



دانشگاه سیام نور
پی

روان شناسی مرضی کودک

(رشته روان شناسی)

دکتر انسیه بابایی

دکتر حمید کمرزین

دکتر مهناز علی اکبری

دکتر محمد اورکی

بسم الله الرحمن الرحيم

پیشگفتار ناشر

کتاب‌های دانشگاه پیام نور حسب مورد و با توجه به شرایط مختلف یک درس در یک یا چند رشته دانشگاهی، به صورت کتاب درسی، متن آزمایشگاهی، فرادرسی، و کمک درسی چاپ می‌شوند.

کتاب درسی ثمره کوشش‌های علمی صاحب اثر است که براساس نیازهای درسی دانشجویان و سرفصل‌های مصوب تهیه و پس از داوری علمی، طراحی آموزشی، و ویرایش علمی در گروه‌های علمی و آموزشی، به چاپ می‌رسد. پس از چاپ ویرایش اول اثر، با نظرخواهی‌ها و داوری علمی مجدد و با دریافت نظرهای اصلاحی و متناسب با پیشرفت علوم و فناوری، صاحب اثر در کتاب تجدیدنظر می‌کند و ویرایش جدید کتاب با اعمال ویرایش زبانی و صوری جدید چاپ می‌شود.

متن آزمایشگاهی (م) راهنمایی است که دانشجویان با استفاده از آن و کمک استاد، کارهای عملی و آزمایشگاهی را انجام می‌دهند.

کتاب‌های فرادرسی (ف) و **کمک درسی** (ک) به منظور غنی‌تر کردن منابع درسی دانشگاهی تهیه و بر روی لوح فشرده تکثیر می‌شوند و یا در وبگاه دانشگاه قرار می‌گیرند.

مدیریت تولید محتوا و تجهیزات آموزشی

فهرست مطالب کتاب

هجده

پیشگفتار

۱	فصل ۱. تاریخچه و الگوهای روان‌شناسی مرضی کودک
۱	هدف کلی
۱	هدف‌های رفتاری
۱	۱-۱ مرور تاریخی بر تاریخچه مرضی کودک
۴	۲-۱ مفاهیم بهنجاری و نابهنجاری در آسیب‌شناسی مرضی کودک
۴	۱-۲-۱ بهنجاری به‌منزله سلامت
۴	۲-۲-۱ بهنجاری به‌منزله کمال مطلوب
۴	۳-۲-۱ بهنجاری به‌منزله فرآیند رفتار
۵	۳-۱ طبقه‌بندی تشخیصی اختلال‌های روانی کودکان
۶	۱-۳-۱ طبقه‌بندی قدیم
۶	۲-۳-۱ طبقه‌بندی جدید
۸	۴-۱ الگوهای زیست‌شناختی و روان‌شناختی اختلال‌های روانی کودکان
۸	۱-۴-۱ الگوی زیست‌شناختی
۹	۲-۴-۱ الگوهای روان‌شناختی
۱۱	خلاصه
۱۳	مفاهیم کلیدی
۱۳	آزمون چهارگزینه‌ای
۱۳	آزمون تشریحی
۱۴	منابع
۱۴	منابع برای مطالعه بیشتر

۱۵	فصل ۲. سنجش و ارزیابی اختلال‌های روانی کودکان
۱۵	هدف کلی
۱۵	هدف‌های رفتاری
۱۵	۲-۱ اهمیت سنجش در یک مداخله درمانی
۱۶	۲-۱-۱ مصاحبه بالینی
۱۷	۲-۱-۲ ابعاد مصاحبه
۱۹	۲-۲ مشاهده رفتار
۱۹	۲-۲-۱ موقعیت‌های مشاهده
۲۰	۲-۲-۲ اصل شایستگی سنی
۲۰	۲-۲-۳ اصل فراوانی یک رفتار
۲۱	۲-۲-۴ اصل شدت یک رفتار
۲۱	۲-۲-۵ اصل تداوم یک رفتار
۲۲	۲-۳ ارزیابی شخصیت کودک
۲۲	۲-۳-۱ معاینه وضعیت روانی
۲۲	۲-۳-۲ روان‌آزمایی
۲۳	۲-۳-۳ طرح تهیه شرح حال و اخذ سوابق
۲۳	۲-۳-۴ طبقه‌بندی اختلالات کودکی
۲۵	خلاصه
۲۸	مفاهیم کلیدی
۲۸	آزمون چهارگزینه‌ای
۲۹	آزمون تشریحی
۳۰	منابع
۳۰	منابع برای مطالعه بیشتر
۳۱	فصل ۳. اختلال‌های مهارت‌های حرکتی - اختلال رشد هماهنگی
۳۱	هدف کلی
۳۱	هدف‌های رفتاری
۳۱	۳-۱ رشد حرکتی
۳۳	۳-۲ همه‌گیرشناسی
۳۴	۳-۳ ابتلای همزمان
۳۴	۳-۴ سبب‌شناسی
۳۵	۳-۵ تشخیص
۳۶	۳-۶ خصوصیات بالینی
۳۷	۳-۶-۱ تشخیص افتراقی
۳۸	۳-۷ سیر و پیش‌آگهی
۳۸	۳-۸ درمان
۳۹	خلاصه

