تشخیص و درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان

تدوین:

دکتر محمد خدایاری‌فرد
دانشیار دانشگاه تهران

دکتر محسن شکوهی‌یکتا
استادیار دانشگاه تهران

اسامی نویسندگان به ترتیب حروف الفبا:

دکتر افتخاراردبیلی
دکتر محمد خدایاری‌فرد
دکتر فرامرز سهرابی
دکتر محسن شکوهی‌یکتا
دکتر باقر غباری بناب
دکتر لادن فتی
دکتر سیما فردوسی
دکتر رضا کرمی‌نوری
دکتر محمود گلزاری
دکتر عیلرضا مرادی
دکتر علی‌نقی فقیهی
دکتر رحمةالله نورانی‌پور
دکتر کیانوش هاشمیان

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
پیشگفتار	أ
مقدمه	۱
بخش اول: شناخت و فراشناخت	
فصل اول: ابعاد شناختی اختلالات هیجانی (دکتر علیرضا مرادی)	۲۳
فصل دوم: کاربرد روش‌های شناختی و فراشناختی در مدرسه (دکتر باقر غباری‌بناب)	۵۸
فصل سوم: تشخیص اختلالات یادگیری با رویکرد شناختی (۱) (دکتر رضا کرمی‌نوری)	۷۸
فصل چهارم: تشخیص اختلالات یادگیری با رویکرد شناختی (۲) (دکتر رضا کرمی‌نوری)	۹۹
فصل پنجم:کاربرد شناخت – رفتاردرمانگری در درمان اختلالات روانی دوران کودکی و نوجوانی (دکتر محمد خدایاری‌فرد)	۱۲۰
بخش دوم: اختلالات رایج دوران کودکی و نوجوانی	
فصل ششم: ارزیابی و درمان غیردارویی اختلال وسواس فکری – عملی کودکان و نوجوانان (دکتر لادن فتی)	۱۵۹
فصل هفتم: اضطراب و وسواس در کودکان و نوجوانان (دکتر سیما فردوسی)	۲۰۷
فصل هشتم: استرس و شیوه‌های مقابله با آن در نوجوانان (دکتر فرامرز سهرابی)	۲۱۸
فصل نهم: افسردگی در کودکان و نوجوانان (دکتر محمود گلزاری)	۲۳۱
بخش سوم: مسایل جنسی در دوران کودکی و نوجوانی	
فصل دهم: آموزش مسائل جنسی کودکان و نوجوانان: گذری بر پژوهشهای انجام شده (دکتر محسن شکوهی‌یکتا)	۲٦۸
فصل یازدهم: تربیت جنسی در دوره‌های کودکی، نوجوانی و جوانی از دیدگاه اسلام (حجةالاسلام دکتر علی‌نقی فقیهی)	۲۹۵
بخش چهارم: مشاوره و درمان کودکان و نوجوانان	
فصل دوازدهم: نقش تشریک مساعی در سازگاری کودک و نوجوان (دکتر کیانوش هاشمیان)	۳۲٦
فصل سیزدهم: فرایند مشاوره در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان (دکتر رحمةالله نورانی‌پور)	۳٤۵
فصل چهاردهم: درمان‌های دارویی روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان (دکتر افتخار اردبیلی)	۳٦۱

پیش‌گفتار

جمعی از دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت، با توجّه به مشکلات موجود در محیط‌های آموزشی، پیشنهاد برگزاری سخنرانی‌هایی کارشناسانه در موضوع "مشکلات دوره‌ی نوجوانی" را مطرح ساختند. بر اساس این پیشنهاد پژوهشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی استاد روزبه پس از بحث و تبادل نظر، تصمیم به برگزاری سمیناری تحت عنوان "بررسی مسائل کودکان و نوجوانان" گرفت. مدعوین این سمینار اساتیدی بودند که از نظر علمی و نیز تجربی، با تازه‌های موضوع فوق، آشنایی داشتند. در ضمن سرپرستی علمی سمینار مزبور را آقایان دکتر محمّد خدایاری فرد و دکتر محسن شکوهی یکتا به عهده گرفتند.

پس از اتمام سمینار، با توجّه به ضرورت وجود منابعی که به طور اجمال به بررسی مشکلات و مسائل مختلف در این زمینه پرداخته باشد، پیشنهاد گردید که متن سخنرانی‌های ارائه شده، چاپ و منتشر گردد. به همین منظور نوارهای صوتی مربوطه پیاده شده و به اساتید محترم ارائه شدند، تا قالب مطالب را با هدف انتشار تغییر دهند. پس از دریافت نظرات اساتید، متن‌ها ویرایش شدند. مقالات مختلف، با توجّه به فرصت اساتید محترم، از نظر ادبی و در برخی موارد علمی، بسیار متفاوت بودند. به همین دلیل بعضی از متن‌ها، در مرحله‌ی ویرایش، تغییر اساسی نمودند.

در مرحله‌ی بعد، متن‌های ویرایش شده به همراه نظرات کمیته‌ی علمی سمینار، مجددا" برای اساتید ارسال شدند تا مؤلفین محترم، با توجّه به قالب جدید، آخرین نظرات خود را اعمال کنند. مجددا" نظرات مؤلفین به کار گرفته شد و پس از تصحیح نهایی متن‌های آماده شده برای چاپ ارائه گردید.

در این جا، پژوهشکده بر خود لازم می‌داند، از مؤسسات و افرادی که به نوعی در آماده شدن این مجموعه نقش داشته‌اند سپاس و امتنان خویش را اعلام نماید:

۱ـ مؤسسه‌ی فرهنگی احسان و کانون فرهنگی انصار به دلیل حمایت‌های بی‌شائبه‌ی مادی و معنوی و نیز تأمین فضا و امکانات مناسب برای برگزاری سمینار.

۲ـ آقایان دکتر محسن شکوهی یکتا و دکتر محمّد خدایاری فرد، به دلیل سرپرستی و نظارت علمی سمینار و مجموعه‌ی حاضر.

۳ـ آقای نادر بلوچ نژاد مجرّد به دلیل ویرایش متون و اعمال نظرات مؤلفین در متن‌ها.

٤ـ آقای مسعود شکوهی که زحمت فراوانی برای تایپ و آماده شدن مجموعه‌ی حاضر متحمّل شدند.

در پایان از همه‌ی عزیزانی که با حضور در سمینار و نیز بیان نظرات خود در برگزاری سمینار و انتشار مقالات همکاری نمودند، تشکّر نموده، توفیق و سلامتی ایشان را از درگاه ایزد منّان خواستاریم.

پژوهشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی استاد روزبه(ره)

زمستان ۱۳۸۳

مقدمه

برای درک هر چه بیشتر مسائل دوران کودکی و نوجوانی، مطالعه‌ی تحول بهنجار شاید بهترین راهنما است، زیرا کودک پیوسته در حال تحول است. شناخت مراحل تحول بهنجار به درک بیشتر و بهتر مفهوم نابهنجاری کمک شایانی می‌کند. کودکان با افزایش سن دچار تغییرات جسمانی و روانی می‌شوند. اگر چه در بین صاحب‌نظران از نظر چگونگی طی مراحل مختلف رشد اختلاف نظرهایی وجود دارد ولی اغلب نظریه‌های مطرح شده در زمینه‌ی رشد کودک بر سر مواردی که در پی می‌آیند توافق دارند.

ـ رشد به تغییر در طول زندگی اشاره دارد. این تغییر ممکن است کیفی و یا کمی باشد.

ـ رشد شامل رشد جسمانی، هیجانی، شناختی و اجتماعی می‌شود.

ـ رشد نتیجه‌ی تعامل بین متغیرهای بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی ـ فرهنگی است (نلسون و ایزرائیل[1]، ۲۰۰۰).

دوران کودکی

دوره‌ی کودکی را از نظر ویژگی‌های روان‌شناختی می‌توان به سه مرحله تقسیم کرد:

۱) کودکی اوّلیّه[2]:

از تولّد تا حدود دو سالگی.

۲) کودکی میانه[3]:

از دو تا هفت سالگی.

۳) کودکی پایانی[4]:

از هفت تا یازده یا دوازده سالگی.

۱. کودکی اوّلیّه

از بدو تولّد، نوزاد سر خود را به طرف صدا و هر چیزی که صورت او را لمس کند بر می‌گرداند. با

1. Nelson & Israel
2. Early infancy
3.Middle infancy
4.Late infancy

صداهای بلند از جا می‌پرد و رفتارهای بازتابی (رفلکسی) مانند جستجوی نوک پستان، از خود نشان می‌دهد. در این مرحله، رشد حرکتی نوزاد به طور کامل به رشد مغز و دستگاه عصبی او وابسته است. ویژگی اوّلین سال زندگی، رشد جسمانی سریع کودک است. یک کودک سالم ـ در صورت تغذیه سالم ـ از تولّد تا یک سالگی تقریبا" دویست درصد به وزنش اضافه می‌شود. میزان رشد جسمانی در شش ماه اوّل سریع‌تر از بقیّه‌ی سالهای زندگی است، ولی همه‌ی قسمت‌های بدن به یک میزان رشد نمی‌کنند و لزوما" رابطه‌ای بین رشد اندازه‌ی سر و ماهیچه‌ها نیست. در این مرحله چگونگی رابطه‌ی مادر و کودک حائز اهمیت است. تغذیه به وسیله‌ی شیر مادر، عاملی برای تسهیل و تعمیق رابطه‌ی عاطفی بین مادر و کودک است.

به نظر پیاژه[1] (۱۹۵۰ به نقل از برک[2]، ۱۹۹۳) اوّلین ساخت‌های ذهن کودک از طریق دخل و تصرف فعّالانه در اشیاء ایجاد می‌شود. کودک در چهارچوب روان‌بنه‌ها و به کمک درون‌سازی و برون‌سازی، از فعّالیّت‌های بازتابی کلی به سطح ابداع و ارائه‌ی راه‌حل‌های خلّاق نایل می‌آید.

با توجّه به دیدگاه‌ها و نظریّه‌های روان‌شناسان و نیز تأمّل در نتایج پژوهش‌های انجام شده در موضوع "تحوّل کودک"، می‌توان نتیجه گرفت که مهم‌ترین مسأله‌ی دو سال اول زندگی رشد شناختی کودک است. این رشد عبارت است از: چگونگی انطباق فردی کودک با شرایط تقاضاهای دنیای واقعی، چگونگی جمع‌آوری اطّلاعات، یادگیری مهارت‌های منطبق با سطح سنّی و چگونگی حلّ مسأله. در این فرایندها توجّه، حافظه، یادگیری، ادراک و توانایی تعمیم نقش به سزایی دارند. رشد شناختی بر سایر جنبه‌های رشد نیز تأثیر بسیار زیادی دارد. این تأثیر به حدّی است که در صورت وجود مشکلات شناختی و عدم درمان آن، بروز مشکلات عاطفی و رفتاری و نیز احتمال ایجاد مشکلات تحصیلی برای کودک را به دنبال خواهد داشت.

در مطالعه‌ی رشد شناختی باید به چند نکته توجّه کرد: ۱) عوامل رشد، "چندگانه"، "تعاملی" و "ناآشکار" هستند. تحوّل رفتاری، فارغ از تحوّل ذهنی ممکن نیست. ۲) شکل‌گیری فرآیند تحوّل مستلزم طی دوره‌هایی است که این گذار همواره با بروز تغییراتی در تفکّر و رفتار همراه است. در هر دوره از رشد، کودک تجهیزات حسّی ـ حرکتی و شناختی خود را مجددا" سازماندهی می‌کند.

1-.Piaget
2- Berk

۳) تحوّل در یک بافت و زمینه‌ی اجتماعی ایجاد می‌شود به طوری که حتّی مدّت زمان هر دوره در زمینه‌های اجتماعی متفاوت، با یکدیگر تفاوت دارند.

باید توجّه داشت که کودک تنها یک پاسخ دهنده‌ی منفعل به محرّک‌ها نیست، بلکه شیوه های خاصی را برای ارائه‌ی پاسخ‌ها برمی‌گزیند، به طوری که به نظر می‌رسد پاسخ‌های او با هدف شکل‌گیری یک یادگیری مناسب طرّاحی شده‌اند. نتایج پژوهش‌های گوناگون بر روی نوزادان نشان داده‌اند که آنها در مقایسه با محرّک‌های آشنا مدت زمان طولانی‌تری به محرّک‌های جدید نگاه می‌کنند و علاقه‌ی خاصّی به جنبه‌های مختلف محیطی نشان می‌دهند (گرای[1]، ۱۹۹۹). تغییر در خصوصیّت‌های فیزیکی محیط توجّه کودک را به خود جلب می‌کند. بنابراین حرکت اشیاء، تضاد بین دو رنگ، نور و صداهای مختلف موجب جلب توجّه او می‌شوند. کودکان می‌توانند ارتباط موجود بین تجربه‌ی فعلی و طرح‌واره‌های قبلی خود را تشخیص دهند. این توانایی، "حافظه‌ی بازشناسی" نامیده می‌شود. برای مثال اگر امروز اسباب‌بازیی را به کودک بدهیم فردا آن را باز می‌شناسد. از شش ماهگی به بعد دو جنبه‌ی دیگر حافظه بروز می‌کند: "حافظه‌ی یادآوری" و "حافظه‌ی فعّال". "حافظه‌ی یادآوری" توانایی به یاد آوردن یک طرح‌واره در غیاب محرّک مربوط است. "حافظه‌ی فعّال" نیز عبارت است از توانایی نگهداری اطّلاعات وارد شده به ذهن و برقراری ارتباط بین اطّلاعات جدید و اطّلاعات قبلی (برک، ۱۹۹۳).

۲) کودکی میانی

در این مرحله سرعت رشد جسمانی کودک کاهش می‌یابد. سخن گفتن جانشین صداهای بی‌معنی و کلمات منقطع می‌گردد. کودک از راه سخن گفتن خواسته‌ها و سؤال‌های خود را مطرح می‌کند. بازی مبتنی بر انگیزه‌های درونی می‌گردد. در بازی‌ها از زندگی واقعی، پدر و مادر و سایر کودکان تقلید می‌کند. در این مرحله کودک برای اشیای اطراف خود کاربردهای جدیدی ابداع می‌کند. نقّاشی‌های این مرحله بیشتر جنبه‌ی نمادین دارند. آن‌ها اشکالی را ترسیم می‌کنند که شبیه انسان و یا حیوان هستند (ماسن و همکاران[2]، ترجمه‌ی یاسایی، ۱۳۷۳).

تحوّل عاطفی در این مرحله به دلیل وجود کنش‌های رمزی، تجسّم و به کارگیری زبان در قالب احساسات اجتماعی و اخلاقی متجلّی می‌گردد. نخستین احساسات اخلاقی غالبا" در درون خانواده شکل می‌گیرند. در این مرحله درک اخلاقی کودکان از درست و نادرست با ارزیابی اعمال و تقسیم آن‌ها به خوب

1.Gray
2.Mussen et al.

و بد آغاز می‌گردد. از نظر مناسبات اجتماعی در اوایل این دوره، ارتباط با گروه هم‌سن با هدف تصاحب مایملک آن‌ها شکل می‌گیرد. در حالی که در پایان این مرحله ـ در حدود هفت سالگی ـ تمایل به سازماندهی فعّالیّت‌های دسته جمعی در کودک نمایان می‌گردد. به بیان دیگر از اوایل این دوره، رفتارهای اجتماعی کودک به سوی تعامل‌های اجتماعی فعّال سمت‌گیری می‌نمایند. در نتیجه ضرورت ایجاد زمینه برای "بازی‌های مشارکتی" در این سنین کاملا" محسوس است. در این نوع بازی‌ها کودکان یکدیگر را جست و جو می‌کنند و از بازی‌های دو نفره لذّت می‌برند. البتّه در این مرحله وجود تعارض‌ها و مناقشات بسیار چشم‌گیر است که با افزایش سن، از میزان آن‌ها کاسته می‌شود. از سنّ چهار سالگی رقابت بین کودکان شکل عینی‌تری یافته و اغلب از جانب خانواده و مربّیان به این امر ترغیب می‌شوند. این در حالی است که کودکان بیشتر به آموزشِ "همکاری" و "تعاون" و "همزیستی مسالمت‌آمیز" با همسالان خود نیاز دارند. چرا که از خلال همکاری، تعاون و تعامل مناسب به تحوّل اجتماعی و فکری دست می‌یابند (منصور، ۱۳۷۸).

۳) کودکی پایانی

از آنجایی که آغاز این مرحله با ورود کودک به مدرسه همراه است، مطالعه‌ی رشد شناختی وی از اهمّیّت ویژه‌ای برخوردار است. چرا که با شناخت دقیق فرآیندهای یادگیری، امکان بهبود سیستم آموزشی برای دانش‌آموزان فراهم می‌گردد. به نظر پیاژه (۱۹۶۹ به نقل از آیزنک[1]، ۲۰۰۰) کودکان در این سنین، روابط منطقی را درک می‌کنند و می‌توانند با استفاده از شیوه‌هایی چون "طبقه‌بندی"، به طور منطقی استدلال نمایند. در این مرحله، آنها توانایی نگاه به مسائل از دیدگاه‌های مختلف و نیز توانایی توجّه هم‌زمان به جوانب مختلف یک شی، یا پدیده و برقراری و درک ارتباط بین ابعاد مختلف آن را می‌یابند. در این مرحله کودکان به توانایی "نگهداری ذهنی" و انجام عملیات ذهنی برگشت‌پذیر دست می‌یابند. آنها دو اصل مهم "هم‌سان‌سازی" و "تساوی" را درک کرده و قادر به طبقه‌بندی اشیاء بر اساس خصوصیّاتی چون "وزن" یا "اندازه" هستند. البتّه باید توجّه داشت که منطق حاکم بر این مرحله، "منطق عینی" است، یعنی به حضور مادی اشیا وابسته است.

در این مرحله بازی و تعامل با دیگران، امکان شنیدن نقطه نظرهای دیگران و اندیشیدن درباره‌ی آن‌ها را فراهم می‌آورد. همین امر بروز تغییرات رفتاری در فرد را موجب می‌گردد. کودک تثبیت در نقش

1- Eysenck

"جنسی" خویش را آغاز کرده و ترجیح می‌دهد با همسالان هم‌جنس خود بازی کند. او قادر به برقراری روابط عاطفی و اجتماعی شده و مفاهیم خوب و بد را با توجه به هنجارهای اخلاقی مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

در جریان رشد اخلاقی، افکار و احساسات کودک در مورد مسائل اخلاقی، انعطاف‌پذیر و پیچیده‌تر می‌شوند. او در این مرحله در صورت عدم رعایت اصول اخلاقی، دچار احساس گناه می‌شود. پیاژه (۱۹۶۳ و ۱۹۶۹) و کلبرگ (۱۹۶۳ به نقل از منصور، ۱۳۷۸) رشد اخلاقی را به منزله‌ی فرایندی می‌دانند که با رشد شناختی به صورت همزمان حرکت می‌کند. بدین معنا که رشد اخلاقی تابع سطوح رشد شناختی است. همچنین رشد عاطفی نیز به موازات رشد شناختی صورت می‌گیرد، به طوری که اگر کودک از نظر شناختی به "بازگشت‌پذیری"، "نگهداری ذهنی" و "روابط بین پدیده‌ها" به خوبی دست یافته باشد، "نگهداری احساسات" و "دوام‌پذیری ارزش‌ها" را نیز درک خواهد کرد.

دوران نوجوانی

بلوغ یکی از دوره‌های مهم زندگی است. در این دوره تغییرات فیزیولوژیکی و روانی موجب بروز تحوّلات عمیق در فرد می‌گردد. همزمانی این تغییرات، بر هم خوردن تعادل روانی و جسمانی را موجب می‌شوند. نوجوان در این دوره با رشد سریع جسمانی مواجه است. او از لحاظ عاطفی نارس، از نظر تجربه محدود و از جنبه‌ی فرهنگی شکننده و آسیب‌پذیر است. وجود تعارض‌های شدید درونی، لزوم توجّه بسیار به نوجوان را یادآوری می‌نمایند. شناخت این تحوّلات از بروز مشکلات رفتاری و عاطفی جلوگیری می‌نماید. در مقابل عدم اطّلاع کافی از خصوصیّات این دوره، احتمال بروز مناقشات خانوادگی و اجتماعی و نیز گرایش به بسیاری از انحرافات اخلاقی و اجتماعی را افزایش می‌دهد (میلانی‌فر، ۱۳۷٤). خوشبختانه امروزه، در سطح جهان به دوره‌ی نوجوانی توجّه خاصّی مبذول می‌گردد. تا قبل از قرن بیستم، نوجوانی به عنوان دوره‌ای مستقل از تحوّل مورد توجّه نبود و کودکان با رسیدن به بلوغ جسمانی به عنوان کارآموز وارد دنیای بزرگسالان می‌شدند (منصور، ۱۳۷۸). به نظر پیترسون[1] (۱۹۸۸ به نقل از لرنر[2]، ۱۹۹۸) نوجوانی مرحله‌ای از زندگی است که آغاز آن "بیولوژیکی" و پایان آن "فرهنگی" است. در این دوره ویژگی‌های

1.Peterson
2.Lerner

اجتماعی، روان‌شناختی و بیولوژیکی فرد از حالت کودکی خارج شده و به بزرگسالی شبیه می‌گردد (لرنر و اسپانیر[1]، ۱۹۸۰ به نقل از لرنر، ۱۹۹۸).

در این دوره فرد با چالش‌های بسیاری مواجه است؛ از یک سو باید با تغییرات درونی خود و از سوی دیگر با خانواده و گروه همسالان سازگار گردد. در نوجوانی اوّلیّه از دبستان به راهنمایی، در نوجوانی میانی از راهنمایی به دبیرستان و بالاخره در پایان نوجوانی از دبیرستان به دنیای کار و یا دانشگاه منتقل می‌شود. او باید انطباق لازم با تمامی این تغییرات را حاصل نماید. نوجوانی زمان برانگیختگی و اضطراب، رضایتمندی و نارضایتی، اکتشاف و اغتشاش است. امیدها، چالش‌ها، ترس‌ها و موفقیت‌های نوجوان با خیالبافی و مبالغه همراه است (لرنر، ۱۹۹۸).

به نظر فروید[2] نوجوانی مرحه‌ای جنسی است که سائق‌های غریزی بیدار شده و نواحی جنسی تغییر می‌کنند. تکانه‌های جنسی موجب بر هم خوردن تعادل بین "نهاد"، "من" و "فرامن" می‌شوند و احتمال بروز رفتارهای غیر قابل پیش‌بینی را افزایش می‌دهند (برک، ۱۹۹۳).

از نظر اریکسون (۱۹٦۸ به نقل از برک، ۱۹۹۳) نوجوانی سنّ شناخت "هویّت" است. عبور از این مرحله به طور مناسب باعث می‌شود که نوجوان به بزرگسالی مولد و خوشحال تبدیل گردد. در این دوره نوجوان دائم با سؤال "من کیستم؟" مواجه است. این کنکاش در خود، موجب ایجاد ایده‌هایی در زمینه‌ی مذهب، فرهنگ، اخلاق، سیاست، روابط اجتماعی و روابط جنسی می‌گردد. اگر در این دروه نوجوان، قادر به ساختن هویتی مثبت و مستقل نباشد دچار بحران هویت می‌شود و سر در گمی را تجربه می‌کند.

از نظر اریکسون نوجوان در حین ساختن هویت خود به طور همزمان باید هم با تغییرات درونی خود و هم با ساختار اجتماعی سازگار شود و از خلال این کشمکش‌ها هویت خود را بسازد و از سلطه‌ی بزرگسالان خارج شده و شخصیتی مستقل کسب کند (احدی و محسنی، ۱۳۷۲).

والون[3] نیز مانند اریکسون به توجیه شخصیّت با توجه به جنبه‌های بدنی، عاطفی و اجتماعی تأکید دارد. به نظر او در این دوره نوجوان نسبت به خویش هشیار می‌شود. او برای شناخت خود باید راهی پر تلاطم را طی کند. اشتغال ذهنی نوجوان بیشتر با مسائلی چون وجود خدا، هستی و نیستی و مرگ و زندگی است (منصور، ۱۳۷۸).

3.Spaneir
1.Freud
2.Wallon

مسأله‌ی دیگری که در مورد دوره‌ی نوجوانی مطرح است، محدوده‌ی سنّی این دوره است. مدّت زمان نوجوانی در جوامع مختلف متفاوت است. به نظر مید[1] (۱۹۲۸ به نقل از برک، ۱۹۹۳) در جوامع ساده طول دوره‌ی نوجوانی کوتاه‌تر از جوامع پیچیده است. در جوامعی که موفّقیّت و زندگی اقتصادی به آموزش طولانی‌تری نیاز دارد، زمان دروه‌ی نوجوانی طولانی می‌شود. در این جوامع افراد جوان، از نظر اقتصادی، مدّت زمان طولانی‌تری به خانواده وابسته‌اند، همچنین باید ارضای نیازهای جنسی خود را به تعویق انداخته ودیرتر ازدواج کنند.

تقسیم‌بندی دوره‌ی نوجوانی، با توجّه به ملاک‌های متفاوت صورت می‌گیرد. به نظر آیزنک (۲۰۰۰) تقسیم‌بندی دوره‌ی نوجوانی با توجّه به ویژگی‌های روان‌شناختی مناسب‌تر از تقسیم‌بندی آن با توجّه به سن است. این تقسیم‌بندی می‌تواند با تکیه بر بحران‌هایی که در هر مرحله، نوجوان با آن مواجه است صورت گیرد. این مراحل نشان دهنده‌ی نوسان‌ها و استقرار بحران‌های مربوطه هستند:

مرحله‌ی پیش‌نوجوانی: این مرحله سر آغاز بحران‌ها است. شیوه‌های سازش‌یافتگی عقلی و عاطفی هنوز به طور کامل از شیوه‌های دوران کودکی جدا نشده‌اند ولی گسستن خود را آغاز کرده‌اند.

مرحله‌ی در خود فرورفتن: در این مرحله نوجوان در برابر محیط خویش، وضع مشخّصی به خود گرفته و روش‌هایی را در بروز رفتارهای خود در نظر می‌گیرد. به دلیل در خود فرورفتن بیشترین نگرانی را برای والدین ایجاد می‌کند زیرا آنها روابط خود را با فرزند گسسته می‌پندارند.

مرحله‌ی از خود بیرون آمدن: در این مرحله توجّه و تمرکز نوجوان از درون متوجّه بیرون می‌گردد. فرد فعال شده و با دیگران ارتباط برقرار می‌کند که به منزله‌ی پایان یافتن بحران است (منصور، ۱۳۷۸).

برک (۱۹۹۳) از دوره‌ی نوجوانی تقسیم‌بندی دیگری را بر اساس سن ارائه داده است:

مرحله‌ی نوجوانی اوّلیّه[2]: از ۱۱، ۱۲ تا ۱٤ سالگی، در این دوره تغییرات بلوغ جنسی خیلی سریع صورت می‌گیرد.

مرحله‌ی نوجوانی میانی[3]: از ۱٤ تا ۱۸ سالگی، در این دوره تغییرات جنسی تقریبا" کامل می‌شوند.

مرحله‌ی نوجوانی پایانی[4]: از ۱۸ تا ۲۱ سالگی که اغلب به عنوان جوانی تلقی می‌شود. در این دوره فرد یک بزرگسال به نظر می‌رسد و نقش افراد بزرگسال را می‌پذیرد.

1.Mead
1- Early Adolescence
2.Middle Adolescence
3.Late Adolescence

لازم به یادآوری است که نوجوانی را نمی‌توان مستقل از دوره‌های دیگر تحوّل مورد بررسی قرار داد چرا که در تداوم دوره‌های قبلی است. در این دوره است که جنگ بین نیروهای درونی یعنی "نهاد"، "من" و "فرامن" آغاز می‌شود. فرد باید خود را به سوی سازشی جدید سوق دهد. نوجوان در صورتی که نتواند بر "برانگیختگی‌ها" و "کشاننده‌های درونی" تسلّط یابد، ممکن است به فردی غیراخلاقی، ناسازگار یا بزهکار تبدیل شود و اگر به طور افراطی تابع فرامن شود به مرحله‌ی "روان‌آزردگی" کشیده خواهد شد (منصور، ۱۳۷۸).

از نظر اخلاقی گاهی رفتار نوجوانان در دو نقطه‌ی متضاد قرار می‌گیرد. نوجوانان گاهی بسیار پرخاشگر و آزاردهنده و گاهی دارای احساسات انسانی عالی هستند. آنها در برخی موارد برای ساختن دنیایی آرمانی دست به تلاش‌های سخت می‌زنند. به نظر کلبرگ[1] (۱۹۸٤ به نقل از گرای، ۱۹۹۹) رشد اخلاقی فرد از دوره‌ی کودکی آغاز می‌شود ولی رشد اخلاقی کودک با نوجوان متفاوت است. به نظر او نوجوانی دارای دو ویژگی "کشف خویشتن" و "تعالی اجتماعی" است. در مرحله‌ی نوجوانی اوّلیّه، "خوبی" در رابطه با انگیزه‌ها و احساسات تعریف می‌شود و "اخلاق قراردادی" موجب می‌شود که نوجوان فکر کند که همه‌ی افراد جامعه باید در نقطه نظرهای خود اشتراک داشته باشند. در مرحله‌ی نوجوانی میانی، فرد "تأیید اجتماعی" را مد نظر قرار می‌دهد. از نظر او رفتاری خوب و پسندیده است که نظم اجتماعی را مختل نکند. در این مرحله نوجوان نسبت به قانون و نظم به گونه‌ای انعطاف‌ناپذیر می‌اندیشد ولی به تدریج نگرش او به قوانین اجتماعی انعطاف بیشتری می‌یابد. در اواخر مرحله‌ی نوجوانی میانی، نوجوان قوانین را به عنوان وسایل و ابزاری می‌داند که افراد جامعه در مورد آن توافق دارند تا بتوانند راحت‌تر زندگی کنند. اگر مردم احساس کنند که قوانین منطبق بر نیازهای آنان نیست همیشه می‌توانند قوانین را از طریق توافق مشترک تغییر دهند. در این مرحله نوجوان از ارزش‌هایی مانند "آزادی" و "عدالت" درک مختصری دارد. در مرحله‌ی نوجوانی پایانی فرد درک روشن‌تری از برخی اصول مجرّد و جهانی که مافوق قوانین هستند، پیدا می‌کند. این اصول شامل "عدالت"، "احترام به حقوق مردم" و "آزادی" هستند. نوجوان اهمّیّت نظم اجتماعی را درک می‌کند و در عین حال می‌داند که همه‌ی جوامع منظّم قادر به اجرای اصول مهم نیستند (گرای، ۱۹۹۹).

از نظر شناختی دروه‌ی نوجوانی با مراحل (عملیّات صوری) پیاژه، مطابقت دارد. در این دوره ظرفیّت تفکّر انتزاعی برای نوجوان ایجاد می‌شود. این توانایی موجب انعطاف‌پذیری در برابر مسائل و استدلال بر

3.Kohlberg

پایه‌ی فرض و استنتاج می‌گردد و نوجوانان قادر به ارزشیابی فرضیّه‌های خود می‌گردند. در این برهه محیط بیش از هر دوره‌ی دیگر تأثیر دارد. توجّه مفرط به خود و اعتقاد به یکّه و خاص بودن بیانگر "خود میان‌بینی" در دوره‌ی نوجوانی است. او خود را تابع قوانین حاکم بر سایرین نمی‌داند و در جستجوی هویّتی مستقل است. نوجوان با تعارض بین "استقلال‌خواهی" و "وابستگی" به والدین مواجه است (منصور، ۱۳۷۸).

در نظریه‌ی اریکسون نوجوانی به عنوان مرحله‌ی "بحران هویّت" تلقی شده است. نتیجه‌ی گذر از این دوره ایجاد شکل‌گیری هویّتی جدید و مستقل است. این هویّت در برگیرنده‌ی هدفمندی، جهت‌گیری‌شغلی، کسب مجموعه‌ای از ارزش‌ها و آمادگی برای ورود به بزرگسالی است. امروزه بسیاری از روان‌شناسان اصطلاح بحران را در نظریه‌ی اریکسون مورد بحث قرار داده‌اند. از نظر آنها تلاش نوجوان را برای کسب هویتی مستقل نمی‌توان به منزله‌ی بحران تلقی کرد. با وجود این تقریبا" همه‌ی روان‌شناسان با این که "در دوره‌ی نوجوانی فرد به طور هشیار و یا ناهشیار در جهت حرکت از کودکی به جانب بزرگ‌سالی تلاش می‌کند، موافقند (گرای، ۱۹۹۹). در دوره‌ی نوجوانی به جای این که اعمال و رفتار فرد متوجه دنیای بیرونی باشد، با توجّه به نیازهای "من" صورت می‌گیرد. او از تجهیزات ذهنی لازم، برای کسب و استقرار شخصیّت برخوردار می‌شود؛ در نتیجه علی‌رغم وجود تعارض‌ها، گرایش‌های دوسویه، سردرگمی‌های هویّتی، از دست رفتن تعادل پیشین و ایجاد اضطراب، سرانجام نوعی تعادل در شخصیّت وی ایجاد می‌شود. بی‌ثباتی عاطفی، خود میان‌بینی و واکنشهای غیر منطقی نوجوان نسبت به اطرافیان جای خود را به رفتارهای متعادل و تفکّر منطقی می‌دهد. به طوری که در پایان نوجوانی، نوجوان جهان اطراف خود را با دید واقع بینانه‌تری می‌نگرد و قادر است با شیوه‌های مناسب‌تری با محیط و افراد جامعه سازگار شود (آیزنک، ۲۰۰۰).

موضوع دیگری که در بررسی تحوّل کودکان و نوجوانان باید مورد توجّه قرار گیرد، "زمینه" یا "اکولوژی تحوّل" آنان از جمله جنبه‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی، اجتماعی، مؤسسه‌ای، فرهنگی و تاریخی است. این زمینه‌ها در تحوّل کودکان و به ویژه نوجوانان تأثیر دارند. البتّه این عوامل با هم در تعامل هستند و به تنهایی عمل نمی‌کنند. برای مثال تغییرات هورمونی بر ویژگی‌هایی مانند قد، وزن و تناسب اندام تأثیر دارند. ولی هورمون‌ها به تنهایی مسؤول این تحوّل نیستند. کیفیّت و زمان شروع تغییرات هورمونی و بیولوژیکی با زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و روان‌شناختی ارتباط دارند. هنگامی که تغییرات بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی به طور همزمان واقع می‌شوند؛ بیشترین احتمال وقوع مشکلات دوران تحوّل به وجود می‌آید. هم‌چنین در نوجوانی در مقایسه با کودکی، بروز مشکلات مدرسه، مشکلات جنسی و مصرف

مواد مخدر پیامدهای منفی‌تری را به دنبال دارند. طی مسیرهای تحوّل در این دوره مستلزم سازگاری مناسب در هر مرحله است. سازگاری بهینه در شرایطی ایجاد می‌شود که پدر و مادر و سایر بزرگسالان که به نوعی با نوجوانان در تماس هستند، او را به کسب خودمختاری متناسب با سن تشویق کنند و در عین حال در حفظ پیوند عمیق بین نوجوان و خانواده کوشا باشند. بنابر این چگونگی طیّ مراحل تحوّل در دوره‌ی نوجوانی ارتباط نزدیکی با شیوه‌ی زندگی و فرهنگ جامعه و خانواده دارد (لرنر، ۱۹۹۸). در صورتی که شرایط مناسب تحوّل وجود داشته باشد علی‌رغم تغییرات سریع و فشارهای گوناگون که نوجوان از درون و محیط بیرونی متحمّل می‌شود، دوره‌ی نوجوانی با حداقل استرس به پایان می‌رسد (آیزنک، ۲۰۰۰).

برحسب آن که نوجوان تابع محیطی باشد که هدف نهایی زندگی در آن تابع مفاهیمی چون "اصلاح محیط اجتماعی" و یا "کسب لذّت" است، رفتارهایی متفاوت از خود نشان می‌دهد. در برخی از جوامع به علّت ناسازگار بودن هدف جامعه با هدف‌های نوجوان، مشکلات و ناسازگاری‌ها به میزان زیادتری مشاهده می‌شود. زیرا ارزش‌های حاکم بر آن جامعه قادر به حلّ تعارض‌های روانی و اجتماعی فرد نیستند (منصور، ۱۳۷۸). بنابراین با توجّه به اینکه ارزشهای حاکم بر جوامع با هم متفاوت هستند و در برخی از جوامع ارزشهای معنوی و در برخی دیگر مادّی و یا سیاسی حاکمند، آشنا کردن نوجوانان با ارزشهای حاکم بر جامعه به شناخت آنها نسبت به فرهنگ، تمدّن و قوانین جاری کمک می‌کند و همین امر موجب سازگاری بیشتر آنها با اجتماع شده و به احیای شخصیّت آنان کمک می‌کند. در صورتی که شرایط و ارزش‌های جامعه با نیازهای نوجوان تناسب داشته باشند، فرایند ارزش‌پذیری به شکل مناسبی طی خواهد شد و فرد به سازگاری بیشتر نایل می‌آید (خدایاری، ۱۳۸۳).

متأسّفانه علی‌رغم اهمّیّت تحوّل شناختی، عاطفی و اجتماعی کودکان و نوجوانان، اکثر والدین، پزشکان و حتّی معلّمان، تنها به رشد جسمانی و پیشرفت تحصیلی آنان توجّه دارند و رفتارها، واکنش‌ها و مشکلات‌روانی آنان اغلب مورد غفلت واقع می‌شوند. در حالی که مراقبت از حالات‌روانی کودکان و نوجوانان امری ضروری است و از بروز بسیاری از مشکلات جلوگیری می‌کند. والدین و کلیّه‌ی افرادی که به نوعی با کودکان و نوجوانان سرو کار دارند باید با چگونگی رشد جسمانی، شناختی، عاطفی، اجتماعی و ویژگی‌های رفتاری آنان آشنایی کافی داشته باشند و آرزوها و امیال آنها و طرح‌هایی را که برای آینده‌ی خود پی‌ریزی می‌کنند، مورد توجّه قرار دهند (میلانی‌فر، ۱۳۷٤).

طبقه‌بندی و تشخیص

طبقه‌بندی و تشخیص مسائل و مشکلات کودکان و نوجوانان امری دشوار است زیرا این مسائل تحت تأثیر عوامل فرهنگی قرار دارند و گاهی از نظر ملاک‌های تشخیصی با یکدیگر هم‌پوشی دارند، دارای ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر هستند و بر هم تأثیر می‌گذارند. علی‌رغم تمامی این مشکلات طبقه‌بندی‌های گوناگونی از اختلالات دوران کودکی و نوجوانی صورت گرفته است. یکی از مهم‌ترین نظام‌های طبقه‌بندی چهارمین مجموعهٔ تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی،[1] DSM-IV -TR (۲۰۰۰) است که توسط انجمن روان‌پزشکی ایالات متحده‌ی آمریکا[2] ارائه شده است. طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها[3] (ICD) نیز نظام دیگری است که توسط سازمان بهداشت جهانی[4] توسعه یافته است. در نظام‌های یاد شده طبقه‌بندی‌هایی در مورد اختلالات کودکان نیز مطرح شده است. در زمینه‌ی اختلالات روانی، طبقه‌بندی DSM کاربرد بیشتری داشته است. در طبقه‌بندی DSM-I که در سال ۱۹۵۲ منتشر شد اختلالات کودکان در دو طبقه مطرح شده بود: واکنش سازگاری[5] و اسکیزوفرنی کودکی[6]. در DSM-II در سال ۱۹٦۸ طبقه‌ی دیگری تحت عنوان اختلالات رفتار کودکان و نوجوانان مطرح شد. در نسخه‌های‌تجدیدنظر شده‌ی بعدی نیز تعداد طبقات خاص کودکان و نوجوانان افزایش یافت و تغییراتی در سازماندهی طبقات صورت گرفت. نظام طبقه‌بندی چهارمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکی آمریکا DSM-IV چندمحوری است و شامل سنجش براساس محورهای گوناگون است. در این طبقه‌بندی پنج محور مطرح شده است:

محور۱ (I): شامل اختلالات بالینی و سایر اختلالاتی است که ممکن است مورد توجه بالینی قرار گیرند.

محور۲ (II): شامل اختلالات شخصیت و عقب‌ماندگی ذهنی است.

محور۳ (III): شامل بیماری‌های جسمانی است.

محور٤ (IV): شامل مشکلات روانی ـ اجتماعی و محیطی است.

محور۵ (V): شامل سنجش کلی کارکردهای فرد است (نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰).

در DSM-IV-TR اختلالات کودکان و نوجوانان در طبقه اختلالاتی که معمولاً نخستین بار در دوره‌ی نوزادی، کودکی یا نوجوانی تشخیص داده می‌شوند، مطرح شده است. باید در نظر داشت که ارائه‌ی یک

1.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.
2.American Psychiatric Association
3.International classification of Diseases
4.World Health Organization
5.Reaction Adjustment
6.Childhood Schizophrenia

بخش مستقل برای اختلالات کودکان و نوجوانان تنها به منظور سهولت کار درمان‌گران است و به معنای تمایز قطعی بین اختلالات دوران کودکی و بزرگسالی نیست. بنابراین در ارزیابی مشکلات کودکان و نوجوانان می‌توان، به طبقات دیگر نیز توجه کرد. در این طبقه اختلالاتی که در پی می‌آیند قرار می‌گیرد:

۱ـ عقب‌ماندگی ذهنی[1]: ویژگی این اختلال کارکرد ذهنی است که به طور معنی‌داری پایین‌تر از حد متوسط بوده (بهره‌ی هوشی پایین‌تر از ۷۰) و شروع آن پیش از ۱۸ سالگی است و با اختلال در رفتار سازشی همراه است.

۲ـ اختلالات یادگیری[2]: ویژگی این اختلال کارکرد تحصیلی پایین است به طوری که با سن تقویمی و هوشی هر فرد هماهنگی نداشته و به طور معنی‌داری پایین‌تر از حد انتظار باشد. اختلال در خواندن، اختلال در ریاضی، اختلال در بیان نوشتاری از انواع اختلالات یادگیری به شمار می‌آیند.

۳) اختلال در مهارت‌های حرکتی[3]: در این طبقه اختلال در هماهنگی‌های حرکتی مربوط به رشد قرار می‌گیرد که ویژگی آن هماهنگی حرکتی ضعیف‌تر از حد مورد انتظار با توجه به سن تقویمی و هوشی هر فرد است.

٤) اختلالات ارتباطی[4]: ویژگی این اختلالات، وجود مشکل در گفتار یا زبان است. اختلال در زبان بیانی، اختلال مختلط در زبان دریافتی ـ بیانی، اختلال واژه‌شناسی و لکنت زبان در این طبقه قرار می‌گیرند.

۵) اختلالات نافذ رشد[5]: ویژگی این اختلالات وجود کاستی شدید و اختلال فراگیر چندگانه در رشد است که شامل اختلال در تعامل اجتماعی و ارتباطی و وجود علایق و رفتارهای قالبی می‌گردد. اختلالات اوتیستیک[6]، رت[7]، از هم پاشیدگی کودکی و آسپرگر[8] از اختلالات اصلی این طبقه محسوب می‌شوند.

٦) اختلالات کاستی توجّه و رفتارایذایی[9]: این طبقه شامل اختلال کاستی توجّه ـ بیش‌فعّالی است که که ویژگی اصلی آن فقدان توجّه و یا بیش‌فعّالی ـ تکانش‌گری است. این طبقه هم چنین شامل اختلالات رفتاری‌ایذایی است که عبارتند از: اختلال سلوک که ویژگی آن نادیده گرفتن حقوق دیگران یا تخلّف از

1.Mental Retardation
2.Learning Disorders
3.Motor skills
4.Communication Disorders
5.Pervasive Developmental Disorders
6.Autistic
7.Rett
8.Asperger
9.Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders

هنجارها و قواعد اجتماعی متناسب با سن فرد است. اختلال لجبازی و نافرمانی نیز زیرگروه اختلالات رفتاری‌ایذایی است که ویژگی آن رفتارهای منفی‌گرایانه، خصمانه و خودسرانه است.

۷) اختلالات تغذیه و خوردن در نوزادی و یا اوایل کودکی[1]: ویژگی این اختلالات، مشکل مداوم در تغذیه و خوردن است. هرزه‌خواری و نشخوار از اختلالاتی هستند که در این طبقه جای می‌گیرند.

۸) اختلالات تیک[2]: تیک‌های صوتی یا حرکتی از عمده‌ترین ویژگی‌های اختلالات تیک محسوب می‌شوند. اختلال تورت[3]، تیک مزمن حرکتی یا صوتی، و تیک گذرا از اختلالات تیک به شمار می‌آیند.

۹) اختلالات دفع[4]: این طبقه شامل بی‌اختیاری دفع یعنی دفع مکرّر مدفوع در مکان‌های نامناسب و بی‌اختیاری ادرار یعنی دفع مکرّر ادرار در مکان‌های نامناسب است.

۱۰) سایر اختلالات نوزادی، کودکی یا نوجوانی: این طبقه شامل اختلالاتی است که در سایر طبقات جای نمی‌گیرند و عبارتند از: اختلال اضطراب جدایی که ویژگی آن اضطراب شدید و نامتناسب در مواجهه با دوری از خانه و یا جدایی از افرادی است که کودک به آنان وابستگی دارد. گنگی انتخابی که ویژگی آن ناتوانی مداوم برای صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی است در حالی که توانایی سخن گفتن در سایر موقعیت‌ها وجود دارد. اختلال دلبستگی واکنش نوزادی یا اوایل کودکی است که ویژگی آن روابط اجتماعی نامتناسب با سطح رشد است و در بیشتر موقعیّت‌ها رخ می‌دهد. اختلال حرکت کلیشه‌ای که ویژگی آن رفتارهای حرکتی تکراری و به ظاهر اجباری است. این رفتارها به طور قابل ملاحظه‌ای در فعّالیّت‌های عادی تداخل کرده یا باعث آسیب‌های بدنی می‌شود (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

اگر چه طبقه‌بندی DSM-IV-TR در سطح بسیار گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی همواره مسائلی در مورد آن مطرح بوده است. یکی از این مسائل بحث پایایی[5] و روایی[6] ملاک‌های مطرح شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند پایایی تشخیص اختلالات کودکان در موارد مختلف، متغیّر است. برای مثال پایایی تشخیص اختلالات اضطرابی کودکان بالاست (وری[7]، ۱۹۹٤). با وجود این در مورد اختلالات اضطرابی، نوع اختلال، منبع جمع‌آوری اطّلاعات، سن و جنسیّت کودک در میزان پایایی تأثیر دارد. هم چنین

1.Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early childhood
2.Tic Disorders
3.Tourette
4.Elimination Disorders
5.Reliability
6.Validity
7.Werry

هنگامی که ملاک‌های تشخیصی توسّط افراد کارآزموده به کار گرفته می‌شوند پایایی افزایش می‌یابد (سونگا ـ بارک[1]، ۱۹۹۸).

لاهی و دیگران[2] (۱۹۹٤) روایی اختلالات نقص توجّه همراه با بیش‌فعّالی را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج بررسی آنان نشان داد کودکانی که در طبقات فرعی نظیر ADHD قرار گرفته‌اند رفتارهای متفاوتی از یکدیگر داشته‌اند. آنها علاوه بر ملاک‌های مطرح شده در DSM-IV-TR از نظر مقبولیّت اجتماعی و افت تحصیلی نیز تفاوت‌هایی را نشان داده‌اند.

مسأله‌ی دیگری که در مورد طبقه‌بندی DSM-IV وجود دارد وقوع همزمان چند اختلال با یکدیگر در مورد یک فرد است. برای مثال ممکن است اضطراب و افسردگی هر دو به طور همزمان در یک فرد وجود داشته باشد. وقوع همزمان اختلالات را می‌توان به عوامل متعددی نسبت داد. گاهی عوامل خطرساز مشترک موجب ایجاد اختلالات روانی به صورت همزمان می‌شوند. گاهی نیز ممکن است یک اختلال خطر ابتلا به سایر اختلالات را افزایش دهد.

پژوهش‌هایی که در مورد اختلالات چندگانه صورت گرفته‌اند بر وجود شیوع بالای آن دلالت دارند (ناتلمن و جنسن[1]، ۱۹۹۵). سؤالی که مطرح است این است که کودکان و نوجوانان با اختلالات چندگانه را در کدام طبقه باید قرار داد.

روش دیگر طبقه‌بندی، استفاده از رویکرد تجربی است. در این رویکرد از روش‌های آماری به منظور طبقه‌بندی استفاده می‌شود. روش‌های آماری برای مشخّص کردن رفتارهایی که گرایش به وقوع همزمان دارند، به کار برده می‌شوند. تحلیل عاملی[2] وتحلیل خوشه‌ای[3] از روش‌های آماری هستند که به منظور طبقه‌بندی اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این روش‌ها بر همبستگی سؤالات مبتنی هستند. همبستگی هر سؤال با سایر سؤالات محاسبه می‌شود. سپس سؤالاتی که با یکدیگر همبستگی بالا دارند تحت یک عامل یا خوشه قرار می‌گیرند. اصطلاح سندرم[4] به منظور توصیف رفتارهایی که به وقوع در کنار یکدیگر گرایش دارند، اطلاق می‌شود (آخن باخ[5]، ۱۹۹۸).

1.Sonuga-Barke
2.Lahey
1.Nottelmann & Jensen
2.Factor analysis
3.Cluster analysis
4.Syndrome
5.Achenbuch

کرشاو و سونگا بارک[6] (۱۹۹۸ به نقل از کوانیگ هونگ[7]، ۲۰۰۱) با استفاده از روش تحلیل خوشه‌ای مشکلات پسران مدرسه‌ای با اختلالات هیجانی ـ رفتاری را در پنج خوشه طبقه‌بندی کردند: ۱) مشکلات رفتاری ۲) مشکلات هیجانی ۳) مشکلات مربوط به توجّه ٤) ترکیبی از مشکلات هیجانی ـ رفتاری و توجّه ۵) مشکلات نامشخّص.

اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی

۱) ***اختلال‌های یادگیری***: اختلال در خواندن، اختلال در ریاضی و اختلال در بیان نوشتاری از انواع اختلالات یادگیری به شمار می‌آیند. البتّه این به شرطی است که فرد دارای نقیصه‌ی حسّی و یا مبتلا به بیماریهایِ جسمانی چون فلج مغزی نباشد. در اغلب موارد اختلال‌های یادگیری با عزّت نفس پایین و کمبودهایی در مهارت‌های اجتماعی همراه هستند. بین ۱۰ تا ۲۵ درصد از افرادی که "اختلال سلوک"، "لجبازی" و "نافرمانی"، "اختلال نقص توجّه" همراه با "بیش فعّالی"، "افسردگی عمده" و یا "اختلال افسرده‌خویی" دارند، دچار "اختلال یادگیری" هم هستند. هم‌چنین افراد با اختلال‌های یادگیری گاهی در پردازش اطّلاعات نابهنجاری‌های اساسی دارند. اختلال‌های مربوط به حافظه، توجّه، فرایندهای زبانی و ادراک و بینایی نیز اغلب مقدم بر اختلال‌های یادگیری و یا همراه با آنها هستند (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰).

۲) ***اضطراب***: اضطراب احساس رنج‌آوری است که به موقعیّتی در زمان حال و یا انتظار خطری نامعین در آینده وابسته است. مفهوم اضطراب با ترس متفاوت است. اضطراب معنایی وسیع‌تر از ترس دارد و مستلزم احساس ناامنی و تهدید است بدون آنکه فرد منبع آن را درک کند. در حالی که ترس احساسی است که در مقابل یک شیء یا حادثه‌ی خطرناک به وجود می‌آید. اضطراب در کودکان و نوجوانان به گونه‌های متفاوتی تظاهر می‌کند که عبارتند از:

۱) عدم وجود نشانه‌های اضطرابی در رفتارهای ظاهری و به کارگیری مکانیزم‌های اجتناب و گریز.

۲) وجود نشانه‌های اضطرابی در حالی که فرد هیچ گونه دلیلی برای بروز این نشانه‌ها ندارد.

۳) وجود رفتارهایی که بیانگر اضطراب در فرد است و ارائه‌ی دلایلی برای وجود اضطراب با استفاده از تخیّلات.

احساس گناه، احساس عدم کفایت در انجام کارها، احساس تأیید نشدن از جانب بزرگسالان و احساس ناامنی، از نشانه‌های معمول اضطراب در کودکان و نوجوانان هستند (دادستان، ۱۳۷٦).

6.Kershaw & Songa Barke
7.Qing Hong

به نظر سیلورمن[1] (۱۹۹۵) نگرانی‌های کودکان و نوجوانان با بروز اختلال‌های اضطرابی در آنان رابطه دارد. سیلورمن طی مصاحبه‌هایی با نوجوانان، نگرانی‌های آنها را مورد بررسی قرار داد. نتایج مطالعات او بیانگر این است که از نظر نوع، بیشترین نگرانی نوجوانان در گروه مورد مطالعه به سلامتی، مدرسه و آسیب‌های شخصی مربوط بودند. از نظر شدّت، بیشترین نگرانی آنها به خانواده، جنگ، وضعیت مالی و فجایع طبیعی ارتباط داشت و از نظر فراوانی بیشترین نگرانی آن‌ها در مورد خانواده، همکلاسی‌ها و دوستان بود. در این مطالعه اغلب نوجوانانی که سطح بالایی از نگرانی را بروز داده بودند، به علّت ابتلا به یکی از انواع اضطراب به کلینیک‌های روانی مراجعه داشته‌اند (سیلورمن، ۱۹۹۵).

۳) ***افسردگی:*** افسردگی در کودکان و نوجوانان بر حسب سنین مختلف دارای نشانه‌های متفاوتی است. به طور کلی می‌توان گفت افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه‌ی خلق افسرده قرار دارد و به صورت بیان لفظی یا غیرلفظی، احساس غم و اندوه، اضطراب و یا حالت‌های برانگیختگی نمایان می‌شود (بلاک‌برن[2] و کوترو[3]، ۱۹۹۰ به نقل از دادستان، ۱۳۷٦).

افسردگی در دوران کودکی و نوجوانی اهمّیّت بسیار زیادی دارد، چرا که بر عملکرد فرد تأثیر گذاشته و عدم توجّه به آن منجر به بروز مشکلات و مسائل پیچیده‌تری می‌گردد. افسردگی در کودکی و نوجوانی موجب افت تحصیلی، اختلال در روابط بین‌فردی و خانوداگی، سوء مصرف مواد مخدر، اختلال در خوردن و خودکشی می‌شود (سیمون[4] و فرگوسن[5]، ۱۹۹۰).

به نظر جانسون[6] (۱۹۹۸) افسردگی با مشکلات رفتاری ارتباط دارد. عدّه‌ای از نوجوانان افسرده به سوء مصرف مواد مخدر و الکل، بزهکاری و فعّالیّت جنسی نامناسب روی می‌آورند. به نظر می‌رسد که عوامل نگهدارنده‌ی همه‌ی این رفتارهای مشکل‌ساز مشترک باشد. اخیرا" عدّه‌ای از پژوهشگران در تبیین رابطه‌ی بین افسردگی و سوء مصرف مواد مخدر و الکل فرضیه "خوددرمانی" را مطرح کرده‌اند. بر اساس مطالعات آنان نوجوانان به منظور کاهش احساس یأس و نومیدی و انطباق با افسردگی خود، به مصرف مواد مخدر مبادرت می‌ورزند.

1.Silverman
1.Blackburn
2.Cottrau
3.Simeon
4.Ferguoson
5.Johnson

٤) *اختلال‌های سازگاری*: اختلال سازگاری عبارت است از وجود نشانه‌های بالینی آشکار به صورت رفتاری یا هیجانی در پاسخ به یک عامل یا عوامل فشارزای روانی ـ اجتماعی. پریشانی ذهنی و اختلال در کارکرد غالبا" به صورت کارکرد پایین شغلی، اجتماعی و تحصیلی نمایان می‌گردد. عامل ایجاد فشار ممکن است یک رویداد منفرد، و یا ناشی از چند عامل چون مشکلات تحصیلی و خانوادگی باشد. اختلال‌های سازگاری گاهی همراه با خلق افسرده، اضطراب، و یا با اختلال‌های سلوک مشاهده می‌شوند. به هر حال با توجّه به همراهی اختلال‌های سازگاری با موارد یاد شده، امکان ایجاد احساس‌های یأس و نومیدی، نگرانی و دلواپسی و یا مدرسه گریزی، تخریب اموال و مشاجره و تخطّی از قانون تشدید می‌شود.

۵) *وسواس*: وسواس عبارت از اعمال، افکار یا عقاید تکرار شونده‌ای هستند، که فرد تسلطی بر آن ندارد. احتمال دارد که کودک یا نوجوان علیرغم تشخیص این که عقاید یا رفتارهایی که با آن درگیر است، منطقی نیستند، نیاز به تکرار آن داشته باشد (نلسون و ایزرائل، ۲۰۰۰). کودکان و نوجوانانی که در خانواده‌های سخت‌گیر و بسیار مراقب زندگی می‌کنند، اغلب رفتارهای وسواسی از خود نشان می‌دهند، یعنی قدرت تصمیم‌گیری ندارند، دائم دچار شک و تردید می‌شوند و به افکار و اعمال غیرمنطقی و تکرار شونده اشتغال دارند. آنها دارای نظم و ترتیب افراطی و دقّت و باریک‌بینی خاص هستند. کمال طلبند و در مورد نتیجه‌ی مطلوب کارهای خود شک و تردید دارند. کودکان و نوجوانان وسواسی غالبا" اضطراب خود را با افکار یا اعمال تکراری کنترل می‌کنند (خدایاری، ۱۳۸۳).

بهداشت روانی کودکان و نوجوانان

شخصیّت آدمی در دوران کودکی و نوجوانی پی‌ریزی می‌شود. میزان مفید بودن او، به چگونگی شکل‌گیری شخصیّت وی و حلّ مسائل و مشکلات او در دوران کودکی و نوجوانی بستگی دارد. به منظور رشد و پیشرفت جامعه، همه‌ی افراد و نیز مؤسسات بهداشت روانی موظّف به توجّه به مسائل کودکان و نوجوانان و مهیّا کردن زمینه برای فرایند تشخیص و درمان مشکلات آنان هستند. در کشورهایی که مؤسسات بهداشت روانی برنامه‌های حمایتی گسترده‌ای برای کودکان و نوجوانان و خانواده‌های آنان تدارک دیده‌اند پیشرفت‌های همه جانبه‌ای روی داده است. در این کشورها کودکان و نوجوانانی که دارای مشکلات شدید هستند به طور دائم تحت نظر قرار می‌گیرند و تا سالها شیوه‌ی زندگی آنان توسط مؤسسات مربوط تحت کنترل قرار می‌گیرد (فاستر[1]، ۲۰۰۱).

1.Foster

امروزه خدمات مربوط به بهداشت روانی در مجموعه‌های گوناگون ارائه می‌شود. کلینیک‌های بهداشت روانی، بیمارستان‌های روانی، مراکز راهنمایی کودکان و نوجوانان، مراکز خصوصی تخصصی و مدارس از جمله مجموعه‌هایی هستند که این خدمات را ارائه می‌دهند (ویست[1]، ۱۹۹۷).

از آنجایی که اختلالات کودکان و نوجوانان اغلب دارای علت‌های متفاوتی است، خدمات ارائه شده به آنان نیز باید دارای مؤلّفه‌های گوناگونی باشد و توسّط گروهی از متخصّصان ارائه شود. بدین منظور متخصص روان‌شناس برنامه‌های اصلاح رفتار و کار با والدین را طراحی می‌کند و کارکنان مدرسه را در زمینه‌ی مسائل تحصیلی کودک یا نوجوان راهنمایی می‌نماید. روان‌پزشک نیز مسؤول دارو درمانی است و مددکار اجتماعی به بررسی محیط زندگی و شیوه‌ی تعامل فرد در مکان‌های مختلف می‌پردازد. در این مؤسسه‌ها حمایت از کودکان با استفاده از الگوهای جامعی صورت می‌گیرد که در آن نیازهای کودکان، خانواده و سایر مکان‌های اجتماعی نیز در نظر گرفته می‌شوند (پاماریگا و گلاور[2]، ۱۹۹۸). سایر جنبه‌هایی که در نظر گرفته می‌شوند عبارتند از درمان در محیط با حداقل محدودیت، شناخت اوّلیّه‌ی مشکلات فرد، تعیین روش‌های پیشگیری و انتقال به سیستم‌های حمایتی بزرگسالان در صورت نیاز (بیکمن[3]، ۱۹۹۷؛ ساکس و کراس[4]، ۱۹۹۷).

برخی از متخصصان معتقدند که مدرسه می‌تواند نقش مهمی را در ارائه خدمات بهداشت روانی به دانش‌آموزان و خانواده‌ها ایفا کند. خدمات مربوط به بهداشت روانی جنبه‌ی پیشگیرانه دارد. با آموزش مهارت‌های اجتماعی، روش‌های حل مسأله و به کارگیری راهبردهای شناختی و فراشناختی می‌توان از بروز اختلالات کودکان و نوجوانان پیشگیری کرد (هولتزمن[5]، ۱۹۹۷).

وینسون[6] (۲۰۰۱) شیوه‌های ارائه‌ی خدمات مؤسسات بهداشت روانی را مورد بررسی قرار داده و نشان داد مؤسساتی که همکاری خانواده‌ها را در حل مسائل و مشکلات فرزندانشان به خوبی جلب کرده‌اند، بسیار موفّق بوده‌اند. هم‌چنین مقدار هزینه‌ی مراجعه به مؤسسات نیز با میزان موفّقیّت آنها در حل مسائل کودکان و نوجوانان همبستگی منفی نشان داده است. مؤسساتی که مراجعه به آنها هزینه‌ی کمتری برای

1.Weist
2.Pumariega & Glover
3.Bickman
4.Saxe & Cross
5.Holtzman
6.Vinson

خانواده‌ها داشته‌اند، در فرآیند درمان موفّق‌تر بوده‌اند، زیرا مراجعه به این مؤسسات تداوم بیشتری داشته است.

منابع فارسی

احدی، حسن و محسنی، نیکچهره (۱۳۷۲). *روان‌شناسی رشد: مفاهیم بنیادی در روان‌شناسی نوجوانی و جوانی*. تهران: چاپ بنیاد.

دادستان، پریرخ (۱۳۷٦). *روان‌شناسی رشد تحوّلی از کودکی تا بزرگسالی* (جلد اوّل). تهران: انتشارات سمت.

خدایاری فرد، محمّد (۱۳۸۳). *مسائل نوجوانان و جوانان*. تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان.

ماسن، پاول هنری؛ کیگان، جرم؛ هوستون، آلتاکارول؛ ووی‌کانجر، جان جین. *رشد و شخصیت کودک*. ترجمه‌ی مهشید یاسایی (۱۳۷۳). تهران: نشر مرکز.

منصور، محمود (۱۳۷۸). *روان‌شناسی ژنتیک*. تهران: انتشارات سمت.

میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷٤). *بهداشت روانی*. تهران: نشر قومس.

منابع انگلیسی

Achenbach, T.M. (1998). Diagnosis, assessment, taxonomy and case formulations. In T.H. Ollendick & Hersen, M. (Eds.), *Handbook of Child Psychopathology* (3rd ed).New York: Plenum Press.

Berk, L.E. (1993). *Infants, children and adolescents.* U.S.A.: Allyn & Bacon.

Bickman, L. (1997). Resolving issues raised by the Fort Bragy evaluation: New directions for mental health services research. *American Psychologist*, *52*, 562-565.

DSM-IV-TR (2000). *Diognostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.Fourth Edition – Text Revision. A.P.A.

Eysenck, M.W. (2000). *Psychology: A student's handbook*. UK: Psychology Press Ltd.

Foster, E.M (2001). Expenditures and sustain ability in seystems of care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *9*(1), 53-62.

Gray, P. (1999). *Psychology*. U.S.A: Worth Publisher INC.

Holtzman, W.H. (1997). Community psychology in full service schools in different cultures. *American Psychologist*, *52*, 381-389.

Johnson, S.M. (1998). Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade: substance use outcomes across adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*(3): 221-232.

Lerner, R.M. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs and policies. *Annual Review of Psychology, 49, 413-446.*

Lahey, B.B.; Applegate, B.; McBurnett, K.; Biderman, J.; Greenhill, L.; Hynd, G.W.; Barkley, R.A.; Newcorn, J.; Jensen, P.; Richters, J.; Garfinkel, B.; Kerdyk, L.; Frick, P.J.; Ollendick, T.; Perez, D.; Hart, E.L.; Waldman, I.; & Shaffer, D. (1994). DSM-IV Field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *American Journal of Learning Disabilities*, *24*, 110-120.

Nottelmann, E.D.; & Jensen, P.S. (1995). Comorbidity of disorders in children and

adolescents: Developmental perspectives. In T.H. Ollendick, & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child psychology* (Vol. 17). New York: Plenum Press.

Nelson, R.w.; & Israel, A.c. (2000). *Behavior disorders of childhood*. Fourth Edition. New Jersey: prentice- Hall.

Pumariega, A.J.; Glover, S. (1998). New developments in service delivery research for children, adolescents, and their families. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 20). New York: Plenum Press.

Qing hong, L; Mantevfell, B.; pavlic, C.; & sondheimer, D. (2001). Describing the population of adolescents served in system of care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 9*(1): 13-29.

Silverman, W.K.; Weems, C.F; & Lagreca, A.M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to axiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 63-73.

Simeon, J.G.; & Ferguson, H.B. (1990). *Treatment strategies in child and adolescent psychiatry*. New york: plenum press.

Sake, L.; & Cross, T.P. (1997). Interpreting the Fort Bragg Children's Mental Health Demonstration Project: The cup is half full. *American Psychologist*, *52*, 553-556.

Sonuga- Barke, E.J.S. (1998). Categorical models of childhood disorder: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*, 115-133.

Vinson, N.; Brannan, A.M.; Bavghman, L.N.; wilce, M.; & Gawron, T. (2001). The system of care model: Implementation in Twenty seven communities. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 9*(1), 30-42.

Werry, J.S. (1994). Diagnostic and classification issues. In T.H. Ollendick, N.J. King, & W. Yule (Eds.*), International handbook of phobia and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum.

Weist, M.D. (1997). Expanded school mental health services: A national movement in progress. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 19). New York: Plenum Press.

بخش اول

شناخت و فراشناخت

فصل اول

ابعاد شناختی اختلالات هیجانی

دکتر علیرضا مرادی
دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت معلم

چکیده

هدف این مقاله بررسی رابطه‌ای میان شناخت و هیجان است. تعاریف نظری در مورد چگونگی شکل‌گیری شناخت و نحوه‌ی پردازش اطّلاعات در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی نظیر دیدگاه بک، باور، لنگ و ویلیامز و همکاران بصورت فشرده مورد بحث قرار گرفته است. علاوه بر این برخی جنبه‌های شناختی نظیر توجّه و حافظه با ذکر شیوه‌های مطالعه، مطرح و تفاوت عملکرد افراد مبتلا به اختلالات هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی در مقایسه با افراد عادی بحث شده است. در بخش دیگر این مقاله، تحقیقات انجام شده در خصوص ابعاد شناختی کودکان و نوجوانان و مقایسه‌ی آن با یافته‌های مطالعات در مورد بزرگسالان مطرح گردیده است.

کلید واژگان: پردازش اطّلاعات[1] ، توجّه، حافظه.

1- Information proccessing

مقدمه

رشد و گسترش "روان‌شناسی شناختی" و روش‌مند شدن مطالعات و تحقیقات مربوط به آن در طی چند دهه‌ی گذشته، حوزه‌های مختلف روان‌شناسی را تحت تأثیر قرار داده است. در این میان، آسیب‌شناسی روانی نیز از این قاعده مستثنی نبوده و بیشترین اثرپذیری را داشته است، به طوری که در سبب‌شناسی، شکل‌گیری و تکوین، مداخله و درمان اختلالات روانی ـ به ویژه اختلالات هیجانی ـ تغییرات اساسی و ساختاری به وجود آمده است. در چند دهه‌ی گذشته مدل‌های مختلف شناختی، با هدف ارائه‌ی یک تبیین منطقی متکی بر زیر بنایِ نظریِ علمیِ استوار، مطرح گردیده است که از میان آن‌ها می‌توان به مدل شناختی بک[1] (بک۱۹۷٦، بک و همکاران ۱۹۸۵)، و مدل زیست‌شناختی لنگ[2] (۱۹۷۹، ۱۹۸۵) اشاره کرد. علیرغم وجود تفاوت در مبانی و روش‌شناسی این دیدگاهها، فصل مشترک همه‌ی، تأکید بر ابعاد عاطفی و هیجانی اختلالات در وهله‌ی نخست می‌باشد. در کنار مدل‌های شناختی نظام‌دار ـ که با هدف تبیین نظری و ارائه‌ی شیوه‌های مداخله که بر اساس ضرورت‌های بالینی صورت گرفته ـ روان‌شناسان و محقّقان دیگری نیز به مطالعه‌ی تجربی و آزمایشگاهی رابطه‌ی میان اختلالات هیجانی و ابعاد شناختی پرداخته‌اند. از آن جمله می‌توان به مدل شبکه‌ای باور[3] (۱۹۸۱) و مدل پردازش اطّلاعاتی، ویلیامز و همکاران[4] (۱۹۸۷، ۱۹۹۹) اشاره کرد. تقریبا" تمامی مطالعات انجام شده در زمینه‌ی بررسی رابطه‌ی اختلالات هیجانی (نظیر افسردگی و اضطراب) با جنبه‌های شناختی، در مورد بزرگسالان صورت گرفته و کمتر به کودکان و نوجوانان پرداخته شده است. مطالعه در مورد ابعاد شناختی اختلالات هیجانی کودکان و نوجوانان از اوائل دهه‌ی آخر قرن بیستم شروع شده است. آنچه در صفحات آینده خواهد آمد، ضمن بیان این نظریّات، تحقیقات و مطالعات صورت گرفته در خصوص کودکان و نوجوانان نیز مطرح خواهد شد.

شناخت و هیجان

در آغاز دهه‌ی هشتاد بحثی جدّی در مورد رابطه‌ی میان شناخت و هیجان[5] مطرح گردید. از یک سو افرادی نظیر زایونک[6] (۱۹۸۰) هیجان را به طور کامل مستقل از شناخت دانسته. و بر این اساس مطرح کردند

1- Beck
2- Lang
3- Bower
4- Williams et al.
5- Cognition & Emotion
6- Zajonc

که برخی واکنش‌های هیجانی نظیر ترس[1] می‌تواند به طور ناگهانی و سریع، به محض مواجهه با محرّک ترسناک (نظیر حیوانات) رخ دهد. درواقع واکنش هیجانی ترس، قبل از به وجود آمدن تحلیل شناختی در مورد محرّک، کامل می‌شود. دیدگاه دیگر بر این اعتقاد است که تحلیل شناختی نه تنها در تولید هیجانات نقش دارد، بلکه به عنوان عامل اصلی نیز قلمداد می‌گردد (لازاروس[2] ۱۹۸۲). نکته‌ی کلیدی این دیدگاه این است که واکنش هیجانی، به این دلیل به سرعت بروز پیدا می‌کند، که پردازش محرّک‌ها به صورت خودکار، داوطلبانه و ناخودآگاه و با سرعت زیاد رخ می‌دهد. اگرچه برخی مخالفت‌ها با این نظریّه در مورد بیان چگونگی ارتباط میان شناخت و هیجان همچنان وجود دارد، امّا در مورد وجود رابطه میان شناخت و هیجان، اتّفاق نظر وجود دارد (ایزارد[3] ۱۹۹۳). "روان‌شناسی شناختی" در بیان "پردازش اطّلاعات"[4] به دو نوع پردازش "راهبردی"[5] و پردازش "خودکار"[6] اشاره می‌کند. پردازش خودکار، تا حدّ نسبتا" زیادی مستقل از آگاهی می‌باشد، در حالی که پردازش راهبردی وابسته به آگاهی است (متیوز[7] و مک‌لئود[8] ۱۹۹٤). هر چند که برخی از پردازش‌های اساسی در هیجان از نوع خودکار می‌باشند، امّا درک و فهم صحیح از رابطه‌ی میان شناخت و هیجان، مستلزم ملاحظه و در نظر گرفتن هر دو وجه پردازش است.

اختلالات هیجانی و مدل‌های شناختی

در دو دهه‌ی گذشته، رویکردهای شناختی مختلف، تلاش کرده‌اند تا رابطه‌ی میان اختلالات هیجانی و شناخت را تبیین نمایند. علیرغم تمرکز برخی از این رویکردها بر یک یا چند نوع اختلال هیجانی خاص، انجام مطالعات مربوطه، بر رشد و گسترش سایر نظریّات تأثیر بسزائی گذاشته است. بعنوان مثال نظریّه‌ی فوا[9] (۱۹۸۹) در مورد PTSD از نظریّه‌ی لنگ[10] متأثّر می‌باشد. در این جا به برخی از مدل‌های عمده که به تبیین رابطه‌ی میان شناخت و هیجان پرداخته‌اند اشاره می‌شود:

1- Fear
2- Lazarus
3- Azard
4- Information processing
5- Strategic
6- Automatic
7- Matnews
8- Macleod
9- Foa
10- Lang

نظریّه‌ی طرح‌واره‌ای بک

بک و همکاران (بک، ۱۹۷٦، بک، امری[1] و گرین‌برگ[2] ۱۹۸۵، بک و کلارک[3] ۱۹۹۸)، مدل شناختی خاصّی مبتنی بر پردازش اطّلاعات مطرح کرده‌اند. این مدل سعی در توصیف رابطه‌ی میان شناخت و هیجان و نیز کاربرد آن در درمان اختلالات هیجانی دارد. مدل شناختی درمانی بک با کار روی افراد افسرده آغاز و سپس به سایر اختلالات نظیر اضطراب، اختلالات شخصیّتی و اعتیاد نیز گسترش یافت.

این مدل مبتنی بر بررسی‌های بالینی و برخی مطالعات تجربی می‌باشد که از دو بخش تشکیل شده است: "ساختار شناختی"[4] یا "طرح‌واره"[5] و "پردازش اطلاعات"[6].

ساختار شناختی یا طرح‌واره، عبارت است از مجموعه‌ی مفاهیم تحت عنوان "دانش‌عمومی" درباره‌ی حوادث، اعمال یا اشیاء، که حاصل تجربیّات گذشته است (آیزنک[7] ۱۹۹٤). ساختار شناختی نقش اصلی را در "غربال کردن"[8]، "رمزگذاری"[9]، "سازماندهی و ذخیره‌سازی"[10] و "بازخوانی"[11] اطّلاعات دارد. اطّلاعاتی اطّلاعاتی که با طرح‌واره‌های موجود سازگار باشند، به دقّت رمزگذاری می‌شوند، در حالی که اطّلاعات ناسازگار یا مغایر با طرح‌واره‌ها فراموش می‌گردند (بک و کلارک، ۱۹۸۸). هنگامی که فردی با موقعیّت خاصّی رو به رو می‌شود، طرح‌واره‌ی مربوط به محرّک، فعّال می‌گردد. تفاوت‌های فردی در الگوهای پردازش، به تفاوت در طرح‌واره‌های فعّال در نظام شناختی مربوط می‌شوند. برای مثال بک بیان می‌دارد که بیماران افسرده دارای طرح‌واره‌ی "افسرده‌گون"[12] هستند که با پردازش اطّلاعات در ابعاد منفی که مربوط به شکست و از دست دادن است، مشخّص می‌شوند. این در حالی است که بیماران مضطرب با طرح‌واره‌ی "خطر"[13] توصیف می‌گردند که با پردازش اطّلاعات در یک فضای حاکی از تهدید و خطر مشخّص می‌گردند.

1- Emery
2- Greenberg
3- Clark
4- Cognitive structure
5- Schema
6- Informetion
7- Eysenck
8- Screening
9- Encoding
10- Stoning
11- Retrining
12- Depressogenic schema
13- Danger schema

جزء دوّم نظریّه‌ی شناخت درمانی بک، پردازش شناختی است. هنگامی که نظام شناختی با یک موقعیّت یا محرّک رو به رو می‌شود، پردازش اطّلاعات برای انتخاب، تفسیر و ارزیابی محرّک به کار می‌افتد. بک و امری (۱۹۸۵) تأکید دارند، عمده‌ترین مشخّصه‌ی اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی، ماهیّت پردازش شناختی است. به عبارت دیگر پردازش اطّلاعات خاصّی تفکّرات خودکار منفی را سبب می‌شوند. کواکس و بک (۱۹۷۷) ساختار شناختی سه بعدی منفی را در افسرده‌ها مطرح می‌کنند، که با یک نگرش منفی نسبت به "خود"، "جهان خارج" و "آینده" تعریف می‌شود.

ساختار شناختی منفی در افراد افسرده آن‌ها را به یک ارزیابی ناقص و ناکارآمد و یا بی‌ارزش از خود هدایت می‌کند. آن‌ها جهان را به عنوان مانعی که منجر به شکست و محرومیّت و یا بی‌اعتباری آن‌ها می‌شود تفسیر می‌کنند. در ارتباط با آینده، الگوهای شناختی منفی افراد افسرده این باور را در آن‌ها به وجود می‌آورد که مشکلات یا رنج‌های جاری به طور قطع در آینده ادامه خواهد داشت و هیچ گونه پایانی برای محرومیّت‌ها و ناکامی‌ها متصوّر نیست. بنابراین چنین طرح‌واره‌ای، به طور بنیادی، یک نگرش مأیوس‌کننده‌ی ناکارآمدی را در پی خواهد داشت. بر این اساس مشخّصه‌ی بارز تفکّر سه بعدی منفی افراد افسرده وجود ارزیابی‌های منفی غیرواقعی، منحرف و تفکّرات غیر منطقی است که هیچ گونه ارتباطی با واقعیّت ندارد.

بر اساس نظریّه‌ی بک تشابهات عمده در پردازش اطّلاعات میان افراد مضطرب و افسرده وجود طرح‌واره‌های ناسازگار است که به طور منظّم پردازش‌ها و مراحل ادراک، ذخیره‌سازی و بازیابی اطّلاعات را منحرف می‌کند.

در رابطه با تفاوت‌های میان اضطراب و افسردگی، بک و کلارک (۱۹۸۸) فرضیّه‌ی "محتوی اختصاصی"[1] را مطرح می‌کنند. بر اساس این فرضیّه اشخاص مضطرب، دارای یک حسّ بسیار بالای آسیب‌پذیری که مربوط به تهدیدات فیزیکی و روان‌شناختی است می‌باشند. تفکّرات افراد مضطرب بر حوادث منفی آتی و ارزیابی منفی در مورد مردم و حوادثی که تا حدّی ویژه هستند متمرکز است. در مقابل همان طور که ذکر شد، سازمان شناختی اشخاص افسرده به خسارات و ضایعات و نگرش‌های منفی نسبت به خویش، جهان و آینده که ریشه در گذشته دارد مربوط می‌شود. از این رو تفکّر آن‌ها بسیار کلّی و عمومی و فراگیرتر از افراد مضطرب است.

1- Content specificity hypothesis

علیرغم نتایج فراوان و مفید مدل شناخت درمانی بک این دیدگاه دارای محدودیّت‌هایی است. از جمله این که مفاهیم اساسی به طور روشن و واضح تعریف نشده و در مواردی نیز به طور متناقض به کار گرفته شده است.

مدل شبکه‌ای باور

"باور"[1] (۱۹۸۱)، "باور و کوهن"[2] (۱۹۸۲) رابطه‌ی میان شناخت و هیجان را در قالب مدل شبکه‌ای توصیف کرده‌اند. بر اساس این مدل تمام اطّلاعات (مفاهیم، حوادث و هیجانات) در حافظه‌ی بلندمدّت به صورت تعداد قابل توجّهی از "گره‌ها"[3] در یک شبکه ذخیره می‌شوند. این نظریّه مدل‌های ارتباطی شبکه‌های حافظه را با به کارگیری ایده "گزاره"[4] به عنوان اساس حافظه مطرح می‌کند (اندرسن[5] و باور ۱۹۷۳). گره‌ها به یکدیگر متّصل می‌باشند، لذا به صورت یک ساختار، شبکه را به وجود می‌آورند. فعّالیّت گره‌های مناسب در حافظه‌ی بلندمدّت، دسترسی به اطّلاعات را موجب می‌شود. زمانی که گره‌ها تحریک یا فعّال می‌گردند، انرژی حاصل از طریق حلقه‌های رابط به سایر گره‌های مربوط منتقل می‌شود. نشانه‌های کلامی یا فیزیولوژیک از طریق منابع داخلی یا خارجی می‌تواند به فعّال شدن گره‌ها کمک نماید. همچنین فعّالیّت گره‌ها انتخابی بوده و از یک گره می‌تواند با درجات متفاوت به سایر گره‌ها منتقل شود.

انتقال و گسترش فعّالیّت گره‌ها به عواملی نظیر "نزدیکی" و "مجاورت"[6] گره‌ها، قدرت فعّالیّت درونی و زمان سپری شده از فعّالیّت گره‌ها بستگی دارد. برای مثال گره‌های مربوط به یکدیگر، با احتمال بالاتری نسبت به سایر گره‌های غیرمرتبط فعّال می‌گردند. "باور" بیان می‌دارد که هر حادثه‌ی هیجانی، به وسیله‌ی یک گره اختصاصی در شبکه‌ی حافظه‌ی بلندمدّت که به عنوان "نقطه‌ی تمرکز"[7] برای همه‌ی جنبه‌های مربوطه به هیجان عمل می‌کند ارائه می‌گردد. گره هیجانی دارای روابط نیرومندی با گره‌های حامل اطّلاعات مربوط به یک حادثه و یا یک حالت خلقی خاص است. دامنه‌ی وسیعی از اعمال شناختی (نظیر حافظه و توجّه) که مستلزم دسترسی به اطّلاعات از حافظه‌ی بلندمدّت است ـ در صورتی که اطّلاعات مورد نظر با حالت خلقی حاضر هم‌خوانی داشته باشد، تسهیل می‌گردد. علاوه بر این، زمانی که یک شخص در یک

1- Bower
2- Cohen
3- Nodes
4- Preposition
5- Anderson
6- Proximity
7- Focussing point

حالت هیجانی (نظیر اضطراب) قرار دارد، گره هیجانی مربوط توسّط محرّک‌های داخلی یا خارجی هم‌خوان فعّال می‌شود. سپس این فعّالیّت به گره‌های مرتبط تسرّی پیدا می‌کند.

بر اساس نظریّه‌ی "باور" وجود سوگیرهای متجانس خلق بر طیف گسترده‌ای از اعمال شناختی اثر دارد، به طوری که دسترسی به اطّلاعات را تسهیل می‌کند. در بیان این امر "باور" بر یادآوری انتخابی و شدّت هیجان تأکید دارد. برای مثال هنگامی که فردی غمگین است، یک حادثه‌ی غمناک در یک داستان، بیش از هر حادثه‌ی خوشحال‌کننده، یکی از حوادث مشابه زندگی فرد را یادآوری می‌کند. این امر "یادآوری انتخابی"[1] نامیده می‌شود. همچنین هم‌خوانی خلق به عنوان شدّت هیجانی بر عملکرد حافظه اثر می‌نماید. علیرغم این که نظریّه‌ی باور به تبیین رابطه‌ی شناخت و هیجان پرداخته، امّا دارای اشکالاتی است. اوّل آن که همان طور که نظریّه پیش‌بینی می‌کند، هر حالت خلقی به دامنه‌ی وسیعی از سوگیری‌ها نظیر توجّه، ادراک و حافظه مربوط می‌شود. امّا نتایج آزمایشات و تجربیّات متعدّدی که در مورد بررسی اثرات خلق بر ادراک صورت گرفته است، این نظریّه را به طور محکم و قابل قبول تأیید نمی‌کند. دوّم آن که "باور"، توجّه اندکی به محتوای گره‌های هیجانی و انتقال انرژی در طول اتصالات میان‌گره‌ها نموده است.

به طور خلاصه نظریّه‌ی "باور" حاصل پژوهش‌های تجربی با آزمودنی‌های طبیعی و بررسی هیجان و اثرات آن بر ادراک انتخابی، به صورت تفکّر و به طور خاص اثرات حالات هیجانی بر حافظه است. در حالی که نظریّه‌ی شناختی ـ درمانی بِک محصول مطالعات گسترده در حوزه‌ی بالینی است.

نظریّه‌ی لنگ

"لنگ"[2] (۱۹۷۹ و ۱۹۸۵) رویکرد شبکه‌ای دیگری در ارتباط با هیجان ارائه داده است. به عقیده‌ی او اطّلاعات هیجانی در ساختار حافظه به صورت گزاره‌ها رمزگزاری شده و این گزاره‌ها، شبکه مربوطه را تشکیل می‌دهند. فعّالیّت هر جزء در سرتاسر اجزاء شبکه گسترش می‌یابد. "لنگ" مطرح می‌کند که ساختار حافظه‌ی هیجانی از سه نوع اطّلاعات تشکیل شده است:

۱. اطّلاعات درباره‌ی محرّک‌های بیرونی و زمینه‌ی رخداد آن‌ها.

۲. اطّلاعات درباره‌ی پاسخ‌های فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی به این محرّک‌ها.

۳. اطّلاعات درباره‌ی تفسیر محرّک‌ها و پاسخ‌ها.

1- Selective remembering
2- Lang

"لنگ" تأکید می‌کند که اطّلاعات شبکه‌ی هیجان، به صورت طرح‌واره است. زمانی که یک سری از گزاره‌ها توسط محرّک‌های بیرونی یا درونی و یا هر دو در دسترس باشند، به عنوان یک واحد پردازش می‌شوند. همچنین شبکه‌ی طرح‌واره با یک نظام تولیدی مشخّص می‌شود. این نظام مشتمل بر دو جزء است که در فعّال‌سازی نظام شناختی تظاهرات هیجانی به طور هم‌زمان عمل می‌کنند.

نظریّه‌ی لنگ بر پایه‌ی مطالعات وی از ترس به ویژه تظاهرات آسیب شناختی در انواع ترس بنا گردیده است. شبکه به عنوان "دانش آشکار" و "دانش حرکتی"[1] (برنامه‌ی آزمون و طرح حرکتی) در نظام تولیدی عمل می‌کند. علائم هراس زمانی ایجاد می‌شود که یک سری از مفاهیم درون‌داد در شبکه به صورت یکسان درآیند. در این نظریّه احتمال ایجاد هراس توسّط تعدادی از گزاره‌های همتا شده که در حافظه‌ی کوتاه‌مدّت ارائه می‌شوند تعیین می‌گردد. فعّالیّت شبکه زمانی رخ می‌دهد که شخص دارای اختلال هراس، با یک شیء هراسناک واقعی ـ که تصوّر می‌شود یک محرّک همتا است ـ رو به رو شود. "لنگ" هم چنین بیان می‌دارد که اکثر محرّک‌هایی که مربوط به عامل هراس واقعی نظیر تصاویر، توضیحات کلامی و غیره هستند، می‌توانند هیجان هراس را "فراخوانی" کنند. هر طرح‌واره ممکن است به عنوان یک واحد به وسیله‌ی واسطه‌ها، درون‌دادهای آموزشی یا حسی ـ که شامل اطّلاعات (در شکل مفهومی) همتا شده در شبکه می‌باشند ـ فعّال گردد.

مدل شناختی ویلیامز[2] و همکاران (مدل چند سطحی[3])

نظریّات شبکه‌ای و طرح‌واره‌ای، بر وجود سوگیری کلی در پردازش اطّلاعات مربوط به اختلالات هیجانی تأکید می‌نمایند. امّا به این نکته که هیجانات مختلف ممکن است در پردازش اطّلاعات اثرات متفاوت داشته باشند توجّه ندارند. ویلیامز و همکاران (۱۹۸۸، ۱۹۹۹)، با مطالعه‌ی شواهد تجربی بیان می‌دارند که سوگیری به سمت "محرّک‌های موافق خلق"[4] در همه‌ی اختلالات هیجانی به صورت یکسان مشاهده نمی‌شود.

آن‌ها در یک نتیجه‌گیری از تحقیقات مختلف انجام شده در خصوص پردازش اطّلاعات هیجانی موارد زیر را مطرح می‌کنند:

1- Procedural
2- Wiliams
3- Multiple level model
4- Mood congsuent

۱. هیچ دلیل و یا یافته‌ی قابل توجّهی وجود ندارد که حکایت از سوگیری در "حافظه‌ی ضمنی"[۵] در افراد افسرده باشد. در حالی که از هر ده مطالعه‌ی انجام شده در این زمینه، هشت مطالعه وجود سوگیری در افراد مضطرب (افراد اضطرابی صفت بالا، اضطراب تعمیم یافته، اختلال اضطراب استرس پس از سانحه، یا بیماران مبتلا به آسمیگی) را نشان می‌دهد.

۲. تمامی تحقیقات مطالعات انجام شده نمایان‌گر سوگیری در "حافظه‌ی آشکار"[۱] در افراد افسرده هستند. در حالی که تنها از مطالعات انجام شده با آزمودنی‌های دارای اضطراب صفت و یا اضطراب تعمیم یافته بیانگر وجود این سوگیری در این گروه از اختلالات هیجانی هستند.

۳. سوگیری مربوط به توجّه، توسّط آزمون‌هایی نظیر آزمون "استروپ" و یا آزمون "بینایی کشف نقطه" که بر روی بیماران مضطراب انجام شده است مورد تأیید قرار گرفته در حالی که چنین یافته‌هایی در بیماران افسرده گزارش نشده است (ویلیامز و همکاران ۱۹۹۹، صفحه‌ی ۲۸۸).

این یافته بیان می‌دارد که اختلالات هیجانی در پردازش اطّلاعات مختلف هیجانی به صورت یکسان عمل نمی‌کنند. بلکه تفاوت‌های اساسی در پردازش آن‌ها وجود دارد، که حکایت از وجود تفاوت ماهوی در اختلالات دارد.

به منظور ارائه‌ی تفسیر منطقی و روشن از این مدل، ویلیامز و همکاران نظریّه‌ی "شفرین"[۲] و "اشنایدر"[۳] (۱۹۷۷) در خصوص تمایز میان پردازش‌های خودکار و راهبردی را مد نظر قرار دادند. پردازش خودکار بدون دخالت عامل "آگاهی"[۴] عمل کرده و از سرعت بالایی برخوردار است. هم چنین دارای ظرفیّت بالا بوده و به طور هم‌زمان یا "موازی"[۵] رخ می‌دهد. در حالی که پر ا ن راهبردی دارای ظرفیّت محدود بوده، نسبتا" آهسته و معمولا" به صورت زنجیره‌ای در ماهیّت خود می‌کند. چنین تمایزی در بسیاری از حوزه‌های بالینی، تجربی و شناختی ملاحظه می‌شود.

ویلیامز و همکاران با بررسی پژوهش‌های انجام شده بیان می‌کنند که پردازش اطّلاعات هیجانی افراد مضطرب، به صورت پردازش‌های خودکار و "آغازین"[۶] بوده و دارای یک سوگیری نسبت به کشف محرّک‌های مربوط به اضطراب هستند. به عبارت دیگر، سوگیری نتیجه‌ی یک پردازش انتخابی ابتدایی

5- Implicit memory
1- Explicit memory
2- Shiffrin
3- Schneider
4- Awareness
5- Parallel
6- Priming

اطّلاعات هیجانی است که دارای ماهیّت "خودکار"[۷] می‌باشد. در مرحله‌ی "پیش‌توجّهی" آن‌ها چنین بیان می‌دارند که یک مکانیسم تصمیم‌گیری برای ارزیابی تهدید ناشی از یک محرّک وجود دارد. سوگیری به این دلیل به وجود می‌آید که برتری و تقدّم برای پردازش‌های آتی در این مرحله تعیین می‌شود و در نتیجه‌ی منابع مربوطه در ارتباط با منبع مورد نظر (محرّک) جهت داده می‌شود. افراد عادی تمایل به جهت دادن به منابع پردازش دارند، در حالی که افراد مضطرب به سمت منبع تهدید گرایش دارند.

در مقابل افراد افسرده در تکالیف مربوط به توجّه و مجموعه تکالیفی که به حافظه‌ی ضمنی مربوط می‌شوند، سوگیری قابل توجّهی نشان ندادند. در حالی که در تکالیف مربوط به حافظه‌ی آشکار به طور قابل ملاحظه‌ای سوگیری نسبت به محرّک‌های منفی دیده می‌شد. در تفسیر این یافته‌ها بیان می‌دارند که اطّلاعات هیجانی در افراد افسرده در مرحله‌ی رمزگزاری با مشکل پردازش مواجه می‌شود . در مرحله‌ی رمزگزاری اطّلاعات به صورت آگاهانه پردازش شده و ماهیّت راهبردی دارد. به عبارت دیگر سوگیری در افراد مضطرب به طور عمده وابسته به یک موقعیّت تهدیدآمیز و خاص می‌باشد، در حالی که نتایج مطالعات اخیر، وجود سوگیری حافظه را در افراد افسرده تأیید می‌کنند.

در یک جمع‌بندی از مباحث مطرح شده در مورد رابطه میان اختلالات هیجانی و شناخت می‌توان چنین بیان داشت که مدل‌های "بک" و "باور" هر چند به طور مجزّا مطرح شده‌اند، امّا پیش‌بینی مشابهی در مورد اثرات اضطراب در پردازش اطّلاعات هیجانی دارند. هر دو نظریّه مطرح می‌کنند که همه‌ی فرایندهای شناختی که با اطّلاعات مربوط به تهدید درگیر هستند، سوگیری‌هایی را به سمت اطّلاعات مربوط به موضوعات اضطرابی نشان می‌دهند. مدل "ویلیامز" و همکاران تمایز میان پردازش‌های مربوط به توجّه و حافظه را مطرح کرد. بدین معنا که آزمودنی‌ها دارای حالت اضطرابی، سوگیری در توجّه را نسبت به اطّلاعات تهدید کننده از خود نشان می‌دهند، در حالی که در مورد حافظه نتایج تا حدّ قابل ملاحظه‌ای به گونه‌ای دیگر است. یعنی اینکه در بیماران افسرده سوگیری بسیار روشن و آشکار در حافظه قابل مشاهده است.

توجّه

هر کسی به طور پیوسته با دامنه‌ی وسیعی از انتخاب‌ها رو به رو است و باید تصمیم بگیرد که به کدام محرّک و یا محرّک‌ها توجّه خود را معطوف نماید. توجّه[۱] و پردازش‌های بالاتر، حوزه‌های تکمیلی و متمّم

7- Pre-attentive
1- Attention

شناخت هستند. گرچه گاهی توجّه را می‌توان به تمرکز مربوط دانست، امّا به طور کلی به حسن انتخاب پردازش ربط پیدا می‌کند (آیزنک ۱۹۹٤). اکثر صاحب نظران تعریف "ویلیام جیمز" از "توجّه" را به عنوان محور مدّ نظر قرار داده‌اند. "جیمز" در تعریف "توجّه" بیان می‌کند که:

"توجّه عبارت است از اشتغال ذهن فرد به صورت روشن و واضح نسبت به یک مورد از موارد متعدد که به طور همزمان در میدان توجّه و یا تفکّر او قرار می‌گیرد" (جیمز ۱۸۹۰ـ۱۹۵۲، صفحه‌ی ۲٦۱).

"دیوید مار"[1] ۱۹۸۲ (به نقل از دالگلیش[2] ۱۹۹٤) به سه سطح تحلیل در پردازش شناختی قائل است:

۱. **"سطح تجریدی"**[3]: که به صورت انتزاعی بوده و به توصیف یک سیستم به صورت یک کل می‌پردازد.

۲. **"سطح بازنمایی"**[4]: که یک سطح اختصاصی بوده و چگونگی اجرا و انجام یک کار را مشخص می‌کند.

۳. **"سطح سخت‌افزاری"**[5]: که حیطه‌ی مکانیکی داشته و چگونگی عملکرد سطح بازنمایی را بیان می‌دارد.

در مورد انسان مرحله‌ی سوّم همان نظام "عصب مرکزی" است. "دالگلیش" (۱۹۹٤)، این چهارچوب نظری را در مورد توجّه به کار برده و بیان می‌دارد که در سطح تجریدی، پردازش توجّه در دو بخش متفاوت رخ می‌دهد، "خودکار" و "کنترل شده" یا "آگاهانه". در "پردازش خودکار" که خارج از دسترس آگاهی است، سرعت پردازش و ظرفیّت آن بالاست. در حالی که "پردازش کنترل شده" به صورت آهسته، با ظرفیّت محدود، انعطاف‌پذیر و آگاهانه صورت می‌گیرد.

بر اساس نظریّه‌ی "کینز بورن"[6] (۱۹۹٤) برخی از انتخاب‌ها قبل از تولّد در سیستم عصبی طراحی شده است (به عنوان مثال پاسخ "از جا پریدن"[7] به یک محرّک غیرمنتظره و هراسناک در اوّلین برخورد). در حالی که برخی موارد ـ اگر چه آرام و با مشکلاتی آموخته شده‌اند ـ خودکار می‌باشند (برای مثال در آزمون استروپ هنگامی که آزمودنی کلمه را می‌خواند، می‌داند که یکی از عوامل، بی‌ربط و مزاحم می‌باشد). توجّه

1- David Marr
2- Dalgeleish
3- Camputational level
4- Representational level
5- Hardward level
6- Kinsbourne
7- Startle response

به دو صورت می‌تواند رخ دهد، "توجّه متمرکز"[8] و توجّه "تقسیم شده"[9]. در "توجّه متمرکز"، آزمودنی یاد می‌گیرد که تنها بر یک محرّک، از چند محرّک ارائه شده در محیط متمرکز شده و نسبت به سایر محرّک‌ها بی‌تفاوت باشد. برای مثال در تکلیف "شنود دو گوشی"[1]، دو سری کلمه به طور همزمان از طریق گوشی به دو گوش ارائه می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود که تنها به پیام ارائه شده از یک گوش توجّه کرده و پاسخ دهد و نسبت به اطّلاعات وارده به گوش دیگر بی‌اعتنا باشد.

در تکلیف "توجّه تقسیم شده" آزمودنی آموزش می‌بیند که توجّه خود را در میان محرّک‌هایی که هم زمان ارائه شده‌اند تقسیم نماید. به عنوان مثال از آزمودنی خواسته می‌شود که توجّه خود را بین دو گروه از کلمات که به طور همزمان از طریق شنود و دو گوشی ارائه می‌شود معطوف نماید (ایزنک، ۱۹۹۲، ۱۹۹٤).

تکالیف "استروپ"[2] و "کشف نقطه"[3] در صفحه‌ی رایانه دو شیوه مطالعه توجّه است. این دو تکلیف سوگیری توجّه را که به صورت خودکار و غیر داوطلبانه رخ می‌دهد اندازه‌گیری می‌نماید. تکلیف "استروپ تغییر یافته"[4] به عنوان یک "پارادایم تجربی" در تحقیقات زیادی به کار رفته است. "استروپ" (۱۹۳۵) دریافت که سرعت خواندن رنگ در شرایطی که کلمات (قرمز، سبز و . . .) نیز چاپ شده‌اند با تأخیر صورت می‌گیرد (برای مثال هنگامی که کلمه‌ی قرمز با رنگ سبز چاپ شده باشد). این پارادایم در آغاز دهه‌ی هشتاد به صورت تغییر یافته در اختلالات هیجانی برای مطالعه‌ی اثرات محرّک‌های تهدید کننده در پردازش شناختی به کار رفت. در مورد تکلیف "کشف نقطه" یک جفت محرّک (کلمه) تهدید کننده و غیر تهدید کننده به طور هم زمان ارائه می‌شوند. در این روش مکان منابع پردازش دو محرّک اندازه‌گیری و زمان واکنش به یک محرّک خنثی که به سرعت به جای جفت کلمات در صفحه‌ی رایانه ظاهر می‌شود ارزیابی می‌گردد. معمولا" بیماران مضطرب یک سوگیری توجّه انتخابی را نسبت به محرّک‌های مربوط به تهدید نشان می‌دهند.

حافظه

8- Focused attention
9- Divided attention
1- Dichotic listening-task
2- Stroop
3- Probe dot
4- Modified stroop task

هر نظام "حافظه"[5] برای ذخیره‌ی اطّلاعات نیازمند رمزگردانی، ذخیره‌سازی و بازیابی اطّلاعات است. این سه مرحله به یکدیگر متّصل بوده و در عین حال تصوّر این که هر سه در یک مرحله‌ی واحد رخ دهند، مشکل است. به علاوه چنین تقسیم‌بندی سبب درک بهتر نظام‌های حافظه نیز می‌باشد.

رمزگردانی

رمزگردانی[1] اوّلین مرحله‌ی پردازش اطّلاعات و دربرگیرنده‌ی یادگیری و یادسپاری است. به طور کلّی حافظه‌ی فوری متّکی بر رمزگردانی بر حسب مشخّصات آواشناختی است. برای مثال احتمال این که کلمات با صدای تقریبا" یکسان را (برای مثال "رود" و "روم") بتوان بطور صحیح بازخوانی کرد بسیار کمتر از کلماتی است که دارای صدای‌های متفاوت هستند (برای مثال شب و سحر) . این امر به این دلیل است که نظام حافظه، کلمات را بر حسب صداها رمزگذاری می کند.

چنین موردی را در ارتباط با کلمات هم‌معنی نمی‌توان دید (برای مثال بزرگ و عظیم)، (بدلی[2] ۱۹۹۶). انواع متفاوتی از رمزگردانی را توسط آموزش، دست‌کاری یا به وسیله‌ی ترکیب این دو عامل در شرایط تجربی می‌توان ایجاد کرد.

ذخیره‌سازی[3]

فراموشی[4] بازتاب از دست دادن اطّلاعات یا پایین آمدن عملکرد حافظه در پی گذر زمان تعریف می‌شود (پارکین[5] ۱۹۸۷، بدلی ۱۹۹۵). این مسأله را می‌توان به دلیل فساد اطّلاعات ذخیره شده در حافظه در در اثر مرور زمان یا به وسیله‌ی جایگزینی اطّلاعات ذخیره شده مازاد بر ظرفیّت حافظه تلقی کرد. نظریّه‌ی "تداخلی"[6] بیان می‌دارد که فراموشی ناشی از فساد توسط سایر اطّلاعات ذخیره شده هم در خلال یادگیری‌های جدید و هم در اثر یادگیری قبلی می‌باشد.

بازگردانی

5- Memory
1- Encoding
2- Baddeley
3- Storage
4- Forgetling
5- Parkin
6- Interference

در رابطه با حافظه‌ی بلند مدّت، بازگردانی[۷] به عنوان یک تعدیل کننده‌ی حافظه عمل می‌کند به طوری که اطّلاعات بازیابی شده از حافظه‌ی بلندمدّت در حافظه‌ی فعّال قرار گرفته، مجددا" پردازش و سپس ذخیره می‌گردد (سیگل[۸] ۱۹۹۳). بازیابی به صورت مستقیم در قالب "بازخوانی"[۹] و به صورت غیر مستقیم در قالب "تأثیرات آغازین"[۱۰] و کامل کردن ریشه‌ی کلمات صورت می‌گیرد. اصل اختصاصی رمزگردانی بر این نکته تأکید دارد که بازیابی تنها در صورتی با موفّقیّت انجام می‌گیرد که یک "نشانه"[۱] به طور مستقیم با اطّلاعات اصلی ذخیره شده هم‌سان باشد (تولوینگ[۲] ۱۹۷۲ و تامسون[۳] ۱۹۷۳).

طبقه‌بندی حافظه

اسکوئر[٤] (۱۹۹۲) طبقه‌بندی زیر را برای حافظه پیشنهاد می‌کند.

۱. حافظه‌ی آشکار، کوهن[۵] و اسکوئر (۱۹۸۰) معتقدند که حافظه‌ی آشکار[۶] عبارتند از بازخوانی آگاهانه‌ی حقایق و حوادث که در زبان رایج به نام حافظه و یادآوری نامیده می‌شود. حافظه‌ی حقایق و حوادث به حافظه‌ی کلمات، صحنه‌ها، چهره‌ها و داستان‌هایی که با آزمون‌های معمولی بازخوانی و بازشناسی ارزیابی می‌شوند، مربوط است. واژه‌های معادل دیگر برای حافظه‌ی آشکار، "حافظه‌ی صریح"[۸] (شاختر[۹] ۱۹۹٤) می‌باشد. حافظه‌ی آشکار متشکل از دو زیرسیستم است، "حافظه‌ی رویدادی"[۱۰] یا "حوادث"[۱۱] و "حافظه‌ی معنایی"[۱۲] یا "حقایق"[۱۳] (تولوینگ ۱۹۷۲). حافظه‌ی رویدادی یا حوادث عبارت است از نظام بازخوانی تجربیّات شخصی یا حوادث و رویدادهای مربوط به گذشته (برای مثال یادآوری تاریخ تولّد). حافظه‌ی معنایی به دانش عمومی و کلّی مربوط است (برای مثال دانستن پایتخت ایران). حافظه‌ی رویدادی به شدّت تحت تأثیر درجه توجّه و سازمان‌دهی است. هم چنان که ذکر شد، حافظه‌ی معنایی فراگیری و

7- Retrival
8- Siegel
9- Recall
10- Prime effects
1- Cue
2- Tulving
3- Tamson
4- Squer
5- Cohen
6- Declarative
7- Explicit
8- Schater
9- Episodic
11. Even
12. Semantic
13- Facts

نگهداری اطّلاعات حقیقی در مورد جهان به صورت وسیع و گسترده را شامل می‌شود. دانش و عقایدی که در مورد جهان به دست آمده و به صورت اختصاصی یا کلّی در شکل عینی یا انتزاعی به کار می‌رود به حافظه‌ی معنایی مربوط است. حافظه‌ی معنایی به عنوان یک منبع اصلی برای تفکّر و بازخوانی تلقّی شده و فراتر از آن چیزی است که بتوان به صورت فوری درک نمود (نیلسون[۱۴] ۱۹۹۳).

با این حال کاربرد اطّلاعات در حافظه‌ی معنایی، مستلزم بازخوانی آگاهانه از موقعیّت و شرایط اطّلاعات فراگرفته شده نیست. مکان عصب روان‌شناختی حافظه‌ی رویدادی و حافظه‌ی معنایی کاملا" مشخص نیست، امّا به نظر می‌رسد که منطقه‌ی پیش‌بینایی "کرتکس"[۱] در حافظه‌ی رویدادی دخالت داشته، در حالی که مناطق "لب گیجگاهی میانی"[۲] در نظام حافظه‌ی معنایی درگیر می‌باشد (شاختر و تولوینگ ۱۹۹٤).

یادآوری و بازشناسی

یادآوری و بازشناسی دو روش ارزیابی حافظه آشکار است. از نظر کارکردی یادآوری و بازشناسی به یکدیگر مربوط می‌باشند. تحقیقات انجام شده با بیماران "آمنزیا"[۳] با استفاده از روش‌های مذکور نقایص یکسانی را نشان داده‌اند. از طرف دیگر مطالعات انجام شده با بیماران عادی نشان می‌دهد که حداقل بخشی از بازشناسی نظیر پردازش آغازین به طور خودکار عمل می‌کند (جاکوبی[٤] ۱۹۸۳). بر این اساس یادآوری وابسته به حافظه صریح و آشکار می‌باشد، در حالی که بازشناسی هم به حافظه آشکار و هم به حافظه نهان مربوط است. برخی یافته‌ها نیز مؤیّد این نکته است که یادآوری و بازشناسی چندان هم به یکدیگر مربوط نبوده و در بیماران آمنزیا نقایص یکسانی را نشان نداده‌اند (هیست[۵]، شی‌مامورا[٦] و اسکوئر ۱۹۹۲). به عقیده‌ی اسکوئر (۱۹۹۲) یادآوری و بازشناسی از نظر کارکردی به حافظه‌ی آشکار مربوط بوده، در حالی که پردازش آن‌ها متفاوت می‌باشد.

در آزمون یادآوری از آزمودنی خواسته می‌شود که با یادآوری اطّلاعات، تجربیّات گذشته را از طریق یادآوری آزاد و یا یادآوری نشانه‌ای مجددا" تولید نماید. یادآوری آزاد به بازیابی اطّلاعات یا حوادث گذشته بر حسب گستردگی و پیشرفت دامنه‌ی راهبردهای شناختی گفته می‌شود. این نوع یادآوری به طرق مختلف قابل ارائه هستند،

14- Nilson
1- Perfrontal cortex
2- Medel temporal lobe
3- Amnesia
4- Jacuby
5- Histe
6- Shimamura

نظیر کلمات، اعمال، تصورات، گزاره‌های انتزاعی[۱]. یادآوری آزاد بنیاد و پایه‌ای برای بازسازی و تولید اطّلاعات ذخیره شده است. به عنوان مثال از آزمودنی خواسته می‌شود تا حدّ امکان کلماتی را که قبلا" بصورت یک مجموعه به او ارائه شده است برروی ورقه‌ی کاغذ بازنویسی نماید. در این تکلیف آزمودنی باید تلاش کند تا کلمات را بدون کمک هیچ گونه اطّلاعات خارجی یادآوری نماید (پارکین[۲] ۱۹۸۷).

عملکرد کودکان در یادآوری آزاد از بزرگسالان به مراتب ضعیف‌تر است. این موضوع به پایین بودن سطح دقّت کودکان در یادآوری مربوط نمی‌شود، بلکه به این دلیل است که بازنمایی‌های مشتمل بر اطّلاعات اندک است (فاندودیز[۱] ۱۹۸۹). به عنوان مثال (سی‌ویتز[۲] ۱۹۸۷) دریافت که کودکان زیر ده سال موادّ کمتری را در یادآوری آزاد نسبت به نوجوانان تولید می‌کنند. امّا هنگامی که به آزمودنی‌ها امکان استفاده از نشانه‌های بازشناسی داده می‌شود، کودکان قادر به یادآوری حوادث می‌گردند.

در تکلیف بازشناسی، به آزمودنی اطّلاعات بی‌ارتباط همراه محرّک اصلی ارائه شده و او باید تصمیم بگیرد که کدام یک از اطّلاعات قبلا" به او ارائه شده است؟ (آیزینک وکین ۱۹۹۰) یکی از موارد بسیار روشن در مورد حافظه این است که معمولا" یادآوری حوادث با تجربیّات قبلی به شکل "بازشناسی" بسیار ساده‌تر از "یادآوری آزاد" صورت می‌گیرد (پارکین ۱۹۸۷). کودکان نیز در تکلیف بازشناسی بسیار موفّق‌تر از یادآوری آزاد عمل می‌کنند.

۲. حافظه‌ی نهان[3]، افراد موارد مربوط به حافظه را تنها در قالب یادآوری و بازشناسی اطّلاعات، آن هم به صورت آگاهانه، ارائه نمی‌دهند. بخش دیگری از اطّلاعات به صورت پردازش روان‌تر و نیز به شکلی ناآگاهانه تولید می‌شوند. چنین حافظه‌ای از طریق ارائه‌ی تکالیف غیر مستقیم حافظه قابل شناخت است. برای مثال به آزمودنی لیستی از کلمات ارائه می‌شود. پس از مدّتی با ارائه‌ی لیست دیگری که شامل دو یا سه حرف اوّل کلمات است، از او خواسته می‌شود با ملاحظه‌ی حروف، اوّلین کلمه‌ای که به ذهن او خطور می‌کند را بنویسند.

7- Abstract propostions
8- Parkin
1- Fundudis
2- Saywitz
3- Non-declarative memory

حافظه‌ی نهان مشتمل بر دامنه‌ی وسیعی از انواع "مهارت‌های" یادگرفته است. نظیر "مهارت‌های حرکتی"[۴]، "مهارت‌های ادراکی"[۵] و "مهارت‌های شناختی"، اشکال مختلف "عادت‌ها"[۶] یادگیری‌های شرطی کلاسیک ساده[۷] (نظیر برخی از انواع یادگیری‌های هیجانی).

به منظور مطالعه‌ی رابطه‌ی میان هیجان و حافظه، محقّقین انواع متفاوتی از تکالیف حافظه، نظیر "یادآوری" و "بازشناسی" (برای مطالعه‌ی حافظه‌ی آشکار) و یادآوری "نشانه‌ای"[۸] (برای مطالعه‌ی حافظه‌ی نهان) را در افراد مبتلا به اختلالات هیجانی به کار برده‌اند. از نظر دیدگاه‌های شناختی ماهیت تکالیف حافظه یکسان نمی‌باشد. تکالیف حافظه‌ی آشکار، به ارزیابی اطّلاعات هیجانی به طور مستقیم می‌پردازد، لذا پردازش اطّلاعات توأم با آگاهی و از این جهت "راهبردی"[۱] می‌باشد. در حالی که مکانیسم تکالیف حافظه‌ی نهان خودکار بوده و اطّلاعات هیجانی به صورت غیر مستقیم ارزیابی می‌شود (متیوز[۲] ، ۱۹۹۳).

۳. تکلیف استروپ، در دو دهه‌ی گذشته، تحقیقات قابل ملاحظه‌ای در خصوص جنبه‌های شناختی اختلالات هیجانی، نظیر اضطراب و افسردگی انجام گرفته است. مفاهیم پردازش اطّلاعات به عنوان یک چهارچوب اساسی برای درک هر چه بهتر اختلالات هیجانی پیشنهاد گردید (بک و امری[۳] ۱۹۸۵، فوا و همکاران[۴] ۱۹۸۹). اختلالات هیجانی طولانی مدّت موجب ایجاد ساختارهای شناختی (ساختارهای ترس) می‌گردد که در خلال برانگیختگی هیجانی فعّال می‌شوند (ویلیامز[۵] ، واتز[۶] ، مک‌لئود و متیوز ۱۹۸۸، ۱۹۹۹). به نظر می‌رسد که بیماران دارای اختلالات اضطرابی ساختارهای ترس را گسترش داده و ارائه‌ی اطّلاعات در قالب ساختار ترس باعث فعّال‌تر شدن ساختار و تداوم پاسخ‌های ترس می‌شود (لنگ، ۱۹۷۷). محقّقین انواع متفاوتی از روشهای تجربی نظیر استروپ (تکلیف نامیدن رنگ)، تکلیف کشف نقطه و تکالیف متعدد حافظه را برای مطالعه‌ی پردازش اطّلاعات هیجانی به کار برده‌اند.

4- Motor skills
5- Perceptual skills
6- Habites
7- Simple classical conditioning learning
8- Cuedrelad
1- Strategy
2- Mathews
3- Emery
4- Foa
5- Williams
6- Watts

سابقه‌ی تحقیقات مربوط به استروپ به پنجاه سال قبل از وی برمی‌گردد. کاتل[1] (۱۸۸٦) دریافت که آزمودنی‌ها می‌توانند کلمات اصلی را سریع‌تر از زمانی که از آن‌ها خواسته می‌شود رنگ کلمات را بیان کنند بخوانند.

استروپ[2] (۱۹۳۵) بیان کرد هنگامی که کلمه و رنگ در این تکلیف به صورت هم‌زمان ارائه گردد موجب تداخل می‌شود (به عنوان مثال کلمه قرمز به رنگ سبز چاپ شده و از آزمودنی خواسته می‌شود که تنها رنگ کلمه را با صدای بلند خوانده و به کلمه یا مفهوم کلمه اعتنا نکند). چنین مکانیسمی به عنوان روش مطالعه پردازش‌های شناختی خودکار مورد استفاده واقع شده است. این تکلیف در ماهیت خود از دو جزء "کلمه" و یک مشخّصه‌ی فیزیکی نظیر "رنگ" یا "شکل" تشکیل می‌شود. آزمودنی باید ضمن توجّه به یک جزء، از جزء دیگر غافل شود. زمان واکنش به تکلیف اصلی‌ترین معیار مقایسه میان عملکرد افراد و گروه‌ها است. نتایج حاصل از آزمون استروپ بیان‌گر یک جنبه‌ی اساسی توجّه است که افراد با عنایت به یک جنبه از توجّه به سایر مشخّصات اجتناب می‌کنند. سؤال اصلی این است که چگونه می‌توان چنین پدیده‌ای را توصیف کرد؟ ساده‌ترین تفسیر در این خصوص این است که تفاوت میان نامیدن رنگ و خواندن کلمه در سرعت پردازش است. آزمودنی‌ها به طور معمول در خواندن کلمات سریع‌تر هستند تا گفتن رنگ، به همین جهت این امکان وجود دارد که کلمات سریع‌تر پردازش شوند تا اطّلاعات مربوط به رنگ. بنابراین اگر کلمه با رنگ هم‌سان نوشته شود، آزمودنی در پاسخ نامیدن رنگ سریع‌تر عمل خواهد کرد. در مقابل اگر تضادی میان کلمه و رنگ وجود داشته باشد، پاسخ مدّت زمان بیشتری طول خواهد کشید زیرا تداخل در بیان رنگ به واسطه کلمه موجب تأخیر خواهد شد.

از اواسط دهه‌ی ۹۰ به بعد تکلیف استروپ تغییر پیدا کرد. در شکل تغییر یافته‌ی استروپ از کلمات با بار هیجانی مختلف استفاده شد تا از این طریق مطالعاتی در مورد پردازش شناختی آزمودنی‌ها با اختلالات هیجانی مختلف انجام گیرد (متیوز و مک‌لئود، ۱۹۸۵). در این تکلیف کلمات با بار هیجانی خاصی بر روی کارت در رنگ‌های مختلف چاپ می‌شد. (تعداد کلمات ممکن بود تا یکصد کلمه برسد.) نسخه‌ی رایانه‌ای استروپ نیز از آغاز دهه‌ی هشتاد تهیّه و مورد استفاده قرار گرفته است (مک‌نالی و ری مارم[3]، ۱۹۹۰) که دارای مزایای بیشتری نسبت به نسخه‌ی چاپی است.

7- Stroop
8- Cattel
1– Macnally & Riemarm

عملکرد افراد بزرگسال مبتلا به اختلالات اضطرابی، به منظور مطالعه‌ی سوگیری توجّه در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی آزمون استروپ به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج تحقیقات بیانگر وجود تأخیر در فرآیند پاسخ نسبت به اطّلاعات مربوط به ترس است. این یافته‌ها در مورد بیماران مبتلا به "اضطراب تعمیم یافته" (GAD)[1] (برای مثال متیوز و مک‌لئود، ۱۹۸٦)، "هراس ساده"[2] (واتز و همکاران ۱۹۸٦)، "اختلال آسیمگی"[3] (برای مثال اهلرز[4] و همکاران ۱۹۸۸، مک نالی و همکاران، ۱۹۹٤)، "هراس اجتماعی"[5] (برای مثال هوپ[6] و همکاران)، "اختلال وسواس اجبار"[7] (برای مثال مک‌کارتی[8] و همکاران، ۱۹۹۰) و اختلال اضطراب استرس پس از ضربه (PTSD)[9] (برای مثال ترشر[10] و همکاران، ۱۹۹٤) ۱۹۹٤) مورد تأیید قرار گرفته است.

در اغلب تحقیقات مذکور افراد مضطرب بالینی[11] و غیر بالینی[12] مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن است که این قبیل افراد در واکنش به محرّک‌های تهدید کننده و منفی در مقایسه با محرّک‌های خنثی زمان بیشتری را جهت ارائه‌ی پاسخ صرف می‌کنند، هر چند که یافته‌های حاصل از به کارگیری نسخه‌ی رایانه‌ای با نسخه‌های معمولی تا حدّی متفاوت است. ولی در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند که بیماران مضطرب دارای یک سوگیری در توجّه نسبت به محرّک‌های مربوط به تهدید در مقایسه با گروه کنترل و محرّک‌های خنثی هستند.

تکلیف اصلاح شده استروپ همچنین برای بررسی سوگیری توجّه در افراد افسرده به کار رفته است. در اغلب این تحقیقات محرّک‌های هدف عبارتند از کلمات منفی مربوط به افسردگی که همراه با کلمات مثبت و یا خنثی مقایسه گردیده‌اند. یافته‌های حاصل از این مطالعات متناقض بوده و از اعتبار کم‌تری نسبت به یافته‌های حاصل از مطالعه‌ی بیماران اضطرابی برخوردار هستند. هر چند که برخی یافته‌ها تا حدّی سوگیری نسبت به محرّک‌های منفی (به ویژه محرّک‌هایی که بیانگر خود توصیفی[13] در افراد افسرده است) را

2- Generalized anxiety disorder
3- Simple phobia
4- Panic
5- Ehlers
6- Social phobia
7- Hope
8- Obsessive Compulsive disorder
9- Mccarthy
10- Post - Traumatic Stress Disorder
11- Thrasher
1- Clinical
2- Non-clinical
3- Self-descriptive

نشان می‌دهند (برای مثال ویلیام و نولتی[1] ۱۹۸٦)، امّا این سوگیری را احتمالاً می‌توان به وجود سطحی از اضطراب که در افراد افسرده وجود دارد نسبت داد. هم چنان که اشاره شد در موارد متعدّد دیگر چنین نتایجی حاصل نشد (برای مثال گاتلیب[2] ۱۹۸۷).

