات نظیر نظام اقتصاد ژتونی از جمله این درمان هاست. چنانچه اختلالات همراه وجود داشته باشد نظیر سوء مصرف مواد، افسردگی یا اختلال دوقطبی برای این اختلالات نیز باید برنامه درمانی مجزا داشت. در این اختلالات نیازمند مداخلات روانپزشکی توسط افراد متخصص است.

آنچه کارشناسان بهداشت روان می توانند برای این کودکان و نوجوانان انجام دهند:

- در جلسات درمان از طریق گوش دادن فعال، تماس چشمی، توجه مثبت غیر مشروط، و پذیرش صمیمانه، سطحی از اعتماد را ایجاد کنید تا از این طریق به افزایش توانایی مراجع به تشخیص و بیان احساساتش کمک کنید.
- با رفتار و نگرش ضد اجتماعی مراجع، از طریق اشاره به پیامدهای آن برای وی و دیگران روبرو شوید.
- قواعد روشنی را برای مراجع تعیین کنید به او توصیه کنید قواعد را تکرار کند تا درک آگاهی خود را از انتظارات مورد نظر نشان دهد
- راهبردهای مدیریت خشم را برای کمک به مراجع برای بیان خشم از طریق بیانات مناسب و حالات فیزیکی سالم آموزش دهید.
- مراجع را تشویق کنید تا از فهرستهای بررسی نظارت بر خود در خانه یا مدرسه استفاده کند تا کنترل موثرتری را بر خشم و انگیزه های آنی به دست آورد.
- مهارتهای ابراز وجود و ارتباط موثر را به مراجع آموزش دهید تا احساسات خود را به شیوه های کنترل شده بیان کند و نیازهای خود را از طریق اعمال سازنده تر برآورده سازند.
- قواعد روشنی را برای مراجع در محیط مدرسه و خانه ایجاد کنید، از او بخواهید قواعد را تکرار کند تا درک و آگاهی خود را از انتظارات مورد نظر نشان دهد.
- یک نظام پاداش دهی برای مراجع طرح کنید تا با به کارگیری آن رفتارهای مثبت تقویت شده و رفتارهای زود انگیزه کاهش یابند.
- یک برنامه اقتصاد ژتونی برای افزایش رفتارهای اجتماعی و حذف رفتارهای تکانه ای و برون ریزی هیجانی مراجع طرح و اجرا کنید.
- اقدامات لازم را برای حفاظت مراجع یا خواهر و برادرهایش در برابر سوء استفاده بیشتر، انجام دهید (مثلاً سوء رفتار را به موسسات مربوط گزارش کنید؛ یا مراجع و فرد خاطی را به جای دیگری منتقل نمایید).
- برای مراجع الگوهای مثبت فراهم کنید. (مثل عضویت در گروه های ورزشی، کتابخوانی و ...).

آنچه باید والدین بدانند:

- به والدین در مورد ضرورت پی گیری های درمانی و مداخلات داروئی آموزش دهید
- به والدین در ایجاد قواعد، حد و مرزها و پیامدهای روشن و واضح آموزش دهید.
- والدین را تشویق کنید تا به طور مکرر به تشویق و تقویت مثبت رفتارهای اجتماعی مثبت و کنترل مطلوب انگیزه های آنی پردازند.
- به والدینی که با یکدیگر زندگی نمی کنند و در فرآیند تربیت کودک یا نوجوان دخالتی ندارند توصیه کنید که تا حد امکان زمان های بیشتری را در اوقات فراغت، مدرسه یا فعالیتهای کاری با مراجع سپری کنند.
- والدین را وادار کنید تا روشهای انضباطی مبتنی بر تنبیه بیش از حد یا سو استفاده جسمی را متوقف کنند.
- به والدین کمک کنید تا تنبیهاتی متناسب برای رفتارهای نامطلوب در نظر بگیرند محروم کردن کودکان از فعالیتهای مورد علاقه و "time out" از روشهای مؤثر در این زمینه محسوب می شوند.
- به والدین توصیه کنید که بر دوستیهای نوجوانان نظارت داشته و با والدین دوستان فرزندشان در تماس باشند.

رضا علیرغم هوش نرمال و گاه بالای خود، در انجام تکالیف مدرسه مانند خواندن، نوشتن، ریاضیات و... دچار مشکل است. او هر روز به هر بهانه ای می خواهد از مدرسه رفتن، سر باز زند. هنگامی که از او می خواهید از روی متن درس جدید برایتان بخواند، هزار بهانه می آورد و سرانجام با فشار و مکث های بیش از حد، دست و پا شکسته متن را با غلطهای فراوان می خواند. بارها با او جدول ضرب را تکرار می کنید، اما هر بار اشتباه می کند، حروف الفبا را به ترتیب با شعر یاد می گیرد، اما اگر بپرسید بعد از مثلاً "ص" چه حرفی است؟ نمی تواند مستقیماً جواب دهد و باید از اول حروف الفبا را برای خود بگوید. به سادگی برای شما فیلمی را که دیده تعریف می کند، اما اگر از او بخواهید در مورد فیلم دو خط برایتان بنویسد، از این کار سر باز می زند...

اصطلاح کودکان دارای ناتوانی یادگیری به کودکانی اشاره دارد که در یک یا چند مورد از فرایندهای اساسی روان شناختی از قبیل درک و فهم، استفاده از زبان گفتاری یا نوشتاری اختلال داشته باشند. این اختلال ممکن است خود را به صورت ناتوانی در شنیدن، فکر کردن، صحبت کردن، خواندن، نوشتن، هجی کردن یا انجام محاسبات ریاضی نمایان سازد. این تعریف کودکانی را که مشکلات یادگیری ناشی از معلولیتهای بینایی، شنوایی یا حرکتی، عقب ماندگی ذهنی، نابسامانیهای عاطفی یا محرومیت های محیطی، فرهنگی یا اقتصادی دارند، شامل نمی شود. اضافه می گردد ناتوانی یادگیری ناشی از هوش پایین نیست به عبارت دیگر دانش آموزی دارای ناتوانی یادگیری است که:

- دارای بهره هوشی متوسط و بالاتر است.
- از نظر حواس مختلف (بینایی و شنوایی و...) سالم است.
- از امکانات محیطی و آموزشی نسبتاً مناسبی برخوردار بوده.
- مشکل رفتاری حاد ندارد.
- از نظر پیشرفت درسی با توجه به سن و هوش از سایر همسالان خود عقب تر است.
- عملکرد تحصیلی پایین.
- اختلالات زبان شامل: اختلال در زبان درونی، زبان دریافتی، وارونگی کلمات و...
- پاسخ نامربوط به موضوع مورد بحث
- حواس پرتی و فراموشی جزئیات مهم
- دست پاچگی
- عدم هماهنگی چشم و دست
- اعتماد به نفس پایین
- فقدان انگیزه
- مداومت کاری
- تأخیر در انجام و اتمام کارها
- حرکات چشمی نامنظم
- فراخنای کوتاه حافظه

تعاریف ناتوانی های یادگیری:

طبق نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV اختلال یادگیری زمانی تشخیص داده می شود که پیشرفت فرد در آزمونهای استاندارد شده فردی برای خواندن، ریاضیات و بیان نوشتاری اساساً پایین تر از سطح سنی، هوشی و تحصیلی مورد انتظار باشد. مشکلات یادگیری در پیشرفت تحصیلی یا فعالیتهای روزمره مستلزم مهارت خواندن، ریاضیات و نوشتن به میزان قابل ملاحظه ای اختلال ایجاد می کنند. اختلالات یادگیری ممکن است تا بزرگسالی نیز ادامه پیدا کنند. امکان دارد که اختلالات یادگیری با روحیه ی ضعیف، عزت نفس پایین و کمبود مهارتهای اجتماعی همراه باشد. میزان ترک تحصیل کودکان یا نوجوانان مبتلا حدود 4٪ گزارش شده است. بزرگسالان مبتلا به این اختلال، ممکن است در زمینه های استخدامی یا سازگاری اجتماعی با مشکلات جدی مواجه شوند. همچنین ممکن است در 1 تا 25٪ افراد مبتلا به اختلال سلوک، اختلال لجبازی - نافرمانی، اختلال بیش فعالی - نقص توجه و اختلال افسردگی، اختلال یادگیری نیز دیده شود. شیوع آن بین 2 تا 1٪ گزارش شده است.

75٪ دانش آموزان دارای ناتوانی یادگیری در مقایسه با دانش آموزان عادی همتای خود، در مهارت های اجتماعی ضعف دارند. این کودکان به علت داشتن مشکلات میان فردی با همسالان، اغلب از سوی همکلاسی های خود پذیرفته نشده، از سوی آنها طرد شده یا نادیده گرفته می شوند. پذیرفته نشدن از سوی همسالان، بدبینی کودک به درس و مدرسه، گوشه گیری، تنهایی و افت تحصیلی او را در پی دارد. هوش از عوامل مهم در انتخاب بهترین راه حل در موقعیت های حل مساله میان فردی است، اما چه بسا با داشتن بهره هوشی بهنجار ولی خودانگاره و عزت نفس پایین در کودک نتوان انتظار عملکرد خوبی از او داشت.

مشکل اساسی و پایه در ناتوانی یادگیری، اختلال در پردازش اطلاعات (توجه، درک، حافظه و زبان) است که بر روی تفکر، گوش دادن و صحبت کردن کودک تاثیر می گذارد. بررسی ها نشان می دهند که این کودکان در مهارت حل مساله اجتماعی یا روابط میان فردی، به عنوان یک بعد مهم و پیچیده قابلیت اجتماعی دارای کاستی هایی بوده، از این نظر در سطحی پایین تر از کودکان عادی قرار دارند. حل مساله اجتماعی بخشی از توانمندی های اجتماعی است که مجموعه ای از مهارت های به هم پیوسته را در زمینه ی حل تضادهای میان فردی فراهم می کند. کودکان با ناتوانی یادگیری در مراحل مختلف حل مساله شامل جهت گیری کلی نسبت به مساله، تعریف مساله و تعیین هدف، ایجاد راه حل های مختلف، ارزیابی راه حلها، انتخاب بهترین راه حل و اجرا و بازبینی آن با کاستی هایی روبرو هستند. همچنین ادراک خودکارآمدی این کودکان به طور کلی پایین تر از کودکان عادی است.

در تشخیص افتراقی باید آن را از سایر اختلالات و از تغییرات بهنجار در پیشرفت تحصیلی و نیز مشکلات تحصیلی مربوط به فراهم نبودن امکانات، تدریس ضعیف یا عوامل فرهنگی متمایز کرد. کودکان دو زبانه ممکن است در آزمونهای استاندارد پیشرفت تحصیلی عملکرد ضعیف نشان دهند، همچنین بینایی و شنوایی مختل نیز ممکن است بر توانایی یادگیری تاثیر بگذارند. بنابراین این کودکان باید توسط آزمونهای بینایی سنجی و شنوایی سنجی مورد بررسی قرار گیرند.

انواع ناتوانیهای یادگیری :

مهمترین ناتوانیهای یادگیری عبارتند از : **ناتوانی در خواندن ، ناتوانی در ریاضیات ، ناتوانی در بیان کتبی یا نوشتن .**

Dyslexia : ناتوانی در خواندن :

مشکلات خواندن از اساسی ترین مشکلاتی است که کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری با آن مواجه هستند ، زیرا کودکی که نمی تواند بخواند شانس بسیار کمی برای موفقیت در مدرسه دارد . علاوه بر آن گاهی دشواریهای خواندن این کودکان با مشکل هجی کردن نیز همراه است . ناتوانی در خواندن ، اختلالی است که به رغم تجارب کلاسی متعارف ، شخص در کسب مهارتهای زبانی خواندن و هجی کردن که متناسب با توانایی هوشی اش باشد، عاجز است .

Dyscalculia : ناتوانی در ریاضیات :

ناتوانی در ریاضیات عبارت است از اختلال در تواناییهای ریاضیات که در اثر آسیب ارثی، فرایندهای رشدی مراکز مغز که زمینه رشد تواناییهای ریاضی است ، به وجود می آید . کودکان مبتلا به ناتوانی در ریاضیات در زمینه درک روابط فضایی دچار مشکل شدیدند .

Dysgraphia : ناتوانی در بیان کتبی یا نوشتن :

فرایند نوشتن پیچیده است و به مهارتها و تواناییهای مختلفی بستگی دارد و مستلزم درک صحیحی از الگوهای نمادین نوشتاری است . مهارت نوشتن با کارکرد حرکتی چشم و هماهنگی حرکات ارتباط دارد ، همچنین مستلزم هماهنگی حرکتی چشم و دست ، کنترل بازو ، دست و عضلات انگشت است . مشکلات نوشتن اکثراً در بین کودکان دارای صدمات مغزی ، آسیبهای خفیف مغزی و کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری دیده می شود . ناتوانی در نوشتن شامل : ناتوانی در املاء نویسی ، دستخط و انشا نویسی می شود . مهارت املانویسی یکی از مهارتهای مهم زبان نوشتاری است که نوشتن نیمه فعال محسوب می شود . املاي یک کلمه پیچیده تر و دشوارتر از خواندن آن است چرا که در خواندن ، نشانه ها و حروف الفبا در بازشناسی کلمه وی را یاری می کنند اما در نوشتن دانش آموز باید بر روابط آواها و نشانه ها ، تجزیه واژه ها و نحوه ترکیب عناصر متشکله آن آگاهی و مهارت کامل داشته باشد .