۳۹	مفاهیم کلیدی
۴۰	آزمون چهارگزینه‌ای
۴۱	آزمون تشریحی
۴۲	منابع
۴۲	منابع برای مطالعه بیشتر
۴۳	فصل ۴. اختلال‌های ارتباطی
۴۳	هدف کلی
۴۳	هدف‌های رفتاری
۴۳	۴-۱ اختلال‌های ارتباطی در کودکان
۴۴	۴-۲ اختلال‌های ارتباطی
۴۵	۴-۳ اختلال در زبان بیانی
۴۵	۴-۳-۱ شیوع
۴۶	۴-۳-۲ ابتلای همزمان
۴۶	۴-۳-۳ سبب‌شناسی
۴۶	۴-۳-۴ تشخیص
۴۷	۴-۳-۵ خصوصیات بالینی
۴۸	۴-۳-۶ تشخیص افتراقی
۴۹	۴-۳-۸ مداخلات درمان
۵۰	۴-۴ اختلال در زبان دریافتی - بیانی
۵۰	۴-۴-۱ شیوع
۵۰	۴-۴-۲ ابتلای همزمان
۵۰	۴-۴-۳ سبب‌شناسی
۵۰	۴-۴-۴ تشخیص
۵۱	۴-۴-۵ خصوصیات بالینی
۵۱	۴-۴-۶ تشخیص افتراقی
۵۲	۴-۴-۷ سیر و پیش‌آگهی
۵۲	۴-۴-۸ مداخلات درمانی
۵۲	۴-۵ اختلال واج‌شناختی (آواشناختی)
۵۳	۴-۵-۱ شیوع
۵۳	۴-۵-۲ ابتلای همزمان
۵۳	۴-۵-۳ سبب‌شناسی
۵۳	۴-۵-۴ تشخیص
۵۴	۴-۵-۵ خصوصیات بالینی
۵۴	۴-۵-۶ تشخیص افتراقی
۵۴	۴-۵-۷ سیر و پیش‌آگهی
۵۴	۴-۵-۸ مداخلات درمانی

۵۴	۶-۴ لکنت زبان
۵۵	۱-۶-۴ شیوع
۵۵	۲-۶-۴ ابتلاي همزمان
۵۶	۳-۶-۴ سبب‌شناسی
۵۶	۴-۶-۴ تشخیص
۵۷	۵-۶-۴ تشخیص افتراقی
۵۷	۶-۶-۴ سیر و پیش‌آگهی
۵۷	۷-۶-۴ مداخلات درمانی
۵۸	۷-۴ اختلال ارتباطی نامشخص
۵۹	خلاصه
۵۹	مفاهیم کلیدی
۶۰	آزمون چهارگزینه‌ای
۶۱	آزمون تشریحی
۶۲	منابع

فصل ۵. اختلالات اضطرابی

۶۵	هدف کلی
۶۵	هدف‌های رفتاری
۶۵	۱-۵ اختلالات اضطرابی
۶۷	۱-۱-۵ فشار روانی (استرس) و اضطراب
۶۸	۲-۱-۵ شیوع
۶۸	۳-۱-۵ علایم اضطراب
۶۹	۲-۵ سهم علوم روان‌شناختی
۷۰	۱-۲-۵ دیدگاه رفتارگرایی (یادگیری)
۷۰	۲-۲-۵ دیدگاه زیستی
۷۰	۳-۲-۵ دیدگاه شناختی
۷۱	۴-۲-۵ اختلال هول (پانیک) - وحشتزدگی - و بازارهراسی (آگورافوبیا)
۷۵	۳-۵ اختلال وسواسی - جبری
۷۶	۱-۳-۵ شیوع
۷۷	۲-۳-۵ وسواس‌های عملی
۷۹	۳-۳-۵ شیوع
۸۰	۴-۳-۵ دوره یا سیر
۸۰	۵-۳-۵ عوامل زیستی
۸۰	۱-۴-۵ انتقال دهنده‌های عصبی (نوروترانسمیترها)
۸۱	۲-۴-۵ ایمنی‌شناسی عصبی (نورواپمنولوژی)
۸۱	۳-۴-۵ مطالعات انجام شده با تصویربرداری مغزی
۸۱	۵-۴-۵ وراثت‌شناسی

۸۱	۶-۵ عوامل رفتاری
۸۲	۷-۵ اختلال هراس
۸۲	۱-۷-۵ شناخت هراس
۸۴	۲-۷-۵ هراس اجتماعی (اختلال اضطراب اجتماعی)
۸۵	۳-۷-۵ همه گیر شناختی
۸۵	۴-۷-۵ شیوع
۸۶	۸-۵ اختلال فشار روانی پس آسیمی (یا اختلال فشار روانی پس از ضربه یا سانحه)
۸۶	۱۸-۵ اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان
۸۹	۲-۸-۵ شیوع
۸۹	۳-۸-۵ دوره یا سیر
۸۹	۴-۸-۵ عوامل روان پویشی
۹۰	۵-۸-۵ عوامل شناختی - رفتاری
۹۱	۹-۵ اختلال اضطراب فراگیر
۹۱	۱-۹-۵ شیوع
۹۲	۱۰-۵ اضطراب جدایی (SAD)
۹۲	۱-۱۰-۵ شیوع
۹۳	خلاصه
۹۴	مفاهیم کلیدی
۹۴	آزمون چهارگزینه‌ای
۹۵	آزمون تشریحی
۹۵	منابع
۹۵	منابع برای مطالعه بیشتر
۹۷	فصل ۶. اختلالات خلقی
۹۷	هدف کلی
۹۷	هدف‌های رفتاری
۹۷	۱-۶ خلق
۹۸	۲-۶ تاریخچه
۱۰۰	۳-۶ طبقه‌بندی اختلالات خلقی براساس DSM-IV-TR
۱۰۰	۱-۳-۶ افسردگی
۱۰۰	۲-۳-۶ مانیا (شیدایی)
۱۰۱	۳-۳-۶ افسرده‌خویی و خلق ادواری
۱۰۱	۴-۳-۶ سایر طبقات
۱۰۲	۵-۳-۶ میزان بروز و شیوع
۱۰۲	۶-۳-۶ جنس
۱۰۲	۴-۶ شکل‌گیری افسردگی در جریان رشد
۱۰۳	۱-۴-۶ افسردگی‌های دوره اول کودکی