سوگیری توجّه در کودکان و نوجوان، مطالعه در خصوص ابعاد شناختی، به ویژه آسیب‌شناسی شناختی در کودکان و نوجوانان ظرف چند سال گذشته مورد توجّه قرار گرفته است. مارتین[3] و همکاران (۱۹۹۲) عملکرد شناختی کودکان را در سنین متفاوت با تکلیف استروپ استاندارد و نیز تکلیف استروپ تغییر یافته مورد مطالعه قرار دادند. آزمودنی‌ها شامل ٤۸ کودک در سه گروه سنی (٦و ۷ ساله، ۹و ۱۰ ساله و ۱۲ و ۱۳ ساله) بودند. هر گروه با توجّه به پاسخ‌های ارائه شده، به دو سؤال (الف: آیا عنکبوت را دوست دارند و ب: آیا مایل هستند که به عنکبوت دست بزنند)، به دو زیر گروه دارای اختلال هراس و غیر مبتلا به اختلال هراس تقسیم شدند. ۵ گروه کلمه شامل کلمات بی‌معنا، کلمات مربوط به رنگ، کلمات مربوط به عنکبوت، کلمات کنترل و کلمات برای تمرین بعنوان محرّک انتخاب شدند. از آزمودنی‌ها به صورت انفرادی خواسته شد که یک کلمه را هر چه سریع‌تر با صدای بلند بخوانند، در حالی که باید نسبت به معنای آن‌ها بی‌اعتنا باشد. تحلیل نتایج نشان داد که کودکان ٦ و ۷ ساله دارای سوگیری در پردازش محرّک‌های مربوط به عنکبوت هستند. نکته‌ی جالب این که در حالی که هر دو گروه دارای اختلال هراس و غیر مبتلا به اختلال هراس، در استروپ استاندارد سوگیری از خود نشان دادند (مدّت نامیدن رنگ به طور معناداری طولانی‌تر از نامیدن کلمه بود). تنها گروه دارای اختلال هراس سوگیری در آزمون استروپ تغییر یافته از خود نشان دادند (یعنی بطور معناداری کلمات مربوط به عنکبوت را در مقایسه با کلمات کنترل به کندی نام بردند). تقوی و همکاران (۲۰۰۰) در یک مطالعه، تکلیف استروپ تغییر یافته‌ی ویژه کودکان و نوجوانان را برای بررسی پردازش شناختی در کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۸ ساله مبتلا به اختلال اضطرابی بکار بردند. در این آزمایش گروه‌های کلمات با بار هیجانی مختلف به عنوان محرّک به کار گرفته شدند. نتایج نشان دادند که کودکان مضطرب، سوگیری معناداری را نسبت به محرّک‌های تهدید کننده در مقایسه با گروه کنترل و نیز سایر محرّک‌ها دارا هستند. در مطالعه‌ی مشابهی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب استرس پس از سانحه (PTSD) و فرزندان والدینی که دچار این اختلال بودند مورد بررسی قرار گرفتند. آن‌ها در تکلیف استروپ تغییر یافته، سوگیری قابل توجّهی را نسبت به محرّک‌های مربوط به حادثه ـ در مقایسه با

4- Nulty
5- Gotlib
6- Martin, Hoodes, Jones

افراد عادی و سایر محرّک‌های منفی بی‌ارتباط به حادثه و حتی خنثی ـ نشان دادند (مرادی و همکاران ۱۹۹۹). یافته‌های مذکور حکایت از وجود سوگیری نسبت به اطّلاعات موافق ساختار تهدید در بیماران اضطرابی و نیز اطّلاعات همسان با سانحه در اختلال PTSD است. همچنین یافته‌های این مطالعات، هم سویی لازم را با یافته‌های حاصل از مطالعات در بزرگسالان نشان می‌دهند. به منظور اجتناب از تأثیرپذیری نتایج از محدویت‌ها و ایراداتی که از دیدگاه روش شناختی به آزمون تکلیف استروپ تغییر یافته وارد است، مطالعاتی با استفاده از روش‌های دیگر نیز صورت گرفته که به آن اشاره می‌شود.

در بخشی از این مطالعات از تکلیف "کشف نقطه" استفاده شده است. این شیوه توسط "مک‌لئود"[1] و همکاران (۱۹۸٦) به کار گرفته شد. در این ابزار توجّه بینایی به طور مستقیم مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در این تکلیف، کلمات به صورت جفت بر صفحه‌ی رایانه ظاهر می‌شوند (یکی در بالا و دیگری در پایین). از آزمودنی خواسته می‌شود که ضمن خواندن کلمه‌ی بالا، نسبت به کلمه‌ی پایین بی‌اعتنا باشد. جفت کلمات با فاصله‌ی زمانی معیّن از صفحه‌ی رایانه حذف و جفت کلمه دیگری به جای آن ظاهر می‌شود. گاهی پس از ناپدید شدن جفت کلمه، یک نقطه‌ی کوچک تقریبا" در نقطه‌ای نزدیک به محلّ یکی از کلمات پدیدار می‌شود. به آزمودنی آموزش داده می‌شود که به محض دیدن نقطه، با فشار دادن یک کلید آن را از صفحه‌ی رایانه حذف نماید. فاصله‌ی زمانی میان ظاهر شدن نقطه، تا کشف آن توسّط آزمودنی، مقیاس حسّاس و قابل اطمینان برای ارزیابی توجّه بینایی است. این زمان به طور خودکار توسّط رایانه ضبط می‌شود. نکته‌ی جالب این است که در برخی موارد، یکی از کلمات هر جفت تهدید کننده بود و به جای کلمه‌ی خنثی در صفحه ظاهر می‌شد. بیماران اضطرابی، در مقایسه با افراد عادی، به دلیل توجّه به محرّک‌های تهدید کننده، سریع‌تر نقطه را که به جای کلمه‌ی تهدید کننده آمده است، کشف می‌کنند. امّا زمانی که محرّک (کلمه) غیرتهدیدکننده است، کندتر عمل می‌کنند (مک‌لئود ۱۹۸٦). این شیوه دارای دو ویژگی است، اوّل این که فاقد محدودیّت‌های شیوه‌های خود گزارشی (که به علّت سوگیری، پاسخ‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند) است. به علاوه روش‌های خود گزارشی تنها آن بخش از جنبه‌های شناختی را در بر می‌گیرند که به صورت کلامی بیان می‌شوند. ویژگی دوّم این است که این روش فرصتی را برای ارزیابی مستقیم توجّه بینایی (دیداری)، فراهم می‌کند. چرا که آزمون به گونه‌ای طرّاحی شده که واکنش به محرّک خنثی (کشف نقطه)، مستلزم ارائه‌ی پاسخ خنثی (فشار دکمه) است. در حالی که در آزمون استروپ، پاسخ به محرّک هیجانی و منفی معیار ارزیابی می‌باشد که احتمال تحت تأثیر را افزایش می‌دهد.

1- Macleod

با استفاده از این ابزار، سوگیری توجّه در بزرگسالان مضطرب مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان دادند که افراد مضطرب، یک توجّه انتخابی نسبت به محرّک‌های تهدید کننده در مقایسه با محرّک‌های خنثی دارند (مک‌لئود و متیوز ۱۹۸۸، مک‌لئود و همکاران ۱۹۸٦). در مقابل، افراد افسرده هیچ گونه سوگیری نسبت به محرّک‌های مربوط به افسردگی از خود نشان ندادند. یافته‌های مذکور هم سویی کامل با یافته‌های حاصل از استروپ دارند. نتیجه‌ی حاصل از تحقیقات بیان می‌دارد که تفاوت اختلالات هیجانی در بزرگسلان، به تفاوت در الگوی پردازش اطّلاعات هیجانی مربوط است که منجر به سوگیری می‌گردند.

موگ[1] و همکاران (۱۹۹۲) دریافتند که کشف نقطه در بیماران مضطرب به طور نسبی سریع‌تر است. نکته‌ی جالب این که بیماران مضطرب اجتماعی نقطه را هنگامی که با واژه‌های تهدید کننده‌ی اجتماعی جا به جا شده‌اند، سریع‌تر کشف می‌کنند. این در حالی است که افراد مضطرب بهبود[2] یافته هیچ گونه سوگیری نسبت به محرّک‌های تهدید کننده نشان نمی‌دهند.

یافته‌های حاصل از مطالعات حاکی از این است که بیماران افسرده هیچ گونه سوگیری نسبت به محرّک‌های مربوط به افسردگی نشان نمی‌دهند (برای مثال کاتلب و همکاران ۱۹۸۸). چند مطالعه با استفاده از تکلیف کشف نقطه در مورد سوگیری توجّه در کودکان و نوجوانان انجام گرفته، که نتایج آن‌ها مشابهت زیادی با یافته‌های حاصل از بررسی بزرگسالان دارد. وزی[3] و همکاران (۱۹۹٤) مطالعه‌ای با کودکان و نوجوانان با اضطراب بالا و پایین با استفاده از این روش انجام دادند. تفاوت شیوه‌ی آن‌ها با روش مک‌لئود و همکاران، یکی در مدّت زمان ارائه‌ی محرّک‌ها و دیگری در تعداد محرّک‌های ارائه شده بود (زمان ارائه‌ی محرّک‌ها ۱۲۵۰ میلی ثانیه و تعداد کلمات ۱٦۰ عدد بود) نتایج نشان داد که کودکان با اضطراب بالا، نسبت به محرّک‌های تهدید کننده، دارای سوگیری هستند. در مطالعه‌ی دیگر وزی و همکاران (۱۹۹۵) طیف گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوان نظیر "اضطراب جدایی"[4]، "اضطراب مفرط"[5]، "هراس اجتماعی"[6] ، اختلال اجتنابی[7] ، "هراس ساده"[8] ، PTSD را انتخاب و در مطالعه‌ای با استفاده از تکلیف کشف نقطه شرکت دادند. نتایج بدست آمده یافته‌های مطالعه‌ی قبل را تأیید نمود.

1- Mogg
2- Recover
1- Vasey
2- Separation Anxiety disorder
3- Overanxious
4- Social Phobia
5- Avoidant disorder
6- Simple Phobia

سوگیری حافظه، نظیر مطالعات مربوط به سوگیری توجّه، اغلب مطالعات انجام گرفته در خصوص سوگیری حافظه با افراد بزرگسال مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی صورت گرفته است. دو تفاوت عمده در مطالعات مربوط به سوگیری حافظه میان افراد مضطرب و افسرده وجود دارد. نخستین تفاوت به مسأله‌ی روش شناختی مربوط می‌شود. در بسیاری از بررسی‌های انجام شده با افراد مضطرب، از شیوه‌ی همبستگی استفاده شده است. در حالی که در مطالعات انجام شده با افراد افسرده، از طرح‌های شبه تجربی (استفاده از گروه آزمایشی) استفاده شده است. اگر چه دو روش مذکور از نظر آماری قابل قبول هستند، امّا شیوه‌ی همبستگی نسبت به سایر روش‌ها از حساسیّت کم‌تری برخوردار است. دوّمین تفاوت مربوط به آزمودنی‌ها است. در اغلب مطالعات انجام شده با بیماران مضطرب از آزمودنی‌های عادی و دانشجویان استفاده شده، در حالی که در مطالعات انجام شده در مورد افسردگی از بیماران و افرادی که از نظر بالینی افسرده بودند، استفاده شده است. بدیهی است که چنین تفاوت‌هایی در تفسیر نتایج بی‌تأثیر نخواهد بود (واتز، ۱۹۹۵).

نتایج پژوهش‌های انجام شده با افراد مضطرب، به طور قابل ملاحظه‌ای متناقض و ناهمسان می‌باشند. برخی از یافته‌ها بیانگر وجود سوگیری نسبت به محرّک‌های تهدید کننده، به ویژه در حافظه‌ی نهان بودند. در حالی که نتایج تعداد دیگری از مطالعات چنین سوگیری را نشان ندادند. یافته‌های مطالعات انجام شده با آزمودنی‌های افسرده حکایت از وجود سوگیری بسیار قوی در حافظه، به ویژه حافظه‌ی آشکار داشتند. در یک بررسی، "آیزنک" و "بیرن"[1] (۱۹۹٤)، ٤۰ دانشجوی ۱۸ تا ۳۵ ساله را انتخاب و آن‌ها را بر اساس نمرات مقیاس اضطراب حالت ـ صفت به سه گروه تقسیم کردند. تکلیف مربوطه متشکل از ۱٦۰ کلمه بود که نیمی دارای بار هیجانی تهدید کننده و نیم دیگر خنثی بودند. همه‌ی کلمات از نظر بار هیجانی توسّط یک گروه از دانشجویان، کارکنان و اساتید درجه‌بندی شدند. لغات محرّک از نظر فراوانی همتا شده، و هر کلمه دارای یک ریشه‌ی سه حرفی مشترک با کلمه یا کلمات دیگر (با فراوانی مشابه) بود. سه تکلیف مربوط به حافظه شامل "تکمیل کلمات"[2]، "بازخوانی با استفاده از نشانه"[3] و "بازخوانی آزاد"[4] بودند که توسّط کامپیوتر به آزمودنی‌ها ارائه گردید. نتایج مطالعه مؤیّد وجود سوگیری در حافظه‌ی نهان در

1- Byrne
2- Word completion
3- Cued Recall
4- Free recall

آزمودنی‌های با اضطراب بالا بود. امّا در حافظه آشکار چنین پردازشی مشاهده نگردید. مشابه این یافته‌ها توسط مک‌لئود و مک‌لوقلین[1] (۱۹۹۵) در یک مطالعه جامع به دست آمد.

پژوهش‌های قابل توجّهی حکایت از این دارند شکایت‌هایی که افراد افسرده در مورد عملکرد حافظه دارند، به حالت هیجانی آن‌ها مربوط بوده و ارتباطی به عملکرد آن‌ها در آزمون‌های حافظه ندارند (برای مثال، واتز و شاروک[2] ۱۹۸۷). به علاوه مجموعه یافته‌های حاصل از مطالعات انجام شده با افراد افسرده نشان می‌دهند که آن‌ها یک سوگیری نسبت به محرّک‌های منفی در تکالیف حافظه‌ی آشکار دارند (برای مثال واتکینز[3] و همکاران ۱۹۹۲).

به نظر می‌رسد که مشکلات حافظه‌ی افراد افسرده به حافظه‌ی طولانی مدّت مربوط می‌شوند، در حالی که عملکرد آن‌ها در تکالیف مربوط به حافظه‌ی کوتاه‌مدّت، دست نخورده و سالم هستند. کوهن و همکاران (۱۹۸۷) دریافتند که بیماران افسرده تنها در تکالیف بازخوانی تأخیری (طولانی مدّت) دچار مشکل هستند و همان طور که بیان شد، این افراد نظیر بیماران "آمنزیا"[4] سوگیری نسبت به محرّک‌های منفی در تکالیف حافظه‌ی آشکار، به ویژه موارد مربوط به خود ارجاعی[5] نشان می‌دهند.

سوگیری حافظه در کودکان و نوجوان، در سال‌های اخیر، چند مطالعه در خصوص سوگیری در کودکان و نوجوانان با اختلالات هیجانی صورت گرفته است (برای مثال "هامّن"[6] و "زوپان"[7] ۱۹۸٤؛"هوگوز"[8] و همکاران ۱۹۹۰؛ "نشاط دوست" و "همکاران" ۱۹۹٦).

هامّن و زوپان (۱۹۸٤) مطالعه‌ای در مورد عملکرد حافظه‌ی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله انجام دادند. آزمودنی‌ها بر مبنای نمرات به دست آمده از مقیاس افسردگی (سیاهه افسردگی کودکان CDI کواکس ۱۹۸۲)، به دو گروه افسرده و غیر افسرده تقسیم شدند. ۲۲ واژه‌ی صفت مثبت و ۲۲ واژه‌ی صفت منفی به عنوان موادّ اصلی تکلیف انتخاب شدند. هر کلمه در دو موقعیّت تکلیفی ارائه شد: الف) ساختاری (آیا این یک کلمه بلند است؟) ب)خودارجاعی (آیا کلمه به شما مربوط می‌شود؟). آزمودنی‌ها بایستی پاسخ بلی یا خیر می‌دادند. تکلیف نهایی شامل لیستی از ٤ گروه لغات بود (الف) ساختاری مثبت (ب) خودارجاعی

5- McLaughlin
6- Sharrock
7- Watkins
8- Amnesia
9- Self-reference
1- Hammen
2- Zupan
3- Hughes

مثبت (ج) ساختاری منفی و (د) خودارجاعی منفی. آزمایش‌گر هر کلمه را با صدای بلند می‌خواند و آزمودنی باید پاسخ می‌داد. بعد از ارائه‌ی لغات به طور غیر منتظره، از آزمودنی‌ها خواسته شد در مدّت ۵ دقیقه تا حدّ امکان به یادآوری بپردازند. نتایج نشان داد که کودکان به شکل معناداری لغات خودارجاعی را بیشتر یادآوری کردند تا لغات ساختاری. آن‌ها هم چنین به طور معنادار لغات خودارجاعی که آن‌ها را توصیف می‌کرد بیشتر یادآوری کردند تا صفاتی که با پاسخ نه مشخص شده بودند. سرانجام کودکان افسرده لغات صفت منفی بیشتری را یادآوری کردند تا گروه غیر افسرده.

نشاط دوست و همکاران (۱۹۹۷) در یک بررسی دو تکلیف حافظه که شامل تکلیف خودتوصیفی (متشکل از سه گروه کلمه مثبت، منفی و خنثی) و تکلیف کلمات غیر مربوط (مشتمل بر ۵ گروه کلمات مثبت، منفی، خنثی، تهدید کننده و وابسته به حادثه) را در مورد کودکان افسرده به کار بردند. تکالیف به دو صورت، مورد یادآوری و بازشناسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در تکلیف اوّل، آزمودنی‌های افسرده سوگیری نسبت به کلمات منفی نشان دادند (خودارجاعی) در حالی که در تکلیف دوّم هیچ گونه تفاوتی میان گروه افسرده و گروه کنترل مشاهده نگردید.

در خصوص کودکان مضطرب تحقیقات اندکی صورت گرفته است. تقوی و همکاران (۱۹۹۵) در یک مطالعه در مورد سوگیری حافظه‌ی کودکان مضطرب با آزمون‌های یادآوری و بازشناسی، دریافتند که این کودکان در آزمون یادآوری هیچ گونه سوگیری نسبت به کلمات منفی یا تهدید کننده از خود نشان ندادند. امّا در آزمون بازشناسی، سوگیری نسبت به محرّک‌های تهدید کننده مشاهده گردید. در تفسیر یافته‌ی مذکور، این نکته قابل ذکر است که تکلیف بازشناسی متشکل از دو بخش "آشنایی"[1] و "تولید"[2] می‌باشد (مندلر[3] ۱۹۸۰). به نظر می‌رسد که بخش اوّل خودکار و "غیرآگاهانه"[4] و بخش دوّم "آگاهانه"[5] صورت می‌گیرد. لذا لذا سوگیری نسبت به تکلیف بازشناسی احتمالا" به دلیل تأثیر جنبه‌ی خودکار و ناآگاهانه‌ی تکلیف است.

در مطالعه دیگری مرادی و همکاران (۲۰۰۰) سه گروه از کودکان مبتلا به PTSD و فرزندان والدین مبتلا به PTSD و کودکان عادی را انتخاب کرده و آزمون‌های یادآوری و بازشناسی را که از ۵ گروه کلمات مثبت، خنثی، تهدید کننده، افسرده و وابسته به حادثه تشکیل شده بودند را با آن‌ها انجام دادند. هیچ یک از گروه‌های PTSD و فرزندانِ والدین مبتلا به PTSD ، سوگیری به سمت هیچ یک از محرّک‌ها نشان ندادند.

1- Familiarity
2- Generation
3- Mandler
4- Integsative
5- Elaboratve

به طور خلاصه، نتایج چند مطالعه‌ی اخیر نشان می‌دهند که عملکرد کودکان و نوجوانان با اختلالات اضطرابی و افسردگی در حافظه، کم و بیش شبیه بزرگسالان می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در این مقاله به بیان اجمالی برخی مطالعات در خصوص دو بُعد از ابعاد شناختی یعنی توجّه و حافظه پرداخته شد. نتایج تحقیقات انجام شده با آزمون استروپ و تکلیف کشف نقطه در مورد کودکان مضطرب (برای مثال GAD، PTSD و افسرده) نشان می‌دهند که کودکان مضطرب یک سوگیری انتخابی به سمت اطّلاعات تهدید کننده در مقایسه با کودکان عادی و سایر محرّک‌های غیرمربوط (مثبت، خنثی، . . .) از خود نشان می‌دهند. در حالی که بیماران افسرده هیچگونه سوگیری انتخابی نسبت به محرّک‌های افسرده یا انواع دیگر محرّک‌ها از خود نشان ندادند. در مورد کودکان افسرده نتیجه کاملا" متفاوت است. در آن‌ها هیچ گونه سوگیری در تکالیف مربوط به توجّه مشاهده نگردید.

در ارتباط با سوگیری حافظه، یافته‌های حاصل از به کارگیری دو تکلیف یادآوری و بازشناسی نشان می‌دهد که کودکان مضطرب هیچ گونه سوگیری در حافظه‌ی بازخوانی از خود نشان نمی‌دهند، امّا در برخی مطالعات یک سوگیری در تکلیف بازشناسی از خود نشان دادند. این در حالی است که افراد افسرده تا حدّ قابل ملاحظه‌ای در تکلیف بازخوانی سوگیری نشان داده‌اند. تقوی و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی در مورد کودکان و نوجوانان مضطرب، ٤ گروه از کلمات هیجانی شامل کلمات مربوط به تهدید فیزیکی، محرّک‌های مربوط به تهدید اجتماعی و محرّک‌های مربوط به افسردگی و محرّک‌های خنثی را به دو گروه از آزمودنی‌های اضطرابی و گروه کنترل ارائه کردند. نتایج نشان داد که تنها کودکان مضطرب به طور مشخّص سوگیری توجّه نسبت به محرّک‌های تهدیدکننده‌ی فیزیکی و اجتماعی را نشان دادند. امّا در مورد سایر محرّک‌ها، نظیر گروه گواه عمل کردند. در مجموع نتایج حاصل از مطالعات انجام شده با کودکان و نوجوانان نشان می‌دهد که الگوی پردازش اطّلاعات هیجانی کودکان و نوجوانان شبیه الگوی پردازش اطّلاعات هیجانی بزرگسالان است. این در حالی است که کودکان و نوجوانان افسرده نیز شبیه بزرگسالان افسرده در تکالیف مربوط به توجّه عمل کرده‌اند. یافته‌های مذکور مؤیّد نظریّه‌ی ویلیامز و همکاران (۱۹۸۸ و ۱۹۹۹) می‌باشد که پیشنهاد می‌کند ماهیّت آسیب‌شناختی اختلالات هیجانی با یکدیگر تفاوت دارد. در حالی که افسردگی دارای نظام چند جزئی، که به مواردی نظیر از دست دادن[1]، شکست[2] و . . . مربوط می‌شود، پردازش اطّلاعات به صورت پردازش مفهومی[3] درونی انجام می‌گیرد، در حالی که نحوه‌ی پردازش اطّلاعات

1- Loss
2- Failur
3- Conceptual

در افراد مضطرب به صورت ادراکی[1] بوده که با حساسیت نسبت به محرّک‌های تهدید کننده شکل می‌گیرد (ویلیامز و همکاران ۱۹۹۹).

1- Perceptual

منابع

Andersoii, J., & Bower, G.H. (1973). *Human associative memory*. Washington, D.C.: Winston.

Baddeley, A. (1966). Short-term memory for word sequences as a function of acoustic, semantic and formal similarity. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 18, 362-365.

Baddeley, A. (1994). Working memory: Interface between memory and cognition. In D. L. Schacter, & E. Tulying(Eds.), *Memory Systems*, Boston, M A: Massachusetts Institute of Technology.

Baddeley, A (1995). The Psychology of Memory. In A Baddeley, B. Wilson, & F. Watts (Eds). *Handbook of Memory Disorders*, Chichester John Wiley & Sons Ltd.

Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A Study in Experimental and Social Pychology*. Cambridg: Cambridge University Press.

Beck, A.T. & Clarck, D.A. (1988). Anxiety and depression: An information processing prespective, *Anxiety Research, 1*, 520, 526.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy of Emotional Disorders*. New York: New American Library.

Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, L. (1985). *Anxiety Disorders and phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.

Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist.* 36, 129-148.

Bower, G. H. & Coheri, P.R. (1982). In M.S., Clark & S.T., Fiske, (eds). *Affect and Cognition.* London: Lowrence Erlbaum Associations.

Cattell, J.M. (1886). The time it takes to see and name objects. *Mind,* 11, 63-65.

Cohen, N. J. (1984). Preserved learning capacity in amnesia: Evidence for multiple memory systems. In L. R. Squire & N. Butters (Eds.), *Neuropsychology of Memory.* New York: Guilford Press.

Dalgleish, T. (1994). The relationship between anxiety and memory biases for material that has been selectively processed in a prior task. *Behaviour, Research and Therapy,* 32, 227-231.

Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., & Roth, W.T. (1988). Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. *Cognition & Emotion,* 2, 201-209.

Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: The Cognitive Perspective.* London: Lawrence Erlbaum.

Eysenck, M.W., & Bume, A (1994). Implicit memory bias, explicit memory bias, and anxiety. *Cognition and Emotion,* 8, 415-431.

Eysenck, M.W. & Keane, M.T. (1990). *Cognitive psychology: A Student's Handbook.* London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.

Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioural/cognitive conceptualization of Post-Traumatic Stress Disorder. *Behaviour Therapy,* 20, 155-176.

Fundudis, T. (1989). Annotation: Children's memory and the assessment of possible child sex abuse. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 30, 337-346.

Gotlib, I.H., Melachlan, A.L., & Katz, A.N. (1988). Biases in visual attention in depressed and non-depressed individuals. *Cognition and Emotion,* 2, 185-200.

Gotlib, I.H. & Cane, D.B. (1987). Construct accessibility and clinical depression: A longitudinal investigation. *Journal of Abnormal Psychology,* 96, 199-204.

Hamman C. & Zupan B.A (1984). Self-schemas, depression, and processing of personal information in children. *Journal of Exerimental Child, Psychology,* 37, 598-608.

Haist, F., Shiniamura, A. P., & Squire, L. R. (1992). On the relationship between recall and recognition memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition,* 18, 691-702.

Hope D.A, Rapee R.M., Heimberg R.G., & Dambeck M.J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research,* 14, 177-189.

Hughes, J., Worchel, F., Stanton, S., Stanton, H., & Hall, B. (1990). Selective memory for positive and negative story content in children with high- and peer-rating of symptoms of depression. *School PYychology Quarterly,* 5, 265-279.

Jacoby, L. L. (1983). Remembering the data: Analyzing interactive processes in reading. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour,* 22, 485-508.

James, W. (1890). *Principles of psychology.* New York: Holt

Kinsbourne. M., (1994). Development of attention and metacognition. In S. J. Segalowitz & I., Rapin, (Eds.). *Handbook of Neuropsychology, VoL. 7: Child Ncuropsychology;* F. Boller and J. Grafman (Series Eds).

Kovacs, M. & Beck, A.T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. In J.G. Schulterbrandt & A Raskin (Eds), *Depression in Children: Diagnosis, Treatment, and Conceptual Models.* New York: Raven Press.

Kovacs, M. (1982). *The children's Depression Inventory.* Unpublished manuscript, University of Pittsburgh

Lang,P.J. (1977). *Imagery in therapy: An information processing analysis of fear, Behaviour Therapy,* 8, 862-886.

Lang, P.J. (1979). A Bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology,* 16, 495-512.

Lang, P.J. (1985). *The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety.* In A.H.

MacLeod, C., & MeLaughlin, K. (1995). Implicit and explicit memory bias in anxiety: A conceptual replication. *Behaviour, Research and Therapy,* 33, 1-14.

MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology,* 95, 15-20.

MacLcod, C., & Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. The Quarterly *Journal of Experimental Psychology,* 40, 653-670.

Mandler, G. (1980). Recognizing: The judgment of Previous occurrence. *Psychological Review,* 87, 252-271

Martin, M., Horder, P., & Jones, G.V. (1992). Integral bias naming of phobia-related words. *Cognition & Emotion,* 6, 479-486.

Mathews, A., & MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal of Abnormal Psychology,* 95, 131-138.

Mathews, A. (1993). Biases in processing emotional information. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society,* 6, 493-499.

Mathews, A., & MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety sides. *Behaviour Research and Therapy,* 23, 563-569.

McNally, R.J., Riemann, B.C., & Kim, E. (1990). Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour Research & Therapy,* 28, 407-412.

Mogg, K., Mathews, A., & Eysenck, M.W. (1992). Attentional bias to threat in clinical anxiety states. *Cognition & Emotion,* 6, 149-159.

Moradi, A., Taghavi, R., Neshat-Doost, H., Yule, W. & Dalgleish, T. (1999). Performance of children and adolescents with PTSD on the Stroop colour naming task. *Psychological Medicine.* 29, 415-419.

Moradi, A., Neshat-Doos H., Taghavi, R., Yule, W., & Dalgleish T. (1999). Performance of children of adults with PTSD on the Stroop colour-naming task. *Journal of Traumatic Stress.* 12, (4), 663-671.

Moradi, A., Neshat-Doos H., Taghavi, R., Yule, W., & Dalgleish T. (2000). Memory Bias for Emotional Information in children and adolescent with posttraumatic stress Disorder: A Preliminary study. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol.14, No, 5, PP.521-534.

Neshat-Doost, H., Taghavi, R., Moradi, A., Yule, W., & Dalgleish, T. (1998). Memory for emotional trait adjectives in clinically depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (4), 642-650.

Neshat-Doost, H., Taghavi, R, Moradi, A., Yule, W., Daigleish, T. (1997). The performance of clinically depressed children and adolescents on the modified Stroop paradigm *Personality and Individual Differences*, 23, 753-759.

Neshat-Doost, H., Moradi, A., Taghavi, R., Yule, W. & Dagleish T. (1999). The development of a corpus of emotional words produced by children and adolescents. *Personality and Individual Differences.* 27, 433-451.

Nilsson L.G. (1993). Memory functions across the adult life span. Paper presented in *III European Congress of Psychology*, July 4-9, 1993, Tampere, Finland

Parkin A.J. (1987). *Memory and Amnesia*, Oxford: Basil Blackwell Ine, 30-37.

Schacter, D.L. (1994). Priming and Multiple Memory Systems: Perceptual Mechanisms of Implicit memory. In D.L. Schacter & E. Tulving (Eds.), *Memory Systems*, Massachusetts Institute of Technology.

Saywitz, K.J. (1987). Children's testimony: age-related patterns of memory errors. In S.J. Ceei, M. P. Toglia & D.F. Ross (Eds), *Children's eyewitness memory*. New York: Springer-Veriag.

Shiffrin, R.M., & Schnider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review*, 84, 127-190.

Squire, L.R. (1992). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 99, 195-231.

Squire, L.R. (1992). Declarative and nondeciarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 99, 195-231.

Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.

Tagliavi, R., Neshat-Doost, H. T., Moradi, AR., Yule, W., & Dalgleish, T. (1999). Biases in visual attention in children and adolescents with clinical anxiety and mixed Anxiety-Depression disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 27 (3),215-223.

Thrasher, S.M., Dalgleish T., & Yule, W. (1994). Information processing in Post-traumatic stress disorder. *Behavioural Research & Therapy*, 32, 247-254.

Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson (Esd.), *Organization of memory*, New York: academic Press.

Vasey, M.W., Elbag, N., & Dalciden, E.L. (1996). Anxiety and the processing of emotionally-threatening stimuli: Distinctive patterns of selective attention among high- and low-anxious children. *Child Developmental*, 67, 1171-1185.

Vasey, M.W., Daicideri, E.L., Williams, L.L., & Brown, L.M. (1995). Biased attention in childhood anxiety disorders: A preliminary study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 267-279.

Watkins, P.C., Mathews, A., Willimmon, D.A., & Fuller, R.D. (1992). Mood-congruent memory in depression: emotional priming or elaboration? *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 581-586.

Watts, F.N., (1995). Depression and Anxiety. In A.D. Baddeley, B.A. Wilson, and N. Watts (Eds.), *Handbook of Memory Disorders.* John Wiley & Sons Ltd.UK.

Watts, F.N., McKenna, F.P., Sharrock, R., & Trezise, L. (1986). Colour naming of phobia-related words. *Btitish Journal of psychology*, 77, 97-108.

Watts, F.N., & Sharrock, R. (1987). Cued recall in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 149-150.

Williams, J.M.G. & Nulty, D.D. (1986). Construct accessibility, depression and the emotional Stroop task: Transient mood or stable structure? *Personality Individual Differences*, 7, 485-491.

Williams, J.M.G., Watts, P.N., Macleod, C., & Mathews, A. (1988). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders.* New York: Wiley.

Williams, J.M.G., Watts, P.N., Macleod, C., & Mathews, A. (1999). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders.* New York: Wiley.

فصل دوم

کاربرد روش‌های شناختی و فراشناختی در مدرسه

دکتر باقر غباری بناب
استادیار دانشکدی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

چکیده

هدف از نوشتن این مقاله، بررسی روش‌های مختلف فکر کردن و آموزش آن‌ها به دانش‌آموزان در مدارس می‌باشد. نظارت بر فرایند فکر کردن و هدایت آن که در حیطه‌ی خودتنظیمی[1] افراد می‌باشد، امروزه در کتاب‌ها و مقالات مطالب فراوانی در باب شناخت و فراشناخت آورده می‌شود و اهمّیّت به سزائی به آموزش آن در مدارس عادی و استثنایی قایل می‌شوند. روش فکر کردن و اندیشیدن به عنوان فرایندی که بایستی به دانش‌آموزان دبستانی و دبیرستانی آموزش داده شود از اولویّت درجه‌ی اوّل برخوردار است. محتوا فقط وسیله‌ای است که این فرایند در بافت آن صورت می‌گیرد. بررسی روش‌های فکر کردن و استدلال نمودن در این مقاله شرح داده شده و نحوه‌ی آموزش آن از طریق محتوا به دانش‌آموزان توضیح داده شده است. نویسنده هم چنین به فرایندهای شناختی لازم برای موفّقیّت در مدارس اشاره نموده که از آن جمله می‌توان به فرایند توجّه، تمرکز، فرایند حافظه و یادآوری، فرایند درک مطالب دشوار خواندنی و استفاده از روش‌های شناختی در فرایند نوشتن انشا اشاره نمود. نویسنده روش‌ها و راهبردهای لازم شناختی و فراشناختی را برای توجّه بهتر و اصلاح و ترمیم تمزکز، حافظه، درک مطلب و بهبود انشای دانش‌آموزان به طور اختصار در مقاله آورده است. امید است که این مقاله انگیزه‌ای در جهت تحقیقات بیشتر در زمینه‌ی فکر کردن و اندیشیدن دانش‌آموزان به وجود آورده و محرّکی برای تغییر رویّه‌ی معلّمان از روش سنّتی به روش‌های جدید آموزشی گردد که طیّ آن شاهد رشد و شکوفایی فکری دانش‌آموزان باشیم.

کلید واژگان: شناخت، راهبردهای شناختی، فراشناخت، توجّه، حافظه، افزایش درک مطلب، نوشتن انشا، پیشرفت تحصیلی.

1. Self Regulation

مقدمه

اغلب آموزگاران اظهار می‌دارند که در آموزش‌های رسمی، به "اندیشیدن" و "فنّ تفکّر" پرداخته نشده است. نتیجه‌ی کاملاً بارز این امر، مواجهه‌ی دانش‌آموزان با مشکلات فراوانی در عرصه‌ی زندگی واقعی است. فنون و مهارت‌هایی چون اندیشیدن، قضاوت کردن، نقد آراء و افکار دیگران و درون‌سازی مطالبِ درسی بایستی از ابتدا به آن‌ها آموزش داده شوند.

در سال ۱۹۱۰ میلادی "جان دیوئی"[1] کتابی را به نام "ما چگونه می‌اندیشیم"[2] انتشار داد. در این کتاب آموزشِ اندیشیدن را وظیفه‌ی اصلی مدارس دانسته و معلّمان را تشویق کرده بود که با بهره‌گیری از محتوای درس‌های مختلف، به آموزش اندیشیدن بپردازند. به علاوه تأکید کرده بود معلّمانِ درس‌های مختلف بایستی مشخّص نمایند کدام روش‌ها منجر به تفکّر و اندیشیدن می‌شوند و چه شیوه‌هایی تنها به حفظ سطحی مطالب می‌انجامند؟ "دیوئی" معتقد بود اگر اندیشیدن در مدارس آموخته نشود، تدریس محتوا کمک چندانی به یادگیری نمی‌نماید.

بر مبنایِ آن چه "دیوئی" ارائه کرده بود، شاگردانش به ادامه‌ی کار او اقدام نمودند. در نتیجه مدل‌هایی تهیّه شد که توسّطِ آن‌ها "رشدِ شناختی"[3] در مدارس قابل آموزش می‌شدند. در این میان بحث در خصوص آموزشِ نحوه‌ی اندیشیدن در مدارس، با استفاده از نوشته‌های "دیوئی" و شاگردانش ـ خصوصا" با تأمّل در کتاب "چگونه می‌اندیشیم و کتاب "منطق ـ تئوری تحقیق"[4] در این جا مطرح می‌گردد.

روش علمی

در به کارگیری روش‌های "شناختی" و "فراشناختی"[5] برای افزایش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان، مشکل اصلی، عدم توجّه به تفکّر و "اندیشیدنِ انتقادی"[6] است. اگر دانش‌آموزان، گفته‌های دیگران را نقد نکرده، درون‌سازی ننمایند، مطالب فراموش می‌شوند و نتیجه‌ای از حفظ آن مطالب عاید فرد نمی‌شود. نتیجه‌ی مهم‌تر دیگر، عدم توانایی تشخیص مطالب سقیم و ناصحیح است که در یادگیری‌های طوطی‌وار

1- John Dewey
2- How we think?
3- Cognitive development
4- Logic: Theory of Inquiry
5- Metacognition
6- Reflective thinking

صورت می‌گیرد. یادگیری مبتنی بر "مرجع محوری"[1] علّت اصلی حفظ طوطی‌وار مطالب است. در مدارس اغلب معلّم به عنوانِ مرجع شناخته می‌شود و لذا آن چه او القاء می‌کند، توسّط دانش‌آموزان یاد گرفته و در حقیقت حفظ می‌شود.

"دیوئی" برهه‌ای از تاریخ را بررسی می‌کند که بیشتر مردم به دلیل نشناختن شیوه‌های تحقیق و نقد و بررسی، از مدل "مرجع محوری" برای یادگیری بهره می‌بردند. در مرحله‌ی بعد آدمی برای استدلال نمودن و یادگیری از "قیاس"[2] استفاده می‌کرد. قیاس یعنی استخراج روش‌ها و اصول جزیی از مبادی و اصولِ کلی. اوج شکوفایی این شیوه در یونان باستان دیده می‌شود. در استدلال‌های منطقی از این نوع که در نوشته‌ها و مباحثات سقراط و افلاطون و ارسطو دیده می‌شود، اصول کلّی و پذیرفته شده در نظر گرفته می‌شوند و سپس مسائل دیگر را از این اصول کلّی استخراج می‌گردند. اصل کلّی مقدمه‌ی کبرا محسوب می‌شود. اصل جزیی که بین نتیجه و اصل کلّی ارتباط ایجاد می‌نماید، صغرای قضیه خوانده می‌شود. بسیاری از استدلال‌های هندسی و ریاضی و نیز استنتاج‌های حقوق قضایی و احکام فقهی بر اساس قیاس استوار هستند.

مرحله‌ی سوّم رشد و تحوّل تاریخ علم، مرحله‌ی تأکید بر "استقراء"[3] است. "فرانسیس بیکن"[4] و "استوارت میل"[5] بیان می‌کردند که کتاب‌های منطق قدیم باید کنار گذاشته شده و به کتاب طبیعت مراجعه گردد. به بیان دیگر به استدلال استقرایی باید اهمّیّت قائل شد. ناصوابی تأکید افراطی بر استقراء به زودی روشن گردید و دانشمندان دریافتند که مطالعه‌ی کتاب طبیعت، به سادگی ممکن نیست. تا زمانی که فرد فاقد "تئوری" باشد، تنظیم مشاهدات و تعبیر و تفسیر آن‌ها، امکان‌پذیر نیست. با وجود "تئوری"، طرح سؤالات معنی دارد و پی‌گیری یافتن پاسخ آن‌ها امکان‌پذیر است.

در چهارمین مرحله‌ی رشد و تحوّل علم، دیویی، نام "روش علمی"[6] را برای این دوره برمی‌گزیند. در روش علمی، از هر دو شیوه‌ی قیاس و استقراء استفاده می‌شود. او معتقد است مدارس بایستی به آموزش روش علمی تأکید ورزند. در این روش، دانش‌جو و دانش‌آموز با استفاده از "نظریّه‌ها"[7]، "فرضیّه"ای[8]

1- Authority oriented
2- Deduction
3- Induction
4- Bacon, F.
5- Mill, J.S.
6- Scientific Method
7- Theories
8- Hypothesis

می‌سازد (روش قیاسی). سپس با استفاده از داده‌های تجربی، این فرضیّه‌ها را آزمون می‌نماید (روش استقرایی). مشاهدات به او کمک می‌کنند که نظریّه‌ی قبلی خود را تأیید، تعدیل و یا ابطال نماید.

در همین فرایند است که "درون‌سازی"[1] و "برون‌سازی"[2] توأما" رخ می‌دهند و فرایندهای ذهنی فرد، رفته رفته پیچیده‌تر می‌شوند. "روان‌بنه"[3] ها و یا "طرح‌واره"های شناختی به فرد کمک می‌کند تا به نظریّه‌پردازی پرداخته و در مورد پدیده‌ها، تئوری مشخّصی را سامان بخشد. با استخراج فرضیّه‌هایی از تئوری مطرح شده، کاربردهای عملی آن را آزمون می‌نماید. در صورت عدم کارآیی، یا عدم تأیید، تئوری تعویض می‌شود. در صورتی که فرضیّه‌ها، نیاز به تعدیل را نشان دهد و یا انطباق کامل با طبیعت مشاهده نگردد، تئوری تعدیل می‌گردد.

در این جا دیوئی، اجزای روش علمی را مطرح می‌کند و مراحل آن را توضیح می‌دهد. دانش‌آموز از مشاهده‌ی طبیعت شروع می‌کند. پس از آن، نظریّه‌ای در ذهن او شکل گرفته و شروع به فرضیه‌سازی می‌نماید. سپس بر مبنای نظریّه‌ای که مطرح کرده، اقدام به استخراج می‌نماید. در این جا برای تأیید و یا رد نظریّه به طبیعت بازمی‌گردد و داده‌هایی را در این زمینه جمع‌آوری می‌کند. این داده‌ها امکان تأیید، رد و یا تعدیل نظریّه را به او می‌دهد.

هدف اصلی آموزش و پرورش

هدف اصلی و نهایی آموزش و پرورش، "آموزش هوش عملی"[4] است. هوش عملی عبارت است از به کارگیری هوش در عمل و در زندگی واقعی. مدارس به "باسوادسازی"[5] تأکید فراوانی دارند، امّا به پرورش هوش عملی کمتر توجّه می‌شود. باید توجّه داشت قسمتی از زندگی واقعی، کوشش برای کسب دانش و تحصیل است. توجّه به فرایندهایی چون استدلال کردن، قضاوت کردن، مقایسه کردن و مقابله کردن نظریّه‌های گوناگون، توجّه به ابعاد مسأله و چالش‌های علمی و هوشمندانه[6]، به زندگی نظری و آکادمیک مربوط می‌گردند. بخش دیگر زندگی، موفّقیّت در زندگی واقعی، توجّه به آداب معاشرت با دیگران، معاملات و . . . است که هوش عملی را تشکیل می‌دهند.

با آموزش برخی فرایندها می‌توان به افراد کمک کرد که از هوش بالقوه‌ای که دارا هستند به نحو مؤثّری

1- Assimilation
2- Accomodation
3- Schematas
4- Operacy
5- Literacy
6- Intellectual

در حلّ مسائل و مشکلات زندگی استفاده نمایند. برخی از روان‌شناسان، این گونه استفاده از هوش را در آموزش حلّ مسأله[1] خلاصه می‌کنند. بنابراین می‌توان گفت هدف اصلی و نهایی آموزش و پرورش، آموزش فرایند تفکّر به صورت استفاده از روش علمی است، که محتوای دروس بهانه‌ای است برای آموزش آن. محتوا، قالب و متن این هدف، فرایند اندیشیدن است. تفکّر در خلاء صورت نمی‌پذیرد، بلکه در خلال مواد درسی آموزش داده می‌شود. فرایند استدلال قیاسی، استقرایی و یا روش علمی در قالب علوم، ریاضی، انشا و یا موادّ آموزشی دیگر آموزش داده می‌شوند. قالب و محتوا در هم تنیده‌اند مانند تنیدگی جسم و جان و یا صورت و معنی. اگر جانِ مطلب فرایند تفکّر باشد، جسم، محتوا خواهد بود. در صورتی که فرایند بدین صورت به دانش‌آموزان آموزش داده شود، دانش‌آموزان برای حلّ مشکلات واقعی زندگی آماده می‌گردند.

آموزش مبتنی بر حلّ مسأله

در این شیوه‌ی آموزش، معلّم در اوّلین گام موقعیّت نامعیّنی را به وجود آورده و بدین وسیله تعادل شناختی دانش‌آموزان را بر هم می‌زند. تلاش و کوشش دانش‌آموزان برای تأمین دوباره‌ی تعادل شناختی، آن‌ها را به یادگیری مطلبی که معلّم در نظر دارد نزدیک می‌گرداند. ایجاد این موقعیّت نامعیّن، با ارائه‌ی یک مسأله انجام می‌شود. در صورتی که موضوع درسی مورد نظر معلّم، خود دارای مسائل واقعی و خودجوش باشد، از همان مسائل استفاده می‌گردد. اگر موضوع درسی، به طور بالقوه خود دارای مسأله نباشد، معلّم موقعیّتی فرضی را طرح و بر مبنای آن مسأله‌سازی می‌کند.

نقش آموزگار در این شیوه "طرح مسأله" است. پس از آن بایستی به تحلیل موقعیّت مسأله‌ای پرداخت. دیوئی معتقد است که موقعیّت مسأله‌ای در ابتدا به صورتی خیلی کلّی است و در انسان اغلب واکنش عاطفی ایجاد می‌کند. در برخورد با مشکل احتمال ایجاد ناراحتی و استرس وجود دارد. زمانی که این واکنش عاطفی مهار گردد، واکنش‌های شناختی شکل گرفته و مسأله از دیدگاه شناختی مورد تحلیل قرار می‌گیرد.

نقش آموزگار، آموزش راه‌های تحلیل مسأله است. یکی از راه‌های تحلیل قابل آموزش به دانش‌آموزان، تجزیه‌ی مسأله به اجزای تشکیل‌دهنده است. لازمه‌ی کاربرد این شیوه، بازبینی مسأله از ابعاد مختلف است. روش دیگر تحلیل، در نظر گرفتن سؤال به صورت رابطه‌ی بین متغیرها (پدیده‌ها) است. در این شیوه دانش‌آموز یاد می‌گیرد که ابعاد مسأله را به صورت سؤالات واضح بیان نماید به صورتی که قابل بررسی تجربی باشند و خود بتواند در مورد تأیید و یا ابطال آن‌ها به جمع‌آوری داده‌ها بپردازد. نقش آموزگار، یاری

1- Problem solving

به افراد در جهت تعریف دقیق و عملیاتی متغیّرهای مسأله و یا پژوهش است.

در گام بعد نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها برای یافتن پاسخ بررسی می‌گردد. در همین راستا فرد می‌آموزد که وقتی مسأله‌ای وجود دارد، چگونه پاسخ آن را می‌توان یافت و پس از یافتنِ جواب چگونه می‌توان آن را از لحاظ صحت، دقّت و کارآیی مورد نقد و بررسی قرار داد؟

به همین ترتیب در مدرسه می‌توان به افراد آموزش داد که در حلّ مسأله از "تجربیّات پیشین خود" و نیز هم‌کلاسی‌های خود می‌توانند به نحو مؤثّری استفاده کنند. مبنای این شیوه همان روش استدلال قیاسی است که فرد بین معلومات و مجهولات خود پلی ارتباطی برقرار کرده و به حلّ مشکلات اقدام می‌نماید.

علیرغم شباهت این مطلب به شیوه‌ی حلّ سؤالات کلاسیک دروسی چون ریاضیّات، تدریس این قبیل موادّ درسی به مهارت مورد نظر نمی‌انجامد. دانش‌آموزان با حلّ سؤالات درسی مثل جبر، توانایی ایجاد رابطه بین معلومات علوم اجتماعی (ویا دروس دیگر) و مجهولات آن‌ها را نمی‌یابند.

نحوه‌ی استنتاج از طریق استدلال استقرایی نیز قابل آموزش است. معلّمین در تدریس متون درسی و یا در پروژه‌های تحقیقاتی می‌توانند به دانش‌آموزان کمک کنند تا از مشاهدات خود و داده‌های کسب شده، به اصول کلّی دست یابند. آن‌ها در این مرحله، هم چنین می‌توانند "تدوین فرضیّه" را بیاموزند تا بتوانند راه‌حل‌های ممکن را حدس بزنند. پس از آن با هدف تأیید یا ابرام و نیز تغییر یا رد فرضیّه‌ی ساخته شده، داده‌های بیشتری جمع‌آوری نموده تا بدین طریق به ساختار اصلی "علم" مطالبی را اضافه نمایند.

دانشمندان به یافته‌ها و مشاهدات خود معنا می‌دهند، یعنی با توجّه به نظریّه‌ی تئوریک خود به تعبیر و تفسیر آن‌ها می‌پردازند. در زندگی روزمرّه، افراد عادی نیز به مشاهدات خود معنا می‌دهند، آن‌ها از "تئوری نهفته"[1]ی خویش استفاده می‌کنند. به عنوان مثال افراد بدبین، تمامی حوادث و پدیده‌ها را بدبینانه تعبیر و تفسیر می‌نمایند. به افراد می‌توان آموزش داد که به شکل آگاهانه از "تئوری نهفته"ی خود در تعبیر و تفسیر داده‌ها استفاده کنند، تا بتوانند کارآیی آن را در ساختن فرضیّه‌های مناسب بیازمایند. در صورتی که نظریّه از کارآیی و پشتوانه‌ی تجربی برخوردار نبود، آن را تغییر دهند و یا تعدیل نمایند. آموزشِ دادن معنای صحیح به پدیده‌ها، ساختنِ فرضیّه‌های قابل آزمون و شیوه‌های درست آزمون فرضیّه‌ها، مهم‌ترین وظیفه‌ی مدرسه است. آموزش محتوا در رتبه‌ی دوّم اهمّیّت قرار می‌گیرد.

"پیاژه"[2] در تشکیل "روان‌بنه‌های شناختی"[3] فرایندی را مطرح می‌کند که در این جا قابل بحث است.

1- Latent Theory
2- Piaget

بر مبنای این دیدگاه، دانش‌آموزان به هنگام عمل در محیط، با مشکلات و موانعی برخورد می‌کنند که باعث ایجاد سؤالاتی در رابطه‌ی با حلّ آن‌ها می‌شوند. در "چالش"[۱] برای پاسخ‌گویی به این سؤالات، به "درون‌سازی"[۲] می‌پردازند و ضمن تجسّم کنار آمدن با محیط، فرضیّه‌سازی می‌نمایند. در اجرای فرضیّه برای حل مشکلات محیطی، به "برون‌سازی"[۳] می‌پردازند، یعنی فرضیّه‌ی خود را به کار می‌برند و در صورت توفیق حلّ مشکلات، به "سازگاری"[۴] می‌رسند. این مراحل سه‌گانه‌ی سازگاری، دقیقا" در حلّ مسأله توسّط پژوهشگران حوزه‌های علوم مختلف قابل مشاهده است.

استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی

مباحث مربوط به "فراشناخت"[۵] و "شناخت"[۶] و استفاده از آن‌ها در فرایند تدریس به دانش‌آموزان، از اهمّیّت ویژه‌ای برخوردار است. "فلاول"[۷] (۱۹۷۰، ۱۹۷۹) بین این دو راهبرد تمایز قائل می‌شود: "دانش‌آموزان راهبردهای شناختی را (مثل مرور ذهنی، سازمان‌دهی و بسط) به کار می‌گیرند که از لحاظ شناختی پیشرفت داشته باشند. ولی روش‌های فراشناختی برای نظارت استفاده‌ی به موقع و به جا از این روش‌ها است." بسیاری از روان‌شناسان تمایز بین روش‌های شناختی و فراشناختی را در "نظارت و کنترل" می‌دانند. شیوه‌های نظارت در جهت اجرای بهینه‌ی روش‌ها و راهبردهای شناختی و انجام تغییرات لازم در زمان به کارگیری آن‌ها است. پژوهش‌های گسترده‌ای در مورد این راهبردها انجام گرفته که از بین آن‌ها می‌توان به فرایندهای توجّه و تمرکز، حافظه، گوش دادن، درک مطلب و انشانویسی اشاره کرد.

آموزش توجّه و تمرکز، بررسی‌های انجام شده، نشان می‌دهند که ریشه‌ی بسیاری از مشکلات آموزشی دانش‌آموزان، اشکالات آن‌ها در "توجّه"[۸] است (لیلوید و لاندروم[۹] ، ۱۹۹۰). بسیاری از مشکلات دانش‌آموزان در امور زندگی نیز با ضعف در توجّه ارتباط دارد. فردی که در این موضوع دارای اشکال باشد، در یادگیری، حافظه و پردازش اطّلاعات نیز ضعیف خواهد بود. از جمله‌ی ابعاد مختلف توجّه می‌توان به "شروع توجّه"[۱۰]، "هوشیاری"[۱۱]، "تصمیم‌گیری"[۱۲] و "تغییر توجّه"[۱۳] اشاره نمود.

3- Cognitive schematas
1- Challenge
2- Assimilation
3- Accomodation
4- Adaptation
5- Metacognition
6- Cognition
7- Flavell
8- Attention
9- Liloyd & Landrum
10- Coming to attention

در شروع توجّه، "توجّه انتخابی"[1] امری مهم به شمار می‌رود. دانش‌آموز به هنگام انجام تکلیف، باید به جنبه‌های مرتبط به تکلیف توجّه نماید بدون آن که توجّه به جنبه‌های غیرمرتبط موجب حواس‌پرتی او شود. بسیاری از افراد در این زمینه مشکلاتی دارند و توجّه به قسمت‌های غیرمربوط به موادّ آموزشی و یا عوامل مزاحم محیطی موجبات حواس‌پرتی آن‌ها را فراهم می‌آورند. می‌توان با دادن آموزش‌هایی، مقاومت را در برابر عوامل اختلال‌زا بالا برد.

در حیطه‌ی هوشیاری، موضوع بسیار مهم، حفظ توجّه است. بسیاری از دانش‌آموزان دارای دامنه‌ی توجّه پایین هستند. یعنی به مدّت طولانی نمی‌توانند توجّه خود را بر اشیاء، پدیده‌ها و یا مفاهیم معطوف نمایند. با تنظیم ساعت‌های درسی به شکلی که دانش‌آموزان از لحاظ حفظ دامنه‌ی توجّه، دچار مشکلات زیادی نشوند، می‌توان با این مسأله برخورد کرد.

استفاده از شیوه‌های فعّال تدریس و کوتاه بودن زمان کلاس از روش‌های اساسی حفظ توجّه است. به بیان دیگر معلّم باید سعی کند با تشویق فعّالیّت‌های علمی دانش‌آموزان و جلوگیری از خسته شدن، به حفظ توجّه آن‌ها کمک کند.

لیلوید و لاندروم (۱۹۹۰)، با تکیه بر حدود چهل تحقیق تجربی، بیان می‌دارند که بسیاری از افرادی که در توجّه با اشکالاتی مواجه هستند، به دلیل عدم نظارت دقیق بر توجّه به چنین مشکلی دچار شده‌اند. آن‌ها نمی‌دانند در چه زمان‌هایی به درس توجّه فعّال داشته‌اند و چه اوقاتی فاقد توجّه بوده‌اند. این پژوهش‌گران نتیجه گرفته‌اند که با آموزش راهبردهای شناختی توجّه و تقویت آن‌ها جهت نظارت و کنترل در توجّه، مشکل این دسته افراد برطرف و از نظر درسی پیشرفت لازم را کسب کنند.

پرورش حافظه[2]، بسیاری از اطّلاعاتی که در کاربرد تجزیه و تحلیل و پردازش اطّلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند، به طور مستقیم و یا غیرمستقیم محصول حافظه هستند. اطّلاعات در صورتی که به طور مؤثّر ذخیره[3] و بازیابی[4] نشوند، مشکلات فراوانی در زندگی عادی و نیز فعّالیّت‌های آموزشی به وجود خواهند آورد. روان‌شناسان حافظه را به سه بخش "حافظه‌ی حسّی"[5]، "حافظه‌ی کوتاه‌مدّت"[6] و "حافظه‌ی

11- Vigilance
12- Decision making
13- Attentional shifts
1- Selective attention
2- Attention development
3- Storage
4- Retrieval
5- Sensory memory
6- Short term memory

درازمدّت"[۷] تقسیم می‌نمایند. تحریک‌های حسّی که از طریق درون‌دادهای محیطی صورت می‌گیرد، بر حواس تأثیر گذارده، در صورت توجّه نمودن و شناسایی محرّک‌ها، به حافظه‌ی کوتاه‌مدّت انتقال می‌یابند. حافظه‌ی کوتاه‌مدّت ظرفیّت محدودی دارد و در صورتی که تا ۳۰ ثانیه اطّلاعات از آن به حافظه‌ی بلندمدّت منتقل نشوند، احتمال جایگزینی با اطّلاعات جدید و یا حذف آن‌ها وجود دارد. آموزش شیوه‌های انتقال مفاهیم از حافظه‌ی کوتاه‌مدّت به حافظه‌ی بلندمدّت بسیار اهمّیّت دارد.

حافظه‌ی حسّی نخستین مرحله‌ی "پردازش اطّلاعات"[۱] است که به آن "مخزن حسّی" و "ثبت حسّی" نیز گفته می‌شود. محرّک‌های محیطی (مثل نور، صدا، حرارت و بو) به طور دائم بر گیرنده‌های حسّی که اجزاء نظام حسّی مربوط به دیدن، شنیدن، چشیدن، بوییدن و لمس کردن هستند، تأثیر می‌گذارند. نظام کلّی گیرنده‌ها را حافظه‌ی حسّی می‌نامند. الگوهای فعّالیّت عصبی که به هنگام رسیدن محرّک‌ها به گیرنده‌ها تشکیل می‌شوند پس از قطع تأثیر محرّک، برای مدّت کوتاهی (یک تا سه ثانیه) حفظ می‌شوند. در همین فاصله‌ی کوتاه با استفاده از مکانیزم "توجّه انتخابی"، امکان انتقال اطّلاعات به حافظه‌ی کوتاه‌مدّت وجود دارد. حافظه‌ی حسّی منطبق بر حسّ شنوایی را "مخزن پژواکی"[۲] و حافظه‌ی منطبق با حسّ بینایی را "مخزن تصویری"[۳] می نامند.

در هر لحظه، اطّلاعاتی بسیار فراتر از آن چه به یاد آورده می‌شوند، دریافت می‌گردد. تنها آن دسته‌ای که مورد توجّه قرار گیرند، حفظ می‌شوند. به دیگر بیان بخشی از اطّلاعات موجود در حافظه‌ی حسّی که مورد توجّه قرار می‌گیرند، وارد حافظه‌ی کوتاه‌مدّت شده، بقیّه حذف یا فراموش می‌شوند. بنابراین نخستین عامل یادگیری "توجّه" و یا "دقّت" است، یعنی "توجّه انتخابی" بر بخشی از اطّلاعات وارد شده به حافظه‌ی حسّی. به همین جهت آموزش توجّه در مدارس امری ضروری است. نقش حالات ذهنی، تجارب قبلی، دانش، انگیزش و بسیاری از ویژگی‌های فردی نیز نباید نادیده گرفته شوند.

پس، حافظه‌ی حسّی که نخستین مرحله‌ی یادگیری و به یادسپاری است نسخه‌ی دقیقی از اطّلاعات را ذخیره می‌نماید. گنجایش آن بسیار زیاد است، امّا مدّت زمان نگهداری در آن بسیار کوتاه است. در صورت توجّه به اطّلاعات، اطّلاع یا خبری که معرّف آن است به حافظه‌ی کوتاه‌مدّت انتقال می‌یابد. این اطّلاعات به نمادهای تصویری یا صوتی و یا سایر رمزها تبدیل می‌گردند. این تبدیل و رمزگردانی از ویژگی‌های این

7- Long term memory
1- Data Processing
2- Auditory storage
3- Vitual storage

حافظه است. اطّلاعات وارد شده به حافظه‌ی کوتاه مدّت حداکثر برای ۳۰ ثانیه باقی می‌مانند. برای باقی ماندن و انتقال آن‌ها به حافظه‌ی بلند مدّت، باید از استراتژی‌های تقویت حافظه استفاده شود:

الف) "مرور ذهنی"[1]، این راهبرد تقویت حافظه، دو تأثیر عمده دارد: نگهداری اطّلاعات در حافظه‌ی کوتاه‌مدّت و کمک به انتقال به حافظه‌ی بلندمدّت. بیشتر دانش‌آموزان به صورت طبیعی از تکرار و مرور ذهنی استفاده می‌کنند. ساده‌ترین شکل آن، تکرار اطّلاعات با صدای بلند برای خود است. دانش‌آموزان باید یاد بگیرند علاوه بر تکرار کلیشه‌ای مطالب، آن‌ها را خلاصه کرده و تفسیر و تعبیر آن‌ها را با عبارت‌های متعدد بنویسند. خط کشیدن ذیل مطالب مورد مطالعه و یادداشت کردن بخش‌های مهمّ آن‌ها از راهبردهای پیچیده‌تر مرور ذهنی هستند.

ب) "سازمان دهی"[2]، راهبرد دیگر تقویت حافظه است. بررسی‌ها تأیید کرده‌اند که مطالب سازمان یافته در مقایسه با اطّلاعات پراکنده، بهتر در ذهن نگهداری می‌شوند. دانش‌آموزان موفّق از این شیوه، بهره می‌برند. به عنوان مثال مطالب به خاطر سپردنی را طبقه‌بندی کرده و سعی می‌کنند بین طبقات مختلف رابطه‌ای طولی (اعم و اخص) و یا رابطه‌ی عرضی (ارتباط بین مفاهیم) برقرار نمایند. بدین ترتیب هم حافظه تقویت می‌شود و هم یادگیری معنادار می‌گردد.

تمامی دانش‌آموزان در به کارگیری این راهبرد، به یک اندازه تبحّر ندارند. می‌توان روش‌های مؤثّر طبقه‌بندی و سازمان‌دهی را آموزش داد و آن‌ها را در به کارگیری این روش‌ها تشویق کرد.

سازمان‌دهی در دو سطح "ساده" و "پیچیده" صورت می‌گیرد. سطح ساده‌ی سازمان‌دهی برای طبقه بندی فهرستی واژگان مورد استفاده قرار می‌گیرند. به عنوان مثال واژه‌های مربوط به فیزیک و یا علوم اجتماعی جداگانه طبقه‌بندی می‌شوند. در سطح پیچیده، دانش‌آموزان مثلا" به نکات اصلی متن و یا درس مورد نظر می‌پردازند و رابطه‌ی بین عناوین اصلی و فرعی را مورد توجّه قرار می‌دهند، و یا برای نشان دادن این رابطه از نمودار استفاده می‌کنند.

ج) "بسط" یا "گسترش معنایی"[3]، در این شیوه یادگیرنده به مطالب تازه‌ی مورد یادگیری چیزهایی را می‌افزاید و یا آن‌ها را گسترده‌تر می‌نماید. هدف از این کار قابل یادگیری و یادآوری نمودن مطالب است. "فلاول"[4] (۱۹۸۸)، بسط را به عنوان" افزودن معنی به اطّلاعات تازه از راه ارتباط دادن آن‌ها با دانش قبلی"

1- Rehearsal
2- Organization
3- Elaboration
4- Flavell

قلمداد می‌کند.

به عبارت دیگر برای درک معنای اطّلاعات جدید، "طرح‌واره‌ها"[5] مورد استفاده قرار می‌گیرند. دانش قبلی برای درک معنی به کمک گرفته می‌شود. اطّلاعات "درون‌سازی" شده، فرضیّه‌سازی موضوع جدید را تسهیل می‌نماید تا فرد با آن منطبق شده و "برون‌سازی" نماید.

به طور کلّی بسط معنایی، فرایند تفکّر درباره‌ی مطلب جدید از طریق برقراری ارتباط با دانش موجود فرد است. زمانی که فرد در زندگی روزمرّه با مشکل، مسأله و یا ابهامی رو به رو می‌گردد، سعی می‌کند برای برقراری ارتباط بین مجهولات پیش آمده و معلومات قبلی، واسطه‌ای بیابد تا بتواند مشکل را حل کند. پیدا کردنِ پل ارتباطی و بسط معلومات برای پاسخ‌گویی، بسط نامیده می‌شود. انجام آن از مسیر تفکّر منطقی قیاسی امکان‌پذیر است. در این صورت فرد فرضیه‌ای را از تئوری استخراج و مورد تست و آزمون قرار می‌دهد. پس از تأیید فرضیه، او می‌تواند گستره‌ی تئوری را در حیطه‌ی دیگری عملا" نشان دهد.

راهبردهای مذکور در صورت آموزش و به کارگیری به موقع و مؤثّر توسّط دانش‌آموزان، تأثیر فراوانی در یادگیری آن‌ها خواهد داشت.

درک مطلب، یکی از حیطه‌های فراشناختی، که کاربرد فراوانی در آموزش و پرورش دارد، "درک مطلب"[1] است. بسیاری از دانش‌آموزان علاوه بر حافظه در این حیطه نیز مشکل دارند. آن‌ها بیان می‌دارند که به درستی معنای مطالبی را که می‌خوانند، درک نمی‌کنند. یکی از معروف‌ترین شیوه‌های بهتر فهمیدن مطالب که در گذشته ابداع گردیده، شیوه‌ی "SQ4R"[2] یا روش "پس ختام" است، که توسّط "توماس" و "رابینسون"[3] ارائه گردیده است. اجزاء و مؤلّفه‌های این روش عبارتند از:

۱ـ خواندن اجمالی یا پیش‌خوانی،

۲ـ سؤال کردن،

۳ـ خواندن،

٤ـ تفکّر،

۵ـ از حفظ گفتن،

٦ـ مرور کردن.

5- Schematas
1- Comprehension
2- Survey, Question, Read, Recite, Review.
3- Thomas & Robinson

۱. خواندن اجمالی، ورق زدن صفحات کتاب برای آشنایی اجمالی با عناوین اصلی، فرعی، نمودارها و جدول‌ها برای یادگیری آن الزامی است. در این مرحله، ایجاد نوعی ساخت سلسله مراتبی برای مطالب کتاب صورت می‌گیرد. در پیش‌خوانی، قسمت‌هایی از کتاب که باید مورد توجّه قرار گیرند عبارتند از: مقدمه یا توضیحات مقدماتی، هدف‌ها، تیترهای اصلی و فرعی، خلاصه، جملات موضوعی یا اصلی پاراگراف‌ها.

فلاول (۱۹۸۸) در رابطه با اثر بخشی پیش‌خوانی بیان می‌دارد: "همه‌ی اقدامات فوق به فعّال شدن طرح‌واره‌های یادگیرنده کمک می‌کنند. بنابراین یادگیرنده می‌تواند متن فصل مورد نظر را که پس از پیش‌خوانی به طور کامل مطالعه می‌کند تفسیر نماید و به یاد بسپارد."

یکی از فایده‌های این مرحله، تخمین زدن اهمّیّت مطالب و طرح‌ریزی یک روش مطالعه مناسب می‌باشد. به علاوه، با توجّه به دشواری مطالب و حجم آن‌ها، فرد می‌تواند بودجه‌بندی واقعی‌تری را از زمان در نظر بگیرد. پس از انجام خواندن اجمالی مسائل ذیل مشخّص می‌گردد:

۱ـ هدف از مطالعه روشن می‌گردد. آیا مطالعه‌ی اجمالی فرد را به اهداف مطالعه رسانده یا لازم است متن دقیق‌تر مطالعه شود؟ بسیاری از خوانندگان ضعیف، به هنگام مطالعه دقیقاً نمی‌دانند که چه هدفی از خواندن دارند.

۲ـ مطالعه‌ی اجمالی، فرد را به قسمت‌های مهمّ متن آگاه می‌نماید. از جمله متوجّه می‌شود که هدف اصلی نویسنده چیست؟ امکان دارد فرد پس از انجام این مرحله بتواند عناوین اصلی و فرعی متن را در نموداری تصویری نشان دهد.

۳ـ کلمات کلیدی متن شناسایی می‌شوند و فرد با نحوه‌ی استدلال نویسنده آگاه می‌گردد.

٤ـ امکان سنجش استواری متن از دیدگاه ارتباط مطالب، هماهنگی درونی و روش‌های دست‌یابی به هدف فراهم می‌گردد. این اطّلاعات ارزنده، فرد را به یک خواننده‌ی فعّال تبدیل می‌نماید و او با نویسنده به گفت‌وگو می‌پردازد و از گیرنده‌ی محض و پذیرنده‌ی صرف بودن خارج می‌گردد. آموزش شیوه‌های مؤثّر خواندن اجمالی را معلّمان دلسوز به عهده دارند.

۲. سؤال، در این شیوه، به هنگام مطالعه، برای هر قسمت یا فصلی که خوانده می‌شود، در ارتباط با هدف مطالعه، سؤال‌هایی طرح می‌کند. یکی از راه‌های این کار، تبدیل کردن عناوین به سؤال است. این پرسش‌ها به صورت چگونگی و چرایی (علیّت) تنظیم می‌گردند. در حقیقت این سؤال‌ها از متن پرسیده

می‌شود. مطالعه‌ی بدون طرح سؤال، فرد را به خواننده‌ی منفعل تبدیل می‌نماید و از بهره‌گیری کافی او جلوگیری می‌نماید. خواننده‌ی فعّال هم نحوه‌ی سازمان‌دهی متن را مورد سؤال قرار می‌دهد و هم نحوه‌ی استدلال متن را و همیشه با طرح‌واره‌های شناختی خودش به چالش با متن برمی‌خیزد. نحوه‌ی طرح سؤال و برخاستن به چالش را می‌توان در مدرسه آموزش داد.

۳. خواندن، پس از طیّ مراحل قبلی، فرد شروع به خواندن متن نموده، و سعی می‌کند به سؤال‌هایی که در مرحله‌ی قبل شکل گرفته، پاسخ دهد. به علاوه توجّه خود را به ایده‌های اصلی نویسنده مبذول داشته و این که آیا نویسنده آن‌ها را با روش‌های مناسب علمی و استوار توانسته تأیید کند. خواننده می‌تواند با توجّه به سادگی یا دشواری مطالب سرعت خود را تنظیم نماید. در این مرحله دانش‌آموزان آموزش می‌بینند که ذیل مطالب مهم خط بکشند و در حاشیه‌ی کتاب نظرات خود را نسبت به متن و نحوه‌ی طرح مطالب یادداشت نمایند.

٤. تفکّر، یکی از مسائل اساسی در مطالعه، تفکّر در مورد مطالب خوانده شده است. خواننده‌ی فعّال، در حین خواندن مطالب، جملات را از حیث استواری استدلال، ارتباط بین اجزاء اصلی و فرعی مورد بررسی قرار می‌دهد. هم چنین به تناقضات موجود در نوشته توجّه نموده، در صدد حلّ آن‌ها برمی‌آید. او از نظریّه‌ی نویسنده آگاه می‌شود و نوشته را در بافت فرهنگی، تئوریکی و تاریخی مورد مطالعه قرار می‌دهد. تفکّر در مورد متن خوانده شده، اساسی‌ترین جزء مطالعه است و موجب می‌شود که بحثی دیالکتیکی میان خواننده و متن ایجاد گردد. خواننده در مورد کلمات کلیدی متن به تفکّر می‌پردازد، نظر نویسنده را در تصوّرات و تصدیق‌های ارائه شده در متن مورد نقد و ارزیابی قرار می‌دهد و در مقابل تئوری نویسنده، نظریّه‌های رقیب را نیز به میدان بحث می‌کشد. حسّاس ساختن دانش‌آموزان به فکر و اندیشه در حین خواندن، از وظایف اساسی معلّمان است.

۵. از حفظ گفتن، این کار کمک می‌کند که فرد بر درک خود نظارت داشته و بداند چه قسمتی از متن را به بهترین وجه فهمیده و کدام قسمت را متوجّه نشده است. علاوه بر این بیان حفظی مطالب باعث می‌شود که فرد در موضوع مورد نظر فکر کند و آن را بهتر بفهمد. معلّم باید به دانش‌آموزان کمک کند تا روش‌های مؤثّر از حفظ گفتن را بیاموزد و از آن روش در مطالعه استفاده نمایند.

٦. مرور کردن، مرور و بازنویسی، نوعی بازآفرینی متن است. یکی از بهترین شیوه‌های مرور، پاسخ به سؤال‌های متن خوانده شده بدون مراجعه به کتاب است. در صورت ناتوانی در پاسخ‌گویی، قسمت‌های مربوطه باید دوباره‌خوانی شوند که خود نوعی مرور کردن است. پس از موفّقیّت در پاسخ به تمامی سؤالات،

با اطمینان می‌توان گفت که متن به خوبی فهمیده شده است.

راهبردهای تقویت درک مطلب بسیار متنوعند و در این مقاله تنها به یک نمونه از آن‌ها اشاره شده است. نمونه‌ای که با فرهنگ مدارس ما سازگاری دارد و شیوه‌ی آموزش آن نیز نسبتاً ساده است. بسیاری از موضوعات مربوط به درک مطلب تحت عناوین "فرادرکی"[1] گنجانده شده‌اند. به این معنا که دانش‌آموزان یاد می‌گیرند برای بهره‌جویی از راهبردها، بر آن‌ها نظارت نموده و عادت مطالعه‌ی خود را تحتِ کنترل در آورند.

آموزش استراتژی‌های شناختی در نوشتن،

بسیاری از دانش‌آموزان، از جمله دانش‌آموزانی که اختلالات یادگیری دارند، در بیان عقاید و نظرات خود به صورت نوشتاری دچار اشکالاتی هستند. تحلیل نوشته‌های افراد برجسته نشان می‌دهد که در نوشتن علاوه بر تسلّط به نحوه‌ی به کارگیری کلمه و کلام ـ که در دستور زبان آموزش داده می‌شوند ـ فرایندهای شناختی و فراشناختی نیز دخالت دارند. "انگلرت و همکاران"[2] (۱۹۸۹) در تحقیقات خود نشان دادند که دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری، وقتی یاد گرفتند که ساختار متن مورد نظر را تشخیص دهند، و بدانند که در نوشتن می‌خواهند مطلبی را توصیف نمایند یا ایده‌هایی را با هم مقابله و مقایسه نمایند و یا تسلسل و مراحل شکل‌گیری یک پدیده را توضیح دهند و یا به صورت فنّی و تخصّصی نوشته‌ای را بپرورانند، راه‌های نوشتن برایشان هموار می‌شود. به علاوه این دانش‌آموزان بایستی از "دانش خودگردانی"[3] در نوشتن برخوردار باشند، یعنی بدانند که در نوشتن یک مطلب بایستی علاوه بر در نظر گرفتن علائق و دانش پایه‌ی خوانندگان، از طرح‌ریزی، سازمان‌دهی، نوشتن، اصلاح کردن نوشته‌های خود و گرفتن بازخورد از نظرات دوستان خود استفاده کنند تا نوشته‌ای را به صورت نهایی درآورند. برمبنای این مطالعات، انگلرت و همکاران مدلی شناختی را برای آموزش انشا به دانش‌آموزان تهیّه کردند که به شرح آن می‌پردازیم. هر چند که مدل تهیّه شده اوّلین بار برای دانش‌آموزانی که اختلالات یادگیری دارند طرّاحی شد، امّا کارایی آن با سایر گروه‌های دانش‌آموزان نیز به اثبات رسیده است. این مدل در برگیرنده‌ی مؤلّفه‌های "برنامه‌ریزی"، "سازمان‌دهی"، "پیش‌نویس کردن"، "ویرایش" و "اصلاح"[4] می‌باشد. دانش‌آموزانی که در نوشتن انشا از این مدل استفاده می‌کردند نسبت به دانش‌آموزانی که از روش‌های سنّتی برای نوشتن انشا استفاده می‌نمودند،

1- Meta comprehension
2- Englert etal.
3- Self-regulation
4- Plan, Organize, Write, Edit, Revise (Power).

پیشرفت بیشتری را نشان دادند (آدم زاده، ۱۳۷۹؛ فلاور[۵] و هیز[۶]، ۱۹۸۱؛ بروس[۷]، کولینز[۸]، روبین[۹] و جنتنر[۱۰]، ۱۹۸۲). این راهبردها در جدول شماره‌ی یک آورده شده است.

جدول شماره‌ی (۱) راهبردهای نوشتن

	Power	بس‌نوا *
Plan	برنامه‌ریزی کردن	مخاطب: چه کسی؟ هدف: چرا؟ اطلاعات پایه‌ای: من چقدر در مورد این موضوع می‌دانم؟
Organize	سازماندهی	مقوله‌بندی ایده‌ها: چه طور می‌توانم ایده‌هایم را گروه بندی کنم؟
Write	نوشتن	برگرداندن رئوس مطالب به نوشته: توسعه‌دادن، بسط‌دادن، اضافه‌کردن اطّلاعات بیشتر به موضوع.
Edit	ویرایش کردن	نظارت: آیا تمام مطالب در انشا و نوشته معنی‌دار و قابل قبول به نظر می‌رسد؟ آیا من به هدفم رسیده‌ام؟ آیا

5- Flower
6- Hayes
7- Bruce
8- Collins
9- Rubin
10- Gentner

* کلمه فارسی برابر نهاده در مقابل ، power ، "بس‌نوا" می‌باشد که متشکل از حروف اول برنامه‌ریزی، سازماندهی، نوشتن، ویرایش و اصلاح می‌باشد.

	نوشته‌ی من جالب است؟	
Revise	اصلاح کردن	اصلاح نوشته

در جدول فوق اجزاء پنج‌گانه‌ی "بس‌نوا" (Power) به اختصار توضیح داده شده است.

۱. **برنامه‌ریزی**، مؤلّفه‌ی اوّل برنامه‌ریزی می‌باشد که در آن دانش‌آموز آموزش داده می‌شود که به مخاطبان خود، علایق و دانش پایه‌ای، نیاز و انگیزه‌های آنان فکر کند و مرتّب از خود بپرسد که برای چه کسانی، چه پیامی را می‌خواهد برساند؟ پس از این است که از هدف نوشتن آگاه می‌شود و به صورت خودآگاه از خود سؤال می‌کند که از نوشتن چه هدفی دارد و برای چه منظوری مطلبی را می‌نویسد؟ آیا می‌خواهد خوانندگان خود را در جهت مشخّصی ترغیب و تشویق کند؟ یا این که فرآیند کار با یک ماشین را به آن‌ها آموزش دهد؟ یا اطّلاعاتی را در زمینه‌ای مشخّص به مخاطبان خود برساند؟ سؤال دیگری که دانش‌آموز در این مرحله مطرح می‌کند این است که میزان اطّلاعات او در مورد موضوعی که درباره‌ی آن می‌خواهد مطلب بنویسد چه قدر است؟ اگر اطّلاعات او در این زمینه کافی نیست چه گونه می‌تواند از متخصّصان کمک بگیرد و یا با دوستان خود تبادل نظر کند که دانش و اطلاعات خود را به سطح مورد قبول برساند. معلّم در آموزش این فرآیندها به دانش‌آموزان می‌تواند نقش اساسی داشته باشد.

۲. **سازماندهی**. در مرحله‌ی سازماندهی دانش‌آموز ایده‌های خود را بر مبنای طبقات ساختار متن تنظیم می‌نماید. معلّم به دانش‌آموز الگویی از طریق پیش‌نویس فکری سازماندهی، ارائه می‌کند تا او ساختار متن را در نظر گرفته، به ایده‌های مختلف خود نظم و سامان دهد و آن‌ها را به ترتیب منظّمی روی کاغذ آورد. مثلا"، چه مواقعی از توضیح دادن استفاده کند؟ چه زمانی مراحل انجام کاری را پشت‌سر هم بیاورد؟ تفاوت‌ها و شباهت‌ها را چه گونه با هم مقابله و مقایسه کند؟ مطالب مربوط به ایده‌های اصلی خود را چگونه در تأیید و یا اثبات ایده‌ی اصلی به کار گیرد؟

۳. **نوشتن**. بعد از برنامه‌ریزی کردن و سازماندهی نمودن، دانش‌آموز شروع به نوشتن اوّلین نسخه از انشا خود می‌نماید. این نوشته پیش‌نویس تلقّی می‌شود و بایستی بعدا" ویرایش شوند. در این مرحله معلّم به دانش‌آموز الگویی می‌دهد که بتواند اطّلاعات را از پیش‌نویس سازماندهی شده و منظّم به لباس نثر درآورد، به صورتی که هدف موضوع را روشن به مخاطب انتقال دهد. در این مرحله دانش‌آموز یاد می‌گیرد که جزئیّات بیشتری را به متن اضافه کرده و مطالب غیر ضروری و زاید را از آن حذف نماید.

٤. ویرایش. بعد از نوشتن اوّلین نسخه از انشا که نسخه‌ی مقدّماتی تلقی می‌شود، مرحله‌ی ویرایش شروع می‌شود. در طول ویرایش سه فعّالیّت عمده رخ می‌دهد: نویسنده پیش‌نویس خود را بازخوانی می‌کند، و خود آن را ویرایش می‌کند. ویرایشگران هم‌سن، پیش‌نویس‌ها را می‌خوانند و ویرایش می‌کنند. نویسنده‌ها و ویرایشگران همدیگر را ملاقات می‌کنند تا در مورد ارزیابی‌های مورد نظر بحث کنند و طرح را تغییر دهند. "ورقه‌ی اندیشه‌ی خودویرایشی"[1] و نظرات ویرایشگران هم سنّ، دانش‌آموز را در طول ویرایش و بازسازی متن کمک می‌نماید. ابتدا نویسنده اوّلین پیش‌نویس خود را از نقطه نظر خواننده بازخوانی می‌کند و این سؤال‌ها را از روی پیش‌نویس فکری ویرایش از خود می‌پرسد: چه قسمت‌هایی را بیشتر دوست دارد؟ چه قسمت‌هایی از متن انشا واضح نیستند؟ قسمت‌های مبهم با گذاشتن علامت سؤال و ستاره مشخّص می‌شود. این سؤالات به خاطر این است که نویسنده مطمئن شود که موضوع را به روشنی و وضوح پرورش داده است و خوانندگان به راحتی می‌توانند آن را پیگیری نمایند. ویرایشگران هم‌سن و سال نیز کار ویرایش را برای دانش‌آموز انجام می‌دهند. این کار سه فایده دارد: اوّل این که، نویسندگان از نیازهای واقعی مخاطبین آگاه می‌شوند. دوّم این که، دانش‌آموزان یاد می‌گیرند همان طور که متن دیگری را بازخوانی و ویرایش می‌کنند، برای متن خودشان تمرینی داشته باشند که بتوانند بر فرآیند نوشتن خود نظارت داشته باشند. سوّم همکاری دوستان و هم‌کلاسی‌ها برای نویسندگان و همسالان فرصت‌هایی را فراهم می‌کنند که در فرآیند حلّ مسائل با همدیگر کار کنند که یک دانش‌آموز به تنهایی از عهده‌ی آن بر نمی‌آید.

۵. اصلاح. بالاخره دانش‌آموز در مرحله‌ی آخر تصمیم می‌گیرد که نوشته‌ی خود را بازخوانی و با توجّه به اصلاحات انجام شده، اصلاح نماید. صفحه‌ی در نظر گرفته شده برای نوشتن اصلاحاتِ لازم به نویسنده‌ی انشا کمک می‌نماید که:

(الف) در مقابل نکاتی که بایستی اصلاح شوند علامت گذاشته شود.

(ب) به نویسندگان کمک می‌کند که نوشته‌ی خود را برای خوانندگان، بیشتر جالب توجّه نمایند.

(ج) هم چنین نویسنده‌ی مقاله از این صفحه استفاده نموده و تمام اصلاحات لازم را که بایستی انجام گیرد، در نسخه‌ی نهایی اعمال می‌نماید.

(د) نویسنده با استفاده از این صفحه متوجّه می‌شود که در چه جاهایی از علائم نقطه‌گذاری استفاده نکرده است و این ضعف‌ها و اشکالات را برطرف می‌کند.

بعد از این اصلاحات است که نسخه‌ی نهایی تولید می‌شود و در بین خوانندگان در کلاس تکثیر می‌شود.

1- Self - Edit think sheet

روان‌شناسانی که این مراحل را به دانش‌آموزان آموزش داده‌اند متوجّه شده‌اند که انشای آن‌ها به نحو بارزی بهتر شده است. آموزش نظارت بر روش به کارگیری این مراحل در انشا و اصلاح اشتباهات و خطاهای موجود برای بهبود کار نهایی، از روش‌های فراشناختی در نوشتن است که بایستی توسّط معلّمان به دانش‌آموزان آموزش داده شود.

خلاصه

در این مقاله محور اصلی بحث آموزش مهارت فکر کردن به دانش‌آموزان بود. آموزش فرایند فکر کردن بایستی وظیفه‌ی اصلی مدارس باشد و محتوا فقط وسیله‌ای شود که توسّط آن این فرایند (فکرکردن) آموزش داده شود. معلّمان نیز بایستی وظیفه‌ی اصلی خودشان را آموزش فکرکردن به دانش‌آموزان بدانند. فواید این نوع تدریس در این مقاله با مثال‌ها و ذکر تحقیقات لازم نشان داده شد. روش‌ها و راهبردهای لازم شناختی و فراشناختی را برای توجّه بهتر و اصلاح و ترمیم تمرکز، حافظه، درک مطلب و بهبود انشای دانش‌آموزان به طور اختصار در مقاله آورده است. نویسنده بر این امید است که این مقاله انگیزاننده‌ای برای تحقیقات بیشتر در زمینه‌ی فکرکردن و اندیشیدن دانش‌آموزان شده و محرّکی برای تغییر رویه‌ی معلّمان از روش سنّتی به روش‌های جدید آموزشی گردد که در آن می‌توان شاهد رشد و شکوفایی فرایند فکری دانش‌آموزان شد.

منابع

آدم زاده، فاطمه (۱۳۷۹). *تأثیر آموزش راهبردهای شناختی در اصلاح مشکلات بیان نوشتاری دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری*. پایانامه‌ی کارشناسی ارشد، (چاپ نشده)، دانشگاه تهران: دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی.

فلاول جان. اچ. (۱۹۸۸). *رشد شناختی*. (ترجمه فرهاد ماهر، (۱۳۷۷)، تهران: انتشارات رشد.

Bruce, B., Collins, A., Rubin, A.D., & Center, D.(1982). Three Perspective on Writing. *Educational Psychologist, 17*,131-145.

Englert, C.S. (1996). Unravrling the mysteries of writing through strategy instruction. In T.E. scruggs & B.Y.L. Wong (Eds.), *Intervention Research in Learning Disabilities*. New York: Springer-Verlag.

Flavell, J.H. (1970). Developmental studies of mediated memory. In H.W. Reese & L.P. Lipsitt (Eds.). *Advances in child development and behavior, 5*(pp.182-211). New York: Academic Press.

Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive - developmental inquiry. *American Psycholigist, 34*, 906-911.

Flower, L., & Hayes, J.R. (1981). Acognitive Process theory of writing. *College Composition and Communiction, 35*, 365-387.

Lloyd, J.W., & Landrum, T.J. (1990). Self - recording of attending to task: Treatment components and generalization of effects. In T.E Scruggs & B.Y.L. Wong (Eds.),

Intervention Research in Learning Disabilities, New York: Springer-Verlag.

Maclure, S., & Davis, P. (1991), (Eds). *Learning to think: Thinking to learn*. New York: Pergamon Press.

Thomas, E.J., & Robinson, H.A. (1972). *Improving reading in every class: A Source book for teachers*. Boston: Allyn and Bacon.

Woolfolk, A.E. (1995). *Educational Psychology (6th ed)*. Boston: Allyn and Bacon.

فصل سوم

تشخیص اختلالات یادگیری
با رویکرد شناختی (۱)

دکتر رضا کرمی نوری
استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران

چکیده

مبحث شناخت در روان‌شناسی امروز از اهمّیّت فوق‌العاده‌ای برخوردار شده است و حوزه‌های گوناگونی از قبیل بازشناسی، جهت‌یابی، توجّه، حافظه، خواندن، نوشتن، حل مسأله، تصمیم‌گیری و تفکّر را شامل می‌شود. در این بخش موضوع خواندن و اختلال نارساخوانی مورد بحث قرار می‌گیرد. خواندن پدیده‌ای چند پردازشی است و در سطوح مختلفی صورت می‌پذیرد. در مدل خواندن که در این بخش ارائه شده است از سه سطح پردازش صحبت به میان آمده است که از سطحی‌ترین تا عمقی‌ترین مراحل پردازش می‌باشد. اختلال خواندن (نارساخوانی) نیز می‌تواند در هر یک از این سه سطح پردازش بوجود آید. برای اختلال خواندن در کودکان و نوجوانان نشانه‌های ناتوانی در آگاهی آوایی، ناتوانی در سیّالی کلمات، نقص در حافظه کوتاه مدت، تاتوانی‌های حرکتی و نقص در تعادل و توازن مورد بحث قرار گرفته‌اند. در خاتمه مقیاس درجه‌بندی رفتار دانش‌آموزان جهت یک مطالعه مقدماتی از نارساخوانی معرفی شده است.

کلید واژگان: شناخت، علوم شناختی، خواندن، نارساخوانی، پردازش اطّلاعات، آگاهی آوایی.

مقدمه

امروزه عنوان "روان‌شناسی شناختی"[۱] و "شناخت"[۲] توجّه بسیار زیادی را به خود جلب کرده است. نتایج به دست آمده از یک همه‌پرسی که در آن گروهی از روان‌شناسان مورد سؤال قرار گرفته‌اند، نشان می‌دهد که بیش از دو سوّم آن‌ها در مقابل این سؤال که: "به چه حوزه و حیطه‌ای در روان‌شناسی امروز اهمّیّت می‌دهید؟"، پاسخ داده‌اند: "مبحث روان‌شناسی شناختی."

سیر تحوّل

روان‌شناسی در یکصد سال پیشینه‌اش، بیشتر به جنبه‌های "عواطف" و "هیجانات" رفتار آدمی پرداخته است. در این راستا، مقوله‌های چون "اختلالات رفتاری" و "اختلالات عاطفی" در حوزه‌ی "روان‌کاوی" و "تحلیل روانی" بیشترین توجّه را به خود اختصاص داده‌اند.

تحوّل بزرگی که به وقوع پیوست، توجّه به پدیده‌های رفتار آدمی بود، بدون آن که ریشه‌ها و عوامل درونی آن‌ها در حیطه‌ی "عاطفه" و یا "شناخت" مورد کنکاش قرار گیرند. "رفتارگرایی" درون آدمی را در حکم "جعبه‌ی سیاه" می‌داند و تنها به آنچه در محیط (بیرون) رخ می‌دهد می‌پردازد.

مکتب "رفتارگرایی" در "اروپا" مطرح گردید و در "آمریکا" توسعه و تکامل یافت. در مقایسه بین دو حوزه‌ی "روان‌شناسی" و "روان‌کاوی"، این مکتب بیشتر بر "روان‌شناسی" تسلط یافته است.

سپس دانش روان‌شناسی در مسیر تحوّل خویش، "شناخت" و "فرایندهای شناختی" را مورد توجّه قرار می‌دهد. این حوزه‌ی جدید به مطالعه‌ی فرایندهای روانی می‌پردازد که در ارتباط با "بازشناسی"[۳] اشیاء و صورت‌های آشنا، "جهت‌یابی"[۴] در اطراف خود، "سخن گفتن"، "خواندن"، "نوشتن"، "برنامه‌ریزی"[۵]، "اجرای اعمال"[۶]، "تفکّر"[۷]، "تصمیم‌گیری"[۸]، "یادآوری"[۹]، "حلّ مسأله"[۱۰] می‌باشند.

1- Cognitive Psychology
2- Cognition
3-. Recognition
4- Orientation
5- Planning
6- Execution
7- Thinking
8- Decision making
9- Remembering
10- Problem solving

شناخت و اختلالات شناختی

شناخت در انسان دارای ساختارها و سیستم‌های گوناگونی است. این جنبه‌ها به صورت یک شبکه با یکدیگر ارتباط دارند. در عین تعامل و تأثیرگذاری بر یکدیگر، مستقل عمل می‌نمایند. برای روشن شدن این استقلال در عین تأثیرگذاری، مثالی در حوزه‌ی اختلالات شناختی مطرح می‌گردد: دسته‌ای از افراد به طور عمده در بازشناسی اشیاء اختلال دارند در حالی که در بازشناسی صورت‌ها هیچ مشکلی ندارند. به این اختلال، "آگنوزیا"[1] اطلاق می‌گردد. اختلال دیگر "پروسوپاگنوزیا"[2] است، مبتلایان در بازشناسی صورت‌ها اختلال دارند ولی در بازشناسی اشیاء مشکلی ندارند.

این موارد در مطالعات "نوروسایکولوژی"[3] بررسی گردیده‌اند. بیمارانی وجود دارند که به دلیل حوادثی دچار ضایعه شده‌اند و در موردی خاص اختلال به وجود آمده است. در پروسوپاگنوزیا، علیرغم عدم وجود مشکل در حسّ بینایی، در شناخت و ادراک و نیز فرایندهای بالاتر مشکل وجود دارد.

اختلال در جهت‌یابی، خواندن و یادآوری را می‌توان جداگانه طبقه‌بندی نمود که هر یک دارای زیرمجموعه‌هایی هستند. مطالعات گسترده‌ای در جهت شناسایی جزئیّات، در گذشته و حال در جریان است. یافته‌های این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برای هر یک از جنبه‌های شناختی، ساختارهای مغزی مشخّصی وجود دارد. امّا الزاماً این ارتباط یک به یک نیست. متخصّصان علوم شناختی سعی در "جایابی"[4] این سیستم‌های شناختی در مغز می‌نمایند. آن‌ها معتقدند که شباهت‌هایی بین سیستم‌های شناختی و ساختارهای مغزی وجود دارد. هم چنان که سیستم شناختی دارای ساختار و شکل منظّم است، در مغز هم سازماندهی مشخّصی وجود دارد.

به عنوان مثال "کرتکس" پس‌سری که مرکز بینایی محسوب می‌شود، خود به ۲۰ منطقه‌ی بینایی تقسیم می‌گردد که هر یک به بخش خاصّی از اطّلاعات مربوط می‌شود. بازشناسی اشیاء و بازشناسی صورت افراد مناطق جداگانه‌ای دارند. آسیب به هر منطقه‌ای، باعث اختلال خاص "آگنوزیا" یا "پروسوپاگنوزیا" می‌گردد. به همین ترتیب پژوهش‌گران در مطالعات خویش نواحی مشخصی برای حرکت و یا تشخیص رنگ اشیاء مورد بازشناسی قرار داده‌اند.

1- Agnosia
2- Prosopagnosia
3- Neuropsychology
4- Localization

حافظه

یکی از ساختارهای مغزی برای حافظه، هیپوکامپوس است. این ساختار زیر قشر مخ قرار دارد. در کورتکس نیز جایگاه خاصّی برای حافظه وجود دارد که "لوب پیشانی"[1] نامیده می‌شود که پیشرفته‌ترین بخش مغز است. در گذشته چنین مطرح بود که منطقه‌ی "پیش پیشانی"[2] به هوش مربوط است. در حال حاضر این نظر مورد تأیید نیست، چرا که آسیب‌های وارده به این بخش، اختلالی در هوش افراد به دنبال نداشته است. "مخچه" از دیگر ساختارهای مؤثّر بر حافظه و به ویژه حافظه‌ی کوتاه مدّت است.

بنابراین مناطق مختلفی در کارکردهای حافظه نقش دارند. در صورت آسیب یک منطقه، حتی زمانی که بخش‌های دیگر به جبران آن می‌پردازند، مسلّما" نقش اوّلیّه و اصلی خویش را نخواهد داشت.

ابزارها ـ شیوه‌ها

در گذشته یک محقّق علوم شناختی، در اغلب زمان‌ها، منتظر بود تا افراد دچار مشکلاتی چون ایجاد ضربه‌ی مغزی و سانحه گردند، تا آنها را مورد مطالعه قرار دهد. امّا به دلیل مکانیزم خاصّ ارتباط بخش‌های مختلف، این مطالعات دقّت لازم را نداشتند. چرا که در صورت آسیب هر منطقه‌ای، امکان فعّالیّت‌های جزئی توسّط دیگر بخش‌ها وجود دارد که خود منشأ تأثیراتی خواهد بود. به همین جهت محقّقین به دنبال شیوه‌ها و تکنیک‌هایی بودند که بتوانند فرد را در حالت طبیعی مورد مطالعه قرار دهند تا کارکرد بخش‌های مختلف هر چه دقیق‌تر مشخّص گردد.

یکی از قدیمی‌ترین ابزارها EEG[3] است که برای مطالعه‌ی منحنی‌های مغز مورد استفاده قرار می‌گیرد. اطّلاعات منعکس شده توسّط این ابزار عمیق نبوده، امّا تا حدودی کارکردهای مختلف مغز را روشن می‌کند.

دو تکنیک MRI[4] و PET[5] ، سعی بر آن دارند که فرد را در زمان انجام فعّالیّت‌های شناختی چون به یاد آوردن، یادگیری و . . . مورد مطالعه قرار دهند تا بتوانند مناطق فعّال[6] در این فرایندها را مشخّص نمایند. پس از کاندید شدن بخش‌های مؤثّر، مادّه‌ی خاصّی به فرد تزریق می‌گردد که مغز در زمان فعّال بودن بدان نیاز دارد. بنابراین قسمت مرتبط با آن فعّالیّت شناختی مشخّص، آن مادّه را به گونه‌ای خاص جذب خواهد کرد. این تغییرات در تصویرها قابل پی‌گیری هستند.

1. Frontal lobe
2. Prefrontal lobe
3- Electro Encepholo Gram
4- Magnetic Resonance Imaging
5- Positron Emission Tomography
6- Activate

علیرغم گران بودن، این دو روش در حال عمومی شدن هستند. آن‌ها مناطق مغزی را در ارتباط با رفتار شناختی مورد مطالعه قرار می‌دهند. به عنوان مثال کدام منطقه‌ی مغز آثار یادگیری را نشان می‌دهد. یا کدام منطقه‌ی مغزی در زمان بازیابی و یادآوری اطّلاعات فعّال می‌گردد؟ تفاوت یادآوری هوشیارانه و غیرهوشیارانه در این ارتباط چیست؟

ارتباط سیستم‌های شناختی و ساختارهای مغزی از مواردی است که هم در "روان‌شناسی شناختی" و هم در "نوروسایکولوژی" حائز اهمّیّت است. در گذشته این ارتباط را در حیوانات مورد بررسی قرار می‌دادند. علیرغم شباهت‌های فیزیولوژیک انسان و حیوان، این شکل مطالعه محدودیّت‌های فراوانی داشت. بنابراین در علوم شناختی به سه نکته‌ی اساسی توجّه می‌گردد:

۱ـ٤. ارتباط روان‌شناسی شناختی با رشته‌های دیگر،

۲ـ٤. ارتباط رفتارهای شناختی با ساختارهای مغزی،

۳ـ٤. مطالعه‌ی دقیق و منظّم سیستم‌های پیچیده‌ی انسانی.

شناخت و مسائل عاطفی

در حال حاضر یکی از بخش‌های مهم در حوزه‌ی علوم شناختی ارتباط بین "شناخت"[1] و "هیجان"[2] است. مثلا" در بیماران مضطرب و افسرده کدام سوگیری شناختی وجود دارد؟ دو سوگیری عمده‌ای که مورد توجّه قرار گرفته‌اند "توجّه"[3] و "حافظه"[4] است. این بیماران اطّلاعات مربوط به حالت‌های افسردگی یا اضطراب را بیشتر مورد "پردازش" قرار می‌دهند. درواقع سیستم شناختی آن‌ها یک سیستم بسته و سوگیری شده نسبت به یک سری اطّلاعات است. در این سیستم‌ها به طور انتخابی و ناهوشیارانه اطّلاعات خاصّی مورد توجّه و یا در حافظه مورد مرور قرار می‌گیرند. این اطّلاعات در حافظه اولویّت پردازش یافته و از این رو بخش‌های دیگر اطّلاعات از توجّه و حافظه حذف می‌گردند.

در ساختارهای شناختی ـ و نیز حافظه ـ دو دسته فعّالیّت انجام می‌گیرد: پردازش بیشتر بخشی از اطّلاعات و جلوگیری از پردازش بخش دیگر. برقراری ارتباط، برخی واژگان، مرور آن‌ها و یادگیری بهتر آن‌ها به همین دلیل است. ارتباط بین مقوله‌های شناختی و جنبه‌های عاطفی و یا انگیزشی از طریق پی‌گیری اطّلاعات انتخابی و اطّلاعات حذفی در موضوعات خاص مورد مطالعه قرار می‌گیرند.

1- Cognition
2- Emotion
3- Attentional bias
4- Memory bias

شناخت و حلّ مسأله

در فرایند "حلّ مسأله"[1] ممکن است افراد در برخورد با مسائل معیّنی، راه‌حل‌های ثابت، مشخّص و احیاناً معیوبی ارائه نمایند. اتّخاذ این استراتژی معیوب، مشکلاتی را برای فرد به وجود می‌آورد. در شناخت درمانی برای حلّ مشکل این افراد سعی می‌شود که در گام اوّل روش‌های حلّ مسأله‌ی فرد مشخّص و در مرحله‌ی بعد با روش‌های صحیح و مناسب جایگزین گردند. به عنوان نمونه ممکن است فرد در مورد مسأله‌ای تصوّر خاصّی مبنی بر عدم توانایی در حلّ آن داشته باشد. او همواره امکانات خود را کمتر از حدّ واقع می‌داند.

نمونه‌ی دیگر این که در فرایند حلّ مسأله استراتژی‌های مشخّصی وجود دارد. عدّه‌ای آن‌ها را از کل به جزء حل می‌کنند و گروهی دیگر از جزء به کل. یک روان‌شناس شناختی که به طور بالینی فرد را بررسی می‌کند، این جنبه‌ها را جداگانه مطالعه کرده و سعی می‌کند استراتژی مناسب را جایگزین نماید.

خواندن و اختلال نارساخوانی

مطالعات شناختی در مورد "خواندن" و اختلال "نارساخوانی"[2] عمر کوتاهی دارند و در سیستم آموزشی کمتر به آن‌ها پرداخته شده است. در مقابل به اختلالات و مشکلات رفتاری و عاطفی مثل پرخاشگری، گوشه‌گیری و . . . بیشتر توجّه می‌گردد. بررسی‌ها نشان می‌دهند اختلالات یادگیری و به خصوص نارساخوانی شیوع فراوانی در مدارس دارند، به همین جهت در حال حاضر به همان اندازه که به مشکلات عاطفی توجّه می‌گردد، به اختلالات یادگیری نیز دقّت می‌شود. در مواردی نمی‌توان تفکیکی بین دو جنبه‌ی عاطفی و شناختی قائل شد. چه بسا دانش‌آموز مشکلاتی در زمینه‌ی یادگیری دارد امّا به علّت عدم آگاهی، او را واجد مشکلات رفتاری و عاطفی قلمداد کنند.

بنابراین در بررسی مشکلات و اختلالات یادگیری بایستی به این سه نکته توجّه کافی داشت:

۱. شناسایی دقیق مشکل و یا اختلال، ۲. جلوگیری از اختلاط با مشکل عاطفی و یا رفتاری، ۳. توجّه به تعامل مقوله‌های عاطفی و شناختی. بین هوش و اختلال نارساخوانی ارتباط مستقیم وجود ندارد. نمی‌توان پیش‌بینی کرد که افراد دارای این اختلالات انسان‌های باهوش و یا در مقابل کم‌هوشی هستند. با توجّه به اطّلاعات کنونی هیچ ارتباط معنی‌داری بین هوش و مشکلات یادگیری وجود ندارد. دانش‌آموزان نارساخوان دچار عقب‌ماندگی ذهنی و یا اختلالات حسّی نظیر ناشنوایی و یا نابینایی نیستند. هم چنین این

1- Problem solving
2- Dyslexia

افراد نبایستی دارای مشکلات رفتاری یا عاطفی باشند و یا حداقل اختلال نارساخوانی نباید بر اثر مشکلات عاطفی و یا رفتاری به وجود آمده باشد. هم این طور، اختلال نبایستی به دلیل محدودیّت‌های اجتماعی و اقتصادی بروز کرده باشد. بنابراین نارساخوانی مشکل خاصّی است که با توجّه به کنترل متغیّرهایی چون هوش، سازگاری عاطفی، شرایط اقتصادی و اجتماعی در حدّ کارکردهای عادی، هنوز قابل مشاهده باشد.

در بین افراد نارساخوان چهره‌های مشهوری چون "راکفلر" ـ سرمایه‌دار معروف آمریکایی ـ یا پادشاه سوئد وجود دارند. در مورد هر دو نفر، دیگران تا سنین بالا از وجود این اختلال اطّلاع نداشتند. چرا که معمولاً افراد دارای اختلالات یادگیری و نارساخوانی، مشکل خویش را از دیگران مخفی می‌نمایند.

پردازش اطّلاعات

در مطالعات شناختی پردازش اطّلاعات اهمّیّت ویژه‌ای دارد. مدلی که ارائه می‌گردد توسّط "الیس" و "یانگ" مطرح گردیده است.

مدل پردازش اطّلاعات

کلمات نوشتاری
Written word

کلمات شنیداری
Heard word

سیستم تحلیل بینایی
visual analysis system

سیستم تحلیل شنوایی
auditory analyisis system

خزانه لغات درون‌داد بینایی
visual input lexicon

خزانهٔ لغات درون‌داد شنیداری
auditory input lexicon

سیستم معنایی
semantic system

خزانهٔ لغات برون‌داد نوشتاری

graphemic output lexicon

خزانهٔ لغات برون‌داد گفتاری

speech output lexicon

سطح نویسه‌ای grapheme level

تبدیل آوا ـ نویسه phoneme - grapheme conversion

سطح آوایی phoneme level

(grapheme - phoneme conversion)

(تبدیل نویسه ـ آوا)

نوشتن writing

گفتن speech

A.W. Ellis & A.W. Young (1996). Human Cognitive Neuropsychology

در پردازش اطّلاعات، اطّلاعات به صورت شبکه ـ شبیه به آن چه در کامپیوتر وجود دارد ـ با یکدیگر ارتباط دارند. در مدل ارائه شده، پردازش عادی و طبیعی سیستم شناختی: "خواندن"، "تکلّم"[1] و "نوشتن"[2] با هم نشان داده شده است. "تکلّم" در این مدل به صورت "برون‌داد"[3] مطرح گردیده که از طریق "درون‌داد"[4]های: "کلمات شنیداری"[5] و "کلمات نوشتاری"[6]، اطّلاعات را دریافت می‌کند. این "درون‌داد"ها به صورت "نوشتن" نیز می‌توانند "برون‌داد" داشته باشند.

با توجّه به مسیر "اطّلاعات شنیداری" مشخّص می‌گردد که این اطّلاعات ابتدا وارد سیستم "تجزیه و تحلیل شنیداری"[7] می‌گردد که درواقع به عنوان "سیستم بازشناسی شنوایی" در نظر گرفته شده است. در این مرحله اطّلاعات می‌توانند سه مسیر مختلف را طی کنند:

مسیر مستقیم که در مدل با (۱) مشخّص گردیده است. در این مسیر اطّلاعات مستقیما" به "سطح اطّلاعات آوایی"[8] می‌رسند و به گفتار در می‌آیند. این مسیر سطحی‌ترین نوع پردازش اطّلاعات است و از عمق و تفسیر برخوردار نیست.

مسیری که در مدل با (۲) مشخّص گردیده است. در این مسیر اطّلاعات بعد از "سیستم بازشناسی شنیداری" به "خزانه‌ی لغات درون‌داد شنیداری"[9] وارد می‌شوند و سپس به "خزانه‌ی لغات برون‌داد گفتاری"[10] رفته و به "سطح آوایی" و "گفتار" تبدیل می‌شوند. در این مسیر فرد به سطح بالاتری از شناخت دست می‌یابد. باید توجّه داشت که در مدل خزانه‌ی لغات شنیداری و دیداری ـ در عین ارتباط ـ جدا از یکدیگر مشخّص شده‌اند.

مسیری که در مدل با (۳) مشخّص شده است. در این مسیر اطّلاعات از "سیستم تحلیل شنیداری" و "خزانه‌ی لغات درون‌داد شنیداری" وارد "سیستم معنایی"[11] می‌شوند. این سیستم یک سیستم واحد و عمومی است و تمامی اطّلاعات شنیداری و گفتاری را شامل می‌شود. در این مسیر، اطّلاعات وارد عمیق‌ترین سطح پردازش می‌شوند. سپس اطّلاعات بقیّه‌ی مسیر: "خزانه‌ی لغات برون‌داد گفتاری"، "سطح

1- Speech
2- Writing
3- Output
4- Input
5- Heard word
6- Written word
7- Auditory analysis system
8- Phoneme level
9- Auditory lexicon input
10- Speech output lexicon
11- Semantic system

آوایی" و "گفتن" را طی می‌کنند.

بنابراین "شنیدن" و "گفتن" حداقل در سه سطح پردازش می‌شوند. پردازش اوّل سطحی است. پردازش سطح دوّم کمی عمیق‌تر و پردازش سطح سوّم کاملا" عمیق است. به عنوان مثال، اگر از فردی سؤال شود که واژه‌ی خاصّی به کدام طبقه ـ نظیر میوه‌ها و یا حیوانات تعلّق دارد؟ او در پاسخ بایستی مسیر سوّم را طی کند. امّا اگر از وی خواسته شود همان واژه را سریع تلفّظ و تکرار کند، او باید این پردازش را در سطح یک انجام دهد. کاربرد سطح دوّم، بینابین این دو سطح است.

مدل ارائه شده تنها به صورت تئوریک طرح نشده و در حیطه‌ی آزمایش و عمل نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است و در نتیجه تکالیف و وظایف خاصّی که معرّف سطوح پردازش باشند نیز ارائه گردیده است. در این جا به عنوان نمونه به یکی از این پژوهش‌ها اشاره می‌گردد.

انتخاب سطح پردازش، در یک سیستم آموزشی و یادگیری، این که مطلبی در کدام یک از سه سطح مورد پردازش قرار گیرد به سه عامل بستگی دارد:

۱. هدف، انگیزه‌ی درونی و ویژگی‌های یادگیرنده (دانش‌آموز).

۲. هدف، انگیزه‌ی درونی، ویژگی‌ها و انتظارات معلّم و مربّی.

۳. هدف و ویژگی‌های مطلب مورد یادگیری.

در مطالعات مربوط به "حافظه"، پژوهش معروف به "سطوح پردازش"[1] بسیار اهمّیّت دارد. نتایج این مطالعه که توسّط "کریک" و "لوکارت"[2] (۱۹۷٤) صورت پذیرفت ـ علیرغم قدیمی بودن و گذشت زمان ـ به عنوان یک "اصل" در مطالعات بعدی مورد استفاده قرار گرفت. در این مطالعه کلمات به شکل‌های گوناگونی به آزمودنی‌ها ارائه گردید. اطّلاعات یکسانی در پنج سطح پردازش شدند. به عنوان مثال کلمه‌ای مانند "پیاز" را در نظر بگیرید. اگر هدف آموزشی، یادگیری این کلمه در سطح اوّل پردازش باشد، می‌توان از یادگیرنده خواست، آیا کلمه‌ی مورد نظر در میان کلمات ارائه شده وجود دارد یا خیر. تعداد پنج کلمه به افراد ارائه گردید. نیمی از پاسخ‌ها مثبت و نیم دیگر منفی بودند. در این مطالعه هدف بررسی، مطالعه و مقایسه‌ی اطّلاعات ورودی و نیز خروجی سیستم بود که حاوی نتایج بسیار جالبی بود.

در سطح دوّم، از یادگیرنده سؤال شد که آیا کلمات ارائه شده با حروف بزرگ"[3] نوشته شده‌اند یا خیر؟ نوع سؤال با توجّه به زبان مورد استفاده در پژوهش (انگلیسی) انتخاب شده بود. در زبان فارسی می‌توان

1- Levels of processing
2- Craik & Lockart
3- Capital letters

سؤال را بدین نحو تغییر داد که آیا کلمات مورد نظر با حروف معیّنی (چون "پ") شروع شده‌اند یا خیر؟ در این مرحله نیز نیمی از پاسخ‌ها مثبت و نیم دیگر منفی بودند.

در سطح سوّم، سؤال می‌تواند چنین باشد که آیا کلمه‌ی "پیاز" با کلمه‌ی "نیاز" هم‌قافیه است یا خیر؟ نیمی از پاسخ‌ها مثبت و نیم دیگر منفی است.

در سطح چهارم سؤال نمونه می‌تواند چنین باشد که" "آیا پیاز به گروه سبزی‌ها تعلّق دارد یا خیر؟" این سطح پردازش در مقایسه‌ی با سطوح قبلی عمیق‌تر است. اگر سؤال چنین تغییر کند که آیا پیاز به گروه دیگری نظیر "میوه‌ها" یا "ماهی‌ها" تعلّق دارد یا خیر؟ افرادی که به پاسخ اوّلیّه پاسخ مثبت داده بودند، به این سؤال پاسخ منفی خواهند داد.

در سطح پنجم سؤال نمونه می‌تواند چنین باشد که آیا در جمله‌ی "حسین..... زیبایی دارد." کلمه‌ی "پیاز" برای جای خالی کلمه‌ی مناسبی است یا خیر؟

باید توجّه داشت که آیتم‌ها، کلمات و جملات به شکل سلیقه‌ای انتخاب نمی‌شوند. محقّقین در مرحله‌ی "مطالعه‌ی مقدماتی"[1]، اطّلاعات و جملات را از طریق نمونه‌ای متناسب با جمعیّت مورد مطالعه انتخاب می‌نمایند. در مطالعه‌ای که توضیح داده شد، ده آزمایش صورت گرفت. خلاصه‌ی نتیجه‌ی مطالعه چنین بود: "کلماتی که عمیق‌تر مطالعه (پردازش) شده‌اند، بهتر به یاد می‌مانند." مطالعات و پژوهش‌های بعدی ـ تا کنون بیش از هزار مطالعه با هدف مشابه صورت پذیرفته است ـ نیز این نتیجه‌گیری را تأیید کرده‌اند.

کلمات نوشتاری، شکل پردازش اطّلاعات در مورد "کلمات نوشتاری"[2]، مشابه "کلمات شنیداری" است که قبلا" مورد بررسی قرار گرفت. کلمات نوشتاری نیز در سه سطح مورد پردازش قرار می‌گیرند.

۱. در یک مسیر (سطح اوّل)، پس از دیدن کلمات (به جای شنیدن)، اطّلاعات وارد سیستم "تجزیه و تحلیل دیداری"[3] شده و در آن جا مورد بازشناسی قرار می‌گیرد. سپس به "سطح نویسه"[4] وارد می‌گردد و در مرحله‌ی بعد به نوشتار در می‌آید.

۲. در این مسیر اطّلاعات پس از ورود به سیستم "بازشناسی دیداری" به "خزانه‌ی لغات درون‌داد دیداری"[5] و سپس به "خزانه‌ی لغات برون‌داد دیداری"[6] وارد گشته و بعد به "سطح نویسه" رفته و به

1- Pilot study
2- Written word
3- Visual analysis system
4- Grapheme level
5- Visual lexicon input

"نوشتار" تبدیل می‌شود.

۳. در مسیر سوّم ـ که عمیق‌ترین نوع پردازش است ـ اطّلاعات پس از ورود به "سیستم بازشناسی دیداری" و "خزانه‌ی لغات درون‌داد دیداری" به "سیستم معنایی" وارد شده، بقیّه‌ی مراحل را طی می‌کند.

اطّلاعات ورودی و خروجی الزاما" نباید یکسان باشند. سیستم شناختی این قابلیّت را دارد که اطّلاعات را به یکدیگر تبدیل کند. امکان تبدیل اطّلاعات ورودی "شنیداری" به اطّلاعات خروجی "دیداری" (نوشتار) و نیز اطّلاعات ورودی "دیداری" (نوشتار) به اطّلاعات خروجی "شنیداری"، همواره وجود دارد. این تبدیل اطّلاعات در هر یک از سطوح پردازش امکان‌پذیر است.

از سوی دیگر، اطّلاعات به طور هم‌زمان می‌توانند در دو مسیر مختلف پردازش شوند. این مکانیزم می‌تواند دو تأثیر مختلف "تسهیل" یا "آسان‌سازی"[1] و "تداخل اطّلاعات"[2] را به وجود آورد. به بیان دیگر ورود اطّلاعات از دو مسیر مختلف در سیستم شناختی هم می‌تواند افزایش اطّلاعات را به دنبال داشته باشد و هم تداخل و تزاحم اطّلاعات را به وجود آورد.

نشانه‌های نارساخوانی

نتایج مطالعات نشان می‌دهد، افراد دارای اختلال خاص در یک سیستم و یا زیرمجموعه‌های یک سیستم مشکل دارند و سیستم‌ها و زیرمجموعه‌های دیگر بدون آسیب باقی مانده‌اند. در اختلال نارساخوانی نیز افرادی وجود دارند که عملکردشان در خواندن لغت‌های آشنا و غیرآشنا متفاوت است. برخی توانایی خواندن لغات آشنا را دارند، امّا در خواندن لغات غیرآشنا یا بی‌معنی ناتوانند و گروهی دیگر به عکس. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مسیر پردازش لغات آشنا و غیر آشنا از هم جدا هستند. برای فرد عادی آشنا و ناآشنا بودن لغت یا کلمه‌ای که می‌بیند، تأثیرگذار نبوده و او به هر حال کلمه را می‌خواند.

سرعت خواندن افراد عادی و کسانی که دچار اختلال نارساخوانی هستند نیز متفاوت است. به عنوان نمونه این افراد در نام بردن تصاویری که می‌بینند، آهسته‌تر از افراد نرمال و عادی عمل می‌کنند. به بیان دیگر در سرعت پردازش، دچار مشکل هستند. در فعّالیّت‌های حرکتی نیز وضع به همین شکل است. باید توجّه داشت که این نشانه‌ها به وضوح و سهولت نیز قابل مشاهده نیستند، چرا که افراد می‌توانندااختلالات و مشکلات خویش را مخفی نمایند. برای رسیدن به واقعیّت می‌توان از آزمایش‌های ساده‌ای چون نخ کردن

6- Visual output lexicon
1- Facilitation effect
2- Interference effect

دانه‌های تسبیح و یا دانه‌ها استفاده نمود.

افرادی که دارای این اختلال هستند معمولاً در "تعادل" و "توازن" نیز مشکل دارند. هر چند که این فعّالیّت‌ها ارتباطی با خواندن ندارند، امّا در عمل، ویژگی‌هایی هستند که معمولاً با نارساخوانی همراهند.

در جدا کردن کلمه‌ها یا صداها نیز این افراد دچار مشکل هستند. مثلا" اگر از چنین فردی خواسته شود که کلمه‌ی "کارخانه" را تکرار کند، مشکلّی ندارد. امّا زمانی که به او گفته شود کلمه‌ی "کارخانه" را بدون "خانه" یا "کار" تکرار کن، نمی‌تواند. به طور معمول کودکان بین سنین ٦ تا ۱۰ سال توانایی انجام این فعّالیّت را می‌یابند. کودکان کمتر از ٦ سال و حتّی در سنین اوایل تابستان ممکن است با تسلّط قادر به انجام چنین تکلیفی نباشند. به بیان دیگر کودک در ۱۰ سالگی به رشد و پختگی لازم دست می‌یابد. امّا فردی که پس از ۱۰ سالگی هم چنان در انجام این فعّالیّت ناتوان باشد و یا در سنّ ٦ تا ۱۰ سالگی ـ در مقایسه با گروه هم سن ـ شدّت و یا فراوانی بیشتری از این ناتوانی را بروز دهد، احتمال وجود اختلال نارساخوانی را داراست. توجّه به تفاوت‌های فردی در سرعت رشد و احتمال وجود تأخیر، در بررسی این نشانه ضروری است.

شاخص دیگری که در تشخیص اختلال نارساخوانی مورد بررسی قرار می‌گیرد، عملکرد "حافظه‌ی کوتاه‌مدّت" است. افراد نارساخوان در تکرار مستقیم و یا وارونه‌ی دسته اعداد، در مقایسه با گروه هم سنّ خود، مشکل دارند.

نشانه‌ی دیگر، مشکل این افراد در "سیّالی کلمات"[1] است. مثلا" اگر از این گروه خواسته شود در مدّت یک دقیقه هر چه می‌توانند از حرف "ب" کلمه بگویند، در مقایسه با نُرم گروه هم سن، عملکرد پایین‌تری دارند. این در حالی است که چنین افرادی در مورد "اطّلاعات سمانتیک" (معنایی) و "سیّالی معنایی" مشکل ندارند. به عنوان نمونه اگر از آن‌ها خواسته شود در مدّت یک دقیقه پایتخت کشورها و یا شهرهای یک کشور (مثلاً ایران) و یا حیوانات خاصّی (مثل پرندگان) را نام ببرند، تفاوت معنی‌داری بین عملکردشان با عملکرد کودکان عادی به دست نمی‌آید.

باید توجّه داشت که وجود همه یا تعداد خاصّی از نشانه‌های ذکر شده، وجود و یا عدم اختلال نارساخوانی را تأیید نمی‌نماید و بررسی همه جانبه و دقیق برای تشخیص اختلال ضرورت دارد.

ارتباط هوش عمومی و اختلال نارساخوانی

منظور از هوش، یک توانایی عمومی است و مقوله‌های مختلفی را شامل می‌شود. محقّقین هفت مقوله‌ی

1- Verbal fluency

مختلف را در بررسی هوش، مورد ارزیابی قرار می‌دهند. افراد نارساخوان در یکی از جنبه‌ها که "هوش کلامی" نامیده می‌شود دچار مشکل هستند. در سیستم شناختی فرد، "هوش کلامی" فعّالیّت‌های نوشتاری یا گفتاری را شامل می‌گردد.

در مدل "پردازش اطّلاعات"، ارتباط میان "نوشتار" و "گفتار" از طریق سیستمی به نام تبدیل "آوا ـ نویسه"[1] یا "نویسه ـ آوا"[2] بیان می‌شود که واحدهای "صدا"[3] و "گفتار"[4] را به یکدیگر تبدیل می‌نمایند. این سیستم کارکردی دوطرفه دارد و به این ترتیب می‌توان گفت در سیستم "انعطاف" وجود دارد.

