

به نام خدا

مقدمه مؤلف

کتاب پیش رو برای کنکور ارشد و دکتری روانشناسی تدوین شده است، در این کتاب سعی شده است نظریه‌های روانشناسی رشد به زبان ساده بیان گردد تا درک مباحث برای دانشجویان گرامی راحت‌تر گردد. در تدوین این کتاب از منابع اصلی درس بویژه کتاب‌های پاپالیا، کرین، لورابراگ و منصور و دادستان استفاده شده است، ولی باید توجه داشت که این کتاب دارای تشخص مجزا می‌باشد و بیان ساده موضوعات، بیان ارتباط منطقی موضوعات و نحوه ورود به مباحث باعث تشخص مجزای این کتاب می‌گردد.

در کتاب‌های روانشناسی رشد دو رویکرد موضوعی و زمانی وجود دارد. کتاب‌های پاپالیا و لورابراگ براساس الگوی زمانی می‌باشند و کتاب کرین و دادستان براساس الگوی موضوعی می‌باشند. در کتاب‌هایی که الگوی زمانی دارند نظیر پاپالیا و لورابراگ چون مطالب براساس دوره‌های مختلف زندگی (نوباوگی، اوایل کودکی، اواسط کودکی، نوجوانی، جوانی، میانسالی و پیری) تدوین شده است، نظریه‌ها به صورت یکپارچه در یک بخش کتاب توضیح داده نشده‌اند و نظریه‌ها براساس الگوی زمانی چند پاره شده‌اند که رسیدن به درک یکپارچه را دشوار می‌نماید. برای تسهیل یادگیری نظریه‌ها در این کتاب به مانند کتاب‌های کرین و دادستان از الگوی موضوعی استفاده شده است و با الهام از کتاب کرین سعی شده است که نظریه‌ها به ساده‌ترین شکل ممکن بیان گردند.

در سال‌های اخیر به ترتیب کتاب‌های پاپالیا، کرین و لورابراگ مورد توجه طراحان کنکور ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. با توجه به چند منعی بودن سوالات و حجیم بودن مجموعه این منابع (مجموع این منابع بیش از ۲۵۰۰ صفحه می‌باشد)، احساس نیاز به مطالعه منابع کم حجم‌تر که به دلیل استفاده از منابع اصلی پوشش‌دهی بالایی داشته باشد، احساس می‌شود، ولی متأسفانه اکثر کتاب‌های کنکوری کیفیت، یکپارچگی و یکدستی لازم را ندارند و از چیدن مطالب کتاب‌های مختلف با ادبیات‌های متفاوت و درجه دشواری متفاوت کنار هم بوجود آمده‌اند، که عملاً مطالعه و یادگیری را برای داوطلبان کنکور بسیار دشوار می‌نماید. در این کتاب تلاش شده است که مطالب به صورت یکپارچه و ساده ارائه گردد و با وجود استفاده از منابع اصلی، این کتاب ادبیات و شخصیت مجزای خود را دارد. در این کتاب نویسنده سعی کرده فهم خود از این نظریات را با بیانی یکپارچه و نظام‌دار بیان نماید و لذا مطالب کتاب ادبیات یکدستی دارند. یکی از ویژگی‌های این کتاب این است که تمام مراحل رشد و مطالب کلیدی که نیاز به مرور زیادتری دارند، در جدول خلاصه و جمع‌بندی شده‌اند و لذا مطالب جداول با دقت مضاعف باید مطالعه گردد.

سابقه بیست سال تدریس در مقاطع مختلف نویسنده را به این باور رسانده است که بالاترین هنر یک معلم بیان ساده مطالب برای تسهیل یادگیری می‌باشد. نویسنده کتاب صرف وقت و انرژی زیاد برای رسیدن

به این بیان ساده را بسیار ارزشمند می‌داند، چرا که باعث صرفه‌جویی زمان برای هزاران مخاطب در طول سال‌های متوالی می‌گردد.

در این کتاب علاوه بر توضیح مباحث درس روانشناسی رشد به زبان ساده سوالات تالیفی، کنکور ارشد و کنکور دکتری با جواب تشریحی گنجانده شده‌اند تا آموخته‌های داوطلبان گرامی ارزیابی گردند و فرصتی مجدد برای مرور مباحث اصلی درس فراهم گردد. لازم به ذکر است با توجه به اینکه درس روانشناسی رشد جزء دروس مشترک برای ارشد و دکتری روانشناسی می‌باشد و سطح سوالات ارشد و دکتری روانشناسی در درس روانشناسی رشد یکسان می‌باشد، در این کتاب سوالات کنکور ارشد و دکتری گنجانده شده است. همچنین با توجه به تغییر منابع آزمون در این کتاب از آوردن سوالات خیلی قدیمی که منابع متفاوتی دارند و باعث اتلاف وقت و انرژی داوطلبان می‌گردد، خودداری شده است.

بر خود لازم می‌دانم که بیان کنم کتاب روانشناسی رشد هم به مانند سایر کتاب‌های انتشار یافته توسط گروه آموزشی دکتر پیری در راستای آموزش علمی مطالب با ساده‌ترین شکل ممکن تدوین شده است و هدف از نگارش این مجموعه از کتاب‌ها کمک به توسعه این مفاهیم با بیان ساده آنها می‌باشد و نگاهی فراتر از آمادگی برای کنکور در پس تدوین این کتاب‌ها نهفته است. به این امید که این اثر، گام کوچکی در راستای این هدف متعالی باشد. در همین راستا گروه آموزشی دکتر پیری اقدام به برگزاری کلاس‌های ارشد و دکتری روانشناسی هم می‌نماید تا در کنار آمادگی برای کنکور ارشد و دکتری روانشناسی، با بیان موضوعات به زبان ساده با صرف زمان کمتر یادگیری مفاهیم اصلی برای داوطلبان امکان پذیر گردد. برای ارتباط با گروه آموزشی دکتر پیری می‌توانید از طریق شماره‌های ۰۹۲۲۵۴۳۵۸۵ و ۰۹۲۰۲۵۴۳۵۸۵ اقدام نمایید.

در پایان بر خود لازم می‌دانم از دوست و همکار عزیزم جناب آقای صادق فارسیان تشکر کنم که بدون همراهی و همدلی ایشان آماده‌سازی این اثر در این زمان ممکن نمی‌شد.

مرتضی پیری

پاییز ۱۴۰۲

کانال ویژه دکتری روانشناسی <https://t.me/PhDpiri>

کانال ویژه ارشد روانشناسی <https://t.me/Drpiri>

اینستاگرام دکتر پیری [@haftchenar](https://www.instagram.com/haftchenar)

فهرست مطالب

۱	فصل اول. مقدمه.....
۱۱	فصل دوم. نظریه‌های رشدگرایی.....
۷۷	فصل سوم. نظریه‌های تکاملی.....
۱۰۷	فصل چهارم. فروید و پیروانش.....
۱۹۳	فصل پنجم. نظریه‌های یادگیری.....
۲۳۵	فصل ششم. نظریه‌های شناختی.....
۳۲۷	فصل هفتم. نظریه‌های بافتی.....
۳۴۷	فصل هشتم. مفاهیم.....
۳۹۷	فصل نهم. بیماری‌ها و اختلالات روانی.....
۴۲۱	منابع.....

در تاریخ روان‌شناسی رشد سه بحث بنیادی، موضع نظریه‌پردازان و محققان حوزه رشد را از هم متمایز کرده است. این سه بحث را می‌توان در سه سوال خلاصه کرد: ۱. آیا رشد محصول وراثت است یا محیط؟ ۲. آیا فرد در رشد فعال است یا منفعل؟ ۳. آیا فرایند یا مسیر رشد پیوسته (کمی و غیرمرحله‌ای) است یا ناپیوسته (کیفی و مرحله‌ای)؟ بعد از این مباحث، توضیح می‌دهیم که نظریه‌پردازان و محققان رشد، با چه روش‌ها و طرح‌های تحقیقی کار می‌کنند. البته بخش روش تحقیق مفصل نیست، و توضیح بیشتر در درس رشد نمی‌گنجد؛ بنابراین برای اطلاعات بیشتر به درس روش تحقیق رجوع کنید.

پیش‌فرض‌ها

در تاریخ روان‌شناسی رشد، نظریه‌پردازان بزرگی که در این کتاب با آنها آشنا خواهید شد، درباره سه بحث دامنه‌دار، موضع‌گیری کرده، و رویکرد خود را براساس آن توضیح داده‌اند. بحث اول این است که آیا عامل تعیین‌کننده رشد، وراثت (ژنتیک و طبیعت) است یا محیط (تربیت و فضای اجتماعی)؟ بیشتر صاحب‌نظران معتقدند تعامل این دو عامل، تعیین‌کننده است. هرچند در تبیین تعامل، تفاوت‌هایی هم هست؛ برای مثال فروید اثر محیطی را در این تعامل مهم‌تر می‌دانست. بحث دوم این است که آیا رشد از درون و فعالانه هدایت می‌شود یا از بیرون و منفعلانه؟ لاک براساس رویکرد مکانیستی می‌گفت الگوی رشد، واکنشی منفعلانه و پیش‌بینی‌پذیر به محرک‌های محیطی است؛ دیدگاهی که نظریه‌پردازان یادگیری پذیرفتند و بسط دادند. اما ژان ژاک روسو براساس رویکرد ارگانیسمی می‌گفت انسان‌ها موجوداتی فعال و عامل رشد خود (از درون) هستند. اگرچه محققان در این بحث نیز بر تعامل تأکید دارند، نگاه نظریه‌پردازان کمتر تعاملی است. در بحث سوم

سوال این است که فرایند رشد و تغییراتش، پیوسته (کمی و غیرمرحله‌ای) است یا ناپیوسته (کیفی و مرحله‌ای)؟ تأکید نظریه‌پردازان ارگانیک بر تغییرات ناپیوسته و کیفی است؛ یعنی رشد دارای مراحل است، و هر مرحله با مرحله دیگر تفاوت دارد. اما تأکید نظریه‌پردازان مکانیستی این است که رشد مرحله ندارد، بلکه تدریجی پیش می‌رود. بین این دو، رویکرد نیمه‌ارگانیک قرار می‌گیرد؛ در این رویکرد بر بنیان زیستی رفتار تأکید می‌شود، و محققانش در پی آن هستند که نشان دهند کدام رفتار، پیوسته یا ناپیوسته رشد می‌کند.

نظریه‌ها	عامل تعیین‌کننده		عامل هدایت‌کننده		فرایند رشد	
	وراثت	محیط	بیرونی	درونی	پیوسته	ناپیوسته
نظریه فروید						
نظریه اریکسون						
نظریه سنتی یادگیری						
نظریه یادگیری اجتماعی						
نظریه پیازه						
پردازش اطلاعات						
نظریه دلبستگی			؟	؟		
نظریه بران فن برنر						
نظریه ویگوتسکی						

* علامت سوال یعنی میان نظریه‌پردازان دلبستگی، اختلاف نظر وجود دارد.

روش تحقیق

نظریه‌پردازان بزرگ رشد با بکارگیری شیوه‌های مختلفی، اطلاعات را جمع‌آوری کرده‌اند: نظریه روانی-جنسی فروید و نظریه روانی-اجتماعی اریکسون با مشاهده بالینی؛ رفتارگرایی و یادگیری اجتماعی با روش‌های علمی (آزمایشی) دقیق؛ نظریه مراحل شناختی پیازه با مصاحبه‌های انعطاف‌پذیر و مشاهده دقیق؛ نظریه پردازش اطلاعات با پژوهش آزمایشگاهی، پایش و نظارت بر پاسخ‌های فیزیولوژیک؛ نظریه‌های دلبستگی بالبی و اینزورث با مشاهده طبیعی و آزمایشگاهی؛ نظریه زیستی - بوم‌شناختی بران فن برنر با مشاهده طبیعی و تجزیه و تحلیل مشاهدات؛ نظریه اجتماعی - فرهنگی ویگوتسکی با پژوهش‌های بین‌فرهنگی و مشاهده تعامل کودک با افراد بزرگتر. در ادامه این روش‌ها را توضیح می‌دهیم، و با هم مقایسه می‌کنیم.

گزارش‌های شخصی

ساده‌ترین شکل گزارش شخصی، یادداشت‌های روزانه یا جدول ثبت رویدادهاست. برای مثال ممکن است از نوجوانان خواسته شود مواقعی را که مضطرب می‌شوند، یادداشت کنند. نوجوانان، جوانان و بزرگسالان با این روش مشکلی ندارند، ولی نمی‌توان از کودکان انتظار داشت که دقیق و منظم رفتارهای خود را ثبت کنند. بنابراین معمولاً این اطلاعات را با یادداشت‌های روزانه والدین، شرح‌حال‌گیری از آنان، مصاحبه یا پرسش‌نامه به دست می‌آوریم؛ بد نیست بدانیم با همکاری والدین، از روش فیلم‌برداری یا ضبط صدا نیز استفاده می‌شود. اما حتی در مورد بزرگسالان، نباید ۱۰۰٪ به گزارش‌هایشان اعتماد کرد، چون ممکن است از افکار و احساسات خود آگاه باشند، دچار فراموشی شده باشند، یا آگاهانه یا ناآگاهانه پاسخ‌هایشان را تحریف کنند تا از لحاظ اجتماعی مطلوب دیده شوند. بگذریم از اینکه ویژگی‌های ظاهری پرسشگر و نحوه پرسش از افراد بر کیفیت پاسخ تأثیر می‌گذارد.

مشاهده طبیعی و آزمایشگاهی

در مشاهده طبیعی پژوهشگران رفتار افراد را در موقعیت‌های زندگی واقعی، مشاهده و ثبت می‌کنند؛ بی‌آنکه بخواهند رفتار یا محیط را تغییر دهند. با این حال محیط کنترل‌نشده طبیعی، اثراتی می‌گذارد که محل تحقیق است. به همین دلیل در روش مشاهده آزمایشگاهی، محققان از افراد دعوت می‌کنند به محیط آزمایشگاه آمده، تا در آنجا مورد مشاهده قرار گیرند. برای مثال مشاهده کودک در کودکان را - که مشاهده طبیعی است -، با مشاهده همان کودک در اتاقی با آینه یک‌طرفه - که مشاهده آزمایشگاهی است -، مقایسه کنید؛ این اتاق‌ها مثل استودیوهای ضبط صدا، دارای قاب‌های شیشه‌ای بزرگ برای ایجاد ارتباط بین دو فضاست، با این تفاوت که در اتاق‌های آزمایشگاهی، فقط از بیرون اتاق می‌توان داخل را دید. مشکل هر دو نوع مشاهده این است که علت وقوع رفتار را برای ما روشن نمی‌کنند، و به بیانی اطلاعاتشان توصیفی است. بعلاوه حضور مشاهده‌گر شاید باعث تغییر رفتار افراد شود؛ وقتی بدانیم ما را مشاهده می‌کنند، تحت تأثیر قرار می‌گیریم! سرانجام احتمال سوگیری مشاهده‌گر نیز هست؛ برای مثال شاید مشاهداتش را طوری تفسیر کند که با انتظاراتش همخوان باشد، یا اصلاً به برخی جنبه‌های مورد مشاهده توجه نکند.

