

نگاهی به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و ویژگی‌های جامعه‌ستیزی

نویسندگان: لوبر، بورک و پاردینی

مترجم: مریم رضاییگداورانی

چکیده:

این مقاله مطالبی را در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)، اختلال سلوک (CD) و شکل‌های زودرس جامعه‌ستیزی ارائه می‌دهد. تغییرات و ثبات رشدی هر یک، ارتباط و همبستگی درونی بین آنها، و همچنین مداخلات درمانی مؤثر برای هر یک از این سه وضعیت را بررسی می‌کند و برای پژوهش‌های آینده پیشنهاداتی ارائه می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، جامعه‌ستیزی، رشد، پیشگیری، درمان.

مقدمه

در مقابل ویژگی‌های جامعه‌ستیزی شامل دو نوع ویژگی می‌باشد یکی ویژگی‌های میان فردی مانند دیگران را زیر نفوذ خود قرار دادن، تقلب، فریبندگی، و جذابیت‌های سطحی و بزرگنمایی است و دیگر ویژگی‌های عاطفی که شامل عاطفه سطحی، فقدان همدلی، گناه، پشیمانی و نپذیرفتن مسئولیت اعمال ضد اجتماعی خویش است. (پاردینی و همکاران، ۲۰۰۳)

پژوهش‌های زیادی در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک وجود دارد و اخیراً پژوهش‌هایی هم بر روی ویژگی‌های جامعه‌ستیزی صورت گرفته است. پژوهشگران خاطرنشان کرده‌اند که جنبه‌هایی از آسیب‌شناسی روانی در این دو اختلال (اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک) به صورت مشترک در هر دو رخ می‌دهد و این اهمیت پیش‌آگهی را در مورد نتایج بعدی اختلال افزایش داده است. برای اولین بار پژوهش در زمینه اشتراکات بین اختلالات در مورد اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی انجام گرفت (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). این پژوهش نشان داد که میزان مشکلات عاطفی در هر دو اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه و اعمال ضد اجتماعی زودرس بالا است (لوئبر^۴ و همکاران، ۲۰۰۰).

شواهدی وجود دارد که اختلال بیش‌فعالی / کمبود

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)، اختلال سلوک (CD) و شکل‌های زودرس جامعه‌ستیزی که مشکلات آنها تا جوانی و بزرگسالی هم ادامه می‌یابد، پژوهشگران را با سؤالاتی روبه‌رو ساخته است. این مقاله نظرات ما را در مورد پیشرفت‌های اخیر در این زمینه و مسائلی که هنوز به حل و فصل شدن نیاز دارند را ارائه می‌دهد. ما تا حدودی از بررسی‌های پیشین خود در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک (بارک^۱ و همکاران، ۲۰۰۲) و ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در کودکان و نوجوانان (پاردینی^۲ و همکاران، ۲۰۰۸) استفاده می‌کنیم. ما ترجیح می‌دهیم از اصطلاح ویژگی‌های جامعه‌ستیزی استفاده کنیم به دلیل این که جامعه‌ستیزی در دوران کودکی و نوجوانی به صورت تمام عیار وجود ندارد.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای منعکس‌کننده الگویی از منفی‌بافی، لجبازی، نافرمانی و رفتار خصومت و دشمنی نسبت به بزرگترها و اولیای امور است. در حالی که ویژگی اساسی CD یا اختلال سلوک، الگوی تکراری و پایدار رفتارهایی است که حقوق اساسی دیگران و هنجارهای اجتماعی مناسب سن و قوانین را زیر پا می‌گذارد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۳، ۱۹۹۴).

1. Burke

2. Pardini

3. American Psychiatric Association (APA)

4. Loeber

تمتایز هستند؟
تعداد زیادی از مطالعات تحلیل عاملی نشان می‌دهد که عوامل سرشتی جداگانه‌ای در پسران و دختران وجود دارد (فریک^۳ و همکاران، ۲۰۰۵) و در این مطالعات اغلب ویژگی‌های عاطفی جامعه‌ستیزی به صورت صفاتی چون بی‌عاطفه بودن و بی‌احساسی برچسب زده شده است.

این مطالعات نشان می‌دهد که ویژگی‌های جامعه‌ستیزی زودرس در پسران و دختران با هم متمایز است و جامعه‌ستیزی بزرگسالی و اختلال شخصیت ضداجتماعی بزرگسالی که بعضی از نشانه‌های جامعه‌ستیزی را با خود دارد، در زنان نسبت به مردان کمتر شایع است. شواهد نشان می‌دهد که جامعه‌ستیزی می‌تواند در کودکی و نوجوانی وجود داشته باشد و ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در بزرگسالی تداوم ویژگی‌های جامعه‌ستیزی زودرس است (بارک و همکاران، ۲۰۰۷).