نکته دیگری که باید مورد توجّه قرار گیرد، انتقال اطّلاعات در دو نیم کره‌ی چپ و راست مغز است. این مبادله‌ی اطّلاعات در مقوله‌های شنوایی، بینایی و دیگر مقوله‌ها به وسیله‌ی ساختاری به نام "جسم پینه‌ای" صورت می‌گیرد. اگر این ساختار دچار آسیب گردد و یا به وسیله‌ی عمل جرّاحی برداشته شود، این تبادل اطّلاعات متوقّف می‌گردد.

در مورد ارتباط "شنیدن" و "گفتن" با ساختارهای مغزی مطالعات بسیاری صورت گرفته است. در این پژوهش‌ها سعی شده است که جایگاه مغزی هر یک شناخته شود. در مورد "تکلّم" مشخّص شده است که جایگاه‌های مختلفی وجود دارد. منطقه‌ی "ورنیکه" که در قسمت "لب گیجگاهی" قرار دارد، به "فهم" مطالب مربوط می‌شود. منطقه‌ی "بروکا" که در "لوب پیشانی" جای دارد، به "تولید" زبان و گفتار مربوط می‌گردد. هر دو این مناطق در نیم کره‌ی چپ مغز قرار گرفته به "مراکز زبانی" مشهورند. بنابراین نیم کره‌ی چپ مغز به "اطّلاعات کلامی" و زبان اختصاص دارد. نیم کره‌ی راست به "اطّلاعات فضایی" و "حرکتی" مربوط است

ارتباط ساختارها و سیستم‌های شناختی، ارتباط این ساختارها و سیستم‌ها به شکل پلّه‌ای و سلسله مراتبی است. تکلّم بر خواندن و خواندن بر نوشتن تقدّم دارد. این سیستم‌ها به صورت مرحله‌ای رشد می‌کنند و توانایی‌های خاصّی را در کودک به وجود می‌آورند. بنابراین کودکی که در تکلّم مشکل دارد، به احتمال زیاد در مرحله‌ی بعدی یعنی خواندن، مشکل خواهد داشت. در مورد چنین فردی، احتمال بروز اختلال در نوشتن و در مرحله‌ی بعد، اختلال حافظه بالا خواهد بود.

با در نظر گرفتن ارتباط پیچیده‌ی سیستم‌های شناختی و مغزی، در بررسی هر ساختار و یا توانایی

1- Phoneme-Grapheme Conversion
2- Grapheme-Phoneme Conversion
3- Phoneme
4- Grapheme

خاصّی، باید به همه‌ی ابعاد آن توجّه نمود. به عنوان مثال، در مورد "توانایی تکلّم"، ابعاد مختلفی چون بعد گفتاری و بعد شنیداری قابل بررسی است. افرادی وجود دارند که در بعد گفتاری توانا هستند (خوب صحبت می‌کنند) امّا در بعد شنیداری مشکل دارند و مطالب شنیداری را به خوبی درک نمی‌کنند. در عین حال افرادی هستند که در بعد گفتاری مشکل دارند و نمی‌توانند افکار، عقاید و مقاصد ذهنی خود را به خوبی بیان نمایند، امّا در بعد شنیداری به خوبی عمل می‌کنند. تقریبا" همین وضعیّت در ارتباط دو بعد "گفتاری" و "نوشتاری" قابل پی‌گیری است.

سیستم‌های آموزشی و نارساخوانی، پرورش و ارتقاء توانایی‌ها و مهارت‌های شناختی، از وظایف عمده‌ی نظام آموزش و پرورش است. تجهیز مربّیان و نیز فضاهای آموزشی به آخرین روش‌ها، شیوه‌ها و تکنولوژی لازم ضروری است. در مورد توانایی "خواندن"، روش‌ها و شیوه‌های آموزشی مختلفی وجود دارد.

۱. "خواندن حرف به حرف"[1]، در این شیوه، فرد به خود کلمه و اجزاء آن و نیز آواها و حروفی که در آن وجود دارند توجّه می‌نماید. مبتدی‌ها و کلاس اوّلی‌ها بیشتر از این روش استفاده می‌کنند. شکل پیشرفته این شیوه "خواندن کلمه به کلمه"[2] است.

۲. "خواندن معنایی و لغوی"[3] ، در این شیوه به مجموعه‌ی لغات و کلمات و معنای آن‌ها توجّه می‌گردد. این روش بیش‌تر توسّط افرادی که در خواندن مهارت دارند استفاده می‌شود.

در برخی اوقات افراد بزرگسال و یا کودکان بزرگ‌تر روش نخست خواندن را هم چنان ادامه می‌دهند که باعث می‌گردد هم در خواندن کند باشند و هم احتمال این که در درک معانی و تفسیر اطّلاعات دچار مشکل گردند وجود دارد. باید توجّه داشت که با تمرین و آموزش می‌توان روش خواندن را تغییر داد. بنابراین در نظام آموزشی بایستی با خواندن و نوشتن به طور سیستماتیک برخورد نمود. در حال حاضر در کشورهای پیشرفته روش علمی تقدّم خواندن بر نوشتن مورد توجّه قرار گرفته است.

متأسفانه در کشور ما، دانش‌آموزان در همان ابتدای کلاس اوّل به نوشتن وادار می‌شوند و حتی نوشتن بر خواندن تقدّم می‌یابد. نوشتن در سال‌های اوّلیّه‌ی آموزش دشوارتر از خواندن است و کودکانی که هنوز در رشد دست و انگشتان و مهارت‌های حرکتی خود به پختگی لازم دست نیافته‌اند، در نوشتن، دشواری‌های فراوانی خواهند داشت. اگر آموزش خواندن و نوشتن را با هم آغاز کنیم، در حقیقت کودک را با دو تکلیف

1- Letter by letter reading
2- Word by word reading
3 Lexical reading

دشوار رو به رو کرده‌ایم. پژوهش‌های علمی نشان می‌دهند، همان گونه که در پدیده‌ی راه رفتن، نشستن مقدّم بر ایستادن است، خواندن پیش‌نیاز نوشتن است.

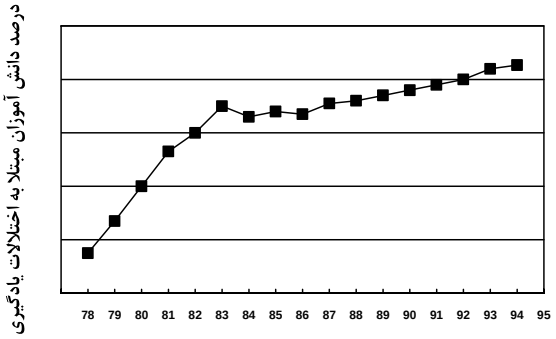
فراوانی ناتوانی‌های یادگیری

در مورد شیوع این اختلالات می‌توان به سال ۱۹۹۵ میلادی و مطالعات مربوط به جامعه‌ی آمریکا اشاره کرد. هر چند در کشورهای دیگر نیز مطالعات مشابهی صورت گرفته امّا متأسفانه در کشور ما مطالعه‌ی همه جانبه‌ای انجام نگرفته است. در آمارهای موجود در آمریکا، "ناتوانی‌های یادگیری"[1] یا مشکلات یادگیری، درصد بیشتری نسبت به بقیّه‌ی اختلالات نظیر "اختلالات عاطفی"، "عقب‌ماندگی ذهنی"[2]، "اختلالات زبانی" و . . . را به خود اختصاص داده است. در مطالعه‌ی خاصّ یاد شده، مشخّص گردید که ۵/۲۷ درصد دانش‌آموزان دارای مشکلات یادگیری هستند. در حالی که دانش‌آموزان مبتلا به "عقب‌ماندگی ذهنی"، ۱/۱۱ درصد و "اختلالات زبانی" ۲/۲۸ درصد و "مشکلات عاطفی" حدود یک درصد کلّ دانش‌آموزان بودند. نتایج این پژوهش، اهمّیّت "اختلالات یادگیری" را تأیید کرد. از میان مجموع ۱۰/۳۱ درصد کودکان مبتلا به اختلالات گوناگون، نیمی از آن‌ها (۵/۲۷ درصد)، دارای اختلالات یادگیری بودند.

نمودار زیر نشان می‌دهد که درصد دانش‌آموزان با اختلالات یادگیری بین سالهای ۱۹۷۸ تا ۱۹۹٤ میلادی به طور فزاینده‌ای رشد یافته و از ۱/۸ درصد در سال ۱۹۷۸ به ۵/۲۷ درصد در سال ۱۹۹٤ رسیده است .

سالهای مدرسه

(وزارت آموزش و پرورش آمریکا، ۱۹۹۵)



1. Learning disabilities
2. Mental retardation

نتایج آماری نمی‌توانند ازدیاد مبتلایان را تأیید کنند، بلکه این رشد به دلیل توجّه به این اختلالات به دلیل پیشرفت‌های علمی و آموزشی است که باعث آشکار شدن بیشتر این اختلالات گردیده است.

پسران و دختران، مطالعات نشان می‌دهند که پسران بین ۲ تا ٤ برابر دختران دارای مشکلات یادگیری هستند. نوع اختلالات پسران غالباً در زمینه‌های توانایی‌های بینایی، حرکتی، دیکته و زبان نوشتاری و دختران در زمینه‌های خواندن و ریاضی مشکلات بیشتری دارند. در سبب‌شناسی این تفاوت، یکی از علّت‌ها زمینه‌ها و تفاوت‌های ساختارهای بیولوژیکی است. به عنوان مثال در نیم کره‌ی چپ و راست مغزی مردان و زنان تفاوت‌هایی مشاهده شده است. نیم کره‌ی چپ زنان ـ که مرکز توانایی‌های کلامی است ـ پیشرفته‌تر از مردان می‌باشد. در مقابل نیم کره‌ی راست پسران و مردان ـ که مرکز توانایی‌های فضایی، بینایی و حرکتی می‌باشد ـ پیشرفته‌تر از دختران و زنان است. البتّه این موضوع مسلّما" علّت تامّه نمی‌باشد. از علل دیگر این تفاوت، انتظارات و توقّعات متفاوت آموزشی و فرهنگی است. سیستم‌های آموزشی، انتظار نقش‌های متفاوتی در مورد خواندن، نوشتن و مسائل شناختی را به پسران و دختران منتقل می‌کنند. غالبا" بیان می‌شود که پسران مشکلات بیشتری از دختران دارند، چرا که مدارس اصولا" متناسب با ویژگی‌های دختران ساخته شده‌اند. سیستم و نحوه‌ی ارتباط و فعّالیّت‌ها بیشتر دخترانه است تا پسرانه. (مواردی چون یادگیری در حالت نشسته و غیرفعّال) در حالی که مطالعات نشان می‌دهند پسران در جریان یادگیری، بیشتر به فعّالیّت‌های عملی و حرکتی گرایش دارند. سیستم آموزشی بیشتر مبتنی بر "هوش کلامی" است، در حالی که به جنبه‌های دیگر هوش چون: "منطقی ـ ریاضی"، "بینایی ـ فضایی"، "موسیقی ـ ریتم"، "حرکتی ـ بدنی"، "بین‌فردی ـ درون‌فردی" کم‌تر توجّه می‌نمایند. از آنجایی که دختران در هوش کلامی برتر از پسران هستند، نسبت به سیستم آموزش و پرورش سازگارترند.

مقیاس درجه‌بندی

از "مقیاس درجه‌بندی"[1] به عنوان یک "مطالعه‌ی ابتدایی" در جهت تشخیص نارساخوانی استفاده می‌شود. مقیاسی که ارائه می‌گردد نمونه‌ای از این گونه مقیاس‌هاست. برای تکمیل آن، افرادی که بیشتر با دانش‌آموزان سر و کار دارند (معلّمان، مربّیان، مشاوران)، به هر دانش‌آموز فرمی اختصاص داده و برای ٢٤ آیتم نمراتی بین ۱ تا ۵ را در نظر می‌گیرند. بنابراین حداکثر نمره برای یک مقیاس۱۲۰ و حداقل آن ٢٤ خواهد بود. افرادی که نمره‌ی بین ٦٠ تا ۸۰ دریافت می‌کنند، دانش‌آموزان نرمال و عادی و آن‌هایی که نمرات کم‌تر از ٦٠ می‌گیرند، احتمال وجود اختلال "نارساخوانی" برایشان وجود دارد. باید توجّه داشت که

1- Rating scale

این گونه مقیاس‌های درجه‌بندی تنها احتمال وجود اختلال نارساخوانی را مشخّص نموده و به عنوان "مطالعه‌ی ابتدایی" قابل استفاده است. برای دست‌یابی به نتایج حتمی، باید مطالعات عمیق‌تری نیز صورت گیرد. پس از تشخیص این گروه، می‌توان خدمات آموزشی ویژه و یا راه‌های درمانی مناسبی به آن‌ها اختصاص داد.

مقیاس درجه‌بندی رفتار دانش‌آموزان

نام و نام خانوادگی : کلاس : سن :

قوی ضعیف

	۵	٤	۳	۲	۱
فهم پذیری شنیداری					
۱. توانایی دنبال کردن دستورات شفاهی					
۲. فهم مباحث کلاسی					
۳. توانایی نگهداری اطّلاعات شنیداری					
٤. فهم معانی کلمات					
۵. **زبان گفتاری**					
٦. بیان کامل و صحیح					
۷. خزانهٔ لغات					
۸. توانایی یادگیری (آزاد) کلمات					
۹. توانایی ارتباط دادن تجربیات (کارها)					
۱۰. توانایی فرموله کردن (تدوین و تنظیم) ایده‌ها و عقاید					
جهت‌گیری (جهت‌یابی)					
۱۱. چالاکی و سرعت عمل					
۱۲. جهت‌یابی مکانی و جغرافیایی (تشخیص چپ و راست، بالا و پایین، شمال و جنوب)					
۱۳. داوری و قضاوت در مورد ارتباط بین اشیاء (چگونه اشیاء و وسایل را با هم بکار می‌گیرد، در جای خود می‌گذارد)					
۱٤. فراگیری جاها و مکانها					
رفتار					

۱۵. همکاری					
۱۶. توجّه و دقت					
۱۷. توانایی سازماندهی و سازمان دادن					
۱۸. توانایی برخورد با موقعیتهای جدید					
۱۹. مقبولیت اجتماعی					
۲۰. پذیرش مسؤولیت					
۲۱. تکمیل (کامل کردن) وظایف و کارها					
۲۲. نزاکت و آداب‌دانی					
حرکتی					
۲۳. هماهنگی عمومی (در بین اعضای بدن و حرکات بدنی)					
۲۴. بالانس (توازن و تعادل بدن)					
۲۵. توانایی برای دست‌کاری (ور رفتن) با اشیاء					

منابع

Anderson, J. (1995). *Cognitive Psychology*. U.S.A. : Freeman and Company .

Eysenck, M.; & Keane, M. (2000). *Cognitive Psychology*. U.K.: Psychology Press Ltd.

Lerner, J. (1997). *Learning diabilities*. U.S.A.: Houghton Mifflin Company.

Andrew, W.E.; & Andrew, W.Y. (1996). *Human cognitive Neuropsychology*, U.K.: Psychology Press.

فصل چهارم

تشخیص اختلالات حافظه با رویکرد شناختی (۲)

دکتر رضا کرمی نوری
استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران

چکیده

"حافظه" از مباحث بسیار مهم در "روان‌شناسی شناختی" است. حافظه به مراحل رمزگردانی، نگهداری و بازیابی تقسیم می‌شود. در گذشته بیشتر به مرحله‌ی بازیابی توجّه شده است. در دو دهه‌ی اخیر بیشتر به مرحله‌ی رمزگردانی (یادگیری) و ارتباط بین دو مرحله رمزگردانی و بازیابی توجّه شده است. امروزه در رابطه با حافظه اصول و آثار مهمی از قبیل اصل سطوح پردازش، اصل رمزگردانی اختصاصی، اثر یادگیری ارادی و اثر تولید شناخته شده است که در این بخش مورد بحث و گفتگو قرار گرفته‌اند.

کلید واژگان: حافظه، رمزگردانی، بازیابی، اصل سطوح پردازش، اصل رمزگردانی اختصاصی، اثر زمینه، یادگیری ارادی، یادگیری غیرارادی، اثر تولید، حافظه کلامی، حافظه عملی.

مقدمه

"حافظه"[1] از عناصر مهمّ تأثیرگذار در ساختارهایی چون "خواندن"، "نوشتن"، "زبان"، "تفکّر"، "حلّ مسأله"، "تصمیم‌گیری"، "هوش" و . . . است. در حال حاضر مطالعات و پژوهش‌های وسیعی در این موضوع انجام گرفته و در حال انجام است.

تاریخچه

"حافظه" از بحث‌های قدیمی روان‌شناسی است. آغاز روان‌شناسی به شکلی علمی و تجربی با طرح بحث "حافظه" هم زمان است. حتی در دوره‌ای که روان‌شناسی به شکل فلسفی مطرح بود، نیز به عنوان یک موضوع پراهمّیّت مورد توجّه بوده است. به عنوان مثال "ویلیام جیمز"[2] که یکی از پیش‌گامان روان‌شناسی فلسفی بود، اوّلین بحث و گفت‌وگوها را در این موضوع مطرح نمود. علیرغم عدم استفاده‌ی او از ابزار و وسایل دقیق و انجام آزمایشات خاص، نظراتش چنان دقیق و عمیق بود که در حال حاضر نیز به وسیله‌ی مطالعات آزمایشگاهی و علمی مورد تأیید قرار می‌گیرند.

قبل از جیمز نیز متفکّران نظراتی را در مورد حافظه ارائه نموده‌اند. "افلاطون" تقسیم‌بندی جالبی دارد که با فرضیّه‌ها و نظریّه‌های نوین مطابقت دارد. او ذهن آدمی را به یک "قفس پرندگان" تشبیه می‌کند. هر چند که این بیان یک تعبیر مکانیکی است و امروزه مورد قبول نیست، امّا اشاره‌ی او به سه مرحله‌ی مورد نظر بسیار جالب است. او پرسشی را مطرح می‌کند که "چرا انسان‌ها اطّلاعاتی را نمی‌توانند به یاد آورند؟" یا "چه مشکلی در ذهن آدمی به وجود می‌آید که برخی از اطّلاعات به یاد آورده نمی‌شوند؟" در پاسخ به این سؤال، افلاطون سه مشکل را بیان می‌دارد:

۱. به تعبیر او پرندگان این قفس، واحدهای اطّلاعاتی هستند. اوّلین مشکل احتمالی این است که پرنده‌ی مورد نظر فرد، از ابتدا وارد این قفس (ذهن ـ حافظه) نشده است، امّا فرد تصوّر می‌کند که چنین پرنده‌ای در قفس وجود دارد.

۲. ممکن است پرنده به قفس وارد شده باشد، امّا به عللی مرده است.

۳. ممکن است پرنده وارد قفس شده، زنده هم هست، ولی به دلیل تعداد زیاد پرندگان، فرد نمی‌تواند آن پرنده‌ی خاص را بیابد.

1- Memory
2- W. James

مراحل حافظه

امروزه برای مراحل مختلف حافظه از اصطلاحات دیگری استفاده می‌شود.

۱. "رمزگردانی"[۱]، **"ثبت اطّلاعات"**[۲] ، **"یادگیری"**[۳] ، **۲. "انباره"**[٤] ، **"نگهداری"**[٥] ، **"حدّ فاصل"**[٦] ، **۳. "بازیابی"**[۷] ، **"آزمون"**[۸] ، **"فراخوانی"**[۹] ، **"بازشناسی،**[10] . به مجموع سه مرحله‌ی فوق "یادآوری"[۱۱] گفته می‌شود. این اصطلاح هم برای مرحله‌ی اوّل استفاده می‌شود و هم برای مرحله‌ی سوّم. امّا باید در نظر داشت که هر یک از اصطلاحات دارای ویژگی‌های اختصاصی هستند. مثلاً بین "فراخوانی" و "بازیابی" تفاوت‌هایی وجود دارد. "بازیابی" لفظ عامّی است که برای مرحله‌ی سوّم استفاده می‌شود. در حالی که "فراخوانی" یک نوع بازیابی آشکار است که می‌تواند به شکل "فراخوانی آزاد" و یا "فراخوانی با نشانه" بروز یابد.

بین ساختار مطرح شده و سیستم کامپیوتر شباهت‌های زیادی وجود دارد. اطّلاعات یا "درون‌داد"[۱۳] ها پس از ورود به سیستم، در مرحله‌ی دوّم فعل و انفعالاتی را پشت سر گذاشته و برای مدّتی از این اطّلاعات نگه‌داری می‌گردد. سپس برای خروج از سیستم به مرحله‌ی "برون‌داد"[۱۴] وارد می‌گردد.

در مورد چگونگی عملکرد و مکانیزم هر یک از مراحل سه‌گانه، مطالعات و پژوهش‌های گوناگونی صورت گرفته است. تا دو دهه‌ی قبل بیشترین اهمّیّت و توجّه در این تحقیقات بر مرحله‌ی سوّم متمرکز بود. به بیان دیگر بر عملکرد و برون‌داد و محصول توجّه می‌شد و عملاً بر آنچه از بدو ورود اطّلاعات به سیستم تا خروج آن رخ دهد، اهمّیّتی قائل نمی‌شدند. به خصوص حضور قوی مکتب "رفتارگرایان"[۱۵] ، این واقعیّت را شدّت می‌بخشید. نمونه‌ی بارز این اثرگذاری، نوع رویکرد جوامع مختلف به تست‌ها و آزمون‌های گوناگون (هوش و شخصیّت) است که هنوز هم ادامه دارد. در حالی که تست‌ها صرفاً به عملکرد

1– Encoding

2– Registration

3 – Learning

4- Storage
5- Retention
6- Interval
7- Retrieval
8- Testing
9- Recall
10- Recognition
11- Remembering
13- Input
14 Output
15. Behaviorism

و برون‌داد محدود بوده و توجّهی به چگونگی شکل‌گیری تا بروز خارجی یک رفتار ندارند.

از دو یا سه دهه‌ی قبل تا کنون، کانون توجّه مطالعات به مرحله‌ی اوّل (رمزگردانی) معطوف شده است. در همین راستا "اصول" و "آثار" گوناگونی نیز به دست آمده است. باید توجّه داشت که زمانی موضوعی در روان‌شناسی عنوان "اصل"[1] را به خود اختصاص می‌دهد که مطالعات و پژوهش‌های گسترده‌ای، با استحکام لازم آن را تأیید کرده باشند. در حالی که وقتی به موضوعی عنوان "اثر"[2] داده می‌شود که هنوز برای تبدیل شدن به اصل نیازمند به مطالعه و پژوهش باشد. غالب اصول و آثاری که در اینجا مطرح خواهد شد، به مرحله‌ی "رمزگردانی" مربوط می‌گردد.

اصول و آثار حافظه

اصل "سطوح پردازش"[3] ، اوّلین بار توسّط محقّقانی به نام‌های "کریک" و "لوکارت"[4] (۱۹۷۲) مطرح گردید. از اصول محکم مبحث حافظه است که به طور اختصار "اثر LOP " (لوپ) نیز نامیده می‌شود. مطابق این اصل اطّلاعات به هنگام ورود به سیستم شناختی، در لایه‌ها و سطوح مختلف شناختی، از سطحی‌ترین لایه‌ها تا عمیق‌ترین آن‌ها، مورد پردازش قرار می‌گیرند. به بیان دیگر اطّلاعات می‌توانند از سطحی‌ترین مرحله تا عمقی‌ترین آن مورد پردازش قرار گیرند. طبیعی است هر چه اطّلاعات عمیق‌تر پردازش شوند و فرد به مراحل عمقی‌تر اطّلاعات وارد شود، بهتر بازیابی خواهد شد. در مقابل هر چه اطّلاعات در مرحله‌ی سطحی‌تر یادگیری شوند، در مرحله‌ی بازیابی، اطّلاعات کم‌تری یادآوری خواهند شد. بنابراین تفاوت افراد در بازیابی اطّلاعات یکسان روشن می‌گردد. شکل، چگونگی و نحوه‌ی بازیابی اطّلاعات، دقیقاً به نحوه‌ی یادگیری و پردازش آن‌ها در زمان ورود به سیستم شناختی بستگی دارد.

در مطالعه‌ی "کریک" و "تولوینگ"[5] (۱۹۷۵) از شیوه‌ای استفاده شد که در این جا به عنوان مثال از آن استفاده می‌گردد. دانش‌آموز در مرحله‌ی یادگیری و ثبت اطّلاعات به چهار شکل می‌تواند با کلمه‌ی جدیدی مثل "کتاب" برخورد کند. در مرحله‌ی اوّل که سطحی‌ترین مرحله است، ممکن است از او سؤال شود که آیا در کلمه‌ی "کتاب" حرف "س" وجود دارد؟ یا کلمه‌ی "کتاب" دارای ۵ حرف است؟ پاسخ می‌تواند مثبت یا منفی باشد. خود پاسخ، متغیّر مورد علاقه‌ی محقّقین است. چرا که اگر آزمودنی پاسخ مثبت دهد،

1- Principle
2- Effect
3- Levels of processing
4- Craik & Lockhart
5- Craik & Tulving

اطّلاعات وارد سیستم شناختی او می‌شود و در صورت دادن پاسخ منفی از سیستم شناختی وی خارج می‌گردد. به همین جهت تفاوت بین این دو پردازش (پاسخ) نیز در میان انواع سطوح پردازش مورد مطالعه قرار گرفته است.

در مرحله‌ی دوّم ـ که از مرحله‌ی قبلی عمیق‌تر است ـ ممکن است آزمودنی به این پرسش پاسخ دهد که آیا کلمه‌ی "کتاب" با کلمه‌ی "کباب" هم قافیه است؟ در مرحله‌ی بعدی، سؤال می‌تواند این باشد که آیا کلمه‌ی "کتاب" به گروه لوازم‌التحریر تعلّق دارد؟ پرسش مرحله‌ی چهارم ممکن است این سؤال باشد که آیا کلمه‌ی "کتاب" کلمه‌ی مناسبی برای تکمیل جمله‌ی "من ..... مفیدی را از دوستم قرض گرفتم" هست؟ بنابراین اطّلاعات خاص به شکل‌های گوناگون به سیستم شناختی وارد می‌شوند. در مرحله‌ی اوّل به ظاهر کلمه توجّه شده، به معنا و محتوای آن پرداخته نمی‌شود. در ادامه‌ی پردازش، به تدریج یادگیری عمیق‌تر صورت می‌گیرد. فرد وقتی در سیستم شناختی خود اطّلاعاتی را مورد پردازش عمیق قرار می‌دهد، خود به خود به اطّلاعات سطحی و ظاهری آن دست یافته است. امّا پردازش در مراحل سطحی‌تر، لزوماً دست‌یابی به اطّلاعات عمیق‌تر را در خود ندارد.

زمان، بنابر اصل سطوح پردازش نزدیک‌تر شدن از مرحله‌ی اوّل به مرحله‌ی چهارم یادگیری، یادآوری و بازیابی بهتر اطّلاعات را به دنبال دارد. در مطالعات مربوط به این اصل عوامل گوناگونی کنترل شدند. از جمله عامل زمان مورد توجّه قرار گرفت. با توجّه به این که برای پردازش اطّلاعات در سطح چهارم، فرد به زمان بیشتری نیاز دارد، چه بسا علّت اصلی بازیابی بهتر اطّلاعات پردازش شده در این سطح به دلیل زمان بیشتر پرداختن به آن باشد و نه به دلیل عمق پردازش.

برای دست‌یابی به پاسخی مناسب، فعّالیّتی انجام پذیرفت که در آن اطّلاعاتی به افراد ارائه شد که زمان مورد نیاز برای پردازش آنها در سطح اوّل به مراتب بیشتر از پردازش در سطح چهارم بود. بدین شکل که تعدادی کلمه به زبان انگلیسی به افراد ارائه و از آنها خواسته شد تعداد حروف صدادار و حروف بی‌صدا در هر کلمه را مشخّص کرده و بنویسند. با وجود این که پردازش سطحی است ولی به زمان بیشتری از پردازش عمیق نیاز دارد. نتایج به دست آمده باز هم تأکید کردند که اطّلاعات عمیق‌تر پردازش شده، از اطّلاعات با پردازش سطحی، بهتر بازیابی و یادآوری شدند.

یادگیری ارادی ـ یادگیری غیرارادی، متغیّر دیگری که در اصل سطوح پردازش بررسی شد، ارادی یا غیرارادی بودن یادگیری می‌باشد. مقصود از ارادی بودن یادگیری این است که وقتی اطّلاعاتی به فرد ارائه می‌گردد، او بداند که در مورد آن‌ها از او امتحانی به عمل خواهد آمد. لذا آزمودنی با قصد و اراده اقدام به

یادگیری می‌نماید. امّا در یادگیری غیرارادی، فرد نمی‌داند که در مورد اطّلاعات ارائه شده، از او امتحان به عمل خواهد آمد و حتّی در مواردی به نوعی او را فریب داده، توجّهش را به جنبه‌های دیگری چون سرعت خواندن و . . . معطوف داشتند. نتیجه نشان داد که ارادی یا غیرارادی بودن یادگیری تأثیری در اصل سطوح پردازش نمی‌گذارد. در هر دو حالت، یادگیری عمیق‌تر بهتر از یادگیری سطحی‌تر، بازیابی گردید.

پاسخ مثبت ـ پاسخ منفی، چنین به نظر می‌رسید که اگر آزمودنی به سؤالی پاسخ مثبت دهد، اطّلاعات آن را وارد سیستم شناختی نموده و در مقابل در صورت پاسخ منفی آن را از سیستم خارج کرده است. به بیان دیگر در صورت مثبت بودن پاسخ، پردازش اطّلاعات ادامه یافته و در صورت منفی بودن پاسخ، از ادامه‌ی پردازش جلوگیری شده است. بنابراین در بازیابی اطّلاعات سطح پردازش اوّلیّه اهمّیّت ندارد، آنچه مهم است نوع پاسخ به سؤال و پرسش و گره ذهنی است. برای بررسی این نظر سؤالات را طوری تغییر دادند که آزمودنی برای پاسخ‌گویی نیازمند به مقایسه بود. به عنوان مثال از او پرسیده شد: آیا ..... از ..... بزرگتر است؟ یا کوچک‌تر، بلندتر و ... . طبیعی است به منظور یافتن پاسخ درست هر دو کلمه وارد سیستم شناختی فرد گردید و نحوه‌ی پردازش برای هر دو حالت یکسان بود. ادامه‌ی بررسی نشان داد که مثبت یا منفی بودن پاسخ تأثیری در بازیابی آن ندارد، بلکه نوع پردازش، نحوه‌ی بازیابی را مشخص می‌نماید.

تکرار و تمرین، متغیّر بررسی شده‌ی دیگر، تکرار و تمرین و اثر آن در سطح یادگیری و بازیابی بود. پرسش تحقیق این بود که آیا تفاوت میان یادگیری سطحی و عمیق در بازیابی را تکرار و تمرین به وجود می‌آورد؟ نتیجه به دست آمده نشان داد که هر چند تکرار و تمرین در میزان یادگیری مؤثّر است امّا در اثر سطح پردازش تغییری به وجود نمی‌آورد. مثلاً اگر فرد برای یادگیری یک کلمه در سطح اوّل، آن را به دفعات زیادی تکرار کند، امّا برای یادگیری سطح عمیق‌تر کلمه‌ای مشابه، تنها یک بار آن را تکرار کند، هم‌چنان یادگیری عمیق‌تر نتیجه‌ی بهتری از یادگیری سطحی‌تر خواهد داشت.

انگیزش، به نظر می‌رسد که حصول به نتایج بهتر در پردازش عمیق‌تر در مقایسه با پردازش سطحی‌تر، به دلیل بالا رفتن سطح انگیزه‌ی افراد است. طبیعی است فرد نسبت به موضوعی که عمیق‌تر مورد پردازش قرار می‌دهد، انگیزه‌ی قوی‌تری در مقایسه با پردازش سطحی‌تر دارد. بنابراین ممکن است که میزان انگیزش افراد است که نتایج و بازیابی را مشخّص می‌کند، نه سطح پردازش. برای بررسی این مطلب، گروه‌های یکسانی انتخاب و در شرایط آزمایشگاهی خاصّی قرار داده شدند. به هر گروه چهار سطح یادگیری ارائه شد. به گروه اوّل گفته شد، به نسبت یادآوری کلمات در سطوح مختلف مبالغی داده خواهد شد. به ازاء هر

کلمه در سطح اوّل مبلغی داده می‌شد و هر چه سطح یادگیری کلمات بالاتر می‌رفت، مبلغ موردنظر افزایش می‌یافت. در گروه دیگر به عکس عمل شد. افراد در ازاء به یاد آوردن کلمات در سطح بالاتر مبلغ کمتری در مقایسه با سطح پایین‌تر دریافت می‌کردند. بدین ترتیب افراد را در موقعیّت‌های انگیزشی متفاوت قرار دادند. فرض این بود، افراد برای به یادآوری کلماتی که در ازاء آن‌ها مبلغ بیشتری دریافت می‌کردند، دارای انگیزه‌ی قوی‌تری بودند. نتیجه‌ی مطالعه نشان داد که بین انگیزش و سطوح پردازش (یادگیری) تعاملی وجود ندارد و هم‌چنان نتایج یادگیری عمیق‌تر بهتر از نتایج یادگیری سطحی‌تر بودند. البتّه باید توجّه داشت که در این تحقیق از پاداش به عنوان ابزاری جهت دست‌کاری انگیزش استفاده شد و لزوماً با آن به عنوان تنها عامل تعیین‌کننده‌ی انگیزش برخورد نگردید.

متغیّرهای دیگری نیز در این بررسی‌ها مورد آزمون قرار گرفتند و در تمامی موارد، نتایج اصل سطوح پردازش تأیید گردید و باعث استحکام آن گردید. از مهم‌ترین نتایج این اصل، اهمّیّت "فعّالیّت ذهنی"[1] در ساختار یادگیری و نیز بازیابی است. صرف ارائه‌ی اطّلاعات نمی‌تواند بیانگر یادگیری باشد. این که خود یادگیرنده به چه کیفیّتی "فعّالیّت ذهنی" را در ارتباط با موضوع سازمان‌دهی نموده و در چه سطحی آن‌ها را پردازش کرده است، عمق یادگیری و نیز چگونگی بازیابی را مشخّص می‌نماید.

اصل رمزگردانی اختصاصی[2]، این اصل که به نام "اصل ارتباط بین دو مرحله‌ی رمزگردانی و بازیابی" نیز نامیده می‌شود توسّط دو محقّق به نام‌های "تولوینگ"[3] و "تامسون"[4] (۱۹۷۳) مطرح شده است. در سه دهه‌ی اخیر مطالعات بسیاری بر مبنای آن انجام پذیرفته است. در این اصل به "یادگیری" اهمّیّت داده می‌شود و کوشش می‌گردد چگونگی ارتباط بین دو مرحله‌ی "رمزگردانی" (یادگیری) و "بازیابی" روشن شود. "تولوینگ" مطرح می‌کند که ما چیزی را به یاد می‌آوریم که به یاد سپرده باشیم. این مطلب دقیقاً بیان علمی بحث "افلاطون" است. چگونگی به یادآوردن نیز بستگی به چگونگی به یاد سپردن دارد.

برای نمونه به یکی از مثال‌های "تولوینگ" اشاره می‌گردد. فرض کنید در زبان انگلیسی، کلمه‌ی violet دارای سه معنی مختلف است: گل بنفشه، رنگ بنفش و نامی برای دختران. این که فرد کدام یک از این سه معنی را به یاد می‌آورد، وابسته به چگونگی یادگرفتن او می‌باشد. همان معنی را به یاد می‌آورد که آموخته است. بنابراین بازیابی و چگونگی آن بستگی به رمزگردانی (یادگیری) و چگونگی آن دارد.

1- Mental activity
2- Encoding Specificity Principle (ESP)
3- Tulving
4- Thomson

این اصل با "تداعی معانی"[1] تفاوت می‌کند. تداعی معانی نوعی روش یادآوری اطّلاعات به شکل غیرآشکار و پنهان است. در این شیوه، فرد به شکل آگاهانه اطّلاعات یادگیری شده‌ی قبلی را به یاد نمی‌آورد. او به صورت آزاد مطالب مختلفی را بازیابی می‌کند و در میان آن‌ها، اطّلاعات یادگیری شده را نیز به یاد می‌آورد. ولی در یادآوری از نوع آشکار، فرد آگاهانه و هوشیارانه مطالب را بازیابی می‌کند. اصل رمزگردانی اختصاصی فراتر از این دو است و به شکل و چگونگی ارتباط دو مرحله‌ی رمزگردانی (یادگیری) و بازیابی می‌پردازد.

یکی از مطالعات انجام شده در این اصل بدین شکل انجام پذیرفت. تعدادی کلمه به افراد ارائه گردیدند. فرد این کلمات را بایستی پس از یادگیری (رمزگردانی)، در مرحله‌ی دیگری آن‌ها را به یاد می‌آورد. لذا به آن‌ها "کلمات اصلی" یا "کلمات هدف"[2] گفته شد. در مرحله‌ی بازیابی (یادآوری) به آزمودنی‌ها، نشانه‌ها[3] یی ارائه گردید. چرا که در مرحله‌ی آزمون یا بازیابی معمولاً نشانه‌هایی به افراد داده می‌شود، تا بر اساس آن‌ها اطّلاعات موردنظر را به یاد آورند. در مطالعه‌ی مربوطه از دو دسته نشانه‌ها استفاده شد. در یک مرحله لیست کلمات اصلی بدون وجود نشانه‌ها به افراد ارائه شد و از آن‌ها خواسته شد تا کلمات را یاد بگیرند. امّا در مرحله‌ی بازیابی یا آزمون، نشانه‌ها ارائه گردید تا آزمودنی‌ها با کمک آن‌ها کلمات اصلی را به یاد آورند. این "نشانه‌های خارجی"[4] (خارج از لیست)، دارای نوعی ارتباط و اتصال معنایی با "کلمات اصلی" هستند، از جمله این که با کلمات اصلی "مترادف" یا "متضاد" ند. این اتصال و ارتباط بدین شکل است که قطعه‌ای از اطّلاعات، اطّلاعات دیگری را زنده می‌کند. "نشانه‌های خارجی" به نوعی خود به خود در سیستم شناختی (حافظه معنایی) افراد وجود دارند، لذا لزومی برای ارائه‌ی آن‌ها در زمان یادگیری نیست. گروهی که بدین ترتیب مورد آزمون قرار گرفتند، "گروه آزمایش" مطالعه بودند.

گروه دوّم به عنوان "گروه کنترل" تعیین شدند. به این گروه کلمات اصلی به ترتیب قبل ارائه گردید و از آن‌ها خواسته شد که کلمات را یاد بگیرند. امّا در مرحله‌ی آزمون (بازیابی) "نشانه‌ها" (سرنخ‌ها) به آن‌ها داده نشد. مقایسه‌ی نتایج حاصله که در حقیقت "فراخوانی آزاد"[5] را با "فراخوانی با کمک نشانه‌ها" مقایسه می‌نمود، نشان دادند که گروه آزمایش در یادآوری کلمات اصلی، به مراتب موفّق‌تر از گروه کنترل عمل کرده‌اند. این "مطالعه‌ی مقدّماتی روشن ساخت که "نشانه‌های خارجی" ـ علیرغم عدم ارائه به آزمودنی در

1- Free association
2- Target
3- Cues ـ این کلمه "سرنخ" هم ترجمه شده است
4- External cues
5-.Free recall

مرحله‌ی رمزگردانی (یادگیری) ـ در مرحله‌ی بازیابی اثربخش هستند.

مرحله‌ی بعدی بدین ترتیب انجام شد که کلمات هدف (اصلی) به همراه نشانه‌هایی به گروه کنترل ارائه گردید. در حقیقت از آن‌ها خواسته شد که کلمات را به صورت جفت یاد بگیرند. در مرحله‌ی آزمون (بازیابی)، این نشانه‌ها به افراد ارائه گردید و از آن‌ها خواسته شد با دیدن آن‌ها کلمات اصلی را به یاد آورند. این نشانه‌ها (سرنخ‌ها)، "نشانه‌های داخلی"[1] نام گرفتند. همان گونه که یادآوری شد "نشانه‌های خارجی"، با کلمات اصلی (هدف)، دارای ارتباطی معنایی بودند امّا "نشانه‌های داخلی" هیچ ارتباط معنایی قبلی با کلمات اصلی (هدف) نداشتند. به همین دلیل به "نشانه‌های خارجی"، "نشانه‌های قوی" و به "نشانه‌های داخلی"، "نشانه‌های ضعیف" نیز گفته می‌شود.

نتایج این مرحله نشان دادند که "گروه کنترل" ـ همانند مرحله‌ی قبل ـ در مرحله‌ی بازیابی، موفّق‌تر عمل کرده‌اند. در مقایسه، مشخّص گردید که اثر "نشانه‌های داخلی" از "نشانه‌های خارجی" بیشتر است. در تحلیل این نتایج می‌توان بیان کرد که آزمودنی به هنگام مواجهه با کلمات اصلی، خود بین آن‌ها و نشانه‌های خارجی ارتباط قبلی را می‌یابد. امّا زمانی که کلمات اصلی را به همراه نشانه‌های داخلی یاد می‌گیرد ـ علیرغم عدم وجود ارتباط معنایی این دو ـ به هنگام یادگیری و بنابر آنچه به او ارائه شده، ار تباطی ایجاد می‌کند. بنابراین احتمال ایجاد ارتباط در مورد نشانه‌های داخلی به مراتب بیشتر از احتمال ایجاد ارتباط در مورد نشانه‌های خارجی است. به بیان دیگر در مرحله‌ی یادگیری ارتباط بین کلمات اصلی (هدف) و نشانه‌های داخلی با احتمال بیشتری برقرار می‌گردد، در حالی که این ارتباط با نشانه‌های خارجی، شاید با احتمال کم‌تری به وجود می‌آید.

جدول شماره‌ی ۱

Target words کلمات اصلی	External cues نشانه‌های خارجی	Internal cues نشانه‌های داخلی
سرد	گرم	زمین
نور	تاریکی	سر
نیاز	خواسته	حمام
سبز	چمن	پنیر

1. Internal cues

بزرگ	کوچک	شکم
روز	شب	خورشید
آبی	آسمان	زیبا
خشک	تر	غار
صندلی	میز	چسب
مرد	زن	دستور
بچه	نوزاد	خانه
گوسفند	برّه	لباس
رفتن	ایستادن	آرزو داشتن
زخم	درد	گیاه
بلند	کوتاه	امید

در مرحله‌ی سوّم، مطالعه به این ترتیب انجام گرفت که در مرحله‌ی یادگیری (رمزگردانی)، به گروه آزمایش کلمات هدف (اصلی) به همراه نشانه‌های داخلی به افراد ارائه گردید. امّا در مرحله‌ی آزمون (بازیابی)، نشانه‌های خارجی به افراد داده شد و از آن‌ها خواستند که کلمات اصلی (هدف) را به یاد آورند. هدف در این مرحله، بررسی اثر نشانه‌های داخلی که از بیرون به فرد ارائه می‌شود، بر نشانه‌های خارجی که در سیستم شناختی او وجود دارد، بود. اگر نشانه‌های داخلی در اثر نشانه‌های خارجی تغییری ایجاد نکنند، نمایانگر عدم اهمّیّت مرحله‌ی یادگیری (رمزگردانی) در مقایسه با مرحله‌ی بازیابی است. امّا اگر نشانه‌های داخلی در اثر نشانه‌های خارجی تغییر ایجاد کنند، نمایاندن اهمّیّت مرحله‌ی رمزگردانی (یادگیری) در مقایسه با مرحله‌ی بازیابی است.

نتیجه‌ی مطالعه‌ی سوّم نشان می‌دهد که اثر نشانه‌های خارجی در مقایسه با مطالعه‌ی اوّل حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد کاسته شده است. این مشاهده نمایانگر آن است که در یادآوری و بازیابی اطّلاعات، مرحله‌ی یادگیری (رمزگردانی) بسیار اهمّیّت دارد، حتی اگر ارتباط معنایی قوی بین کلمات اصلی (هدف) و نشانه‌های داخلی وجود نداشته باشد. به دلیل تکلیف فرد برای یادگیری هم‌زمان کلمات اصلی و نشانه‌های داخلی، ارتباط کلمات اصلی با نشانه‌های خارجی که در سیستم شناختی فرد وجود دارد، با تکلیف فرد در تقابل قرار می‌گیرد. به همین دلیل اثر نشانه‌های خارجی کاهش می‌یابد.

نتایج مطالعه در سه مرحله‌ی فوق نشان می‌دهد که مرحله‌ی یادگیری از اهمّیّت فوق‌العاده‌ای برخوردار

است و تنها تأکید بر مرحله‌ی آزمون (بازیابی) ـ حتّی در حالتی که بهترین کمک‌ها و نشانه‌ها به فرد ارائه می‌گردد ـ کافی نیست. چنانچه ارتباط‌ها در مرحله‌ی یادگیری (رمزگردانی) صورت نگرفته و یا در ایجاد آن‌ها مانعی به وجود آمده باشد، نشانه‌های قوی در مرحله‌ی بازیابی، نمی‌توانند کمکی به یادآوری نمایند. اگر در مرحله‌ی یادگیری این ارتباط‌ها صورت گرفته باشد، حتّی نشانه‌های ضعیف در مرحله‌ی بازیابی اثربخش خواهند بود.

میزان قوّت ارتباط نشانه‌ها و کلمات اصلی (هدف)، به شکلی دقیق قبل از انجام پژوهش‌ها سنجیده می‌شود. بدین ترتیب که معمولا" "فراوانی"[1] و یا "سیّالی"[2] کلمات به صورت میدانی در جوامع مختلف مطالعه می‌گردد. یکی از شیوه‌های این مطالعات، "تداعی آزاد"[3] است. از افراد خواسته می‌شود، در مواجهه‌ی با کلمات، اوّلین کلمه‌ای که به ذهنشان می‌رسد، بنویسند. پس از ثبت نتایج و بررسی آن‌ها، مشخّص می‌گردد که چه درصدی از افراد، در برخورد با یک کلمه‌ی مشترک، چه کلمه‌ای به ذهنشان رسیده است. مثلا" اگر ۸۰ تا ۹۰ درصد موارد، افراد برای کلمه‌ی "سرد"، کلمه‌ی "گرم" و برای کلمه‌ی "نور"، کلمه‌ی "تاریکی" و برای کلمه‌ی "نیاز"، کلمه‌ی "خواسته" را مطرح کرده باشند، مشخّص می‌گردد که این جفت کلمات، با یکدیگر ارتباط معنایی قوی دارند. در صورتی که کلمه‌های مطرح شده در کمتر از ۱۰ تا ۲۰ درصد موارد انتخاب شده باشند ـ مثلاً برای سرد، زمین و برای نور، سر و برای نیاز، حمام ـ گفته می‌شود که ارتباط معنایی این جفت کلمات ضعیف است. از کلمات دارای ارتباط قوی به عنوان "نشانه‌های خارجی" و از کلمات دارای ارتباط ضعیف، به عنوان "نشانه‌های داخلی" استفاده می‌گردد.

فراخوانی و بازیابی به دو دسته تقسیم می‌گردد: "فراخوانی بلافاصله"[4] و "فراخوانی با فاصله (تأخیری)"[5] همان طور که از نام آن‌ها پیداست، تفاوت در فاصله‌ی بین یادگیری و بازیابی است. در فراخوانی بلافاصله، بین یادگیری (رمزگردانی) و بازیابی (یادآوری)، فاصله‌ای وجود ندارد. در فراخوانی با فاصله بین رمزگردانی (یادگیری) و یادآوری (بازیابی)، زمانی (مثلاً یک ساعت، یک هفته، یک ماه و . . .) فاصله وجود دارد. در مطالعه‌ی خاصّی که توضیح داده شد، بین این دو نوع بازیابی ، تفاوتی قائل نشده است. یادآوری بلافاصله بیشتر به "حافظه‌ی کوتاه مدّت" و یادآوری با فاصله به "حافظه‌ی بلند مدّت" نسبت داده می‌شوند. در این مطالعه‌ی خاص (تولوینگ و تامسون ۱۹۷۳)، بیشتر حافظه‌ی بلند مدّت مورد

1- Frequency
2- Fluency
3- Free association
4- Immediate recall
5- Delayed recall

نظر بوده و لـذا مقایسه‌ای بین دو نوع یادآوری بلافاصله و با فاصله صورت نگرفته است.

اثر تداخل، در مطالعه‌ی یاد شده اثر "تداخل"[1] تا حدودی مورد بررسی قرار گرفته است. اثر "تداخل" در مقابل اثر "تسهیل"[2] قرار می‌گیرد. در مرحله‌ی بازیابی (یادآوری)، اثر تداخل بدین معناست که پردازش برخی از اطّلاعات، پردازش اطّلاعات دیگر را مانع گشته و سبب می‌شود که به خوبی بازیابی (یادآوری) نگردند. در مرحله‌ی سوّم مطالعه‌ی یاد شده، پردازش اطّلاعات مربوط به نشانه‌های داخلی، پردازش اطّلاعات مربوط به نشانه‌های خارجی را مانع شدند.

در مقابل، در اثر "تسهیل" پردازش برخی از اطّلاعات، پردازش اطّلاعات دیگر را آسان می‌سازد. مثلا" در مرحله‌ی اوّل و دوّم مطالعه‌ی یاد شده، پردازش اطّلاعات مربوط به نشانه‌های داخلی یا خارجی، پردازش اطّلاعات مربوط به کلمات اصلی (هدف) را آسان و آماده ساختند.

"اثر زمینه" (متن)[3] ، بر اساس این اثر، اگر در مرحله‌ی بازیابی (یادآوری)، شرایط و حالات زمان یادگیری (رمزگردانی) برای فرد ایجاد شود، یادآوری بهتر انجام خواهد پذیرفت. هر قدر مطابقت بین مـراحل یادگیری و بازیابی بیشتر باشد، یـادآوری بهتر انجام خواهد شد. ایـن حـالات و شـرایط هم به مسائل بیرونی نظیر نور، گرما، سرما، شرایط فیزیکی و . . . زمان یادگیری مربوط می‌شوند، هم به حالت‌های درونی (عاطفی و خُلقی) فرد. اگر بازیابی (یادآوری) در همان مکان و زمان یادگیری (رمزگزدانی) صورت گیرد، این تطابق و اثر به وجود می‌آید. خصوصا" در کودکان و دانش‌آموزان خردسال نتیجه‌ی این اثر بیشتر به چشم می‌خورد. به عنوان مثال اگر امتحان در مکان مدرسه و با معلّمان همان مدرسه انجام شود، نتیجه از زمانی که در مکان دیگر و معلّمان غریبه انجام می‌گیرد، بهتر خواهد بود.

در مورد اثر زمینه بر حافظه، "آلن بدلی"[4] محقّق معروف انگلیسی مطالعه‌ای انجام داده است. در این مطالعه، در مرحله‌ی یادگیری، دو گروه یکسان از آزمودنی‌ها انتخاب شدند. به هر یک از افراد لیستی از کلمات یکسان داده شد. گروه اوّل یادگیری را در ساحل و خشکی انجام دادند و گروه دوّم در زیر آب. سپس در مرحله‌ی بازیابی (آزمون)، هر گروه باز به دو زیر گروه تقسیم شدند و هر زیر گروه نیز در ساحل و یا زیر آب به یادآوری پرداختند. بنابراین در مرحله‌ی بازیابی (یادآوری) چهار گروه وجود داشتند:

۱ـ یادگیری بر روی ساحل ـ یادآوری بر روی ساحل.

1- Inteference effect
2- Facilitation effect
3- Context effect
4- Allen Baddeley

۲ـ یادگیری بر روی ساحل ـ یادآوری در زیر آب.

۳ـ یادگیری در زیر آب ـ یادآوری بر روی ساحل.

٤ـ یادگیری در زیر آب ـ یادآوری در زیر آب.

نتایج مطالعه نشان دادند که یادآوری گروه‌های اوّل و چهارم، از گروه‌های دوّم و سوّم بهتر بود. این مطالعه به خوبی اثر زمینه را مشخّص می‌نماید.

در مورد حالت‌ها و شرایط درونی (عاطفی و خُلقی) نیز مطالعاتی انجام شده است که از آن تعبیر به "اثر خُلق"[1] نیز شده است. مثلا" اگر فرد در حالت غم و اندوه اطّلاعاتی را یاد گرفت، در صورتی که در همان شرایط به بازیابی آن‌ها بپردازد، نتیجه به مراتب بهتر خواهد بود. به عنوان مثال، در مطالعه‌ی باور[2] (۱۹۹۲) ابتدا از طریق ارائه یک موسیقی شاد یا غمگین و یا بازخورد مثبت یا منفی از یک آزمون شخصیتی خلق مثبت یا منفی در آزمودنی‌ها ایجاد کرد. سپس از آنها خواست که فهرستی از کلمات را یاد بگیرند. در مرحله‌ی بازیابی (یادآوری) نیز آنها را در حالت موافق یا مخالف با حالت خلقی زمان یادگیری قرار داد. او مشاهده کرد زمانی که حالت‌های خلقی در مرحله‌ی یادگیری و یادآوری با هم موافقت داشت، عملکرد یادآوری بهتر از شرایطی بود که بین حالت‌های خلقی برابری نبود. هم چنین فورگاس[3] و باور (۱۹۸۷) نشان دادند که زمانی که فرد آزمودنی در شرایط خلقی مثبت یا منفی باشند، مواد یادگیری (کلمات) مثبت و یا منفی را مطابق با حالت خلقی خود یاد می‌گیرند. یعنی افراد شاد، کلمات و جملات شاد و افراد غمگین کلمات و جملات غمگین را بیشتر یاد می‌گیرند و به یاد می‌آورند.

هم چنین بیماران افسرده و مضطرب دارای "سوگیری حافظه" هستند، یعنی اطّلاعاتی را بهتر بازیابی می‌کنند که با حالت‌های افسردگی و اضطرابی ارتباط دارند. آن‌ها حوادث خنثی وغیروابسته به حالت‌های افسردگی و اضطرابی را کمتر به یاد می‌آورند.

باید خاطر نشان نمود که آثار یاد شده به عوامل دیگری چون سن و جنس نیز بستگی دارند و لذا ممکن است در تمامی موارد مشاهده نشوند.

"اثر یادگیری ارادی"[4] ، **نقش "توجّه"[5]**، در مطالعات اخیر، برای مرحله‌ی یادگیری اهمّیّت فوق‌العاده‌ای قائل شده‌اند. اثر یادگیری ارادی و بحث مشابه آن، و اثر توجّه نیز در این مطالعات مورد بررسی

1- Mood effect
2- Bower
3- Forgas
4- Intentionality effect
5- Attention

قرار گرفته‌اند. پرسش پژوهش‌های انجام شده این است که فرد زمانی اطّلاعات را بهتر به یاد می‌آورد که آن‌ها را به طور ارادی، آگاهانه و هوشیارانه یاد گرفته است (یادگیری ارادی)[1]، و یا زمانی که یادگیری به طور غیرارادی، یا ضمنی و یا تصادفی[2] رخ می‌دهد؟

یادگیری ارادی به آن دسته یادگیری‌ها گفته می‌شود که فرد آگاهانه و هوشیارانه اقدام به یادگیری آن‌ها نموده است. در این نوع یادگیری، فرد در ضمن یاد گرفتن، نسبت به زمان و نوع بازیابی (یادآوری) و امتحان مربوطه آگاهی دارد. این یادگیری کاملا" آگاهانه است و می‌تواند درجات مختلفی داشته باشد و میزان "آگاهی"[3] از موقعیّت خاصّی به موقعیّت دیگر تغییر نماید. به عنوان مثال، وقتی تعدادی کلمه به یادگیرنده ارائه شده و از او خواسته می‌شود که آن‌ها را برای پاسخ‌گویی به یک آزمون یاد بگیرد، سطحی از آگاهی است. حال اگر نوع و چگونگی آزمون نیز برای یادگیرنده مشخص شود، سطح بالاتری از آگاهی رخ داده است. به همین ترتیب اگر در زمان یادگیری کلمات به صورت جفت ارائه شده و به فرد گفته شود که مثلا" کلمه‌های سمت راست و یا آن‌هایی که زیرشان خط کشیده شده، به عنوان کلمات اصلی باید یادگیری شوند و کلمات سمت چپ به عنوان کلمات نشانه بعدا" در آزمون ارائه خواهد شد تا به کمک آن‌ها، کلمات اصلی را به یاد آورد، سطح بالاتری از آگاهی صورت گرفته است. به این ترتیب میزان آگاهی فرد در جریان یادگیری (رمزگردانی) و نحوه‌ی بازیابی (یادآوری) دست کاری می‌گردد.

بنابراین اصل (اثر)، هر چه میزان آگاهی فرد در جریان یادگیری (رمزگردانی) بیشتر باشد، یادآوری (بازیابی) بهتر صورت می‌گیرد. از این اصل (اثر) به عنوان "اثر توجّه"[4] هم یاد شده است. امّا باید توجّه داشت، اطّلاعاتی که مورد توجّه قرار نمی‌گیرند یا نسبت به آن‌ها آگاهی کمتری وجود دارد، از سیستم شناختی حذف نمی‌گردد. در بحث "فیلتر شناختی" یا "گلوگاه شناختی"[5] ، سیستم شناختی به یک بطری تشبیه می‌شود. اطّلاعات در آن از قسمت پهن وارد (مرحله‌ی رمزگردانی) و زمانی که می‌خواهد خارج شود (مرحله‌ی بازیابی)، باید از گلوگاه عبور کند. این گلوگاه اجازه‌ی عبور به تمامی اطّلاعات را نمی‌دهد.

نظر و دیدگاه دیگری، قسمت گلوگاه را در پایین بطری می‌داند. به این ترتیب اطّلاعاتی که مورد توجّه قرار نمی‌گیرند، از همان ابتدا وارد سیستم نمی‌شوند. در مقابل اطّلاعاتی که به آن‌ها آگاهی وجود دارد، بالاتر از گلوگاه قرار می‌گیرند. بنابراین دیدگاه اطّلاعاتی که مورد توجّه قرار نمی‌گیرند، از

1- Intentional learning
2- Incidental learning
3- Intentionality
4- Attentional effect
5- Bottle neck

همان ابتدا از سیستم حذف می‌شوند. این دیدگاه امروزه مورد پذیرش نیست. بنابر دیدگاه اوّل اطّلاعاتی که مورد عدم توجّه قرار می‌گیرند، در سیستم شناختی حضود دارند، هر چند که هوشیارانه و آگاهانه مورد پردازش قرار نمی‌گیرند. این اطّلاعات به شکل‌های گوناگون بروز می‌یابند و این نشان می‌دهد که مورد پردازش قرار گرفته‌اند.

یکی از مطالعات جالب (کونست ـ ویلسون[1] و زایونک[2] ، مطالعه‌ی محرّک‌های زیر "آستانه‌ی تحریک"[3] است. زمانی که محرّک به حدّ معیّنی برسد، اطّلاعات به وسیله‌ی سیستم شناختی دریافت می‌گردند. بیشترین اطّلاعات، از دو محرّک نوری و شنوایی وارد سیستم می‌شوند و توجّه نیز عمدتا" در این دو حوزه قرار می‌گیرد. اگر محرّک‌ها بالاتر از آستانه‌ی تحریک باشند، اطّلاعاتشان قابل توجّه خواهند بود که به آن "توجّه انتخابی" نیز گفته می‌شود. امکان دارد محرّک‌ها بالاتر از آستانه‌ی تحریک باشند ولی اطّلاعاتشان مورد توجّه قرار نگیرند.

اصولا" اطّلاعات مربوط به محرّک‌هایی که زیر آستانه‌ی تحریک هستند نمی‌توانند مورد توجّه هوشیارانه قرار گیرند. در مطالعه‌ی یاد شده، تعدادی اشکال هندسی به وسیله‌ی صفحه‌ی نمایش‌گر رایانه به فرد ارائه گردید. زمان ارائه‌ی هر کلمه یک هزارم ثانیه بود زمانی که برای ادراک هشیارانه کافی نبود. در مرحله‌ی بازیابی (یادآوری) از افراد خواستند که اشکال هندسی را بازشناسی (حافظه‌ی آشکار) کنند، آن‌ها قادر به انجام این کار نبودند. امّا زمانی که از آن‌ها خواسته شد، از میان جفت اشکال هندسی که می‌بینند، کدام را ترجیح می‌دهند؟ (در هر جفت اشکال ارائه شده، یکی قبلاً ارائه شده بود و دیگری جدید بود) آزمودنی‌ها به طور معنی‌داری، اشکال هندسی قدیم را انتخاب کردند.

در بررسی دیگری، به همین ترتیب عکس‌هایی به افراد ارائه گردید. آن‌ها نتوانستند، عکس‌ها را بازیابی (یادآوری) کنند. امّا در آزمایش مقایسه‌ی بین عکس‌های جدید و قدیم، مجددا" عکس‌های قدیم، بیشتر انتخاب شدند.

در آزمایش دیگری، دو سری اطّلاعات به طور هم‌زمان از طریق دو منبع گوش سمت راست و گوش سمت چپ به افراد ارائه گردید. از آن‌ها خواسته شد به عنوان مثال به اطّلاعات گوش سمت راست توجّه کنند و به اطّلاعات گوش سمت چپ توجّه نکنند. همان طور که پیش‌بینی شد، در مرحله‌ی بازیابی (یادآوری)، اطّلاعات گوش راست بسیار خوب یادآوری شدند، امّا اطّلاعات گوش چپ، یادآوری نشدند.

1- Kunst-Wilson
2- Zayonc
3- Subliminal stimulus

نکته‌ی جالب این بود که اطّلاعات یادآوری نشده (گوش سمت چپ)، به طور ناهوشیارانه و ناآگاهانه، پردازش شده بودند. مثلا" در مکالمات و جملات ساخته شده‌ی بعدی به کار برده شدند، بدون آن که فرد خود متوجّه باشد.

بنابراین، مطالعات نشان می‌دهند، اطّلاعاتی که به ظاهر به آن ها توجّه نمی‌شوند، در سیستم شناختی مورد پردازش قرار می‌گیرند و بر رفتار فرد تأثیر می‌گذارند. این نتیجه در مسائل آموزشی و تربیتی بسیار اهمّیّت دارد. در مسائل تبلیغاتی از این پردازش شناختی غیرمستقیم و توجّه ناآگاهانه (غیرانتخابی)، بسیار استفاده می‌شود. مثلا" در یکی از انتخابات ریاست جمهوری کشور آمریکا در زمان نیکسون، رقبای او فیلم‌های تبلیغاتی وی را پخش می‌کردند. این طرفداری مخالفین بسیار تعجّب‌آور بود. در بررسی‌های انجام شده مشخّص شد که در فیلم‌های یاد شده، در هر چند ثانیه، تصویر یک اسکلت برای یک میلی ثانیه جاسازی شده بود تا اثر منفی باقی بگذارد.

این محرّک‌ها پایین‌تر از آستانه‌ی تحریک بینندگان بود و نمی‌توانست مورد توجّه قرار گیرد. امّا اطّلاعات آن مورد پردازش ناهوشیارانه قرار گرفت و به هنگام رأی‌گیری نیز به طور ناآگاهانه بروز کرد.

علیرغم تصوّر استقلال عمل در خرید کالاهای مورد نیاز، افراد به طور ناخودآگاه تحت تأثیر تبلیغات هستند. این تأثیرگذاری در کودکان بیشتر است. به نظر می‌رسد یادگیری که از طریق روش‌های غیرمستقیم روی می‌دهد فراموش نمی‌شدند، امّا مطالبی که به صورت مستقیم آموزش داده می‌شوند، پس از مدّت کوتاهی به فراموشی سپرده می‌شوند.

در حوزه‌ی هوشیار و آگاهی، ظرفیّت ذهن محدود است. زمانی که اطّلاعات آگاهانه مورد پردازش قرار می‌گیرند، ناگزیر اطّلاعات دیگری از این حوزه خارج می‌گردند. امّا در حوزه‌ی ناهوشیار، ذهن محدودیّت چندانی ندارد و اطّلاعات بیشتری می‌توانند هم‌زمان مورد پردازش قرار گیرند. حوزه‌ی ناهوشیار و غیرارادی در بحث روان‌شناسی شناختی، با حوزه‌ی ناخودآگاه در بحث‌های تحلیل روانی و روان‌کاوی مشابهت ندارد و مترادف نیست. در مباحث تحلیل روانی، ناخودآگاه عمدتاً به جنبه‌های عاطفی و هیجانی تأکید دارد. خصوصاً به تجربیّات عاطفی سرکوب‌شده در دوران کودکی می‌پردازد. امّا در مباحث شناختی، عمدتاً تأکید بر فرایندهای شناختی است و بحث بر سر تجربیّات و یا اطّلاعات سرکوب شده نیست.

"اثر تولید"[1]، این بحث نیز بر مرحله‌ی یادگیری تأکید دارد و بیان می‌کند که در این مرحله، هر چه قدر فرد در تولید اطّلاعات ارائه شده شرکت کند، آن‌ها را در مرحله‌ی بازیابی بهتر یادآوری می‌کند. از انواع

1- Generation effect

اثر تولید می‌توان به "کلمات ناقص"، "آناگرام‌ها"، "یادگیری عملی" در مقابل "یادگیری کلامی"، و "یادگیری فعّال"[1] در مقابل "یادگیری غیرفعّال"[2] اشاره کرد. نمونه‌هایی از انواع اثر تولید بیان می‌گردد:

کلمات ناقص: ابتدا این کلمات را پیدا کن، سپس آن‌ها را حفظ کن:

سـ ـ نـ ـ ا (سینما)

رو ـ ـ ا (روستا)

شـ ـ ر ـ ن ـ (شیرینی)

ـ ـ ر ـ یـ د (خورشید)

ـ ابتدا نام کشورها را پیدا کن، سپس آن‌ها را حفظ کن:

ا ـ پـ ـ نـ ـ ا (اسپانیا)

ا ـ تـ ـ لـ ـ ا (ایتالیا)

بـ ـ ز ـ ل (برزیل)

ـ ا ـ س ـ ا ـ (پاکستان)

آناگرام: حرف‌ها را جا به جا کن تا کلمه‌ای مورد نظر را پیدا کنی، سپس آن‌ها را حفظ کن. (توجّه: حروفی که زیر آن‌ها خط کشیده شده است، در جای صحیح خود قرار دارند.)

پـ ر قـ تـ ل ا (پرتقال)

ز سـ بـ ی (سبزی)

سـ آ مـ نـ ا (آسمان)

بـ آ بـ ا نـ ت (آب‌نبات)

یادگیری عملی در مقابل یادگیری کلامی: یادگیری عملی: این جملات را انجام بده، سپس آن‌ها را حفظ کن:

سیب را پوست بکن.

دست خود را بالا ببر.

به تابلو نگاه کن.

تراش را به من بده.

1- Active learning
2- Passive learning

یادگیری کلامی: این جملات را بخوان، سپس آن‌ها را حفظ کن:

سیب را پوست بکن.

دست خود را بالا ببر.

به تابلو نگاه کن.

تراش را به من بده.

در اجرای تکالیف یاد شده، توجّه به چند نکته ضروری است.

۱. در تنظیم کلمات بایستی به روال "ساده" به "مشکل" توجّه داشت.

۲. در انتخاب کلمات باید به فراوانی آن‌ها توجّه داشت. کلماتی که از فراوانی بالا برخوردار هستند، نزد آزمودنی‌ها آشناتر از کلمات با فراوانی پایین بوده، لذا یادگیری و یادآوری آن‌ها ساده‌تر است.

۳. در مورد تکمیل کلمات باید دقّت کرد که چند حرف و یا آلترناتیو برای انجام تکلیف مورد نیاز است. هر چه این تعداد کمتر باشد، کلمه مورد نظر زودتر شناخته خواهد شد.

٤. زمانی که آزمودنی خود در تولید مواد یادگیری دخالت دارد، مطالب را بهتر یاد می‌گیرد و بیشتر و بهتر یادآوری می‌کند. بنابراین هر چه نقش آزمودنی در هنگام یادگیری در تولید کلمات بیشتر باشد، به همان اندازه میزان یادآوری بیشتر خواهد بود.

۵. سطح دشواری تکلیف باید متوسّط باشد. چرا که اگر دشواری تکلیف به حدّی باشد که آزمودنی نتواند آن را انجام دهد و یا غلط انجام دهد، اثر مطلوبی در یادگیری و یادآوری نخواهد داشت. گاهی برای شناخت تفاوت‌های فردی، هم از سؤالات دشوار و هم از پرسش‌های آسان، استفاده می‌گردد، امّا بیشتر سؤالات باید در حدّ متوسط باشد.

٦. در فرایند حلّ مسأله، هدف این است که خود فرد حتّی‌الامکان مسأله را حل کند. چنانچه آزمودنی خود قادر به تکمیل تکالیف نباشد، جواب صحیح پس از مدّت زمان معیّنی به او داده خواهد شد. البتّه مهم تلاش شناختی فرد است امّا نبایستی دچار احساس ناکامی و عدم توانایی گردد.

۷. یادگیری عملی همان یادگیری فعّال یا "حافظه‌ی عملی"[1] است که در مقابل یادگیری انفعالی یا "حافظه‌ی کلامی"[2] به کار می‌رود. در آن آزمودنی، اطّلاعات را ایفا و اجرا می‌نماید. البتّه طبیعی است که تمامی اطّلاعات را نمی‌توان به عمل و اجرا درآورد.

1- Action memory
2- Verbal memory

در خاتمه از زبان فراگیران، این جمله‌ی معروف تکرار می‌گردد:

"چنانچه مطالب را به من بگویی، من آن‌ها را فراموش می‌کنم، چنانچه آن‌ها را به من نشان دهی، من آن‌ها را به یاد می‌آورم و چنانچه مرا در آن‌ها درگیر کنی و دخالت دهی، من آن‌ها را می‌فهمم."[1]

1- Tell me and 1 forget.
Show me and 1 remember.
Involve me and 1 understand.

منابع

Bower , G. (1992). How might emotions affect learning. In S-Å christionson. *The handbook of emotion and memory*. LEA publishers. U.S.A.

Craik , F.I.M. , & Lockhart, H (1972). Levels of Processing: A frame work of memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* , 11 , 671 - 684.

Craik , F.I.M. , & Tulving , E. (1975). Depth of processing and the retention of words in episodic memory. *Journal of Experimental Psychology: General* , 104 , 268 - 294.

Eysenck , M. & Keane , M. (2000). *Cognitive Psychology*. Psychology Press Ltd .U.K.

Forgas, J. p. & Bower, G. (1987). Mood effects on person perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 53-60.

Kormi - Nouri , R. (1995). The nature of memory for action events: An episodic Integration View. *European Journal of Cognitive Psychology* , 7 , 337 - 363.

Kormi - Nouri , R. (2000). The role of movement and object in action memory: A Comparative study between blind , blindfolded and sighted subjects. *Scandinavian Journal of Psychology* , 41 , 71 - 77.

Kormi - Nouri , R. & Nilsson , L. G. (2001). The motor Component is not Crucial ! In H.D. Zimmer & R.L. Cohen (Eds.) , Memory for action: A distinct form of episodic memory? *Oxford University Press .U.K.*

Kunt-wilson, W. R., & Zajonc, R. B. (1980). Affective discrimination of stimuli that can not be recognized. *Scince, 207*, 557-558.

Tulving , E. (1991). *Concepts of human memory. In L.R. Sqire , N.M. Weinberger , G. Lynch & J.L. Mc Gaugh (Eds.), Memory. Organizations and locus of change.*Oxford University Press. U.K.

Tulving , E. , & Thomson , D.(1973). Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. *Psychological Review* , 80 , 352 - 373.

فصل پنجم

کاربرد شناخت - رفتار درمانگری در درمان اختلالات روانی دوران کودکی و نوجوانی

دکتر محمد خدایاری‌فرد
دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم‌تربیتی دانشگاه تهران

چکیده

با وجود آن که شناخت-رفتار درمانگری (CBT) از قدمت چندانی برخوردار نیست، ولی یکی از رویکردهایی است که در زمینهٔ درمان مشکلات روان‌شناختی مورد پژوهش‌های گسترده‌ای واقع شده است. در این مقاله شناخت- رفتار درمانگری از ابعاد فرایندی و تجربی مورد بررسی قرار می‌گیرد و نشان داده خواهد شد که اثربخشی کاربرد شناخت ـ رفتار درمانگری در درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی، پرخاشگری و اختلال بیش فعال همراه با نقص توجه در کودکان و نوجوانان به تأیید رسیده است. این مقاله با شرح مختصری از چارچوب نظری شناختی ـ رفتاری که مداخله‌های مزبور بر آن بنا شده است آغاز می‌شود و اصول عمومی آن به تصویر کشیده و سپس کاربرد شناخت- رفتار درمانگری در مورد چند مسئله بالینی ویژه در سنین کودکی و نوجوانی از نظر گذرانده خواهد شد.

کلید واژگان: شناخت-رفتار درمانگری، کودکان، نوجوانان، اختلالات، اضطراب، افسردگی، وسواس، بیش فعالی

تاریخچه و بررسی نظری

شناخت– رفتار درمانگری(CBT)[1] دیدگاهی تعاملی ارائه می‌دهد و ترکیب سودمندی از مکتب‌های درمان شناختی و رفتاری ایجاد می‌کند. تعامل عواطف، رفتار، عوامل اجتماعی، شناخت، و تأثیرهای محیطی در یک رویکرد درمانی جامع مورد بررسی قرار می‌گیرند. لذا، شناخت– رفتار درمانگری هم با نظریه‌های پردازش اطلاعات و هم نظریه‌های یادگیری اجتماعی همخوان است (کندال و بیکن[2]، ۱۹۸۸).

با توجه به آسیب‌شناسی روانی و درمان آن، رویکرد شناختی ـ رفتاری مسایل روان‌شناختی را اساساً برگرفته از زمینه‌های شناختی و رفتاری می‌داند. عوامل رفتاری که مورد نظر قرار می‌دهد شامل تجربیات محیطی درون خانواده و بیرون از خانوادهٔ کـودک است (سوتم‌ـ گرو[3]، چو[4]، مارز[5]، و کندال، ۱۹۹۷). بدین صورت که این وقایع، برای یافتن شواهدی مبنی بر محدودیت امکانات یادگیری یا تجربیات بالقوه آسیب زا (مانند تروما) مورد بررسی قرار می‌گیرند. در زمینهٔ عوامل شناختی، بر بدکارکردی[6] شناختی تأکید می‌کند و بین تحریف شناختی و نارسایی شناختی تمایز قایل می‌شود (کندال و مک‌دونالد[7]، ۱۹۹۳). بدین ترتیب کودکان یا اطلاعات را به گونه‌ای تحریف شده پردازش‌می‌کنند (مثلاً منظور دیگران را اشتباه تعبیر می‌کنند)، یا توانایی پردازش شناختی آن‌ها به نحوی دچار نقص و نارسایی است و لذا به اعمالی می‌انجامد که دچار خطا می‌شوند. این بدکارکردی پردازش شناختی به طرز گوناگون با برخی از اختلالات کودکی مرتبط هستند. اصل بر این است که زیر بنای اضطراب و افسردگی، تحریف های شناختی باشند، در حالی که تکانشی بودن و نارسایی‌های شناختی‌هم در این اختلالات مـؤثر می‌باشند. رفتار پرخاشگرانه و ضد اجتماعی نیز هر دو این مشکلات رامنعکس می‌سازند، یعنی هم تحریف های شناختی و هم نارسایی‌های شاختی (کندال و مک‌دونالد، ۱۹۹۳). لذا مبنای درمان بر پایهٔ علاج بدکارکردی شناختی و هم چنین ایجاد مهارت ها و موقعیت هایی برای تمرین این مهارت هاست که به مسیرهای تازه‌ای در روند یادگیری منجر می شود. پیش از توصیف و بررسی مثال هایی از فنون درمان شناختی ـ رفتاری، به مرور دو مبحث سطح تحول و مداخله‌های شناختی – رفتاری می‌پردازیم که در تشکیل یک طرح درمانی کارآمد ضروری هستند.

1-Cognitive Behavior Therapy
2- Bacon
3- Southam-Gerow
4- Chu
5- Marrs
6- dysfunction
7- MacDonald

در شناخت رفتار درمانگری کودکان، اطلاعات در زمینه‌ی تحول کودک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و مداخله‌های شناختی ـ رفتاری بر پایه‌ی برخی ملاحظات تحولی طراحی شده‌اند. برای نمونه سطح تحولی کودک در وضع موجود مورد ارزیابی قرار می‌گیرد تا مداخله‌های مورد نیاز تعیین شوند. جلسات طولانی آموزشی ممکن است برای یک کودک کم سن و سال که از نظر شناختی چندان تحول یافته نیست سودمند نباشد و در عوض جلسات کوتاه و فعال با محتوای شناختی روشن و ساده می‌تواند برای او مفیدتر باشد. یکی از ملاحظات تحولی دیگر، حساسیت نسبت به محتوای چالش های تحولی است که کودک با آن ها مواجه است. بنابراین، هنگامی که یک شناخت ـ رفتار درمانگر با کودک نه ساله‌ای کار می‌کند که دچار اضطراب جدایی است، مداخله‌های خود را متناسب با چالش یا بحران تحولی او اعمال می‌کند. در حالی که با کودکان بزرگتر و یا نوجوانان ممکن است مسایل مربوط به همسالان و یا پیشرفت در زمینه‌های مختلف را مورد بررسی قرار دهد.

مداخله‌های شناختی ـ رفتاری، دارای زمان محدود و ساختار یافته هستند. درمانگر نقش مشاور، تشخیص دهنده، و آموزش دهنده را دارد (کندال، ۱۹۹۱). نوعی فرایند مشارکتی بین مراجع و درمانگر شکل می‌گیرد که در خلال آن معمولاً مراجع و درمانگر بر سر مفهوم سازی مسئله موجود به توافقی دست می‌یابند. به محض این که درمانگر و درمانجو مفهوم سازی مبتنی بر توافقی از مشکل را طراحی کردند، به درمانجو کمک می‌شود تا درک کند که چگونه مکالمه‌های درونی، افکار، انتظارات، و پیش فرض‌های او موجب رفتارهایش می‌شوند. مراجعان تشویق می‌شوند تا به آزمایش های شخصی ساده‌ای دست بزنند تا نتیجهٔ ایجاد تغییرات را در فرایندهای شناختی خویش بیازمایند. رفتار حاصل از آن ملاکی است که نشان می‌دهد ساختارهای شناختی فرد نباید همیشه به عنوان "واقعیت‌ها" پنداشته شوند. بدین ترتیب وقایع مورد پردازش و ارزیابی مجدد قرار می‌گیرند (فلانری شرودر، هنین و کندال[1]، ۱۹۹۶). با این روش، درمانگر، درمانجو را در جهت یادگیری مهارت‌های جدید در حوزه‌های رفتاری، شناختی، بین فردی و هیجانی هدایت‌کرده و او را در استفاده از این مهارت‌های‌جدید آموزش می‌دهد (مایکن‌بام[2]، ۱۹۸۶).

1- Flannery Schroder, Henin
2-Meichenbaum

فنون درمان شناختی – رفتاری

یکی از اهداف اصلی درمان در شناخت–رفتار درمانگری کمک به کودک برای ساختن یک الگوی مقابله‌ای است (کندال، ۱۹۹۳،۱۹۹٤). این‌کار با ایجاد یک ساختار شناختی جدید یا تغییر و اصلاح ساختار شناختی موجود برای پردازش‌گری اطلاعات دربارهٔ جهان انجام می‌گیرد. یک بُعد مهم از این فرایند توسط یادگیری کودک در مورد تفکر خود و تمرین کردن روش‌های جدید تفکر در مصاحبت و با همراهی درمانگر به دست می‌آید. این کار به درمانگر اجازه می‌دهد تا به کودک کمک کند تا اسنادهای خود را دربارهٔ تجربه‌های گذشته و انتظارات خود را در مورد وقایع آینده تغییر دهد. برای دست‌یابی به این هدف، استفاده از چند فن درمانی ضرورت دارد: الف) آموزش عاطفی؛ ب) آموزش تنش زدایی[1]؛ ج) حل مسایل اجتماعی، د)بازآموزی اسنادی[2]/ بازسازی شناختی[3]؛ هـ)تقویت مشروط؛ و)سرمشق دهی و ز)ایفای نقش (کندال، ۱۹۹۳،۱۹۹٤). این فنون برای هر مورد به‌طور خاصی طراحی می‌شوند. برخی از موردها مستلزم کاربرد جامع‌تر و فراگیرتر این فنون هستند. درمانگر از میان این راه‌حل‌ها[4] راه حلی را انتخاب می‌کند که با مشکل یا مشکلات موجود کودک تناسب داشته باشد (سوتام– گرو و همکاران، ۱۹۹۷).

به محض این‌که کودک بتواند موقعیت‌های درونی و بیرونی ایجاد کنندهٔ تنیدگی را تشخیص دهد، آموزش فنون کنترل نشانه‌ها[5] و تنش زدایی تدریجی[6] برای کودک به کار گرفته می‌شوند. تنش زدایی کنترل نشانه‌ها نیز شامل مرتبط کردن حالت تنش زدایی با یک کلمهٔ نشانه است که توسط کودک تولید می‌شود، کلمه‌ای نظیر "آرام". کودک در هنگام تمرین کردن مکرراً کلمهٔ نشانه را در حالی‌که در حالت آرمیدگی است، نجوا و تکرار می‌کند. در تنش‌زدایی تدریجی گروه عضلات بزرگ یکی پس‌از دیگری از طریق تمرین‌های نظام مند آزادسازی تنش آرمیده می‌شوند (کینگ، هامیلتون و آلن دیک[7]، ۱۹۸۸). این کار به کودک کمک می‌کند تا تنش‌های جسمانی و بدنی خود را شناسایی کرده و به او اجازه می‌دهد تا از آن برانگیختگی به عنوان نشانه‌ای برای آرامش استفاده کند. تمرین‌های تنش زدایی مکرراً شامل حروف و نوشته‌های آرامش دهی است که کودک در حین تمرین کردن به آن ها گوش می‌دهد. ممکن است این

1- relaxation–
2- attribution
3- cognitive restructuring
4- alternatives
5- cue-controlled
6- progressive relaxation
7- King, Hamilton & Ollendick

حروف به طور افزایشی از طریق استفاده از تجسم و تصور حروف افزایش یابند. یک راه‌حل مؤثر برای استفاده در موقعیت‌های عمومی تمرین‌های نفس کشیدن عمیق است، این کار را نیز می‌توان به آرامش دهی معمولی و روزانهٔ کودک اضافه کرد.

گاه فرآیند تغییر تفکّر نادرست را به فرایندهای شناختی، که کارکردی‌تر و عملی‌تر هستند، بازسازی شناختی می نامند. اولین مرحله شامل تعیین خودگویی[1] کودک در حالی است که کودک تشویق می‌شود تا افکار خود را به صورت "حباب‌های فکر[2] " شبیه آن‌هایی که در فیلم‌های کمدی دیده می‌شوند بیان کند. زمانی که محتوای خودگویی کودک مشخص شد، درمانگر می‌تواند به او برای جایگزینی شناخت غیرکارکردی با گزینه‌های سازش یافته‌تر کمک کند. بازآموزی اسنادی یا بازسازی شناختی نیز شبیه به همین است و شامل آموزش به کودک برای متمایز کردن اسنادهای علّی درونی- بیرونی، کلی- خاص و ثابت- غیرثابت است. همین که کودک اسنادهای خود در مورد یک واقعه را مشخص کرد، کودک و درمانگر می‌توانند تبیین‌های بهتری را برای شرایط مورد بررسی ارائه کنند.

مفهوم سازی از درمان به عنوان تلاشی برای حل مسئله فواید زیادی در بردارد (کندال و سی‌کیولند[3]، ۱۹۸۹). برای مثال این کار به کودک کمک می‌کند تا مشکلات خود را که نه حل نشدنی و نه بسیار آزاردهنده هستند، درک کند. به علاوه، رویکرد حل مسئله کودک را تشویق می‌کند تا روی راه‌حل‌های ممکن برای مشکل متمرکز شود و به ارزیابی آن ها بپردازد. زمانی که کودک سعی می‌کند تا مشکل را شرح دهد و اهداف بزرگ و مهم خود را برای حل کردن توضیح دهد، حل مسئله می‌تواند به عنوان یک نتیجه یا پیامد تصور شود (دی زاریل[4]، ۱۹۸٦). سپس کودک راه‌حل‌های تازه‌ای را برای مشکل ارائه و هرکدام از آن آن ها را سبک و سنگین کرده و مورد ارزیابی قرار می دهد. در این ارزیابی او بررسی می کند هریک از راه‌حل‌ها چه قدر در دست یابی به اهداف او مفید و مؤثر خواهند بود.

یکی از فنون مهم دیگر در شناخت- رفتار درمانگری ایفای نقش است که کودک و درمانگر در موقعیت‌های چالش‌انگیز آن را به کار می گیرند. ایفای نقش فرصتی را برای کودک فراهم می‌آورد که عملاً مهارت مقابله‌ای را تمرین کند و راه حل هایی را که تاکنون برای موقعیت‌های مشکل‌آفرین ارائه داده است به‌کار گیرد. موضع‌گیری درمانگر حمایتی است. به عنوان یک نتیجه، کودک می‌تواند اولین راه حل خود را

1- Self tulk
2-thought bubbles-
3- Siqueland
4- Dezarila

به منظور کوشش برای یادگیری و سپس تسلط بر مهارت‌های آموخته شده در هنگام درمان تنظیم و اجرا کند (کندال،۱۹۹۳؛ سوتام- گرو و همکاران، ۱۹۹۷). پس‌از آموزش و تمرین کردن مهارت‌های اجتماعی و حل مشکل در اتاق درمان، کودک به تجربه کردن راه حل‌ها در موقعیت‌های ایجاد کنندهٔ تنیدگی می پردازد.

با استفاده از اصولی از رفتار درمانگری، این تکنیک به گونه ای نظام مند و شروع با موقعیتی که تنیدگی کمتری را ایجاد می‌کند و ساختن موقعیتی که بیشترین تنیدگی را برای کودک ایجاد می‌کند، به کار گرفته می‌شود. مواجهه می‌تواند تصوری شروع شود و به موجب آن کودک طوری توسط درمانگر راهنمایی و هدایت شود که خودش را در موقعیت تصور کند و سپس به برخی تسلط‌ها دست یابد و به سوی یک مواجههٔ واقعی پیش رود.

زمانی که کودک تلاش می‌کند تا با موقعیت رو برو شود و این کار را بدون تکیه بر رفتارهای اجتنابی انجام دهد، به او پاداش داده می شود. اساس رفتار درمانگری، تقویت مشروط است که به درمانگر اجازه می‌دهد تا رفتار کودک را شکل دهد. ممکن است به کودک کمک شود تا به طور سازش یافته‌تری رفتار کند. این کار از طریق خرد کردن پیامد مورد نظر و مطلوب به مراحل کوچک تر و عملی‌تر امکان‌پذیر است؛ مثلاً، برای دست یابی به هدف نهایی به کودک آموزش می دهند تا رفتار خود را ارزیابی‌کرده و برای هریک پاداش‌هایی را متناسب با رفتار خود در نظرگیرد (کندال،۱۹۹۳، ۱۹۹٤).

پاداش دهی ممکن است در تشویق کودک برای کامل کردن و انجام تکالیف خانگی خارج از جلسات درمانی سودمند باشد. این تکالیف خانگی برای فراهم کردن تکالیف بیشتر در ارتباط با فنون مقابله‌ای جدید در یک بافت واقعی زندگی طرح می‌شوند.

سرمشق دهی، فن مهم و قدرتمندی در شناخت- رفتار درمانگری محسوب می‌شود که متکی بر فهمیدن این نکته است که رفتار می‌تواند از طریق مشاهده کاهش یافته، فراگرفته شود، برانگیخته شود و یا بهبود یابد. انواع مختلفی از سرمشق دهی به وفور توسط درمانگران شناختی- رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد: سرمشق‌دهی نمادین، مشارکتی و زنده. سرمشق دهی نمادین شامل مشاهدهٔ یک فیلم ویدیویی از مواجههٔ شخص دیگر با همان موقعیتی است که کودک با آن مشکل دارد. این نوع از مشاهدهٔ مکرر باتوالی یکسان کودک را قادر می‌سازد تا ابعاد مختلف رفتار شخص دیگر را در هر بار دیدن فیلم درک کرده و بفهمد. در سرمشق دهی زنده نیز، کودک مقابله کردن شخص دیگری را با یک شرایط سخت و مشکل به طور مستقیم مشاهده می‌کند. سرمشق دهی مشارکتی، شامل تقلید کودک از الگو یا سرمشق است به جای مشاهدهٔ ساده. درمانگر دارای نقشی منحصر به فرد و یگانه است که بتواند برای کودک در جلسات درمانی به عنوان یک

الگوی مقابله‌ای عمل کند و این کار را از طریق نشان دادن رفتارهای مقابله‌ای در همان حالی که مشکلاتی پیش می‌آیند، انجام می‌دهد. در سرمشق دهی مقابله‌ای، موفقیت کاملی در هر بار به دست نمی‌آید و تجربه نمی‌شود؛ اما در عوض، درمانگر با مثال روشن می‌کند که چگونه خطاها و اشتباهات می‌توانند حل شوند (کندال، ۱۹۹۳، ۱۹۹٤). یک درمانگر شناختی ـ رفتاری در تمرین‌ها به طور انعطاف ناپذیری روش‌های موجود در راهنماها را دنبال نمی‌کند و یا سرسختانه تمام راهبردهای پیشنهاد شده و فنون ذکر شده را به کار نمی‌گیرد. در عوض درمانگر به دقت، مناسب‌ترین و ضروری‌ترین آن ها را برای هر کودک انتخاب می‌کند.

کاربرد شناخت ـ رفتار درمانگری

در بخش بعد کاربردهای رویکرد شناخت‌ـ رفتاردرمانگری برای چهار مشکل دوران کودکی و نوجوانی بررسی می‌شود: اختلالات اضطرابی، افسردگی، پرخاشگری و اختلال بیش فعّالی همراه با نقص توجه (ADHD). هم‌چنین بر کاربردهای افتراقی راهبردهای عمومی‌تر شناختی‌ـ رفتاری به همان صورتی که به‌طور عمومی برای هر نوع خاصی از مشکلات طراحی شده‌اند، متمرکز خواهد شد. به علاوه، مطالعات تجربی که کارایی و تأثیر این رویکردها را بررسی کرده‌اند، مرور می‌شوند.

اختلالات اضطرابی در نوجوانی

اختلالات اضطرابی یکی از رایج‌ترین اختلالات در میان کودکان و نوجوانان است. در یک نمونهٔ نیوزلندی متشکل از ۹٦۰ کودک، مشاهده شد که اختلالات اضطرابی بیشترین فراوانی را نسبت به اختلالات خلقی، اختلال سلوک، اختلال بیش فعالی ـ همراه با نقص توجه و سوء استفاده از مواد دارا بودند باید توجه داشت که تمام اضطراب‌های کودکان نابهنجار نیستند. تعدادی از ترس‌ها و اضطراب‌های کوتاه مدت بخشی از تحول بهنجار در کودکان هستند (باریوس و هارتمن[1]، ۱۹۸۸). ترس و اضطراب در حد نرمال در تحول و حفظ کودک از خطرات بالقوه و صدمات مفید هستند. در کودکان نگرانی‌ها زمانی پیش می‌آیند که کودک نمی‌تواند در ورای ترس‌های مرتبط با یک مرحلهٔ تحولی خاص حرکت کند و یا زمانی که ترس و اضطراب در یک مرحلهٔ ویژه به‌طور معناداری با عملکرد بهنجار کودک تداخل پیدا می‌کند (موریس و کراتچوویل[4]، ۱۹۸۳).

[1] - Barrios & Harman

همراه با مفهوم سازی چند مؤلفه‌ای از اضطراب، شواهد فزاینده ای در دست است که سودمندترین درمان برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی ترکیبی از راهبردهای درمانی است. به علاوه، به کارگیری راهکارهای متناسب با سن، کودک می‌تواند به عنوان اولین مرحله در انتخاب راهبردهای مداخله‌ای برای کودکان مدنظر قرار بگیرد (سوتام گرو و همکاران،۱۹۹۷).

در مرحله اول برنامه‌های مداخلات شناختی ـ رفتاری چند مؤلفه‌ای برای اضطراب شامل شرکت کودکان در جلسات هفتگی ٤٥ دقیقه‌ای اجرا می‌شود. آموزش مهارت‌های شناختی به کودک برای کنترل واکنش‌های اضطرابی به موقعیت‌های برانگیزانندهٔ اضطراب ضروری است. هدف درمانگر کمک به کودک برای ساختن یک الگوی مقابله‌ای است که بتواند آن را هنگامی که موقعیت‌های اضطراب‌زا پیش می‌آید به کار گیرد. بدین منظور، راهبردهای شناختی ـ رفتاری برای شناخت و برانگیختگی اضطرابی مورد نظر (هدف[۲]) طراحی شده‌اند.

آموزش عاطفی مبتنی بر بازشناسی هیجانات اضطرابی و برانگیختگی فیزیولوژیکی توأم می‌باشد. بنابراین، کودکان می‌توانند از این نشانه‌ها به عنوان نشانه‌هایی برای طرح‌های مقابله‌ای خود استفاده کنند (کندال و همکاران، ۱۹۹۰).

به موازات این که کودکان به تمرین مهارت‌های آموخته شده از طریق آموزش عاطفی ادامه می‌دهند، آن ها تشویق می‌شوند تا: الف) خود گویی‌های اضطرابی خود را در مورد نتایج و پیامدهای منفی پیش بینی شده مشخص و اصلاح کنند. ب) خود گویی‌های سازش یافته‌تر و جدیدی را برای چالش با شناخت اضطرابی خود ایجاد کنند. علاوه بر این، روش حل مسئله و ارزشیابی و به کارگیری تعدادی از رفتارهای جدید را برای استفاده در موقعیت‌های برانگیزانندهٔ اضطراب به کار می برند. تقویت کردن با پاداش‌های قابل دست یابی با انجام ارزیابی‌های واقع گرایانهٔ کودک از عملکرد خود و حتی توسعهٔ توانایی برای خودـ تقویتی مفید است.

مرحله بعد، مبتنی بر تمرین مراحل مقابله‌ای در موقعیت هایی است که در سطح زیادی برانگیزانندهٔ اضطراب هستند و کودک آن مقابله ها را به تازگی آموخته است. موقعیت‌ها برای هر کودک به طور منحصر به فرد تعیین می‌شوند و بر اساس سلسله مراتب ترس در کودک طراحی می‌شوند. بنابراین، غالباً هر جلسه مبتنی بر کاربرد الگوهای مقابله‌ای تازه آموخته شده توسط کودک در موقعیت‌های تولید کنندهٔ اضطراب است. در طول درمان، کودکان تشویق می‌شوند تا به تمرین مراحلی از الگوی مقابله‌ای خود در خارج از جلسات درمانی بپردازند، طوری که درمان عمومیت پیدا کند.

می توان درمان شناختی- رفتاری را به گونه ای طراحی کرد که در برنامهٔ درمانی هر کودک فیلمی وجود داشته باشد که در آن، کودک به دیگران دربارهٔ چگونگی مقابله با اضطراب رهنمودهایی می‌دهد. این کار به کودک این امکان را می‌دهد که در نقش یک متخصص عمل کند و به او اجازه می‌دهد که موفقیت خود را بازشناسی کند و احساس تسلط یافتن به دست آورد. این کار هم‌چنین به کودک فرصتی می‌دهد تا مطالب آموخته شده را در طول درمان سازمان دهی کند و تعمیم دهی مهارت‌ها را تشویق می‌کند.

چندین مطالعه به بررسی تأثیر مداخلات شناختی - رفتاری در درمان هراس‌ها[1] و ترس‌های کودکان پرداخته‌اند(سینگر، آمبول،وید و جف[2]،۱۹۹۲؛هاگوپیان،وست و آلن دیک[3]، ۱۹۹۰) و کارایی مداخلات شناختی- رفتاری را در درمان کودکانی که مبتلا به اختلالات اضطرابی تشخیص داده شده‌اند مورد بررسی قرار داده‌اند.

در این‌جا مروری خواهیم داشت بر تحقیقاتی که کارایی درمان‌های شناختی-رفتاری را در اختلالات اضطرابی زیر بررسی کرده‌اند: الف) اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطراب جدایی[4] (SAD)، اختلال اضطراب فراگیر[5] (GAD)، اختلال اضطراب افراطی[6] (OAD)، جامعه هراسی[7] (SP)، اختلال اجتنابی[8] (AD)، ب) اختلال وسواس-جبری[9] (OCD)، ج) اختلال وحشت‌زدگی[10]؛ و د)اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای[11] (PTSD).

در مورد اختلال اضطراب افراطی (OAD) دو مطالعه درمان شناختی - رفتاری را با استفاده از یک طرح خط پایهٔ چندگانه ارزشیابی کرده‌اند (کن[12] و کندال ، ۱۹۸۹؛ ایزن و سیلورمن[13]، ۱۹۹۳). هر دو مطالعه از گزارش‌های خود فرد، والدین، معلم و گزارش متخصصان دربارهٔ عملکرد کودک استفاده کرده‌اند. در ارزیابی پس‌از درمان، مشاهده شد که کودکان بر اساس گزارش خود، والدین و متخصصان بهبود یافته‌اند و نشانگان اضطرابی آن ها بسیار کاهش یافته است (کندال و گراو[14]، ۱۹۸۸). نتایج پی گیری مطالعه نشان داد که اکثر

1-Phobias
2- Singer, Ambuel, Wade & Jaffe
3- Hagopian, West & Ollendick
4- Separation anaxiety disorder
5- generalised anxiety disorder
6 Overanxious
7- Social Phobia
8- avoidance
9- obsessive compuisive disorder
10- panic attack
11- posttraumatic stress disorder
12- Kane
13- Eisen & Silverman
1- Grove

کودکان اثرات درمانی را حفظ کرده‌اند و فقط یک کودک تجربهٔ اضطراب را در حوزه‌های محدودی از خود نشان می‌داد. مطالعهٔ ایزن و سیلورمن (۱۹۹۳) تکرار بخشی از مطالعهٔ کن و کندال (۱۹۸۹) بود. اما اهداف اضافی آن شامل بررسی نقش نسبی شناخت درمانگری و آموزش تنش زدایی و مواجهه بود. اگر چه نتایج، زیاد واضح نبودند امّا نشان دادند که شناخت درمانگری کارایی بیشتری را از آموزش تنش زدایی داشت.

کندال (۱۹۹٤) نیز اولین کوشش بالینی را از تأثیر شناخت ـ رفتار درمانگری در درمان اختلالات اضطرابی کودکان انجام داد و گزارش کرد. آزمودنی‌ها شامل ٤۷ کودک ۹ تا ۱۳ ساله بودند که مبتلا به یکی از سه اختلال اضطرابی کودکی تشخیص داده شده بودند (اضطراب اجتنابی، اضطراب افراطی و اضطراب جدایی). ابزار تشخیص این مطالعه شامل مصاحبه‌های ساختار یافتهٔ تشخیصی بود. این آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی یا در شرایط آزمایشی درمان شناختی‌ـ رفتاری و یا در شرایط کنترل قرار می گرفتند. شناخت‌ـ رفتار درمانگری شامل چهار مؤلفهٔ عمده بود: ۱) بازشناسی احساسات اضطرابی و واکنش های فیزیکی به اضطراب، ۲)تعیین و اصلاح خودگویی های منفی؛ ۳)تولید و ایجاد راهبردهایی برای مقابلهٔ مؤثر با شرایط برانگیزاننده اضطراب، و ٤) درجه بندی و پاداش دهی تلاش هایی که برای رفتار مقابله‌ای ارائه می شد. درمان در دو بخش صورت گرفت: ۱) آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ۲) تمرین برای استفاده از آن مهارت‌ها در موقعیت‌هایی که به شدت برانگیزانندهٔ اضطراب بودند. مقیاس های درجه بندی شامل گزارش‌های خود فرد، والدین و معلمان کودک از رفتار او و هم‌چنین از ارزیابی‌های شناختی و مشاهده های رفتاری تشکیل می‌شد. تمام نمرات مقیاس ها هم در پیش آزمون و هم در پس آزمون ارزیابی شدند. هم‌چنین یک پیگیری یک ساله نشان داد که کاهش معناداری در اضطراب کودکان متعلق به گروه آزمایشی در مقایسه با کودکان گروه کنترل ایجاد شده بود. یکی از نکات مهم این بود که، ٦٥٪ از کودکان گروه درمان شناختی ـ رفتاری هیچ ملاکی را برای اختلال اضطرابی اولیهٔ خود در پس آزمون دریافت نکردند. بررسی بالینی (کندال و گراو، ۱۹۸۸) نشان داد که در پس آزمون بخش معناداری از کودکان سطوح اضطراب را گزارش کردند که کاملاً در دامنه‌ای بهنجار قرار می‌گرفت. مطالعهٔ پی گیری نشان داد که نتایج درمانی در طولانی مدت حفظ شده بود. کندال و سوتمن گرو (۱۹۹٦) گزارش کرده‌اند که در پی گیری ۳ تا ۵ ساله، این آزمودنی‌ها همچنان اثرات درمانی را حفظ کرده بودند.

کندال، فلانری ـ شرودر وهمکاران (۱۹۹۷) در دومین کوشش بالینی به بررسی کارایی روش‌های شناخت‌ـ رفتار درمانگری در کودکانی که مبتلا به اختلال اضطراب جدایی و اختلال اضطراب افراطی یا اختلال اجتنابی بودند پرداختند. مجدداً نتایج رضایت بخشی حاصل شد، به طوری که ۷۰٪ از کودکان در

پس آزمون هیچ نشانه‌ای از اختلال اضطرابی تشخیص داده شدهٔ اولیهٔ خود را نداشتند. هم‌چنین نتایج گزارش خود کودکان و والدین آنان نشان دهندهٔ تأیید بهبودی کودکان و تأثیر درمان بود.

برنامه‌های درمانی بسیاری توسط کندال و همکاران برای به‌کارگیری با خانواده‌های کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی طراحی و تدوین شده است. به‌دلیل این که در گیر شدن و همکاری والدین در جریان درمان به حفظ و تداوم رفتارهای کودک کمک زیادی می‌کند، لذا درمان‌های مبتنی بر خانواده زیاد توصیه می‌شوند(گینز برگ[1]، سیلورمن و کورتینز[2]، ۱۹۹۵). در یک مطالعه که روی ٦ کودک مبتلا به اضطراب و خانواده‌های آنان صورت گرفت، هوارد[3] و کندال (۱۹۹٦) گزارش کردند که روش‌های شناختی ـ رفتاری دستاوردهای درمانی معناداری را ایجاد می‌کنند که تا ٤ ماه پس‌از درمان نیز حفظ می‌شود.

بارت، دادس و راپی[4] (۱۹۹٦) برنامهٔ طراحی شده توسط کندال (۱۹۹٤) را به کار گرفته و سه شرایط آزمایشی را با یکدیگر مقایسه کردند: شرایط درمان فردی، شرایط خانواده درمانی و شرایط کنترل. آزمودنی‌ها شامل ۷۹ کودک و والدین آن‌ها بودند. اندازه‌های به دست آمده از گزارش خود کودکان، والدین آن ها و متخصصان نشان دهندهٔ کارآیی بالای درمان انفرادی به همراه خانواده درمانی در مقایسه با درمان انفرادی بود. در یک پی‌گیری یک سالهٔ پس از درمان، دستاوردهای درمانی هم‌چنان برای هر دو گروه فوق حفظ شده بود. نتایج مطالعه مبین این بود که خانواده درمانی مبتنی بر روش‌های شناختی ـ رفتاری مؤثرترین رویکرد درمانی در درمان اختلالات اضطرابی در کودکان است.

تحقیقات صورت گرفته در مورد شناخت‌ـ رفتار درمانگری اختلالات اضطرابی در نوجوانان نه تنها مبین کارایی فنون شناختی‌ـ رفتاری است، بلکه نشان دهندهٔ این است که الگوی درمانی سودمندی برای سایر اختلالات است؛ به‌ویژه در مورد پژوهش های مرتبط با شناخت‌ـ رفتار درمانگری اضطراب در نوجوانان که با استفاده از به کارگیری ابزارهای ارزیابی و روش‌های درمانی استاندارد شده صورت گرفته است. این امر به نوبهٔ خود، تمایز درمان‌های معتبر از لحاظ تجربی را نشان می‌دهد (کازدین و ویسز[5]، ۱۹۸۸).

1-Ginsburg
2- Kurtines
3- Howard
4- Barret, Dadds & Rapee
5- Kazdin & Weisz

اختلال وسواس ـ بی‌اختیاری

کارآمدی درمان شناختی- رفتاری در نوجوانان مبتلا به وسواس بی‌اختیاری نیز به اثبات رسیده است (استالی و ترنر ،۱۹۹۵). اما به کارگیری این درمان‌ها برای کودکان تاکنون به صورت نظام مند صورت نگرفته است (برای مطالعهٔ بیشتر به هنین و کندال، ۱۹۹۷ رجوع کنید). اگرچه بیش از ۳۵ گزارش در مورد مداخلات رفتاری برای درمان وسواس بی‌اختیاری کودکان در ادبیات پژوهش گزارش شده است، اما اکثریت آن ها گزارش های موردی (فیسمن و والش ، ۱۹۹٤) و یا طرح‌های موردی تک نفری هستند (هالینگز ورث و همکاران، ۱۹۹٤) و این در حالی است که نیاز وافری به کوشش‌های بالینی در این زمینه وجود دارد.

پیاسنتینی[۶] و همکاران (۱۹۹٤) تأثیر و کارایی درمان شناختی – رفتاری را که در آن مواجههٔ با نظارت درمانگر و بازداری پاسخ به کار گرفته شده بود را گزارش کرده‌اند. سه کودک ۹، ۱۲ و ۱۳ ساله از طریق مصاحبهٔ ساختار یافته و گزارش‌های کودک، والدین و متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفتند. این کودکان قبل و پس از درمان و در پی‌گیری یک ساله ارزیابی شدند. علاوه بر مواجهه و بازداری پاسخ، راهبردهای درمانی زیر نیز به کار گرفته شدند:۱) راهبردهای مقابله‌ای برای مقابله با اضطراب در حین مواجهه (مثل خودگویی‌های شناختی)؛۲) یک برنامهٔ هدایت مشروط که در آن هرگاه کودک تکالیف مربوط به هر جلسه را انجام می‌داد به طور منظمی پاداش دریافت می‌کرد، ۳)تکالیف خانگی با مشارکت خانواده نتایج نشان داد که دو مورد از سه مورد تحت درمان، اصلاحاتی را در نشانه‌های وسواس بی‌اختیاری پس‌از درمان نشان دادند.

نوعی درمان شناختی ـ رفتاری توسط مارش، مول و هربرت[۱] (۱۹۹٤) برای درمان وسواس بی‌اختیاری تهیه و طراحی شده است. این درمان ۱٦ جلسه‌ای ترکیبی از آموزش مقابله با اضطراب، بازداری پاسخ و مواجههٔ رفتاری‌است و از ٤ بخش تشکیل شده است:۱) آموزش روان‌شناختی برای بیرونی ساختن OCD (برای مثال، این اختلال را به عنوان یک بیماری دارویی مدنظر قرار دادن) ۲) تشخیص حوزه‌هایی که تاکنون کودک در آن‌ها برخی موفقیت‌ها را در مقاومت کردن در برابر وسواس داشته است؛ ۳) آموزش نحوهٔ مقابله با اضطراب (مثلاً، آموزش تنش زدایی، آموزش خود گویی های سازش یافته) و ٤) مواجهه یا بازداری پاسخ. ۱۰ کودک از ۱۵ کودک مورد مطالعه بیش از ۵۰٪ کاهش را در نمرات خود گزارشی در پیگیری پس از درمان نشان دادند.

1- March, Mulle & Herbert

خدایاری فرد و عابدینی (۱۳۸۲) شناخت- رفتار درمانگری را به همراه خانواده درمانی در سه تک بررسی وسواس بی اختیاری برای کودکان و نوجوانان بکار برده و نتایج مطلوبی را از درمان گزارش کرده اند. آن ها با استفاده از فنون مواجهه، خودگزارش دهی، تنش زدایی، سرمشق دهی و مثبت نگری، دو کودک ۹ ساله دختر و پسر و یک نوجوان پسر ١٤ ساله را که براساس مصاحبه های بالینی، ملاک های تشخیصی DSM–IV و تشخیص روان پزشک، مبتلا به اختلال OCD بودند مورد مطالعه و درمان قرار دادند. البته در این پژوهش تأکید شده است که فنون شناختی- رفتاری با روش خانواده درمانی کارایی بالاتری را دارند.

اختلال وحشت‌زدگی

اختلال وحشت زدگی در کودکان و نوجوانان کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. تا چند سال گذشته، این سئوال مطرح بود که آیا اختلال وحشت زدگی می‌تواند در کودکان و نوجوانان نیز موجود باشد. اگرچه میزان شیوع گزارش شدهٔ این اختلال دامنه‌ای از ٠/٦٪ (وایتاکر[1] و همکاران، ۱۹۹۰) تا ۱۲٪ (هیوارد، کیلن وتیلور[2]،۱۹۸۹) دارد، اما این یافته‌ها باید در ابتدا به دلیل تفا وت‌های روش شناختی مورد بررسی قرار گیرند (موریو و ویسمن[3] ، ۱۹۹۲). با این‌وجود،گزارش‌های بزرگسالان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نشان داده‌اند که حملات وحشت زدگی در دوران کودکی شروع می‌شوند(شیهان و مینیکیلو[4]، ۱۹۸۱). به علاوه، مطالعات موردی گزارش شده‌اند که در آنان نویسندگان مواردی از اختلال وحشت زدگی در کودکان را شرح داده‌اند (بلک و رابینز[5] ، ۱۹۹۰). با این حال، این گزارشات از نظر تعداد کم هستند و تعدادی از آن ها در استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی ساختار یافته ناتوان بوده‌اند.

درمان شناختی-رفتاری برای بزرگسالان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نویددهنده است (کرسک[6]، ۱۹۸۸) و برای درمان اختلال وحشت‌زدگی در کودکان نیز توصیه می‌شود. اما، مطالعات تجربی و کنترل شدهٔ بسیار کمی با کودکان و نوجوانان صورت گرفته است. تا امروز، تنها مطالعهٔ نظام‌مندی که در این زمینه صورت گرفته است شامل ٤ نوجوان که تشخیص داده شده بود مبتلا به اختلال وحشت زدگی توأم با هراس از مکان‌های باز[7] هستند، صورت گرفته است (آلن دیک، ۱۹۹۵). درمان شامل تمرین‌های تنش زدایی[8]، آموزش

1-Whitakar
2- Hayward, Killen & Taylor
3- Moreau & Weisman
4- Sheehan & Minichiello
5- Black & Robbins
6- Craske
7- agoraphobia
8- relaxation

مهارت‌های مقابله‌ای شناختی و مواجهه بود. نتایج نشان دهندهٔ اصلاح و بهبود خود ـ کارآمدی و کاهش در فراوانی حملات وحشت‌زدگی و اجتناب از مکان‌های باز بود. مقیاس های خود گزارشی پس از درمان نیز بیانگر سطوح پایین‌تر اضطراب و افسردگی بود. در مجموع، دستاوردهای درمانی تا ٦ ماه پس‌از درمان حفظ شده بودند.

اختلال تنیدگی پس ضربه ای

نشانه‌شناسی (اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای) در کودکان و نوجوانان پس‌از وقایع آسیب زایی نظیر مرگ، آتش سوزی، بلایای طبیعی و آزار و اذیت‌های جسمی و جنسی مشاهده می‌شود و رویکردهای درمانی آن بسیار متنوع است. رویکردهایی وجود دارند که ریشه در سنت‌های رفتاری، شناختی‌ـ رفتاری، روان پویشی، خانوادگی و گروهی دارند، با وجود این سودمندی نسبی این روش‌ها برای کودکان در حد زیادی کشف نشده باقی مانده است (لیونز[1] ، ۱۹۸۸). اما نتایج مطالعاتی که با بزرگسالان مبتلا به PTSD صورت گرفته است بسیار امیدوار کننده بوده‌اند و به کارایی روش‌های شناختی ـ رفتاری اشاره دارند (کیل پاتریک، ورنون و ریسک[2] ، ۱۹۸۲).

دبلینگر و مک لیر و هنری[3]، (۱۹۹۰) به بررسی راهبردهای شناختی ـ رفتاری در درمان کودکانی که مورد اذیت و آزار جنسی قرار گرفته اند و از PTSD رنج می‌برند پرداخته‌اند. آزمودنی‌های این مطالعه ۱۹ دختر ۳ تا ١٦ ساله و والد غیر آزاردهندهٔ آن ها بودند. کودکان و والدین آن ها در مصاحبه‌های تشخیصی ساختار یافته شرکت کردند. مداخلهٔ ١٦ جلسه‌ای شامل فنونی نظیر مواجههٔ تدریجی، سرمشق دهی، مقابله و آموزش مهارت‌های بازدارنده بود. یافته‌ها نشان داد که آزمودنی‌ها پس‌از درمان هیچ گونه علائمی از PTSD را از خود نشان ندادند. این نتایج مطلوب بوده و نشان می‌دهند که درمان شناختی‌ـ رفتاری ممکن است کاملاً برای کودکان مبتلا به PTSD ناشی از آزار جنسی امیدوار کننده باشند.

پژوهش های بعدی باید شامل حجم نمونه‌های بزرگتر، ارزیابی‌های پی گیرانه، نمونه‌های کودکان مبتلا به PTSD که اختلال آن ها ناشی از حوادث آسیب زایی غیراز آزار و اذیت جنسی بوده باشد و مقایسهٔ شناخت‌ـ رفتار درمانی با اشکال دیگر درمانی باشد.

1- Lyons
2- Kilpatrick Vernon & Resick
3- Deblinger, Mcleer & Henry

در بین اختلالاتی که مرور شد، درمان شناختی- رفتاری اختلالات اضطرابی به‌نظر می‌رسد که رویکرد کارآمدی باشد. درمان‌های شناختی- رفتاری در درمان اضطراب افراطی، اختلال اجتنابی و اختلال وسواس- بی‌اختیاری امیدوار کننده‌اند، ولی هنوز هم ارزشیابی و توسعه درمان برای اختلال وحشت‌زدگی و PTSD در نوجوانان نیاز به تحقیقات بیشتری دارد.

افسردگی یک قطبی در کودکان و نوجوانان

علاقه‌مندی اخیر به اختلالات عاطفی کودکان و نوجوانان تا حدودی توسط یافته‌های معناداری که نشان دهندهٔ وجود درجات زیادی از این اختلالات در کودکان هستند ناشی می‌شود و به نظر می‌رسد که تا حدودی به این دلیل باشد که افسردگی در کودکان و نوجوانان پیش بینی کنندهٔ ناسازگاری‌های بعدی آنان در بزرگسالی است. تعدادی از مطالعات همه‌گیرشناسی در مورد اختلالات عاطفی نشان داده‌اند که میزان شیوع برای کودکان در حدود ۲٪ مشخص شده است (اندرسون، ویلیام، مک گی و سیلوا[1]، ۱۹۸۷). در میان کودکان مراجعه کننده به کلینیک‌ها میزان افسردگی تقریباً ۱۳٪ - ۱۵٪ است (کاشانی و همکاران، ۱۹۸۲). شیوع اختلالات خُلقی بالینی در نوجوانان افزایش بیشتری داشته است تا در کودکان. مهم‌تر این که اگر چه در اینجا به نظر می‌رسد که هیچ‌گونه تفاوت جنسیتی در میزان اختلالات خلقی در میان کودکان و نوجوانان وجود نداشته باشد، امّا شیوع افسردگی در دختران نوجوان نزدیک به دو برابر نوجوانان پسر است (لوینسون[2] و همکاران، ۱۹۹۳).

اگرچه شروع اولیهٔ اختلال افسردگی اساسی ممکن است بیانگر شکل جدی‌تر از بیماری عاطفی باشد(کوواکس[3]، ۱۹۹٦)، ظهور این اختلال در کودکان بسیار شبیه به بزرگسالان است. کودکان مبتلا به افسردگی اختلالات مهمی را در عملکردها و کارکردهای روانی ـ اجتماعی خود تجربه می‌کنند (لوینسون، کلارک[4] و روهد[5] ، ۱۹۹٤) که شامل جایگاه پایین‌تر میان همسالان و کارکردهای نادرست اجتماعی است

1-Anderson, Williams, McGree & Silva
2- Lewinsohn
3- Kovacs
4- Clark
5- Rohd

(کُله[1]، ۱۹۹۱). و افسردگی در نوجوانان با میزان بالایی از شرایط بیماری زایی و به‌طور قابل توجهی با اختلالات اضطرابی، سوء مصرف مواد مخدر و اختلالات رفتاری مرتبط است (برادی[2] و کندال، ۱۹۹۲).

در الگوی بزرگسالی از افسردگی (آبرامسون، سلیگمن و تیزدال[3]، ۱۹۷۸) پردازش‌گری شناختی کودکان افسرده توسط اختلال در اسنادها، خود ارزشیابی‌ها و پردازش‌گری اطلاعـات مشخص می شود. کودکان افسرده تمایل دارند که شکست خود را به نشانه‌های درونی، با ثبات و کلی اسناد دهند. آن ها هم چنین موفقیت‌های خود را به نشانه‌های بیرونی، بی ثبات و خاص اسناد می‌دهند. آن ها تجربه را به حالتی همگون با نگرش منفی خود از جهان تحریف می‌کنند (کیوری و کرایفید[4]، ۱۹۹۰) و خود ـ ادراکی‌ها و خود ـ ارزشیابی‌های کودکان افسرده نشان دهندهٔ این تحریفات و اختلالات در پردازش گری اطلاعات توسط آن هاست. برای مثال، جوانان افسرده معیارهای سخت‌تری را برای عملکردهای خود طرح می‌کنند، خود را به‌طور منفی‌تری ارزشیابی می‌کنند و تمایل دارند که خود تقویت کنندگی[5] کمتری را نسبت به همسالان غیر افسردهٔ خود دارا باشند (فلانری شرودر و همکاران، ۱۹۹۶).

الگوهای شناختی ـ رفتاری شامل مؤلفه‌های چندگانه‌ای هستند که برای مطالعهٔ دامنه‌های مختلفی از عوامل احتمالی سهیم در افسردگی طراحی شده‌اند. این الگوها برای درمان افسردگی در دوران کودکی راهبردهایی را از درمان شناختی‌ـرفتاری بزرگسالان انتخاب و تطبیق داده‌اند (استارک[6] و کندال ،۱۹۹۶). بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های خودگردانی و فنون سنتی رفتاری در یک ساختار درمانی جامع مورد استفاده قرار می‌گیرند. هدف اصلی درمان کمک به بازشناسی باورهای افسرده ساز و اسنادهای علّی افسرده کنندهٔ کودک توسط خود او (لوینسون و همکاران، ۱۹۹۶) و کمک به کودک برای گرفتن یک نقش فعال در تأثیر گذاری بر خلق خود است.

در روش‌های شناختی (بک، راش، شو و امری[7]، ۱۹۷۹) فنونی نظیر بازسازی شناختی برای اصلاح تفکر کودک بکار گرفته می‌شود. کودک و درمانگر با یکدیگر کار می‌کنند تا شناخت‌های سازش نایافته و باورهای غیرمنطقی را بازشناسی کنند و سپس با آنها مقابله کرده و آن ها را مورد ارزیابی قرار دهند(بک و همکاران، ۱۹۷۹). بازبینی‌ها و نظارت‌های درمانگر از گفته‌ها و سخنان کودک در طول جلسات برای ثبت تفکر افسرده

6- Cole
7- Brady
8-Abramson, Seligman & Teasdale
9- Curry & Craighead
1- self-reinforcement
2- Stark
3- Beck, Rush, Shaw & Emery

و کشف بافتی که در آن این افکار رخ می‌دهند ضروری است. کودک و درمانگر سپس در کشف تفسیرهای جدید و واقع گرایانه‌تر مشارکت می‌کنند (استارک، بروکمن[1] و فرازیر[6]، ۱۹۹۰). برای بهبود این مهارت‌ها، به کودک مواردی از شناخت‌های افسردگی‌زای دیگر داده می‌شود تا او به تمرین برای توسعه و طراحی پاسخ‌های مقابله‌ای سازنده تمرین کند (استارک و همکاران،۱۹۹۰). به طور مشابهی، رابطهٔ بین تمایل کودک به شکل‌دهی اسنادهای علّی غیرواقع گرایانه و خلق افسرده در او با استفاده از آموزش اسنادی صورت می‌گیرد. اسنادهای علّی سازش نایافته در مورد وقایع با تلاش برای نشان دادن این که تفسیر وقایع در کنترل کودک است مورد چالش قرار می‌گیرند(خدایاری فرد، ۲۰۰۲).

برای مشکلات ذکر شده‌ای که کودکان افسرده تجربه می کنند، بر خود تقویتی و آموزش مهارت‌های خود کنترلی (از جمله خودبازبینی، خود ارزشیابی و خودتقویتی) تأکید می‌شود.

به کودکان آموزش داده می‌شود تا به خود بازبینی پرداخته و رفتارهای خود را مورد مشاهده قرار دهند تا هم به ارزیابی خود بپردازند و هم خود ارزیابی‌های دقیق و مثبت‌تری را توسعه دهند. در آموزش خود ارزشیابی، به‌کودکان آموزش داده می‌شود تا انتظارات واقع گرایانه‌تری را برای عملکردهای خود طرح‌کنند، و نقادانه باورهای افسرده‌گونهٔ خود را بررسی کنند و خودشان را کمتر به صورت منفی ارزیابی کنند و مهارت‌های ضروری برای اصلاح عملکرد خود را توسعه دهند. در نهایت، خود تقویتی برای کمک به کودکان به منظور یادگیری پاداش دهی به خودشان جهت انجام تکالیف مربوطه و تنبیه کردن خودشان مورد تأکید قرار می‌گیرد (استارک و همکاران، ۱۹۹۰).

