

پرخاشگری در کودکان

زهرا دانشور عامری*

چکیده

شواهد حاکی از آن است که بین خشونت، پرخاشگری و بیماری‌های روانی ارتباط وجود دارد. به رغم وجود این مسئله، درک فعلی ما از علل پرخاشگری و درمان نهایی آن بسیار محدود است. از آنجا که پرستاران به ویژه پرستاران اطفال که با کودکان پرخاشگر در ارتباط هستند، اغلب هدف پرخاشگری آنان قرار می‌گیرند، این کمبود اطلاعات زنگ خطری محسوب می‌شود.

هدف این مقاله ارائه اطلاعاتی در مورد مفهوم پرخاشگری کودکان، بررسی رفتارهای خشن، اجرای مداخلات درمانی آنها و مروری بر روش‌های درمان دارویی، روانی و اجتماعی است تا در درک پرخاشگری و مداخلات بالینی آن به پرستاران کمک کند.

به هر حال اتیولوژی پرخاشگری هنوز به صورت یک معما باقی مانده است.

واژه‌های کلیدی: پرخاشگری، ارتباط کودک - پرستار

* عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

روان شناسان پرخاشگری را رفتاری می‌دانند که به دیگران آسیب می‌رساند یا بالقوه می‌تواند آسیب رسان باشد. این آسیب رساندن، به حالت‌های مختلف صورت می‌گیرد، و خشونت تنها یکی از انواع پرخاشگری محسوب می‌گردد.

از جمله معیارهای تشخیصی اختلالات سلوک، می‌توان به مواردی مانند پرخاشگری نسبت به مردم و حیوانات، تخریب اموال، تقلب و سرقت، رعایت نکردن قوانین اجتماعی و نشان دادن رفتارهای پرخاشگرانه اشاره داشت.

تفاوت میان انواع رفتارهای خشن محدوده‌ظریفی دارد و اغلب ممکن است اصطلاحاتی مانند بی‌قراری، پرخاشگری، تندی و خشونت به جای یکدیگر به کار روند. اما هر کدام به شرایط متفاوتی اطلاق می‌گردد (۱).

نظریه‌های مربوط به پرخاشگری

سه نظریه در مورد رفتار پرخاشگرانه وجود دارد:

- ۱ - نظریه فروید^۱
- ۲ - نظریه لورنز^۲
- ۳ - نظریه رفتار آموخته شده (رفتار یادگرفته شده).

نظریه فروید

فروید غریزه زندگی^۲ و غریزه مرگ^۳ را مطرح می‌کند. به نظر وی رفتارهای انسان همگی از تعامل پیچیده این دو غریزه و تنش مداوم بین آنها ناشی می‌شود و اگر غریزه مرگ مهار نشود، به خود ویرانگری سریع منجر می‌شود. او معتقد است با استفاده از مکانیزم جابه‌جایی انرژی، غریزه مرگ متوجه خارج می‌شود و پایه‌ای برای پرخاشگری را در مقابل دیگران به وجود می‌آورد.

نظریه لورنز

وی معتقد است؛ پرخاشگری که موجب آسیب رساندن به دیگران می‌گردد، ناشی از غریزه جنگیدن است و انرژی مربوط به این غریزه، خودبه‌خود تولید می‌شود و با بالارفتن میزان انرژی انباشته شده، احتمال پرخاشگری نیز افزایش می‌یابد.

نظریه رفتار آموخته شده

برخی پژوهشگران معتقدند پرخاشگری در حیوانات غریزی بوده و موجب تأمین بقای زندگی است اما پرخاشگری انسان رفتاری یادگرفته است که سود و منفعتی برای بشر ندارد. از این دیدگاه، پرخاشگری نوعی رفتار اجتماعی آموخته شده تلقی می‌شود، یعنی رفتاری است که مانند سایر فعالیت‌ها کسب و حفظ می‌گردد و ریشه پرخاشگری انسان

۳ - Eros

۴ - Thanatos

۱ - Freud

۲ - Lorenz



توسط دیگران و به خصوص مشاهده فیلم‌های خشونت‌آمیز از طریق تلویزیون و غیره.

عوامل محیطی نظیر آلودگی هوا، سر و صدا و تراکم جمعیت موجب افزایش تحریک‌پذیری می‌شود.

عوامل موقعیتی شامل بالا بردن سطح تحریک فیزیولوژیک ناشی از فعالیت‌ها و ورزش‌های سنگین و رزمی و نیز مشاهده فیلم‌های مهیج، موجب افزایش پرخاشگری آشکار می‌گردد. از دیگر عوامل موقعیتی به درد جسمی، عوامل هورمونی (سن بلوغ)، ژنتیکی و فرهنگی، وجود خشونت در خانواده به عبارتی الگوبرداری^۲، تقویت و تشویق^۳ و سابقه اختلال رفتار در والدین و نیز کودکانی که بهره هوشی کمتری دارند پرخاشگری بیشتری از خود نشان می‌دهند (۲ و ۳ و ۴ و ۵).