علل ناتوانی های یادگیری:

گرچه ویژگی هایی مانند دشواری در خواندن دقیق، روانی، هجی کردن، نوشتن، سازماندهی، بیاد سپاری اطلاعات و دشواری در سرعت پردازش، وجود دارند که می توانند با نارساخوانی همراه شوند، پاسخ این مشکلات در دستان معلم و مدرسه است. نارساخوانی با فضا و محیط آموزشی ارتباط بسیار نزدیکی دارد. برخی از فضاهای آموزشی به شیوه مانوس با نارساخوانی شکل گرفته اند یعنی انتظارات، تکالیفی که در نظر گرفته می شوند، مواد و موضوعات آموزشی ارائه شده و اینکه اطلاعات چگونه ارائه می شوند، همگی متناسب با دانش آموزان نارساخوان است. این امر می تواند برای کاستن از تاثیر نارساخوانی روی افراد، گسترش یابد.

اما جهت شناسایی و سبب شناسی ناتوانی های یادگیری، سوالاتی در زمینه های زیر پرسیده شده و نتایج آن مورد بررسی قرار می گیرند:

الف) ضعف عوامل آموزشی:

- آیا کودک به هر دلیل خاصی، تعداد زیادی از روزهای مدرسه غایب بوده است؟
- آیا آموزش او به هر دلیلی، مختل بوده است؟
- آیا بدون مداخله آموزشی، (کلاس تقویتی، معلم خصوصی و...) سابقه مردودی وجود داشته است؟
- آیا کودک توسط معلمان یا دیگر کارکنان مدرسه مورد سوءرفتار و تنبیه بدنی قرار گرفته است؟
- آیا کودک توسط آموزگاری ناشایسته آموزش داده شده است؟

ب) عوامل محیطی

عوامل محیطی بسیاری وجود دارد که می تواند به پیچیدگی ناتوانی های یادگیری بیفزاید و حتی شاید سبب ساز آن باشد. از جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- جدایی طولانی کودک از والدین بویژه مادر، به هر دلیل (این جدایی در دوران نوزادی تاثیرات شدیدی بر رشد کودک دارد)
- بیماری، ضعف و ناتوانی شدید و طولانی در دوران نوزادی یا سالهای اولیه زندگی کودک
- کودکی که مورد بی توجهی قرار گرفته و از تاثیر و همراهی متقابل والدین، بزرگسالان یا سایر کودکان در لحظات یا فرصتهای موثر زندگی شدیداً محروم می شود.

ج) عوامل روانی

امکان دارد کودکان مبتلا به ناتوانی های یادگیری در عملکردهای روانی پایه چون ادراک، حافظه و شکل دادن به مفاهیم اختلال داشته باشند.

د- عوامل فیزیولوژیکی

بسیاری از متخصصان بر این باورند که علل اساسی و عمده ناتوانی های یادگیری آسیب دیدگی مغزی، شدید یا جزئی و صدمه وارده به دستگاه عصبی و مرکزی است.

ه- عوامل ژنتیکی

شواهدی در دست است که نشان می دهد ناتوانی های یادگیری احتمالاً در برخی خانواده ها بیش از دیگران دیده می شود در واقع عوامل ژنتیکی در شمار وسیعی از ناتوانی های یادگیری نقش دارد.

ز - عوامل بیوشیمیایی

اختلال های گوناگون متابولیکی در حکم عواملی هستند که موجب ناتوانی های یادگیری می شوند مثل هایپوگلیسمی، کم کاری تیروئید و ...

و- عوامل پیش، هنگام و بعد از تولد

ژ- تاخیر رشد

چ- نقص جزئی در کار مغز

« تشخیص اختلالات یادگیری »

در صورتی که کودک در خواندن مشکل داشته باشد که شایع ترین نوع اختلال یادگیری نیز هست، در صحیح خوانی، رمزگشایی، سرعت و دقت خواندن و درک مطلب مشکل دارد. او در یادگیری پیشوند ها، پسوند ها، کلمات ریشه ای و سایر فنون خواندن کند می باشد. در یادآوری و فهم آنچه خوانده است مشکل دارد، در درک، فهم و تعبیر مفاهیم ضعف داشته و حتی نمی تواند اطلاعات و متن موجود را درست و صحیح بخواند. خطاهای پایدار در خواندن دارد و معمولاً از خواندن با صدای بلند اجتناب می کند.

کودکانی که اختلال نوشتن دارند در هجی کردن صحیح کلمات و دیکته آن، در استفاده از گرامر ضعف دارند. دست خط بدی دارند و ممکن است در یک قطعه نوشتاری، یک کلمه مشابه را به طور متفاوت بنویسند. معمولاً از تکالیف نوشتنی اجتناب می کنند و تکالیف درسی خود را به کندی انجام می دهند و خطاهای ثابت در نوشتن دارند. کودکانی که اختلال ریاضیات دارند در استدلال و یا محاسبات ریاضی ضعیف هستند و در مهارت های ریاضیات که نیاز به درک مفاهیم پایه ای دارد، مشکل دارند.

با توجه به تعاریفی که از دانش آموزان دارای مشکلات یادگیری گفته شد به نظر می رسد معلمین از جمله اولین کسانی هستند که متوجه اینگونه دانش آموزان می شوند و پس از اینکه روشهای گوناگون یاد دهی - یادگیری را اجرا می کنند ولی در مورد چنین کودکانی به موفقیت چشمگیری نمی رسند آنان را به مراکز آموزش و توانبخشی مشکلات ویژه یادگیری هدایت می کنند .

پدیده های قابل مشاهده

اختلالات خاص یادگیری خود را در قالب پدیده هایی قابل مشاهده نشان می دهند. این پدیده ها، رفتارهایی هستند که هر روز در کلاس یا خانه دیده می شوند. مثلاً ممکن است بچه ها در پیدا کردن کلماتی که بیانگر نظرشان باشد، مشکل پیدا کنند یا به خاطر کنترل ماهیچه ای ضعیف دست خط بدی داشته باشند.

آموزش دهنده ها، با آگاه شدن از رفتارهای قابل مشاهده بحرانی دانش آموزان در یک حوزه محتوایی یا پایه تحصیلی، می توانند بهتر اختلالات یادگیری را تشخیص بدهند و به آنها بپردازند. به این ترتیب معلمان کلاس سوم در حین بلند خوانی بچه ها بیشتر به مشاهده اختلال در فرآیند زبانی می پردازند، در حالیکه معلمان فیزیک دبیرستان دنبال رفتارهای کلامی هستند که مشکلات شکل گیری مفهوم غیر کلامی را نشان می دهند و مربیان ورزش به عملکرد ورزشی ای توجه دارند که نشانگر مشکلات ماهیچه ای و حافظه ای است.

انواع اشکالات املایی دانش آموزان :

به طور کلی اشکالات یا ناشی از محیط است و یا از خود فرد ناشی می شود و گاهی اوقات به محتوای آموزشی یا شیوه آموزش بر می گردد. از دیدگاه روانشناختی می توان اشکالات املایی را ناشی از موارد زیر دانست :

- ضعف در حساسیت شنوایی مثال: تار ← کار
- ضعف در حافظه شنوایی که سبب جا انداختن کلمات و حروف می شود .
- ضعف در حافظه دیداری (غلط نویسی حرف در حروف هم صدا) مثال: طناب ← تناب
- ضعف در حافظه توالی دیداری (جابه جا نوشتن حروف در کلمه) مثال : مادر ← مارد
- قرینه نویسی (آئینه نویسی)
- وارونه نویسی (چپه نویسی)
- عدم دقت (کم گذاشتن سر کج ، تشدید ، کم و زیاد گذاشتن نقطه و دندانه ها و ...)
- نارسانویسی (عدم وضوح و خوانایی نوشته)

روشن است که با شناسایی سریع و به موقع مشکلات املائی روند درمان تسهیل می یابد و از تثبیت ناتوانی یادگیری در کودکان، افت و ترک تحصیل جلوگیری خواهد شد.

چرا مهم است که اختلالات یادگیری را تشخیص دهیم؟

بسیاری که از کودکانی که در نهایت تشخیص اختلال یادگیری می گیرند، معمولاً در ابتدا با مشکلات هیجانی و رفتاری مراجعه می کنند و بالعکس بسیاری از کودکانی که در ابتدا تشخیص اختلال یادگیری بر آن ها گذاشته می شود در مراحل بعدی کودکی به علت مشکلات ثانویه ناشی از ضعف و ناتوانی در یادگیری دچار ناراحتی های روانپزشکی می گردند.

پیشرفت تحصیلی کودک تأثیر بسزایی برای اعتماد به نفس و تصویر مثبت ذهنی او از خود دارد به همین دلیل شکست نسبی یا مطلق تحصیلی در مدرسه یک عامل خطر مهم برای اختلالات روانپزشکی می باشد. مدارک مهمی وجود دارد که در دوره نوجوانی ارتباط مهمی بین اختلال سلوک و اختلال یادگیری وجود دارد. درصد بسیاری از نوجوانانی که رفتارهای ضد اجتماعی دارند به طور هم زمان تشخیص یک اختلال یادگیری را نیز دارند که عامل خطر مهمی در این افراد برای گرایش به سوء مصرف مواد مخدر است. در دانش آموزانی که اختلال یادگیری دارند احتمال مصرف مواد مخدر بیش از جمعیت عمومی می باشد. همچنین موارد دیگری که در کودکان با اختلال یادگیری دیده می شود شامل اختلال بیش فعالی، کم توجهی، اختلالات رفتاری مختلف و افسردگی و اضطراب می باشد.

معمولاً این کودکان اسیر یک چرخه هیجانی منفی می شوند. به این صورت که ناتوانی تحصیلی منجر به احساس شکست و ناکامی، اعتماد به نفس ضعیف، اضطراب، افسردگی و نقص در کفایت اجتماعی می گردد که این موارد با توانایی کودک برای مشارکت فعال و مؤثر در امور مدرسه تداخل می کند و مشکل یادگیری کودک شدت می یابد و تشدید اختلال یادگیری باعث تشدید موارد فوق می گردد و وضعیت کودک بدتر و بدتر می شود. به دلیل تمام موارد فوق تشخیص کودکان با اختلال یادگیری، کمک بسزایی به کودک و خانواده او می نماید و عدم تشخیص و مداخله مناسب، تأثیرات منفی جبران ناپذیری بر زندگی و آینده کودک می گذارد. از آنجایی که این کودکان در معرض مشکلات هیجانی و رفتاری هستند و ممکن است علت اولیه ارجاع آنها همین مشکلات باشد که در زیر آن یک اختلال یادگیری تشخیص داده نشده، قرار گرفته است. باید در کودکانی که با تابلوی فوق مراجعه می کند، حتماً به فکر اختلال یادگیری بود.

شیوع:

شیوع واقعی این اختلالات ناشناخته است. حدود

درمان اختلالات یادگیری:

با انجام آزمونهای تشخیصی، معلوم می شود که کودک در کدام زمینه مواجه با شکست و در چه سطوحی متوقف گردیده است و حدود یادگیری او تعیین می گردد و اینکه مشکل یادگیری او به کدامیک از مسائل ادراک، حافظه، زبان، و... مربوط می شود. سپس یک طرح آموزشی انفرادی (IEP) بر اساس زمینه های قدرت و ضعف کودک تهیه و تنظیم می شود

آنچه باید والدین بدانند:

- با حمایت درست و مداخله ی مناسب این کودکان می توانند در مدرسه موفق گشته و در بزرگسالی نیز انسانی موفق گردند. موارد زیر را در برخورد با این کودکان در نظر بگیرید:
- با کودک خود صحبت کرده و به طور باز و آشکار او را از مشکلی که در زمینه یادگیری دارد مطلع نمایید.
- به او یادآوری نمائید که در یادگیری و آموزش نیاز به روشی متفاوت دارد.
- نقاط قوت و استعدادها را بشناسید و جهت پرورش آنها، او را تشویق کنید.
- او را در روش ها و فنونی که برای کمک به یادگیری مؤثر است همراهی کنید.
- تلاش های او را برای رسیدن به موفقیت ارج بنهید و حمایت کنید.
- زمانی که او مشغول مطالعه است برای او یک مدل و الگو باشید. شما هم یک روزنامه یا کتاب بدست گرفته و مطلبی بخوانید و یا یک متن یا نامه بنویسد.
- اهداف و انتظارات خود را واقع بینانه کنید.
- با معلمین و اعضای مدرسه همکاری کنید.
- زمانی که کودک شما می خواهد حرف بزند، به او گوش دهید.
- از او به خاطر مشارکت در انجام امور مدرسه و قابلیت های خاصش قدردانی کنید و او را تصدیق و تأیید کنید.
- با توسل به روش های رفتاری انگیزه کودک را برای فعالیت های تحصیلی بالا ببرید.
- در صورتی که مشکل توجه و تمرکز دارد با ارائه به موقع داروهای تجویز شده توسط پزشک به فرزند خود در بهبود توجه و تمرکز کمک کنید.
- این کودکان نیازمند آن هستند که علاوه بر آموزش معمول کلاسی، در ساعاتی از روز تحت آموزش های خاص توسط معلم تعلیم دیده قرار بگیرند.
- علاوه بر درمان اختلال یادگیری، باید اختلالات روانپزشکی همراه نیز تحت درمان قرار بگیرند مانند: اختلال بیش فعالی، کم توجهی، اضطراب افسردگی و....
- در نظر داشته باشید که

« اختلال ارتباط کلامی »

ارتباط به معنای فرستادن، دریافت و تبادل اطلاعات است که این اطلاعات شامل حقایق، افکار، احساسات، درخواست ها و ... می باشد. زبان به عنوان وسیله ای است برای انتقال مفاهیم فوق، استفاده مؤثر و مناسب از زبان برای برقراری ارتباط با جهان پیرامون برای هر فرد یک امر حیاتی و اساسی است. توانایی تبادل اطلاعات از طریق زبان، اساس فرآیندهای اجتماعی و فرهنگی است.

