@karnil

کارنیل
karnil.com

- کارنیل، بزرگترین شبکه موفقیت ایرانیان می باشد، که افرادی زیادی توانسته اند با آن به موفقیت برسند، فاطمه رتبه ۱۱ کنکور کارشناسی، محمد حسین رتبه۶۸ کنکور کارشناسی، سپیده رتبه ۳ کنکور ارشد، مریم و همسرسش راه اندازی تولیدی مانتو،امیر راه اندازی فروشگاه اینترنتی،کیوان پیوستن به تیم تراکتور سازی تبریز، میلاد پیوستن به تیم صبا، مهسا تحصیل در ایتالیا، و..... این موارد گوشه از افرادی بودند که با کارنیل به موفقیت رسیده اند،

شما هم می توانید موفقیت خود را با کارنیل شروع کنید.برای پیوستن به تیم کارنیلی های موفق روی لینک زیر کلیک کنید.

www.karnil.com

WWW.KARNIL.COM

@karnil

کارنیل
karnil.com

ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی

آتنا دروز

غزال رمضانی

@karnil

دنیای بازی با پیچ و خم ها و رمز و راز هایش سرشار از استعاره هایی است که توجه بسیاری از روانشناسان را به خود جلب کرده. کتاب حاضر در بر گیرنده ی نظریات مشهورترین متخصصان بازی درمانی می باشد که برای خواننده فرصت مطالعه و مقایسه ی دیدگاه های متفاوت را فراهم می آورد. مطالبی که در این کتاب گردآوری شده اند، همگی متعلق به چهره های برجسته ای هستند که خود مقالات و مطالب متعددی در این زمینه دارند. آتنا دروز، مؤلف کتاب، سابقه ی درخشانی در این زمینه داشته و کوله باری از تجربه را به دوش می کشد. او مسئول سابق انجمن بازی درمانی و استاد یار این رشته در دانشکده های ماریست و سیج می باشد. دروز هم چنین عضو ژورنال بین المللی بازی درمانی است و سخنرانی ها و مقالات متعددی را در این زمینه و در سطح بین المللی ارائه کرده است. اگر بگوییم هر کدام از این نویسندگان، ستارگان درخشان تخصص های گوناگون روانشناسی کودک هستند، سخنی به گزاف نگفته ایم.

این کتاب جامع موضوعات زیر را تحت پوشش قرار داده است:

* چگونگی به کار گیری بازی درمانی به عنوان بخشی از درمان کودکان و نوجوانان

* استفاده از بازی درمانی در درمان های ترکیبی والدین و کودک

* دستورات گام به گام برای اجرای برنامه های درمانی

* استفاده از بازی رفتار درمانی شناختی برای کودکان و خانواده هایی با مشکلات گوناگون

شاید آن چه که کتاب حاضر را از سایر کتب مربوط بـه این زمینه متمایز می سازد، ارائه ی شیوه های مستند درمان و پژوهش های تأیید کننده ی آن ها و بخش پایانی باشد که سخنی از زبان روان شناسان کودک برای همکاران خود است. در این بخش با دیدی باز و جسورانه به مشکلات و تنش هایی پرداخته شده که روان شناسان کودک در زندگی حرفه ای خود با آن روبرو می شوند. هم چنین تکنیک های مؤثری برای مواجهه با این مشکلات ارائه شده که امید است یاری دهنده ی این یاری دهندگان خستگی ناپذیر باشد!

نشر وانیا

۱۳۵۰۰۰ ریال

VANIA PUF YAHOO.COM

@karnil

کارنیل
karnil.com

به نام او

نسخه‌ی الکترونیکی این کتاب که در سال ۱۳۸۹ به چاپ رسید و نامزد دریافت بهترین کتاب فصل در زمینه‌ی روانشناسی شد، با همکاری نشر وانیا در دسترس علاقمندان قرار گرفته و تمام حقوق آن متعلق به مترجم و نشر وانیا می باشد.

بدیهی است هر گونه تخلف مورد پیگیری و برخورد قانونی قرار خواهد گرفت.

@karnil
کارنیل
karnil.com

برای مطالعه و دانلود کتاب های

دیگر به سایت کهکشان نورد

مراجعه کنید:

www.galaxywalker.net

تماس با من:

info@galaxywalker.ir
order@galaxywalker.ir

نشر وانیا:

vania_pub@yahoo.com

تلفن انتشارات:

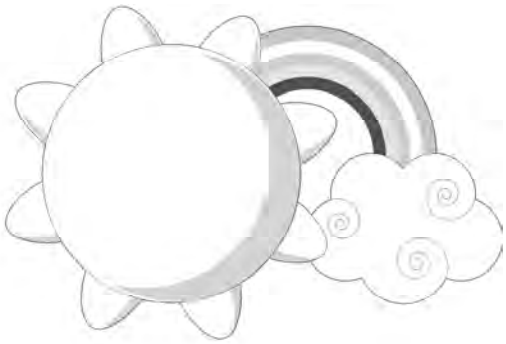
۶۶۷۵۵۸۲۴

۶۶۷۵۶۴۳۲

@karnil

کارنیل
karnil.com

خورشید راحاجب توپی، امید راواجب توپی مطلب توپی طالب توپی، هم متنی هم مبتدی



ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی

تألیف: آتنا دروز

ترجمه و تألیف: غزال رمضانی ویرایش: سیمین ندافیان

نشر وانیا

@karnil
کارنیل
karnil.com

سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

عنوان و نام پدید آور: ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی= Play Therapy /
{ ویراستار} آتنا دریوز؛ مترجم: غزال رمضانی؛ ویراستار: سیمین ندافیان
مشخصات نشر: تهران: وانیا،۱۳۸۹.
مشخصات ظاهری: XXI، ۵۹۲
شابک: ۸-۷-۹۱۸۳۶-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: کتابنامه: ص .[۵۸۵-۵۹۲].
موضوع: بازی درمانی
موضوع: شناخت درمانی کودکان
موضوع: پزشکی مبتنی بر شواهد
شناسه افزوده: دروز، آتنا ا، ۱۹٤۸ – م.، ویراستار
شناسه افزوده: Drewes, Athena A.
شناسه افزوده: رمضانی، غزاله، ۱۳۵۹ -، مترجم
شناسه افزوده: ندافیان، معصومه، ۱۳۳۷-، ویراستار
شماره کتابشناسی ملی: ۲۰۷۹۰۸٤
رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹۱۶۵۳
رده بندی کنگره : ۱۳۸۹ ٤ت ۲ب/RJ۵۰۵
یادداشت: عنوان اصلی:
Blending Play Therapy with cognitive behavioral Therapy :
Evidence-based and other effective treatments and thechniques, 2009

@karnil

کارنیل
karnil.com

تقدیم به:

مادر عزیزم که در حضور او همواره کودکی شاد و سرزنده ام...

و

عسل ناز و عروسک های ملوسش که با طوطی قصه گو هزاران دنیا بازی بی پایان در سر دارند!

@karnil

کارنیل
karnil.com

این کتاب ترجمه ای است از :

Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: evidence based and other effective treatments and techniques,2009

Vania_pub@yahoo.com

ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی

آتنا دروز

ترجمه و تألیف: غزال رمضانی

ویرایش: سیمین ندافیان

حروفچینی، صفحه آرایی و طرح جلد: گرافیک جزیره

Island.Translation@live.com, Ghazal.ramezany@live.com

چاپ اول تهران ۱۳۸۹

شمارگان: ۱۱۰۰ جلد

شابک: ۸-۷-۹۱۸۳۶-۶۰۰-۹۷۸

تلفن مرکز پخش: ۳۳۳۲۷۲۴۱- ۰۹۱۲۱۸۶۶۵۵۸ بیجاد

@karnil

کارنیل
karnil.com

فهرست

درباره ی مؤلف I

نویسندگان III

سپاسگزاری VIII

دیباچه IX

پیشگفتار XV

مقدمه ی ناشر XVIII

سخن مترجم XIX

فصل اول. منطق ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی ۱

۱. قدرت های درمانی بازی ۵

چارلز شفر و آتنا دروز

Charles E. Schaefer & Athena A. Drewes

۲. بازی درمانی، تعلیم و تربیت و مقوله ی: CBT ۲۱

مباحثه ای در باره ی ترکیب میان رشته ای

ژانین شلبای و میشل برک

Janine S. Shelby & Michele S. Berk

۳. استفاده از بازی درمانی برای کودکان آسیب دیده ۴۹

الیانا گیل و نیکول یالازو

Eliana Gil & Nicole Jalazo

@karnil

فصل دوم.تاریخچه و بنیان مفاهیم بازی درمانی ۶۱

۴. اطلاعات پیچیده و مرموز نیستند: ۶۵

درک پژوهش های روان درمانی و چگونگی اجرای آن ها

سوزانه باتون – لورن هالیون

Suzanne Button & Lauren S.Hallion

۵. پژوهش های بازی درمانی: تاریخچه و پشتوانه ی تجربی ۹۳

جنیفر بگرلی

Jennifer Baggerly

۶. تئوری و موارد استفاده ی **CBPT** ۱۱۷

سوزان نل

Susan M. Knell

فصل سوم. درمان های مؤثر ۱۳۹

با استفاده از بازی و CBT

۷. درمان ضربه های روحی: ۱۴۵

CBT و بازی درمانی برای مشکلات کودک و خانواده

سوزان هانسن، گلن ساکس

Susan Hansen & Glenn Saxe

@karnil

۸. بازی درمانی برای کودکان و نوجوانان دچار اختلالات اضطراب ۱۷۷
جنیفر پودل ؛ ارین مارتین و فیلیپ کندال
Jennifer L.Podell, Erin D.Martin & Philip C. Kendall
۹. نقش بازی در CBT برای کودکان پرخاشگر: برنامه ی توانایی سازش ۱۹۵
جان لاکمن، کارولین باکس میر، نیکول پاول
John E. Lochman Caroline Boxmeyer & Nicole Powel
۱۰. نوآوری در رابطه درمانی والد – کودک ۲۱۷
آنتونی اُرکیزا، نانسی زبل، داون بلکر
Anthony J.Urquiza, Nancy M. Zebell & Dawn Blacker
۱۱. برنامه ی ابتدایی: پنجاه سال تسهیل انطباق با مدرسه ۲۳۹
استیفن دمانچیک، ماری آن پیبادی و دبورا جانسون
Stephen P.Demanchick, Mary Anne Peabpdy & Deborah B. Johnson
فصل چهارم. روش های سودمند بازی درمانی ۲۶۱
۱۲. روان درمانی کودک-والد ۲۶۵
آلیسیا لیبرمن و لیزا اینمن
Alicia F. Lieberman & Lisa R. Inman

@karnil

۱۳. فرزند درمانی: از علم تا عمل ۲۸۷

رایز ون فلیت
Rise Vanfleet

۱۴. آموزش کودکان خردسال: شیوه ای برای بهبود روابط ۳۱۹

معلم و دانش آموزان بر اساس اصول آدلر

جوآنا وایت و لورن استرن وین
JoAnna White & Lauren Stern Wynne

۱۵. درمان با صفحه ی شنی (Sandtray) ۳۳۷

دنیل سوینی و لیندا هومیر
Daniel S. Sweeney & Linda E. Homeyer

فصل پنجم. ترکیب و به کار گیری تکنیک های بازی- محور با CBT ۳۶۵

۱۶. بازی رفتار درمانی شناختی ۳۶۹

سوزان نل و مینا داساری
Susan M. Knell & Meena Dasari

۱۷. تکنیک های بازی درمانی برای تعدیل احساسات ۴۰۹

سوزان تراکتنبرگ پائولا
Susan Trachtenberg Paula

@karnil

۱۸. ایجاد اعتماد به نفس، مهارت های سازش و اصلاح تحریفات شناختی ۴۳۵
دیان فری
Diane Frey
۱۹. بازی درمانی برای مدیریت نا خشنودی: تکنیک لاک پشت و ماوراء ۴۶۷
اوا فیندلر
Eva Feindler
۲۰. رویکردهای روایت گونه: کمک به کودک برای بازگویی داستانش ۴۸۹
آن کاتاناک
Ann Cattanach
۲۱. حل مشکلات خانوادگی: استفاده از فعالیت های بیان گرا ۵۲۱
استیو هاروی
Steve Harvey
فصل ششم. مراقبت درمانگر از خود ۵۴۳
۲۲. کار را در مطب رها کنید! ۵۴۵
جان نارکراس و آتنا دروز
John C. Norcross & Athena A. Drewes

@karnil

سخن آخر	۵۷۱
فهرست اسامی	۵۷۳
منابع	۵۸۵

@karnil

کارنیل
karnil.com

درباره ی مؤلف

دکتر آتنا دروز[1] روانشناس کودک و مدرسه، متخصص بـازی درمـانی و مجـری برنامه ی آموزش بالینی و کارورزی تحت تأییـد *APA*[2] در **خانه ی آستور بـرای کودکان**[3] می باشد که یک مؤسسه ی بهداشت و سـلامت روان غیرانتفـاعی اسـت. این مرکز با در اختیار داشـتن بـیش از ۷۵۰ کارمنـد نـواحی *دوشِـس*، *بـرونکس* و *اورنج کاونتی* در نیویورک را تحت پوشش خدمات متعـددی قـرار داده اسـت. دکتـر دروز استادیار بازی درمانی در کالج های ماریسـت و سـیج[4] مـی باشـد، هـم چنـین مسئول سابق انجمن بازی درمانی (۲۰۰۷-۲۰۰۱)، بنیانگذار و رئیس سابق مجمع بازی درمانی نیویورک بوده و مدیر فعلی انستیتو بازی درمانی است.

او دبیر گروه علاقمند ی های خاص کودک و نوجوان گـروه ۵۶ ضـربات روحـی *APA* است و در هیئـت تحریریـه ی تعلـیم و آمـوزش در روانشناسـی حرفـه ای و ژورنال بین المللی بازی درمانی نیـز عضـویت دارد. دروز مقـالات و سـخنرانی هـای بسیاری راجع به بازی درمانی در سطح کشوری و بین المللی داشته اسـت. وی هـم چنین مؤلفِ همکار و نویسنده ی بخش هـای ***بـازی درمـانی مدرسـه- محـور*** **(دروز، کری و شفر، ۲۰۰۱)؛** ***مسائل فرهنگی در بازی درمـانی*** **(گیـل و دروز، ۲۰۰۵)** ***و نظارت می تواند همراه با بازی باشد: تکنیک هـای بـازی- محـور برای کودکان و ناظران بازی درمانی*** (دروز و مولن، ۲۰۰۸) است.

دکتر دروز عضو تیم مدیریت بهداشت و سلامت روان در صلیب سرخ نیویـورک و شبکه ی پاسخگویی به حوادث در مجمع روانشناسی ایالت نیو یورک مـی باشـد و بیش از بیست و پنج سال سابقه ی کـار در مراکـز خـدماتی گونـاگون دارد کـه بـه کودکان و نوجوانان آسیب دیده کمک می کنند.

* *

1 *Dr.Atena Drewes*

2 *American Psychologists Association انجمن روانشناسان ایالات متحده*

3 *Astor Home For Children*

4 *Marist & Sage*

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

نویسندگان

آنتونی اُرکیزا Ph.D. گرداننده ی مرکز خدمات بهداشت و سلامت روان CAARE، تشخیص و درمان گروه بیماری های کودکان، دانشگاه کالیفرنیا، مرکز پزشکی دیویس، ساکرامنتو، کالیفرنیا.

لورن اِسترن وِین .Ph.D.،L.P.C.، RPT-S . استادیار گروه مشاوره و خدمات روانشناسی دانشگاه ایالتی جورجیا، آتلانتا، جورجیا.

لیزا اینمَن، M.D. روانکاو کودک و نوجوان اداره ی سلامت عمومی سانفرانسیسکو. مرکز درمانی کودک-خانواده ساوت ایست، سانفرانسیسکو، کالیفرنیا.

سوزانه باتون Ph.D.گرداننده ی پژوهش ارتقاء برنامه و مدیریت نتایج ؛ خانه ی آستور برای کودکان راین بک، نیویورک.

کارولین باکس مِیِر Ph.D.گروه روانشناسی دانشگاه آلاباما؛ تاسکالوسا، آلاباما.

میشل بِرک Ph.D. استادیار UCLA. گرداننده ی کلینیکCBT وDBT نوجوانان، بخش روانشناسی دانشکده ی پزشکی گفن. هاربر-مرکز پزشکی UCLA؛ تورانس، کالیفرنیا.

جنیفر َبگِرلی RPT-S،Ph.D.LAHC-S ؛ مشاور آموزش دانشگاه فلوریدای جنوبی، تامپا، فلوریدا.

داون بِلَکِر Ph.D. دانشگاه کالیفرنیا در داویس. بیمارستان کودکان؛ مرکز تشخیص و درمان CAARE ساکرامنتو، کالیفرنیا.

@karnil

کارنیل
karnil.com

نیکول پاول Ph.D. روانشناس مرکز پژوهش پیشگیری از رفتارهای مشکل ساز در نوجوانان؛ دانشگاه آلاباما، تاسکالوسا، آلاباما.

جنیفر پودل Ph.D.کلینیک اختلالات اضطراب کودکان و نوجوانان، دانشگاه تمپل، فیلادلفیا، پنسیلوانیا.

ماری آن پیبادی LCSW. عضو گروه بالینی مؤسسه ی کودکان؛ روچستر، نیویورک.

سوزان تراکتنبرگ پائولا Ph.D. مرکز نو آوری های برنامه های مرتبط با ضربات روحی، هیئت خدمات خانواده و کودکان؛ نیویورک، نیویورک.

دبورا جانسون M.S.، انستیتوی کودکان، روچستر، نیویورک.

مینا داساری Ph.D.مرکز متروپلیتن CBT. دانشکده ی پزشکی؛ نیو یورک، نیو یورک.

آتنا دروز PSY.D. RPT-S. گرداننده ی آموزش بالینی و کارورزی APA ؛ خانه ی آستور برای کودکان. پاوکیپسی، نیویورک.

استیفن دِمانچیک Ph.D. LMHC. استادیار گروه درمان توسط هنرهای خلاق کالج نازارث؛ روچستر، نیویورک.

نانسی زبل Ph.D. روانشناس ناظر مرکز تشخیص و درمان CAARE. گروه بیماری های کودکان، دانشگاه کالیفرنیا، مرکز پزشکی دیویس، ساکرامنتو، کالیفرنیا.

@karnil

گلن ساکس M.D. رئیس گروه روانکاوی برای پژوهش و توسعه، گروه روانکاوی بیمارستان کودکان، بوستون، ماساچوست.

دنیل سووینی RPT-S، LPC،Ph.D. LMFT . استاد مشاوره ی روان درمانی، گرداننده ی مرکز پژوهش NW بازی درمانی؛ فارغ التحصیل رشته ی مشاوره از دانشگاه جورج فاکس، پورتلند، اورگون.

چارلز شفر Ph.D. RPT-S. استاد بازنشسته ی دانشگاه فرلی دیکینسون، تینک، نیوجرسی؛ گرداننده ی مجمع بازی درمانی (باز نشسته).

ژانین شلبای Ph.D. RPT-S. استادیار UCLA؛ گرداننده ی کلینیک آموزش روانشناسی کودک و ضربات روحی در کودکان؛ گروه روانکاوی دانشکده ی پزشکی گفن، مرکز پزشکی هاربر UCLA؛ تورانس، کالیفرنیا

دیان فری Ph.D. RPT-S دانشگاه ایالتی رایت، دایتون، اوهایو.

اِوا فیندلر Ph.D. گرداننده ی مرکز خدمات روان درمانی. استاد روانشناسی دانشگاه لانگ آیلند، برکویل، نیویورک.

آن کاتاناک Ph.D. استاد مشاور سابق بازی درمانی دانشگاه روهامپتون، لندن؛ استاد کنونی دانشگاه یورک، انگلستان. مشاور پذیرش فرزند و نگهداری موقت از کودکان؛ مورای و هایلند، اسکاتلند.

فیلیپ کِندال Ph.D. ABPP کلینیک اختلالات اضطراب کودکان و نوجوانان؛ دانشگاه تمپل، فیلادلفیا، پنسیلوانیا.

@karnil

الیانا گیل Ph.D. RPT-S گرداننده ی خدمات بالینی مرکز کمک به کودکان ویرجینیا. فیرفکس، ویرجینیا.

جان لاکمن Ph.D.ABPP. سر دبیر ژورنال روانشناسی کودکان غیر عادی؛ گرداننده ی مرکز پیشگیری از رفتارهای مشکل ساز در نوجوانان، استاد و صاحب کرسی در روانشناسی بالینی گروه روانشناسی دانشگاه آلاباما؛ تاسکالوسا، آلاباما.

آلیسیا لیبرمن Ph.D. ریاست مرکز بهداشت روانی نوزادان، پست اهدا شده از سوی ایروینگ هریس؛ استاد و نایب رئیس آکادمیا افیر، گروه روانکاوی UCSF؛ گرداننده ی پروژه ی پژوهش ضربات روحی در کودکان، سانفرانسیسکو، کالیفرنیا.

اِرین مارتین Ph.D. کلینیک اختلال اضطراب کودکان و نوجوانان، دانشگاه تمپل؛ فیلادلفیا، پنسیلوانیا

دونالد میکِن باوم Ph.D. استاد سرشناس دانشگاه واترلو، اونتاریو، کانادا (بازنشسته)؛ یکی از استادان برجسته ی بازدید کننده از دانشگاه میامی؛گرداننده ی پژوهش انستیتو ملیسا در رابطه با پیشگیری از خشونت.

جان نارکراس Ph.D. ABPP. استاد روانشناسی و یکی از اعضای سرشناس جامعه ی دانشگاهی؛ سر دبیر ژورنال روانشناسی بالینی. گروه روانشناسی دانشگاه اسکرانتون، پنسیلوانیا.

سوزان نل Ph.D. انجمن طیف بیماری های روانی؛ شیکر هیتس، اوهایو.

جوآنا وایت .RPT-s، L.P.C.،Ed.D . استاد و رئیس گروه مشاوره و خدمات روانشناسی دانشگاه ایالتی جورجیا، آتلانتا، جورجیا.

@karnil

رایز وَن فلیت Ph.D. RPT-S. رئیس و صاحب مطب در مرکـز بـازی درمـانی و ارتقاء خانواده، بویلینگ اسپرینگز، پنسیلوانیا.

استیو هاروی Ph.D. RPT-S روانشناسی آموزش؛ روانشناس رسمی در نیوزیلند، روانشناس مشاور انجمن سلامت ناحیه ی تاراناکی؛ نیو پلای موث، نیوزیلند.

لورن هالیون، هماهنگ کننده ی ارزیـابی کیفـی و بهبـود، خانـه ی آسـتور بـرای کودکان. راین بک، نیویورک.

سوزان هانسِـن LCSWR،RPT-S نـاظر برنامـه ی خـدمات کودکـان؛ مرکـز بهداشت و سلامت روان اولستر کاونتی؛ کینگستون، نیویورک.

لیندا هومِیر Ph.D. RPT-S دانشگاه ایالتی تگزاس- سن مارکوس، تگزاس.

نیکول یالازو LCSW، عضو ارشد کلینیک مرکـز کودکـان ویرجینیـا، فیـرفکس، ویرجینیا.

@karnil

کارنیل
karnil.com

سپاسگزاری

این کتاب بدون راهنمایی و پیشنهاد های کارشناسانه و دقیق سودمند چارلز شفر[5] و دان میکن باوم[6]، نمی توانست به شکل حاضر آماده شود. دانش و بصیرت آن ها به من کمک کرد تا خواسته ی قلبی ام را به واقعیت بدل سازم. این دو در صرف وقت و ارائه ی نظریات شان بسیار سخاوتمند بودند و باعث افتخار من است که ایشان را به عنوان دوست و همکار خود خطاب نموده و نام شان را در این کتاب ذکر کنم. در واقع آن ها نماد شاخص دو رشته ی **بازی درمانی**[7] ***(PT)*** و **رفتاردرمانی شناختی**[8] ***(CBT)*** هستند.

چاپ این کتاب هم چنین بدون حمایت و تشویق های ایزابل پِرت، ویراستار، و لیزا گِبو ویراستار ارشد انتشارات *"جان وایلی و پسران"* امکان پذیر نبود. آن ها ظرف سه سال گذشته تلاش های بسیار زیادی انجام داده اند و حاصل کار، چیزی است که اکنون پیش روی شماست. ایمان آن ها به این پروژه و من؛ بدون قید و شرط بود که بسیار آن را تحسین می کنم. ایزابل پرت در تصحیح مطالب و تبدیل آن به سخه ی منتشر شده کاری استادانه انجام داد که در واقع باعث خواهد شد اثری ماندگار در زمینه ی روانشناسی کودک و نوجوان از او باقی بماند.

از جیمز ریچارد بریجز، اسکات ریچارد دروز بریجز و ست اندرو بریجز نیز برای عشق و حمایت همه جانبه و حضور همیشگی شان تشکر ویژه ای دارم. آن ها مانند باد زیر بال های من هستند! هم چنین از خانواده و دوستانم که مشوق من بوده و به من انرژی می دادند تشکر می کنم: جان و دوریس دروز، نیک و رزماری دروز، نیک و لوری دروز، نیکولت ماری و ناتالی الین دروز، الیانا گیل، آنا ساتون، آکیکو اونوگی، دبرا شیف، تویلا اسمیت، پگی لندرام، لیندا منگلز دورف، لیندا شاتس، جانی کلر، شیلا داهرتی، کریس فورایکر و دیو کرنشاو.

****

[5] *Charles E. Schaefer*
[6] *Don Meichenbaum*
[7] *Play Therapy*
[8] *Cognitive Behavioral Therapy*

@karnil

کارنیل
karnil.com

دیباچه

این کتاب حاصل بیست و پنج سال تجربیات حرفه ای در کلینیک های کودکان و نوجوانان می باشد که فقدان آن بسیار محسوس بود. زندگی شغلی من پس از اخذ مدرک فوق لیسانس در روانشناسی بالینی از دانشگاه نیویورک آغاز شد. من در انجمن خدمات خانواده و کودک استخدام شده، هم چنین در مرکز رشد کودکان به بررسی و درمان تأخیرات رشدی و سنی کودکان مشغول شدم.

اوا لانداور[9] مشاور و مربی من در بازی درمانی روان پویشی بود و خود او از تعلیمات آنا فروید[10] بهره برده است. در همان مرکز خدمات کودک و خانواده بود که علاقه ی من به بازی درمانی شکل گرفت و متوجه شدم بازی به عنوان یک شیوه ی درمان، چه قابلیت هایی دارد و چگونه می توان از آن برای کودکان در جلسات مشاوره استفاده کرد، بدون این که نیاز به گفتن کلامی باشد. خود من شاهد رشد و شکوفایی کودکانی بوده ام که در گذر زمان از بازی های سمبولیک بسیار زیادی استفاده می کرده اند.

پس از پنج سال کار در این مرکز، همراه با همسرم به اورنج کاونتی در نیو یورک نقل مکان کردیم تا زندگی مشترک خود را در آن جا آغاز کنیم. کار من به عنوان متخصص بازی درمانی در یک کلینیک مشاوره شروع شد و در آن جا با طیف گسترده ای از کودکانی با سنین و مشکلات مختلف برخورد داشتم که البته اغلب آن ها کودکانی تحت سرپرستی دیگران بودند که مورد آزار قرار گرفته بودند. این مسئله معضلی نسبتاً جدید بود و هنگام کار اغلب به نظر می رسید ما بیشتر به غریزه ی خود تکیه می کنیم تا این که خط فکری خاصی را دنبال کنیم. همگی به سختی تلاش می کردیم راه هایی برای جذب کودک به فرآیند درمان بیابیم، یا مهارت هایی را کسب کنیم که بتوانند در درمان کودکان به ما کمک کنند. خود من مدتی در یک برنامه ی ویژه ی آموزشی پیش دبستانی، از بازی درمانی استفاده

****

[9] *Eva Landauver*
[10] *Anna Freud*

@karnil

کارنیل
karnil.com

می کردم و هم چنین مشاوره هایی به والدین و معلمان ارائه مـی دادم. چنـد سـال نیز به عنوان روانشناس مدرسه مشغول به کار بودم. از آن جا که طبق قوانین ایالـت نیویورک باید مدرک معتبرتری می داشتم، بـرای اخـذ مـدرک دکتـرا بـه دانشـگاه **پاک**[11] در شهر نیویورک بازگشتم. برنامه ی ترکیبی بالینی و مدرسه بـرای کودکـان بهترین نمونه ی هردوی این رشته ها بود و این امکان برای مـن فـراهم شـد تـا در عمل بتوانم از آن ها استفاده کنم. دوران کارورزی من در **خانـه ی آسـتور بـرای کودکان** در راینبک نیویورک گذشت که یک مجموعه با خدمات متعـدد مـرتبط بـا بهداشت و سلامت روان است که برنامه ای معتبر با تأییـد *APA* اجـرا مـی کنـد و عملکرد مناسبی در رابطه بـا بـازی درمـانی دارد. ایـن مؤسسـه هـم چنـین از نـوع غیر انتفاعی است و برای مقاصد مالی فعالیت نمی کند.

من آن قدر خوش شانس بودم کـه پـس از تکمیـل دوران کـارورزی در آن جـا استخدام شدم و همان جا مانـدم کـه مـدت آن بـیش از شـانزده سـال مـی باشـد. هم چنین قریب ده سال به عنوان روانشناس بالینی و هماهنگ کننـده ی ارشـد در مرکز ارائه ی خدمات درمانی در منزل، در راینبک فعالیت داشـتم و اغلـب کودکـان پنج تا سیزده ساله را ویزیت می کردم کـه مشـکلات شـان معمـولاً ناشـی از آزار و اذیت، اختلالات وابستگی توأم با یک خانواده ی نا کارآمد و از هم گسیخته بود.

در آن جا بود که دریافتم شیوه های کلاسیک درمان بـرای برخـی از کودکـانی که مورد آزار قرار گرفته بودند، مؤثر واقع نمی شود. تلاش های من و همکـارانم بـه گونه ای بی ثمر و راکد بود. اگر من با بیمارانم راجع به مشکل شـان صـحبت نمـی کردم، آن ها نیز تمایلی به حرف زدن نداشتند و بسیار خوشـحال تـر مـی شـدند از صحبت درباره ی آن اجتناب کنند. کودکان اغلب با بازی کردن از این موضوع طفره می رفتند و چیزی به آگاهی ما اضافه نمی شد. من در وضعیتی منفعل قـرار گرفتـه بودم و هیچ نوع ابزاری در دست نداشتم که بتوانم برای پیشبرد درمـان از آن بهـره بگیرم. هنگامی که انجمن بـازی درمـانی را در سـال ۱۹۹۲ کشـف کـردم، در یـک

****

[11] *Pace University*

@karnil

کارنیل
karnil.com

کارگاه آموزشی با تدریس بورلی جیمز[۱۲]، نویسنده ی **درمان کودکان آسیب دیده** شرکت کردم. او ایده ی یک رویکرد درمانی به موازات رشد و نیاز به استفاده از لوازم بازی درمانی و تکنیک های بازی- محور را معرفی کرد. این همان تکه ی گمشده در کار من بود. با حضور در کنفرانس های این انجمن و کارگاه های آموزشی به رهبری متخصصان برجسته ی بازی درمانی و استفاده از تکنیک های جیمز و سایرین، توانستم به ادراکی جامع از یک سبک درمانی یکپارچه برسم. من متوجه شدم برای کار کردن با کودکانی که به شدت مورد آزار قرار گرفته و آسیب دیده اند و هم چنین دچار اختلال وابستگی هستند، باید بین شیوه های کلاسیک هدایت توسط کودک *(Child-Led)* و رویکرد مستقیم، روندی انعطاف پذیر را انتخاب کنم. در واقع باید تبدیل به یک درمانگر تجویز کننده می شدم و بهترین رویکرد ها و درمان های مستند را برای یک کودک خاص و شمکلات خاص او، استفاده می کردم.

دیگر این نظریه که یک درمان برای همه مناسب است، در تلاش های من برای درمان ضربات روحی جایی نداشت و باید از بازی در *"فرآیند درمان"* و هم چنین *"به عنوان درمان"* استفاده می نمودم. این تفکر بر خلاف عقیده ی دیگر متخصصان بازی درمانی بود که عقیده داشتند و هنوز هم دارند که شیوه های درمانی کودک-محور، تنها راه برای سروکار داشتن با کودکان و استفاده از بازی درمانی است. اما عقیده ی من بر این است که ما به هر دوی آن ها نیاز داریم. نه فقط کار غیر مستقیم با کودکان و استفاده از شیوه های کودک- محور؛ بلکه هم چنین به کارگیری شیوه های مستقیم و هدایت کننده برای برخی کودکان الزامی است. حتی در زمان هایی باید هر دوی آن ها را همراه با یکدیگر در یک جلسه ی درمان مورد استفاده قرار داد. علاوه بر این معتقدم که نیاز به استفاده از *CBT* برای برطرف کردن مشکلاتی چون: متعادل سازی احساسات، اعتماد به نفس، حل مسائل و اختلالاتی در مهارت های اجتماعی و توانایی سازش و کنار آمدن با شرایط و دیگران؛ بسیار ملموس می باشد. البته مشکلات وابستگی و تعلق خاطر معمولاً به

****

[12] *Beverly James*

@karnil

شدت مشکلات سوء استفاده که من در مراکز درمانی آستور و درمان در منزل مشاهده می کردم، نبود.

در این زمان بود که متوجه شدم می توان مکاتب بازی درمانی و رفتاردرمانی شناختی را به خوبی با یکدیگر در هم آمیخت. کتاب سوزان نل[۱۳] با عنوان **بازی رفتار درمانی شناختی (CBPT)** آنچه را که من قبلاً احساس کرده بودم، مورد تأیید قرار داد. با توجه به تجربه ی افراد معتبری که بر استفاده از درمان هایی با محوریت شواهد و مدارک موجود برای کودکان و نوجوانان در مرکز آستور تأکید می ورزیدند، ما باید نشان می دادیم این رویکرد حقیقتاً مؤثر است. هم چنین باید دیگر شیوه های درمانی مشابه را در کار خود می آموختیم و از آن ها برای کودکان و نوجوانان؛ بخصوص آن دسته که مورد اذیت و آزار قرار گرفته بودند، استفاده می کردیم.

برخی از متخصصان و نویسندگان متون روانشناسی، هنوز هم ارزش های بازی درمانی را زیر سؤال می برند. بخش عمده ای از این فرآیند می تواند به علت دیدگاه های قدیمی در این رابطه باشد که بازی درمانی، یک رویکرد روان پویشی، کودک- محور یا غیر مستقیم است. مسلماً این بخشی از بازی درمانی می باشد: بازی به عنوان درمان. در هر حال رشته ی بازی درمانی توسعه ی چشمگیری داشته و شامل هنرهای بیانی نیز شده است که امکان درمان با صفحه ی شنی[۱۴]، هنر درمانی، استفاده از قصه گویی، شعر و نوشته های خلاقانه، تئاتر، و موسیقی درمانی را از میان رویکرد های درمانی متعددی فراهم می آورد. کار با والد وکودک با استفاده از فرزند درمانی، رابطه درمانی کودک- والد همراه با *Theraplay* (شیوه ی بازی درمانی با محوریت رابطه) برای اختلالات وابستگی نیز در طیف بازی درمانی قرار می گیرند. در طول سال های اخیر، پزشکان و افرادی که با کودکان و نوجوانان سروکار دارند، چه در مدرسه و چه در مراکز درمانی؛ بیشتر به دنبال مهارت ها و تکنیک هایی هستند تا به آن ها کمک کند مشکلات و مسائل گوناگونی را که کودکان با آن ها دست به گریبان هستند، برطرف سازند.

****

[13] *Susan Knell*

[14] *Sandtray Therapy*

@karnil

کارنیل
karnil.com

کاربردهای عملی و رویکردهای یکپارچه در نظارت بـر کودکـان و نوجوانـان در این زمینه بسیار توسعه یافته است. بازی در درمان هر چـه بیشـتر تبـدیل بـه یـک هنجار شده و مشخصاً می توان مشاهده کرد که استفاده از یک شیوه ی خاص برای همگان مناسب نیست.

من در طول سه سال گذشته، ۳ پیشنهاد برای برگزاری کارگاه آموزشی داشـتم که در کنفرانس سالیانه ی مجمع روانشناسـان ایـالات متحـده مـورد پـذیرش قـرار گرفتند و دو مورد از آن ها نیز در کنفرانس های انجمن ملـی روانشناسـان مدرسـه تأیید شدند. این دوره ها در رابطه با آموزش های مهارت- محور و چگونگی اسـتفاده از تکنیک های بازی- محور و رویکردهایی در تعامل با کودکـان و نوجوانـان بودنـد. حضور گسترده در این دوره ها به طور واضح نشـان دهنـده ی تغییـر دیـدگاه هـا و کمرنگ شدن نظریـات قـدیمی در رابطـه بـا بـازی درمـانی مـی باشـد. پزشـکان و دست اندرکاران این امر باید از شیوه هایی که مؤثر واقع شده و شـواهد مطالعـاتی و پژوهش هایی که باعث هر چه آگاهتر شـدن آن هـا از کارشـان مـی شـود، تمجیـد کنند.

این کتاب با توجه به نیاز مبرم به اطـلاع رسـانی و آگـاهی دادن بـه پزشـکان و دست اندر کاران *CBT* ارائه می شود تا به آن ها بگوید بازی درمانی تکامل یافتـه و دیگر به شکل پنجاه سـال پـیش خـود نیسـت و چیزهـای بسـیار زیـادی دارد کـه می تواند بـرای ارتقـاء درمـان هـای *CBT* مسـتند ارائـه کنـد. بـازی خـود عوامـل درمان بخش بسیاری دارد و هنگامی که با دیگر شـیوه هـای مـؤثر درمـان ترکیـب شود، تبدیل به یک عامل تغییر دهنـده ی بـالقوه در مـداوای کودکـان و نوجوانـان می گردد. مسائل زیادی وجود دارد که هم متخصصـان بـازی درمـانی و هـم *CBT* می توانند از یکدیگر فرا بگیرند و یا به اشتراک بگذارند.در واقع اینـک نیـاز مبرمـی برای مساعدت به چشم می خورد، نه جبهه گیری های یک طرفانه.

بخش هایی که شما در این کتاب می خوانیـد، توسـط بسـیاری از پژوهشـگران نامدار نوشته شده اند که برخی متخصصین بازی درمانی و برخی دیگر پژوهشـگران *CBT* هستند و این مایه ی افتخار من است که شخصاً دان میکن باوم و چارلز شـفر را مـی شناسـم کـه هـر دو از پیشـگامان حـوزه ی خـود در زمینـه ی *CBT* و

@karnil

کارنیل
karnil.com

بازی درمانی هستند. خوانندگان قادر خواهند بود راجع به درمان های مستند *CBT* برای کودکان و نوجوانان مطالبی بخوانند که در آن ها از بازی استفاده شده و به عنوان جزء مهمی در درمان اختلالات کودکان تلقی می شوند. دست اندر کاران این رشته هم چنین فرا خواهند گرفت چگونه چنین پژوهش هایی را انجام دهند و یا به نقد و بررسی آن ها بپردازند تا بهترین رویکرد را برای بیمارن شان انتخاب کنند. متخصصین *CBT* نیز خواهند توانست مهارت های عملی و تکنیک های بازی درمانی را فرا بگیرند و با رویکرد های خود ترکیب کنند، تا به آن ها کمک کند در جلسات آموزش روانشناسی هنگام کار با کودکان، آن ها را علاقمند به جلسه نموده و توجه شان را جلب کنند.

امید من این است که این کتاب بتواند اطلاعات نادرست مرتبط با بازی درمانی و رفتار درمانی شناختی را که گاهی برخی از متخصصان کودک و نوجوان به آن ها اشاره می کنند، بر طرف سازد. بنابراین همگی باید نسبت به این مسئله که بازی می تواند به عنوان عاملی شفا بخش و مفید در رویکرد های درمانی مستند حضور داشته باشد، دیدگاهی پذیرنده و بدون غرض داشته باشیم. اکنون زمان آن فرا رسیده است که حوزه های روانشناسی کودک و نوجوان با یکدیگر متحد و هماهنگ شوند و یک همکاری دو جانبه و قابل احترام با یکدیگر داشته باشند تا بهترین رویکرد ها در هر دو زمینه اتخاذ شود.

آتنا دروز

@karnil

کارنیل
karnil.com

پیشگفتار

کتاب آتنا دروز هنگامی به دست من رسید که می خواستم از چهار نوه ی خود که ۲، ۴، ۶ و ۸ ساله بودند، مراقبت کنم. من و همسرم قرار بود یک هفته نوه هـای مان را نگهداریم و در واقع خود درگیر بازی های کودکانه شویم! هنگامی که عروسم داشت می رفت به ما گفت:" *به آن ها اجازه ندهیـد از شـما سـوء اسـتفاده کننـد.*" برای هر پدربزرگ یا مادر بزرگی این یک درخواست نا معقول است. در واقع این من بودم که با تماشا کردن آن ها و شرکت جستن در انواع بازی ها از شادی آن ها بهره می بردم. بین بازی ها هنگامی که بچه ها خواب بودند یا بـه نحـوی دیگـر سـرگرم شده بودند، این مرجع شایسته و سرگرم کننده راجع به عملکـرد هـا و قـدرت شـفا بخش بازی را مطالعه می کردم.

" *رفتارهای بازی در نوه های من با توجه به مراحل رشدشان چـه تفـاوت هـایی دارند؟ نقش بازی در رشد احساسی، ادراکی و اجتماعی آن هـا چیسـت؟*" هنگـامی که همگی ما برای شرکت کردن در مراسم عروسی کوچک ترین پسرم به ویستلر در بریتیش کلمبیا عزیمت کردیم، این سؤالات اهمیت خود را آشـکار کردنـد. هنگـامی که نوه های من همراه مادر و خاله شان برای راهپیمایی بیرون رفته بودند، با خـرس بزرگی مواجه شدند که کمتر از یک متر با آن ها فاصله داشت. زمانی که همگـی بـه خانه برگشتند، برای گفتن داستان این رویارویی ترسناک، کل ماجرا را با استفاده از خرس های عروسکی شان باز آفرینی کرده و برای گفتن قصه شـان از نقاشـی و آواز خواندن استفاده کردند. ما از بازی آن ها با دوربـین ویـدئویی فیلمبـرداری کـرده و همراه با یکدیگر فیلم را نگاه کردیم و به هوش، شـجاعت، ذهـن سـریع و حمایـت خانواده از آن ها توجه نمودیم.

با این پیش زمینه بود که من توجه خود را صرف نوشتن این پیشـگفتار کـردم، زیرا در اصل رفتار درمانی شناختی *(CBT)* از مدیوم بازی برای پرورش مهارت های تعدیل احساسات در کودکان و یاد دادن مهارت های سازش، از اسـتفاده مـی کنـد. این شیوه هم چنین ارائه کننـده ی مسـائل آموزشـی روانشناسـی بـوده، پنـدارهای نادرست را تصحیح می نماید، به کودکان مورد سوء استفاده کمک می کند خاطرات

@karnil

کارنیل
karnil.com

پریشان شان را سازماندهی کنند و در نهایت روایت یکپارچه ای از حوادث و رویدادهای آسیب رسان و صدمات روحی فراهم می آورد. *CBT* هم چنین از بازی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط والد-کودک استفاده می کند.

تعدادی از فرآیندهای *CBT* که در این کتاب توضیح داده شده اند، برای کودکانی که از نظر اجتماعی مضطرب به شمار می روند (*برنامه ی گربه ی سازشگر*) و برای کودکان مهاجم (*دینو دایناسور، ادای لاک پشت را در بیاور و برنامه ی سازش با قدرت*)، استفاده شده اند. *CBT* هم چنین متمرکز بر ضربات روحی و فرآیندهای بهسازی ادراکی بر اساس بازی برای کودکان و نوجوانان افسرده ارائه شده است. عنوان برخی از این فعالیت های روان درمانی ریشه گرفته از بازی از این قرار است: **زمان را شکست بده، صندلی داغ، احساسات مرا رنگ کن، پر کردن حباب های فکر** و **نقش گذاری اسپاگتی و روبوت**. طیف گسترده ای از بازی های عروسکی، صفحه ی شنی، تکنیک های بیانی هنری، قصه گویی و کتاب درمانی (استفاده از کتاب و خواندن آن در درمان) نیز توضیح داده شده است.

در واقع متخصصان *CBT* مدیون افرادی هستند که راه را هموار کرده و ارزش بازی را از جنبه های روان پویشی و غیر مستقیم و انسان گرایانه مورد مباحثه قرار داده اند. هم چنین باید از پیشگامان فرزند درمانی در رابطه با کمک به والدین و کسانی که به چگونگی جایگزین کردن بازی درمانی با شیوه های کلاسیک درمان می اندیشیده اند؛ یاد کرد.

باید گفت تمام مکتب های بازی درمانی در این مجموعه گردآوری شده اند، به طوری که خواننده می تواند آن ها را مقایسه و تفاوت های موجود بین این رویکرد ها را مشاهده کند. همان گونه که آتنا دروز خود می گوید، هدف این کتاب کمک به از بین بردن اطلاعات نادرست و جهت گیری ها در رابطه با بازی درمانی و *CBT* می باشد تا ارتباط و همکاری مؤثری بین پژوهشگران و متخصصان بالینی برقرار شود و باید گفت این کتاب به اندازه ی بسیار زیادی در رسیدن به این اهداف موفق بوده است.

دلیل اصلی برای ذکر چنین مباحثاتی را می توان در یافته های یک تحلیل گسترده در رابطه با ۹۳ بیمار مورد مطالعه تحت بازی درمانی و پژوهش های

@karnil

کارنیل
karnil.com

فرزند درمانی مشاهده کرد که بین سال های ۱۹۵۳ و ۲۰۰۰ توسط براتون، ری، رین و جونز (۲۰۰۵)[15] انجام گرفته است. این پژوهشگران ظرفیت تأثیرگذاری d=0.8 را بدست آوردند که نشان دهنده ی تأثیر گسترده ی درمان در مقایسه با گروه کنترل می باشد. حجم تأثیر فرزند درمانی توسط والدین حتی بیش از این بوده و محاسبات نشان دهنده ی d=1.15 است.

در نتیجه می دانیم استفاده از بازی درمانی برای کودکان پریشان و دچار مشکل دارای قدرتی شفا بخش است که باعث تغییرات رفتاری می شود. آنچه نمی دانیم این است که چگونه به بهترین وجه شیوه های مستقیم و غیر مستقیم بازی درمانی را با یکدیگر آمیخته، یا از چه راه و روش تعیین شده ای استفاده کنیم و یا این که مکانیسم های فعال در بازی درمانی چه چیزهایی هستند؛ چه مقدار از نتایج درمان ناشی از ارتباط با یک متخصص بازی درمانی بوده و یا این که نتیجه ی دقیق فرآیندهای مداخلات خاص چقدر است؟ آیا تمام این ها تأثیرات "*پرنده ی دودو*" است و یا اجزای فعالی وجود دارند که به تغییر می انجامند؟ مسئله ی دیگر این است چرا کودکانی که دچار مشکل هستند، خود نمی توانند خلق کننده ی فعالیت های درمانگر بازی باشند و یا این کار را با همسالان خود و بدون کمک یک بازی درمان بزرگسال انجام دهند؟ بررسی سؤالاتی از این دست به ما بیشتر کمک خواهد کرد تا بتوانیم باز هم علم و هنر بازی درمانی را با یکدیگر بیامیزیم. نکته ی ارزشمند دیگر در رابطه با خواندن این کتاب، بخش نهایی است که توسط جان نارکراس[16] و آتنا دروز در رابطه با مراقبت های شخصی برای خود درمانگر یا پزشک نوشته شده است. اگر قادر نیستید به خانه بروید و با نوه ها یا فرزندان خود بازی کنید تا از تنش های یک روز پر کار در مطب تان رهایی یابید، حتماً این بخش را مطالعه کنید. بازی شیوه ای است که کودکان توسط آن در مورد آنچه که در ذهنشان می گذرد و چه نگرانی ها و تخیلاتی دارند با ما سخن می گویند. اگر با کودکان سروکار دارید؛ این کتاب به شما کمک می کند شنونده ی تعلیم دیده-تری باشید. از آن لذت ببرید!

****

15 *Bratton, S., Rey, D., Rhine, T. & Jines, L. (2005)*

16 *John Norcross*

@karnil

کارنیل
karnil.com

مقدمه ی ناشر

کتاب حاضر حاصل چندین سال تجربیات عملی، کلینیکی و تربیتی بیش از ۳۰ پزشک مجرب در رابطه با کودکان و نو باوه گان می باشد، چنان که خود را موظف دانستند تمامی یافته ها و باورهای شان را به صورت مدون در اختیار دانشجویان عزیز و سایر علاقمندان قرار دهند.

شروع بازی را می توان به گذشته های دور حتی بدو پیدایش انسان نسبت داد. انسان از نظر زیستی نیاز به جنبش و حرکت دارد و بازی جزء مهم این تکاپو است. وی برای رشد ذهنی و اجتماعی خود نیاز به تفکر دارد و بازی دستمایه ی تفکر است. یکی از ارکان مهم مورد توافق اکثر نظریه پردازان بازی؛ تقلید نقش و انجام فعالیت های بزرگسالان توسط کودکان از طریق بازی می باشد.

هر گاه با دیدی ژرف بر این گونه تقلید ها بنگریم، نشانه هایی آشکار و نهان از آداب و سنن فرهنگی و شرایط اقتصادی و اجتماعی زندگی حاضر یا گذشته ی جامعه را در بازی های کودکان شاهد خواهیم بود. بازی یکی از مهم ترین عوامل هماهنگی رشد آزاد کودک از لحاظ جسمی، احساسی و ذهنی است.

بازی زندگی کودک نیست، اما تمام زندگی کودک بازی است.

بر آنیم با بهره گرفتن از یافته ها و تجربیات گوناگون، به شیوه ای خاص از بازی ها جهت درمانگری و بهبود وضع بیماران و کودکان خویش استفاده نماییم. امید آن که کوشش در این راستا باعث بذل عنایت سایر دست اندر کاران امر تعلیم و تربیت و روانشناسان گردد و مطالعه ی این کتاب دیدگاه آنان را نسبت به نقش خطیر و ارزنده ی بازی و روش های درمانگر آن در رابطه با رشد همه جانبه ی کودک تغییر دهد و موجب شکوفایی آنان شود.

@karnil

کارنیل
karnil.com

سخن مترجم

هنگامی که اولین بار فیلم **"بازی"** *(Game)* بـه کـارگردانی دیویـد فینچـر و هنرنمایی مایکل داگلاس را دیدم، بسیار تحت تأثیر روشـی قـرار گـرفتم کـه بـرادر شخصیت اول داستان برای کمک به او مـورد اسـتفاده قـرار داد: **بـازی**. صـحنه ی رهایی برادر بزرگتر از ترس ها و هیجانات منفی اش بسیار تکان دهنده بود. داسـتان کلی فیلم در مورد فردیست کـه در کـودکی شـاهد صـحنه ی خودکشـی پـدرش و سقوط او از بالای خانه بوده است. این واقعه در تمـام مـدت در ناخودآگـاه او تکـرار می شد و او در بزرگسالی تبدیل به فردی منزوی و بی تفاوت شـده بـود کـه گمـان می کرد به سرنوشت پدرش دچار خواهد شد. مداخله در این حال و هوای او توسط برادرش آغاز شد که او را به مؤسسه ای با عنوان **خدمات بازی** معرفی کرد. نهایتـاً پس از ایجاد چالش های بسیار و آشکار ساختن شکاف هـای درونـی کـه بـه نـوعی مداخله ی روانشناختی محسوب می شدند، قهرمان داستان در مکانی قرار گرفت که خود را از بالای یک ساختمان چند طبقه پرت کرد و گمان می کرد خواهد مرد. امـا پس از این که روی تشک های بادی افتاد و نجات یافت، برادرش برای او توضیح داد که همه ی این بازی ها برای این بوده تا این حلقه ی ناخودآگاه در ذهـن او در هـم شکسـته و او بـه نـوعی خـود را تخلیـه ی هیجـانی کنـد و بـا تحریفـات شـناختی شکل گرفته در اعماق وجودش مواجه شود.

البته در این جا قصد نداریم این فیلم را نقد کنیم! بلکـه هـدف از ارائـه ی ایـن مثال هر چند تخیلی اما نشأت گرفته از واقعیـت، آشـکار سـاختن ماهیـت درمـانگر بازی برای همه ی افراد در هر سنی شامل کودکان بود. شاید هنگامی که بـا واژه ی بازی درمانی مواجه می شویم، ناخودآگاه به یاد کودکان می افتیم امـا حقیقـت ایـن است که این رویکرد می تواند در هر سنی مفید واقع شود و تنها نیاز بـه اصـلاحاتی با توجه به مخاطبش دارد. شاید بتوان با ارائه ی مثالی از آموختن سواد این نکتـه را بیشتر شفاف ساخت: یک فرد بی سواد در هر سنی کـه باشـد، آمـوزش را از همـان جایی آغاز خواهـد کـرد کـه یـک کـودک ۶ سـاله آغـاز مـی کنـد یعنـی الفبـا و.... بازی درمانی را نیز می توان الفبای بسیاری از فرآیندهای روان درمانی دانسـت چـرا

@karnil

کارنیل
karnil.com

که دارای یکی از اصلی ترین اجزای درمان یعنی انعطاف پذیری و تسهیل برقراری رابطه خصوصاً با کودکان می باشد. تمام دنیای کودک در بازی خلاصه می شود، شاید اگر بگوییم دنیای ما بزرگسالان خود بازی دیگریست، سخنی به گزاف نگفته باشیم، آن چنان که خیام نیز می گوید: **ما لعبتکانیم و فلک لعبت باز...** شکسپیر نیز سخن معروفی در این زمینه دارد و جهان را به یک صحنه ی نمایش و انسان ها را بازیگران آن توصیف کرده است. در حالی که کودکان در بازی خود را در نقش هایی بسیار بزرگتر از سن شان تصور می کنند، بزرگسالان نیز هنگام بازی با آنها دقیقاً به همان شکل اما به طور معکوس عمل می کنند و دوباره تبدیل به کودکی خردسال می شوند. آرزوی دوباره کودک شدن شاید آرزوی بسیاری از انسان ها باشد. همه ی ما حداقل یک بار این جمله را به خود گفته ایم که اگر دوباره بچه می شدم فلان کار را می کردم یا آن کار را انجام نمی دادم. بازی درمانی در هر سنی که به کار گرفته شود، مانند یک سیر قهقرایی عمل می کند. این شیوه با آشکار کردن مسائل نهفته در ذهن مددجو، ساختاری یکپارچه و منسجم را همراه با چارچوبی ذهنی ایجاد می کند که مفاهیم بنیادین شخصیت در آن شکل می گیرد. شاید بسیاری از این مفاهیم بنیادین علیرغم سن تقویمی ما به صورت کامل رشد نکرده باشند و جادوی بازی درمانی در همین مفاهیم ساده نهفته است. دست اندرکاران امر سلامت و بهداشت روان همه به خوبی از این نکته آگاهند که رشد هیجانی و احساسی افراد الزاماً به واسطه ی سن تقویمی آن ها تکامل نمی یابد و در زندگی روزمره شاهد رفتار و عملکرد افرادی هستیم که از هوش هیجانی مناسب با سن شان برخوردار نبوده و اعمالی از آن ها سر می زند که به نوعی ناهنجار است.

در طی چند سالی که تعمقی بیشتر در متون روانشناسی داشتم، بازی درمانی را به همین دلایل از همه جالب تر یافتم و در صدد آن بر آمدم تا یکی از جدیدترین آثاری که در این زمینه تألیف شده را ترجمه و تقدیم به علاقمندان این رشته کنم.

@karnil

کارنیل
karnil.com

ایـن کتـاب شـامل مجموعـه ای ارزشـمند از مقـالات صـاحبنامان عرصـه ی بازی درمانی و رفتار درمانی شناختی می باشد که بازی درمانی را به صـورتی بسـیار جامع همراه با تکنیک های متعدد و کارآمد توضیح داده اند.

هر چند این کتاب نیز عمدتاً توجه خود را متمرکز بر کودکان کـرده اسـت، امـا نکات بسیار جالب توجهی دارد که خود من از آن ها بسیار درس گـرفتم و امیـدوارم برای خواننده نیز به همین شکل باشد. موفقیت در به کارگیری تکنیک هایی کـه در این جا آورده شـده انـد، بسـتگی بـه خلاقیـت و انعطـاف پـذیری افـرادی دارد کـه می خواهند از آن ها اسـتفاده کننـد. هـر چنـد مخـاطبین ایـن کتـاب متخصصـان روان شناسی، مشاوران و افرادی نظیر آن ها هستند، اما از نظر مـن توضـیحات روان کتاب آن را تبدیل به مرجعی ارزشمند برای تمام کسانی می کند که بـه نحـوی بـا کودکان سروکار دارند. زیرا در این کتاب نکاتی مورد اشاره قرار گرفته اند کـه عـلاوه بر این که می توانند به پیشگیری از بسیاری مسائل کمک کنند، هم چنین می توان از آن ها برای انجام بازی های خلاق و سرگرم کننده بـرای تمـام کودکـان اسـتفاده کرد و صرفاً منحصر به کودکانی با مشکلات خاص نمی شوند.

امیدوارم این ترجمه که سعی شده تا حد امکان روان و بدون خطا باشد، مقبول صاحبنظران بلند طبع و علاقمند به ایـن رشـته قـرار بگیـرد. هـم چنـین مـایلم از خانواده ی مهربانم و ویراستار محترم کتاب سـرکار خـانم نـدافیان کـه بایـد بگـویم مدیون زحمات بی دریغ ایشان هستم و ناشر محترم کتاب و دیگر کسانی که مرا در این راه یاری نموده، تشکر و قدردانی ویژه ای داشته باشم.

غزال رمضانی، تابستان ۱۳۸۹ ☺

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

فصل اول

منطق ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی

(CBT)

فصل اول شامل ۳ بخش می شود که اطلاعاتی را به خواننده ارائه مـی دهـد تـا بهتر بتواند منطق و مزایای بازی و بازی درمـانی را درک کنـد. هـم چنـین بـرای او آشکار می شود که چرا مداخلات *CBT* مسـتند مـی تواننـد بـا اسـتفاده از بـازی و تکنیک های بازی- محور تأثیر بیشتری داشته باشند.

بخش اول به نگرش کلی چارلز شفر و آتنا دروز در رابطه با چگونگی ابراز وجود طبیعی کودکان در سرتاسر جهان با استفاده از بازی مـی پـردازد و ایـن کـه بـازی برای رشد کودک یک عامل حیاتی می باشد. ۲۵ قدرت درمانی بازی که شفر آن هـا را بر اساس بازنگری متونی در این زمینه ارائه کرده است، در رابطـه بـا مکانیسـم های تغییر دهنده ی موجود در بازی دیدگاه عمیقی را به خواننده ارائـه مـی کنـد. این عوامل می توانند به کودکان و نوجوانان در برطرف کـردن مشـکلات روانـی- اجتماعی کمک کنند. هر کدام از مکتب های شناخته شده ی درمـان شـامل *CBT* بر یک یا چند قدرت شفابخش بازی تأکید داشته اند. نویسندگان به رویکردی آینده نگرانه اشاره می کنند که در آن؛ متخصصان کودک و بازی درمانی همراه با یکـدیگر در استفاده از این قدرت های درمانگر مهارت یافته و از آن ها برای برطرف سـاختن

@karnil

نیازهای مراجعین شان استفاده می کنند. این شیوه براساس سیستم متمایز و انعطاف پذیری شکل گرفته است که بر همسان سازی قدرت های شفابخش با مشکلات یک مراجعه کننده ی خاص متمرکز می باشد.

پس از این بخش، مطلب ژانین شلبای[۱۷] و میشل برک[۱۸] ارائه می شود که به حمایت و تأکید بر سیستم های درمانی مستندی پرداخته اند که معمولاً در آن ها از *CBT* استفاده می شود. آن ها به این مسئله می پردازند که اگر چه چنین درمان هایی برای نوجوانان و کودکان بزرگتر مؤثر هستند، اما ممکن است کودکان خردسال برای یادگیری تکنیک های *CBT* که نیازمند تفکر انتزاعی هستند، مهارت های لازم نداشته باشند. در این جا یک رویکرد حساس به مقوله ی رشد پیشنهاد می شود و نویسندگان این بخش مطرح می کنند *CBT* برای کودکان و نوجوانان، می تواند با آموزش و بازی درمانی و مطالبی از این دست پیشرفت بیشتری داشته باشد و خصوصاً برای تقابل، آموزش و یا ارائه ی مضمون های آکادمیک و رویکرد های درمانی تأکید بسیار زیادی بر این شیوه ی حساس به مقوله ی رشد و سطوح مختلف آن دارند. آن ها ابتدا دو درمان *CBT* برای افسردگی و تنش های پس از ضربات روحی را توضیح می دهند که معمولاً برای کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار می گیرند. سپس مبحث خود را با یافته هایی از حوزه های آموزش، رشد کودک و بازی درمانی ادامه می دهند که می توان آن ها را با موفقیت با *CBT* ترکیب کرد تا باعث افزایش حساسیت رویکرد مورد استفاده، جذب کودک به آن و کاربری بهتر نسبت به شیوه های کلامی گردد. پیشنهادات و نمونه های خاصی نیز ارائه شده اند که به خواننده نشان می دهند چگونه می تواند شیوه های یادگیری و بازی درمانی را در *CBT* به کارگیرد.