جنسیت کودک یکی دیگر از عواملی است که بر بروز رفتارهای پرخاشگرانه مؤثر می‌باشد پسرها بیش از دختران تهاجمی هستند (۴).

تسلسل بروز پرخاشگری و خشونت به صورت‌های مختلفی از جمله آرامش، اضطراب، بی‌قراری، پرخاشگری و خشونت. بی‌قراری و پرخاشگری ممکن است تظاهرات کلامی و جسمی داشته باشد. بی‌قراری کلامی مانند شکایت کردن از شرایط موجود و بی‌قراری جسمی مانند

انگیزه‌های فطری معطوف به خشونت نبوده و پرخاشگری ناشی از ناکامی و جنگیدن نیز نمی‌تواند ریشه پرخاشگری در انسان باشد. انسان‌ها به این علت یکدیگر را مورد حمله قرار می‌دهند که از تجربیات گذشته، واکنش‌های پرخاشگری را یاد گرفته‌اند و برای انجام این اعمال، انتظار پاداش‌های گوناگون را دارند. در این دیدگاه، پرخاشگری به یک یا چند علت بالقوه نسبت داده نمی‌شود بلکه ریشه‌های متعددی برای چنین رفتارهایی در نظر گرفته می‌شود و شامل تجربیات گذشته، یادگیری و عوامل مربوط به موقعیت خارجی - بیرونی است. برای مثال سربازانی که برای کشتن دشمنان مدال می‌گیرند و یا ورزشکاران حرفه‌ای که رقابت پرخاشگرانه داشته باشند از تمجید و مزایای مادی برخوردار می‌شوند.

در دو نظریه اول، تکانه‌های پرخاشگرانه به طور مستمر تولید و حذف آنها غیر ممکن می‌باشد. اما در نظریه رفتار آموخته شده، یادگیری اجتماعی، تغییرات مناسب در شرایط محیطی و اجتماعی مؤثر است و تقویت ضمنی می‌تواند موجب کاهش یا پیشگیری از اعمال پرخاشگرانه آشکار گردد (۲).

علل پرخاشگری در کودکان

پرخاشگری کودکان علل مختلف دارد از جمله عوامل اجتماعی نظیر شکست و ناامیدی^۱، رنجاندن و تحریک مستقیم کودک

۲ - Modeling

۳ - Reinforcement

۱ - Frustration





ناآرام بودن فرد و یا ناتوانی در جابه‌جایی صحیح اشیاء.

در صورتی که برای کودک بی‌قرار مداخله مناسبی صورت نگیرد او به طرف پرخاشگری و تهاجم بیشتر و یا انجام رفتارهای خشن سوق داده می‌شود. بنابراین بی‌قراری کلامی زنگ خطری برای پرخاشگری محسوب می‌شود.

پرخاشگری کلامی در کودکان مانند فریاد زدن، بیان تهدیدهای مبهم و فحش دادن و پرخاشگری جسمی مانند به هم کوبیدن درب‌ها، پرت کردن اشیاء، شکستن و یا خراب کردن اشیاء، لگد زدن، هل دادن و کشیدن موی سر می‌باشد.

رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان سنین قبل از مدرسه با حمله جسمی به کودکان و بزرگسالان دیگر و تخریب اموال دیگران، کج خلقی شدید و مکرر و انجام اعمال بدون فکر دیده می‌شود (۱).

این سؤال مطرح است که جهت کاهش میزان خشونت و پرخاشگری در زندگی امروز از چه روش‌هایی می‌توان استفاده کرد؟ پاسخ واحدی برای آن وجود ندارد اما برخی از روش‌های مؤثر عبارت‌اند از: رفع فقر، آموزش روش تربیتی به والدین، نحوه صحیح برخورد با پرخاشگری و کنترل آن توسط والدین، مربیان و نیروهای انتظامی، گذشت زمان و یادگیری کودک جهت کنترل پرخاشگری (۶).

از جمله راه‌های پیشگیری و کنترل پرخاشگری در کودکان استفاده از تنبیه، تخلیه هیجانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی

(حل مسئله) و استفاده از واکنش‌های همدردی، شوخی و استفاده از واکنش‌های نامتجانس (احساس گناه) و درمان دارویی می‌باشد (۲). درمان دارویی در جهت کنترل و پیشگیری از صدمه به خود و دیگران مورد استفاده قرار می‌گیرد (۸ و ۷).