این بدان معنی است که ما نیاز داریم به این که ویژگی‌های جامعه‌ستیزی زودرس را در مدل‌های رشدی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک در نظر بگیریم و از آنها برای ارزیابی اختلال شخصیت ضداجتماعی (APD) و همچنین جامعه‌ستیزی در بزرگسالی استفاده کنیم.

به هر حال چند عنوان کلیدی دیگر وجود دارد که باید مورد بررسی قرار گیرد. به‌طور مثال آیا جنبه‌های عاطفی جامعه‌ستیزی زودرس باعث رشد رفتار ضداجتماعی شدید می‌شود؟ و یا این که تا چه اندازه شرایطی که باعث ایجاد ویژگی‌های جامعه‌ستیزی زودرس می‌شود از شرایطی که باعث ایجاد نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک می‌شود متفاوت است؟

پاسخ به این سؤالات می‌تواند به عنوان قطعاتی از پازل مهمی برای بهبود مداخلات پیشگیرانه و درمانی باشد.

توجه (یا الگوی نشانه‌های آن) نمی‌تواند به‌طور پایداری اختلال سلوک بعدی را پیش‌بینی کند یا اگر قبلاً اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا بزهکاری اتفاق افتاده باشد شکل‌های جدی بزهکاری را پیش‌بینی کند (لاهی^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

برخی شواهد نشان می‌دهد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای نه تنها به عنوان پیش‌آیندی برای اختلال سلوک و رفتار ضد اجتماعی عمل می‌کند بلکه اختلالات خلقی و اضطرابی را هم پیش‌بینی می‌کند. در مطالعاتی هم که پیش از این صورت گرفته است ارتباط بین اختلال سلوک و اختلالات خلقی و اضطرابی مشاهده شده است. (بویلان^۲ و همکاران، ۲۰۰۷)

در سال‌های اخیر پژوهشگران اظهار کرده‌اند که ویژگی‌های عاطفی و میان‌فردی جامعه‌ستیزی شامل اطلاعات منحصر به فردی است که شامل نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک (یا نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی) نمی‌شود و این ویژگی‌ها در تعداد کمی از جوانانی که واجد شرایط اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند وجود دارد و این ویژگی‌های جامعه‌ستیزی ارزش تشخیصی اضافی دارند (پاردینی و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین پژوهشگران به جمع‌آوری اطلاعاتی پرداختند تا بتوانند نشان دهند که جامعه‌ستیزی در بزرگسالی می‌تواند شبیه آنچه باشد که در کودکی روی می‌دهد. این ویژگی‌های جامعه‌ستیزی زودرس می‌تواند به ما در تمایز بین جوانانی که در سطوح مختلف خطر رفتار ضد اجتماعی در آینده هستند کمک کند. (پاردینی، ۲۰۰۷).

یک سؤال مهم و حیاتی این است که آیا ویژگی‌های جامعه‌ستیزی از ویژگی‌های اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی

1. Lahey
2. Boylan

3. Frick

بخش‌های بعدی به این پرسش‌ها پاسخ می‌دهد.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از رایج‌ترین اختلالات در میان کودکان در جمعیت بالینی است (کازدین^۱، ۱۹۹۵) که با ضربه مراقبت‌کننده (باسینگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۳) و همچنین با رفتار والدین ارتباط دارد (بارک و همکاران، ۲۰۰۷).

برخی شواهد نشان می‌دهد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای نه تنها به عنوان پیش‌آیندی برای اختلال سلوک و رفتار ضد اجتماعی عمل می‌کند بلکه اختلالات خلقی و اضطرابی را هم پیش‌بینی می‌کند. در مطالعاتی هم که پیش از این صورت گرفته است ارتباط بین اختلال سلوک و اختلالات خلقی و اضطرابی مشاهده شده است

اختلال نافرمانی مقابله‌ای در مقایسه با اختلالات دیگر خطر نسبتاً کمتری دارد و به عنوان شکل خفیف اختلال سلوک در نظر گرفته می‌شود (ری^۳ و همکاران، ۱۹۸۸). در یک بررسی جامع که توسط بویلان^۴ و همکارانش (۲۰۰۷) صورت گرفت دریافتند که شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در نمونه‌های جامعه دامنه‌اش از ۲/۶ تا ۱۵/۶ درصد است و در نمونه‌های بالینی از ۲۸ تا ۶۵ درصد است.

شواهد نشان می‌دهد که اگرچه شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دوران قبل از نوجوانی در پسران بیشتر از دختران است در طول دوران نوجوانی شیوع آن در پسران و دختران با هم برابر است (بویلان و همکاران، ۲۰۰۷). از طرف دیگر اگرچه دختران و پسران جوان سطوح برابر رفتارهای برون‌سازی و پرخاشگری کلامی را نشان

می‌دهند پسران بیشتر رفتارهای زد و خورد کردن و خرابکاری کردن را نشان می‌دهند (وبستر، ۱۹۹۶)^۵. با این حال تفاوت‌های جنسیتی مشاهده شده در رفتار گسیخته کودک ممکن است با طبیعت رفتارهایی که برای ارزیابی اختلالات استفاده شده است و همچنین با پیش‌دوری‌های مشاهده‌کننده و انتظاراتی که از هر جنس دارد و این که بیشتر به رفتارهای واضح‌تر کودک نسبت به رفتارهای با وضوح کمتر توجه می‌شود، درآمیخته شده باشد.