این فصل با بخش سوم نوشته ی الیانا گیل[۱۹] و نیکول یالازو[۲۰] خاتمه می یابد که به چگونگی ترکیب دانش نظری و عملی رویکردهای بالینی برای مسئله ی اذیت

****

[17] *Janin Shelby*
[18] *Michele Berk*
[19] *Eliana Gil*
[20] *Nicole Jalazo*

@karnil

و آزار کودکان می پردازد. آن ها چالش های درمانی موجود در این زمینه و استفاده از رویکردهای مستند را مطرح می کنند و سپس به چگونگی کاربرد این شیوه ها برای کودکان خردسالی که نسبت به فرآیند درمان مقاومت نشان داده و یا از مهارت های کلامی و ادراکی محدودی برخوردار هستند؛ می پردازند. این نوع کودکان ممکن است بسیار مضطرب تر از آنی باشند که بتوانند درس ها و آموزه های ادراکی چنین شیوه هایی را یاد بگیرند. نهادینه سازی روش های درمانی مستند برای کودکان، اغلب تحت تأثیر استفاده از یک رویکرد برای تمام شرایط می باشد. این نویسندگان مشکلاتی را آشکار می کنند که پزشکان هنگامی که فقط بر تکنیک ها یا رویکرد های متمرکز بر ارتباط کلامی و هوشی تکیه می کنند؛ ممکن است با آن ها مواجه شوند. در این بخش رفتار درمانی شناختی متمرکز بر ضربه *(TF-CBT)*[۲۱] به بحث گذاشته شده است. این دو نویسنده عنوان می کنند بازی درمانی و مداخلات بازی- محور می توانند به طور مؤثر رویکرد *TF-CBT* را تقویت کنند. آن ها طرفدار روشی هستند که مناسب استفاده ی کاربران می باشد و می تواند مراجعین سر سخت یا گروهی را که کمتر سخن می گویند و یا خانواده های پر از مشکل را علاقمند به فرآیند درمان سازد و در فرهنگ های مختلف کارایی داشته باشد.

****

[21] *Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy*

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش اول

قدرت های درمانی بازی

چارلز شفر و آتنا دروز

بازی برای کودکان مانند نفس کشیدن حیاتی و طبیعی است و شیوه ای از ابراز وجود کودکان بوده که در سرتاسر جهان نمود می کند و می تواند بـر تفـاوت هـایی چون نژاد، زبان یا دیگر جنبه های فرهنگی برتری یابـد (دروز، ۲۰۰۶). در حقیقـت باید گفت بازی از زمانی که تاریخ ثبت می شده، در هر فرهنگی وجود داشـته اسـت و ارتباطی ناگزیر با چگونگی گسترش شعر، موسیقی، رقص، فلسفه و سـاختار هـای اجتماعی توسط فرهنگ دارد که همگی مرتبط با دیـدگاه جامعـه نسـبت بـه بـازی هستند (هویزینگا، ۱۹۴۹). اما این که چه دیدگاهی نسـبت بـه بـازی وجـود دارد و چقـدر ارزش مـی یابـد، در فرهنـگ هـای گونـاگون متفـاوت اسـت (سـاتون-اسمیت،۱۹۹۹،۱۹۷۴).

استفاده از فانتزی (تخیل)، بازی های نمـادین و فرضـی، یـک فعالیـت طبیعـی همراه با سیر تکاملی در کودکان می باشد (راس،۲۰۰۷). بازی نـه تنهـا یـک عامـل محـوری بلکـه عنصـری حیـاتی بـرای دوران رشـد در کودکـان اسـت (رونپـارین و جانسون،۱۹۹۴). بازی می تواند برای گونه های مختلفی از حیات از جمله انسان، به اهمیت تغذیه و خواب باشد. شبیه سازی های فیزیکی و حسی بسـیار قـوی هنگـام

@karnil

بازی، به مدارهای مغز کمک می کند و مانع از دست رفتن نورون ها می شود (پری،۱۹۹۷). بازی هم چنین آن قدر برای رشد کودک حیاتی است که در کنوانسیون حقوق کودک ۱۹۸۹ سازمان ملل متحد، ماده ی ۱-۳۱ مورد تأکید قرار گرفته و شامل بیانیه ای در رابطه با **"حقوق کودک برای استراحت، تفریح، مشغول شدن به بازی و تفریحات مناسب برای سنش و شرکت آزادانه در فعالیت های فرهنگی و هنری گوناگون"** می باشد. بازی احتمالاً مناسب ترین و قدرتمندترین مدیوم در زمان رشد برای کودکان است تا بتوانند با بزرگسالان رابطه برقرار کنند؛ تفکر علت و معلول لازمه ی کنترل محرک های آنی را بوجود آورند و بتوانند تجربیات همراه با استرس را پردازش کرده و مهارت های اجتماعی لازم را بیاموزند (کالونر،۲۰۰۱). بازی می تواند احساسی از قدرت و کنترل را به کودک بدهد که ناشی از حل مشکلات و مهارت یافتن در تجربیات، ایده ها و مسائل جدید است؛ در نتیجه می تواند به ایجاد اعتماد به نفس و پیشرفت او کمک کند (دروز،۲۰۰۵). کودکان در بازی و مداخلات بازی- محور می توانند بدون نیاز به سخن گفتن، به صورت نمادین و یا عملی؛ ارتباط بر قرار نمایند.

بازی نه تنها برای بهبود رشد عادی کودک لازم است، بلکه قدرت های درمان کننده ی بسیاری نیز دارد. در تمام درمان ها علاوه بر مسائل گوناگون، شکل گیری رابطه ی درمانی همراه با استفاده از یک مدیوم مناسب برای تعامل؛ مورد نیاز می باشد (دروز،۲۰۰۱). استفاده از بازی کمک می کند رابطه ای توأم با همکاری با کودکان ایجاد شود، خصوصاً با گروهی که فاقد مهارت های کلامی لازم برای بیان مشکلات شان بوده و یا حتی کودکان بزرگتر که نسبت به ابراز احساسات و مشکلات خود مقاومت نشان می دهند یا در این زمینه ناتوان هستند (هاورس،۱۹۶۴). وجود اسباب بازی ها و دیگر وسایل بازی در اتاق درمان، این پیام را به کودک مخابره می کند که این فضا متفاوت از تمامی دیگر جاها بوده و او اجازه دارد خودش باشد و کاملاً آزاد است هرگونه که هست رفتار کند (لاندرس،۱۹۸۳).

بازی توسط متخصصان بازی درمانی و پزشکان کودک به عنوان ابزاری برای کمک به او استفاده می شود تا با مشکلات احساسی و رفتاری اش مواجهه کند. بازی درمانی و استفاده از مداخله های بازی- محور به هیچ عنوان مکتب فکری

@karnil

جدیدی نیست (دروز،۲۰۰۶). استفاده از بازی برای درمان کودکان به دهه ی ۱۹۳۰ و افرادی چون هرمیون هوگ هلموس[۲۲]، آنا فروید و ملانی کلین[۲۳] باز می گردد. از آن زمان تا کنون، شیوه های درمانی متعددی که در اصل برای بزرگسالان بوده، برای کودکان انطباق یافته است؛ مانند:

بازی درمانی کودک- محور، تنظیم شده توسط ویرجینیا آکسلین[۲۴] (۱۹۴۷)، **درمان با ماسه بازی**[۲۵]، تکامل یافته از تئوری یونگ توسط مارگارت لوون فلد[۲۶] (۱۹۷۹) و دورا کاف[۲۷] (۱۹۸۰) و **بازی رفتار درمانی شناختی *(CBPT)*** توسط سوزان نل (۱۹۹۳).

کودک در یک اتاق امن و حمایت کننده ی بازی درمانی می تواند نگرانی ها و مسائل خود را توسط بازی بروز دهد؛ تجربه ای که ممکن است در صورت تماس مستقیم یا صحبت کردن در حضور درمانگری که می خواهد به او کمک کند؛ بیش از حد اضطراب آور یا ترسناک باشد. در واقع اسباب بازی ها واژه های کودک، و بازی کلام او می شود (لاندرس،۱۹۹۱)، و سپس درمانگر می تواند آن ها را منعکس کند و با این بازخورد، درک بیشتری از مشکلات کودک بدست آورد.

عوامل شفابخش بازی

درمانگرانی با جبهه گیری های متفاوت نظری، مدت هاست که به عوامل شفابخش موجود در روان درمانی علاقمند بوده اند. طی ۲۵ سال گذشته پزشکان کودک و پژوهشگران نگاه عمیق تری به خصوصیات ویژه ی موجود در بازی داشته اند که آن را تبدیل به عنصری درمانگر و مناسب برای ایجاد تغییرات مفید نموده است (راس،۲۰۰۴). هدف ادراک نیروهای نامرئی اما قدرتمند ناشی از فعل و انفعالات موجود در بازی و اثرات درمانگر آن ها بر بیمار می باشد که برای غلبه بر

****

[22] *Hermione Hug-Hellmuth*
[23] *Melanie Klein*
[24] *Virginia Axline*
[25] *Sandplay Therapy*
[26] *Margaret Lowenfeld*
[27] *Dora Kalff*

@karnil

مشکلات روانی- اجتماعی و درمان و کمک به او، عملکردی موفق دارند. ادراک بیشتری از این مکانیسم های تغییر دهنده، پزشکان را قادر می سازد آن ها را به شیوه ای مؤثرتر اعمال نمایند تا مناسب نیازهای خاص بیماران شوند (شفر،۱۹۹۹).

فروید از بینش ایجاد شده توسط تجزیه و تحلیل های درمانگر از تغییرات (شفر،۱۹۹۹)، به عنوان اجزای کلیدی برای درمان یک بیمار سخن می گوید.

یالوم[۲۸] (۱۹۸۵) درباره ی *"عوامل درمانگر"* یا مکانیسم های تغییر نوشته است که به نظر او در بنیان روان درمانی گروهی جای دارند (شفر،۱۹۹۹). این عوامل شامل **پذیرش، نوعدوستی، تخلیه ی هیجانی، تلقین امید، آموزه های بین فردی، ادراک و ابراز وجود و عمومی سازی آموخته های گوناگون** می باشند (شفر،۱۹۹۹).

برگین[۲۹] و استراپ[۳۰] (۱۹۷۲) به عوامل مهمی مانند **شرط گذاری، جذب به فرآیند درمان، یادگیری، پاداش و تنبیه، انتقال و عمومی سازی مهارت، تقلید و همانند سازی، ترغیب، یکدلی و تفاسیر روانشناختی** اشاره کرده اند که باعث ارتقاء مکاتب فکری شده اند (شفر،۱۹۹۹).

شفر (۱۹۹۹) اولین کسی بود که قدرت های درمانی بازی را توضیح داد. او بر اساس بازنگری متون و پژوهش ها، ۲۵ عامل درمانی را در بازی شناسایی کرده است که در ادامه به برخی از آن ها پرداخته می شود.

ابراز حالات فردی

محدودیت در مهارت های ادراکی و بیانی ناشی از رشد، دامنه ی لغات اندک و محدودیت در توانایی تفکر انتزاعی، از چمله مواردی هستند که در مشکل کودکان خردسال برای برقراری یک ارتباط مؤثر سهیم می باشند. احتمالاً مؤثرترین قدرت درمانی بازی که در متون پژوهشی به آن اشاره شده است (شفر۱۹۹۳،۱۹۹۹)؛ قدرت آن در برقراری ارتباط می باشد. کودکان در بازی می توانند بهتر احساسات و

****

[28] *Yalom*
[29] *Bergin*
[30] *Strupp*

@karnil

افکار خودآگاه خود را در مقایسه با استفاده ی انحصاری از واژه ها بیان کنند. آن ها طبیعتاً با بیان حالات خود از طریق بازی و وسایل مربوط به آن، احساس راحتی بیشتری می کنند (لاندرس،۱۹۹۳). استفاده از نمایش های نمادین و بیان گرا توسط عروسک ها، یک فاصله ی احساسی از تجربیات، افکار و هیجانات کودک برای او ایجاد می کند. او از طریق این بیان غیر مستقیم در بازی می تواند آگاهی بهتری نسبت به خاطرات و مشکلاتش بدست آورد و به این شکل فرآیند درمان برای او آغاز می شود.

دسترسی به ناخودآگاه

کودک قادر است از طریق بازی های گوناگون و وسایل بازی و محرک های خنثی که مخصوصاً برای درمان انتخاب شده اند؛ تضادهای ناخودآگاهش را توسط مکانیسم های دفاعی شامل فرافکنی، تغییر موضع و نمادسازی آشکار سازد (کلین،۱۹۹۵). او با حمایت یک متخصص بازی درمانی در محیطی امن آغاز به دگرگونی می کند و آرزوها و اشتیاق های ناخودآگاهش را تبدیل به بازی و عملکردهای آگاهانه می سازد (شفر،۱۹۹۹).

آموزش های مستقیم و غیر مستقیم (هدایتگر/غیر هدایتگر)

بازی این امکان را فراهم می آورد تا مشکلات مرتبط با آگاهی و مهارت های بیماران، به واسطه ی آموزه های مستقیم برطرف شوند. به طور مثال هنگامی که با استفاده از نمایش های عروسکی و ایفای نقش های گوناگون مهارت های اجتماعی را به کودکان می آموزید، احتمال بسیار بیشتری وجود دارد که آن ها این درس ها را فرا گرفته و به یاد بیاورند. استفاده از بازی های مختلف، شوخی و سرگرمی، باعث افزایش توجه کودکان می شود و به انگیزه ی آن ها برای یادگیری می افزاید.

قصه گویی و استفاده از بازی های روایت گرا این امکان را به کودکان می دهد تا در یک بازی خیالی و دوجانبه با درمانگر شریک شوند (شفر،۱۹۹۹). به این شکل کودک آموزه یا راه حلی را برای مشکل خود فرا می گیرد (گاردنر،۱۹۷۱). در واقع این شیوه ای غیر مستقیم با سرعتی تدریجی و فضای کافی برای تکرار است که

@karnil

هیجانات کمتری را نسبت به مواجهه ی مستقیم بر می انگیزد (فری،۱۹۹۳). روایت های بازی مانند بیماران را قادر می سازد خاطرات و تجربیات آشفته ی خود را تبدیل به داستانی یکپارچه و معنا دار کنند (پن بیکر،۲۰۰۲).

تخلیه ی هیجانی

کودکان از طریق بازی تجربیات آسیب رسان و پر از تنش خود را باز آفرینی و رها می کنند و به این شکل احساس قدرت و کنترل بر مشکلات به آن ها دست می دهد. (شفر،۱۹۹۹). کودک از طریق بازآفرینی مکرر بازی، قادر می شود به تدریج مسائل را از نظر ذهنی و روحی هضم کند و بر افکار و احساسات هولناک خود تسلط یابد (والدر،۱۹۳۲). در طول بازی کودکان یک تمایل طبیعی برای سازش با ضربات و رویدادهای خارجی از خود نشان می دهند. پس از ماجرای هولناک ۱۱ سپتامبر، مشاهده شد کودکان بسیاری با استفاده از وسایل خانه بازی شان برج هایی می ساختند و سپس با هواپیمای اسباب بازی آن ها را خراب کرده و فرو می ریختند. *"بازی پس از ضربه می تواند به طور مؤثری برای مقاصد درمانی استفاده شود و در واقع مفید ترین راه برای ایجاد تغییرات درونی در کودکان خردسال آسیب دیده می باشد"* (تِر،۱۹۹۰؛ ص۲۹۹).

مصونیت در مقابل تنش

ترس از رویدادهای پر تنش آینده، مانند تغییر محل زندگی، آغاز مدرسه، تولد یک نوزاد جدید در خانواده یا رفتن به مطب پزشک، همگی می توانند توسط تمرین کردن این موقعیت ها از قبل در بازی کاهش یابند. (وُل و هایتاور،۲۰۰۱). با استفاده از اسباب بازی های گوناگون و دانستن این که باید انتظار چه چیزهایی را داشت؛ هم چنین با استفاده از عروسک برای ایجاد مهارت های سازش با نقش های مختلف، مسائل نا آشنا تبدیل به عناصری آشنا و کمتر ترس برانگیز برای کودک می شوند.

@karnil

شرطی سازی متقابل احساسات منفی

دو وضعیت نا همگون درونی نمی توانند در آن واحد وجود داشته باشند، مانند اضطراب و آرامش یا افسردگی و شادمانی (شفر،۱۹۹۹)؛ در نتیجه اگر به کودکی که از تاریکی می ترسد فرصت بدهیم در یک اتاق تاریک قایم باشک بازی کند، به او کمک می شود بر ترسش از تاریکی چیره شود. هم چنین بازی کردن با اسباب بازی های مربوط به بیمارستان به صورت نمایشی، می تواند به میزان چشمگیری باعث کاهش ترس از محیط بیمارستان شود. پژوهشگران متوجه شدند بازی های نمایشی با وسایل پزشکی و غیر پزشکی، میزان انطباق کودکان بستری شده با شرایط بیمارستان را به طور چشمگیری افزایش داد و از اضطراب آن ها کاسته بود (رئا، ورشل، آپچرچ، سانر و دنیل،۱۹۸۹).

بازی خیالی کودک را از یک حالت منفعل وارد نقشی فعال می کند. به طور مثال کودک می تواند در نقش دکتر به بیمار عروسکی اش آمپول بزند. این نوع بازی هم چنین ابراز بسیاری از مکانیسم های تدافعی مانند فرافکنی، تغییر موضع، تکرار و همانند سازی را تسهیل می کند.

تخلیه ی ذهنی

این نوع تخلیه ی هیجانی باعث آزادسازی و به سرانجام رسیدن مسائل آزاردهنده ی گذشته می شود که به نوعی محدود و یا دچار وقفه شده اند. این کار از طریق ابراز احساسات مانند گریه کردن یا فعالیت هایی مانند ترکاندن بادکنک، ضربه زدن به گل یا سوزن زدن به کیسه های پلاستیکی پر از هوا انجام می گیرد (شفر،۱۹۹۹). تخلیه ی احساسی عنصری بسیار مهم در روان درمانی است (گینسبرگ،۱۹۹۳).

تأثیر مثبت

هنگامی که کودکان مشغول بازی هستند، احساس اضطراب یا افسردگی کمتری دارند. فعالیت های لذت بخش در افزایش احساس بهزیستن و کاهش پریشانی سهیم می باشند (آبورن،۱۹۹۳). در بازی، هم کودکان و هم بزرگسالان

@karnil

احساس بهتری دارند و میزان رضایت شان افـزایش مـی یابـد (شـفر،۱۹۹۹). ثابـت ماندن مقادیر بالایی از هورمون استرس ***"کورتیزول"*** می تواند باعث آسیب دیـدن هیپوکامپ[۳۱] (ناحیه ای از مغز مربوط به یادگیری و حافظه) شود و نهایتاً منجـر بـه مشکلات ادراکی می گردد که می توانند تا بزرگسالی نیز ادامه یابند (میدل بـروکس و اُداج،۲۰۰۸). اما از سوی دیگر خنده و احساسـات مثبـت تـأثیری کـاملاً متفـاوت دارند، زیرا باعث آزادسازی هورمون های بهبود دهنده ی خلق و خو یا **اندورفین** ها شده، هم چنین سطح سرم کورتیزول را کاهش می دهند و سیستم دفـاعی بـدن را تقویت می کنند (برک،۱۹۸۹). بازی و نشـاط و خنـده تبـدیل بـه پـادزهری بـرای تأثیرات منفی مسائلی مانند اضطراب و افسردگی می شوند (شفر،۱۹۹۹).

جهت دهی تمایلات نا خوشایند

این کار باعث می شود تحرکات نا خوشایند و غیر قابل قبول، جهت دهی شـده و فعالیت هایی جایگزین آن ها شوند که از نظر اجتماعی پسندیده و بهنجار هسـتند (شفر،۱۹۹۹). کودکی که ممکن است به دیگران آسیب فیزیکی برساند، با ایـن کـار اصلاح شده و به او کمک می شود با تمرین، احساسات منفی خود را در بـازی هـای صفحه ای استراتژیک مثل شطرنج یا کـارت هـای بـازی و یـا فعالیـت هـایی ماننـد ورزش های رقابتی؛ تخلیه کند (فاین،۱۹۵۶؛ شفر،۱۹۹۹).

بهبود ارتباطات و تعلق خاطر

پژوهش ها نشان داده اند بازی باعث تسهیل ایجاد وابستگی عاطفی مثبت بـین والـدین و کـودک مـی شـود. پـژوهش هـای فرزنـد درمـانی (ری، براتـون، ریـن و جـونز،۲۰۰۱؛ ون فلیـت و گـوئرنی،۲۰۰۳)، *Theraplay*[۳۲] و درمـان بـا اسـتفاده از تعاملات میان والد-کودک[۳۳] (برینک میر و آیبـرگ،۲۰۰۳؛ هـود و آیبـرگ،۲۰۰۳)، نشان دهنده ی موفقیت در بهبود وابستگی میان والد و کودک و تعلق خاطر آن هـا

****

[31] *Hippocampus*

[۳۲] *شیوه ی درمانی با محوریت رابطه*

[33] *Parent-Child Interaction Therapy*

@karnil

نسبت به یکدیگر بوده است. در طول جلسات گام به گام و هدایت همزمان، والد یا سرپرست کودک و خود کودک می توانند تجربیات احساسی مثبتی با یکدیگر داشته باشند؛ مانند بازی با هم که منجر به ایجاد رابطه ای پرورشی می شود که کودک در آن احساس امنیت می کند. یافته های بدست آمده از پژوهش هایی در این زمینه، نشان دهنده ی بهبود همدلی والدین با کودک، افزایش ادراک مسائلی چون تغییرات مثبت در محیط خانواده، اعتماد به نفس، حس سازش با کودک، درک مشکلات رفتاری او و تغییراتی در عادات بازی می باشد (رنی و لاندرس، ۲۰۰۰).

قضاوت اخلاقی

پیاژه[۳۴] (۱۹۳۲) برای اولین بار به این نکته اشاره کرد که ایجاد نقش های مختلف و اعمال آن ها به صورت یک فرآیند طبیعی در بازی های خودمانی بین کودکان که کسی بر آن ها نظارت ندارد، تجربه ای حیاتی و لازم برای رشد و بلوغ قضاوت های اخلاقی است. تجربه ی بازی به کودکان کمک می کند از مراحل اولیه ی حقیقت اخلاقی فراتر روند که در آن قوانین به عنوان محدودیت های خارجی نگریسته می شوند که بزرگتر ها آن ها را ایجاد کرده اند. به این شکل این مسائل برای آن ها تبدیل به اخلاقیاتی می شود که بر پایه ی اصول همکاری و برابری بنا شده است (شفر،۱۹۹۹).

همدلی

کودکان از طریق ایفای نقش های گوناگون در بازی می توانند ظرفیت همدلی و انتقال فکری را در خود ایجاد کنند؛ یعنی قادر می شوند مسائل را از دیدگاه افراد دیگر نیز ببینند. مشاهده شده است که در بازی های جمعی و از طریق ایفا کردن نقش های گوناگون، مسائلی چون: نوعدوستی و رعایت حال دیگران (یانوتی،۱۹۷۸)، یکدلی (استرایر و رابرتز،۱۹۸۹) وروحیه ی اجتماعی بودن

****

[34] *Piaget*

@karnil

(کانولی و دویل،۱۹۸۴) افزایش می یابد.

قدرت/کنترل

هنگام بازی، کودکان احساس قدرت کرده و همه چیز را تحت اختیار خود فرض می کنند. آن ها می توانند دنیای بازی خود را به گونه ای طراحی کنند که در تطابق با خواسته ها و آرزو های شان باشد (شفر،۱۹۹۹). در مقابل احساس عجز و درماندگی که کودکان هنگام بروز یک فاجعه به آن دچار می شوند، بازی احساس قدرت و کنترل بسیار زیادی به آن ها می دهد. کودک در جلسات درمانی توسط بازی کردن با وسایل مختلف نشان می دهد که فرآیند بازی در درمان باید با چه چیزی و چگونه ادامه یابد. نهایتاً این احساس رقابت در بدست گرفتن امور، به کودک کمک می کند بر ترس از احساس عدم امنیت و آسیب پذیری پیروز شود.

توانمندی و کنترل فردی

بازی فرصت هایی نامحدود برای کودکان فراهم می آورد تا هر آنچه می خواهند خلق کنند. دنیاهای گوناگون و جادویی درست مانند داستان ها در قلعه های شنی یا نقاشی ها شکل گرفته اند و کودک در این دنیاهای خیالی ترغیب می شود حس توانمندی و کارآمدی خود را بهبود دهد و اعتماد به نفسش را بالا ببرد (شفر،۱۹۹۹). علاوه بر این، کودکان کنترل فردی را با شرکت در بازی های گوناگون و از طریق تفکر و عمل فرا می گیرند؛ یعنی ابتدا برنامه ریزی کرده و سپس عمل می کنند که این امر در کنترل حالات فردی کمک بسیار زیادی به آن ها می کند. در نتیجه کودک قادر خواهد بود عواقب رفتار ها و اعمال بالقوه ی متعددی را از قبل پیش بینی کند. چنین مهارت هایی می توانند از طریق تمرین کردن در فرصت های گوناگون و تلقین مثبت بدست آیند و متعاقباً در مکان های گوناگونی مانند مدرسه، خانه یا دیگر موقعیت های اجتماعی استفاده شوند.

@karnil

احساس خود بودن

کودکان از طریق بازی و رویکردهای کودک- محور (آکسلین،۱۹۴۷)، آغاز به پذیرش کامل خود می کنند و این امکان برای آن ها فراهم می شود تا خودشان باشند؛ بدون این که ترس از قضاوت، ارزیابی یا اعمال زور برای تغییر رفتارهای شان در آن ها وجود داشته باشد. می توان گفت درمانگر از طریق تفسیر بازی های کودک، تبدیل به آینه ای می شود تا کودک به واسطه ی او هر چه بهتر احساسات و افکار درونی خود را درک کند و یک حس خودآگاهی در او ایجاد شود (شفر،۱۹۹۹). بازی هم چنین فرصتی را برای کودک فراهم می آورد تا قدرت درونی خود را به عنوان فردی که حقوق خاص خود را دارد درک نموده؛ برای خودش فکر کند، تصمیم بگیرد و بیشتر خود را بشناسد (وینیکات،۱۹۷۱). از آن جا که این فرآیند اغلب یک تجربه ی منحصر به فرد می باشد، میرس[۳۵] (۱۹۹۳) از زمین بازی به عنوان جایی نام می برد که شخصیت کودک و احساس او از خودش تا حد زیادی در آن جا شکل می گیرد. او به این نتیجه می رسد بازی در حضورفرد بزرگتری که با کودک صمیمی است؛ در واقع همان فرصتی است که تجربیاتی در آن بوجود می آید که عمق مفهوم آنچه که به آن ***"خودِ حقیقی فرد"*** اطلاق می شود، شکل می گیرد (شفر،۱۹۹۹).

پیشرفت و تسریع رشد

سطح پیشرفت کودکان در سن پیش دبستانی، می تواند در بازی بسیار فراتر از دستاوردهای رایج در سن آن ها باشد و عملکرد فکری آن ها نیز خصوصیت هایی را از خود نشان می دهد که مربوط به دوره های بعدی زندگی است (شفر،۱۹۹۹). ویگوتسکی[۳۶] (۱۹۶۷) مشاهده کرد کودکان هنگام بازی همیشه عملکردی فراتر از میانگین سنی و رفتارهای روزانه ی خود دارند.

****

[35] *Mearse*
[36] *Vygotsky*

@karnil

حل کردن مشکلات همراه با خلاقیت

پژوهش های متعددی نشان داده است که بازی و دارا بودن این خصیصه، مرتبط با افزایش خلاقیت و تفکر واگرا در کودکان می باشد (فیتلسون و راس،۱۹۷۳؛ شفر،۱۹۹۹). از آن جا که در بازی، خود فرآیند مهم تر از محصول و نتیجه ی نهایی است؛ کودکان اغلب آزادانه و بدون ترس از مسائل بعدی به اکتشافات و ادراکی جدید می رسند که به آن ها در حل مشکلات شان، حتی از نوع مشکلات اجتماعی کمک می کند (شفر،۱۹۹۹؛ ساویرز و هورن وینگرد،۱۹۹۳). مسلماً چیزی در بازی وجود دارد که به عنوان ابزاری برای تغییر عمل می کند (راس،۲۰۰۷، ص۱۵). این گونه گمان می رود که تفکر واگرا واسطه ای بین بازی های خیالی و استراتژی های سازش می باشد (راس،۲۰۰۷). کودکانی که در این بازی ها عملکرد خوبی دارند (از حالت های گوناگون و تخیل شان استفاده می کنند)، تفکر واگرای بهتر و استراتژی های سازش و تحمل بیشتری دارند و به راحتی می توانند سیاست های رفتاری خود را تغییر دهند (کریستیانو و راس،۱۹۹۶). گلدشتاین[۳۷] و راس[۳۸] (۲۰۰۰،۲۰۰۱) در پژوهشی در مورد کودکان کلاس اولی، متوجه شدند بین تصور کردن در بازی و تعداد دفعات واکنش ها و گستره ی استراتژی های سازش رابطه ی معنا داری وجود دارد، حتی زمانی که نمونه ها از نظر بهره ی هوشی کنترل می شدند. راس (۲۰۰۷) و سینگر[۳۹] (۱۹۹۵) متوجه شدند این تفکر واگراست که در بازی های وانمودی کودکان نهفته است؛ همان مسئله ای که اخیراً آزمایشات تجربی زیادی از آن حمایت کرده اند. توانمندی در تفکر و پیدا کردن کاربرد های متفاوت برای اشیاء (مانند گلِ بازی یا وسایل خانه بازی)، ایجاد پایانی متفاوت برای داستان ها یا تدبیر کردن نگرش هایی برای عملکرد های مختلف، می تواند باعث افزایش توانایی تفکر واگرا شود (دانسکی،۱۹۹۹).

****
[37] *Goldestein*
[38] *Russ*
[39] *Singer*

@karnil

جبران حقیقت در دنیای خیالی

در بازی کودکان می توانند بـه سـرعت لـذت هـای جـایگزینی بـرای آرزوهـا و خواسته های شان بیابند. یک کودک ترسو می تواند تبدیل به کودکی شجاع شود و یا کودک ضعیف، قدرتمند گردد. رابینسون[۴۰] (۱۹۷۰) بازی را الزاماً بـه عنـوان یـک مکانیسم جبران کننده می نگرد که بسیار شبیه به خیال پردازی است. انگیـزه هـا و نیازهایی که نمی توانند خود را در زندگی واقعی بروز دهند، راه شـان را در دنیـای تخیلات باز می کنند.

واقعیت آزمایی

تجربیات بدست آمده در بازی به کودکـان اجـازه مـی دهـد بـه نـوعی شـرایط اجتماعی را تمرین کنند و حقیقت را از مسائل غیر واقعی و خیالی تشخیص دهنـد. کودکان در بازی با وانمود کردن نقش ها و شخصـیت هـای اجتمـاعی، اغلـب بـین نقش های گوناگونی که ایفـا مـی کننـد و خـودِ حقیقـی شـان در نوسـان هسـتند (شفر،۱۹۹۹). مشغولیت مـداوم در ایـن بـازی هـای نمایشـی باعـث ایجـاد قـوه ی تشخیص بهتر برای درک تفاوت بین حقیقت و مسائل تخیلی در کودکان مـی شـود (سینگر و سینگر،۱۹۹۰).

تمرین رفتارهای گوناگون

رفتارهای بهنجار اجتماعی مانند شهامت و اجتنـاب از خشـونت مـی تواننـد در محیط بازی تمرین داده شوند. متخصصان کودک و بازی درمانی قادرند رفتـار هـای جدیدی را که انطباق بیشتری با کودکان دارنـد، از طریـق بـازی و الگوسـازی ارائـه دهند؛ مانند استفاده از عروسک های نمایشی و یا ایفای نقش های مختلف. بـه ایـن شکل کودک می تواند به طور مکرر آن ها را تمرین کنـد تـا از بدسـت آمـدن ایـن مهـارت هـا در او حصـول اطمینـان شـود (شـفر،۱۹۹۹؛ جـونز، اولنـدیک و شنسکل،۱۹۸۹).

****

[40] *Robinson*

@karnil

ایجاد تفاهم

یکی از قوی ترین قدرت های درمانگر بازی ایجاد تفاهم است و این مسئله زمانی روی می دهد که بیمار واکنش مثبتی به درمانگر که خود علاقمند به بازی و تفریح و سرگرمی است؛ نشان می دهد. از آن جا که اغلب کودکان با میل و رغبت به جلسه ی درمان نمی آیند، نیاز است ابتدا جذب فرآیند درمان شوند و این کار از طریق تعامل درمانگر با کودک هنگام بازی روی می دهد. هم چنین از آن جا که *"بازی زبان کودک است"*، یک مدیوم طبیعی برای برقراری ارتباط به شمار می آید که می توان با استفاده از آن با کودک رابطه برقرار کرد (لاندرس،۱۹۸۳،ص۲۰۲).

بازی درمانی تجویزی

هر کدام از مکاتب شناخته شده ی درمانی (مانند بیمار- محور[۴۱]، رفتار درمانی شناختی و روان پویشی[۴۲]) بر یک یا چند قدرت درمانی بازی تأکید می ورزند. در رویکرد گزینشی تجویزی[۴۳] (کادوسون، کانگلوسی و شفر،۱۹۹۷) عقیده بر این است که متخصصان بازی درمانی با کسب مهارت در به کارگیری قدرت های متعدد و شفابخش بازی و استفاده ی مداوم از آن ها، می توانند نیازهای فردی بیماران خود را برطرف سازند. رویکرد تجویزی بر اساس ترکیب متمرکز، افتراقی و تمایزی قدرت های درمانگر بازی و انطباق آن ها با علت های خاص نهفته در مشکل بیمار شکل گرفته است (کادوسون، کانگلوسی و شفر،۱۹۹۷). هنگامی که درمانگران ادراک بیشتری از این مکانیسم های تغییر دهنده داشته باشند، کارایی بیشتری برای رفع نیازهای بیماران خود بدست می آورند.

نارکراس (۲۰۰۲) نیز حامی رویکردی تجویزی برای درمان است، یعنی وضعیتی که تکنیک های مختلف اصلاح شده اند تا مناسب مشکل کنونی بیمار یا تشخیص انجام شده در مورد او باشند. علاوه بر این درمانگران باید سبک تعامل بین فردی خود را تغییر دهند تا با سبک بیمار تطابق یابد و نهایتاً نتیجه ی بهتری در

****

[41] *Client-Centered*
[42] *Psychodynamic*
[43] *Prescriptive Electic Approach*

@karnil

درمان حاصل شود.

پژوهش های آینده

هر چند در حال حاضر نتایج پژوهش های متعددی، مزایای بازی درمانی برای کودکان را تأیید می کنند، اما حتی اگر پژوهش های فرآیندی و پردازشی[۴۴] در این زمینه موجود باشند، باز هم بسیار معدود هستند. در این نوع پژوهش ها هدف شناسایی واسطه های خاصی است که در واقع همان عوامل درمان کننده اند و باعث ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار بیمار می شوند. متخصصان بازی درمانی هم چنین باید نگاهی به عناصر تغییر در بازی داشته باشند که بتوان آن ها را با یکدیگر تلفیق کرد تا کارایی درمان به بهترین سطح خود برسد. هر نوع آگاهی شفاف تر از گستره ی عوامل درمان کننده ی نهفته در بازی درمانی، این امکان را برای متخصصان کودک فراهم می آورد تا از رویکرد های نظری موجود با انعطاف بیشتری استفاده نموده و درمان مناسبی را برای یک کودک خاص انتخاب کنند (کادوسون، کانگلوسی و شفر،۱۹۹۷).

نتیجه گیری

در این بخش به طور خلاصه مکانیسم های تغییر دهنده و درمانگر موجود در بازی که می توانند به بیماران کمک کنند بر مشکلات روحی- روانی خود فائق آیند، توضیح داده شد. این عوامل نباید به عنوان عناصری مرموز نگریسته شوند، بلکه می توان آن ها را درک کرد، تغییر داد و حتی به طور کامل کنترل نمود. هدفمندی در درمان های انفرادی، درمانگران را هدایت می کند تا بتوانند تصمیم گیری بهتری برای استفاده از این قدرت ها داشته باشند. برای روشن شدن قدرت های ویژه ی درمان بخش بازی که بیش از همه برای مشکلات خاص بیماران مؤثر هستند، پژوهش های بیشتری مورد نیاز است. این انطباق و هماهنگ سازی

****

44 *Process Study*

@karnil

تجـویزی عناصـر تغییـر دهنـده بـا دلایـل نهفتـه در مشـکل بیمـار، منتهـی بـه سودمندترین و کم خرج ترین مداخله های درمانی با استفاده از بازی می شود.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش دوم

بازی درمانی، تعلیم و تربیت و مقوله ی CBT:

مباحثه ای در باره ی ترکیب میان رشته ای

ژانین شلبای و میشل برک

در حوزه ی روان درمانی کودک و نوجوان همواره تأکید فزاینده ای بر استفاده از شیوه های درمانی مستند بوده است. یکی از این شیوه های رایج، *CBT* یا رفتار درمانی شناختی می باشد که متمرکز بر تغییر تفکرات و رفتارهای ناسازگارانه است. هر چند این شیوه اصالتاً برای بزرگسالان ایجاد شده، اما در سال های اخیر پشتوانه ی تجربی مناسبی برای استفاده در مورد کودکان و نوجوانان نیز کسب کرده است. در هر حال هنوز هم سؤالاتی در این زمینه باقی مانده اند که چگونه می توان *CBT* را به بهترین نحو برای کودکان استفاده کرد. نویسندگان بسیاری به بحث در این رابطه پرداخته اند که مسائل خاص دوران رشد، چالش هایی را برای مدل درمانی *CBT* ایجاد می کند (گراوی و بلیست،۲۰۰۴؛ مک کارتی و وایز،۲۰۰۷؛ اولندیک، گریلز و کینگ،۲۰۰۱؛ ساوتهم- گرو و کندال،۲۰۰۰؛ وایز، ساوتهم -گرو و مک کارتی،۲۰۰۱).

کودکان مخصوصاً خردسالان ممکن است برای یادگیری تکنیک های رایج در

@karnil

CBT که عمدتاً بر پایه ی ادراک و شناخت هستند، توانایی های لازم را نداشته باشند (به طور مثال بازسازی شناختی[۴۵] که شامل تفکر انتزاعی[۴۶] و شناخت مسائل به صورت کلان[۴۷] می باشد). نوجوانان نیز که احتمالاً مهارت های بیشتری در این زمینه و یا دیگر عملکردهای پیچیده ی ذهنی دارند، شاید در به کارگیری برخی از ابعاد CBT، با مشکلاتی مواجه شوند (به طور مثال ممکن است درمان های گفتگو- محور را چندان سرگرم کننده نبینند یا تمایل چندانی به انجام تمرینات موجود در CBT نداشته باشند، یا دچار اختلالات خاص یادگیری باشند که ادراک گفتاری یا خواندن را برای آن ها دشوار می سازد. هم چنین ممکن است تمرکز و توجه آن ها به علت خستگی بخصوص هنگامی که پس از مدرسه در جلسات درمان شرکت می کنند، کاهش یافته باشد). در نتیجه نوجوانان نیز مانند کودکان ممکن است تمایل بیشتری به تکنیک های تجربی نشان دهند که اغلب در بازی درمانی و رویکرد های پرورشی در مقابل تکنیک های گفتاری استفاده می شود. مباحثه در مورد کودکان و استفاده از CBT همواره متمرکز بر این بوده که چگونه به بهترین وجه مفاهیمی به کودکان آموخته شود که اصالتاً برای بزرگسالان به کار می رفته است (هولمبک، گرینلی و فرانکس،۲۰۰۳). همواره عقیده بر این است که رویکرد CBT مورد استفاده در کودکان و نوجوانان، باید به مسائل و ملاحظات رشد حساس باشد (گراوی و بلیست،۲۰۰۴؛ هولمبک و همکاران،۲۰۰۳؛ اولندیک و وازی،۱۹۹۹؛ پیترسون و تریمبلی،۱۹۹۹؛ شرک،۲۰۰۱)، اما راهنمایی ها و شیوه های انطباقی بسیار اندکی در این زمینه ارائه شده است (وایز و هاولی،۲۰۰۲).

در این بخش توضیح می دهیم CBT مورد استفاده برای کودکان و نوجوانان چگونه می تواند با استفاده از عملکرد های آموزشی و بازی درمانی بهبود یابد. در واقع موارد ذکر شده برای برقراری رابطه، آموزش یا انتقال محتوای درمانی یا آموزشی به شیوه های حساس به مقوله ی رشد توجه ویژه ای دارند. ابتدا دو نمونه از CBT که به طور معمول برای کودکان و نوجوانان استفاده می شود را توضیح

****

[45] *Cognitive Restructuring*
[46] *Abstract Thinking*
[47] *Metacognition*

@karnil

خـواهیم داد: ***CBT* برای افسردگی** و ***CBT* برای استرس پس از ضربه**. پـس از این توضیحات به مباحثه در مورد یافته هـایی در زمینـه ی تعلـیم و تربیـت، رشـد کودک و بازی درمانی می پردازیم که معتقدیم می توان آن ها را با *CBT* بـه گونـه ای در هم آمیخت که بتوانند با مشکلات بالقوه ای که در بالا بـه آن هـا اشـاره شـد مقابله کنند، مانند: **افزایش حساسیت به مقوله ی رشد، مـؤثرکردن هـر چـه بیشتر درمان** و **استفاده از شیوه های تجربی و عملی در برابـر شـیوه هـای گفتاری**.

از این رو با ترکیب کردن تکنیک های مختلف ایـن رشـته هـا، قابلیـت تبـدیل نمـودن *CBT* بـه یـک فرآینـد مـؤثرتر فـراهم مـی شـود. در پایـان پیشـنهادات و نمونه های خاصی را ارائه کرده ایم که نشان می دهند چگونه می توان شـیوه هـای پرورشی و بازی درمانی را با *CBT* ترکیب کرد.

CBT برای درمان افسردگی و استرس پس از ضربه در کودکان و نوجوانان

اینک بـازنگری کوتـاهی از *CBT* بـرای دو مشـکل مطـرح شـده ی کودکـان و نوجوانان ارائه می شود. مسلماً ذکر مباحثه ای جامع از تمـامی رویکـرد هـای *CBT* موجود برای اختلالات کودکان و نوجوانان فراتر از حوصله ی این بخش می باشد، به این شکل تصـمیم گـرفتیم توجـه خـود را بـه افسـردگی و اسـترس پـس از ضـربه *(PTSD)*[۴۸] به عنوان نمونه هایی از شـیوه ی *CBT* معطـوف کنـیم؛ زیـرا بـه وفـور استفاده می شوند، هـم چنـین پشـتوانه ی تجربـی مناسـبی دارنـد و صـاحبنظران، متخصصان و نویسندگان بسیاری به این مقوله پرداخته اند. هم چنین از شیوه هـای استاندارد مداخلات *CBT* نیز در آن ها استفاده می شود.

****

[48] *Post Traumatic Stress Disorder*

@karnil

CBTبرای افسردگی کودکان و نوجوانان

رویکردهای *CBT* در درمان کودکان و نوجوانانی با اختلالات افسردگی تأثیر بسزایی از خود نشان داده اند. برنت[۴۹] و همکارانش (۱۹۹۷) متوجه شدند که *CBT* تأثیر بیشتری از خانواده درمانی[۵۰] و حمایت درمانی[۵۱] در کاهش علائم افسردگی نوجوانان دارد. اخیراً ترکیب *CBT* و داروهای ضد افسردگی در دو پژوهش وسیع با استفاده از گروه های کنترل انتخاب شده به صورت اتفاقی[۵۲] *(RCT)*، نشان داد که این شیوه سودمندتر از استفاده ی انفرادی هر کدام از این دو رویکرد برای نوجوانانی با اختلال افسردگی ماژور *(MDD)* می باشد؛ خصوصاً آن دسته که نسبت به فرآیند درمان مقاومت نشان می دهند (برنت و همکاران،۲۰۰۸).

رویکردهای درمانی *CBT* ذکر شده در این جا و دیگر آزمایش ها (آسارنو، جی کاکس، دووان، لابورد، رئا، موری و همکاران، ۲۰۰۵)؛ پیرو چارچوب های مشابهی در مداخلات شان بوده اند. این مداخله ها شامل نظارت شخصی خود فرد در رابطه با علائم افسردگی، برنامه ریزی فعالیت های خوشایند/ برانگیختگی رفتاری، بازسازی شناختی و آموزش مهارت های اجتماعی می باشد (مک کارتی و وایز،۲۰۰۷). این شیوه های مداخله با آن دسته که در گذشته با استفاده از *CBT* برای درمان بزرگسالان افسرده به کارمی رفته اند، قابل مقایسه هستند (بک، راش، شاو و امبری،۱۹۷۹). در هر حال شیوه های مورد استفاده برای کودکان و نوجوانان متفاوت از رویکردهایی است که برای بزرگسالان کاربرد می یابد. این تفاوت ها شامل ایجاد تغییراتی در تکنیک ها است تا برای کودکان خردسال بیشتر سرگرم کننده باشند و از مفاهیم ساده، سنجش های ترکیبی و یا مداخلات خانوادگی برای آن ها استفاده می شود. عناصر رایج مورد استفاده در رویکردهای *CBT* برای افسردگی کودکان یا نوجوانان که در این بخش به آن ها پرداخته شده به صورت فهرست وار در جدول **۱-۲** ذکر شده اند.

****

[49] *Brent*
[50] *Family Therapy*
[51] *Supportive Therapy*
[52] *Randomized Control Trials*

@karnil

CBT برای درمان افسردگی نوجوانان، اغلب با آموزش روانشناختی افسردگی و توضیح این مفهوم برای آن ها آغاز می شود. ابتدا مطالبی راجع به ارتباط بین احساسات، افکار، رفتار و این که چگونه افکار و رفتارهای منفی منجر به بروز حالات منفی شده و تغییر آن ها باعث ایجاد حالات مثبت می گردد، به نوجوان و والدین آموخته می شود. این تعلیمات فضا را برای درمانی فراهم می آورد که تمرکز بیشتری بر جزئیات برنامه ریزی فعالیت ها و بازسازی شناختی دارد.

مداخله های رفتاری معمولاً با این منطق در مرحله ی اول انجام می گیرند که آموزش و نهادینه سازی آن ها در ابتدای درمان ساده تر از مهارت های شناختی می باشد. بخصوص هنگامی که نوجوان به طور مداوم علائم شاخص افسردگی را از خود بروز می دهد. برنامه ریزی هدفمند فعالیت های مثبت همواره یک مداخله ی کلیدی است، زیرا کودک یا نوجوان افسرده تمایل به امتناع و طفره رفتن از فعالیت هایی دارد که ممکن است باعث ایجاد یک حالت مثبت و سازنده در او شوند و به این شکل فرصت های اندکی برای بهبود روحیه ی او پیش می آید.

جدول ۱-۲. معیارهای رایج CBT برای درمان افسردگی ماژور در نوجوانان

آموزش روانشناختی
برنامه ریزی فعالیت های خوشایند
بازسازی شناختی
معیارهای سنجش خانواده- محور
آموزش مهارت های اجتماعی

از نوجوان خواسته می شود فرم هایی حاوی سؤالات خود ارزیابی را پر کند. با استفاده از این پرسشنامه ها، اطلاعاتی مربوط به حالت، روحیه وفعالیت های خوشایندی که او به آن ها مشغول است، بدست می آید. با این سنجش کلی، درمانگر با نوجوان کار می کند تا تعداد و مدت فعالیت های مناسب او در هر هفته

@karnil

افزایش یابد؛ تا زمانی که امتیاز بهتری در سنجش روحیه ی خود بدست آورد. این فعالیت های مثبت هم چنین می توانند در جلسه های درمان همراه با درمانگر انجام شوند، مانند خوردن یک غذای مورد علاقه یا پرداختن به بازی.

گام بعدی بازسازی شناختی است. نوجوان یاد می گیرد به افکاری توجه کند که هنگام افسردگی، اندوه و یا حساسیت و زودرنجی بیش از حد در ذهنش شکل می گیرند. هنگامی که او در شناسایی افکار منفی مهارت یافت، درمانگر به او می آموزد از تأثیرات این افکار بر روحیه اش آگاه شود و افکاری که تأثیر منفی بر روحیه اش دارند را تغییر دهد. برای بازسازی افکار در مورد کودکان و نوجوانان و هم چنین بزرگسالان، از رویکردهای استاندارد CBT استفاده می شود (بک،۱۹۹۵)، مانند شناسایی تحریفات شناختی[۵۳] و ادراکی و ارزیابی دلایل افکاری از این دست. در مورد نوجوانان فرآیند بازسازی شناختی به چند مرحله ی ساده تقسیم می شود تا بیشتر مناسب شرایط بلوغ و رشد آن ها باشد. هم چنین مداخله ها اغلب به صورت بازی در می آیند تا برای این گروه سنی جذاب تر شوند. به طور مثال در یک راهنمای گروه درمانی که توسط آسارنو و همکارانش در سال ۱۹۹۹ برای بررسی افسردگی نوجوانان ارائه شده بود، فرآیند بازسازی شناختی با استفاده از بازی **صندلی داغ**[۵۴] انجام گرفت (آسارنو و همکاران، ۲۰۰۵). در این بازی اعضای گروه افکار منفی خود را برای فردی که روی به اصطلاح صندلی داغ نشسته، بازگو می کنند و او باید بلافاصله با یک فکر مثبت به آن ها پاسخ دهد. هم چنین یکی دیگر از اعضای گروه به عنوان مربی نوجوانی که روی آن صندلی نشسته عمل می کند. علاوه بر این، شیوه های مختلف دیگری برای ثبت و بازسازی تفکرات کودکان خردسال وجود دارد، مانند **صورت هایی با حباب فکر**[۵۵] بالای سرشان که در کتاب های کارتونی از آن ها استفاده می شود و کودک می تواند افکار خود را در جای خالی این نقاشی ها بنویسد (فریدبرگ و مک کلور،۲۰۰۲). در یک پژوهش از بازی و نمایش هایی با ایفای نقش به عنوان راهی برای آموزش مهارت های

****

[53] *Cognitive Distortion*
[54] *Hot Seat*
[55] *Thought Bubbles*

@karnil

رفتاری و شناختی برای کودکان استفاده شد، هم چنین فیلمی از بچه ها تهیه می شد که در آن مهارت هایی را که در درمان یاد گرفته بودند، به اجرا می گذاشتند (آسارنو، اسکات و مینتز،۲۰۰۲). سپس این فیلم به صورت گروهی به والدین نشان داده می شد تا یاد بگیرند چگونه به کودکان شان در استفاده از این تکنیک ها در خانه کمک کنند.

هر چند مداخله های خانوادگی هدف این بخش نبوده، اما جزء مهمی از *CBT* برای درمان افسردگی کودکان هستند. بسیار مهم است که درمانگر کار انجام شده با کودک را همراه با والدین او بازنگری کند تا هر چه بیشتر باعث ترغیب استفاده از مهارت های کسب شده در خانه شود. علاوه بر این، مداخله های متعدد دیگری در صورت نیاز می توانند همراه با خانواده انجام گیرند تا در مجموع به اهدافی چون افزایش حال و هوای مثبت در خانواده، کاهش تضادها و ایجاد تلقین های مثبت برای رفتارهایی که احتمالاً باعث کاهش افسردگی می شوند، دست یافت. این مداخله ها شامل موارد زیر هستند(ولز و آلبانو،۲۰۰۵):

(الف) افزایش تأثیر مثبت و حمایت خانوادگی،

(ب) بهبود ارتباطات خانوادگی،

(ج) ارتقاء توانمندی حل مسائل در خانواده،

(د) مدیریت شایسته ی رفتارهای مشکل ساز،

(ه) کاهش انتظارات بالا و انتقاد والدین و افزایش تشویق های مثبت نوجوان.

نهایتاً از آن جا که تعامل اجتماعی اغلب برای یک نوجوان افسرده کار بسیار دشواری است و فقدان این ارتباطات باعث تشدید افسردگی می شود، آموزش مهارت های اجتماعی یکی از بخش های استاندارد رویکردهای *CBT* است. این آموزش ممکن است شامل ابعاد مختلفی از مهارت های اجتماعی باشد، مانند:

- ☑ چگونگی آغاز یک گفتگو،
- ☑ موضوعات مناسب گفتگو،
- ☑ بازخورد و حالت های بیانی مناسب صورت،
- ☑ جرأت و قاطعیت (رود، فینی و رابینز، ۲۰۰۵).

@karnil

انتخاب و آموزش این مهارت ها به شیوه ای انجام می گیرد که مناسب با سن کودک باشد.

اجزای اصلی درمان های استرس پس از ضربه برای کودکان و نوجوانان

درمان های انفرادی و گروهی متعددی برای کودکان و نوجوانان دچار استرس پس از ضربه یا اختلالات مرتبط وجود دارد. در این بخش سه رویکرد درمانی در این رابطه به طور خلاصه توضیح داده می شوند. هر چند هدف، بازنگری جامع این شیوه های درمانی انتخاب شده یا دیگر درمان های پژوهش- محور برای این عارضه نبوده است (که حتی برخی از آن ها *CBT* نیز نیستند)؛ اما اجزای اصلی این سه شیوه تأکید ویژه ای بر محتوای استاندارد *CBT* دارند. *CBT* متمرکز بر ضربه *(TF-CBT)* (کوهن، دبلینگر، مانارینو و استیر،۲۰۰۴؛ کوهن، دبلینگر و مانارینو، ۲۰۰۵)، شیوه ای کاملاً شناخته شده است که یک درمان بسیار مؤثر خصوصاً برای دخترانی می باشد که مورد آزار و اذیت قرار گرفته اند. رفتاردرمانی شناختی برای ضربه در مدارس[۵۶] *(CBITS)* (استین، جی کاکس، کاتا اوکا، وونگ، تو، الیوت و فینک،۲۰۰۳)، به عنوان یک شیوه ی مداخله برای کودکان خردسالی که در معرض خشونت قرارگرفته اند؛ پشتواده ی پژوهشی مناسبی بدست آورده است. روان درمانی گروهی برای نوجوانان آسیب دیده و یا اندوهگین و بازماندگان جنگ و حملات وحشیانه نیز پشتوانه ی تجربی خوبی داشته است (لاین، سالزمن، پاپلتون، بورلینگیم، پاسالیک، دوراکوویچ و همکارانش، کاکس، دیویس و بورلینگیم، کمپبل، لاین و کاتزنباخ،۲۰۰۷). شیوه های درمانی متعدد دیگری نیز با ویژگی های مشابه با آنچه که در بالا ذکر شد، وجود دارد و از نظر تجربی ثابت شده که برای برخی از آسیب ها و ضربه های خاص مؤثر هستند.

موارد مشترک و مشابه بسیار زیادی در درمان های *CBT* برای کودکان و نوجوانان آسیب دیده وجود دارد (جدول **۲-۲**). تمام درمان هایی که در بالا به آن ها اشاره شد، شامل این روند مشترک هستند که درمانگر یک آموزش

* *

[56] *Cognitive Behavioral Intervention For Trauma in Schools*

@karnil

روانشناختی مرتبط با علائم رایج پس از ضربه و دوره عادی اختلالات، علائم یا مشکلات مرتبط با آسیب و ضربه را ارائه می دهد. توجه خاصی بر شفاف سازی و رفع سردرگمی در مورد واکنش های عادی پس از ضربه وجود دارد. شیوه های درمانی اغلب به اهمیت ایجاد یا بهبود مهارت های انطباقی و سازشگر می پردازند و مداخله های خاصی از روش های مؤثر تحمل کردن و کنار آمدن با مصیبت را به باقیماندگان ارائه می دهند. کودکان اغلب تشویق می شوند شیوه های تحمل و سازشی که برای آن ها مؤثرتر هستند را شناسایی کنند؛ به طور مثال ایجاد فهرستی از استراتژی های سودمند برای خود تهیه کنند. هم چنین از آن ها خواسته می شود هنگامی که علائم این نوع استرس یا دیگر مسائل بروز می کند، از این استراتژی ها استفاده کنند. به طور مثال ممکن است تشویق شوند از جملات مثبت و تلقینی استفاده کنند یا احساسات شان را با یک بزرگتر مورد اطمینان در میان بگذارند، توجه خود را به افکار یا تجربیات خوشایند معطوف کرده و یا با مشغول شدن در فعالیت های لذت بخش، حواس خود را از این موضوعات پرت کنند. آن ها از استفاده از هرگونه استراتژی سازش که احتمال عواقب منفی آن بسیار زیاد است، منع می شوند (مانند استفاده از مواد مخدر و مشروبات الکلی، انزوای طولانی مدت و مکرر و یا جملات تأکیدی منفی ناشی از تحریفات شناختی). معمولاً آموزش چنین مهارت هایی قبل از مباحثات گسترده در رابطه با حادثه ارائه می شود. توجه اولیه به این مهارت ها تا حدودی به این منظور است که واکنش ناشی از درمان به تکنیک هایی با محوریت قرار گرفتن در معرض مشکل، کاهش یابد و یا از بروز آن جلوگیری شود. در معرض قرار دادن، یا بهتر بگوییم روایت و بازسازی داستان حادثه ی ناخوشایند، یکی از اجزای اصلی چنین درمان هایی است. هر چند در شیوه های مختلف مقدار توجه به رویداد متفاوت می باشد، اما در شیوه هایی که توضیح داده شد، حتماً تا حدودی از بازسازی مجدد حادثه استفاده می شود (به طور مثال توضیح به صورت کلامی، نقل ماجرا به صورت مکتوب و یا بازسازی بخش هایی از واقعه به صورت نقاشی). در برخی از درمان ها تأکید بر بازسازی مجدد رویداد است، اما در برخی دیگر بازسازی روایت به شیوه ای خلاصه تر و محدود تر با فرآیند درمان در هم آمیخته می شود. بازسازی شناختی

@karnil

خصوصاً مرتبط با نسبت دادن نادرست صفاتی به خـود و یـا احسـاس گنـاه مفـرط، دیگر شیوه ی رایج در این درمان ها است.

جدول ۲-۲. معیارهای رایج در CBT برای درمان کودکان و نوجوانانی با اختلالات مرتبط با ضربه ی روحی یا آسیب

آموزش روانشناختی
مهارت های سازش و تحمل کردن
قرار دادن در معرض وضعیت هایی که به شیوه ی نامناسب از آن ها اجتناب شده است
بازسازی شناختی
بهبود امنیت/ حمایت فرد مراقب

در اغلب درمان هایی که به آن ها اشـاره شـد، حضـور و شـرکت فـردی کـه از کودک مراقبت می کند نیز توصیه می شود. هر چند مقدار حضور او در شـیوه هـای گوناگون متفاوت است، اما در اغلب درمـان هـای مـرتبط؛ مسـائل روانشـناختی بـه مراقبان آموزش داده می شود تا بهتـر بتواننـد علائـم کـودک را بـا علائـم نرمـال و بهنجار مقایسه کنند. آن ها ترغیب می شـوند بـرای بازمانـدگان خردسـال حادثـه، محیطی امن ایجاد نمایند و مانند والدین شان به آن ها دلگرمی دهنـد تـا بـا ایجـاد یک محیط صمیمی و خانوادگی، کودک بتواند به طور آزادانه احساساتش را راجع به واقعه البته اگر تمایل داشته باشد، بازگو کند. در*TF-CBT* کودکان ممکن اسـت در جلسه ی درمانی شرکت کنند که در آن تجربه ی خود را بـرای فـرد مراقـب بـازگو نمایند و این فرد قبل از جلسه راهنمایی شده است تا هنگام سـخن گفـتن کـودک، واکنش های مناسبی از خود نشان دهد. یکی دیگر از عناصـر رایـج درمـان هـایی از این دست، ترغیب والدین، مراقبان یا خود بیماران به انجام این مراحل بـرای ایجـاد احساس امنیت هر چه بیشتر می باشد.

@karnil

مسائل مربوط به رشد و CBT

همان گونه که در قسمت قبل توضیح داده شد، در بسیاری از رویکردهای *CBT* خصوصاً تکنیک های شناختی و ادراکی، شیوه های فکری کلان و انتزاعی، تفکر متوالی و بررسی فرضیات مربوط به آینده مورد نیاز می باشد (هولمبک و همکاران،۲۰۰۳). تمامی این فعالیت ها شامل فرآیندهای پیچیده ای بوده و نیازمند سطح بالایی از پیشرفت ادراک، مهارت های کلامی و توانایی یادگیری از طریق آموزه های گفتاری این شیوه می باشد. از سوی دیگر باید توجه داشت کودکان و نوجوانانی که برای این درمان ها معرفی می شوند، اغلب بی انگیزه هستند (به طور مثال درمان اغلب توسط والدین آن ها درخواست می شود و کودکان در این زمینه تصمیم گیرنده نیستند، یا این که سطح پیشرفت و ظرفیت های ادراکی یا شناختی آن ها بسیار متغیر می باشد و ممکن است دچار اختلالات یادگیری بوده و یا هوش آن ها در زمینه ی ادراک کلامی ضعیف باشد). با توجه به توانایی های محدود کودکان خردسال و مقوله ی رشد و دیگر عوامل مرتبط با درمان کودکان و نوجوانان شامل اهمیت برقراری ارتباط درمانگر با او (چو و کندال،۲۰۰۴)، هیچ شکی نیست که باید تناسبی بین عوامل رشد و *CBT* وجود داشته باشد و این موارد همواره مورد سؤال قرار گرفته اند.

مشکلات متعددی در به کارگیری و نهادینه سازی شیوه های *CBT* بخصوص برای کودکان زیر هشت سال شناسایی شده است (گراوی و بلیست،۲۰۰۴؛ وایز، ساوتهم- گرو و مک کارتی،۲۰۰۱). این مسائل شامل موارد زیر بوده اند:

(الف) ظرفیت های رشد ادراکی درگیر در این فرآیند که مشکلاتی را برای ابعاد خاص این رویکردها ایجاد می کنند (مانند مکانیسم های تغییر)،

(ب) فرآیندهای علائم بیماری (مانند بررسی سبک های فکری به عنوان یک بیماری در بزرگسالان و سبک های مشابهی که برای کودکان عادی و بهنجار به شمار می روند، مانند تفکر مرکزگرا[۵۷])،

(ج) ظرفیت های ادراکی که چالش هایی را برای آموزش محتوای مدل ایجاد

* *

[57] *Centristic Thinking*

@karnil

می کنند (مانند مفاهیم انتزاعی یا استفاده از شرایط فرضی)،

(د) مسائل مرتبط به فرآیند، مانند پیوستگی فرآیند درمان،

(ه) شیوه های خاص آموزش و تناسب محتوای آن ها با فعالیت های مورد نظر با میزان رشد و سن کودک و نحوه ی علاقمندی کودک به فرآیند درمان.

با توجه به این همه پژوهش های بسیاری که حامی استفاده از *CBT* برای کودکان و نوجوانان می باشند، اینک سؤال این است که اختلافات موجود بین *CBT* و رشد کودک تا چه اندازه اهمیت دارند؟

پژوهش های حاضر نشان می دهند خردسالان ممکن است به خوبی کودکان بزرگتر به درمان *CBT* پاسخ ندهند. در یک تحلیل گسترده (دورلاک، فورمن و لَمپمَن،۱۹۹۹) تأثیر درمان درگروه سنی ۱۱ تا ۱۳سال دوبرابر خردسالان بود. هم چنین در مطالعه ی گسترده ی دیگری (وایز، ویس، هان، گرانجر و مورتن،۱۹۹۵) کودکانی که سن شان زیر۱۲ سال بود، نسبت به کودکان بزرگتر بهره ی کمتری از این شیوه ی درمان کسب کردند. در بازنگری گراوی و بلیست (۲۰۰۴)، آن ها به این نتیجه رسیدند که میانگین پیشرفت کودکان در فرآیند *CBT* کمتر از بزرگسالان می باشد. هولمبک و همکارانش (۲۰۰۳) این فرضیه را مطرح می کنند که اگر درمان مناسب سطح رشد کودک شود، تأثیر آن بسیار بیشتر خواهد شد (ص ۲۲).

یک دهه قبل، اولندیک و وازی (۱۹۹۹) به این نکته اشاره کردند برای تحقق یک مداخله ی جامع رشدی- بالینی هنوز راه زیادی در پیش است. در رویکردهای *CBT* توضیح داده شده در این بخش و هم چنین بسیاری دیگر از شیوه های *CBT* برای کودکان و نوجوانان، تلاش زیادی انجام گرفته که از زبان ساده تری مناسب کودکان و یا شیوه های ارتقاء یافته ی آموزشی استفاده شود. اما آیا *CBT* به اندازه ی کافی به ترکیب مناسبی از مقوله ی رشد با شیوه ی درمان رسیده است؟ آیا از دیدگاه کودکان، فرآیندهای *CBT* جذاب و سرگرم کننده هستند؟ هر چه این درمان ها بیشتر کودکان را به خود مشغول دارند، احتمال بیشتری می رود که آن ها به طور کامل در فرآیند درمان شرکت کرده و تکالیف داده شده را انجام

@karnil

دهند و به این شکل، احتمال سود بردن کودک از این فرآیند درمانی افزایش می یابد.

مفاهیم هدایت کننده برگرفته از متون آموزشی:
آنچه آموزگاران در حال حاضر می دانند.

مدت هاست در زمینه ی آموزش توجه ویژه ای به ترکیب عوامل مرتبط با پرورش، بازی و رشد کودک وجود داشته است. علاوه بر متون پژوهشی گسترده که به این موضوع می پردازند، تنها کافی است نگاهی به کتب آموزشی مخصوص معلمان داشته باشیم تا مطالب زیادی را مشاهده کنیم که به توضیح بازی هایی برای سنین مختلف یا استراتژی های پویای آموزشی می پردازند. تعداد بیشماری از شیوه ها، بازی ها، فعالیت ها و مواد کمک آموزشی مانند پوستر، عکس برگردان یا دیگر وسایل آموزشی طراحی شده اند تا مفاهیم خاصی را آموزش دهند و همه ی آن ها می توانند به سهولت در دسترس آموزگاران قرار گیرند. تمامی این منابع اغلب بر اساس سن یا کلاس طبقه بندی شده اند. بهره ای که کودکان و نوجوانان از این آموزش ها از می برند، شامل استفاده از فعالیت های عملی و بازی- محور می باشد که مطابق با سن آنهاست و می توان گفت که از استاندارد مناسبی نیز برخوردار هستند.

برای به تصویر کشیدن این مسئله به صورت بهتر، این دو چیدمان کلاس پنجم را در درس ریاضی با موضوع جدول ضرب در نظر بگیرید[۵۸] . درکلاس معلم فرمول ضرب را توضیح داده و مثال هایی را روی تخته نشان می دهد (اگر ما دو سیب داشته باشیم و مقدار آن ۲ برابر شود، ۴ سیب داریم). در چنین کلاسی با محوریت آموزش نظری، هم چنین ممکن است پوسترهایی شامل عکس اشیاء مختلف وجود داشته باشد که عمل ضرب را نشان می دهند. سپس معلم فرصتی را به

****

[۵۸] *خواننده ی گرامی این نکته را در نظر دارد که نویسنده طبق مواد درسی و چارچوب های آموزشی رایج در کشور خود این مثال را ارائه کرده و کاملاً واضح است که کودکان ایرانی جدول ضرب را بسیار زودتر فرا می گیرند. (مترجم)*

@karnil

دانش آموزان می دهد تا مهارت خود را نشان دهند و سؤالاتی از آن ها مـی پرسـد، یا دانش آموزان به صورت گروهی، جدول ضرب را تکرار می کنند و عمده توجـه بـر حفظ کردن جدول ضرب است.

در دومین کلاس، معلم درس را با تقسیم کردن چند توپ کوچک با رنگ هـای گوناگون بین گروه دانش آموزان آغاز می کند. سپس از دانـش آمـوزان مـی پرسـد چند دسته توپ با رنگ های مشابه وجود دارد؟ دانش آموزان هر گـروه تـوپ هـای همرنگ را شمرده و معلم توضیح می دهد با استفاده از عمل ضرب می توان متوجه شد مجموعاً چه تعداد توپ های همرنگ در کلاس وجود دارد. سپس معلـم بـا گـچ رنگی تعدادی توپ روی تخته نقاشی مـی کنـد و آن هـا را در جـدول ضـرب قـرار می دهد. در نتیجه هنگامی که او فرمول و جدول ضرب را توضـیح مـی دهـد، ایـن مفهوم از قبل در ذهن دانـش آمـوزان شـکل گرفتـه و کـار عملـی خـود را بـه یـاد می آورند و دیگر نیازی نیست تنها به آموزه های کلامی معلم تکیه کنند.

با این فرض که دانش آموزان در هر دو کلاس نهایتاً عمل ضرب را می آموزند، سؤال این است که آیا این شیوه های تدریس موفقیتی برابر دارند؟ آیا تفاوتی در کیفیت یادگیری دانش آموزان این دو کلاس وجود دارد؟ (به طور مثال اولویت های یادگیری دانش آموز، مزایای انگیزشی، افزایش سطح علاقه، تمرکز یا توجه و یا فوایدی برای آن دسته که عملکرد تحصیلی شان ضعیف تر بوده یا هوش کمتری در ادراک کلام دارند.) این دو سؤال تنها نمونه ای از سؤالات بسیار زیادی هستند که در متون مربوط به مقوله ی تعلیم و تربیت مورد بررسی قرار گرفته اند.

در نظرگرفتن سؤالات مشابه درباره ی *CBT* و اسـتفاده از آن بـرای کودکـان و نوجوانان می تواند بسیار ارزشمند باشد. بسیاری از صاحبنظران از مهارت شـناخت و انگیزه به عنوان ویژگی هایی یاد کرده اند که توانایی یادگیری دانش آموز را تخمین می زند (فریزر، والبرگ، ولش و هاتی،۱۹۸۷؛ والبرگ،۱۹۸۰). در این بخش توجه ما بر دو عامل دیگر مرتبط با موفقیت شیوه ی تعلیم و تربیت می باشد: یادگیری پویـا یا عملی و شیوه های تدریس طراحـی شـده بـرای گسـتره ی اولویـت هـای سـبک

@karnil

یادگیری دانش آموزان[۵۹].

مفهوم آموزش پویا[۶۰] اغلب در متون علمی تعلیم و تربیت مشاهده می شود و در بیشتر موارد به عنوان بهترین رویکرد استاندارد آموزش شناخته می شود (زِملمَن، دنیلز و هاید، ۲۰۰۵). اما در تفاسیر نویسندگان مختلف، اندکی دگرگونی در مورد آن به چشم می خورد. یادگیری پویا معمولاً به شیوه ای اطلاق می شود که در آن دانش آموزان مشغول فعالیت هایی هستند که شامل انجام کار عملی همراه با شنیدن است (چیکرینگ و گیمسون،۱۹۸۷). هر چند این شیوه گاهی اوقات شامل فعالیت های گفتار- محور همراه با کارهای عملی می شود، اما محتوای آموزش پویا برای کودکانی در سن مدرسه اغلب بر شرکت کردن در کارهای عملی تأکید دارد، مانند آزمایش های علمی، بازی های کامپیوتری با محتوای آموزشی و یا فعالیت هایی همراه بازی که اهداف و مقاصد خاصی را دنبال می کنند. پژوهش های بسیاری نشان داده اند که دانش آموزان یا این شیوه های فعال را بر شیوه های تدریس کلاسیک شامل سخنرانی ترجیح می دهند (بونول و آیزن،۱۹۹۱)، و یا در مقایسه با این شیوه ها پیشرفت های ادراکی و نوشتاری بیشتری نشان می دهند (نیومن و همکاران،۲۰۰۱).

فلسفه ی آموزش پویا مضمونی بیش از یک استفاده ی ساده از بازی های مقطعی یا استراتژی هایی دارد که می خواهند هر چه سریع تر شیوه ی تدریس را از گفتار به عمل تبدیل کنند. در چنین رویکردی فعالیت های عملی تا آن جا که ممکن است، با تأکید بر محتوای درسی پیش می روند. پژوهش ها علاوه بر بررسی شیوه های تدریس، توجه خود را بر اولویت ها، توانمندی ها یا سبک های یادگیری نیز معطوف کرده اند (مانند این که دانش آموزان ترجیح می دهند چگونه

****

[۵۹] *اشاره به تئوری سبک های یادگیری که به واسطه ی آن افراد از نظر توانایی های آموزشی به گروه های مختلفی تقسیم می شوند. روانشناسان و پژوهشگران بسیاری به ارائه ی مدل های گوناگون در این زمینه پرداخته اند که از میان آنها می توان به کُلب اشاره کرد. در مدل کلب افراد دارای ۴ سبک اولویت یادگیری شناخته شده اند و عقیده بر این است اگر این سبک ها در طول دوران تحصیل شناسایی شوند و آموزش به همان صورت برای افراد فراهم شود، باعث افزایش موفقیت گروه های مختلف در امر تحصیل می گردد.(مترجم)*

[60] *Active Learning*

@karnil

بیاموزند؟). این کـه کودکـان دقیقـاً چگونـه مطلبـی را مـی آموزنـد، سـؤال بسـیار پیچیده ای است، اما یک جنبه از این مقوله یعنـی اولویـت هـای سـبک یـادگیری، ارتباط خاصی با مباحثه ی ما در این جا دارد. پژوهش های اولیه ی سبک یادگیری (دان و دان،۱۹۷۵؛ ایزلر،۱۹۸۲) به **۹** عامل مهم در این زمینه اشاره می کنند:

۱. خواندن ۲. کارهای عملی ۳. توضیحات معلم ۴. محـرک هـای بینایی (تصاویر متحرک) ۵. محـرک هـای شـنوایی ۶. محـرک هـای بینایی (تصاویر ثابت) ۷. بازی ها ۸. تعاملات اجتمـاعی ۹. تجربیـات فردی.

برخی از نویسندگان، تفاوت هایی در اولویت سبک یادگیری بر اساس جنسیت یا سلیقه ی آموزشی مشاهده کرده اند. معلوم شده پسران کاردستی و فعالیت هـای عملی را ترجیح می دهنـد (ایزلـر،۱۹۸۲؛ پـرایس، دان و دان،۱۹۷۷) و هـم چنـین تمایل کمتری به شیوه های تدریسی دارنـد کـه متمرکـز بـر ارائـه ی توضـیحات و دسـتورالعمل هـا بـوده و آمـوزش در آن هـا از طریـق خوانـدن صـورت مـی گیـرد (ایزلر،۱۹۸۲). اما دانش آموزانی که عملکرد تحصیلی بالاتری داشتند، بیشتر تمایـل به یادگیری توسط خواندن داشته اند. هر چند پژوهش ایزلر توصیه هـایی در مـورد ایجاد شیوه های تدریس یا مواد آموزشـی بـرای دانـش آمـوزانی دارد کـه بـه طـور انحصاری از یک سبک خاص پیـروی مـی کننـد، امـا هـم چنـین بـه ایـن مسـئله می پردازد که شیوه های تدریس باید گسترش یابند تا تمام انگیزه ها یا اولویـت هـا را شامل شوند. دیگر پژوهش ها نیز حامی ایـن تفکـر هسـتند کـه در واقـع سـبک یادگیری مورد علاقه ی بسیاری از افراد به گونه ای است که تکنیـک هـایی غیـر از سخنرانی پاسخگوی آن ها می باشـد. بـه طـور مثـال هنگـامی کـه اسـتادان زمـان سخنرانی خود را کاهش دادند و دانشجویان وقت بیشتری را صرف مباحثه هـای دو نفری یا بازنگری نکات تدریس شده و یادداشـت بـرداری کردنـد؛ میـزان یـادگیری دانشـجویان کـالج مـورد بررسـی، افـزایش چشـمگیری یافـت (رال، هـوگز و اشلاس،۱۹۸۷). تمام این یافته ها به نوعی حامی شیوه های آموزش و یادگیری پویا هستند که در آن ها دانش آموز یا دانشجو ایـن فرصـت را بدسـت مـی آورد تـا بـه صورتی فعال و عملی در محیط کلاس مشغول شـود و تنهـا از تـدریس بـر پایـه ی

@karnil

ارائه ی مطلب به صورت کنفرانس و سخنرانی یا امتحانات مکتوب استفاده نشود.

آیا بازی می تواند یک شیوه ی "جدی" باشد؟

بازی که توسط برخی از مدرسان، متخصصان بازی درمانی و یا روانشناسان رشد با دید باز پذیرفته شده و گاهی نیز با دیده ی شک به آن نگریسته شده، به صورت متناوب یا به عنوان پشتوانه ی آموزش یا منحرف کننده ی آن شناخته شده است (برگن، ۲۰۰۲). بودروا[۶۱] و لیونگ[۶۲] (۲۰۰۳) به این نکته اشاره می کنند که طرفداران برنامه های بازی- محور برای کودکان، بازی و یادگیری را دو عامل لازم و ملزوم یکدیگر در نظر می گیرند و هم چنین می دانند که یاد گیری جدی، یک رویکرد سرسری و بی اساس نیست که به بازی گرفته شود. گلد هابر[۶۳] (۱۹۹۴) این سؤال را در عنوان یکی از مقاله هایش مطرح می کند: *"اگر بازی را یک علم بنامیم، پس آیا می توانیم به کودکان اجازه دهیم بازی کنند؟(به کسب علم بپردازند؟)"* این همان سؤالی است که عمده نگرانی مقوله ی روانشناسی تحصیلی از گذشته نسبت به بازی درمانی بوده است. چندین دهه است که بازی درمانی به طور گسترده ای مورد استفاده قرار گرفته، اما از همان ابتدای آغاز به کارگیری این شیوه، تأکید بر اعمال آن بر پایه ی پژوهش بوده است. بازی درمانی معاصر بر خلاف علم روان پویشی که به نوعی پدر این علم به شمار می رود، دیگر یک شیوه ی درمان تک- محوری نیست، بلکه از گرایش های نظری بسیار زیادی در روند درمان شامل *CBT* استفاده می کند (نل، ۱۹۹۸،۱۹۹۳). هر چند ممکن است بنیان نظری این دو از یکدیگر متفاوت باشد، اما رویکرد های بازی درمانی دارای همان عقیده ی مشترک هستند که بازی در ذات خود سودمند بوده و ویژگی های مناسب آن برای سنین مختلف باعث مؤثر شدن فرآیند درمان بخصوص در کودکان خردسال می شود. اخیراً شواهد تجربی بسیاری در مورد سودمندی بازی درمانی بدست آمده است (براتون، ری، رین و جونز،۲۰۰۵)، هم چنین پژوهش های کوچک اما متعدد

****

[61] *Bodrova*
[62] *Leong*
[63] *Goldhaber*

@karnil

دیگری نیز پشتیبان کارآمدی گونه های مختلف بازی درمانی بوده اند که مقاله های آن ها در ژورنال بین المللی بازی درمانی به چشم می خورد. تعدادی از رویکرد های *CBT* نیز بر استفاده از تکنیک ها یا مداخلات بازی- محور تأکید داشته اند که برخی همراه با شواهد تجربی می باشند (آسارنو، اسکات و مینتز،۲۰۰۲؛ فلیکس، باند و شلبای،۲۰۰۶؛ گودیر- براون،۲۰۰۵؛ نل،۱۹۹۳؛ مارچ و مول،۱۹۹۸).

هر چند ارزیابی تجربی بازی درمانی در مقایسه با *CBT* نسبتاً جدیدتر است، اما از ارزیابی بازی و رابطه ی آن با ادراک و شناخت، چندین دهه می گذرد (پیاژه،۱۹۶۲؛ ویگوتسکی،۱۹۷۸). شیوه های مختلف بازی- محور تأثیر خود را در آموزش مسائل گوناگون به کودکان حتی مفاهیم ریاضی (سدیگ،۲۰۰۸) نشان داده اند. گونه های مختلف بازی می تواند فواید دیگری نیز برای کودکان خردسال داشته باشد مانند: **خلاقیت** (راس،۲۰۰۳)، **تفکر انتزاعی** (راس،۲۰۰۴)، **رشد ادراک** (بودروا و لیونگ،۲۰۰۳)، **آمادگی کودک برای رفتن به مدرسه** (بلر،۲۰۰۲؛ شونکف و فیلیپس،۲۰۰۰) و **توانمندی هایی مانند ادراک متن، آگاهی از گفتار و ادراک هدف سوادآموزی** (راسکاس و کریستی،۲۰۰۰). برنامه ی **ابزار ذهنی**[۶۴] بودروا و لیونگ (۲۰۰۱-۱۹۹۶) علاوه بر داشتن مضامین آموزشی و تحصیلی، منجر به بهبود انضباط فردی و عملکرد اجرایی کودکان می شود. این کار زمانی صورت می گرفت که آن ها در بازی های نمایشی با هدایت خودشان با اهداف از پیش تعیین شده شرکت می کردند، به طور مثال: *"آماده کردن یک غذا برای عروسکم"*. اسمیلانسکی[۶۵] و شفاتیا[۶۶] در سال ۱۹۹۰ علاوه بر بازنگری پژوهش های متعددی با موضوع بازی، حمایت خود را از آن به عنوان یک عنصر سهیم در رشد و پیشرفت تکلم، دامنه ی لغات، درک گفتار، گستره ی توجه، تخیل، تمرکز، کنترل محرک ها، کنجکاوی، استراتژی های حل مشکل، همکاری، همدلی و مشارکت در فعالیت های گروهیاعلام داشته اند.

****

[64] *Tools of The Mind Program*
[65] *Smilansky*
[66] *Shefatya*

@karnil

هر چند اهداف این بخش شامل موارد زیر نمی شود، اما پژوهشگران متعددی شواهد خوبی برای رویکرد های درمانی دوجانبه شامل والد-کودک یافته اند که تأکید ویژه ای بر بازی داشته اند، مانند درمان با استفاده از تعامل میان والد و کودک[۶۷] (هرشل، کلازادا، آیبرگ و مک نیل،۲۰۰۲؛ اُرکیزا و مک نیل،۱۹۹۶)، رابطه درمانی والد- کودک[۶۸] (لاندرس و براتون،۲۰۰۶)، روان درمانی والد – کودک[۶۹] (لیبرمن، ون هورن و ایپن،۲۰۰۶ و ۲۰۰۵) و فرزند درمانی[۷۰] (گوئرنی، ۱۹۶۴؛ ون فلیت، رایان و اسمیت،۲۰۰۵). اغلب پژوهشگران مستقیماً نقش بازی را به عنوان یک مکانیسم تغییر دهنده در این شیوه های روان درمانی بررسی نکرده اند، اما علیرغم آن، یافته ها شواهد غیر مستقیم یا حداقل یک حمایت نظری از این تفکر را ارائه می دهند که گونه های خاصی از بازی یا فعالیت های بازی- محور می توانند برای کودکانی مفید واقع شوند که برای آن ها از روان درمانی استفاده می شود.

تعلیم و تربیت بازی- محور و CBT

اکنون دو جلسه ی روان درمانی متفاوت را در نظر بگیرید که هدف شان گسترش مهارت های سازش و انطباق است. در وضعیت اول درمانگر از طریق کلام و دستورالعمل های گفتاری به کودک یاد می دهد که بین استراتژی های سازشگر، انطباقی و ناسازگار تمایز قائل شود، سپس آن ها فهرستی از شیوه های سازش و تحمل به شکل مفید را با یکدیگر آماده می کنند. در مرحله ی بعد کودک و درمانگر یک وضعیت فرضی را مورد بحث قرار می دهند که می توان از استراتژی های آموخته شده در آن استفاده کرد.

در جلسه ی دیگر مجموعه ای از ماهی های مقوایی رنگی به کودک نشان داده می شوند که تصاویر متفاوتی در دو سوی آن ها وجود دارد. بخشی که کودک در

****

[67] *Parent-Child Interaction Therapy*
[68] *Child-Parent Relationship Therapy*
[69] *Child-Parent Psychotherapy*
[70] *Filial Therapy*

@karnil

ابتدا می بیند شبیه به ماهی های مختلف است. اما در سمت دیگر تصویر، کودکانی کشیده شده اند که مشغول انجام فعالیت های سازگارانه ی متفاوتی هستند و عنوان فعالیت آن ها و استراتژی سازش نیز نوشته شده است. هر چند که درمانگر توضیح کوتاهی درباره ی هر ماهی ای که کودک انتخاب می کند، ارائه می دهد؛ اما این نمونه های مصور به گونه ای طراحی شده اند تا کودک جوهره ی این رفتار ها را بدون نیاز به خواندن برچسب ها یا توضیحات درمانگر درک کند. یک گیره ی کاغذی به دهان ماهی وصل شده و این امکان را فراهم می آورد که کودک بتواند با استفاده از آهنربا یا خودکار یا چیزی مانند قلاب ماهیگیری اسباب بازی آن ها را بگیرد. به کودکان گفته می شود ماهی هایی را بگیرند که به آن ها احساس بهتری می دهد و ماهی هایی را که حال شان را بدتر می کند، کنار بگذارند. کودک پس از گرفتن یک ماهی، به تصاویر نگاه می کند و درمانگر به طور خلاصه آن رفتار را برای او توضیح می دهد، سپس از کودک پرسیده می شود آیا فعالیتی که در پشت ماهی نقاشی شده، باعث بهتر یا بدتر شدن احساس او می شود. منطق کودک به طور خلاصه در یک مکالمه ی دو نفره بین درمانگر و کودک به مباحثه گذاشته شده و چنانچه آن شیوه منجر به یک نتیجه ی مثبت شود، کودک ماهی را نگه می دارد. اما اگر آن فعالیت مفید نباشد، کودک ماهی را کنار می گذارد. پس از گرفتن چندین ماهی سودمند، به کودک کمک می شود تا یک برنامه ی سازشی انفرادی را با ماهی های مورد علاقه اش ایجاد کند. هم چنین ممکن است استفاده از این رفتارها با او تمرین شود. این ماهی ها همراه با برنامه ی ایجاد شده به کودک داده می شود تا آن ها را با خود به خانه ببرد. تکلیف این درمان آسان است و کودک باید این بازی را درخانه هم انجام دهد که البته بهتر است یک مراقب نیز حضور داشته باشد و باید حداقل از فعالیت های دو یا سه ماهی مفید بین جلسه های درمان استفاده شود.

هر دو فرآیند درمان به این منظور طراحی شده اند تا مهارت تمایز بین مکانیسم های سازگار و ناسازگار تحمل به کودک آموخته شود و بتواند برای رفتارهای خود برنامه ای مناسب ایجاد کند. اما بازی ماهی سازشگر (شلبای، باند، هال و هسو،۲۰۰۴) نیازمند توضیحات کمتری از سوی درمانگر بوده و احتمال

@karnil

بیشتری وجود دارد که برای اغلب کودکان خردسال لذت بخش باشد. هم چنین مهارت های نوشتاری و گفتاری کمتری نسبت به شیوه های کلاسیک در آن مورد نیاز است. البته هدف این نیست که بگوییم کودکان نمی توانند با دستورالعمل های کلامی در این بازی مطلبی بیاموزند، بلکه بر عکس پژوهش ها نشان دهنده ی کارآیی *CBT* با نوجوانان می باشد که در ابتدای این بخش به آن اشاره شد. در هر حال عقیده ی ما بر این است که روش های درمانی بازی- محور با تأکید بیشتر بر کارهای عملی می توانند سهم بسیاری در تأثیرات درمانی داشته باشند، هم چنین باعث ترغیب بیشتر کودک برای شرکت در درمان، لذت زیادتر از فرآیند درمان و بهره ی بیشتر برای کودکانی گردد که توانمندی های گفتاری یا هوشی آن ها ضعیف تر از دیگران است. در ادامه نمونه هایی را ارائه می کنیم که نشان می دهند چگونه آموزش های پویا را با دیگر تکنیک های عملی ترکیب کرده و آن ها را در بطن *CBT* قرار دهیم. این تکنیک های نمونه در این جا آورده شده اند تا نشان دهند که می توان شیوه های حساس به مقوله ی رشد را با مضامین *CBT* در هم آمیخت. البته هیچ گونه ادعایی وجود ندارد که این استراتژی ها یک بسته ی درمانی جامع و کامل هستند.

چگونه می توان اجزای محوری CBT را اصلاح کرد و تغییر داد؟

۱. آموزش روانشناختی. علاوه بر شیوه های رایج مورد استفاده در آموزش مسائل روانشناختی در *CBT* که بر پایه ی گفتار یا خواندن هستند، می توان از شیوه های گوناگونی مطابق با سن بیمار استفاده نمود تا او را جذب فرآیند درمان کرد.

(الف) می توان از نمایش های عروسکی استفاده نمود تا موضوعات و دانستنی های گوناگون برای کودکان خردسال یا آن ها که هوش کلامی شان ضعیف تر است، بیشتر قابل فهم شوند (فلیکس، باند و شلبای،۲۰۰۶؛ نل،۱۹۹۳).

(ب) کارت های فهرست مانند با توضیحات کوتاه یا برچسب ها و تصاویر مرتبط با آن ها ممکن است برای برخی از نوجوانان بسیار سرگرم کننده تر از خواندن یک بروشور یا برگه های اطلاع رسانی باشد.

@karnil

(ج) هم چنین کارت های مشابهی با عکس یا نقاشی هایی که علائم بیماری یا مشکل روی آن ها کشیده شده، ممکن است بیشتر مورد توجه کودکان خردسال با توانایی های گفتاری محدود قرار گیرند تا از آن ها به عنوان ابزاری برای شناسایی علائم یا مشکلات شان استفاده کنند.

(د) داستان هایی که در آن ها به شرح علائم پس از ضربه پرداخته می شود، هم چنین استراتژی های سازش و انطباق می توانند در ارائه ی مسائل آموزشی روانشناختی به کودکان خردسال مفید باشند.

۲. بازسازی شناختی. برای نشان دادن مفاهیم پیچیده به کودکان شیوه های بازی- محور می توانند مفید باشند. پزشکان و متخصصان کودک به جای این که رابطه بین افکار، احساسات و رفتار را برای کودکان توضیح دهند، می توانند آن ها را با فعالیت هایی مانند بازی های پر تحرک یا ساختن کاردستی یا فعالیت های فیزیکی دیگر مشغول کنند که مشابه با مفاهیم بنیادین CBT هستند.

(الف) دومینوهای چیده شده به صورت یک دایره، نشان دهنده ی تأثیر یک عمل بر دیگری هستند، زیرا با افتادن یکی از آن ها، دیگر مهره ها نیز می افتند. پس از این که کودک این رابطه را از طریق بازی و کاردستی درک کرد، پزشک می تواند ۳ برچسب کوچک را بر روی مهره ها بچسباند؛ یعنی ۱/۳ از مهره ها برچسب **افکار**، ۱/۳ دیگر برچسب **احساسات** و ۱/۳ باقیمانده برچسب **رفتار** خواهند داشت. سپس از کودک خواسته می شود اولین مهره را بیاندازد و به واکنش بین مهره های دیگر توجه کند. پس از این مرحله، از کودک خواسته می شود افکار، احساسات یا رفتارهای خاصی را که مرتبط با مشکل کنونی او هستند، بازگو کند.

(ب) ۳ نوجوان (یا ۱ نوجوان و اعضاء یا عضو خانواده و یا درمانگر) در رأس سه زاویه ی یک مثلث می ایستند. هر کدام از آن ها در دو دست خود دو ریسمان دارند. برای هر شرکت کننده یکی از ریسمان ها با ریسمان فرد سمت راست او و دیگری با ریسمان فرد سمت چپ او گره می خورد. یک شرکت کننده با صدای بلند یک فکر نابهنجار را بیان می کند و ریسمان را به سمت چپ می کشد و باعث می شود فرد کناری احساس ناخوشایند خود از فکر او را بازگو کند. پس از این که او احساسش را گفت، شرکت کننده دوباره ریسمان را به سمت راست می کشد و به

@karnil

این شکل فرد سوم یک رفتار ناسازگارانه و نابهنجار را نام می برد. این الگو تکرار شده تا نشان داده شود زنجیره ی افکار، احساسات و رفتارهای منفی، ابتدا با تفکر منفی و ناسازگار آغاز می گردد.

(ج) یک تکنیک خلاقانه برای بازسازی شناختی، بازی **ضربه نخور** (گودیر-براون،۲۰۰۵) می باشد که در آن از کودک خواسته می شود سپر و شمشیری پلاستیکی را در دست خود نگاه دارد. پس از این که کودک یک وضعیت خاص را نام می برد و گفتگوی درونی منفی مرتبط با آن را شناسایی می کند که در رسیدن به نتیجه ی مطلوب ایجاد تداخل می کند، درمانگر در حالی که فکر منفی کودک را بازگو می نماید، یک توپ اسفنجی کوچک را به طرف او پرتاب می کند. کودک یا نوجوان که از قبل پاسخگویی به یک فکر منفی را با افکار مثبت تمرین کرده، با یک جمله ی مثبت و سازگار با این جمله ی منفی مواجهه کرده و در عین حال از شمشیر یا سپرش استفاده می کند تا خود را از تفکرات و گفتگوهای درونی منفی حفظ کند.

(د) تشبیهات یا داستان های پندآموز نیز می توانند برای نشان دادن سبک های تفکر انطباقی و سازگار استفاده شوند. به طور مثال استعاره ی **مربی خوب/ مربی بد** در مورد کودکانی با افسردگی و اختلال سندروم استرس پس از ضربه استفاده شده است. (شلبای و همکاران،۲۰۰۴). در این تکنیک از نوجوان خواسته می شود ورزشکار مورد علاقه ی خود را نام ببرد. سپس از او پرسیده می شود آیا این ورزشکار در هر مسابقه خوب بازی می کند؟ هنگامی که نوجوان پاسخ اجتناب ناپذیر نه را بازگو کرد، درمانگر می تواند از او بخواهد بدترین لحظه ی یکی از اجراهای ناموفق ورزشکار را توضیح داده یا نشان دهد. پس از این کار درمانگر از کودک می خواهد به صورت ایفای نقش یا توضیح دادن نشان دهد که یک مربی بد به این بازیکن چه می گوید؟ خصوصاً از او خواسته می شود توضیحی را ارائه دهد که ممکن است باعث تضعیف روحیه ی بازیکن شود. این اظهارات منفی (به طور مثال:*"تو یک بازنده ای"*، *"تو هرگز این کارو درست انجام نمی دی"* یا *"تو باعث سرافکندگی تمام تیم هستی"* ...) بر روی یک صفحه با اشکال کارتونی نوشته می شود که جای خالی برای نوشتن این جمله ها روی آن وجود دارد.

@karnil

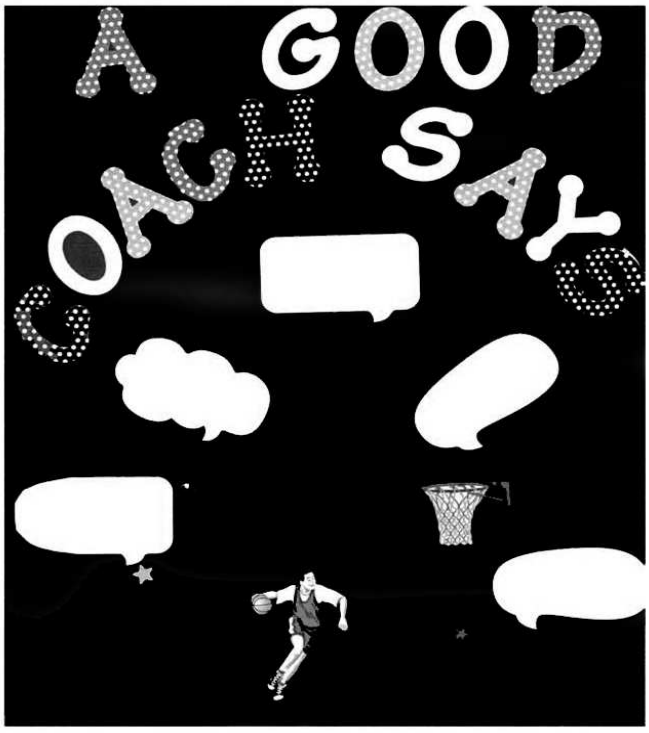
جمله ی **آنچه که یک مربی بد می گوید...** با حروف رنگی مانند شکل **۱-۲** بالای کاغذ نوشته می شود. سپس از کودک خواسته می شود از طریق بازی بگوید یک مربی خوب چه می گوید. این جملات نیز در قسمت های خالی بر روی برگه ی مشابه با عنوان **آنچه که یک مربی خوب می گوید**، نوشته می شود (به طور مثال: *"تو تمام تلاشتو کردی"*، *"دفعه ی بعد بهتر می شی"*، *"اون قدر تمرین کن تا دوباره به اوج برگردی"* ...). پس از شناسایی و تمایز بین جملات مفید و غیر مفید به کودک گفته می شود: *"تو یک صدای راهنما توی سرت داری که به همین شکل با تو حرف می زنه، وقتی که اشتباه می کنی این مربی به تو چی می گه؟"* سپس درمانگر و نوجوان مفهوم گفتگوی درونی مثبت و منفی را به مباحثه گذاشته و به این توافق می رسند که مربی بد باید اخراج شود و مربی خوب جایگزین آن گردد. هم چنین ممکن است خود نوجوان با ایفای نقش، از جملات مثبت و منفی استفاده نموده و این جایگزینی گفتگوی درونی مثبت را تمرین کند.

۳. سازش و تحمل. همان گونه که در مورد بازسازی شناختی توضیح داده شد، مهارت های سازش و استراتژی های حل مشکلات نیز می توانند از طریق بازی و کاردستی آموزش داده شوند. به طور مثال گونه ی متفاوتی از بازی ماهی سازشگر که قبلاً توضیح داده شد، برای استفاده در مورد بازماندگان بلایای طبیعی (شلبای و همکاران،۲۰۰۴) استفاده شد. در این بازی کارت های تصویری ماهی سازشگر، استراتژی های انطباقی به صورت جفتی روی کارت های بازی وجود دارند. هم چنین برخی رفتارهای نا سازگار نیز در میان کارت ها هستند اما جفتی برای آن ها در نظر گرفته نشده است.

به هر بازیکن چندین کارت داده شده و از او خواسته می شود سعی کند جفت هایی را بیابد که باعث می شود او احساس بهتری داشته باشد. کارت های باقیمانده در یک جعبه با عکس بچه گربه نگهداری می شوند. بازیکنان به ترتیب بازی می کنند تا جفت کارت های خود را پیدا کنند. پس از آن کارت ها از رو برای همه ی بازیکنان چیده می شود تا آن ها را ببینند و در موردشان بحث کنند. بازی زمانی به پایان می رسد که بازیکنان متوجه می شوند تنها کارت های حاوی استراتژی های ناسازگار باقی مانده اند.

@karnil

از کودکان خواسته می شود این بازی را در خانه نیز انجام دهند و کارت ها یـا توسط درمانگر به آن ها داده می شود و یا خودشان در طول جلسه آن ها را درسـت می کنند.



شکل ۱-۲: یک مربی خوب/ بد چه می گوید؟

۴. درمانگران هم چنین می توانند طیف گسترده ای از فعالیت های ایفای نقش را طراحی کنند که متمرکز بر ابعاد متعددی از فرآیند سازش و حل مسائل است. به طور مثال می توان از کودک خواست وانمود کند در یک فروشگاه اسـت و تنهـا ۳۰ دلار دارد که یا غذا بخرد، یا برای مدرسه لباس جدید تهیه کند یا هر دوی آن ها را بدست آورد. سپس از او خواسته می شود به شیوه های مختلف خرید لباس یا غذا با همان مقدار پول فکر کند. کاتالوگ هایی از فروشگاه های بزرگ، تبلیغات لبـاس یـا منوی رستوران ها به کودک داده می شود تا بهتر بتواند ایـن تجربـه را تصـور کنـد.

@karnil

سپس از او خواسته می شود منطق خود را برای انتخاب خریدش بازگو کند. پس از این که او در این مهارت های حل مشکل و انطباق توانا شد، فرآیند ایفای نقش به گونه ای طراحی می گردد تا به مشکلات فردی او پرداخته شود، به طور مثال یک بازی ایفای نقش برای چگونگی حل کردن اختلافی با والدین.

توصیه های پایانی

۱. هر زمان که این امکان وجود داشته باشد، متخصصان *CBT* باید استراتژی های بازی- محور و رویکردهای عملی را با یکدیگر ترکیب کنند تا مداخله های استاندارد *CBT* به نوجوان معرفی شود. مسائلی مانند آموزش روانشناختی، بازسازی شناختی و مهارت های رفتاری سازش و انطباق از این جمله هستند.

۲. تکنیک های بازی- محور و کارهای عملی که در این جا برای *CBT* پیشنهاد شد، زمانی بیشترین کارایی را دارند که مفهوم آن ها به عنوان جزء لاینفک فرآیند درمان آموخته شود؛ به صورتی که حداقل توضیحات کلامی برای یادگیری آن ها مورد نیاز باشد. به این شکل نوجوان ابتدا در بطن مفهوم قرار می گیرد، سپس هدف آن فعالیت خاص را از طریق تجربیات خود درک می کند و بالاخره به حدی از یادگیری می رسد که با توضیحات و مباحثات هدایت کننده ی درمانگر وضعیتی با ثبات می یابد.

۳. متخصصانی که علاقمند به تدوین دستورالعمل های درمانی خودشان هستند، باید از این نکته آگاه باشند که ممکن است هوش کودکان یا نوجوانانی که به متخصصین ارجاع داده می شوند، متوسط یا ضعیف بوده و یا از مهارت های گفتاری عالی برخوردار نباشند و انگیزه ای برای شرکت در فرآیند درمان نداشته باشند (کازدین و وایز،۲۰۰۳)، یا حتی ممکن است اختلالاتی داشته باشند که باعث بروز مشکلاتی در ادراک یا تمرکز و توجه آن ها شده باشد. شیوه های درمانی جذاب که بیشتر شامل کارهای عملی می شوند و در آن ها از سبک های گوناگون آموزشی استفاده می شود، بیشتر می توانند بیمار را به فرآیند درمان جذب کنند.

@karnil

۴. درمانگران و افرادی که علاقمند به پایه گذاری شیوه های درمـانی هسـتند، باید استانداردهایی را برای آموزش مفاهیم خاص *CBT* توسط تکنیک های ویـژه در نظر داشته باشند که به مقوله ی رشد حساس بوده و هم چنین برای سـن، کـلاس، سطح هوش گفتاری یا درجات بلوغ متفاوت طراحی شده باشند.

نتیجه گیری

همان گونه که پژوهشگران (شرک و کارور،۲۰۰۶) اشاره کرده اند، بسـیار مهـم است ابتدا بدانیم فرآیند درمان مؤثر واقع شده است و این مسئله بایـد قبـل از درک این موضوعات باشد که شیوه ی درمان چرا و چگونـه کـار مـی کنـد. بـا توجـه بـه پژوهش های متعددی که پشـتیبان اسـتفاده از *CBT* بـرای افسـردگی و اضـطراب کودکان و نوجوانان هستند، کاملاً واضح است که این شیوه ی درمـانی مـؤثر اسـت. واکنش متقابل عوامل رشد و فواید این درمان، زمینه را بـرای پرسـش هـای آینـده فراهم می آورد که *CBT* چگونه می تواند بـا موفقیـت بیشـتری عمـل کنـد (تـأثیر درمانی بیشتر و یا لذت بخش تر بـودن فرآینـد درمـان بـرای بیمـار). مـا معتقـدیم یافته ها و فرآیند های بدست آمده از تعلیم و تربیت و بازی درمـانی کـه در هـر دو تأکید ویژه ای بر استفاده از تکنیک های مناسب بـا سـن بیمـار شـده اسـت، بـرای *CBT* نیز ارزشمند هستند؛ زیـرا باعـث مـی شـوند ایـن شـیوه ی درمـانی هـم بـه مقوله ی رشد حساس شود. ما حامی شیوه هایی از درمان *CBT* هستیم که با دقـت هر چه تمام تر طراحی شده اند و بر تکنیک های آمـوزش بـر پایـه ی بـازی و کـار عملی تأکید دارند، نه این که تنها شامل این دو رویکرد شـوند. بـه ایـن شـکل ایـن شیوه هـا مناسـب اسـتفاده بـرای نوجوانـانی بـا سـلیقه هـای مختلـف یـادگیری و انگیزه های گوناگون در درمان می شوند. امید است این مباحثـه سـهمی در آشـکار شدن این مسئله داشته باشد که بایـد *CBT* را هـر چـه بیشـتر بـه مقولـه ی رشـد حساس کرد تا زمینه ای برای پژوهش های گسترده تر فـراهم گـردد و مـؤثر بـودن شیوه های آموزشی مناسب با سن بیمار شامل فعالیـت هـای بـازی- محـور و بـازی درمانی در *CBT* آشکار تر شود.

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش سوم

استفاده از بازی درمانی برای کودکان آسیب دیده

الیانا گیل و نیکول یالازو

این بخش به چگونگی ترکیب علم و عمل در حوزه ی برخورد با آزار و اذیت کودکان پرداخته است. رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر ضربه یا *TF-CBT*، نقش مهمی در کمک به سلامت روانی کودکانی دارد که مورد آزار و اذیت قرار گرفته اند. این مسئله نه تنها توسط مطالعات تجربی پژوهشگران آشکار شده، بلکه هم چنین شامل اصول بنیادینی است که ظرف دو دهه شکل گرفته اند و پزشکان معتقدند برای کمک به چنین کودکانی مؤثر هستند.

نیازهای سلامت روان کودکان آسیب دیده

مسئله ی پیشگیری و درمان چنین مشکلاتی در دهه ی ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی گسترش یافت و در اوایل دهه ی ۱۹۸۰ بود که برنامه های درمانی برای این کودکان آغاز شد. اولین تلاش های انجام گرفته در این زمینه، انتقال کودکان آسیب دیده از خانه های شان و قرار دادن آن ها تحت سرپرستی افرادی دیگر بود تا مددکاران اجتماعی، آموزش های لازم را به والدین آن ها ارائه کرده و مشکلات شان را برطرف سازند. اما در این برهه ی زمانی مشخص شد که چنین

@karnil

اقداماتی به تنهایی برای پیشگیری از سوء رفتار مجدد والدین کافی نیستند.

در رویکردهای اولیه، نیازهای درمانی کودکان چندان مورد توجه قرار نگرفته بود. روت کمپ[۷۱]، دکتر هارولد مارتین[۷۲]، هنری کمپ[۷۳] و ری هلفر[۷۴] ظاهراً اولین متخصصانی بودند که توجه دیگران را به این مقوله جلب کردند. نسخه ی اول کتاب کمپ و هلفر خوانندگان را هدایت می کند تا نیازهای روانی این کودکان را جدا از مداخلات قانونی و دیگر خدماتی که به آن ها ارائه می شود، در نظر داشته باشند. داده ها در مراحل اولیه ی پیشرفت چنین برنامه های درمانی ای، آن قدر کافی نبودند که نشان دهند کودکانی که مورد درمان قرار نمی گیرند، ممکن است دچار مشکلاتی پایدار شوند.

مسئله ی آزار کودکان مورد پژوهش گسترده ای قرار گرفته است، اما با توجه به مسائل گوناگون و پیچیده در این حوزه، مشخصاً نمی توان از یک شیوه ی عمومی برای همه ی کودکان استفاده کرد (کندال تاکت، ویلیامز و فینکل هور،۱۹۹۳).

هلفر وکمپ (۱۹۹۷) این مشکلات را در کودکان آسیب دیده شناسایی کردند:

- ☑ احساس عدم امنیت و ترس های برطرف نشده،
- ☑ عدم اعتماد،
- ☑ نیاز به مراقبت،
- ☑ اعتماد به نفس ضعیف،
- ☑ پسرفت در روند درمان،
- ☑ توانایی اندک در ابراز احساسات چه به صورت کلامی و چه غیر کلامی،
- ☑ رفتار پرخاشگرانه،
- ☑ مهارت های ضعیف ادراکی در حل مسائل.

****

[71] *Ruth Kempe*
[72] *Dr. Harold Martin*
[73] *Henry Kempe*
[74] *Rey Helfer*

@karnil

در نتیجه بروز علائم *PTSD*، مشکلات رفتاری و نقص در کنترل هیجانات، پردازش شناختی و مهارت های حل مشکل و ارجاع به خود[۷۵]؛ بیش از همه درباره ی این کودکان مورد تأکید قرار گرفته است.

در واقع مارتین (۱۹۷۶) اولین فردی بود که این مسائل را مورد بررسی قرار داد و از آن زمان تا کنون نویسندگان صدها مقاله و کتاب دیگر را به این حوزه اضافه کرده اند. در اواخر دهه ی ۱۹۷۰ و اوایل دهه ی ۱۹۸۰، مجلات تخصصی گوناگونی به ارائه ی مقالات و مطالب مرتبط با این زمینه پرداختند که خود تبدیل به منابع اطلاعاتی معتبری در این رشته شدند.

گیل (۱۹۹۱)، بر این عقیده است که اهداف بنیادین درمان برای چنین کودکانی باید فراهم کننده ی تجربه ای اصلاحگر و ترمیم کننده باشد تا باعث کاهش علائم حاد در آن ها شود. او هم چنین به این نکته اشاره می کند هر چند ایجاد تعادل بین نیاز کودک به امنیت به شیوه ی غیر مستقیم و عملکرد های مستقیم برای کاهش علائم حاد در او چالش برانگیز است، اما امری الزامی بوده و باید به شکل مناسبی انجام گیرد. او به تجربیات اصلاح کننده ای اشاره کرد که احساس امنیت، اعتماد و بهزیستی مناسبی برای کودک فراهم می آورند و هم چنین باعث می شوند کودک این ضربه را به تدریج پردازش و هضم کرده و در نهایت بتواند به طور آگاهانه آن را درک و تحمل کند.

از دیدگاه گیل اجزای اصلی این برنامه ی درمانی باید شامل موارد زیر باشد:

- ☑ فراهم کردن تجربه ی یک تعامل سالم و مناسب با فردی قابل اعتماد،
- ☑ شناختن و احترام گذاشتن به نیاز انفرادی کودک برای فضا و ساختار خاص خود،
- ☑ ارائه ی ارزیابی مداوم،
- ☑ تسهیل تجربیات، کاوش و بازی کردن،
- ☑ ارتقاء ابراز فردی در کودک،
- ☑ مرتبط کردن ناخودآگاه با خودآگاه به منظور پردازش تجربیات

****

[75] *Self Reference*

آسیب رسان،

- ☑ تشویق کودک برای بازگویی رازها و مواجهه با ترس رازداری،
- ☑ ایجاد راه حل هایی جایگزین مانند بازی درمانی،
- ☑ برخورد با حس جدا افتادگی کودک،
- ☑ انتقال آموزه های درمان به دیگر مکان ها و موقعیت ها،
- ☑ ارائه ی آموزش مناسب به منظور پیشگیری.

گیل در آخرین نظریات خود (۲۰۰۶) متخصصان را فرا می خواند تا رویکردی یکپارچه نسبت به اهداف درمانی چنین کودکانی داشته باشند و در واقع رابطه ی درمانی توأم با احترام و اعتماد دوجانبه با کودک ایجاد کنند.

هم چنین استفاده از این استراتژی ها نیز می تواند به آن ها کمک کند:

- ☑ کمک به کودک برای شناسایی افکار، احساسات و رفتارهای ناخوشایند،
- ☑ تأکید بر ماهیت پدیده هایی که کودک تجربه کرده است،
- ☑ تسهیل ابراز احساسات و افکار آزاررسان،
- ☑ کمک به کودک برای مدیریت و تعدیل ابراز احساسات و رفتارهایش،
- ☑ آموزش مسائلی مانند احترام به خود، اعتماد به نفس و تعریف فردی،
- ☑ انتقال برخی خاطرات آسیب رسان به خودآگاه کودک.

تجربیات گسترده ی گیل در درمان چنین کودکانی باعث شده او درمان های بیان گرا را به شیوه های کلاسیک روان درمانی ترجیح دهد و در نظر او تلفیقی از این دو کارآیی بیشتری دارد.

جیمز[۷۶] دیگر فردی بود که کار خود را در این زمینه هنگامی آغاز کرد که داده های تجربی بسیار اندکی برای هدایت تلاش های او وجود داشت. جیمز (۱۹۸۹) چهار حوزه ی عمده برای درمان این کودکان را شناسایی کرد (جیمز و ناسیلتی،۱۹۸۳):

****

[76] *James*

@karnil

۱. برقراری رابطه **۳. آموزش**

۲. منظم سازی **۴. دورنما**

ارتباط شامل تشویق کودک به ابراز عقاید، هیجانات و تجربیاتش می شود. فرآیند مرتب سازی به ادراک و معتبر ساختن تجربه ی کودک از واقعه و مفهوم آن اطلاق شده؛ در بخش آموزش مداخلاتی طراحی می شوند تا اطلاعات و ادراکات نادرست کودک را اصلاح کنند و نهایتاً او بتواند افکار، احساسات و رفتارش را کنترل نماید. دورنما به گسترش حس کودک از خود و فراتر از رویداد آسیب رسان گفته می شود تا متوجه شود او تنها کسی نیست که دچار چنین مشکلاتی شده است. جیمز عقیده داشت با پرداختن به این حوزه، به کودک کمک می شود فرآیند یکپارچه سازی را به صورتی دقیق تر تجربه کند. برلینر[۷۷] و الیوت[۷۸] (۲۰۰۲) این حوزه ی دورنما را **صفات نادرست** نامیدند که مرتبط با شیوه های گوناگونی می شود که کودک به روش های نادرست خود را برای رویداد آسیب رسان سرزنش می کند. به طور مثال فکر می کند مسئولیت این واقعه با او بوده و یا می توانسته آن را کنترل کند و...

پزشکان در آغاز این راه از شیوه های درمان-محور استفاده می کردند. این شیوه به آن ها اجازه می داد از تجربه ی منحصر به فرد کودک در فرآیند درمان به عنوان راهی برای توسعه ی ادراک خود استفاده کنند. به این شکل آن ها فرا می گرفتند چه چیزهایی برای کودک مفید است تا بتواند از مشکلات خود رهایی یابد. هر چند اغلب پزشکان از آزمون های روانشناختی برای ارزیابی وضعیت کودکان در این روزهای آغازین استفاده نمی کردند، اما برخی دیگر به دقت پیشرفت بیمار خود را مستندسازی می نمودند. به طور مثال برای هر جلسه اهدافی تعیین کرده و نشانه های پیشرفت را مورد بررسی قرار می دادند. این رویکرد به تدریج فراگیر شد تا کودک سکوتش را بشکند و متوجه شود نباید خود را مورد سرزنش قرار دهد. پزشکان هم چنین به این نکته اشاره داشته اند که چنین

****

[77] *Berliner*

[78] *Elliot*

@karnil

کودکانی نیاز دارند خصوصاً از طرف والدی که آن ها را مورد آزار قرار نداده، حمایت شوند تا بتوانند احساسات و هیجانات خود را به صورتی متعادل ابراز کنند.

با گذشت زمان میزان آگاهی و پژوهش ها در این زمینه افزایش یافت و متخصصان تقریباً به این تفاهم رسیدند که حوزه های ادراک، هیجان و رفتار در این کودکان باید بر اساس جنسیت، سن و سطح بلوغ آن ها و با رویکردی کاملاً متفاوت از دیگر کودکان آسیب دیده مورد خطاب قرار بگیرد. فردریش[۷۹] (۱۹۹۵) یکی از جامع ترین چارچوب های مفهومی را در این رابطه ارائه کرد و توجه پزشکان را به رشد ضمیر یا اگو، مشکلات تعدیل احساسات و هیجانات معطوف نمود که در درمان های انفرادی، گروهی و خانوادگی کاربرد زیادی داشتند.

مطالعات تجربی و عملکردهای درمانی

به نظر می رسد بهترین روش شناسی برای تداوم بهبود، اصلاح و ارزیابی رویکردهای درمانی در این زمینه در تشریک مساعی طبیعی بین علم و عمل نهفته است. چرخه ای مداوم از بازخورد و بررسی، ایده ها و اصلاحات مشخص تری را شکل خواهد داد؛ خصوصاً هنگامی که درمان برای چنین کودکانی در تشکیلات گوناگون انجام شود. با توجه به این خط سیر پیشرفت هنگامی که *TF-CBT* ابتدا ایجاد شد (دبلینگر و هفلین،۱۹۹۶) و در واکنش به اجتناب از رویکردهای درمانی تجربی توسعه یافت (کوهن، مانارینو و دبلینگر،۲۰۰۶)، هدفی خاص را مورد تأکید قرار داده بود. این تأکید بر آموزش روانشناختی برای کودک و خانواده، در زمینه ی صفات نادرست و خطاهای فکری و اصلاح آن ها بود و هم چنین توجه ویژه ای بر ابراز هیجانات به شکلی سالم مشاهده می شد. هم چنین نیاز بود کودک به تدریج با این مشکل روبرو شود تا بتواند دوباره حس غلبه و کنترل خود بر اوضاع را باز یابد و روایتی منسجم از ماجرا ارائه دهد و از مکانیسم های دفاعی مانند انکار و انزواطلبی استفاده ننماید. متخصصان چنین مشکلاتی را به عنوان آسیب های پیچیده تلقی کرده و بر این نکته تأکید داشتند که باید ادراکی جامع راجع به

****

[79] *Friedrich*

@karnil

ضربه ی روحی *(Trauma)* و ارتباط آن با اختلالات جدایی طلبی شکل بگیرد و تأثیر ضربه بر ابعاد گوناگون هر فرد آشکار شود (ابعاد جسمانی، شناختی، هیجانی و عوامل معنوی).

در اوایل دهه ی ۹۰ گیل تحت تأثیر تلاش های بنت براون[۸۰]، فرانک پاتنم[۸۱] و بازیل وندرکولک[۸۲] قرار گرفت که به مسئله ی ضربه ی روحی با دو رویکرد متفاوت پرداخته بودند: یکی برای ضربه و دیگری برای آزار و غفلت از کودک. در ابتدا افراد معدودی از مسئله ی پیشگیری از آزار کودکان و درمان آن و مطالعات انجام گرفته بر روی این موضوع آگاه بودند. در هر حال اکنون مطالعات گسترده و همه جانبه ای به این دو حوزه تعلق گرفته است. پژوهش در مورد ضربه های روحی و جسمی شامل طیف گسترده تری شده و آسیب هایی در سطح جهانی مانند تأثیرات تروریسم، جنگ، بلایای طبیعی و تهدید شدن مدارس به واسطه ی حملات مسلحانه در این حوزه قرارگرفته اند. پری[۸۳] و اسزالاویتز[۸۴] (۲۰۰۶) در کتاب خود به تأثیرات گسترده ی آزار و اذیت کودکان پرداخته و به بعدی دیگر از این مسئله اشاره داشتند که آن تغییرات مغز در نتیجه ی قرار گرفتن مزمن کودک در معرض چنین استرسورهایی بود. این دو نویسنده یکی دیگر از درمان های بیان گرا یعنی موسیقی درمانی را به عنوان بعدی مهم از الگوی درمان آسیب های مغزی این کودکان ارائه کردند.

انطباق *TF-CBT*

بسیاری از متخصصانی که از *TF-CBT* استفاده می کنند، بر این عقیده اند که انعطاف پذیری عنصر مهمی در این شیوه ی درمان است و نباید صرفاً از شیوه های انحصاری با دستورالعمل های از پیش تعیین شده استفاده کرد؛ زیرا فاقد خلاقیت لازم برای نهادینه کردن اهداف درمان می باشند. ما بر اساس تجربیاتی که در این

****

[80] *Bennett Braun*
[81] *Frank Putnam*
[82] *Bessel Van der Kolk*
[83] *Perry*
[84] *Szalavitz*

@karnil

زمینه بدست آورده ایم (یالازو و گیل)، از چالش هایی در زمینه ی مشغول کردن کودکان در فرآیند درمان *TF-CBT* آگاهی داریم (حتی زمانی که قرار باشد از عروسک های نمایشی، کاردستی و دیگر تکنیک های رایج بازی درمانی استفاده شود). این مشکلات خصوصاً در رابطه با کودکان خردسال بیشتر آشکار می شوند زیرا بسیاری از آن ها به علت اضطراب و ترس از مراحل اولیه ی درمان با مشکل روبرو بوده و از استراتژی اجتناب و انکار استفاده می کنند.

همان گونه که بارها تکرار شده، ایجاد رابطه ی درمانی بین کودک و درمانگر بسیار حائز اهمیت است و باید با توجه به سطح اعتماد، ترس، و اضطراب او شکل بگیرد و هم چنین به این نکته توجه شود که تجربه ی هر کودک می تواند کاملاً منحصر به فرد باشد. در نتیجه اولین چیزی که درمانگران باید به آن توجه کنند، چگونگی ایجاد رابطه ای امن با هر کودک و آگاهی از چگونگی عملکرد مغز در حفظ و به یاد آوری خاطرات کودک می باشد و در عین حال باید به این نکته نیز توجه داشته باشند که ابراز هیجانات کودک از وقایع آسیب رسان فرآیندی چند بعدی است. یکی از چالش هایی که در این درمان ها مشاهده می شود، گسترش شیوه های درمان برای طیف گسترده تری از افراد شامل نوجوانان، کودکان مقاوم، کودکانی با مهارت های ضعیف زبانی و ادراکی، کودکان دچار اضطراب بسیار زیاد و آن دسته که به طور مزمن مورد آسیب های جدی قرار گرفته اند و... می باشد. متخصصان هنگامی که با چنین مشکلاتی مواجه می شوند، باید از انعطاف پذیری مورد نیاز برخوردار باشند تا بتوانند درمانی مناسب را برای بیمارشان انتخاب کنند.

متخصصانی که با این کودکان سر و کار دارند، همگی می دانند یک سری مهارت های لازم برای برخورد با آن ها مورد نیاز است. در هر حال با داشتن تمامی این مهارت ها باز هم با مشکلات بسیار زیادی مواجه می شوند؛ بخصوص هنگام استفاده از تکنیک هایی که متمرکز بر گفتار و هوش کودک هستند. بسیاری از کودکان بنا به دلایل هیجانی و بیولوژی، نمی توانند از واژه ها به صورت مناسب استفاده کنند. وندرکولک چنین خاطراتی را از نظر کیفی کاملاً متفاوت از خاطرات رویدادهای عادی می داند و مخصوصاً اشاره می کند زمانی که بیمار در معرض عواملی قرار می گیرد که او را به یاد خاطرات ناخوشایندش می اندازند، ناحیه ی

@karnil

بروکا[۸۵] در مغز او یعنی بخشی که وظیفه ی به گفتار در آوردن تجربه ی انسان را دارد، به درستی کار نمی کند و در چنین مواقعی نباید به شیوه های ابراز کلامی تکیه کرد.

پری در پژوهش های خود در مورد درمان های کلاسیک (۲۰۰۶) می گوید: *"درمانگران برای کمک به این کودکان باید از بازنگری و مرور وقایع استفاده کنند"*. او هم چنین برخی عناصر اصلی در این شیوه ها را شناسایی کرده و معتقد است که می توانند مفید واقع شوند. این عناصر اصلی شامل: *منطق، اعتقاد یا علتی برای درد یا آسیب* هستند تا کودک به هر نحوی که شده بتواند با کلام، آوازخواندن، نقاشی... به بازآفرینی واقعه بپردازد تا از تأثیرات منفی بر مغز او کاسته شده و فرآیند درمان به بهبود توانایی کودک برای پردازش و هضم و پذیرش واقعیت حادثه بیانجامد.

بسیاری از درمانگران و متخصصان از *TF-CBT* به عنوان یک چارچوب بنیادین استفاده می کنند و دیگر رویکردهای درمانی مناسب را نیز با آن همراه می کنند. به طور مثال به بیمار کمک می شود در یک محیط کنترل شده دوباره در معرض علائمی قرار بگیرد که او را عمداً به یاد تجربه ی ناخوشایندش می اندازد. هدف از این بازآفرینی کمک به کودک برای یکپارچه ساختن افکار و هیجاناتش می باشد تا به صورتی کلامی یا غیر کلامی مانند بازی کردن، از نظر هیجانی تخلیه شود. اما نتایج نشان می دهند که بازی مدیوم مناسب تری است، زیرا کودک را در فاصله ای دورتر از مشکل قرار می دهد تا بتواند از نظر فکری آن را هضم کند و بهتر با واقعیت کنار بیاید.

متخصصان بازی درمانی از شیوه های انعطاف پذیر در اعمال و تفسیر این تجربیات استفاده می کنند. شفر (۱۹۸۳) معتقد است بازی درمانی چه برای خوشامد گویی به کودک برای وارد شدن به مطب پزشک، یا به اصطلاح *"شکستن یخ"* او استفاده شود، ویژگی های درمان بخش متعددی دارد که در برقراری رابطه، حل مشکلات و رشد فردی کودک تأثیرات مثبتی می گذارد. پژوهش های اخیر نیز تأیید کننده ی این آثار درمانی بر روی کودکان آسیب دیده هستند.

****

[85] *Broca*

@karnil

بازی درمانی متمرکز بر کودکان آسیب دیده

گیل (۲۰۰۶) بر این عقیده است هنگامی که قرار باشد بازی درمانی برای کودکان آسیب دیده از آزار و اذیت استفاده شود، باید متمرکز بر اهداف درمانی خاص این کودکان باشد. یعنی متخصصان باید از بازی در جهت برطرف ساختن علائم پس از ضربه در بنیان مفاهیم *CBT* استفاده کنند که این خود شامل مواجهه ی تدریجی کودکان با واقعیت و کمک به درک آن می شود.

بازی درمانی متمرکز بر ضربه TFPT

در این شیوه عمداً اسباب بازی هایی انتخاب می شوند تا به کودک کمک شود واقعیت را درک نماید. استفاده از مراحل زیر در این زمینه پیشنهاد می شود:

۱. باید به کودک اجازه داد به طور طبیعی و خود انگیخته این اسباب بازی ها را انتخاب کند.
۲. اگر کودک در چند جلسه ی متوالی از بازی کردن با اسباب بازی ها امتناع کرد، می توان او را هدایت نموده و توجهش را به آن ها جلب کرد.
۳. نتیجه و مراحل بازی کودک باید به دقت مشاهده و ثبت شود.
۴. اگر بازی تکرار شد نیز باید اقدامات مشابهی انجام گیرد.
۵. می توان در طول بازی توضیحاتی از رفتار کودک ارائه کرد، اما نباید شامل تفسیر یا پیشنهاد باشد.
۶. برای بدست آوردن اطلاعات بیشتر از کودک، می توان از سؤالاتی با پاسخ های نا مشخص یا آزاد استفاده کرد.
۷. می توان پرسش هایی را هنگام بازی در رابطه با افکار، رفتار و هیجانات مشاهده شده ارائه کرد، اما این کار باید به شیوه ای غیر تهدید کننده انجام شود. به طور مثال: *"خرس کوچولو وقتی که مامانش اونو تنها میذاره چه احساسی داره؟" اما فرضاً نباید از کودک پرسید: "چرا خرس کوچولو غمگین می شه؟"*
۸. چنانچه این بازی ها نتایجی در بر نداشت، به طور مثال می توان از

@karnil

چنین عباراتی استفاده کرد: *"نمی دونم خرس کوچولو الآن چه آرزویی داره؟"*

۹. راه حل را نباید به کودک ارائه داد، بلکه او باید خود به آن برسد. شاید بتوان دو یا سه گزینه ی انتخاب را مشخص کرد، اما نباید تأکیدی بر یکی از آن ها وجود داشته باشد.

۱۰. پویایی باید به نحوی وارد بازی شود، به طور مثال با حرکت دادن اسباب بازی ها، صدا گذاشتن برای آن ها، و یا خواستن از کودک که در اتاق حرکت کند.

۱۱. باید به جملاتی که کودک در حین بازی استفاده می کند، به دقت گوش داد.

۱۲. باید به این نکته توجه داشت چنانچه کودک دچار هیجانات شدید شد یا شروع به ناسازگاری کرد، بازی را تغییر داد تا نتایج بهتری بدست آید.

هنگامی که از این شیوه ها در بازی درمانی با کودک استفاده شود، او احساس خواهد کرد کنترل از دست رفته ی خود را دوباره بدست آورده است، به این شکل علائم مشکلات او نیز کاهش می یابند و هنگامی که توانست از طریق بازی درمانی تجربه ی تلخ خود را مورد پردازش قرار دهد، برای مراحل بعدی درمان مانند ارائه ی اطلاعات آموزشی- روانشناختی و گروه درمانی، از آمادگی بیشتری برخوردار است.

استفاده از درمان های بیان گرا

شواهد بسیاری نشان می دهند هنرهای خلاق مزایای بسیاری برای حفظ بهداشت و سلامت روان دارند که این مزایا در تشکیلات درمانی گوناگون و مکان های متعدد دیگر مانند مدارس، زندان ها و مراکز نگهداری از کودکان آشکار شده است. مالکیودی[۸۶] (۲۰۰۵) درمان های بیان گرا را به عنوان *"استفاده از هنر های گوناگون مانند موسیقی، حرکات موزون، تئاتر، شعر و صفحه ی شنی در*

****
[86] *Malchiodi*

@karnil

محتوای روان درمانی، مشاوره، بازپروری یا حفظ سلامت" بیان می کند. او هم چنین از آن ها به عنوان شیوه های کلامی و غیر کلامی یاد می کند؛ زیرا ارتباطات کلامی و بیان افکار و احساسات به این شکل، بخش محوری بسیاری از درمان ها می باشد.

اغلب تکنیک های درمان های بیان گرا متمرکز برحرکت هستند و در واقع بیمار باید انرژی خود را در فرآیند درمان صرف کند (وینر،۱۹۹۹). در این روند پویا بیماران به ادراکی بیشتر از تفکرات و احساسات خود دست یافته و راهی دیگر برای ابراز آن ها می یابند. در بسیاری مقالات استفاده از این تکنیک های درمانی توصیه شده است.کرنشاو[۸۷] نیز در این مقوله از عبارت *"استراتژی های برانگیزاننده"* استفاده می کند و بر این عقیده است که می توان از داستان های گوناگون، نقاشی، قصه گویی، تجسم کردن، ایفای نقش، بازی های نمادین، تئاتر و رؤیاپردازی و حتی آیین های مذهبی برای بهبود حال چنین کودکانی استفاده کرد.

مدل *TF-CBT* حامی استفاده از تکنیک هایی برای تعدیل حالات احساسی و هیجانی کودکان آسیب دیده می باشد و عقیده بر این است که با استفاده از این تکنیک ها ماهیت نگران و مردد احساسات کودک از میان رفته و او نهایتاً اضطراب خود را تخلیه می کند.

در مجموع هر چه دانش و آگاهی پزشکان و متخصصان از این تکنیک ها افزایش یابد، (چه از نظر تئوری و چه عملی) قادر خواهند بود هر چه بهتر آن ها را در شیوه های درمانی خود نهادینه کرده و شاهد نتایج بهتری در بیماران شان باشند.

در نهایت می توان گفت ارائه ی آموزش های مناسب در جهت پیشگیری از مشکلات آتی می تواند برای این کودکان و خانواده های آنها بسیار مفید باشد.

****

[87] *Crenshaw*

@karnil

کارنیل
karnil.com

فصل دوم

تاریخچه و بنیان مفاهیم بازی درمانی

شاید متخصصان کودک و بازی درمانی تبحر چندانی در مورد پژوهش های آماری، ارزیابی ها و یا درک تفاوت های موجود بین درمان هایی براساس تجربیات و شواهد نداشته باشند. چنین مسائلی اغلب در کنفرانس ها یا متون علمی بازی درمانی نقل نشده و این امر باعث شده هیچ جایی وجود نداشته باشد که یک متخصص بالینی کودک، بتواند نگرشی جامع از اطلاعات بدست آورد و از رویکردهای درمانی قابل استفاده، به طور کامل آگاه شود. در این فصل سه بخش ارائه شده که مرتبط با پژوهش هایی در این زمینه می باشند.

بخش اول این فصل حاصل کار سوزانه باتون و لورن هالیون است که به خواننده آموزش بسیار سریعی از چگونگی ادراک پژوهش های روان درمانی و نتایج آن ها ارائه می دهد تا نهایتاً خود بتواند چنین پژوهشی را انجام دهد. پس از این بخش، نوشته ی جنیفر بگرلی را خواهیم داشت که یک بازنگری براساس معیارهای پژوهش های بازی درمانی و پشتوانه ی تجربی از آن را ارائه می دهد. بخش پایانی این فصل، بازنگری CBT توسط سوزان نل می باشد که از نظر تئوری و علمی به آن پرداخته شده است.

بخش چهارم به مهارت های کلیدی مانند توانایی در ارزیابی انتقادی و اعمال

@karnil

استراتژی های سازماندهی شده ی درمان پرداخته است که از آن ها به عنوان استراتژی های مستند یا بر پایه ی اسناد و مدارک نام برده می شود. نویسندگان این بخش به خواننده کمک می کنند تا بتواند دگرگونی ها یا تغییرات موجود در مفاهیم شیوه های مستند را تشخیص دهد و بداند کیفیت اسناد و شواهد پشتوانه ی هر درمان چگونه مورد قضاوت قرار می گیرند و برای داشتن یک شیوه ی درمانی مؤثر برای گروه خاصی از بیماران، چه شرایط و معیارهایی باید در دنیای حقیقی فراهم شوند؟ در این بخش مهارت های اولیه و دانش مورد نیاز برای درک مفاهیم و ارزیابی نتایج پژوهش ها مشخص شده اند. امید مؤلف و هم چنین نویسندگان این بخش، آن است که مخصوصاً متخصصان بازی درمانی، درک بهتری از چگونگی خواندن و ارزیابی پژوهش های مرتبط بدست آورده و نهایتاً آن قدر آگاهی کسب کنند تا این جسارت را پیدا کنند که از بهترین و با کیفیت ترین شیوه های درمانی پژوهشی برای بیماران شان استفاده کنند و این آگاهی الهام بخش ایشان برای انجام پژوهش های خود باشد تا دانش آن ها راجع به مؤثر بودن این فرآیند درمان هر چه بیشتر افزایش یابد.

منتقدان همیشه اظهار داشته اند که بازی درمانی پشتوانه ی تجربی محدودی دارد، اما باید گفت تاریخچه ای غنی از پژوهش هایی موجود است که نشان دهنده ی مؤثر بودن بازی درمانی هستند.

جنیفر بگرلی در بخش پنجم بنیان های تاریخی و فلسفی مطالعات بازی درمانی را به مباحثه گذاشته، هم چنین یافته های تجزیه و تحلیل های کلان و محدوده ی مطالعات بازی درمانی را آشکار می کند و نهایتاً یافته های اخیر مطالعات بازی درمانی و فرزند درمانی را توضیح داده و نظریاتی برای جهت گیری پژوهش های آینده دارد. در این بخش هم چنین استانداردهای کنونی مورد حمایت *APA* برای شیوه های درمانی مستند ذکر شده است.

بخش پایانی این فصل نتیجه گیری های سوزان نل و ارائه ی مدل او از *CBPT* یا رفتار بازی درمانی شناختی می باشد که با توجه به مقوله ی رشد کودکان، شیوه ی درمانی بسیار مناسبی بوده و مخصوص کودکان ۳ تا ۸ سال طراحی شده است. در واقع این شیوه زاییده ی شناخت درمانی به شیوه ای

@karnil

می باشد که آرون بک[۸۸] مفهوم آن را ارائه کرده و بازی درمانی و مداخلات بازی- محور را درهم آمیخته که مناسب سن این گروه از کودکان بوده و برای خردسالان بیشتر سرگرم کننده می باشد. اگر چه به نظر می رسد رفتار درمانی شناختی با تأکید بر مداخلات گفتاری و بازی درمانی با تأکید بر بازی، چندان با یکدیگر سازگار نیستند، اما در هر حال ظرف ۱۰ سال گذشته، انطباق و اصلاح *CBT* برای کودکان در سن پیش از مدرسه به شکل فزاینده ای مورد توجه بوده است.

نویسنده ی بخش پایانی به ما نشان می دهد *CBPT* چگونه براساس تئوری شناخت اختلالات احساسی و هیجانی و اصول شناخت درمانی شکل گرفته و همه ی این ها به گونه ای نسبت به مقوله ی رشد حساس شده اند تا بیشتر بتوان مشکلات کودکان خردسال را بررسی کرد. هم چنین تأکید ویژه ای بر اعتبار تجربی تأثیر این مداخله ها وجود دارد. خواننده در پایان قادر خواهد بود درک کند مراحل مختلف درمان چه هستند و از چه شیوه ها و مداخله هایی استفاده می شود. هم چنین تشابهات و تفاوت های موجود بین *CBPT* و رویکردهای کلاسیک بازی درمانی و چگونگی انطباق *CBT* برای استفاده در مورد کودکان خردسال آشکار می گردد.

****

[88] *Aron Beck*

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش چهارم

اطلاعات پیچیده و مرموز نیستند:

درک پژوهش های روان درمانی و چگونگی اجرای آن ها

سوزانه باتون – لورن هالیون

همان گونه که در بخش های قبلی نیز اشاره شد، ترکیب شیوه های درمانی مستند با رویکردهایی که از گذشته مورد اعتماد و استفاده ی متخصصان بالینی بوده اند،کاری بسیار پیچیده و نیازمند دانش و مهارت های گوناگون و مختلف می باشد. در این بخش به مجموعه ای مهارت های کلیدی اشاره می کنیم که در این تلاش مورد نیاز است: **توانایی ارزیابی انتقادی و اعمال استراتژی های درمانی مستند به صورت سازمان دهی شده**.

در حال حاضر تفاسیر گوناگون و متعددی در این رابطه وجود دارد:

(الف) رویکرد درمانی مستند چیست؟

(ب) کیفیت مدارک موجود برای شیوه های درمانی چگونه باید مورد ارزیابی قرار بگیرد؟

(ج) برای داشتن یک شیوه ی درمانی مؤثر جهت گروه خاصی از بیماران، چه

@karnil

معیارها و شرایطی در دنیای حقیقی باید فراهم شوند؟ (اُداناهو و فیشر،۲۰۰۶؛ نارکراس، بوتلر و لووان،۲۰۰۶).

پزشکی که عملاً وقت بسیار کمی نیز دارد، در مقابله با چنین تفاسیر گوناگونی باید چه کند؟ برای این که پزشکان درک بهتری از رویکردهای مستند و تلفیق علم و عمل به شیوه ای مؤثر برسند، ابتدا باید بیاموزند چگونه از پژوهش های موجود استفاده کنند تا شیوه ی درمانی شان از نظر کمی و کیفی ارتقاء یابد. در هر حال این بهره برداری از منابع موجود باید به شیوه ای مناسب، پیچیدگی های ارزیابی ابعاد گوناگون رفتار انسان، ارتباطات او و تغییرات رفتاری اش را در نظر داشته باشد و در عین حال چیزی از اهمیت و تأثیر ارزیابی های بالینی کاسته نشود (برگنر،۲۰۰۵؛ کارپیتا و همکاران،۲۰۰۲؛ گودهارت، کازدین و استرنبرگ،۲۰۰۶).

کاملاً واضح است که امروزه پزشکان و متخصصان بالینی باید توانایی ارزیابی دقیق رویکردهای درمانی موجود برای بیماران شان را داشته باشند. در نتیجه مهارت خواندن و ارزیابی متون علمی در بهداشت و سلامت رفتاری، یک توانایی الزامی برای پزشکانی است که با این بیماران سروکار دارند. در هر حال باید گفت متون علمی تنها منبع موجود برای شناسایی بهترین رویکردها نیستند. اطلاعات شیوه های درمانی مؤثر، از طریق مشاهده ی واکنش های بیمار توسط پزشکان و هم چنین اظهارات بیمار راجع به مؤثر بودن شیوه ی درمانش نیز می تواند در این زمینه مورد استفاده قرار بگیرد (گودهارت و همکاران،۲۰۰۶؛ ومپلد،۲۰۰۱؛ نارکراس و همکاران،۲۰۰۶).

پزشکان باید توجه خود را معطوف به استفاده از تمام منابع اطلاعاتی کنند تا بهترین شیوه ی ممکن برای رسیدن به نتیجه ی موفقیت آمیز آشکار شود. آن ها هم چنین باید بتوانند این مسئله را ارزیابی کنند که چرا استفاده از شیوه های مستند برای بیماران شان سودمند بوده و ممکن است در این بین چه چیزهایی نادیده گرفته شود که تمام نیازهای بیماران برطرف نشود. (مارچ و همکاران،۲۰۰۵، ص۲۷۵؛ وایز،۲۰۰۴).

در این بخش مهارت ها و آگاهی های اولیه ی مورد نیاز برای آغاز این ارزیابی مورد بحث قرار گرفته اند. هم چنین مفاهیم لازم برای درک و ارزیابی نتایج

@karnil

پژوهش، مورد بازنگری قرار خواهند گرفت و اصول بنیادین شناسایی اجزای محوری درمان های مستند ارائه خواهد شد. سپس این اجزا در ارزیابی یک پژوهش نمادین همراه با برنامه ریزی درمان، مداخله و نظارت بیمار و نتایج بدست آمده ارائه خواهد شد (برنز،۲۰۰۳؛ کارپیتا و همکاران،۲۰۰۲). در قسمت پایانی نیز برخی از استراتژی های کلیدی اجرای چنین پژوهش هایی معرفی می گردند.

شایان ذکر است بدست آوردن مهارت واقعی در این زمینه ها فراتر از مطالبی است که در این جا عنوان شده، اما در هر حال هنگامی که پزشکان به خوبی مفاهیم این بخش را درک کنند، قادر خواهند بود ادراک جامعی نسبت به پژوهش های درمانی بدست آورده و با نگاهی انتقادی و تحلیلگرانه آن ها را ارزیابی کنند تا در نهایت بتوانند از این اجزای درمانی مستند در کار خود استفاده کنند. در ضمن پیشنهاد می شود از منابع موجود که استفاده از آن ها آسان نیز می باشد، برای عمیق تر کردن درک مفاهیم ارائه شده در این بخش استفاده شود، تا آگاهی خواننده از فهرست همواره در حال گسترش شیوه های درمانی مستند افزایش یابد.

ادراک نتایج پژوهش های روان درمانی

هدف از این پژوهش ها این است مشخص شدن مؤثر بودن یک شیوه ی درمانی خاص می باشد. مقاله های منتشر شده در این زمینه از طیف گسترده ای از شیوه های پژوهش و تکنیک های آماری استفاده می کنند تا مشخص شود آیا بیماران مورد مطالعه که از یک درمان خاص برای آن ها استفاده می شود، بهبود نسبی داشته اند یا خیر. پژوهشگران هنگام ارزیابی یک شیوه ی درمانی، به دنبال پیشرفت هایی هستند که از نظر آماری چشمگیر باشند، یعنی بتوان آن ها را از نظر ریاضی نشان داد. اخیراً پژوهش ها از این دیدگاه نیز مورد بررسی قرار می گیرند که آیا از نظر بالینی هم نتایج شاخصی داشته اند؟ (تمایز بالینی به این معناست که آیا درمان حقیقتاً تفاوت قابل توجهی را در عملکرد کلی بیمار ایجاد کرده است؟) این پژوهش ها از نظر ارزش علمی با یکدیگر همسان نیستند. پس چگونه می توان یک پژوهش خوب را از میان دیگر مطالعات شناسایی کرد؟

اولین مسئله ای که باید در نظر گرفته شود، جبهه گیری یا تمایلات است

@karnil

(تمایل یک فرد یا گروه نسبت به یک عقیده ی خاص بدون در نظر گرفتن شواهد متضاد با آن). جبهه گیری مفهومی جدی در ادبیات پژوهشی می باشد و پژوهش های با کیفیت بالا باید تا سرحد امکان فاقد هر نوع جبهه گیری خاص بوده تا نتایج گمراه کننده نباشند.

پژوهش های نتیجه گیری برای انتخاب شرکت کنندگان در یک مطالعه (نمونه گیری) از تکنیک های دقیقی استفاده می کنند تا جهت گیری ها تا سرحد امکان کاهش یابد. به طور مثال فرض کنید مطالعه ای درباره ی سلیقه ی زنان و اولویت آن ها راجع به "دسر" انجام گرفته است. ممکن است پژوهشگر جلوی یک مغازه ی بستنی فروشی بایستد و از هر خانمی که وارد مغازه می شود سؤال کند چه دسری را بیش از همه دوست دارد؟ با تجزیه و تحلیل داده ها پژوهشگر ممکن است به این نتیجه گیری برسد که دسر مورد علاقه ی زنان بستنی است، اما از آن جا که تنها زنانی که بستنی دوست دارند وارد این مغازه می شوند، در نتیجه آن ها که به بستنی علاقه ندارند، از آن جا عبور نخواهند کرد. به این شکل گروه شرکت کننده در این مطالعه متمایل به یک دسر خاص بوده و نمی توان این نتایج را کلی و عمومی برای همه ی زنان به عنوان یک گروه در نظر داشت.

بسیاری از اصول آزمایشات تجربی متمرکز بر کاهش جهت گیری ها بوده تا نتایج در مورد گروه مورد مطالعه کاملاً عمومی باشند. در یک مطالعه ی ایده آل معمولاً از شیوه ی نمونه های اتفاقی یا تصادفی از کل جمعیت استفاده می شود تا هر گونه جهت گیری به طور کامل از میان برداشته شود. اما در هر حال پزشکان و پژوهشگران کنترل بسیار اندکی بر این امر دارند که آیا بیماران تمایل به یک درمان خاص دارند، و یا قادر به انجام آن هستند؟ به این ترتیب نمونه گیری اتفاقی به صورت صد در صد غیر ممکن می شود. به همین علت در پژوهش های معتبر، از اصول خاصی تبعیت می شود که شامل انتخاب تعداد خاصی از شرکت کنندگان به صورت اتفاقی در یک گروه کنترل می باشد (گروهی که درمان در مورد آن ها انجام نمی گیرد) و نتایج گروه درمانی می تواند با آن ها مورد مقایسه قرار گیرد؛ هم چنین از درمان های دستورالعملی نیز استفاده می شود (پروتکل های درمانی بسیار خاص و سازماندهی شده).

@karnil

علاوه بر این هنگامی که پزشکان پژوهش های مربوط به تکنیک های خاص درمانی را مطالعه می کنند، باید بتوانند تشخیص دهند کدام یک از پژوهش ها و مطالعات، دقیق ترین آزمایش ها را راجع به مؤثر بودن تکنیک مورد بحث انجام می دهد. به طور مثال فرض کنید پزشکی می خواهد بداند آیا داروی X برای کاهش دادن سطح کلسترول LDL (گاهی اوقات کلسترول بد نیز نامیده می شود) مؤثر است یا خیر. طیف گسترده ای از شیوه ها وجود دارد که پزشکان می توانند به واسطه ی آن ها اطلاعاتی در رابطه با کارآمدی دارو بدست آورند و این شیوه ها ممکن است تفاوت های بسیار مهم و بنیادینی با یکدیگر داشته باشند. با استفاده از این مثال جدول **۱-۴** توضیحی از شیوه های مختلف ارائه می کند که می توان با آن ها کارآمدی شیوه ی درمانی را بررسی کرد. هم چنین مزایا و نقاط ضعف استفاده از هر کدام از این منابع اطلاعاتی ذکر شده اند.

هنگامی که روش شناسی پژوهش با توجه به تمام استانداردهای ذکر شده در بالا مورد ارزیابی قرار گرفت، پزشک باید توانایی ادراک روش ها و داده های آماری پژوهش را داشته باشد. البته دراین جا پرداختن به هر نوع داده های آماری که فرد ممکن است در متون علمی مرتبط با نتایج درمانی با آن ها مواجه شود، امکان پذیر نیست. در نتیجه به طور خلاصه برخی از مفاهیم مهم آماری مورد استفاده در متون علمی معرفی شده و آن دسته که بیش از همه کاربرد دارند، توضیح داده خواهند شد.

یک مفهوم حیاتی در درک تجزیه و تحلیل داده ها، تمایز یا معناداری آماری است که قبلاً به آن اشاره کردیم و نشان دهنده ی احتمالی است که یک نتیجه ی تعیین شده ممکن است به صورت اتفاقی و شانسی روی دهد. مقدار استاندارد پذیرفته شده برای تمایز آماری $P < 0/05$ می باشد که به این معناست احتمال این که یافته ی مورد نظر تنها به واسطه ی شانس و اتفاق بدست آمده باشد، کمتر از پنج درصد است.

چنانچه پژوهشگری بخواهد مفاهیم روش شناسی، نمونه گیری و معناداری آماری را در مورد بررسی سطح کلسترول LDL که در بالا به آن اشاره شد، اعمال کند؛ باید به این شکل وارد عمل شود: پژوهشگر ابتدا باید شرکت کنندگانی را به

@karnil

طور اتفاقی در گروه آزمایش یا یک گروه کنترل قرار دهد (گروهی که دارو دریافت می کنند و گروهی که به آن ها دارونما داده می شود). سپس میزان LDL شرکت کنندگان قبل و بعد از انجام آزمایش اندازه گیری می شود (جدول **۲-۴**).

پس از بررسی مجموع داده های ذکر شده، الگوهای قابل توجهی آشکار می شوند. اما اگر اطلاعاتی راجع به قد، وزن، میانگین مصرف کالری روزانه، میانگین کلسترول دریافت شده، جنسیت و میزان فعالیت بیش از ۱۰۰ شرکت کننده گردآوری شوند و نیاز به بررسی آن ها برای تأثیر دارو باشد، شناسایی الگوهای مهم از طریق یک بازنگری ساده ی داده ها کار بسیار دشواری خواهد بود. به همین علت فرآیندهای ریاضی (تکنیک های آماری) که پژوهشگران را قادر می سازند داده ها را ایجاد کرده و یافته های خود را به صورتی معنادار و با مفهوم ارائه کنند، بسیار ارزشمند خواهند بود.

بسیاری از تکنیک های آماری تشریحی هستند و به نحوی نمونه ی افراد مورد بررسی را شرح می دهند. احتمالاً رایج ترین داده ی آمار تشریحی، رتبه ی میانگین می باشد. در مثال ذکر شده سطح LDL قبل از آزمایش بین ۲۰۵ تا ۲۴۵ بوده، به این شکل میانگین آن ۲۲۸ می باشد.

از دیگر داده های آماری تشریحی که بسیار استفاده می شود، انحراف استاندارد است. انحراف استاندارد، پراکندگی مجموع رتبه های فردی شرکت کنندگان را در ارتباط با میزان میانگین نشان می دهد. به طور مثال اگر فردی تنها می دانست که میانگین LDL قبل از آزمایش ۲۲۸ بوده است، مشخص نمی شد که آیا رتبه های قبل از آزمایش نسبت به میانگین به طور نزدیک خوشه بندی شده اند و یا سطح گسترده ای از مقدار LDL قبل از آزمایش وجود داشته است یا خیر (انحراف استاندارد کم، انحراف استاندارد زیاد). در نمونه ی ذکر شده در این جا انحراف استاندارد ۱۵/۱۳ می باشد.

@karnil

جدول ۱-۴. سلسله مراتب شواهد

مدرک	نحوه ی اجرا	مزایا	نقاط ضعف
گروه آزمایشی و کنترل انتخاب شده به صورت اتفاقی	پژوهشگران به صورت اتفاقی، تعداد زیادی از افراد را انتخاب کرده و در یک یا دو گروه قرار می دهند. گروه آزمایش داروی x را دریافت می کند، اما گروه کنترل تنها یک دارونما دریافت می کند، یعنی قرصی که شبیه به داروی x است، اما در واقع هیچ نوع محتوای فعالی ندارد. پژوهشگران میزان LDL را قبل، هنگام و بعد از آزمایشات محاسبه کرده و از شیوه های آماری برای مقایسه ی تفاوت های بین دو گروه استفاده می کنند. نه بیماران و نه پژوهشگرانی که میزان LDL را آزمایش می کنند، نمی دانند که بیمار داروی حقیقی دریافت می کند یا دارونما؟ این شیوه عدم اطلاع دو جانبه نامیده می شود.	* یک گروه کنترل کمک می کند تا مشخص شود تغییر ایجاد شده به علت دارو بوده است و نه فاکتوری دیگر. * گزینش اتفاقی باعث کاهش جبهه گیری پژوهش می شود. * فرآیند عدم اطلاع دو جانبه باعث کاهش تأثیر دارو نما می شود، یعنی این تفکر که افراد به این علت بهتر می شوند که گمان می کنند درمان شان مؤثر است.	* اجرای این شیوه می تواند بسیار گران و زمان بر باشد. * در شرایط حقیقی معمولاً اغلب بیماران می دانند که چه نوع درمانی بر روی آن ها اعمال می شود.
مطالعه با گروه غیر-اتفاقی	پژوهشگران گروهی از افراد را انتخاب می کنند که نزد ۲ دکتر A ،B می روند. در طول مطالعه بیماران دکتر A دارو دریافت کرده، در حالی که به بیماران دکتر B دارونما داده می شود. مانند شیوه ی قبلی میزان LDL قبل، هنگام و پس از درمان محاسبه شده و نتایج برای وجود تفاوت ها مقایسه می شوند.	* در این شیوه هنوز هم فرضیات با استفاده از یک گروه کنترل مورد آزمایش قرار می گیرد.	*در این شیوه ی گزینش تغییر در سطح LDL ممکن است به علت تفاوت بین بیماران یا دکترها باشد، تا این که تفاوت موجود بین دارو و دارونما تأثیر گذار باشد.

(ادامه دارد...)

@karnil

اتفاق آرای متخصصان	در یک کنفرانس سالانه ی LDL بسیاری از پزشکان سرشناس در سطح بین المللی با یکدیگر ملاقات داشته و عقایدشان را راجع به دارو به مباحثه می گذارند. سپس بیانیه ای صادر می کنند که در آن ذکر شده داروی مورد استفاده باعث کاهش سطح کلسترول LDL می شود.	* متخصصان و صاحبنظران تقریباً از تمامی پژوهش هایی که در این زمینه در گذشته و زمان حال انجام شده، آگاهی دارند.	* اتفاق آرای متخصصان می تواند در صورتی که یک داروی جدید کشف شود، بلا استفاده گردد. * احتمال جبهه گیری وجود دارد.
بازنگری متون علمی	پژوهشگری می خواهد بداند که آیا داروی x برای کاهش LDL مؤثر است یا خیر؟ او با استفاده از منابع گوناگون و متعدد، به دنبال مقاله هایی راجع به داروی x بوده و با بازنگری آن ها مقاله ای می نویسد که یافته ها را به صورت خلاصه ارائه کرده است.	* نتایج بدست آمده در واقع تلفیقی از پژوهشهای گوناگون می باشد.	* احتمال جبهه گیری بسیار بالاست، زیرا پژوهشگران ممکن است تنها پژوهش هایی را انتخاب کنند که موافق با عقیده های شخصی می باشد.
اطلاعات و شواهد واقعه نگاری	دکتر D داروی x را به مدت چندین سال تجویز کرده است. او این دارو را به شما توصیه می کند، زیرا همیشه برای بیمارانش مؤثر بوده است.	* شما می توانید به قضاوت حرفه ای دکتر اعتماد کنید.	* هیچ راهی نیست که از نظر عینی تأثیر دارو را ارزیابی کرد.

@karnil

جدول ۲-۴. مجموع داده های نمونه ها

شرکت کننده	گروه	میزان LDL قبل از آزمایش	میزان LDL پس از آزمایش	تفاوت (قبل – بعد)
۱	آزمایش	۲۰۵	۲۰۰	۵
۲	کنترل	۲۲۰	۲۲۰	۰
۳	آزمایش	۲۴۰	۲۲۰	۲۰
۴	کنترل	۲۳۰	۲۲۵	۵
۵	آزمایش	۲۴۵	۲۱۵	۳۰
۶	کنترل	۲۰۵	۲۰۰	۵
۷	آزمایش	۲۲۰	۲۰۰	۲۰
۸	کنترل	۲۴۵	۲۴۰	۵
۹	آزمایش	۲۳۰	۲۰۵	۲۵
۱۰	کنترل	۲۴۰	۲۴۵	-۵

جدول نسبت های متغیر، دیگر تکنیک رایج آماری است. این شیوه راهی برای توضیح رابطه ی ریاضی بین دو یا چند متغیر است. فرض کنید با استفاده از مثال ذکر شده در این جا، پژوهشگر می خواهد بداند آیا دوز داروی X مرتبط با مقدار تغییر LDL در دوره ی درمان بوده است؟ پژوهشگران می توانند با داشتن گروه نمونه هایی که به اندازه ی کافی بزرگ باشد، دوزهای مختلفی را به شرکت کنندگان بدهند تا مشخص شودآیا رابطه ای بین دوز دارو و تفاوت سطح LDL قبل و بعد از درمان وجود دارد؟

نتایج ممکن است حاکی از این باشد که هر چه دوز داروی X افزایش می یابد، میزان تغییر در سطح LDL نیز افزایش می یابد. این فرآیند یک **ارتباط مثبت** نامیده می شود که مشابه با رابطه ای است که بین وزن و قد است (افرادی که بزرگتر هستند، اغلب بلندتر و سنگین تر می باشند).

رابطه های **معکوس** که گاهی اوقات منفی نامیده می شوند، نیز وجود دارند. به طور مثال ممکن است یک رابطه ی منفی بین نمرات کسب شده در مدرسه و تعداد

@karnil

ساعاتی که گروهی از نوجوانان در هفته تلویزیون تماشا می کنند وجود داشته باشد، به عبارت دیگر هر چه ساعات تماشای تلویزیون بیشتر باشد، ممکن است نمرات کمتری گرفته شود. نمودارهایی که این نوع رابطه بین دو گونه داده را نشان می دهند، نمودار پراکندگی نامیده می شوند. شکل **۱-۴** نشان دهنده ی رابطه ی مثبت (در این نمونه قد و وزن) می باشد. شکل **۲-۴** نوعی از رابطه بین داده ها را نشان می دهد که منجر به رابطه ی منفی می شود (نمرات بالا در دروس و ساعات تماشای تلویزیون).

درک این نکته بسیار مهم است که بدانیم یک رابطه ی نسبی بین متغیرها، الزاماً به این معنا نیست که یک متغیر باعث بروز تغییراتی در متغیر دیگر شده است. به طور مثال در اغلب مناطق شمال شرقی ایالات متحده ممکن است رابطه ای مثبت بین خرید پاروی برف روبی و حوادث اسکی مشاهده شود. در هر حال بسیار بعید است که فروش پاروی برف روبی باعث بروز حوادث و آسیب های هنگام اسکی بازی یا عکس آن شود! فروش پاروی برف روبی و حوادث اسکی از این جهت رابطه ی نسبی با یکدیگر دارند که هر دو در طول زمستان افزایش می یابند. در نتیجه باید نسبت به پژوهش هایی که اذعان می دارند تنها به این علت که دو متغیر یک رابطه ی نسبی با یکدیگر دارند، پس حتماً هر کدام بر دیگری تأثیر گذار هستند، حساسیت بیشتری به خرج داد.

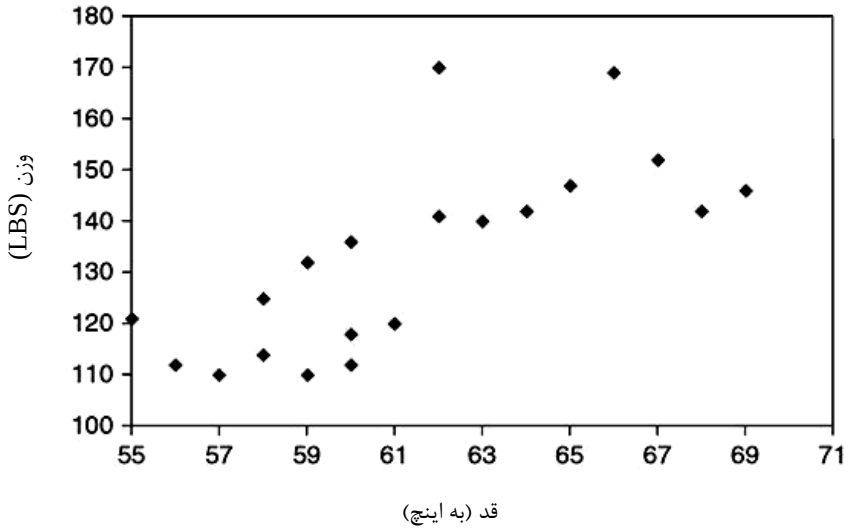
در آمار استنباطی یعنی آن دسته داده هایی که امکان ارزیابی احتمال مؤثر بودن درمان بر گروه خاصی از بیماران را فراهم می کنند، به پژوهشگران اجازه داده می شود فراتر از شرح یک نمونه بروند. یکی از رایج ترین شیوه های آمار استنباطی برای پژوهش های نتیجه ی درمان، **آزمون T تلفیقی**[۸۹] می باشد. در آزمون T رتبه های میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و گروه کنترل مقایسه شده و تفاوت های شاخص بین دو گروه مشخص می شود. به طور مثال در نمونه ی ذکر شده برای LDL ، پژوهشگر می تواند به ما به التفاوت بین میزان LDL قبل و بعد از استفاده از داروی x در گروه آزمایش و گروه کنترل توجه کند. اگر این تفاوت بین

* *

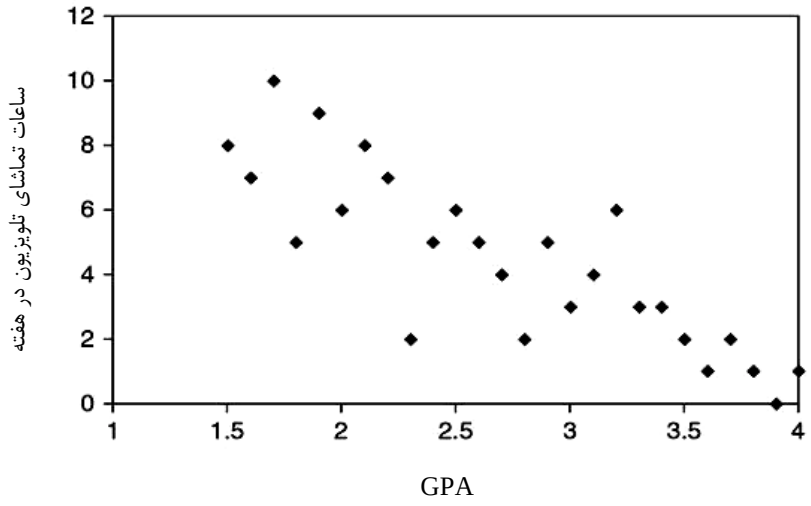
[89] *Paired T-Test*

@karnil

دو گروه از نظر آماری شاخص نباشد، مـی تـوان گفـت داروی x تـأثیری بـر میـزان LDL نداشته است.



شکل ۱-۴: متغیر هایی با رابطه ی مثبت



شکل ۲-۴: متغیر هایی با رابطه ی منفی

@karnil

آزمون T تلفیقی ابزاری مفید برای بررسی کارایی یک نوع درمان می باشد (در مثال ما داروی x). اما در هر حال برای مقایسه ی کارآیی چندین داروی مختلف به منظور کاهش میزان LDL، ممکن است پژوهشگران تمایل به استفاده از شیوه های پیشرفته تر آماری مانند تجزیه و تحلیل متغیر (*ANOVA*) داشته باشند تا این احتمال که تفاوت های شاخص آماری تنها به صورت شانسی روی داده اند، کاهش یابد. همان گونه که قبلاً هم اشاره شد، بهترین مقدار استاندارد معناداری آماری ۵ درصد یا کمتر می باشد. استفاده ی مکرر از شیوه های آماری مشابه (مانند انجام آزمون های T متعدد برای آزمایش داروی x در برابر دارویy، داروی y در برابر داروی z و داروی z در برابر داروی x)، این احتمال را افزایش می دهد که نتیجه ممکن است شانسی باشد و تفاوت واقعی بین داروها آشکار نشود. اما *ANOVA* به پژوهشگران اجازه می دهد تأثیر چندین درمان مختلف ارزیابی شود، در حالی که احتمال شانسی بودن نتایج ۵ درصد یا کمتر از آن باشد.

ممکن است در متون علمی مرتبط با نتایج پژوهش های درمانی، با تکنیک های متعدد دیگری نیز روبرو شد. هر چند شرح این تکنیک ها فراتر از حوصله ی این بخش می باشد، اما منابع بسیار زیادی در این زمینه برای پزشکان و سایر افراد وجود دارد. درک برخی از این منابع بسیار آسان است و مخاطب آن ها افرادی با تجربه ی اندک در زمینه ی علم آمار بوده است (نورمن و استرینر،۲۰۰۳)، در حالی که ممکن است راهنماهای دیگر مناسب افراد یا پزشکانی باشند که کاملاً با اصول آمار آشنا هستند و می خواهند درک جامع تری از تکنیک های آماری داشته باشند (تاباکنیک و فیدل،۲۰۰۶).

احتمالاً جامع ترین راه برای بررسی نتیجه بخش بودن یک تکنیک درمانی خاص؛ تجزیه و تحلیل کلان یا متاآنالیز از آن تکنیک درمانی می باشد. در تحلیل کلان پژوهشگران نتایج و آمار طیف گسترده ای از پژوهش های مربوط به موضوع مورد نظرشان را جمع آوری و با یکدیگر تلفیق می کنند. در یک تحلیل کلان خوب و استاندارد از معیارهای سنجش بسیار دقیق و عینی استفاده می شود که به

@karnil

معیارهای تضمن[۹۰] شهرت دارند. در واقع این معیارها استانداردهایی هستند که مشخص می کنند کدام پژوهش ها باید در تجزیه و تحلیل لحاظ شوند و کدام یک نباید ترتیب اثر داده شوند. در خلاصه باید گفت این تحلیل های کلان حجم تأثیر گذاری یا درجه ی تفاوت بین گروه آزمایش و گروه کنترل را از مجموع چندین پژوهش مختلف مقایسه می کنند تا تأثیر درمان آشکار شود. از آن جا که در این شیوه از استانداردهای بسیار دقیق ریاضی استفاده می شود، باید گفت تکنیک بسیار جامع و کاملی بخصوص در مقایسه با بازنگری متون و مقالات می باشد (ردباو، هولاوی و هیمبرگ،۲۰۰۴).

همان گونه که قبلاً نیز اشاره شد، اغلب پژوهش های ارزیابی نتایج درمانی سعی در پاسخگویی به این سؤال دارند که آیا تفاوت آماری شاخصی بین شرایط قبل و بعد از درمان وجود دارد؟ اما در هر حال تفاوت های شاخص بالینی نیز بسیار مهم هستند. به طور مثال داروی X ممکن است سطح *LDL* را به طور میانگین ۱۵ رتبه کاهش دهد و یک تفاوت معنادار آماری بین گروه آزمایش و گروه کنترل وجود داشته باشد، اما سؤال این است که آیا این تغییر برای پیشگیری از یک حمله ی قلبی کافی است؟ آیا کارایی یک تکنیک درمانی از نظر آماری به این معناست که کیفیت زندگی بیمار بهبود می یابد؟ تمایز یا معناداری بالینی مفهومی است که اخیراً در پژوهش های درمانی مورد توجه واقع شده است (کازدین،۲۰۰۵ ؛ ۲۰۰۷). البته در برخی از پژوهش ها این نوع اطلاعات در هنگام انتشار حذف می شوند. این امر تا حدودی به این علت است که صاحبنظران هنوز به یک توافق کلی برای تعریف *"تغییر معنادار بالینی"* دست نیافته اند و رسیدن به یک مفهوم عمومی کاری دشوار بوده است (نورمن و استرینر،۲۰۰۳).

استفاده از پژوهش های ارزیابی روان درمانی

استفاده از درمان هایی با دستورالعمل خاص با داشتن زمان و منابع کافی می تواند برای پزشکانی که به صورت انفرادی کار می کنند، آسان باشد. متخصصین

****

[90] *Inclusion Criteria*

@karnil

بالینی ممکن است به مطالعه ی فهرست همواره در حال گسترش شیوه های مستند که در رسانه های چاپی و الکترونیکی موجود است پرداخته، سپس رویکردهای مورد پذیرش را برای هر کدام از اختلالات گوناگونی که با آن مواجه هستند، شناسایی کنند، بعد به دنبال آموزش و یادگیری هر یک از مدل های انتخاب شده بروند و آن درمان را در کار خود نهادینه سازند. آن ها ممکن است ظرف چند ماه بتوانند به طور کامل پروتکل درمانی جدیدی را که فرا گرفته اند اجرا کنند و طی چند سال تبدیل به متخصصان ماهری در زمینه ی این درمان ها شوند (نارکراس و همکاران،۲۰۰۶).

یقیناً اگر قرار باشد چنین پروسه ی خسته کننده ای توسط تمام پزشکان دنبال شود، نهادینه ساختن شیوه های مستند در شرایط حقیقی شکل نخواهد گرفت. متفکران پیشرو در بهداشت و سلامت رفتار در پاسخ به این تنش بین دانش هایی با منابع غنی و عملکردهای پزشکی با منابع ضعیف، شروع به ایجاد مسیری جایگزین برای پزشکان و متخصصان بالینی کرده اند. به طور مثال *APA* (ساکت،۲۰۰۶)، این رویکرد پزشکی را به این شکل توصیف می کند: *" .. استفاده ی آگاهانه، آشکار و سنجیده از بهترین شواهد موجود در تصمیم گیری راجع به شیوه ی مراقبت و درمان بیماران انفرادی."* (*APA*،۲۰۰۶، ص ۲۷۱)؛ و در جای دیگر حتی به این مطلب اشاره شده است: *" ...تلفیق بهترین پژوهش های موجود با نظریات متخصصان بالینی در محتوای خصوصیات، فرهنگ و اولویت های بیمار"* (*APA*، ۲۰۰۶، ص ۲۷۳).

گروه رو به افزایش افراد **پژوهشگر- دانشمند** که پشتیبان مفهوم شواهد بر پایه ی عملکرد هستند، ممکن است این عبارات را به این گونه تفسیر کنند: *" پزشکان باید به طور منظم از بهترین شیوه های مستند موجود استفاده کرده و شواهد را با تخصص خود و علائم بیمار تلفیق کنند و ارزیابی ای را ارائه دهند که بر پایه ی این تلفیق شکل گرفته است". "یافته های بدست آمده نمی توانند جایگزینی برای منطق قضاوت درباره ی آنچه که باید برای یک بیمار خاص استفاده شود، باشند."* (کاپیتا و همکاران،۲۰۰۲؛ مارچ و همکاران،۲۰۰۵؛ گودهارت و همکاران،۲۰۰۶ ص ۹).

@karnil

سه گام بنیادین در به کارگیری رویکردهای مستند نیاز است تا به تلفیقی دست یافت که در بالا مورد اشاره قرار گرفت:

۱. پزشکان و متخصصان بالینی باید تشخیص خود را ارزیابی کنند تا علائم مورد نظر شناسایی شود.
۲. سیستم های مداخله باید براساس شواهد و مدارک موجود برای آن علائم شکل بگیرند.
۳. تأثیر این مداخله ها بر علائم شناسایی شده، باید از طریق حوزه های مختلف داده های گردآوری شده انجام گیرد (گودهارت و همکاران،۲۰۰۶).

پزشکان با اجرای این سه مرحله ی ساده، می توانند با استفاده از بهترین شیوه های درمانی و مدارک موجود به عنوان راهنماهای کلیدی، به سوی ارزیابی، برنامه ریزی درمان و مداخله گام بردارند (برای مثال هایی از این فرآیند به جدول **۳-۴** مراجعه شود).

ارزیابی یعنی همان شناسایی مشکلات و علت احتمالی آن ها، گامی بنیادین در این مدل می باشد. برای مراقبت های بالینی با کیفیت و مؤثر، به یک ارزیابی کلی نیاز است تا پزشک قادر شود مشکلات بیمار را کاملاً درک و شیوه های مداخله ای را طراحی کند که باعث برطرف شدن این دشواری ها شود. در رابطه با استفاده از شیوه های مستند باید گفت این ارزیابی جامع، هم چنین پزشک را قادر می سازد مجموعه ای از اهداف خاص و قابل پژوهش ایجاد کند تا در موازات اجزای درمان های مستند قرار بگیرند (مارچ و همکاران،۲۰۰۵؛ مش،۲۰۰۵).

در نتیجه روش های ارزیابی مستند می توانند و بایدگفت لازم است در آغاز درمان استفاده شوند. شیوه های سنجش استاندارد زیادی برای نشان دادن مشکلات متعدد کودکان و نوجوانان وجود دارد (ستلر و هوگ،۲۰۰۶). هم چنین استفاده از ارزیابی های چندگانه در اصول راهنمای شیوه های تجربی توصیه شده است.

@karnil

جدول ۳-۴. نمونه هایی از تلفیق شیوه های درمانی مستند

مشکلات و علائم	پسربچه ای ۸ ساله با رفتارهای تهاجمی	دختربچه ای ۱۳ ساله با اختلال تغذیه
ارزیابی / تشخیص	معاینات بالینی و گفتگو با کودک، والدین و معلم همگی نشان دهنده ی افزایش رفتارهای ناسازگارانه در تمام زمینه ها و مهارت های اجتماعی ضعیف در مدرسه هستند.	ارزیابی جامع و چندگانه ی ریسک موجود، صدمات فیزیکی، عادات غذا خوردن، نیازهای روانی و استرسورهایی که منجر به الگوی خوردن غذاهای ناسالم در واکنش به عوامل تنش زای احساسی و هیجانی می شود.
نتایج بازنگری متون	آموزش والدین در مدیریت رفتار و یا حل مشکلات به صورت مشترک در فرآیند درمان. آموزش مهارت های اجتماعی نیز قابل حمایت است.	برنامه های کمک به خود، هدایت شده براساس مستندات به خوبی تأیید می شود. بازشناسی هیجانات و مهارت های سازش نیز قابل حمایت بوده و تکنیک های CBT برای بیماری جوع مورد اشاره قرار گرفته است. می توان به بیمارانی که به درمان مقاومت نشان می دهند، داروهای ضد افسردگی داد تا تأثیر مثبتی ایجاد شود.
استراتژی های مداخله ی شناسایی شده	آموزش والدین در پروتکل سازماندهی شده ی مدیریت رفتار، ارجاع کودک به گروه - های مهارت های اجتماعی در مدرسه.	آغاز برنامه ی کمک به خود هدایت شده شامل استراتژی سازش و کنار آمدن با هیجانات. ارجاع به مشاوره و ارزیابی فیزیک و تغذیه.
استراتژی های نظارتی	ویزیت مجدد کودک و والدین ظرف ۳۰ روز	ارزیابی مجدد جامع ظرف ۳۰ روز
پاسخ به نتایج	ارزیابی مجدد نشان دهنده ی کاهش رفتارهای ناسازگارانه در تمام زمینه ها می باشد. بهبودی در مهارت های اجتماعی حاصل نشده، اما کودک به خوبی در گروه مشغول می شود. پزشک به ترغیب به استفاده از استراتژی های مدیریت رفتار ادامه می دهد.	ارزیابی مجدد نشان دهنده ی کاهش اندک غذا خوردن بیش از حد می باشد. گفتگوی مجدد با کودک در رابطه با استراتژی های سازش و کنار آمدن، نشان دهنده ی احساس کرختی قبل از تمایل او به غذا خوردن افراطی می باشد. ادامه ی برنامه ی کمک به خود، توقف استراتژی های سازش با هیجانات و شروع ایجاد مهارت های شناسایی هیجانات توصیه می گردد.

@karnil

اطلاعات باید با استفاده از مقیاس های استاندارد و مناسب، معاینات بالینی و گفته های خود بیمار و دیگر آگاهان از وضعیت او گردآوری شوند. در مورد کودکان و نوجوانان باید گفت اطلاعاتی راجع به وضعیت درونی آن ها و عملکرد ادراکی شان برای رسیدن به یک تشخیص دقیق بسیار مهم می باشد (نزو و ماگوت نزو،۲۰۰۸؛ استیل، الکین، و رابرتز،۲۰۰۷).

جدول ۴-۴. سؤالاتی برای استفاده ازشیوه ها ی درمانی مستند *

چه علامت یا علائمی مشاهده می شوند؟
مشکل یا علامت کلیدی که باید به آن پرداخت، چیست؟
مشکل یا علامت کلیدی نمایان شده چه گروهی از جامعه را برای پژوهش مورد خطاب قرار می دهد؟
چه درمان ها یی با چه نتایجی اجرا شده اند؟
افراد و طرفین ذینفع، انتظار رسیدن به چه نتایجی را دارند؟
چه شیوه های درمانی مستند یا رویکردهایی وجود دارند که می توان از آن ها برای علائم مورد نظر استفاده کرده که در عین حال اجرای آن ها امکان پذیر نیز باشد؟

* *برگرفته از مارچ و همکاران، ۲۰۰۵*

کاربرد شواهد و مدارک برای استفاده های پزشکی را می توان با سؤالاتی سازماندهی کرد که نمونه ای از آن ها در جدول **۴-۴** آورده شده است. این سؤالات که برگرفته از سمینار روان درمانی کودک و روش های طبی مستند هستند، برای استفاده در برنامه های بهداشت و سلامت روان با محوریت جامعه طراحی شده و ارزیابی و برنامه ریزی درمان را به صورت گام به گام، ارائه می کنند. نکته ی مهم این است که استفاده از این سؤالات، باعث تشریک مساعی در ایجاد اهداف درمانی و شناسایی آن ها شده و به این شکل پزشک را به این نقطه هدایت می کند که در آغاز کار خود با بیمار، از خود بپرسد: *" کدام یافته های پژوهشی جهت رسیدن به بهترین نتیجه برای این بیمار وجود دارد؟"* (APA،۲۰۰۶).

شناسایی و اولویت بندی علائم و تشخیص های کلیدی، منجر به یک جستجوی برنامه ریزی شده در متون علمی موجود می شود و دیگر نیازی نیست پزشکان به علت کمبود وقت یا مهارت لازم برای انجام پژوهش های جامع در متون

@karnil

علمی، شواهد و مدارک شیوه های درمانی را نادیده بگیرند (به جدول **۵-۴** رجوع شود). دستورالعمل ها و راهنماهای شیوه های درمانی از گروه ها و جوامع تخصصی و معتبر برای بسیاری از تشخیص ها در دسترس بوده و می توان به سرعت از آن ها کمک گرفت تا بهترین رویکرد درمانی برای بیمار شناسایی و اجرا شود (اُداناهو و فیشر،۲۰۰۶). می توان با کمی تلاش و صرف زمان بیشتر، کتاب ها و تألیفات با کیفیتی را در زمینه ی مشکلات کودکان و نوجوانان مورد بازنگری قرار داد تا روش های درمانی قابل استفاده و شیوه های مداخله شناسایی شوند. علاوه بر این وب سایت های معتبر و متعددی نیز از منابع قابل اطمینان وجود دارند که به طور منظم به روز رسانی شده و فهرست و توضیحات مختصر و منابع شیوه های درمانی مستند برای کودکان و نوجوانان را می توان در آن ها یافت. در چنین سایت ها و کتاب هایی، کیفیت شواهد و مدارک موجود توسط متخصصان هر رشته ارزیابی شده اند.

در هر حال شایان ذکر است که استاندارد ایده آل برای بازنگری مستندات (و هم چنین پر زحمت ترین آن)، بازنگری جامع متون پژوهش در مورد شیوه های درمان است. هم چنین می توان از موتورهای جستجوی اینترنتی استفاده کرد و در صورت لزوم برای داشتن نتایجی بهتر و جامع تر، از افراد متخصص در این زمینه بهره گرفت. در بازنگری جدا از منبع انتخاب شده، باید اصولی را شناسایی کرد که: **(الف)** رفتارهایی را در بیمار مورد خطاب قرار می دهند که باید درمان شود؛ و **(ب)** پشتوانه ی تجربی مستحکمی داشته باشند.

در واقع در این بازنگری الزاماً جستجوی شیوه های متفاوت مد نظر نیست، بلکه باید مدارک و شواهدی یافت شوند که به طور مکرر از کیفیت استراتژی درمانی مورد نظر حمایت کرده اند. شیوه های درمانی با دستورالعمل های خاص یا درمان هایی که در اغلب استراتژی ها مشترک بوده و از نظر تئوری بنیان همسانی دارند، می توانند مشابه در نظر گرفته شوند. این امر خصوصاً زمانی صحت بیشتری می یابد که عملکرد های متمایزی در آزمایش های گروه کنترل و آزمایش (که به طور اتفاقی انتخاب شده اند) وجود نداشته باشد.

@karnil

جدول ۵-۴. سلسله مراتب استراتژی های جستجو بر اساس میزان جزئیات و سطح دشواری

منبع	استراتژی
عملکرد های مورد استفاده توسط متخصصین و مؤسسات معتبر	شناسایی دستورالعمل های موجود برای همه ی علائم و بیماری های شناخته شده؛ مرور دستورالعمل ها؛ کاتالوگ ها؛ بررسی دقیق رویکردهای درمانی
کتاب های تألیف شده بر اساس مستندات	انتخاب چندین کتاب از منابع معتبر؛ مرور تمام بخش های قابل کاربرد برای درمان مورد نظر؛ شناسایی تکنیک های مناسب برای بیمار؛ نهادینه سازی و استفاده ی عملی از تکنیک مورد نظر و ارزیابی نتایج
فهرست عملکردهای معتبر بدست آمده از اینترنت	جستجوی فهرست شیوه های درمانی معتبر در اینترنت؛ شناسایی تکنیک های مناسب برای بیمار؛ نهادینه سازی و استفاده ی عملی از تکنیک مورد نظر و ارزیابی نتایج
جستجوی دقیق در متون پژوهشی	کمک گرفتن از متصدیان کتابخانه برای جستجو در متون پژوهشی؛ توجه اختصاصی به مقوله ی رشد؛ ارزیابی اعتبار علمی پژوهش ها؛ شناسایی تکنیک های مناسب برای بیمار؛ نهادینه سازی و استفاده ی عملی از تکنیک مورد نظر و ارزیابی نتایج

استراتژی های مداخلات رایج برای شیوه های مورد نظر که توسط شواهد طبقه بندی شده پشتیبانی می شوند، متغیرهایی هستند که در هر بازنگری باید آن ها را در نظر داشت (کارپیتا و همکاران،۲۰۰۲). به طور مثال سه مقاله ی مجزا در رابطه با شیوه ی درمانی مؤثر برای پرخوری عصبی ممکن است دوره های متغیری از درمان را ارائه دهند، اما هم چنین می توانند در استفاده از روش های *CBT* برای افزایش مهارت های سازگاری با هیجانات و استفاده از استراتژی های روابط بین فردی، جهت بدست آوردن این مهارت ها در بیمار، مشترک باشند.

@karnil

اکنون قابلیت اجرای استراتژی های انتخاب شده در شرایط حقیقی باید مورد بررسی قرار گیرد. به طور مثال چنانچه رویکردهای *CBT* مورد تأکید قرارگرفته اند، اما *"خانواده درمانی"* نیز پشتوانه های خوبی دارد، پزشکی که در زمینه ی *CBT* تخصص نداشته یا تجربیات او در این زمینه اندک است، ولی از سوی دیگر پیش زمینه ی خوبی در خانواده درمانی دارد، می تواند این شیوه را به سرعت با رویکرد درمانی خود در هم آمیخته و سپس به دنبال آموزش و یافتن مهارت هایی در *CBT* باشد. آموزش و تعلیم والدین که خصوصاً در مورد اختلال در رفتارهای برونگرای کودک و درمان آن بسیار مورد تأکید قرار گرفته است، پزشکی را که معمولاً با والدین تنها به صورت حاشیه ای کار می کند، به تعمق بیشتری وا می دارد. به این شکل پزشک باید تحلیل بسیار دقیقی به عمل بیاورد تا برای خودش آشکار شود آیا این ارجحیت عملکرد تنها ریشه در مهارت های او دارد، یا صرفاً سلیقه ای بوده است؟ این بررسی دقیق نهایتاً منجر به ایجاد فهرستی از استراتژی هایی برای نهادینه سازی سریع می شود که ممکن است خود پزشک نیاز به آموزش یا نظارت های بیشتر در این زمینه داشته باشد و در شیوه های درمانی انتخاب شده نیاز به ارجاع بیمار به دیگر پزشکان باشد.

در مرحله ی بعدی شیوه های درمانی و مستند انتخاب شده باید اصلاح شوند تا مطابق نیازهای بیماران گردند. از آن جا که مداخله های درمانی هنگامی مؤثر واقع می شوند که به بیمار به عنوان یک فرد در تمام ابعاد نگریسته شود (یعنی قدرت ها، شخصیت، اولویت ها و بستر اجتماعی- فرهنگی فرد)؛ در طول هر مرحله از برنامه ریزی درمان و فرآیند نهادینه کردن آن، باید با بیماران به صورت انفرادی مصاحبه کرد (*APA*،۲۰۰۶؛ مارچ و همکاران،۲۰۰۵؛ گودهارت و همکاران،۲۰۰۶؛ ومپلد،۲۰۰۱). هم چنین دیگر متغیرهای مرتبط با بیمار شامل ارزش ها، عقاید، اهداف، فرهنگ و دیدگاه او نسبت به جهان، تأثیر نتایج و استراتژی های انتخاب شده توسط پزشک نیز باید به عنوان متغیرهای کلیدی لحاظ شوند (لائو، ۲۰۰۶؛ ویلی و دیویس، ۲۰۰۷).

خانواده ای که در شهر کوچکی با منابع محدود زندگی می کنند، ممکن است از پس هزینه ی تشویق های مادی که به عنوان یک شیوه ی مداخله برای کودک

@karnil

ناسازگارشان انتخاب شده، برنیایند و شاید نیاز باشد این بخش از درمان برای موفقیت آمیز بودن آن اصلاح شود. هم چنین ممکن است یک نوجوان مسیحی ارتدوکس که دچار پرخوری عصبی است، تکنیک های مراقبه را برای کنار آمدن با محرک های هیجانی اش نپذیرد، اما یک دعا و نیایش مراقبه مانند را حتماً به صورت یک عامل انطباق یافته ی فرهنگی خواهد پذیرفت.

در مورد روان درمانی کودک و نوجوان، ملاحظات رشد نیز جزو بخش های اصلی ویژگی های بیمار و محتوای درمانی هستند که حتماً باید در نظر گرفته شوند. درمان کودکی با مشکلات روانی خود ماهیتی بسیار پیچیده داشته و تحت تأثیر مسائل پیچیده تری مانند علاقمند شدن کودک به فرآیند درمان، پیش زمینه های او (مانند زندگی خانوادگی، عملکرد تحصیلی) و بروز مکرر دیگر بیماری های موازی قرار می گیرد (وایز، جنسن، داس و هاولی، ۲۰۰۶). رشد ظرفیت های اجتماعی و هیجانات در دوران کودکی و نوجوانی مداوم است (سوواژ و همکاران،۲۰۰۷) و هر گونه مشکلات موجود در این فرآیند، باید با رویکرد درمانی هر نوع اختلالات روحی – روانی کودکان تلفیق شود. موفقیت آمیز بودن آموزش مهارت های اجتماعی در کنار آموزش والدین برای درمان اختلال در رفتارهای برونی کودک، نمونه ای از این تلفیق می باشد و در عین حال به کودک اجازه می دهد مهارت های مناسب با سن خود را بدست آورد که ممکن است در دوره ی اختلالات رفتاری، تحت تأثیر منفی قرار گرفته باشند.

مسائل مرتبط با بیماری های موازی نیز باید در برنامه ریزی درمان تأثیر داده شوند. در دنیای واقعی اغلب بیماران را نمی توان در طبقه بندی های تشخیصی خالص قرارداد و کودکانی که در رابطه با مشکلات رفتاری ارجاع داده می شوند، اغلب بیش از یک مشکل دارند. شواهد و نظریات کنونی متخصصان، حاکی از این است که درمان مجموعه ای از علائم در بیماری دارای مشکلات موازی، تأثیر مثبتی بر عملکرد کلی او خواهد داشت (نارکراس و همکاران،۲۰۰۶؛ پیوتروفسکی،۲۰۰۷). علاوه بر این به نظر می رسد برتری رویکردهای مستند بر دیگر شیوه های معمولی، تحت تأثیر میزان مشکلات چندگانه در نمونه های مورد مطالعه قرار نمی گیرد (وایز و همکاران،۲۰۰۶).

@karnil

از آن جا که اولویت ها و اهداف مشترک درمان هایی که نیازها و ابعاد بیمار را در جایگاه اول قرار می دهند، مؤثرتر از دیگر شیوه ها هستند، بهترین رویکرد برای مشکلات موازی بیمار می تواند استفاده از تشریک مساعی بین اهداف درمانی و قضاوت بالینی برای بیمار باشد. در این زمینه می توان این سؤال ها را مطرح کرد:

- ☑ بیمار بیشتر برای ارزیابی کدام یک از مشکلات و علائمش انگیزه دارد (واترز و لاورنس،۱۹۹۳)؟
- ☑ برای مشکلات کنونی بیمار چه رویکردهای تأیید شده ای موجود است؟
- ☑ خود پزشک در برطرف سازی کدام علائم و مشکلات بیش از همه تخصص دارد؟
- ☑ بیمار نسبت به کدام یک از رویکردهای درمانی بیشتر احساس امیدواری می کند؟
- ☑ بیمار یا بستگان درجه یک او احساس می کنند کدام روش درمانی سؤال برانگیز است؟

مباحثات شفافی در رابطه با این سؤال ها توأم با گفتار مناسب سن کودک و نوجوان و یا بزرگسالان و قیمان آن ها، باعث هر چه غنی تر شدن برنامه ریزی درمان می شود.

در این مرحله پزشک یک برنامه ریزی درمانی براساس بررسی دقیق شواهد و منطق آن ها انجام داده است. اکنون استفاده از شیوه های مداخله آغاز شده و باید در محتوای شواهد مرتبط با درمان عملی هدایت شود. در این مرحله بازده بیمار باید به طور مکرر مورد ارزیابی قرار گیرد تا بتوان راجع به تأثیر گذاری شیوه ی درمان اظهارنظر کرد (برگنر،۲۰۰۵؛ گودهارت و همکاران،۲۰۰۶).

در حالی که روش های درمانی نهادینه می شود، واکنش های بیمار بررسی شده و شیوه ی درمان بنابر آن واکنش تغییر یافته یا تقویت می شود. واکنش بیمار که به عنوان نتیجه ی درمان نیز شناخته می شود، باید با استفاده از معیارهای سنجش استاندارد، اطلاعات گردآوری شده در جلسات درمان و آگاهی های بدست آمده توسط خود پزشک، ارزیابی شود (برگنر،۲۰۰۵).

@karnil

نظارت بر واکنش بیمار به درمان باید مداوم باشد که شامل ملاقات های منظم اغلب به صورت هفتگی، بررسی فهرستی از رفتارهای استاندارد و تغییراتی در عملکرد کلی بیمار یا کاهش علائم می شود (اوکیشی و همکاران،۲۰۰۶). داده ها از منابع اطلاعاتی موجود جمع آوری می شوند تا معلوم گردد مداخله ی انجام گرفته تأثیر مورد انتظار را داشته است یا خیر. اگر داده ها بیانگر چنین وضعیتی نباشند و بیمار بهبودی نیافته باشد، برنامه ریزی ها باید مورد ارزیابی مجدد واقع شوند.

به طور مثال اگر کودک خردسالی مشکل پرخوری عصبی دارد و هم چنین در ارزیابی ها مشخص شود مهارت های او در سازش و کنار آمدن با هیجانات بسیار ضعیف می باشند، در نتیجه پزشک می تواند کار خود را با آموزش تکنیک های مؤثر در این رابطه آغاز کند؛ به طور مثال *آرام شدن تدریجی*، *تکنیک های ذهنی و یا تصویرسازی*. تأثیر این رویکردها باید قبل از جلسه ی بعدی در زندگی روزمره ی کودک مورد ارزیابی قرار گیرد. اگر پرخوری های عصبی کودک کاهش یافته بود، در نتیجه شیوه ی درمانی مؤثر بوده و باید باز هم تقویت شود. اما چنانچه کودک قبل از اقدام به چنین کاری دچار یک حالت بی اختیاری می شود و نمی تواند کارهایی را که پزشک به او گفته انجام دهد؛ ابتدا باید این حالت برای کودک توضیح داده شود و هم چنین قبل از آموزش مهارت های کنار آمدن با هیجانات، کودک باید ابتدا بتواند آن ها را تشخیص دهد.

هر چند فهرست شیوه های درمانی مستند برای کودکان و نوجوانان هر ساله رو به افزایش است، اما شواهد و مدارک همیشه برای هر روش درمانی مورد نیاز در دسترس نیست؛ اما باز هم استفاده از آن ها امکان پذیر می باشد. پزشکان می توانند در فقدان یافته های درمانی که مستقیماً قابل استفاده باشند، از مداخله هایی استفاده کنند که منحصر به تشخیص نبوده و به طور عمومی برای بهبود عملکرد کودکان مؤثر هستند (برنز،۲۰۰۳). آن ها هم چنین می توانند به نیروی تأثیر گذار یک رابطه ی درمانی مستحکم و با کیفیت تکیه کنند (کازدین و ناک،۲۰۰۳؛ ومپلد، ۲۰۰۱). در واقع با یک حمایت منطقی و متقاعد کننده از مداخله هایی که هر چند هنوز هم جای شک دارند، اما با دقت از آن ها استفاده می شود؛ و ارزیابی هدفمند واکنش های بیمار، برنامه ریزی درمان خود یک

@karnil

استراتژی بر پایه ی مدارک و شواهد می شود که می توان آن را رویکـردی مسـتند نامید.

اداره کردن پژوهش های درمان های نتیجه بخش

هر چند توضیح این مقوله به طور جامع فراتر از محـدودیت هـای ایـن بخـش است، اما در این جا شرح مختصـری در ایـن بـاره داده مـی شـود. اغلـب پزشـکان، ارزیابی نتایج پژوهش ها در کـار طبابـت خـود را ارزشـمند مـی داننـد. برخـی نیـز علاقمند به انجام پژوهش های پزشکی می شوند تا شواهد و مسـتندات جدیـدی در زمینه ی کاری خود بدست آورند. به این منظور برخـی نکـات کلیـدی کـه بایـد در انجام چنین پـژوهش هـایی در نظـر گرفتـه شـوند، در ایـن جـا ارائـه مـی گردنـد. نویسندگان این بخش خوانندگانی را که علاقمند به گسترش دانش و مهـارت هـای خود هستند، تشویق می کنند تا به منابع پژوهشی گسـترده تـر کـه در عـین حـال استفاده از آن ها ساده نیز می باشد، مراجعه کنند (نزو و ماگوت نـزو،۲۰۰۸؛ نـورمن و استرینر،۲۰۰۸؛ هاولی، هاتری و نیوکامر،۲۰۰۴). در ادامه بـه عنـاوین مهمـی کـه باید هنگام انجام چنین پژوهش ها در نظر گرفته شوند، اشاره می شود:

هنگام طراحی پژوهش، مسائل اخلاقی شامل مطالعه و تحقیق را حتماً در نظر داشته باشید. شیوه ی پژوهش باید بین نیازهای علمی و احتـرام گـذاردن به افراد مورد مطالعه تعادل برقرار سازد. در تمام کارهـای پزشـکی شـامل پـژوهش، حمایت از حقوق بیمار باید اولین اولویت باشد. اصول پژوهش های پزشـکی درسـت مانند ملاحظات اخلاقی موجود در طبابت، پزشکان را ملزم می دارد با رضایت افـراد مورد مطالعه کار خود را انجام دهند، اسرار آن ها را حفظ کنند و هر نـوع تضـاد یـا مشکلی را شناسایی کرده و از میـان بردارنـد. هـم چنـین پزشـکان پژوهشـگر بایـد خطرات و منافع موجود در مشارکت بیماران را ارزیـابی نمـوده و بـا دقـت هـر چـه تمام تر مطالعات خود را بررسی کنند و بـه بیمـاران اجـازه ی امتنـاع از شـرکت در پژوهش را بدون بـه خطـر انـداختن کیفیـت درمـان یـا رابطـه ی درمـانی بدهنـد. پژوهش های پزشکی مقوله ی بسیار پیچیده ای هستند. اگر بگـوییم ایـن پـاراگراف

@karnil

خلاصه ی کاملی از مسائل اخلاقی است که باید هنگام پژوهش های پزشکی آن ها را رعایت کرد، سخنی به گزاف گفته ایم، اما پزشکان می توانند به کتب و مراجع منتشر شده در رابطه با نحوه ی اجرای پژوهش های بالینی با شرکت کنندگان انسانی مراجعه کنند (سیلز و فولکمن،۲۰۰۰).

سؤالات خود را در نظر داشته باشید. دو سؤال بنیادین همواره در چنین پژوهش هایی موجود است:

۱. *اگر یک شیوه ی درمانی جدید باشد یا هنوز مورد بررسی قرار نگرفته باشد، باید بپرسیم آیا این نوع مداخله مؤثر است؟*

به طور مثال پزشکی که به صورت گروهی مهارت های اجتماعی به کودکان را به کودکان آموزش می دهد، باید از خود بپرسد: *"آیا کودکانی که در این گروه ها شرکت می کنند،بیشتر از کودکان دیگری که در گروه کنترل قرار داده شده اند و در چنین جلساتی شرکت نمی کنند، در مهارت های اجتماعی پیشرفت می کنند؟"* این در واقع سؤالی است که به ارزیابی کارایی درمان می پردازد. سؤال رایج دیگر تأثیر گذاری شیوه ی درمانی است. ما هنگامی به دنبال داده های مربوط به تأثیرگذاری درمان هستیم که کارایی آن قبلاً در محیط به شدت کنترل شده ی پژوهش های دانشگاهی اثبات شده است. در این جا باید از خود پرسید:

۲. *آیا این نوع درمان در این مکان یا با این بیماران خاص، مؤثر واقع می شود؟*

چنانچه درمان به صورت گروهی و آموزش مهارت های اجتماعی به کودکان در پژوهش های آزمایشگاهی تأثیر گذار بوده است، پزشکی که در مطب شخصی خود طبابت می کند، باید از خود بپرسد: *"آیا استفاده از این شیوه ی درمان برای کودکان بیماری که به صورت انفرادی به من مراجعه می کنند، مؤثر خواهد بود؟ و بهبودی در مهارت های اجتماعی آن ها بدست خواهد آمد؟"*

@karnil

قبل از گردآوری داده ها، شیوه ی پژوهشی باید با دقت برنامه ریزی شود. بسیار مهم است داده های گردآوری شده هم مرتبط با سؤال پژوهش باشند و هم بتوان آن ها را از نظر آماری مورد ارزیابی قرار داد تا پشتوانه ی لازم برای فرضیه ی ذکر شده بدست آید. چنانچه پزشکی سعی در ارزیابی پیشرفت در رفتار کودکان در مدرسه ناشی از یک مداخله ی اعمال شده را دارد، در ابتدا ارزیابی های قبل و پس از درمان راجع به رفتارهای حقیقی در مدرسه باید انجام گیرد و هم چنین آزمون های آماری برای نمونه های به هم مرتبط نیز باید در تجزیه و تحلیل داده ها مورد استفاده واقع شوند. هم چنین بسیار مهم است مسائلی مانند جهت گیری های احتمالی هنگام طراحی شیوه ی پژوهش در نظر گرفته شوند. به طور مثال در پژوهش های ارزیابی نتایج که با کیفیت عالی اجرا می شوند، از این مسئله حصول اطمینان می شود که هنگامی که دو نوع شیوه ی درمانی مورد مقایسه قرار می گیرند؛ (به طور مثال مقایسه ی CBT و درمان بین فردی برای ضربه های روحی دوران کودکی)، پزشکانی که درمان را اعمال می کنند، به دقت دنباله روی اصول درمانی ذکر شده توسط مراجع معتبر باشند. با این پیروی دقیق از دستورالعمل های هر نوع درمان، پزشک مطمئن می شود که سهواً باعث ناکارآمدی شیوه ی درمانی نشده و عقیده ی شخصی او که یک رویکرد درمانی خاص بدون تأثیر می باشد، بر روند پژوهش اثر منفی نداشته است.

مطالعه باید با توجه به اصول پژوهش های با کیفیت طراحی شود. اصول اولیه ای که باید به منظور رسیدن به بهترین نتایج از آن ها پیروی کرد، در ابتدای این بخش به طور خلاصه ذکر شدند. اجرای مطالعه با گروه های کنترل و آزمایش به طور کامل دشوار است، اما هر زمان که این امکان وجود داشته باشد، باید از گروه های کنترل یا مقایسه بهره جست.

داده ها و گزارشات تمامی جنبه های پژوهش، باید به طور منظم و دقیق ثبت شوند. اطلاعات باید مرتب شده، همگی دارای برچسب باشند و در یک مکان امن نگهداری شوند. پزشک پژوهشگر هم چنین باید مطمئن شود که

@karnil

یادداشت های دقیقی از روش شناسی و عملکردهای درمانگر تهیه کند (استرنبرگ،۲۰۰۰). تفسیر جامع و با کیفیت نتایج درمان در پژوهش باید شامل در نظر گرفتن دقیق تمام ویژگی های پژوهش باشد، زیرا پزشکان و پژوهشگرانی که سرشان بسیار شلوغ است، ممکن است به راحتی جزئیات مراحل مختلف را فراموش کنند.

در مرحله ی تجزیه و تحلیل به دنبال یافته ها نباشید. پژوهشگر باید تلاش کند نسبت به سؤالات و تجزیه و تحلیل هایی که ابتدا در مرحله ی طراحی مد نظرش بوده، وفادار باقی بماند. هنگامی که داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند، پژوهشگر باید از خود سؤال کند: *"آیا اطلاعات بدست آمده تأیید کننده ی فرضیه ی من هستند که این شیوه ی درمانی مؤثر بوده یا در گروه مورد مطالعه نتیجه بخش بوده است؟"* پژوهشگر نباید آن قدر بررسی های آماری جداگانه را تکرار کند که نهایتاً یک تمایز آماری ایجاد شود. به طور مثال هنگامی که ارتباط آماری بین درمان اعمال شده و بهبود علائم اضطراب مشاهده نشد، ممکن است خود را توجیه کند پس از این همه کار طولانی و سخت با مطرح کردن سؤالات و فرضیاتی که از نظر کیفی متفاوت هستند، بخواهد به نتیجه ی مثبتی برسد (به طور مثال: آیا کیفیت بازی کودک در نتیجه ی این درمان بهبود یافته است؟). از آن جا که داده های نتایج به منظور بررسی کیفیت بازی گردآوری نشده اند، بعید است مطرح کردن چنین سؤالی منتهی به نتایجی شود که از نظر علمی معتبر باشند و در نهایت هیچ کمکی به بیمار نمی شود.

اطلاعات بدست آمده باید به طور کامل و هدفمند ارزیابی و تفسیر شوند. هر چند پژوهشگر باید براساس یافته های متمایز نتیجه گیری خود را اعلام کند، اما لازم است نگاهی به توضیحات فرعی برای یافته هایش نیز داشته باشد. به طور مثال بهبود یافتن در مهارت های اجتماعی ممکن است در فرآیند طبیعی رشد، هم چنین در یک سطح شاخص از نظر آماری بین سنین ۸ تا ۱۳ سال روی دهد. در نتیجه تفسیر یافته های پژوهش باید قادر به متمایز ساختن منابع

@karnil

تأثیر گذار بر نتیجه ی حقیقی باشد تا از این نکته اطمینان حاصل شود که هر نوع بهبودی؛ ناشی از فرآیند درمان بوده است نه مسائل جانبی دیگر.

هر چند پزشکان پر مشغله ممکن است مهارت یافتن در ابعاد گوناگون روش های درمانی مستند را کمی گیج کننده بیابند، اما این شیوه ها می توانند حتی با تلاش و منابعی در حد متوسط نیز به عنوان راهنمایی برای مداخله های پزشکی مؤثر باشند. تلفیق بهترین شواهد موجود با فرآیند درمان می تواند به شیوه ای انعطاف پذیر انجام گیرد تا مهارت و قضاوت متخصصان و پزشکان با این مستندات ترکیب شود و در نهایت، بیمار بیشترین منفعت را از روند درمان کسب کند.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش پنجم

پژوهش های بازی درمانی: تاریخچه و پشتوانه ی تجربی

جنیفر بگرلی

اگر چه منتقدان اظهار می کنند که بازی درمانی پشتوانه ی تجربی محدودی دارد (کوهن، مانارینو و روگال،۲۰۰۱)، اما متخصصان بازی درمانی تاریخچه ی غنی و دیرینه ی رشته ی تخصصی خود را داشته و مطالعات پژوهشی بسیاری نیز نشان دهنده ی مؤثر بودن بازی درمانی هستند (ری، براتون، رین و جونز،۲۰۰۱). هدف این بخش شامل این موارد می باشد:

(الف) بررسی بنیان های فلسفی و تاریخی برای پژوهش های بازی درمانی،

(ب) شناسایی گستره ی پژوهش های بازی درمانی،

(ج) آشکار کردن یافته های تجزیه و تحلیل های کلان (متاآنالیز)،

(د) توضیح آخرین مطالعات پژوهشی راجع به بازی درمانی و فرزند درمانی،

(ه) ارائه ی راهنمایی هایی برای پژوهش های آینده.

قبل از آغاز این بحث لازم است تعریف خود را از واژه ی بازی درمانی شفاف سازیم. طبق نظر انجمن بازی درمانی (*APT*،۲۰۰۸) این رشته این گونه تفسیر می شود: *"استفاده ی سازماندهی شده از یک مدل نظری برای ایجاد یک رابطه ی*

@karnil

بین فردی که در آن متخصص بازی درمانی از قدرت های درمانگر بازی برای کمک به بیمارانش استفاده می کند و باعث پیشگیری یا حل مشکلات روانی – اجتماعی و بهینه شدن فرآیند رشد و پرورش کودک می شود" (ص۲).

این تفسیر جامع از بازی درمانی شامل رویکردهای گوناگون نظری می باشد که می توان از **بازی درمانی تجویزی**[۹۱] (شفر، ۲۰۰۳)،**بازی درمانی کودک- محور**[۹۲] (لاندرس،۲۰۰۲) و **بازی رفتار درمانی شناختی** *(CBPT)* (نل،۲۰۰۳) نام برد. در هر حال در تفسیر *APT* بازی درمانی از دیگر شیوه های مداخله ی روانپزشکی برای کودکان که از بازی استفاده می کنند، متمایز می شود؛ مانند شیوه های اعمال شده توسط پزشکانی که نمی توان آن ها را ***"متخصص بازی درمانی آموزش دیده"*** نامید.

بنیان های فلسفی و تاریخی پژوهش های بازی درمانی

طی صد سال گذشته فلسفه های مربوط به جستجوی حقیقت همواره در حال تغییر بودند و این امر برای طیف گسترده ای از روش شناسی (متدولوژی) های پذیرفته شده برای پژوهش نیز صادق است. پژوهش های علمی سه الگوی فلسفی عمده را دنبال می کنند (براون، کراوفورد و هیکس،۲۰۰۳). اولین الگوی فلسفی *"اثبات گرایی"* یا **پوزیتیویسم**[۹۳] می باشد، یعنی عقیده به این امر که یک حقیقت واقعی وجود داشته و ما با استفاده از حواس مختلف خود قادر به شناسایی آن هستیم (براون، کراوفورد و هیکس،۲۰۰۳). پژوهشگرانی که حامی این خط فکری هستند، تلاش می کنند بهترین روش ها را به اثبات برسانند. از نقطه نظر تاریخی، پژوهشگران بهداشت و سلامت روان از آن جهت مطالعاتی همراه با تجزیه و تحلیل پرونده های بیماران خود انجام می دادند تا ثابت کنند رویکرد آن ها بهترین است (لاورنس،۱۹۴۳). در حال حاضر پژوهش های پزشکی با استفاده از گروه های کنترل و آزمایش که به صورت اتفاقی انتخاب شده اند، انجام می گیرند تا بهترین

****

[91] *Perspective Play Therapy*
[92] *Childe-led*
[93] *Positivism*

@karnil

رویکرد درمانی برای ریشه کن کردن یک علامت و مشکل خاص بیمار مانند افسردگی آشکار شود (براون و همکاران،۲۰۰۳).

دومین الگوی فلسفی **رئالیسم**[۹۴] یا واقعگرایی می باشد، یعنی عقیده به این که برای جهان تنها می توان یک ساختار تولید کننده ی اصلی را شناسایی کرد (براون و همکاران،۲۰۰۳). پژوهشگرانی که طرفدار واقع گرایی هستند، همواره به دنبال یک سر نخ عمومی یا اجزایی فعال می باشند. به طور مثال پژوهش های مقایسه ای اتفاقی با یا بدون یک جنبه ی خاص ممکن است مورد استفاده قرار گیرند تا جزء فعال در طیف گسترده ای از رویکردها آشکار شود. سومین الگوی فلسفی **پست مدرنیسم**[۹۵] می باشد، یعنی این عقیده که هیچ ادراک عینی وجود نداشته و برای شناسایی طیف گسترده ای از مفاهیم باید یک ساختار شکنی انجام گیرد (براون و همکاران،۲۰۰۳). پژوهشگران حامی پست مدرنیسم به دنبال این هستند که حقیقت چگونه برای افراد در یک موقعیت خاص اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و زبانشناسی شکل می گیرد؟ به طور مثال پژوهش های کیفی از ادراکات بیمار انجام می گیرند تا معلوم شود فرآیند مشاوره تا چه حد مفید بوده است.

اگر چه هر کدام از این الگوهای فلسفی حامی یک روش پژوهشی متفاوت هستند، اما بسیاری از متخصصان سلامت روان دریافته اند که خرد و منطق اشتراکی پشتوانه ی تجربی مناسبی از تمام مطالعات پژوهشی ایجاد می کند که می تواند هدایت کننده ی درمان های طبی باشد. پیکره ی شواهدی برگرفته از شیوه های پژوهشی گوناگون، تأیید کننده ی مؤثر بودن روش های روان درمانی می باشد (*APA*، ۲۰۰۵، ص۱). لاینز[۹۶] (۲۰۰۱) نیز تأکید می کند که هر دو فلسفه ی اثبات گرا از نظر کمی و پست مدرن از نظر کیفی، در تخصص های مربوط به سلامت مورد نیاز هستند: *"ما باید مباحثاتی تحلیلی در رابطه با رویکردهای درمانی مستند داشته باشیم، اما این مباحثه باید مسائل پیچیده ی فلسفی را که در محیط فرهنگی اجتماعی و گستره ی زبانی ما وجود دارند، به طور*

****

[94] *Realism*
[95] *Post Modernism*
[96] *Lines*

@karnil

جامعی در بر بگیرد." (لاینز،۲۰۰۱؛ ص۱۷۴). پس می توان گفت طی صد سال گذشته طیف گسترده ای از روش شناسی های پژوهش، سهم زیادی در حمایت تجربی از روانشناسی کودک و متعاقب آن بازی درمانی داشته اند.

در اوایل دهه ی ۱۹۰۰ پژوهش در مورد روانشناسی کودک رشته ای بود که پیشرفتی بسیار کند داشت و مطالعات اولیه بر اساس مشاهده ی کودکان به صورت انفرادی بود (لاورنس،۱۹۴۳). این پیشرفت کند اما ترکیبی پژوهش بعدها بنیان پایه گذاری کلینیک های مخصوص کودکان در دهه ی ۱۹۴۰ شد (لاورنس،۱۹۴۳). در هزاره ی جدید پژوهش های روانشناسی کودک شامل آزمایشاتی جامع می باشد که فرآیند آزمون ها به خوبی در آن کنترل شده و این موارد جزو استانداردهای سطح بالای این رشته محسوب می شوند (کوهن، برلینر و مارچ،۲۰۰۰؛ ساندرز، برلینر و هانسون،۲۰۰۴). پژوهش بازی درمانی نیز درست مانند پژوهش های روانشناسی کودک با مشاهدات بالینی آغاز شد و این امر پایه ی مطالعات تجربی و آزمایشی پس از آن بود.

آغاز مشاهدات بالینی

پیشینه ی ظهور پژوهش های بازی درمانی به دهه ی ۱۹۲۰ می رسد و در آن زمان مقالات بسیاری توسط متخصصان سرشناس بازی درمانی از مشاهدات شان بر کودکان به صورت انفرادی منتشر شد. در سری مقالات منتشر شده در مجلات مرتبط از سال ۱۹۲۱ تا ۱۹۴۵، ملانی کلین (۱۹۴۸) جزئیات تحلیل های روانشناسی و بالینی خود را از چگونگی تفسیر دنیای خیالی کودکان با استفاده از تکنیک های بازی درمانی ارائه داد. آنا فروید (۱۹۴۶) نیز مجموعه ای از سخنرانی های خود را بین سال های ۱۹۲۶ تا ۱۹۴۵ منتشر کرد که در رابطه با استفاده ی او از بازی برای برقراری رابطه در جلسات روانکاوی کودکان بود. در آن زمان منتشر کردن تحلیل پرونده های بیماران در پژوهش های روانکاوی مسئله ای عادی به شمار می رفت (لاورنس،۱۹۴۳).

در همین دوره ویرجینیا آکسلین (۱۹۴۷) مطالب خود را درباره ی بازی درمانی کودک- محور و تحلیلش از مؤثر بودن روشی که مورد استفاده قرار

@karnil

داده بود، منتشر ساخت. این سه پیشگام در بازی درمانی ، بنیان پژوهش های بعدی بازی درمانی را در باقیمانده ی قرن پایه گذاری کردند.

گستره ی پژوهش بازی درمانی از ۱۹۴۲ تا ۱۹۹۹

وسعت پژوهش های بازی درمانی قبل از هزاره ی جدید، توسط بازنگری براتون و ری در سال ۲۰۰۰ مورد بررسی قرار گرفت. آن ها به ارزیابی ۸۲ پژوهش بازی درمانی انجام گرفته از سال ۱۹۴۲ تا ۱۹۹۹ پرداختند. آن ها گزارش کردند که هفت مطالعه ی پژوهش بازی درمانی در دهه ی ۱۹۴۰، یازده مورد در دهه ی۱۹۵۰ و شش مطالعه ی انجام گرفته در دهه ی ۱۹۶۰، عمدتاً متمرکز بر هوش و پیشرفت های تحصیلی بوده اند. هم چنین بیست و سه مطالعه ی دهه ی ۱۹۷۰ و شانزده پژوهش دهه ی۱۹۸۰ معطوف بر مسائلی چون ادراک فردی و انطباقات اجتماعی و هفده مطالعه ی دهه ی ۱۹۹۰ بر مشکلات اجتماعی چون خشونت در خانه، طلاق، سوء مصرف مواد، آزار و اذیت و مسائلی مانند کمبود توجه، افسردگی و مشکلات رفتاری متمرکز بوده اند (براتون و ری، ۲۰۰۰، ص۴۹). مطالعات آن ها نشان دهنده ی فلسفه ی اثبات گرایی می باشد، زیرا بازی درمانی اغلب با یک معیار یا گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفته است. نتایج این ۸۲ پژوهش نشان دهنده ی کارآمدی بازی در اغلب مشکلات می باشد، اما در هر حال چند محدودیت موجود در این پژوهش ها مانع از این می شود که بازی درمانی را به عنوان مؤثرترین روش البته از دیدگاه فلسفه ی اثبات گرا به شمار آورد. نظر براتون و ری بر این بود که می توان با افزایش تعداد نمونه ها، مقایسه ی بازی درمانی با دیگر شیوه های مداخله، استفاده از ارزیابی های استاندارد رایج برای علائم و مشکلات خاص و مشخص کردن جزئیات فرآیندهای درمانی، بر این محدودیت های پژوهشی غلبه کرد.

ملاحظات اولیه ی پژوهش های بازی درمانی باید با توجه به میزان رشد و تکامل این رشته در نظر گرفته شود. پژوهش های روانشناسی کودک در اوایل دهه ی ۱۹۰۰ آغاز شد، در حالی که این تاریخ در مورد بازی درمانی به دهه ی ۱۹۲۰ باز می گردد و موجب یک تفاوت ۲۰ ساله در این دو رشته می شود. اولین

@karnil

سازمان حرفه ای مختص به پژوهش های روانشناسی کودک یعنی *APA* در سال ۱۹۴۵ بنیانگذاری شد. در حالی که اولین گروه تخصصی بازی درمانی با عنوان *APT* یا انجمن بازی درمانی کار خود را در سال ۱۹۸۲ آغاز کرد. در نتیجه این رشته را باید بسیار جوان تر از روانشناسی کودک در نظر گرفت. از این رو بازی درمانی نیز می تواند خط سیری مشابه با روانشناسی کودک طی کند تا پشتوانه ی پژوهشی مناسبی بدست آورد. حتی پژوهشگران روانشناسی کودک نیز همواره به این نکته اشاره کرده اند که اغلب شکافی بین استفاده از یک درمان در محیط کلینیک و آزمایش های تجربی گسترش یافته وجود دارد (ساندرز و همکاران،۲۰۰۴).

دیگر عاملی که در پژوهش های بازی درمانی مشاهده می شود، ظهور فلسفه ی پست مدرنیسم به جای استفاده تنها از رویکردهای کمیتی اثبات گرا می باشد. از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ فقط ٪۹ مقالات پژوهشی ژورنال بین المللی بازی درمانی ماهیتی کیفی داشتند؛ اما این آمار از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ به ٪۲۶ می رسد که نشان دهنده ی رشد ٪۳۴ در استفاده از فلسفه ی پست مدرن است. نمونه هایی از این مطالعات شامل این موارد می شوند: *"ارزیابی کیفی فرزند-درمانی: بازتاب والدین"* (فولی، هیگدون و وایت،۲۰۰۶) و *"مفاهیم بازی درمانی برای کودکان دبستانی و استفاده از آن ها در شرایط مدرسه"* (گرین و کریستنسن،۲۰۰۶). این تغییر روش از شیوه های کلاسیک به شیوه های پست مدرن در پژوهش، ممکن است پاسخی به تغییر حال و هوای سیاسی و اجتماعی جهان باشد، یعنی شرایطی که تلاش می شود به بیمارانی که زمینه های فرهنگی و زبانی بسیار متنوعی دارند، کمک شود بهداشت و سلامت روان خود را حفظ کنند و سیستمی جامع تر برای برخورد با بیماران مختلف شکل گیرد (براون و همکاران،۲۰۰۳؛ اُکانر،۲۰۰۵).

APT همراه با ارج نهادن به مطالعات کیفی پست مدرن، هنوز هم انجام مطالعات کمیتی را ترغیب می کند. کمیته ی پژوهشی *APT* (۲۰۰۷) سیاستی را اتخاذ کرده تا *"پژوهشگران ترغیب شوند مطالعات دقیق و سازماندهی شده ای راجع به نتایج تجربی رویکردهای روان درمانی انجام دهند و مزایای هر درمان را در مقایسه با یک شیوه ی درمانی دیگر یا گروه کنترل ارزیابی کنند"* (ص ۳).

@karnil

همان گونه که در ادامه آشکار خواهد شد، پژوهشگران بازی درمانی مسلماً از نیاز به انجام مطالعات پژوهشی دقیق تر آگاه شده اند (ری، ۲۰۰۶).

تجزیه و تحلیل کلان بازی درمانی (متا آنالیز)

در آغاز هزاره ی جدید یکی از مفیدترین مطالعات بازی درمانی، تجزیه و تحلیل کلان براتون، ری، رین و جونز درسال ۲۰۰۵ بود. آن ها نتایج ۹۳ رویکرد بازی درمانی انفرادی و مطالعات فرزند درمانی انجام شده بین سال های ۱۹۵۳ و ۲۰۰۰ را با یکدیگر تلفیق و ارزیابی کردند. این تحلیل تعیین کننده ی میزان تغییر در افرادی که در گروه درمانی قرار داشتند، در مقابل گروه کنترل بود و سپس میانگین این تغییرات در مطالعات مختلف محاسبه و ارزیابی شد. این پژوهشگران متوجه شدند میزان تأثیر گذاری تمام این ۹۳ رویکرد (یعنی میانگین مقدار تغییر در واحدهای استاندارد انحراف) برابر با $d = 0/8$ بود که نشان دهنده ی تأثیر گسترده ی درمان است. هنگامی که آن ها ویژگی های این مطالعات را با یکدیگر مقایسه کردند، متوجه شدند فرزند درمانی انجام شده توسط والدین تأثیر بسیار بیشتری از بازی درمانی انجام گرفته توسط درمانگران را داشته است (۱/۱۵ در برابر ۰/۷۳). علاوه بر این شیوه های غیر هدایتگر نیز در مقایسه با شیوه های هدایت کننده تأثیر بیشتری داشتند (۰/۹۲ در برابر ۰/۷۱). این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که *"بازی درمانی از نظر آماری با توجه به نتایج تحلیل کلان یک مداخله ی پایدار می باشد"* (براتون و همکاران،۲۰۰۵، ص۳۸۵). دیگر تجزیه و تحلیل های کلان در هزاره ی جدید در مورد بازی درمانی می توانند پشتوانه ی بیشتری برای مؤثر بودن این شیوه ی درمان باشند، زیرا پژوهشگران بیشتری از استانداردهای دقیق تر و به روز استفاده می کنند.

پشتوانه ی تجربی در هزاره ی جدید

استاندارد های کنونی. در عصر حاضر با وجود محدود شدن منابع اقتصادی، افراد و سازمان هایی مانند شرکت های بیمه، مؤسسات و کلینیک های بهداشت و سلامت روان و پژوهشگران تلاش به شناسایی بهترین روش های درمانی به منظور

@karnil

حفظ و صرفه جویی در منابع دارند. در محتوای این دیدگاه اثبات گرایانه، سازمان هایی مانند گروه ۱۲ *APA* [۹۷] و کمیته ی علم و رویکردهای درمانی[۹۸]، به شناسایی شیوه های درمان با پشتوانه ی تجربی *(EBP)*[۹۹] یا شواهد و مستندات[۱۰۰] *(EST)* پرداخته اند که به واسطه ی بهترین استانداردهای پژوهشی و آزمایشات شرکت های دارویی برای داروهای مؤثر شکل گرفته اند. استانداردهای مشابهی نیز توسط جامعه ی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان[۱۰۱] *(SCCAP)* در رابطه با درمان های مستند برای کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار می گیرند که در ادامه به آن ها پرداخته شده است.

بهترین پشتوانه (شیوه های درمانی به خوبی توسعه یافته)

۱. حداقل دو آزمایش و تجربه ی مناسب از میان شیوه های مختلف که نشان دهنده ی کارایی آن به یک یا چند مورد از روش های زیر باشد:

(الف) برتری داشتن نسبت به دارونمای قرص مانند یا دارونمای روانشناختی یا هر نوع درمان مجازی دیگر؛

(ب) مساوی بودن با شیوه ی درمانی دیگری که در حال حاضر وجود داشته و ارزش های آماری آن برابر با دیگر آزمایشات باشد (حدود ۳۰ در هر گروه)؛

یا

۲. مجموعه ای گسترده از آزمایش های انفرادی ($n \geq 9$) که نشان دهنده ی کارایی شیوه ی مورد نظر باشد. شرایط این آزمایش ها از این قرار است:

****

[97] *American Psychological Association Division 12*
[98] *Science & Practice Committee*
[99] *Evidence Based Practice*
[100] *Empirically Supported Treatments*
[101] *Society Of Clinical Child & Adolescent Psychology*

@karnil

(الف). استفاده از روش های با کیفیت آزمایش،

(ب). مقایسه ی مداخله ی پزشکی با دیگر درمان ها؛

و

معیارهای دیگر برای موارد **۱** و **۲**:

۳. آزمایشات باید طبق دستورالعمل های درمان انجام گیرند،

۴. ویژگی های بیماران انتخاب شده باید به طور واضح تعیین شده باشد،

۵. تأثیرات درمانی باید حداقل توسط دو ارزیاب مختلف یا گروه های ارزیاب تأیید شوند.

شیوه های امیدوارکننده (روش های درمانی احتمالاً کارآمد)

۱. دو آزمایش که نشان دهند درمان از نظر آماری و در مقایسه با گروه کنترل برتری دارد. دستورالعمل ها، خصوصیات افراد شرکت کننده و ارزیابان مستقل الزامی نیستند.

یا

۲. یک آزمون طراحی شده ی بین گروهی با ویژگی های مشخص شده از گروه، استفاده از دستورالعمل ها و نشان دادن کارایی شیوه به این دو شکل:

(الف) برتری داشتن نسبت به یک دارونمای قرص مانند، دارونمای روانشناختی یا هر درمان مجازی دیگر،

(ب). مساوی بودن با شیوه ی درمانی دیگری که در حال حاضر وجود داشته و ارزش آماری آن برابر با دیگر آزمایشات باشد؛

یا

۳. مجموعه ی کوچکی از آزمایشات انفرادی ($n \geq 3$) همراه با مشخصات گروه، استفاده از دستورالعمل ها و شیوه های با کیفیت آزمایشی و مقایسه ی مداخله ی پزشکی با دارونمای قرصی یا روانشناختی یا هر نوع درمان دیگر.

مسلماً این معیارها در نظر پژوهشگران پیرو مکاتب واقعیت گرایی و

@karnil

پست مدرنیسم متناقض خواهند بود، زیرا آن ها معتقدند عدم تطابق یک شیوه ی درمان با این معیارها به این معنا نیست که ناکارآمد می باشد. در این جا به بخشی از سخنان ومپلد[۱۰۲] (۲۰۰۱) اشاره می کنیم:

"جهت گیری های مفهومی جنبش EST (درمان هایی با پشتوانه ی تجربی) در بنیان روان درمانی جای دارد، در نتیجه اغلب از درمان هایی حمایت می شود که نزدیکی و موازات بیشتری با این مدل دارند؛ مانند رویکردهای درمانی رفتاری و شناختی..... دادن حق تقدم به EST باعث نادیده انگاشتن یافته های علمی خواهد شد و تمام درمان های مورد مطالعه ظاهراً به صورت همسانی سودمند می شوند، زیرا قرار است نتیجه بخش باشند" (صفحات ۲۱۶-۲۱۵).

در عین حال از آن جا که اثبات گرایی یک الگوی غالب است، سؤال این است که آیا بازی درمانی مطابق با معیارهای *EBP* یا همان روندهای درمانی مستند می باشد و آیا می توان آن را به عنوان یک *"درمان به خوبی توسعه یافته"* و یا یک *"درمان احتمالاً کارآمد"* در نظر داشت؟ برای پاسخ به این سؤال مطالعات پژوهشی بازی درمانی براساس این معیارها مورد بازنگری قرار خواهد گرفت:

۱. منتشر شده در یک ژورنال حرفه ای مرتبط از سال ۲۰۰۰ به بعد،
۲. مقایسه یا وجود گروه کنترل با تعداد حداقل ۲۰ نفر،
۳. توضیح جزئیات شیوه های درمانی و محاسبات آماری مورد استفاده،
۴. تأثیر متمایز از نظر آماری بر کودکان، والدین یا معلمان.

پس از جستجوی زیاد هشت پژوهش بازی درمانی و هشت پژوهش فرزند درمانی بر اساس این معیارها انتخاب شدند. مطالعاتی که در این جا به بحث گذاشته خواهند شد، براساس زمان انتشارشان ارائه می شوند.

پژوهش های بازی درمانی

نکته ای که ذکر آن خالی از لطف نیست، این است که تمام مطالعات پژوهشی بازی درمانی که در تطابق با معیارهای ذکر شده در قسمت قبل بودند، از نوع

****
[102] *Wampold*

@karnil

بازی درمانی کودک-محور به شمار می رفتند. طبق نظر لاندرس (۲۰۰۲) بازی درمانی کودک- محور[۱۰۳] *(CCPT)* به این شکل تعبیر می شود: *"رابطه ای پویا و فعال بین یک کودک و درمانگر آموزش دیده و متخصص در فرآیندهای بازی درمانی که وسایل و شیوه های انتخاب شده ی بازی را به کودک ارائه کرده و به ایجاد یک رابطه ی امن کمک می کند تا کودک خود را به طور کامل ابراز و کشف کند (کاوش احساسات، افکار، تجربیات و رفتارها)؛ و همه ی این ها از طریق بازی یعنی مدیوم طبیعی کودک برای برقراری ارتباط و به منظور رشد و تکامل بهینه صورت می گیرد (ص۱۶)"* . از فرآیندهای استاندارد بازی درمانی کودک- محور شامل اجازه دادن به کودک برای هدایت بازی، پیگیری رفتارهای بازی، بازتاب احساسات و مفاهیم، تعویض نقش ها، تشویق، ایجاد اعتماد به نفس و تسهیل ادراک کودک استفاده شده و هم چنین شرایط و محدوده ی درمان مشخص می شوند (لاندرس،۲۰۰۲). پژوهش هایی که در ادامه عنوان می شوند، نشان دهنده ی کارآمد بودن بازی درمانی کودک- محور در کاهش علائم و مشکلات کودکان هستند.

فال، نوالسکی و ولش (۲۰۰۲) در پژوهشی با استفاده از گروه کنترل، آزمایشاتی قبل و پس از درمان انجام دادند و شامل کودکانی می شد که برای دریافت خدمات آموزشی خاص (آموزش استثنائی) شناسایی شده بودند. ۶۶ کودک ۶ تا ۱۰ ساله که ازاین خدمات بهره می بردند، به صورت اتفاقی در گروه های کنترل و درمان قرار گرفتند. کودکانی که در گروه آزمایشی قرار داشتند، در ۶ جلسه ی ۳۰ دقیقه ای انفرادی با استفاده از این روش درمانی شرکت کردند. آزمایشات قبل و پس از درمان با استفاده از معیار *"سنجش خود کارآمدی"*[۱۰۴] برای کودکان و معیار رتبه دهی *"کانرز"*[۱۰۵] برای معلمان انجام گرفت. نتایج نشان می داد مشکلات رفتاری و اجتماعی کودکانی که در گروه درمان شرکت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل کاهش چشمگیری یافته بود. البته این کاهش در

****
[103] *Child-Centered Play Therapy*
[104] *Self-Efficacy Scale for Children*
[105] *Conners' Teacher Rating Scale*

@karnil

مورد احساس خودکارآمدی یا اضطراب مشاهده نشد.

جونز و لاندرس (۲۰۰۲) نیز مطالعه ی مشابهی در مورد کودکان مبتلا به دیابت انجام دادند. ۳۰ کودک با سن ۷ تا ۱۱ سال انتخاب شده و به طور اتفاقی در ۲ گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. کودکانی که در گروه آزمایش قرار گرفتند، از ۱۲ جلسه ی ۳۰ دقیقه ای بازی درمانی کودک- محور بهره می بردند. آزمون های قبل و پس از درمان با استفاده از *"معیار سنجش اضطراب در کودکان- نسخه ی اصلاح شده"*[۱۰۶]، *"فهرست مشکلات فرزندان"*[۱۰۷] و *" انطباقات مورد نیاز در دیابت برای کودکان و والدین"*[۱۰۸] انجام گرفت. نتایج نشان داد کودکانی که این شیوه ی بازی درمانی برای آن ها اجرا می شد، از نظر آماری در انطباق با شرایطشان بسیار موفق تر بودند، هر چند تفاوت آماری در مسائلی مانند اضطراب وجود نداشت.

شن (۲۰۰۲) نیز با روش پژوهشی مشابه، کودکان چینی را مورد مطالعه قرار داد که قربانیان زمین لرزه بودند. در این پژوهش ۳۰ کودک بین سنین ۸ تا ۱۲ سال به صورت مشابه ارزیابی شدند و آن دسته که در گروه آزمایش قرار داشتند، بین ۱۰ تا ۴۰ دقیقه در جلسات گروهی بازی درمانی کودک -محور شرکت می کردند. ارزیابی های قبل و پس از درمان، با استفاده از *"فهرست روانی سلامت کودکان"*[۱۰۹]، *"فهرست مشکلات فرزندان"*[۱۱۰]، *"معیار سنجش اضطراب در کودکان نسخه ی اصلاح شده"*[۱۱۱] و *"فهرست چند امتیازی افسردگی در کودکان"*[۱۱۲] انجام شد. این بار هم بازی درمانی تأثیر بسزایی در کاهش اضطراب و تمایل کودکان به خودکشی داشت. میزان تأثیرگذاری نشان دهنده ی تأثیر بسیار بیشتر در کاهش اضطراب و تأثیر کم تا متوسط در ریسک خودکشی می باشد.

پکمن و براتون (۲۰۰۳) نیز مطالعاتی را بر روی کودکانی انجام دادند که از نظر

****

[106] *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*
[107] *Filial Problem Checklist*
[108] *Diabetes Adaptation Scale- Childe & Parent Form*
[109] *Children's Mental Health Scale*
[110] *Filial Problem Checklist*
[111] *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*
[112] *Multiscore Depression Inventory For Children*

@karnil

یادگیری ناتوان بودند. ۲۴ دانش آموز کلاس چهارم و پنجم با مشکلات یادگیری مختلف به ۲ گروه تقسیم شده و گروه آزمایش از ۱۲ جلسه ی یک ساعته ی بازی گروهی یا کار درمانی بهره می بردند. در این مطالعه ارزیابی ها توسط *"سیستم ارزیابی رفتاری با استفاده از گزارش کودکان – والدین"*[۱۱۳] و *"فهرست گزارشات والدین از رفتار کودک"*[۱۱۴] انجام گرفت. کودکانی که برای آن ها از بازی درمانی استفاده شده بود، بهبود چشمگیری داشته و تأثیر درمان براساس *BASC* خصوصاً در رابطه با مشکلات درونی بسیار زیاد شناخته شد، اما وضعیت در سنجش *CBCL* مشابه نبود.

دنجر و لاندرس (۲۰۰۵) مطالعه ی خود را بر روی کودکانی با مشکلات گفتاری انجام دادند. ۲۱ کودک ۴ تا ۶ ساله که باید از فرآیند گفتار درمانی برای آن ها استفاده می شد، به ۲ گروه تقسیم شده و ۲۵ جلسه ی ۳۰ دقیقه ای بازی درمانی کودک- محور در مدرسه برای کودکان گروه آزمایش بر گزار شد. ارزیابی ها با استفاده از *"آزمون گلدمن"*[۱۱۵]، *"آزمون مصور لغات پیبادی"*[۱۱۶]، *"ارزیابی بالینی بنیان های زبان، ویرایش سوم"*[۱۱۷] و *"معیار سنجش رفتار بورک"*[۱۱۸] انجام شد. نتایج نشان داد که این شیوه تمایز عملی زیادی در بهبود مهارت های ادراکی و بیانی زبان داشته، اما تأثیر چندانی در بهبود اضطراب و طرز گفتار نداشت.

گارزا و براتون (۲۰۰۵) بررسی خود را با استفاده از مقایسه ی گروه مورد مطالعه شامل کودکان دبستانی با نژاد آمریکای لاتین (هیسپانیک) انجام دادند. ۲۹ کودک که به علت مشکلات رفتاری برای مشاوره ارجاع داده شده بودند، به دو گروه تقسیم شده و برای یک گروه ۱۵ جلسه ی ۳۰ دقیقه ای بازی درمانی کودک- محور به صورت انفرادی و هفتگی استفاده شد و برای گروه دیگر همین

****
[113] *(BASC-PRF)*
[114] *(CBCL-PRF)*
[115] *Goldman Fristoe Test Of Articulation*
[116] *Peabody Vocabulary Picture Test-Revised*
[117] *Clinical Evaluation Of Language Fundamentals Third Edition*
[118] *Burk's Behavior Rating Scale*

@karnil

تعداد جلسه، اما در قالب مشاوره های گروهی براساس مواد درسی انجام گرفت. ارزیابی ها در این مطالعه با استفاده از *"سیستم ارزیابی رفتار کودکان توسط والدین و معلمان"*[119] صورت پذیرفت. نتایج نشان دهنده ی کاهش شاخص رفتارهای انفجاری کودکان در گروه بازی درمانی بود. حجم تأثیرگذاری این شیوه، نشان دهنده ی تأثیر درمانی بسیار زیاد در مشکلات رفتارهای بیرونی و تأثیر درمانی متوسط در مشکلات درونی رفتاری و اضطراب می باشد.

ری (۲۰۰۷) در یک مطالعه ی مقایسه ای، کودکان دبستانی را مورد ارزیابی قرار داد که به منظور مشاوره ارجاع داده شده بودند. ۹۳ کودک بین ۴ تا ۱۱ سال و ۵۹ معلم البته به صورت اتفاقی به این شکل گروه بندی شدند:۱. گروه بازی درمانی ۲. گروه مشاوره ی معلم ۳. گروه مشاوره ی معلم و بازی درمانی. کودکانی که در مورد آن ها از بازی درمانی استفاده شد، در ۲۶ جلسه ی ۳۰ دقیقه ای بازی درمانی کودک- محور به صورت انفرادی شرکت کردند. معلمانی که مشاوره دریافت می کردند، در ۸ جلسه ی ۱۰ دقیقه ای مشاوره ی فرد – محور شرکت می کردند. ارزیابی ها با استفاده از *"شاخص استرس یا تنش های تدریس"*[120] انجام گرفت. نتایج نشان داد در همه ی گروه ها کاهش چشمگیری در مشکلات معلم و دانش آموز ایجاد شده و خصوصاً تأثیر زیادی بر مجموع استرس، اختلال کمبود توجه ناشی از بیش فعالی و مشکلات دانش آموز مشاهده شد. بازی درمانی تأثیر شاخصی بر کاهش استرس معلم داشت، زیرا تحت تأثیر رفتارهای بیش فعالی و دیگر خصوصیات دانش آموز قرار می گرفت.

ری، شاتل کورب و تسای (۲۰۰۷) مطالعات خود را به شیوه ی مشابه بر روی کودکانی با علائم کمبود توجه ناشی از بیش فعالی *(ADHD)* انجام دادند. در این پژوهش از ۶۰ کودک دبستانی با این مشکلات استفاده شد که در دو گروه بازی درمانی و روخوانی با نظارت معلم قرار گرفتند و ۱۶ جلسه ی ۳۰ دقیقه ای به طور انفرادی در هر دو گروه برای کودکان در نظر گرفته شد. ارزیابی های این مطالعه با

****

[119] *(BASC-PRF) &Teachers' Rating Form*

[120] *Index Of Teaching Stress*

@karnil

استفاده از *"شاخص تنش های تدریس"*[121] و *"معیار سنجش خلاصه شده ی امتیاز دهی معلمان کانرز"*[122] انجام گرفت. نتایج نشان داد هر دو گروه پیشرفت قابل توجهی در کاهش علائم بیش فعالی، اضطراب/ انزوا و ناتوانی های یادگیری داشتند. کودکانی که برای آن ها از بازی درمانی کودک - محور یا همان *CCPT* استفاده می شد، بهبود بیشتری در مسائل احساسی، اضطراب یا انزوا نسبت به کودکان گروه دیگر نشان دادند.

هشت پژوهشی که در بالا به آن ها اشاره شد، ٪۱۰۰ مطابق با معیارهای ذکر شده برای مطالعات علمی بوده اند، زیرا از بیش از دو آزمون برای ارزیابی درمان ها و هم چنین گروه کنترل یا مقایسه استفاده شده بود و همگی نشان دهنده ی رویکردهای درمانی *"احتمالاً کارآمد"* بودند. حتی به نظر می رسد دو مطالعه ی مقایسه ای انجام گرفته توسط گارزا و براتون در سال ۲۰۰۵ و ری و همکارانش در سال ۲۰۰۷ مطابق با معیارهای بهترین پشتوانه یا *"درمان های به خوبی توسعه یافته"* می باشند. البته این موضوع بستگی به آن دارد که نهادهای گوناگون چگونه استانداردها را تفسیر کنند. دیگر واقعیت امیدوار کننده این است که بازی درمانی در شرایط دنیای حقیقی، یعنی در مکان هایی چون مدرسه، کلینیک ها و یا پناهگاه ها مؤثر بوده است، بخصوص در مورد آخر کودکان مشکلات گوناگونی داشته و می توان بیش از یک مشکل را در آن ها تشخیص داد (ری،۲۰۰۶). این امر به این معناست که می توان بازی درمانی را به راحتی توسط مشاوران مدرسه و یا پزشکان تأمین اجتماعی که با کودکان گوناگونی سر و کار دارند، نهادینه ساخت (ری، ۲۰۰۶).

پژوهش های فرزند درمانی

فرزند درمانی به این شکل تعریف شده است: *"یک رویکرد منحصر به فرد مورد استفاده توسط متخصصان آموزش دیده در مقوله ی بازی درمانی برای تعلیم*

****

[121] *Index Of Teaching Stress*
[122] *Conners' Teachers Rating Scale Revised: Short Form*

@karnil

والدین تا خود آن ها تبدیل به درمانگری برای کودکان شان شوند و این فرآیند در یک چارچوب سازماندهی شده انجام می گیرد: شامل جلسات ارائه ی بازی، الزام انجام بازی های خانگی در محیط ارزیابی و نظارت در یک حال و هوای حمایت کننده" (لاندرس و براتون،۲۰۰۶، ص۱۱). فرزند درمانی را می توان در چارچوب های زمانی گوناگونی نهادینه ساخت، مانند مدل ۵ تا ۶ ماهه ی گوئرنی (۲۰۰۰) یا مدل ۱۰ هفته ای لاندرس و براتون (۲۰۰۶). فرزند درمانی هم چنین برای نهادینه سازی توسط معلمان (پست، مک آلیستر، شیلی، هس و فلاورز،۲۰۰۴) و ناظرانی همتای آن ها انطباق یافته است (بگرلی و لاندرس،۲۰۰۱). مطالعات تجربی، مقایسه ای و یا گروه کنترل که در ادامه ذکر می شوند، نشان دهنده ی کارآمدی فرزند درمانی در کاهش استرس والدین یا معلمان و هم چنین علائم کودک بوده و حاکی از بهبود رابطه با او می باشند.

گلاور و لاندرس (۲۰۰۰) با استفاده از گروه کنترل مطالعه ای را در رابطه با نتایج قبل و پس از درمان با فرزند درمانی همراه با والدین سرخپوست در منطقه ی حفاظت شده ی فلت هد *(Flathead)* انجام دادند. ۲۵ تن از والدین یا پدر یا مادربزرگ ها به دو گروه فرزند درمانی مدل ده هفته ای لاندرس و گروه کنترل تقسیم شدند که البته از شیوه ی اتفاقی برای گروه بندی استفاده نشد. ارزیابی ها توسط *"معیار سنجش پورتر و پذیرش والدین"*[۱۲۳]، *"شاخص استرس والدین"*[۱۲۴]، *"سنجش همدلی در تعاملات بزرگسال/کودک"*،[۱۲۵] *"فرم امتیاز دهی رفتارهای بازی کودک با والدین"*[۱۲۶] و *"آزمون ارزیابی جوزف"*[۱۲۷] در رابطه با کودکان خردسال و ادراک اولیه ی آن ها از خودشان انجام گرفت. نتایج نشان دهنده ی افزایش چشمگیر همدلی در والدین و رفتارهای مطلوب کودکان در بازی (هدایت شخصی و تداوم رابطه با والدین) در مقایسه با گروه کنترل بود.

تو، لاندرس، جونیور و سولت (۲۰۰۲) پژوهش مشابهی را در رابطه با والدین

****

[123] *Porter Parental Acceptance Scale*
[124] *Parenting Stress Scale*
[125] *Measurement Of Empathy In Adult-Child Interaction*
[126] *Children's Play Behavior With Parent Rating Form*
[127] *Joseph Preschool and Primary Self-Concept Screening Test*

@karnil

کودکانی با بیماری مزمن انجام دادند. ۲۳ تن از والدین به گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شده و برای گروه آزمایشی از مدل ۱۰ هفته ای لاندرس استفاده شد. ارزیابی های این پژوهش توسط *"مقیاس پورتر در رابطه با پذیرش والدین"*[۱۲۸]، *"شاخص استرس والدین"*[۱۲۹] و *"فهرست رفتارهای کودک/ فرم والدین"*[۱۳۰] انجام گرفت. نتایج نشان داد والدینی که در گروه آزمون قرار داشتند، در مقایسه با گروه کنترل دیدگاه شان نسبت به پذیرش کودک شان بهبود داشته و هم چنین از استرس و تنش های آن ها در رابطه با والد بودن کاسته شده بود. علاوه بر این کودکان متعلق به این گروه نیز کاهش مشکلات رفتاری، اضطراب و افسردگی را در مقایسه با گروه کنترل از خود بروز دادند.

جونز، رین و براتون (۲۰۰۲) به ارزیابی فرزند درمانی بر روی دانش آموزان دبیرستانی پرداختند که جلساتی را با بچه های کودکستانی و یا مهد کودکی مشغول به بازی شدند. ۱۶ نوجوان دبیرستانی انتخاب شده و ابتدا ۱۰ جلسه ی آموزشی ۱/۵ ساعته ظرف ۲۴ هفته برای آن ها برگزار شد، سپس هر کدام در ۲۰ جلسه ی ۲۰ دقیقه ای با کودکی که برای آن ها انتخاب شده بود، به بازی می پرداختند. هم چنین ۱۵ نوجوان دیگر در گروه مقایسه قرار گرفتند که تنها از آموزش های ارتباط با همسالان برای آن ها استفاده می شد. ارزیابی های نتایج با استفاده از *"فهرست ارزیابی رفتار کودک– فرم والدین"*[۱۳۱] و *"ارزیابی همدلی در تعاملات بزرگسال–کودک"*[۱۳۲] انجام گرفت. نتایج نشان داد گروهی که تحت فرآیند فرزند درمانی قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه دیگر افزایش چشمگیری در همدلی با کودکان داشتند، هم چنین کودکانی که در جلسات بازی با این نوجوانان شرکت کردند، مشکلات رفتاری کمتری نسبت به گروه کنترل از خود نشان دادند.

یون، لاندرس و بگرلی (۲۰۰۲) مطالعات خود را بر تأثیر فرزند درمانی در خانواده های چینی مهاجر ارزیابی کردند. در این مطالعه از ۳۵ پدر و مادر استفاده

****
[128] *Porter Parental Acceptance Scale*
[129] *Parenting Stress Scale*
[130] *Child Behavior Checklist- Parent Form*
[131] *Child Behavior Checklist- Parent Form*
[132] *Measurement Of Empathy In Adult-Child Interaction*

@karnil

شد که به ۲ گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شده و برای گروه آزمایشی از مدل آموزشی ۱۰ هفته ای لاندرس استفاده شد. ارزیابی های این مطالعه با معیارهایی چون *"معیار پذیرش والدین پورتر"*[۱۳۳]، *"شاخص استرس والدین"*[۱۳۴]، *"فهرست مشکلات فرزندان"*[۱۳۵]، *"ادراک فردی کودکان از خود"*[۱۳۶] و *" ظرفیت های درک شده و پذیرش اجتماعی"*[۱۳۷]، برای نوجوانان انجام گرفت. در این مطالعه نیز فرزند درمانی تأثیر چشمگیری در افزایش تعاملات همدلانه و پذیرش کودکان داشته، هم چنین مشکلات رفتاری کودکان و استرس والدین در مقایسه با گروه کنترل کاهش داشت. علاوه براین ادراک فردی کودکان والدین گروه آزمایش نیز افزایش چشمگیری یافت.

اسمیت و لاندرس (۲۰۰۳) مطالعه ی خود را بر روی مادران و کودکانی متمرکز ساختند که به نوعی خشونت در خانه را تجربه کرده بودند. در این پژوهش ۱۱ مادر که قربانی خشونت بودند، انتخاب شده و ۱۲ جلسه ی فرزند درمانی در یک دوره ی ۲ تا ۳ هفته ای برای آن ها برگزار شد. ۱۱ کودک در گروه آزمایش و ۱۱ کودک دیگر در گروه مقایسه قرار گرفتند و از بازی درمانی فشرده و انفرادی توسط یک متخصص آموزش دیده ی بازی درمانی برای گروه آزمایش استفاده شد. ۱۰ کودک دیگر نیز در یک گروه مقایسه ی دیگر قرار گرفته و برای آن ها از بازی درمانی گروهی همراه با خواهر یا برادرشان استفاده شد. نهایتاً ۱۱ کودک نیز در گروهی قرار گرفتند که هیچ نوع درمان یا مداخله ای برای آن ها انجام نگرفت. ارزیابی های این پژوهش توسط شیوه هایی چون *"فهرست رفتارهای کودک– فرم والدین"*[۱۳۸]، *"آزمون ارزیابی جوزف برای بررسی ادراک فردی کودکانی در سن قبل از مدرسه و دبستان"*[۱۳۹] و *"ارزیابی همدلی در تعاملات بزرگسال–کودک"*[۱۴۰] انجام

****
133 *Porter Parental Acceptance Scale*
134 *Parenting Stress Scale*
135 *Filial Problem Checklist*
136 *Self-Perception Profile For Children*
137 *Perceived Competence & Social Acceptance For Children*
138 *Child Behavior Checklist-Parent Form*
139 *Joseph Preschool & Primary Self-Concept Screening Scale*
140 *Measurement Of Empathy In Adult-Child Interaction*

@karnil

گرفت. نتایج نشان داد در کودکانی که مادرشان فرآیند درمان را برای آن ها انجام می داد، کاهش چشمگیری در مشکلات رفتاری و افزایش قابل توجهی در ادراک فردیشان در مقایسه با کودکان گروه بدون درمان مشاهده شد. علاوه بر این رتبه ی مادران نیز در نگرششان نسبت به پذیرش کودک و همدلی نسبت به فرزندشان بسیار افزایش یافت.

لی و لاندرس (۲۰۰۳) پژوهش فرزند درمانی خود را بر روی والدین مهاجر کره ای در ایالات متحده انجام دادند. ۳۶ نفر از والدین کره ای به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شده و برای گروه آزمایش از مدل آموزشی فرزند درمانی ۱۰ هفته ای لاندرس استفاده شد. در این مطالعه نتایج توسط *"مقیاس ارزیابی همدلی در تعاملات بزرگسال– کودک"*[۱۴۱]، *"معیار سنجش پورتر از پذیرش والدین"*[۱۴۲] و *"شاخص استرس والدین"*[۱۴۳] ارزیابی شد. نتایج نشان داد افزایش چشمگیری در میزان همدلی با کودک و پذیرش فرزندان در والدین گروه آزمایش ایجاد شده و در مقایسه با گروه کنترل، استرس آن ها از والد بودن نیز کاهش چشمگیری داشته است.

پست، مک آلیستر، شیلی، هس و فلاورز (۲۰۰۴) پژوهشی را بر روی آموزگاران کودکان خردسال انجام دادند که به عنوان کودکان در خطر شناسایی شده بودند. ۹ آموزگار داوطلب برخورداری از آموزش های فرزند درمانی شدند و ۹ آموزگار دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. برای هر گروه ۹ کودک در نظر گرفته شد. ارزیابی های این مطالعه توسط شیوه هایی مانند مقیاس *"ارزیابی رفتار برای کودکان"*[۱۴۴]، *"ارزیابی مهارت های بازی درمانی کودک-محور"*[۱۴۵] و *"مقیاس سنجش همدلی در تعاملات بزرگسال- کودک"*[۱۴۶] انجام گرفت. نتایج نشان دهنده ی بهبود چشمگیر در رفتار کودکانی بود که با معلم شان جلساتی را به بازی

* *

[141] *Parenting Stress Scale*
[142] *Porter Parental Acceptance Scale*
[143] *Parenting Stress Scale*
[144] *Behavior Assessment Scale For Children*
[145] *Assessment of Child-Centered Play Therapy Skills*
[146] *Measurement Of Empathy In Adult-Child Interaction*

@karnil

مـی پرداختنـد. عـلاوه بـر ایـن معلمـان گـروه آزمـایش، بهبـود قابـل تـوجهی در مهارت های بازی درمانی و همدلی با کودک در مقایسه با گروه کنترل از خود نشان دادند.

اسمیت و لاندرس (۲۰۰۴) مطالعه ی خود را بر روی آموزگاران کودکان ناشـنوا و کم شنوا در مقطـع قبـل از دبسـتان انجـام دادنـد. بـرای گـروه آزمـایش از مـدل ۱۰ هفته ای لاندرس اسـتفاده شـد و در مجمـوع ۲۴ معلـم در ۲ گـروه آزمـایش و کنترل قرار گرفتند. ۱۲ کودک برای معلمان گروه آزمایشی انتخاب شده کـه در ۱۰ جلسه ی ۳۰ دقیقه ای بازی با آن ها شرکت می کردند. هم چنین ۱۲ کودک دیگر نیز برای گروه کنترل در نظر گرفته شـد. از *"معیـار سـنجش همـدلی در تعـاملات بزرگسال – کودک"*[۱۴۷]، *"فهرست رفتارهای کودک - فرم معلمـان"*[۱۴۸] و *"ارزیـابی احساسی و هیجانی کودکان ناشنوا و کم شنوا"*[۱۴۹] برای بررسی نتـایج اسـتفاده شـد. نتایج باز هم تأییدکننده ی این امـر بودنـد کـه بهبـود قابـل تـوجهی در پـذیرش و همدلی نسبت به دانش آموزان در معلمان گروه آزمایشـی نسـبت بـه گـروه کنتـرل مشاهده می شد.هم چنین کودکـانی کـه در جلسـات بـازی شـرکت کـرده بودنـد، مشکلات رفتاری کمتری نسبت به گروه کنترل از خود نشان دادند.

هشت مطالعه ی ذکـر شـده در رابطـه بـا فرزنـد درمـانی نیـز تـابع معیارهـای *"شیوه های درمانی احتمالاً کارآمد"* بودند، زیرا نتایج با گروه کنترل مـورد مقایسـه قرار گرفته بود. یکی از مزایـای پـژوهش هـای انجـام گرفتـه در ایـن رابطـه، ایجـاد دستورالعمل درمانی توسط براتون، لاندرس، کلام و بلک کـارد (۲۰۰۶) مـی باشـد. ایـن دسـتورالعمل درمـان مسـلماً باعـث افـزایش ایـن احتمـال خواهـد شـد کـه فرزند درمانی در آینده ی نزدیک بـه عنـوان یـک شـیوه ی درمـانی بـا پشـتوانه ی مناسب شناخته شود.

****

147 *Measurement Of Empathy In Adult-Child Interaction*
148 *Child Behavior Checklist-Teacher Form*
149 *Emotional Assessment of Deaf & Hard Of Hearing Children*

@karnil

بازی رفتار درمانی شناختی (CBPT)

بازی رفتار درمانی شناختی یا *CBPT* آنچنان که نل مفهوم آن را ارائه می کند (۲۰۰۳)، تلفیقی از شناخت درمانی، رفتار درمانی و بازی درمانی کلاسیک می باشد. نل طرفدار انطباق اصول شناخت درمانی برای کودکان ۲/۵ تا ۶ ساله با استفاده از *"عروسک های نمایشی، حیوانات عروسکی، کتاب ها و دیگر اسباب بازی ها برای ارائه مدلی از استراتژی های شناختی و ادراکی می باشد"* (ص ۱۷۸). هر چند این شیوه برای کودکان مورد استفاده قرار می گیرد (کوهن و همکاران،۲۰۰۰)، اما هیچ نوع مطالعه ای مطابق با معیارهایی که قبلاً ذکر شد، گزارش نشده است. اما یک پژوهش *CBPT* شبه آزمایشی قابل ذکر وجود دارد که در یک ژورنال تخصصی منتشر شده است. هانسن، میسلر و اوونز (۲۰۰۰) با استفاده از *"معیار سنجش رفتار کودک– فرم والدین"* [150] به ارزیابی برنامه ی خود با عنوان *"برنامه ی مشترک کودکان"* [151] پرداختند که در آن ۳۰ کودک ۵ تا ۱۶ ساله دچار کمبود توجه ناشی از بیش فعالی*(ADHD)* مورد بررسی قرار گرفتند. آن ها در ۹ جلسه ی ۲ ساعته از فرآیندهای بازی درمانی مانند قصه گویی، نمایش های عروسکی، خمیربازی و دیگر کارهای هنری استفاده کردند تا به کودکان مهارت های اجتماعی را بیاموزند (مانند احساس هویت، برقراری ارتباط، حل اختلافات، آرامش). نتایج نشان دهنده ی کاهش چشمگیر رفتارهای مخرب درونی و مجموع رفتارهای ناهنجار بود.

جهت گیری های آینده برای پژوهش های بازی درمانی

طی چند سال اخیر پژوهش های بازی درمانی هر چه بیشتر در انطباق با استانداردهای کنونی *EBP* (شیوه های درمانی مستند) از دیدگاه فلسفه ی **اثبات گرا** انجام شده اند. برخی از پیشرفت های بدست آمده در هزاره ی جدید شامل این موارد می شوند:

****

[150] *Child Behavior Checklist-Parent Form*
[151] *Kids Together Program*

@karnil

۱. ابزارهای ارزیابی معتبر و قابل اطمینان که به بررسی مسائل خاص مرتبط با مشکل ارائه شده می پردازند (مانند *CBCL*، *BASC &* *TSCC*)،
۲. استفاده از مقایسه با دیگر رویکردهای درمانی (مانند گروه های مشترک همخوانی)،
۳. معیارهای انحصاری شفاف تر برای شرکت کنندگان (به طور مثال تطابق با معیارهای تشخیص *ADHD*)،
۴. استفاده از دستورالعمل های درمان،
۵. پژوهش های دوره ای و پیگیری نتایج،
۶. تحلیل داده ها و اطلاعات به صورت مناسب (مانند میزان تأثیر گذاری)، (ری، ۲۰۰۶).

به منظور داشتن پژوهش هایی مطابق با معیارهای *EBP* ، این دستاوردها باید هر چه دقیق تر نهادینه سازی شوند.

علاوه بر این از آن جا که تعداد کثیری از آزمایشات تک پرونده ای در تطابق با معیارهای *" بهترین پشتوانه"* هستند، پژوهشگران بازی درمانی باید از این شیوه البته با ارزیابی حداقل ۳ هفته و تداوم آن در مراحل مختلف درمان نیز استفاده کنند (کندی،۲۰۰۵؛ مورگان و مورگان،۲۰۰۳). به طور مثال شاتل کورب در سال ۲۰۰۷ با استفاده از این شیوه، به ارزیابی تأثیر *CCPT* بر *ADHD* در کودکان دبستانی پرداخت. پژوهشگران بازی درمانی با دیدگاه واقع گرایانه باید به دنبال عناصر فعال در رویکردهای بازی درمانی توسعه یافته باشند. به طور مثال آن ها می توانند از شیوه های مقایسه ای استفاده کنند تا معلوم شود آیا استفاده از اسباب بازی ها یا روش های درمانی خاص، تفاوت چشمگیری در کودکان مورد بررسی ایجاد می کند؟ (به طور مثال استفاده از صفحه ی شنی، خانه ی عروسکی، عروسک های نمایشی و یا اجازه دادن به کودک برای هدایت فرآیند، بزرگنمایی مفاهیم، آموزش روانشناختی و مشاوره ی والدین.) پژوهشگران با دیدگاه پست مدرن باید به مطالعات کیفی بپردازند، خصوصاً مسائلی مرتبط با استفاده از ابزارهای فرهنگی و زبانی باید مد نظرشان باشد.

@karnil

در پژوهش های آینده هم چنین باید توجه ویژه ای به تلفیق بازی درمانی و CBT شود. در همه پرسی کوهن، مانارینو و روگال (۲۰۰۱) از ۲۴۷ درمانگر و روانکاو، بسیاری از پاسخ دهندگان به این مسئله اذعان داشتند که علیرغم پژوهش های محدود برای برتری بازی درمانی، آن ها از بازی درمانی غیر هدایتگر برای بیماران شان استفاده می کنند. این پژوهشگران به این نکته اشاره داشتند که درمانگران مجرب ممکن است فواید درمانی مهمی را در بازی درمانی شناسایی کرده باشند که هنوز مورد ارزیابی آزمایشات پژوهشی قرار نگرفته باشد. در نتیجه یکی از مهم ترین ابعاد پژوهش های آینده، ارزیابی تأثیر تلفیق بازی درمانی با پروتکل CBT می باشد. به طور مثال پژوهشگران می توانند $TF-CBT$ استاندارد (رفتار درمانی شناختی متمرکز بر ضربه) را با رویکردی از این روند درمانی مقایسه کنند که در آن از تکنیک های بازی درمانی نیز استفاده شده است.

نتیجه گیری

پژوهش های بازی درمانی را باید از نظر تاریخی و در محتوای فلسفی آن در نظر گرفت. این پژوهش ها توسط مطالعات آنا فروید، کلین و آکسلین بر روی بیماران شان آغاز شد و در فرآیند تدریجی پیشرفت، تبدیل به مطالعاتی پیچیده تر از نظر کمی و کیفی شدند.

هر چند پژوهش های بازی درمانی در مقایسه با روانشناسی کودک هنوز در مرحله ی آغازین تکامل خود هستند، اما به نظر می رسد همسان با آنها مورد توجه قرار گرفته اند. در این بخش به ۳ رویکرد فلسفی متفاوت اشاره شد که می توان با استفاده از آن ها و استانداردهای گوناگون پژوهشی، کارآمدی بازی درمانی را مورد ارزیابی قرار داد. در هر حال بسیاری از پژوهشگران معتقدند استفاده از یک منطق گزینشی از تمام شیوه های پژوهش، می تواند پشتوانه ی تجربی مناسبی را فراهم آورد.

هنگام مقایسه ی پژوهش های بازی درمانی با معیارهای کنونی، درمانهای مستند از دیدگاه اثبات گرایانه می توان مشاهده کرد که بازی درمانی و

@karnil

فرزند درمانی حائز استانداردهای *"شیوه های درمانی امیدوار کننده"* هستند. هم چنین امید می رود در آینده ای نزدیک این پژوهش ها در چارچوب استانداردهای *"بهترین پشتوانه"* عمل کنند.

در پژوهش های آتی باید به قرارگیری شرکت کنندگان به صورت اتفاقی در گروه های مختلف و هم چنین تلفیق رفتار درمانی شناختی با بازی درمانی توجه بیشتری شود.در پژوهش های واقعگرایانه نیز باید عناصر فعال فرآیند درمان بیشتر شناسایی شوند. نهایتاً باید گفت مطالعات کیفی در چارچوب پست مدرن نیز مورد نیاز هستند تا ادراک عمیق تری بخصوص در استفاده از بازی درمانی در فرهنگ ها و زبان های گوناگون بدست آید. در یک جمله می توان گفت بازی درمانی را باید به عنوان یک درمان مؤثر با تاریخچه ای غنی از پژوهش و آینده ای درخشان در نظر گرفت.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش ششم

تئوری و موارد استفاده ی CBPT

سوزان نل

معرفی

CBPT یا بازی رفتار درمانی شناختی، یک رویکرد درمانی مناسب از نظر ملاحظات سنی و رشد می باشد که ویژه ی کودکان خردسال (۳ تا ۸ سال) طراحی شده است. با استفاده از این شیوه به کودکان کمک می شود خود در اعمال تغییرات درمان بخش شرکتی فعال داشته باشند و بر مشکلات شان چیره شوند. این شیوه براساس نظریات شناختی و رفتاری، رشد احساسی و هیجانی و هم چنین آسیب شناسی و مداخله های مشتق شده از این نظریات شکل گرفته است. در واقع می توان *CBPT* را فرزند شناخت درمانی یا *CT* در محتوای مفهومی که آرون بک ارائه می دهد، فرض کرد (۱۹۶۴،۱۹۷۶). در شناخت درمانی عقیده بر این است که رفتار از طریق فرآیندهای کلامی پردازش می شود. یعنی شیوه ای که افراد جهان را تحلیل می کنند، به میزان زیادی تعیین کننده ی چگونگی رفتار، احساس آن ها و ادراک شان در رابطه با شرایط گوناگون زندگی می باشد (بک،۱۹۷۶،۱۹۷۲،۱۹۶۷). بک به این نکته اشاره می کند که تجربیات احساسی افراد، تا حدودی توسط

@karnil

شرایطی تعیین می شوند که از تجربیات اولیه ی آن ها در زندگی تکامل یافته اند. طی ۵۰ سال گذشته شناخت درمانی مورد استفاده ی بسیاری داشته است. اما استفاده از آن بدون انجام اصلاحات لازم برای کودکان مناسب نیست؛ زیرا برای این گروه سنی و با توجه به محدودیت های ادراکی آن ها روشی مناسب تر مورد نیاز می باشد. با گذشت زمان، اصلاحاتی در شناخت درمانی برای استفاده برای نسل جوانی که جمعیت آن ها رو به افزایش بود، آغاز شد (به طور مثال اصلاح برای نوجوانان،۱۹۸۳؛ اصلاح برای کودکان دبستانی،۱۹۸۵). اما در هر حال بسیاری بر این عقیده بودند که نمی توان از این شیوه برای کودکان خردسال استفاده کرد.

در پزشکی بالینی نیز به این نکته اشاره شده که درمان کودکان خردسال باید شامل سطحی از بازی درمانی باشد تا کودک جذب فرآیند درمان شود. بازی دارای همان تأثیری است که کلام در بزرگترها دارد. با نگاهی به سابقه ی متون علمی مرتبط با مقوله ی رشد، به این نکته اشاره شده که کودکان خردسال مهارت های ادراکی و انعطاف پذیری لازم برای بهره مند شدن از شناخت درمانی را ندارند. در شناخت درمانی به تأثیر عقاید و نگرش های ناسازگارانه یا نا کارآمد بر رفتار تأکید می شود و این که چگونه واکنش یک فرد به یک رویداد، تحت تأثیر مفهومی است که او به واسطه ی آن با جهان مرتبط شده است. با در نظر داشتن این که انجام شناخت درمانی با بزرگسالان، نیازمند توانایی دنبال کردن یک توالی منطقی می باشد، می توان دریافت که کودکان خردسال دارای این مهارت نیستند. هم چنین برای این که شناخت درمانی مؤثر باشد، افراد باید توانایی تمایز بین تفکر منطقی و غیر منطقی را داشته باشند. حتی یک بزرگسال نیز ممکن است برای شناسایی این گونه افکار نیازمند راهنمایی هایی باشد، اما به محض این که چنین افکار شناسایی شوند، اغلب بزرگسالان قادر به درک تضادها خواهند بود.

از سوی دیگر شاید کودکان قادر به درک این تفاوت ها نباشند و نتوانند افکار غیر منطقی و منطقی را از یکدیگر تشخیص دهند. به این شکل می توان مشاهده کرد استفاده از شناخت درمانی برای کودکان، توأم با مشکلات متعددی بوده و از این روست که این شیوه ی درمانی برای نوجوانان و کودکان بزرگتر استفاده می شود. زیرا در این مرحله، پردازش افکار و محوریت فردی کودک آن قدر رشد

@karnil

یافته است که توانایی های شناختی لازم در فرآیند درمانی این شیوه را داشته باشد.

انطباق شناخت درمانی برای استفاده در مورد کودکان

CT به عنوان شیوه ای سازمان یافته، متمرکز بر کمک کردن به افراد در تغییر رفتارشان توسط تغییر تفکر و ادراکات پنهان در آن رفتار می باشد. این فرآیند درمانی اصالتاً به صورت کوتاه مدت برای درمان بزرگسالان مبتلا به افسردگی استفاده می شد، اما بعدها سمت و سوی آن به منظور تغییر تفکر و رفتارهای ناکارآمد تغییر یافت. انطباق دادن آن برای جمعیت جوان تر شاید باعث ایجاد تغییراتی در شیوه ی انتقال درمان شود، اما بنیان نظری آن دست نخورده باقی می ماند. یافتن راه هایی برای انتقال CT بدون تأکید بر زبان و گفتاری که ممکن است برای کودکان خردسال بسیار پیچیده تر از فهم آن ها باشد، یکی از چالش هایی است که در $CBPT$ با آن مواجه هستیم.

نل[۱۵۲] (۱۹۹۳،۱۹۹۴،۱۹۹۷،۱۹۹۸) این مباحثه را پیش کشید اگر CT را به صورتی ارائه داد که برای کودکان قابل پذیرش باشد، می توان آن را برای خردسالان به کارگرفت. به طور مثال عروسک های نمایشی، حیوانات عروسکی، کتاب ها و دیگر اسباب بازی ها می توانند مورد استفاده قرار گیرند تا استراتژی های شناختی را به صورت مدل ارائه دهند. پژوهشگرانی مانند باندورا[۱۵۳] (۱۹۶۹) و میکن باوم (۱۹۷۱) دریافتند که مدل های سازگار تأثیر بیشتری از مدل های مهارت یافتن در تغییر رفتارها را دارند. در مدل های سازگارانه **اشتباهات** همراه با الگوی یاد گرفتن از این اشتباهات وجود دارند. در واقع کودک با تلاش هایی که انجام می دهد و با مشاهده ی مدل ارائه شده، بیشتر رفتارهای مناسب را می آموزد. با چنین رویکردی مدل یا الگو (مانند یک عروسک نمایشی) ممکن است به صورت کلامی مهارت های حل مشکل را بازگو کند و یا راه حل هایی ارائه دهد که مناسب مشکلات کودک هستند.

****
152 *Susan Knell*
153 *Bandura*

@karnil

ممکن است CT با تأکیدی که بر مداخلات گفتاری و بازی درمانی دارد، در نظر بسیاری از افراد شیوه ای نامناسب به نظر برسد. اما در اواسط دهه ی ۱۹۸۰ فیلیپس[۱۵۴] (۱۹۸۵) که خود در زمینه ی مسائل رشد صاحبنظر بود، این فرضیه را مطرح کرد که تلفیق تکنیک های رفتار شناسی با مداخله های بازی- محور، می تواند جهت گیری امیدوار کننده ای در زمینه ی بازی درمانی باشد. در همان زمان افراد دیگری مانند برگ[۱۵۵] (۱۹۸۲،۱۹۸۹) این فرآیند تلفیقی را آغاز کرده بودند. هر چند گروه مورد نظر برگ دیگر کودکان خردسال به شمار نمی آمدند و در واقع بالای ۷ سال داشتند. در سال ۱۹۹۰ هنگامی که نل و مور[۱۵۶] گزارشی از کاربرد $CBPT$ در مورد یک کودک ۵ ساله را به انتشار رساندند، در واقع اولین گزارش منتشر شده از تلفیق مداخلات شناختی با بازی درمانی برای یک کودک خردسال در دسترس عموم قرار گرفت.

انطباق CT برای کودکان خردسال ظرف ۱۰ سال گذشته مورد توجه روز افزونی قرار گرفته است. $CBPT$ با توجه به مفهومی که نل برای آن ارائه می دهد (۱۹۹۳،۱۹۹۴،۱۹۹۷،۱۹۹۸،۱۹۹۹،۲۰۰۰؛ نل و مور،۱۹۹۰؛ نل و روما،۱۹۹۶،۲۰۰۳؛ نل و بک،۲۰۰۰؛ نل و داساری،۲۰۰۶)، به منظور استفاده برای کودکانی بین ۲/۵ تا ۶ سال طراحی شده و روش های کلاسیک بازی درمانی و CBT را با یکدیگر در هم می آمیزد. این شیوه براساس تئوری شناخت اختلالات احساسی و هیجانی و اصول شناختی درمان شکل گرفته و این موارد را در رویکردهای مطابق با شرایط رشد تعدیل می کند. هم چنین به میزان رشد و توانایی های کودکان در این سنین حساس بوده و بر اعتبار تجربی کارایی مداخلات تأکید می ورزد.

تحریفات شناختی در کودکان خردسال ممکن است از نظر رشد عادی به نظر برسند، اما انطباق با آن ها مشکل ساز خواهد بود. به طور مثال کودکی که والدینش با فاصله ی زمانی اندکی پس از بدرفتاری های او از یکدیگر جدا می شوند، ممکن

****
[154] *Phillips*
[155] *Berg*
[156] *Moore*

@karnil

است گمان کند او علت این جدایی بوده است. در اغلب شرایط کودکان تجربیات زندگی را با تفکر خود در هم آمیخته و با راهنمایی های همیشگی والدین می توانند آن ها را تبدیل به افکار مثبت تری کنند (*"والدین من با هم کنار نمیان." "پدرم به علت رفتار من ما رو ترک نکرد."*، *"او به این خاطر رفت که با مامان زیاد دعوا می کرد"*). با توجه به این که چنین افکاری در این مقطع سنی عادی به شمار می روند، ایجاد مفهوم تحریفات شناختی در کودکان خردسال مشکل ساز است. به همین دلیل مطلوب تر است چنین افکاری به جای تحریف شده ناسازگار خوانده شوند.

گاهی اوقات کودکان همه ی عقاید یا مفاهیم را به یک رویداد ربط نمی دهند و در این حالت دیگر خبری از شرایط ناسازگارانه نیست. از طرفی ممکن است عقاید سازگارانه ای نیز وجود نداشته باشند که باعث تسهیل تحمل و کنار آمدن با شرایط شوند. در چنین حالتی ممکن است کودک برای خلق جملات تأکیدی کاربردی و عدم جایگزینی افکار منفی به کمک نیاز داشته باشد تا باعث بهبود تفکر و انطباق رفتاری او شود. به طور مثال شاید کودکی با در پذیرش به دنیا آمدن یک نوزاد جدید در خانواده دچار مشکل باشد و عقاید ناسازگارانه ای نیز وجود نداشته، یا او آن ها را بیان نکند (مانند *"من دیگه بچه ی خانواده نیستم"*، *"هیچ کس منو دوست نداره"*). کمک کردن به کودک برای پذیرش نوزاد جدید می تواند از طریق جملات مثبت و سازگارانه انجام گیرد جملاتی مانند: *"ما یک نوزاد جدید داریم، اما مامان و بابا هنوز منو دوست دارند"*، می توانند دیدگاه مثبتی به کودک درباره ی تجربه ی جدیدش بدهند. چنین جملاتی می توانند جایگزین عقاید ناسازگارانه (چه به صورت بیان و احساس شده یا بیان نشده) شوند و یا برای عقاید خنثی یا تفکراتی که هنوز شکل نگرفته اند، جایگزین جدیدی باشند.

به این شکل تسهیل ایجاد تغییرات شناختی انطباقی نه تنها امکان پذیر است، بلکه برای کودکان تبدیل به امری کاملاً عادی می شود. همان گونه که قبلاً هم اشاره شد، اعمال چنین تغییراتی در تعاملات عادی و روزمره ی بین والدین و

@karnil

کودک شکل می گیرد. بیرمن[۱۵۷] (۱۹۸۳) راجع به تکنیک های مصاحبه بـه عنـوان ابزاری برای تسهیل ادراک کودکان خردسال از مسائل پیچیده نوشته که شـامل بـه کار بردن مثال های واضح و استفاده ی کمتر از پرسش هایی بـا پاسـخ هـای طیـف گسترده می شود. تغییـرات شـناختی مـی تواننـد بـا اسـتفاده از بـازی بـه صـورت غیـر مسـتقیم اعمـال شـوند (شـرک و راسـل،۱۹۹۶؛ نـل،۱۹۹۸). عـلاوه بـر ایـن انعطاف پذیری درمانگر باعث کاهش تمرکز بـر گفتـار شـده و اسـتفاده ی بیشـتر از روش های تجربی می تواند در انطباق موفقیت آمیز شناخت درمانی بـرای کودکـان خردسال سهم داشته باشد (نل و روما،۱۹۹۶،۲۰۰۳؛ نل و داساری،۲۰۰۶).

CBPT برای کودکـانی بـا طیـف گسـترده ای از مشـکلات ماننـد عـدم تکلـم (نـل،۱۹۹۳)، اضـطراب و فوبیاهـای گونـاگون (نـل،۱۹۹۳، نـل و داسـاری،۲۰۰۶)، بی اختیاری دفع (نـل و مـور،۱۹۹۰؛ نـل،۱۹۹۳) و آن دسـته کـه در زنـدگی خـود آسیب هایی را تجربه کـرده انـد، (ماننـد آزار و اذیـت) (نـل و رومـا،۲۰۰۳، ۱۹۹۶) به کار رفته است.

توضیح درمان

مراحل درمان

در فرآیند *CBPT*، کودک چندین مرحله را طی می کند که به مراحل معرفـی، ارزیابی، میانی و پایانی شناخته می شوند.

معرفی

والدین اغلب پس از این که کودک شان را به متخصص *CBPT* نشان دادند، بـا عملکرد بازی درمانی آشنا می شوند. در اولین ملاقات یکی از کارهای درمانگر کمک به والدین است تا متوجه شوند چگونه به بهترین شکل کودک خـود را بـرای اولـین جلسه آماده سازند. درمانگر باید زمانی را صرف مباحثه درباره ی بهترین توضیحاتی کند که مناسب سن کودک هستند.

****

[157] *Bierman*

@karnil

ارزیابی

پس از آماده سازی کودک و والدین برای *CBPT*، ارزیابی آغاز می گردد. به این شکل مشکلات بهتر درک شده، تشخیص با شفافیت انجام می شود و یک برنامه ی درمانی برای مراحل آغازین شکل می گیرد. ارزیابی علاوه بر مصاحبه با والدین و نظارت بر کودک، ممکن است شامل فهرستی از گزارشات والدین (مانند فهرست رفتار کودک[158]، آخن باخ،۱۹۹۱)، ارزیابی بازی، تکمیل جمله ی عروسک خیمه شب بازی[159] (نل،۱۹۹۳،۱۹۹۲؛ نل و بک،۲۰۰۰) یا دیگر معیارهای سنجش باشند که توسط خود درمانگر شکل گرفته اند.

مرحله ی میانی

در این مرحله درمانگر فرآیند درمان را برنامه ریزی می کند و توجهش را بر افزایش کنترل فردی کودک، احساس او از به اتمام رساندن فرآیند و یاد گرفتن واکنش های سازگارتر برای تقابل با وضعیت های خاص معطوف می نماید. وی هم چنین با توجه به مشکلات کودک می تواند از طیف گسترده ی مداخله های شناختی و رفتاری، درمان مناسب را انتخاب کند. انتخاب باید با دقت هر چه تمام تر انجام گیرد و مرتبط با مشکلات خاص کودک باشد. عمده فرآیند درمان و استفاده از مداخله های شناختی و رفتاری در این مرحله انجام می شود. فرآیند عمومی سازی درمان و پیشگیری از بروز مجدد مشکل با یکدیگر تلفیق می شوند تا کودک بیاموزد مهارت های جدید کسب شده را در شرایط گوناگون مورد استفاده قرار دهد. هم چنین مهارت هایی به او آموخته می شود که پس از اتمام دوره ی درمان مانع از پسرفت او خواهند شد.

مرحله ی پایانی

در مرحله ی پایانی کودک و خانواده اش برای خاتمه دادن درمان آماده

****

[158] *Child Behavior Checklist- Achenbach*

[159] *The Puppet Sentence Completion Task*

@karnil

می شوند. هم چنان که درمان به پایان خود نزدیک می شود، کودک با این حقیقت و احساسش در رابطه با خاتمه ی درمان روبرو می گردد.

شیوه ها و مداخله ها

اغلب مداخله های *CBT* برای کودکان در سنین مختلف شامل نوعی الگو سازی می شوند. این امر در مورد *CBPT* نیز صحت دارد و الگو سازی یکی از اجزای حیاتی بازی می باشد. در این فرآیند درمانی مدل سازی اغلب به منظور نشان دادن مهارت های سازش و تحمل و انطباق کودک کاربرد می یابد که در آن از اسباب بازی استفاده می شود تا درمانگر رفتار مورد نظر را از طریق آن به کودک انتقال دهد. الگوسازی می تواند به صورت های دیگری نیز انجام شود، مانند استفاده از کتاب، فیلم، نمایش یا برنامه های تلویزیونی.

دیگر شیوه ی انتقال درمان ایفای نقش است که در آن کودک مهارت هایی را با درمانگر تمرین می کند. این شیوه اغلب برای کودکانی در سن مدرسه مؤثر است، هر چند که این مفهوم خود می تواند از طریق الگو سازی انتقال داده شود. به طور مثال مدل ها می توانند خود به ایفای نقش پرداخته و کودک با مشاهده ی آن ها مطالبی بیاموزد.

مداخله های *CBPT* را می توان به دو گروه رفتاری و شناختی تقسیم کرد. شیوه های رفتار درمانی[۱۶۰] *(BT)* به این منظور طراحی شده اند که به کودکان و والدین شان کمک شود دانش کسب شده از طریق فرآیند درمان را در وضعیت های واقعی نهادینه سازی کنند. روش های رفتاری برای مدیریت کودک، اغلب به صورت مستقیم به والدین یا دیگر افرادی که با کودک سرو کار دارند، آموخته می شوند. چنین شیوه هایی خصوصاً در مواجهه با مشکلاتی مانند عدم انطباق و اطاعت کودک مؤثر بوده اند. در هر حال می توان رفتار درمانی را مستقیماً با خود کودک نیز انجام داد. این امر بخصوص اگر مشکل کودک برای والدین آزار دهنده باشد (نل و مور،۱۹۹۰)، یا به شکلی در رابطه ی والدین با کودک تداخل کند که مانع رشد

****
160 *Behavioral Therapy*

@karnil

مهارت های فردی کودک شود (کلونف، نل و یاناتا،۱۹۸۴؛ کلونف و مور،۱۹۸۶) و یا اگر مشکلات کنترل کودک دائمی باشند، کاربرد خواهد داشت. درمان چه به صورت مستقیم انجام بگیرد چه غیر مستقیم، درمانگر سعی در شناسایی عواملی دارد که باعث تقویت و ثبات رفتارهای مشکل ساز شده تا بتوان آن ها را تغییر داد. بسیاری از مداخله ها براساس روش های کلاسیک شرطی شدن[۱۶۱] (مانند حساسیت زدایی سیستماتیک[۱۶۲]) و شرطی شدن کنشگر[۱۶۳] (مانند مدیریت وابستگی در شرطی شدن[۱۶۴]) شکل گرفته اند. هم چنین در مداخله هایی بر پایه ی نظریه ی یادگیری اجتماعی تأکید بیشتری بر آموزش از طریق مشاهده و ابعاد ادراکی رفتار شده است که به میزان زیادی باعث توسعه ی شناخت درمانی می شود.

شیوه های رفتاری اغلب شامل تغییر یک فعالیت می شوند، در حالی که شیوه های شناختی به تغییر تفکر می پردازند. از آن جا که تفکر ناسازگارانه منجر به بروز رفتارهای ناسازگار می شود، در نتیجه تغییر در فکر باید منجر به تغییرات رفتاری شود. کودکان از طریق مداخله های شناختی می آموزند این نوع افکار را شناسایی کرده و تفکرات سازگارتری را جایگزین آن ها کنند و نهایتاً رفتارشان را تغییر دهند. به علت وجود ماهیت گفتاری مداخله های شناختی، در *CBPT* تأکید بیشتری به الگوسازی و تطابق درمان با سن کودک شده تا انتقال آن به شیوه ای مناسب برای کودک انجام گیرد.

مسائل مربوط به رشد

در روان درمانی کودکان خردسال چالش های منحصر به فردی مشاهده می شود. با توجه به محدودیت های شناختی شامل ماهیت منسجم و متمرکز تفکر کودک در این سن، استفاده از رویکردهای کلامی می تواند دشوارتر باشد. برای اغلب کودکان خردسال تمایز بین افکار منطقی و غیرمنطقی مشکل است. اما نل و

****
[161] *Classical Conditioning*
[162] *Systematic Desensitization*
[163] *Operant Conditioning*
[164] *Contingency Management*

@karnil

همکارانش علیرغم این چالش ها نشان دادند که می توان رفتار درمـانی شـناختی را از طریق بازی به کودکان انتقـال داد (نـل،۱۹۹۹،۱۹۹۸،۱۹۹۷،۱۹۹۶،۱۹۹۴،۱۹۹۳ نل و مور،۱۹۹۰؛ نل و روما،۲۰۰۳، ۱۹۹۶؛ نل و داساری،۲۰۰۶).

از آن جا که در رویکردهای *CBT* اغلب بر مهارت های نسبتاً پیچیـده ی ادراک (مانند تفکر انتزاعی، آزمودن فرضیات) و تجربیات تکیه می شود، زیـر سـؤال بـردن آن برای استفاده در مورد کودکان خردسال امری کاملاً منطقی به نظر می رسـد. در هر حال شواهد بسیار زیادی وجود دارد که نشان می دهد توانایی کودکان در ادراک مسائل پیچیده می تواند توسط تکنیک های خاصی بهبود یابد و این نظر بسیاری از پزشکان و پژوهشگران نیز می باشد (بیرمن در سـال ۱۹۸۳ اسـتفاده از مثـال هـای منسجم و سؤالاتی با ابهام کمتر را برای بهبود درک کودکان توصیه کرد). بـه جـای این که فرض کنیم کودکان از این شیوه بهره نمی برند، بهتـر اسـت راه هـایی را در نظر بگیریم که مداخله های پزشکی هر چه بیشـتر مناسـب سـن کودکـان شـوند و راحت تر در دسترس آن ها قرار گیرند.

برای این که به درمان مناسـب تـری بـرای کودکـان دسـت یـابیم، پیچیـدگی مداخله ی مورد نظر باید با سطح رشد آن ها انطباق یابد. متخصص *CBPT* باید بـه جای تمرکز به نقاط ضعف کودک، بر روی نقاط قوت و توانمنـدی هـای او سـرمایه گذاری کند. استفاده از مداخله های تجربی شامل بازی به جای مهارت های کلامـی یا توانایی های پیچیده ی شناختی، احتمالاً کاربرد بیشـتری در ایـن زمینـه خواهـد داشت.

یک مسئله ی مهم در مداخله، ترغیب و تسهیل صـحبت کـردن بـرای توضـیح تجربیات و هیجانات است. کودکان علیرغم رشد خـارق العـاده ای کـه در دامنـه ی لغات در طول سال های قبل از مدرسه دارند، توانـایی شـان در اسـتفاده از واژه هـا برای توضیح احساسات و هیجانات اغلب بسیار محدود می باشد. کودکـان خردسـال علاوه بر یادگیری واژه هایی برای توصیف احساسات شان، از کمک در انطباق رفتـار و احساس و هم چنین یاد گرفتن بیان احساسات به شیوه ای سازگارتر و با اسـتفاده از مهارت های کلامی، نفع می برند. به طور مثال می تـوان بـه کـودک آموخـت بـه جای این که یأس و سرخوردگی و یـا عصـبانیت خـود را از طریـق پرخاشـگری یـا

@karnil

خشونت ابراز کند، ابتدا درک کند که عصبانی است و سپس احساساتش را با واژه ها بیان نماید، نه با محرک های رفتاری. به این شکل یک احساس کنترل و غلبه به کودک دست داده و مسلماً بزرگسالان پیرامون او نیز بازخورد مثبتی به او نشان خواهند داد. بازی برای کودکان هم از نظر سنی و رشدی مناسب بوده و هم شیوه ی طبیعی برقراری ارتباط برای آنهاست. کودک می تواند از اسباب بازی ها به جای واژه ها استفاده کند و بازی برای او حکم برقراری ارتباط را دارد؛ زبانی که متخصص *CBPT* قادر به تفسیر آن می باشد.

بازی سازماندهی شده در مقابل بازی بدون ساختار

برای این که این فرآیند درمان مؤثر واقع شود، باید همراه با فعالیت هایی هدفمند و سازماندهی شده باشد. هم چنین باید زمان هایی بدون برنامه ریزی خاص در نظر گرفته شوند تا کودک بتواند به صورت خود انگیخته موضوعات یا لوازم دیگری را نیز وارد جلسه ی بازی کند. برقراری تعادل در فعالیت های خود انگیخته و از قبل سازماندهی شده، یکی از ظرافت های *CBPT* است. اطلاعاتی که به صورت خود بخود و بدون برنامه ریزی قبلی کسب شوند، برای فرآیند درمان بسیار مهم هستند، زیرا درمانگر بدون آن ها یک منبع غنی از اطلاعات را از دست خواهد داد. از سوی دیگر هنگامی که درمان به طور کلی بدون برنامه ریزی و غیر هدفمند باشد، امکان آموختن رفتارهای سازشگر مانند حل کردن مشکل وجود ندارد.

اهداف

ایجاد اهداف بخش مهمی در این فرآیند درمانی است و متخصص با کودک و خانواده ی او کار می کند تا اهداف تعیین شده و کودک به سمت آن ها هدایت شود. فرد درمانگر این حرکت مداوم به سوی اهداف را مورد ارزیابی قرار می دهد. در حالی که اهداف و حرکت به سوی آن ها بیشتر بر پایه ی فلسفه های ابتدایی بازی درمانی مانند بازی درمانی بیمار- محور (آکسلین،۱۹۴۷) شکل گرفته، اما باید گفت بخش تکمیل کننده ی رویکرد *CBPT* می باشد. انتخاب درمانگر ممکن است

@karnil

هنوز هم متمرکز بر رویکرد کودک - محور باشد، یعنی تکیه بر دانش بدست آمده از وضعیت کودک به واسطه ی گفتگو با والدین یا دیگر افراد آگاه یا هدایت خود کودک. در این رویکرد درمانی هم چنین متخصص ممکن است موضوعاتی را معرفی کرده و براساس آگاهی های بدست آمده از والدین یا معلم و نه الزاماً از خود کودک، راهنمایی هایی را ارائه کند. به طور مثال ممکن است عمداً از یک عروسک نمایشی با ارائه ی رفتاری خاص استفاده نماید و مسائلی را مطرح سازد که کودک به طور مداوم آن ها را ابراز می دارد و یا به آن صورت رفتار می کند.

اصول CBPT

نل (۱۹۹۳،۱۹۹۴) اصولی را برای این رویکرد درمانی ارائه کرد که بر گرفته از اصول *CBT* برای بزرگسالان بود (بک و امری،۱۹۸۵). این اصول که در ادامه ذکر شده اند، برای کودکان خردسال کاربرد دارند.

۱. ***شناخت درمانی براساس مدل شناختی اختلالات هیجانی و احساسی شکل گرفته است.*** این مدل که بر پایه ی فعل و انفعالات موجود بین شناخت، احساسات، رفتار و فیزیولوژی شکل گرفته، حاکی از این است که رفتار به واسطه ی فرآیند ها و پردازش گفتار ایجاد می شود. در واقع رفتارهای ناسازگارانه یا آزار دهنده، ابراز وجود افکار غیر منطقی می باشند. *CBT* در مورد بزرگسالان متمرکز بر تغییر شرایط و تفکرات غیر منطقی یا ناسازگارانه است. این مدل برای کودکان نیز قابل استفاده می باشد، اما در نظر داشتن ملاحظات رشد امری بسیار حیاتی است. تفکر کودکان اغلب ماهیتی غیر منطقی دارد و معمولاً رفتار و عملکرد آن ها به علت عدم بلوغ یا واکنش به محرک ها، مقدم از تفکرشان می باشد. تفکر آن ها الزاماً انطباقی و سازگار نیست، بخصوص این که کودکان سابقه و تاریخچه ی طولانی مدتی را به خاطر نمی آورند که بخواهند با توجه به آن مسائل دیگری را جایگزین تصمیم خود کنند. در نتیجه *CBT* برای کودکان خردسال بیشتر متمرکز بر فقدان تفکرات انطباقی

@karnil

می باشد تا این که به تحریفات شناختی یا مسائلی از این دست بپردازد.

۲. ***CBT شیوه ای بسیارمختصر بوده و از نظر زمانی محدود است.*** در سال ۱۹۸۵ زمانی که بک و امری این شیوه را کوتاه مدت فرض کردند، در واقع از درمانی سخن می گفتند که کمتر از ۶ ماه به طول می انجامید. منطق آن ها این بود که این شیوه ی درمانی باعث ترغیب خودکفایی فرد و کاهش وابستگی به درمانگر می شود و جهت گیری آن بیشتر به سمت رویکردهای عملی و حل مشکل بود. البته با گذشت زمان مسائل تغییر کرده و درمان کوتاه مدت احتمالاً به معنای درمانی بسیار کمتر از ۶ ماه می باشد. در عین حال محدود کردن زمان مداوا اغلب انتخاب مناسبی برای کودکان است. زیرا به این شکل این امکان فراهم می شود که درمان متمرکز بر رها شدن آنی از مشکلات بوده، هم چنین استراتژی هایی برای حل مشکل همراه با مهارت های سازش و انطباق ارائه می شود تا کودک به سرعت به شرایط بهینه ی قبلی خود باز گردد.

۳. ***یک رابطه ی درمانی مناسب شرط لازمه ی مؤثر بودن CBT است.*** این شیوه ی درمانی نیز مانند دیگر تکنیک ها بر یک رابطه ی درمانی صمیمی شکل گرفته بر اصل اعتماد و پذیرش تأکید دارد. وجود یک رابطه ی درمانی مثبت، بهترین پیش بینی کننده ی نتیجه ی درمان می باشد (برادی و همکاران،۱۹۸۰). بازی درمانی نیز از این قاعده مستثنی نیست. اگر قرار باشد محیط درمان امن و پذیرا تلقی شود، یعنی جایی که بازگو کردن اطلاعات و ابراز وجود فرد امکان پذیر است؛ درمانگر هم باید به عنوان یک فرد قابل اطمینان و بدون قضاوت های فردی در نظر گرفته شود.

۴. ***درمان تلاشی همراه با مساعدت درمانگر و بیمار می باشد.*** استفاده از یک دیدگاه گروهی و همکاری با بزرگسالان بخش مهمی از رابطه ی درمانی است. هر چند این مسئله در مورد کودکان نیز

@karnil

حائز اهمیت مشابهی می باشد، اما تشریک مساعی با آن ها بسیار متفاوت است و درمانگر باید تعادلی بین تحمیل کردن جهت گیری درمان بر کودک و پذیرش او به همان گونه که هست، برقرار سازد. علاوه بر این برخی از این مساعدت ها به جای این که مستقیماً با کودک انجام گیرد، با والدین او شکل می گیرد. این شکل از مساعدت نیز می تواند پشتوانه ی کار درمانگر با کودک باشد، بخصوص که مرتبط با محیط زندگی کودک و شرایط او در خانه است.

۵. ***در CBT ابتدا از روش سقراطی استفاده می شود.*** در این شیوه از سؤالات به عنوان یک راهنما استفاده شده و از توضیحات یا پیشنهادات مستقیم اجتناب می گردد. با استفاده از این سؤال ها به فرد کمک می شود تفکر غیر انطباقی خود را تغییر دهد. سؤالاتی مانند: *"چه دلیل و شواهدی وجود دارد؟"* *"شما از این مسئله چه چیزی یاد می گیرید؟"* نهایتاً وارد تفکر شخصی فرد می شود تا با افکار غیر منطقی او مواجهه کند و تفکری منطقی تر و سازگارانه در او ایجاد شود. چنین سؤالاتی معمولاً برای کودکان مؤثر نیستند و شاید استفاده از سؤالاتی با پاسخ هایی بدون محدودیت بیشتر مفید واقع شود. به طور مثال احتمال بیشتری وجود دارد که با گفتن *"نمی دونم تو در این باره چه احساسی می کنی که..."* کودک پاسخی به ما بدهد. اما اگر از او بپرسیم *"راجع به این مسئله چی فکر می کنی؟"* شاید به جوابی نرسیم. پرسش یا عبارت اول ماهیتی سقراطی دارد، هر چند متفاوت از یک پرسش سقراطی می باشد که اصالتاً برای بزرگسالان در نظر گرفته می شود.

۶. ***CBT سازماندهی شده و جهت دار است.*** این شیوه با ساختار هدفمند خود این امکان را فراهم می سازد تا بر اهداف خاصی متمرکز شد. در مورد کودکان این ساختار با رویکردهای بدون ساختار که در بازی به آن ها نیاز می باشد، متعادل می گردد. معمولاً در طول بازی هایی بدون ساختار قبلی و با هدایت کودک است که

@karnil

مسائلی آشکار می شوند که ممکن بود در فرآیندهای از قبل برنامه ریزی شده، هویت خود را آشکارنمی ساختند. برقراری این تعادل کاری بسیار ظریف است، اما ایجاد آن در *CBPT* برای رسیدن به موفقیت الزامی است.

۷. ***CBT متمرکز بر مشکل است.*** در مورد بزرگسالان این شیوه متمرکز بر شناسایی مشکلات خاص و نهادینه کردن مداخله هایی برای برطرف ساختن آن هاست. این مسئله هم چنین در *CBPT* نیز بسیار حائز اهمیت می باشد، زیرا کودکان با مشکلات خاصی ارجاع داده می شوند که والدین آن ها تقاضای کمک برای حل این مشکلات را دارند. در هر حال مسئله ی بسیار حیاتی شناسایی و شفاف سازی مشکلات در مقابل علائم آشکار می باشد، چرا که معمولاً اغلب کودکان علائم چند گانه ای از خود بروز می دهند که ممکن است همگی آن ها مرتبط با مشکل او نباشند. به طور مثال کودکی که پس از مورد اذیت و آزار قرارگرفتن، خود را گلی می کند و رفتارهای خشن فیزیکی نشان می دهد، در واقع علائم مشکل خود را ابراز می دارد. پس از آن ممکن است این کودک در اعتماد کردن و یا کنترل مشکل داشته باشد و علائمی که از خود نشان می دهد مانند زد و خورد یا کثیف کردن لباس هایش، ابراز فیزیکی این مشکلات است.

۸. ***CBT براساس یک مدل پرورشی شکل گرفته است.*** در این مدل درمانی عقیده بر این است که علائم مشکل از آن جهت شکل می گیرند که فرد شیوه های نامناسبی را برای مواجهه با این مشکلات فرا گرفته است. در این جا درمانگر در واقع آموزگاری است که به آموزش مهارت های سازنده و مثبت سازش و تحمل می پردازد و روش های جایگزینی را برای رفتارها و تفکر غیر انطباقی کنونی کودک ارائه می دهد. آموزش این شیوه های جایگزین در مورد کودکان خردسال می تواند حیاتی اما دشوار باشد، زیرا ایجاد

@karnil

مهارت های سازش مثبت به طور خود انگیخته و بدون الگوسازی و هدایت کودک، اغلب کاری غیر ممکن می باشد.

۹. ***تئوری و تکنیک های CBT بر شیوه ی قیاسی تکیه دارند.*** به بزرگسالان آموخته می شود دیدگاهی علمی نسبت به مشکلات داشته باشند و به عقاید خود به عنوان فرضیه هایی بنگرند که می توان آنها را براساس داده های جدید اصلاح کرد. انجام آزمایشات و تجربیاتی برای آزمودن این عقاید بخشی از کاری است که بزرگسالان در فرآیند درمان به آن مشغول هستند. از آن جا که ارزیابی فرضیات معمولاً برای کودکان خردسال امکان پذیر نیست، بخشی از این کار برای او انجام می شود.

۱۰. ***انجام تکالیفی در خانه که یک جنبه ی محوری در CBT می باشد، در مورد CBPT برای کودکان خردسال کاربرد ندارد.*** در مورد بزرگسالان عمومی ساختن فرآیند درمان و نهادینه سازی آن در مکان های گوناگون از طریق تعیین کردن انجام کارهایی بین جلسات امکان پذیر می شود. اما باید در نظر داشت کودکان بندرت چنین تکالیفی را انجام خواهند داد و در مورد کودکان خردسال این کار شاید عملاً غیر ممکن باشد.

عمومی سازی و اجتناب از بازگشت مجدد مشکل

بسیار مهم است کودکان بتوانند مهارت های آموخته شده در فرآیند درمان را در شرایط طبیعی مورد استفاده قرار دهند و پس از این که درمان خاتمه یافت، مشکل آن ها مجدداً باز نگردد. مطلوب است درمان شامل فرآیندهایی شود که بهبود دهنده ی این فرآیند عمومی سازی هستند (میکن باوم،۱۹۷۷). این کار می تواند با استفاده از شرایط زندگی واقعی در الگو سازی و ایفای نقش، آموزش مهارت های مدیریت فردی، وارد کردن بزرگسالان و مراقبان کودک در فرآیند درمان و ادامه ی درمان قبل از حصول اطمینان از اکتساب مهارت های مورد نیاز، صورت بگیرد.

@karnil

درمان نیز باید با این هدف به کودک و خانواده اش کمک کند تا از بازگشت مجدد مشکل اجتناب شود. شرایط پر خطر *(High Risk)* باید شناسایی شده و کودک و والدینش را باید برای مواجهه با چنین شرایطی که می تواند بسیار مخرب باشند، آماده ساخت. در واقع کودک به این شکل در مقابل شکست مصون می شود (میکن باوم،۱۹۸۵؛ مارلات و گوردون،۱۹۸۵). شرایط پرخطر ممکن است مسائلی کاملاً طبیعی در فرآیند رشد کودک باشند (به طور مثال آغاز سال جدید تحصیلی و یا کنار آمدن با جدایی والدین). در *CBPT* درمانگر ممکن است سناریوهایی مشابه با آنچه که کودک احتمالاً با آن ها مواجه می شود را در بازی جای دهد و مهارت های انطباقی سازش و رفتارهای مثبت تبدیل به بخشی از این بازی شوند. عمومی سازی و ممانعت از بازگشت مشکل اغلب در مراحل میانی درمان اجرا می شوند تا کودک یاد بگیرد مهارت هایی را که بدست آورده، در وضعیت ها و مکان های گوناگون مورد استفاده قرار دهد.

بازی رفتار درمانی شناختی در مقابل شیوه های کلاسیک بازی درمانی

شباهت ها/ تفاوت ها

با توجه به پیشینه ی بازی درمانی می توان مشاهده کرد که این فرآیند براساس تئوری های روان پویشی یا بیمار- محور شکل گرفته است. هر چند فرضیات متعددی که در این شیوه ها وجود دارند در *CBPT* نیز مشاهده می شوند، اما این شیوه متفاوت از رویکردهای کلاسیک بازی درمانی می باشد. این شیوه ی نوین در این ابعاد مشابه با دیگر گونه های بازی درمانی است: *تکیه بر رابطه ی درمانی مثبت، استفاده از بازی به عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط با کودک و دادن این پیغام به او که فرآیند درمان جایگاه امنی برای او می باشد.* علیرغم این تشابهات پیش فرض هایی در رویکرد *CBPT* وجود دارند که بنیانی متفاوت از شیوه های کلاسیک بازی درمانی در آن به چشم می خورد. تفاوت های متعددی را می توان در اهداف و جهت گیری ها، انتخاب فعالیت ها و مواد بازی، در نظر داشتن بازی به عنوان یک فرآیند پرورشی و اهمیت برقراری ارتباط بین رفتار کودک و افکارش مشاهده کرد. در حالی که درمانگر در بازی درمانی

@karnil

غیرهـدایت کننـده بیشـتر یـک نـاظر بـی طـرف اسـت، امـا متخصـص *CBPT* راهنمایی هایی به کودک ارائه کرده، اهدافی را تعیین می کند و مداخله هایی را بـه کارمی گیرد که برای رسیدن به این اهداف کارایی دارند. هـم چنـین فـرد درمـانگر همراه با کودک فعالیت ها و مواد بـازی را انتخـاب کـرده و یـک ظرفیـت پرورشـی روانشناختی در درمان ایجاد می کند. نهایتاً باید گفت در این رویکرد نوین مشکلات و تضادها برای کودک به صورت گفتاری بیان شده و از رابطه و زمان درمان استفاده می شود تا کودک بتواند رابطه ی منطقی بین واژه ها را درک کـرده و بـه شـیوه ی مناسبی قادر به ابراز مشکلات خود گردد (نل،۱۹۹۳). این تشابه ها و تفاوت هـا بـه صورت خلاصه در جدول **۲-۶** و **۱-۶** ارائه شده اند.

پشتوانه ی تجربی

CBPT یک مدل تلفیقی از روان درمانی با محوریت رشد می باشد و بنیـان آن را می توان در مـداخلات روانشناسـی داده - محـور[۱۶۵] مشـاهده کـرد (چـامبلس و همکاران،۱۹۹۶). در این شیوه از تکنیک هایی با پشتوانه ی تجربی مانند الگوسـازی استفاده می شود.

جدول ۱-۶. تشابهات *CBPT* در مقایسه با شیوه های کلاسیک بازی درمانی

رابطه درمانی
برقراری تماس با کودک
مشغول کردن کودک در فرآیند درمان
جلب اعتماد کودک
استفاده از بازی برای برقراری رابطه
استفاده از بازی به عنوان واسطه ی درمان علاوه بر ابزار برقراری ارتباط
توجیه کردن کودک در امن بودن جایگاه درمانی
فراهم کردن احساس امنیت برای کودک

****

[165] *Data-based Psychological Interventions*

@karnil

پژوهش ها حاکی از آن هستند که یادگیری از طریق ارائه ی مدل، شیوه ای مؤثر برای اکتساب، تقویت یا تضعیف رفتارها می باشد (باندورا،۱۹۹۷). دیگر مداخله های مستند مانند حساسیت زدایی سازماندهی شده نیز در *CBPT* استفاده می شوند (ولپ،۱۹۵۸،۱۹۸۲).

CT برای بزرگسالان به خوبی گسترش یافته و پشتوانه ی تجربی مناسبی برای طیف گسترده ای از مشکلات مانند اضطراب یا افسردگی دارد. در مطالعاتی با استفاده از گروه کنترل، کارآیی این درمان برای افسردگی ماژور(دابسون،۱۹۸۹)، اضطراب عمومی (بارلو، کراسک، چرنی و کلاسکو،۱۹۸۹؛ بک، سوکول، کلارک، برچیک و رایت،۱۹۹۲؛ کلارک، سالکوفسکیس، هکمن، میدلتون و گلدر،۱۹۹۲) و ترس از قرار گرفتن در اجتماع (گلرنتر،۱۹۹۱؛ هیمبرگ و همکاران،۱۹۹۰) نشان داده شد.

این پژوهش ها تنها تعداد اندکی از مطالعات انجام شده در این زمینه بودند. همان گونه که گفتیم، در*CBPT* هدف انطباق فرآیند درمان در تناسب با سن کودک و بازی های مناسب او می باشد. در هر حال کارایی انطباق شناخت درمانی برای کودکان خردسال هنوز کاملاً آشکار نشده است. هر چند این شیوه برای بزرگسالان مناسب است، اما الزاماً به این معنا نیست که به مقدار مشابه برای کودکان تأثیر گذار باشد و این مسئله اخیراً مورد بررسی قرارگرفته است.

در پژوهشی که اخیراً توسط پیرسون[۱۶۶] در سال ۲۰۰۷ انجام گرفت، او متوجه شد کودکانی که تحت این فرآیند درمان قرار گرفته بودند، امیدواری بیشتر، ظرفیت اجتماعی بالاتر و علائم کمتری از اضطراب و گوشه گیری را در مقایسه با گروه کنترل از خود نشان دادند و این مسائل توسط آموزگاران آن ها نیز تأیید شد. برای این کودکان تنها از ۳ جلسه ی *CBT* استفاده شده بود و هر چند که از نظر فنی نمی توان آن را یک رویکرد *CBPT* در نظر گرفت، اما در هر حال این مطالعه اولین پشتوانه ی تجربی برای این شیوه ی درمانی می باشد.