مداخلات پرستاری

از جمله مداخلات پرستاری در مورد پرخاشگری کودکان می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

حمایت از کودک در برابر صدمات عاطفی و فراهم نمودن نیازهای روزمره زندگی و روانی - اجتماعی، افزایش حس اعتماد در کودک و استفاده از مهارت‌های ارتباط بین فردی با دوستان و سایر بزرگسالان مانند بازی درمانی، افزایش توانایی کودک در کنترل تحریکات و تحمل شکست در زندگی. افزایش توانایی کودک در توسعه و استفاده از مهارت‌های عقلانی مانند تمرکز و به یاد آوردن و پی‌بردن به علت و معلول و حل مشکلات، پرورش دادن هویت کودک با ایفای نقش مثبت از جمله اقدامات مراقبتی هستند. بنابراین نگرش مثبت و خلق مناسب در کودک تقویت می‌گردد، پروراندن حس هویت و اعتماد به نفس، در نتیجه حمایت، آموزش و رله‌نشاندگی برای والدین و مراقبین کودک فراهم می‌گردد (۸).

درمان پرخاشگری در کودکان و تحمل آن برای کودک و خانواده مشکل است. درمان به صورت ترکیب چند روش صورت می‌گیرد از جمله: دارو درمانی برای بهبود

عملکرد مغز، محیط درمانی برای بهبود عملکرد اجتماعی فرهنگی، رفتار درمانی جهت بهبود یادگیری، کنترل امیال و نیز درمان شناختی برای تمرین حل مشکل، برقرار نمودن ارتباط و آموزش به والدین برای شناخت رفتارها و مهارت‌های جدید در زندگی خانوادگی کودک(۱).

بنابراین اصول کلی کاهش پرخاشگری شامل موارد زیر می‌باشد:

برقراری ارتباط مستقیم بین بیمار و فرد مراقب و درمانگر، کنترل عوارض دارویی (افزایش اضطراب و پرخاشگری)، درمان اختصاصی برای هر کودک با تأکید بر توانایی‌های موجود در کودک پرخاشگر. لازم به ذکر است که درمان و مداخلات باید با تغییر و خلاقیت همراه باشد.

نظر به اینکه بروز این مشکل در سطح وسیع بر جامعه تأثیر می‌گذارد و به نسل‌های بعد منتقل می‌شود کنترل پرخاشگری دارای اهمیت بالینی و اجتماعی است. با استفاده از درمان‌هایی که برای کاهش شیوع پرخاشگری طراحی می‌شوند، می‌توان این گونه رفتارها را تغییر داد اما برحسب شدت، ممکن است این رفتارها در کودکان، چندین سال ادامه یابند.

اگر چه اتیولوژی پرخاشگری، هنوز به صورت یک معما باقی مانده است اما عوامل محیطی مانند مسمومیت با سرب، مشکلات پیش از تولد و بعد از تولد، عوامل اقتصادی اجتماعی، عوامل ژنتیکی و اختلال عملکرد مغز حاصل از صدمه، در بروز آن مؤثر هستند.

منابع

1 - Kimberly, H. Steven H, Current understanding of violence and aggression: assessment and treatment, *Journal of Psychosocial Nursing*, 1998, 36 (12) 18.

۲ - پورافکاری، نصرت الله، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی، ج ۱، چاپ اول، تهران، شهرآب، آغاز ۱۳۷۹.

۳ - رفیعی، حسن. رضاعی، فرزین. سمیعی، مرصده. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی بالینی. تهران، سالمی، ۱۳۷۹.

4 - Wong, D. L. (1999) *Nursing care of Infants and children*, St. Louis: Mosby Co.

5 - Wong, D. L. (2003) *Nursing care of infants and children*, St. Louis: Mosby Co.

۶ - فرجاد، محمد حسین، رو در رو با مشکلات و اختلالات روانی-رفتاری در خانواده، چاپ اول، تهران، انتشارات بدر، ۱۳۷۴.

7 - Varcarolis, E. M. (2000) *Psychiatric nursing clinical guide assessment tools*, New York: W. B. Saunders Co.

8 - Varcarolis, E. M. (2002) *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical Approach*, New York: W. B. Saunders Co.



Aggression in children

Daneshvar-Ameri*, Z. (M.Sc).

Abstract

Links between violence, aggression, and mental illness are well documented. Despite this association, our current understanding of the factors for and optimal treatment of aggression remains limited. This lack of knowledge is alarming because nurses, particularly pediatric nurses who treat aggressive children, are frequent targets of patient aggression.

Consequently, the aim of this article is to provide information regarding the concept of aggression in child patients, assessment of violent behavior, implementation of interventional treatment and a review of medical, psychological and social strategies which assist in the understanding of aggression and its clinical intervention. However, the etiology of aggression for the most part still remains a mystery.

Key word: Aggression, child – nurse relationship



*Member of the scientific board of the Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences