

## مروری بر اختلالات روانی، مشکلات رفتاری و انواع درمان های آن در دوران نوجوانی

### الهام قاسمی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

#### چکیده

هدف از این مطالعه به منظور بررسی کلی در زمینه مشکلات روانی نوجوانان انجام گردیده است که به دلیل تأثیرات عمیق و مهمی که دارد، می تواند سراسر زندگی انسان را تحت الشعاع قرار دهد. اختلالات و مشکلات روانی نوجوانان هزینه های زیادی برای افراد، خانواده و جامعه به همراه دارند و با مسائل و معضلات قابل توجهی در آینده ارتباط دارد. نوجوانی یکی از مهم ترین دوره زندگی هر فرد است که ویژگی های رشدی آن می تواند بر اختلالات روانی - رفتاری فرد در آینده اثر بگذارد. از جمله اختلالات روانی، رفتاری و روانپزشکی که می تواند در این برهه آشکار شوند؛ اضطراب، افسردگی، خودکشی، اختلالات تغذیه ای، مشکلات سلوک، بزهکاری، سوء مصرف مواد، دزدی، فرار از خانه یا مدرسه، افت تحصیلی و... می باشند (۱). از مهم ترین مسائل مربوط به دوران نوجوانی افسردگی بلوغ، سوء مصرف مواد، الکل و مشکلات سلوک است که می تواند با توجه به محیط خانوادگی نامناسب و سبک فرزندپروری بی ثبات، شرایط اجتماعی و عوامل جسمانی، مشکلات بارز و عمیقی ایجاد کند که در گستره وسیعی از ابعاد مختلف زندگی انسان اعم از جسمانی، روانی، رفتاری، تحصیلی، شغلی و روابط اجتماعی تأثیر گذاشته و زمینه را برای ابتلای نوجوان به انواع مشکلات رفتاری و اختلالات روانی ایجاد کند که به مراتب مخرب تر و آسیب زاتر خواهد بود. پژوهش های انجام شده در زمینه میزان تأثیر و کارایی درمان های اختلالات روانی و مشکلات رفتاری دوران نوجوانی از جمله، درمان های دارویی، درمان های شناختی - رفتاری، آموزش والدین و نوجوانان برای کسب مهارت های زندگی و اجتماعی مانند جرات ورزی و مدیریت خشم و بازداري و کنترل تکانشگری، طرحواره درمانی، رفتاردرمانی و همچنین درمان های جدید برکاهش علائم اختلال سلوک می توان به درمان نوروفیدبک (پسخوراند عصبی) اشاره کرد که هنوز میزان کارایی قطعی درمان مشخص نشده است؛ اما احتمالاً در کاهش علائم ویژگی های اختلال سلوک موثر است؛ بنابراین ضروری است تا با تحقیقات بیشتر میزان کارایی این درمان را سنجیده و اطمینان حاصل کرد تا بتوان از آن برای درمان این اختلال بهره جست.

**واژه های کلیدی:** نوجوانان، بلوغ، اختلالات روانی، درمان اختلالات روانی، مشکلات رفتاری نوجوانان

## مقدمه

نوجوانی یک سازه زیستی-اجتماعی است -یعنی با بلوغ آغاز و به تعریف فرهنگی استقلال ختم می شود. دوران نوجوانی محدوده زمانی متغیری دارد یعنی نوجوانی دوران شش هفت ساله ای است که بین ناپختگی کودکان و پختگی بزرگسالان قرار دارد. تکالیف و اشتغالات رشدی نوجوانان و در واقع پختگی شناختی آنان به قدری متغیر است که روانشناسان مجبور می شوند که سنجش و درمان را به سه مقطع اوایل ، اواسط و اواخر نوجوانی تقسیم کنند (۲). ( لورا برک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴) امروزه نوجوانی مرحله شناخته شده ای از رشد انسان تلقی می شود. این مرحله از نظر سن شروع ، سرعت و طول مدت آن ، رشد جنسی و تکامل روانی متفاوت است. وجه مشخصه نوجوانی تغییرات عمیق رشد زیستی روانشناختی و اجتماعی آن است. شروع مرحله زیستی دوران نوجوانی با افزایش سریع رشد اسکلتی و رشد فیزیکی جنسی مشخص می شود (۳). تقریباً تمامی متخصصین روانشناسی و علوم تربیتی بر این باورند که دوره نوجوانی حساس ترین و بحرانی ترین و مهم ترین دوره رشد هر انسان می باشد. در دوره فرد به بلوغ می رسد ، در پی کشف خود است ، به دنبال کسب استقلال و جدایی از وابستگی های دوره کودکی است ، به همین دلایل در این دوره نوجوانان دارای وضعیت روانی با ثباتی نیستند و در این دوره است که بیشترین مشکلات روانی و رفتاری برای نوجوانان به وجود می آید (۳).

در این دوران که برهه انتقال و تغییرات چشمگیر است، تعجب آور می شد اگر مشکلات تا این حد شدید و جدی می شدند؛ اما بر خلاف تصور عامه ، نوجوانان خیلی از آسیب پذیرتر از سایر انسان ها نیستند با این حال ، آنان مشکلات روانشناختی مهمی را تجربه می کنند که برخی از آنها عبارتند از:

افسردگی و اقدام به خودکشی

اضطراب

مشکلات سلوک

اختلالات خوردن ( کم خوری عصبی و پر خوری عصبی)

سوء مصرف مواد دارویی و مخدر

به طور کلی دوران کودکی به دوران نوجوانی ختم می شود ؛ یعنی دوران بروز مجموعه ای از تحولات روانشناختی که به طور کلی با رشد جسمانی یا (بلوغ) رابطه دارند.

از دیدگاه زیست شناسی و طبق تعریف استنلی هال<sup>۲</sup> که یکی از نظریه پردازان عمده بود، نوجوانی را به صورت دوره بسیار پر آشوبی توصیف کرد که به دورانی شباهت دارد که در آن ، انسان ها از موجودات وحشی به موجوداتی متمدن تبدیل می شوند. همچنین آنا فروید سال های نوجوانی را به صورت آشفتگی رشد در نظر گرفت. در مرحله تناسلی فروید ، تکانه های جنسی دوباره برانگیخته می شوند و تعارض روانشناختی و رفتار بی ثبات را به وجود می آورند و هنگامی که نوجوانان شریک صمیمی پیدا می کنند ، نیروهای درونی به تدریج به تعادل جدید و پخته ای می رسند و این مرحله به ازدواج ، زایمان و بزرگ کردن فرزند ختم می شود (۳).

بلوغ<sup>۱</sup> ( رشد جسمی و روانی )

بلوغ یک فرایند تغییر فیزیکی است که مشخصه آن رشد صفات جنسی ثانوی است و با نوجوانی که عمدتاً یک فرایند تغییر روانشناختی محسوب می شود تفاوت دارد. تحت شرایط مطلوب این دو فرایند به طور همزمان روی می دهند. وقتی بلوغ و نوجوانی همزمان روی ندهند نوجوان ناچار است با این عدم توازن که یک استرس اضافی است مدارا کند. شروع بلوغ به ترشح هورمون های جنسی و برخی سلول های مغزی ، رشد روانی- جنسی و میزان اخذ هویت جنسی مردانه یا زنانه بستگی دارد. در دوران بلوغ تغییرات زیادی روی می دهد و رشح غدد جنسی پیامدهای شگرفی دارد. دوران بلوغ، پدیده اعجاب انگیزی است که طی آن به تدریج صفات ثانویه جنسی در فرد دارای توانایی تولید مثل می شود (۶) و منجر به تمایز کامل پسر و دختر از یکدیگر شده و قد و ترکیب نهایی بدن در دوران بزرگسالی طی این دوران مشخص می گردد (۴). اما نکته مهم تر ، تلاقی تحولات مهم هیجانی و اجتماعی است که از دوران کودکی شروع شده اند و در این برهه به مرز پختگی رسیده اند. در دوره بلوغ همزمان با دگرگونی های جسمی ، حالات تشویش و نگرانی در نوجوان نمایان می شود و گاهی در برخی از آنان ، تمام اندیشه و ذهن و پندارشان را به خود مشغول می دارد . مجموعه این حالات و هجوم افکار و پندارهای قدرتمند گوناگون باعث سرگشتگی نوجوان می شود ؛ و در اینجا است که می کوشد با تضادهای درونی خود که اینک او را آشفته و بیمناک کرده است دست و پنجه نرم کند تا از سرگشتگی و پریشانی که بدان گرفتار آمده است، رهایی یابد. در همین بحران های روانی است که هر یک از آنان به ترتیبی واکنش ها و رفتارها و کردارهای خاصی از خود نشان می دهند که می توان گفت چگونگی تربیت سالهای نخستین نوجوان و آموخته ها و دیدگاه های فکری، اجتماعی و مذهبی اش در تندی و کندی و یا مثبت و منفی بودن حالاتش تاثیر شایسته ای دارد (۳). با آشکار شدن رشد و شروع تغییرات جسمی در نوجوانان ، آشفتنی ها و دلواپسی ها در آنان بیشتر می شود. در این دوره فعالیت های غدد تعادل خود را از دست می دهند و استخوان ها به آخرین بخش رشد خود نزدیک می شوند. قد بلند و هم آهنگی لازم بین اندام ها و عضلات نمایان می گردد. قلب به اندازه کافی رشد می نماید و به سبب اشتها زیاد ، میل به خورد و خوراک افزون می شود. به همین جهت نوجوان به علت نیاز به کالری بیشتر باید در هر روز به قدر کافی از مواد کلسیم دار و پروتئینی استفاده کند. در دوره نوجوانی تقاضاهای محیطی افزایش می یابند و بسیاری از اختلالات روان پزشکی در این دوره آغاز می شوند. اسکیزوفرنی ، اختلال دو قطبی نوع ۱ ، اختلال سلوک و خودکشی موفق و اختلالات هویت جنسی در دوره نوجوانی به میزان چشمگیری افزایش می یابد. نوجوان ممکن است ناراحتی خود را به صورت رفتارهای بزهکارانه ، مردم گریزی ، مشکلات تحصیلی و یا اختلالات روان پزشکی نشان دهد و شدت آن به حدی باشد که نیاز به مداخله درمانی داشته باشد. همه این موارد نکاتی است که نوجوان متوجه تغییرات ناگهانی خود می شود و به خود توجه پیدا می کند و این توجه به خود به هر حال تا مدت زمانی به درازا می کشد که این حالت را در روانشناسی نارسیم یا ((خودشیفتگی)) می گویند که به هر حال نباید بیشتر از مدت معمول به درازا بکشد که پسندیده و پذیرفتنی نیست و خود یک نوع عدم تعادل روانی محسوب می شود. سطح بالاتر هورمون مربوط به بلوغ با دمدمی بودن بیشتر ارتباط دارد ، ولی این رابطه نیرومند نیست. در چند تحقیق از کودکان ، نوجوانان و بزرگسالان درخواست کردند پی جویهای الکتریکی با خود حمل کنند تا از این طریق خلق آنها را کنترل نمایند. به طوری که انتظار می رفت ، نوجوانان کمتر از کودکان دبستانی و بزرگسالان از خلق خوشایند خبر دادند اما خلق منفی با تعداد بیشتر رویدادهای ناگوار مانند مشکلاتی با والدین ، اقدامات انضباطی در مدرسه ، و قطع روابط با دوست پسر یا دختر ارتباط داشت زیرا به نظر می رسید که نوجوانان بیشتر از کودکان به صورت هیجانی به آن ها واکنش نشان می دادند که این واکنش پذیری نسبت به استرس به خاطر تغییراتی در فعالیت انتقال دهنده

عصبی در طول نوجوانی تغییر می کند (۳). مطالعات نشان داده است که در این دوره مشکلات رفتاری درونی سازی (مانند اضطراب و افسردگی) و مشکلات رفتاری برونی سازی (مانند بزهکاری، اعتیاد و پرخاشگری) رواج و شیوع بیشتری می یابند (ایمانی، الخلیل و شکری، ۱۳۹۸)، بنابراین لازم است به تغییرات و تحولات این دوره از زندگی توجه ویژه ای شود (۵).

### اختلالات روانی و مشکلات رفتاری نوجوانان

مشکلات رفتاری	اختلالات روانی
۱- خودکشی	۱- افسردگی
۲- سوء مصرف مواد	۲- اختلالات خوردن (بی اشتهاهی عصبی و پراشتهاهی عصبی)
۳- بزهکاری	۳- اعتیاد و وابستگی به اینترنت، تلفن های هوشمند و شبکه های مجازی
۴- مشکلات سلوک (پرخاشگری، تکانشگری، فرار از خانه و مدرسه)	۴- اختلالات اضطرابی

### افسردگی<sup>۱</sup>

افسردگی یکی از اختلالات مهم نوجوانان است که گاهی با تفریح و فعالیت های متنوع و گاهی با انجام کارهای خطرناک و بزهکاری، سعی در مخفی کردن افسردگی خود دارند. واکنش های افسردگی از جمله ملازم های امتناع از مدرسه رفتن و مدرسه گریزی هستند؛ همچنین در مشکلاتی مثل نحیف بودن، سوء مصرف مواد و بزهکاری هم دیده می شوند. افسردگی خفیف می تواند به صورت بی حالی و ناخوشی بروز کند اما نوجوانان و کودکانی که از افسردگی شدید رنج می برند، غالباً بی قرار و بدخلق و در حالت شدید تر دچار کم خوابی و بی اشتهاهی می شوند و همیشه بی احساس، غمگین و دلمرده اند. بی احساسی نوجوان افسرده را نباید با تنبلی اشتباه گرفت. نوجوانان گاهی افسردگی خویش را در زیر جنب و جوش و رفتارهای ضد اجتماعی و خطرناک پنهان می کنند به همین دلیل تشخیص افسردگی آنان دشوار است (۲). افسردگی در میان کودکان و نوجوانانی که دچار نشانه های شدید اضطراب هستند، بیشتر بروز می کند. موارد زیر از علائم اصلی افسردگی هستند:

تغییر شدید الگوی تغذیه و خواب

احساس درماندگی، افسردگی، ناامیدی و نفرت از خود

عدم تمرکز و ناتوانی در پرداختن به کارها

تحریک پذیری و پرخاشگری

تغییر ناگهانی عملکرد تحصیلی

انجام کارهای خطرناک (مثل مصرف الکل یا داروهای مخدر، رانندگی خطرناک و بزهکاری) (۲).

