

# سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی

راهنمای بالینگران

ویرایش سوم

کارولین اس. شرودر  
جولیان ام. اسمیت-بویدستون

مترجم: میثم همدی



در ظهري تابستاني دختر بچه‌اي را در مترو ديدم، چشماني سبز رنگ داشت و شايد  
حد اکثر ۹ ساله بود. اصرار مي‌کرد تا از او آدامس بخرم. سوختن و دود شدن كودكي  
را مي‌شد در رگه‌هاي سبز چشمانش ديد. ترجمه اين كتاب را تقديم مي‌كنم به او و  
همه آناني كه كودكي‌شان را دزديدند.

## سخن مترجم

دوران کودکی نقشی بسیار پررنگ در سازمان‌دهی نظام روانی انسان ایفا می‌کند و از این منظر می‌توان آن را مهم‌ترین دوره زندگی قلمداد کرد. بسیاری از ترس‌ها، هراس‌ها، باورهای کژکار و مشکلات روانی، طی این دوران جوانه می‌زنند و چنانچه به گونه‌ای مناسب بدان‌ها پرداخته نشود، ریشه خواهند دواند و پیامدهایی سهمگین و بلندمدت برای فرد و جامعه به همراه خواهند داشت. کتاب حاضر همان‌گونه که از نامش برمی‌آید، مشکلات روانی و رفتاری شایع دوران کودکی را هدف قرار می‌دهد، مشکلاتی که بالینگران - اعم از روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مشاوران، و متخصصان اطفال - قطعاً طی کار خود بارها با آن‌ها مواجه خواهند شد. رویکرد غالب کتاب، رفتارگرایی است؛ طی هر فصل، ماهیت یکی از مجموعه مشکلات/اختلالات شایع یا عوامل به لحاظ روانی فشارآور خانوادگی تشریح می‌شود، درمان‌های مبتنی بر شواهد مختص هر مشکل مورد اشاره قرار می‌گیرند و برای هر مشکل، رهنمودهایی گام‌به‌گام همراه با موارد بالینی مطرح می‌گردند.

در ویرایش جدید دو فصل به کتاب افزوده شده‌اند: کم‌توانی‌های تحولی (فصل یازدهم) و رویدادهای آسیب‌زا یا تروماتیک (فصل پانزدهم). مؤلفه‌های اصلی مبحث «میل جنسی و مشکلات جنسی در دوران کودکی» که در ویرایش پیشین، فصلی مستقل را به خود اختصاص

می‌داد، در بخش‌هایی از فصل نخست و فصل انتهایی کتاب تشریح شده است و از این رو دیگر به گونه‌ای مستقل در فصل‌بندی ویرایش کنونی موجود نیست. همچنین سرتاسر کتاب با توجه به پیشرفت‌های پژوهشی مربوط به سنجش و درمان، و هم‌سو با DSM-5 به‌روز شده است. درمان‌های داروشناختی هر دسته از مشکلات نیز به‌طور مجزا و به‌گونه‌ای مفصل‌تر از ویرایش قبلی برای هر اختلال معرفی شده‌اند تا هم روان‌شناسان را با این قبیل درمان‌ها آشنا سازند، و هم سرنخ‌هایی برای تجویز داروهای مناسب در اختیار روان‌پزشکان و متخصصان طب اطفال قرار دهند؛ با توجه به این ویژگی‌ها، کتابی که در دست دارید شاید در نوع خود جامع‌ترین کتاب مختص به مشکلات روانی و رفتاری متداول کودکان، به زبان فارسی باشد.

خوشبختانه ویرایش قبلی کتاب توانست بارها تجدید چاپ شود و به‌خوبی نزد متخصصان بهداشت روان حوزه کودک کشور جا باز کند، موفقیتی که علاوه بر کیفیت اثر اصلی، مرهون کار دقیق مترجم پیشین کتاب، استاد مهرداد فیروزبخت بوده است. از همت ایشان و نشر محترم دانش که برای نخستین بار، کتاب را به جامعه علمی کشور معرفی کرده‌اند، سپاسگزارم و امیدوارم به‌عنوان مترجم، امانت‌داری شایسته برای میراث این عزیزان و انتقال مفاهیم این اثر ارزشمند به زبان فارسی بوده باشم.

جهت روشن‌سازی مفهومی واحدهایی نظیر پوند یا اونس که اغلب مخاطبان فارسی‌زبان با آن‌ها نامأنوس‌اند، معادل این واحدها در قالب کیلوگرم و میلی‌لیتر مورد اشاره قرار گرفته‌اند؛ همچنین برای زدودن ابهامات احتمالی برخی خوانندگان، اصطلاحات یا عباراتی کوتاه به متن اضافه شده‌اند، تمامی این افزوده‌ها در [ ] مورد اشاره قرار گرفته‌اند.

هرچند تلاش شده است تا کتاب به بهترین و دقیق‌ترین وجه ممکن ترجمه شود، طبعاً نمی‌توان ادعا کرد بی‌نقص است، بنابراین از همه دانشجویان، متخصصان، و اساتید خواهش می‌کنم تا نظرات، پیشنهادها، و انتقادهای‌شان درباره متن پیش رو را با نگارنده در میان بگذارند.<sup>۱</sup>

میثم همدمی

پاییز ۱۴۰۰

---

<sup>۱</sup>. برای ارتباط با بنده می‌توانید از ایمیل [meysamhamdammi@gmail.com](mailto:meysamhamdammi@gmail.com) یا شناسه اینستاگرام [meysam\\_hamdami](https://www.instagram.com/meysam_hamdami) استفاده کنید؛ به‌طور حتم تمامی پیام‌های شما عزیزان را می‌خوانم و پذیرای انتقادات و نظرات شما خواهم بود.

