

## مروری بر پیش بینی کننده ها، درمانها و آینده اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان

محمد رضا خدا بخش<sup>۱</sup>، عذرا عابدی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد واحد نیشابور

### چکیده

در این مقاله پس از تعریف اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان مروری خواهیم داشت بر عناصر پیش‌بینی‌کننده اصلی رفتار برونی سازی و انحرافی. این اختلالات در سنین پیش‌نوجوانی و نوجوانی، در صورت عدم پیشگیری و درمان احتمالاً به اختلالات شخصیت و اختلالات رفتاری در بزرگسالی منجر می شوند. مداخله آموزشی زودهنگام، پیشگیری در تمام اشکال آن و استفاده از ابزارهای اصلاحی درمانی می تواند بهبود رفتاری مورد انتظار را ایجاد کند، به ویژه در افرادی که هنوز بالغ نیستند. محیط خانوادگی و اجتماعی مناسب نقش تعیین کننده در موثر بودن درمان دارد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات رفتاری، کودکان و نوجوانان، اختلالات شخصیت، درمان، مداخله آموزشی زود هنگام، پیشگیری

## مقدمه :

رفتار تظاهرات بیرونی خلق و خو و شخصیت یک فرد است. خلق و خو به عنوان مجموعه ای از تمایلات ذاتی و ژنتیکی تعیین شده فرد برای واکنش به محرک های محیطی به روش های خاص و شخصیت به عنوان مجموعه یکپارچه و سازمان یافته روان درک می شود که در رابطه مستقیم با محیط و تجارب به عنوان سازمان پیچیده ای از شیوه های بودن، دانستن و عمل است که وحدت، انسجام و تداوم، ثبات و برنامه ریزی را برای فرد تضمین می کند. (پروتا؛ ۲۰۱۹). مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان معمولاً به دو گروه عمده تقسیم میشوند: مشکلات یا اختلالات برونی سازی و درونی سازی مشکلات برونی سازی معمولاً به سمت بیرون از فرد معطوف هستند و شامل برون ریزی الغبازی و مشکل سازی و نافرمانی میشوند. مشکلات درونی سازی بیشتر به سمت درون هدایت شده اند و شامل گوشه گیری افسردگی و اضطراب هستند علاوه بر این کودکان خردسال معمولاً مشکلاتی نشان می دهند که در هیچیک از این دو گروه عمده قرار نمی گیرد، مثلاً ساعات نامنظم خواب و بیداری مشکلات خورد و خوراک و یادگرفتن دستشویی رفتن. اختلالات برونی سازی شامل کمی توجه و بیش فعالی<sup>۵</sup>، اختلال نافرمانی چالش گری و اختلال سلوک<sup>۶</sup> و اختلالات درونی سازی شامل اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب عام تعمیم یافته، فوبیای اجتماعی، اختلال وسواسی اجباری فوبیای خاص، اختلال وحشت زدگی، اختلال افسردگی عمده و اختلال دیستیمیک هستند. (گنجی، ۱۳۹۴)

اختلالات رفتاری برونی سازی شده شامل رفتارهایی می شوند که در آنها پریشانی درونی از طریق رفتارهای ناکارآمد مانند پرخاشگری، تکانشگری، سرکشی، قانون شکنی و سایر رفتارها به بیرون هدایت می شود و از نظر اجتماعی نامناسب تلقی می شود. در سنین پیش دبستانی و مدرسه، ممکن است به صورت جداگانه و موقت رخ دهند، مانند زمانی که مربوط به جنبه های موقعیتی یا مرحله رشد خاصی است که کودک در آن قرار دارد، یا ممکن است زنگ خطر واقعی برای شروع اختلالات رفتاری آینده را نشان دهد. زمانی که کودک از سازگاری مبتنی بر حمایت بیرونی بزرگسالان به سمت خودتنظیمی واقعی حرکت می کند، بسیار مهم است، یعنی زمانی که دیگر نیازی به تکیه بر کمک خارجی ندارد و می تواند حتی زمانی که بزرگسال نیست، خودکنترلی داشته باشد. دوره بحرانی برای کسب این توانایی معمولاً بین ۲۴ تا ۳۶ ماهگی است، سنی که کودک نشان می دهد که می تواند قوانین بزرگسال را درونی کند، می تواند منتظر به دست آوردن چیزی باشد که می خواهد و می تواند رفتار خود را با انعطاف پذیری کنترل کند. در صورت وجود تغییرات محیطی در اواخر سال دوم زندگی، کودکان نیز شروع به نشان دادن آگاهی از وجود هنجارهای اجتماعی و نقض احتمالی آنها می کنند. مطالعات نشان داده اند که مشکلات رفتاری ممکن است به (۱) سطح پایین ترس در موقعیت های بالقوه مضر و کاهش همدلی با همسالان، همراه با افزایش تکانشگری مرتبط باشد. (۲) سطوح

<sup>۱</sup>. Perrotta<sup>۲</sup>. externalizing disorders<sup>۳</sup>. internalizing disorders<sup>۴</sup>. acting out<sup>۵</sup>. attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)<sup>۶</sup>. disruptive behavior disorders<sup>۷</sup>. Conduct Disorder

بسیار بالای فعال سازی عاطفی در مواجهه با پاداش های احتمالی، به ویژه زمانی که با احساسات منفی نسبتاً بالا و سطوح پایین خودکنترلی همراه باشد. مطالعات دیگر همچنین نشان می دهند که کمبودهای خودتنظیمی بیشتر با پرخاشگری واکنشی (پاسخ دفاعی به تهدید یا تحریک) مرتبط است تا با پرخاشگری فعال (پرخاشگری که برای کسب مزیت یا تسلط بر دیگران بیان می شود). (برت و همکاران، ۲۰۱۵؛ وان نیوونکوزن، ۲۰۱۷). اختلالات برونی سازی در ادامه آمده است:

**اختلال انفجاری متناوب:**<sup>۱</sup> به تصویر رفتاری اطلاق می شود که در آن پرخاشگری به طور خطرناکی خارج از کنترل فرد و بدون ارتباط کافی با وسعت وقایع رخ داده انجام می شود. این اختلال با رفتار مکرر پرخاشگری انفجاری، کلامی یا فیزیکی، نسبت به افراد یا چیزهایی که به طور بالقوه مخرب هستند و قادر به ایجاد آسیب جدی هستند، مشخص می شود. پرخاشگری اعمال شده در اختلال انفجاری متناوب نه تنها تکانشی و کنترل نشده است، بلکه با هر رویداد استرس زا یا تحریک احتمالی هم تناسب ندارد. افرادی که از چنین اختلالاتی رنج می برند ممکن است دوره هایی از پرخاشگری اغراق آمیز، ناموجه و بالقوه مضر برای خود یا دیگران را تجربه کنند، اما چنین رفتاری تجلی یک اختلال افسردگی یا شخصیت است و نه در درجه اول بیان ناتوانی در کنترل تکانه ها.