علاوه بر فنون شناختی، تعدادی روش‌های رفتاری نیز برای درمان پیشنهاد می‌شوند که عبارتند از: الف) طرح ریزی فعالیت و افزایش فعالیت‌های مورد علاقه و شاد کننده؛ ب) آموزش جرأت ورزی و حل تعارضات، ج) آموزش مهارت‌های اجتماعی (نظیر مهارت‌های مکالمه‌ای، طرح ریزی فعالیت‌های اجتماعی؛ راهبردهایی برای شروع کردن و حفظ و تداوم دوستی و مبارزه با تعارض؛ د) طرح ریزی برای آینده (آموزش به کودک برای این‌که از مهارت‌های تازه آموخته شدهٔ خود برای پیش بینی و آمادگی برای مقابله با مشکلات بعدی استفاده کند و از عودت اختلال پیشگیری کند) و هـ) فنون کاهش اضطراب نظیر آموزش تنش زدایی و تصویرسازی ذهنی(هوپس[2] و لوینسون، ۱۹۹۵).

4- Brookman
5- Frazier
1–Hops

نتایج چندین مطالعه نشان داده است که کارآیی درمان شناختی ـ رفتاری برای نوجوانان افسرده بسیار بالاست (استارک، بروکمن و فرایزر، ۱۹۹۰). لوینسون، کلارک[۱]، هوپس و اندرو[۲] (۱۹۹۰) نوعی درمان شناختی ـ رفتاری را برای نوجوانان افسرده تدوین کرده‌اند به نام "جریان مقابلهٔ نوجوانان با افسردگی". در یک مطالعه بالینی، ۵۹ نوجوان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی یا افسردگی ادواری به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی یعنی گروه درمانی، گروه خانواده درمانی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. درمان شامل ۱۶ برنامهٔ هفتگی آموزش مهارت‌های اجتماعی، و حل مسئله بود. نتایج بر اساس پرسشنامه افسردگی بک نشان داد که نوجوانان در هر دو گروه درمانی تغییرات معناداری در پیش آزمون و پس آزمون نشان دادند و هیچ تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایشی مشاهده نشد. مهم‌تر این که ٤٦٪ از آزمودنی‌های گروه آزمایشی (در مقابل ۵٪ از آزمودنی‌های گروه کنترل) هرگز نشانه‌های اختلالات عاطفی را پس‌از درمان از خود نشان ندادند.

در مطالعه‌ای شناخت‌ـ رفتاردرمانگری مستقیماً با یک برنامهٔ سنتی مشاوره‌ای مقایسه شد و درمان شناختی ـ رفتاری به اصلاحات بیشتری در افسردگی و کاهش زیادی در تفکر افسرده ساز انجامید (استارک، روز[۵] و لیوینگستون[٦] ، ۱۹۹۱). شناخت ـ رفتار درمانگری هم‌چنین در مقایسه با یک برنامهٔ آموزش تنش زدایی مبین کاهش زیادتری در افسردگی نوجوانان شد (وود، هارینگتون و موری[۳] ، ۱۹۹٦). خان کله، جانسون و کلارک[٤] (۱۹۹۰) میزان کارآیی مداخله‌های روان‌شناختی مختلف را با یک گروه کنترل مقایسه کردند(برای مثال، شناخت‌ـ رفتار درمانگری، آموزش تنش زدایی و خودسرمشق دهی). آن ها گزارش کردند اگرچه هر سه گروه درمانی دستاوردهای درمانی معناداری را در تعدادی ارزیابی‌های مداد‌ـ کاغذی پس‌از درمان ایجاد کردند، امّا شناخت‌ـ رفتاردرمانگری و آموزش تنش زدایی بیشترین تأثیر را داشتند. مطالعات بیشتری به ارزیابی کارایی نسبی درمان شناختی ـ رفتاری، درمان رفتاری نظام مند و درمان‌های حمایتی غیرمستقیم برای نوجوانان افسرده‌ای که اقدام به خودکشی کرده بودند پرداخته و نشان دادند که روش‌های درمانی مذکور، درمان‌های کارآمدی برای این اختلال بودند (برنت[۵] و همکاران، ۱۹۹٦).

کلارک و همکاران (۱۹۹۵) یک "جریان مقابله با تنیدگی" را طراحی کردند که متشکل از جلسات گروهی بود که در آن به نوجوانان در معرض خطر، فنون شناختی آموزش داده می‌شد تا بتوانند تفکّر منفی و غیر منطقی را شناسایی و با آن مبارزه کنند. ۱۷۲ نوجوان به عنوان افرادی که در آینده در معرض خطر

2-Clarke
3- Andrews
1- Wood, Harington & Moore
2- Khan-Kehle, Janson & Clarck
3- Brnet

دوره‌های افسردگی هستند مشخص شدند و سپس به دو گروه مداخلهٔ پیشگیرانه و گروه کنترل انتخاب شدند. نتایج نشان داد که نوجوانانی که مداخلهٔ گروهی شناختی دریافت کرده بودند، احتمال کمتری می‌رفت که مبتلا به افسردگی بالینی شوند و میزان شیوع اختلال افسردگی در آنان برابر ۱٤/۵٪ در یک دورهٔ ۱۲ ماهه بود. در حالی که این مقدار برای گروه کنترل برابر با ۲۵/۷٪ بود. این‌یافته‌ها با استفاده از مداخله‌های شناختی ـ رفتاری برای پیشگیری از افسردگی حمایت می‌کنند، امّا همان‌طور که اشاره شد، میزان اختلال عاطفی در شرایط درمانی هنوز هم در سطح بالایی مشاهده می‌شد (در حدود دو برابر میزان آن در جامعهٔ عمومی). در مطالعهٔ دیگری پیشنهاد شده است در برنامهٔ آموزش روانی با تلاش‌های پیشگیرانه‌ای که راهبردها شناختی را به تجارب زندگی خانوادگی مرتبط می‌کند، مثلاً از طریق تأکید بر روابط خانوادگی و درک و فهم والدین از افسردگی، چه بسا تغییرات رفتاری و نگرشی افزایش یابد و به ایجاد تغییرات طولانی مدت در نشانه‌شناسی اختلال افسردگی کمک کند (بیردسلی[1] و همکاران، ۱۹۹٦).

اثرات بلند مدت شناخت‌ـ رفتاردرمانگری برای کودکان افسرده تا حدودی حمایت‌های مختلفی را به خود اختصاص داده است. اگرچه چندین مطالعه نشان داده‌اند که در پیگیری‌های کوتاه مدت دستاوردهای درمانی در یک دورهٔ ٤ تا ۸ هفته‌ای حفظ می‌شود، ارزیابی‌های بلند مدت نتایج ناهمگونی را نشان داده‌اند. برای مثال، استارک، روز و لوینگستون (۱۹۹۱) اشاره کرده‌اند که برخی دستاوردهای درمانی در پیگیری‌های ۷ ماههٔ پس‌از درمان حفظ نمی‌شوند. متقابلاً، لوینسون و همکاران (۱۹۹٤) گزارش کرده‌اند که افزایشی را در میزان بهبودی نوجوانان افسرده‌ای که مورد شناخت‌ـ رفتاردرمانگری قرار گرفته بودند در یک پی گیری ۲ سالهٔ پس‌از درمان مشاهده کرده‌اند. اگرچه مطالعات اخیر نشان داده است که شناخت‌ـ رفتار درمانگری ممکن است به طور موفقیت‌آمیزی برای پیشگیری از بازگشت اختلال به کار گرفته شود (گیلهام[2]، ریوه[3] و جی کاکس[4]، ۱۹۹۵). این یافته‌ها نیاز به فهم بیشتر عوامل فردی و اجتماعی اشاره دارد که ممکن است نوجوانان افسرده را در معرض خطر برای بازگشت افسردگی شان قرار دهد (سانفورد[5] و همکاران، ۱۹۹۵).

1-Beardslee
2- Gillham
3- Reivieh
4- Jaycox
5- Sanford

رفتار پرخاشگرانه در نوجوانان

اگرچه اکثر کودکان گاهی رفتار پرخاشگرانه از خود نشان می‌دهند، نگرانی دربارهٔ پرخاشگری زمانی پیش می‌آید که شدید باشد و مکرراً و در موقعیت‌ها و شرایط مختلفی رخ دهد. پرخاشگری کودکان پیش‌بینی کنندهٔ پرخاشگری و ناسازگاری بعدی آنان است (ویلسون و مارکوتی[۱] ،۱۹۹٦). این کودکان از سوی همسالان خود طرد می‌شوند و مشکلاتی را نیز در مدرسه خواهند داشت. تأثیر پرخاشگری روی زندگی خانوادگی به حدی است که یافته‌ها نشان می‌دهند تمام کودکانی که برای درمان رفتار پرخاشگری رجوع می‌کنند توسط والدین و معلمان ارجاع داده می‌شوند (پاترسون[۲] و همکاران،۱۹۷۵). با توجه به اثرات بلند مدت پرخاشگری، به نظر می‌رسد که پرخاشگری در طول زمان ثابت باقی بماند (دوماس، نیز، پرنیز و بلچمن[۳]، ۱۹۹٦) و با رفتارهای ضد اجتماعی در بزرگسالی، اختلاف زناشویی و تغییر و دگرگونی بعدی خانوادگی مرتبط باشد.

اگرچه شواهدی موجودند که نشان می‌دهند نیروهای زیست شناختی ممکن است بر بروز پرخاشگری در کودکان تأثیر داشته باشد (باتز[٤] و همکاران،۱۹۹۱) مشاهده شده است که رویکرد شناختی ـ رفتاری هم در مفهوم سازی و هم در درمان پرخاشگری کودکان و اختلال سلوکی آنان مفید است. همانند سایر اختلال‌ها تصور بر این است که ارزیابی کودک و انتظارات او از محیط است که رابطهٔ بین وقایع محیطی و برانگیختگی خشم را واسطه‌گری نماید (کندال، رونان[۵] و ایپس[٦]، ۱۹۹۱). مخصوصاً الگوی ۵ مرحله‌ای داج[۷] داج[۷] (۱۹۸٦) در مورد پردازشگری اطلاعات اجتماعی حمایت‌های زیادی را برای تبیین تحریف‌ها و نقایصی که پردازشگری شناختی کودکان پرخاشگر را مشخص می‌کند، دریافت کرده است. دو مرحلهٔ اول در الگوی داج شامل ارزیابی‌های شناختی‌ـ اجتماعی است که در آن نشانه‌های اجتماعی رمز گردانی شده، پردازش و تعبیر و تفسیر می‌شوند. سه مرحلهٔ بعدی در الگوی داج شامل مشارکت در حل مشکلات اجتماعی است و مستلزم ایجاد و ارائه پاسخ‌های مناسب، ارزشیابی پیامدهای احتمالی و انتخاب مطلوب‌ترین پاسخ و عمل کردن به پاسخ انتخاب شده و رفتار اجتماعی است. اعتقاد بر این است که کودکان پرخاشگر

6- Willson & Marcotte
7- Patterson
1-Dumas, Neese, Prinz & Blechman
2- Bates
3- Ronan
4- Epps
5- Dodge

مشکلاتی را در هریک از این پنج مرحله تجربه می‌کنند که به رفتارهای اجتماعی خصمانه و انحرافی منجر می شود. برای مثال، مطالعات نشان داده‌اند که پسران پرخاشگر به‌نشانه‌های مرتبط اجتماعی کمتر از پسران غیر پرخاشگر توجه می‌کنند. هم‌چنین مشاهده شده است که این پسران نسبت به یادآوری انتخابی نشانه‌های خصمانه سوگیری بیشتری دارند (داج و نیومن[۱]، ۱۹۸۱).

به علاوه، پردازشگری اجتماعی این کودکان توسط یک سوگیری اسنادی خصمانه مشخص شده است که در آن این کودکان میزان خصومت عمدی دیگران را در موقعیت‌های مبهم بین فردی، بیش از حد و بطور افراطی برآورد می‌کنند (میلیچ[۲] و داج، ۱۹۸٤).

دیده شده که پسران پرخاشگر با توجه به مهارت‌های حل مِسئله خود به طور همگونی پاسخ‌های سازش یافتهٔ کمتر و یا جرأت کلامی[۳] و پاسخ‌های پرخاشگرانه بیشتری را ایجاد می‌کنند

(لوخمن و لمپرون[٤]،۱۹۸٦). هم‌چنین پسران پرخاشگر ارزش بالاتری به کنترل کودکان دیگر می‌دهند؛ به پرخاشگری به عنوان یک هدف بر حق و قانونی برای دست یابی به پاداش‌های ملموس و یا تسلط اجتماعی، ارزش می‌دهند؛ اطمینان بیشتری را به توانایی‌های خود برای پرخاشگری دارا هستند؛ به پرخاشگری به عنوان چیزی که عزت نفس آنان را افزایش می‌دهد می‌نگرند و پیامدهای منفی پرخاشگری را به حداقل می‌رسانند (اردلی و آشر[٥] ، ۱۹۹٦). بین کودکان پرخاشگر واکنشی[٦] و کودکان پرخاشگر پیش گستر[۷] تمایز قایل شده‌اند. پسرانی که به عنوان پرخاشگر پیش گستر مشخص شده‌اند، سازگاری کمتر و مجرمیت بیشتری را در بزرگسالی از خود نشان می‌دهند و دیده شده است که پسران پرخاشگر واکنشی نیز الگوهای نامناسبی برای رمزگردانی و پردازشگری حل مشکلات دارا هستند. این در حالی است که نوجوانان پرخاشگر پیش‌گستر تمایل دارند که پیامدهای مثبتی را برای پرخاشگری پیش‌بینی کنند و در حین تعاملات اجتماعی خود، اهدافی را انتخاب می‌کنند که کمتر برقراری روابط را با دیگران اصلاح می‌کند (کریک[۸] و داج، ۱۹۹٦).

با توجه به مشکلات فوق، شناخت- رفتار درمانگری در کودکان پرخاشگر اولاً مبتنی بر آموزش مهارت‌های حل مسایل اجتماعی برای استفاده و بکارگیری در موقعیت‌هایی است که تعارضات بین فردی

6- Newman
7- Milich
1- verbal assertive
2-Lochman & Lampron
3- Erdly & Asher
4- reactional
5- proactive
6- Crick

پیش می‌آیند. آموزش مهارت‌های اجتماعی به ویژه یک راه معقول در درمان گروهی و هم‌چنین در درمان انفرادی است. به کودکان یک سری از مراحل حل مسئله آموزش داده می‌شود تا نشانه‌های اجتماعی محیطی را تشخیص دهند، گزینه‌ها و راه‌هایی را در حل مشکلات اجتماعی تجزیه و تحلیل کنند، و پیامدهای راه حل‌های انتخاب شده را مورد بررسی قرار دهند. کندال و براسول[1] (۱۹۹۳) برنامه‌ای را برای کودکان تکانشی توصیف کرده‌اند که مراحلی از حل مسایل اجتماعی را ارائه می‌دهد و این مراحل را به صورت خودآموزی هایی برای "ایستادن و فکر کردن" نام گذاری کرده‌اند. در این برنامه کودکان تشویق می‌شدند تا: الف)مشکل را مشخص و تعریف کنند،"من چه کاری می‌توانم انجام دهم؟"؛ ب) به مشکل روی بیاورند،"من تمام احتمالات را باید ببینم"؛ ج) توجه خود را متمرکز نمایند، "من می‌توانم بهتر تمرکز داشته باشم، متمرکز شوم و فکر کنم که فقط اکنون چه کاری را می‌توانم انجام دهم"؛ د) پاسخی را انتخاب کنند،"من فکر می‌کنم راهش همین است"؛ هـ) خودشان را تشویق کنند،"من کار بسیار خوبی انجام دادم". زمانی که کودکان مشکلاتی را در به کارگیری مراحل دارا هستند و یا به راه‌حل غیر مطلوبی می‌رسند می‌توان از گویی‌های مقابله‌ای نیز استفاده که (برای مثال، دفعهٔ بعد من سعی می‌کنم که تُند نروم و در این صورت ممکن است به راه حل مثبت‌تری دست یابم). برای ترویج و شکل‌گیری مهارت‌ها در خارج از جلسات درمانی، مراحل "ایستادن و فکر کردن"، برای هر کودک انفرادی می‌شود، و طی آن کودک با درمانگر کار می‌کند تا خود گویی‌های مقابله‌ای معناداری را از نظر شخصی طراحی کند.

وابستگی‌های رفتاری یک بعد مهم از برنامه‌های شناخت ـ رفتار درمانگری به ویژه برای اجتناب کودکان از رفتارهای پرخاشگرانه است. بنابراین، علاوه بر خود ارزشیابی و خود تقویتی هم در حین جلسات درمانی و هم خارج از این جلسات، تأکید بر پاداش‌های اجتماعی نظیر تحسین یا تشویق کردن کودک توسط درمانگر می‌باشد. ممکن است یک وابستگی هزینه‌ـ پاسخ[2] اجرا شود که طی آن برای انجام تکالیف مختلف در جلسات درمانی امتیازاتی به کودک داده می‌شود و یا زمانی که کودکی در انجام این تکالیف شکست می‌خورد امتیاز این را از دست می‌دهد. امتیازها را می‌توان در پایان جلسه به صورت یک پاداش یا تحسین کوچک مبادله کرد. وابستگی‌های محروم و منزوی کردن نیز ممکن است در درمان رفتارهای غیرقابل کنترلی که توسط کودک صورت می‌گیرد به کار گرفته شوند (کازدین، اسولت–داوسون[3]، فرنچ[4]، یونیز[5]، ۱۹۸۷).

7- Braswell

1–response-cost contingency

2- Esveldt-Dawson

3- French

4- Unis

علاوه بر آموزش مهارت‌های حل مسائل اجتماعی و آموزش وابستگی‌های رفتاری، آموزش عاطفی نیز در چندین برنامه درمانی شناختی- رفتاری توصیه و به کار گرفته می‌شود. مثلاً، لوخمن و همکاران (۱۹۸۹) "برنامه مقابله با خشم" را طراحی کردند و نلسون و فینچ[۱] (۱۹۹٦) نیز کتاب راهنمای "خونسردی خود را حفظ کنید" را برای آموزش به کودکان برای مشخص کردن نشانه‌های فیزیولوژیکی و عاطفی و ادراکات محیطی از برانگیختگی خشم طراحی کرده‌اند. به کودکان کمک می‌شود تا تجارب هیجانی خود را بازشناسی و نام گذاری کنند و به آن ها آموزش داده می‌شود تا از راهبردهای خود ـ بازبینی و خود کنترلی نظیر خودگویی بهره جویند. فیلم‌هایی از به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای استفاده شده توسط کودک، برای ایجاد الگویی از آگاهی واکنش فیزیولوژیکی و نشان دادن مواردی از حل مسئله، نمایش داده می‌شد. فیندلر[۲] (۱۹۹۱) نیز برنامهٔ مشابهی را طراحی کرده است که شامل کنار آمدن با برانگیختگی، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی است. آموزش تنش زدایی و تصویرسازی ذهنی نیز ممکن است به‌عنوان یک روش سنتی برای کنترل برانگیختگی فیزیولوژیکی معرفی شوند و در جلسات درمانی بر کاربرد این راهبردهای مختلف در موقعیت‌های بین فردی مشکل آفرین تأکید و یادآوری می‌شود (بایوم[۳] و همکاران، ۱۹۸٦). به کارگیری درمان‌های شناختی ـ رفتاری استاندارد شده برای پرخاشگری نوجوانان توسط یافته‌های به دست آمده از چندین پژوهش برنامه ریزی شده حمایت شده است. لوخمن، برروح[٤]، کوری[٥] و لمپرون[٦] (۱۹۸٤) نشان دادند که کارایی "برنامهٔ مقابله با خشم" آن ها با کودکان پرخاشگر پرخاشگر بسیار بالا بوده است. اثرات درمانی مشابهی نیز برای نمونه‌های بالینی کودکان پرخاشگر گزارش شده است. مثلاً، کازدین و همکاران (۱۹۸۷) کارایی آموزش مهارت حل مسئله را با کودکانی که به خاطر رفتارهای ضد اجتماعی ارجاع شده بودند، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که کودکانی که درمان آموزش مهارت‌های حل مسئله را دریافت کرده بودند کاهش بیشتری را در رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان دادند و میزان سازگاری کلی و رفتارهای اجتماعی آنان نیز در مقایسه با کودکان گروه کنترل بالاتر و بیشتر بود. کارایی مداخله‌های شناختی ـ اجتماعی در کاهش پرخاشگری و افزایش رفتارهای متناسب از نظر اجتماعی نیز با نوجوانان دارای اختلالات رفتاری تأیید شده است (کندال و همکاران،۱۹۹۰) و برای نوجوانان دختری که از نظر رفتاری دارای اختلال بودند نیز به تأیید رسیده است (فیندلر و همکاران، ۱۹۸٦).

5- Nelson & Finch
6- Findler
1- Baum
2- Burch
3- Curry
4- Lamporn

ارزیابی‌های پی گیری طولانی مدت نشان می دهند که کاهش در رفتارهای پرخاشگرانه و بزهکارانه غالباً در طول زمان حفظ نمی‌شوند (کازدین، ۱۹۸۷) و یا به موقعیت‌های دیگر تعمیم داده نمی‌شوند. علاوه بر این، اگرچه کودکان درمان شده ممکن است اصلاحاتی را در پردازشگری شناختی- اجتماعی خود داشته باشند، اما این اصلاحات را همیشه نمی‌توان به کاهش در پرخاشگری قابل مشاهده تفسیر کرد (کمپ[۱]، بلوم[۲]، هربرت، ون دورینگ[۳]، ۱۹۷۷).

این محدودیت‌های بالقوه در درمان شناختی ـ رفتاری کودک‌مدار، مطالعات و بررسی هایی را برای متغیرهای مربوط به کودک و درمان رهنمون شده است که شاید برکارایی درمان تأثیر بگذارد. برای مثال، لوخمن (۱۹۸۵) دریافتند که درمان طولانی‌تر (مثلاً ۱۸ هفته در مقابل ۱۲ هفته) و سطوح اولیهٔ بالاتر در رفتارهای پرخاشگرانه و مخرب ممکن است با کاهش بیشتر در پرخاشگری پس‌از درمان رابطه داشته باشد. اگرچه یافته‌های این مطالعات بیانگر مراحل اولیه است، اما آن ها به نیاز برای فهم بیشتری از ویژگی‌های مختلف درمانجو که می‌تواند بر درمان تأثیر بگذارد و برجسته کردن نیاز برای یک رویکرد درمانی انعطاف‌پذیر اشاره می‌کنند.

هم چنین ممکن است مداخله‌های کوتاه مدت راه‌حل بهینه‌ای برای نوجوانان پرخاشگر نباشند و شناخت ـ رفتار درمانگری به تأکید بیشتری روی متغیرهای خانوادگی مؤثر در تحول کودک و مؤثر در حفظ و تداوم رفتارهای ضد اجتماعی در او نیاز شدیدی داشته باشد (پاترسون،۱۹۸۲). طراحی یک راهبرد درمانی گسترده‌مدارتر[٤] که در آن مداخله‌های آموزش شناختی ـ اجتماعی با یک چارچوب خانوادگی یا اجتماعی که که امکان دارد منجر به تعمیم‌دهی بیشتر یا تداوم بیشتر اثرات درمانی شود، ضروری است (استرادا و پینسوف[۵]، ۱۹۹۵). اگرچه به طور همگونی مشاهده شده است که شناخت- رفتار درمانگری کودک‌مدار اثرات درمانی بیشتری از درمان های والدین- مدار به تنهایی دارد، امّا مطالعات اخیر نشان داده‌اند که احتمالاً یک رویکرد درمانی ترکیبی مانند خانواده درمانی شناختی- رفتاری به طور خاصی مؤثرتر می‌باشد (خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۸۲). کودکانی که شناخت- رفتاردرمانگری را به صورت ترکیبی با خانواده درمانی دریافت می‌کنند، تمایل دارند که اصلاحات بیشتری را در تعاملات خانوادگی خود داشته باشند تا

5-Camp
6- Blom
7- Van Doorninck
1- broader-based treatment
2- Estrade & Pinsoff

کودکانی که شناخت- رفتار درمانگری را به تنهایی دریافت می‌کنند، هم‌چنین آن ها این بهبودها و اصلاحات را در پی گیری بیشتر حفظ می‌کنند (وبستر- استراتون و هاموند[۱]، ۱۹۹۷).

گفته می‌شود که کودکان دارای رفتارهای پرخاشگرانه غالباً دامنه‌ای از رفتارهای مشکل آفرین را از خود نشان می‌دهند و هم‌چنین مشکلات هیجانی و تحصیلی و عملکردهای نادرست خانوادگی را به همراه این رفتارهای مشکل آفرین تجربه می‌کنند. یک رویکرد چند بُعدی درمانی شامل شناخت- رفتار درمانگری کودک مدار با آموزش تحصیلی انفرادی[۲]، آموزش شیوهٔ والدینی و خانواده درمانی نیز پیشنهاد شده است (سوتام گرو و همکاران، ۱۹۹۷). درمان به‌طور ایده‌آل می‌تواند در موقعیت‌های چندگانه مداخله‌ای صورت گیرد که شامل خانه، مدرسه، گروه همسالان و جامعه است. به علاوه مداخله‌ای که هدف آن مشکلات شخصی خود والدین است ممکن است مؤلفه مفید دیگری را برای درمان نوجوانان پرخاشگر داشته باشد. در حال حاضر، مطالعات کمی به طور نظام مند به ارزیابی این رویکردهای درمانی ترکیبی پرداخته‌اند.

برخی از پژوهشگران علاوه بر رویکرد درمانی چند سیستمی[۳]، به ثبات پرخاشگری در طول دوران زندگی توجه کرده‌اند و الگویی تحت عنوان "اختلال مزمن[٤] " را برای کودکان پرخاشگر یا ضد اجتماعی پیشنهاد کرده‌اند (تولن، گیورا[٥] و کندال، ۱۹۹۵). چنین الگویی ممکن است کارایی درمان را از طریق تأکید بر تلاش‌های پیش‌گیری کننده برای نوجوانان در معرض خطر، افزایش‌داده و بالا ببرد و بتواند کم هزینه‌ترین و سودمندترین راه را برای جامعه جهت مبارزه با ماهیت مزمن رفتار ضد اجتماعی فراهم آورد. چنین برنامه هایی، که غالباً بر روابط بین فردی، موقعیت‌های محدود شده[٦] و حل مسئله تأکید دارند، برای کاربرد با کودکان محله‌های فقیرنشین و شهرهای‌مرکزی و نوجوانان دارای مشکلات‌تحصیلی و رفتاری مناسب هستند (اسپیواک و شیوره[٧]، ۱۹۷٤). هرچند که نتایج اولیه مثبت بوده‌اند، پژوهش‌های بیشتری لازم است تا اثرات طولانی مدت چنین رویکردهایی روشن شود.

3- Webster-Stratton & Hammond
4 academic tutoring
1- multisystemic
2- chronic disease
3- Tolen, Guerra & Kendall
4- limit-setting
5- Spivack & Shure

اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه[1] (ADHD)

ADHD بیانگر یکی از شایع‌ترین دلایل برای ارجاع کودکان به روان شناسان مدرسه‌ای و بالینی است و در حدود ۳ تا ۵ درصد از کودکان به آن مبتلا هستند (سزاتماریس، آفورد و بویل[2]،۱۹۸۹). کودکان مبتلا به ADHD علاوه بر سه گروه نشانهٔ بی‌توجهی، تکانشی بودن و بیش فعالی، غالباً تعدادی مشکلات مرتبط را نیز از خود نشان می‌دهند که شامل موارد زیر است: الف) پیشرفت تحصیلی پایین؛ ب) ضعف در کارکردهای زبانی و شناختی؛ ج) عملکرد ناهمگون در تکالیف؛ د) عملکرد محدود در موقعیت‌ها و شرایطی که قانونمندی بر آن ها حاکم است؛ هـ) کارکردهای اجتماعی توأم با اختلال در جمع دوستان و خانواده؛ و) مشکلات رفتاری آسیب زا نظیر اختلال سلوک و اختلال گستاخی نافرمانی[8](ODD) و ز) اختلالات آسیب زای درونی ساختن نظیر اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال افسردگی (ویلسون و مارکوت، ۱۹۹٦؛ کندال، ۱۹۹٤). اگرچه شروع اختلال باید قبل‌از ۷ سالگی تشخیص داده شود، اما به طور معمول اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه به دنبال یک دورهٔ مزمن و غالباً تا نوجوانی ادامه می‌یابد. از لحاظ تاریخچه‌ای بی‌توجّهی که علامت تشخیصی اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه است در بزرگسالی افزایش می‌یابد (بیدرمن[3] و همکاران، ۱۹۹٦).

برخی از برنامه های شناختی- رفتاری نظیر"ایستادن و فکر کردن" برنامه‌های درمانی‌اند که توسط کندال و براسول (۱۹۸۵) طراحی شده‌اند و چنانکه قبلاً اشاره شد، این مداخله‌ها، به طور معمول بر وابستگی‌های پاداش‌دهی و هزینه- پاسخ، سرمشق دهی راهبردهای حل مسئله، آموزش عاطفی، تکالیف خانگی، آموزش خود- ارزیابی وتعمیم دادن تمرین‌های درون جلسه‌ای و برون جلسه‌ای در ارتباط با این مهارت‌ها، تأکید دارند (کندال و ربر[4]، ۱۹۸۷). ماهیت ناآرام کودکان مبتلا به اختلال ADHD مستلزم جلساتی است که کمتر جنبهٔ آموزشی داشته و بیشتر عمل‌مدار باشند، و در آن‌ها مهارت‌ها به نوبت سرمشق دهی و تمرین گردند (مایکن بام و گودمن[35]، ۱۹۷۱؛ سوتام گرو و همکاران، ۱۹۹۷).

اگرچه به نظر می‌رسد که شناخت ـ رفتاردرمانگری کارآمدترین درمان برای ابعاد خاصی از اختلال بیش فعّالی همراه با نقص توجه نظیر تکانشی بودن است، اما در بهترین و مطلوب‌ترین حالت، تغییر در سایر

6- attention-deficit hyperactivity
7- Szatmaris, Offord & Boyel
1- Biederman
2- Reber
3- Goodman

نشانگان مهم این اختلال در سطح متوسط بوده است. به علاوه، مطالعات انجام شده نشان دهندهٔ موفقیت مداخله‌های شناختی- رفتاری در درمان نمونه‌های غیربالینی کودکان تکانشی است و قابلیت تعمیم دهی آن ها به جامعهٔ افراد مبتلا به این اختلال محدود است(کندال و براسول[1]،۱۹۸۵). سایر مطالعات با استفاده از نمونه‌های کلینیکی نشان دهندهٔ موفقیت محدود این رویکرد است (میلر،۱۹۹٤).

ممکن است یکی از علل موفقیت محدود شناخت- رفتاردرمانگری مربوط به همگونی مشکلاتی باشد که توسط کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه نشان داده می‌شود. اختلال ADHD میزان بالایی از آسیب زایی را در ارتباط با دامنهٔ گسترده‌ای از اختلالات درونی سازی و بیرونی سازی داراست (برای مثال ADHD و اختلال سلوک در حدود ۳۰٪ تا۵۰٪ مواقع به صورت توأم در نمونه‌های کلینیکی مشاهده می‌شود (هین‌شاو[2]، ۱۹۹۲).

شناخت- رفتار درمانگری برای تکانشی بودن کودکان کارآیی دارد و احتمالاً زمانی که تکانشی بودن نقش اولیه‌ای را در بدکارکردی یک کودک بازی می‌کند ممکن است این کارایی بیشتر شود. همچنین شناخت- رفتار درمانگری در درمان سایر اختلالات کودکان نظیر اضطراب موفق بوده است (کندال و همکاران، ۱۹۹۷).

نتایج ضعیف‌تر نیز تا حدودی ممکن است مربوط به دلایلی باشد که بر شکست شناخت - رفتار درمانگری در درمان موضوعات و مشکلات بی‌توجهی در نوجوانان مبتلا به اختلال بیش فعّالی همراه با نقص توجه نسبت می‌دهند. نقص توجهی که در اکثر کودکان مبتلا به ADHD مشاهده می‌شود، نشان دهندهٔ این است که توانایی این افراد برای یادگیری، به کارگیری و تعمیم دهی مهارت‌های حل مسئله در سطح زیادی محدود است. در واقع هیچ‌یک از درمان‌های موجود نمی‌تواند ادعای تغییرات جامع و فراگیری را در حوزه‌های چندگانهٔ مشکلات مشاهده شده در بسیاری از کودکان مبتلا به اختلال ADHA داشته باشد (سوتام گرو و همکاران، ۱۹۹۷).

موفقیت محدود شناخت- رفتار درمانگری به تنهایی و موفقیت مشاهده شده برای دارو درمانی هایی نظیر متیل فنی دیت و ایمی‌پرامین[3] منجر به ترکیب شناخت- رفتاردرمانگری با دارو درمانی برای درمان اختلال ADHA شده است (اسپنسر[4] و همکاران، ۱۹۹٦). دارو درمانی می‌تواند رفتار نشانگر کودکان مبتلا به این

4- Braswell
5- Hinshaw
1- methylphenidate & imipramine
2- Spencer

اختلال را تا حدودی کاهش دهد. کاربرد شناخت- رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی می‌تواند به افزایش اثرات درمانی بیانجامد. توانایی توجه افزایش یافته و پایداری در انجام تکالیف در کودکان بیش فعالی که مورد دارو درمانی واقع شده‌اند ممکن است توانایی آن ها را برای فراگیری مهارت‌هایی که در مداخله‌های شناختی- رفتاری آموزش داده می‌شوند، افزایش دهد. به علاوه، ممکن است ترکیب این دو رویکرد درمانی و به کارگیری توأم این دو رویکرد، میزان داروی مورد نیاز برای درمان کودکان مبتلا به این اختلال را کاهش دهد. احتمالاً این امر به نوبهٔ خود باعث کاهش اثرات جانبی داروها بر روی این کودکان می‌شود (هورن[1] و همکاران، ۱۹۹۱). درنهایت، ترکیب درمان شناختی - رفتاری و دارو درمانی ممکن است به اصلاحات و بهبودهایی در حوزه‌هایی منتهی شود که زمانی که این درمان‌ها به صورت انفرادی به کار برده می‌شوند این حوزه‌ها اصلاح نمی‌شوند. برای مثال، اگرچه ممکن است دارودرمانی در افزایش توانایی توجهی مؤثر باشد، اما در حوزهٔ تحصیل و حل مسایل اجتماعی چنین تأثیری مشاهده نمی‌شود، شناخت- رفتار درمانگری به‌طور قابل توجه این حوزه‌ها را درمان می‌کند (سوتام‌گرو و همکاران، ۱۹۹۷).

این یافته‌ها نشان می‌دهند که الگوهای خطی ساده در مورد ADHD باید با الگوهایی که بر تبیین‌های علّی منفردی تکیه نمی‌کنند جایگزین شوند. چنین الگوهای چند وجهی باید با رویکردهای خانواده درمانی، دارودرمانی، شناخت - رفتار درمانگری کودک مدار (هورن و همکاران، ۱۹۸۷) و مداخله‌های درمانی مدرسه مدار و گروهی (براسول، ۱۹۹۳) به کار برده شوند. از لحاظ نظری مخصوصاً مداخله‌های مدرسه مدار و والدین مدار مفید و مهم هستند. مشکلات خود نظم بخشی کودکان مبتلا به اختلال ADHD را می‌توان با استفاده از تنظیم‌های محیطی کاهش داد و خود نظم بخشی آنان را از این طریق افزایش داد. به علاوه، طرح‌های بعدی نیز می‌توانند به بررسی مشکلات مرتبط با همسالان در کودکان مبتلا به این اختلال بپردازند. اگرچه به نظر می‌رسد که این کودکان مهارت‌های اجتماعی مناسب را می‌دانند، اما، تمایلی به کاربرد این مهارت‌ها ندارند (لانداهو و موره[2]، ۱۹۹۱). هم‌چنین اعتقاد بر این است که روابط با همسالان در تحول و سازگاری این کودکان اهمیت دارد و رابطه با همسالان اختلال‌های کودکان مبتلا به ADHD را کاهش می‌دهد (ارهارت و هین شاو[3]، ۱۹۹٤).

3- Horn
1- Landau & Moore
2- Erhardt & Hinshaw

نتیجه‌گیری

کارهایی که توسط شناخت‌ـ رفتار درمانگری نوجوانان صورت می‌گیرد توسعه یافته و پیشرفت کرده است و هم‌چنین حمایت‌های تجربی ثبت شده‌اند که این درمان می‌تواند در کاهش نشانه‌شناسی مؤثر واقع شود. کارایی این رویکرد درمانی، برای برخی از اختلالات بیشتر و برای برخی دیگر کمتر است. کارهای بالینی و ارزشیابی‌های تحقیقی بیشتری لازم است تا به ارزیابی موارد زیر بپردازد: الف) ارزش‌های درگیری بیشتر والدین و خانواده در امر درمان؛ ب) عواملی که فواید درگیری والدین و خانواده‌ها را در درمان تعدیل می‌کنند، ج) نقش همسالان و شرایط مدرسه و د) استفاده از مداخله‌های نظام‌مند و گروهی. در یک جمله، شناخت ـ رفتار درمانگری در جاده درمان به سمت جلو حرکت می‌کند.

منابع

خدایاری فرد، محمد و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۲). کاربرد خانواده درمانگری (مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری) در سه تک بررسی وسواس بی اختیاری. *مجله علوم روانشناختی، دورهٔ دوم*، شماره ٦، ١٢٤-١.

Abramson, L.Y, Seligman, M.E.R, & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 358-372.

Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P.A. (1987). DSM-1II disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry, 44,* 69-76.

Barrett, P., Dadds. M., & Rapee, R. (1996). Family treatment of child anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 333-342.

Barrios, B.A. & Hartmann, D.P. (1988). Fears and anxieties. In E.J. Mash & L.G. Terdal (Eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorder* (pp. 196-264). New York: Guilford Press.

Bates, J.E., Bayles, K., Bennett, D.S., Ridge, B. & Brown, M.M. (1991). Origins of externalizing behavior problems at eight years of age. In D.J Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression.* Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum.

Baum, J.G., Dark, H.B., McCarthy, W, Sandier, J., & Carpenter, R. (1986). An analysis of the acquisition and generalization of social skills in troubled youths: Combining social skills training, cognitive self-talk, and relaxation procedures.*Child and Family Behavior Therapy, 8,* 1-27.

Beardslee, W.R., Wright, E., Rothberg, P.C., Salt, P., & Versage, E. (1996). Response of families to two preventive intervention strategies: Long-term differences in behavior and

attitude change. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 774-782.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.R, & Emery G. (1979). *Cognitive Therapy of Repression.* New York: Guilford.

Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., Oulette, C.,Moore, P. & Spencer, T. (1996a). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: Results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 343-351.

Black, B. & Robbins, D. R. (1990). Panic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 36-44.

Brady, E. & Kendall, PC. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin, 111,* 244-255. Braswell, L. (1993). Cognitive-behavioral groups for children manifesting ADHD and other disruptive behavioral disorders. *Special Services in the Schools, 8,* 91-117.

Camp, B.W, Blom, G.E., Herbert, F, & Van Doorninck, W.J. (1977). "Think Aloud": A program for developing self-control in young aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 5,* 157-169.

Clarke, G.N., Hawkins, W, Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 34,* 312-321.

Cole, D.A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 185-193.

Craske, M.G. (1988). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder. In A.J. Francis & R.E. Hales (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry,* (vol. 7., pp. 121-137) Washington, DC: American Psychiatric Press.

Crick, W.R. & Dodge, K.A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development, 67,* 993-1002.

Curry, J.F. & Craighead, WE. (1990). Attributional style in clinically depressed and conduct disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 109-116.

Deblinger, E., McLeer, S.V., & Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 747-752.

Dodge, K.A. & Newman, J.P. (1981). Biased decision-making processes in aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology, 90,* 375-379.

Dodge, K.A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In M. Perimutter (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology* (vol. 18, pp. 77-125). Hillsdale, NJ: Eribaum.

Dumas, J.E., Neese, D.E., Prinz, R.J., & Blechman, E.A. (1996). Short-term stability of aggression, peer rejection, and depressive symptoms in middle childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24,* 105-119.

Eisen, A.R. & Silverman, W.K. (1993). Should I relax or change my thoughts? A preliminary examination of cognitive therapy, relaxation training, and their combination with overanxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 7,* 265-279.

Erdley, C.A. & Asher, S.R. (1996). Children's social goals and self-efficacy perceptions as influences on their responses to ambiguous provocation. *Child Development, 67,* 1329-1344.

Erhardt, D. & Hinshaw, S.P. (1994). Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder comparison boys: Predictions from social behaviors and nonbehavioral variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 833-842.

Estrada, A.U. & Pinsof, W.M. (1995). The effectiveness of family therapies for selected behavioral disorders of childhood. Special issue: The effectiveness of marital and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 21,* 403^40.

Gillham, J.E., Reivich, K.J., Jaycox, L.H., & Seligman, M.E.P. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science,* 6,343-351.

Ginsburg, G. S., Silverman, W. K., & Kurtines, W. K. (1995). Family involvement in treating children with phobic and anxiety disorders: A look ahead. *Clinical Psychology Review, 15,* 457-473.

Hagopian, L.R, Weist, M.D., & Ollendick, T.H. (1990). Cognitive-behavior therapy with an 11-year-old girl fearful of AIDS infection, other diseases, and poisoning: A case study. *Journal of Anxiety Disorders, 4,* 257-265.

Hayward, C., Killen, J.D., & Taylor, C.B. (1989). Panic attacks in young adolescents. *American Journal of Psychiatry, 146,* 1061-1062.

Henin, A. & Kendall, PC. (1997). Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Advances in Clinical Child Psychology, 19,* 75-132.

Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin, 101,* 443_763.

Hinshaw, S.P. (1992). Academic underachievement, attention deficits, and aggression: Comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 893-903.

Hops, H. & Lewinsohn, P.M. (1995). A course for the treatment of depression among adolescents. In K. Craig & K.S. Dobson (Eds.), *Anxiety and Depression in Adults and Children.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Horn, W.F., lalongo, M.S., Pascoe, J.M., Greenberg, G., Packard, T, Lopez, M.Wagner, A. & Puttier, L. (1991). Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children: a 9-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 233-240.

Howard, B. & Kendall, P.C. (1996). Cognitive-behavioral family therapy for anxious children: A multiple-baseline evaluation. *Cognitive Therapy and Research, 20,* 423_443.

Kane, M.T. & Kendall, P. C. (1989). Anxiety disorders in children: A multiple-baseline evaluation of a cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy, 20,* 499-508.

Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 19-36.

Kazdin, A.E., Esveldt-Dawson, K., French, N.H., & Unis, A.S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 76-85.

Kendall, P.C. & Grove, W. (1988). Normative comparisons in therapy outcome research. *Behavioral Assessment, 10,* 147-158.

Kendall, P.C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13,* 357-375.

Kendall, P.C. (1993). Cognitive-behavioral strategies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 235-247.

Kendall, PC. & Bacon, S.F. (1988). Cognitive behavior therapy. In D.B. Fishman, F. Rotgers, & C.M. Franks (Eds.), *Paradigms in Behavior Therapy: Present and Promise (pp.* 141-167). New York: Springer Publishing.

Kendall, PC. & Braswell, L. (1985). *Cognitive-Behavioral Therapy with Impulsive Children.* New York: Guilford Press.

Kendall, PC. & Braswell, L. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy with Impulsive Children* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Kendall, PC. & Reber, M. (1987). Cognitive training in treatment of hyperactivity in children. *Archives of General Psychiatry, 44,* 296.

Kendall, PC. & Siqueland, L. (1989). Child and adolescent therapy. In A.M. Nezu & C.M. Nezu (Eds.), *Clinical Decision Making in Behavior Therapy: A Problem-solving perspective.* Champaign, IL: Research Press.

Kendall, PC. (1991). Guiding theory for therapy with children and adolescents. In P.C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-behavioral Procedures* (pp. 3-22). New York: Guilford Press.

Kendall, PC. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 100-110.

Kendall, PC., Reber, M., McLeer, S., Epps, 1, & Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research, 14,* 279-297.

Kendall, PC., Ronan, K.R., & Epps, J. (1991). Aggression in children/adolescents: Cognitive-behavioral treatment perspectives. In D.J. Pepler & K.H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 341-360). Hillsdale, NJ: Lawrence Eribaum Associates.

Khodayarifard, M. (2002). Investigating Children's attitudinal Style and anxiety. *Journal of psychological Science Vol.1. No.2, 202-223*

Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., & Resick, P.A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. In D.M. Doleys, R.L. Meredith, & A.R. Ciminero (Eds.), *Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies* (pp. 473^97). New York: Plenum Press.

King, N.J., Hamilton, D.I., & Ollendick, T.H. (1988). *Children's Phobias: A Behavioral Perspective.* Chichester: Wiley.

Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 705-715.

Landau, S. & Moore, L.A. (1991). Social skill deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review, 20,* 235-251.

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., & Rohde, P. (1994). Psychological approaches to the treatment of depression in adolescents. In W.M. Reynolds & H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 309-344). New York: Plenum Press.

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy, 21,* 385^1-01.

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Rohde, P., Hops, H., & Seeley, J.R. (1996). A course in coping: A cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression. In E.D. Hibbs & P.S. Jensen (Eds.), *Psychosocial Treatments/or Child and Adolescent Disorders* (pp. 109-135). Washington, DC: American Psychological Association.

Lochman, J.E., & Lampron, L.B. (1986). Situational social problem-solving skills and self-esteem of aggressive and nonaggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 14,* 605-617.

Lochman, J.E., Burch, P.R., Curry, J.F., & Lampron, L.B. (1984). Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 915-916.

Lochman, J.E., Lampron, L.B., Burch, P.R., & Curry, J.F. (1985). Client characteristics associated with behavior change for treated and untreated aggressive boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13,* 527-538.

Lyons, J.A. (1988). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review of the literature. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 8,* 349-356.

March, J.S., Mulle, K., & Herbelt, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An open trial of a new protocol-driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 333-341.

Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77,* 115-126.

Meichenbaum, D. (1986). *Stress Inoculation Training.* New York: Pergamon Press.

Milich, R. & Dodge, K.A. (1984). Social information processing in child psychiatric populations. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 471-490.

Moreau, D., & Weissman, M.M. (1992). Panic disorder in children and adolescents: A review. *American Journal of Psychiatry, 149,* 1306-1314.

Nelson, W.M. & Finch, A.J. (1996). *"Keeping Your Cool". The Anger Management Workbook.* Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process.* Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G.R., Reid, J.B., Jones, R.R., et al. (1975). *A Social Learning Approach to Family Intervention. I. Families with Aggressive Children.* Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Ronan, K.R., Kendall, P.C., & Rowe, M. (1994). Negative afTectivity in children: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 18,* 509-528.

Sanford, M., Szatmari, P., Spinner, M., Munroe-Blum, H., Jamieson, E., Walsh, C. & Jones, D. (1995). Predicting the one-year course of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 1618-1628.

Sheehan, D.V., Sheehan, K.E., & Minichiello, WE. (1981). Age of onset of phobic disorders: A reevaluation. *Comprehensive Psychiatry, 22,* 544-553.

Singer, L.T, Ambuel, B., Wade, S., & Jaffe, A.C. (1992). Cognitive-behavioral treatment of health-impairing food phobias in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 847-852.

Southam-Gerow, M.A., Henin, A., Chu, B., Marrs, A., & Kendall, P.C. (1997). Cognitive-behavioral therapy with children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 6, 111-136.

Spencer, T, Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D., & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 409-432.

Stark, K.D. & Kendall, PC. (1996). *Treating Depressed Children: Therapist Manual for " Taking Action".* Philadelphia: Workbook Publishing.

Stark, K.D., Brookman, C.S., & Frazier, R. (1990). A comprehensive school-based, treatment program for depressed children. *School Psychology Quarterly, 5,* 111-140.

Szatmaris P., Offord, D.R., & Boyle, M.H. (1989). Ontario Child Health Study: Prevalence of attention-deficit disorders with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 30,* 219-230.

Tolan, PH., Guerra, N.G, & Kendall, P.C. (1995). A developmental-ecological perspective on antisocial behavior in children and adolescents: Toward a unified risk and intervention framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 579-584.

Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 93-109.

Wilson, J.M. & Marcotte, A.C. (1996). Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,35,*579-587.

Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 37,* 737-746.

بخش دوم

اختلالات رایج دوران کودکی و نوجوانی

فصل ششم

ارزیابی و درمان غیردارویی اختلال وسواس فکری ـ عملی کودکان و نوجوانان

دکتر لادن فتی

استادیار گروه روان‌شناسی انستیتو روان‌پزشکی تهران

چکیده

آنچه در این فصل می‌خوانید، مروری بر درمان رفتاری ـ شناختی اختلال وسواس فکری ـ عملی در کودکان و نوجوانان است. در این مقاله ابتدا به اهمّیّت موضوع اشاره شده، سپس شیوه ارزیابی و بالاخره درمان این اختلال توضیح داده شده است. یافته‌های پژوهشی موجود در این زمینه ذکر شده و بر حسب ضرورت منابعی برای مطالعه‌ی بیشتر نیز معرّفی گردیده‌اند. در ضمن تعدادی از ابزارهای رایج مورد استفاده جهت ارزیابی این اختلال و نتیجه درمان نیز به طور کامل در نوشته گنجانیده شده‌اند. بدیهی است که تسلّط بر راهبردهای معرّفی شده، و کسب مهارت در استفاده از این راهبردها مستلزم تجربه بالینی است.

کلید واژگان: OCD، برقراری ارتباط، ارزیابی، مصاحبه‌ی تشخیصی، ADIS-R، افکار وسواسی، تشریفات وسواسی، خودپایی، YBOCS-S، صورت‌بندی رفتار، رویارویی، مدل‌سازی، عادت‌آموزی، توقّف فکر.

مقدمه

اختلال وسواس فکری ـ عملی[1] (OCD) شایع‌تر از آن است که قبلا" تصور می‌شد. این اختلال حدود ۰/۵ الی ۱ درصد کودکان و نوجوانان را مبتلا می‌سازد (راسموسن[2] و ایسن[3] ، ۱۹۹۰). حدود یک سوم تا یک دوّم بزرگسالان مبتلا به این اختلال، از زمان کودکی یا نوجوانی دچار علائم وسواس شده‌اند و به همین دلیل شروع وسواس در زمان کودکی، یک پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمّ فاصله ابتلا در بزرگسالی است (راسموسن و ایسن، ۱۹۹۰). "تورو"[4] و همکارانش (۱۹۹۲) پرونده‌ی ۷۲ کودک و نوجوان ۵ الی ۱۸ ساله با تشخیص وسواس را بررسی کرده و نتایج نشان داد که ۷۷ درصد آن‌ها، از اختلالات روان‌پزشکی دیگری نیز رنج می‌بردند که در این میان به خصوص اختلالات اضطرابی و خُلقی قابل ذکر است. تعارضات خانوادگی، گوشه‌گیری و عملکرد تحصیلی ضعیف نیز از دیگر جلوه‌های بالینی شایع در این اختلال بودند. گفته می‌شود اختلال وسواس فکری ـ عملی که در کودکی شروع شود، رو به مزمن شدن رفته و درمان آن می‌تواند مشکل باشد (اریکسون[5] ، ۱۹۹۸). با توجّه به این که در بخش‌های دیگر این نوشتار نشانه‌های بالینی و آسیب‌شناختی وسواس تشریح گردیده است، در این جا تنها به ارائه نمونه‌ای از نشانگان مشاهده شده در ۷۰ کودک و نوجوان با تشخیص اوّلیّه‌ی وسواس در جدول شماره یک اکتفا شده است (جدول شماره یک، به نقل از راپوپورت[6] ، ۱۹۸۹).

جدول شماره یک

نشانه‌های اصلی گزارش شده در ۷۰ کودک و نوجوان با تشخیص اوّلیّه‌ی وسواس فکری ـ عملی در مصاحبه‌ی اوّلیّه

نشانه	تعداد	درصد
وسواس فکری		
نگرانی در مورد آلودگی، میکرب یا مسموم‌کننده‌های محیطی	۲۸	٤۰
چیزی وحشتناک اتفاق بیافتد (آتش‌سوزی، مرگ، بیماری خود یا دیگران و غیره)	۱۷	۲٤
قرینگی، نظم و دقّت	۱۲	۱۷

1-.Obsessive Compulsive Disorder
2-.Rasmussen
3-.Eisen
4-.Toro
5-.Erickson
6-.Rapoport

خرافه (وسواس‌های مذهبی)	۹	۱۳
نگرانی یا انزجار از مواد دفعی یا ترشحات بدن (ادرار، مدفوع، بزاق)	٦	۸
اعداد خوش یمن یا بد یمن	٦	۸
افکار، تصاویر ذهنی، یا تکانه های ممنوعه، پرخاشگرانه یا منحرف	۳	٤
ترس از صدمه زدن به دیگران / خود	۳	٤
نگرانی در مورد اثاثیه منزل	۲	۳
صداها، کلمات، یا موسیقی مزاحم بی‌معنی	۱	۱
وسواس عملی		
دست شستن، دوش گرفتن، حمّام کردن، مسواک زدن یا اصلاح کردن افراطی یا تشریفاتی	٦۰	۸۵
تشریفات تکرارشونده (وارد و خارج شدن از در، بالا و پایین رفتن از صندلی و غیره)	۳٦	۵۱
وارسی (درها، قفل‌ها، اجاق گاز، زنگ خطر یا دزدگیر ماشین، تکالیف درسی و غیره)	۳۲	٤٦
تشریفاتی برای پرهیز از تماس با چیزهای آلوده	۱٦	۲۳
لمس کردن	۱٤	۲۰
تدابیری برای جلوگیری از صدمه به خود یا دیگران	۱۱	۱٦
منظم کردن، مرتّب کردن	۱۲	۱۷
شمارش	۱۳	۱۸
تشریفات جمع کردن، انبار کردن	۸	۱۱
تشریفات نظافت خانه یا وسایل	٤	٦
تشریفات متفرقه (مثلا" نوشتن، حرکت کردن، صحبت کردن)	۱۸	٦

ارزیابی اختلال وسواس فکری ـ عملی (OCD)

آنچه در این بخش خواهد آمد، نحوه‌ی تشخیص و جمع‌آوری اطّلاعات درباره‌ی اختلال وسواس فکری ـ عملی (OCD) است. ابتدا به چگونگی برقراری ارتباط درمانی با این کودکان و نوجوانان اشاره شده و به دنبال آن مصاحبه‌ی بالینی و مواردی که باید در مصاحبه با این بیماران مورد توجّه قرار گیرند شرح داده شده است. سپس ابزارهای مختلف موجود برای تشخیص و اندازه‌گیری نشانه‌های این اختلال به تفصیل معرّفی شده و بالاخره نحوه‌ی منظّم کردن اطّلاعات به دست آمده و تنظیم برنامه‌ی درمان بر اساس این اطّلاعات توضیح داده شده است.

ملاحظاتی در برقراری ارتباط با بیماران مبتلا به OCD

برقراری ارتباط با کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD از پیچیدگی خاصّی برخوردار بوده و محتاج حسّاسیت و تجربه‌ی درمان‌گر است. این کودکان و نوجوانان به دلایلی که ذکر خواهد شد به سختی ارتباط برقرار می‌کنند و صحبت از مشکلات، برای ایشان دشوار است. بیماران مبتلا به OCD پنهان‌کار هستند. به دلیل ماهیّت خاص مشکل‌شان (بیگانه از خود بودن علائمشان)[1]، مایل نیستند که کسی با مشکلاتشان آشنا شده و در این باره اطّلاعاتی به دست بیاورد. آن‌ها می‌ترسند که دیوانه تلقی شده یا مورد تمسخر قرار گیرند. بنابراین بخشی از علائم را که برای خودشان هم غریب و غیرعادی است پنهان می‌کنند. به علاوه بخش دیگری از علائم این بیماران "ارزش‌های بیش بها داده شده"[2] هستند. به نظر مراجع این گروه از علائم و نشانگان اصلا" وسواس یا بیماری نبوده و در نتیجه مراجع در ضمن مصاحبه‌ی تشخیصی از آن‌ها صحبتی به میان نمی‌آورد.

از دیگر دلایلی که ارتباط با این مراجعان را دشوار می‌سازد، تردید و دودلی آن‌ها است. این افراد به دلیل اشکال در تصمیم‌گیری، قادر به اظهارنظر قاطع نبوده و نمی‌توانند تصمیم بگیرند چه اطّلاعاتی را ارائه نموده و چه اطّلاعاتی را حذف کنند و یا شدّت ناراحتی خود را چگونه بیان کنند. از آن جا که برای هر شکایتی، به دنبال دقیق‌ترین نحوه‌ی بیان آن هستند، در توصیف علائم، وارد جزئیّات تکراری شده که برای خودشان اضطراب‌آفرین و برای مصاحبه‌گر خسته‌کننده است. این مشکل به خصوص در مراجعینی که در کنار اختلال وسواس فکری ـ عملی دارای شخصیّت وسواسی هستند، وجود دارد.

1-.ego dystonic
2-.over valued ideation

نتیجه این که مصاحبه‌گر باید صحبت مراجعینی را که وارد جزئیّات زاید شده‌اند قطع کند و برعکس در مورد مراجعینی که علائم خود را پنهان می‌کنند به پرسش مستقیم بپردازد. توجّه به نشانه‌های ظریفی که مراجع ابراز می‌دارد و دال بر وجود مشکلات عمیق‌تر هستند می‌تواند کمک‌کننده باشد. به عنوان مثال مراجعی که دستکش نخی پوشیده است، صرفا" به دنبال محافظت از دستان خود در مقابل آفتاب نیست بلکه احتمالا" نسبت به پول و دستگیره‌ی در تاکسی حسّاس است که مبادا دستانش را آلوده کنند. یا مراجعی که لبه‌ی صندلی می‌نشیند احتمالا" تنها به دلیل اضطراب نیست بلکه شاید می‌ترسد در اثر تکیه دادن به پشتی صندلی عرق کند و آلودگی صندلی به وی منتقل شود. از دیگر مواردی که باید در ارتباط با افراد مبتلا به OCD مدنظر داشت، "وابسته به فرهنگ"[1] بودن مشکل است. اگر چه بررسی‌های متعددی نشان داده‌اند که علائم و نشانه‌های OCD در تمامی جهان تقریبا" مشابه است، ولی این واقعیّت نیز وجود دارد که "محتوای" علائم و نشانه‌ها به فرهنگ مراجع بستگی دارد.

به عنوان مثال ترس از آلودگی و وسواس شست‌وشو در آمریکا و اروپای غربی به صورت تـرس از ایـدز، تشـعشعات اتمی یا ویروس و میکرب ظاهر می‌شود در حالی که در فرهنگ ما بیشتر به صورت ترس از نجس شدن و وسواس عملی آب کشیدن تجلی می‌کند (فتی، بوالهری ۱۳۷٦). به همین دلیل به نظر می‌رسد اطّلاعات کافی مصاحبه‌گر در مورد مناسک مذهبی و احکام مربوطه ضروری است. درمانگر بدون داشتن این اطّلاعات، حتّی اگر به تشخیص OCD برسد، در فرمول‌بندی رفتاری ـ شناختی این اختلال و انتخاب تدابیر درمانی مناسب دچار مشکل خواهد شد. در این کودکان و به خصوص نوجوانان، وسواس‌های فکری با محتوای نجس و پاکی به صورت افکار بیش بها داده شده وجود دارند و برقراری ارتباط با فردی که دارای افکار بیش بها داده شده با محتوای فرهنگی خاص است، غیر ممکن می‌نماید؛ مگر این که مراجع احساس کند مصاحبه‌گر این افکار را می‌شناسد و خود به این اصول و ارزش‌ها پای‌بند بوده و قادر است میان فکر وسواسی و ارزش‌های اصیل فرهنگی تمایز قائل شود. همان طور که در ادامه‌ی بحث خواهید دید، چالش شناختی درمان‌گر و مراجع در مورد افکار وسواسی، بدون تسلّط درمان‌گر بر اصول فرهنگی زیربنای آن غیرممکن می‌نماید. به علاوه در مورد کسانی که وسواس آن‌ها محتوای فرهنگی دارد، تنظیم تکالیف رفتاری و انتخاب محرّک‌های مناسب برای رویارویی نیز بدون احاطه‌ی درمان‌گر بر اصول و ارزش‌های مذکور میسّر نیست. نتیجه این که توجّه به محتوای فرهنگی علائم و "فرهنگ بسته" بودن اختلال، ارتباط درمان‌گر با مراجع را تسهیل می‌کند و نهایتا" همکاری مراجع را در درمان‌های رفتاری که درمان‌هایی سخت

1- culture - bond

و اضطراب‌آفرین هستند افزایش می‌دهد.

نکته‌ی دیگری که باید در برخورد با افراد مبتلا به OCD در نظر داشت، نقش رابطه درمانی است. هیچ درمانی بدون یک ارتباط خوب درمانی پیش نمی‌رود. کودکان و نوجوانان مبتلا به OCD به زحمت ارتباط برقرار کرده، سخت اعتماد می‌کنند و پنهان‌کار هستند. علاوه بر این درمان رفتاری انتخابی برای این افراد یعنی رویارویی همراه با پاسخ، درمانی است سخت و تنش‌آفرین و بالاخره افسردگی همراه OCD باعث می‌شود که این افراد از درمان مأیوس باشند و امیدی به بهبود نداشته باشند. با توجّه به این مسایل گذشتن از فرایند ارزیابی و درمان این مراجعین میسّر نیست مگر این که درمان‌گر دارای ویژگی‌هایی باشد که برقراری ارتباط را تسهیل نماید. اطّلاعات مناسب در مورد تابلو بالینی OCD، تجربه‌ی کافی در ارزیابی و درمان، فعّال بودن، جدّی و در عین حال گرم برخورد کردن، خلاقیّت در انتخاب روش و تمرین رفتاری مناسب برای مراجع، تسلّط درمانی کافی جهت تصمیم‌گیری در مورد افزودن تدابیر درمانی دیگر مثلا" دارو از جمله‌ی این ویژگی‌ها است.

درمان‌گر باید بتواند اعتماد مراجع را جلب کند؛ به این معنی که درمان‌جو احساس کند که پرسش‌های او در مورد رفتارها، افکار، هیجان‌ها و انگیزه‌های وی صرفا" جنبه‌ی درمانی داشته و برای کمک به او انجام می‌شود.

نتیجه این که یکی از اصلی‌ترین مراحل مداخله درمانی در OCD، ارزیابی است و ارزیابی درست بدون در نظر گرفتن موارد مذکور میسّر نیست. در صورتی که ارزیابی اختلال در ابتدای کار کامل نباشد، درمان به بن‌بست رسیده و نهایتاً متوقّف می‌شود. یک ارزیابی جامع شامل مصاحبه‌ی تشخیصی، ارزیابی رفتاری ـ شناختی و اجرای آزمون‌های روان‌شناختی مناسب است. چنین ارزیابی نیاز به حدّاقل دو جلسه ۹۰ دقیـقـه‌ای دارد و طبیعی است که در مورد مراجعان "پیچیده"[1]، دارای "همبودی"[2] اختلالات محور دو و نیز برای مصاحبه‌کننده‌ی کم‌تجربه این زمان طولانی‌تر خواهد بود.

در عین حال مواردی پیش می‌آید که در جریان درمان اطّلاعات جدیدی به دست می‌آیند که روند رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ را دگرگون می‌سازند.

ارزیابی

قبلا" اشاره شد که یکی از عمده‌ترین قسمت‌های درمان OCD ارزیابی است. بدون ارزیابی دقیق

1-.complicated
2-.comorbidity

ارتباط درمانی برقرار نشده، اطّلاعات تشخیصی کافی جمع‌آوری نمی‌شوند و اطّلاعات کافی برای ساختن سلسله مراتب به دست نمی‌آیند. هر یک از این ها به تنهایی برای به بن‌بست کشاندن درمان کافی است.

هدف‌های اصلی در ارزیابی OCD عبارتند از:

الف) رسیدن به تشخیص اصلی اختلال که برای این منظور ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی – ویرایش چهارم (DSM-IV) کافی است.

ب) فهرست کردن علائم و نشانه‌های اختلال و گنجاندن آن‌ها در صورت‌بندی رفتاری ـ شناختی.

ج) بررسی سایر مشکلات بیمار شامل تشخیص‌های دیگر همراه با OCD، مشکلات شخصیّتی، خانوادگی، حرفه‌ای، اجتماعی و غیره و افزودن آن‌ها به صورت‌بندی رفتاری ـ شناختی.

د) تصمیم‌گیری در مورد مناسب بودن درمان شناختی ـ رفتاری و نهایتا" طرّاحی روش درمان.

برای رسیدن به اهداف فوق از مصاحبه‌ی تشخیصی، پرسش‌نامه‌های مناسب و جدول‌های "خودپایی"[1] استفاده می‌شود. جزئیّات هر یک از روش‌ها به تفصیل شرح داده خواهد شد. امّا باید توجّه داشت که تعداد ابزارهای موجود برای ارزیابی کودکان و نوجوانان به اندازه و تنوّع ابزار مختصّ بزرگسالان نیست.

مصاحبه‌ی تشخیصی: الگوی کلّی مصاحبه‌ی تشخیصی مورد نظر ما، ارزیابی رفتاری ـ شناختی است. هدف نهایی دست‌یابی به یک صورت‌بندی رفتاری در مورد نشانه‌های اختلال، فراوانی و شدّت آن‌ها، "پیش‌آیندها"[2] ، "همایندها"[3] و "پس‌آیندهای"[4] آن، عوامل تقویت‌کننده‌ی رفتار، تفکیک نشانه‌های رفتاری، شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک اختلال، علائم، نشانه‌ها یا اختلالات روانی دیگر همراه با OCD است.

مصاحبه‌ی تشخیصی با فرد مبتلا به OCD مانند سایر مصاحبه‌های تشخیصی با یک سؤال باز در مورد علّت مراجعه آغاز می‌شود. اطّلاعاتی که مراجع در پاسخ به این سؤال بازگو می‌کند، راه‌گشای سؤال‌های بعدی است. مصاحبه‌گر بر اساس اطّلاعاتی که مراجع داده است، وارد جزئیّات شده و علائم و نشانه‌های اختلال را در چهار حیطه‌ی جداگانه بررسی می‌کند: علائم شناختی، هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیک. امّا قبل از وارد شدن به جزئیّات مذکور مصاحبه‌گر باید به یک تشخیص اوّلیّه رسیده باشد. مصاحبه‌های ساختار یافته‌ای وجود دارند که به مصاحبه‌گر در این مورد کمک می‌کنند. ADIS-R[5] یا "برنامه‌ی مصاحبه‌ی بازنگری شده‌ی اختلالات اضطرابی" از جمله این ابزارها است.

1- Self monitoring
2- Antecedents
3- Contingencies
4- Consequences
5- Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised

ADIS-R اختصاصا" به اختلالات اضطرابی پرداخته و قسمتی از آن حاوی تعدادی سؤال بسته است که به تشخیص OCD می‌انجامد. این مصاحبه‌ی ساختار یافته در تابلو یک آمده است. اگر چه در جواب به پرسشِ بازی که در ابتدای مصاحبه آمده است، مراجع اطّلاعات کلّی در مورد ناراحت‌کننده‌ترین علائم اختلالش می‌دهد، ولی برنامه‌ریزی درمان رفتاری ـ شناختی بدون داشتن اطّلاعات دقیق جزئی در مورد کلیّه‌ی رفتارها، هیجان‌ها، شناخت‌ها و علائم فیزیولوژیک OCD و همچنین سرنخ‌های درونی و محیطی برانگیزنده علائم میسّر نیست.

تابلوی ۱: ADIS-R*

الف) آیا افکار یا تصاویری در ذهن‌تان دارید که غیرمنطقی یا بی‌معنی بوده، مرتّبا" تکرار شده و شما را آزار دهند، امّا قادر نباشید جلوی ورود آن‌ها را به ذهن‌تان بگیرید؟ منظور نگرانی در مورد چیزهایی که احتمال وقوعشان می‌رود نیست بلکه منظور چیزهایی است نظیر افکار تکرارشونده در مورد صدمه زدن یا مسموم کردن دیگران یا فحاشی در حضور دیگران یا تصاویر ذهنی وحشتناک مثل تصادف اعضای خانواده با اتومبیل. بلی ☐ خیر ☐

اگر بلی:

محتوای فکر: .....

تصویر ذهنی: .....

تمایل: .....

تجربه ..... را هر چند وقت یک بار دارید؟ ☐ بار در روز.

تجربه ..... چقدر طول می‌کشد؟ ☐ دقیقه.

وقتی ..... به ذهن‌تان می‌آید تا چه حد اطمینان دارید که درست است؟ (مثلا" عملا" در هنگام رانندگی فردی را زیر خواهید گرفت، واقعا" عمل ناشایستی را انجام خواهید داد، یا واقعا" به کسی اطّلاعات اشتباهی می‌دهید که به او لطمه خواهد زد).

۰ (اصلا") ۱۰۰ (کاملا")

* توجّه داشته باشید که ADIS-R یک مصاحبه‌ی ساختار یافته است. مصاحبه‌گر این فرم را نزد خود نگه داشته و پس از پرسیدن سؤالات، آن‌ها را در فرمی که بدست دارد، یادداشت می‌کند. مصاحبه‌گر هنگام مصاحبه به جای نقطه‌چین‌ها، محتوا یا جملات خود مراجع را قرار می‌دهد.

زمان‌هایی که . . . . . در ذهن‌تان نیست (شاید همین حالا) تا چه حد به درست بودن آن اعتقاد دارید؟ ۰ (اصلا") ۱۰۰ (کاملا")

چطور . . . . . به ذهن‌تان می‌آید؟ . . . . . .

ب) *مقاومت:* آیا سعی می‌کنید از دست . . . . . خلاص شوید یا به خودتان چیزهای به خصوصی می‌گویید یا از تصاویر ذهنی خاصّی استفاده می‌کنید که . . . . . را خنثی کنید؟ بلی ☐ خیر ☐

اگر بلی، مشخّص کنید . . . . . .

ج) *اجتناب:* آیا از موقعیّت‌ها یا موضوعات خاصّی اجتناب می‌کنید چون آن‌ها . . . . . را در شما برمی‌انگیزد؟ بلی ☐ خیر ☐

اگر بلی، مشخّص کنید. . . . . .

د) *آشفتگی، مشکلات اجتماعی، مشکلات کاری:* چقدر از داشتن این افکار یا تصاویر ذهنی رنج می‌برید؟ چه تأثیری روی زندگی شما گذاشته‌اند؟ . . . . . .

الف) آیا مجبورید اعمالی را مکرراً انجام دهید؟ اعمالی که به نظر نمی‌رسد معنایی داشته باشند و شما نمی‌خواهید (مایل نیستید) آن‌ها را انجام دهید؟ مثلا" شستن مکرر چیزی یا شمردن چیزها یا وارسی چندین و چند باره‌ی چیزی (مثل درهای قفل شده یا کاغذها و مدارک مهم) یا وارسی راه‌هایی که در آن‌ها رانندگی کرده‌اید؟ آیا شما زمان طولانی صرف انجام کارها می‌کنید؟

بلی ☐ خیر ☐

اگر بلی، مشخّص کنید: . . . . . .

محتوا: . . . . . .

چند بار کار . . . . . را انجام می‌دهید؟ ☐ بار در روز، چقدر وقت صرف می‌کنید؟ ☐ دقیقه در روز

ب) *مقاومت:* آیا شما سعی می‌کنید در مقابل انجام . . . . . مقاومت کنید و یا در ابتدا مقاومت می‌کردید؟ بلی ☐ خیر ☐

اگر بلی: چند بار و چقدر مقاومت می‌کنید؟ .....

ج) *اجتناب:* آیا از موقعیّت‌ها یا اشیاء خاصّی به دلیل این که باعث می‌شوند شما احساس کنید که مجبور به انجام ..... هستید، پرهیز می‌کنید؟

بلی ☐ خیر ☐

اگر بلی، مشخّص کنید .....

آیا کسانی را دارید که کارهایی را برایتان انجام دهند تا شما مجبور نباشید در این موقعیّت‌ها با اشیاء تماس داشته باشید؟ بلی ☐ خیر ☐

اگر نتوانید این کارها را انجام داده یا به پایان برسانید تا چه اندازه مضطرب می‌شوید؟ .....

فکر می‌کنید اگر این کارها را انجام ندهید چه اتّفاقی ممکن است رخ دهد؟ .....

.....

د) *آشفتگی/ مشکلات اجتماعی، مشکلات حرفه‌ای:* چقدر دچار دردسر می‌شوید؟ این وضعیت چه مشکلاتی در محیط کار، خانه یا اجتماع برای شما به وجود آورده است؟ .....

.....

علائم و نشانه‌ها

به طور کلّی نشانه‌های OCD را می‌توان به چند گروه تقسیم کرد. در این جا نشانه‌های مذکور به تفضیل شرح داده می‌شوند:

علائم رفتاری: علائم رفتاری OCD یا به بیان دیگر نشانه‌هایی که خود را به صورت رفتار آشکار و قابل مشاهده نشان می‌دهند چند دسته‌اند:

الف) رفتارهایی که فکر وسواسی را به کار می‌اندازند. مثلا" دست زدن به چیزهای نجس و هر چیزی که در مراجع ترس وسواسی را برمی‌انگیزد. آنچه در فرهنگ ما بیشتر از همه در مراجعان مشاهده می‌شود، تماس با خون، ادرار، مدفوع و چیزهای چرب است. این رفتارها شامل موقعیّت‌ها یا افراد هم می‌شود. بسیاری از مراجعان در اثر تماس با افراد خاص یا قرار گرفتن در موقعیّت‌های خاص دچار فکر وسواسی می‌شوند که مثلا" "نجس شدم" یا "بیمار می‌شوم".

ب) رفتارهای اجتنابی آشکار مثل نرفتن به محل‌های خاص یا انجام ندادن کارهایی بخصوص. به عنوان مثال مراجع به دستگیره‌های در دست نمی‌زند، خرید نمی‌کند، به منزل افراد خاصّی نمی‌رود، از قسمت‌های

خاصّی از خانه عبور نمی‌کند و نظایر آن.

ج) انجام رفتارهایی برای کنترل محیط تا به این ترتیب از فراوانی افکار وسواسی کاسته شود و جلوی ورود آن‌ها به ذهن فرد گرفته شود. مثلا" مراجع رفت و آمد افراد خانواده را در قسمت‌هایی از خانه ممنوع می‌کند، اجازه دست زدن به وسایل خاصّی را به دیگران نمی‌دهد، در دستشویی از چکمه استفاده می‌کند، بند رخت خود را از سایر افراد خانواده جدا می‌کند.

د) تشریفات رفتاری برای خنثی کردن فکر وسواسی. به این معنی که مراجع به تدابیری متوسل می‌شود تا افکار وسواسی را که به ذهنش آمده‌اند کنترل کند. مثلا" با شست‌وشوی فراوان یا با وارسی مکرر یا با مرتّب کردن افراطی وسایل خود سعی در کنترل و خنثی‌سازی افکار وسواسی دارد.

هـ) و بالاخره آخرین تدبیر رفتاری مراجعان مبتلا به OCD تضمین‌خواهی مکرر یا محوّل کردن کارهای برانگیزنده‌ی وسواس به دیگران است. مثلا" نوجوان از والدینش می‌خواهد که قفل کردن درب‌ها را بر عهده بگیرند و یا مادرش آبکشی لباس‌ها را انجام دهد و یا پدرش بر نحوه‌ی آب کشیدن دست وی نظارت کرده و به او اطمینان دهد که دستش پاک شده است. درمان‌گر رفتاری شناختی باید به دقّت همه‌ی نشانه‌های فوق را مورد پرسش قرار داده و در مورد حضور و یا عدم حضور آن‌ها اطمینان حاصل نماید و همچنین مشخّص کند که شدّت و فراوانی هر یک چقدر است. در ادامه این بخش روش‌های اندازه‌گیری نشانه‌ها شرح داده خواهد شد.

افکار وسواسی، الف) در مصاحبه‌ی بالینی باید شدّت و فراوانی و نوع اشتغالات فکری وسواس‌گونه‌ی مراجع روشن شود. این وسواس‌ها معمولا" به شکل فکر، تصویر، تکانه یا میل خود را نشان می‌دهند. مثلا" "چطور باید خودم را از این وضع نجات بدهم" ، "همه چیز نجس است" یا تکرار جملات خاص نیز نوعی وسواس فکری هستند.

وسواس فکری می‌تواند به صورت تصاویر ذهنی که مراجع نمی‌تواند آن‌ها را کنار بزند، مثلا" دیدن مناظر پرخاشگرانه یا جنسی در ذهن خود باشد. وسواس فکری می‌تواند به صورت یک میل باشد. به عنوان نمونه دختر نوجوانی اظهار می‌کرد که "دلم می‌خواهد در مورد لباس و قیافه‌ی آدم‌ها اظهارنظر کنم و می‌ترسم مبادا این کار را در جمع انجام دهم". و بالاخره وسواس فکری می‌تواند به صورت تکانه، مثلا" میل به پرتاب کردن دیگران از پنجره یا چاقو زدن به مادر خود یا ترس از به زبان آوردن دشنام باشد.

ب) مصاحبه‌گر باید در طیّ مصاحبه علاوه بر این که وجود افکار، تکانه‌ها، امیال یا تصاویر ذهنی مذکور را بررسی می‌کند، در مورد محتوای آن‌ها نیز اطّلاعاتی به دست آورد. مصاحبه‌گر باید دریابد که آیا محتوای

این افکار، در رابطه با آلودگی، پرخاشگرانه، مذهبی یا جنسی هستند و آیا این افکار جنبه‌ی خرافی یا "جادویی"[1] دارند یا خیر؟ بدیهی است که دانستن محتوای افکار وسواسی جهت انتخاب روش مقابله‌ی رفتاری ـ شناختی مناسب در برنامه درمان ضروری است.

ج) مواردی وجود دارند که فکر، فرد یا موقعیّت خاصّی آغازگر افکار وسواسی هستند. شناخت این افکار، افراد یا موقعیّت‌هایی که "سرنخ"[2] آغاز فکر وسواسی هستند در مصاحبه‌ی اوّلیّه ضروری است. کم نیستند نوجوانان یا کودکانی که در زمان تنهایی در خانه یا تنهایی در مدرسه درگیر تشریفات وسواسی می‌شوند.

د) بخش دیگری از افکار وسواسی که باید در مصاحبه‌ی اوّلیّه مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرند، افکار خنثی‌کننده[3] هستند. به این معنی که معمولا" مراجعان مبتلا به OCD به نحوی سعی در کاهش فشار، آشفتگی و اضطراب ناشی از افکار وسواسی که قبلا" شرح آن رفت، دارند. این فعّالیّت خنثی‌کننده یا کاهنده‌ی اضطراب می‌تواند رفتاری باشد (همان رفتارهایی که در قسمت اوّل به آن‌ها اشاره کردیم مثل شست‌وشو و وارسی) و می‌تواند فکری باشد. به این معنی که مراجع سعی می‌کند با تکرار افکار خاصّی از فشار افکار وسواسی بکاهد. مثلا" جمله‌ای را در ذهن خود تکرار کند، دعای خاصّی بخواند، در ذهن خود کارها را وارسی کند، یا با تشریفات فکری خاصّی آنچه را که به نظرش خطا می‌آید تصحیح کند. DSM-IV این افکار خنثی‌کننده یا تشریفات فکری را جزء وسواس‌های عملی دسته‌بندی می‌کند.

هـ) دسته‌ی دیگری از نشانه‌های فکری که باید مورد بررسی قرار گیرند، اجتناب‌های شناختی هستند. مصاحبه‌گر باید در طیّ مصاحبه بررسی کند که آیا مراجع از افکارخاصّی پرهیز می‌کند یا خیر و آیا این پرهیز و اجتناب در جهت کاهش اضطراب و احساس گناه است یا نه.

و) و بالاخره مورد دیگری که باید توسّط مصاحبه‌گر ارزیابی شود میزان اعتقاد فرد به افکارش و میزان مقاومت وی در برابر این افکار است. مراجعانی که به افکار وسواسی خود کاملا" اعتقاد داشته و آن‌ها را کاملا" باور دارند، دچار فکر "بیش بها داده شده" بوده و در انتخاب روش درمان باید حتما" از روش‌های شناخت درمانی کمک گرفت. برعکس مراجعانی که نسبت به افکار خود بیگانه بوده و خود نیز از وجود این افکار در ذهن‌شان ناراحت هستند، در درمان رفتاری "رویارویی همراه یا جلوگیری از پاسخ"، همکاری بیشتری خواهند داشت. برای دست‌یابی به اطّلاعاتی که ذکر شد می‌توان از چک لیست علائم وسواس

1.magical
2.cue
3- nutralizing thoughts

فکری ـ عملی "یل ـ براون"[1] کمک گرفت. این ابزار ادامه همین نوشته معرّفی خواهد شد.

علائم هیجانی: قسمت سوم نشانه‌های OCD که باید در مصاحبه‌ی بالینی مورد توجّه قرار گیرند، علائم هیجانی هستند. مصاحبه‌گر باید به وجود هیجان‌هایی نظیر اضطراب و افسردگی در مراجع توجّه کافی مبذول داشته و نشانه‌های آن‌ها را دقیقا" بررسی کند. گاهی شدّت علائم افسردگی و اضطراب در مراجعان به حدّی است که محتاج مداخله‌ی درمانی جداگانه بوده و اگر مورد درمان قرار نگیرند، جریان رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ را مختل می‌کند. در صورت نیاز می‌توان از پرسش‌نامه‌های اضطراب[2] و افسردگی "بک"[3] یا مقیاس اضطراب آشکار "تیلور"[4] استفاده کرد.

علائم فیزیولوژیک: چهارمین عاملی که باید در مصاحبه مورد بررسی قرار گیرد، علائم فیزیولوژیک بیماری است. وجود اختلال در کارکرد بیولوژیک و به ویژه اختلالات جسمی که می‌توانند اضطراب و افسردگی ایجاد نمایند نظیر کم‌کاری یا پرکـــاری تیـروئـید باید مورد بررسی قرار گیرند. در صورت وجود چنین اختلالاتی، درمان جداگانه‌ی آن‌ها توسّط متخصص مربوطه ضروری است. از سوی دیگر OCD تعدادی شاخص فیزیولوژیک دارد که باید در ارزیابی مورد توجّه قرار گیرند. نشانه‌های فیزیولوژیک اضطراب علائمی مثل تپش قلب و تعریق و اختلالات خواب و خوردن هستند. البتّه باید توجّه داشت که اندازه‌های فیزیولوژیک اضطراب بیشتر کاربرد پژوهشی دارند تا درمانی و در مجموع کم‌تر در ارزیابی رفتاری OCD مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در ارزیابی رفتاری، وجود هر یک از چهار دسته علائم فوق را جداگانه مورد پرسش قرار می‌دهیم و از مراجع می‌خواهیم نمونه‌هایی از رفتارها، افکار و هیجان‌هایش را به صورت مثال بیان کند. این نوع پرسش بسیار مفید است، زیرا همین مثال‌ها و همین نمونه‌های رفتار بعدا" در ساختن سلسله مراتب محرّک‌های برانگیزنده‌ی اضطراب و وسواس بسیار مفید خواهند بود. و در واقع همین نمونه‌های رفتاری زمینه‌های جلسات رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ را تشکیل خواهند داد.

توصیه می‌شود مصاحبه‌گر چرخه‌ی ایجاد رفتار وسواسی یعنی ارتباط بین موقعیّت محرّک، فکر وسواسی و رفتار خنثی‌کننده را به همان ترتیبی که مراجع شرح داده است، برای وی تکرار کند تا مطمئن شود رابطه بین سرنخ‌های محیطی و سرنخ‌های درونی با افکار و رفتارهای وسواسی را به درستی متوجّه

1-.Yale-Brown Obsessive Compulsive Checklist
2-.Beck Anxiety Inventory
3-.Beck Depression Inventory
4-.Tylor Manitest Anxiety Scale

شده است. این تکرار باعث می‌شود ابهامات و سوء برداشت‌ها رفع شده و مراجع دریابد که مصاحبه‌گر مشکل وی را به درستی درک کرده است.

بهتر است بررسی نشانه‌های رفتاری، فکری، هیجانی و فیزیولوژیک اختلال، از رفتارهای وسواسی شروع و به افکار وسواسی ختم شود. چرا که رفتارهای وسواسی معمولا" آشکار بوده و بیشترین درد سر را برای اطرافیان کودک ایجاد می‌کنند. به همین دلیل وی سعی کمتری در پنهان کردن آن‌ها داشته و راحت‌تر آن‌ها را بیان می‌کند. در گام‌های بعدی هیجان‌ها و سپس علائم فیزیولوژیک اختلال است که مورد پرسش قرار می‌گیرند. صحبت درباره‌ی محتوای افکار وسواسی آخرین قسمت از ارزیابی نشانه‌های OCD است. مراجعان مبتلا به OCD به دلیل "بیگانه با خود" بودن علائم اختلال و احساس شرم و گناه، افکار وسواسی خود را پنهان کرده و محتوای افکار خود را به راحتی مطرح نمی‌کنند. اگر درمان‌گر مصاحبه را با بررسی علائم غیرفکری بیماری شروع کند، مراجع فرصت کسب آرامش را به دست آورده، به درمان‌گر اعتماد کرده و نسبت به تجربه و کارایی او اطمینان حاصل می‌نماید و به این ترتیب آزادانه‌تر صحبت خواهد کرد.

در پایان این قسمت مصاحبه درمان‌گر باید فهرست تقریبا" کاملی از علائم وسواس فکری ـ عملی مراجع به دست آورده باشد و با استفاده از تجربه‌ی قبلی خود با سؤال‌های مستقیم سایر علائمی را که حدس می‌زند در مراجع وجود داشته ولی مراجع از آن‌ها صحبت نکرده است بررسی کند. همان طور که قبلا" اشاره شد چک لیست وسواس‌های فکری ـ عملی "یل ـ براون" فهرست مفصّلی از نشانه‌های رایج OCD در اختیار می‌گذارد. (این چک لیست در تابلوی شماره‌ی ۳ آمده است).

بخش بعدی ارزیابی OCD، بررسی تاریخچه‌ی بیماری است که مانند سایر اختلالات روانی اخذ می‌گردد. این شرح حال باید به ویژه شامل اطّلاعات زیر باشد:

عوامل "زمینه‌ساز"[1] و عوامل "تسریع‌کننده‌ی"[2] اختلال، سابقه‌ی خانوادگی وجود OCD و سایر اختلالات روانی، نوسانات دوره‌ای اختلال، سایر اختلالات روانی همراه با OCD، تاریخچه‌ی درمان و نوع درمان‌های انجام گرفته و همچنین میزان تأثیر آن‌ها، درجه‌ی تأثیر اختلال در زندگی خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی مراجع و نقش آن در روابط مراجع با افراد مهمّ زندگیش باید بررسی شوند. نقش اطرافیان مراجع در دوام علائم (یعنی این که در انجام تشریفات وسواسی کمک‌کننده هستند یا بازدارنده، آیا در برابر خواسته‌های وسواسی مراجع مقاومت کرده و با وی درگیر می‌شوند و یا در انجام تشریفات وسواسی با او

1-.predisposing
2-.precipitating

همکاری می‌کنند) باید مورد بررسی قرار گیرد. داشتن اطّلاعاتی که ذکر شد به خصوص از جهت پیش‌بینی پیش آگهی اختلال، طرّاحی روش درمان، تصمیم‌گیری در مورد اضافه کردن تدابیر درمانی دیگر و تخمین میزان همکاری افراد خانواده در درمان، مفید است. برای به دست آوردن این اطّلاعات باید علاوه بر خود مراجع با خانواده‌ی وی نیز مصاحبه نمود. در بسیاری از موارد کمک گرفتن از اعضای خانواده‌ی مراجع جهت انجام تکالیف خانگی و کمک در انجام رویارویی‌های زنده، بسیار مفید است، امّا این کار مستلزم آموزش کافی این افراد و جلب همکاری و موافقت آن‌ها است. به همین دلیل کسب اطّلاعات کافی در زمینه‌های فوق در هنگام مصاحبه‌ی بالینی ضروری است.

ابزارهای دیگر

در کنار مصاحبه‌ی بالینی ابزارهای دیگری نیز وجود دارند که در جمع‌آوری اطّلاعات در مورد OCD کمک‌کننده هستند. متداول‌ترین این ابزارها "مشاهده"[1]، "خودپایی"[2] و "پرسش‌نامه‌ها"[3] و "چک لیست‌ها"[4] هستند.

خودپایی، خودپایی به ویژه در ارزیابی و درمان OCD کاربرد فراوان دارد چون مشکل اصلی این افراد، اشکال در فرایند پردازش اطّلاعات و در نتیجه تکرار رفتارها یا اجتناب‌هایی است که خود مراجع بیش از هر کس دیگری در جریان آن‌ها است و در بسیاری از موارد (به دلیل پنهان‌کاری این افراد) کسی غیر از خودشان از وجود آن‌ها خبر ندارد. مشاهده و ثبت فراوانی، مدّت و شدّت نشانه‌های اصلی وسواس‌های فکری ـ عملی یکی از کاربردی‌ترین و عینی‌ترین روش‌های جمع‌آوری اطّلاعات و ارزیابی این مراجعان است. خودپایی که ابزار عینی و مقیاس عددی فراوانی و مدّت رفتارهای وسواسی است، به درمان‌گر و مراجع کمک می‌کند که به طور روزانه در جریان پیشرفت درمان بوده و تأثیر درمان در کاهش هر یک از تشریفات وسواسی را به طور عینی ببینند.

بهترین راه استفاده از روش خودپایی این است که جدولی تهیّه کنیم که مراجع همه روزه تعداد (فراوانی) و مدّت (زمان) رفتارها و افکار وسواسی را که هدف درمان هستند در آن ثبت کند. به عنوان مثال مراجعی که بیشترین مشکل را در زمینه دست شستن، حمّام رفتن و دستشویی رفتن دارد، جدول خودپایی به شرح زیر تهیّه می‌کند. (تابلوی شماره ۲)

1-.observation
2-.selfmonitoring
3-.questionnaries
4-.checklists

تابلوی ۲

فرم خودپایی

تاریخ	تعداد دست شستن	مدّت شستن دست	تعداد حمّام رفتن	مدّت استحمام	تعداد دستشویی رفتن	مدّت دستشویی	تعداد آب کشیدن پا	مدّت آب کشیدن پا	تعداد تکرار وضو	مدّت هر نوبت وضو گرفتن

طبیعی است که موضوعات مطرح شده در جدول‌های مختلف خودپایی با هم متفاوت بوده و متناسب با علائم مراجع تنظیم می‌گردد. ممکن است یک مراجع تعداد شک‌های خود را یادداشت کند و دیگری تعداد وارسی‌های خود را ثبت کند.

در تمامی موارد کم کردن فراوانی (تعداد) و یا شدّت و یا مدّت یک رفتار هدف درمان نیست. در برخی موارد ـ خصوصاً در مراجعان اجتناب‌کننده ـ هدف از رفتار درمانی افزایش رفتار است. به عنوان مثال در مورد نوجوانی که به دلیل طول کشیدن استحمامش، ماهی یک بار حمّام می‌کند، افزایش فراوانی استحمام مورد نظر است و نه کاهش آن.

خودپایی‌ها علاوه بر این که در مورد پیشرفت کار درمان برای درمان‌گر ملاک معتبری محسوب می‌شوند، برای مراجعان افسرده‌ای که معتقدند هیچ تغییری نکرده‌اند نیز یک ملاک عینی و واضح به حساب می‌آیند چرا که به وسیله‌ی خود مراجع تهیّه می‌شوند. تبدیل اطّلاعات خودپایی‌ها به نمودار هفتگی یا ماهانه شاخص ساده و قابل فهمی برای مراجع خواهند بود.

زمانی که از مراجع خواسته می‌شود وسواس‌های خود را به طور روزانه ثبت کند، در صورتی که دلیل و منطق این کار را بداند، همکاری بیشتری خواهد داشت. توضیحاتی نظیر این می‌توانند مفید باشند:

"حالا که معلوم شد مشکلات عمده‌ی شما کدام هستند، مایلم بدانم «اندازه‌ی» این مشکلات چقدر است. مثلا" وقتی می‌گویی دستم را خیلی می‌شویم، می‌خواهم بدانم این خیلی، چه قدر است؟ چند بار در روز و هر بار چه مدّت طول می‌کشد؟ دانستن این موضوع از این جهت مهم است که هدف درمان، کاهش شست‌وشو است و اگر ندانیم قبل از شروع درمان شست‌وشو چه قدر بوده است، نمی‌توانیم بدانیم که آیا در

طول درمان این رفتار کاهش یافته است یا خیر. به عبارت دیگر ما به یک اندازه‌ی عددی احتیاج داریم که به کمک آن مؤثّر بودن درمان را اندازه بگیریم و کاهش یا افزایش شست‌وشو را به طور عینی ببینیم. این اندازه‌ی عددی به خود شما هم کمک می‌کند که ببینید تا چه اندازه تلاشی که برای بهبودی خود می‌کنید مؤثّر واقع می‌شود. بنابراین من از شما می‌خواهم از حالا به بعد مراقب باشید و مقدار رفتار شست‌وشوی خود را روزانه در این جدول وارد کنید. ممکن است این کار کمی سخت یا وقت‌گیر باشد، ولی در عمل خواهید دید که چه قدر خوب نتیجه‌ی کارتان را به شما منعکس می‌کند و بنابراین ارزش انجام دادنش را دارد. به بیان دیگر همان طور که درجه‌ی تب یا اندازه‌ی فشار خون اعدادی هستند که درباره‌ی بدن شما اطّلاعاتی به پزشک می‌دهند، این اعداد هم درباره رفتار شما اطّلاعاتی به دست می‌دهند که بدون آن‌ها برنامه‌ریزی درمان مشکل خواهد بود. حال بیایید یکبار با هم این جدول را مرور کنیم و ببینیم چه طور باید پر شود و بعد اگر پیشنهاد یا سؤالی دارید بفرمایید."

فهرست نشانه‌های وسواس فکری ـ عملی یل ـ براون (YBOCS-S[1]): این مقیاس یکی از بهترین ابزارهای بالینی و پژوهشی موجود در مورد وسواس فکری ـ عملی است. این فهرست برای اوّلین بار در سال ۱۹۸۹ توسّط گودمن[2] و همکارانش معرفی شد. پژوهش‌های مختلف، پایایی و روایی خوبی برای آن گزارش کرده‌اند و این ابزار نسبت به بهبود بالینی نیز حسّاس است. نحوه‌ی استفاده از آن به این صورت است که در ابتدا مصاحبه‌گر واژه‌های وسواس فکری و وسواس عملی را برای مراجع تعریف می‌کند. این تعریف باعث می‌شود درمان‌گر و مراجع ذهنیّت مشترکی در مورد مفاهیم تکنیکی پیدا کنند و اغتشاش و آشفتگی در تعریف اختلال به حدّاقل برسد. سپس درمان‌گر ٦٤ نشانه‌ی وسواس فکری ـ عملی موجود در فهرست را بررسی کرده و مشخّص می‌کند که کدام یک از آن‌ها در مراجع وجود دارد. کدام یک از آن‌ها قبلا" وجود داشته است و کدام یک از آن‌ها جزء علائم اصلی مراجع محسوب می‌شوند. این فهرست در تابلوی شماره ۳ آمده است و تقریبا" دربرگیرنده‌ی کلیّه‌ی علائمی است که ممکن است در تابلو بالینی یک مراجع مبتلا به OCD مشاهده می‌شوند. با این حال در پایان هر بخش یک قسمت "غیره" وجود دارد که نشانه‌های نادری که در فهرست نیامده ولی مراجع به آن‌ها مبتلا است در آن یادداشت می‌شود. مثلا" در مورد مراجعی به این دلیل که می‌ترسد مبادا دشنام از دهانش خارج شود، مطلقا" حرف نمی‌زند، این رفتار حرف نزدن وسواسی را می‌توان در قسمت "غیره" یادداشت نمود.

1-.Yale Brown Obsessive Compulsive Scale & Symptom
2-.Goodman

فهرست به دو قسمت اصلی افکار وسواسی و اعمال وسواسی تقسیم می‌شود. در قسمت وسواس‌های فکری، وسواس‌های فکری با محتوای پرخاشگری، آلودگی، جنسی، مذهبی، جمع کردن، قرینه و دقّت، جسمی و متفرقه آورده شده است. بعد از این که مصاحبه‌گر تمامی فهرست را مورد پرسش قرار داد، درمان‌گر و مراجع با توافق مشترک رفتارها یا افکاری را که بیشتر از همه مراجع را رنج می‌دهند (و در چک لیست با علامتP[1] تعیین شده‌اند) انتخاب کرده و برنامه‌ی درمان را برای تغییر آن‌ها طرّاحی می‌کنند.

علاوه بر فهرستی که از آن صحبت شد، یل ـ براون مقیاسی جهت کمّی کردن درجه‌ی دشواری و زحمت ناشی از این علائم تنظیم کرده است. ده مقیاس از نوع لیکرت برای درجه‌بندی شدّت وسواس‌های فکری و عملی به طور جداگانه وجود دارد که در تابلو شماره‌ی ۳ آورده شده‌اند. هر یک از این مقیاس‌ها بر اساس شدّت از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌ی کل شدّت OCD را در بیمار نشان می‌دهند. نمره‌ی YBOCS می‌تواند بین صفر تا چهل باشد. معمولا" نمره‌ی ۱۷ نقطه‌ی برش[2] جهت تشخیص OCD قرار داده می‌شود. علاوه بر ده مقیاس مذکور،میزان بینش مراجع به علائم، اجتناب، بی‌تصمیمی، مسؤولیّت‌پذیری مرضی، کندی و شک مرضی نیز از صفر تا چهار درجه‌بندی می‌شوند. و بالاخره شدّت کلّی و بهبود کلّی مراجع از یک تا شش نمره‌گذاری می‌شود. اجرای فهرست YBOCS و مقیاس مربوطه حدود ۳۰ ـ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامد. گرچه صرف این زمان در یک جلسه مصاحبه‌ی بالینی به نظر زیاد می‌رسد، اطّلاعات به دست آمده از این مقیاس ـ مخصوصا" از فهرست علائم ـ ارزش صرف این زمان را دارد. این مجموعه برای کودکان نیز قابل استفاده است. تنها بایستی واژه‌ها و اصطلاحات آن برای کودکان توضیح داده شده و با جمله‌ها و عبارت‌های متناسب با سطح رشدی کودک مطرح گردند. مجموعه‌ی مصاحبه‌ی تشخیصی، خودپایی و YBOCS، اطّلاعات کافی برای برنامه‌ریزی و شروع درمان را به دست می‌دهند.

تابلو شماره‌ی ۳

فهرست نشانه‌های وسواس فکری ـ عملی یل براون و مقیاس آن

نام: تاریخ: نام ارزیاب:

همه علائمی را که در بیمار وجود دارد یا در گذشته وجود داشته با علامت (×) روی نقطه چین‌ها مشخّص کنید. برای علائم عمده و اصلی بیمار به جای (×) از (P) استفاده کنید. فقط علامت‌هایی را مشخّص کنید که نشانه OCD هستند و نه علامت بیماری‌های دیگر (مثلا" ترس مرضی اختصاصی و هیپوکندریا). علائمی که

1- problematic
2- cut off point

"ممکن است" نشانه بیماری‌های دیگر باشند، با * مشخّص شده‌اند.

حال	گذشته	وسواس‌های فکری پرخاشگرانه
----	----	ترس از این که مبادا به خود صدمه بزند.
----	----	ترس از این که مبادا به دیگران صدمه بزند.
----	----	تخیّلات خشونت‌آمیز یا ترسناک.
----	----	ترس از به زبان آوردن کلمات وقیح و دشنام.
----	----	ترس از انجام دادن چیز خجالت‌آور دیگری. *
----	----	ترس از انجام یک تکانه علی‌رغم میل خود (مثلا" چاقو زدن به دوست).
----	----	ترس از این که مبادا چیزی بدزدد (مثل دزدی از بانک، کش رفتن چیزی از خواربارفروشی).
----	----	ترس از صدمه زدن به دیگران به علّت بی‌احتیاطی (مثلا" در رانندگی).
----	----	ترس از این که به دلیل بی‌احتیاطی او حادثه‌ی بد دیگری اتفاق بیفتد (مثلا" آتش‌سوزی، سرقت و غیره).

حال	گذشته	وسواس‌های فکری در زمینه‌ی آلودگی
----	----	نگرانی و انزجار نسبت به ترشّحات یا مواد دفعی بدن (مثلا" ادرار، مدفوع، آب‌دهان).
----	----	نگرانی درباره کثیفی یا میکروب.
----	----	نگرانی فراوان درباره‌ی آلودگی‌های محیطی (مثلا" تشعشعات اتمی، فضولات سمی، لمس توسّط دیگران).
----	----	نگرانی مفرط درباره‌ی امور خانه (مثلا" مواد تمیزکننده، حلّال‌ها).
----	----	نگرانی مفرط در مورد حیوانات (مثلا" حشرات).

---- ---- اذیّت شدن به واسطه مواد چسبناک یا رسوبی.

---- ---- نگرانی از این که مبادا در اثر آلودگی بیمار شود.

---- ---- نگرانی از این که مبادا دیگران را به واسطه سرایت آلودگی بیمار کند (پرخاشگرانه).

---- ---- هیچ نگرانی در مورد پیامدهای آلودگی ندارد جز این که چه احساسی خواهد داشت.

---- ---- غیره.

حال گذشته وسواس‌های فکری جنسی

---- ---- افکار، تخیّلات یا تکانه‌های جنسی ممنوع یا منحرف.

---- ---- با محتوای مربوط به بچّه‌ها یا محارم.

---- ---- با محتوای مربوط به همجنس‌گرایی. *

---- ---- رفتار جنسی نسبت به دیگران (پرخاشگرانه). *

---- ---- غیره.

حال گذشته وسواس جمع کردن، انبار کردن

---- ---- (با عادت‌ها و حسّاسیّت نسبت به اشیایی که جنبه‌ی خاطره و یادبود دارند، فرق گذاشته شود).

حال گذشته وسواس فکری مذهبی

---- ---- نگرانی در مورد توهین به مقدّسات و کفرگویی.

---- ---- نگرانی در مورد درست و غلط و اخلاقیّات.

---- ---- غیره.

حال گذشته وسواس فکری در مورد نیاز به قرینه بودن و دقّت

---- ---- همراه با تفکّر جادویی (مثلا" اگر همه چیز سر جای خودش نباشد، مادرم دچار حادثه می‌شود).

---- ---- بدون تفکّر جادویی.

حال گذشته وسواس‌های فکری متفرّقه

---- ---- نیاز وسواسی به دانستن یا به خاطر آوردن چیزها.

---- ---- ترس از گفتن مطالبی به خصوص.

---- ---- ترس از این که مبادا آن چیزی را که درست نیست بگوید.

---- ---- ترس از گم کردن چیزها.

---- ---- تخیلات به زور ظاهرشونده‌ی خنثی.

---- ---- صداهای بی‌معنا، کلمات یا موسیقی که به زور وارد ذهن فرد می‌شوند.

---- ---- اذیّت شدن به واسطه‌ی صداها و شلوغی خاص. ❊

---- ---- اعداد خوش یمن یا بد یمن.

---- ---- رنگ‌هایی که معنای خاص دارند.

---- ---- ترس‌های جادویی (خرافی).

---- ---- غیره.

حال گذشته وسواس‌های جسمی

---- ---- نگرانی در مورد بیماری‌ها یا اختلافات. ❊

---- ---- نگرانی مفرط در مورد قسمت‌هایی از بدن یا جنبه‌های ظاهری (مثلا" دیسمورفوفوبیا). ❊

---- ---- غیره.

حال گذشته وسواس‌های عملی شست‌وشو ـ نظافت

---- ---- دست شستن افراطی یا با تشریفات خاص.

---- ---- دوش گرفتن، حمّام کردن، مسواک کردن یا آراستن افراطی یا با تشریفات خاص.

---- ---- نظافت مداوم وسایل خانه یا سایر اشیا (بدون سایر رفتارهایی که برای جلوگیری یا برطرف کردن تماس ب (آلوده‌کننده‌ها انجام می‌شود).

---- ---- غیره.

حال گذشته وسواس وارسی (چک کردن)

---- ---- وارسی قفل‌ها، اجاق گاز، سایر وسایل خانه و غیره.

---- ---- وارسی این که به دیگران صدمه‌ای نزده یا نخواهد زد.

---- ---- وارسی این که به خود صدمه‌ای نزده یا نخواهد زد.

---- ---- وارسی این که چیزی هولناک انجام نداده یا اتّفاق نمی‌افتد.

---- ---- وارسی این که اشتباهی نکرده است.

---- ---- وارسی‌هایی در رابطه با وسواس‌های جسمی.

---- ---- غیره.

حال گذشته تشریفات تکرار کردن

---- ---- دوباره خواندن یا دوباره نوشتن.

---- ---- نیاز به تکرار فعّالیّت‌های روزمره (مثلا" بیرون رفتن از درب یا نشستن را تکرار کردن).

---- ---- غیره.

حال گذشته وسواس شمارش

---- ---- وسواس عملی نظم و ترتیب.

---- ---- وسواس‌های عملی جمع کردن، انبار کردن. مثلا" نامه‌های قدیمی را

با دقّت خواندن، تلنبار کردن روزنامه‌های قدیمی، از توی آشغال‌ها چیز جمع کردن، جمع کردن چیزهای بی‌مصرف.

حال	گذشته	وسواس‌های عملی متفرقه
----	----	تشریفات فکری غیر از وارسی و شمردن.
----	----	فهرست درست کردن افراطی.
----	----	نیاز به گفتن، پرسیدن یا اعتراف کردن.
----	----	نیاز به لمس، ضربه زدن یا مالیدن. *
----	----	تشریفاتی نظیر چشمک زدن یا خیره شدن. *
----	----	اقدام‌هایی غیر از وارسی برای پیشگیری از صدمه به خود، به دیگران یا پیامدهای وخیم.
----	----	رفتار خوردن تشریفاتی. *
----	----	رفتار خرافی.
----	----	کندن موی سر. *
----	----	سایر رفتارهای به خود آسیب رساندن، خود را زخمی کردن.*
----	----	غیره.

YBOCS

مشخّصات مراجع

تاریخ: نام ارزیاب:

YBOCS TOTAL

جمع مواد یک تا ده ☐

	هیچ	خفیف	متوسّط	شدید	خیلی‌شدید
۱ـ وقت صرف شده برای وسواس‌های فکری	۰	۱	۲	۳	٤
۱ب) زمانی که بدون وسواس می‌گذرد.	بدون علامت	طولانی	مدّت متوسّط	مدّت کوتاه	مدّت خیلی کوتاه
	۰	۱	۲	۳	٤
۲ـ میزان مداخله وسواس‌ها	۰	۱	۲	۳	٤
۳ـ آشفتگی و ناراحتی حاصل از وسواس‌ها	۰	۱	۲	۳	٤
٤ـ مقاومت	همیشه مقاوم ۰	۱	۲	۳	کاملا"تسلیم ٤
۵ـ کنترل روی وسواسهای فکری	کنترل‌کامل ۰	کنترل‌زیاد ۱	کنترل‌متوسّط ۲	کنترل کم ۳	عدم‌کنترل ٤

جمع نمره وسواس فکری ـ مواد یک تا پنج را با هم جمع کنید ☐

	هیچ	خفیف	متوسّط	شدید	خیلی‌شدید
٦ـ وقت صرف شده برای اجبارها	۰	۱	۲	۳	٤
٦ب) مدّت زمانی که بدون اجبار می‌گذرد	بدون علامت ۰	طولانی ۱	مدّت متوسّط ۲	مدّت کوتاه ۳	مدّت‌خیلی کوتاه ٤
به جمع نمره‌ها اضافه نشود					
۷ـ مداخله اجبارها	۰	۱	۲	۳	٤
۸ـ آشفتگی و ناراحتی حاصل	۰	۱	۲	۳	٤

از آن‌ها					
	همیشه مقاوم			**کاملا"تسلیم**	
۹ـ مقاومت	۰	۱	۲	۳	٤
	کنترل‌کامل	کنترل‌زیاد	نترل‌متوسّط	کنترل‌کم	عدم‌کنترل
۱۰ـ کنترل روی اجبارها	۰	۱	۲	۳	٤

جمع نمره وسواس فکری ـ مواد یک تا پنج را با هم جمع کنید ☐

		عالی			**ندارد**
۱۱) بینش به علایم بیماری		۰	۱	۲	۳	٤
		هیچ	خفیف	متوسّط	شدید	خیلی‌شدید
۱۲) اجتناب		۰	۱	۲	۳	٤
۱۳) بی‌تصمیمی		۰	۱	۲	۳	٤
۱٤) مسؤلیت‌پذیری مرضی		۰	۱	۲	۳	٤
۱۵) کندی		۰	۱	۲	۳	٤
۱٦) شک مرضی		۰	۱	۲	۳	٤
۱۷) شدّت بیماری	۱	۲	۳	٤	۵	٦
۱۸) بهبود کلّی	۱	۲	۳	٤	۵	٦
۱۹) پایایی	عالی = ۰		خوب = ۱	مناسب = ۲		ضعیف = ۳

مقیاس درجه‌بندی نشانگان هدف درمان، مقیاس‌های نوع لیکرت برگرفته از پژوهش‌های صورت گرفته روی ترس‌های ناشی از نگرانی‌های مختلف به کار گرفته می‌شوند تا شدّت ترس‌ها، اجتناب و اعمال وسواسی اصلی بیمار را اندازه بگیرند. این ابزارها به ویژه برای درجه‌بندی تغییرات متعاقب درمان مفید هستند چرا که علائم خاصّی را که هدف درمان‌های رفتاری هستند اندازه می‌گیرند. چنین اندازه‌گیری‌هایی برای بیمارانی که عنصر اصلی ترس آن‌ها آلودگی و تماس با آلوده‌کننده‌های خارجی است و وسواس شست‌وشو دارند مناسب‌تر هستند تا برای افرادی که وسواس وارسی دارند و افکار وسواسی آن‌ها در آغاز به حوادث فاجعه‌بار بالقوه‌ای که در زمینه‌های مختلف وجود دارد باز می‌گردد. حتّی در بیشتر مواقع این نوع درجه‌بندی از YBOCS نیز اختصاصی‌تر است. (مثالی از یک مقیاس درجه‌بندی در تابلوی ٤ آمده است.)

تابلوی ٤

فرم درجه‌بندی نشانگان هدف درمان

نام مراجع: . . . . . ارزیاب: . . . . . تاریخ: . . . . . .

لطفا" ترس و یا اجتناب مراجع را از مهم‌ترین موقعیّت‌هایی که در مورد آن‌ها مشکل دارد، بر اساس مقیاس زیر درجه‌بندی کنید.

۰	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸
هیچ	خفیف		نسبتا"شدید		قابل ملاحظه		بسیارشدید	

موقعیّت **درجه‌بندی**

۱) . . . . . .

. . . . . .

۲) . . . . . .

. . . . . .

۳) . . . . . .

. . . . . .

لطفا" فراوانی یا مدّت رفتارهای اجباری یا تشریفاتی مراجع را که به خاطر آن‌ها در جست‌وجوی کمک روان‌شناختی بر آمده است درجه‌بندی کنید. از مقیاس زیر برای درجه‌بندی استفاده کنید.

۰	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸
مشکلی نیست،	بیشتر از حدّ معمولی نیست .	دو برابر حدّ معمول است، ۳۰ دقیقه در روز وقت می‌گیرد.		سه برابر حدّ معمولی است، یک ساعت در روز وقت می‌گیرد.		چهار برابر حدّ معمولی است، یک ساعت و نیم در روز وقت می‌گیرد.		پنج برابر حدّ معمولی است، ۲ ساعت یا بیشتر در روز وقت می‌گیرد.

تشریفات **درجه‌بندی**

۱) . . . . . .

. . . . . .

۲) . . . . . .

. . . . . .

۳) . . . . . .

. . . . . .

درجه‌بندی معلّم از OCD، انستیتو بهداشت روانی آمریکا، درجه‌بندی ارائه شده در تابلو پنج را برای استفاده در مدرسه پیشنهاد کرده است.

تابلوی ۵

درجه‌بندی معلم از OCD

(فرم NIMH)

مشاهدات رفتاری	اصلاً	کمی	زیاد	بسیار زیاد
۱ـ چیزها را چندین بار وارسی می‌کند.				
۲ـ وقت بیشتری را صرف تکالیفش می‌کند تا مطمئن شود آن‌ها را درست انجام داده است.				
۳ـ قبل از این که کارها کاملا" درست به نظر برسند، آن‌ها را چند بار (به تعداد معین) تکرار می‌کند.				
٤ـ در تمام کردن تکالیف دچار مشکل است چون چیزی را چندین و چند بار انجام می‌دهد.				
۵ـ در تصمیم‌گیری مشکل دارد.				
٦ـ با مداد حروف و اعداد را چندین و چند بار مرور می‌کند.				
۷ـ بیش از اندازه تمیز و پاکیزه است.				
۸ـ ریزبین است و توجّه خاص به جزئیّات دارد.				

صورت‌بندی رفتاری

پس از کسب اطّلاعات کافی بایستی به صورت‌بندی رفتاری پرداخت. در این مرحله، اطّلاعات اخذ شده به

سه دسته اساسی طبقه‌بندی می‌شوند: ۱) سرنخ‌های خارجی، ۲) سرنخ‌های داخلی، ۳) ترس از فاجعه. به دنبال آن اطّلاعات تکمیلی دیگر آورده می‌شوند. اطّلاعاتی که طیّ مصاحبه‌ی بالینی، خودپایی و اجرای پرسش‌نامه‌ها به دست آمده‌اند، صورت‌بندی می‌شوند تا نقایص آن‌ها برطرف شده و بتوان بر اساس آن‌ها درمان را طرح‌ریزی نمود.

برای هر یک از رفتارهای وسواسی بیمار باید سرنخ‌های بیرونی و درونی شناخته شوند. سرنخ‌های بیرونی ترس‌های وسواسی عبارتند از محرّک‌های محیطی که برانگیزنده‌ی فکر یا رفتار وسواسی هستند. این سرنخ‌ها می‌توانند فیزیکی یا اجتماعی باشند. به عنوان مثال سوار شدن به اتوبوس، استفاده از کرم‌های چرب یا مرطوب‌کننده، دست زدن به دستگیره‌های درب، خون یا ادرار همگی می‌توانند برانگیزنده‌ی تشریفات شست‌وشو در فرد باشند. به بیان دیگر یک موقعیّت عینی بیرونی برانگیزنده‌ی رفتار یا فکر وسواسی در بیمار است. علاوه بر موقعیّت‌های عینی بیرونی، وسواس می‌تواند ناشی از سرنخ‌های اجتماعی خاص باشد. افراد خاص مثلا" پدر بیمار، موقعیّت‌های اجتماعی به خصوص مثلا" منزل عمو، انتظارات خاص اجتماعی مثلا" اجبار برای شرکت در مراسم عزاداری و . . . می‌توانند به عنوان سرنخ‌های بیرونی عمل کرده و رفتارها و افکار وسواسی را برانگیزند.

درمان‌گر باید با استفاده از سؤال‌های باز و مستقیم کلیّه‌ی این سرنخ‌های بیرونی را شناسایی نماید تا بتواند آن‌ها را بر اساس درجه‌ی اضطراب‌برانگیز بودن مرتّب کرده و مراجع را با آن‌ها مواجه نماید. باید توجّه داشت که همیشه یک موقعیّت خاصّ فیزیکی یا اجتماعی، برانگیزنده‌ی وسواس نیست. موقعیّت‌های مجاور با محرّک اضطراب‌انگیز، به سرعت با آن پیوند خورده و از طریق فرایند شرطی شدن سطح بالاتر، به سرعت خاصّیت اضطراب‌انگیزی پیدا می‌کنند. سرنخ‌های وسواس تعمیم می‌یابند و به این ترتیب شرایطی به ظاهر خنثی، در اثر تماس با سرنخ‌های اصلی، خود به سرنخ وسواس تبدیل می‌شوند. مثلا" چون برادرم با پای خیس از دستشویی بیرون آمد و در راهرو راه رفت و مادرم نیز در همان راهرو راه رفت و بعد پایش را روی فرش گذاشت، من که روی فرش راه رفتم کف پایم نجس شد و همه‌ی خانه را نجس کردم. بنابراین، قرار گرفتن در مجاورت محرّک‌های اضطراب‌برانگیز، تبدیل شدن به محرّک شرطی و یافتن خاصّیت اضطراب‌برانگیزی باعث افزایش سرنخ‌های وسواس می‌شود. بسیار اتّفاق می‌افتد که مراجع این زنجیره‌های شرطی شدن را فراموش کرده و تنها می‌داند که مثلا" فرش اتاق اضطراب‌برانگیز است ولی نمی‌داند چرا و چگونه این خاصّیت را پیدا کرده است؟ او تنها این قاعده را ساخته که فرش اتاق یا وسایل برقی خانه نجس هستند. درمان‌گر باید با دقّت فراوان این سرنخ‌ها را پیدا کرده و پس از شناسایی تک تک آن‌ها می‌تواند

پیش‌بینی کند که چه رفتار تشریفاتی یا اجتنابی اتّفاق خواهد افتاد.

تقریبا" تمامی مراجعان مبتلا به OCD تجربیّات درون روانی دارند که منجر به افکار یا رفتار وسواسی می‌گردد. این ها سرنخ‌های درونی وسواس هستند و خود الزاما" وسواس فکری نبوده ولی آغازگر تشریفات فکری وسواسی هستند. این سرنخ‌های درونی می‌توانند "هیجانی" یا "شناختی" باشند. هیجانات منفی نظیر افسردگی و اضطراب می‌توانند برانگیزنده‌ی افکار وسواسی تکرارشونده یا خودگویی‌های منفی شوند که به نوبه خود از سر نخ‌ها هستند. تشریفات وسواسی (مثل شمردن وسواسی، شست‌وشوی مکرّر و . . .) می‌توانند هیجان‌های منفی را کنترل کرده و کاهش دهند. از شناخت‌ها یا افکار منفی برانگیزنده وسواس می‌توان به گناه، شرم، ترس از فاجعه و تکانه‌ها اشاره کرد. این افکار به قدری فرساینده و اضطراب‌انگیز هستند که بیمار تلاش می‌کند با تشریفات فکری یا رفتاری آن‌ها را خنثی کند. مثلا" این فکر که "من نجس هستم و دیگران را نجس می‌کنم و باعث می‌شوم به جهنّم بروند" به قدری اضطراب‌انگیز است که مراجع با رفتن به زیر دوش حمّام سعی در خنثی کردن آن دارد. باید توجّه داشت که افکار مراجع دو دسته هستند. یکی افکار، تکانه‌ها، خودگویی‌ها و تصاویر ذهنی که برانگیزنده‌ی اضطراب هستند و دیگر تشریفات فکری مثل شمردن، خواندن یا تکرار جملاتی که کاهنده اضطراب هستند و نقش خنثی‌کننده دارند. منظور از سرنخ‌های درونی برانگیزنده‌ی اضطراب همان افکاری است که به آن‌ها اشاره شد. درمان‌گر باید از مراجع بخواهد محتوای این افکار، تکانه‌ها و تصاویر ذهنی را دقیقا" آشکار کرده تا در مجموعه سرنخ‌هایی که باید تحت درمان قرار گیرند مشخّص شوند. همانطور که قبلا" اشاره شد، سؤال باز یا مستقیم درمان‌گر و نهایتا" استفاده از YBOCS-C برای تعیین این افکار مفید است. مثلا" ترس از دشنام دادن یا انجام یک عمل ناشایست در جمع، دیدن تصاویر غیراخلاقی و نظایر آن می‌تواند به رفتار وارسی، تضمین‌خواهی یا شست‌وشو منجر شود.

یکی از افکاری که تقریبا" در تمامی مراجعان مبتلا به OCD مشترک است، ترس از فاجعه است. این مراجعان می‌ترسند که مبادا در اثر بی‌مسؤولیّتی آن‌ها، به دلیل افکاری که به ذهن‌شان می‌آید یا به دلیل رفتاری که انجام می‌دهند حادثه‌ای برای خودشان یا دیگران اتّفاق بیفتد. در این حالت لازم است درمان‌گر دقیقا" مشخّص کند که مراجع از چه می‌ترسد و در درمان بر روی این ترس کار کند. مراجعانی وجود دارند که نمی‌توانند مشخّص کنند از چه می‌ترسند و تنها می‌دانند که اگر تشریفات وسواسی را انجام ندهند، اضطراب، ناراحتی و آشفتگی فراوانی را تجربه خواهند کرد. مشخّص کردن پیامدهای جلوگیری از تشریفات وسواسی در درمان، به درمان‌گر کمک می‌کند که روش مقابله‌ی رفتاری یا شناختی مناسب برای هر مراجع

را انتخاب کند (مثلا" استفاده از روش "پیکان عمودی"[1] در مورد مراجعانی که خود نمی‌دانند از چه می‌ترسند و روش "تخمین درصد"[2] در مورد مراجعانی که ریسک و احتمال خطر را بیش برآورد می‌کنند).

میزان اعتقاد مراجع به این که فاجعه‌ای اتفاق می‌افتد در تدبیر درمانی حائز اهمّیّت فراوان است. اعتقاد مراجع می‌تواند طیفی از ترس خفیف تا تصوّر بیش بها داده شده و حتّی هذیان را دربربگیرد. تعیین میزان اعتقاد در پیش آگهی درمان‌هایی که بعدا" توضیح داده خواهد شد نقش بسزایی دارد. مراجعان دارای هذیان را باید از این روش‌های درمان کنار گذاشت و مراجعانی که افکار بیش بها داده شده دارند باید علاوه بر رفتار درمانی، شناخت درمانی نیز دریافت دارند و سایر مراجعان به درمان رفتاری رویارویی همراه با منع پاسخ به خوبی جواب می‌دهند.