## درباره مؤلفان

دکتر کارولین اس. شرودر (Carolyn S. Schroeder)، استاد مدعو روان‌شناسی بالینی در دانشگاه کانزاس است. وی قبلاً در گروه‌های اطفال، روان‌پزشکی، و روان‌شناسی دانشگاه کارولینای شمالی در چپل هیل نیز مناصبی داشته است. شرودر طی این مدت همواره، سنجش و درمان کودکان و خانواده‌هایشان را به دانشجویان تحصیلات تکمیلی، کارورزان و همکاران فوق‌دکترایش در رشته‌های مراقبتی-بهداشتی مختلف آموزش داده است. بخش عمده شهرت او به سبب تدوین مدلی در رابطه با مشارکت روان‌شناسان در مراقبت‌های اولیه طب اطفال است. تلاش‌های حرفه‌ای دکتر شرودر موجب شده است تا او به کسب جوایز و افتخارات متعددی نائل آید، از جمله جوایزی از جامعه روان‌شناسی بالینی، جامعه روان‌شناسی کودک و بخش روان‌شناسی خانواده انجمن روان‌شناسی آمریکا. همچنین از سال ۲۰۱۳، جامعه روان‌شناسی اطفال اهدای جایزه‌ای سالانه برای کاربست بالینی را به نام شرودر آغاز کرد.

دکتر جولیان ام. اسمیت-بویdstون (Julianne M. Smith-Boydston)، مدیر کلینیک خدمات کودک و خانواده در دانشگاه کانزاس است، جایی که از سال ۲۰۰۴ نظارت بر دانشجویان تحصیلات تکمیلی را بر عهده داشته است. او برای بیش از ۱۵ سال در مرکز بهداشت روان جامعه برت نش در شهر لارنس کانزاس مشغول به کار بوده است و طی این مدت هماهنگی امور کارکنان، سرپرستی تمامی خدمات مربوط به سنجش کودک و خانواده،

## ۸ | سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی

و نظارت بر تیم‌هایی در رشته‌های مختلف، برنامه‌های آموزشی دانشجویان و کارآموزان روان‌شناسی و درمانگران را در کلاس‌های درمانی بر عهده داشته است. دکتر اسمیت-بویدستون در گروه روان‌شناسی دانشگاه واشینگتن هم عضو بوده و در آنجا تدریس بر دانشجویان دوره لیسانس و تحصیلات تکمیلی را بر عهده داشته است. مقالات و کتاب‌های او نشان‌دهنده علاقه‌اش به به‌کارگیری روش‌های درمانی مبتنی بر شواهد در برنامه‌های اجتماع‌محورند.

## یادی از بتی ان. گوردون (۱۹۳۸-۲۰۰۴)

کتاب حاضر به یاد و خاطره بتی ان. گوردون (Betty N. Gordon) تقدیم می‌شود. بتی یکی از مؤلفان ویرایش اول و دوم این کتاب، بالینگر و پژوهشگری درجه یک و از همه مهم‌تر دوست و همکاری عالی بود. او برای بیش از ۲۰ سال، با مؤلف اول کتاب (کارولین اس. شرودر) در یکی از کلینیک‌های مراقبت‌های اولیه اطفال همکاری می‌کرد. گرچه بتی یکی از اساتید گروه روان‌شناسی دانشگاه کارولینای شمالی بود. هر هفته زمانی را به حضور در کلینیک طب اطفال اختصاص می‌داد و طی آن با کودکان و والدین‌شان کار می‌کرد، به همکاری با کادر پزشکی می‌پرداخت و کار دانشجویان را مورد نظارت قرار می‌داد. او همچنین فردی بود که امکان‌پذیر بودن و ارزشمندی انجام پژوهش در موقعیت مراقبت‌های اولیه را آشکار ساخت. تمرکز پژوهش‌های وی بر کودکانی معطوف بود که مورد آزار جنسی و جسمی قرار گرفته بودند، به‌علاوه علاقه‌ای ویژه به بررسی خاطرات کودکان از رویدادهای آسیب‌زا داشت. او به‌عنوان روان‌شناسی بالینی و نیز روان‌شناسی رشدنگر، به‌خوبی ارزش داده‌های هنجاری درباره دانش و خاطرات کودکان و تأثیرپذیری این داده‌ها از شرایط مختلف را درک می‌کرد. برای مثال او دانش کودکان پیش‌دبستانی را جمع به مسائل جنسی، آموزش‌هایی که در این حوزه دریافت کرده‌اند و باورهای والدین این کودکان در مورد این مسائل را مورد مطالعه قرار داد و داده‌های حاصل از مطالعه‌اش را با کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند،

مقایسه کرد (گوردون، شرودر، و آبرامز، ۱۹۹۰ الف، ۱۹۹۰ ب). وی همچنین همراه با جمعی از همکارانش، خاطرات کودکان پیش دبستانی از موقعیت‌هایی منحصر به فرد و به لحاظ روانی فشارآور، چگونگی رنگ باختن تدریجی این خاطرات، و چگونگی تأثیرپذیری‌شان از اطلاعات مداخله‌گرانه را مورد مطالعه قرار داد (به آثار و پژوهش‌های منتخبی که در ادامه مورد اشاره قرار گرفته‌اند، بنگرید). این پژوهش با کمک هزینه مؤسسه ملی سلامت روانی در شماری از کلینیک‌های طب اطفال کارولینای شمالی انجام گرفت.

پژوهش‌های بدعت‌گرانه بتی پیرامون خاطرات کودکان، اطلاعات رشدنگرانه سودمندی در مورد توانمندی کودکان در ارائه اطلاعات صحیح راجع به رویدادهای آسیب‌زا برای شهادت در دادگاه به دست داد. او با همکاری مؤسسه دولتی آموزش افسران پلیس در دانشگاه کارولینای شمالی، دادستانی، و قضات به تغییر سیاست‌های مربوط به رفتار با کودکان با تجربه آزار جنسی کمک کرد و موجب شد تا برای ارزیابی موارد آزار جنسی کودکان از داده‌های پژوهشی استفاده شود. بتی از پیشگامان حقیقی روان‌شناسی کودک بود و سبب شد تا مراقبت‌های یکپارچه این حوزه پایه‌های پژوهش‌ها پیشرفت کنند. همگی دل‌تنگ اویم. همکاران، دانشجویان، کودکان و والدینی که بتی با آن‌ها کار کرده است، هرگز فراموش نخواهند کرد.