۱۰۳	۶-۲ سبب‌شناسی
۱۰۸	۶-۵ نظریه‌ها مربوط به افسردگی
۱۰۸	۶-۵-۱ نظریه شناختی
۱۰۸	۶-۵-۲ نظریه درماندگی آموخته‌شده
۱۱۰	۶-۵-۳ ارائه افسردگی از نظر سایر نظریه‌ها با رویکرد شناختی:
۱۱۲	خلاصه
۱۱۳	مفاهیم کلیدی
۱۱۳	آزمون چهارگزینه‌ای
۱۱۴	آزمون تشریحی
۱۱۴	منابع
۱۱۵	منابع برای مطالعه بیشتر
۱۱۷	فصل ۷. اختلالات تغذیه
۱۱۷	هدف کلی
۱۱۷	هدف‌های رفتاری
۱۱۹	۷-۱ تاریخچه
۱۲۰	۷-۲ طبقه‌بندی اختلال‌های تغذیه و خوردن
۱۲۰	۷-۳ طبقه‌بندی اختلال‌های تغذیه‌ای براساس DSM-IV-TR
۱۲۰	۷-۴ اختلال تغذیه و خوردن دوره شیرخوارگی یا اوایل کودکی
۱۲۲	۷-۴-۱ هرزه‌خواری
۱۲۶	۷-۴-۲ اختلال نشخوار
۱۳۰	۷-۴-۳ اختلال تغذیه‌ای شیرخوارگی یا اوایل کودکی
۱۳۴	۷-۵ اختلال‌های خوردن
۱۳۵	۷-۵-۱ بی‌اشتهایی روانی
۱۴۲	۷-۵-۲ اختلال پرخوری
۱۴۸	۷-۵ اختلال خوردن نامعین یا اختلال خوردن که به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده است.
۱۴۹	خلاصه
۱۵۱	مفاهیم کلیدی
۱۵۱	آزمون چهارگزینه‌ای
۱۵۲	آزمون تشریحی
۱۵۳	منابع
۱۵۴	منابع برای مطالعه بیشتر
۱۵۵	فصل ۸. اختلالات خواب
۱۵۵	هدف کلی
۱۵۵	هدف‌های یادگیری
۱۵۵	۸-۱ ریتم‌های زیست‌شناختی و خواب

۱۵۷	۱-۱-۸ مراحل خواب چیست؟
۱۵۸	۲-۱-۸ اثرات فیزیولوژیک خواب
۱۵۸	۳-۱-۸ نظم خواب
۱۵۹	۴-۱-۸ اعمال خواب
۱۵۹	۵-۱-۸ محرومیت از خواب
۱۵۹	۶-۱-۸ احتیاج به خواب
۱۵۹	۷-۱-۸ انواع اختلالات خواب
۱۶۰	۸-۱-۸ محرومیت از خواب
۱۶۰	۹-۱-۸ بی‌خوابی
۱۶۱	۱۰-۱-۸ حمله خواب و وقفه تنفسی
۱۶۳	۱۱-۱-۸ ویژگی‌های خاص وابسته به سن و جنسیت
۱۶۴	۱۲-۱-۸ شیوع
۱۶۴	۱۳-۱-۸ تشخیص افتراقی
۱۶۴	۱۴-۱-۸ تمایز خواب بزرگسال و کودک
۱۶۵	۲-۸ تقسیم و هله‌های خواب
۱۶۵	۳-۸ تغییر معنای خواب
۱۶۷	۴-۸ بی‌خوابی‌های نخستین
۱۶۷	۴-۸ بی‌خوابی‌های دوره اول زندگی
۱۶۷	۴-۸ بررسی بالینی بی‌خوابی‌های زودرس
۱۶۷	۵-۸ خواب و رویا
۱۶۸	۶-۸ مراحل خواب
۱۷۰	۷-۸ عادات کمک‌کننده به درمان اختلالات خواب کودکان
۱۷۲	خلاصه
۱۷۲	مفاهیم کلیدی
۱۷۳	آزمون چهارگزینه‌ای
۱۷۳	آزمون تشریحی
۱۷۴	منابع
۱۷۴	منابع برای مطالعه بیشتر
۱۷۵	فصل ۹. نارسایی‌های یادگیری
۱۷۵	هدف کلی
۱۷۵	هدف‌های رفتاری
۱۷۶	۱-۹ نارسایی‌های یادگیری
۱۸۱	۲-۹ نارسایی خواندن
۱۸۲	۲-۹ ویژگی‌های تشخیصی
۱۸۳	۲-۹ ملاک‌های تشخیصی نارسایی خواندن براساس (TR-IV-DSM)
۱۸۳	۳-۹ یک نمونه از فرد مبتلا به نارسایی ویژه خواندن