حال که این سرنخ‌های درونی و بیرونی شناسایی شدند، درمان‌گر باید آن‌ها را در فهرستی مرتّب کند. این سرنخ‌ها باید در شروع درمان بر اساس شدّت و میزان ناراحتی که ایجاد می‌کنند، فهرست شده و به صورت سلسه مراتب درآیند.

سرنخ‌هایی که در سلسه مراتب قرار می‌گیرند. باید دقیقا" همان‌هایی باشند که قبلا" توسّط درمان‌گر و مراجع تعیین شده‌اند و از بکار بردن اصطلاحات کلّی در مورد آن‌ها پرهیز شود. ترس از آتش‌سوزی باید به این صورت به طور معیّنی تعریف شود که مثلا": "*باید اجاق گاز ۲۰ بار چک شود و مادرم هم ببیند و تأیید کند که اجاق خاموش است.*"

در این مرحله درمان‌گر مقیاس "واحدهای آشفتگی تجربه شده توسّط فرد"[3] (SUDS) را به مراجع یاد می‌دهد. به این ترتیب که از بیمار می‌خواهد که میزان آشفتگی و ناراحتی خود را بر روی یک مقیاس صفر تا صد نمره‌گذاری کند. در این جا نمونه‌ی مصاحبه‌ای با بیمار آمده است:

> *". . . کمی فکر کن و به خاطر بیاور که بدترین وضعیّت روحی و هیجانی که تا کنون داشته‌ای کدام است . . . آن را کاملا" برای من شرح بده . . . فرض کن به این شرایطی که توضیح دادی از نظر میزان اضطراب و آشفتگی که ایجاد کرده است، نمره صد بدهیم. یعنی این شرایط صد نمره تو را آشفته کرده است. حالا دوباره فکر کن و بهترین شرایط روحی و هیجانی را که داشته‌ای به خاطر بیاور . . . آن را برای من کاملا" توصیف کن . . . در آن شرایط چه احساسات، افکار و*

1.downward arrow
2.percent estimation
3- Subjective Units of Distress Scale

هیجان‌هایی داشتی . . . حال فرض کن به این شرایط از نظر میزان اضطراب و آشفتگی که ایجاد می‌کند نمره صفر بدهیم. یعنی هیچ نگرانی و اضطرابی در آن شرایط نداشتی. حالا به موقعیّت‌های مختلفی که با آن برخورد می‌کنی و قبلا" از آن صحبت کرده‌ایم فکر کن و به من بگو که هر یک چند نمره آشفتگی ایجاد می‌کنند. تو می‌توانی هر نمره‌ای بین صفر تا صد، بر اساس حدّ اضطراب و آشفتگی ایجاد شده بدهی. مثلا" اگر ناراحتی متوسّط ایجاد می‌کند، نمره پنجاه بده . . ."

تعدادی از مراجعان مبتلا به OCD آشفتگی زیادی در برخورد با موقعیّت‌های برانگیزنده‌ی اضطراب تجربه نکرده‌اند. این‌ها افرادی هستند که معمولا" با اجتناب از محرّک‌های اضطراب‌آور آشفتگی خود را کنترل کرده‌اند و هرگز با آن رویاروی نشده‌اند.

به بیان دیگر اضطراب این فرد تا حدود زیادی کنترل شده است. در چنین مواردی نمره صد در SUDS حدّاکثر اضطرابی که مراجع قبلا" تجربه کرده نیست، بلکه حدّاکثر اضطراب بالقوّه‌ای است که می‌تواند در رویارویی با سرنخ‌های درونی یا بیرونی وسواس و اجتناب نکردن از آن‌ها پیش بیاید. ضمنا" اگر مراجع قادر نیست این مقیاس را یاد بگیرد و مورد استفاده قرار دهد، می‌توان یک صحنه رویارویی در اتاق کار درمانگر ایجاد کرد و توجّه مراجع را به رفتارها و واکنش‌های هیجانی درونی‌اش جلب نمود. مثلا" از مراجع بخواهید دست خیس خود را به دستگیره در بزند یا چیزی از این قبیل و به شما بگوید که چه احساسی دارد. به این ترتیب مراجع عملا" استفاده از SUDS را می‌آموزد.

در این مرحله کلیّه‌ی سرنخ‌های درونی و بیرونی ترس یا اضطراب روی فیش‌هایی نوشته شده و نمره SUDS به آنها داده می‌شود. سپس این فیش‌ها بر اساس نمره SUDS از آسان‌ترین به مشکل‌ترین (بر اساس توان مراجع برای رویارویی و انجام ندادن تشریفات وسواسی یا عدم اجتناب) مرتّب می‌گردد تا در درمان رفتاری مورد استفاده قرار گیرد. بعد از این که سرنخ‌های درونی و بیرونی تعیین و مرتّب شد، الگوی رفتار وسواسی نیز تعیین می‌گردد. معمولا" رفتار و افکار وسواسی دو گونه‌ی اصلی دارند: اجتناب و تشریفات. اجتناب رفتاری است برای کنترل اضطراب؛ به این معنی که تعدادی از سرنخ‌های درونی و بیرونی وسواس موقعیّت‌هایی هستند که مراجع از آن‌ها اجتناب می‌کند تا به این ترتیب اضطراب ناشی از آن‌ها را کنترل نماید.

تعدادی از این اجتناب‌ها به وضوح قابل مشاهده هستند و مراجع خود گزارش می‌کند. مثلا" "*به منزل عمویم نمی‌روم چون نظافت را رعایت نمی‌کنند*" و "*ظرف نمی‌شویم چون آب به لباسم می‌پرد و مجبورم حمّام کنم*" و یا "*بند رختم را از بقیّه‌ی افراد خانواده جدا کرده‌ام تا لباس‌هایم نجس نشوند*".

امّا تعداد دیگری از اجتناب‌ها به این اندازه واضح و آشکار نیستند و پیدا کردن آنها به تجربه‌ی بالینی بیشتر نیاز دارد. به عنوان مثال ممکن است مراجع هرگز بعد از برگشتن به منزل، قبل از شستن دست‌هایش، دستش را در موهایش فرو نبرد. اطّلاع دقیق در مورد اجتناب‌های مراجع و فهرست کردن آن‌ها، برای تعیین تکالیف رفتاری مربوط به رویارویی با محرّک‌هایی که مراجع تا کنون از آن‌ها اجتناب می‌کرده است ضروری است.

تشریفات، گونه‌ی دیگر وسواس فکری و عملی است. در این حالت مراجع با تکرار افکار یا رفتارهای خاصّی که با تشریفات خاصّی انجام می‌شوند، تأثیر سرنخ‌های وسواس را خنثی می‌کند. درمان‌گر باید این تشریفات را بشناسد و مثل اجتناب‌ها آن‌ها را به دقّت تعریف کرده و در فهرستی منظّم کند تا در برنامه درمان مورد مداخله قرار دهد. در مواردی می‌توان از مراجع خواست که خودش این تشریفات را شرح دهد و در شرایطی که امکان‌پذیر باشد، می‌توان از مراجع خواست که آن رفتار را انجام دهد و درمان‌گر مشاهده کند. بدیهی است که در مورد تشریفات وسواسی فکری مشاهده امکان‌پذیر نیست و تنها منبع کسب اطّلاعات خود مراجع است. دعا خواندن، فکر کردن به چیزهای خوب یا شمردن، نمونه‌هایی از تشریفات فکری کنترل اضطراب هستند.

در این مورد پرسش مستقیم از مراجع و ارائه مثال‌هایی از تشریفات فکری وی شیوه‌ی مناسبی است. در مواردی تشریفات فکری یا رفتاری مراجع جنبه‌ی خرافی دارند و مراجع آن‌ها را پنهان می‌کند. مثلا" مراجعی که اگر چشمش به گوشه‌ی اتاق می‌افتاد، باید سه بار دیگر به آن نقطه نگاه می‌کرد و تا اتّفاق بدی برای فرزندش رخ ندهد. در این شرایط پرسش مستقیم همراه با رابطه‌ی درمانی گرم و عمیق می‌تواند به کسب اطّلاعات لازم کمک کند در این موارد YBOCS-C نیز کمک مفیدی است.

از آن‌جا که وسواس فکری ـ عملی عبارت است از تکرار همراه با تشریفات، دانستن فراوانی، مدّت و شدّت هر یک از رفتارها یا افکار وسواسی قبل از شروع درمان ضروری است. مثلا" ابزار جمع‌آوری اطّلاعات در مورد تعداد آب کشیدن دست در روز یا مدّت هر استحمام، پرسش مستقیم به همراه گزارش‌های خودپایی بیمار از تعداد و مدّت تشریفات رفتاری یا فکریش است.

نقش خانواده

نکته‌ی دیگری که باید در طرّاحی برنامه‌ی درمان بدان توجّه نمود، نقش اعضاء خانواده در تشریفات وسواسی است. در بسیاری از موارد اعضاء خانواده در تشریفات و اجتناب‌هایی که مراجع برایشان تعیین

کرده درگیر می‌شوند. مثلا" بلافاصله بعد از ورود به خانه به حمّام می‌روند یا هنگام خروج از خانه تمام درب‌ها را چندین بار وارسی می‌کنند که قفل باشند و یا مسؤولیّت کارهای کودک را به عهده می‌گیرند تا فرزندشان رنج کمتری ببرد و از طـرف دیگر در برخی موارد اعضاء خانواده سعی می‌کنند با پرخاشگری، تهدید و یا ایجاد احساس گناه در فرد رفتار وسواسی وی را کاهش دهند. مثلا" "اگر به این رفتار ادامه دهی آب خانه را قطع می‌کنیم" و یا "تو باعث شدی که خواهرت افسرده شود و رفتارهای وسواسی تو را تکرار کند". از آن جا که همه این برخوردها ضددرمان است، شناسایی آن‌ها و برنامه‌ریزی تدابیری برای تغییر این سیستم ارتباطی غلط در خانواده ضروری است.

پایان ارزیابی

پس از این که اطّلاعات لازم به دست آمد، مرتّب شد و به صورت برنامه درمانی در آمد، زمان شرح برنامه برای مراجع فرا می‌رسد. شیوه‌ی درمان انتخابی و منطق زیربنایی آن، نحوه‌ی استفاده از تکنیک‌ها و روند درمان به زبان ساده برای مراجع توضیح داده خواهد شد. به عنوان نمونه درمان را می‌توان با این جملات به مراجع معرّفی کرد:

"آیا تا به حال شده که بچّه‌ای را ببینی که از گربه می‌ترسد؟ اگر چنین بچّه‌ای با گربه روبرو شود چه اتّفاقی رخ می‌دهد؟ طبیعتا" گریه می‌کند، جیغ می‌کشد، سعی می‌کند فرار کند. ولی اگر از فرار وی جلوگیری کنیم چه؟ آنگاه باز هم تا مدّتی با بلندترین صدای ممکن فریاد می‌کشد و نمی‌تواند گربه را تحمّل کند. امّا این حالت ترس و اضطراب شدید چه مدّت طول می‌کشد؟ نیم ساعت؟ یک ساعت یا دو ساعت؟ پس از آن چه؟ بچّه به تدریج متوجّه می‌شود که گربه حیوان کوچک بی‌آزاری است که خطری ندارد و تماس با آن فاجعه‌ای به بار نمی‌آورد و آن گاه، آن تـرس و اضـطـراب بـه نـاگـهان فرو نشسته و تبدیل به آرامش می‌شود. در مورد چیزهای نجس هم وضع به همین ترتیب است. تحمّل خون یا ادرار مشکل است، ولی برای چه مدّت؟

وقتی شما به چیز نجسی دست می‌زنی، بلافاصله دستت را می‌شویی و هرگز به خود این فرصت را نمی‌دهی که نجس بمانی تا ببینی چه اتّفاقی می‌افتد. در این روش درمانی ما سعی می‌کنیم این فرصت را برایت فراهم آوریم تا به تدریج، و از آسان به سخت، با چیزهایی که قبلا" از آن‌ها پرهیز می‌کردی روبه‌رو شوی و ببینی که آیا به همان وحشتناکی هستند که فکر می‌کردی یا نه. طبعا" وقتی رویارویی با این سرنخ‌های اضطراب را تجربه کردی و دیدی که هیچ خطری ندارند، احساس بهتری پیدا می‌کنی و رفتن به قدم بعدی تمرین برایت آسان‌تر می‌شود. امّا باید توجّه داشته باشی که غمگینی و افسردگی همراه با وسواس

پیشرفت درمان را کند می‌کند و شاید لازم باشد همراه با رفتار درمانی، داروهایی را نیز مصرف کنی که روان‌پزشک آن‌ها را تعیین می‌کند. چیز دیگری که باید به خاطر داشته باشی نقش فعّال خودت در درمان است. توجّه داشته باش که ما مدّت کوتاهی را در هفته با هم هستیم و در دفتر کار من تمرین می‌کنیم ولی مدّت بیشتری را در هفته خودت با خودت هستی و ضروری است که به طور جدّی روی آنچه که در جلسات درمان یاد گرفته‌ای تمرین کنی. علاوه‌بر تمرین‌هایی که به عنوان تکلیف خانگی تعیین می‌شوند، ما به مقداری اطّلاعات نیز احتیاج داریم که فقط خود تو می‌توانی آن‌ها را در اختیار من بگذاری؛ بنابراین من از تو خواهم خواست که در خانه مراقب رفتار و افکار خود باشی و برخی از آن‌ها را به صورتی که خواهم گفت برای من اندازه بگیری یعنی مدّت و تعداد آن‌ها را برای من بنویسی. این اندازه‌ها به من کمک می‌کند تا بتوانم پیشرفت کار را در درمان اندازه بگیرم. امیدوارم تا کنون متوجّه شده باشی که نقش فعّال خودت در درمان چقدر برای پیشرفت کار مهم است. حالا اگر سؤالی داری یا با قسمتی از این برنامه موافق نیستی بگو تا با هم درباره آن صحبت کنیم".

معمولا" سؤال‌های مراجعین در این مرحله حول چند محور است یکی این که اصلا" چرا بیمار شده‌ام و دیگر این که چرا این علائم باقی‌مانده و دوام آورده‌اند و بالاخره این که آیا این درمان مؤثّر واقع می‌شود و یا کارآیی دارد؟

در پاسخ دادن به این سؤال‌ها به چند نکته باید توجّه کرد:

۱) به چند وجهی بودن و چند علّتی بودن اختلال حتما" اشاره شده و به مراجع تفهیم شود که OCD یک دلیل واحد ندارد.

۲) توضیحات باید به زبان مراجع و بسیار ساده باشد.

۳) حتما" به مراجع فرصتی برای سؤال کردن و اظهار نظر بعد از ابراز نظر درمان‌گر داده شود.

٤) در همه حال تأکید بر این شود که یادگیری نقش مهمی در عکس‌العمل‌ها در برابر افکار وسواسی به عهده دارند.

۵) در مورد علّت دوام نشانه‌های اختلال توضیح داده شود. و نیز تأکید گردد تشریفات وسواسی چه تأثیری در دوام اختلال دارند و چگونه با کاهش اضطراب، باعث دوام ترس می‌شوند؟ نهایتا" چون تشریفات نمی‌توانند اضطراب را به طور کامل خنثی کنند، تبدیل به اجتناب می‌شوند و اجتناب هرگز فرصت مقابله با محرّک ترس‌آور را به مراجع نداده و در نتیجه اضطراب و اجتناب به عنوان تنها راه کنترل آن ادامه می‌یابند.

٦) هرگز قبل از کامل شدن ارزیابی به سؤال مراجع در مورد کارآیی درمان، پاسخی داده نشود و هنگام پاسخ به این سؤال بر نقش فعّال خود مراجع تأکید گردد.

۷) بالاخره قبل از شروع درمان قرارداد درمان برای مراجع به طور جامع تشریح گردد. در شرح قرارداد، باید مدّت جلسات، نقش مراجع، ناخوشایند بودن صحنه‌های رویارویی، چگونگی انجام رویارویی، نقش تکالیف خانگی و اهمّیّت انجام آن‌ها، نقش خودپایی و اهمّیّت آن، برآوردی از مدّت و هزینه‌ی درمان، مورد توجّه قرار گیرند. این توضیحات باید واقع‌بینانه بوده و سخت‌تر و آسان‌تر از آنچه که در واقعیت هست جلوه داده نشوند. هدف توضیح واقع‌بینانه شرایط درمان همراه با انتقال اعتماد، تشویق و احترام همراه با نگرش واقع‌بینانه و محکم در مورد درمان است. محکم بودن به این معنا نیست که برنامه‌ی درمان را از همان ابتدا سخت و دشوار معرّفی نمود یا نشان داد که برنامه درمان که تحت هیچ شرایطی قابل تغییر نیست بلکه، درمان OCD بیش از هر اختلال دیگری انعطاف‌پذیر است. همیشه این احتمال وجود دارد که حوادث غیرمترقبه، تشدید افسردگی و به هم خوردن سلسله مراتب از قبل تنظیم شده، برنامه‌ی درمان را بر هم بزنند. در چنین مواردی درمانگر برنامه درمانی را به نحوه مقتضی تغییر می‌دهد.

با توجّه به آنچه تا کنون آمد، به طور خلاصه یک شرح حال و ارزیابی رفتاری کامل در ایده‌آل‌ترین شرایط خود شامل موارد زیر است:

۱) تعیین علائم OCD و رسیدن به تشخیص.

۲) جمع‌آوری اطّلاعات دقیق و کامل در مورد نشانگان OCD.

۳) تکمیل YBOCS-C.

٤) تعیین سرنخ‌های درونی و بیرونی و ترس از فاجعه.

۵) فهرست کردن موقعیّت‌های وسواسی.

٦) ارزیابی بینش مراجع نسبت به اختلال.

۷) شناسایی رفتارهای اجتنابی.

۸) شناسایی تشریفات رفتاری و ذهنی.

۹) بررسی نقش خویشاوندان و اطرافیان در اختلال.

۱۰) اخذ تاریخچه‌ی علائم اختلال (شروع، سیر، تاریخچه درمان.)

۱۱) درخواست خودپایی و پر کردن پرسش‌نامه‌ها در خانه.

۱۲) مرور خودپایی‌ها و پرسش‌نامه‌های تکمیل شده.

۱۳) بررسی همبودی‌های اختلال (مثلا" اضطراب، افسردگی، اختلالات شخصیّت).

۱٤) اخذ یک تاریخچه‌ی کلّی.

۱۵) بررسی حمایت اجتماعی.

۱٦) تعیین میزان انگیزه‌ی مراجع برای درمان.

۱۷) شرح برنامه‌ی درمان و استدلال زیربنایی آن به طور مفصّل برای مراجع.

۱۸) ساختن سلسله مراتب دقیق و با جزئیّات کامل برای رویارویی زنده.

۱۹) تعیین نیاز به رویارویی در خیال (تعیین محتوای صحنه‌های رویارویی).

۲۰) مصاحبه با خویشاوندان و تعیین نقش آن‌ها در درمان.

۲۱) بستن قرارداد درمانی با مراجع.

۲۲) برنامه‌ریزی جلسات درمان.

۲۳) برنامه‌ریزی تکالیف خانگی.

درمان رفتاری

اصول کلّی درمان رفتاری وسواس در کودکان و نوجوانان تفاوتی با روش درمان بزرگسالان ندارد. بنابراین باید از همان روش رویارویی همراه با منع پاسخ استفاده نمود . در عین حال باید ملاحظاتی را در مورد کاربرد این روش برای کودکان در نظر داشت. اگر چه روش‌های متفاوت و متعدّدی برای درمان وسواس مورد استفاده قرار گرفته‌اند ، امّا پژوهش‌ها در نهایت روش "رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ" را جهت مقابله با وسواس‌های عملی و دو روش "عادت‌آموزی" و "توقّف" فکر را برای درمان فکر وسواسی تأیید کرده‌اند (امل کمپ[۱]، هوول[۲]، روفان[۳] و ساندرمن[٤]، ۱۹۸۹؛ فوا[۵]، استکتی[٦]، گریسون[۷]، ترنر[۸] و لاتیمر[۹]، ۱۹۸٤؛ هوگدوین[۱۰] و هوگدوین، ۱۹۸٤؛ فوا، کوزاک[۱۱]، استکتی و مک کارتی[۱۲]، ۱۹۹۲؛ راباویلاس[۱]،

1-.Emmel Kamp
2-.Heuvell
3-.Ruphan
4-.Sanderman
5-.Foa
6-.Steketee
7-.Grayson
8-.Turner
9-.Latimer
10-.Hoogduin
11-.Kozak
12-.McCarthy
1-.Rabavilas

بولوگوریس[2] و استفانیس[3]، ۱۹۷٦، بولوگوریس و باسیاکوس[4]، ۱۹۷۳؛ آبراموویتز[5]، ۱۹۹۸؛ فتی، ۱۳۷۰).

در این بخش راهبردهای عملی برای استفاده از روش‌های فوق ارائه خواهد شد و بحث مفصل‌تر در این زمینه را می‌توان در کتاب‌های استکتی (۱۳۷٦)، گریسون و همکاران (۱۳۷۳)، هاوتون[6] و همکاران (۱۳۷۷) مطالعه نمود.

درمان وسواس به دو بخش اساسی تقسیم می‌شود: درمان وسواس‌های عملی و درمان وسواس‌های فکری. در مورد وسواس‌های عملی دو روش اصلی رویارویی همراه با منع پاسخ و مدل‌سازی و نیز ترکیب این دو روش موفّقیّت‌آمیز گزارش گردیده‌اند (آبراموویتز، ۱۹۹۸) . و در مورد وسواس‌های فکری دو روش اصلی عادت آموزی و توقّف فکر موفّقیّت نسبی داشته‌اند. اکنون هر یک از این چهار روش به تفصیل شرح داده خواهد شد.

رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ

این روش از سه قسمت اصلی تشکیل شده است:

۱) رویارویی عمدی با واقعیت‌هایی که قبلا" از آن‌ها اجتناب می‌شده.

۲) رویارویی مستقیم با محرّک‌های درونی ترسناک (مثل افکار ناخوشایند).

۳) جلوگیری از تشریفات وسواسی (چه فکری و چه عملی) و جلوگیری از اجتناب تا جایی که اضطراب خاموش شود.

به این منظور قبل از شروع رویارویی همانطور که در بخش قبل شرح داده شد، گام‌های زیر برداشته می‌شود:

۱) ارزیابی دقیق به شرحی که در بخش قبل توضیح داده شد.

۲) توضیح منطق درمان به مراجع.

۳) آموزش SUDS به مراجع.

٤) ساختن سلسله مراتب.

در این مرحله مراجع به صورت زنده یا تجسّمی با نخستین محرّک روبه‌رو شده و رویارویی آنقدر ادامه می‌یابد که SUDS به سوی صفر میل کند. معمولا" برای بزرگسالان ۹۰ـ٤٥ دقیقه و در کودکان ۱۲۰ـ۹۰ دقیقه رویارویی در حالی که جلوی تشریفات رفتاری یا فکری گرفته می‌شود، لازم است.

2-.Boulougouris
3-.Stefanis
4-.Bassiakos
5-.Abramowitz
6-.Howton

نکته‌ی حائز اهمّیّت در این مرحله، توجّه به تشریفات فکری مراجع و جلوگیری از آن‌هاست. مثلا" مراجعی که به صورت تجسّمی با خون رویاروی شده و اضطرابی را تجربه نمی‌کند، احتمالا" خودگویی‌هایی دارد نظیر این که *"بعد از این که جلسه تمام شد دستم را می‌شویم" یا "شاید اصلا" خون نیست و لکّه‌ی جوهر است"*.

در هنگام انجام رویارویی باید به چند نکته توجّه داشت:

۱) همواره باید به اضطراب توجّه داشت و مراجع باید دائما" میزان اضطراب خود را نظاره نموده و به صورت SUDS گزارش نماید.

۲) زمانی که اضطراب شروع به کاهش می‌نماید، درمان‌گر این فرایند را تشویق می‌نماید.

۳) در مورد کودکان و نوجوانان در ابتدای کار ۳ ـ ۲ جلسه در هفته ضروری است.

٤) تکالیف خانگی که در بین جلسات انجام می‌شوند، به اندازه‌ی خود جلسات اهمّیّت دارند. این تکالیف ابتدا با هدایت درمان‌گر و سپس با برنامه‌ریزی خود مراجع انجام می‌شوند.

۵) در هر حال درمان‌گر مراقب تضمین‌جویی‌های مراجع بوده و از دادن هر گونه اطمینان خودداری می‌نماید. جملاتی نظیر *"گناهش گردن من"*، *"من قسم می‌خورم که تو پاکی"* تنها به تسلّی موقّتی منجر شده و ارزش درمانی ندارند.

مدل‌سازی

در این شیوه، درمان‌گر به همراه مراجع مراحل رویارویی را انجام می‌دهند و این روش در مورد کودکان و نوجوانان ارزش بالایی دارد. چرا که تصویری عینی از آنچه که رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ نامیده می‌شود به دست می‌دهد. برای استفاده از روش مدل‌سازی در درمان وسواس تمامی ملاحظاتی که در مورد این روش وجود دارد را باید مورد توجّه قرار داد. برای اطّلاع بیشتر به واکر و همکاران (۱۹۸۱)[1] مراجعه کنید.

عادت آموزی

عادت‌آموزی روش متداول درمان فکر وسواسی است. در این روش از مراجع خواسته می‌شود به صورت ارادی و مکرّر، به آنچه که آزارش می‌دهد، فکر کند و با هیچ روشی جلوی فکر را نگیرد. روش دیگر نوشتن مکرّر فکر است و بالاخره سوّمین روش ضبط کردن افکار و گوش کردن مکرّر به آن‌هاست. در این

1-.Walker

روش نکته‌ی مهم تعمیم دادن رویارویی مکرر با فکر وسواسی به موقعیّت‌های متعدّد و مختلف است.

توقّف فکر

در این روش از مراجع خواسته می‌شود چند مورد افکار وسواسی، به همان تعداد، افکار یا تصاویر ذهنی آرام‌بخش و نیز موقعیّت‌های برانگیزاننده متعددی را برای فکر وسواسی خویش تعیین نماید. سپس درمان‌گر این سه مقوله را با هم همراه می‌سازد. به این صورت که یک موقعیّت برانگیزاننده را شرح می‌دهد، مراجع فکر وسواسی را فعّال می‌کند ولی قبل از این که وارد جزئیّات شده یا فکر ادامه یابد، دستش را بلند کرده و درمان‌گر با صدای بلند می‌گوید بس کن و سپس به مراجع کمک می‌کند که صحنه‌ای دلنشین را در ذهن خویش مجسّم نماید. جزئیّات بیشتر هر یک از روش‌های مذکور را می‌توان در کتاب‌های رفتار درمانی شناختی بزرگسالان مطالعه نمود (مثلا" هاوتون و همکاران، ۱۳۷۷).

ملاحظاتی در مورد درمان رفتاری وسواس در کودکان و نوجوانان

بسیاری از آنچه که در باب درمان رفتاری وسواس در بزرگسالان مطرح گردیده است، به راحتی قابل تعمیم به کودکان است. علاوه بر این ملاک‌های تشخیص وسواس در کودکان نیز کاملا" مشابه بزرگسالان است. امّا سن و مقطع رشدی کودک و نوجوان همواره تمامی جنبه‌های ارزیابی و درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مثلا" هر چه که کودک بزرگ‌تر می‌شود، گزارش دقیق‌تری از تشریفات وسواسی خود به دست می‌دهد. به همین ترتیب هنگام ارزیابی کودکان و نوجوانان معمولا" از آن‌ها خواسته می‌شود مقیاس درجه‌بندی را با صدای بلند خوانده و برای آزمون‌گر توضیح دهند که کلمه یا مادّه‌های آزمون به چه معنایی هستند. چنین اقدامی به درمان‌گر نشان می‌دهد که تا چه حد مراجع قادر به ارزیابی خود می‌باشد.

کودکان و نوجوانان بر خلاف بزرگسالان بر اساس میل و اراده خود مراجعه نمی‌کنند و یک بزرگسال (معمولا" والدین) آن‌ها را برای درمان می‌آورد. در چنین حالتی تفاوت دیدگاه‌های والدین و کودک در مورد درمان چیزی دور از انتظار نیست. مثلا" ممکن است واکنش والدین به مشکل کودک افراطی بوده و یا آن‌ها به طور غیرمستقیم به دنبال درمانی برای خودشان هستند. همکاری اطرافیان در درمان فرد بزرگسال نقش کلیدی دارد ولی اهمّیّت این موضوع در مورد کودکانی که برای برآورد کوچکترین نیازهای روزمره‌ی خود به والدین متّکی هستند، دو چندان می‌باشد.

کودکان نباید خود را در درمان اسیر یا مطیع درمان‌گر یا فرایند درمان ببینند. آن‌ها بایستی درمان را به مثابه فرایندی همکارانه ادراک نمایند. درمان‌گر باید منطق درمان را برای کودک توضیح دهد. صورت‌بندی

مشکل و تنظیم سلسله مراتب با همـکاری خـود کودک، ترس وی از این موقعیّت ناشناخته را کاهش داده و به کودک امکان می‌دهد تا بر اوضاع مسلّط شود. کلید موفّقیّت در درمان رفتاری در کودکان، پرهیز از هر نوع غافلگیری و یا رخداد غیرمترقبه در درمان است. کودکان باید قبل از هر مواجهه یا رویارویی کاملا" مطّلع باشد که بدترین شرایط هیجانی که می‌تواند اتّفاق بیفتد چیست؟ البتّه درمان‌گر جنبه‌های ناخوشایند رویارویی را حذف نمی‌کند بلکه در نهایت درمان‌گر است که مسؤول حرکت دادن مراجع در طیّ این فرایند ناخوشایند است.

مدّت زمان رویارویی در مورد کودکان از زمان استاندارد فراتر رفته و چیزی در حدود ۹۰ الی ۱۲۰ دقیقه است. به علاوه مدل‌سازی توسّط درمان‌گر بخشی بسیار مهم از درمان کودکان و نوجوانان است. تعداد جلسات نیز در مورد کودکان بیشتر بوده و ۳ الی ۵ جلسه در هفته خواهد بود. نقش والدین به عنوان کمک درمان‌گر نیز از دیگر ملاحظات مهم در درمان رفتاری وسواس در کودکان و نوجوانان است. والدین نیز باید به اندازه کودک در جریان منطق درمان، اضطراب و ترسی که در بدو درمان ایجاد می‌شود و نیز فرایند درمان قرار گیرند. راهبردهای مربوط به ابقای نتایج درمان نیز در مورد کودکان از اهمیت دو چندان برخوردار است.

خانواده و اختلال وسواس فکری ـ عملی

بسیاری از واکنش‌های خانواده‌های کودکانی که دچار وسواس هستند، مشابه خانواده‌هایی است که کودکانی با مشکلات دیگر دارند. نکته‌ی جالب توجّه، حجم بالای اختلال در والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال و نیز فشاری که مراجعان مبتلا بر اطرافیان خود تحمیل می‌کنند می‌باشد. به همین دلیل خانواده درمانی و گروه‌های حمایتی برای خانواده‌ها به عنوان درمان تکمیلی وسواس پیشنهاد شده است. با وجود رنج خانواده از مشکل فرزند، حتّی والدینی که درک بالایی از مسأله دارند نیز از این که چرا فرزندشان دست از این رفتار غریب برنمی‌دارد، متحیّرند. در این شرایط پر فشار، اجتماع و خویشاوندان نیز حمایت چندانی به عمل نمی‌آورند. در این میان مادر که تماس نزدیک‌تری با بچّه دارد، بیشتر در جریان ناتوانی‌های فرزندش است و احساس مسؤولیّت بیشتری می‌کند. از سوی دیگر پدر که تماس مستقیم کمتری با کودک دارد، گیج و متحیر شده و اغلب قضاوتی تحلیلی و شبه عینی می‌کند.

در شرایطی که درک و حمایت متقابل والدین اهمّیّت اساسی دارد، آن‌ها با یکدیگر مشاجره نموده و هر یک دیگری را مقصر قلمداد می‌نماید و یا درباره‌ی بهترین راه حل مجادله می‌کنند. در ابتدای شروع اختلال در

مورد وجود یا عدم وجود اختلال و یا شکل آن، اختلاف نظر دارند. در این حالت مشکلات زناشویی نیز بیشتر می‌شود. احساس گناه، به دنبال یک مقصر ژنتیک بودن، احساس بی‌کفایتی و اضطراب، از احساساتی است که این والدین گزارش می‌نمایند.

پنهان‌کاری کودک، درگیر کردن دیگران در تشریفات وسواسی خود، و تضمین خواهی نیز جلوه‌هایی از وسواس است که مشکلات خانوادگی را دو چندان می‌کند.

والدین بسیاری از این کودکان خود مبتلا به وسواس هستند و رنج و درد ناشی از این فکر که اختلال را به کودک انتقال داده‌اند باید مورد توجّه درمان‌گر قرار گیرد. تمامی این دلایل ضرورت "خانواده درمانی" را تأکید می‌نماید.

توجّه به تأثیر وسواس بر خواهر و برادران مراجع نیز ضروری است. معمولا" در این خانواده‌ها سایر فرزندان یا از عدم دریافت توجّه، وقت‌گذاری و یا محبّت کافی از سوی والدین شکایت دارند و یا به نحوی درگیر تشریفات وسواسی خواهر یا برادرشان می‌شوند. در نتیجه باید تحمّلی خارج از ظرفیت رشدی‌شان داشته باشند. توجّه به هیجانات خواهران و برادران همراه با آموزش آن‌ها نیز بخشی از برنامه درمان است.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

درمان غیردارویی اختلال وسواس فکری عملی، ترکیبی از تکنیک‌های رفتاری و شناختی را در برمی‌گیرد. پژوهش‌های متعدّد کارآمدی این شیوه را تأیید نموده‌اند. استفاده از این روش مستلزم ارزیابی رفتاری دقیق است. به کارگیری موفّقیّت‌آمیز روشهای معرّفی گردیده به تجربه و به خاطر داشتن اصول و مبانی این روش‌ها بستگی دارد. علاوه بر این کار خانواده‌ی این افراد جزء جدایی‌ناپذیر درمان موفّقیّت‌آمیز محسوب می‌گردد.

منابع

استکتی، گ.س. (۱۹۹۳). *درمان رفتاری وسواس*. ترجمه‌ی بخشی‌پور رودسری، عباس و علیلو، مجید محمود (۱۳۷٦)، تبریز: انتشارات روان‌پویا.

فتی، لادن (۱۳۷۰). *مقایسه کارایی رویارویی همراه با منع پاسخ، کلومیپرامین و ترکیب این دو در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری ـ عملی*. پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، تهران: انستیتو روان‌پزشکی تهران.

فتی، لادن و بوالهری، جعفر(۱۳۷۸). *مشخّصات بالینی اختلال وسواس فکری ـ عملی در بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران*. مجلّه‌ی دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ششم شماره ۲، ۱۵۲ـ۱٤۰.

گریسون، ج. ب.؛ فوآ، ا. ب. و استکتی، گ. (۱۹۸۹). *وسواس*. ترجمه‌ی مهریار، امیرهوشنگ (۱۳۷۳)، تهران: انتشارات رشد.

هاوتون، ک.، سالکوسکیس، پ. م.، کرک، ج. و کلارک، د.م. (۱۹۸۹). *رفتار درمانی شناختی*. ترجمه قاسم‌زاده، حبیب‌الله (۱۳۷۷)، تهران: انتشارات ارجمند.

Abramowitz, J. S. (1989). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? Ameta-analytic evaluation of clnical significance. *Behavior Therapy* , 19, 293-335.

Apter A., Bernhout E., & Tyano, S. (1984). Severe obsessive compulsive disorder in adolescence: A report of eight cases. *Journal of Adolescence*. 7, 349-358.

Bolton , D , Collins, S., & Steinberg, D. (1983). The treatment of obsessive compulsive disorder in adolescence: A report of fifteen cases. *British Journal of Psychiatry*, 142, 456-464.

Boulougouris, J. C., & Bassiakos, L. (1973). Prolonged flooding in cases with obsessive compulsive neurosis. *Behvior Research and Therapy* , 11, 227-31.

Campbell, L. M. (1973). A variation of thought-stopping in a twelve year-old boy: a case report. *Journal of Behvior Therapy and Experiential Psychiatry*. 4, 69-70.

Clark, D. A.; Sugrim, I.; & Bolton, D. (1982). Primary obsessional slowness: A nursing prgramme with a 13-year old male adolescent. *Behvior Research and Therapy*. 20, 289-292.

Dalton, P. (1983). Family treatment of an obsessive compulsive child: A case report. *Family Process*, 22, 99-108.

Emmelkamp, P. M. G., Heuvell, C. L., Ruphan, M., & Sanderman, R. (1989). Home-based treatment of obsessive-compulsive patients: intersession intervaland therapist involvement. *Behvior Research and Therapy*, 27: 89-93.

Erickson, M. T. (1998). *Behvior disorders of children & adolescents*. New Jersey: Prentice Hall.

Fine, S. (1973). Family therapy and a behavioral approach to childhood obsessive compulsive neurosis. *Archive of Jeneral Psychiatry*. *28*, 695-697.

Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, C. S., McCarthy, (1992). Imipramine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive compulsive symptoms: immediate and long-term effects. *British Journal of Clinical Psychology*, *31*, 279-292.

Foa, E. B., Steketee, J., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive compulsive rituals: immediate and long-term effests. *Behavior Therapy*, *15*, 450-472.

Friedman, C. T. H., Silvers, F. M. (1977). A multimodality approach to inpatient treatment of obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychotherapy, 31*, 456-465.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II, validity. *Archive of General Psychiatry, 46*, 1012-1016.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Archive of General Psychiatry, 46*, 1006-1011.

Green, D. (1980). A behavioral approach to the treatment of obsessional rituals: An adolescent case study. *Journal of Adolescents, 3*, 297-306.

Hanfer, R. J., Gilchrist, P., & Bowling, J. (1981). The treatment of obsessional neurosis in a family setting. *Australia/ Newsland Journal of Psychiatry, 15*, 145-151.

Hallam, R. S. (1974). Extinction of ruminations: A case study. *Behavior Therapy, 5*, 565-568.

Harbin, H. T. (1979). Cure by ordeal: Treatment of an obsessive compulsive neurotic. *International Journal of Family Therapy, 1*, 324-332.

Hoogduin, C. A. L., & Hoogduin, W. A. (1984). The out patient treatment of patients with an obsessional compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 22*, 455- 459.

Kolko, D. J. (1984). Paradoxical instruction in the elimination of avoidance behavior in an agoraphobic girl. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychiatry, 15*, 51-57.

Mills, H. L., Agras, W. S., & Barlow, D. H. (1973). Compulsive rituals treated by response prevention: An experimental analysis. *Archive of General Psychiatry, 28*, 524-529.

Ong, S. B. Y., & Leng, Y. K. (1979). The treatment of an obsessive compulsive girl in the context of Malaysian Chinese culture. *Australian/ Newsland Journal of Psychiatry. 13*, 255- 259.

Ownby, R. L. (1983). A cognitive behavioral intervention for compulsive handwashing boy. *Psychology in the Schools, 20*, 219-222.

Philips, D., & Wolpe, S. (1981). Multiple behavioral techniques in severe separation anxiety of a twelve-year-old. *Behavior Therapy and Experiemental Psychiatry, 12*, 329-332.

Queiroz, L. O. S., Motta, M. A., & Madi, M. B. B. P. (1981). A functional analysis of obsessive compulsive problems with related theraputic procedures. *Behavior Research and Therapy, 19*, 377-388.

Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Stefanis, C. (1976). Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive compulsive patients. *Behavior Research and Therapy, 14*, 349-355.

Rapoport, J. L. (1989). *Obsessive compulsive disorder in children & adolescents***.** washington D.C.: American Psychiatric Press.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 3-10.

Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1989). Obsessional disorders. In Howton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (Eds.). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide***.** Oxford: Oxford University press.

Stanley, L. (1980). Response prevention: A case report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21*, 85-90.

Stekette, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder***.** London: Guilford Press.

Toro, J., Cerrva, M., Osejo, E., & Salmero, M. (1992). Childhood and adolescence: A clinical study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*, 1025-1037.

Walker, C. E.; Herberg, A.; Clement, P. W.; Wright, L. (1981). *Clinical procedures for behavior therapy*. New Jersy: Prentice-Hall.

Weiner, I. B., (1967). Behavioral therapy in obsessive compulsive neurosis: Treatment of an adolescent boy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 4*, 27-29.

Zikis, P. (1983). Treatment of an 11-year-old obsessive compulsive ritualizer and tiqueur girl with in vivo exposure and response prevention. *Behavior Psychotherapy, 11*, 75-81.

فصل هفتم

اضطراب و وسواس در کودکان و نوجوانان

دکتر سیما فردوسی
استادیار دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

در این مقاله به هیجان اضطراب که در مسیر تحوّل کودک پدیدار می‌گردد و تحت عوامل و عناصری می‌تواند جنبه مرضی پیدا کند پرداخته شده است. در تعاریف گوناگون ارائه شده، محقّقین و نظریه پردازان از زوایای مختلف به آن پرداخته‌اند. هم چنین به ابعاد هیجانی ـ رفتاری، فیزیولوژیکی، ارتباطی، و شناختی اضطراب اشاره شده است.

سبب‌شناسی و رهنمودهای درمانی نیز مورد بحث قرار گرفته‌اند. در بخش پایانی این مقاله موضوع وسواس در کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار گرفته است.

کلید واژگان: اضطراب، اضطراب مزمن، اضطراب حاد، اضطراب موقّتی، حساسیّت‌زدایی منظّم، غرقه‌سازی، الگوبرداری.

اضطراب

اضطراب به منزله‌ی هیجانی است که فرد را از وقوع یک اتّفاق وحشتناک مطّلع می‌گرداند. اتّفاقی که بیشتر زائیده‌ی تفکّر رنجور فرد است تا یک خطر بیرونی و واقعی. منبع و منشاء آن نیز برای خود فرد مشخّص نمی‌باشد.

اضطراب می‌تواند با واکنش‌های هیجانی مانند گریه کردن، راه‌رفتن، دست‌ها را به هم مالیدن و غیره همراه باشد. هم چنین اضطراب می‌تواند با واکنش‌های فیزیولوژیک مانند: طپش قلب، کم خوابی، تهوّع، استفراغ، سردرد، تعرّق، لرزش، تشنّج، اختلالات تنفّسی و قلبی و عارضه‌های امعایی و احشایی، کم‌اشتهایی، و پراشتهایی توأم گردد. (اختلال فعّالیّت سیستم اعصاب سمپاتیک.)

تظاهرات شبانه‌ی اضطراب نیز به صورت کابوس‌ها و وحشت‌زدگی‌های شبانگاهی تجلّی می‌نماید. اضطراب در کودکان و نوجوانان می‌تواند با تظاهرات رفتاری نیز همراه شود. مانند اختلال رفتاری که به صورت بازگشت به مراحل تکاملی قبلی بروز می‌کند، نظیر ترس از خوابیدن به تنهایی. این اختلال به صورت رفتارهای تهاجمی و پرخاشگری‌هایی که پشیمانی را به دنبال دارد نیز ظاهر می‌گردد.

در پاره‌ای از موارد اضطراب می‌تواند به علائم روانی در فرد تبدیل شود، مانند حالات ترس، وسواس، هیستری، افسردگی و سایر روان آزردگی‌ها. اضطراب در سطح ارتباطی و شناختی فرد نیز تأثیرات قابل ملاحظه‌ای را ایجاد می‌نماید که مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

تعریف اضطراب

"فروید"[1] اضطراب را نشانه‌ای از تلاش و ورود خاطرات و امیال سرکوب شده از ناهشیار را به سطح هشیار می‌دانست.

"لافون"[2] (۱۹۷۳) عنوان داشت که اضطراب یک اغتشاش هیجانی است که هم در بدن و هم در روان تهدید مستقیم و یا غیرمستقیم مرگ و یا حادثه بسیار شوم را ایجاد می‌نماید. "چاپلین"[3] (۱۹۷۵) اضطراب را واکنش فرد در مقابل یک موقعیّت ضربه‌آمیز می‌دانست. "پیرسون"[4] (۱۹۸۵) اضطراب را نوعی ترس مبهم و احساس ناایمنی قلمداد می‌کند. "ربر"[5] اضطراب را یک حالت هیجانی توأم با هشیاری مستقیم نسبت به

1-.Freud
2-.Lafon
3-.Chaplin
4-.Person
5-.Reber

بی‌معنایی، و نابسامانی جهانی که در آن زندگی می‌کنیم می‌دانست.

در آخرین طبقه‌بندی بیماری‌های روانی که توسّط انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۱۹۹٤ انجام پذیرفت، اضطراب را یک "نگرانی پیشاپیش نسبت به خطرها و بدبختی‌های آینده توأم با احساس بی‌لذّتی یا نشانه‌های بدنی"[٦] تعریف نموده است. منبع این نگرانی می‌تواند درونی ویا بیرونی باشد (دادستان، ۱۳۷٦).

به طور کلّی می‌توان چنین نتیجه گرفت که اضطراب یک هیجانی است که در مقابل یک خطر یا ضربه‌ی کنونی و یا انتظار خطری که مربوط به شیئی و یا موقعیّت نامعیّن می‌شود، تجلّی پیدا می‌کند. لازم به یادآوری است که اضطراب مرضی را از اضطراب طبیعی باید تفکیک نمود.

اضطراب طبیعی هیجانی است که همه‌ی افراد آن را تجربه می‌نمایند و می‌تواند باعث برانگیختگی مثبت در افراد شده و تلاش و کوشش را در جهت رسیدن به هدف ایجاد نماید. اضطراب زمانی غیر طبیعی می‌نماید که از لحاظ کمیّت بسیار بالاتر از سطح طبیعی باشد و در عملکرد روزانه فرد تأثیر گذاشته و آن را به سطحی پایین‌تر از حدّ قابل قبول برساند.

انواع اضطراب

۱. اضطراب مزمن، کودکان مبتلا به اضطراب مزمن، تظاهرات بدنی متعدّدی را نشان می‌دهند. اختلال در خواب و اشتها، اختلالات تنفّسی، هضمی و قلبی از جمله‌ی آن‌ها می‌باشند. کودکان در چنین حالت‌هایی بسیار خونسرد به نظر می‌رسند و شاید دیگران آنان را به عنوان آدم‌های بی‌خیال و بی‌توجّه و وارفته تلقّی نمایند. کودک مضطرب نمی‌تواند خود را سرگرم کند و مشغولیّت‌های مفیدی برای خود ایجاد کند. توانایی ایجاد نظم و انضباط را در برنامه‌های خود ندارد. آن‌ها دائم در جستجوی همدم بوده و از حالت انزوا و تنهایی اجتناب می‌ورزند.

عدم رضایت از انجام کارهای شخصی، احساس عدم تأیید توسّط دیگران نیز از نشانه‌های اضطراب می‌باشد. کودکان مضطرب نگرانی‌هایی را در رابطه با مرگ خود و یا دیگران عنوان می‌نمایند و در عین‌حال ظاهر خونسرد آن‌ها گاهی دیگران را به تعجّب وا می‌دارد.

۲. اضطراب حاد، کودکان گاهی مبتلا به بحران‌های اضطرابی می‌شوند که به صورت حمله‌های اضطرابی بروز می‌نمایند. مدّت این حمله‌ها محدود بوده و ممکن است ناگهانی بروز نمایند و در واقع

6.Somatic Signs

واکنشی در برابر وقایع روزمرّه (مرگ، تجربه‌های ناخوشایند) هستند. این اضطراب ممکن است در زمینه‌ی اضطراب مزمن پدیدار گردد. چنین اضطرابی در مقابل نوعی محرومیّت‌ها به وجود می‌آید. در این موارد توجّه به چند نکته ضرورت دارد:

ـ در مرحله‌ی قبل از حمله، اضطراب به تدریج افزایش یافته و کودک سعی در ارائه‌ی رفتارهای دفاعی دارد.

ـ در مرحله‌ی حمله، کودک کنترل خود را از دست می‌دهد. ناآرامی شدید و علائم مستقیم بدنی و هیجانی از خود بروز می‌دهد. در شب نیز کابوس‌های شبانه و وحشت‌زدگی‌های شبانگاهی بروز می‌کنند.

۳. اضطراب‌های موقّتی، این نوع اضطراب‌ها به طور موقّت ظاهر شده و وابسته به بیماری و یا جرّاحی می‌باشند. در پاره‌ای اوقات در اوج بیماری بروز می‌نمایند و در پایان بیماری از بین می‌روند.

علائم

اضطراب در کودکان ممکن است همراه با علامت‌های هیجانی و رفتاری بروز نماید. بنابراین این نشانه‌ها بایستی شناسایی شوند، تا با بروز آن‌ها تشخیص به موقع و اقدام فوری صورت پذیرد.

۱. خشم و پرخاشگری یکی از نشانه‌های اضطراب در کودک است. خلق کودک تحریک‌پذیر شده و به کوچک‌ترین محرّک طبیعی عکس‌العمل شدید نشان می‌دهد. این رفتار خصمانه قضاوت منفی دیگران و سرزنش کردن کودک را به دنبال داشته و باعث ایجاد احساس تقصیر و گناه در او می‌گردد.

۲. بعضی از کودکان مضطرب رفتار تخریب‌گرانه‌ای از خود نشان می‌دهند که قادر به کنترل و مهار آن نیستند. پس از رفتار تخریب‌گرانه ـ همانند رفتار خصمانه ـ کودک دچار احساس پشیمانی و تقصیر می‌شود و سعی می‌کند به وسیله‌ی والدین و یا افراد بزرگسال دیگر احساس مطلوبی را برای خود به وجود آورد.

۳. اضطراب در سطح شناختی کودک نیز تأثیر گذاشته و فعّالیّت‌های ذهنی او را به صورتی نامنظّم و پراکنده، گسترده می‌نماید. کودک توجّه و تمرکز خود را از دست می‌دهد، حافظه نیز دچار آشفتگی گشته و فعّالیّت آن کم‌رنگ می‌گردد. یکی از رفتارهایی که در این زمینه از کودکان مضطرب سر می‌زند صحبت کردن بسیار زیاد، پراکنده و در پاره‌ای از موارد غیر مرتبط به فعّالیّت در حال حاضر او می‌باشد.

٤. اضطراب کودکان در سطح فعّالیّت‌های حرکتی نیز تأثیر گذاشته و گاهی تندی حرکات و زمانی حالت بهت‌زدگی را ایجاد می‌نماید. زمانی نیز کودک عدم توانایی در کنترل و مهار نمودن حرکات دارد.

بی‌نظمی حرکات، لرزش، خنده و گریه‌های غیر قابل کنترل و زمانی نیز ناخن خوردن و مو کندن از جمله تظاهرات حرکتی اضطراب می‌باشد.

۵. اضطراب در ارتباطات کودک با دیگران نیز تأثیر گذاشته و رفتارهای اجتناب‌آمیز و یا وابستگی مفرط را به وجود می‌آورد. مثلا" کودکان مضطرب از ایجاد رابطه با دیگران و یا رویارویی با موقعیّت‌هایی که اضطراب آن‌ها را برانگیخته نماید به شدّت پرهیز می‌نمایند. وابستگی‌های افراطی کودک به مادر که توأم با بهانه‌گیری و عدم رضایت هستند، دیده می‌شود. البتّه بعضی از مادران ناخودآگاه از این وابستگی کودکانشان لذّت برده و در عین حال در پاره‌ای از موارد احساس ناراحتی می‌نمایند. ارتباط لذّت‌طلبانه‌ی مادر در این رابطه، گرچه ظاهرا" به طور موقّتی باعث کاهش اضطراب می‌گردد، امّا در حقیقت به تقویت اضطراب او کمک می‌کند.

سطوح سنّی

از سنّ ۸ الی ۹ ماهگی که نوزادان مادرانشان را می‌شناسند، جدا شدن از مادر نوعی حالت هیجانی را به نام اضطراب جدایی ایجاد می‌نماید، که با حالت‌های اعتراض، افسردگی و بی‌تفاوتی و یا چسبیدگی زیاد به مادر توأم می‌گردد. گاهی اوقات این حالات با استفراغ و تهوّع همراه می‌شود. این واکنش‌ها در نوزادان طبیعی است مگر این که مداخله‌ای در رشد و سلامت روانی کودک بنماید (بالبی[1] ۱۹۶۰).

به تدریج با افزایش سن، از شدّت اضطراب جدایی کاسته می‌شود. در سنین دبستان ـ به خصوص سال اوّل دبستان که آغاز ورود کودک به یک مکان آموزشگاهی رسمی است ـ نشانه‌هایی از اضطراب جدایی دیده می‌شود. کودکان مضطرب در این سن به راحتی مدرسه نمی‌روند. در خارج از منزل و در محیط‌های ناآشنا احساس راحتی و امنیّت نمی‌نماید. از خوابیدن در اتاق خود اجتناب می‌ورزند و همیشه از یک تفکّر آزاردهنده که ممکن است حادثه‌ی وحشتناکی اتّفاق بیفتد رنج می‌برند. مرگ عزیزان، بیماری خود کودک، و یا اعضای خانواده، تغییر محلّ سکونت و عوامل نظیر آن شدّت این اضطراب را چند برابر می‌نماید.

معمولا" از سنّ ۱۳ سالگی به بعد شاهد اضطراب "تعمیم یافته" و یا فراگیر می‌باشیم. تعمیم یافته به این معنی است که محدود به موقعیّت خاصّی نیست و فرد همیشه و در همه حال و در هر کجا که باشد رویدادهای وحشتناکی برای آینده تصوّر می‌کند. به دنبال این اندیشه، دچار اضطراب‌های شدیدی می‌گردد.

1-.Bowlby

قضاوت دیگران در مورد او، وی را به شدّت نگران می‌کند و عملکرد خود را در سطحی پایین‌تر از آنچه که هست ارزیابی می‌نماید. در اضطراب تعمیم یافته نیز تظاهرات جسمانی ـ که قبلا" از آن‌ها یاد شد ـ مثل حالت تهوّع، سرگیجه، ناراحتی‌های امعایی، مشکلات خوابیدن و غیره نیز مشاهده می‌گردد. در سنّ نوجوانی دوره‌ی بحران‌های اضطرابی گاهی به صورت ناگهانی و زمانی به شکل تدریجی ظاهر می‌شوند. تظاهرات اضطراب در دوره‌ی نوجوانی به صورت علائم بدنی و یا روانی مشخّص می‌شوند.

توصیه‌های درمانی

به طور کلّی در روش‌های درمانی، با شیوه‌های تحلیل‌های روان ـ پویشی به بیمار کمک می‌شود که به درک و تفسیر و حلّ مسائل گذشته بپردازد.

در روان تحلیل‌گری، کودک به علّت محدودیّت قدرت تفکّر و تحلیل احساسات و انگیزه‌ها، و کمبود قدرت بازشناسی و تحلیل رویدادهای زندگی، از روش‌های غیرمستقیم مانند بازی کردن، نقّاشی کردن، بیان داستان و یا ایفای نقش استفاده می‌شود. "کلاین"[1] از اصطلاح "بازی درمانگری"[2] استفاده می‌کند و معتقد است که کودکان در قالب بازی، تمایلات، اندیشه‌ها، احساسات، خیال‌پردازی‌ها و تجربه‌های خود را نمایان می‌سازند.

امروزه روان‌درمان‌گران در درمان کودکان مضطرب از روش بازی درمانی استفاده نموده، به تفسیر و تحلیل رفتار کودک می‌پردازند و سعی در ارائه‌ی پیشنهادها و توصیه‌های رفتاری و ارتباطی به کودک را دارند. بازی می‌تواند بیان‌گر تعارضات درونی کودک باشد و نیز در پاره‌ای از موارد درگیری‌های فعلی او را بیان نماید. این روش درمانی می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای باعث کاهش اضطراب کودک گردد. زیرا به وسیله‌ی بازی، کودک می‌تواند احساسات پذیرفته نشده‌ی خود را بروز دهد بدون آنکه مورد انتقاد و سرزنش قرار بگیرد.

تغییر در سبک ارتباطی کودک و تقویت "من" نقش به سزایی در رویارویی او با مسائل و مشکلات محیطی داشته و در نتیجه منجر به کاهش اضطراب وی می‌گردد. "ماهلر"[3] به تعامل کودک با مادر اشاره دارد و این رابطه را اساسی‌ترین عنصر در آینده‌ی روان‌شناختی هر فرد تلقّی می‌نماید. این نوع روابط به "روابط موضوعی" معروف هستند. و چنانچه در دوران کودکی خللی در این روابط به وجود آید می‌تواند

1-.Klein
2-.Play-Therapeutics
3-.Mahler

اضطراب را به دنبال داشته باشد.

بر اساس این دیدگاه به بیمار مضطرب می‌توان کمک نمود که به درک و تفسیر مسائل ارتباطی دوران کودکی بپردازد. "کوهوت"[2] (۱۹۷۱،۱۹۷۷) یکی از نظریه پردازان "خود" است که به تقویت "خود" معتقد است. بر اساس این دیدگاه فرد مضطرب بایستی به بیان نیازهای ارضاء نشده در خلال کودکی بپردازد تا بتواند به نیرومندی و قدرت "خود" دست یافته و اضطرابی که ناشی از رشد نایافتگی "خود" است را کاهش دهد.

افراد مضطرب باورهای غلطی را آموخته‌اند. باورهایی که بیشتر خطر قریب‌الوقوع را پیش‌بینی نموده و خود را ناتوان در مهار خشم و اضطراب و سایر عملکردهای منفی می‌دانند. روش "خود آموزش دهی" به فرد مضطرب یاد می‌دهد که چگونه در برابر افکار مزاحم و منفی، افکار مثبت را جایگزین سازد.

به طور کلّی به کودکان و نوجوانان مضطرب بایستی کمک کرد تا بتوانند احساسات پنهان خود را بیان کنند. فعّالیّت‌های حرکتی آن‌ها بایستی به راه‌های هدایت شده‌ای مثل ورزش سوق داده شوند. عادت‌های رفتاری مثل کنجکاوی‌های بی‌مورد، اصرار در اثبات نظرات خود، وارد شدن به مسائل هیجانی و درگیر شدن با مسائل ناراحت کننده‌ی دیگران بایستی مورد اجتناب قرار بگیرند.

در پاره‌ای از موارد که سطح اضطراب فوق‌العاده بالا است و باعث اختلال شدید در عملکرد فرد می‌گردد، از داروهای ضد اضطراب نیز استفاده می‌شود.

وسواس در کودکان و نوجوانان

حالت‌های وسواسی شامل افکار و یا اعمال اجباری و تکراری هستند که در آن‌ها شخص با آگاهی از غیر منطقی بودن آن‌ها، قادر به کنترل و مهار نمودنشان نیست. وسواس انواع مختلف دارد. گاهی‌اوقات ذهن به گونه‌ای درگیر می‌شود که گویی تصاویری بر آن حک شده است. فردی که دچار تصاویر وسواسی می‌باشد، صحنه‌های بسیار ناراحت کننده، مشمئزکننده و یا صحنه‌های قتل و غیره را مرتّب جلوی چشمش می‌بیند. گاهی‌اوقات افکار وسواسی به صورت فکرهای ناراحت‌کننده مثل کثیف بودن همه جا و یا وجود ویروس در همه جا و لذا امکان ابتلا بیماری و یا سرایت آن پدیدار می‌گردند. زمانی نیز وسواس به شکل تردید وسواس‌آمیز نسبت به گذشته در می‌آید و باعث مرور ذهنی فرد نسبت به گذشته می‌شود.

---

[2] Kohut

در بسیاری از موارد افکار و یا اعمال وسواسی به تنهایی ظاهر می‌شوند، ولی در اغلب موارد افکار وسواسی با رفتارهای وسواسی توأم می‌گردند. بنابراین افکار وسواسی می‌توانند به دامنه‌ای از اعمال وسواسی بیانجامند. مثلا" ترس از میکروب ممکن است منجر به شست‌وشو و وارسی نمودن گردد. گرچه بسیاری از محقّقین شروع وسواس را در سال‌های اوّلیّه‌ی نوجوانی دانسته‌اند ولی بروز آن در دوره‌ی کودکی نیز مشاهده شده است (DSM IV،1994).

سوابق بزرگسالان مبتلا به وسواس نشان داده است که نخستین تجربه‌های آن‌ها در سنین کودکی بوده است. قبل از ۷ سالگی وجود رفتارهای اضطرابی قطعی و افکار وسواسی به ندرت دیده شده‌اند.

در جریان رشد، در تمامی کودکان سنین ۷ـ۲ سالگی، رفتارهای آیینی دیده می‌شوند. مثلا" کودکان در این سنین عادت‌هایی را کسب نموده‌اند که حاکی از رفتارهای اضطرابی است. عادت‌هایی چون همراه داشتن شیئی خاص و یا تشریفات به خصوصی برای خوابیدن و یا لباس پوشیدن، که هیچ یک مرضی تلقّی نمی‌شوند و وابسته به دوره‌ی تحوّل هستند، ولی از سنّ ۷ سالگی به بعد این اعمال وسواسی با نوعی ترس همراه می‌شوند.

در سنین مدرسه، کودک در برابر خواسته‌های جامعه قرار می‌گیرد و در پاره‌ای از موارد خواسته‌های اجتماعی، مدرسه‌ای و مذهبی شاید برای او لذّت‌بخش نباشند. در برخی از این موارد، رفتارهای وسواسی مراحل قبلی ظهور می‌کنند. رفتارهایی چون شستن و لمس کردن اشیاء و وارسی نمودن آن‌ها. در دوره‌ی نوجوانی رفتار و افکار وسواسی دیده می‌شوند. البتّه بروز رفتارهای وسواسی از ویژگی‌های خاصّ این دوره نیستند بلکه تلاش و کوشش "من" در جهت مهار نمودن تمایلات اضطراب‌آور می‌باشند.

وسواس‌های دوره‌ی نوجوانی بیشتر در رابطه با موضوع‌های اخلاقی، مذهبی، نظم و انضباط، تحصیل، بازنویسی درسی ـ تکالیف، نظم اتاق، و شیوه‌ی لباس پوشیدن . . . بروز می‌نمایند.

افکار وسواسی را در این دوره به دو دسته تقسیم می‌نمایند. در دسته‌ی اوّل، نوجوان به طور مداوم مسائلی را در ذهن خود بنا نهاده و لذّت می‌برد. در فرم دیگر افکار وسواسی جنبه‌ی مرضی پیدا کرده و منجر به توقّف فعّالیّت‌های اجتماعی، تحصیلی، فرهنگی، ورزشی و غیره می‌شوند و سرانجام حالت رها نمودن فعّالیّت‌ها و ایجاد یک حالت در خود فرورفتگی حاصل می‌شود.

سبب‌شناسی

برخی از محقّقین عامل وراثت را در علّت وسواس مهم دانسته‌اند. بروز نشانه‌هایی از وسواس در خلال رشد را، تأییدی بر سرشتی بودن آن به حساب می‌آورند. برخی دیگر به خصوصیّات رفتاری والدین اشاره نموده‌اند و والدین کمال‌طلب افراطی را مسؤول ایجاد وسواس در فرزندانشان می‌دانند. پاره‌ای از نظریّات وسواس را با افسردگی مرتبط دانسته‌اند و بالاخره عدّه‌ای به ارتباط بین وسواس و بیماری‌های عضوی اشاره داشته‌اند.

۱. دیدگاه روان ـ پویشی، طبق این نظریّه، وسواس زمانی به وجود می‌آید که ترس از بروز انگیزه‌ها و تمایلات آزاردهنده "لیبیدوئی" باعث فعال شدن مکانیزم‌های دفاعی به منظور کاهش اضطراب می‌گردد. نیروهای لیبیدو به صورت افکار وسواسی و مکانیزم‌های دفاعی به صورت اعمال وسواسی تجلّی می‌نمایند. به عقیده‌ی فروید همه‌ی کودکان در مرحله‌ی مقعدی (حدود ۲ سالگی) ـ که دوره‌ای است از رشد روانی ـ جنسی ـ از جمع کردن مدفوع و تخلیه‌ی ناگهانی آن لذّت می‌برند. در صورتی که والدین مانع کسب چنین لذّتی شوند و سعی در مهار نمودن عمل دفع نمایند، رفتارهای ضد اجتماعی مثل کثیف کردن خود افزایش می‌یابد. در نتیجه‌ی برخورد والدین احساس شرم و گنهکاری و آلوده بودن در کودک ایجاد می‌شود. تعارض بین "لیبیدو" و "من" به وجود می‌آید و در نتیجه رفتارهای وسواسی سعی در کاهش اضطراب می‌نمایند. البتّه بایستی یادآور شد که مادران محبّت‌کننده افراطی نیز در دوره‌ی مقعدی باعث می‌شوند که کودک در مرحله‌ی فالیک، بعد از چند تجربه‌ی منفی به مرحله‌ی مقعدی بازگشت نماید و چنین واپس‌روی‌هایی باعث یک کانون وسواسی می‌گردند.

۲. دیدگاه شناختی ـ رفتاری، بر اساس این دیدگاه افراد مستعد برای حالات وسواس دارای احساس ناامنی کلّی هستند و توانایی دور کردن افکار مزاحم و منفی، ناخواسته، تکراری را که به ذهنشان رسیده، ندارند و هراس از این دارند که چنین افکاری به مرحله‌ی عمل درآیند. لذا با انجام رفتارهای وسواسی سعی در کنترل نمودن این افکار می‌نمایند. کاهش موقّت اضطراب بدین وسیله، باعث تقویت این اعمال گشته و بدین ترتیب یک وسواس فکری و یا عملی شکل می‌گیرد.

۳. دیدگاه زیست‌شناختی، بر اساس فرضیّات موجود در این رابطه سطح "سروتونین"[1] در اختلال وسواسی ـ بی‌اختیاری کاهش می‌یابد. پژوهش‌های دیگری این اختلال را به عملکرد بهنجار در "ناحیه‌ی حدقه‌ای"[1] در "کرتکس جبهه‌ای"[2] و "هسته‌ی دُمدار"[3] نسبت داده‌اند. به نظر می‌رسد پیوند این دو مورد

1-.Serotonin
1-.Orbital Region
2-Frontal Cortex

بیشتر مورد تأیید محقّقین باشد.

٤. دیدگاه رفتارشناسی طبیعی، در این دیدگاه رفتارهای وسواسی معادل فعّالیّت‌های جانشینی شناخته شده‌اند. منظور از فعّالیّت‌های جانشینی، فعّالیّت‌هایی هستند که با شرایط کنونی فرد مطابقت ندارند ولی فرد در شرایط نامساعد به انجام آن‌ها (رفتارهای وسواسی) و مبادرت در کاهش اضطراب می‌نماید.

شیوه‌های درمانی

۱. دیدگاه روان تحلیل‌گری، بر اساس این روش درمانی، فرد برای غلبه نمودن به نیروهای تهدیدآمیز ناهشیار از مکانیزم‌های دفاعی متفاوتی استفاده می‌نماید. وظیفه‌ی درمانگر و یا روان تحلیل‌گر، هشیار ساختن فرد نسبت به تعارضات ناهشیار و بازسازماندهی موقعیّت‌هایی است که چنین تعارض‌هایی در آن‌ها شکل می‌گیرد.

۲. دیدگاه رفتاری، روش حساسیّت زدایی منظّم، در این روش به فرد آموزش داده می‌شود که به تدریج با موضوع مورد ترس خود آشنا شود. مثلا" چنانچه فرد وسواسی از اینکه به شیء دست بزند وحشت دارد، بایستی آن شیء را به تدریج به او نزدیک نمود. البتّه این روش در سه مرحله اجرا می‌شود. "آموزش تنش‌زدائی"، "تعیین سلسه مراتب ترس" و "زوج‌بندی موضوع‌های ترسناک (موضوع‌هایی که فرد از نزدیک شدن و یا انجام دادن آن هراس دارد) با پاسخ‌های تنش‌زداینده".

روش غرقه سازی، در این روش آزمودنی را به طور ناگهانی و مکرّر با موضوع ترسناک روبه‌رو می‌نمایند. در این روش ابتدا اضطراب و ترس فرد به حداکثر خود می‌رسد و سپس به تدریج سیر نزولی را طی خواهد نمود. این روش را می‌توان ابتدا در سطح تصویرسازی ذهنی انجام داد و سپس به صورت واقعی به کار بست.

روش الگو برداری، در این روش از فردی خواسته می‌شود که برای بیمار الگو قرار بگیرد و یا درمان‌گر خود به عنوان الگو با موضوع‌های مورد ترس روبه‌رو می‌شود تا بیمار بیاموزد که ترس او بی‌معنا بوده است.

3- Caudate nuclei

منابع

دادستان، پریرخ (۱۳۷٦). *روان‌شناسی مرضی تحوّلی از کودکی تا بزرگسالی*، جلد اول، تهران: انتشارات سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

پورافکاری، نصرت الله (۱۳۷۳). *طبقه‌بندی اختلالات روانی D.S.M IV* ترجمه، تهران: انتشارات آزاده.

پاشا شریفی، حسن (۱۳۷۵). *راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی D.S.M IV*. ترجمه: محمدرضا نیکخو، هامایاک آوادیسیان، سیامک نقش‌بندی، مالک میرهاشمی و محی‌الدین غفرانی. تهران: انتشارات سخن.

نجاریان، بهمن، مقدم، محمد علی اصغر و دهقان، محسن (۱۳۷۱). ترجمه *روان‌شناسی مرضی*. تهران: انتشارات رشد.

Andrew, S. (1995). *symptoms in the mind An introduction to descritive psychopathology second edition, W.B. Saunders Company Ltd*. London. Academic Press.

Stark, K.D. (1990). *Childhood Depression. school-Based intervention*. London: Academic Press.

فصل هشتم

استرس و شیوه‌های مقابله با آن در نوجوانان

آقای دکتر فرامرز سهرابی
استادیار دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی

چکیده

استرس درجه‌ی سوز و ساز انسان در مقابل فشارهای زندگی است و بر شبکه‌ی وسیعی از عواملی مانند محرّک، پاسخ، ویژگی‌های فردی، ارزشیابی‌ها و شیوه‌های سازش مبتنی است. وجود حدّی از استرس در زندگی، برای تلاش و فعّالیّت ضروری است. ولی اگر از حدّ تحمّل انسان خارج شود تمامیّت جسمی، روانی و اجتماعی فرد را مختل می‌کند. برای مبارزه با فشارهای روانی شیوه‌های مختلف جسمی و روانی وجود دارد. با استفاده از اصول ایمن‌سازی (مفهوم‌سازی مشکل، اکتساب و یا تمرین مهارت‌ها و کاربرد و پیگیری مستمر) در قالب مسأله‌گشایی، آرام‌بخشی، نظارت شخصی و بازسازی شناختی می‌توان مسائل و مشکلات کودکان و نوجوانان را تشخیص داد و درمان کرد و آن‌ها را در مبارزه با فشارهای روانی و فراهم کردن بستر مناسب برای زندگی توأم با نشاط و رضایت خاطر و سازگاری مؤثر یاری داد.

کلید واژگان: استرس، ایمن‌سازی، آرام‌بخشی، بازسازی شناختی، فرایند سازش، مقابله با استرس، تنش‌زدایی.

مقدمه

در زندگی روزمرّه، فردی را نمی‌توان یافت که "استرس" را تجربه نکرده باشد. علیرغم این گفته که استرس بیماری تمدّن جدید است، وجود حدّی از آن در زندگی انسان، برای انجام فعّالیّت‌ها ضروری است. در حوزه‌ی "روان‌شناسی یادگیری" نیز شبیه این مطلب مطرح است. در جریان یادگیری و تغییر رفتار، وجود "حدّ مطلوب انگیختگی" ضرورت دارد. در صورت فقدان انگیختگی مطلوب، زمینه و انگیزه‌ای برای یادگیری وجود نخواهد داشت. وجود حدّ قابل تحمّلی از استرس، اجتناب‌ناپذیر بوده، انگیزه‌ای برای حرکت، تلاش و فعّالیّت برای نیل به هدف می‌باشد.

"هانس سلیه"[1] دانشمند کانادایی معتقد است که "استرس چاشنی زندگی است."[2] به دیگر بیان، همان گونه که چاشنی، غذا را دلپذیرتر می‌کند، وجود مقداری استرس، زندگی را پرجنب‌وجوش‌تر، فعّال‌تر و شاداب‌تر می‌گرداند. در جایی دیگر همان پژوهش‌گر می‌گوید: "رهایی از استرس مرگ است". امّا استرسی که درباره‌ی آن گفت‌وگو خواهد شد و راه‌های مقابله‌ی با آن مورد بررسی قرار خواهد گرفت، استرسی است که تمامی جنبه‌های روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار داده و موجب اختلال می‌گردد. در این وضعیّت، فرد ارتباط درستی با واقعیّت برقرار نکرده و نمی‌تواند مطابق با آن رفتار و کردار و تفکّر خود را تنظیم نماید. این حد از استرس، بیمارگون بوده، از حصول به اهداف جلوگیری می‌نماید.

تعریف

تعریف‌های متعددی از استرس مطرح شده است. به لحاظ لغوی، استرس از کلمه‌ای لاتین مشتق شده که به معنی "در آغوش گرفتن و فشردن است"[3]، که این فشردن باعث ایجاد احساس خفگی در فرد شود. لفظ دیگری که به طور مترادف با آن به کار می‌رود، به معنی "درماندگی" و "استیصال"[4] فرد است. اصطلاح دیگر به معنی تنش مفرط و فوق العاده که به تغییر شکل منتهی می‌شود به کار می‌رود.[5] تعریفی که خود

1-.Hans Selye
2-.Stress is the spice of life
3-.Stringere
4-.Disteress
5-.Strain

"سلیه" به عنوان فردی که بیشتر در مورد استرس کار کرده، ارائه می‌کند عبارت است از: "درجه‌ی سوز و ساز انسان در مقابل فشارهای روانی"[1] .

"براون" و "کمپل"[2] (۱۹۹٤) استرس را به عنوان "محرّک" تعریف می‌کنند. محرّکی که از خارج بر فرد تحمیل می‌شود و ناراحتی‌های جسمانی و روانی را در پی دارد. از سوی دیگر دیدگاهی وجود دارد که استرس را به عنوان یک "پاسخ" یا "رفتار" مطرح می‌کند و بیان می‌دارد که استرس یک فرآیند "پاسخ‌دهی" و همان درجه‌ی سوز و ساز بدن در اثر فشارهای زندگی است.

بنابر رویکرد یا نظرگاه سوّم، محرّک یا پاسخ بودن استرس مهم نبوده، چگونگی ادراک فرد از موقعیّت استرس‌زا مورد تأکید است. استرس مبتنی بر شبکه‌ی وسیعی از عوامل مانند: محرّک، پاسخ، ویژگی‌های فردی، ارزش‌یابی‌ها و شیوه‌های سازگاری است. از دیدگاه سوّم میزان فشاری که فرد احساس می‌کند به عوامل متعددی بستگی دارد:

۱. قابلیّت پیش‌بینی، اگر استرس یا همان فشاری که به فرد وارد می‌شود، قابل پیش‌بینی باشد قابل تحمّل خواهد بود.

۲. قابلیّت کنترل، عامل دیگر این که اگر استرس یا محرّکی که به فرد وارد می‌شود، قابل کنترل بوده و فرد توانایی اداره و کنار آمدن با آن را داشته باشد، میزان فشاری که احساس می‌کند کم‌تر خواهد بود. در این حالت شخص قادر به مقابله بوده و استرس قادر به شکستن توان‌مندی‌های او نخواهد بود.

۳. ارزیابی شناختی، معانی مختلفی که فرد از عامل استرس‌زا و یا محرّک برداشت می‌کند از جمله‌ی مهم‌ترین عواملی است که میزان فشار را تعیین می‌کند.

ارزیابی شناختی بیشتر به شخصیّت و منش افراد بستگی دارد. اصولا" روان‌شناسان دو تیپ شخصیّت را معرّفی کرده‌اند. تیپ شخصیّتی A و B . افراد با تیپ شخصیّتی A حسّاس هستند، همیشه کمبود وقت دارند و بیشتر بر مسؤولیّت‌ها تأکید می‌کنند تا به مسائل شخصی و خانوادگی. کارهای مختلف و مسؤولیّت‌های گوناگون را به عهده می‌گیرند و دائما" حرص و جوش می‌خورند. در مقابل، افراد تیپ B افرادی هستند آرام، متین، با حوصله کند حرکت می‌کنند، هیچ جوش و خروشی ندارند و در مجموع حسّاسیّت کم‌تری دارند. بنابراین افراد مختلف که با یک محرّک یا منبع استرس مشابه و یکسان مواجه می‌شوند، برداشت‌های مختلفی از آن دارند.

1-.Wear and tear
2-.Brown & Cample

٤. احساس کارآیی، افراد در مقابله‌ی با منبع استرس چقدر کارآیی و مهارت از خود نشان می‌دهند؟ شخص مهارت‌هایی را که در زندگی تجربه کرده و یاد گرفته است، به هنگام مواجهه با منبع استرس و برای به کنترل درآوردن آن به کار می‌برد.

۵. حمایت‌های اجتماعی، افرادی که از حمایت والدین، خواهران، برادران و دوستان بهره می‌برند و از حمایت‌های اجتماعی قوی‌تری برخوردارند، با پشتوانه‌ی حمایتی بیشتری به مبارزه‌ی با فشارها و منابع استرس می‌پردازند و میزان فشاری که تحمّل می‌کنند کم‌تر از افرادی است که از حمایت‌های اجتماعی برخوردار نیستند.

فرایندهای سازش با فشارهای روانی

در سازش ارگانیزم با هر گونه استرس سه مرحله‌ی متوالی اتّفاق می‌افتد:

۱. مرحله‌ی "هشدار" و یا "اعلان خطر"[1]، با فعّال کردن دستگاه عصبی خودمختار، بدن را برای پاسخ به عناصر فشارزا بسیج می‌کند تا آمادگی برای پاسخ جنگ یا گریز حاصل شود که خود به دو زیر مجموعه تقسیم می‌گردد:

الف. مرحله‌ی شوک، مجموعه‌ی تغییرات، کنش‌ها و واکنش‌هایی است که به لحاظ ترشّح هورمون‌ها، یا به لحاظ جسمی و یا روانی برای شخصِ درگیر و در حال مبارزه با خطر اتّفاق می‌افتند. علائم بدنی که بروز می‌کند مربوط به ۳ علامت وابسته به بی‌کفایتی گردش خون است. فشار خون کاهش پیدا می‌کند، میزان حرارت بدن پایین می‌آید و میزان حس بدن هم کاهش می‌یابد. هم چنین تنفّس تند و سطحی می‌شود، فرد عرق می‌کند، ضربان قلبش افزایش می‌یابد، رنگش می‌پرد و ضعف نسبتا" شدیدی به او دست می‌دهد. این مرحله تعادل حیاتی بدن را بر هم می‌زند و فرد دچار مشکل می‌شود.

ب. مرحله‌ی ضدّ شوک، که تلاش برای به دست آوردن تعادل مختل شده است. در این مرحله، با ترشّح هورمون‌ها درجه‌ی حرارت بدن و نیز میزان تحریک حسّی افزایش می‌یابد و فشار خون به حدّی از تعادل می‌رسد.

۲. مرحله‌ی مقاومت یا مرحله‌ی سازش، در این مرحله هورمونی به نام "کورتیزون"[2] ترشّح می‌شود که بدن را در مقابل تهاجمات آماده و تجهیز کرده و مقاومتش را بالا می‌برد. این هورمون به لحاظ روان‌شناختی فرد را قادر می‌سازد که با منبع استرس مقابله کند. هم چنین میزان سوخت و ساز بدن را بالا برده، در نتیجه

1-.Alarm reaction
2-.Cortison

میزان قند خون و انرژی فرد را افزایش می‌دهد تا فرد بتواند به خوبی از عهده‌ی مقابله با عوامل فشارزا برآید.

۳. مرحله‌ی خستگی یا فرسودگی، در این مرحله، به دلیل شدّت استرس یا به لحاظ تداوم و طولانی شدن زمان آن، مقاومت‌های فرد تحلیل می‌رود و در هم شکند و تمامی جنبه‌های روان‌شناختی و جسمانی وی دچار اختلال می‌گردد. با بروز نشانه‌های فرسودگی ضایعات مشخص‌کننده مرحله هشدار از نو آشکار می‌شود که ممکن است منجر به مرگ شود.

ابزار سنجش استرس

در حوزه‌ی روان‌شناختی و روان‌پزشکی برای اندازه‌گیری میزان استرس پرسش‌نامه‌هایی وجود دارد. در یک نوع آن که توسّط "هُلمز"[1] و "راهه"[2] تنظیم شده است، ٤٣ واقعه‌ی زندگی فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. وقایعی مثل مرگ همسر، مرگ دوست، طلاق، ازدواج، عوض کردن خانه، از کار بیکار شدن و. . . به وسیله‌ی خود شخص بین ۱ تا ۱۰۰ نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب مشخّص می‌شود کدام استرس برای فرد عمیق‌ترین و شدیدترین محسوب می‌شود. "مقیاس پیامد رویداد"[3] و "پرسشنامه‌ی سلامت عمومی"[4] (که در بهداشت عمومی هم به کار می‌رود) و پرسش‌نامه "شاخص استرس والدینی"[5] از ابزارهای دیگر برای سنجش استرس هستند. مقیاس‌هایی نیز برای سنجش میزان استرس شغلی وجود دارد.

شیوه‌های کنار آمدن یا مبارزه با استرس

در گذشته به منظور پیشگیری، کنترل و یا مهار استرس، شیوه‌های سنّتی به کار می‌رفت. شایع‌ترین آن‌ها روی آوردن به مواد مخدر مثل الکل، توتون، کافئین و چیزهایی دیگر بود. الکل به دلیل ایجاد موقّت تیرگی شعور، باعث می‌شود که فرد حدود چند ساعتی مشکلات را فراموش کند. امّا به دلیل به دنبال داشتن افسردگی و اختلال خواب رویکرد درمانی مناسبی نبوده و تجویز نمی‌شود.

توتون هم با ایجاد انرژی مقطعی و چند ساعتی، حالت بیداری ایجاد کرده و به طور موقّت اضطراب را کاهش می‌دهد ولی به دلیل ایجاد اختلالات قلبی و تنفّسی و نیز تشدید سرطان‌های مختلف، تجویز نمی‌گردد. از شیر و شکلات و جوشانده‌های مختلف هم در گذشته استفاده می‌شده است. شیر یک داروی

1-.Holmes
2-.Rahe
3-.The Impact of Event Scale (IES)
4-.General Health Questionnaire (GHQ)
5-.Parenting Stress Index

ضد بیخوابی است و چون اسیدهای آمینه دارد، باعث می‌شود که فرد احساس انرژی بیشتری کند. به لحاظ هیجانی، روان‌کاوها عقیده دارند که شیر داغ به دلیل برگرداندن فرد به زمان کودکی که در آغوش مادر آرام می‌گرفته و از پستان مادر شیر می‌خورده، احساس آرامش را زنده می‌کند و فرد در واقع تجدید انرژی و قوا می‌کند. "کافئینی" هم که در قهوه وجود دارد موجب تقویت تمرکز می‌گردد. از راه‌حل‌های جدید پیشنهادی برای پیشگیری از استرس، استفاده از ویتامین‌های ضدّ استرس است. استفاده از ویتامین‌هایی مثل B و C به هنگام استرس‌های جسمانی، جراحت‌ها و کارهای طاقت‌فرسا لازم است. داروهای خواب‌آور و یا داروهای آرام‌بخش هم به نوعی در مقابله با استرس مؤثّرترند و آن را کاهش و تخفیف می‌دهند.

در جوامع امروزی، به دلیل مواجهه‌ی افراد با منابع مختلف و متعدد استرس‌زا در زندگی روزمرّه، از جمله ترافیک، آلودگی صوتی، آلودگی هوا، ازدحام جمعیّت، کم‌رنگ شدن معنویت، مصرف ویتامین‌ها، داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش افزایش یافته است. چرا که تداوم استرس ـ هر چند با شدّت کم ـ به آدمی آسیب می‌رساند. لذا لازم است افراد راه‌های مقابله و پیشگیری از اضطراب را بیاموزند و یا حداقل در معرض منابع مختلف استرس‌زا قرار نگیرند.

روش‌های مبارزه با استرس

برای مبارزه علیه استرس و منابع استرس‌زا روش‌های گوناگونی وجود دارد، این شیوه‌ها با هدف تقلیل تدریجی تنش‌های روانی و جسمی و کاهش تحریک‌های حسّی مورد استفاده قرار می‌گیرند. برخی از این روش‌ها عبارتند از:

۱. **روش‌های تنش‌زدایی جسمی،** آرامش‌دهی جسمی از نرمش بدنی گرفته تا ژیمناستیک، استرس را کاهش می‌دهد. این شیوه‌ها ضربان قلب را به حالت طبیعی درآورده، فشار خون و تنش‌های عضلانی را کاهش داده و دردهای عضلانی و دردهای ستون مهره‌ها را تسکین می‌دهند. تمرین‌هایی که در کشورهای شرقی انجام می‌دهند (مثل تایچی) با فعّال کردن تمامی بخش‌های بدن، به فرد آرامش می‌دهد. در "یوگا" ریتم قلبی تنظیم و تنفّس کُند و عمیق می‌شود، و احساس آرامش در بدن به وجود می‌آید. این مجموعه روش‌های کاهش استرس در رابطه با تمرین‌های بدنی است.

۲. روش‌های تنش‌زدایی روانی، یکی از این شیوه‌ها، روش "مراقبه"[1] است*. در جریان مراقبه ـ در محیطی که تحریک حسّی وجود ندارد ـ فرد با تنفّس کُند و منظّم می‌تواند آرامش یافته و نشانه‌های استرس و نشانه‌های مرضی آن را کاهش دهد. شیوه‌ی دیگر "تصویرسازی ذهنی"[2] است. یعنی فرد تصوّر می‌کند که مثلا" در باغی سرسبز و آرام نشسته است که بوی خوش گل‌ها، آوای پرندگان و صدای ریزش آب فضا را آکنده می‌کند. فرد در این فضای دلنشین ذهنی که خود به وجود آورده، به آرامش می‌رسد. هم زمان با این آرامش، محرّک‌های استرس‌آور از (ضعیف تا شدید) به فرد ارائه می‌گردد، تا از تداعی و پیوند حالت استرس با حالت آرامش، میزان آسیب‌زایی محرّک‌های استرس‌آور کاهش یافته و فرد به شکلی مؤثّر در عرصه‌ی زندگی واقعی با استرس‌های مختلف کنار بیاید.

۳. سایر روش‌های تنش‌زدایی، "روش تنش‌زدایی" در آب (آب درمانی) یکی از آن‌هاست، که امروزه به عنوان یکی از شیوه‌های درمانی استرس مطرح شده است. در این روش فرد در محفظه‌ای کاملا" آرام در آب قرار می‌گیرد. این شیوه در کاهش اضطراب نقش چشم‌گیری دارد. امّا نتایج منفی و عوارض ثانوی هم به دنبال دارد، زیرا ممکن است فرد دچار گوشه‌گیری و انزوا شود. روش دیگر، روش "پس‌خوراند"[3] است. فرد با استفاده از ابزار و دستگاه "پس‌خوراند زیستی"[4]، ریتم قلب و تنش عضلانی خود را در مونیتور می‌بیند و آن را کنترل می‌کند. در واقع با خود کار می‌کند مثلا" تنفّس را عمیق‌تر می‌کند، از بینی و یا دهان تنفّس می‌کند و . . . تا به یک حالت آرامشی دست یابد. زمانی که انجام یک کار به آرامش منجر می‌گردد، فرد می‌آموزد که برای کاهش استرس آن فعّالیّت را ادامه دهد.

٤. روش‌های روان درمانی، هنگامی که فرد به دلیل عمق مشکلات، توانایی رویارویی با آن‌ها را نداشته باشد، به طوری که باعث استقرار اضطراب و افسردگی و یا بروز اختلال‌های بدنی شود، باید از شیوه‌های روان درمانی که توسّط "روان‌شناسان بالینی" و یا "روان‌پزشکان" ارائه می‌شوند، استفاده کرد.

آموزش ایمن سازی در مقابل استرس

1- Meditation

* مراقبه کوششی است برای تغییر هشیاری (آگاهی) از طریق اجرای آیین‌ها و تمرین‌هایی شبیه آنچه در «یوگا» یا «ذن» انجام می‌شود، حاصل مراقبه رسیدن به نوعی حالت عرفانی است که در آن آرامشی عمیق به فرد دست می‌دهد.

2- Mental imagery

3-.Feedback

4-.Bio - feedback

"آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس"[1]، الگوی درمانی است مرکّب از برنامه‌ها و مداخلات درمانی دقیق و چند بُعدی که به شیوه‌ای منظّم به کار گرفته می‌شوند و شامل تکنیک‌های زیر است:

۱. مسأله گشایی (روش حلّ مسأله)[2]، در این تکنیک، هدف شناخت مسأله، پیگیری و ارائه‌ی راه‌حل است. شناخت مسأله هم در حیطه‌ی روان‌شناسی و هم در حوزه‌ی روش تحقیق اهمّیّت دارد. شناخت دقیق مسأله، کسب اطّلاعات لازم، تعریف آن و مشخّص کردن ماهیّت مسأله و تعیین راه‌کارهایی برای از بین بردن مسأله، مبارزه با آن را سهولت می‌بخشد. در این تکنیک، داده‌های مختلف در مورد مسأله با هدف شناخت علّت، ماهیّت و عوامل مؤثّر در آن مورد توجّه قرار می‌گیرند. سپس با توجّه به اطّلاعات به دست آمده، مدل‌هایی برای حلّ مسأله طرّاحی می‌گردند. تصمیم‌گیری برای اتّخاذ شیوه‌ی مناسب نیز یکی از فرایندهای مهم روش حل مسأله است که در صورت مثبت بودن نتیجه، به مرحله‌ی اجرا درمی‌آید. افرادی که از مهارت مسأله‌گشایی مطلوبی برخوردارند در مقایسه با افرادی که فاقد این مهارت هستند کمتر احتمال دارد که افسرده شوند (نزو[3] و همکاران، ۱۹۸٦ به نقل از محمدخانی). از تحقیق نزو دو نتیجه به دست آمد: اول این که مسأله‌گشایی مهارتی مؤثر برای مقابله با افسردگی است، دوم وقتی که افراد افسرده هستند باید خودشان را مجبور به فعّالیّت کنند.

۲. آرامش‌بخشی[4]، یکی از شیوه‌های ایمن‌سازی، "آرامش‌بخشی" است. در آرامش‌بخشی، با استفاده از تکنیک‌های آرمیدگی، در فرد احساس آرامش جسمی و روحی به وجود می‌آید. تأکید بیشتر بر آرامش‌دهی جسمی است. درمانگر با بیان جملاتی چون: "شما احساس می‌کنید خوابتان می‌آید". سعی به دادن حالت آرامش عضلانی به فرد می‌نماید. آموزش آرامش عضلانی در تمام اعضای حرکتی بدن قابل اجراست. در حقیقت فرد آرامش را به عنوان یک مهارت می‌آموزد. درمانگر باید به موازات این عمل به تدریج محرّک‌های آزاردهنده یا اضطراب برانگیز و استرس‌زا را با این آرامش همراه کند. این روش از ارائه محرّک‌های با درجه‌ی خفیف آغاز و به سمت محرّک‌های شدید پیش می‌رود. این شیوه با رفع حسّاسیّت تدریجی آرامش را برقرار می‌کند. از تداعی و پیوند میان آرامش و محرّک‌های آزاردهنده، درجه‌ی آسیب‌پذیری فرد از منابع استرس کاهش می‌یابد. هدف از بین بردن استرس نیست، بلکه کاهش میزان

1-.Stress Inoculation Training (SIT)
2-.Problem solving
3-.Nezo
4-.Relaxation

استرس تا حدّی است که فرد توانایی سازش با آن را داشته باشد. ایمن‌سازی در مسائل روانی مشابه واکسیناسیون در بیماری‌های جسمی است.

۳. نظارت شخصی، "نظارت شخصی"[1] به معنی خودپایی است. در جریان درمان و فضای کلینیک، مراجع مهارت‌هایی کسب می‌کند که به وسیله‌ی آن‌ها توانایی کنترل خود را می‌یابد. در این روش، از فرد خواسته می‌شود در طول هفته تمامی استرس‌هایی که با آن‌ها درگیر می‌شود، یادداشت و از نظر آسیب‌زایی درجه‌بندی کند. در حقیقت او طرحی تهیّه می‌کند که تمام محرّک‌های استرس‌زا و آزاردهنده و نیز شدّت آن‌ها مشخّص شده است. در جلسه‌ی درمان این طرح به بحث گذارده می‌شود و فرد با نظارت شخصی، در فرآیند درمان فعّالانه شرکت می‌کند.

٤. بازسازی شناختی، "بازسازی شناختی"[2] شیوه‌ای است که هدف آن تغییر ماهیّت ادراکی و تفکّرات فرد درباره‌ی وقایع مهمّ زندگی است که نهایتا" باید به تغییرات رفتاری منجر شود. در این روش به فرد کمک می‌شود تا "تحریف‌های شناختی"[3] را بازسازی کند. انواع مختلف این تحریف‌ها عبارتند از:

"تفکّر همه یا هیچ"، در این تحریف شناختی، فرد در مورد مسائل قضاوت‌های کلّی می‌نماید و جزئیّات مسائل را از هم جدا نمی‌کند. یک فرد یا موضوع را مطلقاً خوب یا بد در نظر می‌گیرد. به عبارت دیگر فرد همه چیز را به صورت سیاه یا سفید می‌بیند. در برخورد با یک مشکل اگر نتیجه کار عالی نباشد فرد خود را ناکام می‌بیند.

"فیلتر ذهنی"، در این جا فرد تمام واقعیّت‌ها را از یک صافی که خودش تعبیه کرده می‌بیند و همه چیز را مشکل می‌پندارد. همه‌ی موقعیّت‌ها را استرس‌زا و یا همه‌ی افراد را خیانتکار می‌داند و حوادث منفی جزئی را به قدری بزرگ می‌کند که گویا هر چه هست منفی است.

"***منفی‌نگری***"، در این نوع تحریف شناختی، فرد به طور کلّی جنبه‌های مثبت واقعیّت‌ها را نادیده گرفته و تمام دنیا را تاریک می‌داند و تجربه‌های خنثی و حتّی مثبت را نیز منفی می‌بیند.

"***شخصی‌سازی***"، در این تحریف، فرد تقصیرات و مشکلات دیگران را هم به خودش نسبت می‌دهد. معمولا" افراد افسرده که مشکلات شناختی دارند از این مورد رنج می‌برند. این گونه افراد عزّت نفسشان پایین است و در مقابل همه چیز احساس مسؤولیّت می‌کنند، حتّی در مشکلات و خطاهای دیگران خودشان

1-.Self-monitoring
2-.Cognitive-restructuring
3- Cognitive distortions

را مقصر می‌دانند و خیال می‌کنند که خودشان در این روندِ خطا نقش داشته‌اند. آنها بدون دلیل حوادث ناخوشایند را به خود نسبت می‌دهند که در اصل مسؤول آن نبوده‌اند.

"نتیجه‌گیری شتاب‌زده، درشت‌بینی و ریزبینی"*، برچسب زدن و استدلال احساسی تحریفات شناختی هستند که موجب تحریف واقعیّت می‌شوند و باید اصلاح شوند.

درشت‌بینی، ریزبینی[1]:*

روش‌های شناختی ـ رفتاری[2]

کارآمدترین شیوه‌ی مبارزه با استرس استفاده از روش‌های شناختی ـ رفتاری است که بر ارتباط تفکّر با رفتار توجّه دارد. این ارتباط به حدّی است که اگر فکر در موقعیّت کنونی بر عمل تأثیر نگذارد، در ناخودآگاه باقی مانده و روزی تأثیر خود را خواهد گذاشت. بنابراین شناخت درمانی شیوه‌ای از درمان است که سعی بر تغییر ماهیّت تفکّر دارد و در این راستا بر شناخت و ادراکات تأکید می‌نماید.

یکی از هدف‌های اصلی در این شیوه‌ها، شناخت افکار و احساسات و انتظارات و نیز تفسیرهای فرد از رویدادها است. در گام بعدی کمک به درک این واقعیّت است که برداشت‌ها و تبیین و تفسیرهای فرد صد در صد صحیح و قابل اعتماد نیستند.

اصول ایمن‌سازی[3]

در برنامه‌ی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، سه اصل (مرحله) وجود دارد.

---

* در نتیجه‌گیری شتاب‌زده فرد بدون دلیل تفسیرهای منفی می‌کند یعنی شخص بدون دلیل فکر می‌کند که دیگران نسبت به او واکنش منفی دارند و زحمت تحقیق بیشتر را هم به خود نمی‌دهد (ذهن‌خوانی) و یا پیش‌بینی بدبینانه می‌کند و اعتقاد دارد که عین واقعیت را می‌بیند.

1– Magnification and mininmisation

* فرد درباره‌ی اهمیت موضوعات (مانند شکست کوچک و یا موفقیت دیگران) یا مبالغه بیش از حد می‌کند یا ارزش صفات مثبت و یا اهمیت ناکامی دیگران را به هیچ جلوه می‌دهد.

2.Cognitive - Behavior therapy

3- Inocnlation Principals

۱. "***مفهوم‌سازی مشکل***"، برای آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، در اوّلین قدم به مفهوم‌سازی مشکل اقدام می‌گردد. تمرکز اصلی بر ایجاد ارتباط با مراجع و یاری به او در شناخت بهتر ماهیّت استرس، اثر آن بر هیجان و عملکرد است. در ادامه‌ی این ارتباط به مفهوم‌سازی دوباره در مورد استرس اقدام می‌گردد.

۲. "***اکتساب و یا تمرین مهارت‌ها***"، ابتدا باید بررسی شود که آیا فرد در خزانه‌ی رفتاری، خود مهارت‌های لازم برای مقابله با استرس را دارد؟ در صورت فقدان آن‌ها، مهارت‌های لازم به او آموزش داده خواهد شد.

۳. "***کاربرد و پیگیری مستمر***"، زمانی که مراجع، مهارت‌های لازم را یاد گرفت، انتظار این است که آن‌ها را به کار گیرد و در حلّ مشکلاتش مورد استفاده قرار دهد. امّا به کارگیری مهارت‌ها نیازمند پی‌گیری به وسیله‌ی مشاور یا روان‌شناس بالینی است. چرا که احتمال برگشت همواره وجود دارد. در این صورت مشاور یا روان‌شناس بالینی به وسیله‌ی بازسازی مجدد یا تصویرسازی ذهنی، آموزش‌ها را تکرار می‌نماید.

کاربست مکانیسم‌های دفاعی

در زندگی روزمره، در برخی موارد شدّت استرس به حدّی است که نیاز و فرصتی برای ارائه‌ی شیوه‌های شناختی و یا آرامش‌دهی نیست. در این حالت کم‌هزینه‌ترین و در دسترس‌ترین شیوه این است که "خود"[1] فرد برای دفاع و حفظ تمامیّت فردی وارد عمل شده و به رفتارهایی متوسل می‌شود که به طور موقّت از شدّت اضطراب می‌کاهند.

1-.Ego

دلیل‌تراشی[۱]، انکار[۲]، جبران[۳]، عکس‌العمل‌سازی[۴]، تصعید[۵]، سرکوبی[۶]، فرافکنی[۷]، درون‌فکنی[۸]، واپس‌زنی[۹]، عایق‌سازی عاطفی[۱۰] و بازگشت[۱۱] جابجایی[۱۲] از جمله مهمترین مکانیزم‌های دفاعی هستند که افراد در زندگی روزمره خود از آنها برای کاهش اضطراب و سازش‌یافتگی موقّت استفاده می‌کنند.

از آن چه گذشت می‌توان نتیجه گرفت که استرس همزاد زندگی انسان است و وجود حدی از استرس زندگی را چالش‌برانگیز و معنادار می‌کند. استرس شدید حالتی است که وقتی مردم با رویدادهایی مواجه می‌شوند که آنها را خطرناک و تهدیدکننده سلامت جسمانی و روانی خود می‌یابند رخ می‌دهد و منجر به تولید پاسخ‌های استرسی می‌شود. این پاسخ‌ها به منظور کنار آمدن اثربخش با یک وضعیت ناخوشایند طراحی و اجرا می‌شوند. روش‌های تنش‌زدایی جسمی و روانی، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، کاربست روش‌های شناختی رفتاری و مکانیزم‌های دفاعی از جمله روش‌هایی هستند که برای مقابله اثربخش با منابع فشارزا و رسیدن به سلامت روانی و سازگاری مؤثر ارائه شده‌اند.

1- Rationalisation
2- Denial
3- Compensation
4- Reaction formation
5- Sublimation
6- Suppression
7- projection
8- Introjection
9- Repression
10- Insalation
11- Reyression
12- Displacement

منابع

استورا. *تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن*. ترجمه پریرخ دادستان (۱۳۷۷)، تهران: انتشارات رشد.

کِرتیس، جی، آنتونی. *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه‌ی فرامرز سهرابی (۱۳۸۱)، چاپ دوّم، انتشارات طلوع دانش.

سهرابی، فرامرز (۱۳۷۸). بررسی اختلال استرس پس از ضربه در کودکان و نوجوانان، *مجله روان‌شناسی (فصلنامه انجمن روان‌شناسی ایران)*، سال سوّم، شماره‌ی ۹.

شاملو، سعید (۱۳٦٦). *بهداشت روانی*. تهران: انتشارات رشد.

ماکینبام، دونالد. *آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس*. ترجمه‌ی سیروس مبینی (۱۳۷٦)، تهران: انتشارات رشد.

میلانی‌فر، بهروز (۱۳۷٦). *بهداشت روانی*. چاپ پنجم، تهران: نشر قومس.

کلینکه. ال. کریس. *مهارت‌های زندگی*. ترجمه‌ی شهرام محمدخانی (۱۳۸۰)، تهران: انتشارات سپند هنر.

Scott, M. J., & Stradling, S. G. (1992). *Counselling for Post - Traumatic Stress Disorder* .London: Sage.

Toates, Fredrick (1995). Stress: *Conceptual and Biological Aspects*. England: John Wiley and Sons.

فصل نهم

افسردگی در کودکان و نوجوانان

دکتر محمود گلزاری
استادیار دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم‌تربیتی دانشگاه علامه‌ی طباطبایی

چکیده

افسردگی در کودکان و نوجوانان از موضوعات مهم در گستره‌ی علوم روان‌شناختی است. مقاله‌ی حاضر در گام نخست به بررسی تاریخچه‌ی توجّه به این موضوع می‌پردازد و در ادامه به دیدگاه‌های مختلف در زمینه‌ی شناخت ریشه‌ها و نشانگان مربوطه پرداخته است. در این رهگذر به تحلیل و بررسی انتقادی این دیدگاه‌ها نیز توجّه شده است.

کلید واژگان: نقص توجّه، افسردگی کودکی، نشانگان بالینی، رواج افسردگی، نظام‌های طبقه‌بندی، افسردگی حاد، افسردگی مزمن، افسردگی پوشیده، مدل‌های مفهومی، مدل‌های رفتاری ملاک‌های DSM III ، ملاک‌های تشخیصی.

زمینه‌ی تاریخی

ادبیّات و متون روان‌پزشکی، آغاز توجّه به افسردگی کودکان را به قرن هفدهم میلادی باز می‌گردانند. پزشکان در اوایل آن قرن عارضه‌ای را به نام »دلتنگی«[1] در کودکان تشخیص دادند و از آن یاد کردند. در نیمه اوّل قرن نوزدهم، مواردی از «مالیخولیا»[2] (ملانکولی) در کودکان گزارش شد «آبراهام»[3] اوّلین کسی بود که در سال ۱۹۱۲ مکانیسم پویایی از افسردگی را ارائه داد. به عقیده آبراهام با آن‌که »سوگ«[4] و مالیخولیا در بعضی جنبه‌ها همانندند، اما با یکدیگر تفاوت‌هایی ذاتی دارند. برای نمونه، گرچه هر دو واکنشی در برابر از دست‌دادن محبوب (شیء یا فرد) هستند، اما سوگ واکنشی طبیعی است، در حالی‌که مالیخولیا، خشم و خصومت را متوجّه محبوب کرده و در نتیجه احساس گناه را در فرد افسرده به وجود می‌آورد. فروید. (همان مرجع) همچون آبراهام، «اختلال حرمت نفس»[5] را جزئی از فرایند سوگ درنظر نگرفت. از دید فروید، «انسان مالیخولیایی کسی است که اساساً حرمت نفس خود را از دست داده است.» او مفهوم محبوب از دست رفته را به ادراکات خیالی و ناآگاه گسترش داد، و این باور را اظهار کرد که از دست‌دادن محبوب و «احساسات دوسوگرایانه»[6] به جانب محبوب هر دو عناصر ضروری و شرایط لازم برای شکل‌گیری حالت مالیخولیائی هستند. بدین معنی که در بیمار ملانکولیک (مالیخولیائی) خصومت پنهان نسبت به شخص از دست رفته به سوی خود وی متوجّه می‌شود. «من»[7] احساس می‌کند که متروک مانده است، زیرا تمام عشق نهاده شده در شخص از دست رفته، از ذخیره »خودشیفتگی«[8] برداشته شده بوده است. از این روست که ترک، غالباً عشق را بدل به نفرت می‌کند و این عاطفه ناخوشایند باعث احساس گناه غیرقابل تحمّل می‌شود. با این توضیح، دوسوگرایی یکی از عوامل پویا و اساسی افسردگی است. ملانی کلاین[9] در فرایند «ازهم گسستن»[10] ـ که یک مکانیسم عمده رشد است و در حدود شش ماهگی آغاز می‌شود ـ یک کندی و کاهش را تشخیص داد: آگاهی رو به افزایش کودک از واقعیت، به درک بی‌حاصلی می‌رسد که از طریق گونه‌های متفاوت یک شیء و شیء همانند آن، اشیاء خوب و بد را از هم تمیز می‌دهد. آثار بعدی این یکپارچگی

1-. Despondency
2-. Melancholia
3-. Abraham
4-. Grief
5-. The disturbance of self-regard
6-. Ambivalence
7-. Ego
8-. Narcissism
9-. Melanie Klein
10-. Splitting

ذهنی شامل دوسوگرایی به جانب شیء است که پیامد آن پیدا شدن یک »وضعیت افسردگی»[1] در خود کودک است.

به‌بیان دیگر، زمانی پیش می‌آید که اشیاء خوب و بد با دیوار عشق و پرخاشگری از هم فاصله می‌گیرند. (کاشانی، ۱۹۸۱)

در سال اول زندگی، «فرامنی»[2] ابتدایی وجود دارد که اگر قوی باشد ممکن است به وضعیت افسردگی در دوره‌های بعدی زندگی منجر شود (کاپلان و سادوک، ۱۹۸۸، ترجمه پورافکاری، ۱۳۶۸، ص ۳۹۰). کارهای تجربی اخیر، فرضیه بیبرینگ[3] را تقویت کرده است: او افسردگی را به‌عنوان حالتی از «من» می‌داند که عاطفه‌ای مستقل از سائق پرخاشگری است. بر طبق این نظریه وقتی »من» از هدفش آگاه می‌شود ولی هنوز نمی‌تواند به آن برسد، در نتیجه این آگاهی و ناتوانی، افسردگی به وجود می‌آید. منابع اولیه درباره نشانه‌های افسردگی کودکان، وجود جدایی و اختلالات دلبستگی[4] بین چنین کودکانی تأکید می‌ورزند. قسمتی از کار بولبی[5] بر دلبستگی یا رفتار پیوندی[6] متمرکز شده است. او ثابت کرده است که تعامل‌های اجتماعی و هیجانی ساده، در دوران کودکی، به »دلبستگی طبیعی»[7] می‌انجامند. برعکس، اگر در این دوره رشد طبیعی بنا نشود و یا در نقطه‌ای، به وسیله جدایی یا از دست دادن قطع شود، «اضطراب دلبستگی»[8] روی می‌دهد.

به بیان دقیق‌تر، برای ایجاد اضطراب دلبستگی، از دست دادن کامل الگوهای دلبستگی، یا حضور الگوهای دلبستگی بدون ثبات و گرمی لازم است. لوی[9] در سال ۱۹۳۷، یک دختر هشت ساله را که توانایی شکل دادن دلبستگی‌ها را نداشت و نیز فاقد پاسخ‌دهی هیجانی بود و نوعی تشنگی عاطفی را بروز می‌داد، توصیف کرد. کودک در چند پرورشگاه بزرگ شده بود.

«آنا فروید»[10] و «بورلینگهام»[11] واکنش‌های شدید سوگ را در کودکانی که از والدین خود جدا شده بودند، به ویژه بچّه‌های کوچکتر از سه ساله گزارش دادند. آن‌ها دریافتند که در زندگی گروه کودکان افسرده، بیش

1-. Depressive position
2-. Super-Ego
3-. Bibring
4-. Attachment disorders
5-. Bowlby
6-. Bonding behavior
7-. Normal attachment
8-. Anxious attachment
9-. Levi
10-. Anna freud
11-. Burlingham

از کودکان گروه ـ گواه که مبتلا به انواع »روان‌رنجوری‌ها«[1] بودند ـ پدیده جدایی روی داده است. جدایی به خاطر طلاق، متارکه، مرگ، بیماری یا جایگزینی در پرورشگاه. «اشپیتس»[2] (بلوم، ۱۹۵۳ ترجمه حقنویس، ۱۳۵۲ص ۱۰۰) از پدیده »افسردگی اتکالی«[3] سخن گفته است که در کودکان دورمانده از مادر، در نیمه دوّم سال اوّل زندگی‌شان، زمان شکل‌گیری پیوند مادر ـ فرزندی، پیش می‌آید. یافته‌های »رابرتسون«[4] و «بولینی»، در مورد کودکان مؤسسه زده و بیمارستان زده ـ که از مادران‌شان جدا شده بودند ـ شباهت به یافته‌های اشپیتس داشت. در سال ۱۹۵۲، یک شماره ویژه از مجله »کودک روان‌رنجور«[5]، به بیماری »شیدایی ـ افسردگی«[6] کودکان اختصاص یافت. نشریه ۱۹٥٤ «انجمن آسیب‌شناسی روانی آمریکا»[7] در مورد افسردگی، به طور ضمنی و بدون تعریفی مشخّص به بیان افسردگی کود کی پرداخت. در سال ۱۹۵۸، «بیرمن»[8] و همکارانش پسری را توصیف کردند که غمگین بود، آرام صحبت می‌کرد، کم حرف می‌زد، گریه می‌کرد و به نظر می‌رسید چیزی نمی‌داند. آن پسر بعد از بستری‌شدن در بیمارستان درمان شد. «هارینگتون»[9] و «حسّان»[10] به توصیف هفت دختر ۸ تا ۱۱ ساله با «نشانگان»[11] زیر پرداختند: گریه‌های متناوب، عاطفه سطحی، ترس‌هایی در مورد مرگ خود یا والدین، تحریک‌پذیری، شکایت‌های جسمی، از دست‌دادن اشتها و توان و مشکلات تحصیلی. پیش از آغاز وضعیّت یاد شده، به هیچ نوع اندیشه »نارضایتی از خود«[12] در دختران مزبور اشاره نشده است.

در دهه‌ی ۱۹٦۰، بحث‌های زیادی در گرفت که آیا واقعاً افسردگی کودکی، با تحلیل روان‌پویائی، امکان وجود دارد یا آن‌که بعضی از اختلالات رفتاری می‌توانند افسردگی را در خود پنهان دارند و بپوشانند. «فینچ»[13] و «ری»[14] هر دو مدّعی شدند که اختلالات افسردگی کلاسیک نمی‌تواند در کودکان پدید آید، زیرا آن‌ها پیش از نوجوانی، از یک »فرامن« خوب درونی شده برخوردار نیستند. «تولان»[15] (به نقل از کاشانی:

1- Mixed neurotic
2- Spitz
3- Anaclitic depression
4- Robertson
5- The Neurotic Child
6- Manic-depressive
7- American Psychopathological Association
8- Bierman
9- Harington
10- Hassan
11- Syndrom
12- Self-deprecatory
13- Finch
14- Rie
15- Toolan

۱۹۸۱) در بررسی نشانه‌های »افسردگی پوشیده»[۱]، به توصیف »برابرهای افسرده»[۲] می‌پردازد و تأثیر فرایند رشد را بر چگونگی ابراز احساسات ناشی از افسردگی در کودکان بیان می‌کند. «گلاسر»[۳] (به نقل از کاشانی، ۱۹۸۱) این برابرها را شامل رفتار بزه‌کارانه، هراس‌ها، ضعف درسی و نشانه‌های روان‌تنی می‌داند. «مورای»[۴] فراوانی بالای افسردگی را در اعضاء خانواده‌های هسته‌ای کودکان افسرده گزارش داد و ملاحظه کرد که اختلال خواب، گوشه‌گیری، ترس درباره‌ی مرگ، حاضرنشدن در مدرسه، پرخاشگری، شکایت‌های جسمی و اضطراب کلی، راه ها ی بیان افسردگی در کودکان هستند.

از سال ۱۹۷۰ به بعد، این دیدگاه مورد قبول قرار گرفت که افسردگی کودکی وجود دارد و ممکن است با نشانه‌های مخصوص افسردگی بیان شود، نه این‌که به افسردگی پوشیده محدود شو د.

موضوع چهارمین کنگره »اتحادیه روان‌پزشکان کودک اروپایی»[۵] که در اوت ۱۹۷۱، در استکهلم برگزار شد «حالات افسرده در کودکان و نوجوانان» بود. از نتایجی که شرکت‌کنندگان به آن دست یافتند این بود که حالات افسرده، سهم مهم و نسبتاً زیادی در بیماری‌های روانی کودکان و نوجوانان دارند. «مالمکویست»[۶] افسردگی کودکی را بر پایه‌ی مراحل رشد مورد نظر قرار داد و تظاهرات افسردگی را در هر مرحله یادآور شد. هشتمین و نهمین ویراستاری کتاب »روان‌پزشکی بالینی جدید»[۷] اثر «کب»[۸] (به نقل از کاشانی، ۱۹۸۱) وجود افسردگی کودکی را به رسمیّت شناخت. در سال ۱۹۷۵، NIMH (انستیتو ملی بهداشت روانی)[۹] کنفرانسی را درباره‌ی افسردگی کودکان برگزار کرد که در آن بسیاری از مباحث مربوط به موانع موجود بر سر راه مطالعه‌ی افسردگی کودکی مورد بررسی قرار گرفت (شولتر برانت، ۱۹۷۷). از سوی برخی از پژوهشگران تأثیر افسردگی والدین بر رشد افسردگی در کودکان، مطالعه شده است، از آن جمله: «پوزنانسکی»[۱۰] و «زرول»[۱۱] میزان بالائی از رواج افسردگی، در والدین کودکانی که آشکارا افسرده بودند، گزارش کردند. «فیلیپس»[۱۲]، پیوندی پویا بین ناتوانایی‌ها و یا افسردگی پدر و مادر و در پی آن، بروز افسردگی در کودکانشان را نشان داد. تا سال ۱۹۸۱، تنها مطالعه‌ی طولی در زمینه‌ی افسردگی کودکی،

1- Masked depression
2- Depressive equivalents
3- Glaser
4- Murray
5- Union of Europeean Pedopsychiatrists
6- Malmquist
7- Modern Clinical Psychiatry
8- Kobl
9- National Institute of Mental Health
10- Pozananski
11- Zrull
12- Philips

پژوهش پوزنانسکی و همکارانش بوده است (به نقل از کاشانی، ۱۹۸۱). او بعد از یک فاصله‌ی زمانی با میانگین ٦/٥ سال، با ارزش‌یابی مجدد آزمودنی‌هایی که در دسترس بودند دریافت که ۵۰٪ آن‌ها از نظر بالینی هنوز افسرده بودند.

دیگر محقّقان هشدار داده‌اند که نشانه‌های افسردگی که در آزمودنی‌هایشان دیده‌اند ممکن است واکنش پدیده‌ی رشدی انتقالی باشد نه یک نشانگان بالینی متمایز. برای نمونه، «لف‌کویتز»[1] و «برتون»[2] (۱۹۷۸) نشان دادند که نشانه‌های افسردگی در کودکان طبیعی، با برخی مطالعاتی که شیوع بیماری را می‌سنجیده‌اند تفاوتی نداشته‌اند. هر چند طرح‌های پژوهشی نشانه‌هایی مورد بررسی، در اصل، برای مطالعه‌ی اختلالات عاطفی پیش‌بینی نشده و نشانه‌ها به طور کافی از نظر ابعاد (مدّت، نوع و شدّت بیماری) از یکدیگر تفکیک نشده بودند. با دید انتقادی بیشتری می‌توان گفت: آن‌ها بدون برخورد با کودکانی که دارای هسته‌ی افسردگی بودند، نشانه‌های افسردگی را گزارش کردند! «یان هیور»[3] (۱۹۸۸) می‌نویسد:

«در حالی که »اختلال نقص توجّه»[4] محور پژوهش‌های مربوط به ناراحتی‌های کودکان در دهه‌ی ۱۹۸۵ ـ ۱۹۷۵ بوده است، این روزها افسردگی به‌عنوان اختلال اصلی مورد توجّه قرار گرفته است. عواملی که باعث این حسّاسیّت شده‌اند عبارتند:

الف) اتّفاق نظر بر این‌که افسردگی در کودکان وجود دارد.

ب) وجود تحقیقاتی که همانندی‌هایی بین افسردگی کودکی و بزرگسالی را نشان می‌دهند.

ج) نائل‌شدن به پیشرفت‌هایی در ارزیابی افسردگی کودکان.

د) انجام پژوهش‌هایی در مورد رابطه‌ی بین افسردگی و خودکشی.

ه) افزایش میزان خودکشی در نوجوانان.

و) رواج نسبتاً زیاد نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان.

ز) وجود تحقیقاتی که اثربخشی درمان‌های شناختی ـ رفتاری را در درمان افسردگی نشان می‌دهد.»

سخن را در این زمینه، با گفته‌ی »راتر»[5] پایان می‌دهیم: «اگر به پرسش‌هایی که درباره‌ی افسردگی کودکان طرح شده پاسخ داده شود، این پاسخ‌ها هم بر اصول افسردگی بزرگسالان و هم بر طبیعت اختلالات کودکان، پرتویی روشنگر خواهد افکند.» (کاشانی، ۱۹۸۱)

1- Leftkowits
2- Burton
3- Jan N.Hugher
4- Attention Deficit Disorder (ADD)
5- Rutter

به طور کلی بر اساس تحقیقات مختلف انجام شده در این زمینه درصد کودکان افسرده در جمعیّت عمومی از ۰ تا ۱۷ درصد و در کودکان بیمار از ۱/۸ درصد تا ۵۹ درصد متفاوت گزارش شده است. بدیهی است این تفاوت به سبب اختلاف سن، جنس، ویژگی‌های جمعیّت و ملاک‌ها و ابزارهای تشخیصی است. آنچه که مورد اتفاق اکثر پژوهشگران است این است که میزان افسردگی در دخترها بیشتر از پسرهای همتای آن‌هاست و نیز با افزایش سنّ آزمودنی‌ها، میزان افسردگی افزایش می‌یابد.

برای انجام یک مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی دقیق و علمی بیش از همه وجود ملاک‌ها و ابزارهای دقیق و عینی مورد نیاز است.

طبقه‌بندی

تلاش‌های تحقیقاتی زیادی برای توسعه‌ی سنخ‌شناسی‌ها[1] یا نظام‌های طبقه‌بندی[2] انواع سنخ‌های افسردگی کودکان صورت گرفته است. نظام‌های طبقه‌بندی به خاطر تفاوت‌های مبنایی یعنی آنچه را که پایه‌ی کار خود قرار می‌دهند با هم تفاوت دارند. برای مثال بعضی مراحل رشد، بعضی شدّت بیماری و علّه‌ای سبب‌شناسی را زیربنای طبقه‌بندی خویش گرفته‌اند.

«سایتراین» و «مک‌نیو» نظام طبقه‌بندی زیر را که در آن شدّت بیماری همچون سبب‌شناسی منظور شده است، پیشنهاد کرده‌اند:

الف. *«افسردگی حاد»*[3] در پاسخ به برخی رویدادهای ناگهانی زندگی مانند از دست‌دادن والدین پدید می‌آید. بیشتر این کودکان از نظر سازگاری پیش ی نه‌ی خوبی دارند و معمولاً در خانواده‌ی آن‌ها مشکلات روانی خفیفی وجود دارد.

ب. *«افسردگی مزمن»*[4] در کودکانی دیده می‌شود که یکی از والدین آن‌ها از نظر بالینی افسرده بوده و خود کودکان پیش از بیماری سازگاری ضعیفی داشته‌اند. افسردگی این کودکان، به تدریج و در طیّ دوره‌های زمانی خود را نشان می‌دهد. گفته می‌شود کودکانی که در این طبقه جای می‌گیرند، تنها از یک حادثه‌ی ناگهانی در زندگی ضربه ندیده‌اند، بلکه سابقه‌ای طولانی از محرومیّت‌ها یاجدایی‌ها را تجربه کرده‌اند.

1- Typology
2- Classification system
3- Acute depression
4- Chornic depression

پ. *«افسردگی پوشیده»* در کودکانی پیدا می‌شود که بیشتر آن‌ها دارای خانواده‌هایی هستند که از مشکلات روانی شدید رنج می‌برند. سایتراین و مک‌نیو (به نقلِ کاشانی، ۱۹۸۱) بعدها یک »نظام طبقه‌بندی مرتبه‌ای»[1] را پیشنهاد کردند. طبقه‌بندی مزبور بر پایه این فرض بنا شده که کودک در هر مرحله رشد، برای دفاع از خود و رویارویی با افسردگی به گونه‌ای خاص، واکنش نشان می‌دهد.