اختلالات خوردن<sup>۱</sup> (بی اشتهاهی عصبی<sup>۲</sup> و پراشتهای عصبی<sup>۳</sup>)

دخترهایی که زود به بلوغ می رسند و از تصویر بدن خود ناراضی هستند و در خانواده هایی بزرگ می شوند که نگرانی در مورد وزن و لاغری زیاد است، در معرض خطر مشکلات خوردن جدی قرار دارند. رژیم گرفتن شدید، پیش بین قدرتمندی برای شروع اختلال خوردن در نوجوانی است. دو اختلال بسیار جدی، بی اشتهاهی عصبی و پراشتهای عصبی هستند. بی اشتهاهی عصبی، اختلال خوردن خطرناکی است که به موجب آن جوانان به خاطر ترس وسواسی از چاق شدن به خود گرسنگی می دهند. افراد مبتلا، تصویر بدن بسیار تحریف شده ای دارند. حتی بعد از اینکه آن ها شدیداً کم وزن شده باشند، باز هم خود را خیلی سنگین تصور می کنند. اغلب آن ها آنچنان رژیم خود خواسته ای می گیرند که در پاسخ به گرسنگی از خوردن اجتناب می کنند. آن ها برای کاستن از وزن خود، شدیداً ورزش می کنند. این افراد برای رسیدن به لاغری عالی بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از وزن بدن خود را کاهش می دهند و حتی ممکن است نخستین قاعدگی روی ندهد؛ زیرا برای وقوع قاعدگی، ۱۵ درصد از چربی بدن لازم است. لازم به ذکر است که فشارهای درون فرد، خانواده و فرهنگ موجب این اختلال می شوند. دوقلوهای همانند بیشتر از دوقلوهای ناهمانند در این اختلال سهیم هستند که بیانگر تاثیر وراثت است. این افراد از لحاظ هیجانی فروخورده هستند و از روابط صمیمانه خارج از خانواده خودداری می کنند، علاو براین، تعاملات والد - نوجوان، مشکلاتی را در ارتباط با استقلال نوجوانان آشکار می سازند. معمولاً مادران این دختران درمورد ظاهر بدن، پیشرفت و مقبولیت اجتماعی انتظارات بالایی دارند و بیش از حد محافظت کننده و کنترل کننده هستند و پدران از لحاظ عاطفی فاصله گیر هستند. دختران مبتلا به این اختلال معمولاً انکار می کنند که اصلاً مشکلی وجود دارد، به همین دلیل درمان این اختلال دشوار است و از درمان های رایج عبارتند از: خانواده درمانی و تجویز دارو برای کاستن از اضطراب است (۳). بی اشتهاهی عصبی، خود به دو زیرگروه محدودکننده ((Restricting subtype و پرخوری/ پاک سازی (Being-eating / purging subtype) تقسیم می شود که در زیرگروه محدودکننده، بیماران به طور منظم از یک رژیم غذایی کم کالری پیروی می کنند (۲۰)، ولی در بیمارانی که در زیرگروه دوم قرار می گیرند، به طور منظم دوره های پرخوری با رفتارهای جبرانی یا بدون آن را تجربه می کنند (۷). پراشتهای عصبی نوعی اختلال خوردن است که به موجب آن جوانان (عمدتاً دختران اما پسران هم جنس گرا و دوجنس گرا نیز نسبت به آن آسیب پذیرند) رژیم سخت می گیرند و ورزش بیش از اندازه کرده و همراه با آن پرخوری می کنند و معمولاً بعد از آن عمداً استفراغ کرده و برای پاکسازی، از ملین ها استفاده می کنند و باید بر این نکته تاکید کرد که وزن اغلب بیماران مبتلا به پراشتهای عصبی در محدوده طبیعی قرار دارد. این افراد ممکن است مانند مبتلایان به بی اشتهاهی عصبی دچار تصویر ذهنی مختل از بدن و ترس زیاد نسبت به افزایش وزن باشند (خان پور اردستانی، صادق پور، آذربایجانی، حسن زاده کشتلی. ۱۳۹۰). پراشتهای از بی اشتهاهی شایع تر است و اضافه وزن و بلوغ زودرس خطر این اختلال را افزایش می دهند. با اینکه افراد مبتلا به پراشتهای عصبی مانند افراد مبتلا به بی اشتهاهی عصبی درمورد افزایش وزن نگرانی بیمارگون دارند، ولی والدین آن ها به جای اینکه کنترل کننده باشند، از لحاظ عاطفی بی اعتنا بوده اند. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً درمورد عادات خوردن نابهنجار خود احساس گناه و افسردگی می کنند به عبارت دیگر آن ها نسبت به اختلال خود

آگاه بوده و بنابراین درمان نیز آسان تر از اختلال بی اشتهاهی عصبی می باشد که از جمله : گروه های حمایتی ، آموزش تغذیه ، آموزش در زمینه تغییر عادات خوردن و داروهای ضد اضطراب ، ضد افسردگی و کنترل کننده اشتها صورت می گیرد (۳).

## خودکشی<sup>۱</sup>

خودکشی دو مولفه اساسی دارد : شخص خودش اقدام به خودکشی می کند و این کار را هم آگاهانه انجام می دهد. میزان خودکشی از کودکی تا پیری افزایش می یابد ولی در نوجوانی ناگهان بالا می رود ؛ زیرا به نظر می رسد که توانایی بهتر نوجوانان در برنامه ریزی کردن از پیش دخالت داشته باشد. با اینکه برخی از نوجوانان به صورت تکانشی عمل می کنند ولی بسیاری از آن ها گام های هدفمندی را به سمت کشتن خود برمی دارند. تغییرات شناختی دیگر نیز مشارکت دارند که بسیاری از نوجوانان افسرده نتیجه می گیرند که هیچ کس نمی تواند رنج شدید آن ها را درک کند ، در نتیجه ؛ یاس و ناامیدی آن ها عمیق می شود. لازم به ذکر است که افسردگی یکی از اجزای مهم خودکشی و اقدام به خودکشی است. اقدام به خودکشی در بین کسانی که در مرحله پایانی دوران نوجوانی هستند خیلی زیاد است و اوج آن بین ۱۵ تا ۱۹ سالگی است. یکی از علل اصلی خودکشی نوجوانان ، مصرف مواد مخدر و علل دیگر آن ، وجود الگوی خودکشی در بین اعضای خانواده یا دوستان ، میزان بالای فقر خانواده ، ناکامی تحصیلی ، مصرف الکل ، اختلالات سلوک و افسردگی است (۲). خودکشی در دو تیپ از نوجوانان روی می دهد. گروه اول : نوجوانان بسیار باهوشی را شامل می شود که تنها و منزوی هستند و نمی توانند معیارهای عالی خود یا افراد مهم در زندگی خویش را برآورده کنند. افراد گروه دوم که گروه بزرگتری است ، گرایش های ضد اجتماعی دارند و ناخشنودی خود را از طریق تهدید و ارباب ، جنگ و ستیز ، دزدی و مخاطره جویی زیاد و سوء مصرف دارو نشان می دهند. آن ها علاوه بر اینکه متخاصم و مخرب هستند ، خشم و ناامیدی خود را به درون برمی گردانند. اختلال های هیجانی و ضداجتماعی اغلب در زمینه خانوادگی نوجوانان خودکشی گرا وجود دارند. به علاوه این نوجوانان احتمالا رویدادهای زندگی استرس زای متعدد ، ازجمله فقر مالی ، طلاق والدین ، تعارض مکرر والد - فرزند وسوءاستفاده و غفلت را تجربه کرده اند. معمولا عوامل استرس زا در مدت قبل از تلاش خودکشی افزایش می یابند. رویدادهای ایجاد کننده شامل این موارد می شوند : سرزنش کردن نوجوانان به خاطر مشکلات خانواده توسط والدین ، قطع رابطه مهم با همسالان ، یا احساس شرمساری ناشی از دستگیر شدن به خاطر پرداختن به اعمال ضداجتماعی (۲).

## سوء مصرف مواد<sup>۲</sup>

در گذشته های نه چندان دور سوء مصرف مواد در بین کودکان نسبتا کمیاب بود ، اما امروزه مصرف این مواد زیاد و در دوران نوجوانی کاملا رایج است. اکثر نوجوانانی که مواد مخدر را از روی کنجکاوی امتحان می کنند ، به طور مرتب از این مواد استفاده نخواهند کرد. آن ها به ندرت از مواد مخدر استفاده می کنند و ظرف یک سال یا کمی بیشتر ، آن را کنار می گذارند. معمولا همسالان یا اشخاصی مواد مخدر را در اختیار مصرف کنندگان می گذارند که به دنبال عدم همرونگی و خلاف هستند. سرکشی ، ضعف عزت نفس ، ناراحتی روانی و نداشتن آرمان ها و علائق تحصیلی از جمله ویژگی های نوجوانان مصرف کننده اند. ناامیدی ناشی از بیکاری نیز در میان این افراد زیاد دیده می شود (۲). از عوامل گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان می

توان به عوامل فردی و اجتماعی اشاره کرد که این عوامل بسته به صفات شخصیتی فرد، مرحله ای از رشد که در آن قرار دارد و محیط فرد، تاثیرات متفاوتی را ایجاد می کند. عوامل فردی مانند ژنتیک، زیست شناسی و شخصیت می باشد و همچنین سوء مصرف مواد غالبا با خشم و خشونت همبودی دارد که این عوامل در میزان آسیب پذیری فرد نسبت به مصرف و سوء مصرف نقش دارند (۸). نوجوانان محروم- یعنی نوجوانانی که امید زیادی به آینده ندارند و با مشکلات اقتصادی - اجتماعی و تبعیض نژادی روبرو هستند و شرایط زندگی آنان فلاکت بار است و غالبا بیماری های لاعلاج دارند و محیط اجتماعی و خانوادگی آنان در هم ریخته است - معمولا از جست وجوی معنا و هویت دست می کشند و به دامن مواد مخدر پناه می برند ؛ به همین دلیل والدین و متخصصان باید نسبت به غلایم مصرف دارو یا مواد توسط نوجوان بسیار حساس باشند، البته این کار چندان آسان هم نیست ؛ زیرا برخی از این علائم به طور کلی در دوران نوجوانی زیاد دیده نمی شوند. با این حال معمولا عادات نوجوانانی که دارو مصرف می کنند تغییر می کند و دچار نوعی بی حالی می شوند. برخی از علائم مورد نظر عبارتند از : پرخاشگری ، بی علاقه شدن نسبت به تحصیل، فعالیت های ورزشی سرگرمی ها و دوستان ؛ پنهان کاری و دروغ گویی مکرر ، چرت زدن و بی خوابی ، خرج کردن ناموجه پول و ناپدید شدن وسایل خانه (۲).

### بزهکاری<sup>۳</sup>

دوره نوجوانی از مهم ترین و در عین حال آشفته ترین و پیچیده ترین مراحل حیات است و مسائل و دشواری های ناشی از بلوغ به گونه ای است که می توان نوجوانی را دوران بحران و فشار نامید (نیرمانی، حسن زاده و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). این دوره با تحولات زیستی و اجتماعی بسیار عمیقی روبرو است که موجب به هم خوردن تعادل و توازن جسمانی و روانی آنان می شود که یکی از این معضلات دوره نوجوانی، بزهکاری است (۱۰). روانشناسان معتقد هستند که بزهکاری جرمی است که افراد زیر سن قانونی مرتکب آن می شوند. بر این اساس اصطلاح بزهکاری را می توان به هنگام مشخص ساختن ویژگی های تمامی صور تخطی از قانون نظیر : دزدی ، تقلب ، سوء استفاده های مالی و غیره که در یک کشور یا منطقه یا دورانی خاص اتفاق می افتد به کار برد و کسانی را که مرتکب چنین اعمال خلافی می شوند بزهکار نامید. برای مثال تخریب اموال عمومی و سرقت شبانه رفتارهای ضد اجتماعی هستند چون بر مردم تاثیر می گذارند ؛ اما اعمال غیرقانونی همچون مصرف ماری جوانا یا مدرسه گریزی ضد اجتماعی نیستند ، بلکه به شخص بزهکار لطمه می زند . اگرچه بزهکاری ماهیتا ضد اجتماعی است ، اما خصیصه متمایزکننده آن - در مقایسه با مثلا نافرمانی ، بی انضباطی در مدرسه یا اختلالات سلوک - این است که اعمال بزهکارانه نوجوانان غیرقانونی است. علاوه براین نوجوانی بزهکار محسوب می شود که به اختلال روانی مبتلا نباشد. بزهکاری در بین نوجوانان به عنوان یک مشکل اجتماعی می تواند سبب ناامنی و بی نظمی شود ، که این امر به نوبه خود به تدریج باعث سست شدن ارزشها و هنجارهای جامعه می شود (۹). یکی از معتبرترین یافته ها درباره بزهکاری نوجوانان این است که خانواده های آن ها از نظر صمیمیت کمبود دارند ، تعارض زیادی در آن ها وجود دارد ، از انضباط خشن و بی ثبات استفاده می کنند و نظارت کمی بر نوجوانان خود دارند. چون تحولات زناشویی اغلب در اختلاف خانوادگی و تربیت نابسامان دخالت دارند ، پسرهایی که جدایی و طلاق والدین را تجربه می کنند ، خیلی مستعد بزهکاری هستند. نوجوانان در محله های فقیر که امکانات تفریحی و اشتغال کمتری دارند و تبهکاری بزرگسالان در آن ها بیشتر است ، جرم های بیشتری مرتکب می شوند. نوجوانان در این محله ها به همسالان منحرف ، مواد مخدر و سلاح های گرم دسترسی آسان دارند و جذب دارودسته های

ضداجتماعی می شوند که اعضای آن ها مرتکب اکثر اعمال بزهکاری خشونت آمیز می شوند. علاوه براین مدارس در این محله ها معمولا نمی توانند نیازهای رشد دانش آموزان را برآورده کنند. کلاس های بزرگ ، آموزش ضعیف و اجرای بی قید و بند مقررات ، تمایل نوجوانان به پرخاشگری را افزایش می دهند (۹).