**اختلال سلوک:**<sup>۲</sup> مشخصه اصلی این اختلال، نقض سیستماتیک و مداوم حقوق دیگران و هنجارهای اجتماعی است که پیامدهای بسیار جدی از نظر مدرسه و عملکرد اجتماعی دارد. کودکان و نوجوانان می توانند رفتارهای سرکوب کننده، تهدیدآمیز یا ارباب کننده از خود نشان دهند، عمدتاً باعث دعوا شوند، با رویارویی با قربانی، اشیاء را به سرقت ببرند، و دیگری را مجبور به تحمل خشونت، حتی آزار جنسی کنند. علائم این اختلال عبارتند از: حمله به افراد یا حیوانات. اغلب قلدر، تهدید یا ارباب دیگران. اغلب شروع کننده دعوای فیزیکی؛ استفاده از سلاحی که می تواند به دیگران آسیب فیزیکی جدی وارد کند (مانند چوب، میله، بطری شکسته، چاقو، تفنگ). از نظر جسمی نسبت به مردم و حیوانات ظلم می کند. با رویارویی با قربانی سرقت می کند (مانند ضرب و جرح، سرقت، اخاذی، سرقت مسلحانه)؛ کسی را مجبور به فعالیت جنسی می کند. تخریب اموال؛ نقض جدی قوانین

**اختلال نافرمانی مقابله ای:**<sup>۳</sup> شامل مشکلات خودکنترلی بر احساسات و رفتار فرد است. در چنین اختلالاتی، مشکلات توصیف شده از طریق رفتارهایی بیان می شود که حقوق دیگران را نقض می کند، مانند پرخاشگری، تخریب اموال، یا این که فرد را در تضاد شدید با هنجارهای اجتماعی یا چهره های نماینده اقتدار قرار می دهد. احساساتی مانند خشم و عصبانیت، همراه با رفتارهای بحث برانگیز و سرکشی، غالب هستند. فراوانی اختلال مقابله ای تحریک آمیز در خانواده هایی که والدین دارای اختلال ضد اجتماعی هستند بیشتر است و در کودکان والدین بیولوژیکی مبتلا به اعتیاد به الکل، اختلالات خلقی، اسکیزوفرنی یا والدین با سابقه اختلال نقص توجه بیش فعالی یا اختلال سلوک بیشتر است. این اختلال با حضور مداوم خلق و خوی عصبانی/تحریک پذیر (او اغلب عصبانی می شود، اغلب ناراحت است، اغلب عصبانی و رنجیده است)، رفتار جدلی/تحریک آمیز

<sup>۸</sup>. Brett ZH

<sup>۹</sup>. Van Nieuwenhuijzen

<sup>۱۰</sup>. Intermittent Explosive Disorder (IED)

<sup>۱۱</sup>. Conduct Disorder (CD)

<sup>۱۲</sup>. Oppositional defiant disorder (ODD)

(او اغلب با افرادی که نماینده اقتدار هستند، آشکارا دعوا می کند) مشخص می شود. به چالش کشیدن یا امتناع از احترام به قوانین، عمدی دیگران را عصبانی می کند، دیگران را به خاطر اشتباهات خود سرزنش می کند، کینه توز است. این علائم باید هنگام تعامل با حداقل یک فرد غیر از خواهر و برادر رخ دهد و اغلب بخشی از راه های مشکل ساز تعامل با دیگران است.

**اختلال نقص توجه و بیش فعالی:**<sup>۳</sup> یک اختلال تکاملی خودکنترلی است. شامل مشکلات در توجه و تمرکز، کنترل تکانه و سطح فعالیت است. این مشکلات اساساً از ناتوانی کودک در تنظیم رفتار خود بر اساس گذر زمان، اهدافی که باید به آنها دست یافت و خواسته های محیطی را تنظیم کند، ناشی می شود. لازم به ذکر است که این حالت مرضی است و یک مرحله رشد طبیعی نیست که هر کودکی باید بر آن غلبه کند و نه ناشی از نظم و انضباط آموزشی ناکارآمد نیست و مشکلی ناشی از "شیطانی" کودک نیست.

**اختلال دلبستگی واکنشی:**<sup>۴</sup> یک اختلال رشدی دلبستگی دوران کودکی است که به حالت ارتباط اجتماعی مختل شده و یا ناکافی اشاره دارد و بیشتر به اختلالات ناشی از رویدادهای آسیب زا و استرس زا مربوط می شود و می تواند از نوع بازدارنده باشد. زمانی که کودک تمایل به برقراری اجتماعی بودن و گزینش ناکافی در انتخاب شخصیت مرجع از خود نشان می دهد، درگیر شدن در روابط بین فردی و پاسخ نامناسب به آنها بر اساس سطح رشد.

**اختلال دلبستگی قطع شده:**<sup>۵</sup> در کودک، خود را به عنوان اثر جدایی آسیب زا از شکل دلبستگی (والدین یا مراقبان)، دوره های جدایی مکرر یا تأثیر روانی غم و اندوه پس از مرگ مراقب نشان می دهد. کودک مبتلا به اختلال دلبستگی منقطع، یک الگوی رفتاری سازمان یافته نایمن نشان می دهد، یعنی رفتار به شدت ناکارآمد است.

## روش

این پژوهش به روش کتابخانه ای انجام شد. بدین صورت که ابتدا مطالعات مربوط به اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان در سالهای گذشته از منابع پیشین استخراج و دسته بندی شد و عوامل پیش بینی کننده و درمانهای مربوط استخراج و دسته بندی شد.

## یافته ها

### ویژگی های بارز دوران پیش از نوجوانی و نوجوانی:

پیش از نوجوانی (۸-۱۰ سال) و نوجوانی (۱۱-۱۳ سال) مراحل رشد تکاملی هر انسانی است که مشخصه آن انتقال در نقش اجتماعی فرد از کودکی به بزرگسالی و تغییر فیزیولوژیکی واقعی ناشی از رشد است (که با اصطلاح «بلوغ» تعریف می شود) و با

<sup>۳</sup>attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)

<sup>۴</sup>Reactive attachment disorder(RAD)

<sup>۵</sup>Attachment disorder interrupted(ADI)

دستیابی به ظرفیت تولیدمثلی آن و در نتیجه با افزایش سطح هورمون در خون، رشد توده بدن، پایان رشد روانی و ایجاد صفات جنسی ثانویه کامل می شود. این عناصر منجر به نوسانات خلقی مکرر در سطح رفتاری می شود. مطالعات اخیر به ویژه نشان داده اند که کاهش سن نسبت به شروع دوره قبل از بلوغ (از ۱۰ سال به ۸ سال) و دوره بلوغ (از ۱۳ سال به ۱۱ سال)، روند متضاد نسبت به گذشته، با افزایش سن مطابقت دارد. (اسکورنسن، ۲۰۱۴؛ ساویر، ۲۰۱۸). پیچیدگی روزافزون بلوغ، دوران پیش از نوجوانی و نوجوانی، با تغییرات چشمگیر فیزیکی و اجتماعی دهه های اخیر، ابزارهای معتبر جدیدی را ایجاد می کند که می توانند پیش بینی رشد سالم و متعادل را ممکن سازند. پیشرفت سن بلوغ و تأخیر در انتقال نقش، نیاز واقعی به بازتعریف مراحل رشد کلاسیک مانند کودکی، نوجوانی، بزرگسالی و سالمندی را با تعریف جدیدتر مراحل، یعنی نوزادی، ایجاد کرده است. اول، دوم و سوم، پیش از نوجوانی و نوجوانی، جوانی یا پیش از بزرگسالی، بلوغ و سالمندی، جنبه های بیشتری از گذار بین نوجوانی و بزرگسالی را در نظر می گیرد. (کستلی، ۲۰۱۶)