روش	توصیف	مزایا (+) و معایب (-)
گزارش‌های شخصی	از شرکت‌کنندگان درباره برخی جنبه‌های زندگی‌شان سوال می‌شود. سوالات به دو صورت ساختاریافته (مثل پرسش‌نامه‌های چندگزینه‌ای) یا ساختارنیافته (مثل مصاحبه‌های باز) است.	+ تهیه اطلاعات دست‌اول درباره زندگی، نگرش‌ها، عقاید و یا احساسات افراد. - امکان دارد پاسخ‌گویان اطلاعات را به یاد نیاورند، تحریف کنند، یا تحت‌تأثیر پرسشگر قرار بگیرند.
مقیاس‌های ارزیابی رفتار	با مقیاس‌های رفتاری، شرکت‌کنندگان به‌لحاظ توانایی‌ها، مهارت‌ها، آگاهی، کارآمدی‌ها، یا واکنش‌های فیزیولوژیکی ارزیابی می‌شوند.	+ تهیه اطلاعات عینی و آزمون‌پذیر که کمتر به تحریف آلوده می‌شود. - نامناسب در ارزیابی پدیده‌های غیررفتاری؛ تأثیرپذیری از عوامل نامربوط.
مشاهده طبیعی	مشاهده افراد در موقعیت‌های طبیعی و معمول زندگی خود، بدون هیچ تلاشی برای دستکاری رفتار یا کنترل موقعیت.	+ اطلاعات توصیفی خوب؛ ایمن از برخی تحریف‌ها، مثل مطلوب‌نشان دادن خود. - سوگیری مشاهده‌گر؛ بدون کنترل.
مشاهده آزمایشگاهی	مشاهده افراد در موقعیت مصنوعی و آزمایشگاهی، بدون هیچ تلاشی برای دستکاری رفتار، ولی با کنترل موقعیت.	+ اطلاعات توصیفی؛ کنترل مشاهدات. - احتمال سوگیری مشاهده‌گر؛ خلق موقعیت مصنوعی به دلیل کنترل محیط.

طرح‌های تحقیق

طرح‌های تحقیق برای پاسخ علمی به سوال تحقیق ساخته شده‌اند. روش گزارش شخصی، مقیاس‌های ارزیابی رفتار، و مشاهدات طبیعی و آزمایشگاهی، ابزارهای طرح‌های تحقیق هستند. شاید باید از کل به جزء می‌آمدیم، و ابتدا طرح‌های تحقیق را توضیح می‌دادیم، اما گاهی حرکت از جزء به کل فهم مطالب را ساده‌تر می‌کند. برای مثال حین خواندن این بخش متوجه می‌شوید، در طرح موردی پژوهشگران برای کسب اطلاعات، به مشاهده کامل و عمیق، و روش‌های کسب اطلاعات کمترساختاریافته اتکا می‌کنند؛ چون دیگر می‌دانید هر روش چه مزایا و معایبی دارد، تمرکزتان روی مطالب تازه خواهد بود.

طرح موردی

در مطالعات موردی، پژوهشگر روی موضوع یا فرد واحدی تمرکز می‌کند. فروید با همین روش، یعنی مشاهده و تفسیر دقیق گفته‌ها و اعمال مراجعانش به نتایج جذابی رسید. در این مطالعات

برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس‌های ارزیابی رفتاری، عصب‌روان‌شناختی، شرح‌حال‌گیری، اتوبیوگرافی و اطلاعات مستند نیز استفاده می‌شود. با مطالعات موردی می‌توان منابع رفتار را بررسی کرد، و اثربخشی انواع روش‌های درمانی را آزمود. گاه مطالعات موردی باعث علاقه پژوهشگران، و ایجاد حوزه تحقیقاتی درمورد موضوعی می‌شود که موردی بررسی شده است. بعلاوه پژوهشگران را آزاد می‌گذارد تا درمورد موضوعات مختلفی کار کنند، و محدود به کسب اطلاعات خاص و ساختاریافته نیست. اما با مطالعه یک مورد، نمی‌توان نتایج را به موارد دیگر تعمیم داد. بعلاوه این طرح در تبیین قطعی رفتار ضعیف است، چون نتایجش عینی و آزمون‌پذیر نیست.

طرح قوم‌شناختی

مطالعات قوم‌شناختی برای توصیف الگوی روابط، آداب و رسوم، باورها، فناوری، هنرها و سنت‌هایی است که شیوه زندگی در هر جامعه‌ای را می‌سازد. در این طرح از مشاهده توأم با مشارکت استفاده زیادی می‌شود؛ نوعی مشاهده طبیعی که در آن، پژوهشگران اغلب مدتی طولانی در جوامع یا گروه‌هایی که به مشاهده آنها می‌پردازند، زندگی یا مشارکت می‌کنند. همین باعث می‌شود یافته‌های قوم‌شناسان به شدت در معرض سوگیری مشاهده‌گر قرار بگیرد، چون زندگی با افراد مورد مشاهده‌اش، باورها و احساساتش را که ریشه در فرهنگ خودش دارد درگیر خواهد کرد. البته خودآگاهی پژوهشگر نسبت به چنین سوگیری‌های ناخواسته‌ای، می‌تواند تأثیر تحریف‌ها و سوگیری‌های فرهنگی را کاهش دهد.

طرح همبستگی

هدف مطالعات همبستگی یافتن ارتباط آماری یا همان همبستگی میان متغیرهاست. همبستگی برحسب جهت (+ یا -) و شدت (بین ۰ تا ۱) آن بیان می‌شود. برای مثال اگر افزایش خوردن کیک باعث افزایش وزن شود، بین این دو همبستگی مثبت (همسو) وجود دارد، ولی اگر کاهش خواب باعث افزایش استرس شود، بین این دو همبستگی منفی (ناهمسو) برقرار است. همبستگی به شکل عددی و در دامنه‌ای از -۱ (همبستگی کامل منفی) تا +۱ (همبستگی کامل مثبت) بیان می‌شود تا بتوان علاوه بر جهت، شدت رابطه را نیز به دست آورد. همبستگی ۰/۳ بین خوردن کیک و افزایش وزن خیلی قوی نیست، ولی همبستگی ۰/۸ بین کاهش خواب و افزایش استرس معنادار و قوی است؛ وجود همبستگی کامل (یعنی +۱ یا -۱) پدیده‌ای نادر است. توجه داشته باشید همبستگی صفر به ما نمی‌گوید هرگز رابطه‌ای بین دو متغیر نیست، بلکه می‌گوید بین دو متغیر رابطه خطی پیدا نشده. خلاصه با مطالعات همبستگی می‌توانیم متغیری را براساس متغیر دیگر پیش‌بینی کنیم. هرچند این پیش‌بینی به ما نمی‌گوید که از حیث زمانی کدامیک مقدم است، و بنابراین نمی‌توان از

همبستگی، رابطه‌ی علی استنباط کرد؛ برای مثال کاهش خواب باعث افزایش استرس می‌شود یا افزایش استرس باعث کاهش خواب؟ برای پاسخ باید تقدم زمانی مشخص شود.

طرح آزمایشی

در طرح آزمایشی، آزمایشگر متغیرها را دستکاری می‌کند تا تأثیر یکی را بر دیگری مشخص کند. توجه داشته باشید آزمایش‌های علمی طوری طراحی، اجرا و گزارش می‌شوند که دیگران نیز بتوانند آنها را تکرار کنند. معمولاً در آزمایش، شرکت‌کنندگان را تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل (گواه) تقسیم می‌کنند. گروه آزمایشی متشکل از افرادی است که در معرض دستکاری یا مداخله‌ی آزمایشی (متغیر مستقل) قرار می‌گیرد. گروه کنترل شبیه گروه آزمایشی است و با آن هم‌تا شده، با این تفاوت که روی آنها مداخله انجام نمی‌شود. سپس نتایج گروه آزمایشی با گروه کنترل مقایسه می‌شود تا مطمئن شویم تغییر در گروه آزمایشی، ناشی از مداخله‌ی آزمایشی بوده، نه عامل دیگر. چنین کنترل‌هایی به پژوهشگر امکان می‌دهد رابطه‌ی علت و معلولی را تعیین کند.

* **آزمایش میدانی و طبیعی.** مشکل آزمایش‌های آزمایشگاهی این است که نمی‌توان با اطمینان نتایجش را به شرایط زندگی واقعی و بیرون از آزمایشگاه تعمیم داد؛ شاید رفتار شرکت‌کنندگان در آزمایشگاه متفاوت از محیط طبیعی زندگی‌شان باشد. راه جایگزین این است که از آزمایش میدانی استفاده کنیم. طبعاً میزان کنترل در آزمایش میدانی کمتر از آزمایش آزمایشگاهی است، ولی مزیتش این است که در محیط روزمره فرد -مثلاً خانه یا مدرسه- انجام می‌شود. مشکل دیگر آزمایش این است که گاهی از لحاظ عملی و اخلاقی نمی‌توان متغیرها را دستکاری کرد؛ برای مثال برای بررسی ایدز بر سلامت روان، نمی‌توان که شرکت‌کنندگان را به ایدز مبتلا کرد تا آماده‌ی آزمایش باشند! در این حالت آزمایش طبیعی پیشنهاد می‌شود. در این نوع آزمایش، گروه‌هایی از افراد که در پی رویدادها و وقایعی در زندگی طبیعی، به گونه‌ای اتفاقی در گروه‌های متمایز قرار گرفته‌اند، با یکدیگر مقایسه می‌شوند؛ مثل مقایسه‌ی گروهی از کودکانی که در معرض قحطی، بیماری ایدز، نقایض مادرزادی یا شیوه‌های آموزش با کیفیت بالا قرار گرفته‌اند با گروهی که در معرض این موارد نبوده‌اند. آزمایش طبیعی، برخلاف نامش، در واقع مطالعه‌ای از نوع همبستگی است. زیرا در این روش، دستکاری متغیرها به صورتی کنترل شده، و گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایشی و کنترل، امکان‌پذیر نیست.

طرح	توصیف	مزایا (+) و معایب (-)
موردی	مطالعه عمیق یک مورد یا واحد	+ منعطف؛ ارائه تصویری دقیق و کامل از رشد و تحول فرد؛ کمک به طرح فرضیه‌های جدید. - آزمون‌پذیر و قابل تعمیم نیست؛ روابط علی را نشان نمی‌دهد.
قوم‌شناختی	مطالعه توأم با مشارکت فرهنگ یا خرده‌فرهنگ‌ها	+ کمک به فهم و غلبه بر سوگیری‌های فرهنگی؛ بررسی پدیده‌های رشدی جهان‌شمول - سوگیری فرهنگی مشاهده‌گر
همبستگی	کشف روابط مثبت یا منفی متغیرها	+ پیش‌بینی دوسویه متغیرها؛ تدوین فرضیات - نامناسب برای کشف روابط علی
آزمایش	مطالعه کنترل‌شده حداقل دو متغیر	+ کشف روابط علی؛ قابل تکرار؛ بیشترین کنترل - مشکل تعمیم یافته‌ها به بیرون از آزمایشگاه

سرانجام طرح‌های تحقیق را می‌توان براساس امکانات و اهداف، با سبک‌های مطالعاتی مختلف انجام داد، از جمله مطالعه طولی، مقطعی (پانل)، زنجیره‌ای.

مطالعه	توصیف	مزایا (+) و معایب (-)
طولی	مطالعه فرد یا افراد ثابت، طی دوره‌های زمانی نسبتاً طولانی	+ تغییرات وابسته به سن را نشان می‌دهد، چون فرد یا افراد ثابت در طول زندگی بررسی می‌شود. - وقت‌گیر و پرهزینه است؛ احتمال بالای ریزش نمونه ناشی از خستگی افراد شرکت‌کننده یا دلایل دیگر.
مقطعی (پانل)	مطالعه همزمان و کوتاه‌مدت فرد یا افراد گروه‌های سنی مختلف	+ شباهت‌ها و تفاوت‌های افراد گروه‌های سنی مختلف را نشان می‌دهد؛ سریع و به‌صرفه است؛ مشکل ریزش و یا تکرار آزمون - که باعث یادگیری یا عادت می‌شود - را ندارد. - چون برای مثال به‌جای پیگیری طولی رشد کودک از ۵ تا ۱۲ سالگی، کودکان ۵ ساله همزمان با کودکان ۱۲ ساله مقایسه می‌شود، نمی‌توان اثرات مربوط به افزایش سن را مشخص کرد؛ بعلاوه ممکن است تفاوت‌ها ناشی از تفاوت نسلی (اثر کوهورت) باشد.
زنجیره‌ای	مطالعه متوالی نمونه‌ای مقطعی و یا مطالعه همزمان چند نمونه طولی	+ معایب طرح‌های مقطعی و طولی را ندارد. - مستلزم صرف وقت و تلاش بسیار زیاد، برای تحلیل داده‌های بسیار پیچیده است.

* مطالعات میکروژنتیک. گاه تغییرات زندگی آنقدر کُند است که نمی‌توان با روش‌های بالا به نتیجه‌ای درخور رسید. راه جایگزین این است که در چارچوب زمانی فشرده، تغییراتی در فرد یا افراد ایجاد کنیم. با مطالعات میکروژنتیک - که ابداع ویگوتسکی است - دقیقاً همین کار را انجام می‌دهند. ویگوتسکی در این آزمایش‌ها شرایط را طوری دستکاری می‌کرد تا بتوان تغییر عملکرد کودکان را در مدت زمانی کوتاه بررسی کرد. آیا ممکن است؟ چرا که نه! در مجموعه‌ای از آزمایش‌ها که با استفاده از شرطی‌شدن کنشگر صورت گرفته، اطفال حتی در سن دو ماهگی نیز آموختند تا وسیله متحرکی را که رنگ روشنی داشت، و به یک پای آنها بسته شده بود، با تکان دادن پایشان به حرکت درآورند.

[تست‌های کنکور]

۱- در کدام روش پژوهش در روان‌شناسی تحولی، از افراد گروه‌های سنی مختلف به صورت همزمان، اطلاعات جمع‌آوری می‌شود؟ (۱۳۹۸-شده)

- (۱) طولی (۲) بالینی (۳) مقطعی (۴) زنجیره‌ای

پاسخ: گزینه (۳). در روش مطالعه مقطعی از افراد گروه‌های سنی مختلف به صورت همزمان، اطلاعات جمع‌آوری می‌شود. روش مطالعه مقطعی برای مطالعات تحولی روش چندان مناسبی نمی‌باشد.