#### مشکلات سلوک<sup>۴</sup>

نوجوانی، مرحله گذار و تغییرات جسمانی، اجتماعی و روانشناختی ایجاد می کند. این تغییرات در جسم و روان فرد رخ داده و گاهی شخصیت و منش او را به کلی دگرگون می سازد. از جمله ویژگی های رفتاری و اخلاقی نوجوانان افزایش گرایش های رفتاری و پرخاشگرانه است که با توجه به تغییرات هورمونی و محیطی، احتمال بروز این رفتارها افزایش می یابد (۱۱). مشکل سلوک سه محدوده دارد : رفتارهای به شدت ضد اجتماعی ، بیش فعالی و پرخاشگری. نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و بزهکاری اساسا قادر نیستند یا نمی خواهند از قوانین و اصول جامعه پیروی کنند. بخشی از این نافرمانی و عناد آن ها به از کنترل خارج شدن ناگهانی مهارها، یاد نگرفتن خویششننداری در دوران کودکی و فراگیری معیارهای رفتاری خاصی که با هنجاری جامعه و قواعد موجود هماهنگی ندارند ، برمی گردد. رفتارهای دیگری هم جزء اختلالات سلوک هستند از جمله اخلاص گری و مزاحمت ، شلوغ کردن افراطی ، دعوا کردن ، جلب توجه کردن ، بی قراری ، بی ادبی ، خرابکاری ، تحریک پذیری ، بیش فعالی ، فحاشی ، حسادت و عدم همکاری. باز هم باید گفت اکثر کودکان تا حدودی چنین مشکلاتی دارند . مشکل تشخیص به این برمی گردد که نمی توان خصایص کودکان(نابهنجار) و بهنجار را دقیقا از یکدیگر جدا کرد ؛ زیرا تفاوت آن ها نسبی است و خواه ناخواه مبنای کار و قضاوت ، ارزش های اجتماعی است نه ملاک های علمی واقع بینانه و عینی. مشکلات رفتاری که علائم نابهنجاری روانشناختی محسوب می شوند، به طور کلی یا شکل اغراق آمیز الگوهای رفتاری معمول یا کمبود و عقب افتادگی در این رفتارها هستند (۲). همانطور که همه می دانیم ، گرچه بسیاری از نوجوانان گاهی مرتکب بزهکاری می شوند اما معدودی از آنان به یک مجرم واقعی تبدیل می شوند. اعمال بزهکارانه ، پس از افزایش تدریجی در دوران کودکی و رسیدن به نقطه اوج خود در دوران نوجوانی ، در اوایل بیست سالگی تنزل فاحشی پیدا می کنند. نیمی از نوجوانانی که به دلیل بزهکاری به دادگاه احضار می شوند، هرگز برای دومین بار دادگاهی نمی شوند. بسیاری از این نوجوانان اصولا انسان های بهنجاری هستند و دچار اختلال سلوک نمی شوند. آنچه از این گونه حقایق برمی آید این است که تشخیص اختلالات سلوک در همان ابتدای بروز بسیار مهم است، با این حال در این مورد می توان به شدت و فراوانی رفتارها اتکا کرد ؛ زیرا شدت تخلفات بزهکاران مهم ترین نکته درمان است . به عبارتی دیگر رفتارهای بزهکارانه به صورت یک عادت یا به بیان دقیق تر ، یک الگوی رفتاری تبدیل می شود که از طریق خودتقویتی ، آموخته شده بود. هر عمل بزهکارانه ای که موجب تهییج ، منزلت یافتن در گروه همسالان و پاداش های مادی شود ، انگیزه ای برای ارتکاب تخلفات بعدی فراهم می آورد (۲).

#### اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۵</sup>

اختلالات اضطرابی، شامل اختلالاتی می شوند که در ویژگی های ترس و اضطراب بیش از حد و اختلالات رفتاری مربوط سهیم هستند. در اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)، فرد از تعاملات اجتماعی و موقعیت هایی که احتمال بررسی شدن می رود، می ترسد یا مضطرب است و این موقعیت ها نظیر ملاقات با افراد نا آشنا، موقعیت هایی که در آن ها فرد جلوی خوردن یا



نوشیدن مورد مشاهده قرار می گیرد و موقعیت هایی که در آن ها فرد جلوی دیگران اعمالی را انجام می دهد، شامل می شوند و همچنین اندیشه پردازی شناختی، ارزیابی شدن منفی توسط دیگران، شرمندگی شدن، تحقیر شدن، طرد شدن یا ناراحت کردن دیگران را شامل می شود (۲۰). اختلال اضطراب اجتماعی یکی از مهم ترین انواع اختلالات اضطرابی است که به عنوان یک ترس مشخص و مزمن از یک یا چند موقعیت اجتماعی گفته می شود که فرد خود را در معرض نگاه دیگران می بیند و می ترسد کاری انجام دهد که باعث خجالت یا تحقیر وی شود. این اختلال از اوایل سن ۸ سالگی شروع می شود. این اختلال می تواند موجب بروز انواع اختلالات روان شناختی از جمله افسردگی و اختلالات هویتی و همچنین آسیب های چشمگیری در کارهای روزانه، تحصیلی و اجتماعی آن ها ایجاد می کند. نموده های رفتاری این گروه گاهی مواقع به صورت امتناع از رفتن به مدرسه و مخالفت روی می دهد و همچنین جهت کاهش ترس و افزایش عملکرد اجتماعی مطلوب از الکل، مواد مخدر و روان گردان استفاده می کنند که این مسائل احتمال اعتیاد به مواد مخدر، روان گردان و تداخلات دارویی را افزایش می دهد (۶۱). علائم جسمی که معمولاً همراه اضطراب اجتماعی هستند شامل سرخ شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل آشوب و لکنت زبان می باشد (۶۱).

### نقش خانواده و سبک های فرزندپروری در چگونگی حالات روانی و رفتاری در دوران نوجوانی

تربیت و فرزندپروری والدین یکی از عوامل مهم تحول و پایداری مشکلات رفتاری و روان شناختی در نوجوانان است. (۱۰). بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که سبک فرزندپروری مقتدرانه و ایجاد دلبستگی ایمن در فرزندان به والدین با مشکلات برونی شده و رفتاری مانند سرقت، بزهکاری، مصرف مواد مخدر، رفتار پرخاشگرانه و پرخطر و همچنین مشکلات درونی شده مانند، اضطراب و خلق افسرده رابطه معکوس و منفی دارد و این نوع از دلبستگی مانند یک محافظ از نوجوانان و ابتلای آنان به انواع اختلالات و رفتارهای مشکل ساز جلوگیری به عمل می آورد (۱۲). از سوی دیگر فرزندپروری مقتدرانه با ترکیبی از، مهارگری، حمایت عاطفی بالا، سطوح مناسبی از استقلال، رشد و تقویت اعتماد به نفس و خودارزشمندی و ارتباطات دوسویه میان کودک و والد می باشد که در نتیجه فرزندان آنان، اهداف واقع بینانه و در سطح توانایی خود و سطوح بالاتری از خودمختاری و استقلال و رفتارها و روابط اجتماعی مناسب و میزان کمتری از پرخاشگری را از خود نشان می دهند. و در نهایت سبک فرزندپروری سهل گیرانه شامل کمبود مهار والدینی و کنترل آنان، دادن آزادی بیش از حد به فرزندان خود و کاهش نظارت و مراقبت از آن ها می باشد که می تواند سبب ایجاد پرخاشگری، بزهکاری، مشکلات روانشناختی و شخصیتی مانند کاهش عزت نفس و اعتماد به نفس و به تبع دچار اختلالات روانی و رفتاری مانند اضطراب، افسردگی، مشکلات سلوک، فرار از مدرسه، مصرف مواد، خودکشی و غیره شوند (۱۰). بنابراین شواهد موجود، کاهش سطح اقتصادی، سطح سواد و تحصیلات پایین والدین، گسست ساختار خانواده ویژه طلاق، تعارضات موجود بین والدین و با فرزندان و همچنین عوامل دیگری مانند وجود سابقه اعتیاد، ارتکاب جرم و قدرت حل مسئله در خانواده و عملکرد عمومی اعضای خانواده و نیز عامل معنویت و توجه به تعالیم دینی می توانند در بروز مشکلات رفتاری و بزهکاری نقش موثری داشته باشند (۱۳). نتایج پژوهش های متعدد و گسترده نشان می دهد که سبک فرزندپروری مقتدرانه بهترین و بیشترین پیامدهای مثبت مانند افزایش اعتماد به نفس، رشد شخصیت سالم، کاهش اضطراب، افسردگی، بزهکاری را در فرزندان داشته و همچنین می تواند از بروز بسیاری از مشکلات روان شناختی و رفتاری در دوران کودکی و نوجوانی جلوگیری کند (۱۰).

## تأثیرات اینترنت و شبکه های اجتماعی بر نوجوانان

امروزه موبایل هوشمند و قابلیت های نوین نرم افزارها و شبکه های اجتماعی متنوع و مختلف در زندگی روزانه انسان ها ، باعث شده است که تأثیرات مثبت و منفی بر زندگی در ابعاد مختلف جسمانی ، روانی ، فردی ، اجتماعی داشته باشد از جمله تلفن های هوشمند که با ویژگی ها و جاذبه های متفاوتش ، خصوصا بر جوانان و نوجوانان تأثیرات بسزایی داشته است. استفاده گسترده از تلفن هوشمند در زمینه های مختلف توسط نوجوانان پیامدهای منفی بسیاری با خود به همراه دارد از جمله : شکست تحصیلی ، بیماری های جسمی و به خطر افتادن سلامت جسم و روان ، عدم خواب کافی به هنگام شب و بیدارماندن تا صبح به دلیل استفاده بیش از حد از موبایل و در نتیجه عدم تعادل زندگی . طبق تحقیقات و پژوهش های جدید نوجوانان و ویژگی های نوجوانی باعث می شود که در معرض خطر بیشتری قرار داشته باشند ؛ به عبارت دیگر آن ها چون ادراک خطر کمتری از موقعیت و زمان و مکان و اعمال خود دارند ، به همین دلیل از شبکه های مجازی نیز استفاده گسترده تر و بیش از حدی کرده که در نهایت می تواند سلامت جسم و روان آن ها را تهدید کرده و همچنین باعث افت تحصیلی و حتی باعث اعتیاد و وابستگی آن ها به استفاده از این امکانات بشود. اگرچه هنوز پژوهشگران و محققان تعریف دقیقی از اعتیاد به تلفن هوشمند را ارائه نکرده اند اما سه عامل را در تعریف مفهوم مورد و نیز چند علت که می تواند مرتبط با این معضل باشد را عنوان کرده اند. این سه عامل عبارتند از : کمبود کنترل : تحمل ، خویشتنداری (خودداری) و برخی ویژگی های شخصیتی آن ها. از جمله رفتارهای خاص این نوجوانان شامل رفتارهای تکانشی ، کلیشه ای یا حرکات تیک ، کناره گیری از اجتماع و اختلال عملکرد می باشند. عوامل احتمالی دیگر شامل : احساس استرس و اضطراب در صورت عدم استفاده از تلفن هوشمند ، تحمل مشکلات روانی خاص در خانواده که می تواند یا ناشی از مسائل ارثی یا فردی در اعضای خانواده ی نوجوان باشد و همچنین برخی از علل هم به والدین مربوط می شود ؛ زیرا روابط والدی - فرزندی بین نوجوانان و والدین بسیار مهم و موثر در اعتیاد و ایجاد وابستگی به تلفن هوشمند و شبکه های مجازی می باشد. تفاوت های جنسیتی در اعتیاد و وابستگی به تلفن هوشمند مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته است و این تفاوت های جنسیتی ممکن است ناشی از عوامل هیجانی یا استرس های اجتماعی باشد. برای مثال مردان از اینترنت برای کار و تجارت استفاده می کنند و زنان برای اهداف اجتماعی و جامعه پذیری از اینترنت بهرمنند می شوند و همچنین زنان در برابر حوادث منفی ، آسیب پذیرتر از مردان می باشند. بی توجهی و غفلت والدین مانند، ترک فرزند خویش در خانه ، تنها بودن کودک یا نوجوان در خانه می باشد. در صورتیکه از ایجاد ارتباط گرم و صمیمی با فرزندان خود غفلت می کنند و ممکن است که یک ارتباط بسیار ضعیف با نوجوانان خود برقرار کنند و این درحالی است که نوجوانان هم به این ارتباط موثر و امن و گرم احتیاج دارند ؛ زیرا نوجوانان در عین اینکه مایل و خواستار استقلال و جدایی از خانواده خود بوده اما به آن ها وابسته نیز هستند. بی توجهی و غفلت والدین می تواند ناشی از داشتن کار سخت و طاقت فرسا باشد که در نتیجه بر تمام اعضای خانواده و روابط بین آن ها تأثیر بگذارد (۱۴). پژوهشگران نتیجه گرفتند که در میزان استفاده از تلفن هوشمند در بین نوجوانانی که اهداف تحصیلی دارند ، دچار اعتیاد یا وابستگی نمی باشند اما برعکس در نوجوانانی که استفاده بیش از حد برای اهداف غیر تحصیلی دارند ، میزان اعتیاد و وابستگی به تلفن های هوشمند به مراتب بیشتر و شدیدتر می باشد ؛ البته لازم به ذکر است که حتی نوجوانانی که برای تحصیل از قابلیت های تلفن هوشمند به صورت افراطی بهره می برند میزانی از وابستگی در آن ها نسبت به این وسایل در آن ها ایجاد می شود بنابراین آن ها نیز در خطر اعتیاد به تلفن هوشمند قرار دارند (۱۴).