برای کودکان رشد و تکامل زبان و کلام تأثیر عمیقی روی سایر جنبه های رشد آنان دارد. به طور مثال توانایی زبانی و کلامی مناسب و مؤثر کودک باعث رشد او در زمینه بازی، ارتباط با همسالان، پیشرفت تحصیلی، شناخت عمومی و تکامل رفتاری و هیجانی او می گردد. برعکس چنانچه عملکرد ارتباطی کودک حتی به شکل خفیف مشکل داشته باشد با پیامدهای زبان آور اجتماعی و افزایش خطر ابتلاء به اختلالات روانپزشکی همراه است.

با توجه به چنین پیامدهایی و با توجه به آنکه مشکلات تکلمی و زبانی در کودکان قبل از سن مدرسه، جزء شایع ترین اختلالات تکاملی هستند، تشخیص به هنگام و درمان مناسب این اختلالات برای کودک و خانواده او اهمیت بسزایی دارد.

اختلالات ارتباطی کودکان به دو دسته کلی *اختلالات زبان* و *اختلالات گفتار* تقسیم بندی می شوند. در دسته اختلالات گفتار می توان به اختلال در تلفظ صحیح کلمات و اختلال در روان صحبت کردن اشاره نمود. در اختلالات زبانی، اختلال در درک مطلب و استفاده از جنبه های ارتباطی کلامی یا نوشتاری و یا سایر سیستم های سمبولیک برای برقراری ارتباط مطرح می باشد که می تواند شامل اشکال در فرم، محتوی و یا عملکرد زبان باشد. در زیر به هر کدام از موارد فوق اشاره کوتاهی می گردد.

اختلال در تلفظ

این اختلال شایع ترین نوع مشکلات ارتباطی است که در آن تولید صداهای تکلمی با سطح رشدی و تکاملی کودک متناسب نیست. کودک نمی تواند آنگونه که بر اساس سن او انتظار می رود تلفظ شمرده و صحیحی از کلمات را ارائه دهد. قابل فهم بودن گفتار این کودکان نسبت به میزان کلامی که در موقعیتی خاص تولید کرده اند و جملاتی که گفته اند، کم است. کودک ممکن است نوک زبانی صحبت کند، یا بعضی از حروف و صداها را حذف کند (مثلاً) به جای کلمه عروسک می گوید عوسک، یا به جای نادر می گوید نار، یا شیرینی را شیینی تلفظ کند) یا ممکن است حرفی را جایگزین حرف دیگر کند (مثلاً) به جای گربه بگوید دربه). بسیاری از موارد فوق در طی فرآیند رشد طبیعی کودکان نیز دیده می شود اما بتدریج که سن کودک افزایش می یابد، انتظار می رود تکلم او برای دیگران بیشتر قابل فهم باشد. اما در این اختلال، مشکل کودک پس از طی دوره طبیعی رشد، باز هم ادامه می یابد این بیماری معمولاً در 4 سالگی شروع می شود زمانی که انتظار می رود تکلم کودک قابل فهم باشد. در مورد بچه های زیر 3 سال زمانی تشخیص این اختلال گذاشته می شود که تکلم حتی برای اعضای خانواده نیز غیرقابل فهم باشد. اشکال خفیف تر ممکن است تا زمان ورود به مدرسه تشخیص داده نشود. شیوع این بیماری در سنین پیش از مدرسه بالاتر و بین 15-10 درصد می باشد ولی در سنین مدرسه شیوع آن کاهش یافته و به 6-2 درصد می رسد. این بیماری در پسران شایع تر از دختران است. این کودکان در ریسک اختلالات یادگیری و مشکلات تحصیلی هستند. ممکن است سایر مشکلات زبانی و تکلمی در آنها وجود داشته باشد. در نتیجه در ارزیابی این کودکان باید مشخص شود که آیا فقط مشکل تلفظ وجود دارد یا سایر مشکلات گفتاری و زبانی نیز هست.

لکنت زبان:

در این بیماری سلیس و روان بودن تکلم از بین رفته است. شخص فکر می کند روی گفتار خود تسلط و کنترل لازم را ندارد و در نتیجه دچار واکنش های رفتاری و عاطفی می گردد. ممکن است صداها بلوک شوند و کودک بخواهد حرف بزند ولی صدایی از گلویش خارج نشود و در نتیجه سکوت و یا وقفه ای در کلام رخ دهد، ممکن است تکلم با مکث های طولانی، تکرار یک حرف (مثل: گ - گ - گل) یا یک سیلاب (مثل: وی - وی - ویدیو) یا طولانی شدن و کش آمدن یک حرف (مثل: م م م م مریض) خود را نشان دهد، ممکن است تلاش های رفتاری زیادی را در زمان تکلم کودک ببینیم مثل پلک زدن، تکان دادن دست ها و سر، اداهای خاص روی صورت و

گرچه گاهی کودکان طبیعی نیز دچار عدم روانی گفتار می شوند ولی این ناروانی کلام گذراست و در واحدهای بزرگتر زبانی رخ می دهد. مثلاً در سطح کلمه، عبارت و یا جمله.

این، بیماری معمولاً بین سن 2-7 سالگی شروع می شود که اوج آن 4-3 سالگی است. شیوع آن یک درصد (1٪) می باشد. این اختلال معمولاً در دوره نوجوانی رو به بهبودی می گذارد و شیوع آن کاهش می یابد. لکنت زبان در پسران شایع تر از دختران است. پسران سه برابر دختران به این بیماری مبتلا می شوند. نسبت مرد به زن با افزایش سن افزایش می یابد. که این نشان دهنده درجه بهبودی بیشتر در دختران است.

استرس و اضطراب علیرغم تصور عمومی ایجاد کننده این بیماری نیست ولی می تواند آن را تشدید کند.

زمانی که این کودکان برای حرف زدن تحت فشار قرار می گیرند یا استرس و اضطرابی به آنها وارد می شود، لکنت زبان آنها شدت می یابد. در نتیجه لکنت زبان بیماری است که شدت آن از یک موقعیت به موقعیت دیگر متفاوت است. کاهش استرس در زمان صحبت کردن به کاهش حملات لکنت زبان کمک می کند اما استفاده از داروهای ضد اضطراب تأثیر اصلی در درمان ندارد. به نظر می رسد این بیماران به دو دسته تقسیم می شوند. در یک دسته کودکانی قرار می گیرند که پیش آگهی بهتری دارند و قادرند تکنیک های غلبه بر این مشکل را بیاموزند و آنها را استفاده کنند و در موارد دیگر، کودکانی هستند که مشکل آنها به درمان پاسخ کمتری می دهد.

گفتاردرمانی در این کودکان هم به روان و سلیس صحبت کردن کمک می کند و هم کمک می کند تا کودک با اضطراب، تنش و اجتناب کمتری وارد مکالمه و گفتگو گردد از آنجا که لکنت زبان یک بعد قوی بیولوژیک و ارثی دارد، روان درمانی به تنهایی درمان مؤثری برای آن نیست، گرچه ممکن است به کاهش اضطراب، تطابق بهتر و افزایش اعتماد به نفس کودک کمک مؤثری نماید.

گرچه علت لکنت زبان دقیقاً مشخص نمی باشد، به نظر می رسد مجموعه ای از عوامل مانند آسیب پذیری و استعداد بیولوژیک، تقاضاها و درخواست های محیطی و مشخصات سرشتی و ذاتی فرد در ایجاد آن نقش داشته باشد.

اختلال زبانی خاص:

گروهی از کودکان هستند که درک خوبی از زبان دارند اما برای استفاده از آن در گفتگو، مکالمه و برقراری ارتباط مشکل دارند. کودکان سنین پائین تر که این مشکل را دارند ممکن است اصلاً نتوانند حرف بزنند و تکلم داشته باشد و طیف دیگری از این بیماران ممکن است اشکال ناقصی از زبان را استفاده کنند.

این کودکان معمولاً دیر شروع به صحبت می کنند تا 2 سالگی اولین کلمات خود را نمی گویند و زمانی هم که شروع به صحبت می کنند، کلمات جدید را به آهستگی و کندی وارد ذخایر لغات خود می کنند. ممکن است تا 3 سالگی از کلمات واحدی استفاده کنند و یا یک کلام کوتاه و تلگرافی داشته باشند.

این کودکان خطاهای زیادی در دستور زبان و گرامر دارند مثل نقص در به کار بردن افعال و ضمائر، حذف ضمیر، حذف فعل کمکی و ... ممکن است جمله ای که کودک به کار می گیرد از نظر قواعد دستوری به هم ریخته و بی نظم باشد (مثلاً) به جای آنکه بگوید: بابا ماشین دارد، می گوید: ماشین بابا دارد). یا ممکن است فقط از یک محدوده خاص، کلمات خود را انتخاب کند به طور مثال: تمام جملات مورد نظر را در زمان حال بگوید و از سایر زمان ها مثل گذشته، آینده ماضی بعید و ... در جملات خود استفاده نکند. ممکن است در یافتن کلمه ای مناسب دچار مشکل شود و کلمه دیگری را جایگزین کند که معنای جمله را بهم بریزد و یا منجر به جمله ای ناهمگون، بی ربط و غیرقابل فهم گردد ممکن است هنگام یافتن کلمه مناسب، کلمه ناصحیحی را انتخاب کند که ارتباطی با آن کلمه دارد (مثلاً) به جای صندلی بگوید میز) یا عملکرد آن را توصیف کند (به جای صندلی بگوید چیزی که روی آن می نشینیم). این کودکان از کلمات کلی و مبهم (مثل: چیز، چیزه) زیاد استفاده می کنند. یا ممکن است کلمه خودساخته خود را به کار گیرند. کودک در پاسخ به سؤال ممکن است حاشیه برود و در نهایت جواب مورد نظر را ندهد و یا پاسخ نامناسب به سؤالات بدهد.

نوجوانان با این اختلال ممکن است مشکلات ویژه ای در استفاده از زبان داشته باشند. مثلاً ممکن است در شروع مکالمه، حفظ و تداوم آن، عوض کردن موضوع مورد بحث و مطرح کردن سؤال در ارتباط با موقعیت مشکل داشته باشند و یا اینکه نتوانند مکالمه را به طرف نیازهای شنونده بکشانند، بسیاری از مشکلات عملکردی زبان که این بیماران با آن دست به گریبان هستند. مربوط به فقدان انعطاف پذیری در زبان است. به دلایل مسائل فوق این کودکان ممکن است در ارتباطات اجتماعی گستاخ، بی ادب و شدید اللحن به نظر برسند چون نمی توانند شکل های مختلف زبانی را که در محاوره استفاده می شود به کار ببرند و ممکن است لحن و صدای آنها متناسب با آن موقعیت اجتماعی نباشد.

شیوع این اختلال در زیر 3 سالگی 15-10 درصد است که با افزایش سن کاهش یافته و در سن مدرسه فقط 7-3 درصد کودکان این اختلال را دارند. مشکلات تحصیلی آنها به طور اولیه در خواندن و نوشتن است. علیرغم تداوم اکثر مشکلات اغلب این کودکان دبیرستان را به اتمام می رسانند. بعضی ها وارد دانشگاه می شوند و اکثراً زندگی مستقلی پیدا می کنند.

عده ای از کودکان هستند که علاوه بر مشکلات فوق در زبان درکی نیز مشکل دارند. این کودکان از نظر درک مطلب ضعیف هستند. نوع مرکب (اختلال زبان بیانی و درکی) هم از نظر تحصیلی و هم از نظر اجتماعی ناتوان کننده تر است. شیوع آن در پیش از مدرسه 5 درصد و در سنین مدرسه 3 درصد می باشد. این بیماران در درک مفاهیم انتزاعی، ضرب المثل ها، استعاره، اظهار نظرهای کنایه دار و طعنه آمیز مشکل دارند و در بیان وقایع، خاطرات و چیزهایی که رخ داده مشکل دارند، در علت شناسی این اختلال عوامل نوروبیولوژیک، ژنتیک و محیطی نقش دارد.