۲- طرح پژوهشی که از طریق ارزیابی‌های مکرر در مدت زمانی کوتاه به پژوهشگران امکان می‌دهد تا مستقیماً تغییر را مشاهده کنند، چه نامیده می‌شود؟ (۱۳۹۹-شده)

- (۱) زنجیره‌ای (۲) گذشته‌نگر (۳) میکروژنتیک (۴) پس‌رویدادی

پاسخ: گزینه (۳). طرح پژوهشی که از طریق ارزیابی‌های مکرر در مدت زمانی کوتاه به پژوهشگران امکان می‌دهد تا مستقیماً تغییر را مشاهده کنند، میکروژنتیک نامیده می‌شود.

۳- در کدام روش پژوهشی، پژوهشگر گروهی از آزمودنی‌ها را بارها در سنین مختلف بررسی می‌کند؟ (دکتری- ۱۴۰۰)

- (۱) طولی (۲) مقطعی (۳) زنجیره‌ای (۴) قوم‌نگاری

پاسخ: گزینه (۱). در روش مطالعه طولی، پژوهشگر گروهی از آزمودنی‌ها را بارها در سنین مختلف بررسی می‌کند.

۴- ضعف اصلی تحقیق عرضی کدام است؟ (دکتری)

- (۱) دشواری در فراهم‌آوردن نمونه‌های بزرگ
(۲) تردید در قابل مقایسه‌بودن گروه‌ها
(۳) متوالی‌بودن اندازه‌های به‌دست‌آمده
(۴) نداشتن ابزارهای لازم برای سنجش

پاسخ: گزینه (۲). ضعف اصلی تحقیق عرضی (مقطعی) تردید در قابل مقایسه‌بودن گروه‌ها است. در مطالعه مقطعی گروهی از افراد که سن‌های متفاوتی دارند با هم مقایسه می‌شوند، و با توجه به تفاوت‌های رشدی اعضای یک گروه، در قابل مقایسه‌بودن گروه‌ها تردید وجود دارد.

بیماری‌ها و اختلالات روانی

فصل ۹

انسان در مراحل مختلف رشد در معرض برخی بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی است. نوزادی که تازه پا به این جهان گذاشته، ممکن است دچار اختلالات جسمی کشنده یا توانکاهی شود. تاریخ درد و رنج روانی کمابیش زمانی شروع می‌شود که نوجوان تقلا می‌کند تا خود را دریابد. در مسیر رشد، حتی اگر همه‌چیز بهنجار بوده باشد، اضمحلال طبیعی بدن و مرگ اجتناب‌ناپذیر است. بدین ترتیب در این فصل با بیماری‌ها و اختلالات جسمی مادرزادی، اختلالات روانی شایع دوره کودکی و نوجوانی، مشکلات و فشارهای میان‌سالی، و بیماری‌های دوره پیری آشنا می‌شوید.

بیماری‌ها و اختلالات جسمی

بهبتر است پیش از مرور بیماری‌ها و اختلالات جسمی در سنین رشدی مختلف، برخی از روش‌های ارزیابی و غربال پیش و پس از تولد را کوتاه توضیح دهیم.

ارزیابی و غربال

روش‌های متعددی برای ارزیابی رشد جنین وجود دارد که از کم‌خطر تا پرخطر عبارتند از: تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی، نمونه‌گیری از خون مادر، سونوگرافی، آمنیوسنتز، نمونه‌برداری از بند ناف، نمونه‌برداری از پرزهای کوریون، و روش مشاهده رویان.

روش	توضیح
تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی	بررسی رویان‌های ۴-۸ سلولی که با روش باروری در لوله آزمایش لقاح یافته‌اند، و هنوز در دیواره رحم مادر جایگزین نشده‌اند. با این روش رویان‌هایی که دارای نقص هستند، در رحم جایگزین نمی‌شوند.
نمونه‌گیری از خون مادر	نمونه‌گیری از خون مادر در هفته‌های ۱۶ تا ۱۷ بارداری، برای اندازه‌گیری میزان فتوپروتئین آلفا (AFP). برای تشخیص زود هنگام آنانسفالی یا اسپینابیفیدا. از این روش برای زنان باردار کمتر از ۳۵ سال استفاده می‌شود تا بتوان سندرم داون را پیش‌بینی کرد. در مقایسه با آمنیوسنتز خطر شناخته شده‌ای ندارد، ولی دقتش به خوبی آن نیست. به همین دلیل برای تأیید نهایی تشخیص‌ها، از سونوگرافی و یا آمنیوسنتز استفاده می‌شود.
سونوگرافی	تصویربرداری از جنین با ارسال امواج صوتی پُرسامد به داخل شکم مادر. برای ارزیابی سلامت جنین، جنسیت جنین (با آمنیوسنتز هم می‌شود)، سن حاملگی، تشخیص چندقلوبی، و هدایت فرایندهایی مثل آمنیوسنتز.
آمنیوسنتز	نمونه‌برداری از مایع آمنیون در رحم، اغلب با هدف تشخیص زود هنگام (غریبال) سندرم داون. معمولاً در سه‌ماهه دوم بارداری، و برای زنان باردار ۳۵ ساله یا بیشتر، بکار می‌رود؛ بعد از ۲-۱ هفته نتیجه مشخص می‌شود. در صورتی که زن باردار و شوهر او، هر دو ناقلان بیماری‌هایی تای-ساکس و کم‌خونی سلول داسی شکل شناخته شده باشند، یا آنکه در سابقه خانوادگی آنها اختلال‌هایی همچون سندرم داون، اسپینابیفیدا، اختلال Rh، یا تحلیل تدریجی عضلانی وجود داشته باشد، انجام آمنیوسنتز به آنها توصیه می‌شود.
نمونه‌برداری از بند ناف	به کمک سونوگرافی می‌توان سوزنی را به رگ‌های خونی ناف هدایت کرد و از خون جنین نمونه گرفت. برای ارزیابی انواع عفونت‌ها، کم‌خونی، نارسایی قلبی، برخی اختلالات سوخت‌وساز، و نقایص دستگاه ایمنی. هرچند این روش احتمال سقط جنین، خونریزی بند ناف، زایمان زودرس و عفونت را در پی دارد.
نمونه‌برداری از پرزهای کوریون	نمونه‌برداری از زوائد کرک‌مانند کورین که جنین را احاطه کرده. در هفته‌های ۱۳-۸ بارداری (زودتر از آمنیوسنتز) انجام می‌شود، و یک هفته بعد نتیجه به دست می‌آید.
مشاهده رویان	دوربین ظریفی را به داخل شکم زن باردار وارد می‌کنند، تا از رویان تصویر واضحی بگیرند. برای هدایت انتقال خون به جنین و پیوند مغز استخوان مناسب است. در کل خطرش بیش از روش‌های دیگر است.

اگرچه بیشتر زایمان‌ها به تولد کودک سالم و بهنجار منتهی می‌شوند، اما در برخی موارد چنین نیست. نخستین دقایق، روزها، و هفته‌های پس از تولد در فرایند رشد اهمیتی حیاتی دارند.

پی‌بردن در اسرع وقت به اینکه آیا کودک به مشکلی که نیاز به مراقبت داشته باشد دچار است یا نه، بسیار حائز اهمیت است. برای این کار دو روش ارزیابی رایج وجود دارد.

مقیاس آپگار^۱. بیشتر اطفال در فواصل ۱ و ۵ دقیقه پس از تولد با استفاده از مقیاس آپگار دو بار مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. آپگار پنج خرده‌آزمون دارد: وضعیت ظاهری (رنگ پوست)، نبض (ضربان قلب)، واکنش‌پذیری (وضعیت بازتابی)، فعالیت (کشیدگی عضلانی) و تنفس. البته در کودکان غیرسفیدپوست، رنگ پوست با بررسی داخل دهان، سفیدی چشم‌ها، لب‌ها، کف دست‌ها و پاها ارزیابی می‌شود. نمرات مقیاس بین ۰ تا ۲ است، که در مجموع حداکثر نمره کل مقیاس می‌شود ۱۰. نمره ۰-۷ نشانه وضعیت خوب تا عالیست، نمره زیر ۷ بیانگر آن است که نوزاد در تنفس نیاز به کمک دارد، و نمره زیر ۴ به معنای نیاز فوری کودک به درمان برای ادامه زندگی است. اگرچه آپگار امکان بقای نوزاد در ماه اول زندگی را با اطمینان پیش‌بینی می‌کند، در تفسیر نتایج باید احتیاط کرد؛ برای مثال صرف نمره پایین نشانه آنوکسی نیست. همچنین پیش‌رس بودن نوزاد، داروهای مادر و شرایط دیگر می‌تواند نتیجه این مقیاس را تغییر دهد.

خرده‌آزمون	۰	۱	۲
وضعیت ظاهری (رنگ پوست)	رنگ پریده	بدن = صورتی، دست‌ها و پاها = آبی	کل بدن = صورتی
نبض (ضربان قلب)	وجود ندارد	کند (زیر ۱۰۰ بار در دقیقه)	سریع (بیش از ۱۰۰ بار در دقیقه)
واکنش‌پذیری (وضعیت بازتابی)	عدم واکنش	شکل‌درآوردن	سرفه کردن، عطسه کردن، گریه کردن
فعالیت (کشیدگی عضلانی)	سست و بی‌حال	ضعیف، نافع	قوی، فعال
تنفس	عدم تنفس	نامنظم، کند	خوب، گریستن

مقیاس برازلتون^۲. از این مقیاس برای ارزیابی واکنش‌پذیری نوزاد به محیط فیزیکی و اجتماعی پیرامونش استفاده می‌شود، تا بتوان مشکلات مربوط به کارکرد عصب‌شناختی را تشخیص داد، و رشد و تحولش را پیش‌بینی کرد. این مقیاس شامل چهار خرده‌آزمون است. اجرای مقیاس برازلتون حدوداً ۳۰ دقیقه طول می‌کشد و نمراتش مبتنی بر بالاترین سطح عملکرد کودک است.

1. Apgar scale

2. Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale

توضیح	خرده‌آزمون
با رفتارهایی مثل میزان فعالیت و توانایی رساندن دست به دهان نشان داده می‌شود.	سازمان‌یافتگی حرکتی
مثل تحریک‌پذیری، برانگیختگی و توانایی آرام‌گرفتن پس از ناراحت‌شدن.	بازتاب‌ها (تغییر حالات)
با هشیاری عمومی و واکنش به محرک‌های دیداری و شنیداری مشخص می‌شود.	توجه و قابلیت‌های تعاملی
لرزش و تغییرات رنگ پوست را ارزیابی می‌کند.	بی‌ثباتی دستگاه عصبی مرکزی

آزمون غربالگری رشد و تحول دنور^۱ برای ترسیم پیشرفت بهنجار سنین ۱ ماهگی تا ۶ سالگی و شناسایی کودکانی که دارای رشدی بهنجار نیستند به کار می‌رود. این آزمون مهارت‌های حرکتی بزرگ (حرکت‌هایی که مستلزم استفاده از ماهیچه‌های بزرگ است) همچون غلتیدن و گرفتن توپ، و مهارت‌های حرکتی ظریف (حرکاتی که مستلزم استفاده از ماهیچه‌های کوچک است) همچون گرفتن جغجه و کپی کردن دایره را می‌سنجد. آزمون دنور رشد زبانی (مثلاً دانستن معانی کلمات) و رشد شخصیتی و اجتماعی (مانند لبخند زدن خودبه‌خود یا پوشیدن لباس بدون کمک دیگران) را نیز مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

نقائص مادرزادی و اختلالات روانی ارثی

اطفالی که به نقائص مادرزادی مبتلا می‌شوند، بلافاصله پس از تولد یا کمی پس از آن یا در خلال دوران طفولیت یا کودکی به‌شدت در معرض خطر مرگ قرار دارند. در بیشتر موارد، این قبیل نقائص جدی، به دستگاه گردش خون یا دستگاه عصبی مرکزی مربوط می‌شوند. بسیاری از این نقائص جنبه وراثتی دارند، و شاید افراد مبتلا آنها را به فرزندان خود نیز انتقال دهند.

توضیح	اختلال
نقص آنزیمی که در اوایل کودکی به سیروز کبدی و در میانسالی به آمفیوزیم و تحلیل ریوی منجر می‌شود.	آلفا آنتی تریپسین
کم‌خونی شدید که باعث کاهش قدرت خون در انتقال اکسیژن می‌شود. تقریباً تمامی نوزادان مبتلا مرده به دنیا می‌آیند یا با فاصله اندکی پس از تولد می‌میرند. عمدتاً در خانواده‌هایی که تبار مالزیایی، آفریقایی و آسیای جنوب شرقی دارند دیده می‌شود.	تالاسمی آلفا

1. Denver developmental screening test

تالاسمی بتا (کم‌خونی کولی)	کم‌خونی شدید که باعث خستگی و بیماری‌های مداوم می‌گردد. معمولاً سبب مرگ در نوجوانی یا جوانی می‌شود. بیشتر در خانواده‌هایی با تبار مدیترانه‌ای دیده می‌شود.
فیبروز کیستی	ناشی از تولید زیاد مخاط که در ریه‌ها و لوله گوارش تجمع می‌یابد. کودکان مبتلا رشد بهنجار ندارند، و معمولاً بیش از ۳۰ سال زنده نمی‌مانند. شایع‌ترین نقیصه ارثی کشنده (وراثت نهفته) در سفیدپوستان است.
تحلیل‌رفتگی عضلانی دوشن	بیماری کشنده‌ای که اغلب در مردان دیده می‌شود و شاخصه آن، ضعف عضلانی است. معمولاً در دوران جوانی نارسایی تنفس و مرگ پیش می‌آید. در افراد دچار این مشکل، عقب‌ماندگی ذهنی خفیف شایع است.
پلی کیستیک کلیه	در نوع نوزادی کلیه‌ها بزرگتر از حد معمول رشد کرده و باعث مشکلات تنفسی و نارسایی احتقانی قلب می‌شود. در نوع بزرگسالی منجر به کلیه درد، سنگ کلیه و فشار خون می‌شود.
نشانگان مارفان	افراد مبتلا به این نشانگان، قدبلند و لاغرند، و دست‌ها و پاهایشان کشیده است؛ کشیدگی بیش از اندازه به نقایص استخوان‌بندی منجر می‌شود. بعلاوه دچار نارسایی‌های قلبی و نابهنجاری‌های چشم (مخصوصاً عدسی) هستند. الگوی وراثت نشانگان مارفان، بارز است.
هانتینگتون	تباهی دستگاه عصبی مرکزی که به مشکلات هماهنگی عضلانی، وخامت ذهنی، تغییرات شخصیت منجر می‌شود. نشانه‌ها معمولاً تا ۳۵ سالگی یا بالاتر ظاهر نمی‌شوند (درمان ندارد). الگوی وراثتش بارز است.
دیابت بی‌مزه	تولید ناکافی هورمون وازوپرسین به تشنگی و ادرار بیش از حد منجر می‌شود؛ آب‌زایی می‌تواند به دستگاه عصبی مرکزی صدمه وارد کند. درمانش جایگزینی هورمون است. این نقص برخلاف نقائص بالا، در کروموزوم‌های جنسی ایجاد شده، و الگوی وراثتش، نهفته X است.