## آثار و پژوهش‌های منتخب

- Baker-Ward, L., Gordon, B. N., Ornstein, P. A., Larus, D. M., & Clubb, P. A. (1993). Young children's long-term retention of a pediatric examination. *Child Development, 64*(5), 1519-1533.
- Baker-Ward, L., Ornstein, P. A., & Gordon, B. N. (1993). A tale of two settings: Young children's memory performance in the laboratory and the field. *Advances in Psychology, 100*, 13-41.
- Burgwyn-Bailes, E., Baker-Ward, L., Gordon, B. N., & Ornstein, P. A. (2001). Children's memory for emergency medical treatment after one year: The impact of individual difference variables on recall and suggestibility. *Applied Cognitive Psychology, 15*(7), S25-S48.
- Gordon, B. N., Baker-Ward, L., & Ornstein, P. A. (2001). Children's testimony: A review of research on memory for past experiences. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(2), 157-181.
- Gordon, B. N., & Follmer, A. (1994). Developmental issues in judging the credibility of children's testimony. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*(3), 283-294.



- Gordon, B. N., Schroeder, C. S., & Abrams, M. (1990a). Age and social differences in children's knowledge of sexuality. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 33-43.
- Gordon, B. N., Schroeder, C. S., & Abrams, M. (1990b). Children's knowledge of sexuality: A comparison of sexually abused and non-abused children. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*, 250-257.
- Gordon, B. N., Schroeder, C. S., Ornstein, P. A., & Baker-Ward, L. E. (1995). Clinical implications of research on memory development. In T. Ney (Ed.), *True and false allegations of child sexual abuse: Assessment and case management* (pp. 99-124). New York: Brunner/Mazel.
- Greenhoot, A. F., Ornstein, P. A., Gordon, B. N., & Baker-Ward, L. (1999). Acting out the details of a pediatric check-up: The impact of interview condition and behavioral style on children's memory reports. *Child Development, 70*(2), 363-380.
- Jens, K. G., Gordon, B. N., & Shaddock, A. J. (1990). Remembering activities performed versus imagined: A comparison of children with mental retardation and children with normal intelligence. *International Journal of Disability, Development and Education, 37*(3), 201-213.
- Ornstein, P. A., Baker-Ward, L., Gordon, B. N., Pelfrey, K. A., Tyler, C. S., & Gramzow, E. (2006). The influence of prior knowledge and repeated questioning on children's long-term retention of the details of a pediatric examination. *Developmental Psychology, 42*(2), 332-344.
- Ornstein, P. A., Merritt, K. A., Baker-Ward, L., Furtado, E., Gordon, B. N., & Principe, G. (1998). Children's knowledge, expectation, and long-term retention. *Applied Cognitive Psychology, 12*(4), 387-405.
- Principe, G. F., Ornstein, P. A., Baker-Ward, L., & Gordon, B. N. (2000). The effects of intervening experiences on children's memory for a physical examination. *Applied Cognitive Psychology, 14*(1), 59-80.

## پیشگفتار

طی سال‌های پس از انتشار ویرایش دوم این کتاب، پیشرفت‌های زیادی در حوزه سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی حاصل شده است. از جمله پیشرفت‌های مهم، افزایش یافته‌هایی بود که نشان می‌دادند بین طبقات تشخیصی مختلف همپوشانی قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. پیشرفت مهم دیگر دستیابی به این جمع‌بندی بود که نه تنها بخش عمده عوامل خطر ماهیتی بُعدگرایانه دارند بلکه بیشتر اختلالات (نظیر اختلال طیف درخودماندگی) نیز بُعدگرایانه‌اند. ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)<sup>1</sup> انجمن روان‌پزشکی آمریکا [APA]، (۲۰۱۳) این پیشرفت‌ها را در قالب رویکرد گستره عمر و طبقه‌بندی‌های تشخیصی جدید حساس به رشد منعکس کرده است؛ با این‌همه همپوشانی میان طبقات تشخیصی (مثل افسردگی و اضطراب) کماکان مسئله‌ای پابرجاست. پیشرفت‌های علوم زیستی و ژنتیکی نیز بسیار عظیم بوده‌اند، پیشرفت‌هایی چون اسکن سریع‌تر و کم‌هزینه‌تر ژنوم، کشف جهش‌های ژنتیکی، یافتن سیمای‌های بالینی متعددی که به یک ژن منفرد مرتبط‌اند، و آشکارسازی بیش‌ازپیش اهمیت تعاملات ژن-محیط. به علاوه، رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی نسبت به سلامتی و بهزیستی هم اهمیتی پررنگ‌تر یافته است و به‌تبع همین افزایش اهمیت، تمرکز بیشتری بر مراقبت‌های بهداشتی اولیه یکپارچه معطوف

---

<sup>1</sup>. The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

شده است. پزشکان خانواده سابقه‌ای طولانی در کاربست رویکرد یکپارچه داشته‌اند، و در حال حاضر تعداد فزاینده‌ای از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی رفتاری در کلینیک‌های مراقبت‌های بهداشتی مشغول به کار شده‌اند (استنسن و پرین، ۲۰۱۴).

این کتاب برای تمامی متخصصانی که در پی ارائه خدمات به کودکان‌اند نگاشته شده است، از جمله روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران، کارورزان مراقبت‌های بهداشتی رفتاری، پزشکان متخصص اطفال، روان‌شناسان کودک، راهنمایان و مشاوران و کارآموزان این حوزه‌ها و سایر رشته‌های مرتبط به سلامت. نویسنده نخست کتاب (کارولین اس. شرودر) به مدت ۲۵ سال در یک کلینیک عمومی مراقبت‌های اولیه اطفال مشغول به کار بوده است و کتاب او می‌تواند الگویی باشد جهت ارائه متناسب خدمات مراقبت‌های بهداشتی کودکان با محیط‌های امروزی (شرودر، ۲۰۰۴). ویرایش سوم از یاری جولیان ام. اسمیت-بویدستون بهره‌مند شده است، کسی که از سابقه طولانی فعالیت در یک مرکز بهداشت روانی عمومی و آموزش به دانشجویان دانشگاه کانزاس و دانشگاه واشبرن برخوردار است؛ چنین تجربه‌ای همراه با منصب فعلی وی به‌عنوان مدیر کلینیک خدمات کودک و خانواده دانشگاه کانزاس، سبب شده است تا بینشی منحصر به فرد در تاروپود کتاب جاری شود و آموزش‌های لازم برای به‌کارگیری موفق درمان‌های تجربی در محیط اجتماع تحت پوشش قرار بگیرند.