رشد

اختلال نافرمانی مقابله‌ای در DSM-IV به عنوان اختلالی توصیف شده است که آغاز آن قبل از ۸ سالگی است. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)

شواهدی وجود دارد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌تواند از رفتارهای مشکل‌آفرین که در کودکان بهنجار دوران پیش‌دبستانی وجود دارد در هر دو نمونه‌های بالینی و جامعه تشخیص داده شود. (کینان^۶ و همکاران، ۲۰۰۴) پسران پیش‌دبستانی با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (با یا بدون اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی) نقایص عصب روان‌شناختی مشابه‌ای با کودکان بزرگتر دارای اختلال رفتار گسیخته دارند (اسپلتز^۷ و همکاران، ۱۹۹۹).

ویژگی‌های اصلی اختلال نافرمانی مقابله‌ای مانند رفتار مقابله‌ای و عاطفه منفی ممکن است قبل از دوران پیش‌دبستانی قابل مشاهده باشد، ولی آنها معمولاً به عنوان خلق و خو و مزاج کودک در نظر گرفته می‌شوند. (سانسون^۸ و همکاران، ۲۰۰۷)

آغاز اختلال نافرمانی مقابله‌ای در اوایل کودکی است و از رفتار بهنجار کودک پیش‌دبستانی قابل تشخیص

5. Webster
6. Keenan
7. Speltz
8. Sanson

1. Kazdin
2. Bussing
3. Rey
4. Boylan

در یک نمونه بالینی از پسران بین سنین ۷ و ۱۷ ساله که به طور سالانه ارزیابی شدند اگرچه میزان متوسطی از ثبات ذکر شده بود اما نوسان‌هایی هم بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک و اختلالات دیگر دیده شده بود یعنی این که این افراد اختلالات دیگر را هم از خود نشان می‌دادند. زمانی که تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای در یک سال داده شد، دوباره در سال پیگیری ۳۶ درصد از ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود داشت و فراوانی ملاک‌های اختلال سلوک ۲۷ درصد و سایر اختلالات ۳۷ درصد بود.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یک عامل خطر برای اختلال سلوک (بارک و همکاران، ۲۰۰۵) محسوب می‌شود، اما تنها درصدی از کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دچار اختلال سلوک می‌شوند. نزاع فیزیکی و بدنی پایدار در بین پسران با اختلال نافرمانی مقابله‌ای یک عامل علامت دهنده قوی برای این که فرد به طرف اختلال سلوک پیشروی، کند است (لوئبر، ۲۰۰۰)، و عوامل محیطی معین مانند موقعیت اجتماعی - اقتصادی پایین‌تر (گرین، ۲۰۰۲)، خصومت والدینی بالاتر (گُلکو^۵، ۲۰۰۸) به تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک از کودکان فقط دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک می‌کند. با این حال اشتراکات محیطی این دو اختلال بیش از تفاوت‌های آنهاست و پژوهش‌های بیشتر لازم است تا پیش‌بینی کنیم که آیا کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای دچار اختلال سلوک می‌شوند.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای با اختلال سلوک و دیگر اختلالات متفاوت است (بارک، ۲۰۰۵). این ساده‌انگاری است که این اختلال را بی‌خطر یا شکل خفیف اختلال سلوک بدانیم.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای نه تنها نقش کلیدی در رشد

است، اما این مسأله مبهم است که در چه نقطه‌ای و در کجا باید بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و خلق و خوی طبیعی و بهنجار کودکی تمایز قایل شد. ممکن است خلق و خوی کودکی پیش‌بینی برای رشد اختلال نافرمانی مقابله‌ای باشد.

کینان و شاو (۲۰۰۳) پیوستگی بین خلق و خو و رفتار گسیخته را توصیف کردند. آنها دریافتند که خلق و خوی کودک همراه با بی‌نظمی‌های عاطفی باعث ظهور رفتار گسیخته از نوزادی به بعد می‌شود.

در بعضی از مدل‌ها و همچنین در مدل تبادلی گرین^۱ و همکاران (۲۰۰۳)، والدین و سایر عوامل محیطی دیگر به عنوان عواملی در نظر گرفته شده‌اند که می‌تواند طبیعت و شدت مشکلات برخاسته از تفاوت‌های فردی در تنظیم عاطفی را تعدیل کند.

