



سندرمِ پسرِ آخر

دکتر علی اصغر احمدی

عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

مقدمه

با توجه به تعداد زیاد مراجعان به همکاران مشاور و روانشناسان سراسر کشور و فرایندهای گوناگون اصلاحی و درمانی که این مراجعان طی می‌کنند، می‌توان ادعا کرد که منبع بزرگی از داده‌ها و بعضاً شناسایی موارد و گروه‌های اختلالی خاص، در اختیار ما قرار دارد. یکی از این اختلالات، با عنوان «**نشانگان پسرِ آخر**»، بر اساس مشاهدات بالینی نویسنده، به جمع همکاران معرفی می‌شود. این معرفی فرصتی را فراهم می‌کند که محتویات آن مورد بررسی و دقت تمامی عزیزان خواننده قرار گیرد و آن را نقد کنند. نقدهای جامع در مورد تمامی مقالات این نشریه، از جمله در مورد این مقاله، از طرف هیئت تحریریه مورد استقبال قرار می‌گیرند و به چاپ می‌رسند. نویسنده بسیار سپاسگزار خواهد بود اگر خوانندگان عزیز در صورت مشاهده موارد مشابه با سندرمِ پسرِ آخر، آن را به‌نوعی به اطلاع او برسانند. بهترین راه، ارسال مقالات از طریق پست الکترونیکی مجله است که نشانی آن در صفحهٔ مربوطه درج شده است. امید که بتوانیم با دریافت نقد و نظر خوانندگان عزیز، در مسیر تدوین

یافته‌های جدید ایرانی، موفقیت‌هایی کسب کنیم.

کلیدواژه‌ها: سندرم، سندرمِ پسرِ آخر، تحول اختلال

نشانه‌شناسی: مشاهدهٔ موارد مکرر و تکراری در میان مراجعان کلینیک‌های روانشناسی و مشاوره، درمانگر را در اندیشه می‌برد. در این میان بنیادی‌ترین اندیشه، احتمال وجود یک سندرم یا نشانگان در میان جمعیت عمومی است. نشانگانی که پیش از این مطرح نبوده یا علائم آن توصیف نشده است. ضرورت دارد درمانگران چنین مواردی را توصیف کرده و برای پیگیری‌های تکمیلی توسط خود یا سایر روانشناسان و درمان‌گران، آن را منتشر کنند. یکی از این موارد که سال‌هاست نویسنده، شاهد تکرار آن است، سندرمی است که در حال حاضر آن را «**سندرمِ پسرِ آخر**» می‌نامم. امید که پیگیری‌های تکمیلی یا دریافت نظرات همکاران، امکان تصریح و تبیین بیشتر آن را فراهم آورد. نشانه‌های این سندرم را نمی‌توانم با دقت، فراوان مشخص کنم اما حدود

۵ درصد مراجعان مرا والدین و یا اعضای خانواده‌ی پسرانی تشکیل می‌دهند که با نشانه‌های زیر، مشخص می‌شوند.

۱. ناسازگاری با اعضای خانواده، به‌خصوص مادر.
۲. عصبانیت، پرخاشگری و تخریب‌های مکرر، هنگام مواجه‌شدن با مانع در خانواده یا اصرار مادر بر انجام کاری خاص توسط فرزند.
۳. کم‌حرفی و قهر کردن با اعضای خانواده، تا حد قطع کامل ارتباط کلامی.

۴. تقاضاهای گوناگون از خانواده و اصرار و پیگیری برای برآورده شدن این خواسته‌ها.

۵. نارضایتی فراگیر از خدمات والدین و ادعای اینکه والدین بیش از حد به او تذکر می‌دهند و به اصطلاح گیر می‌دهند، به اجبار او را وادار به انجام کارهای دلخواه خود می‌کنند، او را کنترل و به اعمال او با بدبینی نگاه می‌کنند.

۶. انواع تهدیدهای خانوادگی مبنی بر ترک خانه؛ خانه‌ی مجردی گرفتن؛ خودکشی و... گفتنی است که این گروه از بیماران علی‌رغم چنین تهدیدهایی، به‌شدت به خانواده و به‌خصوص مادر وابسته‌اند. این وابستگی در واقع نوعی آویزان شدن به دیگران است.

۷. رفتارهایی از قبیل گوشه‌گیری، خودزنی، گریه و گاه اقدام به خودکشی صوری.

۸. کم‌مسئولیتی و بی‌مسئولیتی در انجام تکالیفی چون درس خواندن، کار کردن و بر سرکاری ماندن و نیز ولخرجی و عدم توجه به اقتصاد و میانه‌روی در زندگی.

۹. این‌گونه افراد با خانواده بسیار قلدرمآبانه رفتار می‌کنند اما افرادی

ه. در اکثر موارد، پدر منتقد رفتار مادر با فرزند است. به‌رغم این مخالفت، رفتار پدر به گونه‌ای است که فرزند او را در جبهه‌ی مادر ارزیابی می‌کند.