۱۸۳	۴-۲-۹ میزان شیوع
۱۸۵	۳-۹ اختلال بیان نوشتاری
۱۸۵	۱-۳-۹ ویژگی‌های تشخیصی
۱۸۶	۲-۳-۹ یک مورد از فرد مبتلا به نارسایی بیان نوشتاری
۱۸۶	۳-۳-۹ ملاک‌های تشخیصی نارسایی در بیان نوشتاری براساس (DSM-IV-TR)
۱۸۶	۴-۳-۹ شیوع
۱۸۷	۵-۳-۹ سبب‌شناسی نارسایی‌های یادگیری خواندن و بیان نوشتاری
۱۸۷	۶-۳-۹ عوامل ژنتیک
۱۸۸	۷-۳-۹ عوامل شناختی
۱۸۹	۸-۳-۹ نابهنجاری‌های مغزی
۱۹۰	۴-۳-۹ نارسایی ویژه در یادگیری ریاضی (نارسایی در محاسبه)
۱۹۰	۱-۴-۹ ویژگی‌های تشخیصی
۱۹۱	۲-۴-۹ ملاک‌های تشخیصی نارسایی ویژه ریاضی براساس (DSM-IV-TR)
۱۹۲	۳-۴-۹ میزان شیوع
۱۹۲	۴-۴-۹ یک مورد مبتلا به نارسایی ویژه ریاضی
۱۹۲	۵-۴-۹ سبب‌شناسی نارسایی ویژه ریاضی
۱۹۴	۵-۴-۹ نارسایی زبان بیانی
۱۹۴	۱-۵-۹ ملاک‌های تشخیصی نارسایی در زبان بیانی براساس (DSM-IV-TR)
۱۹۵	۲-۵-۹ میزان شیوع
۱۹۵	۳-۵-۹ یک نمونه از افراد مبتلا به نارسایی زبان بیانی
۱۹۶	۴-۵-۹ ویژگی‌های تشخیصی
۱۹۶	۶-۴-۹ نارسایی آواشناختی (واج‌شناسی)
۱۹۷	۱-۶-۹ ویژگی‌های تشخیصی
۱۹۷	۲-۶-۹ ملاک‌های تشخیصی نارسایی آواشناختی براساس (TR_IV_DSM)
۱۹۸	۳-۶-۹ میزان شیوع
۱۹۸	۴-۶-۹ یک نمونه از افراد مبتلا به نارسایی آواشناختی
۱۹۹	۷-۴-۹ نارسایی لکنت زبان
۱۹۹	۱-۷-۹ ویژگی‌های تشخیصی
۲۰۰	۲-۷-۹ ملاک‌های تشخیصی نارسایی لکنت زبان براساس (TR_IV_DSM)
۲۰۰	۳-۷-۹ شیوع
۲۰۱	۴-۷-۹ یک نمونه از افراد مبتلا به نارسایی لکنت زبان
۲۰۲	۸-۴-۹ سبب‌شناسی نارسایی‌های ارتباطی
۲۰۳	۱-۸-۹ درمان نارسایی‌های یادگیری
۲۰۷	خلاصه
۲۰۷	مفاهیم کلیدی
۲۰۸	آزمون چهارگزینه‌ای

۲۰۹	آزمون تشریحی
۲۰۹	منابع

فصل ۱۰. نارسایی های ذهنی

۲۱۳	هدف کلی
۲۱۳	هدف های یادگیری
۲۱۴	۱۰-۱ نارسایی های ذهنی
۲۱۵	۱۰-۱-۱ ویژگی های تشخیصی نارسایی های ذهنی
۲۱۶	۱۰-۲ معیار تشخیصی برای نارسایی ذهنی براساس TR-IV-DSM
۲۱۸	۱۰-۳ رویکردهای جدید در تعریف نارسایی ذهنی
۲۱۹	۱۰-۴ شیوع نارسایی های ذهنی
۲۲۰	۱۰-۵ سبب شناسی نارسایی های ذهنی
۲۲۱	۱۰-۵-۱ دلایل زیست شناختی
۲۲۴	۱۰-۵-۲ اختلالات سوخت و سازی
۲۲۵	۱۰-۵-۳ جدول ۳ خوراکی های دارای مقدار کم یا زیاد از فنیل آلانین
۲۲۶	۱۰-۵-۴ علل پیش از زایمان
۲۲۹	۱۰-۵-۵ علل پس از زایمان (عوامل محیطی)
۲۳۲	۱۰-۶ مداخله های درمانی نارسایی های ذهنی
۲۳۲	۱۰-۶-۱ اقدام های پیشگیرانه
۲۳۵	۱۰-۶-۲ نمونه ای از یک فرد مبتلا به نارسایی ذهنی
۲۳۶	خلاصه
۲۳۷	مفاهیم کلیدی
۲۳۷	آزمون چهارگزینه ای
۲۳۸	آزمون تشریحی
۲۳۸	منابع

فصل ۱۱. اختلال های دفع

۲۴۱	هدف کلی
۲۴۱	هدف های رفتاری
۲۴۲	۱۱-۱ اختلال های دفع
۲۴۲	۱۱-۲ بی اختیاری ادرار
۲۴۳	۱۱-۲-۱ ویژگی های تشخیصی بی اختیاری ادراری
۲۴۳	۱۱-۲-۲ جدول شماره ۱ ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR برای بی اختیاری ادرار
۲۴۴	۱۱-۲-۳ میزان شیوع بی اختیاری ادرار
۲۴۵	۱۱-۲-۴ سبب شناسی بی اختیاری ادراری
۲۴۷	۱۱-۳ بی اختیاری دفع
۲۴۷	۱۱-۳-۱ ویژگی های تشخیصی بی اختیاری مدفوع