پایان دوره نوجوانی را می توان به عنوان توانایی در ایجاد روابط پایدار و تمرین بخش بین خود و دیگران و نتیجه گیری از تعریف خود بیان کرد (پالموناری، ۲۰۱۱). در این پویایی پیچیده رشدی، عواملی که می توانند بر رشد روانی جسمانی فرد تأثیر منفی بگذارند، درونی (عوامل فردی و خانوادگی) و بیرونی (عوامل اجتماعی-محیطی و فرهنگی) هستند. (کراگنولا، ۲۰۱۹):

- ۱) «عوامل فردی» مانند مشکلات سلامت روان، اختلالات رفتاری، عزت نفس پایین و خودکارآمدی، هوش هیجانی پایین، سابقه سوء استفاده یا غفلت، و درگیری اولیه در رفتارهای ضد اجتماعی. ۲) «عوامل خانوادگی» مانند خانواده های ناکارآمد یا مشکل ساز، نظارت ضعیف و انضباط شدید در خانواده، مواجهه با درگیری های خانوادگی و خشونت خانگی، عدم حمایت و محبت خانواده و عدم وجود الگوهای مثبت. ۳) «عوامل اجتماعی-محیطی» مانند فقر و محرومیت اجتماعی-اقتصادی، کیفیت پایین مدارس و کمبود فرصت های آموزشی، مجاورت با اجتماعات پر جرم، عضویت در گروه های همسالان منحرف، قرار گرفتن در معرض رسانه های خشونت آمیز و محتوای منفی؛ ۴) «عوامل فرهنگی» مانند هنجارهای اجتماعی که به خشونت یا انحراف مشروعیت می بخشد، نابرابری و تبعیض اجتماعی، تأثیر رسانه ها و فرهنگ عامه، خرده فرهنگ های انحرافی یا ضد اجتماعی.

### پیش بینی کننده های انحراف رفتار

«انحراف» پدیده ای پیچیده است که بر جنبه های کلان و خرد تأثیر می گذارد که به طور گسترده توسط دانشمندان علوم اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است. اغلب جامعه شناسی انحراف به پدیده های جنایی می پردازد و در بسیاری از افراد تصور نادرست از شناسایی جرم و انحراف ایجاد می کند. در واقع، گرچه این درست است که جرم جزء انحراف است، اما این دو پدیده با هم منطبق نیستند. «جرم» به آن دسته از فعالیت هایی اطلاق می شود که در اصطلاح عینی، هنجارهای حقوق کیفری

Šorenson

<sup>۱</sup> Sawyer SM

<sup>۱۸</sup> Castelli C,

<sup>۱۹</sup> Palmonari, A.

<sup>۲۰</sup> Crugnola CR

را زیر پا می گذارند و مشمول مجازات می شوند. از سوی دیگر، اصطلاح "انحراف" نه تنها در مورد پدیده های جنایی، بلکه رفتارهای دیگر را نیز در بر می گیرد و پنج دسته از انحراف را شناسایی می کند: انحراف به عنوان تضاد با پدیده های فیزیکی، فیزیولوژیکی یا غالب. الگوی فکری (این مورد در مورد افراد ناهنجار و معلولان ذهنی است). انحراف به عنوان تخلف از هنجارهای دینی و عقیدتی و انحراف به عنوان تخلف از موازین قانونی (این مورد در مورد دزدان و قاتلان است). انحراف به عنوان رفتاری که با تعریف فرهنگی سلامت روان متفاوت است (این مورد در مورد افراد سایکوپات و روان رنجورها است). انحراف به عنوان رد ارزش های فرهنگی غالب (این مورد هیپی ها یا پانک ها است). به زبان ساده، می توان جرم را به عنوان اجرای رفتاری بر خلاف یک هنجار اجتماعی و قانونی تحمیلی توسط جامعه ای که به آن تعلق دارد خلاصه کرد و ممکن است زمینه ساز یک یا چند اختلال روانی و روانپزشکی باشد. بنابراین، به دلایل سادگی استدلالی و مختصر بودن، ترجیح داده می شود بین «رفتار انحرافی» و «رفتار مجرمانه» تمایز قاطع تری قائل شوند و اولی را به عنوان «رفتارهای فعالی که منجر به نقض یک هنجار اجتماعی تعیین شده توسط جامعه می شود» تعریف می کنند. که تحریمی با ماهیت قانونی (مثلاً استفاده شخصی از مواد مخدر) را پیش بینی نمی کند، در حالی که دومی به عنوان «رفتارهای فعالی است که منجر به نقض یک هنجار منحصرأ قانونی می شود و تحریم هایی با ماهیت مدنی-اداری را فراهم می کند.» (پروتا و مارکیانو، ۲۰۲۲).

#### عوامل پیش بینی کننده و تسهیل کننده

جنبه ای که بیشتر بر رشد در عوامل فردی تأثیر می گذارد، تجربیات خشونت عاطفی و فیزیکی است که در دوران کودکی تجربه شده است. در یک تحقیق جالب که در خاورمیانه انجام شد، مشخص شد که بدرفتاری عاطفی در دوران کودکی می تواند باعث وابستگی انحرافی و افسردگی شود که هر دو می توانند احتمال رفتار خشونت آمیز نسبت به خود یا دیگران را افزایش دهند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲). در مطالعه دیگر عوامل خطر موثر بر اختلالات سلوک را به سه گروه تقسیم کردند که عوامل بیولوژیکی، مرتبط با کودک و روانی اجتماعی هستند. عوامل بیولوژیکی شامل یافته های ژنتیکی، عصبی-آناتومیکی و عصبی شیمیایی، تحریک سیستم عصبی خودمختار، مشکلات پیش از تولد و پس از تولد است. عوامل کودک عبارتند از خلق و خو، دلبستگی، هوش، پیشرفت تحصیلی. عوامل روانی اجتماعی شامل تربیت کودک، تأثیر همسالان، کودک آزاری، عوامل استرس زای زندگی و مهارت های مقابله ای. (اوزبی و همکاران، ۲۰۲۴) و سایر عوامل مانند تکانشگری، غفلت، آسیب روانی والدین، روش انضباطی خشن و تنبیهی والدین، طلاق، همسر آزاری که با آشفتگی های خلقی و پرخاشگری و گوش به زنگی ذکر شده است. اگرچه اختلال سلوک در تمام سطوح اقتصادی دیده می شود، اما در خانواده هایی که دارای سطح پایین وضعیت اجتماعی-اقتصادی هستند، مشکلاتی مانند بیکاری دارند، شایع تر است (چان و همکاران ۲۰۲۲). مطالعه دیگری با هدف بررسی انواع سوء استفاده از طریق ارتباط آنها با سن انجام شد. این مطالعه نشان داد که سوء استفاده عاطفی می تواند مشکلات را در شناخت احساسات خود مانند خشم، ترس و غم افزایش دهد. علاوه بر این، سوء استفاده جنسی می تواند

<sup>۲۱</sup> Perrotta G, Marciano A

<sup>۲۲</sup> Wang et al

<sup>۲۳</sup> ÖZBAY, A et al

<sup>۲۴</sup> Chan L. et al

مشکلات را در بزرگسالان جوان در برقراری روابط هدفمند افزایش دهد، در حالی که سوء استفاده فیزیکی باعث افزایش مشکلات در تشخیص ترس در افراد دیگر می شود (چنگ و لانگوین، ۲۰۲۳).