اخیراً یافته‌هایی در مورد ارتباط بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای با افسردگی به‌دست آمده است (هگگ^۲ گلنز^۲، ۱۹۹۴). یافته‌ها این مطب را نشان می‌دهد که خلق و خوی عاطفی منفی هم اختلالات برون‌سازی و هم اختلالات درونی‌سازی را در چهار سالگی پیش‌بینی می‌کند، در مقایسه با ویژگی‌های تکانشگری و بیش‌فعالی که فقط رفتارهای برون‌سازی را پیش‌بینی می‌کنند. متأسفانه در کل شواهد تجربی ناکافی در زمینه روشن کردن پیوستگی بین خلق و خو و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در طول رشد وجود دارد.

در حال حاضر اختلال نافرمانی مقابله‌ای ثبات متوسط به بالایی در سرتاسر عمر نشان می‌دهد (کوهن^۳ و همکاران، ۱۹۹۳). مشکلات رفتاری که در دوران پیش‌دبستانی مشاهده شده است پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای روان‌آسیمی بعدی در آینده هستند (کمپبل^۴ و همکاران، ۱۹۹۹).

1. Greene
2. Hage Kull
3. Cohen
4. Campbell

5. Kolko

برای پسران از ۱/۸ تا ۱۶ درصد و برای دختران از ۰/۸ تا ۹/۲ درصد برآورد شده است (لوئبر، ۲۰۰۰). در مقایسه با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تفاوت‌های جنسیتی تعیین می‌کند که این اختلال در سرتاسر عمر باقی می‌ماند یا خیر. اختلال سلوک به عنوان قسمتی از یک روند تشخیصی به سوی رفتار ضد اجتماعی است.

اختلال نافرمانی مقابله‌ای ← اختلال سلوک ← رفتار ضد اجتماعی

اگر ملاک‌های اختلال سلوک وجود داشته باشد، نمی‌توان همزمان تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای را هم داد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). به علت همپوشی تشخیصی و مفهومی که بین این دو اختلال وجود دارد بحث‌های قابل توجهی صورت گرفته که آیا باید این دو اختلال را از هم جدا بدانیم یا خیر.

شواهد در زمینه آسیب‌شناسی روانی نشان می‌دهد که اکثریت کودکانی که اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارند، دچار اختلال سلوک نمی‌شوند (لوئبر، ۲۰۰۰). همچنین علیرغم این حقیقت که در نمونه‌های بالینی درصد خیلی بالایی از کودکان با اختلال سلوک، ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را هم دارند، نمونه‌های بر اساس جامعه نشان دادند که درصد زیادی از کودکان با اختلال سلوک ملاک‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای را ندارند. (لاهی، ۲۰۰۰)

مطالعات تحلیل عاملی به طور مکرر نشان داده‌اند که نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک دارای بار عاملی جداگانه‌ای هستند (بورنز^۳ و دیگران، ۱۹۹۷). نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای از نشانه‌های اختلال سلوک متفاوت است. این دو اختلال در زمینه تأثیر دوجانبه‌ای که با رفتار والدین دارند و همچنین روان

رفتار ضد اجتماعی بعدی، همچنین نقشی کلیدی در بروز اختلالات درونی‌سازی دارد. در یک نمونه بالینی از پسران که به طور سالانه از سن ۷ تا ۱۷ سالگی ارزیابی شده بودند اختلال نافرمانی مقابله‌ای افزایش سال به سال نشانه‌های افسردگی، اضطراب و اختلال سلوک را در پی داشت. تنها نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/ بیش‌فعالی پیش‌بین نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای بودند (بارک، ۲۰۰۵).

در مقابل افسردگی که در نمونه پسران و دختران جامعه پیش‌بینی شده بود بعد از این که وقایع منفی که در زندگی آنها روی داده بود را به حساب آوردند بزهکاری، پیش‌بین افسردگی نبود (رو^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

در یک بررسی در سطح ملی هم که بر روی یک نمونه معرف از بزرگسالان انجام شد، این مطلب دریافته شد که اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیش‌بینی برای اختلالات خلقی، اضطرابی و برون‌سازی است، اما در مورد اختلال پیش‌فعالی این گونه نبود و نمی‌توانست این اختلال را پیش‌بینی کند (نک^۲، ۲۰۰۷). ابعاد نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای ارتباط بین اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلالات درونی‌سازی را روشن می‌سازد.

در میان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای که در یک نمونه بالینی از پسران ارزیابی شده است، کسانی که بعد عاطفه منفی را داشتند، در بزرگسالی بیشتر افسرده می‌شدند، ولی نشانه‌های اختلال سلوک را نداشتند. در مقابل کسانی که نشانه‌های رفتار مقابله‌ای را دارا بودند نشانه‌های افسردگی را در بزرگسالی نداشتند ولی نشانه‌های اختلال سلوک را دارا بودند. (بارک)

اختلال سلوک

میزان شیوع اختلال سلوک (CD) در نمونه‌های جامعه

3. Burns

1. Rowe
2. Nock

آسیبی مرضی با یکدیگر متفاوت هستند. (بارک، ۲۰۰۵)

مثال سیلبرگ^۲، ۲۰۰۷).