رویکرد نظری کار بالینگر کودک، اهمیتی بسیار دارد. چارچوب فکری ما شدیداً از نظریات روان‌شناسی رشد (تحولی)، رفتاری، یادگیری اجتماعی، و روان‌شناسی شناختی-رفتاری تأثیر پذیرفته است. رویکردهای سنجشی و مداخله‌ای که بازتاب‌دهنده این جهت‌گیری‌ها هستند در سرتاسر کتاب مورد تأکید قرار گرفته‌اند. کوشیده‌ایم تا برای هر حوزه‌ای از مشکلات روش‌هایی درمانی را توصیف کنیم که از منظر رشدی حساس‌ترند؛ به‌علاوه سودمندی هر روش را به‌طور مستند نشان داده‌ایم. در همان حالی که تقلا برای انتقال این درمان‌های به لحاظ تجربی معتبر به بافت کلینیک‌های اجتماع (یا به عبارتی دنیای واقعی) ادامه دارد، اتخاذ رویکردی نظری جهت هدایت و توسعه این درمان‌ها نیز از اهمیتی حیاتی برخوردار است.

کوشیده‌ایم تا در ویرایش سوم با افزودن دو فصل جدید به کتاب تصویر کامل‌تری از مشکلاتی که از سنین ۲ تا ۱۲ سالگی روی می‌دهند، ترسیم کنیم؛ دو فصل تازه این‌ها هستند: فصل ۱۱ که به کم‌توانی‌های تحولی می‌پردازد، و فصل ۱۵ که راجع به رویدادهای آسیب‌زا است. به تبع تغییراتی که در DSM-5 رخ داده است (APA، ۲۰۱۳)، اختلال وسواسی-جبری

را به فصل عادات [فصل ۶] اضافه کرده‌ایم و فصلی را که به خواهران و برادران می‌پردازد [فصل ۱۲] به‌گونه‌ای گسترش داده‌ایم که روابط با همسالان را نیز پوشش دهد. همچنین به تمامی فصول، اطلاعات مربوط به مداخلات پزشکی، با تأکیدی ویژه بر درمان‌های دارویی را اضافه کرده‌ایم. کتاب در سه بخش سازمان‌دهی شده است. بخش نخست به شرح بنیانی برای کار با کودکان و والدین‌شان می‌پردازد. فصل ۱ به پدیدآیی آسیب روانی مربوط است و مروری دارد بر رشد کودک، و مواردی که طی‌شان روند رشد به بیراهه می‌رود و نیز عواملی که می‌توانند به تاب‌آوری بیشتر کودک در مقابله با فشارهای روانی زندگی کمک کنند یا آن‌ها را مقابل این قبیل فشارها آسیب‌پذیرتر سازند. فصل ۲ به سنجش و درمان مربوط است و بر مشکلات طبقه‌بندی تشخیصی، میزان شیوع مشکلات، گام‌هایی که در روند سنجش باید برداشته شوند و مسائل درمانی تمرکز دارد. نظام جامع سنجش تا مداخله (CAIS) که طی این فصل تشریح می‌شود، در سرتاسر کتاب، به‌عنوان چارچوبی مورد استفاده قرار می‌گیرد تا بالینگران بتوانند با کمکش به‌گونه‌ای نظام‌مند (و اغلب سریع) به گردآوری اطلاعاتی بپردازند که جهت درک و مداخله در حوزه‌های مشکلاتی که در فصول بعدی مورد اشاره قرار می‌گیرند، ضرورت دارند. بخش دوم کتاب به مشکلات شایعی می‌پردازد که احتمال دارد در دوران کودکی بروز کنند: مشکلات تغذیه‌ای و خوردن (فصل ۳)؛ مشکلات مربوط به توالد (فصل ۴)؛ مشکلات خواب (فصل ۵)؛ عادات، رفتارهای وسواسی-جبری، و تیک‌ها (فصل ۶)؛ ترس‌ها و اضطراب‌ها (فصل ۷)؛ افسردگی (فصل ۸)؛ اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی (فصل ۹)؛ رفتار ایذایی (فصل ۱۰)؛ و کم‌توانی‌های تحولی (فصل ۱۱). بخش سوم آن دسته از رویدادهای زندگی را پوشش می‌دهد که می‌توانند منشأ فشار روانی قابل توجهی برای کودکان در مسیر رشد، و والدین‌شان باشند: همسالان و خواهران و برادران (فصل ۱۲)؛ طلاق (فصل ۱۳)؛ داغ‌دیدگی (فصل ۱۴)؛ و رویدادهای آسیب‌زا (فصل ۱۵).

برای هر کدام از حوزه‌های مشکل یا رویدادهای پرفشار، مروری مختصر بر پژوهش‌های انجام‌شده، رهنمودی جهت سنجش جامع، گزینه‌های درمانی خاص، و نمونه‌ای موردی که خصایص اصلی مشکل را در برمی‌گیرد، ارائه داده‌ایم. دو خانواده اجازه داده‌اند تا (در فصل ۱۱) روایتی از مشکلات‌شان را در کتاب شرح دهیم. تمامی نمونه‌های موردی دیگر از تجارب بالینی عمومی ما منشأ گرفته‌اند و فرد یا خانواده‌ای به‌خصوص را توصیف نمی‌کنند. درنهایت، در بخش پیوست‌ها، توصیفی از ابزارهای سنجش و نیز تعدادی از فرم‌های بالینی را مورد اشاره

قرار داده‌ایم. با توجه به افزایش دسترس‌پذیری ابزارهای سنجش معتبر رایگان، اطلاعاتی را درباره راه‌های دستیابی به این ابزارهای اندازه‌گیری در کتاب گنجانده‌ایم.

کتاب بازتاب‌دهنده اهمیت رابطه همیارانه میان کودک، والدین و بالینگر در سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی است. بالینگر در این میانه نقشی چندوجهی بر عهده دارد، او هم تعلیم‌دهنده است، هم حمایت‌گر، هم ارائه‌دهنده خدمات است و هم مراجع‌گردان. وی متناسب با دانشی که از فرایندهای رشدی و پژوهش‌های تجربی مرتبط با مشکل کودک دارد از تخصصش کمک می‌گیرد. از سوی دیگر، مسئولیت اصلی سلامتی کودک و رسیدن به درکی منحصربه‌فرد از فرزند و خانواده بر عهده والدین قرار دارد. از طریق همیاری با والدین است که اغلب قادر خواهیم بود مسیر زندگی کودک را تغییر دهیم؛ این کار را با ارتقای توانمندی والدین در وظایف مربوط به فرزندپروری و تواناسازی آنان جهت کمک به فرزندان‌شان برای مقابله با فشارهای روانی مسیر رشد و زندگی انجام می‌دهیم.

جا دارد تا از دکتر استفان شرودر به سبب کمک‌هایش در تدوین فصل مربوط به کم‌توانی‌های تحولی تشکری ویژه داشته باشیم. او یکی از پژوهشگران برتر دنیا در حوزه کم‌توانی‌های تحولی، استاد بازنشسته دانشگاه کانزاس، و نیز مدیر پیشین مؤسسه گستره عمر شیفلباخ این دانشگاه است. همچنین ما لیم تا از کسلی مافیت قدردانی کنیم، کسی که با ویرایش منابع، جداول و بسیاری بخش‌های دیگر، پشتیبانی خارق‌العاده‌ای از کار ارائه داد. زمانی که کتاب در حال نگارش بود، کسلی دوره دکتری خود را در رشته روان‌شناسی مشاوره در دانشگاه کانزاس آغاز کرده بود - به باور ما آینده درخشانی در انتظار اوست! از دانشگاه واشبرن هم سپاسگزاریم که با کمک هزینه پژوهشی خود از پروژه ما حمایت کرد. از بسیاری که در انتشارات گیلفورد به فرایند کامل‌سازی کتاب یاری رساندند، قدردانی می‌کنیم، بیش از همه قدردان کیتی مور هستیم که حمایت خود را از ویرایش سوم این اثر دریغ نکرد. از کارولین گراهام و کادر تولید انتشارات نیز سپاس‌مندیم. افراد زیادی بوده‌اند که با حضور خود بر کار ما تأثیری مثبت بر جای گذاشته‌اند: والدین و کودکانی که بخت کار با آن‌ها را داشته‌ایم، و همکارانمان در دانشگاه کارولینای شمالی، دانشگاه واشبرن، دانشگاه کانزاس، مرکز برت نش و گروه پزشکی اطفال چپل هیل. بدون دلگرمی و پشتیبانی خانواده بتی گوردون (همسرش کن و فرزندانش اندرو و سارا)، ویرایش سوم کتاب هرگز نگاشته نمی‌شد. همسرانمان، استیو و برد نیز از جمله کسانی بودند که دلگرمی، حمایت و درک‌شان را در

## پیشگفتار ۱۷۱

سراسر مدت‌زمان نگارش ویرایش سوم کتاب از ما دریغ نساختند. بالاخره این‌که فرزندان مان - مارک و متیو (کارولین اس. شرودر) که در حال پرورش فرزندان خود (از دوره شیرخوارگی تا نوجوانی!) هستند و سیدنی و جیکوب (جولیان ام. اسمیت-بویدستون) که فرزندان‌ی در دوره‌های ابتدایی و راهنمایی دارند - مطالب بسیاری راجع به فرزندپروری و تاب‌آوری به ما آموختند. آنان همچنان در مورد رشد و تنوع رشد در حال آموختن به مایند.

# فهرست کوتاه

۳۱	فصل ۱ - پدیدآیی آسیب روانی
۱۰۳	فصل ۲ - از سنجش تا مداخله
۱۷۵	فصل ۳ - مشکلات تغذیه‌ای و خوردن
۲۴۵	فصل ۴ - توالت رفتن
۳۲۳	فصل ۵ - خواب
۳۹۳	فصل ۶ - عادات، وسواس‌ها، و تیک‌ها
۴۴۱	فصل ۷ - ترس‌ها و اضطراب‌ها
۵۱۷	فصل ۸ - افسردگی
۵۷۵	فصل ۹ - اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی
۶۳۱	فصل ۱۰ - رفتار ایذایی
۶۹۹	فصل ۱۱ - کم‌توانی‌های تحولی
۷۵۱	فصل ۱۲ - همسالان و خواهران/ برادران
۸۱۱	فصل ۱۳ - طلاق
۸۶۷	فصل ۱۴ - داغ‌دیدگی
۹۰۹	فصل ۱۵ - رویدادهای آسیب‌زا
۹۶۱	پیوست الف - توصیف ابزارهای سنجش
۹۸۷	پیوست ب - ابزارهای سنجش
۱۰۸۳	واژه‌نما
۱۱۰۷	موضوع‌نما
۱۱۱۷	نمایه دارویی

# فهرست کامل

۵	سخن مترجم
۷	درباره مؤلفان
۹	یادی از بتی ان. گوردون
۱۳	پیشگفتار
۲۷	بخش نخست
۳۱	فصل ۱ - پدیدآیی آسیب روانی
۳۳	رشد بهنجار
۶۵	آسیب‌پذیری و تاب‌آوری
۹۲	پیشگیری از مشکلات
۹۸	خلاصه و جمع‌بندی
۱۰۳	فصل ۲ - از سنجش تا مداخله
۱۰۴	مشکلات طبقه‌بندی تشخیصی
۱۱۱	برآوردهای شیوع
۱۱۶	طرح‌ریزی روند سنجش
۱۱۹	سنجش نمونه‌ای بالینی
۱۲۱	نظام جامع سنجش تا مداخله
۱۳۴	روش‌هایی برای گردآوری اطلاعات
۱۶۱	مسائل درمانی



۱۷۱	بخش دوم
۱۷۵	فصل ۳ - مشکلات تغذیه‌ای و خوردن
۱۷۷	رشد بهنجار رفتار تغذیه‌ای و خوردن
۱۸۲	طبقه‌بندی مشکلات تغذیه‌ای و خوردن
۱۹۲	سنجش مشکلات امتناع از غذا
۲۰۱	درمان مشکلات امتناع از غذا
۲۰۷	نمونه موردی: مشکل امتناع از غذا
۲۱۵	چاقی
۲۱۹	سنجش چاقی
۲۲۳	درمان چاقی
۲۳۶	نمونه موردی: چاقی
۲۴۵	فصل ۴ - توالت رفتن: آموزش، بی‌اختیاری ادرار، و بی‌اختیاری مدفوع
۲۴۵	آموزش توالت
۲۵۴	بی‌اختیاری ادرار
۲۶۰	سنجش بی‌اختیاری ادرار شبانه
۲۶۶	درمان بی‌اختیاری ادرار شبانه
۲۷۴	درمان بی‌اختیاری ادرار توأمان
۲۷۵	پروتکل درمانی بی‌اختیاری ادرار شبانه
۲۸۰	نمونه موردی: بی‌اختیاری ادرار
۲۸۵	بی‌اختیاری مدفوع
۲۸۹	سنجش بی‌اختیاری مدفوع
۲۹۸	درمان بی‌اختیاری مدفوع
۳۰۱	پروتکل‌های درمانی بی‌اختیاری مدفوع

۳۱۴	نمونه موردی: بی‌اختیاری مدفوع
۳۲۳	<b>فصل ۵ - خواب</b>
۳۲۴	حالات و الگوهای خواب بهنجار
۳۲۹	آشفته‌گی‌های خواب
۳۵۲	سنجش مشکلات خواب
۳۶۲	درمان مشکلات خواب
۳۸۰	نمونه موردی: بیداری در میانه شب
۳۸۵	نمونه موردی: کابوس
۳۹۳	<b>فصل ۶ - عادات، رفتارهای وسواسی جبری، و تیک‌ها</b>
۳۹۵	عادات دهانی
۴۰۱	سایر عادات
۴۰۴	اختلال موکنی
۴۰۸	اختلال وسواسی جبری
۴۱۳	اختلالات تیک
۴۲۰	سنجش عادات، رفتارهای وسواسی جبری، و تیک‌ها
۴۲۸	درمان عادات، رفتارهای وسواسی جبری، و تیک‌ها
۴۳۲	نمونه موردی: از تیک‌ها تا اختلال تورت
۴۴۱	<b>فصل ۷ - ترس‌ها و اضطراب‌ها</b>
۴۴۲	تعریف و طبقه‌بندی
۴۴۵	سیر پدیدآیی ترس‌ها و نگرانی‌ها
۴۵۳	اختلالات اضطرابی
۴۶۹	مشخصه‌های کلی اختلالات اضطرابی

## ۲۲ | سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی

۴۷۸	سنجش ترس‌ها و اضطراب‌ها
۴۸۹	درمان اختلالات اضطرابی
۵۰۶	نمونه موردی: امتناع از رفتن به مدرسه
۵۱۷	<b>فصل ۸ - افسردگی</b>
۵۱۸	تعریف و طبقه‌بندی
۵۲۴	مشخصه‌های کلی افسردگی
۵۴۱	سنجش افسردگی
۵۵۵	درمان افسردگی
۵۶۵	نمونه موردی: افسردگی تحت بالینی
۵۷۵	<b>فصل ۹ - اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی</b>
۵۷۶	تعریف و طبقه‌بندی
۵۷۹	مشخصه‌های کلی اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی
۵۹۶	سنجش اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی
۶۰۹	درمان اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی
۶۲۳	نمونه موردی: اختلال کاستی توجه/ بیش‌فعالی
۶۳۱	<b>فصل ۱۰ - رفتار ایزدایی</b>
۶۳۲	تعریف و طبقه‌بندی
۶۳۹	مشخصه‌های کلی رفتار ایزدایی
۶۵۰	پدیدآیی رفتار ایزدایی
۶۵۶	سنجش رفتار ایزدایی
۶۶۷	درمان رفتار ایزدایی

- ۶۹۲ نمونه‌ موردی: رفتار مقابله‌جویانه در دوره‌ پیش‌دبستانی
- ۶۹۹ فصل ۱۱ - کم‌توانی‌های تحولی: کم‌توانی ذهنی و درخودماندگی
- ۷۰۰ تعریف و طبقه‌بندی
- ۷۱۳ سنجش کم‌توانی‌های تحولی
- ۷۲۴ درمان کم‌توانی‌های تحولی
- ۷۳۳ نمونه‌ موردی: کم‌توانی ذهنی
- ۷۴۰ نمونه‌ موردی: اختلال طیف درخودماندگی
- ۷۴۷ بخش سوم
- ۷۵۱ فصل ۱۲ - همسالان و خواهران/ برادران
- ۷۵۲ مشکلات میان خواهران/ برادران
- ۷۶۰ سنجش مشکلات میان خواهران/ برادران
- ۷۶۵ درمان مشکلات میان خواهران/ برادران
- ۷۷۴ نمونه‌ موردی: جدال فیزیکی میان فرزندان
- ۷۸۳ مشکلات با همسالان
- ۷۹۲ سنجش مشکلات با همسالان
- ۷۹۸ درمان مشکلات با همسالان
- ۸۰۲ نمونه‌ موردی: بزه‌دیدگی و امتناع از رفتن به مدرسه
- ۸۱۱ فصل ۱۳ - طلاق
- ۸۱۴ تأثیرات طلاق بر فرزندان
- ۸۳۷ سنجش مشکلات مرتبط با طلاق
- ۸۴۶ درمان مشکلات مرتبط با طلاق
- ۸۵۷ نمونه‌ موردی: توصیه‌هایی راجع به وضعیت زندگی یک کودک

۸۶۷	<b>فصل ۱۴ - داغ‌دیدگی</b>
۸۶۸	برداشت کودک از مرگ
۸۷۲	سازگاری کودک با مرگ
۸۷۸	کودک مبتلا به بیماری لاعلاج
۸۸۵	سنجش مشکلات مرتبط با مرگ
۸۹۲	درمان مشکلات مرتبط با مرگ
۸۹۸	نمونه موردی: مرگ یکی از والدین
۹۰۲	نمونه موردی: مرگ خواهر
۹۰۹	<b>فصل ۱۵ - رویدادهای آسیب‌زا</b>
۹۱۰	اختلالات مرتبط با ضربه هیجانی و فشار روانی
۹۱۴	سازگاری کودکان با ضربه هیجانی
۹۲۱	سنجش مشکلات مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا
۹۳۷	درمان مشکلات مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا
۹۵۳	نمونه موردی: آزار جنسی
۹۶۱	<b>پیوست الف - توصیف ابزارهای سنجش</b>
۹۶۱	مقیاس‌های درجه‌بندی والدین
۹۶۴	مقیاس‌های درجه‌بندی معلمان
۹۶۶	ابزارهای خود-گزارش‌دهی کودک
۹۶۸	ابزارهای سنجش خصایص والدین
۹۶۹	نظام‌های مشاهده رفتار
۹۷۰	ابزارهای اختصاصی

## فهرست ۲۵۱

۹۸۷	پیوست ب - ابزارهای سنجش
۹۸۹	پرسشنامه عمومی والدین
۹۹۷	گزارش روزانه
۹۹۸	وقایع خاصی که ایجاد نگرانی می کنند
۹۹۹	پرسشنامه معلم
۱۰۰۳	منابع
۱۰۸۳	واژه‌نما
۱۱۰۷	موضوع‌نما
۱۱۱۷	نمایه دارویی

# بخش نخست

## بنیان

فصل ۱ - پدیدآیی آسیب روانی

فصل ۲ - از سنجش تا مداخله

# فصل ۱ - پدیدآیی آسیب روانی

رشد بهنجار

آسیب‌پذیری و تاب‌آوری

پیشگیری از مشکلات

خلاصه و جمع‌بندی



# فصل ۱

## پدیدآیی آسیب روانی

اغلب کودکان در مسیر رشد خود به مشکلات هیجانی و رفتاری دچار می‌شوند، مشکلاتی که ماهیتی زودگذر دارند و ناشی از فشارهای رشد و سازگاری با انتظارات خانواده و جامعه‌اند. وظیفه اصلی والدین<sup>۱</sup> آن است تا با کمک به فرزندان‌شان جهت کنترل یافتن بر رویدادهای رشد بهنجار (نظیر آموزش توالت، ترس‌ها، «نه» شنیدن، آشنایی با مسائل جنسی، و کنار آمدن با همسالان و خواهران/ برادران)، در مسیر رشد یاریگر آنان باشند. به‌علاوه، کودکان و والدین گاه ناگزیرند تا با شرایط منفی زندگی (مثل فقر یا بیکاری والدین) و رویدادهای پرفشار (مانند بستری شدن در بیمارستان، طلاق، مرگ یکی از اعضای خانواده، یا تولد فرزندی جدید) کنار بیایند. مطالعات همه‌گیرشناختی نشانگر آن‌اند که هر ساله، بین ۱۳ تا ۲۰ درصد کودکان از یک اختلال روانی رنج می‌برند که به‌اندازه‌ای شدید است که در یادگیری، رفتارها یا هیجانات‌شان اختلال ایجاد می‌کند (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها،

---

<sup>۱</sup> در سرتاسر این کتاب اصطلاح والدین (parents) به مراقبان اصلی کودک اشاره دارد، خواه آنان پدر و مادر زیستی کودک باشند، خواه کودک را به فرزندخواندگی پذیرفته باشند یا اینکه قیم قانونی‌اش باشند. اصطلاح مراقبان (caregivers) هم به هر فرد دیگری اشاره دارد که مراقبت از کودک را بر عهده می‌گیرد، اعم از خویشاوندان، کادر مهدکودک، معلمان و مواردی از این قبیل.

۲۰۱۴ ب). هدف بالینگر آن است که نه تنها به این گروه از کودکان دچار مشکلات روانی عمده یاری رساند، بلکه به ۸۰ درصد باقی ماندهٔ کودکان و والدین نیز کمک کند تا بتوانند فشارهای روانی مسیر رشد و تحول بهنجار را مدیریت نمایند.

کودکان به سبب رشد و تحول پرشتاب خود، نمایانگر جمعیتی منحصربه‌فردند. سابقاً اهمیتی که متوجه تغییرات رشدی کودکان می‌شد تا حد زیادی به دیدگاه‌های نظری اتخاذ شده بستگی داشت. برای مثال تأکید نظریهٔ روانکاوی بر شکل‌گیری استقلال و رشد روانی-جنسی معطوف است، حال آنکه نظریهٔ یادگیری اجتماعی بر رشد خویشنداری و خودکارآمدی تأکید دارد؛ باین‌همه، شکست نظریه‌های منفرد در تبیین کامل پیچیدگی‌های رشد در سنین و حوزه‌های مختلف، موجب پذیرش عمومی دیدگاه تعاملی و/یا زیستی-روانی-اجتماعی نسبت به رشد شد، دیدگاهی که می‌کوشد تا عوامل درون کودک، عوامل خانوادگی و عوامل اجتماعی را که به‌گونه‌ای مستقیم یا غیرمستقیم بر رشد کودک اثر می‌گذارند، مدنظر قرار دهد (برای مطالعهٔ پیرامون این نظریه‌ها بنگرید به هایدن و ماش، ۲۰۱۴)؛ بنابراین تغییرات رشد (هم مثبت و هم منفی) نتیجهٔ تعامل دوسویهٔ ساختار منحصربه‌فرد زیستی/ژنتیکی کودک، محیط فیزیکی و اجتماعی او، و محیط فرهنگی‌ای است که وی در آن متولد شده است. برای مثال، تأثیر رویدادهای پرفشار زندگی می‌تواند به مرحلهٔ رشد کودک، سرشت یا منش او، خصایص والدین، فرهنگ، و حمایت اجتماعی موجود برای خانواده در هنگام بروز این رویداد بستگی داشته باشد.

بالینگر باید هنجارهای رشدی را بشناسد تا بتواند به کمک‌شان تشخیص دهد کدام رفتارهای کودک در یک مرحلهٔ خاص رشد، بیش‌ازحد یا کمتر از میزان متناسب‌اند. انتخاب تکنیک‌های مداخله‌ای مناسب نیز به آشنایی با رشد بهنجار متکی است. برای مثال، درمان کودکان سنین مدرسه‌ای عمدتاً بر مهارت‌های زبانی و شناختی متکی خواهد بود، درحالی‌که تمرکز درمان کودکان پیش‌دبستانی بیشتر بر تکالیف ملموس، موقعیت-وابسته و به بازی‌های به‌لحاظ رشدی متناسب با سن او معطوف است. بالینگر همچنین باید برای طرح‌ریزی درمان مناسب برای مشکلاتی نظیر نقایص مهارت‌های اجتماعی، با توالی بهنجار کسب مهارت‌ها نیز آشنا باشد.