سطح اوّل: بیان غیرکلامی است به این مفهوم که کودک پیش از آن که نیاز به ابراز افسردگی خود از راه کلام داشته باشد با خیال‌بافی‌ها، رؤیاها و محتوای بازی‌های خود که رنگی از افسردگی دارند، آن را نشان می‌دهد.

سطح دوّم: شامل بیان کلامی[2] احساسات افسردگی است. احساساتی همچون درماندگی، گناه، عزّت‌نفس پایین، نامحبوب بودن، و افکار خودکشی. بیان کلامی افسردگی بیشتر در افسردگی‌های حاد که کودکان «خوب سازگار»[3] به آن مبتلا می‌شوند وجود دارد.

سطح سوّم: زمانی پیش می‌آید که سطح دوّم در دفاع شکست بخورد. اینجاست که افسردگی در خلق، رفتار و کندی روان‌حرکتی همچون گریستن، تغییرات اشتها و خواب خود را نشان می‌دهد.

افسردگی پوشیده نیز در رفتارها و خلق‌های آشکاری مانند فزون‌کاری، پرخاشگری، شکست تحصیلی، بزهکاری و نشانه‌های روان‌تنی دیده می‌شود. از طرفی اختلالات خلق و رفتار، ویژگی‌های کودکانی است که دارای افسردگی مزمن هستند.

این طبقه‌بندی، یعنی استفاده از مقوله‌های[4] حاد و مزمن، اطّلاعات مفیدی به خصوص برای کار با بیماران بستری در اختیار می‌گذارد. همان‌گونه که در پیش یادآور شدیم افسردگی پوشیده مفهومی کاملاً بحث‌انگیز دارد. حتّی »سایتراین» و همکارانش، بعدها گزارش دادند افسردگی پوشیده کمکی به تشخیص نمی‌کند و پیشنهاد کردند از طبقه‌بندی اختلالات عاطفی DSM III استفاده شود.

DSM III و DSM III-R برای افسردگی دوران کودکی طبقه‌ی جداگانه‌ای ندارند. در این طبقه‌بندی‌ها افسردگی کودکان را می‌توان تشخیص داد امّا معیارهای مورد استفاده از آن بزرگسالان است.

«استاک»[5] (به نقل از لنگ و تیشر، ۱۹۸۳) که ترجیح می‌دهد به جای »افسردگی کودکی» از «افسردگی کودکان» صحبت کند، انواع این افسردگی‌ها را به صورت زیر طبقه‌بندی می‌کند:

1- Hierachical classification system
2- Verbalization
3- Well-ajusted
4- Category
5- Stack

گروه ۱ـ افسردگی‌هایی که در کودکان قبل از دبستان روی می‌دهند:

الف. فزون‌کاری،

ب. بی‌احساسی،

پ. تنی (جسمانی)[1]

گروه ۲ـ افسردگی‌هایی که در کودکان مدرسه رو روی می‌دهند:

الف. افسردگی ساده،

ب. کودکان هراس‌زده[2] و وسواسی با واکنشی‌های افسردگی،

پ. حالات افسردگی آمیخته،

ت. افسردگی‌های هم‌بسته با نشانگان آسیب مغزی[3] و حالات روان‌پریشی.

مدل‌های مفهومی و سبب‌شناسی

رویکرد ارثی (ژنتیکی)

پژوهش‌های زیادی نقش انتقال ژنتیکی را در سبب‌شناسی افسردگی تأیید می‌کنند. به طور کلّی روش‌های مطالعه‌ی ژنتیک عبارتند از: کار با حیوانات، استفاده از تکنیک‌های زیست شیمی[4] و فیزیولوژی، مطالعات همه‌گیرشناسی، تجزیه و تحلیل شجره‌نامه‌ها، مطالعات دوقلوها و مطالعات هم‌بستگی. در این‌جا به اختصار به بعضی یافته‌ها اشاره می‌شود:

«**تسوانگ**»[5]، با مرور و بررسی ۷ مطالعه نشان داد که میانگین میزان هم‌گامی[6] در اختلالات عاطفی، برای دوقلوهای یک تخمکی[7] ۷۶ درصد است و برای دوقلوهای دو تخمکی[8] ۱۹ درصد و برای دوقلوهای یک تخمکی جدا از هم پرورش یافته ٦٧ درصد است. مطالعه‌ی دوقلوهای یک تخمکی (MZ) دارای این مزیّت است که فرصت استثنایی مقایسه‌ی دو فرد یکسان از نظر امکان و توان ژنی را فراهم می‌آورد. در مقایسه با دوقلوهای دو تخمکی (DZ) ، شباهت بیشتر دوقلوهای یک تخمکی، به لحاظ صفات و عوامل گوناگون

1- Somatic
2- Phobic
3- Organic brain syndrom (OBS)
4- Biochemistry
5- Tsuang
6- Concordance rate
7- Monozygotic (MZ) twins
8- Dizygotic (DZ) twins

کاملاً ثابت شده است. از سوی دیگر پژوهشگران نشان داده‌اند که تقریباً ۵۰ درصد بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی، دست‌کم یکی از والدین‌شان به اختلال خلقی ـ بیشتر از نوع افسردگی یک قطبی ـ مبتلا بوده‌اند. اگر یکی از والدین دچار اختلال دوقطبی باشند، احتمال ابتلاء هر یکی از فرزندان آن‌ها به اختلال خلقی ۲۷ درصد است، اگر هر دو والدین مبتلا به اختلال دوقطبی باشند، احتمال ابتلاء هر یک از فرزندان به اختلال خلقی ۵۰ الی ۷۵ درصد افزایش می‌یابد. علاوه بر این‌ها مطالعات فرزندخواندگی نشان داده است که میزان بروز اختلالات خلقی در والدین بیولوژیک بچّه‌های مبتلا به اختلال خلقی که به فرزندی پذیرفته شده‌اند، مشابه میزان بروز آن در والدین بچه‌های مبتلا به اختلال خلقی است که توسّط والدین خود بزرگ شده‌اند. بروز اختلالات خلقی در والدین‌پذیرنده‌ی چنین کودکانی، مشابه بروز پایه‌ای اختلالات خلقی در جمعیّت کلّی است. پژوهش‌های دیگری این نکته را به اثبات رسانده که ضریب احتمال دچارشدن به بیماری افسردگی عمده در مدّت عمر[1] برای کودکانی که خویشاوندان درجه‌ی اوّل بزرگ‌تر از شانزده سال آن‌ها مبتلا به افسردگی باشند ٤٢ درصد است، در حالی‌که این ضریب برای بزرگسالان ۳۰ درصد می‌باشد. این می‌رساند که افسردگی عمده برای سنّ زیر بلوغ حامل بار ژنتیکی بیماری‌زای بیشتری است تا برای سنّ بزرگسالی.

رویکرد زیست شیمیایی:

۱. انتقال‌دهنده‌ی عصبی: فرضیه‌های پذیرفته شده در اختلالات خلقی بیان می‌دارند که در افسردگی، هم‌سطح «سروتونین»[2] و هم‌سطح نوراپینفرین»[3] پایین می‌آید. این یافته‌ها اساس مداخله‌ی دارویی این بیماری است. متأسّفانه سازوکاری که از طریق آن داروهای «سه حلقه‌ای»[4] در کودکان تأثیر می‌کند، هنوز ناشناخته مانده است.

۲. سبک خواب: در بزرگسالان، اختلالات الگوی خواب از مهم‌ترین شاخص‌های زیست‌شناختی افسردگی هستند. اختلالات عمده عبارتند از: کاهش زمان نهفتگی REM[5] (زمان بین به خواب‌رفتن و شروع اوّ ل ین دوره (REMـ که در دو سوّم بیماران افسرده‌ی بزرگسال مشاهده می‌شود؛ افزایش طول دوره‌ی اوّل REM و افزایش تراکم REM در قسمت ابتدایی خواب. صبح‌خیزی و خواب منقطع شبانه نیز مشاهده می‌شود. در

1- Lifetime
2- Serotonin
3- Norepinphrine
4- Tricyclics
5- Rapid Eye Movement (حرکات سریع چشم)

کودکان زیر سنّ بلوغ این تغییرات محسوس نیست. یافته‌های پژوهشگران نشان می‌دهند که اگر تغییراتی هم در چگونگی خواب کودکان افسرده مشاهده شود باید آن را به حساب تفاوت‌های رشدی گذاشت. به همین قیاس می‌توان EEG[1] خواب را یک نمره‌گذار حسّاس سنی در نظر گرفت. نه ابزاری برای سنجش افسردگی کودکان.

۳. تراوش کورتیزول:[2] ٤٠ درصد بیماران بزرگسالی که به افسردگی درون‌زاد دچارند، در مدّت ٢٤ ساعت، افزایش تراوش کورتیزول را نشان می‌دهند. از دیگر خصوصیّات این بیماران باید از افزایش مقدار و مدّت تراوش‌ها یاد کرد. این یافته که در بیماران افسرده تراوش کورتیزول بالاست، در آزمون فرونشانی «دکزامتازون»[3] (DST) به کار رفته است. گرچه می‌دانیم DST ویژه‌ی افسردگی نیست و ممکن است در مبتلایان به اختلال وسواس فکری ـ عملی، اختلالات مصرف غذا، اختلالات مغزی عضوی (مثل بیماری آلزایمر)[4] و سایر اختلالات طبّی غیرطبیعی نیز دیده شود.

«ریان» [5]و «پیوگ ـ آنتیچ»[6] (همان مرجع) می‌نویسند هنوز زود است که از اثر بخشی DST برای کودکان سخن گوییم. شاید پژوهش‌های آینده درباره‌ی فرایندهای زیست شیمیایی کودکان افسرده بتواند این اطمینان را بدهد که DST در تشخیص افسردگی کودکان یک تعیین‌کننده‌ی حسّاس و ویژه است.

رویکرد روان‌شناختی:

۱. **مدل روان‌کاوی:** بر طبق نظریه‌های آبراهام و فروید، افسردگی از پرخاشگری که به سوی خود فرد متوجه شده است ناشی می‌شود. این پرخاشگری نتیجه‌ی حالت دوسوگرایی نسبت به محبوب از دست‌رفته است. ضعف اساسی این مدل کمبود پژوهش‌های تجربی است. «بیبرینگ» در مدل‌سازی خود، «من» را به بهای کنار گذاشتن »نهاد» به صحنه می‌آورد. او معتقد است که افسردگی زمانی پیش می‌آید که فرد در رسیدن به آرمان‌های »من» دچار ناتوانی شود و باز بماند.

1- Electro Encephlo Graph (برق نگاره‌ی مغز)
2-. Cortisol
3- Dexamethason Suppression Test
4- Alzeimer’s desease
5- Ryan
6- Puig-Antich

۲. مدل رفتاری: فسردگی از دیدگاه یادگیری و براساس محرّک و پاسخ مورد بررسی پژوهشگرانی همچون «فرستر»[1]، «لازاروس»[2]، «کانفر»[3]، «لووینسون»[4]، «سلیگمن»[5] و... (ویلیامز، ۱۹۸٤) قرار گرفته است. صاحب‌نظران رفتارگرا معتقدند که افسردگی عبارت است از کاهش چشم‌گیر حساسیّت در برابر محرّک‌های محیطی. اینان واکنش‌های شیدایی را با همین استدلال ، عبارت می‌دانند از افزایش ظرفیّت انسان برای پاسخ‌دهی به این محرّک‌ها. عدّه‌ای از رفتارگرایان در تبیین افسردگی به فقدان تقویت‌های لازم اشاره می‌کنند. این عده به تاریخچه‌ی تقویت‌های فرد در تشکّل ادراک از خود و دیگران توجه دارند. گرایش به خود کم‌بینی و احساس بی‌ارزشی را می‌توان عبارت دانست از تقویت‌های متناوب همراه با مشاهده‌ی الگوهایی که امتیازهای متشابه را نشان می‌دهند. «لاوینسون»[6] (به نقلِ اخوت و جلیلی، ۱۳٦۲) پیشنهاد کرده است که افراد افسرده بیشتر از افراد غیرافسرده به محرّک‌های اجتنابی حساسیّت نشان می‌دهند. وی به کمک «لابتیز»[7] و «ویلسون»[8] حساسیت خود مختار گروه‌های افسرده و غیرافسرده را در برابر محرّک‌های اجتنابی مقایسه کرد و نشان داد که گروه افسرده بیشتر از گروه غیرافسرده به محرّک‌های اجتنابی پاسخ می‌دهند.

این یافته و مطالعات مشابه ممکن است این مسأله را به ذهن بیاورد که فرد افسرده تمایل به پرهیز از درگیری‌ها و موقعیّت‌های نامطلوب دارد. شاید یکی از جامع‌ترین فرمول‌های رفتارگرایانه را در سبب‌شناسی افسردگی در کار «لینوسان» بیابیم: او به فقدان‌هایی که دارای بار عاطفی، مادّی یا جسمانی هستند اشاره کرده و آن‌ها را در کاهش تقویت‌های مثبت که به خستگی، احساس کلّی ناشادی، برداشت‌های منفی از خود و پاسخ‌های غیرشرطی متفاوتی مسئول دانسته و دارای اهمیت می‌داند.

«لووینسون» و همکارانش به این یافته‌ها نائل شدند:

الف. افراد افسرده نسبت به دیگر مردم رفتارهای کمتری را بروز می‌دهند.

ب. آن‌ها در مقایسه با غیرافسرده‌ها تقویت‌های مثبت کمتری دریافت می‌کنند.

پ. مهارت‌های اجتماعی آن‌ها نسبت به غیرافسرده‌ها کمتر است.

ت. بین افسردگی و نوع و مقدار فعّالیّت‌هایی که فرد به آن‌ها می‌پردازد رابطه‌ای وجود دارد.

1- Ferster
2- Lazarus
3- Kanfer
4- Lewnsohn
5- Seligman
6- Lawinson
7- Lobits
8- Wilson

از آن طرف، محیط اجتماعی از طریق توجه و ابراز «هم‌دردی»[1] این رفتارهای فرد افسرده را تقویت می‌کند و بدین ترتیب به القاء و پایداری آن‌ها کمک می‌کند. «مک‌لین»[2] در راستای این مدل بر اختلال روابط »میان فردی»[3] تأکید کرد. او افسردگی را نتیجه‌ی ناتوانی شخصی در کنترل مؤثر محیط میان‌فردی خود می‌داند. برای مثال »اختلالات ارتباطی»[4] که احساس ناتوانی در برقراری یک رابطه را در فرد بجا می‌گذارد. مدل رفتاری و میان‌فردی ـ جز در حوزه مهارت های اجتماعی ـ که توضیح آن در بعد می‌آید ـ به پیشرفت‌های چشم‌گیری در زمینه‌ی افسردگی کودکان نرسیده است.

۳. مدل فشار روانی زندگی:[5] مطالعات زیادی تأثیر «محرّک‌های تنش‌زای»[6] اجتماعی را در پیدایی افسردگی به اثبات رسانده‌اند. محرّک‌های تنش‌زای اجتماعی به مواردی مانند: مشکلات مالی و شغلی، ض ع ف جسمانی و بیماری و از دست‌دادن عزیزان اطلاِ می‌شوند. گرچه این‌ها همه محرّک‌های تنش‌زای منفی هستند، اما حتّی تغییرات مثبتی نظیر ترفیع درجه و مقام نیز به عنوان رویدادهای فشارزا معرّفی شده‌اند.

«پیکل»[7] و همکارانش از طریق انجام یک تحقیق دریافتند که گروهی از بزرگسالان افسرده، شش ماه پیش از شروع بیماری سه برابر گروه غیرافسرده‌ی همتای خود فشارهای روانی را تجربه کرده بودند. اما مدل مزبور از تبیین این نکته ناتوان است که چرا بسیاری از کسانی که رویدادهای تنش‌زای زندگی را تحمّل کرده‌اند، افسردگی واکنشی را بروز نداده‌اند. بنابراین باید گفت اگر چه فشارهای روانی گذشته، ظهور نشانه‌های افسردگی را تسهیل می‌کند، اما این بیشتر «احتمال» را می‌رساند تا «علیّت» را. به علاوه بررسی‌های تجربی در سبب‌شناسی افسردگی از رابطه‌ی بین مرگ والدین در دوره‌ی کودکی و بروز افسردگی در بزرگسالی حمایت نمی‌کنند. در این جا نیز می‌توان گفت که جدایی یا ناسازگاری والدین ممکن است زیرساز افسردگی کودکی شود. مطالعات اخیر ثابت می‌کند کودکان زیردبستانی که نشانه‌های افسردگی را بروز می‌دهند بیشتر از خانواده‌هایی هستند که نسبت به گروه همتای خود، فشارهای روانی بیشتری در زندگی داشته‌اند. (کاشانی، ۱۹۸۱)

1- Sympathy
2- Mclean
3- Interpersonal
4- Communication disturbance
5- Lifestress
6- Stressor
7- Paykel

٤. مدل تحریف‌شناختی:[1] «آرون. تی. بک» (به نقل از برنز، ١٣٦٧) در سال ١٩٧٦ در کتاب »نظریه‌ی شناختی و اختلالات هیجانی» [2] اصول نظریه خود را بیان کرد. براساس این نظریه، پاسخ‌های هیجانی و عاطفی فرد مبتنی بر شیوه‌ای است که وی به تجربیات خویش سازمان می‌بخشد. بنابراین اگر نمادسازی، تشکیل مفاهیم ذهنی و تفکّر فرد در مورد یک موفّقیّت و یا یک تجربه‌ی ناخوشایند باشد، باید پاسخ‌های ناخوشایند عاطفی را از وی انتظار داشته باشیم. اجزاء اصلی نظریه بک عبارتند از:

الف. افکار خودکار منفی:[3] افکاری که خودبه‌خود و سریع به ذهن می‌آیند و محتوای آن‌ها در سه زمینه خود، جهان خارج و آینده منفی است. ***خود*** مانند: «من فردی شکست خورده‌ام»، ***جهان خارج*** مانند: «آنچه در همسایگی من است وحشت‌زا است» و ***آینده*** مانند: «رویدادهای آینده‌ام همه ناگوار خواهند بود» این‌ها «سه‌وجهی شناختی»[4] را می‌سازند.

ب. خطاهای منطقی منظّم [5]: افراد افسرده طرز تفکّری دارند که بیشتر با مایه‌های عدم احترام به خود، احساس محرومیت، انتقاد از خود و سرزنش خود، احساس مسئولیت و وظیفه‌شناسی افراطی رنگ گرفته است. همه‌ی این‌ها گونه‌هایی از تحریف‌های شناختی است. معروف‌ترین این تحریف‌ها عبارتند از:

❋ حجاب ذهنی ـ از پشت حجاب بدبینی تنها منفی‌ها را دیدن و تجربه‌های مثبت و حتّی خنثی را نادیده‌گرفتن.

❋ نتیجه‌گیری شتاب‌زده ـ بدون دلیل و شاهد، در مورد رویدادهای اطراف خود نتیجه‌گیری منفی‌کردن. دو نمونه از نتیجه‌گیری شتابزده یکی »ذهن‌خوانی» است و دیگری »اشتباه پیش‌گو». فرد افسرده در ذهن‌خوانی فرض را بر این می‌گذارد که دیگران او را به دیده‌ی حقارت می‌نگرند و در اشتباه پیش‌گو همیشه مترصد است که اتّفاقِ ناگواری بیفتد.

❋ درشت‌بینی ـ ریزبینی ـ فرد افسرده عیوب خود را بزرگ می‌بیند و خوبی‌ها و صفات مثبتش را کوچک می‌شمارد.

❋ استدلالی احساسی ـ افسرده‌ها، احساس را عین واقعیت می‌بینند. «احساس گناه می‌کنم پس حتماً کار بدی انجام داده‌ام!»

❋ حاکمیّت بایدها و نبایدها ـ «باید این کار را انجام دهم» به جای »بهتر است این کار را بکنم»....

1- Cognitive distortion model
2- Cognitive Theory and the Emotional
3- Negative automatic
4- Cognitive triad
5- Systematic logical error

❋ برچسب زدن ـ من تنبل هستم. من... هستم!

❋ به خود نسبت‌دادن ـ بدون هر گونه دلیل، حوادث ناخوشایند را به خود نسبت‌دادن.

پ. *وجود طرح (شمای ذهنی) افسردگی‌زا* :[1] وجود باورها و نگرش‌هایی استوار و پایدار که بر گذشته و حال و آینده رنگ افسردگی می‌زند و به کمک آن‌ها به برداشت از تجربیات خود می‌پردازد.

اگرچه بخش عمده‌ی منابع از این حمایت می‌کند که بزرگسالان افسرده دارای خطاهای شناختی هستند، تنها در سال‌های اخیر پژوهشگران چندی، درباره‌ی نقش تحریف‌های شناختی در افسردگی کودکان تحقیق کرده‌اند.

«لیتن برگ»[2] و همکارانش (به نقلِ هیوز ۱۹۸۸) دریافتند که کودکان کلاس‌های چهارم تا ششم و دانش‌آموزان کلاس هشتم وقتی که نشانه‌های افسردگی، عزت‌نفس پایین و اضطراب خود را گزارش می‌دادند بیش از سایر کودکانی که این مشکلات را نداشتند، دارای خطاهای شناختی »بک» بودند. با این وجود دو نکته را نباید از یاد ببریم:

اوّل آن‌که »خودانگاره‌های»[3] کودکان افسرده با کودکان غیرافسرده تفاوت دارند و دوّم آن‌که درست است که دید منفی نسبت به آینده در نمونه‌ی بالینی که با ملاک‌های DSM III دارای اختلال افسردگی عمده بودند و در کودکان افسرده یافت شده است اما تحقیقات تاکنون مشخّص نکرده‌اند که کودکان افسرده نسبت به جهان خارجی هم دید منفی داشته باشند.

۵. نقص مهارت‌های اجتماعی: بسیاری از پژوهشگران رفتاری بر این نکته تصریح کرده‌اند که کاهش در کیفیّت یا مقدار تقویت‌های اجتماعی یا باعث بروز افسردگی می‌شود و یا افسردگی قبلی را پابرجا می‌سازد. «لووینسون» و «هابرمن»[4] (به نقل از کاشانی، ۱۹۸۸) بر این باورند که کمبودها و نقائص مهارت‌های اجتماع زمینه‌ساز مهم میزان پایین »پاسخ مشروط به تقویت مثبت»[5] (RCPR) است، که این میزان پایین (RCPR) به نوبه‌ی خود منجر به افسردگی می‌شود، هر چند «یانگرن»[6] و «لووینسون» اشاره کرده‌اند که این فرضیه از طریق منابع تجربی تأیید نشده است. افزون بر این آن‌ها اظهار کردند که کمبود مهارت‌های اجتماعی ممکن است حالت ثانوی بر افسردگی باشد. با مرور مطالعاتی که افراد افسرده و غیرافسرده را با هم مقایسه کرده‌اند

1- Depressogenic schemata
2- Leitenberg
3- Self-concept
4- Hoberman
5- Response Contigent Positive Reinforcement (RCPR)
6- Youngren

نتایج متفاوتی کسب می‌شوند. بعضی گزارش‌ها از وجود رابطه‌ی بین افسردگی و نقص مهارت‌های اجتماعی حمایت می‌کنند و برخی این رابطه را نمی‌پذیرند.

مطالعات تأییدکننده می‌گویند: کودکان افسرده از نظر دوستانشان محبوبیت کمتری دارند و در دید معلمانشان کمتر اجتماعی هستند. مجموعه‌ای از مطالعات که »مدل تعاملی»[1] «کوین»[2] را توسعه داده‌اند نشان می‌دهند که کودکان، بزرگ‌ترها و مربیان به‌گونه‌هایی منفی به کودکان افسرده پاسخ می‌دهند. «ریون»[3] با استفاده از آگاهان چندگانه (کودکان هم‌سال و معلم) دریافت که نقص مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به عنوان عامل پیشگیری افسردگی به کار آید.

٦. «درماندگی آموخته شده»[4] (اکتسابی): در سال ١٩٦٧، «اورمایر»[5] و «سلیگمن» (به نقلِ ویلیامز، ١٩٨٤) در جریان تحقیق پیرامون اثرات »ترس شرطی‌شده‌ی پاولفی»[6] دریافتند که اگر به سگ‌ها، در یک موقعیت (تخته‌خواب پاولفی)[7] ضربه‌ی الکتریکی وارد شود، به‌طوری که آن ضربه غیرقابل اجتناب بوده و حیوان راه‌فراری هم نداشته باشد، سگ‌ها در آموختن راه گریز و پرهیز از ضربه در موقعیت دیگر (جعبه‌ی دوسره)[8] دوسره)[8] دچار شکست می‌شوند. در آزمایش بعدی »سلیگمن» و «مایر» چند گروه از حیوانات را در معرض ضربه‌هایی که امکان گریز از آن‌ها میسر بود، قرار دادند و رفتارشان را با هم مقایسه کرد ند. به یک گروه ضربه‌هایی الکتریکی وارد کردند که راهی برای گریز و پرهیز از آن‌ها وجود نداشت. به گروه دوّم ضربه‌هایی از همان نوع و با همان شدّت وارد آوردند، اما حیوانات می‌توانستند از موقعیت آزاردهنده فرار کنند. به گروه سوّم ضربه‌ای وارد نکردند. نتیجه‌ی آزمایش نشان داد که بازده یادگیری حیوانات گروه دوّم و گروه سوّم در «تکلیف گریز از ضربه»[9] یکسان بود. برعکس حیوانات گروه اوّل که پاسخ‌های رفتاری آن‌ها نتوانسته بود ضربه ه ای وارده را مهار کند، در انجام تکلیف بعدی (گریز از ضربه) کمبودهایی را بروز دادند. دو سوّم آن حیو ا نات به‌طور کلی پاسخ گریز را کسب نکرده‌اند. این آزمایش ثابت کرد که قرارگرفتن در یک موقعیت دردناک خودبه‌خود باعث کاهش بازدهی در موقعیت مشابه بعدی نمی‌شود، بلکه »غیرقابل مهاربودن» [10]

1- Interactional model
2- Coyne
3- Reaven
4- Learned helplessness
5- Overmier
6- Pavlovav fear conditioning
7- The Tavlovian hummock
8- The shuttlebox
9- Shock-escape task
10- Uncontrollabiltiy

فشار روانی به کاهش یادگیری (وسیله‌ای)[1] می‌انجامد. پژوهش‌های بیشتر هم‌سانی این پدیده را در گربه‌ها، ماهی‌ها، موش‌ها، پرندگان، خرگوش‌ها و نیز انسان‌ها نشان داد.

«مایر» و «سلیگمن» دریافتند که در معرض رویدادهای آزاردهنده و مهارناشدنی قرارگرفتن سه پیامد دارد:

الف. کاستی‌های انگیزشی[2]: حیواناتی که به آن‌ها ضربه‌هایی وارد شود که نتوانند خود را از آن ضربه‌ها برهانند، پس از آن هم، با واردآمدن ضربه، پاسخ‌های گریز را بروز نمی‌دهند!

ب) کاستی‌های شناختی[3]: حیواناتی که در معرض ضربه گریزناپذیر قرار گرفته بودند، در یادگیری پاسخ‌هایی که می‌توانستند فشارهای روانی را در آینده مهار کنند دچار عقب‌ماندگی شدند. بازدهی آزمون‌های انسانی که در معرض سر و صدای مزاحم و غیرقابل احتمالی قرار گرفته بودند در آزمایش درست‌کردن کلمات جدید از حروف کلمات دیگر [4]به طور محسوسی کاهش یافت.

پ. کاستی‌های هیجانی[5]: «مایر» و «سلیگمن» با ارائه داده‌های زیادی ادعا کردند که آسیب و صدمه گریزناپذیر، پیامدهای هیجانی محسوسی داشته است. شواهدی به دست آمد که اگر سگی را تنها یک جلسه در معرض ضربه‌ای قرار دهند که نتواند از آن فرار کند، آثار مطلوب درماندگی به صورت اثر هیجانی گذرا (هورمونی) تا بیش از چهل ساعت آن را تحلیل می‌برد. خرگوش‌هایی که ضربه گریزناپذیر دریافت داشته بودند، نسبت به گروه گواه که در معرض ضربه‌هایی بودند که می‌توانستند از آن‌ها فرار کنند بیشتر دچار زخم‌های معده شدند. لازم به یادآوری است که نوع و شدّت ضربه به هر دو گروه یکسان بوده است. آزمودنی‌های انسانی که در حال تحمل ضربه‌ها، تکالیفی را انجام می‌دادند اما اجازه نداشتند آن‌گونه که می‌خواستند به استراحت بپردازند، بیش از آزمودنی‌هایی که در همان موقعیت دریافت ضربه به انجام تکالیف مشغول بودند، اما هر چند گاه به خواست خودشان ضربه‌ها قطع می‌شد، میزان فشار خون بالاتری را نشان دادند.

«سلیگمن» و همکارانش به این پدیده‌ها روی هم »درماندگی آموخته شده» نام گذاشتند. بر پایه‌ی این نظریه، جانداران نه تنها می‌توانند وابستگی بین پاسخ (وسیله‌ای) و نتایج آن پاسخ را بیاموزند بلکه هم‌چنین می‌توانند «احتمال مشروط تقویت» [6]یک پاسخ را در برابر «احتمال مشروط تقویت»، در نبود پاسخ را بسنجد

1- Instrumental learning
2- Motivational Deficits
3- Cognitive Deficits
4- Anagram
5- Emotional Deficits
6- Conditional probability of reinforcement

و در نظر بگیرند. وقتی احتمال تقویت به پاسخ مشخّص، از احتمال تقویت در نبود پاسخ، متفاوت نباشد پاسخ و تقویت »مستقل«[1] از هم هستند یا به تعبیر دیگر جاندار مهاری بر نتایج ندارد.

فرضیه‌ی »درماندگی آموخته« شده می‌گوید کاستی‌های انگیزشی و شناختی و تغییرات هیجانی آن‌گاه پدید می‌آیند که جاندار بیاموزد که پاسخ‌ها و نتایج مستقل از هم هستند. کاستی‌های انگیزشی به فشار روانی گریزناپذیر منتهی می‌شوند چه برانگیزاننده‌ی اساسی پاسخ‌ها، رهایی و آسودگی است که از آن پاسخ‌ها انتظار می‌رود. حال اگر پاسخ جاندار رهایی را در پی نیاورد به چه دلیل انگیزش بیدار شود و برافروزد؟

پیامد کمبودهای شناختی، فشار روانی گریزناپذیر است، زیرا به‌دست آوردن این شناخت که پاسخ‌ها بی‌ارتباط با نتایج‌اند! باعث می‌شود که جاندار به دشواری بیاموزد که پاسخ‌های رفتاری ا ش به راستی می‌تواند ضربه‌های وارد شده را مهار کند، پس بدون پاسخ و واکنشی می‌ماند و می‌نشیند تا بلا فرود آید!

تغییرات هیجانی به طور مستقیم از فرضیه‌ی درماندگی برنمی‌آید اما «سلیگمن» توانسته است با مدارکی نشان دهد که اگر حیوانات در معرض صدمه‌های مهارناشدنی قرار گیرند، بیش از آن‌هایی که ضربه‌های مهارشدنی دریافت می‌کنند، دچار ترس مشروط، زخم‌های گوارشی، کاهش وزن و بی‌اختیاری دفع می‌شوند. پدیده‌ی »درماندگی آموخته‌شده« محرک تلاش‌های تحقیقاتی فراوانی شد تا از طریق مطالعه‌ی انسان‌ها، در موقعیت‌های همانند حیوانات، مدلی را برای افسردگی واکنشی عنوان کنند. همان‌گونه که حیوانات در معرض فشارهای گریزناپذیر قرار می‌گیرند و تغییرات انگیزشی، شناختی و هیجانی در آن‌ها به وجود می‌آید که باعث کاسته‌شدن کارآمدی پاسخ مؤثر آن‌ها می شود ، «افسردگی واکنشی» نیز ممکن است از فشارهای روانی مهارناشدنی برآید و این انتظار را در فرد شکل دهد که تقویت‌های رفتاری آینده هم بیرون از کنترل اوست. به نظر می‌رسد این انتظار در حالت افسردگی به نافعال بودن (انگیزشی)، برداشت‌ها و توقعات منفی (شناختی) و اختلالات عاطفی (هیجانی) منجر شود.

تقویت‌های جدا و مستقل از کوشش آدمی نیز می‌توانند به همان درجه افسردگی‌زا باشند که مجازات یا قطع تقویت. این نکته را با بررسی و مطالعه در «افسردگی‌های ناشی از موفّقیّت»[2] می‌توان بیان داشت. این افسردگی ناشی از عدم تناسب تقویت‌کننده‌ها با پاسخ‌هاست.

از سال ۱۹۷٦، «آبرام سون»، «سلیگمن» و «تیسدال»[1] برای از بین‌بردن ضعف‌های مدل »درماندگی آموخته شده«، پژوهش‌هایی را پی گرفتند و سرانجام در سال ۱۹۷۸ با ترویج یا «نظریه‌ی اسنادی»[2]، ولادت مدل تازه‌ای را اعلام کردند.

1- Independent
2- Success depression

مدل جدید ٤ رکن دارد که برقراری هم‌زمان این ارکان برای وقوع افسردگی کفایت می‌کند:

۱. فرد این انتظار را دارد که حالت آزاردهنده و دردناک امور به احتمال زیادی روی می‌دهد (با وقوع حالت کاملاً مطلوب امور را غیرمحتمل می‌داند).

۲. برداشت فرد این است که او درباره‌ی احتمال حالات مختلف امور قادر به انجام هیچ کاری نیست.

۳. فرد دارای یک روش »اسنادی ناسازگارانه»[۳] است به طوری که تمایل دارد رویدادهای منفی را به علل «درونی»[۴]، «استوار» و «کلی»[۵] نسبت دهد و وقایع مثبت را به علل »برونی»[۶]، «نااستوار» و «جزیی».[۷]

٤. هر چه انتظار حالت دردناک امور و تصور غیرقابل مهاربودن آن‌ها قطعیت بیشتری بیابد، قدرت کمبودهای انگیزشی و شناختی بیشتر می‌شود.

به روشنی معلوم نیست به چه دلیل توجهات بعدی تنها بر رکن سوّم نظریه‌ی جدید متمرکز شده است. از این رو گفته می‌شود اگر برای فردی اتفاقی ناگوار رخ دهد و برداشت او این باشد که وقوع آن رویداد تلخ تقصیر خود اوست (درونی) و قابل تغییر هم نیست (استوار) و نشانی از بدشانسی‌ها و بدبختی‌های همیشگی اوست (کلی)، چنین کسی حتماً افسرده خواهد شد. «ایوز»[۸] و «راش»[9]گروهی از زنان را که دارای بیماری افسردگی یک قطبی بودند با گروه همتای خود مقایسه کردند. نتایج نشان داد که تمام زنانی که افسردگی یک قطبی داشتند، رویدادهای ناگوار را با برداشت‌های منفی و ناسازگارانه توصیف کردند. با استفاده از پرسش‌نامه‌ی »روش اسنادی» (ASQ)[10] ثابت شد که این روش در تشخیص افسردگی یک قطبی دقیق‌تر و حساس‌تر از آزمایش‌های زیست‌شناختی است. (کاشانی، ۱۹۸۱)

در سال‌های اخیر «سلیگمن»، «کازالو»، «فیل‌اشتاین»[۱] و «آبرام سون» (به نقلِ هیوز، ۱۹۸۸) با بررسی کودکان افسرده و مقایسه‌ی آن‌ها با کودکان غیر افسرده دریافتند که افسردگان موفّقیّت‌های خود را به عوامل برونی، نااستوار و جزئی نسبت می‌دهند و شکست‌هایشان را به عوامل درونی، استوار و کلی. بیشترین کار را در این

1- Teasdale
2- Attributional Theory
3-. Maladaptive attributional
4- Internal
5- Global
6- External
7- Specific
8- Eaves
9- Rush
10- Attributional Style Questionnaire
1- Fielstein

زمینه »دوک»[2] (همان مرجع) کرده است. او نشان داد که کودکان درمانده در مقایسه با کودکان توانمند و «مسلط»[3]، شکست‌های خود را بیشتر به ناتوانایی‌هایشان اسناد می‌دهند. هم‌چنین عملکرد کودکان درمانده بعد از هر شکست، به شدّت افت پیدا می‌کند. آن‌ها کمتر موفّقیّت‌های به دست آمده را به توانایی خود مربوط می‌کنند. بیشتر انتظار دارند که در آینده به گونه‌ای ناتوان عمل کنند و باور دارند که دیگر بچه‌ها بیشتر از آن‌ها کار می‌کنند. علاوه بر همه‌ی این‌ها کودکان درمانده و افسرده دارای روشی اسنادی هستند که دیدگاه‌های منفی آن‌ها را در مورد خودشان و در مورد آینده پابرجا نگه می‌دارد.

۷. مدل خویشتن‌داری[4]: «رم» (به نقلِ کاشانی، ۱۹۸۸) مدل خویشتن‌داری افسردگی را از «کانفر» اخذ کرد. طبق این مدل، افسرده‌ها دست‌کم در یکی از حوزه‌های زیر دارای نقص هستند:

الف. خودبازبینی[5]،

ب. خودسنجی[6]،

پ. خودتقویتی[7]،

این نقائص شامل موارد زیر است:

۱. تمرکز انتخابی بر توجه به حوادث منفی.

۲. تمرکز توجه بر پیامدهای کوتاه‌مدّت کارهای خود به جای توجه بر پیامدهای درازمدّت آن‌ها.

۳. تثبیت معیارهای غیرواقعی و دست‌نیافتنی برای عملکردها.

٤. «اسناد غلط»[8] موفّقیّت‌ها و شکست‌های شخصی.

۵. ایجاد وقفه در خودتقویتی.

٦. رشد افزایش خودتنبیهی.

خواننده به خوبی می‌تواند تأثیر مدل تجدیدنظر شده‌ی درماندگی اکتسابی، سه عنصر شناختی »بک» و پایین‌بودن پاسخ مشروط به تقویت مثبت (RCPR) را بر مدل »رم» ببیند. در حقیقت، مدل خویشتن‌داری افسردگی می‌کوشد که با صرفه‌جویی یا ابتکار دیگر مدل‌های روان‌شناختی را در خود بگنجاند. کارآمدی

2- Dweck
3- Mastery children
4- Self-Control
5- Self-monitoring
6- Self-evaluation
7- Self-reinforcement
8- Misattribution

روش‌های خویشتن‌داری در درمان افسردگی و دیگر اختلالات روانی و رفتار کودکان تا اندازه‌ای به اثبات رسیده است.

۸. روابط والدین و کودک: مدارک زیادی وجود دارد که کودکانی که دارای پدر و مادر (و به طور مشخّص‌تری مادر) افسرده هستند، در معرض خطر اختلالات هیجانی و رفتاری قرار دارند. اختلالات رفتاری کودکان تقارن آشکاری با ناراحتی‌های روانی والدین دارند. «بیلینگز»[1] و «موس»[2] (به نقلِ بتس، ۱۹۸۸) در سال ۱۹۸۵، بعد از یک سال پی‌گیری کودکانی که پدران و مادران آن‌ها دارای افسردگی یک قطبی بودند، دریافتند، که حتّی بعد از رفع مشکلات والدین، بیشتر کودکان همچنان دارای اختلال رفتاری و هیجانی بودند.

شماری از مطالعات سال‌های اخیر بر نقش برخوردهای چهره به چهره‌ی مادران با نوزادانشان نشان تأکید کرده‌اند و در این زمینه برخوردهای مادران افسرده با مادران عادی را مقایسه کرده‌اند. این مطالعات روشن کرده‌اند که مادرهای افسرده در پاسخ‌دهی خودانگیزی، رفتار ناشی از رضایت‌مندی، لحن گرم، استفاده از «زبان کودکی» و به کاربردن جملات آهنگین و پرعاطفه، به‌طور معنی‌داری ناتوان‌تر از مادرهای سالم هستند. برای نمونه «تیفانی»[3] و همکارانش (۱۹۸۸) تأثیر نگاه افسرده و نگریستن غمگینانه عدّه‌ای از مادران را بر کودکانشان مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که رفتارهای غیرکلامی مادر با درون‌مایه‌های افسردگی، جریان سرد سکوت و سکون را در وجود خردسالان می‌دواند و از آن‌ها اطفالی می‌سازد که حتّی در حضور بزرگسالان عادی و شاد، خاموشی و بی‌تحرکی می‌گزینند و نشانه‌های افسردگی را به نمایش می‌گذارند.

اگرچه مطالعات و بررسی‌های انجام شده، پیوند بین ارتباطات مختل والدین ـ کودک را با افسردگی کودکی نشان می‌دهند، اما تنها با استفاده از طرح‌های «طولی» [4]خواهیم توانست با اطمینان بیشتری در این مورد سخن بگوییم.

رویکرد سیستم‌ها (نظام‌ها)ی خانوادگی: نظریه‌ی عمومی سیستم‌ها[1]، که در سال ۱۹٤۸ توسّط «فون برتالنفی»[2] وضع شد، به عنوان بنیانی نظری، از سوی بسیاری از درمانگران خانواده مفید و کارآمد تشخیص

1- Bilings
2- Moos
3- Tiffany
4- Longitudinal
1- General System Theory (GST)
2- Von Bertalanffy

داده شده است. نظریه‌ی عمومی سیستم‌ها، به جای توجه به پدیده‌های فردی، روابط بین انسان‌های یک سیستم، تعامل‌ها و «قواعدی»[۳] را که بر سیستم حاکم است در نظر می‌گیرد. به قول »براون» [4](به نقلِ بارکر، ۱۹۸۳) «واحد خانواده» یک »زیر سیستم»[۵] «زیستی ـ اجتماعی»[۶] است که درون یک سیستم »فرهنگی ـ اجتماعی»[۷] قرار دارد.

خانواده، به عنوان یک سیستم از اجزایی تشکیل شده که همان اعضای خانواده‌اند. اعضاء به گونه‌ای پویا به هم پیوسته و با هم در ارتباطند. رفتار اعضاء خانواده را جدا از کل سیستم که چیزی بیش از مجموع اعضاء و اجزای آن است نمی‌توان درنظر گرفت. سیستم خانواده، سیستمی »باز»[۸] است، بدین معنی که در تعامل ثابت با مرزهای خارج از خود است و از فرایندهای »پس‌خوراند»[۹]، «اطلاعات»[۱۰] و «ارتباطات»[۱۱] برخوردار است. در عین حال واحد خانواده، جزیی از چند «فراسیستم»[۱۲] ، همچون خانواده‌ی گسترده، شبکه همسایگی، روستا، قبیله و... است.

خانواده‌ها معمولاً شامل زیر سیستم‌هایی مانند والدین، همسران و کودکان هستند. افراد می‌توانند ـ و هم به طور معمول چنین هستند ـ که به بیش از یک سیستم تعلق دارند؛ برای مثال به سیستم کار می‌توان اشاره کرد.

اختلال رفتار در یک عضو یا اعضاء خانواده اغلب همراه با «بدکاری»[۱۳] یا عملکرد بد سیستم خانواده است. مفهوم علیّت در سیستم‌ها با گذرگاه‌های »مدوّر»[۱۴] مشخّص می‌شود نه خطّی.

با استفاده از نظریه‌ی عمومی سیستم‌ها می‌توان گفت، رفتار مشکل‌آفرین کودک نمی‌تواند جدا از محتوای اجتماعی آن مورد توجه قرار گیرد. تغییر در روحیه و رفتار هر کدام از اعضاء خانواده بر کودک همچون دیگران اثر می‌گذارد. کاربرد این نظریه، علاوه بر سبب‌شناسی، در درمان بیماری‌های روانی کودکان بسیار مفید و با اهمیت بوده است.

3- Rules
4- Brown
5- Sub-System
6- Biosocial
7- Sociocultural
8- Open
9- Feed-back
10- Information
11- Communication
12- Supra-system
13- Dysfunction
14- Circular

تصویر بالینی و ملاک‌های تشخیصی

واژه‌ی »افسردگی« هم در روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد و هم توسّط کسانی که متخصص مسائل روانی نیستند به کار می‌رود. جالب این است که حتّی در متون علمی، افسردگی دارای معانی گوناگون است:

۱. گاه به »دل گرفتگی« و «خلق ملول»[1] برمی‌گردد، که جزئی از تجربه‌ی عام انسان‌هاست.

۲. گاه همین خلق گرفته و ملول به عنوان یک «**نشانه**»[2] می‌تواند پاسخی به از دست‌دادن محبوب و یا واکنشی در برابر شکست و نومیدی باشد و نیز می‌تواند بدون دلیلی خاص رخ نماید.

۳. مفهوم افسردگی با تعبیر «**نشانگان**»[3] ـ در نقطه‌ی مقابل نشانه ـ چیزی بیش از یک دل‌گرفتگی غمناکی ساده است. آنگاه که خلق گرفته با شماری از نشانه‌های دیگر ترکیب شود و به صورتی منظّم، هویتی یگانه و مشخّص را بسازند، با نشانگان روبه رو هستیم. نشانه‌ها، که اجزاء سازنده‌ی نشانگان‌اند تنها به دگرگونی‌های عاطفی محدود نمی‌شوند، بلکه اختلالات نباتی و روان حرکتی، تغییرات شناختی و تغییرات انگیزشی را نیز دربرمی‌گیرند.

امکان دارد که نشانگان بالینی افسردگی پیامد انواع گوناگونی از بیماری‌های جسمی و روانی همچون «التهاب مفصل رماتیسمی»[4]، «بیماری کوشینگ»[5]، «می‌بارگی»[6]، «شخصیت جامعه‌ستیز»، «اختلالات اضطراب» و «اسکیزوفرنی» باشد.

٤. مفهوم »اختلال«[7] افسردگی، به طور ضمنی بر چیزی بیش از مفهوم نشانگان دلالت دارد. وقتی از اختلال سخن می‌گوییم نه تنها به نشانگان اشاره داریم که پاره‌ای ناتوانایی‌ها را سبب می‌شود، بلکه هم‌چنین دارای: تصویری بالینی مشخّص، گذشته‌ی طبیعی معلوم، دوره‌ی معین آسیب و پاسخ ویژه به درمان است و نیز امکان دارد هم‌بسته‌های خانوادگی، محیطی و زیست‌شناختی خاصّ خود را داشته باشند.

در روان‌پزشکی واژه‌ی افسردگی، به هر دو مفهوم نشانگان و اختلال به کار می‌رود. در مورد بزرگسالان به خوبی می‌دانیم که چندگونه اختلال افسردگی بر پایه‌ی تفاوت‌های تصویر بالینی، تاریخچه‌ی طبیعی، پاسخ به

1- Dysphoric mood
2- Symptom
3- Syndrom
4- Rheumatoid Arthritis
5- Cushing’s disease
6- Alcoholism
7- Disorder

درمان دارویی، سابقه‌ی خانوادگی بیمار و ویژگی‌های زیست‌شناختی و فیزیولوژی اعصاب شناخته شده است.

فهرست‌کردن نشانه‌ها و راه‌های ارزیابی:

«فارلی»، «هبرت» و «اکهارت» (۱۹۸۵) در کتاب »راهنمای بیماری‌های روانی کودک و نوجوان: فوریت‌ها و بحران‌ها» به اختصار موارد زیر را یادآور می‌شوند:

۱. کودکان اغلب افسردگی‌های خود را می‌پوشانند. هم به خاطر دفاع از خود و هم به این دلیل که احساس می‌کنند کس دیگری نمی‌خواهد مسئولیت مشکلاتشان را بپذیرد. یک مشاهده‌گر دقیق باید احساسات غمگنانه را به زبان آورد و آن‌ها را به کودک بازگرداند و تصدیق او را درخواست کند. بیاناتی که حاکی از همدردی‌های ساده است می‌توانند افسردگی‌های پنهان را آشکار سازند.

۲. کودک به فراوانی از خیال‌بافی برای دفاع در برابر عاطفه‌ی پرغم خود بهره می‌جوید. او ممکن است اندوهگین نباشد اما در داستان‌هایی که می‌سازد، مردم، ناراحت و غم‌زده ترسیم شوند، هیچ چیز خوبی اتفاِ نیفتد، رویدادها آکنده از برخوردهای بد، بازداشتن‌ها، رهاکردن‌ها، صدمات و مرگ و میرها باشند. کودک افسرده بیشتر اوقات، نه بلند پرواز است، نه نقشه‌ای برای آینده دارد، نه شغلی را برای خود برمی‌گزیند و نه آرزوهای تشکیل خانواده و داشتن همسر و فرزند دارد.

۳. حتّی اگر کودک نه در ظاهر و نه در خیال‌پردازی افسردگی خود را آشکار سازد، ممکن است از طریق دفاع‌هایی همچون »انکار»[1] و واکنش »وارونه»[2] مشکلش را بروز دهد.

٤. راه دیگر نشان‌دادن افسردگی کودک، پرخاشگری، برون‌ریزی خشم به دیگران، برگردان خشم به خود در گونه‌های جسمانی‌کردن ناراحتی یا رفتار خود ویرانگری است.

۵. در مجموع، اگر ارزیاب بیندیشد که کودک غمگین است، ظاهرش حاکی از رنجدیدگی است، با لاف‌زدن و دیگر رفتارها می‌کوشد غم خود را پنهان کند، احتمال دارد افسردگی وجود داشته باشد.

علائم[3] و نشانه‌ها،

علائم و نشانه‌های زیر ممکن است در کودک افسرده به چشم ب خورند:

1- Denial
2- Reaction formation
1- Signs and symptoms

۱. غمگینی، ناشادی، گرفتگی و ظاهر شک‌آلود.

۲. گوشه‌گیری .

۳. بیان این احساسات که او را دست‌کم می‌گیرند و یا طرد می‌کنند.

٤. کاهش یا افزایش مدّت خواب.

۵. فعالیت‌های خودانگیز جنسی[1] نظیر استمناء اجباری در خردسالان.

٦. خودانگاره‌ی منفی («پست»، «احمق»، «بدبخت»).

۷. رفتار پرخاشگرانه:

الف. برافروختگی‌های کوتاه و انفجاری خشم،

ب. اذیت‌کردن و تهدید دوستان یا خواهران و برادران،

۸. شکایات جسمی.

نشانه‌ها با توجه به مراحل رشد:

معتقدان به رویکرد آسیب‌شناسی رشدی، تصویر بالینی و علائم و نشانه‌های افسردگی را با توجه به مرحله‌ی رشد کودک مورد بررسی قرار داده‌اند. در این جا یک نمونه از این بررسی‌ها به اختصار مطرح می‌شود:

«فیلیپ گراهام»[2] (۱۹۸٦) نویسنده‌ی کتاب »روان‌پزشکی کودک: یک رویکرد رشدی»[3] اشکال بالینی اختلالات افسردگی را بدین‌گونه توصیف می‌کند:

۵. سنین پیش‌دبستانی، گرچه کودکان در این سنین نمی‌توانند احساسات افسردگی یا باورهای افسردگی خود را بیان کنند، اما رفتارهای آن‌ها، قویّا حالت افسردگی را پیشنهاد می‌کنند. گاهی دیده می‌شود که خردسالان و کودکان وقت زیادی را صرف گریه‌کردن می‌کنند. ممکن است از خوردن غذا خودداری کنند و خیلی کم بخوابند. اغلب چنین کودکانی را به خاطر رشد ضعیفشان به متخصصان کودک ارجاع می‌دهند. رشد کم، بیشتر اوقات با اسهال غیرمشخّص، همراه است. در معاینه، هیچ نابهنجاری جسمی به عنوان دلیل این نشانه‌ها پیدا نمی‌شود، اما کودک بی‌حوصله، ناامن و غمگین است. در بسیاری مواقع، شواهدی از نوعی عقب‌افتادگی خفیف رشد به چشم می‌خورد.

٦. کودکی میانه (سنین متوسّط کودکی)[1] ، حالات افسردگی در این سال‌ها اغلب، به دشواری از اختلالات هیجانی ـ که توأم‌بودن اشکال اضطراب و افسردگی در آن‌ها برجسته است ـ متمایز می‌شوند. معمولاً این

2- Autoerotic
3- Phillip Graham
4- Child Psychiatry: a developmental approach.

کودکان را به خاطر خلق افسرده‌شان نزد متخصص نمی‌برند. بیشتر کودکان افسرده دارای نشانه‌های روان‌تنی به ویژه سردرد هستند. افت تحصیلی و تمرکز و توجه ضعیف، حالت عمومی و قابل مشاهده‌ی این کودکان است. ممکن است با آرامی، گوشه‌گیری، ناتوانی در برخورد با ناکامی‌های حتّی کوچک بدون برافروختگی و طغیان پدید آیند، اما اختلالات خواب و اشتها کمتر معمول است. بسیار کم اتفاِ می‌افتد که کودکان زیر بلوغ، نمودهای کلاسیک اختلال افسردگی مانند بی‌احساسی، عقب‌ماندگی، افت کلامی و حرکتی و از دست‌دادن اشتها را نشان دهند. کودکان در این سنین ممکن نیست به آسانی به وجود احساسات افسردگی خود اقرار کنند. آن‌ها بیشتر احتمال دارد از خستگی، و بی‌علاقه بودن به فعالیت‌های معمول شکایت کن ند. کودک عادی زمانی از خستگی می‌نالد که در شرایطی قرار گیرد که علاقه‌ای به انجام کار و فعالیت ندارد، در حالی‌که کودک افسرده در بیشتر اوقات اظهار می‌کند که خسته و کسل است. کودک افسرده، در بیشتر زمان‌ها پریشان حال و ناشاد است و به نظر می‌رسد که فاقد سرزندگی و توان است.

۷. نوجوانی، حالات افسردگی نوجوانان به افسردگی بزرگسالان شباهت فراوانی دارند. نوجوانان اغلب از احساس غمگینی، بی‌تفاوتی و بی‌حالی شکایت می‌کنند. اختلالات خواب و اشتها خیلی معمول است. ممکن است بی‌میلی به غذاخوردن یا پرخوری ـ که راهی است برای ایجاد آسودگی ـ دیده شود. اشکال در خواب‌رفتن در شب، یا بیدارشدن در طول شب ممکن است باعث خستگی نوجوان در سراسر روز شود. اشتغالات ذهنی نسبت به جسم مانند نگرانی‌های زیاد درباره‌ی چهره و اندام و یا ناراحتی‌های کوچکی همچون «جوش صورت»[۲] را بزرگ‌کردن فراوانند. امکان دارد احساس بیهودگی و ناامیدی نیز جزو تجربیات نوجوان باشد. افکار خودکشی نسبتاً معمول است، گرچه تهدید به آن خیلی کم اتفاِق می‌افتد.

یکسان بودن خصوصیات اصلی افسردگی کودکان و بزرگسالان:

همان‌گونه که در بخش دیدگاه‌ها بیان شد، اعتقاد برخی از صاحب‌نظران چنین است که زمینه‌ها و خصوصیات اصلی «افسردگی عمده» در خردسالان، کودکان و نوجوانان همانند بزرگسالان است. گرچه نمودهای هم‌بسته‌ی خاصّ هر سن متفاوت است، اما این نمودهای ویژه «ملاک‌های رفتاری تشخیصی»[۳] را

1- Middle Childhood
2- Acne
1- Operational diagnostic criteria

نمی‌سازند. مفهوم ملاک‌های رفتاری تشخیصی برای افسردگی و در واقع برای سایر اختلالات روانی، ریشه در کارهای »گروه روان‌پزشکی دانشگاه واشنگتن»[۱] دارد. این گروه به سرپرستی »فیگنر»[۲] ۱۹۷۳، (به نقلِ کانتول، ۱۹۸۳) مجموعه‌ای از ملاک‌های رفتاری را برای تحقیقات روانی در مورد بزرگسالان منتشر کردند. ملاک‌های »فیگنر» نقطه‌ی آغاز ملاک‌های رفتاری برای گروه بزرگ‌تری از اختلالات روانی بود که توسّط «اسپیتزر»[۳] ، «اندیکوت»[٤] و «رابینس»[٥] ۱۹۷۸، (به نقل از کانتول، ۱۹۸۳) توسعه یافت و به »ملاک‌های تشخیصی پژوهش»[٦] یا به اختصار RDC موسوم گشت. توسعه‌یRDC برای گروه‌های بزرگ‌تر بیماری روانی به DSM III انجامید.

RD _ ملاک‌های فیگنر → RDC → DSM III → DSM III-R → DSM IV

۱۹۷۳→ ۱۹۷۸→ ۱۹۸۰→ ۱۹۸۷→ ۱۹۹٤

در جدول زیر این ملاک‌های افسردگی با هم مقایسه شده‌اند. شباهت‌های بسیاری بین چهار دسته ملاک به چشم می‌خورد. همان‌گونه که یادآور شدیم ملاک‌های هر چهار گروه برای کودکان و نوجوانان نیز قابل تعمیم است. تنها DSM III در دو مورد: ملاک ۱ و ملاک ۳ استثنائات جزئی برای کودکان و نوجوانان قائل شده و در بقیه‌ی موارد ملاک‌های بزرگسالان را برای خردسالان، کودکان و نوجوانان پذیرفتنی می‌داند.

2- Washington University psychiatric Group
3- Feighner
4- Spitzer
5- Endicott
6- Robins
7- Research Diagnastic Criteria (RDC)

ملاک‌های افسردگی: فیگنر RD ، اسپیتزر، DSM III، DSM III-R و DSM IV

فیگنر	اسپیتزر	DSM III	DSM III R	DSM IV
الف ـ خلق گرفته ـ افسرده ـ غمگین، بی‌جرأت و دل‌سرد، تحریک‌پذیر و... ب ـ حداقل پنج نمودار از نمودهای زیر: ۱) اشتهای ضعیف و از دست‌دادن وزن. ۲) اشکال در خواب، بی‌خوابی یا پرخوابی. ۳) از دست‌دادن نیرو. ٤) بی‌قراری یا کندی. ۵) از دست‌دادن علاقه به فعالیت‌های معمول (از جمله سائق جنسی). ٦) احساس	الف ـ یک دوره یا دوره‌های مشخّص بیشتر از خلق گرفته، از دست‌دادن فراگیر علاقه یا لذت. ب ـ حداقل پنج مورد از موارد زیر: ۱)افزایش و کاهش اشتها، به دست‌آوردن و یا از دست‌دادن وزن. ۲) اختلالات خواب: بی‌خوابی و پرخوابی. ۳) از دست‌دادن نیرو، خستگی‌پذیری. ٤) بی‌قراری روان حرکتی یا کندی. ۵) از دست‌دادن علاقه / لذت در برخوردهای اجتماعی و روابط جنسی. ٦) سرزنش خود یا	الف ـ خلق گرفته یا فقدان احساس لذّت. ب ـ دیگر نشانه‌ها: حداقل ٤ مورد از نشانه‌های زیر: ۱) از دست‌دادن / به‌دست‌آوردن اشتها، وزن. ۲) اشکال در خواب. ۳) از دست‌دادن نیرو. ٤) از دست‌دادن علاقه یا لذت در فعالیت‌های معمولی. ۵) سرزنش خود، احساس گناه نامناسب. ٦) کاهش تمرکز. ۷) تمایلات خودکشی. ج ـ مدّت: حداقل دو هفته. ۱) نشانه‌های اسکیزوفرنی. ۲) اختلال روانی عضوی. ۳) سنخ مانده اسکیزوفرنی. ٤) داغدیدگی ساده.	۱) خلق افسرده (در کودکان و نوجوانان ممکن است به صورت تحریک‌پذیری باشد) در قسمت عمده‌ی روز و تقریباً هر روزه، به طوری که شرح ذهنی بیمار یا مشاهدات دیگران نشان می‌دهد. ۲) کاهش قابل ملاحظه علاقه یا احساس لذت نسبت به تمام، یا تقریباً تمام فعالیت‌ها در قسمت عمده‌ی روز، تقریباً هر روز (به طوری که شرح ذهنی بیمار یا مشاهده‌ی بی‌حالی توسّط دیگران در اکثر اوقات نشان می‌دهد). ۳) کاهش یا افزایش قابل ملاحظه‌ی وزن بدون پرهیز یا رژیم غذایی مخصوص. (مثلاً بیش از ۵ درصد وزن بدن در یک ماه) یا کاهش و یا افزایش اشتها تقریباً هر	۱) وجود خلق افسرده در بخش عمده‌ی روز و تقریباً همه روزه، به طوری که گزارش بیمار (مانند احساس غمگینی یا پوچی می‌کنم) یا مشاهدات سایرین (مانند، گریان به نظر می‌رسد) نشان می‌دهد: تذکر در مورد کودکان و نوجوانان، خلق ممکن است تحریک‌پذیر باشد. ۲) کاهش قابل ملاحظه‌ی علاقه یا لذت نسبت به همه یا تقریباً همه‌ی فعالیت‌ها در بخش عمده‌ی روز، تقریباً همه روزه. (به طوری که گزارش بیمار یا مشاهده‌ی سایرین نشان می‌دهد.) ۳) کاهش قابل ملاحظه‌ی وزن بدون پرهیز یا رژیم غذایی

سرزنش خود یا احساس گناه. ۷) کاهش توانایی تفکّر یا تمرکز. ۸) افکار عودکننده‌ی مرگ یا خودکشی. ج ـ مدّت: حداقل یک ماه بدون سابقه شرط روانی یا بیماری جسمی که بتوان به حساب نشانه‌ی تناسبی افسردگی گذاشت.	احساس گناه. ۷) کاهش توانایی تفکّر یا تمرکز. ۸) افکار عودکننده‌ی مرگ یا خودکشی. ج ـ مدّت: حداقل یک هفته. د ـ نیاز به کمک، درمان: آسیب عملکردی هـ ـ ملاک‌های استثنا شده زیر اسکیزوفرنی را پیشنهاد می‌کند: ۱) هذیان‌های ناموافق با افسردگی. ۲) هذیان‌های غیرعاطفی برای چند روز یا متناوباً در طول یک هفته. ۳) توهمات شنیداری. ٤) وجود هذیان‌ها یا توهمات بیش از یک ماه بدون		روز (در کودکان بالارفتن مورد انتظار وزن را در نظر بگیرید.) ٤) بی‌خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز. ۵) بی‌قراری یا کندی روان حرکتی تقریباً هر روز. (قابل مشاهده توسّط دیگران، فقط مربوط به احساس‌های ذهنی بی‌قراری یا کندی نمی‌شود.) ٦) خستگی و فقدان نیرو، تقریباً هر روز. ۷) احساس بی‌ارزشی یا گناه زیاد یا نامناسب (که ممکن است هذیانی باشد) تقریباً هر روز. (فقط شامل سرزنش خود و احساس گناه در مورد بیماربودن نمی‌شود.) ۸) کاهش توانایی یا تمرکز، یا بی‌تصمیمی، تقریباً هر روز. (یا شرح ذهنی بیمار یا مشاهده توسّط دیگران)	خاص یا افزایش قابل ملاحظه‌ی وزن (مثلاً تغییر بیش از پنج درصد وزن در عرض یک‌ماه)، یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز. تذکر: در مورد کودکان این مسأله را که وزن آنان در حد مورد انتظار افزایش نمی‌یابد را مورد توجه قرار دهید. ٤) بی‌خوابی یا خواب‌زدگی، تقریباً همه‌روزه. ۵) بی‌قراری یا کندی روانی ـ حرکتی تقریباً همه‌روزه. (که صرفاً به صورت احساس ذهنی بی‌قراری یا کندی نبوده و از سوی دیگران قابل مشاهده است.) ٦) خستگی یا از دست‌دادن انرژی تقریباً همه روزه. ۷) احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه افراطی

	نشانه‌های افسردگی. ۵) اشتغالات ذهنی با هذیان یا توهمات ناموافق با افسردگی. ٦) اختلالات فکر صوری.		۹) افکار عودکننده‌ی مرگ. (نه به صورت توبه از مرگ)، افکار خودکشی تکراری بدون نقشه‌ی خاص یا اقدام به خودکشی یا طرح ویژه برای خودکشی.	یا بی‌مورد. (که ممکن است هذیانی باشد.) تقریباً همه روزه. (که صرفاً شامل خودملامتگری یا احساس گناه درباره‌ی بیماربودن نمی‌شود). ۸) کاهش توانایی تفکّر یا تمرکز، یا بی‌تصمیمی، تقریباً همه روزه. (که یا به صورت گزارش بیمار یا مشاهده از سوی دیگران است). ۹) افکار عودکننده راجع به مرگ. (نه به صورت ترس از مرگ)، از ریشه‌پردازی خودکشی مکرر بدون نقشه‌ی خاص، یا اقدام به خودکشی یا طرح نقشه‌ی خاصّی برای خودکشی.

ملاک‌های متفاوت برای افسردگی کودکان و نوجوانان.

گروه دیگری از روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی، با تفاوت قائل‌شدن بین خصوصیات اصلی افسردگی کودکان و نوجوانان با زمینه‌های اساسی افسردگی بزرگسالان، ملاک‌های افسردگی را مشخّص کرده‌اند.

ملاک‌های رفتاری برای تشخیص افسردگی کودکی توسّط »لینگ» و همکارانش (۱۹۷۰) و «اینبرگ» و همکارانش (۱۹۷۳)، «پتی»[1] (۱۹۷۸)، «پوزانسکی» (۱۹۸۱) و دیگران (به نقلِ کانتول، ۱۹۸۱) ارائه شده‌اند.

ملاک‌های لینگ و همکاران (به نقلِ کاشانی، ۱۹۸۱):

۱. تغییری که به تازگی در رفتار به وجود آمده است.

۲. حضور چهار ویژگی از ویژگی‌های ده‌گانه‌ی زیر:

الف. تغییر مهمّ خلق،

ب. انزوای اجتماعی،

پ. عملکرد ضعیف در مدرسه،

ت. اختلال خواب،

ث. پرخاشگری بی‌سابقه،

ج. «ناچیز شمردن خود»[2] و عقاید «گزند و آسیب»[3]،

چ. فقدان نیرو،

ح. شکایات جسمانی،

خ. مدرسه هراسی،

د. کاهش وزن و بی‌اشتهایی.

نشانه‌های ذکر شده در بالا، بعدها توسّط »واینبرگ» و همکارانش، پالایش شد.

ملاک‌های واینبرگ:

۱. حضور همزمان »خلق گرفته» و «افکار ناچیزشمردن خود».

۲. وجود دو نشانه یا بیشتر از علائم زیر:

الف. پرخاشگری،

1- Petti
2- Self-deprecation
3- Persecution

ب. اختلال خواب،

پ. «اجتماعی‌شدن کاهیده»[1] (کاهش در اجتماعی‌شدن)،

ت. تغییر نگرش نسبت به مدرسه،

ث. تغییر در عملکرد مدرسه،

ج. شکایات بدنی،

چ. از دست‌دادن نیروی عادی،

ح. تغییر عادی در اشتها یا وزن،

۳. نمودارشدن این نشانه‌ها به عنوان یک تغییر در رفتار عادی کودک.

٤. طول کشیدن این نشانه‌ها حداقل به مدّت یک ماه.

این نمودهای افسردگی به بیش از ۳۷ ماده‌ی توصیفی اختصاصی بسط یافت. ملاک‌های رفتاری واینبرگ و همکاران، در «بیمارستان روانی بلویو»[2] با عنوان »نمایه‌ی افسردگی بلویو»[3] (BID) اصلاح شد. بعضی تغییرات در موادّ توصیفی اختصاص داده شد و درجه‌بندی از صفر (نبود نشانه) تا سه (شدید) به آن افزوده شد. برای منظورکردن افسردگی مجموع نمرات ۲۰ مورد نیاز است. «نمایه‌ی افسردگی بلویو» این فایده را دارد که انواع متعدد نشانه‌ها را در هم ادغام کرده است. افزون بر این نظام جمع‌کردن نمره‌ها این مزیّت را دارد که امکان بازبینی بهبود یا وخامت بیماری را می‌دهد و می‌توان نمودار آن را ترسیم کرد.

کمیته‌ی فرعی NIMH در مورد «ملاک‌های بالینی برای تشخیص افسردگی در کودکان»[4] ملاک‌های رفتاری جهت تشخیص افسردگی کودک را مشخّص کرد (به نقل از کاشانی، ۱۹۸۱). طبق این ملاک‌ها دو نمود بالینی اساسی هستند:

۱. ملامت،

۲. آسیب عمومیت یافته در پاسخ‌دهی به تجاربی که قبلاً تقویت‌کننده بودند، بدون این‌که همراه با معرفی منابع تقویت‌کننده‌ی جدیدی باشد. از این رو فعالیت‌هایی که لذت‌بخش بودند دیگر لذت‌آفرین به حساب نمی‌آیند و اعتبار «تقویت» را از دست می‌دهند.

کمیته‌ی فرعی NIMH هم‌چنین افزود که احتمالاً نمودهای اجتماعی هم‌بسته با هر کدام از مراحل رشد وجود دارد که نیازمند پژوهش‌های بیشتر است. لازمه‌ی تشخیص قطعی اینست که نشانه‌ها دست‌کم به مدّت

1- Diminished socialization
2- Bellevue Psychiatric Hospital
3- Bellevue Index of Depresion (BID)
4- “The NIMH Subcommittee on Clinical Criteria for Diagnosis of Depression in Children”

یک ماه باقی‌مانده و اطلاعاتی از کودک و دیگر افراد مهم مرتبط با او به دست آید. ملاک‌های تعیین شده از این رو مفیدند که علاوه بر کسب اطلاعات لازم از افراد مهم وابسته به کودک، خصوصیات اصلی افسردگی کودکی را مشخّص می‌کند.

منابع

آناستازی.ا. *روان‌آزمایی*. ترجمه‌ی محمدّ تقی براهنی، ١٣٦٤، چاپ دوّم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

اخوت، ولی‌اللّه و جلیلی، احمد. (١٣٦٢). *افسردگی*. تهران: انتشارات رز.

براهنی، محمدّ تقی (١٣٦٨). *واژه‌نامه‌ی روان‌شناسی و زمینه‌های وابسته*. تهران: فرهنگ معاصر.

برنز، دیوید. *روان‌شناسی افسردگی، شناخت‌درمانی*. ترجمه‌ی مهدی قراچه‌داغی (١٣٦٧). تهران: انتشارات خاتون.

بست، جان. *روش‌های تحقیق در علوم تربیتی*. ترجمه‌ی حسن پاشاشریفی و نرگس طالقانی (١٣٦٦). تهران: انتشارات رشد.

تسوانگ، مینگ، ت. *شیزوفرنی* . ترجمه‌ی مهشید یاسایی (١٣٦٦). تهران: نشر مرکز.

رابینسون، نانسی‌ام؛ رابینسون، هالبرت‌بی. *کودک عقب‌مانده‌ی ذهنی*. ترجمه‌ی فرهاد ماهر (١٣٦٦)، مشهد: آستان قدس رضوی.

رستا، پال. *طرز تهیّه‌ی گزارش تحقیق*. ترجمه‌ی جمال عابدی (١٣٦٢)، تهران: مؤسسه‌ی روان‌شناسی.

شیولسون، ریچارد. *استدلال آماری در علوم رفتاری ج ٢*. ترجمه‌ی علیرضا کیامنش (١٣٦٦)، تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی.

کاپلان، هارولد؛ سادوک بنجامین. *خلاصه‌ی روان‌پزشکی ج ٢*. ترجمه‌ی نصرت‌اللّه پورافکاری (١٣٦٨)، تبریز: انتشارات ذوقی.

کاپلان، هارولد؛ سادوک بنجامین. *خلاصه‌ی روان‌پزشکی ج ٤*. ترجمه‌ی نصرت‌اللّه پورافکاری (١٣٦٨)، تبریز: انتشارات ذوقی.

کرمانی، ابراهیم جعفر (١٣٥٧). *نوجوانی*. تهران: انتشارات چهر.

ماسن، پاول هنری و دیگران. *رشد و شخصیّت کودک*. ترجمه‌ی مهشید یاسایی (١٣٦٨)، تهران: نشر مرکز.

مگنوسون، داوید. *مبانی نظری آزمون‌های روانی*. ترجمه‌ی محمدّ تقی براهنی (۱۳۵۱)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

مهریار، امیر هوشنگ (۱۳٦۹). *تشخیص بیماری‌های روانی کودکان*. تهران: انتشارات رشد.

نلسون، ویتاویکس؛ ایزراتل، الن سی. *اختلال‌های رفتاری کودکان*. ترجمه‌ی محمدّ تقی منشی طوسی (۱۳٦۷)، تهران: آستان قدس رضوی.

Adams, P. L., Milner, J. R., & Schreps, N. (1980). A. Fatherless *Children* . New York: John Wiley.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM III).* Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition-revised (DSM III-R).* Washington: American Psychiatric Association.

Barker, P. (1986). *Basic Child Pschiatry.* London: Collins Profesional and techinical Books.

Bettes, B. A. (1988). Maternal Depression and Motherese: *Temporal and Intonational features. Child Development* . 59, 1089-1096.

Black, A. S. (1988). *Behavioral Assessment, A pratical Handbook.* NewYork: pergmanon Books.

Cantwell, D. P. (1983). Depression in Childhood: Clinical picture and Diagnostic Criteria. In *Affective Disorders in childhood and Adolescence - An update* . Edited by: D.P. Cantwell & G.A. Carlson. NewYork: Spectrum Publication.

Cronbach, L. (1970). *Essentials of Psychological Testing.* (Third Edition) NewYork: Harper international Edition.

Cole. D. (1989). A: Psychopathology of Adolescent Suicide: Hopelessness, Coping Beliefs, and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 98, (3), 248-255.

Farley., G. K., Herbert, F, B. & Eckhardt, L. O. (1986). *Handbook of Child and Adolescent Psychiatric - Emergencies and Crises.* U.S.A: Medical Examination Publishing Company.

Graham, P. (1986). *Child Psychiatry a developmental approach.* U.S.A: Oxford University Press.

Hersov, L. (1977). *Emotional disorders In Child Psychiatry-Modern Approach.* Edited by: M. Rutter & L. Hersov. London: Black well Scientific Publications.

Holden, R. R. E.(198). Suicide, Hopelessness and Social Disirability: A Test of Interactive *Model. Jornal of consulting and Clinical Psychology*. Vol, 59, (4), 500-504.

Hollon., T. H. (1970). Poor school performance as a symptom of masked depression in childhood and adolescence. *American Journal Psychiatry.* 25.

Hungher, J. N. (1988). *Cognitive Behavior therapy with Children in* schools. United Kingdom: Pergamon Press.

Kashani, J. H., Reid, J. C. & Rosenberg, T. K. (1989). Levels of Hopelessness children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of consulting and Clinical* Psychology. 57 (4), 496-499.

Kashani, J. H., & Sherman, D. D. (1988). Childhood Depression: Epidemiology, Etilogical Models and Treatment Implicantions. *Integer, Psychiatry* , 6, 1-21.

Kashani, J. H., (1981). Current Perspectives on Childhood Depression: An Overview. *American Journal of Psychiatry. 2*, 138.

Kazdin, A. E. (1989). Developmental Psychopathology: Current Research Issues and Directional. *American Psychologist* 44 (2).

Kazdin, A. E. (1986). The Hopelessness Scale for children: Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (2), 241-245.

Kovacs, M. (1989). Affective Disorders in children and Adolescent. *American Psychologist.* 46,2 – 18.

Lang, M. & Miriam, T. (1983). *Children Depression Scale.* Australia: ACER.

Lesse, S. (1974). Depression Masked by Acting-out Behavior patterns. *American Journal Psychiatry*, 1, 19-30.

Lefkowitz, M.,& Tesiny, E.P. (1980). Assessment of children Depression. *Journal Consulting and Clinical Psychology.* 48,1-20.

Lefkowitz, M.M., Burton, N. (1978). Childhood Depression: A Critique of concept. *Psychologist Bulletin.* 85, 4-19.

Morris, R., & Thomas, K. (1983). *The Practice of Child therapy.* U.S.A: Pergmanon Press.

Tiffany, F., (1988). Infants of Depressed Motheres show Depressed Behavior Even with Nondepressed Adults. *Child Development*, 59, 1569-1579.

Tisher, M. & Lang, M. (1983). The childrens Depression Scale: Review and Further Developments. In *Affective Disorders in Childhood and Adolescence - An update.* Edited By: D. P. coutwell & G.A. Carlson. U.S.A: Pectrum Publications, Inc.

Williams, J. M. G. (1984). *The Psychological treatment of Depression.* London: Croom Helm.

بخش سوم

مسایل جنسی در دوران کودکی و نوجوانی

فصل دهم

آموزش مسائل جنسی کودکان و نوجوانان: گذری بر پژوهشهای انجام شده

دکتر محسن شکوهی یکتا
استادیار دانشگاه تهران

چکیده

پژوهش حاضر بررسی نسبتاً جامعی از مطالعات و پژوهش‌های مختلف درباره‌ی آموزش‌های جنسی کودکان و نوجوانان است که غالباً در کشورهای غربی انجام شده‌اند. میزان آگاهی‌ها و چگونگی کسب اطّلاعات جنسی نوجوانان از جمله مسائلی هستند که در سال‌های اخیر توجّه پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده‌اند. علی‌رغم آموزش‌های جنسی متنوع و در سطوح مختلف، به نظر می‌رسد که هنوز بسیاری از نوجوانان فاقد آگاهی‌های لازم در این زمینه هستند. اهداف، محتوا، شیوه‌ها، فوائد و تأثیر آموزش‌های جنسی نیز در شمار مواردی است که در مقاله‌ی حاضر مورد بحث و بررسی قرار گرفته‌اند. در پایان مقاله با ارائه‌ی مطالعات بین فرهنگی در این زمینه به مقایسه‌ی آموزش‌های جنسی در فرهنگ‌های مختلف پرداخته شده و پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی در کشورمان ارائه گردیده است.

کلید واژگان: آموزش جنسی، اطلاعات جنسی، بلوغ، مسائل نوجوانان، تربیت جنسی، آمیزش جنسی، سقط جنین، تنظیم خانواده

مقدمه

هر نوجوانی با آموختن نکاتی درباره آناتومی و فیزیولوژی تولیدمثل، نگرشی هم نسبت بدان پیدا می‌کند و این نگرش در رفتار جنسی آینده‌ی او تأثیر خواهد گذاشت. دانش مربوط به تولید مثل و مسایل جنسی هرگاه بر اساس برنامه‌های طراحی شده برای آموزش رفتار جنسی و نگرش نسبت به آن مورد توجّه قرار گیرد، "آموزش جنسی"[1] نامیده می‌شود. هدف از آموزش جنسی، ایجاد نگرش‌های سالم و بیان اطّلاعات کافی از مسائل جنسی است و باید شامل آموزش‌هایی باشد که به بهداشت روانی و سازگاری اجتماعی بینجامد و پیشامدهای ناشی از ناسازگاری اجتماعی و اختلالات رفتاری را به حدّاقل برساند.

تمایلات جنسی انسان از زمان کودکی وجود دارد. امّا بسیاری از کودکان نگرش‌های جنسی نادرستی دارند که از هم‌سالان، والدین و بزرگ‌سالان فرا گرفته‌اند. برای مثال، قبل از این که کودکان به سنّ نوجوانی برسند، بسیاری از والدینشان به آن‌ها گفته‌اند که اندام‌های تناسلی نامطلوبند و نباید در مورد آن‌ها کاوش کرد (هتلینگر[2]، ۱۹۷۰). تصور بر این است که این نگرش‌های نادرست در طی مدرسه و با آموزش مذهبی کودکان و نوجوانان با اعتقادات پاک دینی، می‌تواند به اعتدال در مورد مسائل جنسی و عفّت منجر شود.

باید خاطرنشان ساخت به ندرت نوجوان می‌تواند به طور آزادانه درباره‌ی موضوع‌های جنسی با بزرگ‌سالان صبحت کند. آموزش جنسی در واقع زمانی شروع می‌شود که کودک پیش دبستانی از والدین خود می‌پرسد:"بچه‌ها از کجا می‌آیند؟" بسیاری از والدین در پاسخ به چنین پرسش‌هایی ناتوانند و حتّی می‌کوشند با چنین پرسش‌هایی کمتر مواجه شوند. در این زمینه، مسؤولیّت عمده‌ای برعهده‌ی جامعه‌ی بزرگسالان است که برای جمعیّت کودک و نوجوان آموزش جنسی لازم را فراهم آورند. از نظر "کامپتون"[3] (۱۹۸۹) در حال حاضر آموزش جنسی در معرض سیاست‌های متناقض اجتماعی و ارزش‌های سردرگم قرارگرفته است. "ترودل" و "واتلی"[4] (۱۹۹۱) معتقدند در آموزش مسائل جنسی با مشکلاتی رو به رو هستیم که فرآیند آموزش به نوجوانان را مشکل‌آفرین می‌سازد. از نظر آن‌ها برخی از این مشکلات چنین‌اند:

الف. اطّلاعات ناقص یا نادرست؛

ب. نادیده گرفتن حقایق مربوط به زندگی بسیاری از نوجوانان؛

1-.Sex Education
2-.Hettlinger
3-.Compton
4-.Trudell & Whatley

پ. عدم توجّه به تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی؛

ت. عدم مشارکت والدین؛

ث. ارائه یک طرفه موضوع‌های بحث‌انگیز.

میزان اطّلاعات جنسی نوجوانان

علی‌رغم رواج برنامه‌های آموزشی جنسی در سراسر جهان، مطالعات نشان داده‌اند هنوز عدّه‌ای از نوجوانان فاقد اطّلاعات کافی در مورد مسائل جنسی، تولیدمثل، بیماری‌های واگیردار جنسی و پیش‌گیری از بارداری هستند (امرمن، پرلی، آدلر، آروین[1] ۱۹۹۲؛ کارور، کیتلسون، لیسی[2]، ۱۹۹۰؛ فریمن، ریلکس، هاکینز، ماد، کارسیا، دیکنز[3]، ۱۹۸۰؛ لی‌لاند، بارت[4]، ۱۹۹۲). کارور و همکاران (۱۹۹۰) در پژوهشی دریافتند دانش‌آموزان کلاس دهم و دوازدهم به طور متوسّط توانستند به ۱۲ گویه از ۳۰ گویه آزمون دانش جنسی، پاسخ صحیح دهند. دخترها به طور متوسّط به ١٤ گویه و پسرها به ۱۱ گویه پاسخ صحیح داده بودند. هم‌چنین در ارزیابی از دانش جنسی ۱۰۳۳ دانش‌آموز دبیرستانی، لی‌لاند و بارت (۱۹۹۲) نشان دادند دانش‌آموزان به طور متوسّط قادرند به ۱۱ گویه از آزمون ۲۰ گویه دانش جنسی پاسخ صحیح دهند. در ضمن هیچ تفاوت معناداری بین میانگین کل نمره‌های دانش جنسی در دخترها و پسرها گزارش نشد.

به رغم دو دهه آموزش جنسی در مدارس کشورهای غربی، اکوج[5] (۱۹۸۸) معتقد است هنوز اطّلاعات نوجوانان درباره‌ی مسائل جنسی ناقص است. به باور وی دلایل اصلی این مسأله فقدان اطّلاعات کافی معلّمان در مورد این موضوع و مقاومت والدین در برابر شرکت فرزندانشان در کلاس‌های آموزش جنسی است. امرمن و همکاران (۱۹۹۲) معتقدند نوجوانان فاقد آگاهی‌های درست (و یا دارای آگاهی‌های غلط) درباره‌ی اطّلاعات عمده‌ی بهداشتی و دستگاه‌های تناسلی هستند، که هیچ ارتباطی با سن، تجربه‌ی جنسی یا در معرض آموزش جنسی قرارگرفتن ندارد. در همین زمینه در پژوهش دیگری پرسشنامه‌ای در مورد بلوغ و رشد جنسی بین ۲۵۸ دانش‌آموز ۱۱ تا ١٦ ساله توزیع شد (وین، روکر، کلمن[6] ۱۹۹۵). نتایج نشان می‌داد دخترها در تمام سنین از پسرها اطّلاعات جنسی بیشتری داشتند. همچنین بعضی از نوجوانان تا ۱۵ سالگی فاقد اطّلاعات ضروری در این زمینه هستند.

1-.Ammerman, Pereli, Adler & Irwin
2-.Carver, Kittleson & Lacey
3-.Freeman, Rickles, Huggins, Mudd, Garcia & Dickens
4-.Leland & Barth
5-.Akhoj
6-.Winn, Roker & Coleman

منابع آموزش و چگونگی کسب اطّلاعات جنسی

از زمانی که بیماری های واگیردار جنسی در میان نوجوانان شیوع یافت و آن‌ها را بیشتر در معرض خطر بیماری ایدز(AIDS)[1] قرار داد، پژوهشگران درباره‌ی این که افراد چگونه دانش جنسی، نگرش‌ها و رفتارهای جنسی مناسب را به دست می‌آورند، علاقه نشان دادند (اندر و بورمن[2]، به نقل از اندر و همکاران، ۱۹۹۱). پاسخ به این پرسش که نوجوانان از چه منابعی دانش جنسی خود را به دست می‌آورند، به چند دلیل از اهمیّتی ویژه برخوردار است. نخست، اطّلاع از این منابع، چه بسا سرنخ‌هایی همانند ارزش‌ها و الگوی نگرش‌ها به دست دهد. دوّم، آگاهی نسبت به منابع دانش جنسی، تصمیم‌گیران جامعه را در اتّخاذ سیاست‌های ارایه‌ی آموزش جنسی کمک می‌کند. برای مثال، تعدادی از مخالفان آموزش جنسی مبتنی بر مدرسه[3] ادعا می‌کنند والدین می‌توانند و باید تهیّه‌کننده‌های اصلی برای آموزش جنسی کودکانشان باشند. لذا، پژوهش روی منابع آموزش جنسی می‌تواند نقش والدین را در آموزش جنسی فرزندانشان روشن سازد. سوّم، پژوهش روی منابع آموزش جنسی قدمتی طولانی دارد و مشحون از یافته‌های متناقض است که به بررسی نیاز دارند.

مطالعات بسیاری هم‌سالان را اوّلین منبع آموزش جنسی معرّفی می‌کنند (انجیلو و مچ[4] ۱۹۵٤؛ بل[5] ۱۹۸۳؛ دیویس و هریس[6] ۱۹۸۲؛ دیکینسون[7] ۱۹۷۸؛ الیس و کبهارد[8] ۱۹٦۹؛ لاندیس و لاندیس[9] ۱۹۵۲،۱۹۷۷؛ لایبی، اکوک و پاین[10] ۱۹۷٤؛ رامزی[11] ۱۹٤۳؛ شیرفز، دزلسکی[12]، ۱۹۷۹؛ اسپانیر[13]، ۱۹۷۷؛ ترنبرگ[14]، ۱۹۷۰، ۱۹۷۵، ۱۹۸۱؛ وتیمار[15]، ۱۹۲۹؛ دونکان، نیچلوسن[16]، ۱۹۹۱؛ دونکان، دونلی[17]، ۱۹۹۱). برای مثال، دیکینسون (۱۹۷۸) گزارش کرده است تکیه بر هم‌سالان، به عنوان منبع آموزش جنسی، در طی

1-.Acquired Immune Deficiency Syndrome
2-.Andre & Bormann
3-.School – based sex education
4-.Angelino & Mech
5-.Bell
6-.Davis & Harris
7-.Dickinson
8-.Elias & Gebhard
9-.Landis & landis
10-.Libby, Acock & Payne
11-.Ramsey
12-.Shirreffs & Dezelsky
13-.Spanier
14-.Thornburg
15-.Witmar
16-.Duncan & Nicholson
17-.Duncan & Donnelly

سال‌های ۱۹٦٤ تا ۱۹۷٤ افزایش داشته است. در مطالعه‌ی دیگری خواندن، از نظر کیفی، مهم‌ترین منبع اطّلاعات جنسی گزارش شده است (جوهاز[1]، ۱۹٦۹؛ لاندیس، لاندیس، ۱۹٤۸؛ اندر، فرورت و چاخمون[2]، ۱۹۸۸).در مطالعه لاندیس و لاندیس (۱۹٤۸) خواندن منبع برجسته‌ای برای پسرها بوده، ولی در نزد دخترها از اهمّیّت کمتری بهره‌مند بوده است. برخی از مطالعات نشان داده‌اند والدین منبع عمده‌ای از آموزش جنسی هستند (گلدمن، گلدمن[3]، ۱۹۸۱) و پاره‌ای مدارس را عمده‌ترین منبع آموزش جنسی ذکرکرده‌اند (لی[4]، ۱۹۵۲).

به طور کلی، این اعتقاد در میان مربیان آموزش جنسی و روان‌شناسان نوجوانی وجود دارد که نوجوانان حداکثر آموزش جنسی را از هم‌سالانشان دریافت می‌دارند (کانگر و پترسون[5]، ۱۹۸٤؛ گاربابینو[6]، ۱۹۸۰؛ ریس[7]، ۱۹۸٤؛ راجرز[8]، ۱۹۸۵؛ سانتروک[9]، ۱۹۸٤؛ ترنبرگ، ۱۹۸۲). البتّه این اعتقاد بر پایه‌ای تجربی بنا نشده و جای تأمّل دارد. بررسی ادبیّات منابع آموزش جنسی کار ساده‌ای نیست، زیرا پژوهش روی منابع آموزش جنسی، جنبه‌ی ثانوی پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده و جنبه‌ی اوّلیّه‌ی آن روی مسائل و تمایلات جنسی تمرکز دارد (برای مثال: کولز و استوکز[10]، ۱۹۸۵؛ هانسون، میرز و گینس‌برگ[11]، ۱۹۸۷). یافته‌ها به روشنی نشان می‌دهند تکیه روی یک منبع اطّلاعاتی برجسته در زمینه‌ی آموزش جنسی معنادار نیست. اگر هم‌سالان را اوّلین منبع آموزش جنسی در نظر بگیریم، آموزش جنسی مبتنی بر مدرسه مورد تردید قرار می‌گیرد. یکی از مشکلات موجود در این گونه پژوهش‌ها این است که عده‌ای از پژوهشگران از پاسخ‌دهندگان پرسیده‌اند: "مهم‌ترین" منبع آموزش جنسی را نام ببرند؟ در حالی که پژوهشگران دیگر پرسیده‌اند: "اوّلین منبع آموزش جنسی برای شما چه بوده است؟" برای مثال، ترنبرگ (۱۹۸۱، ۱۹۷۸، ۱۹۷۵، ۱۹۷۲، ۱۹۷۰) در مرور مطالعات بسیاری که در پی اوّلین منبع آموزش جنسی بوده‌اند، دریافت آن‌ها اوّلین منبع را به عنوان مهم‌ترین منبع آموزش جنسی تعبیر و تفسیر کرده‌اند.

1-.Juhasz
2-.Andre, Frevert & Schuchmann
3-.Goldman & Goldman
4-.Lee
5-.Conger & Peterson
6-.Garbarino
7-.Rice
8-.Rogers
9-.Santrock
10-.Coles & Stokes
11-.Hanson, Myers & Ginsburg

در پژوهشی که اندر، دتیسچ و چنگ[۱۲] (۱۹۹۱) انجام دادند، اطّلاعات به‌دست آمده از ۱۱٦ آزمودنی پسر و ۱۱٦ آزمودنی دختر مورد بررسی قرار گرفت. آزمودنی‌ها، خواندن انفرادی و هم‌سالان را به عنوان بالاترین منبع اطّلاعات رده‌بندی کردند. هم چنین آزمودنی‌های دارای تجربه‌ی جنسی در مجموع بیش از آزمودنی‌های بی‌تجربه، اطّلاعات را جذب کرده بودند. با وجود این، آزمودنی‌های با تجربه‌ی جنسی و بی‌تجربه در میزان اطّلاعاتی که از والدین به دست آورده بودند تفاوت معناداری نداشتند. در ضمن آزمودنی‌های باتجربه‌ی جنسی اطّلاعات بیشتری از آزمودنی‌های بی‌تجربه از طریق خواندن و همسالان به دست آورده بودند.

اهداف آموزش جنسی

با بررسی پیشینه‌ی پژوهش درباره‌ی مسائل جنسی درمی‌یابیم که اکثریّت پژوهش‌گرانی که در این زمینه به پژوهش پرداخته‌اند خاطر نشان کرده‌اند که آموزش جنسی به دنبال اهدافی نظیر موارد زیر بوده است:

۱ـ جلوگیری از بارداری دختران،

۲ـ کاهش بروز بیماری‌های واگیردار جنسی،

۳ـ کاهش میزان اطّلاعات نادرست در این زمینه،

٤ـ کمک به نوجوانان و جوانان برای ابراز وجود و تصمیم‌گیری مناسب در مورد مسائل جنسی،

۵ـ کمک به نوجوانان برای این که نقش فعلی زنان و مردان را در جامعه مورد سؤال قرار دهند،

٦ـ فراهم آوردن چارچوب اخلاقی برای ابراز احساسات جنسی (ریسز[۱]، ۱۹۹۳).

تاریخچه‌ی آموزش جنسی در این زمینه نشان‌دهنده‌ی گسترده‌تر شدن اهداف پیش گفته بوده است. در گذشته آموزش جنسی ابزاری برای کاهش تعداد فرزندان نامشروع و بروز بیماری‌های واگیردار جنسی بوده است، امّا امروزه برنامه‌های آموزشی اهداف متعدد و گسترده‌تری را دنبال می‌کنند. برخی از پژوهش‌گران معتقدند که برای سودمندی آموزش‌های جنسی مداخله‌های دقیق و مناسب، با اهداف از پیش تعیین شده و روش‌شناسی قابل قبول، لازم و ضروری است (ملانبی، فلپس و تریپ[۲]، ۱۹۹۲).

محتوای برنامه‌های آموزشی

12-.Andre, Dietsch & Cheng
1-.Reiss
2.Mellanby, Phelps & Tripp

رومی[3] (۱۹۸٦) معتقد است در آموزش جنسی باید موضوعات پایه‌ای در نظر گرفته شوند. به‌طورکلی، آموزش دهندگان باید از نظریه‌های روان‌شناسی، که راهنمایی‌های کلیدی برای درک بیشتر مسائل جنسی انسان در اختیار می‌گذارند، به نحو احسن بهره گیرند (کامپتون، ۱۹۸۹). آموزش جنسی می‌تواند شامل عناصر زیر باشد: اطّلاعاتی درباره‌ی رشد بدن، رفتارهای جنسی، و برقراری ارتباط. محتوای آموزش جنسی باید متناسب با سن، هم تراز جنبه‌های روان‌شناختی مخاطبان و آموزش بهداشت باشد (لندریو[1]، ۱۹۹٤). هم‌چنین محتوای برنامه‌های آموزش مسائل جنسی باید طوری طرّاحی شود که برای تمامی شرکت‌کنندگان مناسب باشند (ویراکن[2]، ۱۹۹٤).

همان طور که افراد جوان درباره‌ی فیزیولوژی جنسی آموزش داده می‌شوند، باید درباره‌ی مسائل روان‌شناختی مرتبط با آن نیز مورد تعلیم قرار گیرند (ویراکن، ۱۹۹٤). آموزش مسائل جنسی باید شامل مواردی از نظام و فرایند تولیدمثل، اثرات توارث، عملکرد بیوشیمیایی مربوط به جنس، تفاوت‌های آناتومی جنس‌ها، تغییرات روان‌شناختی از کودکی تا بزرگسالی، و اثرات این تغییرات روی رفتار باشد. بنابراین، باید الگویی چند بعدی شامل ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اخلاقی، و فرهنگی برای آموزش مسائل جنسی در نظر گرفته شود تا رویکردی منسجم و همراه اطّلاعات کافی نسبت به مسائل جنسی فراهم آید (موگلیا[3]، ۱۹۹٤). بالدوین و بارانوسکی[4] (۱۹۹۰) معتقدند الگوهای تعامل درون خانواده تأثیری مهم بر ارتباط احتمالی این الگوها با میزان آمیزش جنسی در نوجوانان دارد. به عبارت دیگر والدینی که در تعامل با نوجوانانشان یک ارتباط باز و راحت داشته‌اند به طور قابل ملاحظه‌ای بهتر توانسته‌اند در منزل به نوجوانان آموزش جنسی بدهند. هم چنین والدینی که دارای سالم‌ترین تعامل‌های خانوادگی هستند، در آموزش جنسی فرزندان نوجوانشان بیشترین مداخله را دارند.

شیوه‌های آموزش جنسی

رسترپو[5] و همکاران (۱۹۸۸) معتقدند عمده‌ترین شیوه‌های آموزش جنسی که توسّط والدین برای آموزش به فرزندان نوجوانشان به کار می‌روند، عبارتند از:

۱. روش آگاهی‌دهنده با ارایه‌ی اطّلاعات کافی،

3-.Romi
1-.Lenderyou
2-.Weerakoon
3-.Moglia
4-.Baldwin & Baranaski
5-.Restrepo & Et al.

۲. روش آگاهی‌دهنده با ارایه‌ی اطّلاعات غیرکافی (مثلاً توضیحات خیالی، محدود کننده یا نامفهوم)،

۳. روش غیرآگاهی دهنده (شامل نادیده گرفتن پرسش‌ها)،

٤. روشی که در آن والدین آموزش را به گردن منابع دیگر (نظیر بستگان، دوستان، کتاب‌ها و رسانه‌های گروهی) می‌اندازند.

پژوهشگران مذکور معتقدند مطالعات نشان داده‌اند اکثریّت والدین در کشورهای غربی از روش آگاهی‌دهنده با اطّلاعات کافی استفاده می‌کنند و بیشتر نوجوانان نیز این روش را ترجیح می‌دهند.

فواید و کاربرد دوره‌های آموزش جنسی

از نظر هوستون، مارتین و فلدز[1] (۱۹۹۰) افرادی که در سمینارها و برنامه‌های آموزش جنسی شرکت می‌کنند، به طور قابل ملاحظه‌ای راحت‌تر می‌توانند راجع به مسائل جنسی با نوجوانانشان صحبت کنند. هم‌چنین این گونه والدین منابع خواندنی راجع به مسائل جنسی را برای فرزندانشان فراهم می‌آورند (کارون[2] و همکاران، ۱۹۹۳). در پژوهشی آدلوی[3] (۱۹۹۱) نشان داد اکثریّت والدین با داشتن یک واحد درسی راجع به آموزش جنسی در مدارس فرزندانشان موافق بودند. کینگ، پاریسی و ادویر[4] (۱۹۹۳) معتقدند فقط ۱۸ درصد از افراد شرکت‌کننده در پژوهش آن‌ها که هیچ دوره‌ی آموزش جنسی را نگذرانده بودند، راجع به مسائل جنسی با کودکانشان گفتگو کردند. در صورتی که ۸٦/۵ درصد آن‌هایی که آموزش جنسی دیده بودند، راجع به مسائل جنسی با فرزندانشان بحث و گفتگو داشتند. پرسش مورد توجّه پژوهش‌گران این‌است که آیا گذراندن یک دوره آموزش جنسی برای افراد جوان اثرات دراز مدّت بر تمایل آن‌ها برای بحث در مورد مسائل جنسی با فرزندانشان در آینده خواهد داشت یا خیر؟ مطالعات متعددی نشان داده‌اند این دوره‌های آموزشی تأثیرات دراز مدّتی روی اعضای شرکت کننده داشته است (کینگ، پاریسی، و ادویر، ۱۹۹۳). به طور کلّی در گروه‌های آموزش جنسی، نوجوانان تشویق می‌شوند که ارزش‌ها و نگرش‌های جنسی خود را به زبان آورند و مورد بحث و تبادل نظر قرار دهند (رودریگیوز[5]، ۱۹۸۹). در همین زمینه پیلای و یتس[6] (۱۹۹۳) معتقدند اوّلین قدم برای کنترل بارداری در نوجوانان دوره‌های آموزش جنسی است و این گونه برنامه‌ها می‌توانند نتایج مثبتی به بار بیاورند. آموزش جنسی صحیح در مدارس باعث می‌شود

1-.Huston, Martin & Foulds
2-Caron & et al
3-.Adeloye
4-.King , Parisi & Odwyer
5-.Rodrigues
6-.Pillai & Yates

مسؤولیّت پذیری و درک نوجوانان از امور جنسی افزایش یابد (منیو[۷] و همکاران، ۱۹۹۸). به طور کلّی برنامه‌های آموزش جنسی، آگاهی در مورد مسائل جنسی و کنترل موالید را در نوجوانان افزایش می‌دهد و در بسیاری از موارد جوانان گرایش‌های آزادانه‌تر، به همراه صبر و شکیبایی از خود نشان می‌دهند (ویسر و وان ـ بیل‌سن[۱]، ۱۹۹٤). برنامه‌های آموزش جنسی باعث به تأخیر افتادن شروع آمیزش جنسی (جورجنسن پتس و کمپ[۲]، ۱۹۹۳؛ کیربای، بارت، لیلاند و فترو[۳]، ۱۹۹۱؛ زابین، هیرسچ، اسمیت، استریت و هاردی[۴]، ۱۹۸٦) و کاهش بارداری و سقط جنین در آموزش دیدگان می‌شود (وینست، کلیری و اسچلوکتر[۵]، ۱۹۸۷؛ ویلیامز، آچلیز و نورتن[۶]، ۱۹۸۵) با این حال، مطالعاتی نیز نشان داده‌اند که هیچ ارتباطی بین آموزش جنسی و فعّالیت جنسی وجود ندارد (بلینگهام و گیلیز[۷]، ۱۹۹۳؛ لوی[۸] و با همکاران، ۱۹۹۵؛ میلر[۹] و همکاران، ۱۹۹۰). به طور کلّی، در دسترس بودن خدمات تنظیم خانواده موجب کاهش میزان بارداری نوجوانان شده است (گرانیست، کیپکس، اکلیتون، بالدو و سلاتکین[۱۰]، ۱۹۹۷).

پژوهش‌گران بسیاری که به بررسی تأثیر آموزش جنسی پرداخته‌اند به این نتیجه رسیده‌اند که آموزش جنسی باعث کاهش در فعّالیّت جنسی، بارداری و سقط جنین می‌شود (دارز، چایکس، دارند، مارین، وایلا و کرمی[۱۱] ۱۹۸۹؛ دایکاس و کاستنر[۱۲]، ۱۹۹۰؛ ادواردز، استین‌فن، آرنولد و هاکانسون[۱۳]، ۱۹۸۰؛ هاوارد و مک کاب[۱۴]، ۱۹۹۰؛ نافستد[۱۵]، ۱۹۹۲؛ برد ملی سوئد[۱۶]، ۱۹۷۸؛ اسچینک، بلیت، گیلجریست و بارت[۱۷]، ۱۹۸۱؛ تورنر، کورپیتا، مون و هیل[۱۸]، ۱۹۹۳).

7-.Monyoo & et al.
1-.Visser & Van - Bilsen
2-.Jorgensen, Potts & Camp
3-.Kirby, Barth, Leland & Fetro
4-.Zabin, Hirsch, Smith, Streett & Hardy
5-.Vincent, Clearie & Schluchter
6-.Williams, Achilles & Norton
7-.Bellingham & Gillies
8-.Levy & et al.
9-.Miller & et al.
10-.Grunseit, Kippax, Aggleton, Baldo & Slutkin
11-.Daures, Chaix, Durand, Mauin, Viala & Cremy
12-.Dycus & Costner
13-.Edwards, Steinman, Arnold & Hakanson
14-.Howard & McCabe
15-.Nafstad
16-.National Swedish Board
17-.Schinke, Blythe, Gilchrst & Burt
18-.Turner, Korpita, Mohn & Hill

برخی از پژوهشگران معتقدند افرادی که برنامه‌های آموزش جنسی را دریافت می‌دارند، هیچ‌گونه افزایشی در رفتار جنسی و یا تعداد شرکای جنسی آن‌ها مشاهده نمی‌شود (اندرسون[۱۹] و همکاران، ۱۹۹۰؛ داوسون[۲۰]، ۱۹۸٦؛ فراستنبرگ، مور و پترسون[۱]، ۱۹۸۵؛ کو، سانستین و پلک[۲]، ۱۹۹۲؛ فیلیبر و تاتوم[۳]، ۱۹۸۲؛ پیکدی ـ ویز، دایز ـ لوینگ، اندرید، پالوس و دیوید[۴]، ۱۹۹۰؛ اسپانیر[۵]، ۱۹۷۸). مطالعات بسیاری نیز نشان‌داده‌اند که آموزش جنسی تأثیری بر سطوح فعّالیّت جنسی ندارد (بالدوین، وتیلی و بالدوین[۶]، ۱۹۹۰؛ برگر[۷] ۱۹۸۷؛ برنارد و شوارتز[۸]، ۱۹۷۷؛ بلانچارد، نارینگ، میچاد، دوبویس ـ آربر[۹]، ۱۹۹۳؛ دیویدسون و دارلینگ[۱۰]، ۱۹۸٦؛ دی فاین الواریوس، وارم، پترسون، کرون و لاینگ[۱۱]، ۱۹۹۲؛ دیگنان، دنسون، انسپاخ، سی‌مایچ[۱۲]، ۱۹۸۵؛ ایس و زلمن[۱۳]، ۱۹۸۷؛ هرلیتز[۱۴]، ۱۹۹۳؛ کیربای، ۱۹۸۵؛ ریز و ریمرمن[۱۵]، ۱۹۷٤؛ ساکوندهاوات، لانگ تونگکام، کاناتو و کاچایست[۱۶]، ۱۹۸۸؛ سیگال، دیکلمنت، دوباین، کراسووسکی و سالیبا[۱۷]، ۱۹۹۵؛ ویز، رانبینووتیز و روکستال[۱۸]، ۱۹۹۲؛ ویلانت و جن[۱۹]، ۱۹۹۲؛ یاربر، آنو[۲۰]، ۱۹۸۱). در ضمن پژوهش‌های محدودی نیز وجود دارند که نشان می‌دهند آموزش جنسی سبب افزایش فعّالیّت جنسی در آموزش دیدگان می‌شود (مارسیگلیو و موت[۲۱]، ۱۹۸٦).

معلّمان آموزش جنسی

19-.Anderson
20-.Dawson
1-.Frustenberg, Moor & Peterson
2-.Ku, Sonenstein & Pleck
3-.Philliber & Tatum
4-.Pick-de-Weiss, Diaz-Loving, Andrade- Palos & David
5-.Spanier
6-.Baldwin, Whiteley & Baldwin
7-.Berger
8-.Bernard & Schwartz
9-.Blanchard, Narring, Michaud & Dubois-Arber
10-.Davidson & Darling
11-.De Fine Olivarious, Warm, Petersen, Kroon & Lynge
12-.Dignan, Denson, Anspaugh & Cmich
13-.Eisen & Zellman
14-.Herlitz
15-.Rees & Zimmerman
16-.Sakondhavat, Leungtongkum, Kanato & Kuchaisit
17-.Siegal, DiClemente, Dubin, Krasovsky & Saliba
18-.Weis, Ranbinowitz & Ruckstuhl
19-.Wielandt & Jeune
20-.Yarber & Anno
21-.Marsiglio & Mott

در پژوهشی لونسون و همیلتون[22] (۱۹۸۹) به بررسی عوامل تعیین‌کننده برای ادامه‌ی تدریس واحدهای آموزش مسائل جنسی توسّط معلّمان پرداخته‌اند. به همین منظور، تغییر تمایل ٤٧ معلّم برای ادامه‌ی تدریس یک واحد آموزش مسائل جنسی[23] (HSEC) ، که در کلاس ششم به مدّت یک سال اجرا شده بود، مورد بررسی قرار گرفت. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ای راجع به خصوصیّات معلّم، آگاهی و نگرش معلّم، و ارزش‌ها و نگرش‌های ویژه‌ی آن واحد درسی[1] (CSAVS) و اجرای آن تکمیل کردند. در مجموع ۸۹ درصد از معلّمان گزارش کردند تدریس واحد آموزش مسائل جنسی تجربه‌ای مثبت بوده است. بااین حال، بیش از ۲۵ درصد از آزمودنی‌ها نسبت به تدریس مجدد بی‌میل بودند. آنچه اصولاً در تمایل معلّمان برای تدریس واحد آموزش مسائل جنسی اهمّیّت داشت، ارزش‌ها و نگرش‌های ویژه‌ی آن واحد بوده است.

این پرسش مطرح است که آموزش دهندگان واقعی برنامه‌های آموزش جنسی چه کسانی هستند؟ والدین یا معلّمان؟ کی‌من[2] (۱۹۹۵) معتقد است والدین باید بنا بر دو فرض مسلّم مسائل جنسی را به فرزندانشان آموزش دهند :

۱. والدین زمینه دانش کافی دربارهٔ مسائل حنسی را همانند یک مربی خوب و ماهر دارا هستند،
۲. اتخاذ تصمیم مبنی بر آموزش مسائل جنسی به فرزندانشان در حیطه‌ی اختیارات خود والدین است.

از نظر ادلوی (۱۹۹۱) والدینی که تصمیم ندارند مربی آموزش جنسی به فرزندانشان باشند و یا تمایل ندارند که در مدارس فرزندانشان درس آموزش جنسی داشته باشند، اصولاً از این هراس دارند که این آموزش بی‌قیدی در امور جنسی را در فرزندانشان رواج دهد. در همین زمینه مدیران و معلّمان، والدین را مانعی عمده در اجرای برنامه‌های رسمی آموزش جنسی در مدارس می‌دانند و احساس می‌کنند والدین عموماً هنگام صحبت راجع به مسائل جنسی با فرزندانشان احساس ناراحتی می‌کنند (ریس و سیدل[3]، ۱۹۸۹).

مسائل جنسی در افراد ناتوان

یکی از مباحث مهم در زمینه‌ی مسائل مربوط به افراد ناتوان، تظاهرات بلوغ و آموزش جنسی است . همواره مسائل جنسی افراد ناتوان برای خودشان، خانواده‌شان و برای جامعه مورد سؤال بوده است. رفتار جنسی افراد ناتوان تا حدودی متأثّر از رشد عاطفی، ارتباطات و پیوندهای اجتماعی، و فرهنگ حاکم بر جامعه نیز می‌باشد. افرادی که دچار عقب‌ماندگی ذهنی شدید هستند، علائق جنسی بسیار محدود دارند و

22-.Levenson & Hamitton
23-.Human Sexuality Education Course (HSEC)
1-.Course Specific Attitudes and Values (CSAS)
2- Kyman
3-Reis & Seidl

رفتار جنسی آن‌ها بیشتر به صورت کنجکاوی و فعّالیّت‌های اکتشافی همانند کودکان خردسال بروز می‌نماید. در هر حال به نظر می‌رسد، لازم است آموزش مسائل جنسی به طور مستقیم در برنامه‌های آموزشی افراد ناتوان گنجانده شود. به طور کلّی پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که دانش جنسی افراد ناتوان بسیار اندک است (مک‌کاب، کامنیز، وریدِ[1]، ۱۹۹٤). آموزش جنسی نه تنها باعث افزایش دانش جنسی در افراد سالم می‌شود، بلکه این گونه برنامه‌ها دانش جنسی افراد ناتوان، اعم از هوشی و غیره، را نیز افزایش می‌دهد. از جمله لیندسی و همکاران (۱۹۹۲) خاطر نشان می‌سازند برنامه‌های آموزش جنسی سبب افزایش دانش جنسی در افراد با ناتوانی‌های هوشی می‌شود. بیشترین اطّلاعاتی که درباره‌ی بهداشت و مسائل جنسی توسّط والدین و معلّمان در اختیار افراد ناتوان قرار می‌گیرد، راجع به بیماری ایدز و ویروس HIV است .

اگر بخواهیم بر اساس یافته‌های موجود، دانش، تجربه و نیاز افراد با ناتوانی‌های هوشی را ارزیابی کنیم، باید خاطر نشان ساخت با تأکیدی که در حال حاضر مبنی بر انتقال افراد ناتوان از محیط‌های محدود به محیط‌هایی با کمترین محدودیت وجود دارد، نیاز به اطّلاعات درباره‌ی مسائل جنسی برای این گونه افراد ضروری به نظر می‌رسد. اما یافته‌ها نشان می‌دهند که اغلب برنامه‌های آموزش جنسی بر جنبه‌هایی تمرکز دارند که افراد ناتوان از نظر تجربه و دانش جنسی محدود شوند (مک‌کاب و اسچارک[2]، ۱۹۹۲). پژوهش‌های دیگری نیز نشان می‌دهند که افراد با ناتوانی‌های هوشی در مورد دانش جنسی نیازهای ارضا نشده‌ای دارند. به طور کلّی، نگرش مراقبت‌کننده‌ها و والدین درباره‌ی مسائل جنسی افراد کم‌توان ذهنی تا حدودی منفی است و ممکن است مسائل جنسی آن‌ها یا نادیده گرفته شوند یا این که به عنوان مشکل تعبیر شوند. یکی از پرسش‌های مهم در این زمینه این است که ـ آیا برنامه‌های آموزش جنسی توانسته‌اند میزان سوءاستفاده‌ی جنسی از افراد ناتوان را کاهش دهند یا خیر؟ بنابر پژوهش‌های انجام شده برنامه‌های آموزش جنسی نتوانسته‌اند از سوءاستفاده جنسی که از زنان ناتوان می‌شود جلوگیری کند. این موضوع ناشی از این است که این گونه افراد از هیچ کمک روان‌شناختی و پزشکی بهره‌مند نبوده‌اند (استرامنس[3]، ۱۹۹۳).

والدین، اعضای اصلی گروه‌هایی هستند که معمولاً برای تهیّه‌ی برنامه‌ی آموزش جنسی افراد ناتوان مشارکت می‌کنند. متخصّصان به والدین فرصت‌هایی می‌دهند که احساساتشان را بیان کنند و درباره‌ی مسائل جنسی و ناتوانی فرزندانشان مسائلی را فرا گیرند (پندلر و هیگنز بورگر[4]، ۱۹۹۱). در همین مورد بسیاری از

1-.Mccabe, Cummins & Reid
2-.Mccabe & Schreck
3-.Stromsness
4-.Pendler & Hignsburger

افراد ناتوان معتقدند والدین آن‌ها باید آموزش‌های جنسی را دریافت دارند تا بتوانند با آن‌ها بهتر راجع به مسائل‌جنسی رفتار کنند (مک کنیلی، فرکاسون و جولی[5]، ۱۹۸٦).

بسیاری از مراقبت‌کننده‌های افراد ناتوان معتقدند که این افراد حقّ ازدواج و تجربه‌ی جنسی را دارند و برای آن‌ها باید آموزش جنسی ارائه شود (شپرسون[1]، ۱۹۹۵). با این حال، بنابر پاره‌ای پژوهش‌ها مراقبت‌کننده‌های غیررسمی ارتباط جنسی در افراد ناتوان را، موضوعی غیر قابل پذیرش و خطرناک در نظر می‌گیرند، در صورتی که خیلی از افراد ناتوان خواهان داشتن برنامه‌ی آموزش جنسی هستند (هیمن و هاک[2]، ۱۹۹۵). از نظر کل[3] (۱۹۹۲) افراد ناتوان حق دارند که راجع به مسائل جنسی اطّلاعاتی داشته باشند. در ضمن از آن جایی که نگرش‌های مثبتی نسبت به یکپارچه‌سازی وجود دارد، نمی‌توان مسائل‌جنسی افراد ناتوان را به مدّت طولانی نادیده گرفت.

با بررسی پیشینه‌ی پژوهش‌های مربوط به برنامه‌های آموزش جنسی افراد ناتوان می‌توان نتیجه‌گرفت این گونه پژوهش‌ها بیشتر تکیه بر مهارت‌های اجتماعی و انتقال دانش داشته‌اند تا به رشد و نگرش مثبت نسبت به مسائل جنسی (ویتهوز و مک‌کاب[4]، ۱۹۹۷). هم چنین از جمله پیامدهای برنامه‌های آموزش جنسی این است که باعث می‌شود افراد ناتوان از روش‌های کنترل موالید سودجویند. با این حال پژوهش‌ها نشان می‌دهند اکثر دانش‌آموزان ناتوان معتقدند معلّمان به اندازه‌ی کافی آموزش جنسی به آن‌ها نمی‌دهند (مای و کاندرت[5]، ۱۹۹٦). به طور کلّی معلّمان آموزش ویژه، از آموزش تخصّصی ناچیزی برای آموزش جنسی دانش‌آموزان ناتوان بهره‌مندند (فولی و دادزینسکی[6]، ۱۹۹۵).

آموزش جنسی در فرهنگ‌های مختلف

یکی از مسائلی که مورد علاقه‌ی پژوهش‌گران بسیاری قرار گرفته است، مقایسه‌ی بین فرهنگی تأثیر آموزش جنسی روی فعّالیّت جنسی و پیامدهای ناشی از آن است .مقایسه‌ی مطالعات نشان می‌دهد فرهنگ‌هایی که سیاست آزادانه‌ای در آموزش جنسی و خدمات مرتبط با آن (برای مثال تنظیم خانواده) دارند، موجب شده‌اند که میزان بارداری، سقط جنین، و بیماری‌های واگیردار جنسی را در جوامع خود

5-.McKinlay, Frguson & Jolly
1-.Shepperson
2-.Heyman & Huckle
3-.Cole
4-.Whitehouse & Mccabe
5-.May & Kundert
6-.Foley & Dudzinski

کاهش‌دهند (ادلمن و پیتمن[۷]، ۱۹۸٦؛ جونز و همکاران، ۱۹۸۵؛ کروگر و ویسنر[۸]، ۱۹۸۱؛ سیدلکی[۹]، ۱۹۸۷؛ سینخ[۱]، ۱۹۸٦). در این مورد جونز و همکاران (۱۹۸۵) با استفاده از مقایسه‌ی الگوهای ۳۷ کشور نسبت به بارداری نوجوانان و تأثیر سیاست‌های آموزشی دولت، حمایت‌های مالی برای سقط جنین، اصول مذهبی، آزادی درباره‌ی مسائل جنسی، اصول اخلاقی، و قانون‌های ازدواج مرتبط به بارداری نوجوانان و فعّالیّت جنسی آن‌ها به مقایسه این فرهنگ‌ها پرداخته‌اند. نتایج نشان می‌دهد کشورهای غربی که درباره‌ی آموزش‌های‌جنسی با آزادی بیشتری برخورد می‌کنند و میزان تولّد پایینی دارند و کنترل موالید در مدارسشان تدریس می‌شود، نسبت به کشورهای غربی دیگر مورد مطالعه، با کمترین میزان بارداری در نوجوانان روبه رو هستند و کاهش میزان تولّد نیز با کاهش میزان سقط جنین همراه بوده است. در تحلیل خردتر در مقایسه‌ی بین فرهنگ‌های آمریکا، کانادا، انگلیس، ولز، سوئد، هلند، و فرانسه، بیشترین میزان بارداری نوجوانان و سقط جنین را آمریکا داشته است. در سال ۱۹۸۰ میزان بارداری نوجوانان سنین ۱۵ـ۱۹ سال در آمریکا ۹/٦ درصد، در انگلیس ٤/٥ درصد و در هلند ۱/٤ درصد بوده‌است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله با مروری نسبتاً جامع یکی از مسائل مهمّ نوجوانان مورد بررسی قرار گرفته است. علی‌رغم اهمّیّت موضوع، بزرگسالان و دست اندرکاران تعلیم و تربیت زمانی که با موضوع مسائل جنسی رو به رو می‌شوند، از پاسخ‌های صریح و روشن به کودکان و نوجوانان خود اکراه دارند. این مسأله به این دلیل است که آموزش‌جنسی در معرض سیاست‌های متناقض اجتماعی و ارزش‌های سر در گم قرار گرفته است (کامپتون، ۱۹۸۹). مسأله‌ی مهم این است که یک نوجوان در حال رشد چگونه و به چه میزانی باید اطّلاعاتی پیرامون مسائل جنسی داشته باشد. به رغم آن که نزدیک به دو دهه از نهادینه شدن آموزش جنسی در مدارس کشورهای غربی می‌گذرد، امّا هنوز اطّلاعات نوجوانان درباره‌ی مسائل جنسی ناقص است. یکی از دلایل اصلی این موضوع فقدان اطّلاعات علمی کافی معلّمان در مورد این موضوع و مقاومت والدین در برابر شرکت فرزندانشان در کلاس‌های آموزش جنسی است. پیامد کلاس‌های آموزش جنسی نوجوانان این است که آن‌ها اطّلاعات نسبتاً وسیع و روشنی از مسائل جنسی و مشکلات پیرامون آن پیدا می‌کنند. چنانچه این اطّلاعات در قالب برنامه‌های مدوّن به افراد آموزش داده نشوند، آن‌ها را وامی‌دارد که از راه‌های دیگری

7-.Edelman & Pittman
8-.Kroger & Wiesner
9-.Siedlecky
1-.Singh

هم چون هم‌سالان، کتاب، مجله و فیلم‌های مستهجن اطّلاعات جنسی خود را کسب کنند. آموزش جنسی می‌تواند اثر درمانی کوتاه مدّت و دراز مدّتی برای نسل جوان و جامعه در برداشته باشد، به طوری که می‌تواند از میزان بیماری‌های واگیردار جنسی بکاهد و نوجوانان را به اطّلاعات صحیح و لازم مجهّز کند. امّا قابل ذکر است که گزارش‌های ضد و نقیضی پیرامون آموزش جنسی وجود دارد، به‌طوری که برخی از پژوهش‌گران خاطرنشان می‌کنند که این برنامه‌ها باعث به تأخیر افتادن شروع آمیزش جنسی (جورجنس و همکاران، ۱۹۹۳؛ کیربای و همکاران، ۱۹۹۱؛ زابین و همکاران،۱۹۸٦؛) و کاهش بارداری و سقط جنین در آموزش دیدگان می‌شوند(وینست و همکاران،۱۹۸۷؛ ویلیامز و همکاران ۱۹۸۵). تعداد محدودی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند آموزش جنسی سبب افزایش فعّالیّت جنسی در آموزش دیدگان می‌گردد (مارسیگلیو و موت، ۱۹۸٤).

معلّمان، اعم از معلّمان مدارس عادی و استثنایی، می‌توانند در کنار والدین نقشی حیاتی در آموزش‌جنسی کودکان و نوجوانان داشته باشند. نحوه‌ی آموزش جنسی در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت است. بعضی از آن‌ها با توجّه به سیاست آزادانه‌ای که در مورد آموزش جنسی دارند موجب شده‌اند تا از میزان بیماری‌های واگیردار، سقط جنین و تولّد بچّه‌های ناخواسته در جوامع خود جلوگیری کنند. در برخی از فرهنگ‌ها که سیاست محدودکننده‌ای نسبت به مسائل جنسی دارند با مشکلاتی رو به رو هستند که خود می‌تواند سلامت‌روانی افراد و جامعه را مورد آسیب قراردهد.