## نقش آموزش و پرورش (مدرسه)

در سال های اخیر اهمیت مطالعه و بررسی بهزیستی دانش آموزان که شامل مولفه های شناختی و هیجانی در مدرسه است، از سوی پژوهشگران مورد توجه قرار گرفته است؛ چرا که افراد در دو دهه اول زندگی، حدود ۱۵ هزار ساعت از عمرشان را در مدارس سپری می کنند و در کلاس ها علاوه بر یادگیری مطالب تحصیلی، مهارت های زندگی و شایستگی های شخصی و عاطفی را کسب می کنند. از سوی دیگر برخی پژوهشگران همچون نادینگز<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) معتقدند تجربه هیجان ها مانند شادی و آموزش و پرورش با یکدیگر ارتباط دارند؛ به این معنا که یک آموزش و پرورش خوب به شادی فردی و جمعی دانش آموزان کمک می کند؛ به عبارت دیگر می توان گفت مدرسه ایده آل آن است که در افزایش علاقه دانش آموزان به یادگیری، موفقیت و حس مشارکت آن ها در امر آموزش کمک شایانی می کند؛ بنابراین رهبران و متخصصان آموزش و پرورش به این نکته باید توجه بیشتری داشته باشند (۱۵). احساس ارزشمندی و بهزیستی در افراد در صورتی ایجاد می شود که نیازهای اساسی روان شناختی آن ها ارضا شود؛ اما در صورتی که این نیازها برآورده نشوند، انواع پیامدهای منفی را به دنبال خواهد داشت (۱۵). براساس نظریه خودتعیین گری دسی و رایان<sup>۲</sup> (۲۰۰۰)، انسان ها دارای سه نیاز اساسی روان شناختی، ذاتی و جهان شمول هستند که عبارتند از: نیاز به استقلال عمل، شایستگی و ارتباط. با توجه به این که نوجوانان زمان زیادی را در مدرسه سپری می کنند. این نظریه رویکردی در ارتباط با انگیزه های بشریت، رشد روانی و سلامت ذهنی است که روش های تجربی سنتی را با نظریه ارگانیسمی به کار برده و تلفیق کرده است تا بر اهمیت منابع درونی تکاملی برای تحول شخصیت و خودتنظیمی رفتاری تاکید ورزد. بنابراین حیطه پژوهش های این نظریه نیازهای اساسی روان شناختی و انواع انگیزش بیرونی - درونی (انگیزش خودگردان و کنترل شده) است که پایه و اساس خودانگیختگی و یکپارچگی شخصیت است. همچنین این نظریه نه تنها بر میل تحول و شکوفایی ذاتی بلکه بر موانع اجتماعی این تمایلات تاکید دارد (حیدری، ۹۸). پژوهشگران (تیان، هان و هوبنر<sup>۳</sup> ۲۰۱۴)، نظریه نیازهای اساسی روان شناختی را در بافت مدرسه برای نوجوانان مورد بررسی قرار دادند و بر اهمیت ارضای این نیازها تاکید کرده اند. این نیازهای اساسی روان شناختی مانند استقلال عمل به این معنی است که دانش آموز بتواند تجربه حس اراده و انتخاب رفتار در مدرسه را داشته باشد؛ شایستگی بیانگر تعامل موثر با محیط مدرسه و تجربه فرصت هایی برای توسعه و بیان توانایی های فردی است و نیاز به ارتباط، نشانگر تجربه حس تعلق به مدرسه و حس ارتباط با معلم و همکلاسی ها می باشد (۱۵). موس<sup>۴</sup> (۱۹۷۹) معتقد است محیط اجتماعی که دانش آموزان در آن فعالیت دارند، می تواند بازخورد و روحیه آن ها، رفتار و عملکردشان، خودپنداره و حس بهزیستی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد. جو روانی - اجتماعی کلاس، بازتابی از ادراکات دانش آموزان از سختی کلاس، تعاملات آن ها با معلم و همکلاسی هایشان و مشارکتشان در کلاس است؛ در نتیجه حمایت های ادراک شده از جانب همسالان و معلمان، برآورده شدن نیازهای اساسی روان شناختی و در نهایت رضایت از محیط یادگیری را به دنبال دارد؛ به این صورت که دانش آموزانی که در مدرسه، رابطه صمیمانه ای با همکلاسی ها و همسالان خود دارند و آن ها را دوست و همراه خود می دانند و نه رقیب خود، علاقه مندی شان به مدرسه بیشتر شده و بازخورد مثبتی خواهند داشت (چن و جانگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

## راهکارهای درمانی اختلالات روانی و مشکلات رفتاری دوران نوجوانی

درمان زیستی	درمان شناختی و رفتاری	روان درمانی
۱- دارو درمانی (سه حلقه ای، بازدارنده های انتخابی بازجذب سروتین، بازدارنده های مونوآمین اکسیداز)	۱- درمان شناختی-رفتاری درمانی (CBT): تغییر و اصلاح افکار نادرست، جایگزینی افکار مناسب و سازگارانه همراه با اصلاح و تغییر رفتار	۱- روان درمانی انفرادی (روانکاوی): هدف اولیه برقراری رابطه موثر با نوجوان و تمرکز بر وجود مقاومت، تعبیر و تفسیر، ضمیرناخودآگاه و روابط انتقالی
۲- مداخلات تغذیه ای (بازتوانی تغذیه ای): تمرکز بر بازگرداندن وزن	۲- طرحواره درمانی: یک درمان نوین و مکملی براساس مدل شناختی-رفتاری با تمرکز بر شناسایی طرحواره های ناسازگارانه و سعی در تعدیل آن ها	۲- روان درمانی پویشی کوتاه مدت: تاکید بر اصول اساسی روانکاوی مانند، مقاومت، تعبیر و اتحاد درمانی و نیز تمرکز بر موضوع میان فردی و زمان حال و شکل گیری راهبردهای منظم در برابر آسیب پذیری
۳- روش پسخوراند عصبی (نوروفیدبک): نصب الکترودهایی به مناطقی از مغز برای خودکنترلی و افزایش تمرکز	۳- درمان فعال سازی رفتاری: نوعی رفتاردرمانی محض مبتنی برتحلیل تابعی رفتار که موجب بهبود عملکرد و کاهش اجتناب رفتاری می شود	۳- روان درمانی میان فردی: هدف این رویکرد تمرکز بر ساختار، زمینه و مهارت های میان فردی و کمک به فرد در شناخت احساسات، افکار و رفتارهای مششکل ساز در روابط میان فردی
۴- رفتاردرمانی دیالکتیک: یادگیری به عنوان مهارتی برای آگاه تربودن به زمان حال و بدون قضاوت و رد تجربه	۴- روان درمانی مثبت گرا: علاوه بر بهبود علائم منفی اختلال، تاکید بیشتر برافزایش بهزیستی و شادکامی برای بهبود کیفیت زندگی است.	
۵- آموزش بازداری: هدف از آن افزایش کنترل شخص نسبت به محرک مانند غذای لذیذ	۵- خانواده درمانی و آموزش والدین: متمرکز بر روابط آبه، نقش اجتماعی، کردارشناسی حیوانات و بوم شناسی است و این	

نوع درمان بیشتر شامل آموزش به والدین و نوجوان می باشد. مانند نقش بازی کردن.		
	۶- رفتارگزینی: شکل دهی رفتارهای جدید و سازگارانه به جای رفتارهای ناسازگارانه	
	۷- آموزش های مهارت های زندگی و اجتماعی: مهارت های مربوط به امرار معاش، مراقبت از خود، ایجاد روابط فردی مناسب، تصمیم گذاری درست و حل تعارضات و کشمکش ها به منظور مواجهه موثر با مقتضیات زندگی، پیشگیری از رفتارهای آسیب زننده و ارتقای سطح سلامت روان	
	۸- درمان پذیرش و تعهد: متمرکز بر زمان حال و پذیرای تجربیات با گشودگی و علاقه به جای فرار یا اجتناب از موقعیت به منظور تاثیرات رفتاری از شرایط کنونی و به میزان کمتری متأثر از خاطرات آسیب زا در گذشته یا ترس از آینده	

نام درمان	پایه گذار	تحقیقات تایید کننده
۱-درمان شناختی - رفتاری	آرون تی بک ، ژوزف ولپی	۱-یاوند حسنی و همکاران، ۱۳۹۳ ۲- سید غلامرضا نصیری تاکامی و همکاران، ۱۳۹۸

۳- ریکاردو دال گریو، ماسیمیلیانو سارتیرانا، سیمونا کالوگی، ۲۰۱۹		
۱- طاهره محمودیان دستنایی، ۲۰۱۸ ۲- ویلی بلک ول، ۲۰۱۲ ۳- تن و چو، ۲۰۱۴، محمدخانی، ۲۰۱۷	جفری یانگ	۲- طرحواره درمانی
۱- رضا رهبران و همکاران، ۱۳۹۸ ۲- قباد زاده و همکاران، ۱۳۹۷ ۳- الهام طاهری، مهدی امیری و همکاران، ۱۳۹۵	چارلز فرستر	۳- درمان فعال سازی رفتاری
۱- آخوندی و همکاران، ۲۰۱۸ ۲- شهرام مامی و همکاران، ۱۳۹۵ ۳- حمداله جایروند، ۱۳۹۶	مارشا لاینهن	۴- رفتاردرمانی دیالکتیک
۱- قباد زاده و همکاران، ۱۳۹۷ ۲- ورتمن، جانسون و رووف، ۲۰۱۵ ۳- راشل، لیمن، کاترین و همکاران، ۲۰۱۹	ژوزف ولپی (بازداری متقابل، جلوگیری از پاسخ)	۵- آموزش بازداری
۱- ترتون، بریدگام، کاردی و کولت، ۲۰۱۶ ۲- قباد زاده و همکاران، ۱۳۹۷	ژوزف ولپی	۶- رفتار گزینی

۷- روان درمانی پویشی کوتاه مدت	لستر لوبورسکی، جیمز مان و هانس استراپ	۱-سید محمد رضا صمصام شریعت و همکاران، ۱۳۹۶ ۲- مهدی خوریانیان، لیلا حیدری نسب و همکاران، ۱۳۹۱ ۳- مصطفی محمودی قهساره، حمید رضا آقامحمدیان شهرباف و همکاران، ۱۳۹۳
۸- روان درمانی میان فردی	هاری استک سالیوان و آدلف مایر	۱-جواد نظافت فریزی و همکاران، ۱۳۹۴ ۲-آندرا، کاس جاکیوئیلین و پتمر دنیس، ۲۰۱۵ ۳- والدین، ماریان تانوفسکی-کراف و دنیس ویلفلی، ۲۰۱۵
۹- روان درمانی مثبت گرا	مارتین سلیگمن	۱-ثریا حکیمی و همکاران، ۱۳۹۶ ۲- گیو و همکاران، ۲۰۱۷ ۳- سید غلامرضا نصیری تاکامی و همکاران، ۱۳۹۸ ۴- اعظم نوفرستی، رسول روشن، لادن فتی و همکاران، ۱۳۹۳
۱۰- خانواده درمانی و آموزش والدین	آلفرد آدلر، ارنست گروفس، موری بوئن، ویرجینیا ستیر، کارل ویتاکر، سالوادور مینوچین، جی هیلی و کلومادانس	۱-فائزه سهرابی و همکاران، ۱۳۹۴ ۲- یوریکو مورنیو، ۲۰۱۸ ۳-جنوفری براچ، لونا ورووا و کارلز ولز، ۲۰۱۱ ۴-
۱۱- آموزش مهارت های زندگی		۱-عبدالرحیم کسایی و همکاران، ۱۳۹۳

۲- آنه ماریه توبل، کوچ کریستنسن، پل برون، درف و نیلسن، ۲۰۱۹		
۱- کیمبرلی، وادیم زوتو، راکوئل فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۸ ۲- احمد علی پور و همکاران، ۱۳۹۳ ۳- ساوانی باردولدی، پیترموسیات، لین کمپبل و اولریک اشمیت، ۲۰۱۳	جویی کامیا	۱۲- درمان پسخوراند زیستی
۱- فاطمه هزاوه ای و سمیه رباط میلی، ۱۳۹۸ ۲- فین، والتر، جوزف، رابینسون، ریکتس و بو؛ ۲۰۱۲ ۳- کبری کنعانی و همکاران، ۱۳۹۳ ۴- محمد رضا یابنده و همکاران، ۱۳۹۸ ۵- لیلا اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۷	استیون هیز	۱۳- درمان پذیرش و تعهد

### درمان اختلالات روانی و مشکلات رفتاری نوجوانان

درمانهای زیستی و دارویی :

تا کنون سه گروه دارویی شامل داروهای ضدافسردگی (سه حلقه ای، بازدارنده های انتخابی بازجذب سروتونین و بازدارنده های مونوآمین اکسیداز) (۱۶)، ضداضطراب، ضد چاقی و ضد صرع در درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی نوجوانان از جمله افسردگی، اختلالات افسردگی و پرخوری به کار رفته است. (۱۷).



مداخلات و درمان تغذیه ای (بازتوانی تغذیه ای) :

بازتوانی تغذیه ای در اختلالات خوردن از جمله اختلال بی اشتها بی عصبی در بازگرداندن وزن و بهبود رفتارها تأثیرات مهمی دارد که این بازتوانی جزء مهمی از درمان می باشد؛ زیرا بازگرداندن وزن به تنهایی نشانگر بهبودی نیست ولی بازتوانی تغذیه ای باعث طبیعی شدن شرایط متابولیک . عورض و عواقب بالینی مرتبط با این عارضه می شود. به خصوص زمانی که فرد ضعیف، کم وزن و ناتوان بوده که قادر به همکاری با سایر سیستم های درمانی نیست، بنابراین حداقل تا زمان رسیدن فرد به ۸۰٪ تا ۸۵٪ وزن ایده آل باید صبر کرد تا بقیه اقدامات درمانی آغاز شوند. بازتوانی تغذیه ای باعث کسب عملکردهای شناختی لازم برای ورود و همچنین فهم و پاسخگویی به مشاوره های روان شناختی و رفتاری می شود. یک فرد گرسنه و محروم از غذا توانایی های ذهنی لازم برای تمرکز بر مشکلات، مسائل و راه حل های ارائه داده شده در مشاوره های فردی یا گروهی جهت رهایی از مشکل را ندارد. اکثر بیماران مبتلا به اختلال بی اشتها بی عصبی در ابتدا با برنامه بازتوانی تغذیه ای در کشمکش هستند زیرا جعبه های مختلف مشکل آنورکسیا نوروزا در کنار حفظ وزن پایین بدن کاملاً در تعارض با برنامه تغذیه ای هستند. بنابراین به جای اینکه فرد را مقاوم به درمان یا با حس عدم همکاری فرض نماییم، بهتر است در زمان وقوع مشکل با بیمار این چنین درمیان بگذاریم که دریافت غذای بیشتر و بازتوانی تغذیه ای برای بهبود فرد ضروری و لازم است و تفکرات فرد به مرور با پیشرفت برنامه تغییر خواهد کرد. تفاهم داشتن با مشاور تغذیه و اعتماد به او می تواند باعث اطمینان خاطر بیمار در طی افزایش وزن باشد زیرا در این صورت فرد احساس می کند همه چیز تحت کنترل بوده و افزایش وزن حتماً و قطعاً اتفاق می افتد (۱۸).

### درمان شناختی - رفتاری :

درمان شناختی ترکیبی از درمان رفتاری و روانشناسی شناختی است که در آن سعی در بازتعریف ، بازسازی و حل مسائل می شود (۱۷). تأکید این درمان بر روی محتویات افکار و طرز فکر کردن بیماران متمرکز است (۱۹) و سعی می شود که به بیمار کمک شود تا تحریفات شناختی خود را شناسایی و با کمک درمانگر آن ها را به چالش کشیده و با آموزش افکار و باورهای درست و منطقی، سعی در تغییر آن ها با جایگزینی افکار معقول و منطقی کند. جوهره ی این نوع درمان عواطف و رفتارهایی است که توسط افکار و شناخت ما شکل گرفته اند. سی بی تی در درمان اختلال پرخوری سعی در تغییر نگرش فرد در مورد اندام و وزن می کند زیرا نگرش فرد در پاتولوژی او نقش مهمی دارد. در مدل شناختی-رفتاری ، اختلال پرخوری ، پرخوری بخشی از سیکل معیوب مولفه های رفتاری و شناختی مرتبط به هم می باشند که مهم ترین هدف شکستن آن سیکل معیوب فکر و رفتار است. بنابراین در این درمان ابتدا سعی بر حذف رفتارهای پرخوری و جبرانی مانند استفراغ عمدی یا استفاده از ملین ها و روزه گرفتن افراطی شده و ایجاد و توسعه عادات صحیح غذاخوردن است و در مرحله ی بعدی تمرکز درمان بر مولفه های شناختی شامل افکار و باورهای بیمار است را شامل می شود که با بازسازی و تغییر آن ها و همراه با تقویت رفتارهای صحیح غذاخوردن و جلوگیری از پرخوری و رفتارهای جبرانی انجام می گیرد (۲۲).