تحول اختلال: این اختلال از سنین بسیار پایین آغاز می‌شود اما نشانه‌های خود را در نوجوانی بروز می‌دهد. این اختلال می‌تواند تا پایان عمر همراه بیمار باشد؛ ولی دامنه‌ی سنی بیمارانی که خانواده‌های آنان مراجعه می‌کنند، از ۱۲ تا ۴۰ سال است. بعد از ۴۰ سالگی اغلب یا بهبودی نسبی می‌یابد یا خانواده از بهبودی او ناامید می‌شود و از روان‌شناس و مشاور کمک نمی‌گیرد.

از لحاظ علت‌شناسی تحولی، می‌توان آغاز مشکل را قرار گرفتن فرد در محیطی که مراقبت‌های کودک‌گونه از او زیاد است، دانست. او به‌عنوان فرزند کوچک خانواده، نه‌تنها مورد مراقبت مادر، که مورد مراقبت خواهرهای بزرگ‌تر نیز قرار می‌گیرد. این مراقبت‌ها در گام اول موجب جلوگیری از استقلال یافتن او در انجام وظایف خود می‌شود. این **عدم‌استقلال** اولین لطمه‌ای است که به‌پس‌رآخ‌ر وارد می‌شود و از آنجا که در محیطی دخترانه و زنانه بار می‌آید، از رفتارهای پسرانه‌ای که دلالت بر **جرئت‌ورزی و نترسیدن** است، بی‌پهره می‌ماند.

عدم استقلال متناسب با سن و فقدان جرئت لازم برای مواجهه با اشیاء، اشخاص و حیوانات، موجب احساس نارضایتی او از خودش می‌شود و بعضاً توسط دوستانش در مدرسه و حتی اعضای خانواده، به عنوان ترسو و بی‌عرضه، مورد تمسخر و تحقیر قرار می‌گیرد. این رفتارها، موجب احساس نامناسب از خود می‌شود و به‌دلیل رشد نکردن پایه‌های **خودکنترلی** در او، خود را ناتوان از غلبه بر مشکلاتش، می‌بیند.

احساس منفی نسبت به خود.

نه‌تنها به‌شکل فراقکنی‌های مکرر مشکلات بر روی اعضای خانواده که دامن پدر را نیز می‌گیرد، بلکه به‌صورت تغییر شکل‌یافته‌ای چون جبران کاستی‌های شخصیتی خود از طریق اصرار بر داشتن اشیاء گوناگونی چون انواع موبایل، کامپیوتر و لپ‌تاپ و نیز وسایل مختلف بازی، پول و امثال آن، تجلی پیدا می‌کند.

از آنجا که برآوردن تمامی خواسته‌های او توسط والدین ممکن نیست، در مواردی با تقاضای او مخالفت می‌شود. در اینجاست که رفتار بیمارگونه دیگری به میدان می‌آید و آن استفاده از **ابزار فشار** برای متقاعد کردن والدین است. داد و بیداد راه انداختن، صدای خود را برای شنیدن همسایگان بالا بردن، چیزی را پرتاب کردن، گریه کردن، قهر کردن، به‌کار بردن انواع تهدیدها از قبیل اینکه دیگر درس نمی‌خوانم، دیگر نماز نمی‌خوانم، خودم را از پنجره به بیرون پرت می‌کنم، نمونه‌های رایجی از این تهدیدهاست. نکته‌ی تأسف‌آور در سیر بیماری، **عقب‌نشینی خانواده** از موضع خود و موافقت با تقاضای بیمار است. این عقب‌نشینی نه‌تنها موضع والدینی را تضعیف می‌کند بلکه موجب تقویت استفاده از ابزارهای فشار توسط بیمار نیز می‌شود. از آنجا که علت اصلی این گونه تقاضاها از جانب بیمار، احساس منفی و حقارت درونی او از خودش است، دست‌آورد جدید نیز مدت زیادی رضایت خاطر او را تأمین نمی‌کند و بسیار زود دلش

ترسو هستند و جرئت‌ورزی‌های مناسب با سن و جایگاه خود را ندارند. این ویژگی در سنین مدرسه، اغلب به شکل اطاعت‌پذیری از منابع قدرت، اعم از کادر مدرسه یا سایر دانش‌آموزان مشخص می‌شود. اولیای مدرسه چنین دانش‌آموزانی را خوب و مطیع توصیف می‌کنند. **ویژگی خانوادگی:** این مجموعه از رفتارها اغلب با ویژگی‌های خانوادگی زیر همراه است:

الف. مورد (کیس)، پسر و فرزند آخر خانواده است.
ب. فاصله‌ی سنی او با مادرش اغلب بیش از ۳۵ سال است.
ج. اغلب قبل از این فرزند، دو یا سه و حتی چهار دختر وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر، او دوران رشد خود را در جمعی زنانه سپری کرده است.

د. خانواده و به‌خصوص مادر از سطح فهم و دانش نسبی برای اعمال تربیت برخوردار است و بیش از حد نگران اوست و بیش از سایر فرزندان از او مراقبت می‌کند.



را می‌زند. با دلزدگی به وجود آمده، او تقاضای جدیدی را مطرح می‌کند و همان چرخه پیشین با قدرت و دامنه بیشتر استمرار می‌یابد.