در این جا لازم به ذکراست که اکثر پژوهش‌های مرتبط با مسائل جنسی نوجوانان در کشورهای غربی صورت گرفته است. این کشورها الگوهای ارزشی کاملاً متفاوتی در زمینه‌ی مسائل جنسی با فرهنگ‌های سنّتی و مذهبی نظیر فرهنگ ایرانی دارند. به همین جهت لازم است که پژوهش‌های متعددی درباره‌ی مسائل جنسی خاص نوجوانان ایرانی انجام گیرد. نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌تواند به درک بهتر مسائل جنسی نوجوانان ایرانی، شناخت روش‌های مؤثّر در ایجاد صبر و شکیبایی در برابر تحریکات جنسی، و بالاخره سیاست‌گذاری آموزشی مناسب در سطوح مختلف خانواده، مدرسه، و اجتماع منجر شود. در ضمن از آن جایی که ارتباط فرهنگی کشورها در سال‌های اخیر به خاطر وسائل ارتباطی جدید از جمله ماهواره و اینترنت به سرعت رو به افزایش است، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده مطالعات بین فرهنگی جهت مقایسه‌ی مسائل جنسی نوجوانان ایرانی با سایر فرهنگ‌ها نیز صورت پذیرد. براساس یافته‌های این‌گونه پژوهش‌ها می‌توان شناخت دقیق‌تری از میزان و چگونگی تأثیرپذیری نوجوانان ایرانی از ارزش‌ها، الگوها و رفتارهای جنسی فرهنگ‌های دیگر به دست آورد.

منابع

Adeloye, J, A. (1991). The attitude of adults to the teaching of sex education in post-primary schools. *Nigerian Journal of Guidance and Counselling,* 4 (1-2), 71-78.

Akogj, K. (1988). Efterlysning. (The status of sex education in Denmark). *Skolepsykologi*, 25 (4), 321-325.

Ammerman, S. P., D.; Perelli, E.; Adler, N.; Irwin, CH., E. (1992). Do adolescents understand what physicians say about sexuality and health? *Clinical Pediatrids***,** 31 (10), 590-959.

Anderson, J. E.; K, L.; Holtzman, D.; Arday, S.; Truman, B.; & Kolb e, L. (1990). HIV/AIDS Knowledge and sexual behavior among high school students. *Family Palnning Perspectives***,** 22, 252-255**.**

Andre, T.; Frevert, R, L.; & Schuchmann, D. (1986). *From whom do adolescents learn about sex?* Paper presented at the annual meeting of midwestern Educational Research Association, Chicago.

Andre, TH.; Dietsch, Ch.; & Cheng, xu. (1991). Sources of sex education as a function of sex coital activity and type of information. *Contemporary Educational Psychology, 16* (3), 215-240.

Angelino, H.; & Mech, E, V. (1954). Some First Sources of sex information as reported by ninety college students. *Proceeding of the Oklahoma Academy of Sciences***,** 35-117.

Baldwin, S. E.; Baranoski, M., V. (1990). Family interactions and sex education in the home. *Adolescence, 25 (99),* 573-582.

Baldwin, J. I.; Whiteley, S.; & Baldwin, J. D. (1990). Changing AIDS- and fertility- related behavior: The effectiveness of sexual education. *The Journal of Sex Research, 27,* 245-262**.**

Bell, H, M. (1983). *Youth tell their stoty.* Washington, DC:American Council on Education.

Bellingham, K.; & Gillies, P. (1993). Evaluation of an AIDS education programme for young adults. *Journal of Epidemiology and Community Health, 47***,** 134-138.

Berger, D. K. (1987). Influence of family planning counseling in an adolescent clinic on sexal activity and contraceptive use. *Journal of Adolescent Health***,** *8***,** 436-440

Bernard, H. S.; & Schwartz, A. J. (1977). Impact of a human sexuality program on sex-related knowledge, attitudes, behavior, and guilt of college undergraduates. *Journal of the American College Health Association, 25***,** 182-185.

Blanchard, M.; Narring, F.; Michaud, P. A.; & Dubois- Arber, F. (1993). *The effect of the Swiss stop- AIDS campaigns 1987- 1992: Increase in condom use without promotion of sexual promiscuity.* Poster presentation, Track D, Do-D02-3474, Ninth International Conference on AIDS, Berlin.

Caron, S. L.; Carter, D. B. Daves, C. M.; & Macklin, E. (1993). Evaluating the effectiveness of workshop interventions on contraceptive use among first year college students. *Journal of Psychology and Human Sexuality, vol 9 (3-4)*: 90-120.

Carver, V. C.; Kittleson, M. J.; & Lacey, E. P. (1990). Adolescent Pregnancy: A reason to examine gender differences in sexual knowledge, attitudes and behavior. *Health Values, Health Behavior Education and promotion, 14* (6), 24-29.

Cole, S. (1992). Sex education: Our school's responsibility. *Journal on Developmental Disabilities, 1* (1): 51-54.

Coles, R.; & Stokes, G. (1985). *Sex and the American teenager***.** New York: Harper & Row.

Compton, A. Y. (1989). Multicultural perspectives on sex education. *Sexual and Marital Therapy, 4* (1), 75-85.

Conger, J, J.; & Peterson, A, C. (1984). *Adolescence and Youth***.** New York: Harper & Row.

Daures, J. P.; Chaix-Durand, G.; Maurin, M.; Viala, J. L.; & Gremy, F. (1989). Preliminary study on the prevention of voluntary terminations of pregnancy and of sexually transmitted diseases in the adolescent by giving information in the third year(of secondary school), *Contraception - Fertilitesexualite, 17***,** 1021-1026.

Davidson, J. K.; & Darling, C. A. (1986). The impact of college level sex education on sexual knowledge, attitudes, and practices: The knowledge/ sexual experimention myth revisited. *Deviant Behavior, 7***,** 13-30.

Davis, S, M.; & Harris, M. B. (1982). Sexual knowledge, Sexual intersts, and sources of sexual information of rural and urban adolescents form three cultures. *Adolescence, 17,* 471-492.

Dawson, D.A. (1986). The effects of sex education on adolescent behavior. *Family Planning Perspectives, 18***,** 162-170.

De Fine olivarius, F.; Worm, A. M.; Petersen, C. S.; Kroon, S.; & Lynge, E. (1992). Sexual behaviour of women attending an inner-city STD Clinic before and after a general campaign for safer sex in Denmark. *Genitourinary Medicine, 68***,** 296- 299.

Dickinson, G, E. (1978). Adolescent sex information sources: 1964-1974. *Adolescence, 13***,** 653-658.

Dignan, M.; Denson, D.; Anspaugh, D.; & C'mich, D. (1985). Effects of sex education on sexual behaviors of college students. *Adolescence, 20***,** 171-178.

Duncan, D. F.; & Donnelly, J. W. (1991). Pornography as a source of sex information for students at a private northeastern university. *Psychological Reports, 72***,** 782.

Duncan, D. F.; & Nicholson, T. (1991). Pornography as a source of sex information for students at a southeastern state university. *Psychological Reports, 68***,** 802.

Dycus, S.; & Costner, G. M. (1990). Healthy early adolescent development (11-13 year olds): Implementing a human sexuality curriculum for seventh graders. *Elementary School Guidance and Counselling, 25***,** 46-53.

Edelman, M. W.; & Pittman, K. J. (1986). Adolescent pregnancy: Black and White. *Journal of Community Health, 11,* 63-69.

Edwards, L. E.; Steinman, M. E.; Arnold, K. A.; & Hakanson, E. Y. (1980). Adolescent pregnancy prevention services in high school. *Clinics Family planning perspectives, 12***,** 6-14.

Eisen, M.; & Zellman, G. L. (1987). Changes in incidence of sexual intercourse of unmarried teenagers following a community-based Sex education program. *The Journal of sex Research, 23***,** 527-544.

Elias, J.; & Gebhard, P. (1969). Sexulity and sexual learning in childhood. *Phi Delta Kappan, 50***,** 401-406.

Foley, R. M.; Dudzinski, M. (1995). Human sexuality education: Are special educators prepared to meet the educational needs of disable youth? *Journal of Sex Education and Therapy, 21* (3), 182-191.

Freeman, E. W.; Rickels, K.; Huggins, G.; Mudd, E. H.; Garcia, C.; & Dickens, H. O. (1980). Adolescent contraceptive use: comparisons of male and female attitudes and information. *American Journal of public Health, 70***,** 790-796.

Furstenberg, F. F.; Moor, K. A.; & Peterson, J. L. (1985). Sex education and sexual experience among adolescents. *American Journal of Public Health, 75***,** 1331-1332.

Garbarino, J. (1980). *Adolescent development***.** Columbus, OH: Merrill.

Goldman, R, L.; & Goldman, J. D. G. (1981). Sources of sex information for Australian, English, North American, and Swedish children. *Journal of Psychology, 109***,** 97-108.

Grunseit, A.; Kippax, S.; Aggleton, P.; Baldo, M.; & Slutkin, G. (1997). Sexuality education and young people's sexual Behavior: A review of studies. *Journal of Adolescent Research, 12(4),* 421-453.

Hanson, S. L.; Myers, D. E.; & Ginsburg, A. L. (1987). The role of responsibility and knowledge in reducing teenage out-of-wedlock childbearing. *Journal of Marriage and the Family, 49***,** 241-256.

Herlitz, C. (1993). Sexual behavior in the general population of Sweden. *Social Science and Medicine, 36***,** 1535-1540.

Hettlinger, R, F. (1970). *Sexual Maturity. Belmont***,** CA: Wadsworth.

Heyman, B.; & Huckle, S. (1995). Sexuality as a perceived hazard in the lives of adults with learning difficulties. *Disability and Society, 10 (2),* 139-155.

Howard, M.; & McCabe, H. B. (1990). Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives, 22***,** 21-26.

Huston, R. L.; Martin, L. J.; & Foulds, D, M. (1990). Effect of a program to facilitate parent-child communication about sex. *Clinical Pediatrids, 29 (11),* 626-633.

Jones, E. F.; Forrest, J. D.; Goldman, N.; Henshaw, S. K.; lincoln, R.; Rosoff, J. I.; Westoff, C. F.; & Wulf, D. (1985). Teenage pregnancy in developed countries: Determinants and policy implication. *Family Planning Perspectives, 17***,** 53-63.

Jorgensen, S. R., Potts, V.; & Camp, B. (1993). Project taking charge: Six-month follow-up of a pregnancy prevention program for early adolescents. *Family Relations, 42***,** 401-406.

Juhasz, A, M. (1969). Background Factors, extent of sex knowledge, and source of information. *Journal of School Health, 39***,** 32-39.

King, B.M.; Parisi, L. S.; & odwyer, K. R. (1993). College sexuality education promotes futurs discussions about sexuality between former students and their children. *Journal of Sex Education and Therapy, 19 (4)*, 258-293.

Kirby, D.; Barth, R. P.; Leland, N.; & Fetro, J. V. (1991). Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives, 23***,** 253-263.

Kroger, F.; & Wiesner, P. J. (1981). STD education: challenge for the 80s. *The Journal of School Health, 51***,** 278-281.

Ku, L. C.; Sonenstein, F. L.; & Pleck, J. H. (1992). The association of AIDS education and sex education with sexual behavior and condom use among teenage men. *Family Planning Perspectives, 24***,** 100-106.

Kyman, Wendy, (1995). The first step: sexuality education for parents. *Journal of Sex Education and Therapy, 21***,** (30), 153-157.

Landis, J, T.; Landis, M, G. (1977). *Building a successful marriage (7th ed.)*, New York: Prentice-Hall**.**

Landis, J, T.; Landis, M, G. (1952). *Building a successful marriage (2th ed.)*, New York: Prentice-Hall.

Landis, J, T.; Landis, M, G. (1948). *Building a successful marriage.* New York: Prentice-hall.

Lee, M, R. (1952). Background factors related to sex information and attitudes. *Journal of Educational Psychology, 43*, 467-485.

Leland, N. L. & Barth, R. P. (1992), Gender differences in knowledge intentions, and behaviors concerning pregnancy and sexually transmitted disease prevention among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 13***,** 589-599.

Lenderyou, Gill. (1994). Sex education: A school-based perpective. *Sexual and Marital Therapy, 9 (2),*. 127-144.

Levenson, G. P.; Hamilton, R. (1989). Determinants of teachers plans to continue teaching a sexuality education course. *Family and Commucity Health, 12 (3),* 40-53.

Levy, S. R.; Perhats, S.; Weeks, K.; Handler, A. S.; Zhu, C.; & Flay, B. R. (1995). Impact of a school- based AIDS prevention program on risk and protective behavior for newly sexually active students. *Journal of school Health, 65***,** 145-151.

Libby, R. W.; Acock, A. C.; Payne, D, C. (1974). Cognfiguration of parental preferences concerning sources of sex education for adolescent. *Adolescence, 9***,** 73-80.

Marsiglio, W.; & Mott, F. L. (1986). The impact of sex education on sexual activity, contraceptive use and pre-material pregnancy, among American teenagers. *Family Planning Perspectives, 18***,** 151-162.

May, D. C.; Kundert, D. k. (1996). Are special educators prepared to meet the sex education needs of their srudent? *Journal of Special Education, 29 (4),* 433-441.

Mccabe, M. P.; Cummins, R. A.; Reid, SH. B. (1994). A empirical study of the sexual abuse of people with intellectual disability. *Sexuality and Disability, 12 (2),* 297-306.

Mccabe, M. P.; & Schreck, A. (1992). Before sex education: An evaluation of the sexual knowledge experience, Feelings and needs of people with mild intellectual disabilities. *Australia and Newzealand Journal of developmental Disabilities, 18 (2),* 75-82.

Mckinlay, I.; Ferguson, A.; Jolly, CH. (1996). Ability and dependency in adolescents with severe Learning disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology, 38 (1),* 48-58.

Mellanby, A.; Phelps, F.; & Tripp, J. (1992). Sex education: more is not enough. *Journal of Adolscence, 15 (4),* 449-446.

Miller, K. D.; Donegan, E.; Curran, D.; & Shelley, T, J. (1990). Effects of counseling on knowledge about HIV-l among transfusion eipients and their partners. *AIDS-Care, 2 (2),* 155-162.

Moglia, R. (1994). sexuality education in higher education in the vsai: Analysis and implication. *Sexual and Marital Therapy, 9 (2),* 181-191.

Monyooe, L. A.; & Fumba, C, N. (1998). Pupils views on sex education in transkei schools, South Africa. *Psychological Reports, 82 (1),* 337-338.

Nafstad, P. (1992).Evaluation of a programme to prevent unwanted pregnancies among young women in the stovener district, oslo, 1988-1990. *Tidsskr Nor loegforen, 112,* 3112-3114.

National Swedish Board of Health and Welfare, Commitee on health Education. (1978). Living together: *A family planning project on Gotland Sweden. Stockholm: Author***.**

Pendler, B.; Hingsburger, D. (1991). Sexuality: Dealing with parents. *Sexuality and Disability, 9 (2),* 123-130.

Philliber, S. G.; & Tatum, M. C. (1982). Sex education and the double standard in school. *Adolescence, 17***,** 273-283.

Pick-de-weiss, S.; Diaz-Loving, R.; Andrade-Palos, P.; & David, H. P. (1990). Effect of sex education on the sexual and contraceptive practices of female teenagers in Mexico City. *Journal of Psychology and Human Sexuality, 3***,** 71-93.

Pillai, V. K.; & Yates, D. L. (1993). Teenage sexual activity in Zambia: The need for a sex education policy. *Journal of Biosocial Science, 25 (3),* 411- 414.

Ramsey, G. V. (1943). The sex information of younger boys. American, *Journal of Orthopsychiatry, 13***,** 347-352.

Rees, B.; & Zimmerman, S. (1974). The effects of formal sex education on the sexual behaviors and attitudes of college students. *Journal of the American College Health Association, 22***,** 370-371.

Reis, J.; & Seidl, A. (1989). School administrators, Parents, and sex education: A resolvable paradox? *Adolescence, 24 (95),* 639-645.

Reiss, M. (1993). What are the aims of school sex education. *Cambridge Journal on Education, 23 (2),* 125-136.

Restrepo, A. H. E.; Awad A. Ester, L.; Corea, M. G. S.; & Gonzalez, S. M. D. (1988). Sex education in families of high school students of the metropolitan area of the Aburra valley. *Revista latinoamericana de sexologia, 3 (1),* 25-41.

Rice, F, P. (1984). *The adolescent***.** Boston: Allyn & Bacon.

Rodrigues, O. M. (1989). Proposal for training sex educators in psychology facultie. *Revista latinoamericana de sexologia, 4 (2),* 211-221.

Rogers, D. (1985). *Adolescents and youth***.** Englewood cliffs, NJ.: Prentice-Hall.

Romi, J. C. (1986). Consideraciones basicas sobre education sexual. (Basic considerations about sex education). *Revista-latinoamericana de sexologia, 1 (2),* 225-241.

Sakondhavat, C.; Leungtongkum, P.; Kanato, M.; & Kuchaisit, C. (1988). Kap study on sex reproduction and contraception in Thai teenagers. *Journal of the Medical Association of Thailand, 71,* 649-652.

Santrock, J. W. (1984). *Adolescence* . Dubque, IA: W.C. Brown.

Schinke, S. P.; Blythe, B. J.; Gilchrist, L. D.; & Burt, G. A. (1981). Primary prevention of adolescent pregnancy. *Social Work with Groups, 4,* 121-135.

Shepperdson, B. (1995). The control of sexuality in young people with Down's syndrome. *Child Care Health and Development, 21 (5),* 333-349.

Shirreffs, J. H.; & Dezelsky, T. L. (1979). Adolescent perceptions of sex aducations needs: 1972-1978. *Journal of School Health,* 343-346.

Siedlecky, S. (1987). Sexuality education and the needs of young people. *Healthright, 6 (4),* 11-16.

Siegal, D.; Diclemente, R.; Dubin, M.; Krasovsky, F.; & Saliba, P. (1995). Change in junior high school students' AIDS-related knowledge, misconceptions' attitudes, and HIV-preventative behaviors: Effects of a school-based intervention. *AIDS Education and Prevention, 7,* 534-543.

Singh, S. (1986). Adolescent Pergnancy in the United States: An interstate analysis. *Family Planning Perspectives, 18,* 210-220.

Spanier, G, B. (1978). Sex education and prematerial sexual behavior among American college student. *Adolescence, 13,* 659-674.

Spanier, G. B. (1977).Sources of sex information and premarital sexual behavio. *Journal of Sex Research, 13,* 73-88.

Stormsness, M. M. (1993). Sexually abused women with mental retardation: Hidden victims, absent resources. *Women and Therapy, 14 (3-4),* 139-152.

Thornburg, H. D. (1975). Sources in adolescents of initial sex information. In H. D. Thornburg(Ed.) *Contemporary adolescence: Readings (2nd ed., pp. 384-390).* Monterey: Brooks/Cole.

Thornburg, H. D. (1970). Ages and first sources of sex information among girls. *Journal of School Health, 40,* 156-158.

Thornburg, H. D. (1972). A comparative study of sex information sources. *Journal of School Health, 42,* 88-92.

Thornburg, H. D. (1981). The amount of sex information learning obtained during early adolescence. *Journal of Early Adolescence, 1,* 171-183.

Thornburg, H. D. (1982). *Development in adolescence***.** Monterey, CA: Brooks/cole.

Trudell, B.; & Whatley, M. (1991). Sex respect: A problematic public school sexuality curriculum. *Journal of Sex Education and Therapy, 17 (2),* 125- 140.

Turner, J. C.; Korpita, E.; Mohn, L. A.; & Hill, W. B. (1993). Reduction in sexual risk behaviors following a comprehensive health education intervention. *Journal of American College Health, 41,* 187-193.

Vincent, M. L.; Clearie, A. F.; Schluchter, M. D. (1987). Reducing adolescent pregnancy through school-and community-based education. *Journal of the American Medical Association, 257,* 3382-3386.

Visser, A. P.; Van, B. P. (1994). Effectiveness of sex education provided to adolescents. *Patient Education and Couseling, 23 (3),* 147-160.

Weerakoon, P. (1994). sexuality education or allied health professionals: A program to meet indiviual student needs. *Journal of Sex Education and Therapy, 20 (1),* 41-46.

Weis, D. L.; Ranbinowitz, B.; & Ruckstuhl, M. F. (1992). Individual changes in sexual attitudes and behavior within college level human sexuality courses. *Journal of Sex Research, 29,* 43-59.

Whitehouse, M. A.; Mccabe, M. P. (1997). Sex education programs for people with intellectual disability: How effective are they? *lov, seitilibasid latnempoleved dna noitadrater latnem ni gniniart 32 (3),* 29-240.

Wielandt, H. B.; & Jeune, B. (1992).Has the age at sexual debut changed after the safe sex campaign? *Ugeskr laeskr, 54,* 271-275.

Williams, J. E.; Achilles, C. M.; & Norton, C. P. (1985). *Appalachian adolescent health education project(AAHEP) evaluation: A study of teen pregnancy in East Tenessee(1982-1985)***.** paper presented to the Mid-South Educational Research Association(MSERA), Biloxi, MS.

Winn, S.; Roker, D.; & Coleman, H. (1995). Knowledge about puberty and sexual development in 11-16 year olds: Implication for health and sex Education in schools. *Educational Studies, vol 21 (2),* 281-293.

Witmar, H. L. (1929). *The attitudes of mothers toward sex education.* Minneapolis: Univ. of Minnesota Press.

Yarber, W. L.; & Anno, T. (1981). Changes in sex guilt, premaril sexual intimacy attitudes, and sexual behavior during a sexuality course. *Health Education,* 17-21.

Zabin, L. S.; Hirsh, M. B.; Smith, E. A.; Streett, R.; & Hardy, J. B. (1986). Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers. *Family Planning Perspective, 8,* 119-126.

فصل یازدهم

تربیت جنسی در دوره های کودکی، نوجوانی و جوانی از دیدگاه اسلام

حجه الاسلام دکتر علی نقی فقیهی دانشیار گروه علوم تربیتی دانشگاه قم

چکیده

"تربیت جنسی" یکی از مهم‌ترین حوزه‌های تربیت است که نقش مهمی در چگونگی شکل‌گیری شخصیّت آدمی داشته و افکار، عواطف و رفتارهای وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. هدف مقاله‌ی حاضر، تبیین اصول و روش‌های تربیت جنسی در دوره‌های کودکی، نوجوانی و جوانی با تأکید بر دیدگاه اسلامی است. در این مقاله با جمع‌آوری اطّلاعات از متون اسلامی ومنابع روان‌شناسی و تربیتی، به توصیف و تبیین آن‌ها پرداخته و با تحلیل در دو قسمت اصول و روش‌های مربوط به دوره‌های سه‌گانه، بررسی و ارائه شده‌اند. در قسمت نخست شش اصل مطرح گردید. و در قسمت دوّم شیوه‌های پیشگیری از انحرافات جنسی و روش‌های مستقیم و غیرمستقیم در تربیت جنسی در دوره‌های کودکی و نوجوانی مورد بررسی و در دوره‌ی جوانی آموزش‌های لازم مورد تأکید قرار گرفته‌اند.

کلید واژگان: تربیت جنسی، آموزش جنسی، غریزه، پیشگیری.

مقدمه:

غریزه‌ی جنسی و عوامل رشد آن، انگیزه و نقش جنسی دختر و پسر و چگونگی برخورد با آن از ابتدای آفرینش انسان مورد بحث بوده و حتّی در میان پیروان ادیان الهی که تاریخشان در دست ماست، همچون یهود و مسیحیّت، طرفدارانی داشته است. با توجّه به منابع موجود، می‌توان گفت دیدگاه‌های متعارض و متفاوتی در زمینه‌ی تربیت جنسی کودکان و نوجوانان، منشأ پرسش‌های جنسی کودکان، چگونگی پاسخگویی به آن‌ها و به طور کلّی آموزش و تربیت جنسی به ویژه در دوران بلوغ ، ابراز شده است. انسان‌ها ـ و در رأس آن‌ها انبیا و علما ـ به تربیت جنسی اهمّیّت داده و در مقاطع خاصّی به آن همّت گماشته‌اند. (اسماعیلی، علی،۱۳۸۱).

در طول تاریخ، مردم جنسیّت و موضوعات مربوط به آن را از جالب انگیزترین امور طبیعی می‌دانستند و معتقد بودند زن و مرد باید از هم لذّت ببرند. این دیدگاه کاملاً در تضادّ با دیدگاهی بود که در قرن چهاردهم میلادی و پس از سلطه‌ی کلیسای رم در اروپا شکل گرفت. در این دوران سردمداران کلیسا، مسائل جنسی را گناه‌آلود تلقّی می‌کردند، حتّی در اواسط قرن نوزدهم اغلب مردم معتقد بودند که زنان نجیب باید از نظر عشقی سرد و بی‌روح بوده و فقط به منظور ارضای شوهرانشان یا به منظور مادر شدن می‌توانند اقدام به رفتار جنسی کنند و غیر از آن هر گونه تمایل جنسی حتّی نسبت به شوهرانشان امری غیراخلاقی است. در کتب قدیمی مسیحی و یهودی اختلال های جنسی به عنوان عقوبت هوسرانی معرّفی شده است. همچنین در قرون میانه، اغلب مردم علّت کژکاری‌های جنسی را سحر و جادو دانسته و برای درمان آن به دعا و افسون متوسّل می‌شدند. یهود هم از یک طرف اعمال جنسی را گناه‌آلود و از طرف دیگر افراد را به ازدواج توصیه می‌کند (نیکو، ۱۳۸۰).

کتاب‌هایی که در این موضوع نوشته شده‌اند، عمری کهن دارند. "پاپیروم"های مصری که متعلق به ۳ هزار سال قبل است، حاوی مطالبی راجع به نحوه‌ی عشق‌بازی و هنر جنسی است. درSutra kindu kama – که متعلّق به ۱۶۰۰سال قبل است ـ به مطالب جامعی در این زمینه اشاره دارد. همچنین Ovid ـ شاعر قرن اوّل میلادی ـ برای اوّلین بار اصطلاح «فنّ عشق بازی» را ابداع نمود. شعرهای این شاعر در کتاب «بستان معطّر عربستان»ـ که در قرن ۱۶ به رشته تحریر در آمده ـ نقل شده است. آثار دیگری نیز در این زمینه موجود است (استون، ترجمه اخوان، ۱۳۷۹).

از اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم با کنار رفتن خرافات و توسعه‌ی علوم پزشکی، این رفتارها و انحرافات به شکل علمی مورد بررسی قرار گرفتند. از نیمه‌ی قرن بیستم به بعد آگاهی جوامع غربی و

کشورهای رو به رشد نسبت به رفتارهای جنسی بهنجار و اختلال‌های مربوط به آن به تدریج افزایش یافت و در مراکز دانشگاهی و محافل عمومی، فضای آزادتری برای بحث و تحقیق پیرامون مسائل جنسی ایجاد شد . از این رو ابراز نیاز جنسی با پذیرش بیشتری از سوی جوامع مواجه گردید (نیکو، ۱۳۸۰). سیر تحوّل علمی این بحث با فعّالیّت روان‌شناسان و روان‌پزشکان در آمریکا و اروپا و در اواخر ۱۸۸۰ آغاز و همزمان با آن، مطالعه‌ی علمی رفتار جنسی نیز شکل گرفت . اوّلین اثری که در این زمینه به چاپ رسید، کتاب «آسیب‌های روانی جنسی[1]» تألیف "ریچارد فن کرافت – ابنیگ"[2] بود. پس از او فروید در سال ۱۹۰۵ کتاب خود را تحت عنوان «سه رساله درباره‌ی تمایل جنسی[3]» منتشر کرد. با رشد و پیشرفت علوم رفتاری، مطالعه‌ی رفتار جنسی بشر نظم ویژه‌ای به خود گرفت؛ و با آثار مردم‌شناسانی نظیر مالینووسکی[4] (۱۹۲۹)، مید[5] (۱۹۳۱–۱۹۲۹)، فورد وبیچ[6] (۱۹۵۲) و هم‌چنین پزشکانی نظیر دیکینسون (۱۹٤۹)، روان‌پزشکان و روان‌شناسانی مانند دیویس[7] (۱۹۲۹) به تدریج بررسی‌های دقیق علمی تحقّق یافت (کجباف، ۱۳۷۸).

روان‌شناسان نیز از فروید گرفته تا یونگ، آدلر، هورنای، فورلر و فرانکل نظریّات متفاوتی را درباره‌ی مسائل جنسی ارائه داده و برای طبیعی و غیرطبیعی بودن رفتارهای جنسی معیارهای گوناگونی چون روش‌های آماری، جامعه‌شناختی، روان‌شناختی، فطری و غیره بیان کرده‌اند.

همچنین در قرآن و احادیث اسلامی و به تبع آن در کتاب‌های اخلاقی و فقهی به ویژه در موضوع نکاح به صورت مستقیم و غیرمستقیم به مسائل جنسی در دوره‌های مختلف کودکی، نوجوانی و جوانی پرداخته شده است. طرح این مسائل به گونه‌ای است که صرفاً با مطالعه و تحقیق در آن‌ها می‌توان دیدگاه اسلام را در مورد مسائل جنسی کشف کرد. البتّه تحقیق همه جانبه‌ای روی این منابع انجام نشده است. تنها مؤلّفانی مانند: مطهّری (۱۳٦۰) در کتاب «رابطه جنسی»؛ شهید مطهری (۱۳۵۹) در کتاب «اخلاق جنسی» و قاسمی (۱۳۷۳) در کتاب «اخلاق جنسی»؛ والد من (۱۳۸۰) در تحقیق خود تحت عنوان «چگونگی تنظیم روابط و رفتارهای جنسی» هر کدام به مسائل جنسی از زاویه‌ای اخلاقی پرداخته و روابط جنسی بزرگسالان و جوانان را محور بحث و بررسی قرار داده‌اند.

1-. Psychopathia sexuality
2-. Krafft ebing
3-. Three essays on sexuality
4-. Malinowski
5-. Mead
6-. Ford & Beach
7-. Davis

ثابت (۱۳۸۰) در تحقیقی که با عنوان «تربیت جنسی در اسلام» انجام داده این پرسش که آیا در اسلام، اصول و روش‌هایی برای تربیت جنسی ارائه شده است؟ را به عنوان سؤال اصلی و یازده سؤال فرعی دیگر را مطرح کرده‌اند. ایشان تنها وجود غریزه، عوامل مؤثّر در رشد غریزه، راه‌های کنترل غریزه و چگونگی روابط جنسی کودکان و نوجوانان را مورد بررسی قرار داده است.

هم‌چنین رضازاده (۱۳٦۹) در تحقیق خود تحت عنوان « نظام جنسی کودک و نوجوان در اسلام»، درباره‌ی وراثت و تربیت، لزوم حجاب، محدودیّت لذّت به همسران و برخی وظایف والدین درباره‌ی نوع لباس فرزندان بحث کرده است. این پژوهش‌ها با استفاده از منابع فرعی انجام گرفته و بر تحقیقات همه جانبه از منابع تفسیری ، فقهی، تربیتی و اخلاقی، حدیثی و قرآنی استوار نیستند؛ از این رو مطالعه و پژوهش در اصول، روش‌ها و مراحل تربیت جنسی، با تکیه به آن منابع ضرورت دارد. پاسخ به پرسش‌هایی چون: در تربیت جنسی کودکان و نوجوانان، از دیدگاه اسلامی، چه روش‌هایی کارآمد است؟ از چه اصولی باید تبعیّت شود؟ برای پیشگیری از انحرافات جنسی چه باید کرد؟ اهمّیّت خاصّی دارد.

تربیت جنسی و اهمّیّت آن

واژه تربیت دارای معادل‌هایی از قبیل پروردن، آموختن، تعلیم و تربیت و آموزش و پرورش است. تربیت روحی یا تربیت روانی این است که روان کودکان تا سر حدّ کمال از انحراف و گرفتار شدن به عقده‌های روانی و جز آن، بازداشته شود و استعدادهای مختلف آنان در جهت صحیح راهنمایی گردد[۱]. آموزش جنسی عبارت است از ارائه‌ی هر نوع دانش و آگاهی علمی و نظری به شخص که به خاطر جنسیّت خاص، متناسب با سن و به اقتضای مراحل رشدی خود، جهت تأمین سلامت روانی، جسمی، اجتماعی و رفع نیاز جنسی و تعالی خویشتن و بقای نسل؛ بدان نیازمند است (اسماعیلی، علی. ۱۳۸۱). تربیت جنسی نیز انتقال اطّلاعات و مسائل جنسی دانسته شده است. انسان تربیت جنسی یافته، کسی است که مجموعه‌ای را از آنچه درباره‌ی مسایل جنسی به آن نیاز دارد می‌داند. البتّه باید توجّه داشت که تربیت جنسی صرفاً به معنی آموزش جنسی نیست. بلکه فراهم آوردن زمینه رشد غریزه جنسی است؛ به گونه‌ای که ضمن استفاده‌ی لازم از این غریزه، از انحرافات و لغزش‌های جنسی نیز پیشگیری شود (ثابت، ۱۳۷۹). مقصود از تربیت جنسی در دیدگاه اسلامی این است که طفل را به گونه‌ای بپرورانیم که هنگامی که به سنّ بلوغ رسید، حلال و حرام را در مسائل جنسی تشخیص دهد و به وظایف زناشویی و همسری آگاه باشد و از

۱- فرهنگ دهخدا، ذیل واژه‌ی تربیت

لاابالی‌گری بپرهیزد و راه و رسم عفت اسلامی خلق و خوی او باشد و در وادی شهوت سرگردان نشود (بهشتی، ۱۳۷۲).

به نظر می‌رسد با توجّه به گستره‌ی این حوزه در متون روایی، تربیت جنسی، مجموعه فعّالیّت‌های تربیتی است که از آغاز زندگی در جهت رشد متعادل غریزه‌ی جنسی صورت می‌گیرد تا فرد با وظایف و رفتارهای جنسی آشنا شده و به اهدافی از قبیل مودّت، رحمت، آرامش و سلامت روان در زندگی دست یابد تا بدین وسیله نسل آدمی نیز تداوم یابد.

انگیزه و رفتار جنسی، گر چه غریزی است، ولی تحت تأثیر عوامل محیطی فراوان، به صورت کاملاً طبیعی باقی نمی‌ماند و جهت‌های خاصّی به خود می‌گیرد. از این رو تکامل زندگی جنسی را نمی‌توان به دست طبیعت سپرد و از پرورش صحیح آن غفلت کرد؛ بلکه درجهت دست‌یابی به اهداف مطلوب و جهت دادن فعّالیّت‌های جنسی باید کوشش نمود. فعّالیّت‌های جنسی بدون پرورش و جهت‌دهی صحیح و برنامه‌ی معیّن مشکلاتی را به وجود خواهد آورد که سلامت جسم و روان را به خطر می‌اندازد. از دیگر سو انسان در مسیر رسیدن به مقام عالی انسانی و قرب الهی گام برمی‌دارد، پس در تربیت جنسی به مراقبت مربیان آگاه و دلسوز نیازمند است تا در رسیدن به این جایگاه وی را یاری نمایند. رها نمودن کودک تا سنین نوجوانی و جوانی و عدم تربیت صحیح، او را از رسیدن به سعادت ـ که هدف آفرینش انسان است ـ باز می‌دارد. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ نداشتن ادب و محروم بودن از تربیت صحیح را عامل تمامی بدی‌ها دانسته و می‌فرماید: «بی‌ادبی و عدم تربیت صحیح باعث هر بدی می‌گردد.[۱]»

با این وصف، والدین و معلّمان و مربیان موظّفند با آموزش‌های مستقیم و غیرمستقیم شرایط فردی و اجتماعی را به گونه‌ای فراهم آورند که همراه با رشد طبیعی، آگاهی‌ها و مهارت‌های وی نیز افزایش یابد تا به میل و اختیار خود از خطاهای جنسی اجتناب کند. امّا اگر به کودکان تنها مجموعه‌ای از اطّلاعات جنسی ارائه گردد، موجب رشد زودرس غریزه‌ی جنسی و در نتیجه انحراف می‌گردد. در صورتی که رشد و تکامل فردی و پیشگیری از انحراف، ایجاد نسلی سالم و جامعه‌ای صالح از هدف‌های تربیت جنسی هستند. آموزش مسائل جنسی به صورت صحیح و کامل در هر دوره و فراگیری ارزش‌ها و هنجارهای دینی و پرورش مهارت کنترل و عملکردهای سنجیده، افراد را به سوی صلاح و پرهیز از فساد سوق می‌دهد و موجب سلامت روان نسل جوان و جامعه می‌شود.

۱- شرح ابن ابی الحدید، ج ۲ ص۲۵۸(عَدَمُ الْاَدَبِ سَبَبٌ کُلِّ شَرٍ).

از نظر اسلام، انگیزه جنسی از انگیزه‌های اصلی و اساسی آدمی به شمار می‌رود و باید ارضا شود. این انگیزه منشاء بسیاری از خواست‌ها و اعمال و رفتار آدمی است. اسلام مسائل جنسی را در چهارچوب نکاح و ازدواج مورد بررسی قرار داده و فطری بودن آن را مورد تأکید قرار می‌دهد. پس انگیزه جنسی هم می‌تواند منشأ خیر باشد و هم تباهی را موجب گردد. اسلام عشق جنسی را زمانی محترم می‌شمارد که در نهایت به عشق حقیقی منجر شود و انسان را به خدا نزدیک کند (ثابت، ۱۳۷۹). علّامه طباطبایی در این مورد می‌گوید: «نکاح و زناشویی از آن جمله آداب اجتماعی است که در تمام جوامع بشری (آن طور که تاریخ نشان می‌دهد) تا امروز متداول بوده است و این خود دلیلی است بر این که یک امر فطری است.[۱] » در این دیدگاه، علاقه‌ی جنسی و محبّت زن جزو خلق و خوی انبیاست[۲]. رسول اکرم و ائمه اطهار طبق آثار و روایات فراوان، محبّت و علاقه‌ی خود را به زن اظهار کرده و سرکوب غریزه و عملکرد کسانی را که میل به رهبانیّت پیدا می‌کرده‌اند تقبیح می‌نمودند (مطهّری، ۱۳۵۹). در قرآن کریم پس از چندین سوگند به صورت مؤکّدی می‌فرماید: «قَد اَفلَحَ مَن زَکّیها»[۳] "به حقیقت رستگار شد آن که نفس خویش را پاکیزه کرد." بنابراین جمله: ۱. قرآن آلوده شدن ضمیر انسان را ممکن می‌شمارد. ۲. پاکیزه کردن آن را در اختیار فرد دانسته و آن را واجب و لازم می‌شمارد. ۳. تزکیه و ایجاد سلامت روانی برای شخص بدون آموزش راه‌کارها میسّر نمی‌گردد. از این رو در اسلام بر آموزش و پرورش افراد در زمینه مسائل جنسی تأکید شده است. دانشمندان اسلامی هم با بسط و تفسیر آیات الهی و روایات معصومان ـ علیهم‌السّلام ـ فصل‌هایی از کتب فقهی، تربیتی و اخلاقی خود را به آموزش مسائل در حوزه‌ی امور جنسی اختصاص داده‌اند که از جمله آن‌ها ابوعلی سینا، خواجه نصیرالدین و سید بن طاووس می‌باشند و نیز علّامه مجلسی در بحارالانوار و حلیه المتقین و حر عاملی در وسایل‌الشیعه رفتارهای جنسی انسان و چهارچوب ارضای آن را مورد بحث قرار داده اند. (مطهّری، ۱۳۵۹).

این مقاله شامل دو قسمت اصول و روش‌های تربیت جنسی است. در قسمت نخست به شش اصل اشاره شده است که عبارتند از: توجّه به طبیعی بودن غریزه‌ی جنسی، حفظ عزّت و ارزشمندی متربّی، آگاه سازی‌های لازم، درهم آمیختگی تقوا و تأمین نیاز، تدریج، رعایت ضوابط کلّی در تربیت و در قسمت روش‌ها، راه‌کارهای تربیت جنسی در دوره‌های کودکی، نوجوانی و جوانی تبیین شده است.

۱- تفسیر المیزان، ترجمه سید محمد خامنه، ج ۸، ص ١٤٤.

۲- بحارالانوار، ج ۱۰۳، ص ۲۳٦، حدیث۲(مِنْ اَخْلاقِ الْاَنبیاءِ حُبُّ الْنِّساءِ)

۳- (سوره شمس؛ آیه ۹)

اصول تربیت جنسی

منظور از اصول تربیت جنسی، دستورالعمل‌های نسبتاً کلّی است که در تربیت جنسی باید رعایت شوند. این اصول غالباً در همه‌ی مقاطع سنی جریان داشته و شامل همه‌ی دوره‌های کودکی، نوجوانی و جوانی می‌شود. (فقیهی، ۱۳۷۵) در این مقاله تعدادی از این دستورالعمل‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهیم:

۱- اصل توجّه به طبیعی بودن غریزه جنسی،

از دیدگاه اسلامی، غریزه‌ی جنسی و تمایلات مختلف دو جنس، باید امری طبیعی تلقی شود و در جهت پرورش صحیح آن، برنامه‌ریزی گردد. از این رو والدین و یا مربیان نمودهای این غریزه و رفتارهای جنسی را در کودکان و نوجوانان نباید سرکوب نموده و یا آنان را به حال خود رها کنند تا به هر صورتی رشد یابند. مربّیان موظّفند به مانند همه‌ی استعدادها، و توان‌مندی‌ها و تمایلات فطری و طبیعی، این استعداد را از آغاز تولّد مورد توجّه و پرورش صحیح و متعادل قرار دهند. دستورات مختلف اسلامی[1] در مورد عملکرد والدین و تأکید بر لزوم مراقبت ویژه در طول رشد فرزندان در این خصوص حکایت از این دارد که به هیچ وجه نباید این اصل مورد غفلت والدین باشد در غیر این صورت چه بسا فرزندان به انحراف جنسی، رشد غیرطبیعی و نامتعادل و مشکلات جنسی مبتلا می‌گردند (معرفای، ۱۳۷۹).

۲- حفظ ارزشمندی متربی،

توجّه دادن نوجوان به کرامت و بزرگی خویش از طریق تکریم شخصیّت وی، و جلوگیری از توهین به شخصیّت او و اجتناب شدید از خوار شمردن وی، یکی از مهم‌ترین اصولی است که می‌تواند به صورت یک کنترل درونی مانع از ارتکاب آنان به اعمال پست و مبتنی بر امیال افراط گرایانه شهوانی شود. امیرالمومنین علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرماید: «کسی که از کرامت نفس برخوردار باشد امیال و شهوات افراطی پیش او پست جلوه می‌کند[2]». منظور این است که اگر ارزشمندی و عزّت کسی درونی شده باشد و احساس کرامت کند این مانع از آن خواهد شد که به امیال پست و ناشایست دست بزند.

۱-. ر.ک، شیخ حر عاملی . وسایل الشیعه، ج ١٦؛ و نوری، المستدرک، ج .۲

۲- بحارالانوار، ج۷۰ ص۷۸، حدیث۱۲. (مَنْ کَرُمَتْ عَلَیْهِ نَفْسُهُ هانَتْ عَلَیْهِ شَهَواتُهُ)

۳- آگاه‌سازی‌های لازم،

آگاه‌سازی‌ها باید با توجّه به شرایط و موقعیّت سنی و روانی ـ عاطفی، به دو شیوه مستقیم و غیرمستقیم انجام شود. ولی نوع کاربرد این دو شیوه تا حدودی متفاوت است. به طور مثال: زمانی که فرزندان در آستانه‌ی بلوغ قرار می‌گیرند و انگیزه‌ی جنسی در آن‌ها تا حدی بیدار می‌شود، باید از هر دو شیوه استفاده نمود و با راهنمائی‌های به موقع، آنان را از نشانه‌های بلوغ و عوارض آن آگاه ساخت تا از بروز اضطراب و نگرانی که معمولاً در این زمان به وجود می‌آید، جلوگیری شده و آن‌ها را امری طبیعی تلقّی نمایند. ارائه‌ی راهنمائی‌های به موقع، نوجوان را از مراجعه به دوستان یا احیاناً خواندن کتاب‌هایی که معمولاً زیان‌های گوناگون دربردارند، بی‌نیاز می‌سازد. آگاهی دادن به کودکان در آستانه‌ی بلوغ درباره‌ی تحوّلات جسمی و روانی آن‌ها و عوارض جدید و ناشناخته‌ای که به وجود می‌آید، بسیار لازم و ضروری است و آنان را نباید در عالمی تاریک و مبهم به حال خود رها کرد. از طرفی، با توجّه به این که دختران حدود دو سال زودتر از پسران به مرحله‌ی بلوغ می‌رسند، وظیفه‌ی مادران در ارتباط با دختران‌شان حسّاس‌تر است. مادر باید با صمیمیّت و دلسوزی در کنار دختر تازه بالغ خود قرار گیرد و همواره به عنوان راهنمایی آگاه و محرم اسرار ایفای نقش نماید. همین وظیفه را پدر در ارتباط با پسر نوجوان خود دارد. البتّه در تمام این مراحل باید آگاهی دادن توأم با عفّت و مراعات ظرافت‌های لازم باشد تا به حجب و حیای فطری و طبیعی آن‌ها لطمه‌ای وارد نشود (سادات، ۱۳٦۸).

ولی گاه شیوه‌ی غیرمستقیم تعیّن پیدا می‌کند. به عنوان مثال در پاسخ بعضی سؤالات کودکان درباره‌ی مسائل جنسی و یا غریزی؛ در سنین پایین‌تر می‌توان از ذکر داستان‌ها و ملاحظه‌ی وضع نوزادان و در سنین بالاتر از طریق نگه‌داری حیوانات در خانه، و به طور کلّی استفاده از فرصت‌هایی که می‌توان مطلبی را برای متربّی توضیح داد، استفاده کرد (فلسفی، ۱۳٦٦).

در عصری که ما زندگی می‌کنیم لزوم آگاهی دادن به کودکان ونوجوانان درباره‌ی مسائل جنسی، نسبت به گذشته بیشتر احساس می‌شود. اگر چه هیچ تردیدی در لزوم این آگاهی دادن‌ها، نیست امّا درباره‌ی این که چه کسی باید این مسؤولیّت را داشته باشد و به چه مسائلی باید پرداخت بحث فراوان است. آموزش جنسی بایستی به جا و به موقع انجام گیرد . اگر والدین از پذیرفتن این مسؤولیّت سنگین شانه خالی نمایند، چه بسا کودکان به راهی کشیده شوند که در آینده باعث بروز انحرافات جنسی و اخلاقی شود. والدین و مربّیان باید برای کودکانی که سؤالات جنسی ندارند، گهگاهی در قالب داستان، شرح واقعه‌ی مجلس عروسی و مانند آن اطّلاعات مختصری ارائه دهند، تا اگر از معاشران خود در این زمینه مطلبی

شنیدند، احساس غریبی نکنند و راه انحراف بر آن‌ها گشوده نشود . به ویژه که فرزندان به زودی به نوجوانی و مراحلی از قبیل احتلام و قاعدگی می‌رسند و وظایفی در این باره دارند که باید با آن‌ها آشنا باشند. خوب است والدین و مربّیان در هنگام فراغت و مواقعی که با کودک به سر می‌برند، خود شروع به داستان‌سرایی کنند و از مسائل گوناگونی مانند ازدواج، عروسی و شیرخوارگی نوزاد صحبت کنند و برخی از سؤالات را پیش از طرح آن توسّط کودک، با جوابی مناسب پاسخ گویند (سجادی، ۱۳۷۹). البتّه در تمام مراحل باید توجّه داشت که توضیحات به گونه‌ای قانع‌کننده و صحیح باشد که نه کودک و نوجوان را جهت کسب اطّلاعات بیشتر و کامل‌تر تحریک کند و نه باعث انحراف او شود. امام صادق ـ علیه‌السّلام ـ فرموده است: احادیث اسلامی را به کودکان و نوجوانان خود بیاموزید و در انجام این وظیفه‌ی تربیتی تسریع نمایید، پیش از آن که مخالفین گمراه بر شما پیشی گیرند و سخنان نادرست خویش را در ضمیر پاک آنان جای دهند و گمراه‌شان سازد.[۱]

٤- درهم آمیختگی تقوا و تأمین نیاز،

رعایت تقوا ، کسب توان‌مندی و ترس از عذاب الهی، نقش زیادی در کنترل غرایز از جمله غریزه‌ی جنسی دارد. کسی که هدایت و زمام حواس ظاهر و باطن خود را به عقل و شرع سپرده باشد، به راحتی می‌تواند هنگام انتخاب‌ها (برای تأمین نیاز و ارضای خود) راه شایسته را برگزیند و از لغزش‌ها مصون بماند. کسی که در زندگی روزمره، خدا را شاهد و ناظر گفتار وکردار خود ببیند، با تمام وجود تلاش می‌نماید که رضایت او را به دست آورد (ثابت، ۱۳۷۹). می‌توان گفت تربیت تقوایی محور اساس همه‌ی تربیت‌ها است.

۵- تدریج،

تربیت جنسی، همانند حوزه‌های دیگر تربیت، دفعی نیست و در طول زمان و به تدریج در مراحل رشد باید انجام پذیرد. رعایت اصل تدریج به این صورت است که با توجّه به مسائل عمده‌ی جنسی در هر مرحله از رشد، آموزش‌های لازم ارائه گردد تا در طول سنین مختلف، مجموعه‌ی آموزش‌ها آموخته شوند. نباید انتظار داشت که متربّی همه‌ی مطالب را یکباره درک کند، بلکه به مقتضای هر مرحله، به تدریج بخشی از مطالب یاد گرفته می‌شوند. آموزش باید از مطالب ساده آغاز و در ادامه به مطالب پیچیده‌تر بپردازد. به بیان دیگر مربیان و والدین نباید در ابتدا مطالب پیچیده و نامفهوم را ارائه نمایند، چرا که فرد نه تنها قدرت درک

۱. الحدیث؛ ج۳؛ ص ٨٤ (بادِرُو أحداثَکُمْ بِالحَدیثِ قَبْلَ اَنْ یَسْبِقُکُمْ إِلَیْهِمْ الْمُرْجِئَهِ)

آن را ندارد؛ بلکه مایه انحراف او نیز می‌شود. به همین جهت در متون روایی، در هر مرحله‌ی سنّی آموزش‌ها و تربیت‌های مختلفی با هدف تربیت جنسی مطرح گردیده است.[1]

٦- رعایت ضوابط کلّی در پرورش،

از دیدگاه اسلامی، در تربیت جنسی ـ به مانند تربیت‌های دیگر ـ باید ضوابط چهارگانه‌ی ذیل رعایت شوند:

۱ـ تعدیل: رعایت اعتدال و میانه‌روی در تمامی زمینه‌های زندگی فردی و اجتماعی ضروری است. این موضوع باید از آغاز کودکی آموزش داده شود تا وجود تفاوت بین آزادی و افراط را درک کند. کودک باید به اندازه بازی کند، به اندازه بخوابد، به اندازه لباس و اسباب بازی داشته باشد و به اندازه به خواسته‌هایش پاسخ داده شود. افراط و تفریط از مراحل آغازین کودکی و از مسائل ساده‌ی زندگی آغاز می‌شود . اگر کودک به میانه‌روی و اعتدال خو بگیرد، وقتی به حدود سنین نوجوانی رسید، به راحتی فرق بین آزادی و لاابالی‌گری را تشخیص می‌دهد و هنگامی که از کودک خواسته می‌شود که تعادل را حفظ کند، تخطّی از اعتدال را به راحتی درک می‌نماید (رضازاده، ۱۳٦۹). امام علی ـ علیه‌السّلام ـ در لزوم رعایت اعتدال می‌فرماید: «ای مردم شما هر کدام متولّی تربیت خود، خانواده و بچّه‌های خویش باشید و بکوشید متعادل و میان رو پرورش یابید و به افراط کاری عادت ننمائی[2].»

۲ـ هدایت: به منظور تأمین سعادت، لازم است غرایز ـ و از جمله غریزه‌ی جنسی و آن چه از مظاهر آن است ـ در جهت خوشبختی جاوید، که شرع ترسیم می‌نماید، راهنمایی گردد و از انحراف به مسیرهای انحرافی و پیروی از مقاصد دیگر باز داشته شود. در این صورت است که فطرت به خوبی شکوفا می‌شود و به اهداف تربیتی دست می‌یابد. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرماید: «خوشا به حال آن کس که در سایه‌ی هدایت، قلبی سالم دارد. از آن کسی که هدایتش می‌کند اطاعت، و از آن که وی را به پستی می‌کشاند دوری می‌جوید، و در راه امن و درست که برایش ترسیم شده قرار می‌گیرد و از اوامر هدایت‌گر پیروی می‌نماید و به ورود به صراط مستقیم و سرای مقصود قبل از آن که راه‌ها به رویش بسته شود، مبادرت می‌ورزد.[3] »

۱- در مورد روایات به قسمت روش های این مقاله مراجعه شود.

۲- نهج البلاغه، حکمت۳۵۹ (. . . اَیُّهاَ الناسُ تَوَلَّوْا مِنْ انفسِکُمْ تأْدیبَها وَ اْعدِلُوا بِها عَنْ ضَراوَۀِ عاداِتها.)

۳- نهج البلاغه، خطبه ۲۱٤ (. . . فَطُوبی لذِی قَلْبِ سَلیمٍ، أطاعَ مَنْ یَهدیهِ وَ تَجَنَّبَ مَن یُردیهِ وأصابَ سَبیلَ اَلسَّلامَۀِ بِبَصرِ مَنْ بَصَّرَهُ و طاعۀ هادٍ اَمَرَهُ و بادَرَ الهُدی قبل أن تُغلَقَ اَبوابُهُ...)

۳ـ پیشگیری: باید محیط زندگی را از آلودگی‌ها و انحرافات جنسی و عواملی که زمینه‌های مشکلات عاطفی و رفتاری را برای کودکان و نوجوانان فراهم می‌سازد؛ دور ساخت و مراقب روابط فرزندانمان با یکدیگر و با دیگران بود. این همان محافظت و پرهیزگاری و پیش‌گیری از امر شهوانی است که در شرع از آن به تقوا تعبیر می‌شود. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرماید: «شما را به تقوای الهی توصیه می‌کنم زیرا که باعث رهایی از آلودگی‌ها و نجات شما در آینده می‌شود. پس ای بندگان خدا خوب مراقب باشید همانند کسی که با نظارت عقلش بر شهوت‌ها و امیالش غالب است و از انحراف او جلوگیری می‌کند.[۱] »

٤ـ درمان: در صورتی که غفلتی به وجود آید و انحراف پدیدارگردد، زود به فکر چاره بیفتیم و به اصلاح و درمان بپردازیم و تمام امکانات و زمینه‌ها را جهت تحقّق این امر مهیّا سازیم (ثابت، ۱۳۸۱). در بازگشت از انحراف و تغییر و اصلاح رفتار، از راه‌کارهای تربیتی قرآن، باید بهره جست که مورد تأکید احادیث است. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرماید: «بدانید که قرآن کتاب تربیت و پند دهنده‌ای است که انسان را نمی‌فریبد و هدایت کننده‌ای است که گمراه نمی‌سازد و سخنگویی است که هرگز دروغ نمی‌گوید. هر کس با قرآن باشد، هدایتش افزایش می‌یابد و یا کوردلی و انحرافش کاسته می‌شود. بدانید! هیچ کس با داشتن قرآن فقر و بیچارگی ندارد و هیچ کس پیش از آن غنا و بی‌نیازی نخواهد داشت. بنابراین از قرآن برای بیماری‌های خود شفا و بهبودی بطلبید و برای پیروزی بر شدائد و مشکلات و اصلاح و درمان انحرافات، از آن کمک بگیرید زیرا در قرآن شفای بزرگترین بیماری‌ها یعنی کفر و نفاق و گمراهی است.[۲] »

روش‌های تربیت جنسی،

روش‌های تربیت جنسی در دوره‌های مختلف کودکی، نوجوانی و جوانی متفاوت است. در این قسمت به تبیین روش‌های اصلی هر دوره می‌پردازیم:

الف: دوران کودکی،

آموزش جنسیّت و نقش جنسی، اصطلاحاً به فرایندی گفته می‌شود که کودکان از طریق آن، ارزش‌ها، نگرش‌ها، انگیزه‌ها و رفتارهایی را که در یک فرهنگ، مخصوص مردان یا زنان تلقی می‌شود؛ به دست می‌آورند. هدف از آن، پرورش کودکان جهت ایفای نقش جنسیّتی ویژه یا مناسب آن است. بر اساس چنین

۱. نهج البلاغه، خطبه۱٦۱ (اُوصیکُمْ عِبادَ اللّه بِتَقْوَی اللهِ وَ طاعَتِهِ فَاِنَّها النَّجاةُ غَداً... فَاحْذَروُا عِبادَ اللهِ حَذَرَ الغالِبِ لِنَفْسِهِ الْمانِعِ لِشَهْوَتِهِ، النّاظِرِ بِعَقْلِهِ...).

۲. نهج البلاغه، خطبه۱۷٦(وَاعْلَمُوا اَنَّ الْقُرآنَ هُوَ النّاصِحُ الَّذی لا یَغِشُّ... فَاسْتَشْفُوهُ مِن أدوائِکُمْ...)

فرآیندی، مفاهیمی چون نقش رفتار جنسی، الگوهای رفتاری طبقه‌بندی شده و پذیرش نقش جنسیّت مورد توجّه کودک قرار می‌گیرد (جمعی از مؤلفان حوزه و دانشگاه، ۱۳۷۲). قسمت عمده‌ی تجارب یادگیری جنسی در دوران کودکی بدون دخالت پدر و مادر روی می‌دهد، ولی توجّه آگاهانه به جنس کودک در رفتار و نوع برخورد والدین هم بسیار مؤثّر است. مثلاً در خانواده‌ها با پسر بچّه‌ها با خشونت بیشتری نسبت به دختر بچّه‌ها رفتار می‌شود (کاپلان، ۱۳۷۹). یا به پوشاندن لباس‌های مناسب با جنسیّت دختر به دختران و لباس‌های مناسب پسر به پسران و یادآوری رفتارهای مناسب برای دختران و پسران اهمّیّت داده می‌شود، به طوری که از مهم‌ترین آداب تربیتی در خانواده به شمار می‌آید (احمدی، ۱۳۷۳).

علیرغم آن چه بعضی از افراد عقیده دارند، تربیت جنسی ویژه‌ی دوران بلوغ نیست. بلکه قبل از این دوران لازم‌الاجرا است. تحقیقات نشان می‌دهد از حدود سن ۳ تا ۵ سالگی بخشی از نیروی کاوش کودکان توجّه به امور جنسی و مسائل مربوط به آن می‌باشد (قائمی، ۱۳۷۱). سربین،[1] مطالعات وسیعی در زمینه عوامل شناختی انجام داده است، که نشان می‌دهد تربیت جنسی از سنین اوّلیّه‌ی کودکی لازم است. آنان که عقیده دارند تربیت جنسی ویژه‌ی دوران بلوغ است، باید بدانند مسائل جنسی برای نوجوانان در سنین بلوغ مرموز نیست و کم‌تر به اطّلاعات مفید نیازمندند، چون نوجوان در سال‌های قبل، از راه‌های مختلف، اطّلاعات جنسی خود را به دست آورده است. باید توجّه داشت از نظر اسلامی نیز دوران بلوغ، دوران افزایش هدایت و کنترل است نه دوران آغاز تربیت جنسی. از این رو این امر از سنین کودکی باید مورد توجّه قرار گیرد و تعویق این نوع تربیت نتیجه‌ای جز انحراف از رشد طبیعی به دنبال ندارد (معرفاوی، ۱۳۷۹).

در اواسط دوران کودکی ساختمان بدنی دخترها مانند پسرها برای فعّالیّت‌های بدنی آماده است و دخترها به اندازه پسرها قوی هستند. اختلافات در دوره بلوغ از لحاظ جنسی تأثیر می‌کند و پسرها را در بعضی از فعّالیّت‌های بدنی برتر از دخترها قرار می‌دهد. در سنین ۹ و ۱۰ سالگی به تدریج ترکیبات شیمیایی در بدن آنان تغییرمی‌کند. و پایه‌ی روانی آن در خانه گذاشته می‌شود. بچّه‌ها برای جلب نظر والدین و محبّت ایشان غالباً رفتار خود را شبیه رفتار والدین می‌نمایند. امّا به لحاظ تربیتی این نقش در وهله‌ی اوّل به وسیله‌ی خانواده و سپس به وسیله‌ی گروه همسالان به آن‌ها تعلیم داده می‌شود. در این زمینه مدرسه نقش مهمی به عهده ندارد جز این که دانش‌آموزانی را که در اجرای این نقش دچار مشکل هستند کمک کند و به تدریج آنان را با نقش خود آشنا سازد (شریعتمداری، ۱۳۶۹).

---

1. Serben

در ارتباط با قبول نقش جنسی از طرف کودک، تأثیر والدین در درجه‌ی اوّل اهمّیّت قرار دارد . چرا که والدین به فرزندانشان آموزش می‌دهند که چگونه یک دختر یا یک پسر باشند و چه خصوصیّاتی به عنوان دختر یا پسر بودن داشته باشند. پدر باید به این مهم توجّه داشته باشد که در تربیت پسر نقش فعّالی داشته باشد تا کودک علی‌رغم ارتباط بسیار زیادی که با مادر از زمان تولّد داشته است، از او که نقش الگویی دارد، کمال استفاده را نموده و خصوصیّات مردانگی را یاد بگیرد. در مورد دختران مسأله‌ی مهم این است که باید نقش دخترانه و زنانه را خیلی زودتر از پسران یاد بگیرند، چرا که بلوغ آن‌ها چند سال زودتر از پسران رخ می‌دهد. در جامعه‌ی ما نکته‌ی مهم در مورد دختران این است که آن‌ها را طوری پرورش دهیم که به دختر بودن خود مباهات کنند و از لحاظ عاطفی از این مسأله رضایت کامل داشته باشند. این مطلب رخ نمی‌دهد مگر این که خود ما نیز در عمل از داشتن فرزند دختر ابراز رضایت و خرسندی نمائیم. امام صادق ـ علیه‌السّلام ـ فرمودند: «پسران نعمت و دختران حسنات هستند. خدا از نعمت سؤال می‌کند و به حسنات پاداش می‌دهد.[1]»

۱ـ دادن اطّلاعات متناسب با سن کودک، رفتار آدمی متأثّر از افکار، اندیشه‌ها، امیال و آرزوهایی است که در دوران کودکی داشته است. اگر کودک در رابطه‌ی با مسائل جنسی دارای اندیشه‌ها و آرزوهای صحیح باشد، قطعاً در دوره‌های بعد زندگی نیز دارای رفتارهایی خواهد بود که با اهداف متعالی انسانی سازگار و هماهنگ است. کودک به هنگام تولّد فاقد معلومات جنسی است و ذهن و حافظه‌اش به مانند صفحه‌ی سفیدی است که هنوز چیزی در آن نوشته نشده است و آن چه در آن ریخته می‌شود به راحتی ثبت می‌گردد. از این رو اطّلاعات مربوط به دختر و پسر و انتظاراتی که از هر یک در رفتارها، بازی‌ها، لباس پوشیدن‌ها و مانند آن، وجود دارد به وی، باید داده شود و نباید به مسائل جنسی دامن زد و ذهن جستجوگر و فعّال کودک را با ارائه‌ی افکار و تحریکات مسائل جنسی آلوده کرد و زمانی که به بلوغ جنسی نزدیک می‌شود و نسبت به امور جنسی درک و فهمی پیدا می‌نماید به فراخور درک وی، به مسائل جنسی پرداخته می‌شود و اطّلاعاتش افزایش و متکامل می‌گردد (ثابت، ۱۳۸۱).

۲ـ پاسخ مناسب به پرسش‌های جنسی کودک، کودکان معمولاً در دوره قبل از بلوغ، مستقیم یا غیرمستقیم سؤالاتی در امور جنسی دارند. بعضی از پدران و مادران به انگیزه‌ی پرده‌پوشی از پاسخ دادن به آن‌ها طفره می‌روند و با عباراتی مثل: خفه شو، فضولی نکن، این حرف‌ها به تو نیامده، بزرگ می‌شوی می‌فهمی . . .

۱ـ. فیض کاشانی، ملامحسن، المحجه البیضاء فی تهذیب الاحیاء؛ قم؛ دفتر انتشارات اسلامی؛ ج۲، ص٦٤ (اَلْبَنُونَ نَعیمٌ وَ الْبَناتُ حَسَناتٌ یَسئَلُ اللهُ عَنِ النَّعیمِ وَ یُثیبُ عَلیَ الْحَسناتِ.)

بچّه‌ها را ساکت می‌کنند. بعضی هم جواب می‌دهند امّا جواب‌های خلاف واقع و نادرست که خود کودک غالباً متوجّه آن‌ها می‌شود. این دو روش هیچ‌کدام صحیح نیست. زیرا کودکی که سؤال می‌کند و راهنمایی نمی‌شود ممکن است به وسیله‌ی دیگران منحرف گردد. خوشبختانه این سؤالات نسبتاً ساده است و می‌توان به راحتی به آن‌ها جواب داد. شاید نخستین موضوعی که تا مدّت‌ها ذهن کودکان را مشغول می‌کند این است که دلیل تفاوت آلت تناسلی دختر و پسر چیست؟ پدر و مادر باید صریحاً به او بگوید که همه‌ی دختر و پسرها این طور آفریده شده‌اند و برای همین است که پسرها بعداً پدر می‌شوند و دخترها مادر. ممکن است سؤال کند کوچولو قبلاً کجا بود و از کجا آمد؟ ممکن است بپرسد از کجا بیرون آمد؟ می‌توان پاسخ داد در شکم مادر راهی است که بچّه می‌تواند از آن بیرون بیاید. البتّه باید توجّه داشت که نباید در پاسخ، مسائل پیچیده‌ی زناشویی را به میان آورد و یا مسائلی را بگویند که کودک آمادگی فهم آنها را ندارد (بهشتی، ۱۳۷۲). کودکان و نوجوانان به علّت رشد و فهم و درک خاصّ خود سعی دارند برای سؤالات خود از کانال‌های دیگری اطّلاعات به دست آورند. گرچه کودکان خردسال در فضایی محدود زندگی می‌کنند و والدین خود را دنیای خویش به حساب می‌آورند؛ ولی اگر والدین و مربّیان به سؤالاتشان پاسخ ندهند، این خطر وجود دارد که به مراکز و افراد دیگری روی آورند (سجادی، ۱۳۷۹). در مقابل سؤالات بی‌پرده و عمیق کودکان، بهتر است پدر و مادر ریشه‌ی آن سؤالات را کشف کنند و زمینه‌ای را فراهم نمایند تا دوباره چنین سؤالاتی ایجاد نشود و اگر تصادفی باشد جواب ندهند (سجادی، ۱۳۷۹). در این که آیا مطرح کردن صریح و مستقیم مسائل جنسی برای کودکان باید به گونه‌ای باشد که موجب بدآموزی نگردد. یا نه؟ در آیاتی از قرآن مجید درباره‌ی مسائل جنسی و اعضای تناسلی سخن به میان آمده است: «از تو درباره حیض می‌پرسند، بگو که حیض آزار است و باید در ایام حیض از زنان کناره‌گیری کنید و تا پاک نشوند به آن‌ها نزدیک نشوید و همین که پاک شدند به گونه‌ای که خدا امر کرده با آن‌ها درآمیزید خداوند توبه‌کنندگان و پاکان را دوست دارد.»[1] هم‌چنین در آیات ۵ تا ۷ و ۱۲ و ۱۳ سوره‌ی مؤمنون و ۱۵ احقاف از مسائل آفرینش انسان و نطفه در رحم و حفاظت از فروج صحبت شده است. در این آیات به صراحت تمام، درباره فرج و جماع و زنا و لواط و نطفه در رحم و وضع حمل و شیر دادن و این که جنین از نطفه‌ی زن و مرد آفریده شده و یا مسأله‌ی حیض سخن به میان آمده است. امّا هیچ‌گونه بدآموزی در آن‌ها قابل پی‌گیری نیست. بنابراین پدران و مادران و مربیان می‌توانند با پرهیز از بدآموزی و رعایت قواعد شرم و حیا و فضیلت،

۱- وَ یُسئَلَونَکَ عنِ الْمحیضِ قُلْ هُوَ اَذیً فَاعتَزِلُوا النِّساءِ فی المحیضِ فَلا تَقْرَبُوهنُ حتّی یَطْهُرْنَ فَإذا تَطَهَّرنَ فَأْتُوهنُ مِنً حَیْثُ اَمَرُکُم اللهِ اِنّ اللهَ یُحبْ التّوابینِ وَ یْحبْ المتَطَهرین. سوره بقره، آیه ۲۲۲

مسائل و مطالب جنسی را به طور صحیح و به تدریج به کودکان یاد دهند. عدم انجام این کار موجب سؤال کودکان از دیگران و احتمالاً بدآموزی آن‌ها می‌گردد.

قرآن کریم در ارائه‌ی مسائل جنسی فرهنگ بیان خاصّی دارد و سزاوار این است که انسان‌ها با همین فرهنگ پرورده شوند. از نتایج این فرهنگ این است که هر مسلمانی به حرام و حلال آشنا شده و می‌داند که از چه چیزهایی باید بپرهیزد و چه چیزهایی باید انجام شوند؟ با این توصیف، فرد اسلام را بهتر می‌شناسد و متوجّه می‌شود که این دین مبین در همه‌ی شرایط و دوره‌ها و زمان‌ها، بر حوائج انسان منطبق است. بنابراین، کودک و نوجوان باید به تدریج با مسائل جنسی آشنا شود تا در زندگی از قواعد و روابط جنسی و اشباع غرایز شهوی بی‌خبر نماند و گرفتار انحرافات نشود. البتّه این تذکّر لازم است که: در بیان مسائل جنسی باید مراحل سنّی کودک و نوجوان را مراعات کرد و لزومی ندارد که کودک را از مسائل مربوط به آمیزش مطّلع کنیم. این‌ها برای دوران بلوغ و بعد از آن است. و نیز بهتر است که آموزش دختران را مادران عهده‌دار شوند یا اگر مادر نیست زنی که جانشین مادر است، در این زمینه کوشش نماید (بهشتی، ۱۳۷۲).

پاسخ به سؤالات، باید در حد فهم کودک بوده، حاوی بدآموزی نباشد تا زمینه‌ی لغزش و انحراف او را فراهم نکند. پاسخ‌ها درست و خالی از اوهام، قانع‌کننده، همراه با شوخی، بدون هتک حرمت و توأم با حجب و حیا بین فرزند و والدین باشد. هم چنین پاسخ نباید موجب تنفّر سؤال‌کننده و باعث بی میلی او در پرسش جنسی گردد. عادی برخورد کردن با سؤال‌کننده مسائل جنسی نیز مهم است تا نسبت به مسأله‌ی جنسی حساس‌تر نشود. از دیگر نکات مورد توجّه در پاسخ به پرسش‌های کودکان اکتفا به حداقل و قدرکفایت؛ کلی گویی؛ طرح مسائل همراه با تقویت روحیه معنوی در متربی؛ زمینه‌سازی‌های مناسب برای پاسخ؛ و در قالب مفاهیم دینی می‌باشد (ثابت، ۱۳۸۱).

۳ـ آموزش حدود روابط دختر و پسر، لازم است روابط کودکان، به ویژه بعد از سنین ۵ و ٦ سالگی تحت نظارت غیر مستقیم والدین باشد، زیرا گاهی در این روابط تمایلات همجنس گرایانه شکل می‌گیرد و آن‌ها به دور از کنترل والدین، به التذاذ جنسی از همدیگر می‌پردازند. لذا باید از دوستان و معاشران فرزندان شناخت کافی داشت و حتّی باید در روابط خواهران و برادران در خانواده نیز کنترل کافی اعمال شود. محرم بودن، هر چند از میزان محدودیت می‌کاهد، امّا میل جنسی را از بین نمی‌برد؛ لذا نمی‌توان مراقبت را کنار گذاشت (سادات، ۱۳٦۸). همچنین باید روابط کودکان با نوجوانان تحت کنترل قرار گیرد. تجربه نشان داده است چون کودکان در این سنین از رشد عقلی لازم برخوردار نیستند، به سادگی ممکن است مورد سوء

استفاده‌ی نوجوانانی که دستخوش طوفان بلوغ‌اند قرار گرفته و یا با مطالبی آشنا شوند که در آن مرحله رشد بسیار مضر است.

درباره‌ی کنترل معاشرت‌ها به نمونه قرآنی در داستان حضرت موسی ـ علیه‌السّلام ـ و دختران حضرت شعیب ـ علیه‌السّلام ـ و چگونگی صحبت و معاشرت دختر و پسر نامحرم توجّه شود. در این داستان مکالمه‌ای در مورد اسم آن‌ها، آدرس خانه و صحبت‌های حاشیه‌ای بیان نمی‌شود؛ بلکه دختران از زبان پدرشان صحبت می‌کنند و می‌گویند پدرمان تو را دعوت کرده و به تو مزد می‌دهد. همه این‌ها ناشی از تربیت صحیح در خاندان انبیا می‌باشد. و وقتی از پدر و یک منبع قدرت صحبت می‌کنند یعنی ما بی‌صاحب نیستیم و تحت نظارت و هدایت والدین می‌باشیم (ثابت، ۱۳۸۱).

٤ـ پیشگیری از بلوغ زودرس، از عوامل ایجاد بلوغ زودرس غدد، هورمون‌ها، عامل محیط، کسالت عصبی، بیماری مغزی و جنبه‌های سرشتی و طبیعی می‌باشد (شمیل، ۱۳۷۱). تحریکات زودرس جنسی (مثل تماشای فیلم‌های مبتذل) روابط بدون ضابطه دختر و پسر و مانند آن برای کودکان عواقب بسیار بدی به دنبال دارد که ممکن است به اعمال انحرافی مانند زنا یا لواط کشیده شوند و یا در صدد اغفال خواهر و برادر و دیگران برآیند و یا به بیماری استمنا مبتلا شوند (امینی، ۱۳٦۸).

به طور کلی محیط کودک باید زمینه‌ی پرورش عفت و پاکدامنی باشد. تمایلات جنسی کودکان باید طوری پرورش یابد که به موقع بیدار شود و زود هنگام تحریک نگردد. از آن جا که همیشه پیشگیری بهتر و سهل‌تر از درمان است، اسلام که دین زندگی است و برای تمامی مسائل برنامه‌ریزی کرده است؛ برای پیشگیری از انحرافات که از طریق بیدار شدن بی‌موقع غریزه‌ی جنسی به وجود می‌آید توصیه‌های زیادی کرده است از جمله:

الف ـ عدم حضور کودکان در هنگام آمیزش پدر و مادر، در دستورات اسلامی این مسأله قابل توجّه است که محیط زندگی کودکان باید از تحریکات جنسی دور بماند و نباید فعالیت‌های جنسی والدین در منظر آنان صورت گیرد و یا به نحوی باشد که برایشان سؤال برانگیز شود و یا دچار نگرانی و اضطراب شوند. محیط خانه اگر از آرامش روانی برخوردار باشد می‌تواند اثرات مطلوب و موثری در باروری استعدادهای کودکان و فراگیری فضایل اخلاقی آن‌ها داشته باشد. در اسلام برای پیشگیری از بلوغ زودرس به عدم حضور کودکان در کنار والدین در مواقع خاص دستور داده شده است. در قرآن آمده است: «ای کسانیکه ایمان آورده‌اید مملوک‌های شما و هم‌چنین کودکانتان که به حد بلوغ نرسیده‌اند، در سه وقت برای

ورود به اتاق شما از شما باید اجازه بگیرند: قبل از نماز فجر و در نیمروز هنگامی که لباس‌های (معمولی) خود را بیرون میآورید و بعد از نماز عشاء.[۱] »

این دستور را قرآن برای کودکان نابالغ داده است و در آیه‌ی بعد دستور می‌دهد: هنگامی که اطفال شما به سن بلوغ رسیدند باید همه‌ی اوقات اجازه بگیرند. همانگونه که قبل از آن اجازه می‌گرفتند.[۲] این سه وقتی که قرآن به عنوان وقت خلوت و خصوصی در رابطه با اطفال ذکر می‌کند، وقت‌هایی هستند که احتمالاً پدر و مادر زیاد مقیّد به پوشاندن خود مانند سایر اوقات نیستند، و یک حالت خصوصی دارند. خداوند در قرآن کریم با این دستور برنامه‌ای ارائه می‌کند تا کودکان خود را به این سنّت عادت دهیم که در مواقع خاص برای ورود به اتاق والدین اجازه بگیرند. با توجّه به آیه‌ی فوق حکم بالغان و اطفال نابالغ متفاوت است زیرا کودکان نابالغ طبق آیه‌ی اوّل تنها در سه وقت موظّف به اجازه گرفتن هستند، چون زندگی آن‌ها با زندگی پدر و مادر آنقدر آمیخته که اگر بخواهند در همه حال اجازه بگیرند مشکل خواهد بود و همچنین احساسات جنسی آن‌ها هنوز به طور کامل بیدار نشده ولی برای نوجوانان بالغ اذن گرفتن را به طور مطلق لازم دانسته و آن‌ها موظّفند در همه حال به هنگام ورود بر پدر و مادر اذن و اجازه بگیرند (جمعی از نویسندگان، ۱۳۵۳). این حکم در مورد مکانی است که والدین در آن جا به استراحت می‌پردازند ولی برای وارد شدن در محلّی که همه حضور می‌یابند، مخصوصاً در زمانی که دیگران هم در آن جا حاضرند اجازه گرفتن لازم نخواهد بود.

از این آیه و احادیث فراوانی از پیامبر ـ صلّی الله علیه و اله و سلّم ـ و ائمه مصومین ـ علیه‌السّلام ـ به دست می‌آید که کودکان نباید نظاره‌گر روابط جنسی والدین باشند؛ چرا که اثرات نامطلوب آن حتمی است. رسول اکرم ـ صلّی الله علیه و اله و سلّم ـ فرمود: «به خدا قسم اگر مردی با همسر خود بیامیزد و در آن اتاق، کودکی بیدار، آن دو را در حال آمیزش ببیند، و حتّی اگر سخنان آن‌ها و یا فقط صدای نفسشان را بشنود، آن طفل هرگز رستگار نخواهد شد اگر دختر باشد و یا پسر، سرانجام به زنا آلوده خواهد شد[۳]» و امام باقر ـ علیه‌السّلام ـ نیز فرموده: از «نزدیکی با همسرت بپرهیز هنگامی که بچه شما را می‌بیند و رفتارت

۱ـ. سوره نور؛۵۸ (یا ایها الذین امَنوا لِیَستَئذِنکُمُ الَّذین مَلَکَت اَیمانُکُمْ وَ الَّذینَ لَمْ یَبْلُغُوا الحُلُمَ مِنْکُم ثَلاثَ مراتٍ مِنْ قَبْلِ صَلوةِ الفَجْرِ وَ حیَن تَضَعُونَ ثیابَکُم مِنَ الظَّهیرةِ وَ مِنْ بَعدِ صلوةِ العشاءِ).

۲ـ. همان؛۵۹ (وَ اِذا بَلَغَ الْاَطفالُ مِنْکُمُ الحُلُم فَلْیَسْتأذِنُوا کَما اسْتَأْذَنَ الَّذینَ مِنْ قَبْلِهِم).

۳ـ وسایل الشیعه؛ ج ۵؛ ص۱۶. قالَ رَسولُ الله صلی الله علیه و آله و سلم: (وَالَّذی نَفْسی بِیَدِهِ لَو أنَّ رَجُلاً غَشی إمْرَاَتَهُ وَ فی البیتِ صَبِیٌّ مُسْتَیْقِظٌ یَراهُما وَ یَسْمَعُ کَلامَهُما وَ نَفَسَهُما ما اَفلحَ ابداً اِنْ کانَ غُلاماً: کانَ زانیاً اَوْ جاریةً کانَتْ زانیةً).

را به صورتی می‌فهمد که می‌تواند برای دیگران به خوبی توصیف کند.[۱] » همچنین امام صادق ـ علیه السّلام ـ می‌فرمایند: «موقعی که در اتاق بچّه‌ای حضور دارد مردان با کنیزان یا زنان خود نیامیزند. زیرا این عمل، طفل را به بی‌عفتی و زناکاری متمایل می‌کند.[۲] » دلیل این نهی آن است که وقتی کودک در معرض مشاهده این نوع ارتباطات قرار گیرد، بدون شک در ذهن و روان او اثر خواهد گذاشت و ممکن است این عمل را به صورت تقلیدی با کودکان دیگر انجام دهد.

ب ـ حدّ بوسیدن بچّه‌ها و نوازش آن‌ها، در مکتب اسلام، درباره‌ی محبّت کردن والدین به فرزندان تأکید فراوان شده، چنانچه پیامبر اسلام ـ صلّی الله علیه و آله و سلّم ـ می‌فرمایند: « فرزندانتان را زیاد ببوسید و بدانید به هر بوسه‌ای یک درجه در بهشت دارید.[۳]» اسلام این محبّت را لازم می‌داند ولی برای جلوگیری از بروز انحرافات، دستورات خویش را کامل می‌کند. مثلاً تأکید شده است که بوسیدن بچّه‌ها و بغل کردن و نوازش آن‌ها حدّ و مرزی دارد و نباید افراط و تفریط شود. همچنین ابراز محبّت و نوازش و بوسیدن طفل نباید توسّط افراد غریبه صورت گیرد. زیرا ممکن است سال‌ها قبل از رسیدن به بلوغ باعث تحریک جنسی کودک گردد.

پیامبر اکرم ـ صلّی الله علیه و آله و سلّم ـ می‌فرمایند: «دختر بچّه شش ساله را پسر بچّه نبوسد همچنین زنان از بوسیدن پسر بچّه‌ای که سنش از هفت تجاوز کرده است خودداری کنند.[۴]» امیرالمؤمنین علی ـ علیه‌السّلام ـ نیز می‌فرمایند: «وقتی دختر بچّه‌ای شش ساله شد، نامحرم حق ندارد او را ببوسد و همچنین نمی‌تواند او را در آغوش بگیرد.[۵]»

اسلام به این مسأله‌ی مهم می‌پردازد که کودکان خردسال، علیرغم نرسیدن به بلوغ جنسی، می‌توانند نوعی تحریک شوند که باعث بروز انحرافات بسیاری در آن‌ها شود. از این رو امام علی ـ علیه‌السّلام ـ در این باره می‌فرمایند: «دستمالی کردن مادر به عورت دختر بچّه شش ساله‌ی خود نوعی زنا محسوب می‌شود.[۶]»

۱- همان. (ایّاکَ وَ الجماعُ حَیْثُ یَراکَ صَبیٌّ بِاَنْ یَحْسُنَ اَنْ یَصِفَ حالِکَ).

۲ همان (لا یُجامِعُ الرَّجُلَ إمْرَأَةً وَ لا جاریةً وَ فی البیتِ صَبیٌّ فَإن ذلِکَ مما تُورِثُ الزِّنا).

۳- مشکینی، علی؛ ازدواج در اسلام؛ به نقل از وسایل الشیعه: ابواب احکام الاولاد، ح۳.

۴- طبرسی، مکارم الاخلاق؛ ص۱۱۵ (اِذا بَلَغَتِ الْجاریةُ سِتَّ سنینَ فَلا یُقَبِّلُها الغُلامُ وَ الغُلامُ لا تُقَبِّلُهُ وَ الْمَرأَةُ إذا جاوَزَ سَبْعَ سَنینَ).

۵- همان.(اِذ اَنتَ عَلی الجاریَةِ سِتَّ سَنینَ لَمْ یَجُز اَنْ یُقَبِّلَها رَجُلٌ لَیست هِیَ بِمَحرَمٍ لَهُ وَ لا یَضُمُّها اِلیهِ)

٦- همان (مُباشرةُ المراةَ اُبنَتَها إذا بَلَغَتْ سِتَّ سِنِیَن شُعبةٌ مِنَ الزِّنا).

ج ـ چگونگی بستر خواب کودکان، راهکار دیگری که شرع مقدس در جهت پیشگیری از تحریکات جنسی، به آن تأکید دارد؛ جداسازی بستر خواب کودکان از یکدیگر است. در احادیث، جداسازی بستر خواب اطفال برای سنین مختلفی مطرح شده است. حدود سنّی مشخص شده سنین ۷ تا ۱۰ سالگی است. پیامبر اکرم ـ صلّی الله علیه و اله و سلّم ـ می‌فرمایند: «موقعی که فرزندان شما ۷ ساله شدند، بستر خوابشان را از یکدیگر جدا سازید.[۱]»

و در حدیث دیگر می‌فرمایند: «در سنین ۱۰ سالگی دختر بچّه‌ها با دختر بچّه‌ها نخوابند و پسر بچّه‌ها با پسر بچّه‌ها در یک بستر استراحت نکنند.[۲]» با این توصیف روشن است که جداسازی کودک از بستر والدین و کودکان دیگر لازم است، زیرا باعث دور ماندن کودک از تحریکات جنسی و اثرات منفی و مخرّب آن خواهد شد و هماهنگ با فطرت خدادادی پرورش خواهد یافت.

ب: دوره‌ی نوجوانی، آموزش نقش جنسی دوران بلوغ، به همراه ارائه‌ی اطّلاعات کلّی راجع به تغییرات جسمی و نیز راهنمایی نوجوانان درجهت‌دهی رفتار و کردار و عواطف نسبت به خود و دیگران، زمینه‌ی ابراز علاقه و محبّت و دوستی‌های معقول را فراهم می‌سازد و از انحرافات جلوگیری می‌نماید. در این مرحله، طرز برخورد والدین با مسائل جنسی نوجوان بسیار اهمّیّت دارد.

نوجوانی ادامه‌ی زندگی انسان بعد از دوره‌ی کودکی است. در این دوره انسان با مسائل خاصی رو به رو می‌شود که در دوره‌های پیش از این وجود نداشته‌اند. نوجوان با رسیدن به بلوغ جنسی چیزهایی درک می‌کند که یک کودک از درک آن عاجز است. نیاز جنسی از جمله نیازهای اوّلیّه‌ی انسان است و تا ارضا نگردد جنبه‌های شخصیتی عالی‌تر در او شکل نمی‌گیرد.

آموزش مسایل جنسی، از راه‌هایی که نوجوان را از انحراف‌های نامطلوب روانی حفظ می‌کند، آموزش صحیح مسائل جنسی است. این آموزش می‌تواند هم در خانه صورت پذیرد و هم در مدرسه. و اگر با هماهنگی و همراهی خانه و مدرسه انجام شود، نتیجه بهتر و سریع‌تر حاصل می‌گردد. البتّه لازم است این آموزش‌ها به گونه‌ای القا گردد که از کمترین عوارض سوء برخوردار باشد. با توجّه به این که همه‌ی مسائل جنسی در یک سطح تحریک‌کنندگی نیستند، آنچه را که از تحریک‌کنندگی بالایی برخوردار است باید به صورت غیرمستقیم آموزش داد و در این زمینه به سطح درک و فهم متربّی هم توجّه کرد. اگر دستورات و

۱- وسایل الشیعه؛ ج۵؛ ص ۲۸ (فَرِّقُوا بَینَ اَولادِکُمْ فی المَضاجِعِ إذا بَلَغُوا سَبْعَ سَنین).

۲- تربیه البنات فی الاسلام ؛ ص ۱۱۲ (الصَّبیُ والصَّبیُ، الصَّبیُ والصَّبیةُ،والصَّبیَةُ والصَّبیةُ، یُفَرَّقُ بَیْنَهُم فی الْمَضاجِعِ بِعَشرِ سنیَن).

تعالیم شرعی به صورت مستقیم و آنچه ناشی از کنجکاوی و تحریکات است به صورت غیرمستقیم؛ آموزش داده شود مناسب‌تر است.

در اینجا به نمونه‌هایی از آموزش‌های غیرمستقیم اشاره می‌شود:

الف ـ نگه‌داری حیوانات در خانه: نوجوان با دیدن و شنیدن حاملگی و نوزادان حیوانات جواب بعضی از سؤالات خود را پیدا می‌کند و یا زمینه‌ی درک بهتری از آن‌ها فراهم می‌گردد.

ب ـ تولید گل و گیاه: کشت بذر و تولید گل و گیاه و رشد آن‌ها درس مناسب و مشابهی برای فرزندان است.

ج ـ ذکر داستان‌ها: داستان‌هایی از زندگی حیوانات و انسان می‌تواند حاوی نکات ارزنده‌ای باشد که پاسخگوی بعضی از سؤال‌های کودکان باشد.

د ـ توجّه دادن به ازدواج‌ها و تولّد نوزادان که به صورت طبیعی مورد مشاهده‌ی نوجوانان است.

در پاسخ به پرسش‌های جنسی امور زیر باید رعایت شود:

الف ـ حفظ حرمت و عدم پرده‌دری در بیان مسائل جنسی.

ب ـ اکتفا به حداقل و قدر کفایت.

ج ـ کلّی‌گویی.

د ـ طرح این مسائل همراه با تقویت روحیه‌ی معنوی در متربّی.

ه ـ زمینه‌سازی برای بیان پاسخ‌ها.

و ـ پرهیز از شوخی به هنگام پاسخ.

ز ـ آموزش و پاسخ بر اساس مفاهیم دینی.

ح ـ همجنس بودن مربّی ومتربّی در حد امکان.

ط ـ رعایت تدریج.

ی ـ بهره‌برداری از زندگی و وقایع آن (ثابت، ۱۳۸۱).

نشانه های بلوغ جنسی و احکام آن، از جمله آموزش‌ها در ارتباط با مسائل جنسی، نشانگان بلوغ و احکام شرعی مربوط به آن است. حدّ متوسط بلوغ جنسی در ایران معمولاً در پسران بین ۱۱ تا ۱۵ سالگی و در دختران بین ۹ تا ١٤ سالگی می‌باشد. از نشانه‌های بلوغ در پسران ازدیاد رشد بیضه‌ها و کیسه بیضه است و گاه با رشد موهای زهاری نیز همراه است. حدود یک سال بعد تسریع رشد آلت تناسلی مردانه با شروع جهش در قد همراه است و موی زیر بغل و صورت حدوداً دو سال بعد از رشد موهای زهاری ظاهر

می‌شود. نوک پستان پسرها حالت برآمدگی پیدا می‌کند و قطر هاله آنها افزایش می‌یابد. در دختران ظاهر گشتن موهای زهاری، رشد پستان‌ها، ظهور موهای صاف و کمرنگ زیر بغل و ازدیاد ترشح استروژن از نشانه‌های اوّلیّه‌ی بلوغ آنان است. دو سال بعد رحم و واژن رشد می‌کند. قاعدگی آغاز می‌شود و معمولاً دو سال بعد دختران قدرت باروری پیدا می‌کنند (سادات، ۱۳۷۲).

ازجمله مسائل عمده در سنین نوجوانی میل جنسی است. شدّت این میل در پسران بیش از دختران است. در دختران جنبه‌ی عاطفی یا روانی و در پسران جنبه‌ی غریزی یا شهوانی این میل قوی‌تر است (سادات، ۱۳۷۲). به طور کلی نوجوانی با تحوّل عمیق در جسم و روان و قدرت تجسّم و تخیّل زیاد همراه است (شرفی، ۱۳۷٦).

علامت بلوغ شرعی نیز روییدن موهای خشن بالای عورت، خروج منی در پسران که به صورت احتلام ظاهر می‌شود و شروع عادت ماهانه در دختران و رسیدن به سن پانزده سال کامل برای پسر و نه سال تمام برای دختر است.[۱] از وظایف مهم و سنگین والدین و مربیان این است که به محض ورود کودکان به سن تمیز، آن‌ها را با احکام شرعی مربوط به بلوغ و پختگی جنسی و وظایف زن و مرد آشنا کنند. پسر باید بداند که ممکن است ما بین سنین ۱۲ تا ۱۵ سال منی از او خارج شود، که در این صورت بالغ است، و دختر باید به لحاظ قاعدگی و جنابت آگاه به مسائل و احکام آن باشد تا دچار مشکلی نشود. رسول اکرم ـ صلّی الله علیه و آله و سلّم ـ فرمودند: «بر پسران وقتی محتلم شدند و بر دختران وقتی عادت ماهانه دیدند روزه واجب می‌شود[۲]» و نیز فرمودند: «افراد صغیر از تصرف در اموال خود ممنوعند تا وقتی که به حدّ بلوغ و رشد برسند[۳]».

مربّیان در آموزش باید بکوشند که نوجوانان در دام هیجانات غریزی و شهوانی گرفتار نشوند و برای تحقّق بخشیدن به این هدف والا ضرورت دارد عواملی چون سینما، تئاتر، بی‌حجابی و بدحجابی، دوستی‌های فاسد، محیط‌های مختلط. و دیگر زمینه‌ها باید مورد تأکید قرار گیرند. خداوند در آیه ۳۱ سوره نور در این مورد می‌فرماید: «زنان باید روسری‌ها را بر گریبان‌ها گره بزنند و زینت خود را جز برای شوهرانشان یا کودکانی که هنوز بر عورت آنان آگاهی ندارند آشکار نکنند.»

۱- ر.ک. توضیح المسائل مراجع عظام.

۲-. الحدیث، ج۱، ص۲۸۸ (عَلیَ الصبیِّ إذَا احْتَلَمَ الصِیامُ وَعَلیَ المرأةُ إذا حاضَت الصّیامُ).

۳-. الحدیث، ج۱، ص ۲۸۸ (الصَّغیرُ مَمنُوعُ مِنَ التَّصَرُّفِ اِلا مَعَ البُلُوغِ وَ الرُّشْدِ وَ یُعْلَمُ الْاَوَّلُ بِاِنْباتِ الشَّعْرِ الْخَشِنِ عَلیَ العانَةِ اَوِ الْاِحْتِلامِ اَوِ الْحَیْضِ اَوِ إکْمالِ خَمْسَ عَشرةَ سَنةً فی الذّکرِ وَ تِسْعَ فِی الأنثی)

در مسائل جنسی دادن اطّلاعات صحیح و سالم، توجّه به ارزش‌ها و امور اجتماعی، ورزش، رشد شخصیّت و یا رفتن به مدارس مذهبی می‌تواند در پیشگیری از بسیاری از انحرافات در دوره نوجوانی مؤثّر باشد (معرفاوی، ۱۳۷۹).

کمک والدین به رشد عواطف نوجوان، پدر و مادر و تمامی نزدیکان و معاشران نوجوان باید سعی نمایند به هر نحو که می‌توانند فضای سالم را برای رشد عواطف و تفکرات فرزند ایجاد نمایند تا نوجوان آن طور که باید و شاید از این فضای تربیتی تاثیر پذیرد و سرمشق و الگویی برای زندگی خود بیابد. نوجوان باید جهت فضاگزینی و فضایابی مهارت کامل کسب نماید تا بتواند فضای مناسب تربیتی خود را در کمال آرامش و به حد مطلوب گزینش کند. اجتماع، آشنایان، معاشران، خانواده، همسایگان، هم‌کیشان و سایر مردمی که به گونه‌ای با فرد آشنا و مأنوس هستند؛ برای شخص به شدّت فضاسازی می‌کنند و فضای دیدنی‌ها، شنیدنی‌ها، عواطف و بالاخره تفکّر او را تشکیل می‌دهند. این فضا در کودکی اهمّیّت تربیتی بیشتری دارد. وقتی کودک به دوره‌ی نوجوانی نزدیک می‌شود، باید والدین او را با امر انتخاب آشنا سازند تا از فضای موجود بهترین‌ها را انتخاب کند. این محدوده‌ی سنّی زمانی است که باید کودک را به آداب مفید و لازم تربیت کرد.

البتّه در این بحث منظور جنبه‌ای از فضا است که ایجاد عفّت و پاکدامنی برای فرزندان می‌کند. جنبه‌های مختلف فضای عفّت‌آور باید مورد توجّه خاص قرار گیرند تا کودک از اوایل خردسالی در آن قرار گیرد و ابتدا به طور خودکار و سپس با اراده‌ی خود از فضای اطراف به جنبه‌هایی بیشتر میل کند که او را به سوی پرورش صحیح و عفّت‌آور می‌کشاند (رضازاده، ۱۳٦۹).

خویشان و معاشران، والدین باید سعی کنند فرزندانشان با کسانی معاشرت نمایند که از رفتار و کردار آن‌ها می‌توانند درس‌های صحیح بگیرند. رسول اکرم ـ صلّی الله علیه و اله و سلّم ـ می‌فرمایند: مثال همنشین صالح مانند عطاری است که اگر چه عطرش را به تو نمی‌بخشد، امّا بوی عطرش به تو می‌رسد.[۱]

همبازی‌ها و دوستان، اگر چه وجود صفا و صمیمیت میان اعضای خانواده اثرات مهمی در رفتار نوجوان دارد، امّا محیط بازی و همبازی‌ها مهم‌ترین اثر را در ساختار شخصیّتی او دارند. با افزایش سنّ کودک، تأثیر گروه همسالان افزایش می‌یابد. در نوجوانی تأثیر دوستان بیشتر از والدین و معلّمان است. اگر

۱. عطاران، آراء مربیان بزرگ مسلمان؛ ص۱۱۳، به نقل از امثال قرآن؛ ص۱۲۴. (مَثَلُ الجَلیسِ الصّالِحِ مَثَلٌ العطّارِ لَمْ یُعطیکَ مِنْ عَطْرِهِ وَ لکن اَصابَکَ مِنْ ریحهِ).

والدین نسبت به دوستان فرزند نوجوان خود بی‌توجّه باشند، چگونه می‌توانند گرایش احتمالی و تدریجی او را به سمت انحراف متوجّه شوند و از تشدید و مزمن شدن آن پیشگیری نمایند؟

در احادیث اسلامی موضوع دوستی با اهمّیّت تلقّی شده است. از حضرت سلیمان ـ علیه‌السّلام ـ نقل شده، درباره‌ی هیچ کس به نیکی و بدی قضاوت نکنید تا رفقایش را ببینید، چه آن که آدمی از دوستانش شناخته می‌شود و به صفات همنشینان ودوستان صمیمی‌اش توصیف می‌گردد[۱]. و نیز امام باقر ـ علیه‌السّلام ـ اندرزهای لقمان حکیم به فرزندش را نقل می‌کند که: «.کسی که با رفیق بد همگام می‌گردد از فساد اخلاق در امان نیست. کسی که با گنهکار همراه شود راه ناپاکی را از وی یاد می‌گیرد.[۲]»

دوستان ناباب و نالایق در روح و روان همنشینان خود اثر مخرّب و نامطلوب بر جای خواهند گذاشت. باید به دوستان صمیمی فرزندان توجّه شود و اگر بین آن‌ها فردی نالایق بود آنان، را از دوستی با وی، به وسیله‌ی آگاهی از مضرّات این دوستی بر حذر داشت. البتّه ممکن است این کار به راحتی و بدون مقاومت صورت نپذیرد.

فراهم ساختن آمادگی روانی برای تشکیل خانواده، به منظور توسعه و رشد نظر مساعد نسبت به زندگی خانوادگی و تولید نسل، زمینه‌ی آمادگی روانی را در نوجوان باید فراهم ساخت. اجرای این وظیفه به خانواده و مدرسه هر دو مربوط است. معمولاً نوجوانان دوست دارند در این زمینه از کتاب یا معلّم یاد بگیرند. بدین روی، گنجاندن درس‌هایی مانند: خانه‌داری، بچّه‌داری، احکام و وظایف نوجوان در دوره‌ی راهنمایی و متوسطه مفید خواهد بود (شریعتمداری، ۱۳۷۱).

به روایت امام صادق ـ علیه‌السّلام ـ روزی پیامبر اکرم ـ صلّی الله علیه و آله و سلّم ـ به منبر رفتند و پس از حمد و ثنای الهی فرمودند: ای مردم جبرئیل از پیشگاه الهی نزد من آمد و گفت دختران بکر مانند میوه‌ی درختند، موقعی که می‌رسد اگر چیده نشود اشعه آفتاب فاسدش می‌کند و وزش باد آن را پراکنده می‌کند. همچنین دختران وقتی به حدّ بلوغ رسیدند و مانند زنان در خویش تمایل جنسی احساس نمودند دارویی جز شوهر ندارند و اگر همسر نگیرند از فساد ایمن نیستند چه آنکه بشرند و بشر از خطا و لغزش مصون نیست.[۳]

۱- نوری، طبرسی؛ المستدرک؛ ج۲؛ ص۶۲ (لا تَحْکُموا عَلی رَجلٍ بشیءٍ حتّی تَنْظُروا اِلی مَنْ یُصاحِبُ فَاِنّها یُعْرَفُ الرَّجلُ بِاَشکالِهِ وَ اَقرانِهِ وَ یُنْسَبُ اِلی اَصحابِهِ وَ اِحداثِهِ).

۲- مجلسی؛ بحارالانوار؛ ج۵؛ ص۳۲۲.

۳- الحدیث؛ ج ۱، ص۱۸۲ (ایها الناسُ اِنَّ جبرئیلَ آتانی عَنِ اللّطیفِ الخبیر فَقالَ:اِنَّ الْاَبکارِ بِمَنزلَةِ الثَّمَرِ عَلی الشَجَرِ إذا اَدرَکَ ثَمَرهُ فَلَمْ یُجْتَنی اَفسدَتهُ الشّمسُ وَ نَثرتْهُ الریاحُ وَ کَذلِکَ الاَبکارُ اِذا اَدْرِکْنَ ما یُدرَکُ النساءَ فَلَیسَ لَهُنَّ دَواءٌ اِلّا البُعولَةُ وَ اِلّا لَم یُؤمنَّ علیهِنَّ الفساد لِاَنَهُنَّ بشرٌ).

پرورش حیا، حیا در کنترل غریزه‌ی جنسی و امنیّت و عفّت نوجوان نقشی اساسی دارد و این در دستورات دینی مورد تأکید است. زنان شوهردار و دخترانی که اصل عفّت را رعایت می‌کنند در نوعی فضیلت زنانگی زندگی می‌کنند. مراعات اصل مهم حیا در کلّیه‌ی شؤون زندگی خانوادگی از سوی پدر و مادر می‌تواند محیط را برای زندگی نوجوانان امن و بی‌خطر سازد. پرهیز از به کار بردن الفاظ و کلماتی که به گونه‌ای دربرگیرنده مسائل و مناسبات جنسی است، طرز لباس پوشیدن و عریان نکردن بدن نزد فرزندان، خودداری از نقل مناسبات زناشویی یا لطیفه‌هایی که به امور جنسی مربوط می‌شود و اموری مانند آن، از جمله تدابیری هستند که مانع پیش‌رسی میل جنسی می‌شوند (سادات، ۱۳٦۸). امام علی ـ علیه‌السّلام ـ حیا را عامل کنترل‌کننده و بازدارنده انسان از ارتکاب زشتی‌ها دانسته و از وجود رابطه‌ی قوی بین حیا و پاکی سخن گفته و می‌فرماید: «هر کس لباس حیا بپوشد مردم عیب او را نمی‌بینند.[۱]» و در خصوص ارتباط حیا و پاکدامنی فرمودند: «عفّت و پاکدامنی به اندازه‌ی شرم و حیای انسان است.[۲]» و نیز فرموده‌اند: «برتو باد به حیا، زیرا که نشانه‌ی بزرگی شخص است.[۳]» برای کسب حیا و تقویت آن، انتخاب الگوهای رفتاری درست، بازداشتن از بی‌عفّتی و تقویت ایمان ثمربخش خواهد بود.

غیرت و کنترل غریزه جنسی، یکی از خصلت‌ها و صفات انسانی که غریزه جنسی را کنترل می‌کند غیرت در انسان است. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ درباره نقش غیرت در جلوگیری از گناهان به خصوص گناهان جنسی می‌فرماید: «ارزش و قدر انسان به اندازه‌ی همّت و تلاش او و عفّت و پاکدامنی او به اندازه‌ی غیرتش است.[٤]» و نیز می‌فرماید: «انسان غیور هرگز زنا نمی‌کند.[٥]»

پوشش، حجاب و پوشاندن بدن برای زن و مرد از آنجا لازم شمرده شده است که زمینه‌ی تحریک جنسی را برای افراد فراهم نسازد و خودشان از تیررس نگاه‌های آلوده در امان بمانند. و به همین جهت پوشیدن لباس نازک و بدن‌نما مذمّت شده است. حضرت علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرمایند: «بر شما باد که لباس کلفت و ریز بافت بپوشید زیرا هر کس لباس او نازک و رقیق باشد، دینش هم رقیق و ضعیف خواهد بود.»[٦] در خانه

۱ـ. نهج البلاغه؛ حکمت؛ ص۲۲۳ (مَن کَساهُ الحیاءَ ثوبه لَم یَرَ النّاسُ عیبَهُ).

۲ـ. غررالحکم؛ ج۲؛ ص٤۷۸ (عَلی قَدْرَ الحیاءِ تَکُونُ العفّةُ).

۳ـ. همان (عَلَیْکَ بِالحیاءِ فاِنَّهُ عُنوانُ النَّبْل).

٤ـ. درآمدی بر تربیت جنسی درنهج البلاغه؛ص٦۱۳ (قَدْرُ الرَّجُلِ عَلی قَدْرِ هِمَّتِهِ وَ عِفَّتُهُ عَلی قَدْرِ غَیْرَتِهِ).

۵ـ. همان (مازَنی غَیورٌ قَطُّ).

٦ـ. همان؛ ص٦۱٦.

گرچه پوشش در آن حد لازم نیست ولی ظاهر شدن زنان و مردان با لباس‌ها و بدن‌های نیمه عریان در منزل چه بسا زمینه‌ساز تحریک فرزندان می‌شود. آنان نباید بپندارند که چون آن‌ها محرمند و یا هنوز بچّه‌اند چیزی سرشان نمی‌شود. درست است که پدر و مادر به فرزندانشان محرم هستند ولی وقتی محرّک وجود داشته باشد تحریک می‌شوند. والدین باید مراقب باشند و مصالح اجتماعی خود و فرزندان را فدای هوس‌های بی‌جا و بی‌بندوباری‌های خود نکنند (امینی، ۱۳٦۸).

ج: دوره‌ی جوانی، در دوره‌ی جوانی باید شخص را به شرایط ازدواج و ملاک‌های انتخاب همسر توجّه داد. چنانچه فرد به بلوغ و پختگی عاطفی و اجتماعی برسد، تشویق شود تا ازدواج کند. درست است که بلوغ جسمی و جنسی اشخاص زودتر از بلوغ اجتماعی و عقلانیشان تحقق می‌یابد، ولی تا به پختگی عاطفی و اجتماعی نرسند نباید ازدواج کنند (سجادی، ۱۳۷۹). برای ازدواج سن مشخّصی شرط نیست، تمایل جنسی در حدّ عمل آمیزش از سنّ بلوغ شروع می‌شود و در سی سالگی به اوج خود می‌رسد و تا ۱۵ سال تقریباً به همان منوال باقی می‌ماند و بعد به تدریج با زیاد شدن سن کم می‌شود. ولی بهتر است رابطه‌ی جنسی زود شروع نشود. زیرا قوای بدنی زودتر تحلیل رفته و از فعّالیّت و انرژی شخص که برای جوان لازم است؛ کاسته می‌شود (امینی، ۱۳٦۸). بهترین سنّ ازدواج زمانی است که بلوغ روحی و اجتماعی بوجود آمده باشد (استون و استون، ۱۳۷۹). در متون دینی ماه رجب و شوّال از بهترین ماه‌ها برای ازدواج دانسته شده است و بهتر است روز جمعه عقد خوانده شود. حضرت علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرماید: «روز جمعه روز خواستگاری و نکاح است و پیش از عقد نکاح، خطبه خواندن سنت است».

از بارزترین ملاک‌های انتخاب همسر، تشابهات فرهنگی، مذهبی و عقیدتی و تجانس طبقاتی است، و نیز از نظر اصلاح نژاد و فامیلی بهتر است همسری انتخاب شود که از نظر ارثی دارای خصایص عالی باشد (استون و استون، ۱۳۷۹). شایستگی روحی نیز یکی دیگر از ملاک‌های انتخاب همسر است. منظور از شایستگی روحی، رشد و بلوغ روحی است. افرادی هستند که از لحاظ قوای عقلانی و خلق و خو به درجه رشد و کمال رسیده‌اند. یعنی می‌توانند تحت دشوارترین شرایط، هماهنگی خود را در ازدواج حفظ کنند و بالعکس افرادی نیز هستند که به علّت خلق و خوی مخصوص و عدم رشد فکری در هیچ شرایطی قادر به حفظ هماهنگی نیستند (استون و استون، ۱۳۷۹). از موارد دیگر، توانمندی اقتصادی مرد است که باید مورد توجّه قرار بگیرد.

یکی دیگر از شریط ازدواج این است که زوجین اطّلاع معقولی از سوابق ـ بخصوص اطّلاع از سوابق پزشکی و تاریخچه خانوادگی ـ یکدیگر داشته باشند (سجادی، ۱۳۷۹). همچنین آگاهی از چهره و صفات

ظاهری و باطنی از جمله‌ی شرایط است و به همین دلیل از نظر شرعی جایز است برای کسی که قصد ازدواج با زنی را دارد به صورت و دو دست تا مچ و به موهای زن و زیبایی‌های او نگاه کند. پیامبر اکرم ـ صلّی الله علیه و اله و سلّم ـ در لزوم توجّه به امور ظاهری و صفات معنوی و تربیتی کسی که می‌خواهید با او ازدواج کنید؛ می‌فرمایند: «خیر و خوبی را نزد خوبرویان جستجو کنید و از گل‌ها و سبزه‌هایی که در مزبله می‌روید اجتناب کنید».

آگاه سازی از حقوق همسران، از جمله آموزش‌های لازم در دوره‌ی جوانی، آموزش حقوق خانواده است. در این زمینه لازم است به حقوقی که اسلام برای زن و شوهر مطرح کرده آگاهی پیدا کنند، از جمله تمکین زناشویی، تهیّه‌ی خانه و شرایط زندگی متناسب با شأن خانوادگی زن توسّط مرد، و امثال آن.

آموزش روابط جنسی، اسلام به ارضای نیاز جنسی در روابط همسران توجّه کرده و با مجوزها و راهنمائی‌ها و توصیه‌های لازم اهمّیّت ارضای جنسی را مورد تأکید قرار داده است. دستورات اسلام در این زمینه در چند محور شرایط انتخاب همسر، تأکید بر آمیزش به صورت واجب و مستحب، آداب قبل از آمیزش، و حین آمیزش است (اسماعیلی، ۱۳۸۱). حتّی اوقات مستحب مکروه و حرام آمیزش را مشخّص کرده است، مثلاً آمیزش در شب‌های دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه، جمعه و روز پنج‌شنبه هنگام ظهر و روز جمعه بعدازظهر و هر وقتی که همسر میل به آمیزش داشته باشد مستحب دانسته شده است و آمیزش در شب‌های ماه‌گرفتگی و خورشیدگرفتگی و در هر روز و شبی که نشانه‌ی الهی ترسناکی در آن رخ می‌دهد و در مسافرت هنگامی که آب وجود نداشته باشد تا با آن غسل کنند، در دید دیگران حتّی بچّه، زیر آسمان و زیر درخت میوه، در کشتی، سخن گفتن هنگام آمیزش غیر از ذکر خدا مکروه دانسته شده است و آمیزش در ایّام ماهانه و مدّت معیّنی پس از زایمان (نفاس)، روزهای ماه مبارک رمضان، در حال احرام، با همسری که هنوز به تکلیف شرعی نرسیده است، آمیزش رو به قبله یا پشت به قبله حرام گردیده است (کجباف، ۱۳۷۸).

روابط همسران و توجّه به معنویات، در روابط همسران معنویت و اخلاق باید حاکم شود، مظهر یکی از بارزترین ابعاد وجودی فرد، بُعد اخلاقی و معنوی او است. باید به جوانان تفهیم نمود که خود را از غرق شدن در شهوات و هواهای نفسانی، برتر ببیند و در مسیر جاذبه‌های معنوی قرار دهند (شرفی، ۱۳۷٦). امام علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرمایند: «کسی که شهوات خویش را محدود نماید و افراط ننماید، ارزش انسانی و شخصیت معنوی خود را محافظت کرده است.[1]»

۱- الحدیث؛ ص۲۱۵؛ ج۲. (مَنْ حَصَرَ شَهوتَهُ فَقَدْ صانَ قَدْرَهُ.)

اسلام برای پیشگیری از افراط و شهوت‌رانی، ارضای میل جنسی را محدود به همسر می‌کند و برای کسانی که قدرت یا امکان ازدواج را ندارند توصیه‌هایی از قبیل روزه، ورزش و تقوا را پیشنهاد می‌کند. و همچنین برای غلبه بر هواهای نفسانی به شناخت منشأ شهوت‌رانی و افراط‌کاری توجّه کرده، و افراط را از آن‌ها برحذر داشته است.

الف ـ جمع‌آوری مال و ثروت و عدم انفاق در راه خدا. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرمایند: «ثروت و دارایی مایه اصلی شهوات افراطی بشر است.[۱]»

ب ـ پستی در شخصیّت و عدم احساس شأن انسانی. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرمایند: «کسی که دارای شخصیّت است و نفسش کرامت داشته باشد، گذر از شهوت‌ها برایش آسان می‌شود.[۲] » و نیز می‌فرمایند: «کسی که شرافت خود را بیابد از پستی شهوت مصون می‌ماند.[۳] »

ج ـ غفلت از مرگ و قیامت. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرمایند: «وقتی نفس شما خواست شما را درباره شهوات به تباهی بکشاند، زیاد به یاد مرگ باشید زیرا برای موعظه یاد مرگ کافی است[۴]»

دـ بی‌توجّهی به ناپایداری لذّات دنیا و به جا ماندن رنج و تبعات آن و این که افراط در لذّات، انسان را از کارهای بزرگ بازمی‌دارد. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ می‌فرمایند: «به موقّتی بودن لذّت‌های دنیا و باقی ماندن عوارض آن، توجّه کنید و از هواهای نفسانی بپرهیزید.[۵]" و نیز می‌فرمایند: «لذّت‌هایی که باعث ندامت و پشیمانی می‌شوند و شهوت‌هایی که درد و رنج به بار می‌آورند فاقد خیر و خوبی است[۶]».

هـ ـ نگاه‌های شهوت‌آلود به نامحرم. امام علی ـ علیه‌السّلام ـ به دلیل همین منشأیت نگاه‌ها به نامحرم، برای شهوترانی‌ها است که می‌فرماید: نگاه به نامحرم تیری از تیرهای شیطان است. و از این رو به پرهیز از این نگاه‌ها توصیه می‌کند و کنترل چشم را از محرّمات عبادت دانسته و می‌فرماید: «بهترین عبادت چشم‌پوشی از محرّمات خداست[۷].“

۱ـ. نهج البلاغه؛ حکمت؛ ۵۸ (اَلْمالُ مادةُ الشَهواتِ).

۲ـ. بحارالانوار؛ ج۷؛ ص۷۸؛ حدیث۱۲ (مَنْ کَرُمَتْ عَلَیْهِ نَفْسُهُ هانَتَ عَلَیْهِ شَهْوَتُهُ).

۳. الحدیث؛ ج۲؛ ص۲۱۵ (مَنْ عَرَفَ شَرَفَ مَعناهُ صانَهُ عَن دناءَةِ الشَهْوَةِ).

٤. همان (فَاکْثِروا ذِکْرَ الْموتِ عِندَ ما تَنازَعَکُم اِلَیْهِ اَنْفُسَکُم مِنَ الشَهواتِ فَاِنَّه کَفی بِالموتِ واعِظاً).

۵ـ. نهج البلاغه، حکمت۴۳۳.(اُذکُرُوا اِنقِطاعَ اللّذاتِ وَ بَقاءِ التَبَعاتِ).

٦ـ. همان. (لا خیرَفی لَذةٍ توجِبُ ندماً وَ شهوةً تُعقِّبَ اَلماً).

۷ـ. شرح نهج البلاغه ابن ابی الحدید؛ ج۲، ص۱۱۷ (غَضُّ الطَّرْفِ عَنْ مَحارِمِ اللهِ اَفْضلُ عِبادةً).

خانواده‌ها نیز با ایجاد زمینه برای ارضای صحیح نیاز جوانان و عدم ایجاد زمینه‌های لغزش باید از تحریکات شهوانی پیشگیری نمایند و نسبت به پیامدهای هواهای نفسانی و تعارض بی‌بندوباری با ارزش‌ها و هنجارهای جامعه و کیفرهایی که برای این رفتارها وجود دارد؛ هشدار دهند. در این رابطه دولت اسلامی نیز وظایف ویژه‌ی خود را در پیشگیری از انحراف و اجرای احکام اسلامی، می‌بایست انجام دهد.

منابع

قرآن کریم

ابن ابی الحدید. (۱۳۸۵ق). *شرح نهج‌البلاغه*. (جلد ۲۰). بیروت: داراحیاء التراث العربی.

ابو عاشق،عبدالمنعم، ابراهیم. (۲۰۰۱ م). *تربیه البنات فی الاسلام*. مصر: مکتبه اولاد الشیخ للتراث.

احمدی، علی اصغر. (۱۳۷۳). *تحلیلی تربیتی بر روابط دختر وپسر در ایران*. تهران: انتشارات اولیاء ومربیان.

استون، آبراهام؛ و استون، هانا. *پاسخ به مسائل جنسی و زناشویی*، ترجمه طراز الله اخوان (۱۳۷۹)، تهران: نشر ارغوان.

استون، دیوید روبن. *دانستنیهای جنسی و زناشویی*، ترجمه ماندانا گودرز دشتی (۱۳۸۱)، تهران: تلاش.

استون، گلوریا و سوبر روجی آکوئیلس. *پاسخ به پرسش‌های جنسی*. ترجمه ابوالفضل نظری. (۱۳۷۹)، تهران: نشر ساحل.

اسماعیلی، اسماعیل. (بی تا). *امثال قرآن*. تهران: اسوه.

اسماعیلی، علی. (۱۳۸۱). *جوان، انگیزه و رفتار جنسی*. تهران: لقاء النور.

امینی، ابراهیم. (۱۳٦۸). *آیین تربیت* .تهران: انتشارات اسلامی.

انصاری، محمد علی. (۱۳۷٦ ق). *ترجمه غررالحکم و درالکلم*. ج۲، قم: مؤسسه خلیج.

بهشتی، احمد. (۱۳۷۲). اسلام و تربیت کودکان، تهران: سازمان تبلیغات اسلامی.

ثابت، حافظ. (۱۳۸۱). *تربیت جنسی در اسلام*. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.

ثابت، حافظ. (۱۳۷۹). *درآمدی بر تربیت جنسی در نهج البلاغه*. قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی.

جمعی از مؤلفان. (۱۳۷۲). *روان‌شناسی رشد*. تهران: سمت.

جمعی از نویسندگان. (۱۳۵۳). *تفسیر نمونه*. ج۱٤، تهران: دارالکتب الاسلامیه.

حرعاملی، محمدبن الحسن. (۱۳۹۸ق). *وسایل الشیعه ج۵*. تهران: المکتبه الاسلامیه.

دهخدا، علی اکبر. (بی تا). *لغتنامه*. تهران: موسسه دهخدا.

رضازاده، فاطمه بیگم. (۱۳٦۹). *نظام جنسی کودک ونوجوان در اسلام*. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

زاهدالعطار. (۱۳۷٤). *نقش آموزش اخلاق جنسی به جوانان مسلمان*. اراک: نشریه مبین، ش۱. دانشگاه آزاد اسلامی.

سادات، محمدعلی. (۱۳٦۸). *رفتار پدران و فرزندان*. تهران: انتشارات اولیاء ومربیان.

سجادی، محمدکاظم. (۱۳۷۹). *پاسخ به سؤالات جنسی کودکان و نوجوانان*. تهران: انتشارات هانی.

شرفی، محمدرضا. (۱۳۷٦). *دنیای نوجوان*. تهران: انتشارات تربیت.

شریعتمداری، علی. (۱۳۷۱). *روان‌شناسی تربیتی*. تهران: نشرسپهر.

شمیل، جان. ال. *روان‌شناسی بلوغ و تربیت جنسی کودکان و نوجوانان*. ترجمه پروین قائمی و فضل الله شاهلوئی پور (۱۳۷۱)، تهران: انتشارات حسام.

طباطبائی، محمدحسین. (۱۳٦۰). *المیزان فی تفسیر القرآن ج ۲*. تهران: ط مکتبه الاسلامیه.

طبرسی، حسن بن فضل. (۱۳۷٦ق). *مکارم الاخلاق*. تهران: دارالکتاب الاسلامی.

شیخ طوسی، خواجه نصیرالدین. (۱۳٦۰). *اخلاق ناصری*. تهران: انتشارات خوارزمی.

عطاران، محمد. (۱۳٦۸). *آراء مربّیان بزرگ مسلمان*. تهران: وزارت آموزش و پرورش، سازمان برنامه‌ریزی آموزشی.

فرهادیان، رضا. (۱۳۷۷). *آنچه یک جوان باید بداند*. قم: بوستان کتاب.

فرید تنکابنی، مرتضی. (۱۳۷۲). *الحدیث*. تهران: نشر فرهنگ اسلامی.

فقیهی، علی نقی. (۱۳۷۵). *اصول تربیت اسلامی*. تهران: فصلنامه تعلیم و تربیت، ش ٤۷، پژوهشکده تعلیم و تربیت.

فلسفی، محمدتقی. (۱۳٦٦). *الطفل بین الوارثه و التربیه*. بیروت: دارالتعارف.

فیض کاشانی، ملامحسن. (بی تا). *المحجه البیضاء فی تهذیب الإحیاء، ج ۲* . قم: انتشارات اسلامی.

کاپلان، سادوک. *خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری ـ روان‌پزشکی بالینی*. ترجمه پور افکاری، نصرت الله (۱۳۷۹)، تهران: انتشارات سهراب.

کجباف محمد باقر. (۱۳۷۸). *روان‌شناسی رفتار جنسی*. تهران: نشر روان.