در مطالعه دیگری سوء استفاده عاطفی دوران نوجوانی و ایجاد افسردگی در نوجوانی و نقش میانجی وابستگی به همسالان منحرف تایید شد (لی، زائو و یو، ۲۰۲۴). در نهایت، مطالعه ای که ۱۸ مطالعه مختلف را مرور کرد بین فعالیت بدنی و رفتار بی تحرک می تواند با قربانی قلدری شدن ارتباط باشد و ارتباط بین قلدری و آزار سایبری ارتباط وجود دارد (گارسا هر موسو، ۲۰۲۰). از مجموع این مطالعات، به نظر می رسد که مهارت های همدلی ضعیف در کودکان از همان روزهای اولیه تولد، پیش بینی کننده ای برای ایجاد اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و روان پریشی است (ری و همکاران، ۲۰۲۱). این مطالعات میزان وجود سوء استفاده احتمالی و همچنین تحریک ضعیف خردسالان که می تواند احتمال ایجاد مشکلات در روابط را افزایش دهد و احتمال پیوستن به گروه های همسالان منحرف را افزایش دهد، تأیید می کند. از جمله نکات برجسته تحقیقات علمی، علوم اعصاب است که تکرار می کند چگونه دستیابی به رشد متعادل روانی-فیزیکی نمی تواند از شخصیت تحسین شده و عناصر شخصی فراتر رود. این مطالعات با نظر گرفتن عوامل تعیین کننده در سیستم پیچیده بلوغ فردی، علاوه بر عناصر آموخته شده از سازمان های آموزشی چندگانه، تأثیر مهم رویدادهای خانوادگی و اجتماعی را در نظر می گیرد. (زارا، ۲۰۰۶)

پرخاشگری به عنوان یک واکنش خشونت آمیز به تهدید برای هویت یک فرد درک می شود، به عنوان مثال، درک خطر برای تغییرات وجودی در تضاد شدید با ارزش های آموخته شده در بافت خانواده. همچنین یادآوری می شود که چگونه درک تغییر شدید در ریشه شناسی شخصیت فرد به عنوان یک خطر قریب الوقوع تلقی می شود که در نتیجه مشخص ترین شکل پرخاشگری: تجاوزگری، در نظر گرفته می شود. قابل قبول است که چگونه جوانی که به دلیل عدم اطمینان به بزرگسالان در دستیابی به ایدئولوژی اهداف، دچار احساس ناراحتی و گناه شده است، دچار احساس حقارت شدیدی می شود. پژوهش جالبی که در سن انتقال از بلوغ به نوجوانی انجام شد، با هدف آزمایش اینکه آیا الگوهای دلبستگی و منبع کنترل می توانند عناصر پیش بینی کننده برای ایجاد ناراحتی های روان شناختی درونی در نوجوانی (اضطراب و اختلالات خلقی) یا رفتارهای خطرناک مانند رفتار پرخاشگرانه باشند، انجام شد. پژوهش نشان داد که دلبستگی ناایمن و ادراک منبع کنترل بیرونی تأثیر معناداری دارد. به ویژه مشخص شد که وجود این دو جنبه به طور قابل توجهی بر ابعاد اضطراب، افسردگی، علائم وسواس فکری، خوردن و روان تنی تأثیر می گذارد. در مقابل، رفتارهای پرخاشگرانه فقط تحت تأثیر دلبستگی ناایمن است (آتیلی، ۲۰۱۹). مطالعه دیگری به دنبال کشف انواع دلبستگی و الگوهای ذهنی آنها در افراد درگیر در رویدادهای مرتبط با قلدری (قلدر، قربانی، قربانی قلدر و غیر درگیر) بود. مشخص شد که «قلدرها» در مقایسه با آزمودنی های غیردرگیر، سبک های دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی را به عنوان رفتار غالب خود دارند. قربانیان و قربانیان قلدر انواع دلبستگی دوسوگرتری را نشان می دهند. برای طرحواره های ذهنی: قلدرها، قربانیان قلدر و قربانیان سطوح بالاتری از پرخاشگری، تمایل به اجتناب در رویارویی با همسالان و رفتارهای

<sup>۲۰</sup> Cheng P, Langevin R

<sup>۲۱</sup> Li S, Zhao F, Yu G.

<sup>۲۲</sup> García-Hermoso et al

<sup>۲۳</sup> Rhee SH et al

<sup>۲۴</sup> Zara G

<sup>۲۵</sup> Attili G, et al

نامناسب بیشتری را نشان می دهند (رامیلی و اپنتیما، ۲۰۲۰). این تحقیق بینشی را در مورد اینکه چگونه سبک های دلبستگی بعد از علاقه بالینی هستند، ارائه می دهد. عوامل اجتماعی-فرهنگی از مهمترین عواملی است که در انحراف نوجوانان و تبدیل احتمالی آن به آسیب شناسی باید مورد توجه قرار گیرد. اولین عاملی که توسط یک بررسی سیستمی در مورد این موضوع برجسته شده است، نابرابری اقتصادی در بین خردسالان است که مورد دوم می تواند توسعه آسیب شناسی روانی را دو یا سه برابر کند (ریز، ۲۰۱۳). مطالعه مروری دیگری با هدف شناسایی اینکه آیا عوامل خطر روانی اجتماعی، هم درون فردی و هم بین فردی، در جمعیت «بزهکار نوجوان» بیشتر است یا خیر انجام شد. آنها می خواستند بررسی کنند که آیا این عوامل همبستگی دارند یا خیر. مطالعه هر دو فرضیه را تایید می کند. در این موقعیت های پریشانی اجتماعی، تشخیص اینکه چگونه شخصیت های والدین از نظر مراقبتی نامناسب هستند، امری رایج است که همراه با شرایط بد اقتصادی، می تواند باعث ایجاد ناراحتی در نوجوانان شود. علاوه بر این، مصرف مواد مخدر یک متغیر ثابت در همه این موقعیت ها است و رابطه با گروه همسالان منحرف که به رفتار مجرمانه تبدیل می شود هم یک متغیر ثابت است (مولیندو کوئیلز، ۲۰۲۳). همچنین اشاره می شود که چگونه برخی از اعتیادهای رفتاری می توانند شاخص های انحراف احتمالی باشند. به عنوان مثال، اعتیاد جنسی اگر خیلی واضح باشد، می تواند فرد را به رفتارهای انحرافی که برای خود و دیگران خطرناک است سوق دهد (پروتا، ۲۰۲۳). اولین مطالعه جالب در ۲۳ کشور انجام شد تا بررسی شود که آیا سلامت جسمانی، سبک زندگی، و سازگاری روانی اجتماعی می تواند عوامل پیش بینی کننده قربانی شدن توسط قلدری فیزیکی یا مجازی باشد یا خیر. نتایج به دست آمده نشان می دهد که در کشورهایی (در سطح ملی) که کیفیت توسعه انسانی و سطح فرهنگی-اجتماعی بالاتر است، نوجوانان کمتر قربانی قلدری می شوند (دریول و همکاران، ۲۰۲۱). یک مطالعه بسیار نوآورانه برای آزمایش اینکه آیا ارتباط بین SSS (وضعیت اجتماعی ذهنی که شامل عواملی مانند تحصیلات ثروت و سلامتی می شود) و کنترل هایی از طریق CRP (پروتئین واکنش گر C-بیومارکر) تفاوت هایی در سطح فرهنگی دارد یا خیر انجام شد. تحقیقات نشان می دهد که در جمعیت ایالات متحده: سطح پایین تر SSS با حضور بالاتر CRP در خون مطابقت دارد. در مقابل، در جمعیت ژاپنی این موارد قابل تأیید نبود. این نتیجه تأیید می کند که چگونه عوامل فرهنگی ممکن است رابطه بین موقعیت اجتماعی و رفتار پرخاشگرانه را واسطه کنند. (یانگ و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیق دیگری که انجام شد نشان داد که چگونه استفاده از اینترنت و پلتفرم های اجتماعی، بدون کنترل کافی والدین بر محتوایی که خردسالان در دستگاه های خود می بینند، یادگیری رفتارهای نامناسب را تا حد زیادی افزایش می دهد و نشان می دهد که چگونه استفاده کنترل نشده از چنین فناوری هایی می تواند رشد روانی کودکان را تغییر دهد. (پروتا، ۲۰۲۱). در نهایت، اشاره می شود که استفاده از برخی موسیقی های اجتماعی (راسی، ۲۰۱۵) و گوش دادن به ژانرهای خاص موسیقی (پروتا، ۲۰۲۲) می تواند شاخص های انحراف احتمالی باشد.