**طرحواره درمانی :**

طرحواره درمانی یک درمان نوین و یکپارچه و مکملی است که عمدتاً براساس مدل درمان شناختی رفتاری بنا شده است و یک سیستم جدیدی از روان درمانی است برای افرادی که به درمان شناختی - رفتاری مقاوم هستند و پاسخ خوبی از درمان نمی گیرند از جمله در اختلال پرخوری که فرد مبتلا عزت نفس بسیار پایینی داشته و همچنین وجود همزمان اختلالات شخصیت و از طرفی دیگر همراه با باورهای منفی نسبت به خود با نگرش های بیش بها داده شده به اندام و وزن باعث پیچیده تر شدن درمان می شوند، چراکه این درمان شناختی - رفتاری در درمان بیماری های منش شناختی با مشکلاتی روبرو شده که طرحواره درمانی سعی در پر کردن این خلاء دارد. اثربخشی طرحواره درمانی در اختلالات گوناگونی از جمله اختلال شخصیت مرزی، اختلالات اضطراب فراگیر و اختلالات خوردن نشان داده شده است. در طرحواره درمانی تاکید اصلی بر طرحواره های ناسازگار اولیه است که ناشی از تجربیات آسیب زای دوران کودکی می باشد و در درمان افسردگی مزمن استفاده می کند، زیرا طرحواره های ناسازگار اولیه یکی از پیش بینی کننده های مهم شدت افسردگی در طول دوره درمان و پس از ۹ سال پیگیری است (۲۳). لازم به ذکر است که در درمان اختلال پرخوری یک چهارچوبی وجود دارد که در آن چارچوب شناخت، هیجان، رفتار و اشکال بین فردی و همچنین پاتولوژی شخص مبتلا به اختلال پرخوری معنا می شود که در واقع این پیچیدگی پاتولوژی اختلال را هم در تبیین و هم درمان به کار می برد (۲۲). یانگ<sup>۱</sup> معتقد است که طرحواره های ناسازگارانه در اثر تجربیات فرد در طول زندگی به خصوص در سال های اولیه کودکی در فرد شکل می گیرند که علت سایکوپاتولوژی محسوب می شود. برهمین اساس رفتارهایی مانند پرخوری در اختلال بولیمیا نوروزا به منظور کاهش هیجانات منفی ناشی از فعالیت های طرحواره های ناسازگار است.

طرحواره درمانی به منظور کار بر روی باورهای سطح طرحواره و دیگر شناخت ها تدوین گردیده است که در این درمان تمرکز اصلی بر روی برقراری ارتباط بین رفتارهای خوردن با طرحواره ها است تا جایی که بیماران بتوانند درباره خاستگاه و رفتارهای مقابله ای مرتبط با اختلال خود، آگاهی و کنترل هشیارانه بیشتری بدست آورند. بنابراین پژوهشگران توصیه می کنند که درمان شناختی - رفتاری با تمرکز بر فرایندهای طرحواره ای بهتر می توانند در تغییر رفتار این بیماران موثر باشد (۲۲). مدل درمان شناختی - رفتاری دو الگوی قابل توجه در بیماران دارای اختلال خوردن (اجتناب و فرایندهای جبرانی) ممکن است به حفظ رفتارهای پرخوری روانی کمک کند که در این مدل توجه به تجربیات آسیب زای کودکی شده است، به عبارت دیگر می توان در کنار درمان شناختی از درمان طرحواره ای که توجه به تجربیات گذشته فرد دارد نیز بهره برد (۲۴).

**درمان فعال سازی رفتاری :**

درمان فعال سازی رفتاری نوعی رفتاردرمانی محض است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است (مارتل، آدریس، جاکوبسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). طبق این نظریه، علائم افسردگی به وسیله رفتارهای اجتنابی ایجاد شده یا تداوم می یابند (زیتسچل، رامیرز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). این نوع درمان موجب بهبود عملکردی و کاهش اجتناب رفتاری و بهبود عملکرد کلی در افسردگی مزمن می شود (۲۵). و همکاران در پژوهشی نشان دادند که پس از انجام درمان فعال سازی رفتاری، ۸۷ درصد از افراد با اتمام کامل ۱۲ هفته درمان، ساعات فعالیت های مربوط به کارشان و بهره وری کار به طور قابل توجهی

افزایش یافته است و نتایج ثانوی نیز نشان داد که اجتناب رفتاری و عملکرد کلی به طور قابل توجهی بعد از درمان بهبود یافته است. راس و همکاران در پژوهشی بیان داشتند که درمان فعال سازی رفتاری برای افسردگی در خرده مقیاس های فعالیت/اجتناب، نشخوارفکری، افت شغلی/تحصیلی و آسیب اجتماعی موثر می باشد و در تحقیقات داخلی نیز درمان مذکور بر درمان افسردگی مزمن موثر بوده است. همچنین درمان فعال سازی رفتاری را در اختلالات افسردگی و اضطرابی (اضطراب اجتماعی) به کار برده اند که در کاهش علائم افسردگی نوجوانان اثربخش بوده است (۲۶ و ۷۵).

### رفتاردرمانی دیالکتیکی

DBT به عنوان مهارتی که به قابلیت هشیاربودن نسبت به زمان حال بدون قضاوت یا رد کردن آنچه فرد تجربه می کند، به ذهن آگاهی متوسل می شود و مراجع یاد می گیرد که محیط درونی و بیرونی خود را بدون قضاوت مشاهده کرده و نسبت به آن آگاه تر شده و آن را درک کند (۵۳). این روش ترکیبی از روش های مربوط به درمان های حمایتی، شناختی و رفتاری است که بر اصلاح الگوهای خوردن تمرکز کرده و همچنین برنامه ریزی وعده های غذا، آموزش تغذیه و خاتمه دادن به چرخه های پرخوری را دربرمی گیرد و به بیمار آموزش داده می شود که مقادیر کمتری از غذا را به طور منظم مصرف کنند. از شیوه های رفتاری طراحی شده برای جایگزینی رژیم غذایی نادرست و خوردن افراطی با بهینه و سالم، خود واریسی رفتارها، تشکیل عادات و تمرین های آشکار برای مهارت در کنترل فرایندهای شناختی استفاده می شود. (برای مثال، توقف پرخوری، خوردن تکانشی و بدون برنامه، کاهش میل، ولع و اشتغال ذهنی با غذا، افزایش مقاومت در برابر ولع) میزان پرخوری افراد را کم کرده و موجب کاهش پرخوری در افراد تحت درمان می شود. در درمان فوق از فنون رفتاری نظیر مواجهه خیالی و واقعی برای تعدیل تصویر منفی استفاده می شود و فرد با بهره گیری از حساسیت زدایی منظم به تدریج با قسمت هایی از بدن که موجب ناراحتی او شده است همراه با فن تن آرامی مواجه شده که به مرور تنش، ناراحتی و اضطراب را کم می کند و از طرفی دیگر هدف عنصر شناختی این درمان، تغییر شناخت ها و رفتارهایی است که چرخه پرخوری را آغاز کرده یا به آن ها تداوم می بخشد که این کار از طریق مقابله با افکار ناکارآمد همراه با پرخوری انجام می شود. برای مثال، در رفتاردرمانی دیالکتیک، گرایش به تقسیم همه غذاها به طبقات خوب و بد تعدیل می شود و با ارائه اطلاعات مبتنی بر واقعیت، بیمار را ترغیب می کند که برای خودش مشخص کند که خوردن غذای بد لزوماً به از دست دادن کامل کنترل بر خوردن نمی شود (ویسنوسکی، هرماندز و وال، ۲۰۱۸). بنابراین این نوع درمان از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده یا متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می شود (۲۲). طبق تحقیقات انجام شده، روش درمانی مذکور در کاهش و درمان افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی (۴۷)، رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار (۴۸)، بر علائم افسردگی ناشی از اختلال بی اشتها (عصبی) (۴۹)، افسردگی اساسی (۵۰)، تکانشگری در اختلال نامنظم خاکی اختلال گرانه (۵۱) و افسردگی نوجوانان (۵۲) موثر واقع شده است. بنابراین در DBT به جای سرکوب یا فرار از هیجانات منفی، سعی می شود تا فرد آن هیجانات را در زمان حال و به طور کامل تجربه کند تا بداند چه هیجاناتی در درون وجود داشته که موجب ایجاد رفتار پرخوری در او شده است. با تجربه هر لحظه از هیجانات توسط فرد مبتلا به اختلال خوردن، باعث خودتنظیمی در شرایط مختلف زندگی مانند کنترل رفتار غذا می شود (۲۲).

**آموزش بازداری در برابر غذاهای لذیذ :**

در این مداخله از برنامه های کامپیوتری مثل تکالیف (برو / نرو) و علامت ایست استفاده می شود. تکلیف برو / نرو براساس پارادایم واکنش استوار است به این صورت که فرد در صفحه مانیتور باید سعی کند به سرعت پاسخ صحیح را به محرک ارائه بدهد. محرک برای مثال حرف P یا Q در گوشه تصویر به مدت خیلی کوتاه ارائه می شود و فرد باید دکمه برو و یا نرو را فشار دهد. تصاویر حاوی غذاهای لذیذ با علامت نرو جفت می شوند و اینکار با هدف افزایش کنترل شخص نسبت به این غذاهای انجام می شود. نتیجه براساس زمان واکنش و تعداد پاسخ های درست محاسبه می شود. پاسخ های اشتباه به محرک های نرو نشانگر سطح تکانشگری فرد می باشند. براساس این تکلیف، تکلیف مشابهی به نام آموزش علامت توقف طراحی شده که در آن فرد باید به سرعت به محرک ارائه شده پاسخ دهد. ضمن اینکه همزمان باید به علامت توقف پاسخ دادن هنگام ارائه علامت خاصی (مثلا لبه اطراف محرک پر رنگ می شود) توجه کند. در این دو روش فرد باید به هر دو محرک خنثی و هدف به سرعت پاسخ دهد و نیز پاسخ هایش را به محرک های خاصی بازداری کند. آزمایش علامت توقف می تواند به عنوان ارزیابی توانایی سرکوب پاسخ حرکتی استفاده شود به این صورت که زمان واکنش طولانی تر به علامت نشان دهنده تکانشگری بیشتر و بازداری ضعیف تر است (۲۲).

**رفتارگزینی (رفتاردرمانی) :**

براساس رفتاردرمانی، اعتقاد براین است که تمام رفتارهای انطباقی و غیرانطباقی حاصل یادگیری و متاثر از عامل شرطی شدن در فراگیری رفتارها است. در رویکرد رفتار گزینی تمرکز بر تغییر رفتار می باشد و در واقع مداخله ی درمان بر شکل دهی رفتارهای جدید و سازگاران به جای رفتارهای ناسازگاران به وسیله انجام عادات متضاد با عادات قبلی فرد است. این مداخله شامل طرحی است که مشخص می کند بر کدام رفتارها، چه زمانی و در کجا باید برای رسیدن به هدف اصلی تمرکز کند (۲۲). برای مثال به محض اینکه بیمار متوجه شد که درحال توجه شمارش کالری غذاها است، حواس خود را پرت کند و یا اگر نیاز به خریدن اسنک می کند، به جای آن میوه بخرد. این مداخله بر پایه تئوری رفتار طراحی شده استوار است. این روش از طرفی باعث ایجاد پاسخ سالم جدید به یک موقعیت شده و از طرف دیگر احساس کنترل فرد بر رفتارهای ناسازگاران اش افزایش می باید (ترتون، بریدگام، کاردی و کولت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

**روان درمانی (روانکاوی) و خانواده درمانی برای اختلالات خلقی و افسردگی در دوران نوجوانی :**

در رواندرمانی انفرادی نوجوان ابتدا سعی بر ایجاد تفاهم بین درمانگر و بیمار می باشد که هدف اولیه هر راهبرد رواندرمانی برقراری رابطه موثر با نوجوان است (۱۷). روانکاوی که با رشد کودکی و تایید انگیزش ناهشیار شروع می کند، تصویر غنی تر و چند بعدی از سبک شخصیت، عملکرد ذهنی و توانایی های عقلانی تامین می کند. از دیدگاه فروید، هدف از روانکاوی هشیار کردن ناهشیار است؛ به عبارت دیگر ابتدا باید آگاه باشیم که چگونه پاسخ های بیمارگون به محیط از ناهشیار ناشی می شوند و نیز باید از مقاومتی که در برابر بروز نشانه ها به خرج می دهیم، آگاه باشیم و به تدریج تشخیص دهیم که تکانه های ما

خطرناک نیستند؛ بنابراین در این نوع سعی می شود تا تکنه ها تحت کنترل قرار بگیرند و تا اندازه ای با ابراز پخته تر غرایز، از دفاع های مفیدتر استفاده کنیم و سرانجام برای پیشگیری از برگشت های آینده، باید از فرایندهای هشیار خود جهت آزاد کردن تثبیت ها استفاده شود تا بتوان به رشد خود ادامه داد و به سطوح عملکرد پخته رسید که این گونه بالا بردن اساس آگاهی به تلاش قابل ملاحظه بیمار و روانکاو نیاز دارد (۵۳).

### روان درمانی پویشی کوتاه مدت

در درمان روان پویشی کوتاه مدت، اصول اساسی روانکاو از جمله وجود مقاومت، ارزش تعبیر اهمیت اتحاد درمانی نیرومند را دربردارند و درمانگر روان پویشی کوتاه مدت از نظر روش کار فعال تر از روانکاو سنتی و از نظر رابطه، رهنمودی تر از آن هاست. درمانگر بیمار را از همان ابتدا به طور فعال درگیر فرایند می کند، روی موضوع میان فردی تمرکز می نماید و درباره ارتباط بین رفتار بیمار با درمانگر، شخصیت های کنونی در زندگی و اهمیت شخصیت های مهم در گذشته، بارها تعبیر انتقالی ارائه می دهد (۵۳). هدف از روان درمانی روان پویشی در روان کاوی، کار با با خاطرات ناخودآگاه و آگاه با بیماران افسرده، اصلاح پایداری از انتظارات اجتماعی و شکل گیری راهبردهای منظم در برابر آسیب پذیری ناشی از ارتباطات است. نتایج این درمان در پژوهش وی، تغییرات قابل توجهی در توانایی های پاسخدهی و سازماندهی روانی را نشان داد (۲۵). در زمینه اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت تحقیقات متعددی صورت گرفته است و اجرای این رویکرد در درمان علائم افسردگی (۲۷)، بهبود عزت نفس (۷۴) و کاهش اضطراب افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی موثر بوده است (۷۳).