اسکیزوفرنیا. مشخصه اصلی‌اش قطع ارتباط با واقعیت است، و با نشانه‌هایی همچون توهم و هذیان مشخص می‌شود. سهم عوامل ژنتیک در بروز اسکیزوفرنیا ۶۳ تا ۸۵ درصد است. به همین دلیل در خواهران و برادران و نیز فرزندان افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، احتمال ابتلا به این بیماری ده برابر جمعیت عادی است. بررسی مغز افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا پس از مرگ آنها نشانه آن است که ممکن است این اختلال ناشی از فقدان ماده‌ای شیمیایی موسوم به ریلین باشد. در دوران رشد مغز، ریلین به قرارگرفتن سلول‌های عصبی در محل صحیح خود کمک می‌کند. وجود نقص در ژن مسئول تولید ریلین می‌تواند به قرارگرفتن سلول‌های عصبی در محل نامناسب منجر شود و این نیز منجر به ایجاد پیش‌زمینه، یا آمادگی وراثتی برای ابتلا به اسکیزوفرنیا شود.

اوتیسم (درخودماندگی). در این اختلال بعضی از کارکردهای مغز متفاوت یا نامعمول است، از جمله فقدان تعاملات اجتماعی بهنجار، نقص در برقراری ارتباط و خیال‌پردازی، و محدودیت شدید دامنه فعالیت‌ها و علائق. اوتیسم معمولاً در ۳ سال نخست زندگی بروز می‌کند، و در تمام طول عمر فرد به درجات مختلف تداوم می‌یابد. ۸۰ درصد از کودکان مبتلا به اوتیسم را پسران تشکیل می‌دهند. کودک مبتلا به اوتیسم ممکن است در توجه به نشانه‌های هیجانی دیگران ناتوان باشد، از برقراری ارتباط چشمی امتناع کند، و اجازه ندهد تا او را بغل کنند. شاید با صدایی یکنواخت صحبت کند، و به شنونده کم‌توجهی کند یا اصلاً توجهی نکند. کودکان مبتلا به اوتیسم شدید، اغلب رفتارهای تکراری نظیر حرکت‌های دَوْرانی، تکان‌تکان خوردن، کف‌زدن، و کوبیدن سر به دیوار را از خود نشان می‌دهند، و نیز دربارهٔ موضوعات، آیین‌ها، یا امور روزمره وسواس فکری دارند. حدود سه چهارم کودکان درخودمانده به لحاظ ذهنی عقب‌مانده هستند. اما غالباً این کودکان در آزمون‌های مستلزم دستکاری یا مهارت دیداری-فضایی عملکرد خوبی دارند، و امکان دارد توانایی‌های ذهنی اعجاب‌انگیزی داشته باشند. اوتیسم یکی از مجموعه اختلالاتی است که به اختلالات طیف درخودماندگی موسومند. این طیف دامنه‌ای از اختلالات خفیف تا شدید را شامل می‌شود. شایع‌ترین اختلال این مجموعه، اختلال آسپرگر است. کودکان مبتلا به آسپرگر معمولاً از هوش کلامی بهنجار یا حتی بالاتر از بهنجار برخوردارند، کنجکاو هستند و عملکرد تحصیلی خوبی دارند؛ اما این کودکان علائق محدود و ثابتی دارند، گفتار و رفتارهایشان تکراری است، و در درک نشانه‌های اجتماعی و هیجانی با مشکل مواجهند. اوتیسم شیوع خانوادگی دارد و به نظر عوامل ژنتیکی در بروز آن نقش بسزایی دارد. یکی از ژن‌های احتمالی مسئول ابتلا به اوتیسم، هوگرا-۱ است که در رشد ساقه مغز در خلال چند هفته نخست رشد جنینی نقش دارد. گونه تغییر یافته‌ای از این ژن، به ویژه زمانی که از مادر به ارث برسد، می‌تواند طفل را در برابر ابتلا به اوتیسم آسیب‌پذیر کند.

ضربه تولد

عبور از مجرای زایمان برای تعداد اندکی از کودکان، سفری بسیار دلخراش است. حدوداً ۲ نوزاد از هر هزار نوزاد متولدشده، طی این فرایند دچار آسیب می‌شوند. ضربه تولد (آسیب ایجادشده در زمان تولد) می‌تواند ناشی از آنوکسی (کمبود اکسیژن)، بیماری‌ها یا عفونت‌ها، یا آسیب‌های فیزیکی باشد. گاه این ضربه، آسیب مغزی پایداری را سبب می‌شود که باعث عقب‌ماندگی ذهنی، مشکلات رفتاری یا حتی مرگ می‌شود. برخی دیگر از کودکان که تعداد آنها بیشتر از گروه قبل است، دیرتر یا زودتر از موعد مقرر متولد می‌شوند، یا هنگام تولد بسیار کوچک هستند؛ مشکلاتی که می‌توانند شانس بقا و سلامتی آنها را کاهش دهند.

بیش‌رسی و پیش‌رسی. به طفلی که تا دو هفته پس از زمان مقرر زایمان (۴۲ هفته پس از آخرین قاعدگی مادر) هنوز به دنیا نیامده، بیش‌رس می‌گویند. این کودکان معمولاً قد بلندی دارند و لاغر هستند، چراکه رشدشان در رحم ادامه داشته، ولی به اندازه کافی خون دریافت نکرده‌اند. از آنجایی که جنین بیش‌رس در معرض خطر آسیب مغزی و حتی مرگ است، پزشکان به کمک دارو زایمان را جلو انداخته یا به عمل سزارین متوسل می‌شوند. اما نوزادانی که پیش از پایان هفته ۳۷ بارداری متولد می‌شوند، پیش‌رس (نارس) هستند. شاید اندازه این کودکان متناسب با سن تولدشان باشد یا نباشد. مشکل دیگری که شبیه پیش‌رسی است، جثه کوچک نسبت به زمان تولد نام دارد؛ به بیانی کودکانی که از ۹۰ درصد نوزادانی که در همان سن متولد شده‌اند، وزن کمتری دارند. این کودکان ممکن است نارس باشند یا نباشند. کودک کم‌وزن در محفظه قرنطینه (تخت استریل با دمای کنترل‌شده) گذاشته می‌شود و با لوله تغذیه می‌گردد. عوامل مؤثر در تولد نوزاد کم‌وزن را می‌توان به چهار عامل تقسیم کرد (جدول). این عوامل با یکدیگر ارتباط متقابل دارند و بسیاری از آن‌ها ناشی از وضعیت پایین اجتماعی - اقتصادی است. متأسفانه حتی اگر کودکان کم‌وزن نجات پیدا کنند، در عملکرد تحصیلی به مشکلاتی برمی‌خورند. پیش‌آگهی کم‌وزنی شدید، بدتر است: هرچه وزن حین تولد کمتر باشد، میزان مشکلات رفتاری، اجتماعی، توجه و زبان او در سنین مدرسه بیشتر خواهد بود. بعلاوه در سنین نوجوانی نمرات آزمون‌های IQ و پیشرفت تحصیلی کمتر و احتمال نیاز به آموزش ویژه یا مردودی در یک کلاس بیشتر خواهد بود. در بزرگسالی نسبت به افراد بهنجار نقایص و بیماری‌های عصبی-حسی بیشتر، نمرات IQ و پیشرفت تحصیلی کمتری دارند. هرچند تحقیقاتی نشان داده‌اند بسیاری از کودکان کم‌وزن شدید، به تدریج بهبود می‌یابند. بنابراین وزن نوزاد به تنهایی تعیین‌کننده نیست و عوامل محیطی را نیز باید در نظر گرفت.

عامل	نمونه
جمعیت‌شناختی و اجتماعی-اقتصادی	مادر کمتر از ۱۷ یا بیشتر از ۴۵ سال، فقیر، کم‌سواد، و تنها.
پزشکی مربوط به پیش از بارداری	بی‌فرزند یا پرفرزندی (بیش از ۴)، سابقه تولد فرزند کم‌وزن یا سقط جنین متعدد؛ مادر قد کوتاه یا لاغر، یا مادری که خودش کم‌وزن به دنیا آمده باشد؛ اختلال در اندام‌های تناسلی یا مجاری ادرار مادر یا فشار خون مزمن.
رفتاری و محیطی پیش از تولد	مادری که سیگار، الکل یا سایر داروها را -به‌خصوص حین بارداری- مصرف کرده؛ مادر دچار سوءتغذیه و فشار روانی؛ زندگی در مناطق مرتفع؛ قرارگیری در معرض مواد سمی.
عوارض پزشکی مرتبط با حاملگی	خون‌ریزی مهبل و عفونت‌ها؛ فشار خون بالا یا پایین؛ کم‌خونی؛ افزایش وزن کم در بارداری؛ فاصله بارداری فعلی با زایمان قبلی به میزان کمتر از ۶ ماه یا بیش از ۱۰ سال.

بیماری غشاء هیالین^۱. نشانگان ناراحتی تنفسی که در کودکان نارس شایع است. بسیاری از این کودکان فاقد ماده سورفاکتانت هستند؛ این ماده سطح داخلی ریه‌ها را می‌پوشاند، و از فروپاشی و نابودی کیسه‌های هوایی داخل ریه‌ها جلوگیری می‌کند. بنابراین با تجویز سورفاکتانت، احتمال بقا افزایش می‌یابد.

نشانگان مرگ ناگهانی طفل (SIDS)^۲. این نشانگان که گاهی «مرگ در گهواره» نامیده می‌شود، مرگ ناگهانی طفل قبل از یک سالگی است که در آن علت مرگ، حتی پس از بررسی کامل کالبدشکافی نیز ناشناخته باقی می‌ماند. این نشانگان دلیل عمده مرگ‌ومیر اطفال پس از دوره نوزادی است، و بیشتر در بین ۱-۴ ماهگی رخ می‌دهد. البته پژوهش‌ها بین دمر خوابیدن و SIDS رابطه قوی پیدا کرده‌اند؛ حتی خوابیدن به پهلو خطرناک است، چون ممکن است نوزاد دوباره دمر شود.

ماراسموس (۲ سال اول زندگی). نوعی حالت بی‌رمقی بدن است که رژیم فاقد مواد غذایی ضروری آن را ایجاد می‌کند. معمولاً در سال اول زندگی که مادر بچه دچار سوء‌تغذیه شده پدیدار می‌شود. به‌خصوص این وضعیت در ساکنان کشورهای بحران‌زده و فقیر دیده می‌شود.

مشکلات خواب در اوایل کودکی

الگوهای خواب در سراسر سال‌های رشد و تحول، تغییر می‌کنند. معمولاً در اوایل کودکی خواب شبانه عمیق‌تر از سال‌های بعدی زندگی است. برخی از مشکلات رایج خواب یا حین خواب که در اوایل کودکی (۶-۳ سالگی) رخ می‌دهند، عبارتند از کشمکش‌های وقت خواب^۳، کابوس شبانه، وحشت‌زدگی در خواب، شب‌ادراری^۴.

مشکل	توضیح
کشمکش‌های وقت خواب	در چهار سال اول زندگی، حدود ۳۰-۲۰ درصد کودکان یا با تأخیر می‌خوابند یا زود بلند می‌شوند. خوابیدن کودک در تخت والدین یا والدین کنار کودک، و فشار روانی والدین از عوامل مؤثر ایجاد این مشکل است.
کابوس شبانه	کابوس شبانه رویای ترسناکی است که اغلب به علت شب‌زنده‌داری، شام سنگین، و هیجان‌زدگی زیاد ایجاد می‌شود. معمولاً حوالی صبح رخ می‌دهد، و اغلب به‌وضوح به یاد آورده می‌شود. این مشکل در دختران، بسیار شایع است.

1. Hyaline membrane disease
2. Infant mortality rate
3. Bedtime struggles
4. Enuresis

وحشت‌زدگی در خواب
 کودکی که ناگهان و وحشت‌زده از خواب عمیق بیدار شود، در رختخواب بماند و جیغ بکشد، نفس‌نفس بزند و نگاه خیره‌ای داشته باشد، دچار وحشت‌زدگی در خواب است. او واقعاً بیدار نیست، و سریع آرام می‌شود و دوباره می‌خوابد؛ روز بعد هم هیچ‌چیزی را به یاد نمی‌آورد. وحشت‌زدگی در خواب برخلاف کابوس شبانه معمولاً در نخستین ساعت خواب رخ می‌دهد. این مشکل معمولاً بین سنین ۱۲-۴ سالگی آغاز می‌شود و مثل خواب‌گردی در پسران شایع‌تر است و جنبهٔ وراثتی دارد. عامل آن ممکن است اختلال تنفس یا حرکات بی‌قرار پاها باشد.

شب‌اداری
 بیشتر کودکان ۳-۵ ساله می‌توانند در طول روز یا شب ادرار خود را کنترل کنند. اما حدود ۷ درصد پسران و ۳ درصد دختران ۵ ساله مرتب در رختخواب خود ادرار می‌کنند. کمتر از یک درصد کودکان مبتلا به شب‌اداری اختلال جسمانی دارند و شاید گنجایش مثانهٔ آنها کم باشد. اما این اختلال یک مشکل هیجانی، روانی یا رفتاری به شمار نمی‌رود. وراثت نقش عمده‌ای در بروز این اختلال دارد. بعلاوه احتمالاً عوامل دیگری مثل کندی رشح حرکتی، حساسیت‌ها (آلرژی)، کنترل رفتاری ضعیف نیز در این زمینه تأثیرگذارند. باید به کودک و والدین اطمینان داده شود که بی‌اختیاری ادرار پدیده‌ای شایع است و مشکلی جدی به شمار نمی‌رود. نباید کودک را سرزنش یا تنبیه کرد. معمولاً لازم نیست والدین کاری انجام دهند، مگر اینکه خود کودکان از این بابت ناراحت باشند.