نظر به اهمیت عظیمی که رویکرد رشد در کار بالینی با کودکان دارد، در این فصل ابتدا بر مسائل مرتبط با رشد بهنجار کودکان از تولد تا ۱۲ سالگی و نیز عواملی تمرکز می‌کنیم که

## فصل نخست: پدیدآیی آسیب روانی ۳۳۱

رشد بعدی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. سپس به پژوهش‌هایی می‌پردازیم که متغیرهای مؤثر بر آسیب‌پذیری یا تاب‌آوری کودکان را موردبررسی قرار داده‌اند و درنهایت راجع به مدل‌های مربوط به پیشگیری و مداخله زودهنگام سخن می‌گوییم.

## رشد بهنجار

### ملاحظات کلی

تکالیف رشدی کودکان با گذر سن تغییر می‌کنند و هر مرحله از رشد چالش‌هایی منحصربه‌فرد پیش پای کودکان و والدین‌شان می‌گذارد. نحوه کم‌کسانی بزرگسالان تأثیرگذار طی این دوران دشوار به کودک، می‌تواند رشد بعدی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. برای مثال، چنانچه کودکی که در جدایی و تفرد مشکل دارد، والدینی داشته باشد که به جای برخوردی گرم و حمایت‌گرانه، نگرشی خصمانه به مشککش دارند، احتمالاً در مسیر کسب مهارت‌های اجتماعی به مشکلات بیشتری بر خواهد خورد.

بالبینگر باید حین مدنظر قرار دادن سیر رشد بهنجار، تفاوت‌های بین‌فردی و درون‌فردی را در ذهن داشته باشد. تفاوت‌های فردی در سرعت رشد، طی دوره پیش‌دبستانی به‌وضوح قابل‌مشاهده‌اند، تفاوت‌هایی که اغلب تا دوران دبستان هم تداوم می‌یابند. برای مثال، برخی از کودکان قبل از ۱ سالگی به سخن درمی‌آیند، حال‌آنکه گروه دیگری از کودکان حتی تا ۳ سالگی هم به زبانی گسترده دست نیافته‌اند. تفاوت در رشد جسمی کودکان طی سال‌های اواخر دوران تحصیلات ابتدایی و اوایل نوجوانی آشکارا مشهود است، باین‌حال هر کودکی در چارچوب پیوستار بهنجار خود تحول می‌یابد و رشد می‌کند. به‌علاوه، استانداردهای تحصیلی نیز معمولاً بازتاب‌دهنده تفاوت‌های رشدی عظیم بین پیشرفت کودکان مختلف‌اند.

سرعت رشد یک کودک در حوزه‌های مختلف رشد می‌تواند متغیر باشد، درست همانند تفاوت‌هایی که میان سرعت رشد کودکان مختلف وجود دارد. مثلاً ممکن است کودکی در ۲ سالگی قادر به جمله‌سازی باشد اما همان کودک خیلی دیرتر از حد انتظار به توانایی پریدن و لی‌لی کردن دست پیدا کند. یا شاید کودکی در روخوانی شاگرد اول کلاس باشد اما جهت شرکت در بازی‌های گروهی مشکل داشته باشد. برخی از این تفاوت‌های بین‌فردی و درون‌فردی عمدتاً نتیجه عوامل ژنتیکی/زیستی هستند، و به‌نظر می‌رسد برخی دیگر هم

بیشتر ناشی از تأثیرات محیطی باشند. تعامل منحصر به فرد میان این دو عامل - کودک و محیط - همان چیزی است که در نهایت سیر رشد کودک را تعیین می‌کند.

از آنجایی که فرایند یادگیری در دوران کودکی به سرعت و به طور هم‌زمان رخ می‌دهد، اغلب کودکانی که مطابق انتظار رشد پیدا نکرده‌اند طی همین دوره از زندگی (و به ویژه طی سال‌های پیش‌دبستانی) شناسایی می‌شوند، زیرا در رسیدن به نقطه عطف‌های مورد انتظار رشد با شکست مواجه شده‌اند. معمولاً الگوی کلی مشکلات است که بزرگسالان را متوجه مشکلات احتمالی در رشد [کودک] می‌سازد نه رشد کندتر در حوزه‌ای خاص. برای مثال ممکن است کودکی کندتر از همسالانش لباس پوشیدن و غذا خوردن مستقلانه را بیاموزد، یا آموزش توالت می‌تواند در کودکی آهسته‌تر و دشوارتر از همسالانش باشد؛ از این رو برای آنکه اغلب کودکان بتوانند به استقلال‌های فزاینده دست یابند، احتمالاً نیازمند نظارتی مستمرند. چنانچه مشکلات رشدی طی سالیان پیش از دبستان شناسایی نشوند، احتمالاً پس از ورود به مدرسه مورد شناسایی قرار خواهند گرفت، چراکه سالیان تحصیل به مدرسه دوره‌ای است که طی آن انتظار می‌رود تا کودک بتواند در یک جا آرام بنشیند، توجه خود را بر مطالب درسی معطوف سازد، فرایندهای پیچیده‌تر زبانی را به کار بگیرد، رخوانی کند، به محاسبات ریاضی دست بزند و با موقعیت‌های اجتماعی دشوار کنار بیاید.

بخشی که در ادامه می‌آید بر آن دسته از مسائل رشد متمرکز است که با چگونگی پدیدآیی آسیب روانی در کودکان طی دوران نوزادی، نوپایی، پیش‌دبستانی و دبستانی رابطه‌ای نزدیک دارند. جدول ۱-۱ مروری دارد بر رشد بهنجار از دوران نوزادی تا مدرسه و همچنین نگاهی دارد به وظایف مرتبط والدین با هر یک از این مراحل رشد. خوانندگان می‌توانند برای مطالعه مفصل‌تر توصیف نقاط عطف رشد به دیویس (۲۰۱۱) مراجعه کنند.

### رشد در دوره نوزادی (تولد تا ۱ سالگی)

رشد طی سال نخست زندگی بسیار محسوس است، به گونه‌ای که کودک در سن ۱۲ ماهگی، شباهتی اندک به لحظه تولد خود دارد. مهم‌ترین تکالیف سال نخست زندگی را می‌توان این‌طور خلاصه کرد: (۱) دستیابی به ثبات فیزیولوژیک، (۲) شکل‌دهی دلبستگی‌های بین‌فردی و راهبردهایی برای حفظ این دلبستگی‌ها، (۳) تنظیم برانگیختگی‌ها و عواطف، (۴) شکل‌دهی مهارت‌های حرکتی و کنترل بر این مهارت‌ها، (۵) آغاز توانایی انتقال نیازها و