<sup>۲۱</sup>Ramelli S, Di Pentima L.

<sup>۲۲</sup>Reiss F

<sup>۲۳</sup>Molinedo-Quílez

<sup>۲۴</sup>Perrotta G

<sup>۲۵</sup>Deryol R, et al

<sup>۲۶</sup>Yong JC et al,

<sup>۲۸</sup>Rossi G..



### عواملی که بر رشد تکاملی انسان تأثیر منفی می گذارد.

عوامل تاثیر گذار فردی شامل سلامت روان فردی، اختلالات رفتاری انحرافی که مستقیماً با اختلالات شخصیت طبقه بندی شده خاص همبستگی ندارد، عزت نفس پایین، هوش هیجانی پایین، سابقه آزار جسمی و روانی، تاریخچه رها شدن، درگیری اولیه در رفتارهای ضد اجتماعی. **عوامل خانوادگی شامل:** سلامت روان خانواده، خانواده های ناکارآمد یا مشکل ساز، نظارت ضعیف، انضباط شدید در خانواده، قرار گرفتن در معرض درگیری های خانوادگی و خشونت خانگی، عدم حمایت و محبت خانواده، عدم وجود الگوهای مثبت. **عوامل اجتماعی - محیطی:** فقر، محرومیت اجتماعی-اقتصادی، کیفیت پایین مدارس، کمبود فرصت های آموزشی، نزدیکی به جوامعی با نرخ جرم بالا، عضویت در گروه های همتای منحرف، قرار گرفتن در معرض رسانه های خشونت آمیز و محتوای منفی. **عوامل فرهنگی:** زمینه های اجتماعی انحرافی، پرخاشگرانه و خشن، نابرابری اجتماعی، تبعیض، تأثیر رسانه های جمعی و فرهنگ موسیقی عامه، تأثیر اجتماعی توسط خرده فرهنگ های انحرافی و ضد اجتماعی.

### شیوع بالینی

تخمین زده می شود که اختلالات رفتاری در دوران کودکی در حدود ۱۰ درصد به جمعیت جوان منتقل و از این تعداد، حدود ۲۵٪ به یک اختلال مرتبط با آسیب روانی کامل تبدیل شوند (رابین<sup>۲</sup>؛ ۲۰۱۹)، از جمله اختلالات شخصیت مرزی و اعتیاد به مواد، خودشیفتگی، نمایشی، ضد اجتماعی و روانپریشی (پروتا و فابیانو<sup>۳</sup>؛ ۲۰۲۱).

**افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی** حالتی فراگیر از بی ثباتی در روابط، خلق و خو و خودانگاره دارند که اغلب رفتارهای تکانشی از خود نشان می دهند. آنها ترس شدیدی از رها شدن دارند، به همین دلیل است که ممکن است برای نگه داشتن طرف مقابل در رابطه، بحران یا حرکات خودکشی را انجام دهند. بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال در دوران کودکی سابقه خشونت فیزیکی و یا جنسی، ترک، جدایی یا از دست دادن والدین را تجربه کرده اند. چندین فرضیه در مورد استعداد ژنتیکی وجود دارد، اگرچه مطالعات بیشتری در این زمینه باید انجام شود. برای تشخیص این اختلال، فرد باید روابط بین فردی ناپایدار، خودانگاره ناپایدار، بی نظمی هیجانی و تکانشگری آشکار داشته باشد. علاوه بر این، فرد باید حداقل ۵ مورد از علائم زیر را داشته باشد: (۱) تلاش ناامیدانه برای جلوگیری از رها شدن. (۲) روابط بین فردی که بین بی ارزش کردن و ایده آل کردن دیگری در نوسان است. (۳) بی ثباتی در خودانگاره. (۴) داشتن رفتارهای تکانشی در حداقل ۲ فعالیت خطرناک (سکس، رانندگی، غذا). (۵) حرکات خودآزاری یا خودکشی؛ (۶) تغییرات خلقی ناگهانی؛ (۷) احساس پوچی؛ (۸) مشکل در مدیریت خشم. (۹) افکار پارانوئید موقت. اختلال شخصیت مرزی باید از: اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی) یا اختلال شخصیت خودشیفته، اختلالات افسردگی یا اضطراب، اختلال مصرف مواد، و اختلال استرس پس از سانحه متمایز شود. (پراتو، ۲۰۲۲؛ مکدونالد<sup>۴</sup>؛ ۲۰۱۹). افراد مرزی تمایل به وابستگی رفتاری به الکل و مواد مخدر دارند. همه این مواد سیستم پاداش را در مغز فعال می کنند که با ایجاد احساس لذت، مصرف خود ماده را تحریک می کند. بسته به نوع ماده، اثرات متفاوتی دارد. این افراد اغلب با خودکنترلی پایین و سطح بالای ریسک پذیری مشخص می شوند. مصرف مواد باعث ایجاد پدیده های مسمومیت،

<sup>۲</sup>: Rubin DH.

<sup>۳</sup>: Perrotta G, Fabiano G

<sup>۴</sup>: McDonald S.

ترک و اختلالات روانی ناشی از مواد در بدن می شود. اعتیاد به مواد بسیار متغیر است، بنابراین فقط می توان آن را از طریق عناصر درگیر توصیف کرد: نوع فرد، نوع ماده مصرف شده و زمینه مصرف. به نظر می رسد عوامل محیطی و اجتماعی بیشترین وزن را در بیان این آسیب شناسی دارند. اختلالات روانی ناشی از مصرف مواد باید این ویژگی ها را داشته باشند: (۱) علائم ناراحتی باید ظرف ۱ ماه پس از مسمومیت یا ترک ظاهر شوند. (۲) این حالت باید باعث ناراحتی زیاد یا اختلال در عملکرد شود. (۳) هیچ تظاهراتی قبل از مصرف مواد نداشته باشد. (۴) ناراحتی نباید در هنگام هذیان ناشی از ماده ایجاد شود. و (۵) برای مدت طولانی باقی نمی ماند. برای تشخیص اختلال سوءمصرف مواد باید ۲ علامت یا بیشتر داشته باشیم: (۱) افزایش زمان مصرف یا مقدار. (۲) تمایل به کاهش مصرف مواد؛ (۳) زمان طولانی برای به دست آوردن ماده، مصرف ماده و خاتمه اثر. (۴) میل شدید به مصرف ماده؛ (۵) استفاده از ماده حتی اگر روابط اجتماعی را به خطر بیندازد. (۶) اجتناب از فعالیت های دیگر برای مصرف مواد. (۷) استفاده از ماده در موقعیت های خطرناک. (۸) استفاده از ماده حتی اگر مشکل روانی یا پزشکی را به خطر بیندازد. (۹) علائم فارماکولوژیک که بر اساس نیاز به افزایش دوز و قطع مصرف مشخص می شود. (کاپور و همکاران، ۲۰۰۵)

**افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته،** حتی اگر خود را عالی تصور کنند، عزت نفس پایینی دارند. برای حفظ احساس بزرگواری، این افراد باید آن را از طریق دیگری جبران کنند، به دنبال تحسین یا بی ارزش کردن دیگری برای حفظ موقعیت سلطه خود باشند. آنها عدم همدلی در روابط را نشان می دهند. تمایل آنها به تسلط بر دیگران، آنها را به انجام رفتارهای انحرافی تا تخطی واقعی از قانون سوق می دهد. به نظر می رسد تنها فرضیه های علت شناختی مربوط به رابطه با والدین یا سایر شخصیت های جایگزین است که می توانند امنیت آنها را تضعیف کنند. برای تشخیص، حداقل ۵ مورد از معیارهای زیر مورد نیاز است: (۱) درک بی اساس از بزرگ نمایی. (۲) فانتزی هایی که با موفقیت در همه زمینه ها بدون محدودیت مشخص می شوند. (۳) احساس خاص و منحصر به فرد؛ (۴) نیاز به تحسین (۵) احساس ممتاز بودن؛ (۶) رفتارهای متضاد برای به دست آوردن منافع. (۷) عدم همدلی (۸) اغلب احساس حسادت؛ (۹) تکبر و غرور. علاوه بر این، علائم باید در اوایل بزرگسالی وجود داشته باشد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی)<sup>۴۲</sup>

**افراد مبتلا به اختلال هیستریونیک (نمایشی)** تمایل به جلب توجه دیگران و نشان دادن احساسات بیش از حد و فراگیر دارند. اغلب، برای جلب چنین توجهی، یک اغواگری نادرست یا تحریک آمیز انجام می شود. از طریق مراقبت از ظاهر خود، جلب توجه مردم و رنج کشیدن در صورت عدم جلب توجه آنها. این افراد به راحتی تحت تأثیر دیگران قرار می گیرند. فرض بر این است که تجارب ناسازگار مکرر در دوران کودکی در رابطه با والدین مرتبط ترین عنصر همراه با عوامل ژنتیکی است. افراد مبتلا به این اختلال باید تمایلی فراگیر برای جلب توجه و احساسات خود داشته باشند. علاوه بر این، آنها باید حداقل ۵ مورد از این علائم را نشان دهند: (۱) ناراحتی اگر در مرکز توجه قرار نگیرند. (۲) در تعاملات آنها به طور نامناسب تحریک کننده و اغوا کننده جنسی هستند. (۳) بی ثباتی عاطفی و سطحی نگری. (۴) استفاده از بدن برای جلب توجه (۵) زبان نمایشی و درک سطحی است. (۶) خود نمایشی. (۷) پیشنهاد پذیری؛ (۸) صمیمیت بدون انگیزه در روابط (پراتا، ۲۰۲۱؛ فرنچ و شرستا، ۲۰۲۲).

**اختلال شخصیت ضد اجتماعی،** نسبت به قوانین و قوانین احساس بیزاری و تحقیر دارند. این نوع از افراد تمایل به رفتارهای انحرافی دارند که گاه منجر به اعمال مجرمانه می شود. آنها تمایل دارند اعمال خود را از طریق مکانیسم عقلانی کردن توجیه

<sup>۴۰</sup>Copur M. et al

<sup>۴۱</sup>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision DSM-5-TR.

<sup>۴۲</sup>French JH, Shrestha S

کنند، دیگری را تحقیر کنند، یا نسبت به پیامدهای اعمال خود و یا اثرات منفی تجربه شده توسط دیگری بی تفاوت باشند. آنها همچنین در برنامه ریزی زندگی خود دچار مشکل هستند و از خود بی ثباتی نشان می دهند. آنها اغلب افرادی هستند که نسبت به دیگران احساس همدلی ندارند و به همین دلیل به سختی احساس پشیمانی می کنند. وزن علل محیطی در این افراد به ویژه در مرحله رشد به دلیل محیط خانوادگی یا اجتماعی و یا کیفیت مواد بلعیده یا تنفس شده بیشتر مشهود است. عوامل ژنتیکی وزن بیشتری برای بزرگسالی دارند. ملاک اصلی تشخیص، تحقیر حقوق دیگران و حداقل ۳ مورد از ویژگی های زیر است: ۱) قانون شکنی مکرر. ۲) روش های فریبنده استفاده از نام مستعار یا کلاهبرداری از دیگران. ۳) اعمال تکانشی و عدم برنامه ریزی در زندگی. ۴) درگیر شدن در دعوا یا تجاوز فیزیکی؛ ۵) عدم قبول مسئولیت ۶) از کارهای خود احساس پشیمانی نمی کنند. علاوه بر این، تشخیص را نمی توان قبل از ۱۸ سالگی انجام داد و باید تشخیص اختلال سلوک قبل از سن ۱۵ سالگی دریافت شود (گیان و همکاران، ۲۰۲۰؛ لیونز و همکاران، ۲۰۰۵).

ارتباط بین اختلالات رفتاری در دوران کودکی و خطر ابتلا به اختلالات شخصیت و سایر اختلالات روانی آینده در ادامه آمده است. اختلال انفجاری متناوب، اختلال سلوک، اختلال کمبود توجه بیش فعالی، اختلال دلبستگی واکنش و اختلال دلبستگی قطع شده به اختلالات مرزی، وابستگی به الکل و مواد مخدر، اختلال شخصیت هیستریونیک (نمایشی)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال فکری و روانی منجر می شود.

### درمان های مداخله ای اختلالات رفتاری

در دوران کودکی راهبردهای پیشگیری اولین ابزاری هستند که برخی از رفتارهای انحرافی را قبل از ریشه یابی و تبدیل شدن به ساختاری قابل توجه تا حد تکامل به ضداجتماعی (یا بزهکاری) شناسایی و اصلاح می کنند. از این نظر، ادبیات به طور مداوم تأکید می کند که بهترین راه برای جلوگیری از پدیده انحراف، از طریق طرح های پیشگیری اولیه است که می تواند خانواده ها را در آموزش فرزندان شان حمایت کند، نقشه برداری از مناطقی که چنین پدیده هایی در آنها بیشتر است و انجام مداخلات آموزشی اجتماعی، شامل سیستم های در ارتباط با فرد (مدارس، خانواده ها و نقاط ملاقات).

اولین برنامه مهم جوامع حمایت کننده<sup>۴۶</sup> توسط وزارت دادگستری آمریکا برای کاهش مصرف مواد مخدر ایجاد شد، که اغلب با تکامل از رفتار انحرافی به رفتار مجرمانه مرتبط است. این برنامه شامل مشارکت رسانه های جمعی در فعال کردن جمعیت از طریق داوطلبانه برای جلوگیری از مصرف مواد مخدر است. هدف این مداخله از یک سو تقویت عوامل محافظت شده مانند پیوندهای خانواده، مدرسه و جامعه است. از سوی دیگر، برای کاهش فشار منفی همسالان برای مصرف مواد. با گذشت زمان مشخص شد که این برنامه به معنای گسترده تر برای بهبودی منحرفان جوان مفید است، این برنامه در اروپا نیز با نتایج مثبت معرفی شد.