لالی انتخابی:

نقص در صحبت کردن در یک یا چند موقعیت ارتباطی است. معمولاً کودک از صحبت کردن در موقعیت هایی مثل مدرسه، اجتماعات و با بزرگسالان خارج از خانه اجتناب می کند، علیرغم آنکه در داخل خانه با خواهر و برادرها و حداقل با یکی از والدین صحبت می کند. سکوت کودک بیشتر نشان دهنده امتناع کودک از صحبت کردن است تا ناتوانی او برای صحبت کردن، هر چند که سایر اختلالات زبانی و تکلمی ممکن است همراه با این بیماری دیده شوند ولی به حدی نیست که باعث فقدان کلام کودک گردند. این کودکان علیرغم امتناع از صحبت کردن، معمولاً به نظر می رسد که به برقراری ارتباط علاقمند هستند و در موقعیت هایی که صحبت نمی کنند ممکن است تلاش کنند تا با استفاده از ژست و حالات صورت، تکان دادن سر، نگاه یا سخن های تک سیلابی و زمزمه و یا نجوا با دیگران ارتباط برقرار کنند.

این کودکان در موقعیت‌هایی که صحبت می‌کنند ممکن است کاملاً پرحرف باشند. شروع آن بین 8 - 3 سالگی است، هرچند شایع‌ترین زمان شروع، هنگام ورود به مدرسه است. با وجود این شروع ممکن است پس از 12 سالگی نیز باشد.

برعکس سایر اختلالات زبان و گفتار در دختران شایع‌تر از پسران است. عده زیادی از این کودکان در طی ماه‌ها و سال‌ها بهبود می‌یابند. بهبودی معمولاً قبل از 10 سالگی رخ می‌دهد و پیش‌آگهی برای کودکان بالای 12 سال بدتر می‌شود. تصور نمی‌شود عوامل بیولوژیک نقش مهمی در علت شناسی آن داشته باشند بیشتر به نظر می‌رسد مسائل بین فردی و خانوادگی در این میان نقش بازی می‌کنند.

عواملی چون: موقعیت‌های خانوادگی منزوی، حداقل یک والد بسیار خجالتی و کم‌ارتباط، خانواده در هم ریخته، بستری شدن در بیمارستان، جدایی مهم از خانواده، آسیب‌های فیزیکی مثل آسیب‌های دهانی، بدرفتاری با کودک و آزار جنسی، وابستگی زیاد به مادر علت شناسی مطرح شده‌اند.

در بررسی کودکانی که مشکل زبان و گفتار دارند باید موارد زیر مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد چرا که بیماری‌ها و موارد مطرح شده در زیر می‌توانند ایجاد اختلال ارتباطی نمایند و زبان و تکلم کودک را تحت تأثیر قرار دهند.

* **عقب ماندگی ذهنی:** کودکان عقب مانده ذهنی اغلب مهارت‌های ارتباطی ضعیفی دارند. شروع تکلم در این‌ها تأخیر دارد و مهارت‌های کلامی متناسب با سن کودک نیست. این کودکان هم در درک مطلب و هم در زبان بیانی مشکل دارند و خطاهای مربوط به تلفظ در آنها شایع است.

- **اوتیسم یا اختلالات نافذ رشد:** مهم‌ترین مشکل این کودکان نقص در برقراری ارتباط است. این کودکان در تعامل اجتماعی، ارتباط دوطرفه و بازی‌های سمبولیک و خلاق مشکل دارند. علاوه بر آنکه قادر به ارتباط کلامی با دیگران نیستند، قادر به استفاده از جنبه‌های غیرکلامی ارتباط نیز نیستند؛ مثل استفاده از نگاه، ژست و حالات صورت، اشاره کردن و... این موضوع وجه افتراق عمده آنها با سایر اختلالات ارتباطی است که نه تنها زبان درگیر است بلکه توانایی و انگیزه کودک برای فرستادن پیام به هر طریق چه کلامی و چه غیرکلامی به شدت مختل است. این کودکان علاوه بر موارد فوق مشکلات بسیاری در سایر زمینه‌ها دارند.

- **اختلال شنوایی:** کودکانی که مشکل شنوایی دارند مستعد اختلالات زبانی هستند به علت آنکه سیستم شنوایی آنها قادر به دستیابی اطلاعات و پیامدهای زبانی نیست. این‌ها کسانی هستند که در ارتباط کلامی، درک مطلب، زبان کلامی و نوشتاری و تلفظ ضعف دارند. در بررسی اختلالات زبان و تکلم باید حتماً از سالم بودن سیستم شنوایی کودک اطمینان حاصل کرد.

- **سایر مواردی که منجر به اختلالات تکلم و زبان می‌گردد** شامل مواردی است که پس از طی یک دوره طبیعی رشد و تکامل زبان رخ می‌دهد. مثلاً "بدنبال ضایعات منطقه ای مغز، مشکلات تکلمی و زبانی بدنبال تشنج، آسیب‌های ناشی از اشعه، عفونت (مانند مننژیت) و تومور مغزی و نیز آسیب‌های ناشی از ضربه به سر.

- همچنین است کودکانی که مورد بدرفتاری و اذیت و آزار قرار می‌گیرند و یا مورد غفلت واقع می‌شوند ممکن است مهارت‌های کلامی پائین‌تری نسبت به همسالان خود داشته باشند. از سوی دیگر کودکانی که مبتلا به مشکل ارتباطی و یا سایر اختلالات تکاملی هستند بیشتر از کودکان طبیعی در معرض

بدرفتاری هستند. این کودکان معمولاً برای مادران کمتر ارضا کننده و پاداش دهنده هستند و این مسئله آنها را مستعد بدرفتاری می کند و ترکیب موارد فوق در نهایت منجر به مشکلات رفتاری و هیجانی در کودک می گردد.

درمان:

در صورت وجود هر یک از مشکلات عقب ماندگی ذهنی، اوتیسم، مشکل شنوایی یا مشکلات جسمی دیگر باید درمان متوجه تمام جوانب حالات مورد نظر گردد و فقط روی تکلم و زبان تمرکز نگردد. درمان کلیه اختلالات ارائه شده در این مبحث به غیر از لالی انتخابی شامل درمان های گروهی و فردی توسط آسیب شناس زبان و گفتار است. به علت مشکلات روانپزشکی و آموزشی همراه، این کودکان نیاز به تدریس خصوصی، آموزش مهارت های اجتماعی و یا مداخله روانپزشکی دیگر دارند. از آنجایی که لالی انتخابی بیشتر به صورت یک اختلال اضطرابی دیده می شود تا یک اختلال تکاملی، روش درمانی آن متفاوت است و به نظر می رسد تعدیل رفتاری جایگاه ویژه ای در این میان دارد مانند تقویت مثبت و پاداش دادن به کودک هنگامی که صحبت می کند، عدم تقویت برای پاسخ های غیرکلامی (مثل استفاده از ژست و اشاره)، گسترش تدریجی تعداد افرادی که کودک با آنها سر و کار دارد و محیطی که در آن انتظار تکلم از کودک می رود و.....

در پایان متذکر می شود تشخیص به موقع و درمان مناسب این کودکان با توجه به شیوع و گستردگی این اختلالات کمک بسیار مؤثری به آینده کودک و خانواده وی می نماید.

آنچه باید والدین در مورد لکنت بدانند:

- در صورت بروز لکنت به والدین آموزش دهید که:
- گاهی ناروانی کلام بخشی از فرایند رشدی است پس تا مطمئن نشده اند از کلمه لکنت استفاده نکنند.
- در بسیاری موارد لکنت خود محدود شونده است.
- با اینحال لازم است مشاوره با متخصصین انجام شود.
- برای صحبت کردن کودک را تحت فشار قرار ندهند.
- به لکنت کودک توجه نکنند
- در زمان صحبت کودک با حوصله به او گوش دهند و از عباراتی مثل زود باش استفاده نکنند.
- موقع صحبت با اضطراب به او نگاه نکنید بلکه چهره طبیعی داشته باشند.
- در حین صحبت با کودک اشتباهات تلفظی او را اصلاح نکنند.
- در حین صحبت هیچگاه به او نگوئید چکار کند تا لکنت نداشته باشد.
- هیچگاه برای یافتن کلمه یا ادای آن به کودک کمک نکنند.

«اختلالات خلقی»

اختلالات خلقی در تمام سنین کودکی رخ می‌دهند و با الگوهای پر دوام خلق آشفته، کاهش علاقه به فعالیت در بازی‌ها، ورزش، دوستی یا مدرسه و احساس کلی بی‌ارزشی تظاهر می‌کند. علائم هسته‌ای افسردگی اساسی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان یکسان است. اختلالات خلقی بین کودکان و نوجوانان به طور فزاینده تشخیص داده و درمان می‌شود. مشخص شده است که اختلالات پایدار خلقی در کودکان در هر سنی و در شرایط گوناگون متعدد ظاهر می‌شود.

هر چند ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلالات خلقی تقریباً برای همه ی گروه‌های سنی یکسان است تظاهر خلق آشفته در کودکان بسته به سن آنها فرق می‌کند. بایستی توجه داشت علائمی که معمولاً در بچه‌های کوچک افسرده دیده می‌شود به میزان کمتر در بچه‌های بزرگ‌تر دیده می‌شود. توهمات شنوایی هماهنگ با خلق، شکایات جسمی، تظاهر غمگینی و اعتماد به نفس پایین نشانه‌های شایع در این کودکان است. سایر علائم افسردگی که در اواخر نوجوانی شایع‌تر از بچه‌های کوچک است عبارتست از فقدان احساس لذت، کندی روانی - حرکتی شدید، هذیان و احساس نومییدی.

علائمی که بدون توجه به سن و وضعیت رشد به طور یکسان ظاهر می‌شوند مشتمل بر افکار خودکشی، خلق افسرده یا تحریک‌پذیر، بی‌خوابی و کاهش تمرکز است. بایستی توجه شود که مسائل رشد بر تظاهر تمام علائم تأثیر می‌گذارند. مثلاً بچه‌های درمانده کوچکی که افکار خودکشی تکرار شونده دارند معمولاً ناتوان از طرح نقشه‌ای واقع‌گرایانه برای خودکشی یا تبدیل افکارشان به عمل هستند.

خلق کودکان مخصوصاً در مقابل چندین عامل استرس‌زای اجتماعی شدید نظیر ناهماهنگی مستمر خانوادگی، مورد آزار و بی‌توجهی واقع شدن و شکست تحصیلی آسیب‌پذیر است.. اختلالات افسردگی و اختلال دوقطبی غالباً دوره‌ای هستند هر چند ممکن است شروع آنها بطئی باشد. دوره‌های مانی در کودکان نابالغ نادر، اما در دوره نوجوانی نسبتاً شایع است.

اختلال افسردگی اساسی

طبق ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال افسردگی اساسی حداقل باید 5 علامت برای یک دوره دو هفته‌گی وجود داشته و باعث اختلال در عملکرد فرد شده باشد. بعضی علائم لازم برای تشخیص عبارتند از خلق افسرده یا تحریک‌پذیر، فقدان علاقه یا احساس لذت.

علائم دیگری که چهار ملاک تشخیصی دیگر از آنها گرفته شده‌اند مشتملند بر ناتوانی کودک در وزن مورد انتظار، بی‌خوابی یا پرخوابی روزانه، تحریک یا کندی روانی حرکتی، احساس خستگی یا فقدان انرژی (مرتباً)، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز، احساس بی‌ارزشی یا گناه نامتناسب و افکار افسرده تکرار شونده مرگ. این علائم باید اختلال اجتماعی یا تحصیلی به وجود آورند. علائم برای اینکه مشمول ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی باشند نباید ناشی از تأثیر مستقیم مواد (مثلاً الکل) یا یک اختلال طبی عمومی باشند. تشخیص اختلال افسردگی اساسی در ضمن دو ماه پس از فقدان فردی عزیز گذاشته نمی‌شود مگر مواردی که اختلال بارز کارکرد، اشتغال ذهنی بیمار گونه با بی‌ارزشی، افکار خودکشی، علائم سایکوتیک یا کندی روانی - حرکتی وجود داشته باشد.

دوره افسردگی اساسی کودکان قبل از سنین بلوغ احتمال دارد به صورت شکایات جسمی، تحریک روانی - حرکتی و توهمات هماهنگ با خلق تظاهر نماید. فقدان احساس لذت هم ممکن است دیده شود اما این حالت همین احساس نومییدی، کندی روانی - حرکتی و همزمان در نوجوانان و بالغین در دوره‌های افسردگی اساسی شایع‌تر است بزرگسالان بیشتر از کودکان و نوجوانان از اختلال خواب و اشتها رنج می‌برند.

در نوجوانان رفتارهای منفی کارانه یا آشکارا ضد اجتماعی و مصرف الکل و داروهای غیرقانونی ممکن است مشاهده شود. احساس تمایل به ترک منزل یا درک نشدن و مقبول نبودن، بی‌قراری، بدقلقی و پرخاشگری شایع است. بدخلقی، تعلل برای شرکت در فعالیت‌های خانوادگی و کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی و پناه بردن به اطاق خصوصی خود فراوان مشاهده می‌شود. مشکلات تحصیلی بسیار محتمل است. ممکن است بی‌توجهی به ظاهر خود و هیجان زدگی همراه با حساسیت شدید به طرد شدن روابط عاشقانه دیده شود.

کودکان می‌توانند گزارش‌گر قابل اعتمادی در مورد رفتار، هیجانات، روابط و مشکلات مربوط به عملکرد روانی - اجتماعی خود باشند. معهداً ممکن است ملال و دلتنگی خود را با نام‌های گوناگون معرفی کنند. به همین جهت پرسش در مورد احساس غمگینی پوچی ملال و ناشادی، میل به گریه کردن و داشتن احساس ناراحتی درونی که همیشه وجود دارد ضروری است.