رشد

بر طبق DSM-IV اختلال سلوک از ۵ یا ۶ سالگی آغاز می‌شود و به ندرت اتفاق می‌افتد که بعد از سن ۱۶ سالگی یا در نوجوانی آغاز شود. شواهد نشان می‌دهد که اگر آغاز آن در کودکی باشد با یک دوره اختلال سلوک پایدارتر و شدیدتر همراه است تا زمانی که آغاز آن در نوجوانی باشد. (لاهی، ۱۹۹۸)

اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های آغاز و ادامه اختلال سلوک است (لوئبر و همکاران، ۱۹۹۵). رفتار ضد اجتماعی والدین، نظارت ضعیف و آموزش سطح پایین هم در پسران و هم در دختران می‌تواند شروع این اختلال را در کودکی پیش‌بینی کند (رودگرز^۱ و دیگران، ۲۰۰۴). همچنین موقعیت اجتماعی، اقتصادی پایین (SES) و سوء استفاده از مواد در والدین می‌تواند شروع این اختلال را در کودکی پیش‌بینی کند.

مک کاب و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که در این زمینه تفاوت‌های جنسیتی وجود دارد دختران در مقایسه با پسران موقعیت اقتصادی، اجتماعی پایین‌تر و مشکلات روانی و خانوادگی بیشتری دارند.

اعمال و رفتار والدین مخصوصاً تنبیه بدنی شدید و نظارت ضعیف با اختلال سلوک ارتباط دارد هرچند که جهت تأثیر بین اختلال سلوک و رفتار والدین به طور کامل آشکار نیست.

تعدادی از مطالعات ژنتیکی نشان داده‌اند که عوامل ژنتیکی و محیطی در ایجاد اختلال سلوک یا رفتار ضد اجتماعی، دارای نسبت برابر هستند. هرچند که عوامل محیطی واریانس کمتری را به خود اختصاص می‌دهند اما هنوز هم این نسبت‌های واریانس معنادار هستند (به طور

1. Rodgers

ثبات اختلال سلوک در طول زندگی، متوسط به بالا است. درجه پایداری این اختلال با چند سال مطالعات پیگیری بین ۴۴ تا ۸۸ درصد تخمین زده شده است (لاهی، ۱۹۹۵).

ثبات اختلال سلوک از کودکی تا نوجوانی در یک نمونه بالینی از پسران ۵۶ درصد بود (بارک،). نشانه‌های اختلال سلوک از عوامل زیستی، حوزه‌های روانی و کارکردی کودک تأثیر می‌پذیرد (بارک و دیگران، ۲۰۰۲).

اختلال سلوک در میان پسران بین سن ۷ تا ۱۲ سال مخصوصاً در بین پسران متعلق به خانواده‌های نواحی اجتماعی، اقتصادی پایین، پیش‌بین، قوی برای اختلال رفتار ضد اجتماعی است. از طرف دیگر اکثریت کودکان دارای اختلال سلوک به سمت رفتار ضد اجتماعی پیشروی نخواهند کرد (لاهی، ۲۰۰۵). همچنین نشانه‌های اختلال سلوک پیش‌بینی، برای ویژگی‌های رفتاری جامعه‌ستیزی در بزرگسالی هستند (بارک، ۲۰۰۷).

پیامدهای منفی دیگر اختلال سلوک در نوجوانی، مشکلات جدی در سازگاری است و خواه ناخواه آن‌ها ملاک‌های رفتار ضد اجتماعی را نیز از خود نشان می‌دهند (رابینز^۳، ۱۹۶۶).

استفاده از مواد، اخراج از مدرسه و حاملگی ناخواسته (باردون^۴ و دیگران، ۱۹۹۶)، محکومیت‌ها (هارینگتون^۵ و دیگران، ۱۹۹۱) و آسیب‌های فزاینده، بیماری‌ها (فارینگتون^۶، ۱۹۹۵) و مرگ و میر (کراتزر^۷ و دیگران، ۱۹۹۷) هم در بین زنان و هم مردان که دارای اختلال سلوک در کودکی یا نوجوانی هستند، بالاتر است.

2. Silberg
3. Robins
4. Bardone
5. Harrington
6. Farrington
7. Kratzer

پیشگیری و درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک

مداخلاتی که برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک وجود دارد، خاص این اختلالات نیست، بلکه بیشتر به طور کلی با کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک یا رفتار ضد اجتماعی به کار می‌رود. تعدادی از بررسی‌ها این مداخلات را فراهم کرده‌اند (برستان^۱ و دیگران، ۱۹۹۸). مؤثرترین راهبردهای درمانی برای این افراد، راهبردهای رفتاری - شناختی و سطوح چندگانه هدف هستند که بیشتر اوقات هدف، کودک و والدین هستند و گاهی هم خانواده، همسالان و مدرسه را نیز شامل می‌شود.