<sup>۴۴</sup> Gibbon S et al

<sup>۴۵</sup> Lyons MJ et al

<sup>۴۶</sup> Communities That Care (CTC)

در ایتالیا، موسسه عالی بهداشت<sup>۷</sup> لآستورالعمل هایی را برای تقویت سلامت روانی در سنین مدرسه (مدارس ابتدایی و متوسطه برای گروه های سنی ۶ تا ۱۴ سال)، همچنین برای جلوگیری از پدیده های انحرافی مانند قلدری ایجاد کرده است. هدف این دستورالعمل ها بهبود محیط مدرسه، افزایش بحث جامعه در مورد مسائل مربوط به سلامت روانی، توسعه مشارکت و رفتار مسئولانه، و آموزش کودکان و نوجوانان به سمت فرهنگ سلامت است و به طور خاص مهارت های زندگی را توصیف می کند که افراد را به اتخاذ رفتارهای مثبت مانند توانایی تصمیم گیری، حل مسئله، خلاقیت، ارتباط موثر و غیره تشویق می کند. علاوه بر این، دستورالعمل هایی برای تقویت مدیریت استرس، استفاده آگاهانه از رسانه ها، پیشگیری از قلدری، تربیت جنسی و غیره ارائه می دهد. از جمله ابزارهایی که به طور گسترده در این راستا استفاده می شود آموزش همتایان است. بررسی سیستماتیک آموزش همتایان در بسیاری از موارد اعتبار و توانایی آن را برای توسعه رفاه، مهار پدیده بزهکاری نوجوانان تأیید کرده است. این نوع استراتژی در زمینه های دیگر نیز به کار گرفته شده است که همیشه رضایت بخش نبوده است اگرچه اثربخشی این برنامه ها اغلب نشان داده شده است، اما این نوع پروژه ها بسیار گران هستند و توسط دولت ها حمایت ضعیفی می شوند.

در مورد مداخلات پیشگیرانه ثانویه، این مداخلات زمانی اجرا می شوند که فرد خردسال اولین رفتارهای انحرافی را از خود نشان دهد و با مداخلات مختلف تلاش می شود تا با جلوگیری از تکامل پدیده، جلوی آن گرفته شود. در ادبیات رایج ترین مداخلات روان درمانی فردی و گروهی و حمایت از خانواده ها و در محیط مدرسه است، حتی در چارچوب بالینی-دارویی در صورت لزوم و توسط پرسنل پزشکی متخصص و درمان های تحلیل رفتاری خاص تجویز می شود. شکل دیگری از مداخله، جوامع خانواده برای خردسالان است، که در آن افراد زیر سن قانونی میزبانی می شوند که ممکن است خود را در موقعیت های مخاطره اجتماعی بیابند یا قبلاً با دادگستری نوجوانان رابطه داشته اند. این نوع مداخله بر این فرض استوار است که حذف خردسال از زمینه های منفی می تواند شانس بهبودی خردسال را افزایش دهد. نوع دیگری از مداخله «آموزش خیابانی» است: این پروژه ها در حومه مناطق بزرگ شهری متمرکز شده اند تا همه خردسالان منحرف در منطقه را رهگیری کنند و به آنها امکان می دهد در مورد خدماتی که می توانند آنها را در مسیر قانونی حمایت کند، بیاموزند. (اوتینگ<sup>۸</sup> و دونرمیر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵؛ مادریت<sup>۹</sup> پرستی، ۲۰۱۹) در نهایت، پیشگیری نهایی برای همه افراد زیر سن قانونی که به دلیل رفتار مجرمانه خود با عدالت در تماس بوده اند، هدف قرار می گیرد. مطالب به طور عمده از مقاله مروری مرتبط با موضوع با عنوان مروری بر تکامل آسیب شناسی روانی «اختلال رفتار و سلوک در دوران کودکی»: ویژگی های انحرافی و جنایتکارانه در دوران پیش نوجوانی و نوجوانی استخراج شده است. (پروتا و همکاران، ۲۰۲۳)

## نتیجه گیری

ادبیات علمی در مورد «اختلال رفتار ی در دوران کودکی» به عنوان آسیب شناسی مراقبت و آموزش ناکارآمد دریافت شده در سال های اول زندگی کودک که بر کیفیت رابطه ای، رفتاری و عاطفی به طور واضح و فشرده تأثیر می گذارد اشاره دارد. عوامل

<sup>۷</sup> Istituto Superiore di Sanità(ISS)

<sup>۸</sup>Oetting ER, Donnermeyer JF

<sup>۹</sup> Moderate P, Presti G

دیگری نیز توسعه این شرایط آسیب‌شناختی را تسهیل می‌کنند، مانند تأثیر منفی بافت خانوادگی و اجتماعی، آسیب‌های روانی کودکی، و استعدادهای ژنتیکی. این چارچوب توصیفی، اساس شروع در پیش نوجوانی (۱۰-۱۳ سال) و نوجوانی (۱۴-۱۸ سال) آن دسته از اشکال آسیب‌شناختی روانی است که می‌توانند به اختلالات خلقی شخصیت واقعی تبدیل شوند. این عوامل تا حدی پیش‌بینی‌کننده و تا حدودی تسهیل‌کننده، نمی‌توانند فرد را به بیماری روانی محکوم کنند و به عنوان تقویت‌کننده در طول سالها عمل می‌کنند. مداخله آموزشی زودهنگام، پیشگیری در همه اشکال آن و استفاده از ابزارهای اصلاحی درمانی می‌تواند بهبود رفتاری مورد انتظار را ایجاد کند، به ویژه در مواردی که هنوز بالغ نشده‌اند و دارای محیطی خانوادگی و اجتماعی هستند که به محرک‌های اصلاحی مورد انتظار پاسخ می‌دهد.

## منابع

گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). روانشناسی کودکان استثنایی شناسی بر اساس DSM-5. نشر ساوالان. تهران

۱. American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision DSM-5-TR*. Amer Psychiatric Pub Inc.
۲. Attili G, Toni A, Di Pentima L. (2019). Attachment, locus of control and symptom patterns: differences by gender and age in childhood and adolescence. Franco Angeli Ed.
۳. Brett ZH, Humphreys KL, Smyke AT, Gleason MM, Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA, Drury SS. (2015). Serotonin transporter linked polymorphic region (5-HTTLPR) genotype moderates the longitudinal impact of early caregiving on externalizing behavior. *Dev Psychopathol.* Feb;27(1):7-18. doi: 10.1017/S0954579414001266. PMID: 25640827; PMCID: PMC4315507
۴. Castelli C, Sbattella S. (2016). *Life cycle psychology*. Franco Angeli Ed., 2016.
۵. Chan L, Simmons C, Tillem S, Conley M, Brazil IA, Baskin SA. (2023). Classifying conduct disorder using a biopsychosocial model and machine learning method. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 8:599-608.
۶. Cheng P, Langevin R. (2023) Unpacking the effects of child maltreatment subtypes on emotional competence in emerging adults. *Psychol Trauma*. S102-S111. doi: 10.1037/tra0001322. Epub 2022 Jul 28. PMID: 35901428.
۷. Copur M, Turkcan A, Erdogmus M. (2005) Substance abuse, conduct disorder and crime: assessment in a juvenile detention house in Istanbul, Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci*. Apr;59(2):151-4. doi: 10.1111/j.1440-1819.2005.01350.x. PMID: 15823160.
۸. Crugnola CR. (2019). *The emotional development of the child*. Raffaello Cortina Ed., 2019.
۹. Deryol R, Wilcox P, Stone S. (2021). Individual Risk, Country-Level Social Support, and Bullying and Cyberbullying Victimization Among Youths: A Cross-national Study. *J Interpers Violence*. 2022 Sep;37(17-18):NP15275-NP15311. doi: 10.1177/08862605211015226. PMID: 33993791.
۱۰. French JH, Shrestha S. (2022). *Histrionic Personality Disorder*. National Library of Medicine.
۱۱. García-Hermoso A, Hormazabal-Aguayo I, Oriol-Granado X, Fernández-Vergara O, Del Pozo Cruz B. (2020). Bullying victimization, physical inactivity and sedentary behavior among children and adolescents: a meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*;17(1):114. doi: 10.1186/s12966-020-01016-4. PMID: 32917230; PMCID: PMC7488515.