۲۴۸	۲-۳-۱۱ جدول شماره ۲ ویژگی‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای بی‌اختیاری دفع
۲۴۸	۳-۳-۱۱ میزان شیوع اختلال بی‌اختیاری دفع
۲۴۹	۴-۳-۱۱ سبب‌شناسی بی‌اختیاری دفع
۲۵۰	۵-۳-۱۱ یک نمونه از فردی مبتلا به بی‌اختیاری دفع
۲۵۰	۶-۳-۱۱ مداخله‌های درمانی اختلالات دفع
۲۵۱	۴-۱۱ درمان‌های روان‌شناختی
۲۵۲	خلاصه
۲۵۳	مفاهیم کلیدی
۲۵۳	آزمون چهارگزینه‌ای
۲۵۴	آزمون تشریحی
۲۵۴	منابع
۲۵۵	منابع برای مطالعه بیشتر
۲۵۷	فصل ۱۲. اختلالات فراگیر مربوط به رشد
۲۵۷	هدف کلی
۲۵۷	هدف‌های رفتاری
۲۶۰	۱-۱۲ اختلال فراگیر مربوط به رشد
۲۶۱	۱-۱-۱۲ اختلال درخودماندگی کودکی یا اتیسم
۲۶۲	۲-۱-۱۲ تاریخچه و شیوع درخودماندگی
۲۶۳	۳-۱-۱۲ شیوع
۲۶۴	۴-۱-۱۲ نشانه‌شناسی درخودماندگی
۲۶۴	۵-۱-۱۲ مشخصات اصلی و ملاک‌های تشخیص
۲۶۶	۶-۱-۱۲ ویژگی‌های شناختی کودکان اتیستیک
۲۶۷	۷-۱-۱۲ ملاک‌های تشخیصی اختلال اتیستیک
۲۶۹	۸-۱-۱۲ تشخیص افتراقی
۲۷۰	۹-۱-۱۲ سبب‌شناسی درخودماندگی
۲۷۳	۱۰-۱-۱۲ سیر و پیش‌آگهی درخودماندگی
۲۷۴	۱۱-۱-۱۲ درمان درخودماندگی
۲۷۵	۱۲-۱-۱۲ درمان‌های رفتاری و آموزشی
۲۷۶	۱۳-۱-۱۲ مداخلات مربوط به والدین
۲۷۶	۱۴-۱-۱۲ درمان شیمیایی - دارویی
۲۷۷	۱۵-۱-۱۲ درمان‌های مکمل
۲۷۹	۲-۱۲ اختلال رت
۲۷۹	۱-۲-۱۲ تعریف و شیوع
۲۷۹	۲-۲-۱۲ نشانه‌شناسی اختلال رت
۲۸۰	۳-۲-۱۲ توصیف اختلال رت و ملاک‌های تشخیصی
۲۸۰	۴-۲-۱۲ تشخیص افتراقی اختلال رت

۲۸۱	۵-۲-۱۲ سبب‌شناسی اختلال رت
۲۸۱	۶-۲-۱۲ سیر و پیش‌آگهی اختلال رت
۲۸۲	۷-۲-۱۲ درمان اختلال رت
۲۸۲	۳-۱۲ اختلال از هم‌پاشیدگی دوران کودکی
۲۸۲	۱-۳-۱۲ تعریف و همه‌گیرشناسی
۲۸۳	۲-۳-۱۲ شیوع
۲۸۳	۳-۳-۱۲ نشانه‌شناسی اختلال از هم‌پاشیدگی دوره کودکی
۲۸۳	۴-۳-۱۲ توصیف و ملاک‌های تشخیصی اختلال از هم‌پاشیدگی دوره کودکی
۲۸۴	۵-۳-۱۲ تشخیص افتراقی
۲۸۵	۶-۳-۱۲ سبب‌شناسی اختلال از هم‌پاشیدگی دوران کودکی
۲۸۵	۷-۳-۱۲ سیر و پیش‌آگهی اختلال از هم‌پاشیدگی دوران کودکی
۲۸۶	۸-۳-۱۲ درمان اختلال از هم‌پاشیدگی دوران کودکی
۲۸۶	۴-۱۲ اختلال آسپرگر
۲۸۶	۱-۴-۱۲ تعریف و همه‌گیرشناسی: تعریف
۲۸۷	۲-۴-۱۲ شیوع
۲۸۷	۳-۴-۱۲ نشانه‌شناسی اختلال آسپرگر
۲۸۷	۴-۴-۱۲ توصیف اختلال آسپرگر و ملاک‌های تشخیصی
۲۸۹	۵-۴-۱۲ تشخیص افتراقی
۲۹۰	۶-۴-۱۲ سبب‌شناسی اختلال آسپرگر
۲۹۰	۷-۴-۱۲ سیر و پیش‌آگهی اختلال آسپرگر
۲۹۰	۸-۴-۱۲ راهبردهای درمانی اختلال آسپرگر
۲۹۲	۵-۱۲ اختلال فراگیر رشد نامعین
۲۹۲	۱-۵-۱۲ درمان اختلال فراگیر رشد نامعین
۲۹۳	خلاصه
۲۹۴	مفاهیم کلیدی
۲۹۵	آزمون چهارگزینه‌ای
۲۹۶	آزمون تشریحی
۲۹۶	پرسشی برای تفکر
۲۹۷	منابع
۲۹۸	منابع برای مطالعه بیشتر
۲۹۹	فصل ۱۳. اختلالات کمبود توجه و رفتار مخرب
۲۹۹	هدف کلی
۲۹۹	هدف‌های رفتاری
۳۰۱	۱-۱۳ اختلالات کم‌توجهی
۳۰۲	۱-۱-۱۳ اختلال کم‌توجهی / بیش‌فعالی
۳۰۲	۲-۱-۱۳ تعریف و همه‌گیرشناسی