آموزش مدیریت والدین (PMT) یک عنصر معمول برای درمان در سرتاسر کودکی تا نوجوانی است. درمان‌هایی که بیشتر بر رشد مشکلات رفتاری زودرس تمرکز می‌کنند و بیشتر با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ارتباط دارند، یکی آموزش تعامل کودک - والدین است (ایبرگ^۲ و دیگران، ۱۹۹۵) که تعاملات کودک و والدین را به طور مستقیم مورد مشاهده قرار می‌دهند و به والدین در مورد درست بودن آنها بازخورد می‌دهند.

برنامه PATHS گرین برگ (گرین برگ و همکاران، ۱۹۹۵) همچنین برنامه‌ای است که برای کودکان تهیه شده است و یک راهبرد پیشگیری جهانی است که برای کودکان مقطع ابتدایی طراحی شده است.

برنامه دیگری که برای کودکان طراحی شده است اما بیشتر هدفش کودکانی است که سطوح بالاتر رفتارهای مربوط به اختلال سلوک را نشان می‌دهند و یا پلیس بیشتر به آنها توجه دارد، برنامه SNAP است. این برنامه از راهبردهای رفتاری شناختی به صورت گروهی با والدین و کودکان استفاده می‌کند و معمولاً مدل‌های درمانی

جداگانه‌ای برای پسران و دختران دارد. نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان دارای اختلال سلوک هم وجود دارد. کودکانی که دچار اختلال سلوک هستند باید به طور کامل از نظر حضور نشانه‌های عاطفه منفی که در کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای به چشم می‌خورد مورد ارزیابی قرار گیرند و همچنین شواهد نشان می‌دهد که نشانه‌های عاطفه منفی که در اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دارد یک نقش مهم در ایجاد اختلالات درونی‌سازی دارد. یک راهبرد درمانی که در این زمینه در درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دارد این است که مداخله درمانی زودهنگام بر علیه اختلال افسردگی و دیگر اختلالات درونی‌سازی صورت گیرد و از پیشرفت رفتار گسیخته در این کودکان جلوگیری شود. راهبرد مداخله در بحران آنگر لاجمن (۱۹۹۳)^۳ شامل عناصری است که هدفش ویژگی‌های عاطفی رفتار گسیخته است و این چنین راهبردهایی نقش مهمی در درمان افراد دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد.

ویژگی‌های جامعه‌ستیزی

مطالعاتی برای شناسایی ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در کودکان و نوجوانان که شبیه با جامعه‌ستیزی در بزرگسالان است، صورت گرفته است و همچنین مطالعاتی برای شناسایی کسانی که بیشتر در معرض خطر رشد شکل‌های پایدار و شدید رفتار ضد اجتماعی هستند انجام شده است (فریک و دیگران، ۲۰۰۶).

جامعه‌ستیزی بزرگسالان یک سازه پیچیده است و بر ویژگی‌های عاطفی و میان فردی متمرکز شده است. شواهد نشان می‌دهد که این ویژگی‌ها در اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (همان‌گونه که در DSM-IV تعریف شده است) ممکن

1. Brestan
2. Eyberg

3. Lochman

رشد

چندین مطالعه و بررسی روایی و اعتبار این ادعا را که ویژگی‌های جامعه‌ستیزی از کودکی تا نوجوانی ثابت هستند را بررسی کرده‌اند (ددز^۵، ۲۰۰۵).

پژوهش‌های رشدی اظهار می‌کنند که شکل‌های اولیه احساس همدلی و گناه نسبتاً از سن ۳ تا ۴ سالگی در کودکان عادی ثابت هستند.

پژوهش‌های دیگر میانگین‌های با ثبات بالا برای ابعاد عاطفی و میان فردی جامعه‌ستیزی در سه و چهار سالگی و تا اوایل نوجوانی را تخمین زده‌اند.

در یک پژوهش طولی که بر روی پسران انجام گرفت، اُبرا دویک^۶ و همکاران (۲۰۰۷) دریافتند که گزارش والدین از ویژگی‌های عاطفی و میان فردی جامعه‌ستیزی به طور متوسطی از سن ۸ تا ۱۶ سالگی ثابت بود، اگرچه ثبات گزارش معلم برای این ویژگی‌ها در سرتاسر این دوره نسبتاً کم بود. با وجود این نتایج، شواهد طولی نشان می‌دهد که ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در نوجوانی بیشتر با بعد ضد اجتماعی و تکانشگری جامعه‌ستیزی در بزرگسالی ارتباط دارد تا با بعد عاطفی و میان فردی این اختلال (بارک و دیگران، ۲۰۰۷). در نتیجه تداوم ابعاد عاطفی و میان فردی از نوجوانی به بزرگسالی مبهم باقی می‌ماند.

تعدادی از پژوهشگران فرض کرده‌اند که ثبات ویژگی‌های جامعه‌ستیزی توسط عوامل عصبی - زیستی تعیین می‌شود (بلایر^۷ و دیگران، ۲۰۰۶). مطالعاتی که بر روی دوقلوها صورت گرفته نشان داده است که ویژگی‌های اولیه جامعه‌ستیزی به طور اساسی ژنتیکی هستند (لارسون^۸ و دیگران، ۲۰۰۶).