کودکان افسرده معمولاً یک یا چند تا از این اصطلاحات را معادل با احساس دلتنگی مستمر خود در نظر می‌گیرند. طول مدت و ماهیت دوره‌های اختلال افسردگی به منظور تفکیک آن از دوره‌های غمگینی نسبتاً گذرا و گاهی متعدد، دوره‌های غمگینی که معمولاً پس از حادثه‌ای ناکام کننده ظاهر می‌شود و نه به دلیل افسردگی واقعی بایستی ارزیابی شود. هر چه کودک کم سن و سال‌تر باشد، تخمین‌های زمانی او بیشتر احتمال دارند که عاری از دقت باشد.

اختلالات خلقی زودرس بیشتر احتمال دارد که سیر مزمنی پیدا کنند. اختلالاتی که در دوران کودکی ظاهر می‌گردند نشان دهنده شدیدترین انواع اختلالات عاطفی بوده و بیشتر در خانواده‌هایی که میزان بروز اختلالات خلقی و الکلیسم در آنها بالا است مشاهده می‌شوند. چنین کودکانی بشتر احتمال دارد که عوارض ثانوی نظیر اختلال سلوک، الکلیسم، سوءمصرف مواد و رفتار ضد اجتماعی پیدا کنند.

اختلال افسرده خوئی

اختلال افسرده خوئی در کودکان و نوجوانان با خلق افسرده یا تحریک‌پذیر در اکثر اوقات روز، و در بیشتر روزها در یک دوره زمانی حداقل یک ساله تشخیص داده می‌شود. در DSM-IV-TR ذکر شده است که در کودکان و نوجوانان خلق تحریک‌پذیر می‌تواند جانشین ملاک خلق افسرده در بالغین شد. و ملاک طول مدت نیز به جای دو سال، در کودکان و نوجوانان یک سال است. طبق ملاک‌های تشخیص DSM-IV-TR حداقل 3 تا از علائم زیر باید با خلق افسرده یا تحریک‌پذیر همراه باشند: اعتماد به نفس پایین، بدبینی یا ناامیدی، فقدان علاقه مردم‌گریزی، خستگی مزمن، احساس گناه یا دل‌مشغولی با گذشته‌ها، تحریک‌پذیری یا خشم مفرط، کاهش فعالیت یا کارآئی، اختلال تمرکز در طول یک سال. در طی این دوره بیمار نباید بیش از دو ماه بدون علامت باشد. همچنین اگر علائم منحصراً در جریان یک اختلال سایکوتیک مزمن روی داده یا نتیجه مستقیم مصرف مواد یا اختلال طبی عمومی باشد تشخیص اختلال افسرده خوئی گذشته نمی‌شود. طبق DSM-IV-TR نوع زود آغاز قبل از 21 سالگی یا دیر آغاز (پس از 21 سالگی) مشخص می‌شود. کودک یا نوجوان مبتلا به اختلال افسرده خوئی ممکن است قبل از شروع این اختلال سابقه دوره‌های قبلی اختلال افسردگی اساسی داشته باشد اما بیشتر امکان دارد که کودک یک سال پس از تحمل افسرده خوئی به اختلال افسردگی اساسی مبتلا شود. در چنین مواردی هر دو تشخیص افسردگی و افسرده خوئی گذشته می‌شود. (افسردگی دوگانه)

سن متوسط شروع اختلال افسرده خوئی در کودکان چند سال زودتر از سن شروع اختلال افسردگی اساسی است.

درمان:

درمان اختلال افسردگی اساسی شامل درمان های دارویی و غیر دارویی است. در بین درمان های دارویی داروهای مهار کننده اختصاصی باز جذب سروتونین نظیر فلوکستین، سرتراپین و سیتالوپرام درمان انتخابی محسوب می شوند. داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای جایگاهی در درمان افسردگی کودکان و نوجوانان، ندارند. از درمان های شناختی - رفتاری در موارد خفیف تا متوسط بیماری می توان استفاده نمود.

اختلال دو قطبی

این اختلال با بروز حد اقل یک دوره مانیا یا هیپومانیا مشخص می شود. دوره ی مانیا دوره ایست که با بروز خلق شاد یا تحریک پذیر به همراه 3 نشانه دیگر (در صورت وجود خلق تحریک پذیر 4 نشانه) از نشانه های زیر بمدت حداقل 1 هفته مشخص می شود.

- خلق شاد یا تحریک پذیر
- افزایش اعتماد به نفس یا بزرگ منشی
- حواسپرتی
- پر حرفی
- افزایش انرژی یا کاهش نیاز به خواب
- افزایش فعالیتهای هدفدار
- افزایش فعالیتهای لذت بخش با عواقب وخیم

چنانچه شدت اختلال در حدی باشد که منجر به بستری شود مدت اختلال می تواند کمتر از یک هفته باشد. دوره هیپومانیا مشابه دوره مانیا بوده با این تفاوت که مدت آن حداقل 4 روز و شدت آن در حدی نیست که تاثیر منفی قابل توجه بر عملکرد فرد داشته باشد و بیشتر منجر به تغییر عملکرد می شود. نشانه های این اختلال به اندازه نشانه های بالغین تیپیک نبوده و تشخیص این اختلال در کودکان و نوجوانان دشوار است.

مهمترین نشانه های اختلال دو قطبی در کودکان عبارتند از:

- خلق بالا و سرخوشی
- تحریک پذیری و نوسانات هیجانی
- پرخاشگری
- قشقرق طولانی
- پر توقعی
- بی قراری
- بی خوابی
- بزرگمنشی و قلدری
- لجبازی
- در سنین بالاتر تمایل به مصرف مواد
- فرار از مدرسه یا منزل
- افزایش تمایلات جنسی (بی پروا شدن و مهارگسیختگی)

نشانه های فوق ممکن است با دوره هائی از نشانه های افسردگی همراه باشد و ممکن است در یک دوره کوتاه مدت هر دو دسته نشانه های افسردگی و خلق بالا را بتوان دید. لذا تشخیص این اختلال در کودکان دشوار است و نیازمند ارزیابی های تخصصی می باشد.

اختلال دو قطبی در نوجوانان ممکن است با نشانه های زیر همراه باشد.

- رفتارهای جنسی پر خطر
- تمایل به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی
- رانندگی بی محابا
- تمایل به آرایش کردن
- ولخرجی
- پر توقعی و درخواست های بیش از حد از خانواده
- لجبازی و مقابله با بزرگترها
- عصبانیت و پرخاشگری راجع به موضوعات جزئی
- تمایل زیاد به تفریح و گردش و شرکت در مهمانیها
- فرار از منزل یا مدرسه
- بکار بردن الفاظ رکیک و جوکهای با محتوای جنسی در موقعیتهای نا متناسب

درمان:

درمان اختلال دو قطبی عمدتاً درمان دارویی است و برای این منظور از تثبیت کننده های خلق نظیر لیتیم و والپرات سدیم استفاده می شود. طول دوره ی درمان در کودکان و نوجوانان نسبت به بزرگسالان بیشتر است و گاه نیز مجبور به استفاده از دو یا سه تثبیت کننده ی خلق برای کنترل بیماری هستیم.

آنچه والدین در مواجهه با کودک مبتلا به اختلال خلقی باید بدانند:

- اطلاعات در مورد علائم
- اطلاعات در مورد علل بیماری
- اطلاعات در مورد سیر اختلال
- اطلاعات در مورد نحوه درمان و طول مدت وسیر درمان
- اطلاعات در مورد نحوه برخورد با مشکلات بیمار

« اختلالات اضطرابی »

اختلال اضطراب جدایی

اضطراب جدایی با شیوع 5/5-5/2٪ شایع‌ترین اختلال اضطرابی در کودکان و نوجوانان زیر

- کودک حاضر نیست جدای از مراقب بخواهد.
 - کابوسهای تکرار شونده با محتوای جدایی از مراقب
 - کودک شکایات متعدد جسمی مثل شکایت از سردرد و یا دل درد دارد.
- این اختلال باید حداقل 4 هفته طول کشیده و بیش از اضطراب جدایی طبیعی متناسب با سن کودک باشد (کودکان بطور طبیعی از حدود 7 ماهگی دچار اضطراب جدایی شده که تا 24 ماهگی ممکن است طول بکشد با اینحال در سنین قبل از مدرسه گاهاً این نوع اضطراب طبیعی تلقی می شود مگر آنکه از نظر شدت متناسب با سن کودک نباشد).
- نشانه ها باید ایجاد دیسترس یا نقص عملکرد شدید نموده باشند. و علائم نباید در زمینه اختلال اوتیسم، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات سایکوتیک دیده شوند.

درمان:

در درمان اختلالات اضطراب جدایی و برخی انواع دیگر مشکلات اضطرابی کودکان می توان از داروهای مهار کننده اختصاصی باز جذب سروتونین، نظیر فلوکستین کمک گرفت. درمان های شناختی - رفتاری را نیز می توان در اختلالات اضطرابی کودکان بکار گرفت.

در مورد نکات زیر در مورد کودکانی که از اضطراب جدایی رنج می‌برند به آموزش دهید:

- ممکن است برای کاهش اضطراب شدید کودک نیاز به مداخله دارویی باشد.
- باید استرس‌های موجود در خانواده مثل طلاق، جدایی، بدرفتاری فیزیکی و هیجانی با کودک و مسائل دیگر مورد بررسی و مداخله قرار گیرد.
- والدین نقش بسیار مهمی را در درمان ایفا می‌کنند. باید آن‌ها را تشویق کنیم تا نیاز کودک را هم برای امنیت و هم برای زندگی مستقل و غیر وابسته بفهمند و درک کنند.
- برگشت به مدرسه نقشی حیاتی در فرآیند درمان دارد. برای این کودکان مدرسه را به خانه نمی‌آوریم، بهتر است آن‌ها با موضوع ترس خود روبرو شوند، مدرسه رفتن مرتب، اغلب باعث کاهش و بهبود علائم این کودکان می‌گردد نیاز است تا والدین یک برنامه صبحگاهی هماهنگ و ثابت را برای کمک و حمایت کودک جهت رفتن به مدرسه فراهم کنند.
- همکاری و هماهنگی برای رسیدن به درمان مناسب بین تیم درمان، خانواده و مدرسه باید وجود داشته باشد.
- در موارد بسیار شدید لازم است به‌طور تدریجی و در زمان‌های کوتاه‌تر کودک جدایی از والدین را تجربه کند.
- برای تلاش‌های موفقیت‌آمیز کودک پاداش و جایزه در نظر گرفته شود.
- در صورتی که کودک از رفتن به مدرسه یا مهد کودک امتناع کند و در منزل بماند نباید محیط منزل پر از سرگرمی و استراحت و تفریح باشد و به اصطلاح شرایط منزل به‌گونه‌ای نباشد که به کودک زیاد خوش بگذرد چون همین مشکل نرفتن کودک را به مدرسه تقویت می‌کند.

اختلال اضطراب فراگیر:

اختلالی است که با نشانه های اضطرابی نظیر تپش قلب، لرزش، خشکی دهان، تنفس تند و سریع، دلهره و دلشوره، نگرانی بیش از حد راجع به اتفاقات ناگوار، نگرانی راجع به سلامت خود یا دیگران، نگرانی راجع به قضاوت دیگران دیده می شود. این نشانه ها باعث دیسترس زیاد شده و عملکرد کودک را تحت تاثیر قرار می دهند. در کودکان وجود یک نشانه اضطرابی بمدت حداقل 6 ماه به نحوی که باعث دیسترس شدید شود این تشخیص را مطرح می سازد

فوبیا ها:

اختلالاتی هستند که با ترس غیر متناسب از موقعیتهای خاص نظیر ارتفاع، وقایع طبیعی، و مکانهای خاص (آسانسور و ...) مشخص می شود. افراد ممکن است نسبت به غیر واقعی بودن ترسهایشان مطلع باشند

در مورد کودکانی که مشکل اضطرابی دارند به والد آموزش دهید که:

- از طریق اطمینان بخشی احساس امنیت کودک را بالا ببرد.
- به اضطراب کودک توجه کرده با او همدلی کند و سپس برای کاهش آن اقدام نماید.
- از کاربرد جملات تهدید کننده که معنای طرد کودک را در بر داشته باشد (مثل اینکه مادرت نخواهم بود) اجتناب نماید.
- هرگز کودک را بخاطر اضطرابش سرزنش نکنید
- مواجهه کودک را با محرکهای ترسناک نظیر فیلم ها یا صحنه های خشونت به حداقل برساند.

« اختلالات دفعی »

شب ادراری

تعریف:

شب ادراری، طبق DSM-IV به عنوان عمل غیراختیاری (یا اختیاری) ریزش ادرار در رختخواب می‌باشد، که شامل حداقل فراوانی دو بار در هفته در کودکان بالای 5 سال است با این شرط که توسط نقص‌های ارثی یا اکتسابی یا اختلال در سیستم عصبی مرکزی، ایجاد نشده باشد و همچنین نقص‌های فیزیولوژیکی عامل آن نباشد. در ادرار پارامترهای بیشتری برای تعریف این اختلال در زمینه بالینی آورده شده است.