۳۰۲	۳-۱-۱۳ شیوع
۳۰۳	۴-۱-۱۳ نشانه شناسی
۳۰۴	۵-۱-۱۳ نشانه های اصلی
۳۰۵	۶-۱-۱۳ ملاک های تشخیصی
۳۰۷	۷-۱-۱۳ تشخیص افتراقی
۳۰۸	۲-۱۳ سبب شناسی اختلال کم توجهی / بیش فعالی
۳۰۹	۱-۲-۱۳ عوامل ژنتیکی
۳۰۹	۲-۲-۱۳ عوامل عصبی
۳۱۰	۳-۲-۱۳ عوامل شناختی
۳۱۰	۴-۲-۱۳ عوامل محیطی
۳۱۲	۳-۱۳ سیر و پیش آگهی اختلال کم توجهی / بیش فعالی
۳۱۳	۴-۱۳ درمان اختلال کم توجهی / بیش فعالی
۳۱۳	۱-۴-۱۳ درمان دارویی
۳۱۴	۲-۴-۱۳ درمان شناختی - رفتاری
۳۱۵	۳-۴-۱۳ درمان تغذیه ای
۳۱۵	۴-۴-۱۳ درمان چندالگوی
۳۱۶	۵-۱۳ اختلال کم توجهی / بیش فعالی نامعین
۳۱۶	۱-۵-۱۳ ملاک های تشخیصی
۳۱۶	۶-۱۳ اختلالات رفتار ایذایی
۳۱۷	۷-۱۳ اختلال سلوک
۳۱۸	۱-۷-۱۳ تعریف و همه گیر شناسی
۳۱۸	۲-۷-۱۳ شیوع
۳۱۹	۳-۷-۱۳ نشانه شناسی
۳۱۹	۴-۷-۱۳ ملاک های تشخیصی
۳۱۹	۵-۷-۱۳ پر خاشگری نسبت به انسان ها و حیوانات
۳۲۱	۶-۷-۱۳ تشخیص افتراقی
۳۲۲	۷-۷-۱۳ سبب شناسی اختلال سلوک
۳۲۵	۸-۷-۱۳ سیر و پیش آگهی اختلال سلوک
۳۲۶	۹-۷-۱۳ درمان اختلال سلوک
۳۲۷	۸-۱۳ اختلال نافرمانی مقابله جویانه
۳۲۷	۱-۸-۱۳ تعریف و همه گیر شناسی
۳۲۸	۲-۸-۱۳ نشانه شناسی اختلال نافرمانی مقابله جویانه
۳۲۸	۳-۸-۱۳ توصیف و ملاک های تشخیصی
۳۳۰	۴-۸-۱۳ تشخیص افتراقی
۳۳۱	۵-۸-۱۳ سبب شناسی اختلال نافرمانی مقابله جویانه
۳۳۳	۶-۸-۱۳ سیر و پیش آگهی نافرمانی مقابله جویانه

۳۳۳	۷-۸-۱۳ درمان اختلال نافرمانی مقابله جویانه
۳۳۴	۹-۱۳ اختلال رفتار ایزدایی نامعین
۳۳۴	۱-۹-۱۳ ملاک‌های تشخیصی
۳۳۴	خلاصه
۳۳۶	مفاهیم کلیدی
۳۳۶	آزمون چهارگزینه‌ای
۳۳۸	آزمون تشریحی
۳۳۹	منابع
۳۴۰	منابع برای مطالعه بیشتر

پیشگفتار

دانشجویان و علاقه‌مندان گرامی به کتاب‌های روان‌شناسی مرضی کودک هدف یادگیری این کتاب عنوان شده‌اند که به واسطه این کتاب با مطالب مهم این مبحث آشنا می‌شوند. این شاخه مطالعاتی چند دهه است که در اکثر مجامع علمی مطرح و مقالات بسیاری نوشته و کتاب‌ها و سمینارهای فراوانی عنوان شده است. این شاخه مطالعاتی از جهات متعددی توسعه یافته. برای همین سعی شده ۱۳ عنوان گزیده و اطلاعات پایه‌ای را مطرح کند. چهار نفر از اساتید پیام نور تصمیم گرفتند تا از دیدگاه مطالعاتی خود با حفظ هماهنگی و طرح محتوایی در نوشتار، این کتاب را بنویسند. با توجه به تنوع عنوان‌بندی و برخی سلیقه‌های این اساتید دانشجویان با روش‌های متفاوت در طرح موضوع در فصل‌های مربوط به اساتید آشنا می‌شوند. امیدواریم از این تنوع استفاده مفید شود و دانشجویان محترم و همکاران گرامی و سایر علاقه‌مندان احساس خوبی داشته باشند. هم‌چنین خرسند خواهیم شد که با پیشنهادات خود و یا اساتید محترم‌شان ما را بهره‌مند سازند.

مؤلفین

دکتر حمید کمرزین، دکتر انسیه بابایی

دکتر مهناز علی اکبری، دکتر محمد اورکی

فصل ۱

تاریخچه و الگوهای روان‌شناسی مرضی کودک

هدف کلی

آشنایی با تاریخچه و الگوهای روان‌شناسی مرضی کودک

هدف‌های رفتاری

با خواندن این فصل دانشجو باید بتواند:

۱. تاریخچه مرضی کودک را توضیح دهد.
۲. مفاهیم بهنجاری و نابهنجاری در آسیب‌شناسی مرضی کودک را شرح دهد.
۳. طبقه‌بندی‌های تشخیصی براساس الگوهای زیست‌شناختی و روان‌شناختی را بگوید.

۱-۱ مرور تاریخی بر تاریخچه مرضی کودک

در یونان باستان توانایی‌های فیزیکی و ذهنی اعتبار بسیار بالایی داشت. فلاسفه و سیستم آموزشی کودکانی را پرورش می‌دادند که بتوانند در تکامل و موقعیت‌های شغلی آینده خود آمادگی لازمه را کسب نمایند اگرچه که بیشتر این آموزش‌ها متوجه پسران بوده و دختران نقش‌های محدود خانوادگی مانند مراقبت از بچه‌ها، خانه و خانواده را به‌عهده داشته‌اند.