بیماری‌ها در اواسط کودکی

معمولاً بیماری‌ها در اواسط کودکی خفیف و گذراست. بیماری‌های حاد (بیماری‌های گهگاهی و کوتاه‌مدت مانند عفونت‌ها، حساسیت‌ها و زگیل) در این دوره از زندگی شایع هستند. در این سنین، به دلیل انتقال آزادانهٔ میکروب‌ها در بین کودکان، در مدرسه یا هنگام بازی، سالانه شش یا هفت دورهٔ سرماخوردگی، آنفلوآنزا، یا ابتلا به انواع ویروس‌ها امری معمول است. با این حال بیماری‌های مزمن نیز مشاهده می‌شود. کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، تاب‌آوری چشمگیری از خود نشان می‌دهند، و اغلب از نظر بهداشت روانی، رفتار یا تحصیل مشکلی ندارند. اما برخی بیماری‌های خاص نظیر مشکلات بینایی و شنوایی، آسم و ایدز می‌تواند زندگی روزمره را تحت‌تأثیر قرار دهد.

آسم. بیماری تنفسی و شایع‌ترین بیماری مزمن در دوران میان‌کودکی است که حدوداً ۱.۴ درصد از کودکان را در ایالات متحده مبتلا می‌سازد. ظاهراً این بیماری مبنایی آلرژیک دارد، و از ویژگی‌های آن می‌توان به حمله‌های ناگهانی سرفه، تنگی نفس، و مشکل در تنفس اشاره کرد که می‌تواند کشنده باشد. علت حملات آسم مشخص نیست، اما بعضی از متخصصان بسته‌بودن محیط

خانه که سبب محدودیت گردش هوا می‌شود، و قرارگیری در معرض مواد سمّی و حساسیت‌زا را از جمله علل آن می‌دانند. ممکن است عوامل روانی-اجتماعی نیز در این بین نقش داشته باشند. معمولاً اطفالی که در خانواده آنها سابقه آسم وجود دارد و مادران شیوه‌های فرزندپروری نامناسبی را اعمال می‌کنند، بین ۸-۶ سالگی به این بیماری مبتلا می‌شوند.

HIV و ایدز. کودکان آلوده به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان (HIV) به شدت در معرض خطر ابتلا به ایدز قرار دارند. ۹۰ درصد این کودکان ویروس ایدز را از مادر خود گرفته‌اند، و تقریباً تمامی آنها در دوران جنینی به این ویروس آلوده شده‌اند. بیشتر کودکان مبتلا به HIV که به سن مدرسه می‌رسند از کارکردی بهنجار و طبیعی برخوردارند. آنهايي که دارای نشانه‌های ایدز هستند، ممکن است به نارسایی در کارکرد دستگاه عصبی مرکزی دچار شوند که می‌تواند توانایی یادگیری‌شان را مختل سازد؛ اما جلوگیری از پیشرفت ویروس می‌تواند سبب بهبود عملکرد آنها شود. درمان ترکیبی مشتمل بر استفاده از بازدارنده‌های پروتئاز سبب کاهش چشمگیر مرگ و میر در کودکان و نوجوانان مبتلا به HIV می‌شود. چون تقریباً هیچ خطری از نظر ابتلا به ایدز متوجه همکلاسی‌ها نیست، نباید این کودکان را در مدرسه جدا کرد. بلکه باید آنها را تشویق کرد که تا حد توان در تمامی فعالیت‌های مدرسه، از جمله فعالیت‌های ورزشی شرکت کنند.

مشکلات جنسی در نوجوانی

فعالیت جنسی می‌تواند باعث لذت و گاهی اوقات بچه‌دار شدن گردد. این کارکردهای طبیعی و مهم همچنین ممکن است متضمن نگرانی‌هایی جسمانی باشند. سه مورد از این نگرانی‌ها عبارتند از: نشانگان پیش از قاعدگی (PMS)، بیماری‌های مقاربتی (STDها) و ناباروری.

نشانگان پیش از قاعدگی (PMS): اختلالی که سبب بروز ناراحتی‌های جسمانی و تنش عاطفی در خلال یک تا دو هفته پیش از شروع دوره قاعدگی می‌شود. نشانه‌های این اختلال می‌تواند شامل خستگی، نیاز مبرم به خوردن، سردرد، تورم و التهاب سینه‌ها، تورم دست‌ها و پاها، نفخ شکم، حالت تهوع، یبوست، افزایش وزن، اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری، نوسانات خلقی، ریزش اشک از چشم‌ها، و مشکل در تمرکز و یادآوری باشد. معمولاً PMS پس از سی سالگی در زنان بروز می‌کند. اگرچه برخی از افراد بر این باورند که این اختلال منشأ عاطفی - هیجانی دارد، اما پژوهشگران در یک مطالعه دریافتند این نشانگان، پاسخ نابهنجار به ترشح ماهانه هورمون‌های زنانه استروژن و پروژسترون است.

مشکلات دوره میانسالی

در فاصله جوانی تا میانسالی، تغییرات حسی و حرکتی ماهیتی جزئی، تدریجی و تقریباً نامحسوس دارند. بعلاوه بسیاری از افراد میانسال، علیرغم آنکه معمولاً از سلامت برخوردارند، نگران نشانه‌های افول احتمالی سلامت خود هستند. آنها دیگر نمی‌توانند تا دیروقت مطالعه کنند، احتمال ابتلایشان به برخی بیماری‌ها بیشتر می‌شود، و مدت زمان بیشتری طول می‌کشد تا از بیماری یا خستگی ناشی از کار شدید بهبود یابند.

مشکل	توضیح
بینایی	پیدایش مشکل در دید نزدیک، پویابینی (خواندن علائم متحرک)، حساسیت به نور، جستجوی دیداری (برای پیدا کردن یک علامت) و سرعت پردازش اطلاعات دیداری (مثل پیدا کردن یک علامت). معمولاً تیزبینی یا دقت بینایی نیز کمی دچار نقصان می‌شود. به دلیل تغییراتی که در مردمک چشم‌ها بروز می‌کند، افراد میانسال برای جبران کمبود نوری که به شبکیه می‌رسد به حدود یک سوم روشنایی بیشتر نیاز دارند. چون عدسی چشم به تدریج انعطاف خود را از دست می‌دهد و قابلیت آنها جهت تمرکز کاهش می‌یابد. این تغییر معمولاً در اوایل میانسالی بروز می‌کند و در ۶۰ سالگی به اوج خود می‌رسد. بسیاری از افراد پس از ۴۰ سالگی به واسطه مشکل دوربینی یعنی کاهش توانایی تمرکز بر اشیای نزدیک به عینک نیاز پیدا می‌کنند. میزان بروز نزدیک‌بینی نیز در میانسالی افزایش می‌یابد.
شنوایی	کاهش تدریجی شنوایی که به ندرت پیش از میانسالی قابل تشخیص است پس از ۵۰ سالگی شدت می‌یابد. این عارضه که پرسبی‌کیوز نام دارد معمولاً بیشتر مربوط به صداهایی با فرکانس بالاست تا اصوات گفتاری. با پایان میانسالی یک چهارم افراد دچار نقص شدید در شنوایی می‌شوند. سرعت کاهش شنوایی در مردان دو برابر زنان است.
یائسگی	یائسگی یعنی توقف عادت ماهیانه و از دست رفتن توان باروری که معمولاً حول و حوش ۵۰ سالگی بروز می‌کند. در فاصله سنین ۳۵ تا ۴۵ سالگی و به موازات کاهش ترشح هورمون زنانه استروژن توسط تخمدان‌ها، تولید تخمک‌های بالغ در بدن زنان کاهش می‌یابد. این دوره که در آن تولید هورمون زنانه و تخمک‌گذاری رو به کاهش می‌گذارد و درست قبل از یائسگی قرار دارد به دوره پیش‌یائسگی موسوم است که به آن کلیماکتریک یا تغییر زندگی نیز گفته می‌شود. همچنین گاهی برای اشاره به دوره‌ای از تغییرات فیزیولوژیکی، هیجانی و روان‌شناختی که دستگاه تناسلی و دیگر دستگاه‌های بدن مردان را دربرمی‌گیرد از واژه کلیماکتریک مردان استفاده می‌شود. یائسگی مردان تدریجی‌تر از یائسگی زنان است و شدت آن بسیار متغیر است. درمانش جایگزینی هورمونی (HRT) است.

فشار خون	شایع‌ترین عارضهٔ مزمن در مردان ۴۵ تا ۶۴ ساله و دومین عارضهٔ شایع (بعد از التهاب مفاصل) در میان زنان است. فشار خون بالا می‌تواند به حملهٔ قلبی یا سکتهٔ مغزی یا نقایص شناختی در پیری منجر شود. غربالگری در زمینه فشار خون، رژیم‌های غذایی کم‌نمک، و دارودرمانی، از میزان شیوع فشار خون بالا کاسته است.
پوکی استخوان	در زنان سرعت کاهش تراکم استخوان در ۵ تا ۱۰ سال اول پس از یائسگی به شدت افزایش می‌یابد. علت این مسأله آن است که استروژن کمک می‌کند خون، کلسیم غذا را و استخوان‌ها، کلسیم خون را جذب کند. بنابراین با کاهش میزان استروژن پس از یائسگی، جذب کلسیم نیز کاهش می‌یابد. کاهش شدید تراکم استخوان سبب بروز پوکی استخوان می‌شود، عارضه‌ای که در آن استخوان‌ها در نتیجهٔ کمبود کلسیم ناشی از کاهش استروژن، باریک و شکننده می‌شوند. نشانه‌های معمول پوکی استخوان عبارتند از: کاهش بارز قد و ظاهر قوزمانند که حاصل فشردگی و فروپاشی استخوان‌های ضعیف است.

مشکلات دورهٔ سالمندی

بعضی از سالمندان نقصان‌های بارزی را در کارکرد حسی و روانی-حرکتی متحمل می‌شوند، درحالی که بعضی دیگر تقریباً متوجه هیچ تغییری در زندگی روزمرهٔ خود نمی‌شوند. معمولاً آسیب‌ها در گروه پیران فرتوت شدیدتر است. ممکن است مشکلات بینایی و شنوایی، آنها را از انجام بسیاری از فعالیت‌ها، و روابط اجتماعی باز دارد و سبب وابستگی آنها به دیگران شود. از طرفی بیشتر افراد سالمند به یک یا چند عارضه یا ناتوانی مزمن جسمانی مبتلا هستند. شیوع این عوارض با افزایش سن بیشتر می‌شود. اما وقتی عارضه شدید نیست، معمولاً می‌توان آن را به نحوی کنترل کرد که مزاحم زندگی روزمرهٔ فرد نشود.

مشکل توضیح

بینایی	آب مروارید. مناطق کدر در عدسی چشم‌ها که باعث تاری دید می‌شود. بیش از نیمی از افراد بالای ۶۵ سال دچار آب مروارید هستند؛ جراحی آن معمولاً موفقیت‌آمیز، و از شایع‌ترین انواع عمل جراحی سالمندان است.
	تحلیل‌رفتگی ماکولا بر اثر پیری. عارضه‌ای که در آن مرکز شبکیه به تدریج توانایی خود را برای تمیز دقیق جزئیات ظریف از دست می‌دهد؛ این عارضه علت اصلی نابینایی غیرقابل درمان در سالمندان به شمار می‌رود.
	گلوکوم (آب سیاه). آسیب‌دیدگی بازگشت‌ناپذیر عصب بینایی بر اثر افزایش فشار داخلی چشم که اگر درمان نشود منجر به نابینایی می‌گردد. احتمال ابتلای سالمندان سیاه‌پوست به این عارضه، دو برابر سالمندان سفیدپوست است.

شنوایی ۴۳ درصد سالمندان به کم‌شنوایی دچارند که عمدتاً ناشی از پرسیبی کیوز - کاهش توانایی شنیدن اصوات دارای فرکانس بالا بر اثر افزایش سن - است. پرسیبی کیوز شنیدن صحبت‌های دیگران را - به‌خصوص در حضور صداهای دیگر یا زمانی که چند نفر هم‌زمان صحبت می‌کنند - دشوار می‌سازد.

آرتروز گروهی از اختلالات که سبب بروز درد و ناتوانی حرکتی می‌شود، و غالباً با التهاب مفاصل همراه است. آرتروز شایع‌ترین عارضه مزمن در سالمندان به شمار می‌رود. عمده‌ترین اشکال این اختلال عبارتند از استئوآرتروز یا بیماری تباه‌کننده مفاصل که غالباً مفاصلی که وزن بدن را تحمل می‌کنند - نظیر باسن و زانو‌ها - گرفتار می‌سازد، و آرتروز روماتوئیدی که نوعی بیماری فلج‌کننده است و به تدریج سبب از بین رفتن بافت مفصل می‌شود.

بیماری‌ها و اختلالات شناختی

در این بخش برخی از اختلالات شایعی را که باعث مشکلات یادگیری می‌شوند و در طبقه اختلالات عصبی - رشدی می‌گنجد، توضیح می‌دهیم؛ بحث کودکان سرآمد را نیز در ادامه همین بحث می‌آوریم. سپس یکی از مهمترین مشکلات عصبی - شناختی - یعنی آلزایمر - را خواهیم آورد.

عقب‌ماندگی ذهنی. عقب‌ماندگی ذهنی با هوشبهر حدود ۷۰ یا کمتر به همراه نارسایی در رفتار سازشی متناسب با سن (مثل برقرار ارتباط، مهارت‌های اجتماعی و مراقبت از خود) که پیش از ۱۸ سالگی بروز می‌کند مشخص می‌شود. در تشخیص باید هم میزان هوشبهر و هم رفتار فرد را مدنظر قرار داد. حدوداً در ۳۰ تا ۴۰ درصد موارد علت عقب‌ماندگی ذهنی ناشناخته است. علل شناخته‌شده این اختلال (به ترتیب اهمیت) عبارتند از: مشکلاتی در رشد جنین (مثل نشانگان جنین الکلی)، اختلالات روانی (مثل درخودماندگی)، تأثیرات محیطی (مثل سوءتغذیه)، مشکلات دوره بارداری یا زایمان (مثل سوءتغذیه جنین یا آسیب‌های هنگام تولد)، بیماری‌های ارثی (مثل بیماری تائوساکس)، و مشکلات جسمانی دوران کودکی (مثل ضربه به سر یا مسمومیت با سرب). بسیاری از موارد عقب‌ماندگی ذهنی با تدابیری از قبیل مشاوره ژنتیک، مراقبت‌های پیش از تولد، آمیونسنتز، غربالگری‌های معمولی و مراقبت‌های بهداشتی برای نوزادان، و خدمات تغذیه‌ای به خانم‌های باردار و نوزادان، قابل پیشگیری است. بیشتر کودکان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی می‌توانند به تحصیل پردازند. برنامه‌های مداخله‌ای به بسیاری از بزرگسالان مبتلا به عقب‌ماندگی خفیف یا متوسط و آنهایی که مرزی (بین ۷۰ تا ۸۵) تلقی می‌شود کمک می‌کند تا شاغل شوند، و در جامعه به زندگی پردازند. اما مبتلایان عقب‌ماندگی شدید نیازمند مراقبت و نظارت دائمی - معمولاً در مراکز نگهداری - هستند. درمورد برخی از این افراد، استفاده از مراکز روزانه، مراکز

شبانه‌روزی نگهداری از بزرگسالان مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی و ارائه خدمات خانه‌داری به مراقبان این افراد می‌تواند کم‌هزینه‌تر و انسانی‌تر از نگهداری دائم آنها در مراکز نگهداری باشد.