الگوهای نورویولوژیکی که مربوط به رشد

است وجود نداشته باشد (پاردینی و دیگران، ۲۰۰۶).

برای ارزیابی ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در کودکان از مقیاس گزارش معلم و والدین استفاده می‌شود (پاردینی و همکاران، ۲۰۰۶)، و برای ارزیابی نوجوانان از خود گزارشی (آندرشد^۱ و دیگران، ۲۰۰۲) یا مصاحبه‌های ساخت‌دار نمره‌گذاری شده استفاده می‌شود (فورت^۲ و دیگران، ۲۰۰۳).

مطالعات رشدی نشان داده است که شکل‌های زودرس فریب، دیگران را زیر نفوذ خود قرار دادن، عدم همدلی و گناه در کودکان هم مانند جوانان می‌تواند به طور پایا اندازه‌گیری شود و سطوح بالای این ویژگی‌ها با مشکلات سلوک اولیه و زودرس اتفاق می‌افتد (آکسان و دیگران، ۲۰۰۶).

در طول سال‌های مقطع ابتدایی، ویژگی‌های عاطفی جامعه‌ستیزی با سطوح بالاتر مشکلات سلوک و رفتار ضد اجتماعی در کودکان ارتباط دارد حتی بعد از این که شدت اختلال سلوک اولیه کودک را کنترل می‌کنیم (پاردینی، ۲۰۰۷).

مطالعات با نوجوانان نشان می‌دهد که ویژگی‌های عاطفی و میان فردی جامعه‌ستیزی، شکل‌های پایدار بزهکاری (پاردینی، ۲۰۰۶)، تکرار جرم آینده (بوکاسینی^۳، ۲۰۰۷) و نشانه‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کند (پاردینی و دیگران، ۲۰۰۸).

به هر حال مطالعات طولی اندکی وجود دارد که آیا ویژگی‌های جامعه‌ستیزی نسبت به اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک بهتر می‌تواند رفتار ضد اجتماعی را پیش‌بینی کند یا خیر (مفیت^۴ و دیگران، ۲۰۰۸).

5. Dadds
6. Obradovic
7. Blair
8. Larsson

1. Andershed
2. Forth
3. Boccaccini
4. Moffitt

قرار می‌دهد (هاوس^۱، ۲۰۰۷). اعمال مثبت والدین که تأکید بر رابطه گرم و محبت‌آمیز دارد به عنوان سپری برای جلوگیری از رشد ویژگی‌های عاطفی جامعه‌ستیزی در همه دوران رشد می‌باشد. (کچانسکا^۲، ۱۹۹۷ و پارذینی و دیگران، ۲۰۰۷)

در کل این یافته‌ها نشان می‌دهند که تعامل بین عوامل نورویولوژیکی و اجتماعی در درک پیدایش اولیه ویژگی‌های جامعه‌ستیزی و تغییر در این ویژگی‌ها می‌تواند در سرتاسر دوران زندگی مهم باشد.

پیشگیری و درمان

با توجه به این مطلب که ویژگی‌های جامعه‌ستیزی نسبتاً پایدار است و پیش‌بین شکل مداوم و جدی رفتار ضد اجتماعی است، این سؤال مطرح می‌شود که آیا مداخلات درمانی سنتی با این افراد موفقیت‌آمیز خواهد بود؟

بررسی‌ها نشان می‌دهد که ویژگی‌های جامعه‌ستیزی نوجوانان قبل از درمان با رفتارهای آنها در طول درمان ارتباط کمی دارد. به عنوان مثال پژوهشگران در یک پژوهش دریافتند که ویژگی‌های جامعه‌ستیزی قبل از درمان در نوجوانان، تغییر رفتار در طی دوره درمان فشرده را تحت تأثیر خود قرار نمی‌دهد و بعد از مرخص شدن از برنامه درمانی نیز، رفتارهای خشونت‌آمیز آنها تکرار نمی‌شود (کالدول^۳ و دیگران، ۲۰۰۷).

بر همین اساس هاوس و ددز (۲۰۰۷) دریافتند که درمان رفتاری شناختی برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای منجر به تغییرات مثبت در افراد دارای ویژگی‌های جامعه‌ستیزی شد و ویژگی‌های عاطفی سنگدلانه و بی‌رحمی که توسط والدین قبل از درمان

ویژگی‌های جامعه‌ستیزی هستند بیشترین تأکید را بر بدکارکردی در نواحی پارالیمبیک مغز دارند که این قسمت از مغز در شرطی‌سازی آزارنده، یادگیری اجتنابی، پردازش منفی محرک جاذب و پردازش معنایی کلمات نقش دارد (بلایر، ۲۰۰۴).