کودکانی که دارای معلولیت‌های ذهنی یا جسمی بودند از طرف جامعه مورد بی‌توجهی، آزار و اذیت قرار می‌گرفتند. تعداد کمی از این کودکان کشته یا از جامعه

طرد می‌شدند تا به تدریج از بین بروند. در هندوستان کودکان باهوش‌تر، شعر، ورزش و نمایش آموزش می‌دیدند؛ درحالی‌که کودکان فقیر، خشونت را آموزش می‌دیدند. و در نهایت تصمیم گرفته می‌شد که این کودکان به‌عنوان برده فروخته شوند و از جامعه اخراج شده و یا کشته شوند. به تدریج طی قرون وسطی در اروپا، اهمیت آموزش رسمی به مفهوم رشد، برای اغلب کودکان مورد توجه بیشتری قرار گرفت. با توجه به شعارهای این دوران، خبری از بازی‌ها و کتاب‌های کودکانه نبود. و کودکان را هم‌چون بزرگسالان لباس پوشانده و از آن‌ها انتظار داشتند که مانند آن‌ها رفتار کنند. برخی از کودکان برای بردگی فروخته می‌شدند و گاه به اجبار والدین جهت کار و درآمدزایی و دادن بدهی‌های خانوادگی به کار گماشته می‌شدند. در خانواده‌های فقیرتر، کودکان در سنین پایین‌تر جهت کار فرستاده می‌شدند که حتی تا ۱۳ ساعت در روز بود و گاه به اجبار نیز قبل از سن بلوغ به ازدواج وادار می‌شدند. کودکان زیادی به‌خاطر سوءتغذیه، کار زیاد و بیماری‌های واگیر می‌مردند و کودکانی که غیرقانونی متولد می‌شدند و یا ناخواسته بودند نیز کشته می‌شدند. با آغاز رنسانس دوره‌ای جدید در تاریخچه مرضی کودکان ایجاد شد. در این دوره حساسیت مثبت نسبت به حقوق کودکان ایجاد شد اما همچنان کودکان کم‌توان ذهنی مورد غفلت، آزار و اذیت قرار گرفته و می‌پنداشتند که این‌گونه بچه‌ها نتیجه نیروهای شیطانی و یا جن‌زدگی هستند.

در سال ۱۵۴۵ توماس فیر^۱ اولین کتاب خود را در زمینه مشکلات روان‌پزشکی کودکان نوشت و مواردی هم‌چون وحشت شبانه در کودکان، نکوهش در باب کودک‌کشی، پذیرش کودکان بی‌سرپرست در کلیساها و یتیم‌خانه‌ها در این کتاب مطرح گردید.

اواخر سال ۱۶۰۰، رفتار محبت‌آمیز نسبت به کودکان افزایش یافت و به تدریج به دنبال آن در جامعه آمریکایی توجه به آموزش کودکان افزایش یافت. ولی تبیبه، کار اجباری، زندانی کردن کودکان و حتی کشتن آنان در صورتی‌که تمایل به مهاجرت به آمریکا را نداشتند، وجود داشت. در سال ۱۶۵۴ برای کودکان خودسر و لجباز قانونی تصویب شد که والدین را مختار می‌ساخت که فرزندان بیمار خود را نپذیرفته و گاه از بین ببرند. در سال ۱۷۰۰ شرایط برای کودکان بهتر شد ولی با این حال تبیبه و فشار

کاری شدید همچنان برقرار بود. کودکان ۱۳-۹ ساله مجبور بودند تا ۴۸ ساعت در هفته کار طاقت‌فرسا انجام دهند و ۱۸-۱۳ ساله‌ها تا ۶۸ ساعت کار در هفته و همزمان گاهی اوقات برای تحریک هوشی و فیزیکی این کودکان از اسباب‌بازی‌ها و تصاویر استفاده می‌شد. در سال ۱۸۰۰ بنیامین راش^۱ پیرامون بیماری و درمان‌های اخلاقی در ارتباط با کودکان مطالعاتی انجام داد که به‌صورت کتاب منتشر شد. تلاش وی باعث شد که ۳۰ بیمارستان برای بیماران روانی در اروپا تأسیس شود.

استانلی هال از آمریکا رشد عاطفی و جسمی کودکان را مورد مطالعه قرار داد، و برای دستیابی به اطلاعات خود در این زمینه پرسش‌نامه‌هایی را در اختیار معلمین، والدین و دانش‌آموزان قرار داد. او اولین فردی بود که مطالعات رشدی کودکان را انجام داد و نوجوانی را به‌عنوان مرحله‌ای مجزا از کودکی مطرح نمود و کتابی پیرامون نوجوانی و آموزش و پرورش نوشت. در سال ۱۸۰۰، آلفرد بینه^۲ آزمونی برای سنجش کودکان غیرعادی تهیه کرد و این آزمون در سال ۱۹۱۶ توسط لوئیس ترمن^۳ اصلاح شد. اولین درمانگاه روان‌شناسی جهت درمان لکنت زبان و اختلالات یادگیری توسط ویتمر^۴ در سال ۱۸۹۶، در پنسیلوانیا تأسیس شد. هم‌چنین ویلیام هیلی^۵ در سال ۱۹۰۹، مؤسسه درمانی آسیب‌شناسی روانی را برای استفاده کودکان و نوجوانان تأسیس کرد که به درمان و پیشگیری بزهکاری نیز می‌پرداخت.

به‌تدریج شروع مطالعات طولانی مدت بر روی رشد عاطفی، هوشی و جسمی کودکان از حدود سال‌های ۱۹۲۰ آغاز شد. آدولف مایر^۶ (۱۹۲۲) بر این عقیده بود که روان‌پزشکان در مدارس باید به همراه معلمان به پیشگیری و درمان بپردازند. در سال ۱۹۳۲ در آمریکا، حدود ۲۰۰ درمانگاه به کار خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی کودکان مشغول بودند و به‌تدریج دانشگاه‌ها و مؤسسات نیز به مطالعات دانشگاهی پیرامون کودکان و نوجوانان و درمان‌های روان‌شناختی ترغیب شدند. در این رابطه ادوارد سکواين^۷ اولین فردی بود که به مطالعه کودکان عقب‌مانده و روش‌های آموزشی برای

1. Benjamin Rush
2. Alfred Binet
3. Luis Troman
4. Witmer
5. William Healy
6. Adolph Meyer
7. Edouard Sequin

این کودکان پرداخت که به نوبه خود کمک شایانی به آموزش و پرورش نمود. در سال ۱۹۷۵ آموزش عمومی برای کودکان اجباری شد.