### درمان میان فردی ( IPT )

در واقع، این رویکرد روان درمانی با زمان محدود و کوتاه مدت است که متمرکز بر ساختار، زمینه و مهارت های میان فردی است (۲۸) که به بیماران در شناسایی احساسات، افکار و رفتارهای مشکل ساز در روابط میان فردی و تغییر آن ها کمک می کند (۲۹ و ۳۰). در این درمان بعد از جمع آوری اطلاعات درباره تاریخچه فردی بیمار، درمانگر در تبیین ارتباط علائم افسردگی به یکی از چهار حوزه های مشکل فردی که تمرکز درمان بر آن ها است شامل غم و اندوه، تعارضات نقش بین فردی، تغییرات نقش و یا کمبودهای بین فردی به بیمار کمک می نماید. مانند روش سی بی تی، شواهد قابل توجهی از تاثیر روان درمانی بین فردی در درمان افسردگی اپیزودیک و جلوگیری از عود آن وجود دارد (۳۱ و ۳۲) که بر مبنای آن ها سعی گردیده است شیوه استاندارد از روان درمانی بین فردی بر افسردگی مزمن مورد استفاده قرار گیرد. نتایج مطالعات و تحقیقات Weissman, Markowitz, Browne و همکاران نشان داد که میزان بهبودی در روان درمانی بین فردی به تنهایی برای افسردگی مزمن حدود ۴۷ درصد و بهبود ۴۰ درصد در نشانه های افسردگی براساس مقیاس بوده است (۳۳ و ۳۴ و ۳۵)؛ بنابراین طبق مطالعات می توان از درمان هایی همچون طرحواره درمانی، فعال سازی رفتاری و روان درمانی بین فردی به عنوان یک پیشرفت قابل توجه در درمان ناتوانی های باقی مانده بعد از دارو درمانی افسردگی مزمن استفاده نمود (۲۵). اسکراما و همکاران در پژوهشی دیگر، اثربخشی روان درمانی بین فردی بیماران افسرده مزمن را بررسی کردند و نتایج کاهش قابل

ملاحظه ای در علائم افسردگی نشان داد و همچنین مطالعه سلیمانی و همکاران بر روی دانشجویان نشان دهنده این بود که روان درمانی بین فردی کوتاه مدت توانست کاهش معناداری در علائم افسردگی و نگرش های ناکارآمد دانشجویان به وجود آورد (۲۸).

### روان درمانی مثبت گرا

هدف از روان شناسی مثبت گرا فراتر از علائم ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم را وسعت بخشید و هدف را روان درمانی را چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (رشید، ۲۰۱۴) و دور شدن از درگیری یا بدترین چیزها در زندگی به سوی گسترش بهترین کیفیت ها در زندگی است (سلیگمن، ۲۰۰۲). روان درمانی مثبت گرا بر این فرض استوار است که افسردگی می تواند به طور موثر نه فقط یا کاهش علائم منفی بلکه به طور مستقیم با ساختن هیجان مثبت، تقویت توانمندی های فرد و ایجاد معنا درمان شود (۳۶). در واقع با ایجاد یک رویکرد نظام دارتر و بانفوذ بیشتر در بررسی عملکرد بهینه انسان ها به منزله یک چشم انداز مکمل و لازم به روانشناسی سنتی است که تاکید آن بر سلامت و بهزیستی و همچنین ایجاد مداخلات آموزشی جدید با هدف ارتقای بهزیستی می باشد. اساس روان درمانی مثبت گرا بر این است که انسان ها غالباً تمایل ذاتی به رشد، شکوفایی و شادکامی دارند تا اینکه در جست و جوی راهی برای گریز از نگرانی، بدبختی و اضطراب باشند. رشید (۲۰۱۵) سه فرض را درباره ماهیت، علیت، دوره و درمان الگوهای رفتاری خاص روان درمانی مثبت گرا بیان می کند: (۱) برخلاف روان درمانی های سنتی، یک فرصت فوق العاده برای شناخت و شکوفایی استعداد های افراد است؛ (۲) علاوه بر اینکه در طی پایان یافتن نشانگان افسردگی است، در جست و جوی بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی افراد است. (۳) درک کمبودها و چالش ها در کنار داشته ها و توانمندی های شخصیتی افراد در این رویکرد درمانی، موجب احساس بهتری در روان درمانگران نیز می شود، به طوری که می تواند عاملی در برابر فرسودگی شغلی آن ها باشد. روان درمانی مثبت گرا به دلیل توجه ویژه ای که بر افزایش جنبه های مثبت گرای افراد دارد، می تواند موجب پیشگیری و کاهش علائم افسردگی و نیز افزایش شکوفایی دانش آموزان شود (۳۷). همچنین نتایج تحقیقات نشان می دهد که روان درمانی مثبت گرا در کاهش و درمان مشکلات دیگر نوجوانان مانند مشکلات تحصیلی و اضطراب مرتبط با آن ها اثربخش بوده است (۳۸) و نیز در تحقیقات دیگر (۳۹ و ۴۰) و فراتحلیل های مختلفی که از اثر مداخله درمانی مثبت گرا انجام شده است، یافته ها نشان می دهد که مداخلات مثبت گرا با نتایجی مثبت و معنادار در کاهش قابل توجه علائم افسردگی موثر هستند (حکیمی و همکاران، ۱۳۹۶).

### خانواده درمانی و آموزش والدین بر کاهش علائم اختلالات خلقی و سلوک :

این نوع درمان تحت تاثیر مفاهیمی از سوی نظریاتی مانند، نظریه سیستم ها، نظریه ارتباطات، روابط آبه، نقش اجتماعی، کردارشناسی حیوانات و بوم شناسی ارائه شده و فرض اساسی براین است عملکرد خانواده یک سیستم بازخودتنظیمی است که ساختار و سابقه مخصوص به خود دارد که در نتیجه تعامل پویا بین سیستم های به هم وابسته خانواده و افرادی که در نیازهای مکملی سهیم هستند به طور مداوم در حال تکامل است. میزان درگیری خانواده در فرایند روان درمانی بسیار موثر در حل

مشکلات روانشناختی نوجوان خواهد بود. درمانگر در فرایند رواندرمانی نوجوانان عموماً فعال تر و رهنمودی تر از رواندرمانی بزرگسالان است و در این نوع درمان، بیشتر شامل آموزش به والدین و نوجوانان بوده از جمله نقش بازی کردن. درمانگر می تواند در فرایند نقش بازی کردی، نقش شبه والد برای کودکان یا نوجوانان داشته باشد که البته نباید وظیفه بصیرت خود را در مورد چاله های بالقوه ی درگیرشدن در یک نقش کاملاً والدینی با بیماران نادیده بگیرد (۱۷). در یکی از بزرگترین مطالعاتی که توسط زوبریک و همکاران (۲۰۰۱)، نقل از ودادیان و همکاران (۱۳۹۰) بر روی ۷۱۸ والد صورت گرفت؛ نتایج که پس از آموزش (برنامه فرزندپروری مثبت) کاهش چشمگیری در اختلالات رفتاری نوجوانان و سبک والدگری استبدادی والدین به وجود آمد و همچنین افسردگی، اضطراب، استرس و تعارضات والدین در مورد مسائل تربیتی کودک و نوجوان نیز کاهش یافته و سازگاری زناشویی افزایش یافته و ۲ سال بعد از پیگیری، اثربخشی آموزش والدین همچنان پایدار بود (۱۲). پژوهشگران اذعان می دارند با آموزش نحوه رفتار صحیح و موثر والدگری، علامت های اختلالات رفتاری در کودکان به طور معناداری کاهش می یابد؛ زیرا مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان، تاثیر بسیار مهمی بر نظام و کارکرد خانواده دارد و به همین جهت تاثیر متقابل کودک و والدین، منطقی است که از آموزش والدین به عنوان روشی مناسب و کارآمد برای مدیریت رفتارهای نامطلوب استفاده کرد. ترانزو (۲۰۰۶) تقویت مهارت های والدگری و فرزندپروری را که به دنبال آموزش والدین رخ می دهد، مهم ترین راه حل مشکلات رفتاری کودکان می داند (نقل از مهاجری، پوراعتماد، شکری، خوشایی، ۱۳۹۲). از دیدگاه روان شناسی، انتخاب یک مداخله مناسب برای فرزندان و خانواده ها آن ها، مواره یک چالش بوده است؛ بنابراین نیاز به برنامه ای جامع با هدف آموزش والدین در جهت ارتقای مهارت های فرزندپروری وجود دارد، برنامه ای که بتواند با بهبود روش های تربیتی به والدین در افزایش خودکارآمدی والدینی در فرزندپروری کمک کند و در نهایت بتواند روابطی سالم و رضایت بخش را برای همه اعضای خانواده به ارمغان آورد. با اجرای برنامه ی زیر در مورد خانواده هایی که فرزندان شان مشکلات رفتاری داشتند گزارش کردند که برنامه آموزش والدین اثرات مفید زیادی بر عملکرد خانواده ها دارد به شکلی که همه شرکت کنندگان در این برنامه آموزشی، بهبود روابط والد و کودک را گزارش کرده اند و والدین شرکت کننده نیز احساس بهتری نسبت به مهارت های فرزندپروری خود و ویژگی های فرزند خود پیدا کردند. فارلی، آدامز، لاتون و اسکوویل نیز (۲۰۰۵)، نقل از علی زاده، (۱۳۹۱) برنامه آموزش والدین را این گونه تعریف کردند: ((برنامه های آموزش والدین، برنامه هایی استاندارد با مداخلات کوتاه مدت است که راهبردهای تخصصی از جمله توجه مثبت، نادیده انگاری، کاربرد موثر پاداش و تنبیه، اقتصاد ژتونی و محروم سازی را به والدین آموزش می دهد تا از آن ها برای رفع مشکلات رفتاری کودکان خود استفاده کنند)). آموزش والدین مزایای متعددی دارد، نخست اینکه والدین بیشترین تماس را با فرزندان شان دارند و می توانند بیشترین تاثیر را در تغییر رفتار آنان داشته باشند (۴۱).

### آموزش مهارت های زندگی و اجتماعی بر کاهش علائم اختلالات سلوک

اصطلاح مهارت های زندگی در معانی متعددی به کار رفته است. مهارت های مربوط به امرار معاش، مراقبت از خود و همچنین شامل رفتارهایی برای افزایش توانایی های روانی - اجتماعی بوده که فرد را قادر می سازد که با مقتضیات و کشمکش های زندگی روبرو شود و همراه با داشتن دانش، ارزش ها و نگرش ها تا در نهایت باعث پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب زنده به بهداشت، سلامت و ارتقای سطح سلامت روان افراد است. به عبارت دیگر، مهارت های زندگی یعنی ایجاد روابط فردی مناسب



و موثر، انجام مسئولیت های اجتماعی، انجام تصمیم گیری های صحیح، حل تعارض ها و کشمکش ها بدون توسل به اعمالی که به خود یا دیگران صدمه می زنند. نوجوانان باید مهارت های شخصی و اجتماعی را بیاموزند تا بتوانند درمورد خود، انسان های دیگر و کل اجتماع به طور موثر شایسته و مطمئن نمایند. این برنامه به نوجوان انگیزه رفتار سالم را می دهد و فرصت انجام آن را فراهم می کند. این برنامه شامل ۹ مهارت اساسی برای زندگی کردن است که در آن، مهارت هایی مانند شناخت ویژگی ها و توانایی های خود، توجه به ارزش های شخصی، خانوادگی و اجتماعی، به کاربردن روش های صحیح برقراری ارتباط، قاطعیت و ابراز وجود، دوست یابی، تعیین هدف و روش های مناسب رسیدن به آن، تصمیم گیری صحیح، پرهیز از خشونت و حفظ سلامت آموزش داده می شود. موری و فرینگتون (۲۰۱۰) در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی خودکارآمدی و حرمت نفس در دختران نوجوان افزایش یافته که این آموزش ها در بهبود روابط بین دانش آموزان، بهبود عملکرد تحصیلی و بهبود روابط بین خود و خانواده آن ها موثر و مفید گزارش شده است (۴۲). مهارت های ضعیف اجتماعی، پیش بینی کننده مشکلات رفتاری بعدی در کودکان و نوجوانان است. فوردایس تماس اجتماعی و آموزش مهارت های اجتماعی را به عنوان راهی برای بهبود بهزیستی روان شناختی و افزایش شادی و کاهش اختلالات رفتاری پیشنهاد می کنند. بنابراین به نظر می رسد افزایش این مهارت ها و رشد توانایی های مربوط به مدیریت خشم و خودکنترلی (باررا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). امروزه روش های درمانی جدیدی در حوزه روان شناختی برای درمان افراد مبتلا به اختلالات سلوک به کار رفته است ازجمله این درمان ها آموزش مهارت های اجتماعی مبتنی بر پردازش شناختی است. در این رویکرد افراد را به فکر کردن وامی دارد؛ بنابراین افراد از این طریق به طرز فعال تری به آموزش مهارت ها تشویق می شوند. این مدل مبتنی بر رویکرد پردازش شناختی، مراحل رمزگشایی اجتماعی، عملکرد اجتماعی و ارزیابی اجتماعی به ترتیب دنبال می شوند (۴۳). آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری شامل ۸ مرحله به روش نواکا و اسپیواک است. در این روش در هر جلسه ۶۰ دقیقه کودکان مبتلا تحت آموزش همراه با ارائه تکالیف خانگی جهت تمرین مهارت های موردنظر در زندگی واقعی می باشد. جلسه اول شامل شناخت خود، مهارت ها، توانایی های فردی مرتبط با زمان حال (خود واقعی)، آشنایی با ایده آل ها و آرزوهای خود به منظور مفهوم سازی خودهای مرتبط با آینده (خود ایده آل) و شناخت وظایف فرد از دیدگاه خودش و دیگران (خود بایسته). در جلسه دوم و سوم، هدف آشنایی با مراحل بروز خشم جهت مدیریت سلسله مراتبی خشم. جلسه ی چهارم، عملیاتی سازی مفهوم خشم و انتخاب راه حل های مناسب برای مدیریت آن است. در جلسات پنجم و ششم آموزش، راهکار عملی مانند، ارائه الگو و ایفای نقش برای مهارت مدیریت خشم اعمال می شود. جلسه هفتم بر استفاده از روش خودآموزی شناختی برای کنترل اظهارات خودمنفی ساز به منظور مدیریت خشم تاکید می شود. در جلسه آخر (جلسه هشتم)، شامل ایفای نقش و جمع بندی است که کنترل و مدیریت خشم در موقعیت های برانگیزنده خشم و حصول اطمینان از درک مطالب بیان شده در جلسات آموزشی انجام می گیرد (۴۴).