****

[166] *Pearson*

@karnil

جدول ۲-۶. تفاوت های *CBPT* در مقایسه با شیوه های کلاسیک بازی درمانی

	روان پویشی	غیر مستقیم (آکسلین،۱۹۴۷)	*CBPT*
جهت گیری و اهداف	جهت گیری توسط درمانگر تعیین نمی شود.	جهت گیری درمان به کودک تحمیل نمی شود.	اهداف درمانی ایجاد شده و جهت گیری به سمت این اهداف بنیان مداخله است.
فعالیت ها و مواد بازی	درمانگر یک شرکت کننده ی ناظر بوده و پیشنهادی در رابطه با مشکل ارائه نمی دهد.	فعالیت ها یا مواد بازی و هم چنین سمت و سوی آن همیشه توسط کودک انتخاب می شود.	کودک و درمانگر هر دو این موارد را انتخاب می کنند.
بازی به عنوان یک رویکرد پرورشی	از بازی برای آموزش یا پرورش استفاده نمی شود و این مقوله هدف درمان نیست.	آموزش در این جا مناسب نیست، زیرا نوعی راهنمایی محسوب می شود.	از بازی برای آموزش مهارت ها و رفتارهای سازگارانه تر استفاده می شود.
تفاسیر / ارتباطات	تفسیر هدف غائی می باشد.	ارتباطات توسط درمانگر ایجاد نمی شوند مگراین که ابتدا کودک آن ها را ابراز کند. برقراری رابطه درمانگر بدون قید و شرط بوده و هیچ نوع تفسیری از بازی های سمبولیک ارائه نمی شود.	ارتباطات توسط درمانگر معرفی شده و مشکلات به صورت کلامی برای کودک مطرح می شوند.
تشویق	تشویق مناسب در نظر گرفته نمی شود.	درمانگر نباید از تشویق استفاده کند.	تشویق یک جزء مهم بوده و باعث تقویت کردن رفتارهای مناسب و برقراری رابطه با کودک می شود.

@karnil

خلاصه و نتیجه گیری

CBPT مخصوص کودکان خردسال طراحی شده و بر جذب کودک در فرآیند درمان تأکید بسیار زیادی دارد و هم چنین به مسائلی مانند کنترل، غلبه کردن و پذیرش مسئولیت برای تغییر رفتارهای فردی می پردازد. به کودک کمک می شود خود نقش فعالی در ایجاد تغییرات داشته باشد (نل،۱۹۹۳). درمانگر با ارائه ی مداخله هایی مناسب با سن کودک، به او کمک می کند از شیوه ای بهره ببرد که در غیر این صورت امکان ناپذیر می بود. مداخله های شناختی و رفتاری بسیار زیادی می توانند با بازی درمانی ترکیب شوند. در این فرآیند درمانی نوین اهداف و ساختاری برای درمان شکل گرفته و تعادلی بین چارچوب سازماندهی شده ی درمان و حرکات خود انگیخته ی کودک برقرار می شود که البته برقراری این تعادل کاری بسیار حساس بوده اما برای موفقیت درمان الزامی می باشد و بدون این حرکات خود انگیخته ممکن است یک منبع غنی از اطلاعات نادیده انگاشته شود. از سوی دیگر چنانچه فرآیند درمان هیچ نوع ساختار یا جهت گیری خاصی نداشته باشد، غیر ممکن است بتوان به کودک کمک کرد تا مهارت های انطباقی بیشتری کسب کند. دلایل کافی وجود دارد تا باور کنیم کودکانی که نیازمند یادگیری رفتارها و مهارت های انطباقی و سازشگر هستند و یا درگیر شدن آن ها در فرآیند درمان به طور مستقیم حائز اهمیت است؛ نمونه های مناسبی برای *CBPT* محسوب می شوند. در پایان این بخش سؤال مهمی که مطرح می شود این است که:

کدام گروه از کودکان خردسال باید به طور مستقیم و توسط والدین شان هدایت شوند و برای چه کودکانی باید از درمان مستقیم با استفاده از این رویکرد نوین استفاده شود؟

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

فصل سوم

درمان های مؤثر با استفاده از بازی و CBT

فصل سوم شامل ۵ بخش می باشد و در آن به درمان های مستندی پرداخته می شود که از بازی یا رویکردهای بازی- محور در آن ها استفاده شده است. در هر بخش نویسندگان منطق خود را برای در نظر گرفتن بازی در فرآیند درمان ارائه می کنند. خواننده با استفاده از مثال های ارائه شده، درک بهتری از چگونگی استفاده از بازی و مداخله های بازی- محور در رویکردهای درمانی مشابه بدست خواهد آورد. در سه بخش اول این فصل، رویکردهای *CBT* همراه با بازی معرفی شده اند که برای درمان مشکلات خانواده، اختلالات اضطراب و پرخاشگری درکودکان استفاده می شوند. دو بخش آخر توجه خود را معطوف به رویکردهای کودک- محور نموده است که در آن ها از والدین یا افراد غیر متخصص نیز می توان استفاده کرد.

بخش اول این فصل نوشته ی سوزان هانسن و گلن ساکس نگاهی بر سیستم های درمان ضربه خواهد داشت. چنین رویکردهایی برای ارزیابی و مداخله های درمانی در زندگی خانواده ها و کودکانی شکل گرفته اند که تجربه ی ناخوشایندی را پشت سر گذاشته و دچار مشکلاتی چون ناتوانی در کنترل احساسات و رفتار شده اند. *"مرکز خانواده و کودک"* در ناحیه ی میدهودسون

@karnil

نیویورک به علت به کارگیری موفقیت آمیز این روند درمانی و تلفیق آن با بازی و مداخله های بازی- محور شهرت زیادی بدست آورده است و به نظر می رسد دیگر رویکردهای درمانی چندان در این زمینه موفق نبوده اند. مدل سیستم های درمانی ضربه یا *TST*[۱۶۷] به صورت چند قسمتی توضیح داده شده و خواننده تصویر شفاف تری از تکنیک ها و رویکردهای مورد استفاده در این شیوه بدست می آورد. نویسندگان به این نتیجه گیری می رسند که بازی باعث رشد ضمیر شخص (اگو) و نهایتاً اکتساب مهارت های جدید می شود. آن ها طرفدار این عقیده هستند که تلفیق سیستم های درمان ضربه با بازی درمانی و *CBT* برای کودکان آسیب دیده می تواند شیوه ی بسیار مؤثرتری باشد.

بخش هشتم متمرکز بر تلفیق بازی با درمان هایی شامل دستورالعمل های خاص برای کودکان و نوجوانان دچار اضطراب می باشد. نویسندگان این بخش نیاز به فعالیت های بازی- محور را به عنوان بخشی از درمان مطرح می کنند و به علت عدم تمایل کودکان و نوجوانان برای یک جا نشستن و سخن گفتن راجع به مشکلات شان که به دلیل تحرک بسیار زیاد آنهاست و هم چنین توانایی های محدود در بازتاب مشکل شان و یا عدم تمایل به بازگوکردن آن ها، استفاده از بازی را بسیار مهم تلقی می کنند. با توجه به چنین رفتارهایی در کودکان، استفاده از درمان هایی که بر گفتگو های دو جانبه، یادگیری، کار مشترک و در میان گذاشتن تجربیات و احساسات تأکید دارند، ناموفق می باشد.

آن ها بازی را به عنوان بخشی از یک *"مفهوم بزرگتر از مداخلات روانشناختی"* می دانند که درمان را مؤثر می سازد. در این بخش به برنامه ی **گربه ی سازشگر** اشاره شده که دستورالعملی را برای یک درمان ۱۶ جلسه ای به پزشک همراه با یک کتاب کار برای کودک ارائه می کند. این رویکرد ترکیبی از استراتژی های رفتاری و شناختی می باشد که ابعاد اجتماعی و احساسی نیز در آن گنجانده شده است. استفاده از بازی و تفریحات، درمانی مناسب با سن کودک را به او انتقال می دهد. خواننده با توضیحات گام به گامی که در این جا ارائه شده، به طور کامل

****

[167] *Trauma Systems Therapy*

@karnil

درک می کند که چگونه برنامه ریزی به صورت تدریجی تکامل یافته و هدف از فعالیت های بازی- محور چیست.

بازی باعث می شود کودک بیشتر به فرآیند درمان مشغول شود که این امر خود یک عامل پیش بینی کننده ی مهم از موفقیت درمان است. نویسندگان این بخش حامی رویکردی انعطاف پذیر در مواجهه با درمان هایی با دستورالعمل های خاص هستند که بتوان بازی را نیز در آن ها به کارگرفت.

بخش نهم نگاهی به نقش بازی در *CBT* برای کودکان مهاجم و پرخاشگر دارد. نویسندگان این بخش برنامه ی **قدرت سازش** را ارائه می دهند که یک مداخله ی *CBT* با پشتوانه ی تجربی است و برای کودکان سال های آخر دبستان طراحی شده که دچار مشکلات رفتاری هستند. این برنامه تکنیک های مختلفی از بازی را در هم ادغام کرده و در آن از عروسک های نمایشی، پرسش و پاسخ ، مسابقات و فعالیت هایی که باید در یک چارچوب زمانی مشخص انجام گیرند همراه با ایفای نقش های مختلف به صورت نمایشی استفاده شده است.

از بازی برای کمک به کودک در سرگرم شدن در فرآیند درمان، تثبیت علاقه ی او، تکرار برای کسب مهارت و مسائل آموزش داده شده و انطباق سبک های مختلف یادگیری استفاده می شود. در این بخش مثال های متعدد دیگری نیز ذکر شده اند تا خواننده بتواند به درک بهتری از چگونگی نهادینه شدن این شیوه ها برسد. هم چنین از روش بهبود رابطه ی والدین – کودک با تأکید بسیار زیادی بر این که زمانی را با یکدیگر باشند و خوش بگذرانند، استفاده می شود. نویسندگان این بخش براساس موفقیت برنامه شان به طور واضح چنین می گویند: *"تکنیک های بازی درمانی گاهی اوقات به صورت ضد و نقیض در رویکردهای CBT برای کودکان و خانواده هایشان نشان داده شده اند، اما کاملاً آشکار است که بازی می تواند به طور شفاف در خدمت رویکردهای CBT مستند باشد."*

در بخش دهم به این مسئله پرداخته می شود که چگونه یک رویکرد درمانی مستند با استفاده از تعاملات بین والدین و کودک می تواند با بازی درمانی تلفیق شود. نویسندگان نگاهی به تاریخچه و بنیان های این شیوه ی درمان یا

@karnil

PCIT [۱۶۸]داشته و ابتدا پروتکل آن را همراه بـا شـواهد پژوهشـی نشـان دهنـده ی کارآمدی اش در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ارائه می کنند. آن ها هـم چنـین به این نکته اشاره می کنند که شـیلا آیبـرگ[۱۶۹] بنیانگـذار شـیوه ی *PCIT* اخیـراً اذعان داشته که مفاهیمی که باعث شده او *PCIT* را ایجاد کند، الهـام گرفتـه از دو فرد پیشتاز گستره ی بازی درمانی یعنی ویرجینیا آکسـلین و برنـارد گـوئرنی بـوده است.

آیبرگ همراه با دو صاحبنظر دیگر نوعی مداخله ی رفتـاری را ایجـاد کـرد کـه باعث بهبـود مهـارت هـای والـدین، کـاهش مشـکلات رفتـاری کودکـان و تقویـت غیر مستقیم وابستگی و تعلق خاطر میان والدین و کـودک مـی شـد. ایـن مداخلـه مناسب کودکانی بین سـنین ۲ تـا ۸ سـاله مـی باشـد کـه بـه نـوعی در رفتارهـای برونگرای خود دچار مشکل هستند. نویسندگان این بخش نمونه های واضحی از هـر مرحله ی این فرآیند درمانی ارائه کرده اند و هم چنین به این سؤال می پردازند کـه آیا آموزش به والدین بازی درمانی محسوب می شود؟

متخصصان رویکردهای کلاسـیک بـازی درمـانی ممکـن اسـت *PCIT* را جـزء شیوه های بازی درمانی در نظر نگیرند، اما نویسندگان این بخش این گونه از عقایـد خود دفاع می کنند که عناصر الزامی بازی درمانی طبق تعریفی کـه لانـدرس از آن ارائه کرده، در رابطه ی موجود بین کودک و درمانگر رعایت می شود و سپس توجـه خود را معطوف به ایجاد یک فضای ارتباطی امن مـی کننـد کـه اسـتفاده از مـدیوم بازی درون مایه ی اصلی این رویکرد است.با توجه به مثال های بسیار زیادی کـه در این بخش ارائه شده، نویسندگان نتیجه گیری می کننـد کـه ایـن رویکـرد درمـانی حقیقتاً نوعی از بازی درمانی و یـک مداخلـه ی بسـیار مـؤثر همـراه بـا پشـتوانه ی پژوهشی غنی می باشد.

این فصل با بخش یازدهم خاتمه می یابـد و در آن بـه **پـروژه ی ابتـدایی**[۱۷۰] پرداخته شده که یک برنامه ی درمانی برای انطبـاق بـا مدرسـه اسـت. ایـن برنامـه

****

[168] *Parent-Child Interaction Therapy*
[169] *Sheila Eyeberg*
[170] *Primary Project*

@karnil

پشتوانه ی پژوهشی بسیار خوبی را بـه خـود اختصـاص داده اسـت. در ایـن بخـش پژوهش های برنامه های درمانی و موفقیت آن هـا در یـک دوره ی ۵۰ سـاله مـورد بازنگری قـرار گرفتـه انـد. پـروژه ی نـامبرده در واقـع یـک برنامـه ی پیشـگیری و شناسایی زودهنگام می باشد که باعـث بهبـود مهـارت هـای اجتمـاعی، احساسـی، رفتاری و یادگیری شده و از سوی دیگر موجب کاهش مشکلات انطباق با مدرسـه و مسائل اجتمـاعی و احساسـی کودکـانی در سـن قبـل از دبسـتان تـا کـلاس سـوم می شود. در این برنامه افراد آموزش دیده و نیمه ماهر از بازی های مناسب بـا سـن کودک که توسط او هدایت می شوند، استفاده مـی کننـد تـا مشـکلات کودکـان در خطر آشکار شود. پژوهش ها نشـان داده ایـن پـروژه باعـث مـی شـود کودکـان در مدرسه بازده بهتری داشته باشند. نویسندگان این بخش به این نکته اشاره می کنند که این برنامه از نوع درمانی و مخصوصاً بـازی درمـانی نیسـت، زیـرا در آن از افـراد متخصص استفاده نشده و هم چنین کودکان مورد هدف صـرفاً مشـکلاتی نـاچیز در انطباق با مدرسه دارند؛ اما در هر حال یک رویکرد بازی- محور بوده و اصول نظـری آن ریشه در متون علمی بازی درمانی کودک- محور دارد و از این شیوه ی مداخلـه استفاده می کند. خواننده با خواندن این بخـش و توضـیحات کامـل نویسـندگان از عوامل درمانگر بازی، قادر خواهد بود مسائل بسیار جالبی در رابطه بـا طراحـی اتـاق بازی درمانی و لوازم مورد استفاده بیاموزد.

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش هفتم

درمان ضربه های روحی:

CBT و بازی درمانی برای مشکلات کودک و خانواده

سوزان هانسن، گلن ساکس

این بخش به بررسی مدل *TST* یا درمان ضربات روحی برای بیمارانی می پردازد که نیازی به بستری شدن در آسایشگاه ندارند. *TST* برای ارزیابی و مداخله در زندگی خانواده ها و کودکانی به کارگرفته می شود که تجربیات آسیب رسانی را پشت سر گذاشته اند و دچار مشکلاتی در تعدیل حالات احساسی و رفتاری شده اند. این مداخله ها نه تنها به کودک بلکه هم چنین به محیط اجتماعی پیرامون او نیز توجه دارند. منطق استفاده از *TST* در یکی از بخش های ایالت نیویورک همراه با محیط اجتماعی و ساختار ضربه مورد مباحثه قرار خواهد گرفت. هم چنین به این نکته اشاره می شود که چگونه می توان بازی و *CBT* را در چارچوب گسترده ای از این مدل مورد استفاده قرار داد.

@karnil

محتوا یا محیط اجتماعی

تعداد کودکانی که مورد آزار قرار گرفته یا به آن ها توجه نمی شود، اخیراً در حال افزایش است. در سال ۲۰۰۱ حدود ۳ میلیون کودک با چنین مشکلاتی به مقامات ذیربط ارجاع داده شدند (درمان مشکلات کودکان،۲۰۰۱)؛ در سال ۲۰۰۴ وضعیت حدود ۳ میلیون و ۵۰۳ هزار کودک توسط سازمان های مربوطه مورد بررسی قرار گرفت (درمان مشکلات کودکان،۲۰۰۴ ص ۲۳) و این آمار در سال ۲۰۰۵ به ۳/۶ میلیون کودک رسید. باید گفت این ارقام نشان دهنده ی گستره ی کامل مسائلی چون سوء استفاده از کودکان یا غفلت از آن ها نیست، زیرا می دانیم بسیاری از این موارد هرگز گزارش نشده اند. طبق نظر بروس پری پژوهشگر و پزشک کودکان در رشته ی آسیب ها و ضربات روحی: *"در یک پژوهش عمده از هر ۸ کودک زیر سن ۱۷ سال، حدوداً ۱ نفر یک سوء رفتار جدی توسط بزرگسالان را در سال گذشته گزارش کرده است. هم چنین در یک همه پرسی دیگر که در سال ۱۹۹۵ انجام گرفت، حدود ۶ درصد از مادران و ۳ درصد از پدران اعتراف کردند که حداقل ۱ بار کودک خود را مورد آزار قرار داده اند"* (پری و اسزالاویتس،۲۰۰۶؛ ص۳). احتمالاً تکان دهنده ترین واقعیت آماری این است که *"گمان می رود حدود ۱۰ میلیون کودک امریکایی سالانه در معرض خشونت در خانه هستند"* (پری و همکاران،۲۰۰۶؛ ص۳). می دانیم تعداد بسیاری از کودکان از آزار و اذیت، غفلت و استرس های عمومی مربوط به خانواده و هم چنین خشونت های اجتماعی آسیب می بینند. البته باید گفت از این بابت خرسندیم که *"تنها حدود یک سوم از این کودکان وضعیت شان آن قدر حاد است که باید تحت درمان PTSD قرار بگیرند"* (وندرکولک،۲۰۰۲، ص۱۳۱)، اما هنوز هم درصد این تعداد از کودکان آمار بالایی را به خود اختصاص می دهد و نشان دهنده ی آسیب های جدی آزار و اذیت و غفلتی است که آن ها تحمل می کنند. مک کان[۱۷۱] و پیرلمن[۱۷۲] (۱۹۹۰) زمانی یک رویداد را آسیب رسان تلقی می کنند که: *" ۱. ناگهانی، غیر منتظره یا نابهنجار*

****
[171] *McCann*
[172] *Pearlman*

@karnil

است، ***۲****. از توانایی فرد برای مواجهه با آن فراتر است،* ***۳****. باعث از هم گسیختگی چارچوب اعتقادی، ادراکی و دیگر نیازهای محوری روانی و الگوهای مرتبط با آن می شود"* (ص ۱۰).

در حالی که گزارشات حمایت از کودکان تداوم می یابند و سیستم های خدمات رسانی سعی در پاسخگویی با کارآمدی فزاینده ای دارند، ارزیابی مجدد خدمات پزشکی و برنامه های درمان نیز مورد نیاز هستند. ما در کلینیک خود در اولسترکاونتی نیویورک متوجه شدیم که آسیب ها و ضربات پیچیده، عمده مراجعات خانواده ها را به خود اختصاص می دهند که آزار واذیت و ضربات روحی نیز شامل آن ها می شود. جودیت هرمن[۱۷۳] (۱۹۹۲) و دیگر پزشکان و پژوهشگران این زمینه، بین تأثیر یک رویداد آسیب رسان و وقایع پیچیده تر، مکرر و تجربه ای طولانی مدت از آزار و اذیت و سوء استفاده تمایز قایل شده اند. هرمن (۱۹۹۲) از عنوان *" اختلال تنش و استرس پیچیده ی پس از ضربه*[۱۷۴] *(CPTSD)"* (ص۱۱۹) برای طبقه بندی این نوع علائم استفاده می کند.

هنگامی که آزار و اذیت به صورت مزمن باشد و در محیط خانواده روی دهد، مضامینی بوجود می آیند که بسیار فراتر از یک رویداد آسیب رسان انفرادی هستند. همان گونه که کودکان رشد می کنند، مهارت های بسیار زیادی را می آموزند که سنگ بنای حرکت آن ها در آینده می باشد. اما اگر کودک احساس امنیت نداشته باشد، توانایی او برای ایجاد بنیانی که بتواند ظرفیت های رشدی آینده ی خود را بر آن بنا نهد همراه با دیگر قدرت هایش تحت تأثیر منفی قرار خواهند گرفت. وابستگی و متصل بودن به یک رابطه ی امن در اوایل زندگی، ساختار لازم برای پشتیبانی از رشد عادی کودک را فراهم می کند. هنگامی که این تعلقات به علت ضربات روحی متزلزل می شوند، تأثیری بسیار نافذ دارند. *"قرار گرفتن در معرض آسیب های پیچیده، منجر به از دست رفتن ظرفیت های محوری برای تعدیل حالات فردی و ارتباطات می شود..."* (کوک و همکاران، ص ۳۹۰).

"...کودکانی با سوابق رویدادهای آسیب رسان و پیچیده، به علت ظرفیت

****

[173] *Judith Herman*

[174] *Complex Post Traumatic Stress Disorder*

@karnil

ناقص و رشد نیافته ی تعدیل حالات فردی و آرام کردن خود دچار مشکلات رفتاری و احساسی حادی می شوند" (کوک و همکاران؛ ص۳۹۳). در هر حال میزانی که هر ضربه بر کودک تأثیر می گذارد، بسیار متغیر بوده و ظاهراً بستگی به سطحی از رشد دارد که حادثه در آن اتفاق افتاده است. در سنین مختلف و مراحل متفاوت رشد، ممکن است قسمت های خاصی از مغز دچار آسیب شوند.

بنابراین با توجه به چنین مسائلی، تشخیص و درمان آسیب های کودک و خانواده همراه با پیچیدگی های بسیار زیادی می باشد. دستورالعمل کنونی تشخیص و ارزیابی آماری اختلالات روحی (*APA*، ۱۹۹۴) شامل تشخیصی برای *PTSD* می باشد که باید گفت برای استفاده در مورد کودکان محدودیت های بسیاری دارد. در مقیاس *PTSD* موجود در این راهنما تأثیر چند بعدی ضربه بر کودکی که در حال رشد می باشد در نظر گرفته نشده است، اما اخیراً تلاش هایی توسط شبکه ی ملی استرس های ناشی از ضربه در کودکان[۱۷۵] انجام شده تا تشخیص دقیق تری برای آن ها صورت گیرد. تشخیص اختلال ضربه بر اساس رشد به این شکل عنوان شده است (وندرکولک،۲۰۰۵، ص ۴۰۶) : *" این تشخیص بر اساس این مفاهیم شکل گرفته: قرار گرفتن در معرض آسیب های چندگانه ی ناشی از روابط بین فردی مانند: رها شدن، خیانت، آسیب های جسمانی یا آزار و اذیت و یا مشاهده ی خشونت در خانه که عواقبی پایدار و قابل پیش بینی دارند و بر بسیاری از حوزه های عملکرد کودک تأثیر می گذارند."*

اولسترکاونتی – نیویورک

در طول ۶ سال گذشته بخش کودک کلینیک روان درمانی اولسترکاونتی در چگونگی ارائه ی خدمات خود شاهد تغییرات عمده ای بوده است. در سال ۲۰۰۳ پس از بررسی پرونده های موجود و هم چنین مراجعانی که هنوز در فهرست انتظار بودند، کاملاً معلوم شد که علت اصلی مراجعه به کلینیک ما، مشکلات خانوادگی و اجتماعی هستند که منجر به اختلالات روانی در کودکان مراجعه کننده شده بودند.

****

[175] *National Child Traumatic Stress Network*

@karnil

به عبارت دیگر عده ی بسیار اندکی از کودکان به دلیل اختلالات روانی بـا ریشـه ی ژنتیک به ما مراجعه نموده بودند. عمده مسائلی که می شد در پرونـده هـا مشـاهده کرد، نگرانی والدین و سرپرستان از نافرمـانی کودکـان، اخـتلالات رفتـاری، اخـتلال اضطراب و تنش پس از ضربه و اختلال در رابطه بین والد – کودک بودند که باعـث شد ما آن ها را هر چه بیشتر مرتبط با عوامل محیطی فرض کنیم. در این زمان بـود که تصمیم گرفتیم علت این رفتارها را جویا شویم و بـه دنبـال راهـی بـرای درمـان باشیم.

ما توجه ویژه ای به کودکان و خـانواده هـایی داشـتیم کـه بـه علـت سـابقه ی سوء استفاده و ضربات روحی به ما مراجعه کرده بودند و معتقد بودیم که روش های قدیمی کلینیک ما در ارائه ی خدماتی به این خـانواده هـا کـه توانـایی سـازماندهی خود را نداشتند، ناکارآمد بوده است. البته محدودیت هایی در منـابع مـورد نیـاز بـه چشم می خورد (مانند نبود وسایل حمل و نقـل / مراقبـت از کـودک). هـم چنـین وجود یک بی اطمینانی کلی در سیستم، اغلب باعث مـی شـد مـراجعین کمتـر بـه فرآیند درمان اعتماد نشان دهند یا جـذب آن شـوند. محـیط کلـی کلینیـک بـرای بسیاری از خانواده ها چندان معتبر نبود و شرایطی را فراهم نمی کرد که نقاط قوت خانواده ها شناخته شود و منجر به علاقمندی عمومی آن ها به فرآیند درمان گردد. خـود مـا بـه عنـوان پزشـک احسـاس مـی کـردیم ناکارآمـد هسـتیم و بـه خـوبی می دانستیم که برای مدیریت و درمان تنش های خانواده، ابـزار مناسـبی در دسـت نداریم و از اهمیت این مسئله نیز آگاه بودیم. در این جا بود که شـروع بـه بـازنگری متون مرتبط با ضربات روحی کـرده و بـا متخصصـینی در ایـن زمینـه بـه مشـاوره پرداختیم تا بهترین رویکردها برای افزایش تأثیر و کارآمدی درمـان انتخـاب شـوند. هنگامی که مشغول بازنگری پژوهش ها و متون مرتبط با این مقوله و تأثیر آن ها بر مغز در حال رشد کودکان بودیم، در واقع روش های جدیدی را نیز برای سازماندهی مداخلات پزشکی ایجاد می کردیم. در ادامه مطلبـی کوتـاه در زمینـه ی چگـونگی تأثیر گذاری ضربه از نظر فیزیولوژی بر بازماندگان حادثه ارائه شده است.

@karnil

فیزیولوژی ضربه

اخیراً پژوهش های بسیاری در رابطه با تأثیر آسیب های پیچیده بر روی کودکان منتشر شده است. هرچند که ارائه ی یک بازنگری کامل از آن پژوهش ها در این بخش غیر ممکن می باشد، اما به نکات مهمی در این زمینه اشاره شده است.

مغز به دو قسمت و سه بخش تقسیم شده است. ساقه ی مغز[۱۷۶]، دستگاه لیمبیک یا کناری[۱۷۷] و نئوکورتکس[۱۷۸] یا قشر تازه ی مخ که متعلق به سه بخش عمودی هستند و از دید افقی نیز می توانیم دو نیمکره ی راست و چپ مغز را مشاهده کنیم. مغز ما به صورت سلسله مراتبی رشد می کند، یعنی ابتدا ساقه ی مغز رشد کرده، سپس دستگاه کناری و پس از آن نئوکورتکس رشد می کند. هر ناحیه از مغز مسئول اجرا و نظارت بر عملکردهای مختلف بدن می باشد. ساقه ی مغز وظیفه ی تنظیم عملکرد قلب و عروق و میزان انگیزه را به عهده دارد، در حالی که سیستم کناری به عملکردهای دیگری می پردازد. این ناحیه از مغز بر محرک های ورودی نظارت دارد، خاطرات را حفظ می کند (بخصوص رویدادهای ترسناک)، واکنش مبارزه یا فرار را فعال می کند و هم چنین تمایز و ویژگی تجربیات را ارزیابی می نماید. هم چنین در همین سیستم کناری است که اطلاعات خود آگاه و ناخودآگاه بین دو نیمکره ی مغز رد و بدل می شوند. قشر مغز ناحیه ی سوم آن است که برنامه ریزی، تفکر خودآگاه و استدلال در آن جا روی می دهد. این قسمت هم چنین در ممانعت از عملکرد قسمت های احساسی تر و انگیزشی مغز نقش داشته و در ضمن از توانایی کودک برای برقراری رابطه با دیگران و لذت جویی در این رابطه ها و تعاملات بین فردی حمایت می کند (استین و کندال،۲۰۰۴).

همان گونه که قبلاً نیز گفته شد، تجربه ی آسیب ها و ضربات مختلف مانع از این فرآیند سلسله مراتبی رشد مغز می شود. مغز در حالی که رشد می کند، نیاز

****

[176] *Brain Stem*
[177] *Limbic System*
[178] *Neocortex*

@karnil

دارد هر ناحیه ظرفیت منحصر به فرد خود را ایجاد نماید تا بخش های آن به صورت کاملاً هماهنگ با یکدیگر عمل کنند. *"هنگامی که این بخش های گوناگون مغز با یکدیگر همکاری داشته و کار می کنند تا تجربیات جدیدی بیافرینند، ظرفیت های هوشی و احساسی شکوفا شده و آگاهی افزایش می یابد. اما در مقابل هنگامی که این بخش ها به طور مستقل عمل می کنند، احساس می کنیم در درون ما جنگی به پا شده است"* (استین و کندال،۲۰۰۴ صفحات ۳۵ و ۳۶). هنگامی که مغز به صورت عادی رشد کرده باشد، قشر مغز محرک ها و واکنش های احساسی سیستم کناری را مدیریت می کند، خصوصاً آن دسته که مربوط به بادامه یا آمیگدالا هستند. بادامه در واقع سیستم هشدار مغز می باشد و نیاز به عمل کردن یا دفاع از خود را مخابره می کند. هنگامی که یک آسیب یا حادثه ای مزمن روی می دهد، نوعی فقدان تحریک غشایی همراه با تحریک بیش از حد سیستم کناری وجود دارد که باعث بر هم خوردن نظام رفتاری می شود (مورس و وایلی،۱۹۹۷ صفحات ۳۴ و ۳۳). زمانی که چنین مسئله ای رخ می دهد، قشر مغز رشد نیافته یا ناقص باقی مانده و نمی تواند عملکردهای تعدیل کننده ی خود را به درستی انجام دهد که منجر به کنترل ضعیف محرکات آنی و ظرفیت حل مسائل می شود. هنگامی که غفلت یا سوء استفاده وابستگی های امن کودک را برهم بزند، یک حس درونی از جدا افتادگی و بی ارتباطی تجربه می شود که تأثیری عمیق بر مغز در حال رشد کودک دارد. پژوهش شور[۱۷۹] (۱۹۹۴) حاکی از این است همچنان که ارتباطات و وابستگی ها شکل می گیرند و فعل و انفعالات پیرامونی روی می دهند، میزان **دوپامین** در کودکان افزایش می یابد و *"باعث افزایش آن در عروق خونی، نورون ها و هیلای[۱۸۰] قشر جلوی پیشانی خصوصاً در اوایل رشد نیمکره ی راست می شود"* (ص ۱۳۴). اهمیت پرورش ارتباطات با رشد قشر مغز در زمان رشدکودک و بلوغ اولیه ی او را نمی توان نادیده گرفت. البته نباید در این نگرش متوسل به اغراق شد.

دوران رشد سریع کلی مغز انسان بین زمان تولد و ۳۳ ماهگی روی می دهد،

****

[179] *Schore*
[180] *Glia*

@karnil

(مورس و وایلی،۱۹۹۷). *"نیمکره ی راست در فعالیت و رشد خود در سه سال اول زندگی روندی ثابت و غالب دارد... اگر کودک در طول این دوره ارتباط عاطفی مناسبی با مراقبان خود ایجاد نکند، ممکن است عملکرد این نیمکره رشد نیافته باقی بماند"* (سیگل،۱۹۹۹؛ صفحات ۱۸۸،۱۸۷). *"با توجه به این که نیمکره ی راست اغلب میانجی احساسات و هیجانات منفی می باشد، چندان جای شگفتی ندارد که خاطرات مرتبط با تجربیات آسیب رسان و ضربات روحی در آن جا ذخیره می شوند"* (استین و کندال،۲۰۰۴؛ ص ۳۴). نیمکره ی راست و عملکردهای اصلی آن که شامل پردازش ارتباطات غیر کلامی، مدیریت احساسات منفی و حفظ هوشیاری بدن و هم چنین دیدن و تفکر استعاری می باشد، خصوصاً در نتیجه ی تجربه ی احساسی و هیجانی ضربه مستعد آسیب دیدن می باشد. همان گونه که لوین[۱۸۱] و دیگران اشاره کرده اند (۲۰۰۷)، *"ضربه در خود رویداد نیست، بلکه در سیستم عصبی ما ساکن است..."* (ص ۴) *"...ضربه در بیولوژی ما ساکن است، نه در اصول روانشناسیمان"* (ص ۱۱۳). با توجه به این مسائل، ضربات روحی بر ظرفیت های محوری عملکرد ما تأثیر گذاشته و هم چنین بر چگونگی ادراک کودک از جهان، پردازش سر نخ ها و اطلاعات غیر کلامی و وابستگی و تعلق خاطر به دیگر انسان ها تأثیر بسیار عمیقی می گذارد.

در حالی که نیمکره ی راست از مشکلاتی ناشی از فقدان اولیه ی جبران مسائل رنج می برد، نگرانی هایی نیز درباره ی تأخیر رشد نیمکره ی چپ وجود دارد (تیچر،۲۰۰۰؛ ص ۵۸). تیچر[۱۸۲] به عدم رشد کامل قشر سمت چپ مغز در بیماران مورد سوء استفاده پی برد که ظاهراً در تطابق با این یافته است که *"دربیماران مورد سوء استفاده، ناهنجاری های نیمکره ی چپ و مشکلات گفتاری مربوط به این بخش افزایش داشته است"* (تیچر،۲۰۰۰، ص ۵۸). مضمون این یافته این است که ساختار نیمکره ی چپ ممکن است توسط سوء استفاده و آزار و اذیت تحت تأثیر قرار بگیرد و حتی ناحیه ی کناری نیمکره ی راست نیز دچار واکنش های افراطی شود. این مسائل منجر به ظهور کودکانی می گردد که از نظر

****

[181] *Levine*
[182] *Teicher*

@karnil

احساسی بسیار برانگیخته هستند و در ظرفیت های منطقی و گفتاری خود دچار محدودیت می باشند. به این شکل رفتار آن ها بیشتر توسط احساسات تعیین می شود تا دلیل و منطق. چنین کودکانی در برقراری ارتباطات کلامی دچار مشکل بوده و از نظر احساسی ناپایدار می شوند.

"... هنگامی که سوژه ها در معرض علائمی از ضربه قرار گرفتند، افزایش فعالیت تنها در نیمکره ی راست آن ها مشاهده شد. خصوصاً در ناحیه هایی که اغلب در برانگیختگی های احساسی دخیل هستند... احتمالاً ناحیه ی بروکا یعنی بخشی از نیمکره ی چپ که مسئول ترجمه ی تجربیات فردی به زبان قابل تعامل می باشد، به طور شگفت انگیزی در این فرآیند غیر فعال می شود.... این یافته ها نشان می دهند که مشکلات بیماران PTSD در ابراز احساسات شان به صورت واژه ها، ناشی از تغییراتی در فعالیت مغز می باشد" (وندرکولک، مک فارلن و ویسیت،۱۹۹۶؛ ص۲۹۳).

دیگر یافته ی مهم این است: *"معلوم شده کودکان آسیب دیده دچار ناهنجاری نامتقارن*[۱۸۳] *در مغز خود می شوند، هم چنین رشد جسم پینه ای*[۱۸۴] *یعنی رشته ای از بافت که امکان انتقال اطلاعات بین دو نیمکره را ممکن می سازد، دچار تغییر می شود"* (سیگل،۱۹۹۹؛ ص۵۴). بدون تبادل سیال ارتباطات بین دو نیمکره ی مغز، روایت جامعی از یک رویداد قابل شکل گیری نیست. پژوهش های اخیر نشان داده اند که ممکن است برخی تفاوت های جنسی در میزان آسیب جسم پینه ای و دیگر عوامل خاص شریک در مشکل موجود باشد. پژوهش ها هم چنین نشان داده اند *"... غفلت و عدم توجه تأثیر بسیار بیشتری از هر نوع سوء رفتار دیگر در پسران دارد. در حالی که آزار و اذیت و سوء استفاده ی جسمی به نسبت مورد قبلی کمترین تأثیر را داشتند. اما از سوی دیگر آزار و اذیت در دختران عامل قدرتمندتری بود..."* (تیچر،۲۰۰۰؛ ص۵۹).

تغییر در رشد جسم پینه ای همراه با دیگر مشکلات در رشد دو نیمکره به این سؤال منتهی می شود که آیا می توان به کودک آموخت به شیوه ای مؤثر و کارآمد،

****

[183] *Asymmetric Brain Abnormalities*
[184] *Corpus Callosum*

@karnil

تجربه ی ضربه را به صورتی یکپارچه درآورد؟ همان گونه که گفته شد، توانایی توضیح شفاهی حادثه در چنین کودکانی محدود می شود، زیرا نظام برقراری ارتباط بین دو نیمکره و به گفتار درآوردن حادثه و تلفیق منطق و احساسات بر هم می خورد. به این شکل اجزای ادراکی و احساسی تجربه با یکدیگر ترکیب نشده و همه ی این ها نهایتاً موجب می شود که توضیح کلامی حادثه برای چنین کودکانی کار بسیار دشواری شود. *"هنگامی که اطلاعات از یک ناحیه ی مغز به ناحیه ی دیگر می رود، تجربه از طریق ابعاد گوناگونی پردازش می شود: ادراکات حسی، تصاویر، افکار، رفتار، لمس کردن... جوهره ی وضوح علائم شامل پردازش اطلاعات از طریق تمام ابعاد تجربه ی انسانی می باشد"* (استین و همکاران،۲۰۰۴؛ صفحات ۳۶ و ۳۵). به این شکل پردازش کامل ضربه و تجربه ی آن در فرآیند درمان، یک اصل بسیار مهم است.

علاوه بر آسیب های متعددی که در این جا ذکر شد، موارد دیگری نیز هستند که در متون علمی به آن ها پرداخته شده است. به طور خلاصه باید گفت نگرانی هایی در مورد آسیب هیپوکامپ وجود دارد که منجر به مشکلاتی در انسجام حافظه، محدودیت در نگهداری خاطرات و شکل گیری خاطرات واضح و آگاهانه از رویدادها و احساسات پیرامون وقایع می شود (سیگل،۱۹۹۹). هم چنین مسائلی مرتبط با سیستم عصبی، انعکاسات عصبی- هورمونی و هورمون استرس و ارتباط استرس مزمن با ضربه وجود دارد که بر عملکردهای بدن و رشد ساختاری مغز تأثیر می گذارند.

شیوه ی درمانی ضربه مدل *TST* (ساکس، الیس و کاپلو،۲۰۰۷) با یک ادراک محوری از مضامین فیزیولوژیک آسیب های مزمن و پیچیده ای که در این جا به آن ها اشاره شد، شکل گرفته است. این مدل یک رویکرد درمانی خلاقانه بر پایه ی ابعاد گوناگون خانواده و جامعه می باشد که متمرکز بر فراهم آوردن خدمات پزشکی و مدیریتی برای مداخله ای مؤثر در زندگی کودکان و خانواده هایی است که به نوعی ضربه ای را تجربه کرده اند. در این رابطه یک دیدگاه پزشکی و بالینی شکل گرفت که از طریق آن به گونه ای به کودک و خانواده نگریسته می شود تا شفافیت مداخله های پزشکی محرز باشد. *TST* چارچوبی را برای مداخله در

@karnil

سیستم های ضربه ایجاد می کند: *" یک سیستم ضربه تشکیل شده از* **۱***. یک کودک ضربه دیده که در تنظیم وضعیت احساسی خود با مشکل روبروست و* **۲***. یک محیط اجتماعی یا سیستم مراقبتی که قادر نیست به کودک کمک کند تا این وضعیت را تعدیل نماید"* (ساکس و همکاران،۲۰۰۷؛ ص ۶). هدف مداخله برطرف نمودن بی نظمی های احساسی و رفتاری در کودک و ساختار خانواده اش می باشد. در حالی که استرس و تنش های آسیب رسان شکل می گیرند، از سوی دیگر ظرفیت کودک برای تعدیل وضعیت خود به خطر می افتد. کودکانی با چنین تنش هایی اغلب به یک محرک از یک وضعیت آرام با حداکثر احساس و هیجان واکنش نشان می دهند. لودو[۱۸۵] (۱۹۹۸،۲۰۰۲) راجع به دو سیستم پردازش احساسی در ذهن نوشته است: *"راه پایین"*[۱۸۶] و *"راه بالا"*[۱۸۷] توضیح دهنده ی چگونگی پردازش مشروط اطلاعات در مورد مسائل وارد شده به مغز هستند. *"راه پایین"* مستقیماً به بادامه می رسد که بدن را برای یک واکنش آنی آماده می سازد، به این شکل اطلاعات در هیچ قالبی قرار نگرفته و جزئیات مهم اغلب نادیده انگاشته می شوند تا یک عکس العمل آنی ایجاد شود. *"راه بالا"* به بخش های مختلفی از قشر مغز می رسد که در آن جا ارزیابی عمیق تری از واقعه انجام می گیرد تا ادراک جامع تری برای بادامه از میزان اضطراری بودن شرایط فراهم شود. این شکل از پردازش اطلاعات منجر به واکنش های سازگارتری می شود. در *TST* این سیستم های پردازش هیجانی به عنوان **مدارهای بقا** تصور می شوند. عملکرد این مدارها به جهت حصول اطمینان از حفظ بقا در شرایط خطرناک و تهدید کننده است. کودکانی که به مدت طولانی در شرایط تهدید کننده زندگی کرده اند، اغلب از این سیستم ها برای ارزیابی میزان خطر استفاده کرده و واکنش آن ها در انطباق با مرحله ی اول پردازش، یعنی حفظ بقا می باشد. اما در هر حال هنگامی که دیگر شرایط تهدید کننده ای در زندگی نباشد و این مدارهای حفظ بقا کماکان به فعالیت خود ادامه دهند، وجود تنش و استرس پس از ضربه قطعی است. این مسئله

****
[185] *LeDoux*
[186] *Low Road*
[187] *High Road*

@karnil

توضیح می دهد چرا کودکی که از انتهای کلاس یک صدای بلند مانند افتادن کتاب روی زمین را می شنود، از جای خود بلند شده، به سرعت بـه اطـراف نگـاه کـرده و حرکت می کند تا از خود دفاع کند. حتی با این که این وضعیت هیچ خطری در بـر ندارد، اما کودک به صورتی واکنش نشان می دهـد کـه انگـار زنـدگی اش در خطـر است. صداهای بلند برای این کودک تبدیل به تهدیدی بالقوه پس از سال هـا آزار و اذیت و نادیده انگاشتن او در خانه و جایی که این صداها اغلب مقدمه ای برای خطر بوده اند، شده است. همان گونه که بازیل وندرکولک (۲۰۰۲) اشاره کرده است: *"در PTSD قشر جلوی مغز تبدیل به گروگان بادامه می شود و احساسـات و هیجانـات، تفکر را می ربایند. افرادی مبتلا بـه PTSD حتـی بـه محـرک هـای بسـیار انـدک آنچنان با حساسیت واکنش نشان می دهند که انگار زندگی شان در خطر است."*

در *TST* تلاش می شود استفاده ی کودک از مـدارهای بقـا و چهـار مرحلـه ی تعدیل خود مورد ارزیابی قرار گیرد. متخصصان ایـن رویکـرد بـه شناسـایی محـرک واکنش و مراحل متعاقب تعدیل وضعیت هیجانی و احساسی کودک مـی پردازنـد و اطلاعات از مجموعه ای از رویدادها بدست می آید تا موضوعات و الگوهـای واکـنش کودک آشـکار شـود. هـدف در ایـن جـا اسـتفاده از مداخلـه هـای روان درمـانی و روان دارو درمانی می باشد تا دوره ی زمانی بـین محـرک و واکـنش افـزایش یابـد. می توان ساختارهای شناختی را تقویت کرد و هـم چنـین پشـتوانه هـای محیطـی مناسبی برای کودک بوجود آورد تا باعث کاهش شدت واکنش های او شود.

همان گونه که گفته شد، مدل ایجـاد شـده براسـاس پـژوهش هـای حاضـر در زمینه ی ضربه و تأثیر آن بر مغز در حال رشد، وابستگی و تعـدیل حـالات فـردی و هم چنین مدل های متعدد دیگری از درمان شکل گرفتـه اسـت. در واقـع مشخصـاً باید اشاره کرد که بنیاد این رویکرد درمانی، مدل اکولوژی اجتماعی برونفن برنـر[۱۸۸] (۱۹۷۹) در رابطه با رفتارهای انسـانی بـوده کـه در آن اکولـوژی اجتمـاعی کـودک ارزیابی می شود. کار کردن به صورت انفرادی با یک کـودک بـدون در نظـر گـرفتن سطوح اکولوژی اجتماعی ناکارآمد خواهد بود. *"هنگامی که مداخله ها بـه گونـه ای*

* *

[188] *Bronfenbrenner's Social Ecology Model Of Human Behavior*

@karnil

باشند که به طور مستقیم محیط اجتماع و سیستم مراقبت از کودک را مورد خطاب قرار دهند، مشخصاً متمرکز بر مشکلات اصلی کودک در تعدیل حالات احساسی و هیجانی او شده و به این شکل احتمال بسیار بالاتری از کارآمدی و مؤثر بودن شیوه ی درمان وجود دارد" (ساکس و همکاران،۲۰۰۷؛ ص۱۲).

هنگامی که یک پزشک درمان را برای کودک و خانواده اش آغاز می کند، فرم ارزیابی*TST* تکمیل می شود تا مرحله ی اولیه ی درمان تعیین گردد. این فرم ارزیابی مشخص کننده ی تناسب بین ظرفیت خود- تعدیل کنندگی[۱۸۹] کودک و توانایی محیط پیرامون برای کمک به او در رابطه با این ظرفیت می باشد. این ارزیابی دو بعدی منجر به قرارگیری کودک در یکی از **۵** مرحله ی درمان می شود. در نتیجه مداخله ها براساس ظرفیت تعدیل کودک و در رابطه ی مستقیم با توانایی مراقب یا والد برای فراهم آوردن پشتوانه ی مناسب برای این توانایی در او شکل می گیرند. وضعیت تعدیل هیجانی و رفتاری کودک همراه با میزان ثبات محیط در گستره ی **ثابت** تا **مشوش** یا تهدید کننده رتبه بندی می شود. اصول درمان و مداخله به گونه ای انتخاب می شوند که حوزه های شناسایی شده را مورد هدف قرار دهند.

فرم ارزیابی *TST* (جدول **۱-۷**) تعیین کننده ی مرحله ی درمان بوده و مرحله ی درمان خود تعیین کننده ی اصول مناسب و مداخله های متعاقب آن می باشد (جدول های**۳-۷** و **۲-۷**). گستره ی اصول درمان از برقراری ثبات (شامل درگیر کردن بیمار در فرآیند درمان) تا مدافعه، تعدیل هیجان ها، پردازش شناختی، ایجاد مفاهیم و هم چنین مداخله های روان دارو درمانی ادامه می یابد. شدت و مدت مداخله ها بستگی به مرحله ی آغاز درمان برای کودک و خانواده و عوامل امنیت موجود در محیط دارد. کار پزشکی نیز شامل رویکردهای خانه- محور، مداخله های اجتماعی یا رویکرد کلاسیک حضور در مطب پزشک می باشد و این موارد نیز بستگی به مرحله ی درمان دارند.

هر چند پیشرفت بین مراحل مختلف همیشه به صورت خطی نیست، اما مدت

****

[189] *Self-Regulatory*

@karnil

رایج درمان برای هر مرحله حدود سه ماه می باشد. بـه محـض ایـن کـه مرحلـه ی درمان شکل گرفت، مشـکلاتی کـه در اولویـت هسـتند شناسـایی مـی شـوند. کـار اولیه ی تیم *TST* ایجاد یک رابطه و اتحاد درمانی با خـانواده و شناسـایی هـر نـوع مانعی بر سر راه آن است. در حالی که این پیوستگی ایجاد می شود، گروه درمان در رابطه با تأثیر ضربه بر کودک و خانواده آموزش هـای روانشـناختی بـه آن هـا ارائـه می دهد. هم چنان که خانواده شروع به شناسایی منشأ اصلی مشـکل مـی کنـد، در واقع جذب فرآیند درمان شده و همزمان با شناسایی مشکلات، اتحادی بین خـانواده و گروه درمان شکل می گیرد.

جدول ۱- ۷.
ارزیابی TST

ثبات محیط اجتماعی				
		ثابت	مشوش	تهدید کننده
تعدیل احساسات	تعدیل شده عدم تعدیل احساسات عدم تعدیل رفتار	فائق آمدن درک کردن تحمل کردن	درک کردن تحمل کردن ثابت کردن	تحمل کردن ثابت کردن دوام آوردن

جدول ۲-۷. مرحله ی مداخله

شماره مرحله	نام و مرحله
۱	دوام آوردن
۲	تثبیت کردن
۳	تحمل کردن
۴	درک کردن
۵	فائق آمدن

@karnil

جدول ۳-.۷ بخش های درمانی

مرحله ی TST	دوام آوردن	تثبیت کردن	تحمل کردن	درک کردن	فـــائق آمدن
بخش TST :					
تثبیت کردن در محل	***	***	ـــــ	ـــــ	ـــــ
خدمات پشتیبانی کننده	***	**	*	*	*
تعدیل احساسات	*	**	***	ـــــ	ـــــ
پردازش شناختی	ـــــ	ـــــ	ـــــ	***	ـــــ
ایجاد معنا و مفهوم	ـــــ	ـــــ	ـــــ	ـــــ	***
روان دارو درمانی	**	**	**	*	*

***** الزامی**

**** اغلب مفید**

*** گاهی اوقات مفید**

ـــــ عدم استفاده یا صلاح نبودن

مشکلاتی که در اولویت قرار مـی گیرنـد، براسـاس درک الگوهـای رابطـه بـین استرسورهای محیطی و بـرهم خـوردن نظـام تعـدیل کـودک انتخـاب مـی شـوند. شناسایی منشأ درد یا مشکلاتی که هر عضو خـانواده خـود آن را شناسـایی کـرده و درصدد تغییر آن است، در ایجاد انگیزه برای درگیر شدن در فرآینـد درمـان کمـک می کند. هنگامی که خانواده در مرحله ی بحرانی تثبیت درمـان مـی باشـد، اغلـب مداخله ها در خانه یا محل زندگی شکل مـی گیرنـد و ایـن امـر بـه علـت شـدت و پیچیدگی مشکل و نیاز به پشتیبانی در برابر این بحـران اسـت. زمـانی کـه محـیط خانواده تثبیت شد، می توان ادامه ی کار را در مطب یا کلینیک دنبال کرد. در ایـن زمان کودک برای ایجاد مهارت ها و مداخلات شناختی آمادگی بیشـتری دارد. ایـن مداخله ها شامل گستره ای از فعالیت های تجربی هستند کـه هـدف آن هـا ایجـاد توانایی تعدیل احساسات و هیجانات و مهارت های تحمل می باشد. این مهـارت هـا

@karnil

باعث می شوند فرد بتواند بیشتر بر احساسات خود غلبه کرده و ادراک و شناخت وارد تجربه ی آسیب رسان می شود و این درک بیشتر همراه با معنا سازی شکل می گیرد. بازی و هنرهای بیانی با این مراحل از درمان مرتبط هستند زیرا پشتیبان یادگیری، یکپارچه سازی تجربه و جذب شدن به فرآیند درمان می باشند.

سابقه ی بازی درمانی و فلسفه ی آن

بازی مدیومی است که باعث می شود کودکان و بسیاری از بزرگسالان به طور طبیعی سرگرم آن شوند. می توان از بازی برای ایجاد رابطه، تسهیل مشغولیت در فرآیند درمان، ارزیابی و حتی به عنوان یک مداخله ی درمانی استفاده کرد. تعریف بازی درمانی از دید انجمن بازی درمانی یا *APT* قبلاً مورد اشاره قرار گرفته است. در این جا به چند مثال ساده اشاره می شود.

مثال ۱. امیلی ۵ ساله نسبت به مادرش بی اعتنایی می کند و از انجام کارهایی که به او محول می شود، امتناع می ورزد. مادرش سر او داد می کشد و با عصبانیت او را می زند. امیلی آسیب دیده و غمگین است و احساسات او جریحه دار شده. پس از این که مدت کوتاهی گریه می کند، به اتاقش می رود و شروع به بازی با عروسک هایش می کند. در حالی که بازی ادامه می یابد، یکی از خرس های عروسکی رفتاری منفی نسبت به کوچک ترین عروسک بچه نشان می دهد و از آن جا که عروسک فراموش کرده خرس عروسکی آن جا رئیس است، از بازی خارج می شود. پس از عصبانیت بسیار زیاد، عروسک غمگین و مضطرب به نظر می رسد و خرس عروسکی احساس بدی می کند .او سپس عروسک کوچک را در آغوش می گیرد. او نیز معذرت خواهی کرده و همگی به آرامی در کنار هم می نشینند و مشغول خواندن کتاب می شوند.

@karnil

مثال ۲. دیلن ۴ ساله در ماشین خانواده نشسته و آن ها در حال گذر از یک جاده ی فرعی هستند. ناگهان یک آهو جلوی ماشین می پرد. مادرش تلاش می کند خودرو را قبل از تصادف کردن با آهو متوقف کند، اما موفق نمی شود و آهو در اثر تصادف کشته شده و پسر کوچک نیز این صحنه را می بیند. مادرش به پلیس زنگ می زند و سپس گریه کنان به سوی خانه راه می افتند، در حالی که برای آن آهو احساس تأسف می کنند. دو روز بعد دیلن در حال بازی کردن با حیوانات عروسکی و اتوبوس مدرسه ی اسباب بازی اش می باشد. در حالی که در بازی ماشین مدرسه در حال رساندن بچه ها به خانه است، در جاده به یک حیوان برخورد می کند. راننده به حفاظت از حیوانات تلفن زده و هنگامی که آن ها می رسند به راننده کمک می کنند تا از حیوان مراقبت شود تا زمانی که "دکتر حیوانات" برسد و حال حیوان را خوب کند. و مطمئن شود که مشکلی برای او پیش نخواهد آمد.

این مثال های کوتاه نشان دهنده ی فرآیند قدرتمند موجود در بازی کودکانه می باشند. این وقایع به اصطلاح معمولی زندگی برای کودکان بسیار پر معنا بوده و به گونه ای بر آن ها تأثیر می گذارند که اغلب برای بزرگسالان پیرامون آن ها ناشناخته است. حتی هنگامی که رویدادها ذاتاً آسیب رسان نباشند، کودکان در بازی آن ها را ابراز کرده و به این شکل این امکان برایشان فراهم می شود تا رویدادهای زندگی را به شیوه ای پردازش کنند که برای آن ها قابل تحمل باشد. باز آفرینی یک صحنه به شیوه ی کنترل شده به کودک اجازه می دهد به دنبال نوعی برتری بر وضعیتی باشد که تهدید کننده ی احساس او از خود یا امنیت در جهان پیرامونش است. این مثال ها نشان می دهند که چگونه یک کودک دبستانی مسائل را از طریق مدیومی پردازش می کند که برای او سرگرم کننده، طبیعی و امن می باشد. *"مشاهده ی کودکی که عمیقاً در بازی خود جذب شده، بسیار زیباست. در واقع نمی توان فعالیت روحی و معنوی خالص تری از آن را مشاهده کرد. بازی همراه با خود لذت، راحتی و جدایی از مشکلات روزمره را به همراه*

@karnil

می آورد..." (آرنولد، ۲۰۰۰؛ ص ۳۵).

شفر (۱۹۸۰) اشاره کرد که در سال ۱۹۲۰ هرمیون هوگ هلموس آغاز به استفاده از بازی به عنوان ابزاری برای تشخیص و درمان مشکلات احساسی دوران کودکی کرد. این شکل جدید از درمان کودک در دو دهه ی متعاقب آن رشد آهسته ای داشت، تا زمانی که در دهه ی ۱۹۴۰ *"ویرجینیا آکسلین بازی درمانی را وارد جریان اصلی روان درمانی کرد..."* (لو بلانش و ریچی،۱۹۹۹؛ ص۱۹). در حالی که این رشته پیشرفت می کرد، درک بیشتری از اصول پویش بازی و هدف این فعالیت بوجود می آمد. دکتر شفر خود عنوان می کند: *"من بر اساس بازنگری متون پژوهشی (شفر،۱۹۹۳) ۲۵ قدرت درمانی بازی (رجوع به بخش اول) را شناسایی کرده ام که اغلب به آن ها اشاره می کنم. بازی نه تنها قدرت تسهیل رشد عادی کودک را دارد، بلکه هم چنین می تواند باعث برطرف شدن رفتارهای غیر عادی شود... در بازی کودکان به تدریج تجربیات آسیب رسان را از نظر ذهنی و روحی هضم کرده و به شیوه ای مناسب خود را تخلیه می کنند"* (شفر،۱۹۹۳، ص۳۸).

کتیک[۱۹۰] (۱۹۸۹) به نکته ی مهمی راجع به استفاده از بازی در درمان اشاره می کند: *"بازی به طور خودبخود باعث ایجاد تغییرات نمی شود... این مداخلات و بهره برداری درمانگران از بازی هستند که بسیار مهم و حیاتی می باشند"* (ص ۴۹). گیل (۱۹۹۱) به این نکته اضافه می کند و می گوید: *"... پزشک باید به عنوان یک ناظر – شرکت کننده عمل کند تا یک همبازی... بازی در درمان باید توسط پزشک و به شیوه ای معنادار انتقال یابد"* (ص ۲۸)، *"فعالیت های موجود در بازی کودک به سادگی یک گردآوری مجدد تجربیات قبلی نیست، بلکه یک باز آفرینی خلاقانه است که مفاهیم و ساختارها را با یکدیگر تلفیق کرده و حقایق جدیدی را شکل می دهد که مرتبط با نیازهای کودک هستند... کودکان از طریق بازی تصورات تلفیقی را شکل می دهند که این امر خود به معنای توانایی ترکیب عناصر تجربه و اعمال آن ها در شرایط جدید و رفتارهای جدید است"* (راس،۱۹۹۹، ص۶۱).

****

[190] *Chethik*

@karnil

بازی درمانی در عملکردهای کنونی پزشکی آغاز بـه شـکوفایی بـه عنـوان یـک ویژگی شاخص در زمینه ی درمان کودکان و نوجوانان کرده است. پژوهش هایی در این زمینه آغاز شده تا پشتیبان کارآمدی آن باشد. هم چنین پزشکان نیز راجـع بـه این شیوه ی کودک- درمانی دیدگاه شفاف تری پیدا کرده اند و پژوهشگران هم بـه انجام مطالعات جامع تری پرداخته اند تا شواهدی برای کاربری آن در محـیط هـای گوناگون شـامل کلینیـک هـا بدسـت آیـد. ری در سـال ۲۰۰۶ عنـوان کـرد کـه از روش شناسی تجزیه و تحلیل کلان برای تعیین کارآیی مدل درمان همراه با ترکیب نتایج بدست آمده از مطالعات فردی برای ایجاد مجموع حجم تـأثیر اسـتفاده کـرده است. او از تعداد بیشماری تجزیه و تحلیل هـای کـلان در رابطـه بـا بـازی درمـانی بازنگری جامعی ارائه کرد که توسط خود او، براتون، رین و جونز انجـام گرفـت و در سال ۲۰۰۵ ارائه شد. این ارزیابی گسترده براساس داده های ۹۳ پژوهش تجربـی از سال ۱۹۴۲ تا ۲۰۰۰ انجام گرفت و معلوم شد کودکانی که برای آن ها از مـداخلات بازی درمانی استفاده شده بود، 0/80 SD عملکرد بهتری از کودکـانی داشـتند کـه چنین درمان هایی را دریافت نکرده بودند. علاوه بر این *"... بازی درمانی نشـان داده که باعث ارتقاء ادراک کودک از خود و کاهش اضطراب و رفتارهای مربـوط بـه آن و مشکلات رفتاری برونی و درونـی مـی شـود و هـم چنـین موجـب افـزایش انطبـاق اجتماعی می گردد"* (ری،۲۰۰۶؛ صفحات ۱۵۳، ۱۵۲).

رفتار درمانی شناختی یا CBT

CBT شیوه ای است که بر افکار، عقاید و پیش فرض هایی تأکید دارد که افـراد به واسطه ی آن ها محیط خود را شکل می دهنـد. رفتارهـای ناسـازگارانه ناشـی از ادراکات و شناخت های اشتباه تلقی می شوند. در نتیجه هـدف درمـان حـذف ایـن تصورات نادرست و جایگزینی افکار و گفتگوهای درونی شخصی می باشد کـه باعـث ارتقاء رفتارهای سـازگارانه تـر مـی شـود (کـازدین،۱۹۹۱؛ ص۹۶). بـازنگری کامـل پژوهش های *CBT* برای کودکان در این جا امکان پذیر نیست، اما بایـد گفـت ایـن رویکرد پشتوانه ی تجربی بسیار مناسبی از طریق پژوهش های انجام گرفته بدسـت آورده است. عمده توجه *CBT* بهبود واکنش های رفتاری و تغییر فرآیندهای فکری

@karnil

غیرمنطقی و ادراکی می باشد. همان طور که قبلاً هم گفته شد، سطح ادراک و شناخت فرد پس از آسیب های مزمن کاهش می یابد. این پیش فرض های نادرست منجر به الگوهای رفتاری ناهنجار می شوند. در زمینه ی روان درمانی از واژه های گوناگونی برای توضیح تکنیک های خاص *CT* و *CBT* استفاده می شود. تعدادی از آن ها شامل این موارد می شوند: حساسیت زدایی سیستماتیک[۱۹۱] (ولپ، ۱۹۵۸)، تکنیک درمانی غرقه سازی تجسمی[۱۹۲] (استمپ فل و لویس،۱۹۶۷)، *EMDR* (شاپیرو،۱۹۹۱)، منطق – احساس درمانی[۱۹۳] (الیس،۱۹۸۴)، شناخت درمانی[۱۹۴] (بک،۱۹۷۶)، خود سازی / مصونیت در برابر استرس[۱۹۵] (میکن باوم،۱۹۷۴) و توقف افکار[۱۹۶] (ولپ،۱۹۵۸). در هر رویکرد هدفی مشخص از اصلاح الگوهای رفتاری وجود دارد. با توجه به این که تعداد بسیار زیادی از مراجعات اغلب مربوط به کودکانی است که مشکلات رفتاری دارند، این شیوه ها شایسته ی بررسی بیشتری هستند.