ناتوانایی‌های یادگیری (LD)^۱. ناتوانایی‌هایی که در جنبه‌های خاصی از پیشرفت تحصیلی ایجاد اختلال می‌کنند و منجر به عملکردی می‌شوند که به طور قابل ملاحظه‌ای از تحصیلاتی که از کودکان انتظار می‌رود، پایین‌تر است. کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری اغلب دارای هوشبهر نزدیک به میانگین تا بالاتر از میانگین و شنوایی و بینایی بهنجار هستند. اما در پردازش اطلاعات حسی مشکل دارند. آنها معمولاً تکلیف‌گرا نیستند و حواسشان راحت‌تر از سایر کودکان پرت می‌شود؛ در مقام فراگیرنده از سازمان‌یافتگی کمتری برخوردارند و کمتر از راهبردهای مربوط به تقویت حافظه استفاده می‌کنند. ناتوانی‌های یادگیری می‌توانند بر عزت نفس و نیز عملکرد تحصیلی اثرات مخربی داشته باشد. نارساخوانی متداول‌ترین تشخیص انواع متعدد ناتوانی‌های یادگیری است؛ در واقع ۸۰ درصد کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری دچار نارساخوانی هستند. ظاهراً دختران و پسران را به یک اندازه مبتلا می‌کند. واژه نارساخوانی به هر نوع مشکل در زمینه خواندن اطلاق می‌شود. عقیده بر این است که در بیشتر موارد، این اختلال از یک نقیصه عصب‌شناختی در پردازش صداهای گفتاری -توانایی درک این نکته که واژه‌های از بخش‌های صدادار کوچکتری تشکیل شده‌اند که از طریق حروف نوشتاری بازنمایی می‌شوند- ناشی می‌شود. وجود این نقیصه در پردازش آوایی، رمزگشایی واژه‌ها را برای این قبیل کودکان دشوار می‌سازد. عامل وراثت در این اختلال و دیگر اختلالات زبان و گفتار نقش قابل توجهی دارد. ممکن است کودکان نارساخوان در حافظه کوتاه‌مدت کلامی و سایر مهارت‌های شناختی و زبانی نیز ضعیف باشند. تصویربرداری مغزی آنان نیز تفاوت‌هایی با کودکان بهنجار نشان داد.

اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی (ADHD)^۲. این اختلال ۲ تا ۱۱ درصد یا کمی بیشتر از کودکان مدرسه‌ای سراسر دنیا را گرفتار می‌کند. بی‌توجهی و حواس‌پرتی دائم، تکانشی بودن، آستانه تحمل پایین در برابر ناکامی، و فعالیت بیش از حد در زمان و مکان نامناسب مانند کلاس، از جمله ویژگی‌های این اختلال هستند. احتمال تشخیص این اختلال در پسران سه تا چهار برابر دختران است. این اختلال دارای دو مجموعه متفاوت از نشانه‌هاست: بی‌توجهی و بیش‌فعالی. برخی از کودکان بی‌توجه هستند، برخی دیگر بیش‌فعال. با این حال در ۸۵ درصد موارد، هر دو نوع رفتار همراه با هم بروز می‌کنند. عامل وراثت در ابتلا به ADHD نقش زیادی دارد. حدود ۸۰ درصد از موارد این اختلال از مبنایی وراثتی برخوردارند. ژنی که رابطه قوی با بروز ADHD دارد با حس نوظلبی -رفتاری که احتمالاً زمانی به نوع بشر در انطباق با محیط پیرامون خود که به سرعت در

1. Learning disorders

2. Attention deficit hyperactivity disorder

حال تغییر بوده کمک می‌کرده- نیز در ارتباط است. پیش‌رس بودن، مادر باردار الکلی یا سیگاری، قرارگیری در معرض سطوح بالای سرب، و کمبود اکسیژن از عوامل محیطی مؤثر در ایجاد این اختلال است. البته این کودکان دچار آسیب مغزی نیستند. ساختارهای مغزی کودکان مبتلا به ADHD در قشر قدامی پیشانی و هسته‌های قاعده‌ای یعنی مناطقی که بازداری تکانه‌ها، تنظیم توجه و کنترل شخصی را به عهده دارند، به طور غیرمعمولی کوچک است. با افزایش سن نشانه‌ها کاهش می‌یابند، اما اغلب تا نوجوانی و بزرگسالی ادامه می‌یابد و چنانچه درمان نشود، چه بسا به آسیب‌های شدید، مشکلات تحصیلی، رفتارهای ضداجتماعی، رانندگی خطرناک، سوءمصرف مواد و اضطراب یا افسردگی منجر شود. ADHD اغلب با دارو و گاهی اوقات در ترکیب با رفتاردرمانی، مشاوره، آموزش مهارت‌های اجتماعی و جایگزینی در کلاس‌های ویژه، درمان می‌شود. گویا داروهای روانگردان محرکی مانند متیل فنیدات (ریتالین) با دوز مناسب در دوره‌های کوتاه‌مدت مطمئن و مؤثر باشند اما تأثیر درازمدتش مشخص نیست. به نظر می‌رسد که داروی جدید آتوموکستین نیز در درمان ADHD از ایمنی و اثربخشی مناسبی برخوردار است.

کودکان سرآمد. ملاک سنتی سرآمدی، هوش عمومی بالاست که با هوشبهر ۱۳۰ یا بالاتر مشخص می‌شود. با این تعریف، معمولاً کودکان برخوردار از خلاقیت بالا (کسانی که پاسخ‌های نامتعارفشان، اغلب، نمره‌های آزمون‌هایشان را پایین می‌آورد)، کودکان محروم (کسانی که ممکن است توانایی‌هایشان به رغم وجود استعداد بالقوه، به خوبی رشد نیافته باشد) و کودکان برخوردار از استعدادهای ویژه (که ممکن است در حد متوسطی باشند یا حتی در سایر زمینه‌ها اختلال یادگیری نشان دهند) نادیده گرفته می‌شوند. امروزه بسیاری از مناطق آموزشی، برای گزینش دانش‌آموزان برای برنامه‌های مخصوص کودکان سرآمد، از معیارهای چندگانه شامل نمرات آزمون‌های پیشرفت تحصیلی، نمره‌های درسی، عملکرد کلاسی، تولید خلاق، پیشنهادات والدین و معلمان و مصاحبه با دانش‌آموزان بهره می‌جویند. اما هنوز هم هوشبهر عامل مهم و گاه تعیین‌کننده است. برنامه‌های ویژه آموزش کودکان سرآمد دو رویکرد دارد: ^۱ غنی‌سازی^۱. از طریق فعالیت‌های کلاسی اضافی، طرح‌های پژوهشی، گردش‌های علمی، یا راهنمایی متخصصان، دانش و مهارت‌های کودک را گسترش می‌دهد و تعمیق می‌کند. ^۲ شتاب بخشیدن^۲. که اغلب برای کودکان بسیار تیزهوش توصیه شده است، آموزش آنها را با ورود زود هنگام به مدرسه، جهشی خواندن پایه‌ها، جایگزینی در کلاس‌های پیشرفته، یا با دوره‌های پیشرفته در دروس خاص، سرعت می‌بخشد. به نظر نمی‌رسد رویکرد شتاب بخشیدن -لااقل در درازمدت- به سازگاری اجتماعی کودکان آسیبی وارد سازد. کودکانی که در برنامه‌های مخصوص دانش‌آموزان سرآمد شرکت

1. Enrichment
2. Acceleration

می‌کنند، نه تنها از نظر تحصیلی پیشرفت می‌کنند، بلکه معمولاً از نظر کسب خودپنداره و سازگاری اجتماعی نیز بهبود می‌یابند.

زوال عقل^۱ اصطلاحی کلی برای توصیف نوعی اختلال شناختی و رفتاری است که اساس فیزیولوژیکی دارد و ابتلای به آن زندگی روزمره را مختل می‌کند. بیشتر موارد زوال عقل برگشت‌ناپذیر است، اما در بعضی موارد با تشخیص و درمان زودهنگام قابل برگشت است. حدود دو سوم موارد زوال عقل، ناشی از بیماری آلزایمر است. بعلاوه زوال عقل ناشی از سکت‌های متعدد که از مجموعه‌ای از سکت‌های مغزی خفیف نشأت می‌گیرد، حداقل ۸۰ درصد از موارد زوال عقل را دربرمی‌گیرند.

آلزایمر (AD)^۲ از شایع‌ترین و هولناک‌ترین بیماری‌های مرگبار سالمندان است که بیشتر جنبهٔ وراثتی دارد. این بیماری به تدریج هوش، آگاهی و حتی توانایی بیماران در کنترل کارکردهای بدنی خود را زائل می‌کند، و در نهایت آنها را به کام مرگ می‌کشاند. تا امروز تشخیص قطعی بیماری آلزایمر تنها از راه تحلیل بافت مغز امکان‌پذیر بوده. در مغز افراد مبتلا به این بیماری تعداد بسیار زیادی گره عصبی - توده‌ای از رشته‌های پروتئینی تخریب‌شده - و توده‌های مومی‌شکل بزرگی از پلاک آمیلوئید به چشم می‌خورد؛ پلاک آمیلوئید بافت مرده‌ای متشکل از یکی از مشتقات پروتئین بتا آمیلوئید است که فواصل موجود میان نورون‌ها را پر می‌کند. چون این پلاک‌ها قابل حل‌شدن نیستند، مغز نمی‌تواند آنها را دفع کند. ممکن است آنها متراکم و گسترده شوند و نورون‌های هم‌جوار خود را تخریب کنند. احتمالاً این تغییرات در مغز همهٔ افراد سالخورده تاحدودی بروز می‌کند، اما در افراد مبتلا به آلزایمر شدیدتر است. معمولاً پزشکان بیماری آلزایمر را با آزمون‌های جسمانی، عصب‌شناختی و حافظه و نیز مصاحبه‌های مفصل و مبسوط با بیماران و مراقبان یا اعضای درجهٔ یک خانواده تشخیص می‌دهند؛ این تشخیص‌ها تا ۸۵٪ درست هستند. نقائص شناختی خفیفی که هنوز آنقدر شدید نیستند که در فعالیتهای زندگی روزمرهٔ فرد اختلال ایجاد کنند می‌توانند نشانهٔ آغاز آلزایمر باشند. مهم‌ترین نشانهٔ اولیه ناتوانی در یادآوری رویدادهای اخیر یا به‌خاطر سپردن اطلاعات جدید است. فرد مبتلا ممکن است سوالاتی که قبلاً به آنها پاسخ داده را تکرار کند یا وظایف روزمرهٔ خود را ناتمام رها کند. این نشانه‌های اولیه معمولاً نادیده گرفته می‌شوند چون شبیه فراموش کاری‌های معمولی هستند یا نشانه‌ای از پیری تلقی می‌شوند. نشانه‌های دیگر عبارتند از بی‌قراری، اضطراب، افسردگی. همچنین به تدریج با پیشرفت بیماری هذیان، روان‌آشفته‌گی، و پرسه‌زدن بروز پیدا می‌کند. حافظهٔ بلندمدت، قضاوت، تمرکز، جهت‌یابی و گفتار نیز دستخوش اختلال می‌شود و بیماران به تدریج توانایی انجام فعالیتهای روزمرهٔ خود را از

1. Dementia
2. Alzheimer

دست می‌دهند. بازدارنده‌های کولین استراز (مثل دونپزیل با نام تجاری آریسپت) می‌توانند در یک سوم تا نیمی از بیماران نشانه‌های بیماری را حداقل به مدت ۶ ماه تا یک سال تخفیف دهند یا تثبیت کنند؛ اما تباهیدگی ناشی از بیماری را متوقف نمی‌کنند. با استفاده از درمان‌های رفتاری می‌توان تباهیدگی قابلیت‌ها را کُند کرد، ارتباط را بهبود بخشید و اختلالات رفتاری را کاهش داد. داروها نیز سبب تخفیف بی‌قراری، کاهش افسردگی و رفع بی‌خوابی بیماران می‌شود.

بیماری‌ها و اختلالات هیجانی

دیوید الکلیند به کودک امروزی لقب «کودک شتابزده»^۱ را داده است. او می‌گوید جامعه کودکان را وادار می‌کند که زود بزرگ شوند، و همین به آنان فشار روانی وارد می‌کند. از کودک امروزی انتظار می‌رود در مدرسه موفق باشد، در ورزش رقابت کند، نیازهای هیجانی والدین را پاسخگو باشد؛ بعلاوه خیلی زود در تلویزیون و زندگی واقعی با مسائل جنسی و خشونت، و دیگر مشکلات بزرگسالان مواجه می‌شود. کودکانی که بتوانند این شرایط را پشت سر بگذارند، کودکان تاب‌آور هستند. این کودکان متانت، خونسردی و کفایت خود را در مواجهه با مشکلات یا تهدیدها حفظ می‌کنند، و در پی وقایع آسیب‌زا نمی‌شکنند. البته کودکان تاب‌آور ویژگی‌های خارق‌العاده‌ای ندارند، بلکه دارای عوامل حفاظت‌کننده^۲ هستند.

عوامل حفاظت‌کننده	توضیح
روابط خانوادگی	روابط خوب و پیوندهای مستحکمی با حداقل یک والد یا مراقب.
کارکرد شناختی	هوشبهر نسبتاً بالا و توانایی زیاد در حل مسأله.
شخصیت پخته	سازگار، صمیمی، محبوب، مستقل، حساس نسبت به دیگران، شایسته، خلاق، خویشتندار و خودانگیخته.
مخاطره کمتر	هرچه مواجه با مخاطره کمتر باشد، مقابله با اختلالات روانی موفق‌تر خواهد بود.
تجربه‌های جبران‌کننده	برای مثال محیط حمایت‌کنندهٔ مدرسه می‌تواند زندگی در خانواده‌ای آشفته را جبران کند.

در ادامه با مشکلاتی آشنا می‌شوید که احتمالاً اگر افراد عوامل حفاظت‌کنندهٔ کافی می‌داشتند، کمتر احتمال داشت که به آن دچار شوند. بنابراین تفاوت این بخش با بیماری‌ها و اختلالات

1. Hurried child
2. Protective factors

جسمی و شناختی این است که می‌توان با مشکلات هیجانی مقابله کرد، حتی اگر زمینه زیستی (ارثی) داشته باشند.