#### درمان پذیرش و تعهد<sup>۴</sup>

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان نسل سوم از درمان های روان شناختی و مداخلات جدید و موثری است که در حل مشکلات بین فردی و اختلالات روان شناختی به کار می رود و بر این فرض استوار است که مشکلات روان شناختی انسان به واسطه اجتناب یا فرار از افکار و احساسات و تجربیات شخصی ناخواسته به وجود می آید (۶۴). درمان مذکور تمرکز بر زمان



حال می کند که به فرد امکان می دهد کاملاً از زمان حال آگاه باشد و با حالت گشودگی، علاقه و پذیرا تجربه کنیم؛ زیرا تمرکز سالم تر بر زمان حال به فرد کمک می کند تا رفتار بیشتر تحت تاثیر موقعیت کنونی قرار گیرد و شرم، گناه یا خشم ناشی از خاطرات آسیب زا یا ترس از آینده کمتر بر رفتار تاثیر بگذارد، بعد از اینکه مراجع آگاه شد که چگونه اجتناب از اینگونه وقایع خصوصی، پاسخ های بی تاثیر ایجاد می کنند، روش های ذهن آگاهی به آن ها آموزش داده می شود تا در زمان حال بمانند (۵۳). هدف اصلی این درمان، انعطاف پذیری روان شناختی است و به فرد کمک می کند عملی را انجام دهد که مناسب تر است نه عملی که در جهت اجتناب از افکار و احساسات، خاطره ها یا تمایلات ناخوشایند انجام می شود و این انعطاف پذیری روان شناختی از طریق شش فرایند اصلی ایجاد می شود که عبارتند از: پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، روشن سازی ارزش ها و عمل متعهدانه (۷۰). از دیدگاه این روش درمانی، ناتوانی در تجربه فرایندهای درون فردی مثل حالات هیجانی پریشان کننده، منجر به انجام رفتارهایی جهت رهایی یا نادیده گرفتن آن ها می شود و با این که این راهبردها به طور موقتی موثر است و به طور منفی تقویت می شود، اغلب منجر به ایجاد مشکلات بیشتر برای فرد می شود و در نتیجه رنج بیشتری ایجاد می کند (۶۹). پژوهش ها نشان می دهند که این آموزش منجر به کاهش اضطراب، پریشانی روان شناختی، کاهش نشانه های اختلال بدشکلی بدنی می گردد (۶۳ و ۶۶ و ۶۷ و ۶۹).

#### درمان نوین برای کاهش علائم اختلال سلوک، دستگاه پسخوراند عصبی (نوروفیدبک)<sup>۱</sup>

با در نظر گرفتن فعالیت الکتریکی مغز می توان گفت که مغز یک فرد معمولی در زمان آگاهی، بیداری و کنترل کامل، امواجی با فرکانس ۱۴-۲۱ هرتز تولید می کند. زمانی که عوامل سبب ساز زیستی، روانی و اجتماعی، این فرکانس را به بالاتر از ۲۱ هرتز می رساند. مکانیسم طبیعی سیستم دفاعی، کنترلی و شناختی فرد دچار اختلال می شود و نتیجه این به هم ریختگی به صورت انواع مشکلات روانشناختی مانند اضطراب، پرخاشگری، بیقراری، ضعف در مهارت های اجتماعی و کاهش توان حل مسئله بروز می کند (۴۱). روش اجرای این برنامه به این صورت است که تعداد ۳۰ جلسه در ۱۰ هفته و هر جلسه به مدت ۲۰ دقیقه از دستگاه پس خوراند عصبی استفاده شده و خودتنظیمی مغز، خودکنترلی و افزایش تمرکز به آن ها آموزش داده می شود. پس از نصب اکترودها به مناطق چندگانه قشر مخ، فرد جلوی مانیتور می نشیند و یک بازی را انجام می دهد. این بازی نوعی بازی کامپیوتری است که در حین بازی از دست خود استفاده نمی کند بلکه الگوی امواج مغزی اوست که بازی را پیش می برد. فرد در این بازی با استفاده از برنامه انیمیشنی مربوط به دستگاه پسخوراند عصبی، سه قایق روی مانیتور نشان داده شده و گفته می شود که کنترل قایق وسطی به دست خود اوست و قایق های بالایی و پایینی رقبای او هستند و باید تلاش کند تا از رقبای خودش عقب نماند؛ درحالی که هر سه قایق امواج مغزی خود فرد است. قایقی که کنترلش از طریق ذهن به دست اوست، موج آرامش و دوتای دیگر، موج های اضطراب و عدم تمرکز او هستند. فرد به طور غیرمستقیم روی آرامش و تمرکز و کنترل خود کار می کند، در واقع در حین بازی، نحوه فعالیت مغز خود را روی صفحه مانیتور مشاهده و با

توجه به راهنمایی درمانگر، تلاش می کند کنترل فعالیت امواج مغز را بدست بگیرد و سطح فعالیت الکریکی مغز را با امتیازهایی که در هنگام بازی به او می دهد به حد طبیعی برساند. تا کنون نتایج پژوهش های انجام شده، نشان می دهد که این برنامه ی درمانی در کاهش علائم اختلال سلوک موثر نبوده و تفاوت معناداری در قبل و بعد از درمان بر کاهش یا درمان نشانه های افراد مبتلا به اختلال سلوک را نشان نداده است (۴۱). برخی از درمان های نوروفیدبک بر روی نشانه های اختلال بیش فعالی، موج های تتا و بتا را به کار می گیرند تا امواج بتا را افزایش دهند و سبب تمرکز در فرد شوند. تحقیقات دیگر نوروفیدبک، از آموزش ریتم حسی حرکتی به عنوان ریتم موج مغزی مرتبط با آرامش و توجه برای بهبود نشانه های بیش فعالی در کودکان سود می جویند (هاموند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). نوروفیدبک با نرمال سازی الگوی امواج مغزی، منجر به درمان و بهبودی در فرد می گردد. ایده اصلی درمان نوروفیدبک این است که مغز با مشاهده ناهنجاری امواج خود، یاد می گیرد خود را اصلاح نماید، این امر در روند درمان و براساس اصول یادگیری صورت می گیرد (۴۵). به طوری که پروتکل تتا/بتا و آموزش قشرحسی حرکتی، موجب کاهش مشکلات رفتاری و بهبود عملکرد شناختی در کودکان مبتلا شده است. با توجه به این که بعد بیرونی سازی مشکلات سلوک شامل ترکیبی از اعمال کنشی، بیش فعالانه، پرخاشگرانه و بزهکارانه است (هالاها و کافمن<sup>۳</sup>، ترجمه، عزیزاده، ۱۳۹۰) است، پژوهش هایی در زمینه اثربخشی نوروفیدبک انجام شده که نشان می دهد در کاهش و درمان علائم اختلالات سلوک موثر بوده است ازجمله این پژوهش ها در زمینه بازداري، کنترل رفتاری و کاهش تکانشگری در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی موثر است. درارتباط با تاثیر این نوع درمان در کاهش مشکلات سلوک باید اشاره کرد که شامل ترکیبی از اعمال تکانشی، بیش فعالانه، پرخاشگرانه و بزهکارانه است و احتمالاً این درمان بر کاهش علائم اختلال سلوک و مشکلات رفتاری مبتلایان مفید و موثر خواهد بود و نیز بازی های رایانه ای (برکاهش تکانشگری، نقص توجه و حافظه فعال) اثرگذار بوده و موجب کاهش مشکلات سلوک در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه همراه با بیش فعالی می شود.

## بحث و نتیجه گیری

بنابراین با توجه به مطالعات و تحقیقات جدید و گسترده ای که در دوران نوجوانی و ویژگی های نوجوانان صورت گرفته است. می توان نتیجه گرفت که این دوران یکی از حساس ترین و مهم ترین دوران زندگی انسان می باشد که باید توجه مبذول به آن کرد، خصوصاً والدین که وظایف خطیری در مقابل فرزندان خود دارند از جمله، شناخت فرزندان خود و همچنین دوران نوجوانی، ویژگی های دوران نوجوانی، طرز رفتار و نحوه ایجاد ارتباط درست و موفق با نوجوانان و موارد دیگر را شامل می شود. گرچه عوامل ارثی وجنسیتی می توانند در بروز مشکلات روانی در نوجوانی باشند اما عوامل محیطی مانند ارتباط والد - فرزندی می توانند در بروز و آشکار شدن اختلالات و مشکلات روانی، هیجانی (عاطفی) و رفتاری دخیل باشند بنابراین نحوه رفتار با نوجوانان و برقراری ارتباط با آن ها در بروز یا عدم بروز مشکلات و مسائل روانی بسیار حساس و تاثیرگذار خواهد بود. لذا والدین در این امر، نقش بسیار حیاتی خواهد داشت تا بتوانند در سایه ارتباطی موفق با فرزندان نوجوان خود، از بروز مشکلات بسیاری که می توانند در این دوران رخ دهند، جلوگیری نمایند و همچنین فرصت های مناسب و متنوعی را برای کشف و آشکارسازی استعدادهای فرزندان خود فراهم آورند و باعث پیشرفت و موفقیت آن ها شوند. امروزه به دلیل وجود طیف مختلفی از اختلالات و مشکلات نوجوانان، سعی برآن شده است که راهکارها و درمان های متعدد و متنوعی ارائه شود. از جمله

درمان های دارویی ، روان شناختی، رفتاردرمانی، آموزش مهارت های زندگی، اجتماعی، آموزش والدین و غیره. پژوهشهای متعددی نیز در زمینه درمان های مذکور انجام شده و نتایج نشان می دهند که این درمان ها در اختلالات نوجوانان از جمله، اختلالات خلقی، اختلالات سلوک و اختلالات خوردن موثر واقع شده است. و همچنین تاکید زیادی بر آموزش والدین و خانواده درمانی شده است که می تواند از بروز بسیاری از مشکلات رفتاری، روانی، جسمانی، تحصیلی و... جلوگیری می کند. لازم به ذکر است که در بحث و بیان انواع مختلف درمان های اختلالات روانی و رفتاری نوجوانان ، از جمله درمان پسرخوراند عصبی علی رغم وجود آزمایش ها و پژوهش های انجام شده در زمینه کارایی درمان مذکور؛ اما هنوز به طور قطع نمی توان گفت که در درمان یا کاهش علائم اختلال سلوک موثر واقع می شود. درمان پسرخوراند عصبی (نوروفیدبک) با تکیه بر آزمایشهای انجام شده بر مغز و تاثیر بر برخی از نواحی مغزی، سعی بر کاهش مشکلات رفتاری اختلال سلوک را دارد. درمان نوروفیدبک بر درمان یا کاهش نشانگان اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه که همزمان مشکلات رفتاری اختلال سلوک را داشته اند و همچنین برای جایگزینی درمان دارویی از این روش بهره گرفته شده است؛ به همین دلیل این نوع درمان به طور مستقل و قطعی برای درمان کودکان مبتلا به اختلال سلوک به کار نرفته است؛ بنابراین هنوز شک و ابهام درباره کارایی درمان نوروفیدبک برای اختلال سلوک برطرف نشده است؛ بنابراین طی سال های اخیر علی رغم کاربرد این روش درمانی برای کاهش یا درمان نشانه های اختلال سلوک، به طور قطع موثر نبوده است و شواهد قطعی در این زمینه وجود ندارد ، به همین سبب همچنان آزمایش ها و پژوهش های مختلفی انجام می گیرد تا میزان قطعی کارایی این نوع درمان مشخص شود. در حال حاضر بهترین و موثرترین درمان ها از جمله، آموزش والدین کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک و مبتلایان، رفتاردرمانی و فراگیری مهارت های کنترل خشم، بازداري رفتاری و در صورت لزوم دارو درمانی به کار می برند.

## فهرست منابع

- ۱-بیژن، خواجه نوری؛ رودابه، دهقانی؛ ۱۳۹۵؛ مشکلات نوجوانان و ارتباط آن با نهاد خانواده، مورد مطالعه: رابطه تعارضات والدینی و سلامت روان نوجوانان
- ۲-مارتین، هربرت؛ ۲۰۱۶ ؛ ۱۳۹۵؛ روان شناسی بالینی کودک (یادگیری اجتماعی، رشد و رفتار)، نشر: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- ۳-برک، لورا؛ ۲۰۱۴ ؛ ۱۳۹۳؛ روان شناسی رشد؛ جلد دوم. نشر: ارسباران.
- ۴-حمیده، یزدی مقدم؛ لادن، نجار؛ آرش، اکبری؛ اکبر، پژوهان؛ رحیم، گل محمدی؛ ۱۳۹۳؛ بررسی سن شروع بلوغ و ارتباط آن با شاخص توده بدنی در پسران شهر سبزوار
- ۵-رضا، جعفری هرندي؛ فاطمه، رجایی موسوی؛ ۱۳۹۸ ؛ پیش بینی بلوغ عاطفی براساس جو عاطفی خانواده و میزان مذهبی بودن والدین در دانش آموزان دختر

6-Daneshparvar HR. Investigate the pubertal stages in Tehran of boys and it,s comparison with 15 years old.

Iranian Journal of Pezeshki Ghanooni. 2001 [Persian]

۷-سمانه، خان پور اردستانی؛ شیرین، صادق پور؛ آذین، آذربایجانی؛ عمار، حسن زاده کشتلی؛ ۱۳۹۰؛ اختلال پرخوری: یک مقاله مروری

۸-فاطمه، رسولی؛ ۱۳۸۹؛ اثربخشی آموزش کنترل بر افزایش تاب آوری در نوجوانان در معرض خطر اعتیاد

۹-وحید، مصطفی پور؛ حسین، فرخی؛ ۱۳۹۶؛ بررسی علل بزهکاری نوجوانان کانون اصلاح و تربیت شهرستان بیرجند

۱۰-اکبر، عطادخت؛ نادیا، قره گزولو؛ ۱۳۹۷؛ نقش افسردگی، اضطراب و استرس دانش آموزان پسر در پیش بینی نگرش مثبت و منفی آن ها به بزهکاری

۱۱-شیرین، زینالی؛ زینب، خانجانی؛ فائزه، سهرابی؛ ۱۳۹۳؛ اثربخشی آموزش والدین بر کاهش علائم سلوک و پرخاشگری نوجوانان ۱۶-۱۴ سال

۱۲-فائزه، سهرابی؛ زینب، خانجانی؛ شیرین، زینالی؛ ۱۳۹۴؛ اثربخشی آموزش فرزندپروری والدین بر کاهش علائم اختلال سلوک و بهبود سبک های فرزندپروری

۱۳-علی محمد، نظری؛ ۱۳۹۴؛ فراتحلیل پژوهش های انجام شده پیرامون نقش خانواده در بزهکاری نوجوانان

14- Hui-Lien Chou ,Chien Chou . 2019 .A quantitative analysis of factors related to Taiwan teenager,s smartphone addiction tendency using a random sample of parent-child dyads

۱۵-نجمه، هاتف؛ فریده، یوسفی؛ ۱۳۹۸؛ رابطه هوش هیجانی کلاس و جو روانی-اجتماعی کلاس با بهزیستی مدرسه: نقش واسطه ای ارضای نیازهای اساسی روان شناختی

۱۶-مطهره، گلبرگ خناچاه؛ مهناز، خسروجاوید؛ سید موسی، کافی ماسوله؛ ابراهیم، میرزاجانی؛ مرجان، مهدوی روشن؛ ۱۳۹۹؛ بازخوانی درمان های روانشناختی، زیستی و اجتماعی افسردگی

۱۷- خلاصه روان پزشکی (علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی). کاپلان و سادوک، جلد سوم، بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا آلکوت، پدرو روئیز، ترجمه، فرزین، رضاعی. ویراست ۲۰۱۵

۱۸-الهام، احرام پوش؛ ماکان، چراغ پور؛ محسن، عاطفی؛ علیرضا، قائمی؛ سیدحسین، داودی؛ حمید، زند؛ رضا، همایونفر؛ ۱۳۹۱؛ مداخلات تغذیه ای در اختلالات خوردن، از اطلاعات علمی تا بالین بیمار

۱۹-اصغر، یابوند حسنی؛ کیومرث، فرحبخش؛ عبدالله، شفیع آبادی؛ ۱۳۹۳؛ بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان

20-American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.5 Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2018.

21-Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in primary care setting. Mayo Clin Proc 2010; 85(8): 746-51.

۲۲-سیمین، قبادزاده؛ شهرام، محمدخانی؛ جعفر، حسنی؛ ۱۳۹۷؛ درمان های کلاسیک و نوین اختلال پرخوری

۲۳-اصغر، زره پوش؛ حمیدطاهر، نشاط دوست، کریم، عسگری؛ محمدرضا، عابدی؛ امیرحسین، صادقی هسنیجه؛ ۱۳۹۱؛ اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان

24-Tahereh Mahmoudian Dastnaee, Shole Amiri and Hamidtaher Neshatdoost . Department of Psychology , university of Isfahan, Gholamreza Manshaee. Department of Psychology, KHorasgan Branch, Islamic Azad University. 2018 , Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on eating disorder symptoms in patients with bulimia nervosa aged 16-23 considering parental bonding

۲۵-سید محمدرضا، صمصام شریعت؛ حمیدطاهر، نشاط دوست؛ مهرداد، کلانتری؛ سیدحمیدرضا، عریضی سامانی؛ ۱۳۹۶؛ شاخص های کاربردی در رویکردهای درمانی اختلالات افسردگی مزمن

۲۶-رضا، رهبران؛ رعنا، کرمی و مهسا، شاه محمدی؛ ۱۳۹۸؛ اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری و اختلال افسردگی در نوجوانان

۲۷-مهدی، خوریانیان؛ لیلا، حیدری نسب؛ زهرا، طبیبی و حمیدرضا، آقامحمدیان شعرباف؛ ۱۳۹۱؛ اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش نشانه ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی

۲۸-جواد، نظافت فریزی؛ علی، مشهدی؛ سیدامیرامین، یزدی؛ فاطمه، نوفرستی؛ ۱۳۹۴؛ اثربخشی روان درمانی بین فردی و گروهی کوتاه مدت بر نشانه های افسردگی، ابرازگری هیجانی، مهارت های اجتماعی و کیفیت زندگی دانشجویان افسرده.

29-Weissman MM, Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy. Current status. Arch Gen Psychiatry 1994; 51(8): 599-606.

30-Klerman GL, Weissman MM. The course, morbidity, and costs of depression. Arch Gen Psychiatry 1992; 49(10): 831 -4.

31-Frank E, Kupfer DJ , Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1990; 47(12): 1093-9

32-Reynolds CF 3 , Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A random controlled trial in patients older than 59 years. JAMA 1999; 281(1): 39-45

33-Weissman MM, Markowitz JC, Klerman G. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York, NY: Basic Books; 2000

34-Mason B, Markowitz J, Klerman G. Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorders. In: ;Klerman GL, Weissman MM,Editors. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 1993. P. 225-64

35-Markowitz JC, Klerman GL, Perry S, Clougherty KF, Josephs LS. Interpersonal psychotherapy for depressed HIV –Seropositive patients. In: Klerman GL, Weissman MM, Editors. New application of interpersonal psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 1993.p. 199-224.

۳۶- اعظم، نوفرستی؛ رسول، روشن؛ لادن، فتی؛ حمیدرضا، حسن آبادی؛ عباس، پسندیده؛ محمدرضا، شعیری؛ ۱۳۹۳  
؛ اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه های افسردگی: مطالعه تک  
آزمودنی با چند خط پایه

۳۷- ثریا، حکیمی؛ سیاوش، طالع پسند؛ اسحاق، رحیمیان؛ مارگارت، ل. کرن؛ ۱۳۹۶؛ اثربخشی روان درمانی مثبت  
گرا بر افسردگی، بهزیستی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان در دروس ریاضیات و علوم تجربی

38- Moradizadeh, S , Veiskarami, H., Mirdrikvand, F., Gadampour, E., Ghazanfari, F. 2019.  
Impacts of Positive Psychotherapy Compared to Cognitive Behavioral Therapy on Academic  
Rumination and Stress of Female Gifted Students

۳۹- اعظم، نوفرستی؛ رسول، روشن؛ لادن، فتی؛ حمیدرضا، حسن آبادی؛ عباس، پسندیده؛ ۱۳۹۵؛ تاثیر روان درمانی  
مثبت گرای مبتنی بر خیرباوری بر کاهش علائم و نشانه های افسردگی غیربالینی – مطالعه تک آزمودنی چند خط پایه

۴۰- سید غلامرضا، نصیری تاکامی؛ محمود، نجفی؛ سیاوش، طالع پسند؛ شاهرخ، مکوند حسینی؛ ۱۳۹۸؛ مقایسه  
اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی و افسردگی در نوجوانان با  
علائم افسردگی.

۴۱- احمد، علی پور؛ زهرا، عاصمی؛ سیده عاطفه، حسینی یزدی؛ ۱۳۹۳؛ مقایسه اثربخشی سه روش مداخله ای  
پسخوراند عصبی، آموزش مدیریت والدین و درمان ترکیبی در کاهش نشانگان اختلال سلوک کودکان.

۴۲- عبدالرحیم، کسای؛ مهدی، خانبانی؛ ۱۳۹۳؛ اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم اختلال سلوک.

43- Ziba Barghi Irani , Mojtaba Bakhti , Mohammad Javad Bagiyankulemarz. 1. Assistant  
Professor in Department of Psychology, Payame Noor University, 2. M.A. of General  
Psychology, Payame Noor University, 3. Ph.D. student in Psychology, Razi Kermanshah.  
2014. The Effectiveness of a Cognitive Processing Based Training of Social Skills on.  
Emotional, Psychological Well-being and Reducing the symptoms of Children with Conduct  
Disorder

۴۴- ابراهیم، رهبرکرباسدهی؛ عباسعلی، حسین خانزاده؛ فاطمه، رهبرکرباسدهی؛ ۱۳۹۶؛ تاثیر آموزش شناختی –  
رفتاری مدیریت خشم بر بازداری پاسخ دانش آموزان با اختلال سلوک.

45- Soran Rajabi , Nozhat Alzaman Moradi, 2018 , The Effect of Neurofeedback in  
Combination with Games-Based Cognition on Reducing Conduct Symptoms in Children with  
Attention Deficit / Hyperactivity Disorder.

۴۶- دانیل، هالاهان؛ جیمز، کافمن؛ حمید، علیزاده (مترجم)؛ هایده، صابری (مترجم)؛ ژانت، هاشمی (مترجم)؛ مهدی،  
محمی الدین (مترجم)؛ ۱۳۹۸؛ دانش آموزان استثنایی: مقومه ای بر آموزش ویژه؛ انتشارات، ویرایش

۴۷- حمداله، جابروند؛ ۱۳۹۶؛ مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و روان درمانی یکپارچه توحیدی بر کاهش  
افکار خودکشی و تغییر شناختی هیجان در افراد اقدام کننده به خودکشی.

۴۸- مجید، صفاری نیا؛ منصوره، نیکوگفتار؛ ارمغان، دماوندیان؛ ۱۳۹۲؛ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران

۴۹- شهرام، مامی؛ شیرین، ابراهیمیان؛ شیرین، سلطانی؛ ۱۳۹۵؛ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به اختلال بی اشتها بی عصبی: مورد پژوهی چهار بیمار

۵۰- عزیزه، علیزاده؛ عیسی، علیزاده؛ ابوالفضل، محمدی؛ ۱۳۹۲؛ اثربخشی آموزش مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی اساسی

51- Imam Gholipour, Samereh. Zamani Saeed. Jahangir, Amir Hossein. Imani, Saieed. Zamani, Narges. 2014. The effectiveness of impulse control and dialectical behavior therapy training on impulsivity, Lack of motor and cognitive planning in adolescent girls with disruptive mood dysregulation disorder. Journal of Thought and Behavior in Clinical Psychology.

52- Masoumeh Akhondi, A.M. Mina Mojtabaei, Ph.D. 2018. Effectiveness of Emotion Regulation Skill Training Based on Dialectical Behavior Therapy on Depression of Orphans.

۵۳- جیمز، پروچاسکا؛ جان سی، نورکراس؛ ۱۳۹۵؛ نظریه های روان درمانی، نظام های روان درمانی، تحلیل میان نظری

54- Ideas of the change process: family and therapist perspectives on systematic psychotherapy for children with conduct disorder. Yuriko Morino. Journal of Family Therapy. 2018

55- Efficacy of psychotherapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder on self-esteem improvement: Meta-analysis. Jake Linardon, Emily J. Kothe, Matthew Foller-Tyszkiewicz. 2019

56- Outcome Finding from a parent training programme for Young people with conduct problems. Geoffrey Baruch, Ioanna Vrouva, Charles Wells. 2011

57- Interpersonal Psychotherapy in the Treatment of Eating Disorders. Andrea E, Jacqueline M. Patmore, Denis E, Wilfley.

The Wiley Handbook of Eating Disorders, Assessment, Prevention, Treatment, Policy, and Future Directions. 2015.

58- Interpersonal Psychotherapy for children with Eating Disorders. Heather L. Waldron, Marian Tanofsky-Kraff, Denise E. Wilfley.

Eating Disorders and Obesity: A Counselor,s Guide to Prevention and Treatment. 2015

59- Amygdala real-time functional magnetic resonance imaging neurofeedback for major depressive disorder: A review. Kymberly D. Young PhD, Vadim Zotev PhD, Raquel Phillips BS, Masaya Misaki PhD, Wayne C. Drevets MD, Jerzy Bodurka PhD. 2018.



60- The Potential of Neurofeedback in the Treatment of Eating Disorders: A review of the Literature.

Savani Bartholdy, Peter Musiat, Iain C. Campbell, Ulrike Schmidt. European Eating Disorders Review. 2013.

61- Mohammadi F., Hajloo N, Abolghasemi A. The relationship of behavioral activation and inhibition systems (BAS/BIS), difficulty of emotional regulation and shyness with social anxiety disorder in normal adolescents.

۶۲- زهرا، جهان بخشی؛ احمد، برجعلی؛ کیومرث، فرح بخش؛ محمدرضا، فلسفی نژاد و آسیه، شریعتمداری؛ ۱۳۹۷؛  
فرا تحلیل درمان های روان شناختی بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان.

63- Fatemeh Hazavei , Somayeh RobotMili. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Behavioral Inhibition of Adolescents with Social Anxiety Disorder. Journal of Health Promotion Management( JHPM).

64- Fine KM, Walther MR, Joseph JM, Robinson J, Rickettes EJ, Bowe WE, et al. Acceptance-Enhanced Behavior Therapy for Trichotillomania in Adolescents. Cogn Behav Pract. 2012

65- Thomas N, Shawyer F, Castel DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. BMC Psychiatry. 2014

۶۶- محمد رضا، یابنده؛ حسین، بقولی؛ سیروس، سروق؛ مریم، کوروش نیا؛ ۱۳۹۸؛ مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان علائم اضطراب اجتماعی.

۶۷- لیلا، اسماعیلی؛ شعله، امیری؛ محمدرضا، عابدی؛ حسین، مولوی؛ ۱۳۹۷؛ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان.

68- Azam Habibollahi, Mohammad Soltanizadeh. 2015 . Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Body Dissatisfaction and Fear of Negative Evaluation in Girl adolescents with Body Dysmorphic Disorder.

69- Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc: 2010.

70- Riccardo Dalle Grave MD, Massimiliano Sartirana PsyD, Simona Calugi PhD. Enhanced cognitive behavioral therapy for adolescents with anorexia nervosa: outcomes and predictors of change in a real-world setting. International Journal of Eating Disorders.

71- Rachel E Liebman PhD, Kathryn A. Coniglio MS, Kenndra R. Becker PhD, Nassim Tabri PhD, Ani C. Keshishian BA, Olivia Wons BS, Pamela K. Keel PhD, Kamryn T. Eddy PhD, Jennifer J. Thomas PhD. 2019. Behavioral inhibition moderates the association between



overvaluation of shape and weight and noncompensatory purging in eating disorders. International Journal of Eating Disorders.

72- Annemarie Toubol RN, MScN, Helle Koch-Christensen RN, MCN, Poul Bruun RN, PhD, Dorth S. Nielsen RN, PhD. 2019. Parenting skills after participation in skills-based training inspired by the new Maudsley Method: a qualitative study in an outpatient eating disorder setting. Scandinavian Journal of caring Sciences

73- Omid Ghaedi, Dr. Ali Reza Rashidi, Dr. Jahangir Karami. 2017. Effectiveness of short-term psychodynamic Group therapy on self-esteem of people with social anxiety.

74- Mostafa Mahmoudi Ghehsareh, Hamidreza Aghamohamadian Sherbaf, Mahmoud Dehghani, Hosein Hasanabadi. 2013. The Effectiveness of Anxiety-regulating Short-Time Dynamic Psychotherapy (STDP) on the Treatment of male patients with Social Phobia.

75- Elham Taheri, Mahdi Amiri, Behrooz Birashk, Banafsheh Gharrayi . 2016. Cognitive therapy versus behavioral activation therapy in the treatment of social anxiety disorder. Journal of Fundamentals of Mental Health.