در این میان تذکرات، نصایح و راهنمایی‌های والدین روزبه‌روز بیشتر و بیشتر می‌شود. والدین، به‌ویژه مادر، احساس می‌کند که باید با کمک زبان و کلام، فرزندش را راهنمایی کند؛ از این‌رو گاه با زبان نرم و ملایم و گاه با حالت قهر و دلگیری و گاه با حالت خشم و عصبانیت، چنین فرزندى را مورد هجوم پیوسته کلمات و جملات قرار می‌دهد. هر قدر فراوانی این کلمات بیشتر می‌شود، قدرت تأثیرگذاری آن‌ها نیز کاهش می‌یابد. از یک‌سو، کلام اثر خود را از دست می‌دهد و از سوی دیگر رفتار **لجاجت** در بیمار شکل می‌گیرد و شدت می‌یابد. هر قدر مادر تذکر می‌دهد، لجاجت و مقاومت فرزند نیز افزون‌تر می‌شود؛ تا جایی که کلام مادر و پدر نه‌تنها به‌طور کامل از خاصیت می‌افتد بلکه اثری کاملاً عکس به‌جا می‌گذارد. شکل‌گیری چنین رابطه‌ای در خانه، میان والدین و پسر آخر موجب می‌شود او آرامش لازم را برای انجام وظایف خود نداشته باشد.

در چنین شرایطی اُفت

تحصیلی آغاز می‌شود و به تدریج به ارتباط بیمار با درس لطمه می‌زند. همین نکته از یک سو پایه‌های درسی او را ضعیف می‌کند و از سوی دیگر مسئولان مدرسه را نیز به جمع نصیحت‌کنندگان او می‌افزاید. در چنین شرایطی بعید نیست که خاله، دایی، عمه، مادر بزرگ و پدر بزرگ هم به‌این جمع بپیوندند و هر کسی با زبانی او را دعوت به راه راست کند. برخی مواقع این زبان خیر خواهانه جای خود را به اقدامات پر خاشگرنه‌ای می‌دهد که وضعیت را بدتر از پیش می‌کند.

در مواردی، پدر یا برادر بزرگ‌تر و حتی ممکن است خواهر بزرگ‌تر وضعیت را چنان اسفبار ببینند که ناگزیر به استفاده از حربه زور شوند. او را کتک بزنند، دست و پایش را ببندند و زندانی‌اش کنند. در مواردی حتی استفاده از پلیس نیز مشاهده می‌شود. این‌گونه شیوه‌ها، بسیار زود بی‌اثر می‌شوند و تنها خاطره‌ای از کینه و دشمنی برای بیمار به ارمغان می‌آورد. اولین کسی که در مقابل رفتار خشونت‌آمیز، ایستادگی و آن را بی‌اثر می‌کند مادر است. مادر بسیار زود فرزندش را از چنبره خشونت و تنبیه شدید نجات می‌دهد. همین کار به بیمار اطمینان می‌دهد که خشونت نمی‌تواند رفتاری مداوم نسبت به او باشد. خاطره چنین رفتارهایی، به‌عنوان یک مصیبت، به مجموعه طلبکاری‌ها و گله‌مندی‌های او نسبت به خانواده و اطرافیان افزوده می‌شود.

حاصل این فرایند، درماندگی شدید والدین و خانواده در مقابل چنین فرزندى است. در اینجاست که کمک گرفتن از روانشناس و مشاور به‌عنوان گزینه‌ای جدید مطرح می‌شود. در موارد نادری، والدین به محض دیدن اولین نشانه‌ها در فاصله سنی ۲۰ تا ۳۰ سالگی بیمار، به‌روانشناس،

روان‌پزشک و یا مشاور

مراجعه می‌کنند. بیشتر اوقات، خود

بیمار در جلسه حضور نمی‌یابد. او وقتی با پیشنهاد

خانواده برای مراجعه به متخصص مواجه می‌شود، می‌گوید: «من مشکلی ندارم؛ این شما هستید که مریض هستید. شما اول برای درمان مراجعه کنید و در صورت بهبودی شما، ممکن است من هم مراجعه کنم». این اقدام بعد از گذار از مرحله‌ای است که پیش از این توضیح دادیم. در چنین مواردی ممکن است کمک گرفتن از هر کسی که اغلب به‌صورت نصیحت و راهنمایی است، قبل از مراجعه به متخصص، انجام گرفته باشد.

راهبردهای درمانی: درمان چنین سندرمی احتیاج به صبر و حوصله والدین و ایستادگی آنان برای کنترل عوامل بیماری‌زا، دارد که در بیشتر موارد، مراجعان از انجام آن طفره می‌روند و فرایند درمان را کامل نمی‌کنند. برای درمان، حذف عوامل تشدیدکننده روابط منفی در خانه، ایجاد شرایط لازم برای جرئت‌ورزی و تقویت «من» بیمار، به‌ویژه بالا بردن خودکنترلی و مهارت‌آموزی‌های مورد نیاز، مهم‌ترین راهبردهای درمانی به‌شمار می‌آید.