ترس‌های اوایل کودکی

ترس‌های گذرا در اوایل کودکی شایع هستند. بیشتر کودکان ۲ تا ۴ ساله از حیوانات -به‌ویژه سگ- و کودکان ۶ ساله از تاریکی می‌ترسند. درکل ترس‌های کودکان خردسال به‌شدت خیالی است. گاهی آنان چنان تحت‌تأثیر تخیلات قرار می‌گیرند که از حمله شیر یا از رهاشدگی نگران می‌شوند. اما ترس‌های کودکان بزرگتر، واقع‌گرایانه‌تر است و بیشتر با ارزیابی خود رابطه دارد، زیرا می‌دانند دیگران آنها را ارزیابی می‌کنند. همچنین ترس ممکن است ناشی از تجربه شخصی یا با شنیدن تجربه دیگران ایجاد شده باشد. با حساسیت‌زدایی منظم می‌توان به کودکان کمک کرد تا بر ترس‌هایشان غلبه کنند؛ با این روش کودک به تدریج با اشیا یا موقعیت ترسناک مواجه می‌شود.

مشکلات درون‌ریزی و برون‌ریزی اواسط کودکی

در این دوره ممکن است بعضی از کودکان به‌شدت قشقرق راه بیاندازند و کنترل رفتارهایشان دشوار باشد. درمقابل کودکانی هم هستند که در لاک خود فرو می‌روند و مشکلاتشان را ابراز نمی‌کنند. گروه اول مشکلات برون‌ریزی دارند و گروه دوم مشکلات درون‌ریزی.

مشکل	اختلال	توضیح
برون‌ریزی	نافرمانی - لجبازی (ODD)	قشقرق و لجبازی و رفتارهای جنجالی، خصومت‌آمیز و آزاردهنده عمدی - که بین کودکان ۴ و ۵ ساله شایع است - معمولاً در دوره میان‌کودکی از بین می‌روند. اما اگر این الگوی رفتاری تا ۸ سالگی ادامه پیدا کند، شاید کودک مبتلا به این اختلال باشد. این کودکان همیشه درحال جنگ و دعوا، جاروجنجال، قشقرق، شکستن اشیا، غرغر به دیگران، عصبانی و خشمگین هستند.
سلوک (CD)		بعضی از کودکان مبتلا به ODD الگویی پایدار و تکرارشونده از اعمال پرخشاگرانه و ضداجتماعی دارند؛ مثل فرار از مدرسه، آتش‌افروزی، دروغ‌گویی، جنگ و دعوا، تخریب‌گری، تجاوز به عنف یا روسپی‌گری و استفاده از اسلحه. این الگو اختلال سلوک نام دارد. بسیاری از این کودکان به ADHD نیز مبتلا هستند، و در بزرگسالی نیز به رفتارهای ضداجتماعی خود ادامه می‌دهند. اما این اختلال در بیشتر موارد در دوران بزرگسالی از بین می‌رود.

درون‌ریزی اضطراب

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین مشکلات روانی کودک و نوجوان در آمریکا - و شاید جهان - است. شیوع این اختلالات در دختران دو برابر پسران است؛ دختران در افسردگی نیز آسیب‌پذیرتر هستند. در ادامه با برخی از اختلالات اضطرابی آشنا می‌شوید.

ترس از مدرسه. ترس غیرواقع‌بینانه از مدرسه که شبیه به اختلال اضطراب جدایی است. بیشتر این کودکان متعلق به خانواده‌هایی با پیوندهای نزدیک هستند. در بسیاری از آنها نشانه‌هایی از افسردگی به چشم می‌خورد. البته دانش‌آموزان متوسط یا خوبی‌اند. اگرچه خارج از خانه خجالتی می‌نمایند، در قبال والدینشان سرسخت، لجباز و پرتوقع هستند. مهمترین عنصر در درمان، بازگشت زودهنگام و تدریجی به مدرسه است.

اضطراب تعمیم‌یافته (GAD). نگرانی گسترده و فراگیر از تقریباً همه چیز. نگرانی به عملکرد کودک یا نظر دیگران نسبت به او ربطی ندارد. کودک مبتلاً معمولاً کمال‌گرا، مطیع و از خودنامطمئن است. به دنبال تأیید دیگران است، و دائماً به قوت‌قلب نیاز دارد.

وسواس فکری-اجبار عملی (OCD). وسواس فکری درباره افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های تکرارشونده و مزاحم، و انجام رفتارها و آیین‌های اجباری - مثل شستن دست - برای رهایی از این افکار. از دیگر اختلالات اضطرابی شیوع کمتری در کودکان دارد.

افسردگی

متداول است که کودکان مدرسه‌ای بگویند «هیچ‌کس مرا دوست ندارد». اما این احساس تنهایی ممکن است علامت افسردگی کودک نیز باشد. همیشه ۱۰ تا ۱۵ درصد کودکان و نوجوانان به برخی از نشانه‌های افسردگی مبتلا هستند. وجود پنج نشانه که دستکم دو هفته دوام بیاورد نشانه افسردگی است. اغلب افسردگی حین انتقال کودکان از دوران ابتدایی به راهنمایی بروز می‌کند. شاید با افزایش فشار تحصیلی مرتبط باشد.

درمان‌ها. در کنار درمان‌های رایج فردی، خانواده‌درمانی، و رفتاردرمانی یا اصلاح رفتاری، از بازی‌درمانی و هنردرمانی نیز استفاده می‌شود. ممکن است درمانگر برای ارزیابی مشکلات رشدی کودک خردسال، او را به هنگام بازی با وسایل و اسباب‌بازی‌های مناسب سنش مشاهده کند. ممکن است یکی از اعضای تیم درمان با کودک بازی کند تا بتوان تعاملات اجتماعی و روابط کودک را مشاهده کرد. اثربخشی بازی‌درمانی که در آن کودک به بازی آزاد می‌پردازد، و درمانگر نیز گهگاه اظهارنظر می‌کند، سوال‌هایی می‌پرسد یا پیشنهادهای ارائه می‌دهد در درمان مشکلات هیجانی، شناختی و اجتماعی اثبات شده؛ مخصوصاً مشارکت والدین و اعضای خانواده اثربخشی درمان را بالا

می‌برد. هنردرمانی نیز می‌تواند به کودکانی که از مهارت‌های کلامی و مفهومی پایینی برخوردارند، یا ضربه عاطفی سختی را متحمل شده‌اند کمک کند تا بدون بیان احساسات ناراحت‌کننده خود، آنها را ابراز و توصیف کند.

مشکلات دوره نوجوانی

برخی از مشکلات نوجوانی با توجه به اینکه در دوره پرهیجانی هستند، از نوع رفتارهای پرخطر و تکانشی است. نباید فراموش کنیم که هویت‌یابی از مسائل مهم نوجوانی است که ممکن است غیرمستقیم باعث رفتارهایی مثل بی‌اشتهایی روانی شود. بنابراین رفتارهای تکانشی و حساسیت به خود، زمینه‌ساز مشکلاتی است که در نوجوانی پدیدار می‌شود. اما خود بلوغ نیز با زودرسی و دیررسی در ایجاد و یا تداوم مشکلات اثرگذار هستند.

بلوغ زودرس و دیررس. نوجوانی دوره گذار از کودکی به بزرگسالی است که از ۱۲ سالگی شروع می‌شود. در این دوره نوجوان به بلوغ جنسی می‌رسد، و هویت مستقلی از خانواده پیدا می‌کند. در عرف نوجوانی را دوره‌ای طوفانی و پرفشار می‌دانند، اما پژوهش‌ها این دیدگاه را تأیید نمی‌کنند. در واقع اکثر نوجوانان این دوره را بدون آشفتگی خاصی سپری می‌کنند. این بدان معنا نیست که بلوغ دوره بی‌اهمیتی است. بلوغ بر تصویر فرد از بدن، عزت‌نفس، خلق، و روابط نوجوان تأثیر می‌گذارد. اما نوجوانانی که احتمالاً بیشتر از دیگران تحت تأثیر دوره بلوغ قرار می‌گیرند، کسانی هستند که کمی زودتر یا دیرتر به بلوغ رسیده‌اند. درکل پسران زودرس درمقایسه با همکلاسی‌های همجنس و دیررس خود، خلق مثبت‌تر، و رضایت بیشتری از وزن و ظاهر کلی خود دارند. اما این پسران درمقایسه با پسرهای دیررس ثبات عاطفی و خودگردانی کمتری دارند، و بیشتر احتمال دارد به رفتارهای پرخطر بپردازند؛ از سیگار و شراب و مواد تا قانون‌شکنی. اگرچه پسرهای دیررس در پایه هفتم حس خیلی بدی به خود دارند، در سال آخر دبیرستان سالم‌ترین گروه محسوب می‌شوند. برعکس پسران، دختران زودرس درمقایسه با دختران دیررس، اضطراب و افسردگی بیشتری دارند، و عزت‌نفس‌شان پایین‌تر است؛ بعلاوه از وزن و ظاهر خود رضایت کمتری دارند، چون بدنشان بیشتر شبیه بدن زنان است. البته در اوایل زودرس‌ها محبوبیت دارند، چراکه از نظر جنسی رشدیافته هستند. تحقیقات نشان داده‌اند احتمال اینکه دختران زودرس با والدین تعارض داشته باشند، ترک تحصیل کنند، یا مشکلات عاطفی و رفتاری داشته باشند، نسبت به دیگر دختران بیشتر است.

بی‌اشتهایی روانی^۱ و پراشتهایی روانی^۲. از جمله اختلالات خوردن هستند که شامل الگوهای نابهنجار در مصرف غذا هستند. در بی‌اشتهایی روانی فرد به خودش گرسنگی می‌دهد، چون همیشه احساس می‌کند چاق است؛ در واقع خودپنداره (خودانگاره) او تحریف شده است. این افراد درس خوان هستند و والدینشان آنها را بچه‌های نمونه‌ای توصیف می‌کنند. اما شاید گوشه‌گیر یا افسرده باشند، و رفتاری تکراری و کمال‌گرایانه بروز دهند. در پراشتهایی روانی فرد منظم و در زمان کوتاه (معمولاً ۱ ساعت یا کمتر) پرخوری می‌کند، و سپس سعی می‌کند با انواع روش‌ها - از رژیم و ورزش شدید تا استفراغ عمدی - کالری مصرف شده را از بدن خارج کنند. این افراد نسبت به وزن و شکل بدنشان وسواس دارند، و از عادات خوردن خود شرمسار یا حتی بیزار هستند، و افسرده‌شان می‌کند. نوع دیگری از پرخوری نیز هست که مراسم تخلیه کالری با رژیم، ورزش و استفراغ عمدی را ندارد؛ به این پرخوری، اختلال خوردن بی‌رویه می‌گویند. حدود ۳ درصد زنان و ۳/۰ درصد مردان در مقطعی از زندگی خود به اختلالات پراشتهایی روانی یا خوردن بی‌رویه دچار می‌شوند. کسانی که دستخوش دوره‌های گهگاهی خوردن بی‌رویه یا پراشتهایی می‌شوند از این هم بیشتر است. بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی شیوع خانوادگی دارند که نشانه مبنای ژنتیکی است. از علل احتمالی این اختلال می‌توان به عوامل عصبی - شیمیایی، رشدی، و اجتماعی - فرهنگی نیز اشاره کرد. پژوهشگران در افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی مشاهده کردند که جریان خون بخش‌هایی از مغز - به خصوص نواحی مربوط به کنترل خودانگاره دیداری و اشتها - کاهش می‌یابد. بعلاوه ظاهراً کمبود میزان سروتونین مغز با پراشتهایی روانی رابطه دارد. برخی از روان‌شناسان، بی‌اشتهایی روانی را با ترس از بزرگ شدن یا ترس از میل جنسی یا جو نابسامان خانواده مربوط می‌دانند. تصور می‌شود اشخاص مبتلا به پراشتهایی روانی از غذا برای ارضای اشتیاق خود به محبت و توجه استفاده می‌کنند. بی‌اشتهایی و پراشتهایی روانی را می‌توان با رفتاردرمانی، متعاقب آن روان‌درمانی فردی، گروهی یا خانوادگی یا درمان شناختی-رفتاری درمان کرد. چون این بیماران در معرض افسردگی و خودکشی هستند، ممکن است استفاده از داروهای ضدافسردگی مثل پروزاک در کنار روان‌درمانی مفید باشد. پیش‌آگهی اشخاص مبتلا به پراشتهایی روانی بهتر از بی‌اشتهایی روانی است، زیرا آنها معمولاً خواهان درمان هستند. اما افراد مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، حتی پس از توقف گرسنگی‌دادن به خود نیز اغلب مشکلات روان‌شناختی درازمدتی دارند. حدود ۲۵ درصد بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی تا آستانه معلولیت مزمن پیش می‌روند، و بین ۲ تا ۱۰ درصد آنها دچار مرگ زودرس می‌شوند.

1. Anorexia nervosa
2. Bulimia nervosa

سوء مصرف مواد. مصرف مواد غیرقانونی در بین نوجوانان آمریکایی پس از افزایشی که در سال‌های ۱۹۹۶ و ۱۹۹۷ نشان داد، در مجموع اندکی کاهش یافته و در حال حاضر بسیار کمتر از اوج آن در اواخر دهه ۱۹۷۰ و اوایل دهه ۱۹۸۰ است. در کل عوامل خطر آفرین عبارتند از ضعف در کنترل تکانه و گرایش به هیجان‌طلبی، عوامل خانوادگی، خلق و خوی بدقلق؛ مشکلات رفتاری زودرس و پایدار به ویژه پرخاشگری؛ شکست تحصیلی و عدم علاقه به تحصیلات؛ طرد از سوی همسالان و احساس بیگانگی؛ ارتباط با مصرف‌کنندگان مواد و نگرش‌های مثبت به مصرف مواد؛ و آشنایی زودهنگام با مصرف مواد. گاهی اوقات به الکل، ماری‌جوانا و سیگار که پرمصرف‌ترین مواد مورد استفاده نوجوانان هستند مواد واسطه‌ای^۱ گفته می‌شود؛ زیرا مصرفشان ممکن است به مصرف مواد اعتیادآورتری مثل کوکائین و هروئین منجر شود.