۱۲. Gibbon S, Khalifa NR, Cheung NH, Völlm BA, McCarthy L. (2020). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 3;9(9):CD007668. doi: 10.1002/14651858.CD007668.pub3. PMID: 32880104; PMCID: PMC8094166.
۱۳. Li S, Zhao F, Yu G. (2022). Childhood Emotional Abuse and Depression Among Adolescents: Roles of Deviant Peer Affiliation and Gender. *J Interpers Violence.* 2022 Jan;37(1-2):NP830-NP850. doi: 10.1177/0886260520918586. PMID: 32401127.
۱۴. Lyons MJ, True WR, Eisen SA, Goldberg J, Meyer JM, Faraone SV, Eaves LJ, Tsuang MT. (1995). Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Arch Gen Psychiatry.* 52(11):906-15. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950230020005. PMID: 7487339.
۱۵. McDonald S. (2019). Understanding the genetics and epigenetics of bulimia nervosa/bulimia spectrum disorder and comorbid borderline personality disorder (BN/BSD-BPD): a systematic review. *Eat Weight Disord.* 2019 Oct;24(5):799-814. doi: 10.1007/s40519-019-00688-7. PMID: 31119586; PMCID: PMC6751148.
۱۶. Moderate P, Presti G. (2019). ABA fever. *Italian Journal of Neurodevelopmental Disorders.* 2019; 4(1):20-32.
۱۷. Molido-Quílez MP. (2020). Psychosocial risk factors in young offenders. *Rev Esp Sanid Penit.* 22(3):104-111. doi: 10.18176/resp.00019. PMID: 33300933; PMCID: PMC7754538
۱۸. Oetting ER, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. I. *Subst Use Misuse.* 1998 Mar;33(4):995-1026. doi: 10.3109/10826089809056252. PMID: 9548633.
۱۹. ÖZBAY, A., ÖZÇELİK, O., & KAHRAMAN, S. (2024) Conduct Disorder: An Update. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 16(1), 72-87.
۲۰. Palmonari, A. (2011). *Psychology of adolescence.* Il Mulino Ed.,
۲۱. Perrotta G. (2019). *Psicologia generale.* Luxco
۲۲. Perrotta G. (2020). Borderline Personality Disorder: definition, differential diagnosis, clinical contexts and therapeutic approaches. *Ann Psychiatry Treatm.* 4(1):043-056.
۲۳. Perrotta G, Fabiano G. (2021). Behavioural disorders in children and adolescents: Definition, clinical contexts, neurobiological profiles, and clinical treatments. *Open J Pediatr Child Health.* 6(1):005-015.
۲۴. Perrotta G. (2021). Histrionic personality disorder: Definition, clinical profiles, differential diagnosis and therapeutic framework. *Arch Community Med Public Health.* 7(1):001-005.
۲۵. Perrotta G. Perrotta. (2021). Individual Sexual Matrix Questionnaire” (PSM-Q): Technical updates and clinical research. *Int J Sex Reprod Health Care.* 4(1):062-066.
۲۶. Perrotta G. (2021). The learning of specific dysfunctional behavioural patterns through social-network and telematics platforms in preadolescents and adolescents. *Psychopathological clinical evidence.* *Open J Pediatr Child Health.* 6(1):026-035.
۲۷. Perrotta G. (2022). Psychopathologic evidence in the Italian “Trap Music” population. *Ann Psychiatry Treatm.* 6(1): 062-068.
۲۸. Perrotta G, Marciano A. (2022). The clinical boundary between deviant behavior and criminal conduct: From maladaptive positions to pathological dysfunctionality using the “Graded Antisociality Model” (GA-M), the “Antisocial Severity Scale” (AS-S), and “Perrotta-Marciano questionnaire on the grade of awareness of one’s deviant and criminal behaviors” (ADCB-Q). *Ann Psychiatry Treatm.* 6(1):023-027.

۲۹. Perrotta, G., Fabiano, G., & Posta, F. (2023). The psychopathological evolution of "Behavior and Conduct Disorder in Childhood": Deviant and criminal traits in preadolescence and adolescence. A review. *Open Journal of Pediatrics and Child Health*, 8(1), 045-059.
۳۰. Ramelli S, Di Pentima L. (2020) . Attachment and bullying: a comparison between bullies, victims, bully-victims and non-involved in school age. Franco Angeli Ed.
۳۱. Reiss F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* :24-31. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.026. Epub 2013 May 4. PMID: 23746605.
۳۲. Rhee SH, Woodward K, Corley RP, du Pont A, Friedman NP, Hewitt JK, Hink LK, Robinson J, Zahn-Waxler C. (2021) .The association between toddlerhood empathy deficits and antisocial personality disorder symptoms and psychopathy in adulthood. *Dev Psychopathol*. Feb;33(1):173-183. doi: 10.1017/S0954579419001676. PMID: 32115005; PMCID: PMC7483195.
۳۳. Rossi G. ( 2015).Internet and the minority. Kley Ed.,
۳۴. Rubin DH. (2020) . Editorial: Evolving Understanding of Conduct Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 59(2):225-226. doi: 10.1016/j.jaac.2019.06.020.
۳۵. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. (2018) .The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Mar;2(3):223-228. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1.. PMID: 30169257.
۳۶. Sørensen K, Mouritsen A, Aksglaede L, Hagen CP, Mogensen SS, Juul A. 2012). Recent secular trends in pubertal timing: implications for evaluation and diagnosis of precocious puberty. *Horm Res Paediatr*. 77(3):137-45. doi: 10.1159/000336325. Epub 2012 Apr 12. PMID: 22508036.
۳۷. Van Nieuwenhuijzen M, Van Rest MM, Embregts PJ, Vriens A, Oostermeijer S, Van Bokhoven I, Matthys W. (2015). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child Neuropsychol*. 2017 Feb;23(2):228-241. doi: 10.1080/09297049.2015.1108396. PMID: 26563817.
۳۸. Wang X, Xie R, Ding W, Jiang M, Kayani S, Li W. (2022)You Hurt Me, so I Hurt Myself and Others: How Does Childhood Emotional Maltreatment Affect Adolescent Violent Behavior and Suicidal Ideation? *J Interpers Violence*.;37(23-24):NP22647-NP22672. doi: 10.1177/08862605211072177. Epub 2022 Feb 8. PMID: 35130779.
۳۹. Yong JC, Hartanto A, Tan JJX. (2020). Subjective social status and inflammation: The role of culture and anger control. *Health Psychol*. 2021 Jan;40(1):62-70. doi: 10.1037/hea0001029. Epub 2020 Sep 17. PMID: 32940528.
۴۰. Zara G. (2006).Criminal psychology. Carocci Ed.,