کلینی، محمدبن یعقوب. (بی تا). *اصول کافی*. تهران: المکتبه الاسلامیه .

ماجراجو، محسن. (۱۳۸۱). *نیازها و روابط دختران و پسران*، قم: نشر کمال.

مجلسی، محمد باقر. (۱٤۱۳ ق). *بحار الانوار، ج ۷، ۷۰ و ۱۰۳*. بیروت: داراحیاء التراث العربی.

محمد قاسمی، حمید.(۱۳۷۳). *اخلاق جنسی*. تهران: سازمان تبلیغات اسلامی.

مطهری، مرتضی. (۱۳۵۹). *اخلاق جنسی در اسلام و جهان غرب*. قم: انتشارات اسلامی.

معرفاوی، ابراهیم. (۱۳۷۹). *تربیت جنسی فراموش شده*. تهران: نشریه بهمن.

نیکو، محمدرضا. (۱۳۸۰). *زندگی جنسی زنان*. تهران: سخن.

والدمن، محمد. (۱۳۸۰). چگونگی *تنظیم روابط و رفتارهای جنسی*. پایان نامه، قم: موسسه امام خمینی.

و. د. کوچنکف و لاپیک. *روان‌شناسی و تربیت جنسی*. ترجمه محمد تقی زاده (۱۳٦۹)، تهران: بنیاد.

بخش چهارم

مشاوره و درمان کودکان و نوجوانان

فصل دوازدهم

نقش تشریک مساعی در سازگاری کودک و نوجوان

دکتر کیانوش هاشمیان
دانشیار دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزّهرا

چکیده

در تحلیل رفتار بایستی به فرایندهای ادراک حسّی، ادراک عقلی، انگیزه (اراده)، حالت انفعالی (احساسات) و نگرش (موضع روانی) توجّه داشت. هر یک از این عوامل می‌تواند خود را به صورت هنجار یا ناهنجار بروز دهند. امروزه واژه "رفتار سازگارانه" در مقایسه با "رفتار هنجار" کاربرد بیشتری یافته است. تسلّط بر زندگی خود، داشتن حمایت اجتماعی، دارا بودن هدف، عشق و علاقه به کسی یا گروهی یا امری و هم‌کاری و تشریک مساعی (تعاون) از جمله عواملی هستند که باعث افزایش سازگاری شخص می‌گردند. امروزه پیشرفت بیشتر نهادها بر اساس کار گروهی، هم‌کوشی و یا تعاون است. در نهاد خانواده یکی از عواملی که میزان تشریک مساعی کودک را مشخّص می‌سازد ترتیب تولّد فرزندان است، دیگری جوّ خانوادگی است. تعاون در جوّ خانوادگی باعث امنیّت، احترام متقابل و سازندگی، فعّالانه یا منفعلانه، می‌شود. برعکس اگر عوامل یاد شده وجود نداشته باشند، سازندگی به تخریب فعّالانه یا منفعلانه تبدیل می‌شود که هر یک خود دارای ویژگی‌های رفتاری خاص هستند که در این مقاله مورد بحث قرار گرفته‌اند.

کلید واژگان: تشریک مساعی، تعاون، سازگاری، جوّ خانوادگی، امنیّت، احترام متقابل، سازندگی، تخریب.

مقدمه

امروزه سخن از تشویق افراد به "کارهای گروهی"[1]، به وسیله‌ی افراد، نهادها و سازمان‌های مختلف به طور مکرّر یادآوری می‌گردد. به خوبی این را می‌دانیم که پیشرفت بیشتر نهادها یا سازمان‌ها بر پایه و اساس همین کار گروهی یا "هم‌کوشی"[2] و یا "هم‌کاری"[3] است. بنابراین، کاربرد چنین واژه‌هایی، نشانه‌ای از تشریک مساعی یا هم‌کاری اشخاص با همدیگر است. چگونه می‌توانیم از طریق شیوه‌های آموزشی، هم‌کوشی در جهت حلّ مسأله‌ای که مطرح است را به دانش‌آموزان و حتّی دانشجویان، بهتر و سریع‌تر و راحت‌تر آموزش داد؟

قبل از ورود به بحث اصلی و به عنوان مقدمه، چند نکته یادآوری می‌گردد. امروزه تعاریف بسیار زیادی برای علم روان‌شناسی مطرح کرده‌اند. امّا تعریف بسیار مهم و اساسی این است که "روان‌شناسی مطالعه‌ی علمی رفتار است". در این تعریف، واژگان کلیدی "علم" و "رفتار" است. در رابطه با واژه‌ی علم سؤال اصلی این است که هدف علم چیست؟ هدف و وظیفه‌ی اصلی علم کنترل پدیده‌ها است. واژه‌ی بعدی رفتار است. در تحلیل رفتار بیان می‌شود که هر رفتار در انسان، از ادراک حسّی شروع می‌شود. ادراک حسّی توسّط پنج حس صورت می‌گیرد. قانونی که در این رابطه وجود دارد، قانون همه یا هیچ است. "گیرنده‌ها"ی[4] حسّی یا محرّک را دریافت می‌کنند و یا آن را دریافت نمی‌کنند.. اگر محرّک دریافت شد، مرحله‌ی بعدی "پردازش اطّلاعات"[5] کسب شده است که "ادراک عقلی" نامیده می‌شود. پس مرحله‌ی اوّل "ادراک حسّی"[6] و مرحله‌ی دوّم "ادراک عقلی"[7] است. برای این که ادراک عقلی به وقوع بپیوندد باید عناصری وجود داشته باشد. وقتی این عناصر با هم در تقابل و تعامل قرار می‌گیرند مفهوم دیگری به نام "فرایند تفکّر"[8] مطرح می‌گردد. با توجّه به مفهوم "فرایند"[9] باید دید که تقابل و تعامل چه عناصری باعث ادراک عقلی یا فرایند تفکّر می‌شوند؟ حافظه، استدلال، قضاوت، تعبیر و تفسیر، تجزیه و تحلیل، طبقه‌بندی، تداعی و نهایتا" "بینش"[10] از جمله این عناصر هستند. بینش یعنی "درک ناگهانی همراه با تجربه‌ی قبلی"،

1- Team works
2- Synergic
3- Cooporation
4- Receptors
5- Information processing
6- Precieving
7- Understanding
8- Thought process
9- Process
10- Insight

تشخیص افتراقی آن هم "شهود"[1] است. در بینش تجربه‌ی قبلی بایستی وجود داشته باشد. "آها حالا یادم آمد"، این بینش است، تجربه‌ی قبلی وجود داشته و پردازش هم انجام شده که یادآوری ناگهانی صورت گرفته است. امّا در شهود ـ اگرچه درک ناگهانی است ـ تجربه‌ی قبلی وجود ندارد. تلفیق ادراک حسّی و ادراک عقلی، "شناخت"[2] را موجب می‌شود. امّا رفتار انسان‌ها تنها شناخت نیست. سیستمی که شناخت را کنترل می‌کند و به کار می‌اندازد ، دستگاه مرکزی اعصاب است[3] . امّا در درون ما نیرویی هم وجود دارد که آنچه تا به حال به وقوع پیوسته، به جلو سوق می‌دهد. از نظر "تیچنر" این نیرو "خواست"[4] نامیده شده و از نظر دیگر روان‌شناسان "اراده"[5] و یا "اراده‌ی آزاد"[6] و یا به زبان روان‌شناسی امروزین "انگیزه"[7] . چنین واژه‌هایی معنی "حرکت"[8] را با خود دارند. پس زمانی که شناختی به وجود آمد، باید یک نیروی درونی وجود داشته باشد که فرد را به جلو سوق دهد. آنچه که فرد را به جلو سوق می‌دهد، در صورت نیرو بودن، باعث تحریک سیستم عصبی دیگری می‌شود که "دستگاه خودکار عصبی"[9] است. وضعیّت‌های متفاوت، حالت‌های مختلفی به وجود می‌آورند. "احساس"[10] ، "حالت انفعالی"[11] ، "خُلق"[12] ، "حالت"[13] و "هیجان"[14] از آن‌ها هستند. دستگاه خودکار عصبی دارای دو "خرده سیستم"[15] است، یکی بالا برنده‌ی حالت هیجانی[16] است و دیگری پایین آورنده‌ی[17] این حالت است. بنابراین زمانی که صحبت از خُلق در میان است، منظور هیجان مثبت یا هیجان منفی است. نکته‌ی جالب این است که قبل از هیجان به انگیزه برمی‌خوریم که خود نوعی حرکت است. در زبان انگلیسی پیشوندی است به معنی بیرون دادن، بروز دادن، خروج[18] . بنابراین پس از وقوع شناخت و تحریک سیستم عصبی، حالتی بروز می‌یابد، که با توجّه به خرده

1- Intuition
2- Cognition
3- Central Nervous System
4- Volition
5- Will
6- Free Will
7- Motive
8- Motive ، Movement ، Motor ، Motion
9- Autonomic Nervous System
10- Feeling
11- Affect
12- Mood
13- State
14- Emotion
15- Subsystem
16- Sympathetic
17- Parasympathetic
18- Emit

سیستم ایجاد کننده‌ی آن، یا هیجان مثبت است چون "خوشحالی"[۱] و یا هیجان منفی چون "اندوه"[۲]. خرده سیستمی که حالت اندوه را به وجود می‌آورد به زبان فرانسه" "پاراسمپاتیک" نامیده می‌شود. سطح بالاتر از خوشحالی، "وجد" و "شعف"[۳] است. سطح پایین‌تر از اندوه، "افسردگی"[۴] است. سطح بالاتر از وجد و شعف، حالت هیجانی بیش از حد[۵] است که خود به سه شاخه تقسیم می‌گردد: مانیای خفیف[۶] ، مانیای شدید[۷] ، مانیای هذیانی[۸] . سطح پایین‌تر از افسردگی، "ملانکولی" یا "ملانکولیا"[۹] به معنی "غم عمیق"[۱۰] است.

منبعی که این رفتارها (شناخت ← اراده ـ انگیزه ← خُلق ـ هیجان) در آن جمع می‌شوند همان "موضع روانی"، "طرز تلقی" یا "نگرش"[۱۱] است. این واژه در لاتین به معنای "جا دادن"[۱۲] است. منبعی که باید شناخت و احساس در درونش جای گیرد. پس از این منبع بلافاصله رفتاری است که فرد از خود نشان می‌دهد. عامل یا متغیّری که باعث نگهداری یا خاموشی و یا ادامه‌ی حالت طبیعی رفتار می‌گردد، "تقویت"[۱۳] گفته می‌شود. تقویت یا بیرونی است (چون تبسّم و احساس رضایت دیگران، پاداش‌ها) و یا درونی (چون احساس، شناخت و اراده). هر چه قدر در دوران کودکی متغیّرهای تقویت بیرونی بیشتر باشند، رفتار فرد به جهت بیرون گرایش خواهد داشت.

روان‌شناسی به نام "جولین راتر"[۱۴] همین مسأله را به عنوان "منبع کنترل"[۱۵] مطرح می‌سازد که واژه‌ی کلیدی آن "منبع کنترل تقویت"[۱۶] است. بدین معنی که منبع کنترل تقویت رفتاری افراد یا بیرونی است و یا درونی. رفتاری که از فرد سر می‌زند، از اجزای یاد شده تشکیل شده و دو حالت "هنجار"[۱۷] یا "ناهنجار"[۱۸] به خود می‌گیرد. افراد در بحث راجع به این دو حالت، بلافاصله خود را در بعد آماری گرفتار می‌دارند و

1- Happiness
2- Sadness
3- Elation
4- Depression
5- Mania
6- Hypomania
7- Acute Mania
8- Dilerious Mania
9- Melancholy, (Melancholia)
10- Deep Sadness
11- Attitude
12- To fit in
13- Reinforcement
14- Jolian Rotter
15- Locus of Control
16- Locus of Control of Reinforcement
17- Normal
18- Abnormal

عملکرد اکثریّت جامعه را، ملاک در نظر می‌گیرند و به بیان عامیانه نتیجه می‌گیرند: "خواهی نشوی رسوا، هم‌رنگ جماعت شو." جنبه‌ی درمانی این تحلیل چنین است که سعی کنید افراد را در ۵۰ درصد میانی افراد جامعه قرار دهید. چنین وضعیّتی امروز چندان مورد قبول بسیاری از روان‌درمانگرها نیست. به این علّت که بدین ترتیب امکان رشد از افراد گرفته می‌شود و آن‌ها را به طرف رفتارهای "سازشکارانه" سوق می‌دهند، تا رفتار "سازگارانه"[1] . این جا این مسأله پیش می‌آید کسانی که منبع کنترل بیرونی دارند بیشتر آسیب‌پذیرند. نمونه‌ی این گروه، دانش‌آموزانی هستند که علیرغم دانستن پاسخ‌های سؤالات معلّم در کلاس، نمی‌توانند آن‌ها را بیان کنند. اساس مراجعه به معلّم هم، درخواست از او برای راهنمایی و نشان دادن طریق و روشی برای جبران این مشکل است. اگر در نوع ارتباط او استنباط شود که اصرار بر وابستگی و شنیدن راهنمایی و دریافت کمک و یاری از دیگری باشد، او جزو گروهی است که به آن‌ها "پیرو" گفته می‌شود. منبع کنترل او بیرونی است و پس از ورود به جامعه بزرگتر، باز هم منبع کنترل او بیرونی خواهد بود. "پیرو"ها در اجتماع دارای منبع کنترل بیرونی هستند و مشکلاتی برایشان به وجود می‌آید، غالباً از اتخاذ تصمیم می‌ترسند. نمونه‌ی دیگر این گروه، دانش‌آموزانی هستند که در تصمیم‌گیری و انتخاب ناتوانند مثلاً در صورتی که انتخاب موضوع انشاء به عهده‌ی خودشان باشد، کاملاً اظهار ناتوانی می‌کنند. تا آن جا که اگر از شیوه‌ی "نوشته‌های خلّاق"[2] در کلاس استفاده شود، وقتی احتمال بدهد نوبت خواندن انشاء در کلاس با او خواهد بود، حتی احساس بیماری می‌کند. این حالت روانی "محرومیّت"[3] او را به "اجتناب‌ورزی"[4] وادار می‌کند. تا آن جا که از کلاس درس هم می‌ترسد. ریشه‌ی این حالت در تربیت او است. زمانی که از ابتدا اطاعت از پدر و مادر و خانواده و بزرگتر به او القاء گردد، در صورتی که در جامعه به او گفته می‌شود، رأی تو در رفراندم اهمّیّت دارد، دلیل و مقصود را متوجّه نمی‌شود. "بی‌تفاوتی" به عنوان یک فرهنگ در جامعه به راحتی دیده می‌شود. چنین حالتی باعث کاهش اضطراب و استرس می‌شود. در بیان عامیانه ضرب‌المثلی که می‌گوید: "سری که درد نمی‌کند، دستمال نمی‌بندند". در مقابل، افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، در مواجهه با این ضرب‌المثل می‌گویند: دستمال به سرم می‌بندم تا ببینم سردرد چگونه است و تجربه‌اش کنم.

1- Adjustive behavior
2- Creative writing
3- Frustration
4- Withdrawal

سازگاری

قبلا" اشاره شد که واژه‌های هنجار و نابهنجار چندان مورد پذیرش درمان‌گرها نیست، چرا که افراد را به سمت سازشکاری سوق می‌دهد. واژه‌ی لاتین "سازگاری"[1] معنای "نرمش"[2] و "انعطاف"[3] را در خود دارد. به بیان دیگر نرمش و انعطاف منجر به سازگاری می‌شوند. در ارتباط خطّی: شناخت، اراده، عاطفه، احساسات و نگرش[4] یا موضع روانی مشخّص می‌گردد که نگرش هر فرد یا منبع کنترل او تابعی است از احساسات، ادراک عقلی یا شناخت او. پس آیا تغییر نگرش به سادگی امکان‌پذیر است؟ موضع روانی تابعی است از شناخت و احساسات. با توجّه به تعریف و توضیحی که از رفتار انجام گرفت، بایستی به سازگاری توجّه نمود. البتّه بهتر به نظر می‌رسد این سؤال مطرح شود که آیا خود فرد سازگار است؟ سازگار یا "ناسازگار"[5]. بودن فرد در ارتباط با چه عواملی است؟ وقوع هر نوع رفتاری برای ارضا نیاز است. نفس می‌کشیم. چون اکسیژن می‌گیریم؟ برای ارضای آن چه که ریه‌هایمان به آن نیازمند هستند. چرا غذا می‌خوریم؟ برای "رضایت‌مندی"[6] معده‌مان نه برای رضایت‌مندی چشمانمان، چون وقتی معده به اندازه کافی ترشح "پپسین" و "اسیدکلریدریک" کرد و مخاط معده نتواند آن را تحمّل کند، این جا است که چنین تحریکاتی مغز را وادار به فرمان دادن برای رسیدن به غذا می‌کند. آب و نیازهای فیزیولوژیکی دیگر نیز چنین هستند.

"میل به پیشرفت"، نیاز به "خود مختاری"، نیاز به "وابستگی" هم از نیازهای بشر هستند. نیاز به وابستگی تنها نیازمندی به پدر و مادر نیست و می‌تواند در رابطه با حرفه و شغل نیز احساس شود. توجّه به موضوع "امنیّت شغلی"[7] نمایان‌گر وجود وابستگی روانی در فرد است. نکته‌ی جالب، وجود دو نیاز "وابستگی" و "خودمختاری" در کنار یکدیگر است.

نیاز به "دورافکندن"[8] از جمله نیازهای دیگر بشر است که با "طرد"[9] متفاوت است. در تمام فرهنگ‌ها آدابی مانند "خانه تکانی"های[10] نوروز وجود دارد. وقتی که خانم خانه‌دار یا حتّی آقایان اثاثیه‌ای را بیرون

1- Adjustment Adjustablity
2- Flexibility
3- Adaptability
4- Attitude
5- Maladjusted
6- Satisfaction
7- Job Security
8- Need for Rejection

می‌ریزند، می‌گویند چقدر خانه‌مان خوب شد، راحت شدیم. این راحت شدن چه معنایی دارد؟ این کار یک رضایت‌مندی به وجود می‌آورد و یا رهایی از یک "تنش"[1] را به همراه می‌آورد. با این مقدمه می‌توان گفت سازگاری مجموعه‌ی تغییرات روانی است که به جهت ارضاء نیازها[2] و امیال[3]، در فرد به وجود می‌آیند به گونه‌ای که آسیبی به خود فرد یا دیگران نرساند. شناخت، اراده، حالت انفعالی و موضع روانی، تغییراتی روانی هستند که برای ارضاء امیال به وقوع می‌پیوندند، به گونه‌ای که به خود یا دیگری آسیبی نرساند. فرد دگرآزارنده برای ارضاء خودش به دیگری آسیب می‌رساند، پس رفتارش سازگارانه نیست. یک فرد خودآزار هم برای ارضاء نیاز خودش، خودآزاری می‌کند، که رفتاری سازگارانه نیست. در این دو نمونه ارضاء رخ داده، امّا رفتار سازگارانه نیست. حال اگر میزان سازگاری بالا رود، نیازها و همچنین امیال به نحوی جامعه‌پسندانه، خودپسندانه و خودرضایت‌مندانه ارضاء می‌شوند. مشکل امروز، عدم احساس لذّت از کارهایی است که افراد انجام می‌دهند. به عبارت دیگر، افراد نمی‌توانند به کارهایی که می‌کنند، معنا بخشند. درست به مثابه این که همه غذا می‌خورند و "نیازهای فیزیولوژیکی"[4] خود را ارضاء می‌کنند، امّا چه قدر از این عمل لذّت می‌برند؟ آیا به آن معنا می‌دهند؟ بسیاری از موقعیّت‌های کنونی زندگی چنین هستند. امروزه اکثر مدیران در سازمان‌های مختلف در پی افزایش انگیزه‌ی کاری در افراد هستند. سؤال همه این است که چرا از زمان ۸ ساعت کاری، به طور متوسّط بیشتر از ۱۰ دقیقه کار مفید انجام نمی‌گیرد؟ امّا در بعضی کشورها ۷ ساعت و نیم از ۸ ساعت را کار می‌کنند. شیوه‌ی اتخاذ شده، معمولاً افزایش حقوق است، چرا که از دانش روان‌شناسی اطّلاع چندانی ندارند. مدام حقوق را اضافه می‌کنند. درواقع بُعد اجتماعی را مورد توجّه قرار می‌دهند و بُعد روانی را فراموش می‌کنند. این درحالی است که مردم از این افزایش حقوق اشباع شده‌اند. آن چه باعث پایین بودن سطح بهره‌وری است، عدم معنا بخشیدن به زندگی است. در سطح عام مردم عادت کرده‌اند که به وسایل و تولیدات معمولی و عادی نیز نباید اطمینان کرد. برای تعویض یک واشر، چند عدد تهیّه می‌شود، چرا که مطمئن نیستند همان اوّلی به خوبی کار کند. این رفتار خود به تنهایی صدماتی به پیکره‌ی اقتصادی جامعه وارد می‌کند. ریشه‌ی این حالت عمومی و پایین بودن سطح کیفی کارها، چیزی غیر از عدم معنا دادن به زندگی نیست. حتّی برای افزایش انگیزه‌ی کاری، فرستادن افراد به مسافرت‌های تفریحی در مناطق زیبا و یا خوش آب و هوا نیز تأثیری ندارد. چرا که در این شیوه‌ها تنها به

9- Rejection
10- Spring Cleaning
1- Release of Tension
2- Needs
3- Wishes
4- Physiological Needs

افزایش "انگیزه بیرونی"[1] پرداخته شده و "انگیزه درونی"[2] فراموش شده است. اگر آن "پاداش‌ها"[3] به گونه‌ای انتخاب شوند که بر انگیزه‌ی درونی افراد اثر بگذارند، مسأله به طور زیربنایی حل خواهد شد. تکنیک‌های افزایش انگیزه‌ی درونی بایستی با توجّه به سن، جنسیّت، آموزش‌ها، محلّ زندگی و موقعیّت کاری انتخاب شوند. مثلاً دادن دیوان حافظ به عنوان جایزه به یک نوجوان، نمی‌تواند بر انگیزه درونی او مؤثّر باشد، چرا که او توانایی استفاده و فهم آن را ندارد. باید جایزه‌ای به او داده شود که در سطح درک او باشد تا بتواند از استفاده‌ی از آن لذّت ببرد.

شیوه‌های افزایش سازگاری

۱. **تسلّط بر زندگی،** تسلّط بر زندگی خود، از عوامل مؤثّر بر سازگاری است. علّت اساسی آسیب‌پذیری افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند، عدم تسلّط آن‌ها بر زندگی است. چون دیگران بر زندگی‌شان مسلّط هستند، آن‌ها نمی‌توانند سازگاری داشته باشند. هر چه فرد بر حیطه‌های مختلف زندگی (شخصی، شغلی و اجتماعی) تسلّط داشته باشد، دارای سازگاری بیشتری خواهد بود. افرادی که بر زندگی خود تسلّط ندارند، همواره در وضعیّت اضطرار قرار دارند و آمادگی آن‌ها برای حملات قلبی بیشتر است.

۲. **"کنترل زمان"**[4]، از شیوه‌های افزایش تسلّط بر زندگی است. کنترل یا مدیریت زمان، چیزی غیر از برنامه‌ریزی برای زمان‌های مختلف نیست. "شناخت زندگی" نیز عامل تسلّط بر زندگی است. دانستن فلسفه و هدف زندگی، وجود تسلّط را تأیید می‌کند و نهایتاً بر سازگاری فرد تأثیر می‌گذارد.

۳. **حمایت اجتماعی،** داشتن خانواده، اقوام و یا دوستانی که با آن‌ها "هم‌کاری"[5] یا "هم‌کوشی"[6] داشته داشته و از سوی آن‌ها مورد حمایت قرار گیرد، در سازگاری فرد بسیار مؤثّر است. چنین وضعیّتی در روان‌شناسی، به "حمایت اجتماعی"[7] تعبیر می‌گردد. چنین افرادی در محیط‌های اجتماعی و فعّالیّت‌های گروهی مشکلی ندارند و از سازگاری برخوردارند. به عنوان مثال در صورتی که در مدرسه ضمن تدریس مطلبی علمی، بررسی و تحقیق به گروه کاری واگذار گردد، دانش‌آموزانی که تجربه‌ی "هم‌کاری" و

1- Extrinsic Motive
2- Intrinsic Motive
3- Token
4- Time Management
5- Cooperation
6- Synergy
7- Social Support

"هم‌کوشی" در خانه را دارند، بسیار موفّق عمل می‌کنند. در مقابل افرادی که منبع کنترل‌شان بیرونی است، نمی‌توانند وظایف را شناخته و انجام دهند، آن‌ها تنها به دنبال فردی می‌گردند که به او تکیه کنند.

٤. انعطاف‌پذیری، اشخاصی که سازگاری دارند انعطاف پذیر هم هستند. انعطاف‌پذیری در مقابل سختی، تهجّر، خشکی[1]، یکدندگی و کلّه‌شقی قرار می‌گیرد. تمام این صفات در رابطه با کسانی است که انعطاف‌ناپذیرند و نمی‌توانند خود را با شرایط محیطی وفق دهند. ضرب‌المثلی است که می‌گوید: "اگر به روم می‌روی همان کاری را بکن که رومی‌ها می‌کنند". این همان انعطاف‌پذیری است. ولی بعضی از کارهایی که رومی‌ها انجام می‌دهند لزومی ندارد به وسیله‌ی فرد عمل شود. شخص انعطاف‌پذیر در جمع حضور دارد و با جمع سازگار است امّا در مسائل خاصّی که مورد قبولش نیست وارد نمی‌شود.

٥. امیدواری، رشد فزاینده‌ی روحیّه‌ی ناامیدی در جامعه، نگران‌کننده است. "مارتین سیلیگمن"[2] نظریّه‌ای تحت عنوان "واماندگی یادگرفته شده"[3] ، ارائه داده است. او پس از مدّتی این نظریّه را به "امیدواری یاد گرفته شده"[4] تغییر داد. طبق این دیدگاه، امیدواری قابل آموزش است.

٦. وابستگی به محیط، نظریه‌پرداز دیگری به نام "ویتکین"[5] ، عقیده دارد کسانی که حیطه‌ی ادراکیشان وابسته به محیط است، رشد شناختی چندانی ندارند، درست مانند افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند کسانی هستند با ویژگی‌هایی همچون برانگیخته از محیط، سنت‌گرا، فرضیه‌پذیر و متکی بر واقعیات. در مقابل آنهایی که "مستقل از محیط"[6] هستند محیط ادراکی خاصّی را برای خود ایجاد نکرده و همواره در حال رشد شناختی هستند، آنها افرادی برانگیخته از درون، تجربه‌گرا، فرضیه‌ساز و بی‌توجّه به محرک‌های محیطی

هستند. گاهی جامعه هم کمک می‌کند که شناخت اشخاص وابسته به محیط یا مستقل از آن و یا اینکه منبع کنترل آنها بیرونی یا درونی باشد. مثلاً تاکسیران‌های امروز بیشتر در مسیر مستقیم حرکت می‌کنند. این عادت کورتکس مغز را به کار نمی‌اندازد. قبلاً شهرداری قانونی وضع کرده بود که تاکسیران‌ها می‌توانند بیشتر از یک مسافر هم ببرند. راننده هر مسافری را به مقصد خود می‌رساند. زمانی که مسافر جدیدی مقصد خود را می‌گفت، بلافاصله تصوّری از نقشه‌ی شهر در ذهن راننده شکل می‌گرفت تا او متوجّه شود که آیا مقصد

1- Rigidity
2- Martin Seligman
3- Iearned Helplessness
4- Larned Hopefulness
5- Witkin
6- Field Independent

مسافر جدید با مسیر مسافر قبلی تا چه اندازه یکسان می‌باشد. چنین پردازش اطّلاعاتی خود منجر به تجربه منبع کنترل درونی راننده می‌شد.

۷. **هدف زندگی**، اگر در زندگی اهداف مشخّص باشند، میزان سازگاری افزایش می‌یابد. در بحث "استرس"، "هانس سیلیه"[1] سه هدف را برای کاهش استرس مشخّص می‌سازد: هدف‌های قابل دسترس و نزدیک، هدف‌های میانه و هدف‌های نهایی و غایی. داشتن هدف در زندگی در این سه مرحله می‌تواند به سازگاری شخص کمک کند.

۸. **سرگرمی**، داشتن سرگرمی عامل دیگری است که بر سازگاری می‌افزاید. بر اساس نظریّه‌ی "هنری الکسندر موری"[2] به نام "شخص‌شناسی"[3] یکی از نیازهای بشر، "نیاز به بازی"[4] می‌باشد. نیاز به سرگرمی‌ها، تنش‌های فرد را کاهش می‌دهند. این تنش‌زدایی هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی صورت می‌گیرد. فلسفه‌ی درس ورزش در مدارس به همین علّت است. اگر امکان تنش‌زدایی در خانه وجود نداشته باشد، امکان کنترل و یا تخلیه‌ی آن‌ها به وسیله‌ی این درس تأمین می‌گردد. نتیجه‌ی این مطلب، راحت‌تر فکر کردن فرد است.

۹. **عشق و علاقه**، عامل مؤثّر دیگر در سازگاری عشق و علاقه به کسی یا گروهی یا امری است. افزایش میزان طلاق، نشانه‌ی ناسازگاری یکی از طرفین است. در رابطه با بهداشت روانی نهادی که سازش را باید در آن تشویق نمود، نهاد ازدواج است. در نهاد ازدواج چالش‌های زندگی بایستی توسّط زن و شوهر حل شود. وقتی عدم سازگاری نسبت به یکدیگر بیش از حدّ تحمّل هر یک از زوجین شد، طلاق مطرح می‌گردد چرا که دیگر نمی‌توانند همدیگر را تحمّل کنند. زوج‌ها باید از همان ابتدا چگونگی دریافت و نثار را نسبت به هم یاد بگیرند. این یک هنر است. "اریک فروم"[5] در کتاب "هنر عشق ورزیدن" همین مسأله را مطرح می‌کند. می‌گوید هنر عشق ورزیدن در چگونگی ارائه کردن، نثار و دریافت است. چگونه چیزی را به کسی می‌دهید، با عشق و با علاقه، حال آن چیز هر چه که می‌خواهد باشد. بعضی از بچّه‌ها وقتی تخته پاک‌کن را می‌آورند و به معلّم می‌دهند، نگاهشان بسیار زیباست. ممکن است چیزی نگویند، ولی گویا چشم‌هایش حرف می‌زنند. یا مثلا" دادن یک شاخه گل به کسی و چگونگی تشکّر او و معنایی که به آن

1- Hans Selye
2- Henry Alexander Murray
3- Personology
4- Need for Play
5- Erich Fromm

می‌دهد. در اینجا وقتی صحبت از عشق و علاقه به کسی یا گروهی یا امری است مقصود این است که این هنر را باید آموزش داد.

۱۰. فعّالیّت، افراد هر چه بیشتر کار کنند، سازگاریشان بیشتر است. فعّالیّت‌ها نشان می‌دهند که افراد چه کسانی هستند؟ در اینجا گزارشی کوتاه از مدرسه‌ای مطرح می‌گردد. مسؤولین مدرسه این مسأله را مطرح کردند که چرا دانش‌آموزان سلام کردن را یاد نگرفته‌اند؟ آیا بچّه‌های امروزی با بچّه‌های گذشته فرق دارند؟ از آن‌ها سؤال شد آیا برای بچّه توضیح داده شده که اصولا" سلام برای چیست؟ اگر سلام از لحاظ روانی بررسی شود، معنایی جز این ندارد که نگاه کن، من آمدم و من هستم. این خیلی زیباست. پس باید از اینجا شروع کرد: آیا تو وجود داری؟ برای این حضور وجودت، سمبلی به نام سلام معرّفی شده، پس تو باید با آن نشان بدهی که هستی. در این سمبل ارزیابی وجود ندارد. بد سلام کردن، خوب سلام کردن، بلند سلام کردن، آرام سلام کردن و زیبا سلام کردن. پس سلام یعنی من آمدم، من هستم. وقتی این گونه مسأله به بچّه‌ها آموزش داده شود، آن‌ها درمی‌یابند خود سلام کردن می‌تواند باعث حمایت اجتماعی شود. یعنی تو هم در جمع ما هستی. فعّالیّت و کار هم به همین شکل است، حضور شخص در رابطه با بودنش و تا چه اندازه شدنش از این بودن.

حال باید دید که در حیطه‌ی آموزش چگونه می‌توان بچّه‌ها را فعّال کرد و چگونه انعطاف‌پذیری را به آن‌ها آموزش داد؟ چگونه می‌توان عشق و محبّت را در آن‌ها افزایش داد؟ چگونه می‌توان هم‌کاری، هم‌کوشی، تعاون را به آن‌ها آموزش داد؟ و نهایتا" زندگی دانش‌آموزی، زندگی شخصی را چگونه می‌توان معنادار کرد؟ مسأله دیگری که می‌توان مورد توجّه قرار داد این است که فرد چگونه می‌تواند سازگاری بیشتری به دست آورد و نقشی که خانواده و اجتماع ـ به ویژه مدرسه ـ عهده‌دار آن است چیست؟

نقش خانواده

یکی از اساسی‌ترین مسائلی که باید در نظر گرفت افزایش نقش تعاون، هم‌کوشی یا هم‌کاری در هر نهاد چه خانواده، مدرسه یا هر اجتماع دیگر است. هر یک از افراد در فرآیند تقابل و تعاملی که با دیگران می‌سازند، برای خود سیستمی به وجود می‌آورند که درون‌دادهای آن عناصر و عواملی هستند که از دیگران دریافت می‌گردند و برون‌دادها نتیجه‌ی فرایند درون‌دادهایی است که پشت سر گذاشته شده‌اند. کودک به عنوان یک فرد در خانواده چه تأثیراتی را از دیگران می‌پذیرد و دیگران چه نقشی روی او داشته‌اند[1]. با تولّد فرزند، پدر، مادر و فرزند مثلث خانواده را تشکیل می‌دهند.

1- Family Constellation

۱. ترتیب تولّد، باید دید که کودک چندمین فرزند خانواده است و چگونه پدر و مادر یا خواهر و برادرها با او رو به رو می‌شوند و چگونه تقابل و تعامل‌های بین فردی به وجود آمده‌اند. پس ترتیب تولّد می‌تواند یکی از عوامل مؤثّر در شکل دادن شخصیّت کودک باشد. معمولا" در این رابطه شاید یکی از بهترین نظریاتی که در حیطه‌ی ساختار شخصیّت و ترتیب تولّد فرزندان مطرح می‌باشد، نظریه‌ی "الفرد آدلر"[۲] است. او این چنین عنوان می‌کند که معمولا" فرزند اوّل از مدل پدر و مادر تقلید می‌کند و معمولا" این تقلید هم خوب انجام می‌پذیرد، چرا که مدل دیگری برای فرزند اوّل موجود نیست. بچّه بیشتر با مادر یا پدر است و معمولا" رفتارهای آنان را تقلید می‌کند و از سوی دیگر با آن‌ها همانندسازی می‌کند. طبق نظریّه‌ی آدلر، به همین دلیل رفتار فرزند اوّل بیشتر جنبه‌ی "محافظه‌کارانه"[۳] دارد. برای فرزند دوّم سدّی وجود دارد که فرزند اوّل است. می‌خواهد خود را به مادر یا پدر برساند ولی این سد در مقابلش قرار گرفته است، پس باید چالش‌گر باشد. بایستی با بچّه‌ی اوّل وارد مبارزه‌هایی شود و وارد چالش‌هایی شود تا خودش را به پدر و مادر برساند. بنابراین بچّه‌ی دوّم بچّه‌ای است که از لحاظ شخصیّتی بیشتر آزادی‌خواه و مبارزه‌گر است، که در خانه آموزش یافته است. بچّه‌ی سوّم از نظر آدلر، بچّه‌ی فساد است نه فساد اخلاقی بلکه بچّه‌ی سوّم راه و روش کسی را اتخاذ نمی‌کند، می‌خواهد خودش باشد. چون می‌پندارد آن قدر گرفتاری دارد که نمی‌خواهد از سدّی که بچّه‌ی اوّل و بچّه‌ی دوّم پیش آورده‌اند بگذرد تا به پدر و مادر برسد. بنابراین خود بر اثر آزمایش و خطا مسأله را حل می‌کند و نهایتاً راه را هم می‌یابد و خلّاقیتش هم بیشتر است. بچّه‌ی اوّل از نظر آدلر به عنوان مدل چرچیل مطرح شد، بچّه‌ی دوّم ناپلئون می‌شود ولی بچّه‌ی سوّمی را نام نمی‌برد که مثل چه کسی؟ می‌گوید آن قدر یک شخصیّت منحصر به فردی برای خود به وجود می‌آورد که دیگر شباهتی به کس دیگری ندارد. پس ترتیب تولّد فرزندان در خانواده می‌تواند یکی از عوامل مؤثّر در ساختار شخصیّت واقع گردد. شاید یکی از دلایلی که معمولا" در پرسش‌نامه‌ها از چندمین فرزند خانواده بودن سؤال می‌شود، در رابطه با این نظریه باشد. مثلا" می‌توان جمعیّت دانش‌آموزان مدرسه را از لحاظ چندمین فرزند خانواده بودن تعیین کرد و به وسیله‌ی آن علّت وجود جوی خاص در مدرسه را مورد بررسی قرار داد. این کار را در یک کلاس هم می‌توان انجام داد و یا این که می‌توان در هر کلاس درسی این کار را کرد. بدین ترتیب فرهنگ کلاس را به دست آورد. مثلا" در رابطه با بچّه‌های دوّم برای پاسخ دادن به

2- Alfred Adler
3- Conservative

سؤالاتشان باید بیشتر آماده بود. وقتی بچّه‌ها، فرزندان سوّم باشند، سؤال‌ها بی‌انتها خواهد بود. فرزندان اوّل کم سؤال می‌کنند و هر چه می‌شنوند، می‌پذیرند.

موضوع دیگر اثرات هریک از اعضای خانواده بر دیگران است. از نظر "یونگ"[1] به خاطر داشتن "آرکیتایپ‌ها"[2] (مفاهیم کهن) از جمله "آنیما"[3] و "آنیموسی"[4] که ذاتا" وجود دارند، دختر هم نیاز به پدر دارد، پسر هم نیاز به مادر دارد. چرا که از همان دوران کودکی می‌خواهند این مفهوم کهن را کامل کنند، قسمتی از آن در خانواده کامل می‌شود و قسمت دیگر هم در ازدواج کامل می‌گردد. طلاق و یا فوت والدین، بر ساختار شخصیّتی کودکان تأثیر می‌گذارد. از لحاظ بهداشت روانی در صورتی که پدر و مادر از هم جدا باشند، و موضوع دیدار با یکدیگر و با فرزند نیز مشخّص باشد باز برای رشد روانی کودک چندان مناسب نیست. چرا که مدل مورد انتخاب همانندسازی کودک مشخّص نیست. بر اساس دیدگاه نظریه‌پردازان یادگیری، حضور پدر و مادر در کانون خانواده لازم است. امّا باید دید که از لحاظ ساختار شخصیّتی پدر و مادر در چه وضعی هستند.

۲. جوّ خانوادگی، اوّلین مسأله‌ای که در جوّ خانواده به وجود می‌آید، کیفیّت ارتباطات عاطفی خانواده است[5] . این مسأله بسیار مهم است. چگونگی ارتباط عاطفی خانواده بسیار اهمّیّت دارد. این کیفیّت[6] است نه کمیّت[7] . امروزه بیشترین تأکید والدین در مورد فرزندان بر کمیّت است. چند جفت کفش دارد؟ چند دست لباس دارد؟ آیا ویدئوی خودش را دارد؟ کامپیوتر خودش را دارد؟ این ها همه کمیّت است نه کیفیّت. بیشتر درگیری‌های والدین و فرزندان نیز ریشه در همین موضوع دارد. شکایت والدین از پرخاشگری‌های فرزندان، خصوصاً در محیط مدرسه، بسیار افزایش یافته است. پرخاشگری افراد تابعی است از عامل "محرومیّت". نظریّه‌ی "دالرد" و "میلر"[8] ، "محرومیّت ـ پرخاشگری"[9] نام دارد. به عبارت دیگر هر محرومیّتی نتیجه‌اش یک رفتار پرخاشگرانه خواهد بود. پرخاشگری‌ها ممکن است به دو شکل بروز کند: فعّال یا منفعل. در پرخاشگری فعّال فرد به یک عمل فیزیکی اقدام می‌کند، مثلا" کتک می‌زند، یا شیشه می‌شکند، یا توپ را بی‌خود شوت می‌کند و یا این که عصبانیّتش را به گونه‌ای نشان می‌دهد که دیگران متوجّه شوند. این شکل

1- C.G.Jung
2- Archetypes
3- Anima
4- Animus
5- Quality of Emotional Relationship
6- Quality
7- Quantity
8- Dollerd and Miller
9- Frustration Aggression Hypothesis

پرخاشگری مشکل زیادی ایجاد نمی‌کند. مشکل زمانی رخ می‌دهد که پرخاشگری‌های دانش‌آموزان یا والدینشان و یا افراد دیگر در جامعه "منفعلانه" باشد. پرخاشگری منفعلانه ممکن است از ساختن یک جوک شروع شود. گاهی اوقات گفتن جوک خود نوعی پرخاشگری است. در هر جامعه‌ای که فراوانی جوک بالا رود می‌تواند بدین معنی باشد که مردمش در آن زمان خاص، پرخاشگرتر هستند، امّا منفعلانه. افزایش جوک‌های مربوط به مسائل جنسی، شاید نشانه‌ای از محرومیّت‌های جنسی باشد. جوک‌های مربوط به مسائل اقتصادی، شاید نشانه‌ای از محرومیّت اقتصادی باشند.

سخن از کیفیّت ارتباطات عاطفی اعضای خانواده است. چه کسی برای چه کسی محرومیّت به وجود می‌آورد؟ آن هم محرومیّت عاطفی. از مهم‌ترین افرادی که در ابتدا می‌توان نام برد، پدر و مادر هستند که محرومیّت عاطفی را ایجاد می‌کنند. پرخاشگری‌های چنین افرادی در مدرسه به صورت، درس نخواندن، سر به سر دیگران گذاشتن، دیگران را به طعنه و استهزاء صدا کردن و مسائلی از این قبیل بروز می‌کند.

مسأله‌ی دیگر حالت بی‌تفاوتی عاطفی والدین است. زمانی که کودک نیازمند یک "بازخورد"[1] عاطفی است، امّا والدین آن را نشان نمی‌دهند. مهم‌ترین شکل آن، بی‌حالی و یا خستگی عاطفی در موقعیّت‌های هیجانی است. وقتی که فرزند با هیجانی خاص مثلاً کسب بهترین نمره‌ی کلاس را طرح می‌کند، در مقابل مادری که مبتلا به خستگی روانی است، بدون کمترین واکنش مثبتی، کاملاً بی‌تفاوت برخورد کند، احتمال بروز اختلالات روانی در آینده برای چنین فرزندی کاملاً طبیعی است.

۳. "وابستگی افراطی"، "دوگانگی"، در بعضی مواقع پدر و مادر فرزندان خود را آن قدر به خود وابسته می‌کنند که فرزندانشان به تنهایی قادر به انجام هیچ کاری نخواهند بود. چرا که اعتماد به نفس را در خود به وجود نیاورده‌اند. یا اینکه موقعیتی که از نظر روانی در منزل به وجود می‌آورند با آن که در مدرسه وجود دارد کاملا" مغایرت دارد. در این جا کودک درگیر دوگانگی شده و نمی‌داند از چه کسی و در چه موقعیتی باید پیروی کرد. این دوگانگی منجر به یک حالت اضطراب در او می‌شود. یکی از نظریه‌های بسیار جالب در رابطه با "بلاتکلیفی روانی"[2] از "گریگوری بیتسون"[3] است. اگر کودکان در جوّ خانوادگی خود درگیر "بلاتکلیفی" شوند، قربانی‌های اسکیزوفرنیک خواهند بود. ایجاد وابستگی عاطفی و سپس بیان مطالبی متضاد با این وابستگی نیز می‌تواند، ایجاد کننده‌ی این بلاتکلیفی باشد.

1- Feedback
2- Double Bind Theory
3- G. Bateson

در صورتی که کیفیّت ارتباطات عاطفی اعضاء خانواده، منجر به تعارضات غیر قابل حل در کودک گردد، از او شخصی آشفته روان خواهد ساخت.

عوامل مؤثّر بر سازگاری

محرومیّت[1]: محرومیّت می‌تواند عاملی در جهت رشد باشد. کمتر کسی است که هر چه را می‌خواهد بلافاصله به دست آورد. نابرده رنج گنج میسر نمی‌شود. رنج باید برد تا گنج حاصل شود، (اما نه گنجی ناشناخته و یا پوچ).

دوّم تعارض[2]: تعارض یکی از اساسی‌ترین عوامل ایجادکننده‌ی اختلالات روان ـ تنی[3] است. بسیاری از بیماری‌های مربوط به پوست، دستگاه گوارش، دستگاه قلب و عروق و دستگاه عضلانی ـ استخوانی حاصل تعارضاتی است که بیش از حد تحمّل فرد بوده‌اند. امّا تعارض در حد تحمّل می‌تواند قدرت تصمیم‌گیری را بالا ببرد.

سوّمین عامل اضطراب[4] است. اضطراب هم چون دو عامل دیگر برای افراد لازم است. اصولا" تولّد ما با یک حالت اضطرابی همراه است. از نظر بعضی از روان‌کاوهای کلاسیک چون "فروید"[5] یا "اتورانک"[6] ، گریه‌ی اوّلیّه‌ی کودک نشانه‌ای از اضطراب در ورود به این دنیا است.

چهارمین عامل، فشار روانی[7] است که همیشه با ما است، مثل اضطراب[8] ، یا محرومیّت[9] ، و یا تعارض[10] از فرد دور نمی‌شود. فشار روانی زمانی به وجود می‌آید که مسأله‌ی مشکلی به وجود آید و فرد نتواند برای آن راه حلی پیدا کند. در این صورت عامل استرس‌زا، یا دگرگونی را به وجود می‌آورد و یا اینکه حتّی فرد را درگیر معلولیّت می‌کند. اما این استرس می‌تواند جنبه‌های مثبت و مفیدی هم داشته باشد که باعث تسریع در کارها گردد که اصطلاحا" به آن استرس مفید[11] گفته می‌شود. حال باید دید که جوّ خانواده تا چه اندازه تعارض، اضطراب، محرومیّت و فشار روانی را برای کودک دربردارد. نه تنها در خانواده بلکه در مدرسه هم

1- Frustration
2- Conflict
3- Psychosomatic
4- Anxiety
5- S.Freud
6- Otto Rank
7- Psychological Stress
8- Anxiety
9- Frustration
10- Conflic
11- Eustress

مسئولین می‌توانند آن قدر این چهار عامل را برای دانش‌آموز افزایش دهند که از حدّ تحمّل او به دور باشد و او را مبتلا به آسیب روانی کنند.

۱. نقش تشریک مساعی، زمانی که سخن از کیفیّت ارتباطات عاطفی اعضای خانواده است، مسأله‌ی تشریک مساعی یا همکاری مطرح می‌گردد. تا چه اندازه همکاری در منزل مورد اهمّیّت است؟ اعضای خانواده در حدّ توان خود به ایفای نقش پرداخته، در انجام امور خانه مشارکت می‌نمایند. انجام وظایف هر فرد، خصوصاً فرزندان نیاز به ارائه‌ی بازخوردی مناسب دارند. بازخوردی عاطفی که از صمیم دل ابراز گردد. تنها در چنین صورتی است که کودک می‌آموزد چگونه به انجام کارها به وسیله‌ی دیگران معنا بخشد و در اوّلین گام از آن‌ها قدردانی و تشکّر نماید. تعاون در خانواده امنیّت[1] و اعتماد[2] را به وجود می‌آورد و باعث به وجود آمدن احترام متقابل می‌گردد. امروزه غالب فرزندان ضمیری که برای پدر و مادر به کار می‌برند "تو" است. "من که بهت گفتم". "من که به تو گفتم معلّمم چه گفت". وقتی که پذیرفته شد بچّه "تو" بگوید، قدم بعدی این است که نباید انتظار داشت که به بزرگترها سلام کند. چون احترام متقابل وجود ندارد. قائل نشدن احترام متقابل متأسفانه از خانواده شروع می‌شود، و در جامعه ادامه می‌یابد. با به کارگیری اصطلاحات توهین‌آمیز وجود و موجودیت یک نفر پوچ شمرده می‌شود. آیا می‌توان این را قبول کرد؟ اصطلاحات نه تنها برای این دوره باقی می‌مانند بلکه سالیان سال هم دوام خواهند داشت. اصطلاحات رایج، به وسیله‌ی افراد جامعه شکل داده می‌شوند. چرا که در زمان به کارگیری واژه‌ها، طرح‌واره‌های ذهنی آن‌ها نیز ساخته می‌شوند. به همین دلیل در گذشته پیشنهاد می‌شد، سخنان بزرگان برای کودکان بازگویی شود، تا که طرح‌واره‌های آن‌ها در ذهنشان تشکیل گردد. احترام متقابل یکی از نتایجی است که از تشریک مساعی حاصل می‌شود. نقش سازندگی[3] به عنوان شیوه زندگی شخص دارای ارزش بسیار مهمی است. سازندگی می‌تواند هم به صورت فعّالانه[4] بروز کند و هم به صورت منفعلانه[5] که هر یک دارای الگوهای رفتاری ویژه‌ای هستند. در مقابل سازندگی، تخریب[6] است که به مانند سازندگی هم می‌تواند جنبه‌های فعّال و یا منفعلانه داشته باشد که دارای الگوهای رفتاری ویژه‌ای هستند. جالب است که "آلفرد ادلر" نظریّه‌اش بر این تأکید دارد که انسان تمام کوشش خود را در جهت به کمال رسیدن خود مبذول می‌دارد. او واژه‌ی "تفوق"[1]

1- Security
2- Trust
3- Constructiveness
4- Active
5- Passive
6- Destructiveness
5- Superiority

یا "برتری" و "ارشدیت" را برای رسیدن به کمال آدمی به کار می‌گیرد. بنابراین اگر فرد ویژگی‌های مثبتی را دارا باشد، برون‌داد آن‌ها وی را به "کمال"[1] یا "برتری" یا "بزرگتری" و "ارشدیت" می‌رساند. یکی از حالاتی که شخص را به کمال و برتری می‌رساند، جبران حقارت‌ها است. جبرانی که در ارتباط با طبیعت حقارت‌ها است. کسی که حقارت‌های بسیار عمیقی را پشت سر گذاشته، جبران آنها ممکن است برایش بسیار دشوار باشد. کسی که در یک ساختار خانوادگی که فقر در آن حکمفرماست رشد کرده، نباید انتظار داشت که او بتواند خود را به مدارج بسیار بالایی حال چه علمی، چه مالی و از این قبیل برساند. رسیدن به چنین مرتبه‌ای درست به مانند به رخ کشیدن "ابن‌سینا" برای فرزندان، به این شکل که زمان او که برق نبود و آن بزرگ زیر دود چراغ درس خوانده است. این قیاس اصولا" با رشد کودک در تناقض است. یعنی من هم الان چراغ موشی بگیرم و درس بخوانم که ابن سینا شوم. جبران حقارت‌ها بایستی در رابطه با طبیعت آن حقارت مورد توجّه قرار گیرند. به عنوان نمونه در صورت اعتیاد پدر و مادر، کودک درگیر حقارت می‌گردد چون پدر و مادر آنچه را که باید به او بدهند، نداده، آن گاه چگونه می‌توان این حقارت را جبران کرد؟

۲. هدف‌های تخیّلی (غایت و غرض زندگی)، "آلفرد آدلر" یکی از عوامل سازنده‌ی شخصیّت را "هدف‌های تخیّلی"[2] و میل رسیدن به آن‌ها می‌داند. او این مطلب را از فیلسوفی آلمانی به نام "هانس وی هینگر[3] ایده گرفته است. وی کتابی دارد به نام "اگر می‌شد که"[4] داشتن امیال و آرزوهای تخیّلی و تلاش در راه رسیدن به آن‌ها، یکی از عوامل مؤثّر در تکوین شخصیّت آدمی است. امّا بیش از حد پیش رفتن و ماندن در تخیّل و گسترش آن، آسیب‌های جبران‌ناپذیری به دنبال دارد. در اصطلاح روان‌شناسی، اگر این هدف‌های تخیّلی بیش از اندازه باشد، شخص را "روان‌نژند"[5] (نوراتیک) می‌کند. معمولا" روان‌نژندها یک حالت کمال‌گرایی بیمارگون را دارا هستند و همواره احساس خودمغلوبی دارند. "وسواس"[6] ، یکی از اختلالات روانی است که از آن قبلا" صحبت شده بود. وسواس آن اصرارورزی فکری است و اجبار[7] در عمل است. یکی از اساسی‌ترین عوامل زیرساخت در حیطه‌ی اختلالات روان‌نژندی، افسردگی است که همه به گونه‌ای به آن مبتلا هستند، اما نه به صورت روان‌نژندانه. دیگری وسواس و اجبار است و آن هم نه به صورت بیمارگونه. مثلا" در حیطه‌های روان‌نژندی شخصی ممکن است مبتلا به ترس مرضی از اجتماع یا جمعیّت

1- Perfection
2- Fictional finalism
3- Hanz via Heinger
4- Asif
5- Neurotic
6- Obsession
7- Compultion

باشد[1]. دقیقا" یک رابطه مثبت بین کسی که ترس مرضی از اجتماعات دارد و وسواس ـ اجبار و افسردگی وجود دارد. افسردگی می‌تواند زمینه‌ساز برای دیگر اختلالات باشد. در اینجا هدف‌های تخیّلی اگر بیش از حد کنترل باشند، روان‌نژندی را به وجود می‌آورند. رسیدن به هدف‌های تخیّلی بستگی به شیوه‌ی زندگی که شخص برای خود ساخته است، دارد. یکی آرزویش این است که به دانشگاه راه یابد. یک معتاد هم شیوه‌ای در زندگی دارد. چگونه می‌تواند به گونه‌های متفاوت مواد به دست بیاورد. از تریاک به هروئین، از هروئین به کوکائین، از هروئین و کوکائین به ال اس دی. او هم این شیوه زندگی را انتخاب کرده است.

۳. "خودِ خلاق"[2] . عامل دیگر "خودِ خلاق" است که در وجود هر کس نهفته است و او را به جهتی که برای خود انتخاب کرده سوق می‌دهد. خود خلاق در میان محرّک‌های خارجی و پاسخ‌هایی که باید به آن‌ها داده شود قرار دارد و در چگونگی پاسخ‌ها نیز دخالت دارد. خود خلاق پدیده‌ای است که ابتکار به خرج می‌دهد، به خلاقیت می‌پردازد و چیزی را که نبوده است به وجود می‌آورد. در کل با این چهارچوبه فکری شخص می‌تواند تا حدودی حاکم بر سرنوشت خود باشد نه تماما" محکوم به آن.

در پایان می‌توان چنین نتیجه گرفت که تشریک مساعی نه تنها می‌تواند در خانواده باعث اعتماد و سازندگی فعالانه اعضاء خانواده گردد، بلکه می‌تواند سنگ‌بنای جامعه‌ای سالم باشد.

1- Social Phobia
2- Creative self

منابع

ایزدی، سیروس (۱۳۵۱). *روان‌شناسی شخصیّت از دیدگاه مکاتب*. انتشارات دهخدا. تهران.

سیاسی، علی اکبر (۲۵۳٦). *نظریّه‌های شخصیّت یا مکاتب روان‌شناسی*. انتشارات دانشگاه تهران. تهران.

دیماتئو. ام. رابین (۱۹۹۱). *روان‌شناسی سلامت*. جلد دوّم. مترجم کیانوش هاشمیان (۱۳۷۸). انتشارات سمت. تهران.

شاملو، سعید (۱۳٦۳). *بهداشت روانی*. انتشارات چهر. تهران.

شاملو، سعید (۱۳٦٤). *آسیب‌شناسی روانی*. انتشارات چهر. تهران.

Maddi, Salvatore R. (1989). *Personality theories, A Comparative Analysis*. Brooks/ Cole publishing co, CA.

Witkin. H.A. and others (1962). *Psychological Differences*. John Wiley. N.Y.

فصل سیزدهم

فرایند مشاوره در درمان اختلالات کودکان و نوجوانان

دکتر رحمت‌اله نورانی‌پور
دانشیار دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

مشاوره فرایندی است که هدف آن کمک به مراجعان در انتخاب، تصمیم‌گیری، پیشگیری و حل مشکلات و تأمین بهداشت روانی آنان است. لازمه‌ی توفیق در انجام مشاوره یادگیری مسایل نظری، شیوه‌ها، فنون و مهارتهای مربوط به آن و نیز کسب تجربه‌ی مؤثر در بکار بردن آنهاست. برای دستیابی به حداکثر ثمربخشی در کوتاه‌ترین زمان ممکن مشاوره بایستی به صورت نظامدار و بر اساس یک طرح دقیق و سنجیده آغاز، اجرا و پایان پذیرد. در این مقاله مراحل انجام مشاوره یعنی برقراری رابطه مشاوره‌ای (رابطه حسنه/ یاورانه) جمع‌آوری اطلاعات و تشخیص مشکل، تعیین اهداف، ابداع مداخلات مشاوره‌ای و پایان دادن به صورت کاربردی بیان گردیده و در توضیح مربوط به ارائه مثالهایی به فنون و مهارتهای آن اشاره شده است.

کلید واژگان: رابطه‌ی مشاوره‌ای، همدلی، انتقال متقابل، سنجش و تعریف مشکل، بازگویی، تطبیق برداشت، بازخورد، سؤال باز، پرسش روشن‌گرانه، مداخلات مشاوره‌ای.

مراحل انجام مشاوره

مشاوره را اغلب به عنوان یک فرایند توصیف کرده‌اند. معنی ضمنی این عنوان این است که "مشاوره یک حرکت پیش‌رونده در جهت یک هدف و نتیجه‌ی نهایی است". برای دست‌یابی به حداکثر ثمربخشی در کوتاه‌ترین زمان ممکن، مشاوره بایستی به صورت نظامدار و بر اساس یک طرح دقیق و سنجیده آغاز، اجرا و پایان پذیرد. معمولاً برای انجام انواع مشاوره (فردی، گروهی، خانوادگی و تحصیلی) مراحل ذیل پیش‌بینی می‌گردند:

۱ـ برقراری رابطه‌ی مشاوره‌ای (رابطه حسنه/یاورانه)،

۲ـ جمع‌آوری اطّلاعات و تشخیص مشکل (سنجش و تعریف مشکل)،

۳ـ تعیین اهداف،

٤ـ ابداع مداخلات مشاوره‌ای،

۵ـ پایان دادن.

۱. برقراری رابطه‌ی مشاوره‌ای،

برقراری ارتباط یاورانه یا رابطه‌ی مشاوره‌ای در مشاوره کاری اساسی و مرحله‌ای گسترده و فراگیر است. از اصطلاح "رابطه" معانی بسیاری استنباط می‌گردد، از جمله رابطه‌ی بین دو انسان عاشق، رابطه و پیوند بین اعضای خانواده، رابطه بین دوستان صمیمی، و رابطه بین همکاران و اطرافیان ولی در اینجا منظور "ایجاد یک فضا و رابطه‌ی ایمن بین مشاور و مراجع یا مراجعان[1] با قصد و نیّت یاری رساندن می‌باشد." عواملی همچون احترام، صمیمیّت، اعتماد و در نهایت یک احساس نسبتا" راحت روان‌شناختی به روشنی در آن مشاهده می‌گردد. لذا این رابطه در هنگامه‌های[2] مشاوره معنی مشخص‌تری پیدا می‌کند و مراجع هیچ گونه نگرانی، اضطراب، ترس، دغدغه و سوءظنّی نسبت به فرایند مشاوره نداشته و از آرامش روانی برخوردار خواهد بود. در اثر ایجاد این رابطه بین مراجع و مشاور صمیمیّت و اعتماد به وجود می‌آید، پس از به وجود آمدن اعتماد مشاوره آغاز گردیده و ادامه می‌یابد. لازمه‌ی شروع مشاوره وجود این رابطه است، چرا که در صورت عدم وجود آن مراجع به مشاور اعتماد ننموده و احساس اضطراب و ترس می‌نماید. اطمینان نمی‌کند تا مسائلی را که تاکنون برای هیچ کس بیان نکرده، برای او مطرح کند. علّت بیان نکردن این

۱- در مشاوره‌های گروهی، زناشویی و خانواده تعداد مراجعان بیشتر از یک نفر است.

2- Session

بوده که تا کنون تصوّر می‌کرده، گفتن آن‌ها باعث کاهش احترام، بی‌ارزش شدن و از بین رفتن آبرویش می‌گردد. پس طرح آن‌ها نه تنها وضعیّت را بهبود نمی‌بخشد، بلکه شرایط را بدتر خواهد کرد. حتّی در برخی موارد، افرادی وجود مشکل را کتمان می‌کنند.

اوّلین نتیجه‌ی برقراری رابطه‌ای مشاوره‌ای (یاورانه)، فراهم نمودن زمینه‌های مثبت در جهت رشد می‌باشد. در مقابل رابطه‌ی بد، نتایج نامطلوب و مخرّب به دنبال خواهد داشت. این رابطه از لحظه‌ی شروع تماس تا لحظات پایانی مشاوره به تأثیرگذاری خود ادامه می‌دهد و لذا لازم است حفظ و نگهداری شود. آسیب رسیدن به آن در هر زمان، فرایند مشاوره را دچار آسیب می‌نماید.

برخی از ویژگی‌هایی که این رابطه را از سایر روابط متمایز می‌نماید عبارتند از:

۱ـ این رابطه معنی‌دار و هدف‌مند است و هدف اصلی آن، ایجاد تغییرات مطلوب در مراجع یا مراجعان است.

۲ـ هر دو طرف ارتباط (مراجع و مشاور) نسبت به آن متعهدند. مراجع در خصوص ارائه‌ی اطّلاعات لازم، حضور به موقع و عمل به توافق‌های به عمل آمده با مشاور احساس تعهد می‌کند. مشاور نیز در ارائه‌ی خالصانه و صمیمانه‌ی کمک‌های لازم به مراجع خود را متعهد می‌داند.

۳ـ رابطه از عاطفه و محبّت سرشار است. طرفین به خود و طرف مقابل علاقه‌مند هستند. مشاور تمایل به ارائه‌ی خدمات و کمک‌های لازم را دارد. مراجع با ملاحظه‌ی درک احساس متقابل از سوی مشاور در رخ‌دادهای عاطفی جلسه‌ی مشاوره چون گریه و یا خوشحالی، احساس آرامش می‌نماید. مشاور نیز به هنگام راهنمایی و یاری رساندن به مراجع احساس نشاط می‌نماید. این موارد به وجود آورنده و تضمین‌کننده‌ی فضای عاطفی این ارتباط است.

٤ـ وجود رضایت کامل طرفین یا افراد درگیر در این رابطه هیچ گونه اکراه و اجباری وجود ندارد زیرا یاری رساندن اجباری امکان ندارد. اگر فردی به اجبار نزد مشاور ارجاع شده باشد (توسّط پدر و مادر، مدیر، سرپرست یا معلّم)، در ابتدا با استفاده از فنون و مهارت‌هایی بایستی عدم تمایل او را از بین برد.

۵ـ در این رابطه تلاش و تعامل مشترک در تمامی ابعاد مشهود است. افراد درگیر در این رابطه در فعّالیّت‌هایی که انجام می‌دهند، روی همدیگر تأثیر می‌گذارند و اثر می‌پذیرند و برای نیل به اهداف تلاش می‌کنند.

به طور روشن این فضای روان‌شناختی تحت تأثیر عواملی چند از جمله خصوصیّات شخصی مشاور، پیشینه‌ی روابط بین فردی مراجع و نیز حالات عاطفی او از جمله اضطراب قرار می‌گیرد. سازگارترین و

آموزش دیده‌ترین مشاورین در برخورد اوّلیّه با مراجع جدید، با تعدادی از این چالش‌ها رو به رو می‌گردند. بسیاری از شرایطی که در گذشته وجود داشته قابل پیش‌بینی هستند. مثلا" تعداد کمی از افراد تقاضای کمک از دیگران را دوست دارند. زمانی که آدمی به اجبار دریافت کمک از دیگران را می‌پذیرد، با دو نوع احساس به آن مبادرت می‌ورزد:

۱ـ من می‌دانم که احتیاج به کمک دارم و وقتی که آن را دریافت کنم احساس بهتری خواهم داشت.

۲ـ ای کاش در چنین وضعیّتی قرار نداشتم.

این تعارض در مراحل اوّلیّه‌ی مشاوره و به خصوص در مرحله برقراری رابطه کاملا" مشهود است.

سایر شرایطی که از قبل برای مراجع وجود داشته است از قبیل تجربیّات قبلی مراجع در هنگام سهیم شدن (در میان گذاشتن) اطّلاعات شخصی، تعامل با اشخاص قدرت‌مند، تعامل با اشخاص مسن‌تر، تعامل با شخصی از جنس مخالف و همچنین تعامل با شخصی با زمینه‌ی فرهنگی متفاوت با او، جریان مشاوره و رابطه‌ی حسنه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برخی از این شرایط نیز متأثّر از زمینه‌ی فرهنگی و قومی مراجع است. مراجعی که از لحاظ فرهنگی حسّاس است به پیام‌های کلامی و غیر کلامی توجّه خاصّی مبذول می‌دارد. این اثرگذاری‌های اوّلیّه، برقراری ارتباط را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مشاور بایستی به خصوصیّات فرهنگی مراجع حتّی‌المقدور آشنایی پیدا کرده و متناسب با آن با او رفتار کند. باید توجّه داشت که در کشور ما علاوه بر مهاجران کشورهای مختلف مثل مهاجران افغانی و عراقی خرده فرهنگ‌های ترکی، کردی، بلوچ، گیلکی، مازندرانی و غیره وجود دارد. زنان و مردان فرهنگ‌های یکسانی ندارند، جوانان و بزرگسالان جامعه هم دارای فرهنگ‌های متفاوتی هستند. احتمال دارد رفتارهایی که در فرهنگ مشاور نشانه‌ی احترام باشد برای آنها اگر دلالت بر بی‌احترامی نداشته باشد، احترام هم به شمار نرود. به علاوه، توانایی‌های مشاور در تأثیرگذاری بر دیگران و نیز تأثیرپذیری از دیگران نیز در ارتباط او با مراجع اهمّیّت دارد.

عکس‌العمل‌های بین شخصی تأثیر فوق‌العاده‌ای بر موقعیّت مشاور گذارده و آن را تحت تأثیر قرار داده یا حتّی کنترل می‌نماید. پویایی‌های روان‌شناختی "انتقال"[1] و "انتقال متقابل"[2] را در پی دارد. انتقال زمانی رخ می‌دهد که مراجع برخی از خصوصیّات را با توجّه به مشابهت‌های مشاور با افرادی که قبلا" با آن رابطه داشته به او نسبت می‌دهد. مثلا" اگر رفتار مشاور، مراجع را به یاد پدر یا مادر مهربانش، رفتار رئیس سخت‌گیرش، یا همکار متعصّبش بیندازد، ممکن است چنین نتیجه‌گیری نماید که مشاور هم مثل آن شخص

1- Transference
2- Counter-transference

مهربان، سخت‌گیر یا متعصّب است. در موارد افراطی مشاور را همان شخص بداند. انتقال می‌تواند مثبت (مقایسه‌ی مطلوب) یا منفی (مقایسه‌ی نامطلوب) باشد.

انتقال متقابل هم همین شرایط روان‌شناختی را نشان می‌دهد جز آن که مشاور خصوصیّات تصوّری مشابه را به مراجع نسبت می‌دهد. هر چند احتمال وقوع آن کم‌تر است اما غیر ممکن نیست. تأثیراتی که مشاور و مراجع در مراحل اوّلیّه‌ی مشاوره بر هم می‌گذارند، در طول همکاری تغییر می‌یابد و رشد می‌کند. معمولا" تأثیرات اوّلیّه مورد بازبینی قرار گرفته و از نو بررسی می‌شوند. میزان و کیفیّت این رشد، به توانایی‌های مشاور در شناخت پویایی‌های روان‌شناختی، تعهدات و پای‌بندی‌های بین فردی و عواطف نهانی بستگی دارد.

مشاوران ماهر، شیوه‌ی مناسب که منعکس‌کننده‌ی خصوصیّات شخصی و تجربیّات مشاوره‌ای هستند را در پیش می‌گیرند.

روش‌ها و فنون برقراری رابطه‌ی مشاوره‌ای، علیرغم عدم وجود فرمولی خاص برای ایجاد رابطه‌ی حسنه و ارتباط مشاوره‌ای، توجّه به برخی از رهنمودها و مهارت‌ها در این امر مؤثّر است.

۱ـ *احترام بدون قید و شرط*: منظور احترام به مراجع بدون توجّه به تفاوت‌های او در عقاید، افکار، ارزش‌ها، جهان‌بینی، سن، جنس، فرهنگ، پایگاه و موقعیّت اجتماعی، شغل، رفتار، کردار و اعمال او است.

۲ـ *توجّه مثبت*: منظور ابراز گرمی و محبّت بدون کنترل، ارزش قائل شدن برای مراجع به عنوان یک شخص دارای قابلیّت تغییر و رشد و توان‌مندی‌های بالقوه، فراهم ساختن احساس حمایت کلّی، ابراز تحسین و قدردانی و جلب توجّه مراجع به نقاط قوّت و مثبت خویش، خودداری از انتقاد، ملامت، سرزنش و داوری و محکوم کردن مراجع به خاطر رفتار و خصوصیّات منفی او است. البّته این کار به معنای تأیید یا پذیرفتن خصوصیّات و رفتار و عقاید نادرست مراجع نیست.

۳ـ *توجّه نمودن، همراه بودن و حضور در موقعیّت از طریق*: قرار گرفتن در وضعیّت صحیح جسمانی و روانی در برابر مراجع، داشتن آرامش بدنی و روانی، انجام تعارفات اوّلیّه، نگاه کردن به مراجع، داشتن چهره‌ای بانشاط و بدون دغدغه.

٤ـ *همدلی کردن*: بررسی جامعی از تحقیقات نشان می‌دهد که اوّلین و مهم‌ترین کار مشاور و روان‌درمان‌گر، ایجاد زمینه‌ای پذیرا و همدلانه است. از همدلی تعاریف متعدّد و گوناگون به عمل آمده که با در نظر گرفتن عناصر آنها می‌توان گفت همدلی عبارت است از: "توانایی مشاور برای ورود به دنیای درونی مراجع، قرار دادن خود به جای او، احساس کردن، درک کردن و به عبارت دیگر تجربه کردن دنیای درونی

شخص بر مبنای داوری درونی او و توانایی انتقال و ابلاغ این درک به مراجع." برای ایجاد همدلی فراهم ساختن شرایطی برای مراجع ضروری است. این شرایط عبارتند از:

الف) پذیرش بدون قید و شرط،

ب) توجّه و احترام مثبت،

ج) احترام و گرمی،

د) مشخّص و عینی بودن.

مهم‌ترین روش‌های ایجاد همدلی عبارتند از: گوش دادن فعّال با استفاده از مهارت‌های انعکاس احساسات، انعکاس و بازگویی گفتار و خلاصه کردن محتوا، ابراز توجّه کلامی و غیر کلامی، درک کردن مراجع و مشکل او، ابراز احترام و محبّت به مراجع، و نشان دادن خلوص، بی‌ریایی و هماهنگی و بالاخره رعایت اصل محرمانه بودن فعّالیّت‌ها و رازداری.

۲. سنجش و تعریف مشکل (جمع‌آوری اطّلاعات و تشخیص مشکل)،

درست در همان زمانی که مشاور و مراجع در جریان برقراری رابطه‌ی مشاوره‌ای هستند، فرآیند دوّمی که شامل جمع‌آوری اطّلاعات درباره‌ی شخصیّت مراجع و دلایل درخواست او برای مشاوره است، در حال شکل‌گیری است. این مرحله را سنجش و تعریف مشکل نامیده‌اند. سه راه اندیشیدن درباره‌ی جمع‌آوری اطّلاعات، سنجش و تشخیص و تعریف مشکل وجود دارد:

اوّل سنجش مبتنی بر رویکرد نظری و فلسفی مشاور از مشکلات انسان. برجسته‌ترین و رایج‌ترین رویکردهای بررسی مشکلات در مشاوره و روان درمانی عبارتند از دیدگاه‌های روان‌تحلیل‌گری، رفتاردرمانی، شناختی، رفتاری ـ شناختی، انسان‌گرایی که روش مراجع‌مداری از مشهورترین شیوه‌های آن است، بالاخره نگرش سیستمی که بر روابط به خصوص بر روابط خانواده تأکید دارد.

دوّم سنجش مرتبط با شرایط موجود و موقعیّت مراجع و درک مشاور از آن شرایط.

سوّم سنجش مبتنی بر چهارچوب فرهنگی مراجع و شرایطی که این چهارچوب بر جهان‌بینی مراجع تحمیل می‌کند.

مشکلاتی که مراجع به دلیل وجود آن‌ها به مشاوره روی می‌آورد، حاصل عوامل گوناگون است که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از:

الف ـ نیازها، (عدم وجود چیزهایی مثل همسر، درجه‌ی تحصیلی و مسکن در زندگی که نبودن آن جریان طبیعی زندگی را مختل می‌کند.)

ب ـ فشار آورنده‌ها (وجود چیزهای نامطبوعی در زندگی چون ناسازگاری همسر، شکست تحصیلی و اضطراب که وجود آن‌ها رنج و ناراحتی و آشفتگی به وجود می‌آورد.)

ج ـ شرایط زندگی (شرایط خارج از اختیار فرد از قبیل طلاق، والدین معتاد، فقر و ناداری که خوشبختی و موفّقیّت در زندگی را محدود می‌کند.)

د ـ سوء تعبیرها (طرز تفکّر درباره‌ی خود و زندگی که محدودیّت انتخاب‌ها را به دنبال دارد.)

هـ ـ الگوهای اجتماعی ناکارآمد (احساس پایین‌تر بودن از برخی افراد، احساس برتری نسبت به تعدادی دیگر.)

ممکن است ترکیبی از این عوامل مشکلات مراجع را به وجود آورند. تحقیقات مشخّص می‌نمایند که معمولا" نیازها، فشارآورنده‌ها، شرایط زندگی، سوءتعبیرها و الگوهای اجتماعی ناکارآمد دست به دست هم می‌دهند و وضعیّت دشواری را برای شخص به وجود می‌آورند به طوری که او به تنهایی نمی‌تواند آن مشکل و گرفتاری را حل کند و به ناچار به مشاور یا درمان‌گر مراجعه می‌کند. اطّلاعاتی که لازم است درباره‌ی مراجع و مشکل او به صورت نظام‌دار جمع‌آوری شوند به شرح زیر است:

۱. **اطّلاعات مربوط به گذشته:** رویدادهای مهمّ زندگی مراجع در گذشته اعم از جسمانی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی.

۲. **اطّلاعات مربوط به زمان حال:** مراجع از لحاظ بدنی، روانی، خانوادگی، ارتباطی، شغلی در چه وضعیّت و موقعیّتی است و عملکرد او و برداشت او از خود و جهان پیرامونش چگونه است؟

۳. **اطّلاعات مربوط به آینده:** شخص چه نقشه‌ها، امیدها، آرزوها و انتظارات و هدف‌هایی دارد؟

٤. **اطّلاعات درون‌روانی:** اطّلاعات مربوط به ادراکات شخص راجع به واقعیّت‌ها، افکار، عقاید، ارزش‌ها، آرزوها، خواست‌ها، نیازها، هوش، استعداد، علایق، تعارضات درونی مراجع را در بر می‌گیرد.

۵. **اطّلاعات بین‌فردی:** که نحوه‌ی ارتباط مراجع با دیگران، از جمله‌ی ارتباط با اعضاء خانواده، ارتباط با همگنان، ارتباط با دوستان، ارتباط با همکاران و اطرافیان را شامل می‌شود.

٦. **اطّلاعات مربوط به نگرش، برداشت، افکار و احساسات شخص نسبت به دیگران.**

۷. **اطّلاعات مربوط به زمینه و چهارچوب فرهنگی مراجع.**

اطّلاعات مورد نظر به وسیله‌ی شیوه‌های زیر قابل جمع‌آوری است:

الف) پرسش، بازگویی، تصریح، تطبیق برداشت، بازخورد. با استفاده از این مهارت‌ها اطّلاعاتی درباره‌ی مراجع و مشکل او جمع‌آوری می‌گردد. پرسش یا سؤال کردن یکی از مهارت‌های اساسی و رایج و متداول

در مشاوره است و همه‌ی مشاوران از آن استفاده می‌کنند. در سه مورد از سؤال کردن استفاده می‌شود:

۱ـ برای شروع جلسه، مثلا" چه چیزی باعث مراجعه شده است؟

۲ـ موقعی که مشاور می‌خواهد مراجع را تشویق کند تا مسأله را روشن سازد، مثلا" بیشتر توضیح بدهد.

۳ـ موقعی که مشاور قصد دارد احساس مراجع را به او نشان بدهد مثلا" آیا از قبول نشدن در دانشگاه می‌ترسد؟

پرسش‌ها و سؤالاتی که در مشاوره و روان‌درمانی به کار می‌روند به چند دسته تقسیم می‌شوند: یکی سؤال‌های "باز" مثل برنامه‌ی شما برای زندگی در آینده چیست؟ این نوع سؤالات به مراجع اجازه می‌دهد ضمن اندیشیدن با آزادی کامل همه‌ی جوانب زندگی و مشکلش را در نظر گرفته و توضیح دهد. حتّی در برخی موارد موقعیّتی را برای تخلیه‌ی روانی و عقده‌گشایی فراهم می‌آورند.

نوع دیگر پرسش‌ها، سؤال‌های "روشن‌گرانه" است. مثلا" از مراجع پرسیده می‌شود: وقتی از پدرتان ناراحت می‌شوید چه حالتی پیدا می‌کنید؟ یا آیا می‌گویی به درس ریاضی چندان علاقه‌ای نداری؟

نوع دیگر سؤالات، پرسش‌های "بسته" است. مثلا": آیا مرتّب مطالعه می‌کنی؟ یا آیا قصد داری در کنکور شرکت کنی؟ به نظر می‌رسد در مشاوره بهتر است بیشتر از سؤالات باز استفاده شود. استفاده از سؤالات بسته جز در موارد خیلی ضروری توصیه نمی‌شود.

ب) مشاهده: استفاده از ابزار مشاهده دارای اهمّیّت فراوانی است. مشاور باید حرکات، وضعیّت چهره، طرز نشستن، طرز ورود و طرز بیان مشکل مراجع را مورد مشاهده قرار دهد. زیرا از این طریق می‌تواند اطّلاعات ارزشمندی در مورد افکار، احساسات، رفتار و نحوه‌ی ارتباط مراجع به دست آورد.

ج) اخذ شرح حال: از مراجع خواسته می‌شود تا درباره‌ی رویدادهای زندگی خود در گذشته، اوضاع و احوال کنونی خود، یا زندگی آینده خویش مطالبی را بنویسد. استفاده از این مهارت به مراجع اجازه می‌دهد تا آزادانه درباره‌ی خود بیاندیشد و اطّلاعاتی در مورد تجربیّات، برداشت‌ها، حالات عاطفی و هدف‌ها و آرزوهایش در اختیار مشاور قرار دهد.

د) استفاده از تست‌ها: برخی از مشاوران به دلیل این که آزمون‌ها ابزارهای تراز شده‌ای هستند که اطّلاعات دقیق‌تری درباره‌ی مراجع و مشکل او در اختیار آن‌ها قرار می‌دهند، برای جمع‌آوری اطّلاعات از همان ابتدا به دفعات از تست‌های گوناگون استفاده می‌کنند. برخی دیگر از مشاوران اعتقاد چندانی به تست‌ها ندارند و به ندرت ـ آن هم در موارد بسیار ضروری ـ از آن‌ها استفاده می‌کنند. امّا به نظر می‌رسد

هرگاه اطّلاعاتی که جمع‌آوری شده نتوانند به طور دقیق و روشن در شناختن مراجع و مشکل او یاری دهند، به کارگیری تست‌ها ضروری و مفید به نظر می‌رسند. تست‌ها انواع گوناگون دارد که عبارتند از تست‌های شناختی (هوش، استعداد، معلومات)، تست‌های عاطفی (علایق، نگرش‌سنج‌ها) تست‌های شخصیّت و تست‌های تشخیصی (مثل اضطراب).

اطّلاعات معمولا" از خود مراجع، افراد خانواده‌ی او، محلّ تحصیل، محلّ کار و اطرافیان او جمع‌آوری می‌شوند. این اطّلاعات باید از طریق یادداشت‌برداری، ضبط تصویری یا صوتی ثبت شوند. سپس باید به تجزیه و تحلیل آن‌ها پرداخته شود تا بر اساس آن‌ها مشکلات تعیین و دسته‌بندی و اولویّت‌بندی شوند. پس از تعیین مشکلات باید آن‌ها را به صورت روشن و عملیّاتی تعریف نمود و میزان شدّت، وخامت و استمرار آن‌ها را مشخّص کرد. در هنگام انجام این کار باید جنبه‌های بدنی، شناختی، عاطفی، ارتباطی مشکل مشخّص و بیان شوند. در مرحله‌ی بعد باید منشاء ایجاد مشکلات را که نیازها، استرس‌ها، شرایط زندگی، سوء تعبیرها و اشتباهات شخص در زندگی هستند شناسایی کرد. آن‌گاه شرایط تسهیل‌کننده‌ی مشکل (در چه زمان‌ها و مکان‌ها، با چه کسانی مشکل بروز می‌کند) را بررسی نموده و بالاخره به کاوش تأثیر مشکل بر فعّالیّت‌های زندگی مراجع پرداخت.

در هنگام تعریف مشکل در ابتدا باید از مراجع سئوال شود که مشکل او چیست؟ برخی از مراجعان چون به اجبار نزد مشاور آمده‌اند، یا به دلیل عدم اعتماد به او، مشکل اصلی خود را بیان نمی‌کنند. در حقیقت رازداری مشاور را تست می‌کنند. آیا می‌تواند مشکل او را حل کند؟ آیا صادق و صمیمی است و مایل است در حلّ مشکل به آنها کمک کند یا خیر؟ مشاور باید از این امر آگاه باشد تا در تعیین و تشخیص مشکل دچار اشتباه نشود.

بررسی توان‌مندی‌ها، قابلیّت‌ها، منابع و امکانات در دسترس مراجع و مهارت‌های سازگاری او در انتخاب راه‌کارهای مداخله مشاوره‌ای تأثیر به سزایی می‌گذارد.

۳. تعیین اهداف

پس از جمع‌آوری اطّلاعات و تعریف مشکل، اهداف مشاوره بایستی تعیین گردند. این مرحله اهمّیّت خاصّی دارد. با وجود این برخی از مراجعان و حتّی بعضی از مشاوران در مورد تعیین اهداف مقاومت می‌کنند. واقعیّت این است که تعیین اهداف چندان آسان نیست. در اینجا چندین سئوال مطرح است یکی این که تعیین اهداف چه فوائدی دارد؟ کارکردهای تعیین اهداف چه هستند؟ اهداف را چه کسی باید تعیین

کند و بالاخره در تعیین اهداف به چه چیزهایی باید توجّه کرد؟ فایده‌های مشخّص نمودن اهداف عبارتند از:

۱ـ قبول تعهّد نسبت به یک سلسه شرایط، هر دو طرف در رسیدن به هدف‌هایی متعهّد می‌شوند و مسیر حرکت آن‌ها مشخّص می‌گردد.

۲ـ تعیین اعمالی که باید به ترتیب انجام شود تا در اثر آنها نتایج مورد نظر حاصل گردند.

۳ـ آگاهی از میزان تأثیر اقدامات مشاوره‌ای.

٤ـ آگاهی از زمان پایان مشاوره.

تعیین اهداف دارای سه کارکرد مهم است: ۱ـ تأثیر انگیزشی، وقتی با مراجع اهداف تعیین می‌شوند، (مثلا" کاهش کمرویی یا پیشرفت در درس ریاضی،) او نسبت به این اهداف احساس تعلّق پیدا می‌کند. در نتیجه در او نیرویی ایجاد می‌شود تا بیشتر همکاری و تلاش نماید. هر چه هدف عالی‌تر باشد جنبه‌ی انگیزشی بیشتری دارد.

۲ـ تأثیر بر جنبه‌های تربیتی و آموزشی، زمانی که با مراجع هدف‌ها به صورت ریز و عملیّاتی تعیین و نوشته می‌شوند، او یاد می‌گیرد که چه طور باید فکر کند، چه رفتارهایی باید پیدا کند و در موقعیّت‌های مختلف چگونه باید عمل کند، کدام رفتارها و حالت‌ها مشکل‌ساز هستند که باید رها شوند و از تکرار آن‌ها خودداری گردد.

۳ـ ارزیابی، بدین معنی که مشخّص می‌کند فعّالیّت‌ها چه اندازه مراجع و مشاور را به هدف نزدیک کرده، چه میزان پیشرفت حاصل شده است؟ این ارزیابی معمولا" به دو شیوه انجام می‌شود یا از طریق پرسشنامه در انتهای هر جلسه یا پایان مشاوره، و یا از طریق مقایسه‌ی نتایج عملکرد مراجع در پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

در مورد اینکه چه کسی اهداف را تعیین می‌کند نظرات متفاوتی وجود دارد. مشاورین انسان‌گرا ـ به خصوص راجرز ـ اعتقاد دارند که چون مراجع به خود، و رنج و مشکل خود بصیرت کامل دارد، اوست که باید تعیین کننده باشد. رفتارگرایان می‌گویند چون تعیین هدف فرآیند پیچیده‌ای است، مراجع مهارت و تجربه‌ی کافی برای انجام آن ندارد. پس منطقی است که مشاور با توجّه به دانش و تجربه‌اش درباره‌ی انسان و مشکلات، به این کار اقدام کند. امّا دیدگاه غالب مشارکت مشاور و مراجع در این امر است. فرآیند تعیین اهداف بایستی با همکاری متقابل مشاور و مراجع صورت بگیرد. مشاور به دلیل داشتن دانش و تجربه و مراجع به دلیل درگیری با مشکل و شناخت بهتر موقعیّت به آن اقدام می‌کنند امّا مسؤولیّت تحقّق اهداف با مشاور است. اهداف تعیین شده در مشاوره به سه دسته‌ی "بلند مدّت"، "میان مدّت" و "کوتاه مدّت"

تقسیم می‌شوند. هدف‌های بلند مدّت، نتایج نهایی را که پس از پایان مشاوره حاصل می‌شوند مشخّص می‌کنند. مثلا" ایجاد و توسعه‌ی رفتار ابراز وجود برای از بین بردن کم‌رویی و گوشه‌گیری مراجع. به عبارت دیگر هدف‌های بلندمدّت تغییر نهایی که باید در مراجع و موقعیّت زندگی او به وجود آیند را مشخّص می‌نمایند.

برای دست‌یابی به هدف‌های بلند مدّت، آن‌ها بایستی به هدف‌های عینی و عملی‌تر تبدیل شوند. مثلا" مشخّص می‌شود که مراجع باید در سه ماه آینده بتواند در کلاس سخنرانی کند، در جمع اقوام و خویشان به صورت فعّال رفتار کند و نظرات خود را بیان نماید، خواسته و منظور خود را بدون رودربایستی با دوستان و اطرافیانش مطرح کند.

برای نیل به اهداف میان‌مدّت، فعّالیّت‌های جزیی‌تری باید انجام شوند. که آن‌ها را هدف‌های کوتاه‌مدّت می‌نامند. مثلا" بتواند در هفته‌ی آینده سئوالات خود را در کلاس بپرسد، نظرش را به مادرش و پدرش بگوید، چند کار گروهی با دوستانش انجام بدهد.

مهارت‌های تعیین اهداف سه دسته هستند:

۱. **مهارت‌های استنباطی مراجع،** مشاور باید بتواند به بیانات مبهم مراجع درباره‌ی شرایط موجود و مطلوب گوش دهد و قادر باشد منظور از این پیام‌ها را درک کند. مراجعان به ندرت می‌توانند انتظار خود را از مشاوره به طور دقیق و روشن بیان کنند. مشاور بایستی از طریق گوش دادن فعّال، دقّت و تمرکز، طرح سؤالات مناسب، و بالاخره مواجهه یعنی روبه‌رو کردن مراجع با گفته‌ها و نظرات و خواسته‌های متعارض خودش، اهداف را مشخّص نمود و به مراجع پیشنهاد کند. پس از بحث و بررسی، اهداف واقعی و قابل دسترسی را برای مشاوره به صورت بلندمدّت، میان‌مدّت و کوتاه مدّت تعیین کنند.

۲. **مهارت‌های تمیز دادن بین اهداف بلند مدّت، میان‌مدّت و کوتاه مدّت،** مشاور باید بتواند مراجع را در تعیین اهداف بلندمدّت (نتیجه‌نهایی مشاوره)، میان‌مدّت (در سه ماه آینده نقشه من این است که . . .) و کوتاه مدّت (فردا سر پدر و مادرم داد و فریاد نمی‌کشم، تکالیف درسی خود را انجام می‌دهم) یاری دهد.

۳. **مراجع باید یاد بگیرد که چگونه به طور واقع بینانه نسبت به هدف‌های میان‌مدّت و کوتاه‌مدّت بیندیشد.** به عبارت دیگر ممکن است لازم باشد مشاور به مراجع بیاموزد که با توجّه به توانایی‌ها و قابلیت‌ها و نیازهای خود و منابع و امکانات در دسترس خود چگونه هدف‌های واقعی و قابل دسترسی را برای خود تعیین کند.

بالاخره باید تأکید شود که هدف‌های تعیین شده برای مشاوره ثابت و غیرقابل تغییر نیستند و با به

دست آمدن اطّلاعات جدید و بصیرت‌های تازه در صورت لزوم می‌توان اهداف را تغییر داد. به خاطر داشته باشید که کارکرد اصلی اهداف در مشاوره هدایت مشاور و مراجع است.

٤. ابداع مداخلات مشاوره‌ای،

بعد از تعیین اهداف، مشاور با توجّه به وضعیّت مراجع و مشکل او، و ضمن در نظر گرفتن اهداف تعیین شده استراتژی خود را بیان می‌نماید. در این مورد که یک مشاور کارآمد برای رفع مشکل مراجعان چه کاری باید انجام دهد نظرات متفاوتی وجود دارد. این تفاوت‌ها مربوط به تنوّع نظریّه‌های مشاوره است. هر یک از نظریّه‌ها می‌توانند در سازمان‌دهی اطّلاعات، تعریف مشکلات، دست‌یابی به منشاء آن‌ها و نیز انتخاب راهبردهای مداخله مورد استفاده قرار گیرند. به عنوان مثال دیدگاه "مراجع ـ محوری" دلالت بر این دارد که با توجّه به اهمّیّت "ارتباط"، مشاور بایستی به جای مداخله، درگیر جریان مشاوره شود. مشاور "هستی‌گرا" مداخله ی مشاوره‌ای را عبارت از تشویق مراجعان خود به شناسایی و پذیرش مسؤولیّت برای انتخاب‌هایشان می‌داند. مشاور "رفتارگرا" درصدد ترتیب فعّالیّت‌هایی است که مراجعان را یاری دهد تا در جلسه‌ی مشاوره یا در دنیای واقعی خویش تغییر یابند. مشاور طرفدار نظریّه‌های "شناختی" با شناساندن شرایطی که منجر به ناهماهنگی‌های شناختی می‌شوند، یا حالت شناختی ایستا را بر هم می‌زند مداخله می‌کند. مشاور طرفدار "نگرش سیستمی" با در افتادن با قواعد درون‌فردی یا با برهم زدن ترتیبات نظام‌دار موجود مداخله می‌کند. مشاور دارای نگرش "چندین فرهنگی" از کلیّه‌ی نظریّه‌های موجود استفاده می‌کند و با درک موقعیّت و وضعیّت فرهنگی مراجع مداخله می‌نماید و به مراجع کمک می‌کند تا مسؤولیّت زندگی خود را در آن وضعیّت فرهنگی بر عهده بگیرد.

به طور خلاصه تمام مشاوران کارآمد، قطع نظر از جهت‌گیری نظری، دارای طرحی درمانی هستند که آن را دنبال می‌کنند. طرحی که با توجّه به سنجش مشکل موجود، نگرش نسبت به ماهیّت انسان و فرآیندهای تغییر و نتایج مورد انتظار در هدف‌های مورد توافق تنظیم گردیده است.

در مداخله‌های مشاوره‌ای موضوع اصلی، تغییر و چگونگی به وجود آمدن آن می‌باشد. تمام موضوع مشاوره آغاز و تسهیل تغییر مورد نظر و دلخواه است. از این رو زمانی که مشاور و مراجع توانستند هدف‌ها یا نتایج دلخواه را مشخّص کنند، سئوال منطقی بعدی این است که چگونه باید به این هدف‌ها دست یافت؟

بعد از تعریف "مشکل" از مراجعان پرسیده می‌شود تاکنون چه راه‌حل‌ها یا مداواهایی را امتحان کرده‌اند؟ اغلب اوقات مراجعان می‌توانند یک یا چند کاری را که انجام داده‌اند و نتیجه‌ی چندانی نداشته و یا فقط تأثیر بسیار اندکی در تسکین یا رفع مشکل داشته است بیان کنند. این اطّلاعات نه تنها از ارائه‌ی

راه‌حلهایی که ممکن است مورد قبول واقع نگردند جلوگیری می‌کند بلکه کوشش‌هایی را که مراجع برای حل مشکل نموده است مشخّص می‌نماید و مشاور را از توانایی‌ها و امکانات مراجع به عنوان حل کننده‌ی مشکل مطّلع می‌سازد. در برخی موارد مراجعان اظهار می‌دارند راه‌حلی را که در گذشته به کار برده‌اند مؤثّر بوده، امّا بنا بر دلایلی آن را ادامه نداده‌اند. گاهی مداخلات خودجوش مراجعان که در گذشته به طور موقّتی اثربخش بوده‌اند، می‌توانند اصلاح شوند و مؤثّرتر گردند. چنین پاسخ‌هایی می‌توانند تعریف از مشکل را گسترش داده و مشاور را از این که چرا مراجع راه‌حلّی را نیمه‌کاره می‌گذارد و آنرا تا دسترسی به موفّقیّت ادامه نمی‌دهد آگاه سازد.

به فرض این که تمام مداخلات خودجوش مراجع مؤثّر نباشند، گام بعدی استفاده از مداخلاتی است که با توجّه به خصوصیّات مشکل برای رفع آن متناسب هستند. مثلا" اگر معلوم شود که مشکل به محیط اجتماعی مراجع (خانواده، محل ّ کار، دوستان، جامعه) مربوط می‌شود، مداخلاتی که برای تغییر نظام‌های اجتماعی وابسته طرّاحی شده، باید مورد توجّه قرار گیرد. چنانچه مشکل به صورت مفاهیمی از قبیل "رنجش"، "اندوه" و "خشم" نمایان شود ـ که ممکن است مبنای عاطفی داشته باشد ـ مداخلاتی که برون‌ریزی و اکتشاف عاطفی را آسان می‌سازد باید مورد استفاده واقع شوند. در صورتی که ویژگی‌های مشکل نشان بدهد که با اعمال مراجع یا کوشش‌هایی برای تحت تأثیر قرار دادن دیگران مربوط می‌شود، مشکل می‌تواند پایه‌ی رفتاری داشته باشد که در این صورت مؤثّرترین مداخلات ممکن است برای کمک به مراجع در نیل و کسب رفتارهای موفّقیّت‌آمیز طرّاحی شوند.

انتخاب مداخله‌ی درست اغلب یک فرایند تطابقی است. همان گونه که قابل پیش‌بینی است، تمام مداخلات برای تمام مراجعان کارآمد نیستند و یا به آن اندازه که تصوّر می‌شود مؤثّر نیستند. هنگامی که یک روش مشاوره‌ای یا درمانی نتیجه‌ی مطلوب را نمی‌بخشد، باید به موقع روش درمانی دیگری جایگزین گردد. روش معمول و متداول که امروز توسّط بسیاری از مشاوران و درمانگران بکار می‌رود "روش ترکیبی" است.

مهارت‌های مربوط به شروع مداخلات مشاوره‌ای:

۱ـ شایستگی و توانایی مشاور یا روان درمانگر در به کار بردن روش مداخله‌ای خاص.

۲ـ دانش مربوط به موارد استفاده‌ی مناسب از آن روش مداخله‌ای خاص.

۳ـ آگاهی از پاسخ‌های نوعی نسبت به آن نوع مداخله‌ها از طریق مطالعه‌ی تحقیقات انجام شده یا تجربیّات قبلی.

٤ـ مهارت‌های مشاهده‌ای مربوط به پاسخ مراجع به روش مداخله‌ای خاص.

لازمه‌ی دست‌یابی به مهارت‌های لازم جهت استفاده از روش‌های مداخله‌ای گوناگون، کسب تجربه در محیطی سالم و مساعد تحت نظر یک متخصّص می‌باشد، که معمولا" در یک مرکز خدمات مشاوره‌ای یا یک مرکز آموزش بالینی انجام می‌شود.

۵. پایان دادن

پایان بخشیدن موفّقیّت‌آمیز مشاوره، مهم‌ترین ملاک اثر بخشی هر نوع مشاوره‌ای تلقّی می‌شود. برای بیشتر مراجعان، مشاوره ـ به ویژه مشاوره‌ی موفّق ـ رویدادهای بسیار مهم محسوب می‌شود. رابطه با مشاور ممکن است مهم‌ترین رابطه در زندگی مراجع در زمان مشاوره باشد. بنابراین لازم است که مشاور از میزان اهمّیّت خویش آگاه بوده و به میزان تأثیر اعمالش بر آن‌ها متذکّر باشد و به نحوی مطلوب بدون لطمه وارد کردن به دست‌آوردهای مثبت مشاوره آن را پایان دهد.

هم زمان با احساس آغاز دست‌یابی به هدف‌های تعیین شده و شروع هم‌یاری در جهت رفع مشکل یا نگرانی، باید زمینه‌سازی برای پایان دادن موفّقیّت‌آمیز مشاوره فراهم گردد. در این هنگام ممکن است احساس خلائی در مراجع ایجاد شود و وسوسه‌ای برای تعیین هدف‌های جدید و ادامه‌ی مشاوره ایجاد شود. امّا مشاور با احتیاط و مهارت باید او را در درک این مطلب که به دلیل عدم وجود دلیل اصلی که سبب درخواست مشاوره بوده و ادامه‌ی آن لزومی ندارد، یاری دهد. مسؤولیّت مراجع در این مرحله، به کارگیری راه‌حلّ تعیین شده و مسؤولیّت مشاور، تعیین زمان پایان گرفتن مشاوره است. زمانی که مشخّص گردد رابطه‌ی مشاوره‌ای دو تا سه جلسه دیگر به اتمام خواهد رسید، مشاور اشاره می‌کند که به نظر می‌رسد مشکل در حال حل است و شما به راحتی از عهده‌ی انجام فعّالیّت‌های زندگی بر می‌آیید. به این ترتیب زمینه برای اختتام آماده می‌گردد. این کار برای مشاوران کم تجربه همانند برقراری رابطه‌ی مشاوره‌ای آسان نیست. بایستی مهارت‌های پایان دادن به تدریج فرا گرفته شوند. زمانی که مشاور متوجّه فرا رسیدن زمان پایان بخشیدن به مشاوره می‌شود، باید به ترتیب زیر اقدام گردد:

۱) اشاره به پایان وقت: مشاور باید در آغاز جلسه‌ی مشاوره مدّت جلسه را تعیین و آن را به اطّلاع مراجع برساند. ۵ تا ۱۰ دقیقه به پایان وقت باید با اشاره به زمان پایان جلسه مراجع را از این امر آگاه سازد.

۲) خلاصه کردن: گفت‌وگوهای مشاور و مراجع در پایان وقت جلسه یا زمان اختتام باید خلاصه شود. برای این کار از روش‌های متعدّدی استفاده می‌شود. ممکن است از مراجع خواسته شود که گفت‌وگوها را

خلاصه کند. زمانی خود مشاور به خلاصه کردن محتوای جلسه می‌پردازد. امّا بهتر است که مشاور و مراجع با مشارکت آن را انجام دهند. در خلاصه کردن باید به رئوس مطالب و فعّالیّت‌های مهّمی که در جلسه یا جلسات انجام شده حتماً اشاره شود.

۳) دادن تکلیف به مراجع: مراجع از طریق انجام تکلیف از مؤثّر بودن آموخته‌های جلسات مشاوره در جهت بهبود وضع و تغییر رفتارش مطمئن می‌گردد. از این رو در پایان هر جلسه و اتمام رابطه‌ی مشاوره‌ای انجام کار یا فعّالیّت‌هایی در ارتباط با حلّ مشکل به مراجع واگذار می‌گردد.

در دادن تکلیف باید نکاتی مورد توجه قرار گیرد:

الف ـ توانایی مراجع برای انجام تکلیف در نظر گرفته شود.

ب ـ تکلیف داده شده باید در جهت حلّ مشکل و تحقّق اهداف و موضوعات جلسه‌ی مشاوره باشد.

پ ـ نحوه‌ی انجام تکلیف به طور دقیق به مراجع آموزش داده شود.

ت ـ در جلسات بعدی باید انجام تکلیف توسّط مراجع گزارش و به وسیله‌ی مشاور پی‌گیری شود.

ث ـ تعیین وقت جلسه‌ی آینده پس از طیّ مراحل فوق با توافق مراجع تعیین می‌گردد.

ج ـ در صورت توافق مشاور و مراجع در مورد دست‌یابی به اهداف و حلّ مشکل، مشاور پس از خلاصه کردن محتوای جلسات، اعلام می‌کند که مشکل حل شده و مراجع می‌تواند از عهده‌ی انجام فعّالیّت‌های عادی زندگی برآید. بنابراین لزومی به ادامه‌ی جلسات نیست. امّا هر زمانی که مراجع در انجام تکالیف دچار مشکل شد، او آماده‌ی کمک و یاری است و مراجع را به انجام و تعقیب اهدافش در زندگی ترغیب می‌کند.

منابع فارسی

احمدی، سیداحمد. (١٣٧٤). *مقدمه‌ای بر مشاوره و روان درمانی*. اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان، چاپ پنجم.

شفیع‌آبادی، عبدالله. (١٣٦٦). *فنون و روشهای مشاوره*. تهران: انتشارات رز، چاپ سوّم.

گیبسون، ر. و میشل، م. *مبانی مشاوره و راهنمایی*. ترجمه‌ی باقر ثنایی و همکاران (١٣٧٣). تهران: چاپ اوّل.

نورانی‌پور، رحمت الله (١٣٧٨). *همدلی در مشاوره و روان درمانی*. تازه‌ها و پژوهش‌ها در مشاورهٔ ٣، صفحهٔ... .

منابع خارجی

Evans, R.D. et.al (1998). *Essential interviewing*. (5th ed). U.S.A.Brooks/Cole publishing Company.

Gladding, T. (1992). *Counseling a Comprehensive profession*. (2nd ed). U.S.A.: Macmillun publishing Company.

Hackney, H.L.و & Cormier, L.S. (2000). *The professional Counseling*. (4th ed). U.S.A.: Allyn and Bacon Company.

Hackney, H.L. and Cormier, L.S. (1999). *Counseling Strategies and interventions*. (4th ed). U.S.A.: Allyn and Bacon Company.

فصل چهاردهم

درمان‌های دارویی روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان

دکتر افتخار اردبیلی
استادیار دانشکده‌ی پزشکی و انستیتو روان‌پزشکی دانشگاه تهران

چکیده

دارودرمانی یکی از حوزه‌های روان‌پزشکی است که در سال‌های اخیر رشد فراوانی یافته است و این روند کماکان ادامه دارد. این رشد هم‌زمان با یافته‌های علوم اعصاب در اختلالات روان‌پزشکی و کشف علل بیولوژیک برای بسیاری از این اختلالات بوده است. برای بسیاری از اختلالات، دارودرمانی بی هیچ بحثی در رده‌ی اوّل درمانی قرار می‌گیرد (مثل اسکیزوفرنیا و مانیای حاد) و برای بسیاری از بیماران دیگر نیز کمک کننده است چرا که انسان موجودی با ابعاد بیولوژیک ـ اجتماعی ـ روان‌شناختی است و بدیهی است که این ابعاد در درمان نیز باید لحاظ شود. هر چند این داروها عوارضی نیز دارند ولی اثرات درمانی و مثبت آن‌ها بر عوارض ارجحیّت دارد. در سال‌های اخیر داروهایی با اثربخشی بهتر و عوارض کمتر (که بهتر تحمل شوند) ساخته شده است. داروهای اصلی که در روان‌پزشکی اطفال کاربرد دارند، داروهای ضد جنون، داروهای ضدّ افسردگی، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، داروهای سمپاتومیمتیک[1] و داروهای درمان شب‌ادراری هستند.

کلید واژگان: اسکیزوفرنیا، مانیای حاد، سمپاتومیمتیک.

1- Sympathomimetic

مقدمه

تعاریف مختلفی برای بیماریهای روان‌پزشکی وجود دارد. که البتّه بر هر کدام نیز انتقاداتی وارد است. بر طبق DSM IV اختلال روان‌پزشکی به "سندرم یا الگوی رفتاری یا روان‌شناختی قابل توجّه در یک فرد گفته می‌شود که همراه با استرس (مثلا" یک علامت دردناک) یا ناتوانی (اشکال در یک یا چند حوزه‌ی کارکردی) باشد یا بطور قابل ملاحظه‌ای شانس مرگ، درد، ناتوانی و یا از دست دادن آزادی‌ها را افزایش دهد". در DSM IV بیش از ۳۰۰ اختلال در ۱۷ طبقه وجود دارند.

داروها برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی چون اختلالات تفکّر، مانیا، اختلال بیش فعّالی و نقص توجّه (ADHD)[1] در اولویّت درمانی مطرح هستند، و برای بسیاری از اختلالات نظیر اختلالات افسردگی و اضطرابی به همراه درمان‌های روان‌شناختی کاربرد دارند. داروها برای بسیاری از بیماران روان‌پزشکی ثبات نسبی برقرار می‌کنند تا بیماران بتوانند روابط خود را حفظ کنند، سر کار خود حاضر شوند و درمان‌های روان‌شناسی را تحمّل کنند. دارودرمانی یکی از حوزه‌های فعّال و در حال رشد روان‌پزشکی است که در سال‌های اخیر پیشرفت‌های فراوانی داشته است. پیشرفت‌های دارودرمانی هم‌زمان با پیشرفت‌هایی در تکنولوژی و علوم اعصاب رخ داده است. در گذشته علل کلیّه‌ی اختلالات روان‌پزشکی به عوامل اجتماعی نسبت داده می‌شد و حتّی "اسکیزوفرنیا" یک واکنش به محیط تلقّی می‌شد و اختلالات روان‌پزشکی به گروهی از مشکلات اطلاق می‌شد که هیچ علّت ارگانیکی نداشته باشند. امروزه یافته‌های علوم اعصاب برای اختلالات روان‌پزشکی یک علّت بیولوژیک مطرح و تمامی رفتارها، خلق، تفکّر، تمرکز و . . . را دارای پایه‌ای بیولوژیک می‌دانند. این مطلب که انسان و به تبع آن اختلالات روان‌پزشکی دارای ابعاد "بیولوژیک ـ اجتماعی ـ روان‌شناختی"[2] است مفهومی عمیق‌تر بخشیده است. و البتّه نگرش "تحوّل گرایانه"[3] بیولوژیک (و هر نگرشی تحوّل گرایانه‌ی دیگر) از فهم کامل حقیقت قاصر است. بدون تردید رویکرد و مداخله در تمامی ابعاد بیولوژیک ـ اجتماعی ـ روان‌شناختی و نداشتن تعصّب و اصرار نورزیدن انحصاری به یکی از این ابعاد و یا نادیده گرفتن یکی از آن‌ها منجر به نتیجه‌ی درمانی بهتر خواهد شد. یکی از کمک‌هایی را که روان‌درمانی می‌تواند به گروهی از بیماران (نظیر مانیا) کند این است که مصرف دارو و "پیروی از دستورات"[4] را در بیماران افزایش دهد.

1- Attention Deficit Hyperactive Disorder
2- Biopsychosocial
3- Reductionistic
4- Drug Compliance

متأسّفانه برخی عقاید نادرست موجب می‌شود که بیماران با تصمیم خود و یا به توصیه‌ی دیگران داروهای خود را قطع نمایند. مطرح نمودن این عقاید در هنگام تجویز دارو و در یک محیط آرام و غیر انتقادی می‌تواند سبب دوام پیروی از دستورات دارویی شود. این عقاید عبارتند از:

۱. برخی تصوّر می‌کنند که داروهای روان‌پزشکی همگی یک دسته "داروهای اعصاب" هستند که ویژگی‌های یکسانی دارند که عبارتند از خواب آلوده کردن، آرام کردن، بی‌خیال کردن و . . . . امروزه داروهای روان‌پزشکی متنوع، در دسته‌های مختلف در دسترس هستند که هر کدام اثرات منحصر به فرد خود را دارا بوده و در واقع عوارض جانبی نظیر خواب‌آلودگی را به دنبال ندارند. به عبارت دیگر می‌توان برای یک بیمار افسرده یا مضطرب دارویی تجویز نمود که نه تنها پرخواب نشود بلکه نیاز به خوابش کاهش یابد.

۲. برخی بر این تصوّرند که مصرف داروهای روان‌پزشکی برچسب بزرگی برای آدمی است و کسی که داروهای اعصاب را مصرف می‌کند "دیوانه" و یا "خیلی مریض" است و از مصرف داروها احساس خجالت می‌کند. لازم است برای بیمار توضیح داده شود که اوّلا" معمولا" مردم مصرف داروهای روان‌پزشکی را از یکدیگر پنهان می‌کنند. بسیاری از افراد این داروها را مصرف می‌نمایند بدون آن که دیگران خبردار شوند. ثانیا" تنها جنون نیست که نیاز به دارو دارد و بسیاری مشکلات دیگر نظیر افسردگی، وسواس و اضطراب با دارو برطرف می‌گردد.

۳. بسیاری گمان می‌کنند که داروهای اعصاب اعتیادآور است و گاهی بیماران نگران آن هستند که به داروها معتاد شوند. وابستگی فیزیکی به مواد دو مشخصه‌ی مهم دارد: یکی نیاز به افزایش دوز است مثلا" فردی که تریاک مصرف می‌کند لازم است که برای رسیدن به همان اثر، دوز را مرتبا" افزایش دهد و دیگری علائم محرومیّت به دنبال قطع داروها است. اکثریّت داروهای روان‌پزشکی این دو ویژگی را ندارند و بنابراین نمی‌توان آن‌ها را اعتیادآور دانست.

٤. علّت دیگری که برخی به بیماران توصیه‌ی قطع دارو و یا عدم مراجعه به روان‌پزشک را می‌نمایند آن است که حالات مرضی را با طیف وضعیّت نرمال خودشان مقایسه می‌کنند. مثلا" یک بیمار، افسردگی اساسی را با حالت کسلی یا ملال خود که به طور طبیعی گاهی تجربه می‌شود مقایسه می‌کنند و به دنبال آن توصیه به کارهایی می‌کند که از حالت کسالت یا ملال بیرون آید. در حالی که این دو حالت اساسا"، با هم متفاوت هستند.

در نهایت مجددا" تأکید می‌شود دارودرمانی روش درمانی بسیار مناسب، مؤثّر و ارزان است که با تأثیر بر ناقل‌های شیمیایی و یا گیرنده‌های آن‌ها در مغز، تعادل شیمیایی را برقرار می‌کند و نباید بیماران را از این

روش درمانی محروم ساخت. به علاوه هیچ کس جز روان‌پزشک و ترجیحا" پزشک خود بیمار نمی‌تواند توصیه به قطع دارو نماید. چرا که قطع بسیاری از داروها علاوه بر احتمال عود بیماری ممکن است خطرساز باشد.

داروهای آنتی‌سایکوتیک یا ضد جنون[1]،

داروهای آنتی‌سایکوتیک به دو دسته تقسیم می‌شوند: ۱) داروهای کلاسیک که عمدتا" بر گیرنده‌های دوپامین[۲] نوع دوم (D2) اثر می‌کنند. از داروهای کلاسیک داروهای مختلفی نظیر "کلرپرومازین"[۳]، "تیوریدازین"[۴]، "تری‌فلوپرازین"[۵]، "پرفنازین"[۶]، "فلوفنازین"[۷]، "تیوتیکسن"[۸]، "هالوپریدول"[۹]، "پیموزاید"[۱۰] از چند دسته‌ی شیمیایی استرس هستند. تمامی این داروها اثرات درمانی تقریبا" یکسانی دارند و تنها از نظر قدرت (دوزی که لازم است تا اثر کلینیکی یکسانی ایجاد شود) متفاوت هستند.

عوارض این داروها به دو دسته‌ی عوارض نورولوژیک و غیر نورولوژیک تقسیم می‌شوند. عوارض نورولوژیک مثل "پارکینسونیسم"[۱۱]، "دیستونی حاد"[۱۲] "آکاتژیا"[۱۳] "دیسکینزی تأخیری"[۱۴]و "سندرم نورولپتیک بدخیم"[۱۵] در داروهای با قدرت بالا نظیر "هالوپیریدول" شایع‌تر است و عوارض غیر نورولوژیک مثل خشکی دهان، افت فشار خون، احتباس ادراری، عوارض قلبی و . . . در داروهای با قدرت پایین نظیر "کلرپرومازین" شایع‌تر است.

دوز این داروها در درمان اسکیزوفرنیا معادل روزانه ۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم "هالوپیریدول" و یا ۳۰۰ تا ۵۰۰ میلی‌گرم "کلرپرومازین" است. "هالوپیریدول" و "پیموزاید" در درمان "اختلالات تیک" نظیر "اختلال توره" کاربرد دارند که با دوزهای پایین‌تر استفاده می‌شوند. ۲) داروهای جدید یا غیر کلاسیک که علاوه بر

1- Antipsychotic
2- Dopamine
3- Chlorpromazine
4- Thioridazine
5- Trifluperazine
6- Perphenazine
7- Fluphenazine
8- Thiothixene
9- Halopridol
10- Pimozide
11- Parkinsonism
12- Acute Dystonia
13- Akathisia
14- Tardive dyskinesia
15- Malignant Neuroleptic Syndrome

گیرنده‌های دوپامینی، بر گیرنده‌های دیگر ناقل‌های شیمیایی در مغز اثر می‌کنند و به علّت همین تفاوت، عوارض جانبی کمتری داشته و بهتر تحمّل می‌شوند و بر علائم منفی "اسکیزوفرنیا" مؤثّر هستند. این داروها در درمان اختلالات سایکوتیک نظیر "اسکیزوفرنیا" و "پرخاشگری" و "اختلالات تیک" مؤثّر هستند.

از داروهای غیر کلاسیک و جدید می‌توان از "کلوزاپین"[۱] و "ریسپریدون"[۲] نام برد که توسّط هلال احمر جمهوری اسلامی ایران توزیع می‌گردند. این داروها عوارض کمتری داشته و بهتر تحمّل می‌شوند و بر علائم منفی اسکیزوفرنیا مثل نداشتن انگیزش نیز مؤثرند.

داروهای ضدّ افسردگی[۳]،

داروهای ضدّ افسردگی در درمان اختلالات افسردگی کاربرد زیادی دارند. این داروها شانس بهبودی از افسردگی اساسی را در مدّت یک ماه به دو برابر افزایش می‌دهند. داروهای ضدّ افسردگی به چند دسته تقسیم می‌شوند. همگی آن‌ها بر روی ناقل‌های شیمیایی "نوراپنیفرین" و "سروتونین" مغزی اثر می‌کنند و بیشتر در عوارض جانبی متفاوت هستند. شروع اثر این داروها معمولا" ۲ تا ۳ هفته پس از شروع درمان است و اوّلین علائمی که بهبود می‌یابند، کم‌خوابی و کم‌اشتهایی است. طول مدّت مصرف این داروها برای درمان "افسردگی اساسی" حداقل ٦ تا ۹ ماه پس از بهبودی علائم است. علاوه بر درمان "افسردگی اساسی"، در درمان "اختلال کج خلقی"[٤]، "اختلال پانیک"[٥]، "وسواس"[٦]، "اختلال اضطرابی منتشر"[۷] و "اختلالات خوردن"[۸] نیز کاربرد دارند.

۱. داروهای "سه حلقه‌ای"[۹] و "چهار حلقه‌ی"[۱۰] نظیر "ایمی‌پرامین"[۱۱]، "آمی‌تریپتلین"[۱۲]، "تریمی‌پرامین"[۱۳]، "کلومیپرامین"[۱٤] و "نورتریپتیلین"[۱٥]. از این داروها "کلومیپرامین" برای درمان وسواس نیز استفاده می‌شود. عوارض این داروها خواب آلودگی، عوارض سیستم "اتونوم" (مثل خشکی دهان، افت فشار خون، تعریق و

1- Clozapine
2- Risperidone
3- Antidepressants
4- Dysthymic Disorder
5- Panic Disorder
6- Obsession
7- Generalized Anxiety Disorder
8- Eating Disorder
9- Tricyclic
10- Tetracyclic
11- Imipramine
12- Amitriptyline
13- Trimipramine
14- Clomipramine
15- Nortriptyline

. . .)، عوارض قلبی و عوارض آلرژیک هستند. دوز درمانی "ایمی‌پرامین"، "آمی‌تریپتیلین"، "تریمی‌پرامین" و "کلومیپرامین" ۱۵۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم در روز است. این داروها با دوز کم آغاز و به تدریج افزایش داده می‌شوند.

۲. داروهای مهار کننده‌ی اختصاصی باز جذب سروتونین[1](SSRI) نظیر "فلوکستین". "فلوکستین" در درمان "اختلال پانیک"، "اختلال اضطرابی منتشر" و "وسواس" نیز کاربرد دارد. عوارض این دارو به نسبت داروهای چند حلقه‌ای بسیار کمتر است و شامل عوارض گوارشی (تهوّع، استفراغ، اسهال و . . .)، سردرد، بی‌خوابی یا خواب‌آلودگی و بی‌اشتهایی هستند. دوز روزانه‌ی دارو ۲۰ تا ۸۰ میلی‌گرم در روز است. در افسردگی کودکان از این گروه دارویی بیشتر استفاده می‌گردد.

۳. داروهای مهار کننده‌ی منوآمین اکسیداز (MAOI) مثل "ترانیل‌سیپرومین"[2]که به علّت تداخلات دارویی وسیع و خطرناک امروزه کمتر استفاده می‌شوند.

داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور[3] ،

مهم‌ترین داروهای این گروه "بنزودیازپین"ها[4]هستند. این داروها شامل "دیازپام"[5] ، "لورازپام"[6] ، "کلردیازپوکساید"[7] ، "اکسازپام"[8] ، "کلونازپام"[9] و "آلپرازولام"[10] هستند و بر "گیرنده‌های گابا"[11] در مغز اثر می‌کنند. کاربرد اصلی این داروها در درمان اختلالات اضطرابی است. برای درمان اختلالات خواب باید به صورت کوتاه‌مدّت مصرف شوند و نباید برای بیش از ۳ هفته‌ی متوالی مصرف گردند چون خطر وابستگی به آن وجود دارد. مصرف طولانی این داروها وابستگی به آن را ایجاد می‌کنند و قطع آن علائمی چون تشنّج، اضطراب، تحریک‌پذیری، بی‌خوابی و سردرد را به دنبال می‌آورند.

1- Specific Serotonin reuptake inhibitor
2- Tranylcypromine
3- Sedative-Hypnotic
4- Benzodiazepine
5- Diazepam
6- Lorazepam
7- Chlordiazepoxide
8- Oxazepam
9- Clonazepam
10-.Alprazolam
11-

داروهای سمپاتومیمتیک[1]،

این گروه شامل داروهای "دکستروآمفتامین"[2]، "متیل فنیدیت"[3] و "پمولین"[4] هستند. این داروها باعث باعث افزایش "دوپامین"[5] در "فضای سیناپی"[6] (بین نورون‌ها) می‌شوند و در درمان اختلال بیش فعّالی و کمبود توجّه (ADHD) کاربرد دارند و ۷۵ درصد بیماران به این دارو پاسخ مناسب می‌دهند. عوارض این دارو شامل بی‌اشتهایی، کاهش وزن، آهسته شدن رشد، سرگیجه، بی‌خوابی و کابوس شبانه و تیک است. دارو با دوز کم آغاز می‌شود و در صورت عدم پاسخ تا حداکثر ٦٠ میلی‌گرم در روز رسانیده می‌شود. از این داروها، "متیل فنیدیت"[7] در ایران توسّط معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی توزیع می‌شود.

درمان‌های دارویی شب ادراری،

درمان‌های دارویی در رده‌ی اوّل درمان شب ادراری نیستند و در اکثر موارد نیازی به آن نیست. داروهای "ایمی‌پرامین" و "دسموپرسین"[8] در درمان شب ادراری استفاده می‌شوند. "ایمی‌پرامین" از دسته‌ی داروهای ضدّ افسردگی است و "دسموپرسین" نیز با افزایش باز جذب آب در توبول‌های کلیوی، حجم ادرار را کاهش می‌دهد. "دسموپرسین" به صورت محلول یا اسپری وجود دارد که شب‌ها قبل از خواب در بینی ریخته می‌شود.

1- Sympathomimetic
2- xtroamphetamine
3- thylphenidate
4- Pemoline
5-
6-
7-
8- Desmopressin

منابع

قلعه‌بندی، میرفرهاد. (۱۳۷۹). *روان‌پزشکی بالینی*. تهران: مؤسسه‌ی فرهنگی انتشاراتی فرهنگ‌سازان.

Kaplan H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry*. (8th ed). Williams & wilkins.

Gelder M.; Gath, D; & Mayor, R. (1996). *Cowen p: Oxford Textbook of Psychiatry. (3rd ed).* Oxford university press.