- شب ادراری عملی غیر ارادی است که در خلال خواب اتفاق می‌افتد و با خیس کردن رختخواب باعث ایجاد سایر مشکلات رفتاری می‌شود.
- شدت این اختلال مقوله‌ای بحث‌انگیز است، بچه‌ها در میزان شب ادراری متفاوت هستند. فقط عده قلیلی (2 تا 15 درصد) هر شب یا بیشتر از 2 بار در هفته رختخواب را خیس می‌کنند اغلب نظمی در این عمل برای آنها مشاهده نمی‌شود، معمولاً ملاک‌های DSM-IV را پر نمی‌کنند و طبق ICD-10 (سازمان بهداشت جهانی، 1993) این اختلال شامل فراوانی 2 بار در ماه (کودکان زیر 7 سال) یا 1 بار در ماه (بالای 7 سال) را شامل می‌شود.
- گرچه DSM-IV سن 5 سال (یا سن عقلی برابر 5 سال) را برای این اختلال پذیرفته است، ICD-10 حداقل سن عقلی را 4 سال می‌داند، همچنین پیشنهاد شده با توجه به تفاوت دختران و پسران، سن‌ها به صورت متفاوت در نظر گرفته شود.
- نگرانی والدین یا آشفتگی‌های کودکان گرچه به ندرت در انجام تشخیص‌گذاری برجسته می‌شوند، بدون شک قسمتی از تشخیص بالینی را شامل می‌شوند.

شیوع

شب ادراری به عنوان شایع‌ترین و مزمن‌ترین اختلال کودکان شناخته شده است. در انگلستان 3/4 میلیون در کودکان بالای 7 سال تخمین زده شده است و 7/5 میلیون کودک در آمریکا این اختلال را به نوعی تجربه کرده‌اند. البته به دلیل گوناگونی در روش‌های اندازه‌گیری، اغلب نتایج تحقیقات اپیدمیولوژیکی کشورهای مختلف قابل مقایسه نیستند.

اغلب به میزان 1 تا 2 درصد شب ادراری تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند، اما هیچ ملاک پیش‌بینی برای تعیین اینکه کدام یک موفق به کنترل مثابه‌شان تا سن نوجوانی نمی‌شوند، وجود ندارد. شیوع در 7 سالگی 3/8٪ در پسران و 2/9٪ در دختران با فراوانی بیشتر از یک بار در هفته مشاهده شده است و به 11/9٪ در پسران و 7/1٪ در دختران با فراوانی 1 بار در 3 ماه افزایش پیدا کرده است. شیوع همچنین تحت تأثیر عوامل فرهنگی - اجتماعی می‌باشد. نرخ شیوع بیشتر در کشورهای شرقی و مشرق دور در مقایسه با اروپا دیده می‌شود. مطالعات انجام شده عواملی مانند تفاوت در انتظارات، آداب توالیت کردن متفاوت و تغذیه از سینه مادر را در این امر مؤثر می‌دانند.

طبقه‌بندی

شب ادراری را به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌کنند در نوع اولیه هیچ دوره طولانی خشک بودن گزارش نشده است و در نوع ثانویه دوره ی قابل توجهی از خشک بودن (حداقل 3 ماه) گزارش می‌شود. انواع اولیه شب ادراری ارتباط کمتری با مسائل روانشناختی دارند.

علت شناسی

سبب شناسی شب ادراری در سه دسته زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد:

تأخیر رشدی

یک رشد دو جانبه شامل کنترل CNS روی عملکرد مثانه و پاسخ‌دهی CNS به پر شدن مثانه و پدید آبی ریتم شبانه روزی که از ترشح وازوپرسین ناشی می‌شود، نشانه‌های رشدی هستند که تا سن 4 سالگی در کودکان عادی رشدشان کامل می‌شود و در کودکان با مشکل شب ادراری این رشد با تأخیر مواجه می‌شود. سایر فاکتورهایی که با ناتوانی در کنترل مثانه همزمان می‌شوند شامل، وزن کم نوزاد، تأخیر در رشد حرکتی مثل ایستادن، راه رفتن و مهارت‌های حرکتی، تأخیر در رشد زبان و توانایی حرکتی و ادراکات خاص.

عوامل ژنتیکی

شواهدی از بروز ژنتیکی شب ادراری در خانواده‌ها وجود دارد. با احتمال 77 درصد چنانچه در والد مبتلا به شب ادراری بوده باشند، فرزند آنها به این اختلال مبتلا خواهد شد و 43 درصد چنانچه یکی از والدین به شب ادراری مبتلا بوده باشد و 15 درصد در صورتی که هیچ یک از والدین شب ادرار نبوده باشند.

فاکتورهای روانی - اجتماعی

فاکتورهای اجتماعی - اقتصادی، خانواده‌های پرجمعیت و بزرگ و سایر استرس‌های روانی اجتماعی را دخیل دانسته اند که البته این تأثیر کاملاً تأیید شده نمی‌باشد.

درمان:

بیشترین استراتژی‌هایی که توسط والدین به کار گرفته می‌شود عبارتند از: بیدار کردن بچه‌ها یا بلند کردن و به توالت بردن کودکان بدون بیدار کردن آنها و بازداری از ریزش ادرار. مطالعات کمی مؤثر بودن این روش‌ها را نشان داده‌اند. مفیدترین نوع درمان استفاده از تشک زنگ دار و روش‌های رفتاری (جدول رفتاری و سیستم تشویق) است. در این موارد باید به خانواده‌ها آموزش داد که کودک تعمداً این رفتار را انجام نمی‌دهد. همچنین آموزش خانواده‌ها در مورد اجتناب از روش‌های تنبیهی و اجتناب از سرزنش یا توهین به کودک کمک‌کننده است. در مواردی که شدت مشکل زیاد بوده و به درمان‌های رفتاری جواب ندهد استفاده از درمان‌های دارویی با نظر روانپزشکان می‌تواند مؤثر باشد.

آینده این کودکان چگونه است؟

شب ادراری اختلالی خود محدود شونده است که با افزایش سن به تدریج برطرف می‌شود و با ورود کودک به دوره ی نوجوانی از شیوع آن کاسته می‌شود. بهترین روش کنترل این اختلال استفاده از روش‌های شرطی سازی است.

بی اختیاری مدفوع

این اختلال زمانی مطرح می شود که کودکی که حداقل سن او 4 سال است در مکان و جای نامناسب و یا در لباس خود به طور عمد یا غیر عمد دفع مدفوع دارد و معمولاً بدین صورت است که کودک مدفوع خود را به طور کامل به لباس خودش تخلیه نمی کند و نشت مدفوع رخ می دهد. شایع ترین مورد این بیماری زمانی است که کودک یبوست دارد و مدفوع خود را نگه می دارد، مدفوع سفت می شود و سپس مدفوع شل و آبکی از کنار آن نشت کرده و کودک دچار بی اختیاری مدفوع می شود.

مواردی نیز وجود دارد که کودک یبوست ندارد و معمولاً در این نوع نشت مدفوع عمدی می باشد و با اختلالات رفتاری و رفتارهای مقابله ای و لجبازی همراه است و گاه یک بیان پنهان خشم نسبت به والدین و طرف مقابل است. اکثر کودکانی که مبتلا به بی اختیاری مدفوع هستند به نظر نمی رسد مشکلات رفتاری قابل توجهی داشته باشند ولی عده ای از این کودکان به علت طرد شدن از سوی اطرافیان و سرزنش و شماتت توسط آنها اعتماد به نفس پائینی دارند. ممکن است این کودکان به علت بوی نامطبوعی که دارند از سوی همسالان طرد شوند و در نتیجه در این کودکان ارتباط با همتاها و همسالان تحت تأثیر قرار می گیرد.

در صورت وجود این اختلال باید علل جسمی ایجاد کننده یبوست یا اسهال مزمن و مصرف ملین ها بررسی و رد شود. این بیماری نسبت به شب ادراری شیوع کمتری دارد و حدود $1/5 - 7/5$ درصد کودکان سنین مدرسه به درجاتی گرفتار این بیماری هستند. شیوع آن در پسران بیشتر از دختران است و در شرایط اقتصادی - اجتماعی پائین بیشتر دیده می شود. بی اختیاری مدفوع به علت احساس شرم و خجالت والدین کلاً بیماری است که کمتر از آنچه که هست گزارش می شود.

علت این بیماری چیست؟

نمی توان علت واحدی را برای آن در نظر گرفت. معمولاً ترکیبی از عوامل روانشناختی و رشدی مطرح است در مواردی شروع بیماری بدنبال استرس هایی مانند: اختلاف والدین، بد رفتاری با کودک، آزار جنسی و ... می باشد. باید در این کودکان علل جسمی ایجاد کننده یبوست یا اسهال مزمن و مصرف ملین ها بررسی شده و رد شود. عده ای از این کودکان به علت شقاق مقعد و سایر مشکلاتی که در ناحیه مقعد دارند، دفع مدفوع برای آنها دردناک است و همین امر منجر به نگه داشتن مدفوع، تجمع آن، یبوست و بدتر شدن مشکل مقعد می گردد و این چرخه معیوب تکرار شده و در نهایت منجر به نشت مدفوع شل از کنار مدفوع سفت می گردد. گاه ممکن است کودک از رفتن به دستشویی ترس داشته باشد و متعاقب آن از این عمل اجتناب کند و تا زمانی که ترس کودک بررسی نشده و درمان نشود مشکل کودک ادامه می یابد. همچنین در علت شناسی این بیماری نباید تأثیر منفی ناشی از آموزش های خشن راجع به کنترل مدفوع را مورد بی توجهی قرار داد.

درمان:

هدف از درمان آن است که کودک به یک استفاده مستقل و منظم از توالت برسد و مشکلات همراه نیز حل گردد براساس نوع بی اختیاری مدفوع که با یا بدون یبوست می باشد درمان طبی متفاوت است. قبل از شروع درمان باید یک ارزیابی دقیق از نظر مسائل طبی و اجتماعی، روانشناختی انجام پذیرد و نیز باید دوره ای را برای مشاهده و ثبت آلوده سازی او به طور دقیق اختصاص داد و باید به خانواده آموزش کافی در مورد مشکل داده شود تا خانواده با توسل به روش های تنبیهی نامناسب، وضعیت کودک را بحرانی نکنند. حتماً باید از تشویق صحیح و مناسب برای زمان هایی که کودک مدفوع خود را کنترل داشته و آن را در محل مناسبی دفع کرده است، استفاده شود. علاوه بر موارد فوق توجه به نکات زیر در کنترل مدفوع این کودکان مهم است:

- به طور مرتب و منظم، 20 دقیقه پس از صرف هر وعده غذا، کودک به مدت 10 دقیقه روی دستشویی بنشیند تا حرکات روده ای او افزایش یابد.
- از تشویق، پاداش و جایزه های ویژه برای دفع مناسب مدفوع کودک استفاده کنیم.
- از پیامدهای تنبیهی مناسب استفاده کنیم و به روش های نامناسبی چون تنبیه فیزیکی، سرزنش، تحقیر و شماتت و مقایسه کودک با دیگران متوسل نشویم.

آینده این کودکان چگونه است؟

اوج بهبودی برای پسران در سن 6 سالگی و برای دختران در سن 8 سالگی می باشد از این سنین به بعد کاهش تدریجی بیماری وجود دارد تا سن 16 سالگی که بیماری در هر دو جنس به طور کامل ناپدید می شود.

در صورت وجود مشکلات دفعی به والد آموزش دهید:

شب ادراری:

- این اختلال در اکثر موارد خود محدود شونده است و بدلیل عوارض و تاثیراتش نیازمند درمان است.
- کودک عمدا اقدام به اینکار نمی کند.
- هرگز کودک را بخاطر این اتفاق تنبیه بدنی نکنند.
- پی گیری درمان و انجام روشهای رفتاری و داروئی توصیه شده از اهمیت زیادی برخوردار است.

بی اختیاری مدفوع:

- کودک را بخاطر این رفتار تنبیه بدنی نکنند.
- در موارد وجود نوع احتباسی همراه با یبوست به لزوم استفاده از ملین ها در رژیم غذایی تاکید کنید.
- در خصوص پی گیری درمان آموزش دهید.

« اختلال تیک »

تیک ها حرکات یا صداهای ناگهانی، بی هدف، مکرر و تکرار شونده اند. بطور شایعی ناخواسته و یا در پاسخ به یک تمایل درونی قوی انجام می پذیرند. فرد ممکن است بتواند بمدت کوتاه مانع انجام آنها شود. تواتر تیک متفاوت و دوره های تشدید یا تخفیف دارد و ممکن است به شکل حرکات ارادی یا صدا درآوردن باشد. تیک ساده حرکات یا اصوات ناگهانی، کوتاه و بی معنی اند ولی تیک های پیچیده می توانند به شکل حرکات منظم و هدفمند تر یا اصوات مشخص (مثل ناسزا گفتن) تظاهر نمایند.

تقسیم بندی:

اختلال تیک گذرا: تیک های گذرا در سنین قبل از بلوغ شایعند و در پسر ها بیش از دختر ها دیده می شوند. انواع صوتی از شیوع کمتری برخوردار است. این تیک ها اغلب با استرس تشدید شده و کیفیت متغیری دارند. کودک ممکن است متوجه وجود تیک نباشد. باید حداقل 4 هفته ادامه داشته و بیش از یک سال هم طول نکشیده باشد.

اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن: دوره زمانی این تیک ها طولانی تر از یک سال بوده و دوره های تیک باید حداقل سه ماه طول کشیده باشد. این تیک ها در شرایط استرس، اضطراب و خستگی تشدید می شوند. برخی از این افراد ممکن است مشخصات اختلال تورت را داشته باشند.

اختلال تورت: اولین نشانه های تورت معمولا در سنین 5 تا 8 سال ظاهر می شوند. در ابتدا ممکن است بصورت اختلال تیک گذرا دیده شود ولی بعدا این تیک ها ادامه می یابند. در اختلال تورت تیک های صوتی و حرکتی هر دو وجود دارند. ممکن است تیک های پیچیده نیز دیده شوند. تیک های حرکتی معمولا قبل از تیک های صوتی ظاهر می شوند.

اختلالات مرتبط یا همراه:

برخی اختلالات با اختلال تیک مرتبط بوده قبل و یا همراه آن دیده می شوند. این اختلالات عبارتند از:

- اختلالات اضطرابی
- افسردگی
- مشکلات یادگیری
- اختلال بیش فعالی و نقص تمرکز
- اختلال وسواسی - جبری

کودکانی که اختلال تیک دارند ممکن است مشکلات رفتاری نظیر لجبازی و بدخلقی داشته باشند. همچنین تیک ممکن است با دوره هائی از افزایش یا کاهش شدت همراه باشد.

درمان:

اختلالات تیک در بسیاری از مواقع نیازمند درمان نیست، درمان های دارویی را در مواقعی که شدت تیک زیاد باشد یا در صورت باشد بنحوی که استرس زیادی برای کودک یا خانواده ایجاد کرده باشد می توان بکار برد. از درمان های غیر دارویی نظیر درمان های رفتاری نیز می توان کمک گرفت.

در صورت وجود اختلال تیک به والدین در خصوص موارد زیر آموزش دهید:

- این اختلال به دلیل نقص در سیستم اعصاب مرکزی است و کودک عمداً این حرکات را تولید نمی‌کند.
- به والد در مورد لزوم درمان دارویی توضیح دهید.
- به والد آموزش دهید که در طول درمان ممکن است علائم کم و زیاد شود در این صورت درمان را قطع نکند
- به والد آموزش دهید که به تیک‌های کودک توجه نکند و بخاطر تیک به کودک تذکر ندهند.
- بسیاری از تیک‌ها گذرا هستند بخصوص زمانی که مدت زمان کمی از شروع آنها گذشته باشد در این خصوص به والد اطمینان بخشی کنید.

فصل یازدهم: اختلال وسواس

اختلالی است که با افکار تکرار شونده و رفتارهای اجباری در زمینه این افکار مشخص می شود. وسواسها و اجبارها عمدتاً در زمینه آلودگی و شستشو، تقارن، نظم و چیدن، چک کردن و افکار مزاحم و آزار دهنده و .. می باشد. وسواس و اجبارها را در کودکان بصورت حساسیت زیاد به آلودگی لباس، شستن زیاد دستها، پاک کردن های بیش از حد تکالیف و نوشتن مکرر، چیدن و منظم کردن بیش از حد اشیاء و وسایل می توان دید. کودک ممکن است به غیر عادی بودن این نشانه ها آگاه نباشد. معمولاً این نشانه ها بر عملکرد کودک اثر گذاشته و دیسترس قابل توجه ایجاد می کند. گاهی پافشاری کودک برای اجبارها از سوی والدین لجبازی تلقی می شود و گاهی الگوهائی از نظم و ترتیب توأم با شلختگی دیده می شود. گاهی کودکان وسواسهایشان را پنهان می کنند لذا درمانگر باید در تمام موارد نسبت به وجود نشانه های وسواس حساس باشد و در مورد آنها سؤال نماید. وسواس باعث کاهش عملکرد کودک در زمینه های مختلف از جمله عملکرد تحصیلی و بر هم خوردن روابط کودک با افراد خانواده و والدین می شود.

درمان:

درمان وسواس کودکان و نوجوانان شامل درمان های دارویی و غیر دارویی است. در بین درمان های دارویی، داروهای مهار کننده اختصاص باز جذب سروتونین نظیر فلوکستین و سرترامین داروهای انتخابی هستند. درمان های شناختی - رفتاری را نیز می توان با موفقیت در این کودکان بکار گرفت.

در صورت وجود نشانه های وسواس و اجبار به والد آموزش دهید که:

- این نشانه ها به دلیل اختلال وسواس است و کودک قادر به مقاومت در برابر آن نیست.
- در برابر نشانه های وسواس و رفتارهای اجبار گونه واکنشهای تند بروز ندهند و از تنبیه بدنی استفاده نکنند.
- درمان اختلال استفاده از داروهای ضد وسواس و روشهای رفتاری است که باید تحت نظر روانپزشک انجام شود.
- جواب دادن به درخواستهای وسواسی کودک و اجازه بروز رفتارهای اجبارگونه به کودک باعث تشدید علائم می شود.
- اختلال وسواس یک اختلال عود کننده است و کامل کردن دوره درمان احتمال عود را کاهش می دهد.

ضمیمه 1: روش های بهبود عملکردهای تکاملی

تقویت مهارت‌های حرکتی:

نوزادی	4 تا 8 هفتگی	8 تا 16 هفتگی
موقع تعوض کهنه بچه تمرینات ملایم خم و راست نمودن پاها را انجام دهید. روزی 2 یا 3 مرتبه نوزاد را به نحوی نگه دارید که صورتش به سمت زمین باشد تا گردن گرفتنش بهتر شود.	انگشت، اسباب بازی یا شیء دیگری را در میدان بینائی کودک به سمت بالا و پائین حرکت دهید. این باعث می شود شیر خوار تشویق شود سرش را حرکت دهد. در وضعیت خوابیده به رو اسباب بازی های خوش رنگ را در مقابل او قرار دهید تا مجبور شود سرش را بالا نگهدارد.	برای تقویت حس تعادل او را بعنوان بازی به حالت ایستاده نگهدارید. با قرار دادن چند بالش پشت سرش او را در وضعیت نشسته قرار داده بطوری که بتواند به اشیاء نزدیک ضربه بزند. از طریق خواباندن شیر خوار به پشت و کشیدن آرام او به حالت نشسته با او بازی کنید.
16 تا 24 هفتگی	24 تا 32 هفتگی	32 تا 40 هفتگی
برای تقویت عضلات تنه بازی هائی انجام دهید که مجبور شود به طرفین بچرخد. چند اسباب بازی نرم در اختیارش قرار دهید بطوری که مجبور باشد برای گرفتن آنها دستش را دراز کند. بازی "دالی" را با قرار گرفتن در یک طرف شیر خوار انجام دهید. بطوری که مجبو باشد برای یافتن شما تنه خود را بچرخاند. کودک را برای تقویت ثابت نگهداشتن سر مرتبا به آرامی تاب و تکان دهید.	در حالیکه شیر خوار به پشت خوابیده است اسباب بازی های خوش رنگ و پرسروصدائی را در میدان بینائی او کمی خارج از دسترس وی نگهدارید و او را تشویق کنید در این وضعیت سرش را بلند کند و نگاه کند. کمی دورتر از کودک بایستید و بازوانتان را بطرف او باز کنید و بخواهید که به سمت شما جهت گیری کند.	با قلاب نمودن دستانش به اثاثیه ثابت منزل او را به ایستادن تشویق کنید. و در حالیکه خودش را نگهداشته است نزدیک او بمانید. شیر خوار به وضعیت 4 دست و پا قرار داده و کمی دورتر از او بایستید دستهایتان را دراز کرده و او را صدا بزنید تا بطرفتان بیاید.

تقویت مهارت‌های حرکتی (ادامه)

40 تا 48 هفتگی	یک سالگی	15 تا 18 ماهگی
انگشتان خود را به شیرخوار بدهید تا بتواند خود را بالا بکشد و او را تشویق کنید بلند شود. اشیاء ثابتی را در کنار هم قرار دهید طوری که بتواند آنها بگیرد و تشویقش کنید با دست گرفتن به اشیاء حرکت کند.	زمانی که شیرخوار به اشیاء خانه چنگ زده است با کمی فاصله از او بنشینید، بازوان خود را بگشائید و اسمش را صدا بزنید. و بخواهید بطرف شما بیاید. اسباب بازی های محکم یا اثاثیه های ثابت را برای ایجاد تکیه گاه و کمک به راه رفتن در اختیارش قرار دهید.	نشستن و پائین آمدن از صندلی را با او تمرین کنید. صندلی از نوعی باشد که سرنگون نشود. بازی هائی که لازمه آن قدم برداشتن به سمت عقب است را با او تمرین کنید. برداشت اشیاء از زمین را با او تمرین کنید. لگد زدن به توپ را با یک توپ سبک تمرین کنید.
18 ماهگی تا 2 سالگی	2/5 سالگی	3 سالگی
کودک را در فعالیتهای روزانه خود مشارکت دهید. بالا رفتن از پله، شستن دست و ... را با او تمرین کنید. حرکت کردن همراه با موسیقی باعث می شود کودک طیف وسیعی از حرکات را تمرین کند.	یک اسباب بازی چرخدار به او بدهید بطوری که بتواند روی آن بنشیند و با پاهایش آن را بسمت جلو هدایت کند. با انجام بازی های مستلزم پریدن و راه رفتن روی سرپنجه چالاکي او را تقویت کنید.	با انجام بازی "لی لی" یا بنوبت جهش کردن روی یک پا در حالیکه دستهایش را گرفته اید پریدن را تمرین کنید. با راه رفتن موزون همراه موسیقی تاب دادن دستها را تمرین کنید. برای تقویت عضلات ساق پا 3 چرخه را در اختیارش قرار دهید. بازی با تاب، الاکلنگ و سرسره را انجام دهید
4 سالگی	5 سالگی	
بازی های مستلزم هماهنگی حرکات مثل طناب بازی را انجام دهید. در محوطه بازی پارکها و ... بازی با وسایل مختلف را انجام دهد.	بازیهای مختلف نیازمند همانگی حرکتی نظیر اسکیت (با وسایل محافظ) و ... را انجام دهد.	

ب: تقویت مهارت‌های دستی:

<p>8 تا 16 هفتگی</p> <p>امکان لمس اسباب بازی‌ها با دماها، زبری و از جنس‌های مختلف را برای او فراهم کنید.</p> <p>اشیاء را در امتداد چین‌های کف دست در دستش قرار دهید. جفجغه را در دستش قرار داده و تکان دهید.</p> <p>اشیاء را در فاصله‌ای دور قرار داده تا مجبور شود دستش را دراز کند.</p>	<p>4 تا 8 هفتگی</p> <p>برای شل کردن انگشتان بازی‌هایی بکنید که بتوانید انگشتان شیرخوار را یکی یکی باز کنید</p> <p>دستها و انگشتانش را به آرامی مالش داده و قلقلک دهید.</p>	<p>نوزادی</p> <p>اجازه دهید انگشت اشاره شما را چنگ بزند.</p>
<p>32 تا 40 هفتگی</p> <p>اجازه دهید خودش غذا خوردن را تمرین کند.</p> <p>بازیهای اشاره‌ای مثل شکل ساده شده "قایم باشک" را با او تمرین کنید.</p> <p>تشویقش کنید اشیاء کوچک را درون ظرف قرار دهد.</p>	<p>24 تا 32 هفتگی</p> <p>غذاهایی را مثل نان سوخاری را در اختیارش قرار دهید تا به دهانش ببرد.</p> <p>(بعد از آنکه امکان خوردن اینگونه غذاها فراهم شد)</p> <p>اجازه دهید با قاشق‌های چوبی و ظروف فلزی صدا درآورد.</p> <p>روی هم چیدن مکعب‌ها را تمرین کنید.</p>	<p>16 تا 24 هفتگی</p> <p>بازیهای بده بستنی را با او انجام دهید.</p>

تقویت مهارت‌های دستی (ادامه)

<p>15 تا 18 ماهگی</p> <p>کتاب با حجم های مختلف را به او بدهید تا ورق بزند.</p> <p>هنگام لباس پوشیدن صبور باشید و به او بیاموزید چطور برخی لباسهای ساده را بپوشد.</p> <p>با مکعب ها همراه او برج بسازید.</p> <p>کاغذ و مداد شمعی برای نقاشی در اختیارش قرار دهید.</p>	<p>1 سالگی</p> <p>کاغذ و قلم برای خط خطی کردن در اختیارش قرار دهید</p> <p>غذاهای نیمه جامدی را که به قاشق می چسبند و نمی ریزند را در اختیارش قرار دهید با قاشق بخورد.</p>	<p>40 تا 48 هفتگی</p> <p>غذاهای نیمه جامد تشکیل شده از قطعات کوچک را آماده کنید که با دست بردارد و به دهان ببرد.</p> <p>اشیاء کوچک و بزرگ را به او بدهید که اشیاء کوچک را در داخل اشیاء بزرگ قرار دهد.</p> <p>بازی دادن اشیاء و پس گرفتن را انجام دهید.</p> <p>تشویقش کنید مقدار بیشتری از غذا را با قاشق بخورد</p>
<p>4 سالگی</p> <p>چیدن پازل را تمرین کنید.</p> <p>اسم کودک را بنویسید و بخواهید نوشتن آنرا تقلید کند.</p>	<p>2/5 و 3 سالگی</p> <p>ساخت شکل های پیچیده با اسباب بازی های ساختمانی را تمرین کنید</p> <p>از او بخواهید در انجام کارهای ساده که مستلزم هماهنگی است مثل چیدن سفره کمک کند. (3 سال)</p> <p>شکل هائی را در اختیارش قرار دهید تا رنگ آمیزی کند. (3 سال)</p>	<p>18 ماهگی تا 2 سالگی</p> <p>اشیاء و اسباب بازی ها با سایزهای مختلف را در اختیارش قرار دهید.</p> <p>برای اینکه خودش لباس بپوشد تشویقش کنید.</p>