در سال ۱۹۳۸، برطبق قانون دستمزد و کار، کارفرمایان اجازه نداشتند که از کودکان زیر ۱۶ سال برای کارهای مشقت‌آور استفاده نمایند. به تدریج در دهه اول قرن بیستم دیده می‌شود که مطالعات درمانی کودکان افزایش یافته که این مطالعات به بررسی مشکلات تحصیلی، ناتوانی اجتماعی، اختلال رفتاری و بهداشت روانی می‌پرداخته است. (به نقل از سادوک ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷)

۲-۱ مفاهیم بهنجاری و نابهنجاری در آسیب‌شناسی مرضی کودک

مفهوم بهنجاری را می‌توان در سه دیدگاه خلاصه نمود که مجموع این سه دیدگاه تعریف دقیق‌تری را از مفهوم بهنجاری ارائه می‌دهد.

۱-۲-۱ بهنجاری به منزله سلامت: این دیدگاه نخستین دیدگاه مطرح و رویکردی سنتی می‌باشد و معنای آن نبودن بیماری است.

۲-۲-۱ بهنجاری به منزله کمال مطلوب: به معنی ترکیب هماهنگ و مطلوبی از اجزای گوناگون دستگاه روانی تلقی می‌شود که هدف موفقیت‌آمیز بودن ملاک‌ها، نبودن تمامی بیماری‌هاست.

۳-۲-۱ بهنجاری به منزله فرآیند رفتار: در این دیدگاه بهنجاری نتیجه نهایی سیستم‌های متعامل است. به عبارتی یعنی بهنجاری باید متناسب با تغییرات زمانی و مراحل رشدی تعریف شده و در نظر گرفته شود. (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷)

آسیب‌شناسی روانی کودکان به جهت وجود مسئله رشد و تکامل از حساسیت و اهمیت خاصی برخوردار است، لذا موارد زیر در تشخیص بهنجاری کودک مدنظر قرار می‌گیرد. (دادستان، ۱۳۸۷)

- بازشناسی نشانه‌های مرضی.
- موقعیت‌شناسی نشانه مرضی در پهنه ساخت (ساختار).
- ارزشیابی در چهارچوب تحول (رشد کودک تا بزرگسالی. م.).
- ساخت در رابطه با محیط.

علاوه بر سه دیدگاه فوق می‌توان بهنجاری را با توجه به ۵ دیدگاه کم‌وبیش مشابه با سه دیدگاه بالا نیز تفکیک نمود:

- دیدگاه مرضی، که به وجود یا عدم وجود علائم بیماری تأکید دارد.
- دیدگاه آماری، اهمیت میانگین و شیوع علائم بیشتر عنوان شده است.
- دیدگاه فرهنگی، که متناسب با فرهنگ‌ها بر ملاک‌های فرهنگی در تعیین هنجار یا نابهنجار تأکید دارد.
- دیدگاه آرمان‌نگر با تعیین الگوی بهنجاری، که به باید‌ها و ارزش‌های ایده‌آلی هر جامعه توجه دارد.
- بهنجاری به‌منزله سازش با توقعات خود و جهان بیرون. (دادستان، ۱۳۸۷)

در جریان بهنجاری و نابهنجاری دو دیدگاه زیستی و روان‌شناختی مؤثر بوده‌اند. دیدگاه زیستی که با کشف آنتی‌بیوتیک و درمان بیماری‌های عفونی فرق بهنجاری و نابهنجاری را مشخص ساخت. دیدگاه روان‌شناختی که با بهره‌مندی از مکاتب رفتارگرایی و روانکاوی و... تأثیر محیط را در رفتار بهنجار و نابهنجار برجسته ساخت. باید به این نکات توجه داشت که: ۱. عوامل نابهنجاری در افراد متفاوتند و گاه قابل مقایسه نیستند. ۲. باید در افرادی با ویژگی‌های نابهنجاری به نکات مثبت و شایستگی‌هایشان توجه نمود. ۳. بسیاری از نابهنجاری‌ها در جریان رشد کودک به‌وقوع می‌پیوندد یعنی طی رشد و با یادگیری از محیط اطراف خود. ۴. اختلالات مشابه گاه به‌صورت متفاوتی علائم خود را نشان می‌دهند. ۵. از برجسته زدن پرهیز نموده و به‌جای مثلاً کودک عقب‌مانده، بگوییم کودکی که مبتلا به عقب‌ماندگی است. ۶. به‌دلیل وابستگی‌های کودک، برای بررسی مشکل و مشکلات وی علائم وی را با توجه به ویژگی‌ها و تأثیر اطرافیان بررسی شود و اکتفا به آنچه کودک می‌گوید نکنید (مش، اریک جی. و ولف، ای ۲۰۰۸، مترجمان مکی‌آبادی و عدل ۱۳۸۹)

۳-۱ طبقه‌بندی تشخیصی اختلال‌های روانی کودکان

اختلال‌های روانی کودکان با توجه به نظریه‌های مختلف به صورت‌های گوناگون طبقه‌بندی شده است. اما در مجموع می‌توان عمده طبقه‌بندی‌ها را در دو طیف طبقه‌بندی نمود.