شواهد منتشر شده در حمایت از الگوهای نورویولوژیکی در جوانان بیشتر برگرفته از ارزیابی‌های عملکرد رفتاری است تا ارزیابی مستقیم کارکرد مغز. در نتیجه مطالعات در حال شناسایی نقایص عصبی هستند که به طور منحصر به فرد با رشد ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در جوانی ارتباط دارند که برای این کار، روش‌های تصویرسازی عصبی نوین مورد نیاز است.

در حالی که عوامل نورویولوژیکی به عنوان یک نیروی محرکه از عوامل رشد ویژگی‌های جامعه‌ستیزی است شواهد طولی نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی هم مهم می‌باشند. به طور مثال پژوهشگران دریافته‌اند که اعمال منفی والدین مانند نظارت ضعیف، انضباط ناپایدار و تنبیه بدنی با افزایش ویژگی‌های عاطفی و میان‌فردی جامعه‌ستیزی در کودکان در سرتاسر زندگی آنها ارتباط دارد (پارذینی، ۲۰۰۷) و همین‌طور ارتباط ضعیف بین کودکان و والدین آنها در اوایل نوجوانی (میانگین نسبی ۱۳/۹) با ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در طول یک دوره پیگیری چهار ساله ارتباط داشته است (پارذینی و همکاران، ۲۰۰۸).

شواهد همچنین نشان می‌دهد که اعمال مثبت والدین ممکن است برای کودکان با خلق و خوی در معرض خطر ویژگی‌های عاطفی جامعه‌ستیزی مانند عدم ترس و بی‌پروایی به عنوان یک سپر دفاعی عمل کند و به آنها کمک کند. به طور مثال کودکان با ترس پایین و بی‌پروایی به تأثیر اجتماعی تنبیه اهمیت نمی‌دهند و مسئولیت اعمال خود را بر عهده نمی‌گیرند و این رفتار آنها را در معرض خطر سبک میان فردی بی‌عاطفه بودن

1. Hawes
2. Kochanska
3. Caldwell

مشخص نیست که کدام پیش‌بینی‌کننده‌های روانی - اجتماعی اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک برای ویژگی‌های جامعه‌ستیزی هم به کار می‌رود. این اطلاعات برای تبیین و توضیح چارچوب این سه وضعیت مهم و اساسی است و همچنین باعث بهبود ارزیابی، پیشگیری و درمان هر یک می‌شود.

پژوهش‌های طولی بیشتری باید در زمینه عاطفه منفی در اختلال نافرمانی مقابله‌ای که منجر به مشکلات درونی‌سازی می‌شود، انجام شود تا در مداخلات درمانی آینده برای این مشکلات بهبودی صورت گیرد.

نکات کلیدی

- اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD)، اختلال سلوک (CD) و ویژگی‌های جامعه‌ستیزی مجموعه رفتارهای متمایزی هستند.

- آگاهی از ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در کودکی یا نوجوانی اطلاعات منحصر به فردی فراسوی آگاهی ما از اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک دارد.

- اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و ویژگی‌های جامعه‌ستیزی زودرس ثابت هستند، اما همچنین در طول زمان تغییراتی را هم نشان می‌دهند.

- مداخلات درمانی برای کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک شناخته شده هستند. اما مداخلاتی که باعث کاهش ویژگی‌های جامعه‌ستیزی شوند، کمتر در دسترس هستند.

گزارش شده بود تغییر کرد و تا ۶ ماه بعد این تغییر رفتار ادامه داشت.

یکی دیگر از پژوهش‌های اخیر نشان داده که درمان چند وجهی شناختی - رفتاری که برای کودکان ۶-۱۱ ساله با اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک طراحی شده است، کاهش قابل توجهی در ویژگی‌های خودشیفتگی و بی‌عاطفگی افراد با ویژگی‌های جامعه‌ستیزی طبق گزارش معلم بعد از درمان داشته است و این نتایج درمانی در سرتاسر دوره پیگیری سه ساله حفظ شدند. این نشان می‌دهد که ویژگی‌های جامعه‌ستیزی در کودکان می‌تواند از طریق مداخلات فشرده و خوب طراحی شده کاهش یابد و کارآمدی درمان برای این افراد بالاتر از متوسط می‌باشد.

جمع بندی

همان‌طور که در مقدمه ذکر شد، این مقاله، دیدگاه‌هایی در مورد اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و ویژگی‌های جامعه‌ستیزی زودرس ارائه می‌دهد. ما معتقدیم که اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ویژگی‌های جامعه‌ستیزی هر کدام ویژگی‌های منحصر به فردی دارند که مربوط به الگوهای رشدی آن‌ها و فرمول‌بندی DSM-IV است.

این مطلب باید روشن شود که کدام درجه از خلق و خو یا دیگر عوامل زمینه‌ای هر سه اختلال رفتار گسیخته را روشن می‌سازد (لوئبر و دیگران) و این مطلب همچنین

منبع:

Rolf Loeber, Jeffrey Burke, and Dustin A. Pardini (2009) Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features, *Journal of child psychology and psychiatry* 50: 1-2, PP 133-142.