ج: تقویت کنترل ادرار:

15 ماهگی	13 ماهگی	1 سالگی
گاهی از او بپرسید که آیا قصد توالت رفتن دارد یا خیر. به پاسخ منفی او اعتماد کنید و چنانچه خود را خیس کرد سرزنشش نکنید. تمرینات قبلی را ادامه دهید.	انتظار نداشته باشید در این سن حتماً روی تخلیه ادرار کنترل داشته باشد ولی کودک را عادت دهید پس از هر وعده غذا چند دقیقه فقط روی لگن بنشیند و این بمعنی آموزش دیدن نیست.	از زمانی که کودک قادر به نشستن است مدت کوتاهی او را روی لگن قرار دهید. انتظار نداشته باشید حتما ادرار کند ولی اگر ادرار کرد تحسینش کنید. و اگر بلافاصله بعد از بلند شدن خود را خیس کرد هیچگاه سرزنشش نکنید.
2 سالگی	21 ماهگی	18 ماهگی
دسترسی به توالت را تسهیل کنید. محل نشستن مناسب باشد و از نور کافی برخوردار باشد. زمانی که کودک مشغول دستشوئی کردن است همان نزدیک باشید. از اشتباهات او خشمگین نشوید.	آرامش خود را حفظ کنید. هر وقت خود را خیس کرد بدون جنجال فقط لباسش را عوض کنید. زمان نشستن روی لگن را افزایش ندهید.	موفقیت های او را برای کنترل ادرار تحسین و از شکست های او چشم پوشی کنید.. انتظار نداشته باشید خود را خیس نکند و استفاده از لگن را تشویق کنید.
	3 سالگی	2/5 سالگی
	قبل از خواب او را به توالت ببرید. اگر 3 شب متوالی خیس نکرد کم کم شبها به او پوشک نپوشید. از لباسهای جاذب رطوبت استفاده کنید. در صورت امکان یک لگن شبها کنار تختش باشد تا در صورت لزوم از آن استفاده کند.	انتظار نداشته باشید شبها خشک بماند. موفقیت هایش را در انجام توالت مستقل تشویق کنید. از خطاهایش چشم پوشی کنید.

د: تقویت کنترل مدفوع:

2 تا 2/5 سالگی	18 ماهگی تا 2 سالگی	15 تا 18 ماهگی
<p>هر شب که خود را کثیف نکرد او را تحسین کنید. هر چند ممکن است خود را خیس کرده باشد.</p> <p>در مورد تمایل به تمیز ماندن او اضطراب نشان ندهید. منتظر علامت یا درخواست او باشید.</p> <p>آموزش کنترل دفع قبل از ادرار است پس به این دو امر مستقل نگاه کنید و موفقیت در هر کدام را جداگانه تحسین کنید</p>	<p>کاری کنید که هر کاری با لگن یا روی آن انجام می دهد با حساس شادی همراه باشد.</p>	<p>هنوز زود است استفاده از لگن را یاد بگیرید. ولی می توانید او را به نشستن روی لگن عادت دهید.</p> <p>به محض اینکه توانست به تنهایی بنشیند فقط بعد از غذا او را به مدت کوتاه روی لگن بنشانید.</p> <p>هرگز او را بیش از چند دقیقه روی لگن نگذارید و اگر حوصله اش سر رفت اجازه خروج بدهید.</p> <p>اگر موفق به دفع مدفوع شد تحسینش کنید.</p>
	4 تا 5 سال	2/5 تا 4 سالگی
	<p>اکثر کودکان 5 ساله خود را کثیف نمی کنند ولی این برای همه صدق نمی کند بنابراین چنانچه گاهی خود را کثیف کرد جنجال به پا نکنید.</p> <p>لباسهائی بپوشانید که اگر نیاز به دستشوئی داشت براحتی قابل درآوردن باشند</p>	<p>انجام دستشوئی در توالت را به او آموزش دهید.</p> <p>موفقیت اش را در توالت کردن مستقل تحسین کنید.</p> <p>موقع توالت کردن نزدیک او باشید.</p>

ه: تقویت مهارت‌های گفتاری:

<p>28 هفتگی تا یکسالگی</p> <p>واضح و شمرده برای او صحبت کنید. از حرکات چهره و ژست های مناسب استفاده کنید. سروصداهای کودکانه در آورید، صداها را بکشید. کودکی را تقلید کنید. می کند آنها را تقلید کنید. وقتی کودک سروصداهای نامفهوم تولید می کند آنها را تقلید کنید. وقتی یک کلمه را گفت آنرا تکرار کنید شادی خود را نشان دهید و او را در آغوش بکشید. معنی کلمات را از طریق تصاویر، اداها و حرکات نشان دهید.</p>	<p>8 تا 24 هفتگی</p> <p>برای کودکان آواز و شعرهای کودکانه بخوانید. صحبت کردن را با حالتی سرگرم کننده، خنده دار و آمیخته با شوخی انجام دهید. تکرار نامها، کارهای روزمره و وقایع امری ضروری است. حالت نمایشی داشته باشید و حتی الامکان از حرکات استفاده کنید.</p>	<p>نوزادی تا 8 هفتگی</p> <p>از طریق صحبت کردن با کودک از سنبلین پائین و تشویق او به پاسخ دادن کودک را وادار به صحبت کنید. سعی کنید با شیرخوار به روش اغراق آمیزی صحبت کنید. هرگونه ایجاد ارتباط از سوی شیرخوار را با لبخند، درآغوش گرفتن و توجه کردن پاداش دهید. تا می توانید محبت خود را در لحن و صحبت خود نشان دهید. ارتباط چشمی مداوم با او برقرار کنید. زبان اصلی شیرخوار را که گریه است فراگیرید.</p>
<p>2 تا 3 سالگی</p> <p>اشتباهات گفتاری کودک را مستقیماً اصلاح نکنید بلکه با بکاربردن صحیح و ایجاد محیط غنی تکلمی آنها را اصلاح کنید. راه های حل مسئله را از طریق طرح پرسشهای ساده تمرین کنید. به تدریج جملات را طولانی تر و پیچیده تر کنید. همیشه به سؤالات کودک پاسخ دهید. داستانهای خیالی را برای کودکان بخوانید.</p>	<p>18 ماهگی تا 2 سالگی</p> <p>هرگاه موقعیت مناسب بود شمارش اعداد را شروع کنید. هرگاه توانستید برخی صفات مثل خوب و بد را همراه با اسامی یا به تنهایی بکار ببرید. گاهی از قیدها هم استفاده کنید. یادگیری زبان کودک خود را با دیگران مقایسه نکنید هر کودکی سرعت یادگیری خودش را دارد.</p>	<p>1 سالگی تا 18 ماهگی</p> <p>وقتی کلمه ای را ادا می کند آن کلمه را تکرار و در جمله ای بکار ببرید. کودک را با صدا های مختلف مثل وسایل نقلیه، حیوانات و موسیقی آشنا کنید. برایش کتاب بخوانید، نامها و اشیاء را تکرار کنید.</p>

و: تقویت رشد اجتماعی:

نوزادی	4 تا 8 هفتگی	8 تا 16 هفتگی
کاری کنید که نوزادتان بطور مکرر با شما تماس پوستی داشته باشد. با پاسخ دادن به واکنشهای او یک گفتگوی دو طرفه را ترتیب دهید.	هنگام تغذیه با شیرخوار تماس چشمی داشته باشید. با توجه، محبت و با صداهای آرام بخش به شیرخوارتان پاسخ دهید.	هنگام پاسخ گوئی به شیرخوار از ژست ها، حرکات زرنگ و اغراق آمیز استفاده کنید تا متوجه شود که به او توجه می کنید.
16 تا 24 هفتگی	24 تا 32 هفتگی	32 تا 40 هفتگی
همه صداهای کودک را با تغییر زیر و بم و بلندای صدای خود تقلید کنید. اگر شیرخوار بجای پاسخ دادن فقط گوش می دهد صداهای ظریفی ایجاد کنید که توجه او را جلب کند.	واکنشهای متنوع به آداهای او نشان دهید تا انواع مختلف پاسخها را بیاموزد. او را به افراد غریبه معرفی کنید تا با غریبه ها خو بگیرد. ▲ محبت جسمانی از خود نشان دهید صداهای کودک را تقلید کنید.	استقلال او را از طریق تغذیه مستقل تقویت کنید. کلمه "نه" را محکم ادا کنید تا پاسخ منفی را درک کند. از هر فرصتی برای لمس کردن او و اجازه به او برای لمس کردن خودتان استفاده کنید.
40 تا 48 هفتگی	یک سالگی	15 تا 18 ماهگی
رضایت خود را از هر چیزی با خندیدن نشان دهید. دستورالعمل های قبلی را ادامه دهید.	در لابلای بازی و داستانها بخندید تا حس شوخ طبعی او تقویت شود. او را با کودکان دیگر آشنا کنید. گاهی او را با سایر افراد مطمئن تنها بگذارید. هنگام خروج از منزل او را ببوسید و برایش دست تکان دهید و موقع بازگشت احوال پرسی کنید.	کودک خود را تا حد امکان در فعالیتهای شرکت دهید. اجازه دهید برخی لباسهایش را بپوشد. او را به بازی با کودکان دیگر ترغیب کنید. محبت و توجه او را به دیگران تحسین کنید.
18 ماهگی تا 2 سالگی	2/5 سالگی	3 سالگی
او را با کودکان دیگر درگیر نموده و وادار به بازی نمائید. با تقدیر از محبت های او از بروز رقابت جلوگیری کرده و هرگونه مشارکت از سوی او را تحسین کنید. امکان ارتباط و تعامل او را با دیگران و همسالان فراهم کنید. او را به تدریج وارد بازیهای گروهی با همسالان نمائید.	همواره از تلاشهایش پشتیبانی کنید. از شکست های او چشم پوشی کنید. آموزش رفتارهای مؤدبانه و احترام به مالکیت اشخاص را شروع کنید. مقررات مشخص داشته و در اجرای آنها ثابت قدم باشید. بازیهای را ترتیب دهید که مستلزم دادن چیزهایی به اشخاص باشد به این ترتیب به بیاموزید با دیگران مشارکت کند.	کودک را در منزل تشویق کنید بار مسئولیت هایش را به دوش بکشد. در هر فرصت ممکن از تلاشهایش تجلیل کنید. راستگوئی و صداقت را تشویق نمائید. هرگز او را بخاطر راستگوئی تنبیه نکنید.

منابع:

1. دیوید ال کی، مورین ای. موننگمیری، استفن و. مونسن. بهداشت روانی و روانپزشکی کودک و نوجوان. ترجمه: دکتر محمد رضا اسکندری، صغری کرمی. انتشارات ارجمند، نوبت اول، 1386
2. کنت وینینگ. چگونه کودکان را با خود همراه کنیم. ترجمه: دکتر مهدی تهرانی دوست. انتشارات مؤسسه علوم شناختی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، نوبت دوم، 1384
3. بلوم کویست مایکل ال. مهارت های سازگاری با کودکان ناسازگار. ترجمه: دکتر جواد علاقبند راد. انتشارات سنا، نوبت اول، 1383
4. اساتید انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان، اساتید انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر. اصول و روش های کاربردی در فرزند پروری. انتشارات انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر، نوبت اول، 1387
5. علاقبند راد جواد، نبی فر شیمیا. روش های درمان لکنت زبان. انتشارات مؤسسه علوم شناختی، نوبت اول، 1381
6. فریک پائول جی. اختلال سلوک و رفتارهای ضد اجتماعی شدید. ترجمه: دکتر جواد علاقبند راد، دکتر عاطفه سلطانی فر. انتشارات سنا، نوبت اول، 1382
7. استاپرد میریام. همه کودکان تیز هوشند اگر... . ترجمه: دکتر سهراب سوری، امیر صادقی بابلان. نشر دانش ایران، نوبت بیست و دوم، 1385
8. کاپلان هارولد سادوک بنیامن. خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری، ترجمه: حسن رفیعی، فرزین رضائی. نشر ارجمند، نوبت اول، 1378
9. متقی پور یاسمن، بهرام نژاد علی، محمودی قرائی جواد، یاسمی محمد تقی، امین اسماعیلی معصومه. حمایت های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیر مترقبه. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. 1386
10. گراهام فلیپ. درمان شناختی رفتاری برای کودکان و خانواده ها. ترجمه: دکتر محمد رضا محمدی، دکتر هوشمند هاشمی کهن زاد. انتشارات دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی. نوبت اول، 1381