افسردگی. شیوع افسردگی در دوران نوجوانی افزایش می‌یابد. حدود ۲/۵ درصد کودکان و ۸/۳ درصد نوجوانان به افسردگی عمده دچارند. ۱۵ تا ۲۰ درصد نیز احتمالاً طی دوران نوجوانی یک دوره افسردگی را تجربه می‌کنند. دختران نوجوان به ویژه دخترانی که بلوغ زودرس دارند - مثل زنان بزرگسال - بیشتر در معرض خطر ابتدا به افسردگی قرار دارند. ممکن است این تفاوت جنسی به تغییرات زیست‌شناختی بلوغ و شیوه اجتماعی شدن دختران و آسیب‌پذیری بیشتر آنها نسبت به فشار روانی در روابط اجتماعی مربوط باشد. در ضمن اختلالات خودانگاره و خوردن می‌توانند نشانه‌های افسردگی را تشدید کند.

* **مرگ در نوجوانی.** تصادف با وسائل نقلیه موتوری مهمترین عامل مرگ‌ومیر نوجوانان آمریکایی به شمار می‌رود و یک سوم مجموع موارد مرگ و میر نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله را شامل می‌شود. احتمال تصادفات مرگبار در مواردی که نوجوانان ۱۶ یا ۱۷ ساله با خودروی سرنشین‌دار رانندگی می‌کنند بیشتر است، شاید چون معمولاً در حضور همسالان بی‌احتیاط‌تر رانندگی می‌کنند. بعلاوه دسترسی آسان به اسلحه در خانه مهمترین عامل خودکشی نوجوانان نیز است. اگرچه بیشتر نوجوانان با قرص یا مواد دیگر خودکشی می‌کنند، اما خودکشی موفق اغلب با اسلحه است. پسران نوجوان ۶ برابر بیشتر از دختران خودکشی می‌کنند. نوجوانی که خودکشی می‌کند معمولاً درباره خودش نظر مثبتی ندارد، احساس ناامیدی می‌کند، کنترل تکانه‌هایش ضعیف است و کمتر تحمل ناکامی و فشار را دارد. احساس افسردگی ممکن است به شکل ملال، بی‌اعتنایی، بیش‌فعالی یا مشکلات جسمانی بروز کند. این نوجوانان از والدین گریزانند و در بیرون از خانواده کسی را برای پناه‌آوردن ندارند. بسیاری از آنها در خانواده‌های نابسامان - اغلب دارای سابقه بیکاری، حبس، یا رفتار خودکشی‌گرا - بزرگ شده‌اند و نسبت قابل توجهی از این نوجوانان مورد بدرفتاری یا

1. Gateway drugs

بی‌توجهی قرار گرفته‌اند. برخی از عوامل حفاظت‌کننده خودکشی عبارتند از احساس تعلق خاطر به خانواده و مدرسه، سلامت هیجانی، و پیشرفت تحصیلی که در مقدمه این بخش خواندید.

مشکلات دوره میانسالی

در نوجوانی و جوانی هیجان‌های پرآشوب و تلاش برای کسب هویت و ورود به جامعه بزرگسالان، فشار زیادی به افراد وارد می‌کند. اما موفقیت‌شان به معنی پایان مشکلات نیست. به تدریج از بزرگسالی تا میانسالی فشار نقش‌هایی که افراد در خانواده و محیط کار برعهده گرفته‌اند، رفتاری‌های تازه‌ای برایشان می‌آورد!

زمینه	مشکل	توضیح
کاری	کاروشی و فرسودگی شغلی	ژاپنی‌ها در توصیف فشار شغلی از اصطلاح کاروشی به معنای مرگ بر اثر کار زیاد استفاده می‌کنند. فرسودگی شغلی مشتمل بر خستگی هیجانی - احساس ناتوانی در انجام وظایف شغلی - و احساس درماندگی و عدم کنترل است. این پدیده در مشاغل خدماتی (نظیر معلمی، پزشکی، درمانی، مددکاری اجتماعی و مشاغل پلیسی) شیوع بیشتری دارد، چون در این مشاغل افراد به دلیل آنکه نمی‌توانند آنطور که می‌خواهند به دیگران کمک کنند دچار احساس ناکامی می‌شوند. کسی که دچار فرسودگی می‌شود شاید ناگهان کار خود را رها کند، از خانواده و دوستان دوری‌گزیند و دستخوش افسردگی شود. هرچند بزرگترین عامل فشارزای مربوط به کار، بیکارشدن است!
	سقف شیشه‌ای	زنان و اقلیت‌های قومی با سقف نامرئی بر سر راه کسب پست‌های اجرایی عالی‌رتبه در شرکت‌ها مواجه هستند؛ به این، سقف شیشه‌ای می‌گویند.
خانوادگی	آشیانه خالی	وقتی کوچک‌ترین فرزند خانواده، خانه خانوادگی را ترک می‌کند، خانه تبدیل به آشیانه خالی می‌شود. گفته می‌شود آشیانه خالی در رابطه زناشویی خوب ماه عسل دوم، و در رابطه بد مقدمه‌ای بر جدایی بیشتر و حتی طلاق است. از طرفی گاتمن می‌گوید آشیانه خالی زنان را از «اضطرار مزمن فرزندپروری» رها می‌کند. آنها اکنون می‌توانند در عین لذت از موفقیت‌های فرزندان بزرگسالشان، علائق خود را نیز دنبال کنند. البته آشیانه خالی به معنی پایان فرزندپروری نیست، بلکه مرحله‌ای انتقالی است به سوی رابطه والدین با فرزندان بزرگسال. سرانجام تحقیقات نشان داده‌اند آنطور که ادعا می‌شود آشیانه خالی برای مادران دوره سختی نیست.

درواقع روی تعداد کمی از زنان خانه‌دار اثر دارد، و روی زنان شاغل هیچ اثری ندارد؛ مگر اینکه ساعات کارشان کاهش بیابد. جالب است مردان بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌های ناشی از فشار روانی هستند.

آشیانه شلوغ اگر فرزندان به موقع خانه را ترک نکنند یا مجدداً به خانه خانوادگی برگردند، با پدیده آشیانه شلوغ روبرو هستیم. درواقع حین بروز مشکلات مالی، زناشویی و مسائل دیگر خانه پدری پناهگاه راحت و مناسبی است که فرزندان بزرگسال به آن تکیه می‌کنند تا تجدید قوا کنند؛ به این پدیده، نشانگان در چرخان (پدیده بومرنگ) نیز می‌گویند.

فرسودگی
مراقب
مارکوئن و همکاران می‌گویند میانسالانی که یاد می‌گیرند در عین حفظ استقلال و خودمختاری، نیازهای وابستگی والدین خود را بپذیرند و برآورده کنند، به پختگی فرزندان می‌رسند. اما برقراری توازن، ساده نیست. گاهی میانسال بین مراقبت از والدین و فرزندانش گیر می‌کند؛ از این رو به این نسل میانی (بین والدین و فرزندان خود) نسل ساندویچ می‌گویند. آنان در تنگنای بین نیازهای متنوع و متناقض از یک سو و محدودیت منابع زمانی، مالی، و انرژی خود از سوی دیگر گرفتارند. این فشارها ممکن است باعث فرسودگی مراقب شود که نوعی خستگی جسمانی، روانی، و هیجانی است که افراد میانسالی که از بستگان سالمند خود مراقبت می‌کنند گرفتار آن می‌شوند.

بدرفتاری در دوره سالمندی

یکی از مهمترین مشکلات دوره سالمندی، بدرفتاری است که چهار نوع دارد: ۱. خشونت فیزیکی به قصد آسیب رساندن؛ ۲. سوءرفتار روان‌شناختی یا هیجانی که ممکن است مواردی چون توهین و تهدید (به رهاکردن یا بستری کردن در مؤسسات نگهداری) را شامل شود؛ ۳. بهره‌کشی مادی یا حیف‌ومیل کردن پول و دارایی‌های آنها؛ ۴. بی‌توجهی یعنی برآورده‌نکردن عمدی یا غیرعمدی نیازهای فرد سالمندی که به مراقبت نیاز دارد. در میان این عوامل خشونت فیزیکی آنقدر هم که تصور می‌شود شایع نیست؛ احتمالاً استثمار مالی از آن شایع‌تر است. انجمن پزشکی آمریکا دسته پنجمی به نام نقض حقوق شخصی اضافه کرده؛ برای مثال نقض حق فرد برای برخورداری از حریم خصوصی و تصمیم‌گیری درباره امور شخصی و پزشکی خود.

منابع

۱. روانشناسی رشد و تحول انسان پاپالیا. نویسنده: دایان ای. پاپالیا و همکاران. مترجم: داود عرب قهستانی. انتشارات رشد.
۲. نظریه‌های رشد: مفاهیم و کاربردها. نویسنده: ویلیام کریستوفر کرین. ترجمه: غلامرضا خوبی‌نژاد. انتشارات رشد.
۳. روانشناسی رشد لوراپرک. ترجمه: یحیی سیدمحمدی. جلد ۱ و جلد ۲.
۴. روانشناسی ژنتیک: تحول روانی از تولد تا پیری، جلد ۱ و جلد ۲. نویسندگان: محمود منصور، پریخ دادستان.



گروه آموزشی دکتر پیری
برگزارکننده کلاس‌های کنکور ارشد و دکتری روانشناسی
با حضور انحصاری دکتر پیری

ویژگی‌های دوره‌های برگزاری:

- ❖ تدریس به زبان ساده و قابل فهم
- ❖ ارائه کتاب‌ها و جزواتی که کاملاً منطبق بر تدریس کلاسی می‌باشند.
- ❖ بالاترین ساعات آموزشی برای هر درس
- ❖ کار روی تست‌های تألیفی و کنکور در طول ترم و پایان ترم
- ❖ مشاوره تحصیلی حرفه‌ای
- ❖ آموزش گام به گام و پرداخت گام به گام
- ❖ آموزش مقاله‌نویسی و مشارکت در تدوین مقالات مروری برای داوطلبان دکتری
- ❖ ارائه جزوات ویژه برای مصاحبه دکتری منطبق بر سؤالات مصاحبه برای داوطلبان دکتری

باور قلبی ما این است که «مشک آن است که خود ببوید، نه آن که عطّار بگوید». بر همین اساس بهترین مُبلغ خود را دانشجویان قلبی خود می‌دانیم و خواهان آن هستیم که در مورد کیفیت خدمات و نحوه تدریس ما از داوطلبان و رتبه‌های برتر سال‌های قبل بپرسید. ضمانت ما سابقه عملکرد ما در سال‌های قبل می‌باشد.

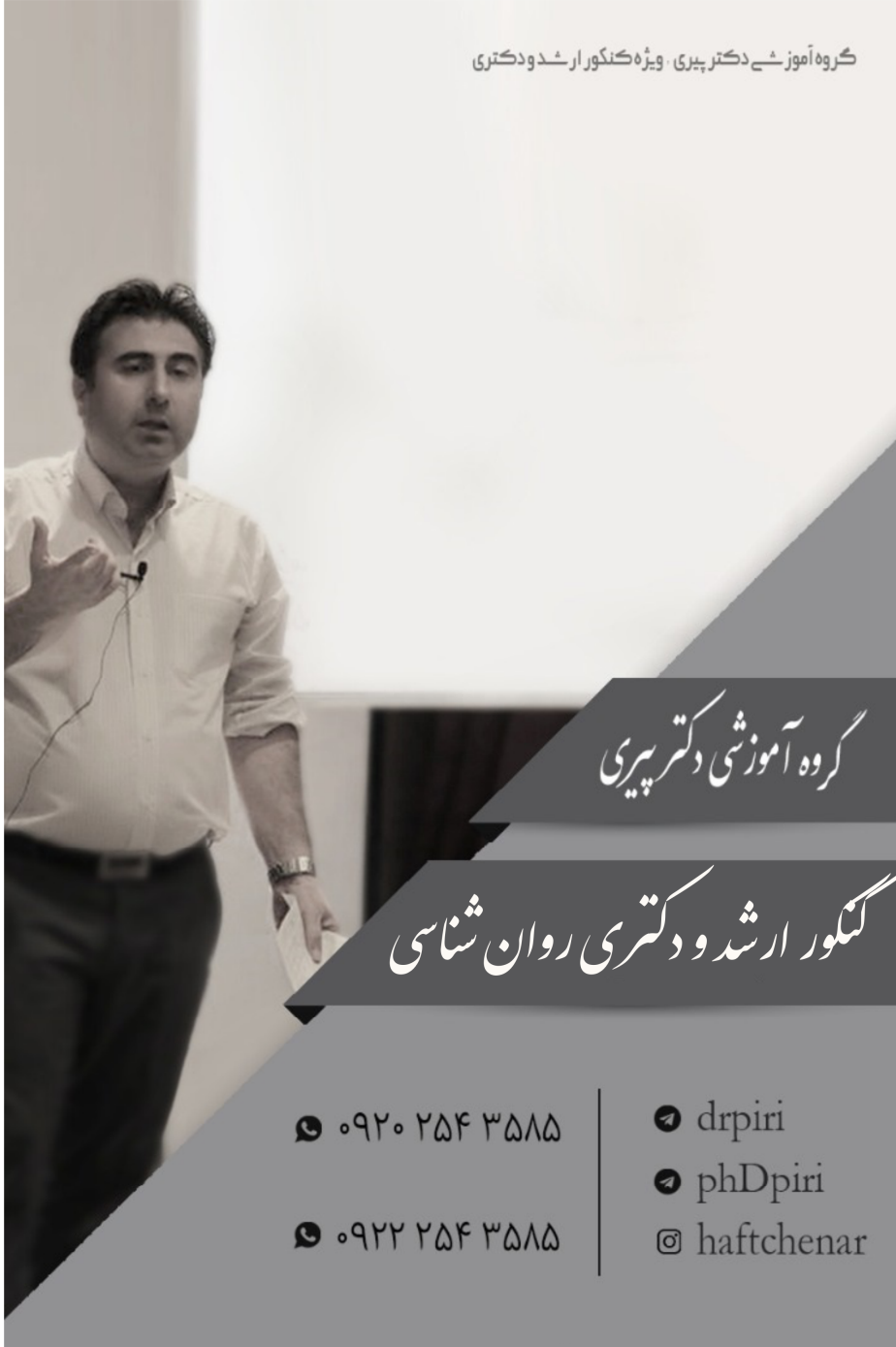
لازم به ذکر است دکتر پیری در مقطع ارشد و دکتری در هیچ مؤسسه آموزشی به جز این گروه آموزشی تدریس نمی‌کنند و بیش از پنجاه ساعت تدریس رایگان دکتر پیری در صفحه‌ی اینستاگرام (@haftchenar) در دسترس عزیزان می‌باشد.

شماره‌های مشاوره و ثبت نام:

09202543585

09222543585

گروه آموزشی دکتر پیری، ویژه کنکور ارشد و دکتری



گروه آموزشی دکتر پیری

کنکور ارشد و دکتری روان شناسی

☎ ۰۹۲۰ ۲۵۴ ۳۵۸۵

☎ ۰۹۲۲ ۲۵۴ ۳۵۸۵

✉ drpiri

✉ phDpiri

📍 haftchenar