مداخله های *CBT* استفاده ی گسترده ای در درمان علائم ناشی از ضربه داشته اند. به طور مثال *TF-CBT* (کوهن، مانارینو و دبلینگر،۲۰۰۶) تأکید بر ۹ جزء دارد که شامل *آموزش روانشناختی، مهارت های والدین، آرام سازی، تعدیل احساسات، کنار آمدن و تحمل، پردازش، روایت ضربه و فائق آمدن بر باقیمانده ی مشکلات ضربه در شرایط حقیقی* می باشد. هم چنین از جلسه های درمانی همراه با کودک و والدین استفاده می شود تا باعث تثبیت رویکرد درمان در آینده گردد.

منطق استفاده از CBPT برای کودکان آسیب دیده

تکنیک های بازی درمانی و هنرهای بیانی می توانند در فرآیند درمان مؤثر باشند. استفاده از واسطه های بیانی غیر کلامی می تواند راهی برای هدف قرار دادن

****
[191] *Systematic Desensitization*
[192] *Flooding & Implosive Therapy*
[193] *Rational-Emotive Therapy*
[194] *Cognitive Therapy*
[195] *Self Instructional/ Stress Inoculation*
[196] *Thought Stopping*

@karnil

علائم رفتاری و احساسی باشد و تغییرات روان شناختی درکودکان آسیب دیده را نیز مورد بررسی قرار دهد. همه ی این ها منجر به رویکردی می شوند که *PTSD* نام گرفته است (هانسن،۲۰۰۶، ص۷۶). همان گونه که قبلاً نیز گفته شد، کودکانی که تحت تأثیر ضربه یا آسیبی قرار می گیرند، ممکن است دچار مشکلات متعددی شوند، مانند: مشکلاتی در ظرفیت تعدیل حالات احساسی و رفتاری، کاهش توانایی هماهنگ کردن خود با دیگران و هم چنین مشکلاتی در روابط بین فردی که اغلب همراه با تحریفات شناختی و ادراکات نادرست از جهان پدید می آیند. در چنین افرادی پردازش اطلاعات نیز کاهش می یابد و بازیابی برخی اطلاعات از حافظه دچار مشکل می شود. اما از سوی دیگر استفاده از بازی درمانی همراه با گستره ای از هنرهای بیانی می تواند به کودکان کمک کند تا دوباره به اطلاعات مرتبط با حادثه دسترسی پیدا کنند. در این صورت پردازش کامل تأثیرات آن منجر به یکپارچگی بیشتری در تفکر آن ها می شود. پس از این که این رویداد یا ابعاد آن در یک محیط امن باز آفرینی شد، کودک این فرصت را دارد واکنش رفتاری منطقی تر و یکپارچه تری نسبت به تجربه نشان دهد. هنگامی که این مسائل از طریق بازی مورد پردازش شوند، شانس بازگویی کلامی واقعه افزایش یافته و تکنیک های شناختی می توانند باعث کاهش واکنش احساسی و الگوهای رفتارهای آنی شوند؛ در حالی که قبل از این سطح از پردازش، اجزای احساسی رویداد با اجزای شناختی ترکیب نشده اند و این امر خود باعث کاهش برقراری ارتباط کلامی راجع به تجربه در کودک می شود و در این شرایط گفتار درمانی مؤثر نخواهد بود.

اما چنین مشکلاتی در بازی درمانی وجود ندارد. بازی باعث فعال شدن نیمکره ی راست شده و دسترسی به اطلاعات حادثه به صورت غیر کلامی امکان پذیر می شود و دیگر به فعال شدن کامل نیمکره ی چپ آن چنان که در گفتار درمانی الزامی می باشد، نیازی نیست. علاوه بر این گفته شده که بازی شیوه ای است که کودکان مسائل پیچیده ی احساسی را به واسطه ی آن پردازش می کنند، زیرا ظرفیت انطباق سیستم لیمبیک و فرآیندهای ناشی از محرکات آنی در این حالت وجود دارد. در حالی که فرآیند بازی درمانی پیش می رود و کودک آغاز به ایجاد احساسی از کنترل و برتری بر مسائل می کند، به نظر می رسد یک

@karnil

تحول طبیعی در مغز روی می دهد و نیمکره ی چپ و قشر مغز او فعال تر می شوند. این تغییر باعث می شود مهارت های بیشتری در تجزیه و تحلیل، برنامه ریزی و حل مشکلات بدست آید. در حالی که قبل از آغاز بازی درمانی تفکر منطقی به علت مشکلات احساسی محدود شده بود و کودکان هنگامی که احساسات بر آن ها غلبه می کرد، در فکر کردن به صورت واضح دچار مشکل می شدند. باید به این نکته نیز توجه داشت از آن جا که سیستم لیمبیک قبل از قشر مغز رشد می کند، بسیاری از تجربیات آسیب رسان زود هنگام تنها از نظر احساسی ذخیره می شوند و ادراک دیگر نقشی در آن ها ندارد. به همین منظور است که بازی می تواند منجر به پردازش این احساسات بدون نیاز به فشار سخن گفتن از وقایعی شود که کودک ممکن است هیچ شناخت آگاهانه ای از آن ها نداشته باشد. اما به محض این که دسترسی به این اطلاعات ممکن شد، می توان کودکان را در ایجاد مجموع مهارت های شناختی جدید حمایت کرد "*در شیوه های درمانی شناختی و رفتاری که تأکید بر تصحیح ادراکات غیر منطقی و دفاعی می باشد، کنترل نیمکره ی چپ بر نیمکره ی راست که جایگاه احساسات و واکنش های آنی است، تقویت می شود*" (تیچر، ۲۰۰۰؛ ص۶۵). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی و ایجاد مهارت های ادراکی می تواند یک استراتژی درمانی مؤثر برای این گروه از کودکان باشد.

نمونه پرونده

مارگارت دختری ۱۰ ساله بود که پس از این که برای سومین بار از بیمارستان روانی مرخص شده بود، به کلینیک ما ارجاع داده شد. او به علت تمایل به خودکشی و پرخاشگری های شدید و به این دلیل که مادرش نمی توانست رفتارهای تهاجمی او را در خانه نسبت به دیگر اعضای خانواده کنترل کند، در یک تشکیلات مراقبتی مورد سرپرستی قرار گرفته بود.

این رفتارهای مارگارت به علت سوء استفاده ی یکی از خویشاوندان شان از او بود. البته اطلاعات بسیار محدودی راجع به میزان و مدت این آزار و اذیت وجود داشت، چرا که رویکردهای درمانی گذشته نتوانسته بودند او را جذب فرآیند درمان کنند. هم چنین مهارت های کلامی

@karnil

مارگارت نیز محدود بود و انگیزه ای برای شرکت در درمان نداشت. من در چند جلسه ی اول تلاش کردم با استفاده از بازی او را مشغول کنم و از او چیزی نمی پرسیدم، مگر این که خودش مکالمه را آغاز می کرد. او در کمال تعجب در همان دو جلسه ی اول به فرآیند درمان جذب شده بود، اما در هر حال شرایط در جلسه ی سوم تغییر کرد و او اضطراب و امتناع بیش از حدی برای سخن گفتن از خود نشان می داد. مارگارت تلاش می کرد آرام در صندلی خود بنشیند، اما توانایی تمرکز نداشت و الگوهای تنفسش نیز بسیار نامنظم بودند. با امید به ادامه ی روند درمان تصمیم گرفتم نگرانی خود را نسبت به وضعیت او اعلام کنم و این که باید در طول جلسه چه کارهایی انجام دهیم. از او خواستم همکاری کند تا از این زمان جلسه برای آرام کردنش استفاده کنیم. من مخصوصاً نگران حالت رفتاری او بودم، زیرا به نظر می رسید قبل از بستری شدن در بیمارستان نیز چنین حالاتی داشته است. مارگارت علیرغم سرسختی اولیه اش نهایتاً درخواست کرد که از صفحه ی شنی استفاده کند.[۱۹۷] او یک صحنه ی آشفته و هاکی از ترس را بر روی صفحه ایجاد کرد و ناگهان روی زمین نشست و گفت: *"حالا می تونم صحبت کنم."* او سپس راجع به دعوای اخیرش با مادر خوانده ی خود صحبت کرد و این که می ترسد رفتار او منجر به این شود که وی دیگر سرپرست او نباشد. ادراک منفی مارگارت از خود و مهارت های ناقص در ارتباطات بین فردی باعث عجز او شده بود، اما نهایتاً شروع به صحبت کرد. او به علت درک غیر منطقی اش، پیش فرض های نادرستی را برای خود ایجاد کرده بود. ما با توجه به این مسئله، از طیف گسترده ای از نمایش های گوناگون و ایفای نقش و استراتژی های حل مشکل استفاده کردیم تا برنامه ریزی منسجمی برای آغاز برقراری ارتباط او با مادر خوانده اش ایجاد شود. ما با موفقیت توانستیم جایگاه او را تحت سرپرستی این مادر خوانده حفظ کنیم. مارگارت بعداً گفت این اولین باری بوده که او توانسته راجع به مشکلش با موفقیت صحبت کند و در گذشته همیشه با رفتارهای پرخاشگرانه به این کار می پرداخته است.

مارگارت توانست با بازی درمانی ابعاد احساسی تجربه ی خود را بدون اضطراب پردازش کند و موفقیتش در این فرآیند، باعث کاهش سطح فشار احساسی وارد بر او شد و نهایتاً توانست از واژه ها برای بیان تجربه ی خود استفاده کند.

* *

[۱۹۷] . *صفحه ی شنی شامل یک میز بازی است که بر روی سطح آن شن ریخته می شود و کودک با استفاده از اسباب بازی ها و عروسک های مینیاتوری و کوچک روی آن صحنه های دلخواه خود را خلق می کند. آیتم های موجود برای این صفحه متعدد و گوناگون هستند.*

@karnil

می توان برای توضیح نوعی از *CBPT* که متمرکز بر استفاده از تکنیک های جدی برای پشتیبانی از ایجاد قدرت های درونی در کودک است، از واژه های *"ایجاد مهارت"* یا *"ارتقای مهارت"* استفاده کرد. هدف این تکنیک ها اغلب ایجاد مهارت هایی هستند که باعث تصحیح ادراکات غیر منطقی و الگوهای رفتاری ناکارآمد شده و به کودکان کمک می کنند براساس نیازهای محیطی شان واکنش نشان دهند. *CBT* و درمان با ایجاد مهارت می توانند یک جعبه ی جادویی در اختیار کودک قرار دهند که پر از فنون گوناگون برای مؤثرترین واکنش ها نسبت به محیط پیرامون خود است. هنگامی که *TST* در بخش سلامت روان کودک در کلینیک اولستر کاونتی به جریان افتاد، کاملاً معلوم شد تکنیک های ایجاد مهارت می توانند در مراحل مختلفی با مدل درمان ترکیب شوند تا نتیجه ی مطلوب بدست آید. جدول **۴-۷** نشان دهنده ی هشت مجموعه مهارت می باشد که از اصول گوناگون *TST* گرفته شده اند.

۱. ایجاد زمینه

- ☑ تثبیت / بخش تعدیل احساسات.
- ☑ هشیاری حسی در لحظه (شنیدن، لمس کردن، دیدن...).
- ☑ در دسترس بودن علیرغم وضعیت احساسی تشدید شده.

۲. شناسایی احساسات

- ☑ بخش TST در تعدیل احساسات.
- ☑ توانایی نام بردن طیف گسترده ای از احساسات.

۳. تعدیل احساسات

- ☑ بخش TST در تعدیل احساسات
- ☑ تعدیل سطح بالای احساسات قوی (اضطراب، عصبانیت...)

۴. بخش پردازش شناختی TST

- ☑ توانایی شناسایی تفاوت ها بین احساسات و شناخت و تأثیر آن ها بر رفتار.

@karnil

۵. تنظیم کنترل انگیزه های ناگهانی

☑ بخش پردازش شناختی TST

☑ مدیریت انگیزه های ناگهانی با تفکر به آن – کنترل فردی

۶. ظرفیت حل مشکلات

☑ بخش پردازش شناختی TST

☑ توانایی بهبود حل مشکلات از طریق افکار منطقی و خردمندانه جدا از تجربه ی احساسی.

۷. ایجاد هویت یا مفهوم فردی

☑ بخش ایجاد مفهوم TST

☑ بهبود کلی احساس فردی و خود قدرتمندی.

۸. ارتقاء ارتباطات بین فردی / اشیاء

☑ بخش ایجاد مفهوم TST

☑ افزایش حس خودکارآمدی در رابطه با دیگران و ایجاد یکدلی.

جدول ۴-۷. حوزه های ایجاد مهارت

مجموعه ی مهارت ها	بخش های TST
۱. ایجاد زمینه	تثبیت / تعدیل احساسات
۲. شناسایی احساسات	تعدیل احساسات
۳. تعدیل احساسات	تعدیل احساسات
۴. آگاهی از احساسات – افکار – رفتار	پردازش شناختی
۵. کنترل انگیزه های ناگهانی	پردازش شناختی
۶. ظرفیت حل مشکلات	پردازش شناختی
۷. ایجاد هویت یا مفهوم فردی	ایجاد مفهوم
۸. ارتقاء ارتباطات بین فردی/ اشیاء	ایجاد مفهوم

مثال هایی که در ادامه ذکر شده اند، نشان می دهند که چگونه می توان از مدیوم های بیان گرا و غیر کلامی برای پشتیبانی از ایجاد این مجموعه مهارت ها استفاده کرد. این مثال ها نشان دهنده ی چهار مجموعه مهارت خاص هستند که

@karnil

مرتبط با بخش های تثبیت، تعدیل احساسات، پردازش شناختی و مفهوم سازی در *TST* می باشند.

مهارت۱: زمینه سازی

اطلاعات بیمار:

امیلی یک دختر ۱۲ ساله با علائم بیقراری، رفتارهای تهاجمی و مشکل در متمرکز باقی ماندن هنگام انجام یک کار بود. مادرش اشاره کرد که او سابقه ی آزار و اذیت جسمی و کلامی از جانب پدرش داشته که البته دیگر با آن ها زندگی نمی کند. ظرف سه ماه گذشته امیلی هیچ نوع تماسی با پدرش نداشت، اما باز هم هنگامی که کسی به اسم او اشاره می کرد، بیقرار می شد. او دیگر نمی توانست در جای خود آرام بنشیند. به نفس نفس می افتاد و به سختی سخن می گفت. هم چنین هنگامی که مادرش برای او محدودیت هایی تعیین می کرد یا از نظر احساسی در حالت برافروختگی بود، به صورت تهاجمی با او برخورد می کرد. امیلی به راحتی حواسش پرت می شد و ظاهراً در جای دیگری غیر از این سیاره بود!

مداخله ی ممکن / استراتژی درمان

"مکان راحت"، "نردبان اضطراب" :

بخش اول: پزشک می تواند از امیلی درخواست کند یک جای امن و راحت را نقاشی کند. او ممکن است این مکان را بکشد یا از خمیر بازی، صفحه شنی یا دیگر آیتم ها برای به تصویر کشیدن این مکان استفاده کند. پزشک می تواند از او بخواهد که چیزهای خاصی را به صحنه اضافه کند، به طور مثال چیزهایی که می بیند، می شنود، احساس نموده یا استشمام می کند. هر چه این صحنه شامل آیتم های بیشتری باشد، مطلوب تر است.

بخش دوم: هنگامی که این مکان شکل گرفت، پزشک می تواند از این تصویر برای تجسم آن در زمان های مختلف در روز توسط امیلی بهره بگیرد. برای این که کودک بتواند هنگامی که دچار حالت های شدید احساسی می شود این تصویر را در ذهن خود تجسم کند، ابتدا باید مهارت تجسم کردن را در یک وضعیت نسبتاً آرام بیاموزد. این تجسم و تصویرسازی می تواند در همان آغاز جلسات درمان معرفی شود و تکالیفی برای نهادینه شدن آن و قابلیت استفاده در خارج از جلسات درمانی نیز ارائه شود.

@karnil

بخش سوم: پس از این مراحل، یک فرآیند آموزشی شکل گرفته و ایجاد مهارت ها با توجه به وضعیت اضطراب شناخته شده و عوامل سهیم در ایجاد اضطراب بررسی می شوند.

تعریفی از اضطراب می تواند برای امیلی مطرح شود. "اضطراب چیه؟ چطور متوجه می شی که مضطرب هستی؟" به این صورت فهرستی از عوامل درگیر در اضطراب شکل می گیرد. هم چنین می توان لیستی از استراتژی های گوناگون برای مدیریت اضطراب ایجاد کرد. یک فهرست دیگر نیز از عوامل حمایت کننده ی او هنگامی که مضطرب است، ایجاد می شود.

کشیدن یک نردبان یا خانه یا هر چیز دیگری که بخش های آن باید بر روی یکدیگر شکل بگیرند و یا زنجیره ای از عوامل مختلف، می تواند به امیلی معرفی شود تا آغاز به درک این مطلب کند که قبل از احساس اضطراب بیش از حد، مجموعه ای از رویدادها هستند که او می تواند آن ها را شناسایی کند. به طور مثال اولین رویداد ممکن است دیدن یک فرد خاص باشد. پس از آن ممکن است تنفسش سریع تر شود و افکاری به مغزش هجوم آورند. در این جا می تواند خطی پیرامون خانه ی نقاشی شده بکشد و سپس در مرحله ی آخر با اضطراب بیش از حد روبرو می شود، یعنی به آخرین پله ی نردبان می رسد. اگر او بتواند اولین عامل محرک را همراه با واکنش های بعدی آن شناسایی کند، می تواند از مهارت های مناسب مانند تجسم و تصویرسازی و نفس عمیق استفاده کند تا اضطرابش قبل از این که احساس وحشت بیش از اندازه به او دست دهد، کاهش یابد.

مهارت ۳: تعدیل احساسات

اطلاعات بیمار:

پسری ۱۰ ساله به نام پل توسط مادربزرگش برای درمان ارجاع داده شد که از ۱۲ ماه قبل قیم او شده بود. او از عصبانیت های مداوم نوه اش که ظاهراً معلوم نبود از کجا سر در می آورند، خسته شده بود. او می گفت پل یک دقیقه آرام است و دقیقه ی بعد در حال فریاد کشیدن، ضربه زدن و کتک کاری است. پل توسط آژانس حمایت از کودکان از خانه ی والدینش گرفته و به مادربزرگش سپرده شد، زیرا در معرض خشونت والدین خود در خانه بود. علاوه بر این شواهدی وجود داشت که عمویش او را مدت دو سال مورد آزار و اذیت قرار داده بود. این اظهارات مورد بررسی قرار گرفتند و گزارشاتی توسط آژانس حمایت از کودکان تنظیم شد. دادگاه خانواده هر دو والد را محکوم به غفلت از کودک خود کرد و سرپرستی پل به مادر بزرگ مادری اش

سپرده شد.

مداخله ی ممکن / استراتژی درمان:

"کیسه ی پاره"

بخش ۱: پزشک می تواند یک پاکت کاغذی بزرگ به پل بدهد و از او بخواهد شکل یک آدم را بر روی آن بکشد. سپس می توان از او خواست که دور اتاق راه رفته و آن را با چیزهایی که در اتاق پزشک می یابد، پر کند. او باید پاکت را تا آن جا که ممکن است پر کند. پس از این که کودک اعلام کرد کارش تمام شده، پزشک به او چند چیز دیگر می دهد و از او می خواهد که به نوعی آن ها را نیز در پاکت جای دهد. ایده ی اصلی این است هنگامی که این اشیاء اضافی داخل پاکت جای بگیرند، احتمالاً منجر به پاره شدن آن می شوند و این امر به این معناست که هر چیزی بیش از اندازه پر باشد، از هم خواهد پاشید. می توان مسئله را با این وضعیت مقایسه کرد هنگامی که برخی افراد تحت فشار بیش از اندازه ای هستند، قادر به حفظ احساسات و افکار خود نبوده، و نتیجه رفتارهای انفجاری و پرخاشگری هایی می باشد که پل از خود بروز می دهد و ظاهراً منشاء خاصی ندارند.

بخش ۲: می توان از پل خواست به چند موقعیت که حالت انفجاری به او دست داده است فکر کند و فهرستی از مسائلی که منجر به ناتوانی او در مدیریت این رفتار و یا در واقع منجر به پاره شدن پاکت کاغذی می شوند، تهیه کند. این فهرست می تواند به قیم او نیز نشان داده شود تا محرک های رفتاری پل را شناسایی کرده و به او کمک کند از آن ها دوری کند.

پرونده ۳

مهارت ۵/۴: آگاهی از احساسات – افکار – رفتار/ تنظیم کنترل انگیزه های ناگهانی

اطلاعات بیمار:

یک پسر نوجوان ۱۶ ساله با مشکل عصبانیت به نام ماریو برای درمان ارجاع داده شد. او به علت رفتارهای خشونت آمیز نسبت به دیگران، به کانون اصلاح و تربیت فرستاده شده بود. در حال حاضر او در یک کانون گروهی خانگی سکونت دارد. ماریو چهار سال قبل به علت گزارشاتی که

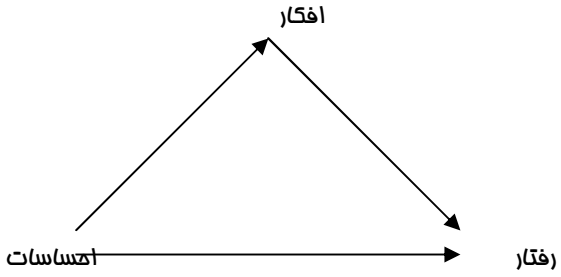
@karnil

علیه والدینش برای سوء مصرف مواد و آزار و اذیت جسمی به دادگاه ارائه شده بود و پدرش نیز در این زمینه مقصرشناخته شده بود، تحت سرپرستی افراد دیگری قرار گرفت. او در مدرسه هم از نظر تحصیلی و هم رفتاری دچار مشکل بود. او هم چنین سابقه ی $ADHD$ را به علت مشکل در تمرکز و انجام تکالیفش به همراه داشت. علاوه بر این ماریو بسیار انگیزشی عمل کرده و از نظر فیزیکی بسیار بیقرار بود.

مداخله ی ممکن / استراتژی های درمان:

"به آن فکر کن"

بخش ۱: پزشک می تواند از ماریو بخواهد تا یک احساس و یک فکر را معنا کند. مباحثه می تواند در مورد تفاوت بین این دو واژه آغاز شود. هر چند که این واژه ها اغلب مورد استفاده قرار می گیرند، اما تعداد اندکی از مردم زمانی را صرف ادراک مفاهیم حقیقی آن ها می کنند. در طول این مباحثه ی اولیه پزشک می تواند اهمیت فرآیند فکری و این که تفکر چگونه منجر به عملکرد می شود را توضیح دهد. برای نوجوانان درک کامل این مفهوم دشوار است، زیرا آن ها اغلب تنها به گفتن این مسئله اکتفا می کنند که "نمی دونم چرا اون کارو کردم، فقط انجامش دادم. من راجع به اون فکر نکردم و فقط انجامش دادم." هر چند نوجوانان هنگامی که چنین مسائلی را مطرح می کنند کاملاً به گفته ی خود اطمینان دارند، اما به خوبی مشخص است فرآیندی وجود دارد که زمان درگیر شدن آن ها در رفتارهای خاص را آشکار می کند.



بخش ۲: شکل بالا مشابه مثلث شناخت می باشد که توسط کوهن و همکارانش (۲۰۰۶) ارائه شده است. می توان از این مثلث برای ماریو استفاده کرد تا به او در درک تجسم رابطه بین

@karnil

احساسات، افکار و رفتار کمک شود. هر کدام از این سه عنصر بر دیگری تأثیر می گذارند. می توان از ماریو خواست یکی از حوادث اخیر زندگی اش را باز آفرینی کند تا نقش هر کدام از این سه عامل در آن واقعه مشخص شود.

بخش ۳: سپس می توان از ماریو خواست بررسی کند اگر افکار یا احساسات او متفاوت بودند، ممکن بود چگونه رفتار کند؟ به طور مثال اگر یک پسر ۱۶ ساله توسط یکی از همکلاسی هایش که در حال راه رفتن در سالن مدرسه هم جهت او می باشد، هل داده شود، یا می تواند انتخاب کند او نیز همکلاسی اش را هل دهد یا به او تذکر دهد. اگر تفکر او این باشد که "اون احمق فکر می کنه کیه؟" احتمال بیشتری دارد که احساس عصبانیت به او دست دهد و رفتار خشنی داشته باشد. اما اگر فکر کند "او احتمالاً فقط عجله داره" احساس آرامش بیشتری خواهد داشت و احتمال کمتری وجود دارد که رفتار تهاجمی از خود نشان دهد. ارزیابی فرآیند افکار و درک این که افکار، احساسات و رفتار چگونه با یکدیگر مرتبط هستند، می تواند به ماریو کمک کند انگیزه های ناگهانی خود را به طور مؤثرتری مدیریت کند.

مهارت ۷: ایجاد هویت یا مفهوم فردی

اطلاعات بیمار:

تاکیما یک دختر ۱۳ ساله است و توسط مادرش برای درمان ارجاع داده شده که نگران دخترش در مورد تصویر فردی ضعیف او از خود می باشد. دختر او اغلب اوقات گوشه گیر و غمگین است، عادات غذا خوردن او بسیار نا مناسب بوده و دوستان کمی دارد. او اغلب وقتش را به تنهایی در اتاق خود می گذراند و افکار منفی بسیار زیادی دارد؛ هم چنین انگیزه ای برای شرکت در فعالیت های گروهی نشان نمی دهد. مادرش عنوان کرد که این رفتار اندکی بعد از جشن تولد ۱۱ سالگی اش و زمانی آغاز شد که او فاش کرد پدرش چند سال است او را مورد آزار قرار می دهد. پدر دیگر پیش آن ها زندگی نمی کند و این مادر و دختر از زمان آشکار شدن این مسئله وارد فرآیند درمان شده اند.

@karnil

مداخله ی ممکن / استراتژی درمان:

"من کیستم؟"

بخش ۱: پزشک می تواند صفحات بزرگ روزنامه را به تاکیما بدهد و از او بخواهد خطوط یک نیم تنه ی انسانی را بر روی آن بکشد. ممکن است از مجله های مختلف استفاده کرد که عکس های سرگرم کننده ای در آن ها وجود دارد مانند مجله های نوجوانان یا ماجراجویی در طبیعت. سپس می توان از تاکیما خواست هر آنچه را که در این تصاویر پیدا می کند که مطابق راجع به خودش به او می گویند را از آن ها جدا کند. این تصاویر ممکن است مربوط به کارهایی باشد که دوست دارد انجام دهد، چیزهایی که دوست دارد بخورد، تماشا کند و ... هنگامی که تصاویر بریده شدند، او می تواند آن ها را روی آدمک روزنامه ای قرار دهد.

این فعالیت شیوه ای است که کمتر باعث بروز اضطراب در نوجوانی می شود که از او خواسته شده خودش را توصیف کند. به این شکل پزشک تصویر کامل تری از شیوه ای که تاکیما خود را می نگرد، بدست می آورد و اطلاعات مهمی برای ارزیابی و تشخیص آشکار می شود.

بخش ۲: طیف گسترده ای از مداخله ها می توانند پس از این عمل انجام گیرند. پزشک می تواند از تاکیما بخواهد راجع به برخی تصاویر انتخاب شده توضیح دهد: "به من بگو چرا این تصاویر رو انتخاب کردی؟ اونها چه مطالبی راجع به تو به من می گن؟"

پزشک می تواند از تاکیما بخواهد تصاویر دیگری را انتخاب کند که باعث می شوند او راجع به خود احساس تنفر، عصبانیت یا اندوه کند. می توان از او خواست این تصاویر را یا بر پشت آدمک روزنامه ای بچسباند یا در خارج از آن قرار دهد و یا آن ها را بر روی یک صفحه ی مجزا بچسباند.

پس از این عمل معمولاً یک مباحثه صورت می گیرد. پزشک می تواند تلاش کند جنبه هایی از زندگی تاکیما را که باعث ناخشنودی او شده اند، بررسی کرده و سعی نماید باعث برون ریزی آن ها شده یا به نموی آن ها را از شخصیت تاکیما جدا سازد. جداسازی این وقایع از او به عنوان یک فرد، بیشتر به او کمک می کند تا احساس عجز کمتری کرده و احساسات خود را کنترل نماید.

@karnil

این فعالیت ها نمونه هـایی هسـتند کـه نشـان مـی دهنـد چگونـه کودکـان و نوجوانان می توانند از مدیوم های متفاوت بازی در درمان استفاده کننـد تـا اجـزای حادثه ی آسیب رسان مورد پردازش قـرار گرفتـه و بـه صـورت یکپارچـه در آینـد. هنگامی که کودک در فرآینسد غیر کلامی درگیـر شـود، متعاقـب آن گفتـار ایجـاد شده و مشکلات او بهبود می یابند.

بازی راهی را برای پردازش جزئیات وقایع ناخوشـایند در الگـوی تفکـر کـودک ایجاد می کند که باعث پیشرفت و اکتساب مهارت های جدیـد در او مـی شـود. در این بخش این عقیده مورد حمایت قرار گرفت که بازی درمانی در ترکیب با *CBT* و درمان با اسـتفاده از ایجـاد مهـارت هـا، اسـتراتژی درمـانی مـؤثری در *TST* بـرای کودکان آسیب دیده ای می باشد که از ضربات روحی رنج می برند.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش هشتم

بازی درمانی برای کودکان و

نوجوانان دچار اختلالات اضطراب

جنیفر پودل – ارین مارتین و فیلیپ کندال

معمولاً تمایل به نشستن و صحبت کردن راجع به مشکلات با یک بزرگتر جزو صفات عادی کودکان و نوجوانان نیست، بلکه عکس این موضوع صادق است: کودکان و نوجوانان معمولاً طبق انگیزه های آنی خود عمل کرده، در بازتاب مشکلات شان ناتوان هستند و در رابطه با بزرگترها محافظه کار بوده و رازهای شان را برای آن ها افشا نمی کنند. پس یک فرد بزرگسال چگونه می تواند درمان های روانشناختی را که شامل تبادلات گفتاری، یادگیری، تشریک مساعی و در میان گذاشتن تجربیات احساسی می شود، برای یک کودک نهادینه سازد؟ بخشی از پاسخ پرورش فعالیت های مرتبط با بازی به عنوان جنبه ای از درمان می باشد. در این بخش هدف ما معطوف کودکان مضطرب هستند. این فرآیند دیگر یک بازی ساده نیست، بلکه بازی به عنوان بخشی از مفهوم وسیع تری از یک مداخله ی روان درمانی به شمار می رود.

اضطراب یک مشکل رایج است که همه ی کودکان آن را تجربه می کنند.

@karnil

میزان شیوع اختلالات اضطراب در کودکان بین ۲/۴ تا ۱۷ درصد می باشد (کاستلو، ماستیلو، اُرکانلی، کیلر و آنگولد،۲۰۰۳). اختلالات اضطراب در کودکان شامل اختلال کلی اضطراب *(GAD)* [۱۹۸]، ترس از قرار گرفتن در اجتماع یا فوبیای اجتماعی *(SP)* [۱۹۹]، اختلال اضطراب ناشی از جدا شدن*(SAD)* [۲۰۰]، دیگر گونه های فوبیا، اختلال وسواس فکری – عملی *(OCD)* [۲۰۱]و اختلال اضطراب پس از ضربه *(PTSD)* می باشد. (*APA*،۱۹۹۴) در این بخش توجه خود را معطوف به درمان سه اختلال اضطراب عمده در میان کودکان یعنی *GAD*،*SP* و *SAD* می نماییم.

اغلب اختلالات اضطراب با گذر زمان برطرف نمی شوند و اگرکودک درمان نشود در بزرگسالی دچار مشکل خواهد شد. این اختلالات با مشکلاتی در پیشرفت تحصیلی (آمرینگن، مانچینی و فارولدن،۲۰۰۳)، ارتباطات اجتماعی و رابطه با همسالان (گرکو و موریس،۲۰۰۵) و مشکلات آتی احساسی و سلامت روان مرتبط می شوند (بیدل، فینک و ترنر،۱۹۹۱). اضطراب کودکان را در خطر دیگر مشکلات روانی (وردوین و کندال،۲۰۰۳) و آسیب های روانشناختی در بزرگسالی قرار می دهد (مانند اضطراب، سوء مصرف مواد، افسردگی) (کندال، سافورد، فلانری شرودر و وب،۲۰۰۴). عواقب اختلالات اضطراب درمان نشده در دوران کودکی، نیاز به مداخلات اولیه را بیشتر آشکار می کند.

نتایج آزمایشات بالینی انجام شده به صورت اتفاقی (*RCT*) پشتیبان استفاده از *CBT* برای کودکان و نوجوانان مضطرب می باشد (بارت، ددز و راپی،۱۹۹۶؛ فلانری شرودر و کندال،۲۰۰۰؛ کندال و فلانری شرودر، پانیچلی مینـدل، ساوتهم - گرو، هنین و همکاران،۱۹۹۷). در بازنگری ها با توجه به استفاده از معیارهای به کارگرفته شده در درمان های مستند (درمان های *EST*) (چمبلس و هولون،۱۹۹۸)، این نتیجه بدست آمده که *CBT* متمرکز بر کودک[۲۰۲]، احتمالاً یک درمان کارآمد برای کودکان مضطرب می باشد (آلبانو و کندال،۲۰۰۲؛ کازدین و

****

[198] *Generalized Anxiety Disorder*
[199] *Social Phobia*
[200] *Separation Anxiety Disorder*
[201] *Obsessive-Compulsive Disorder*
[202] *Child-Focused CBT*

@karnil

وایز،۱۹۹۸؛ اولندیک و کینگ،۱۹۹۸).

در درمان *CBT* استراتژی های رفتاری (مانند الگوسازی، آرامش، قرار گرفتن در معرض شرایط واقعی و حفظ استحکام) با استراتژی های شناختی ترکیب می شوند (مانند حل مشکل، شکل گیری توانایی های فردی و ادراک تهدید). در این بخش به توضیح فعالیت های مرتبط با بازی در برنامه ای با عنوان *"گربه ی سازشگر"* می پردازیم که برای کودکانی با اختلالات اضطراب به کارگرفته می شود (شکل ۱-۸).

برنامه ی گربه سازشگر

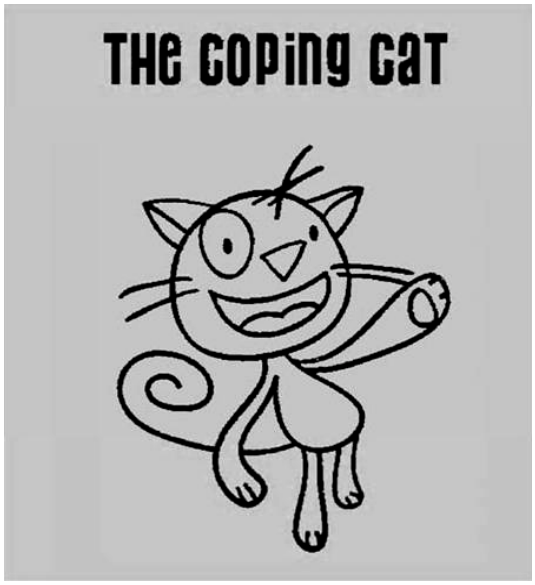
برنامه ی گربه ی سازشگر شامل یک دستورالعمل برای درمانگر است و یک کتاب کار برای کودک است (کندال و هدتک،۲۰۰۶). درمان نوجوانان با استفاده از این شیوه، پروژه ی *C.A.T* نامیده می شود که یک دستورالعمل جداگانه بوده (کندال و کودوری، هادسون و وب، ۲۰۰۲) و به کتاب کار نوجوان می پردازد. این برنامه ۱۶ جلسه دارد و *SP*،*SAD*، *GAD* را همراه با دیگر مشکلات مرتبط با اضطراب مورد هدف قرار می دهد. دستورالعمل های درمانگر و کتاب های کار بیماران همراه با یکدیگر استفاده می شوند: دستورالعمل در این فرآیند درمانگر را هدایت می کند، در حالی که کتاب کار شامل تمرینات بیمار می باشد که در ادامه ی روند درمان از آن ها استفاده می شود. در این جا به توضیح برنامه ی گربه ی سازشگر می پردازیم، اما باید به این نکته اشاره کرد که محتوای این برنامه اغلب برای مداخلات کودکان و نوجوانان کاربرد دارد.

این برنامه نیز به عنوان یک رویکرد *CBT* ترکیبی از استراتژی های رفتاری و شناختی است که ابعاد اجتماعی و احساسی را در بر می گیرد. روال این برنامه شامل بررسی پردازش اطلاعات شناختی و رفتارهای اجتنابی همراه با تأثیرات اجتماعی(مانند خانواده، همسالان) و آموزش مهارت های کنترل هیجانی می شود. این برنامه به دو بخش تقسیم می شود: بخش اول که شامل ۸ جلسه است، متمرکز بر مسائل آموزشی روانشناختی می باشد، در حالی که بخش دوم تأکید بر قرار گرفتن در معرض وضعیت های تحریک کننده ی اضطراب دارد. ۸ جلسه ی اول

@karnil

محیطی برای یک تجربه ی همکاری کننده فراهم می کند و کودک یاد می گیرد تشخیص دهد چه موقع مضطرب است. هم چنین استراتژی هایی به او معرفی می شوند تا این اضطراب را مدیریت کرده و کاهش دهد. این استراتژی های گوناگون به عنوان ابزاری به او معرفی می گردند که در واقع می تواند همیشه آن ها را با خود داشته باشد و هر زمان که دچار اضطراب شد، از آن ها استفاده کند.

شکل ۱-۸ گربه ی سازشگر



این فنون شامل مواردی مانند: شناسایی محرک های جسمی، کسب آرامش *(Relaxation)*، شناسایی افکار اضطراب آور و توانایی های حل مشکلات می شوند. این مهارت ها به ترتیب به کودک آموخته می شوند تا یک مهارت بر پایه ی مهارت دیگر شکل گیرد. ۸ جلسه ی آخر متمرکز بر قرار دادن کودک تحت شرایط تحریک کننده ی اضطراب می باشد (استفاده از سلسله مراتب ترس)، در حالی که کودک از مهارت هایی که در جلسات قبلی کسب و تمرین کرده برای مقابله با آن ها استفاده می کند.

@karnil

در این میان درمانگر به عنوان یک مربی عمل می کند و به کودک مهارت های مورد نیاز را آموزش داده و در تمرین و اکتساب آن ها او را هدایت می کند. در این فرآیند بسیار مهم است درمانگر تنها یک آموزش دهنده نباشد و در نقش یک مربی بتواند خود الگویی برای مدیریت اضطراب باشد. در واقع یک مربی خوب خود الگویی با مهارت های سازش است که البته باید گفت با الگویی که صرفاً مدلی را ارائه می دهد، تفاوت دارد: چنین الگویی تنها نشان می دهد چگونه باید کاری را انجام داد (نشان دهنده ی موفقیت است). در حالی که یک الگوی فعال مشکلات اصلی را نشان می دهد، سپس سیاستی برای غلبه بر مشکل را معرفی و اجرا کرده و در نهایت موفق می شود. به این شکل مشاهده کننده کاملاً فرآیند برخورد با یک مشکل را درک می کند. درمانگر می تواند با صحبت کردن راجع به تجربیاتی در مورد اضطراب، معرفی استراتژی هایی که به فرد کمک می کند با اضطراب خود کنار بیاید و ارائه ی نتایجی که از نظر منطقی موفقیت آمیز به نظر می رسند، تبدیل به این الگوی پویای سازش شود.

نهادینه کردن بازی

برنامه گربه ی سازشگر شامل چندین جزء می باشد که به عنوان عناصر(اکتیو) پویای درمان در نظر گرفته می شوند. به طور مثال: تغییراتی در گفتگوی کودک با خود (کندال و تردول،۲۰۰۷) و انجام تمرین هایی مربوط به قرار گرفتن در معرض شرایط خاص (هدتک و کندال،۲۰۰۷). هرچند که این مسئله به طور مستقیم مورد مطالعه قرار نگرفته، اما درمانگران اغلب در به کارگیری این برنامه ی درمانی خلاق و شادی برانگیز بوده و احتمالاً این ویژگی ها در شرکت کردن کودک در فرآیند درمان سهم دارند و می دانیم که این مسئله خود در بدست آوردن نتایج مثبت سهم دارد (چو و کندال،۲۰۰۴؛ برازول و همکاران،۱۹۸۵). باید گفت در دستورالعمل درمان، مشخصاً به استفاده از بازی و فعالیت های تفریحی اشاره شده است.

استفاده از بازی و فعالیت های تفریحی شیوه ای مناسب با سن بیمار را برای انتقال درمان ارائه می کند. عقیده ی ما بر این است که یادگیری سازش و کنار

@karnil

آمدن با اضطراب مانند یادگیری مطالب درسی در مدرسه نیست، بلکه باید درک کنیم این مسئله در شرایط پر استرس، نیاز به یک چارچوب منطقی دارد که شامل این موارد می شود: **۱**. تجربه در وضعیت اضطراب برانگیز، **۲**. ایجاد تجربیات سازنده به شیوه ای که باعث افزایش اطمینان و اعتماد به نفس برای کنار آمدن با مسائل مشابه در آینده شود. از آن جا که کودکان خودشان برای درمان مراجعه نمی کنند، جذب آن ها در فرآیند درمان از اولویت بسیار خاصی برخوردار است. یکی از راه های بهبود این شراکت، بازی می باشد که به عنوان همکاری با درمانگری تعریف شده که خود می خواهد فرآیندی جذاب و سرگرم کننده به کودک ارائه دهد و این بازی با درجات مختلفی در فرآیند درمان نهادینه می شود (به جدول**۱-۸** مراجعه شود).

برنامه ی FEAR

برنامه ی گربه ی سازشگر مجموعه ای از مهارت های مرتبط با مدیریت اضطراب را ارائه می کند. در این برنامه برای تسهیل یادگیری و به خاطر آوردن این مهارت ها، گام های مدیریت اضطراب با این حروف اختصاری که در عین حال معنی واژه ی ترس را می دهند، ارائه می شوند[۲۰۳] *(FEAR)*. حرف F = می ترسی؟، حرف E = انتظار اتفاقات بد؟، حرف A = نگرش ها و اعمالی که مفید هستند و حرف R = نتایج و پاداش ها. ابتدا به کودک آموخته می شود چگونگی واکنش بدن خود به اضطراب را بشناسد. در مرحله ی دوم شناسایی افکار اضطراب آور و احتمالاتی از این قبیل به او آموخته می شود. در مرحله ی سوم شیوه هایی برای مبارزه با این افکار و احتمالات از طریق استراتژی هایی مانند حل مشکلات و افکار سازگارانه و در مرحله ی چهارم پاداش دادن به خود برای موفقیت (به طور کامل یا نسبی) هنگام مواجهه با شرایط تحریک کننده ی اضطراب آموخته می شود.

****

[203] *FEAR Program: Feeling, Expecting, Attitudes, Results*

@karnil

جدول ۱-۸. بازی های به کارگرفته شده در جلسات درمان

شماره ی جلسه در برنامه ی گربه ی سازشگر	موضوع جلسه	بازی / فعالیت	مثال ها
جلسه ی ۱	ایجاد رابطه - شناسایی احساسات	بازی می خواهم تو را بشناسم	درمانگر و کودک به ترتیب از یکدیگر سؤالاتی می پرسند.
جلسه ی ۲ گام F	شناسایی احساسات	نمایش احساسات	درمانگر و کودک ادای احساسات مختلف را در می آورند.
جلسه ی ۲ گام F	شناسایی احساسات	دیکشنری احساسات	بریدن تصاویری از مجله ها و نوشتن نام احساس زیر آن ها.
جلسه ی ۲ گام F	شناسایی حالات فیزیکی	نقاشی بدن	کشیدن نقاشی اندازه ی بدن کودک برای حالات مختلف فیزیکی.
جلسه ی ۳	آرام سازی – تفاوت بین عصبی بودن و آرام بودن	روبوت / اسپاگتی	درمانگر از کودک می خوهد تا فرض کند یک روبوت است یا اسپاگتی.
جلسه ی ۴ گام E	شناسایی تفکرات اضطراب آور	فعالیت حباب فکر	کودک همراه با درمانگر فکرهای احتمالی برای نقاشی های مختلف را می نویسد.
جلسه ی ۴ گام E	شناسایی تفکرات اضطراب آور	حدس بزن دارم به چی فکر می کنم ؟	استفاده از سناریو های مختلف برای بازآفرینی و گفتگوی درونی
جلسه ی ۴	شناسایی تفکرات اضطراب آور	دام های فکر	تله های فکری را می توان با داستان یا با تمرین برای کودک توضیح داد.
جلسه ی ۵ تا ۸	مرور برنامه های سازش	کارت برنامه ی FEAR	کارت های جیبی که کودک می تواند آن ها را همراه خود نگه دارد.
جلسه ی۹ تا ۱۶	تشخیص: اضطراب از جدایی	قایم باشک بازی	والد یا والدین قایم می شوند تا کودک اضطراب ندانستن جای آن ها را تجربه کند.

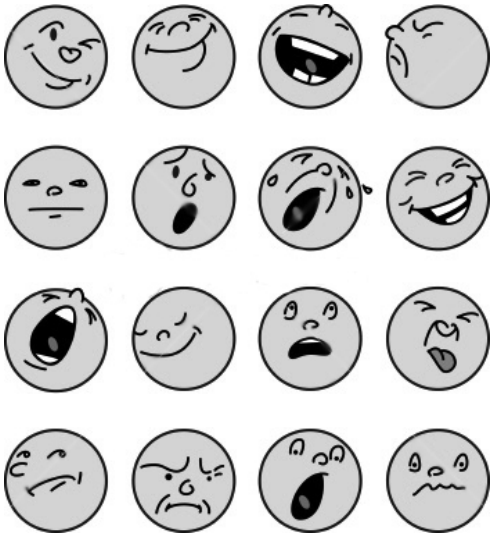
@karnil

بازی در اولین جلسه برای شکل گیری رابطه ی درمانی به کارگرفته مـی شـود. این کار می تواند از طریق بازی *"می خوام تو رو بشناسم"* انجام گیرد. در این بـازی کودک و درمانگر به نوبت از طریق کارت هایی به سؤالات پاسخ می دهند. سـؤالاتی مانند *"غذای مورد علاقه ات چیه؟"* و *"چند تا خواهر و برادر داری؟"* . به این شـکل کـودک و درمـانگر مطـالبی راجـع بـه یکـدیگر مـی آموزنـد. ایـن یـک شـیوه ی غیر تهدید کننده می باشد که متمرکز بر اضطراب نبوده و نسبتاً سـاده نیـز هسـت. درمانگر نه تنها قصد را دارد اطلاعاتی در مورد کودک بدست بیاورد، بلکه هم چنین اطلاعات مناسبی راجع به خود به کودک ارائه می دهد تا او نیـز بیشـتر درمـانگر را بشناسد. هم چنین چگونگی کار برنامه و پاداش گرفتن برای تلاش های مثبـت، بـه عنوان بخشی از جلسه اول برای کودک مطرح مـی شـود و کـودک و درمـانگر یـک سیستم پاداش و منوی پاداش ایجاد می کنند.

در بخش اول درمان کودک و درمانگر همراه با یکدیگر کار می کنند تا مطـالبی راجع به علائم جسمی و واکنش های فیزیولوژیـک مـرتبط بـا اضـطراب و گفتگـوی درونی را یاد بگیرند. در اولین گام از برنامه ی *FEAR*، یعنی ***F*** یـا احسـاس تـرس، کودک و درمانگر همراه با هم انـواع مختلـف احساسـات و ارتبـاط شـان بـا بـدن را شناسایی می کنند. این کار از طریق بازی انجام می گیرد تا کودک به صـورتی پویـا جذب فرآیند درمان شود. درمانگر ایـن انعطـاف پـذیری را دارد تـا کـودک را طبـق علائق خاص او هدایت کند. به طور مثال کودکی که عاشق نمایش است، مـی توانـد همراه با درمانگر به بازی *"حدس بزن این چیه؟"* مشغول شود ودر حـالی کـه یـک نفر از آن ها با ایما و اشاره سعی به رساندن یک مفهوم دارد، دیگری راجع به کـار او حدس هایی ارائه می دهد. هم چنین برای کودکی که علاقمند به کاردسـتی اسـت، می توان یک *"دیکشنری احساسات"* ایجاد کـرد، یعنـی درمـانگر و کـودک بـا هـم تصاویری را از مجله ها می برند و زیر هر کدام احساس مربوط به آن را می نویسـند (مانند شکل **۲**- **۸**). به کودک آموخته می شود که واکنش های فیزیکی مـرتبط بـا احساسات مختلف هستند. هم چنین می توان از تصویرسازی ذهنی برای کمـک بـه کودک استفاده کرد. به طور مثال هنگامی که فردی عصـبی مـی شـود، شـاید کـف دست هایش عرق کند و قلبش سریع تر بزنـد. درمـانگر و کـودک مـی تواننـد یـک

@karnil

نقاشی از بدن بکشند و کودک در قسمت های مختلف آن نقاشی نشان دهد هنگامی که فرد عصبی می شود چه اتفاقاتی در بدن او رخ می دهد. درمانگر می تواند این واکنش های فیزیکی را در سطح ادراک کودک برای او توضیح دهد. به طور مثال احساس عصبی بودن را به این شکل توصیف کند: *"هنگامی که عصبی هستی، انگار یک فیل بزرگ پای خودشو روی قفسه ی سینه ات یا شکمت گذاشته و یا مثل یک گلوله ی کاموا به دور خودت پیچیدی و کلافه شدی."* این تصاویر به کودک کمک می کند مسائل جسمی مرتبط با اضطراب را درک کند.



شکل ۲- ۸ دیکشنری احساسات

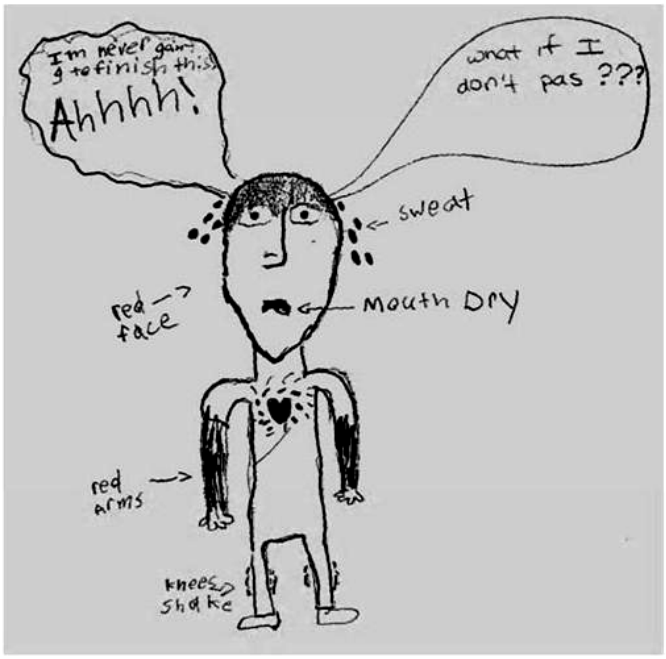
در چند جلسه ی بعد به کودک آموخته می شود هنگام احساس استرس و اضطراب عضلات بدن منقبض می شوند. احساسات و حالات فیزیکی که کودک و درمانگردر جلسات قبلی آن ها را شناسایی کرده اند، برای کمک به کودک در یادگیری مهارت های آرام سازی (ریلکسیشن) استفاده می شوند. باز هم می توان از استعاره ها و تصاویر ذهنی برای جذب کودک در فرآیند درمان استفاده کرد.

@karnil

حالت های فیزیکی مانند تند زدن قلب یا دل پیچه می توانند با یک دماسنج یا زنگ خطر آتش برای بدن مقایسه شوند. هنگامی که دماسنج بسیار داغ شود یا صدای آژیر خیلی بلند شود، به این معناست که ترسیده ایم یا عصبی هستیم. درمانگر استراتژی های آرامش را به کودک می آموزد تا هنگامی که این آژیرها خاموش هستند، آن ها را تمرین کند. هم چنین از این جهت از بازی استفاده می شود تا این تمرین ها واقعی تر جلوه کنند. برای کودکان خردسال می توان از مثال یک روبوت با عضلات بسیار سخت و مقایسه ی آن با اسپاگتی استفاده کرد که بسیار شل و انعطاف پذیر است. به کودک تکنیک هایی مانند عمیق نفس کشیدن و آرام سازی تدریجی عضلات آموخته می شود تا متوجه شود داشتن بدنی مثل یک روبوت و تبدیل کردن آن به اسپاگتی چگونه است. کودکان خردسال فرض می کنند در دستشان یک لیمو قرار دارد و باید آن را فشار دهند تا لیموناد درست کنند. به این شکل کودک احساس انقباض در دست و بازوهایش را حس می کند و هنگامی که لیمو را ول کند، عضلاتش شل می شوند. درمانگر در تمام این تمرینات با کودک همراه است تا بازی و رابطه ی دو جانبه ی آن ها تداوم یابد و سخن گفتن برای کودک آسان تر شود، زیرا بیان کردن احساسات برای کودکان و نوجوانان اغلب کار دشواری است.

دومین گام در برنامه ی *FEAR* مرحله ی ***E*** (انتظار اتفاقات بد) می باشد. در این مرحله بخش های شناختی و ادراکی برنامه به کودک آموخته می شوند و او در این جلسات گفتگوی درونی و افکار اضطراب برانگیز را شناسایی کرده (احتمالات، منتظر بودن و سؤالات اتوماتیک) و می آموزد چگونه با آن ها مواجهه کند. هدایت کودک در این بعد از درمان به دو علت بسیار چالش برانگیز است. اولاً مفهوم شناسایی افکار اضطراب آور برای بسیاری از کودکان آسان نیست. درمانگر به کودک کمک می کند این گفتگوهای درونی را هنگام اضطراب شناسایی کند؛ دوم این که این بخش از درمان، حداقل در آغاز کار جالب ترین بخش فرآیند درمان نیست، در نتیجه استفاده از خلاقیت و بازی باعث افزایش علاقه ی کودک می شود و یادگیری برای او لذت بخش تر می گردد. در دستورالعمل درمان انعطاف پذیری برای کمک به ایجاد اطمینان، ارتباط دو جانبه و همراهی آموخته می شود.

@karnil



شکل ۳-۸ نمونه ای از نقاشی بدن

استفاده از بازی برای کودک تا این مفاهیم درمانی را درک کند، به شیوه های مختلفی در مرحله ***E*** روی می دهد. به طور مثال ممکن است کودک علاقمند به یک شخصیت کارتونی خاص یا سریال تلویزیونی یا یک قهرمان ورزشی باشد. به این شکل درمانگر می تواند عکس ها یا نقاشی هایی از این افراد را جمع کند تا فعالیت حباب فکر را مورد استفاده قرار دهد و کودک و درمانگر همراه با هم افکار احتمالی برای شکل های مختلف را می نویسند. نقاشی و کاردستی نیز می تواند برای کودکانی استفاده شود که از آن لذت می برند و بازگو کردن احساسات خود را از طریق تصویر آسان تر می بینند. درمانگر مشخصاً می تواند از کودک بخواهد یک نقاشی از خودش در وضعیت اضطراب بکشد و سپس حباب های فکری نیز بالای نقاشی قرار دهد. برای این که محتوای جلسه ی درمان حفظ شود، می توان از نقاشی هایی استفاده کرد که صحنه ی ساده ای در آن ها کشیده شده است و افکار کاراکترها واضح بوده و می توان احساسات مختلفی را در آن ها شناسایی کرد.

@karnil

درمانگر و کودک راجع به گفتگوی درونی بحث می کننـد و درمـانگر برقـراری رابطه بین افکار و احساسات اضطراب برانگیز را شفاف مـی سـازد. بـرای الگوسـازی گفتگوی درونی نیز مـی تـوان از بـازی اسـتفاده کـرد. توصـیه مـی شـود درمـانگر وضعیت های مختلفی از شادی یا اضطراب را ارائه کند تا کودک حدس بزند در ایـن شرایط او چه احساسی دارد؛ سپس افکارش را با صدای بلنـد بگویـد. ایـن شـیوه ی واکنش مخصوصاً برای کودکی که با اضطراب خود دست و پنجه نرم می کند، بسیار مفید است. همان گونه که قبلاً هم اشـاره شـد، نقاشـی و کاردسـتی حکـم یـک راه خروجی برای توصیف موقعیتی است که مـی توانـد بـرای کودکـانی کـه علاقـه بـه نمایش یا فعالیت های عملی ندارند، استفاده شود. جـذب شـدن کـودک در فرآینـد درمان یک امر الزامی است. در نتیجه استفاده از بازی به منظور حفظ اتحاد درمـانی با او حیاتی می باشد.

دومین جزء این بخش از درمان، صحبت کردن بـا کـودک راجـع بـه دام هـای فکری است. این دام های فکری شیوه هایی از تفکر تحریف شده یا اشـتباه هسـتند که کودکان و نوجوانان دچار اختلال اضطراب ممکن است درگیر آن ها باشـند. ایـن افکار معمولاً تحریفات غیر واقعی و نادرست از رویداد هـایی هسـتند کـه در دنیـای بیرون از ذهن کودک اتفاق می افتنـد. چنـد شـیوه ی خلاقانـه بـرای معرفـی ایـن موضوع به کودک وجود دارد. درمانگر می تواند کودک را ترغیب کند تا ماننـد یـک کارآگاه عمل کرده و به دنبال دام های فکری ای باشد که ممکن است مردم را قبـل از این که شانسی برای جمع آوری شواهد کافی داشته باشـند، بـه تلـه ی اضـطراب بیندازد. هم چنین می توان نوجوانان را ترغیب کرد ماننـد قاضـی و هیئـت منصـفه عمل کنند و شواهدی را برای یک فکر ارائه دهند.

مجموعه ای از دام های فکری در دستورالعمل برنامه ی گربه ی سازشگر وجود دارد. یکی از این دام ها *"راه رفتن با چشم بند"* نام دارد. این عنوان حـاکی از دیـدن فقط مسائل منفی و چشم پوشی از مسائل مثبت در یک وضعیت می باشد. دام های فکری را می توان با داستان یا کارهای عملی برای کودکان توضیح داد. در شـیوه ی عملی ممکن است کودک و درمانگر دور کلینیک راه برونـد و بـا دسـت هـای شـان چشم خود را بپوشانند تا مشخص شـود اطلاعـات نـاقص هسـتند. ایـن نـوع بـازی

@karnil

خصوصاً برای ادراک کودک از این مقوله بسیار مفید است. هم چنین می توان از تعویض نقش با درمانگر برای کودک استفاده کرد: در این جا کودک نقش مربی یا کارآگاه را بازی می کند و تلاش دارد تا درمانگر را ترغیب کند که فلان وضعیت یا موقعیت روی نخواهد داد و احتمال آن بسیار ضعیف است.

گام بعدی در این برنامه ***A*** یا همان نگرش می باشد و ایده هایی را معرفی می کند که برای نشان دادن تأثیرگذاری نگرش و اعمال بر آنچه که احساس می کنیم، مفید هستند. این جلسه متمرکز بر حل مشکل به عنوان ابزاری برای برخورد با اضطراب است. درمانگر و کودک با همکاری یکدیگر به راه حل های گوناگونی برای شرایط مختلف دست می یابند که تحریک کننده ی اضطراب هستند. بازی می تواند با به کارگیری مهارت حل مشکل برای وضعیت های عادی آغاز شود. به این شکل به کودک کمک می شود مفهوم حل مشکل را درک کند. به طور مثال درمانگر ممکن است از کودک بپرسد: *"فکر کن کفش هاتو جایی توی خونه گم کردی. چه کارایی انجام میدی که بتونی اونارو پیدا کنی؟"* مدل های ارائه شده توسط درمانگر با ایجاد راه حل های عملی و غیر عملی، روش های مشکل گشا را آشکار می کند (شیوه ی عملی مانند: *"سعی کن یادت بیاد آخرین بار کی اون کفشارو پوشیدی؟"* شیوه ی غیر عملی مانند: *"می تونی روزنامه ها رو نگاه کنی و ببینی آیا گزارشی راجع به کفشای گمشده ات اونجا وجود داره یا نه !"*). کودک سپس مزایا و معایب هر راه حل را ارزیابی کرده و به تدریج برای انتخاب راه حل های دیگری جهت رفع مشکلات مجهز می شود.

هدف کلی در این جا آموختن و گسترش اعتماد به نفس در کودک برای کمک به خود و برخورد با چالش های روزمره می باشد. به کودکان نشان داده می شود که مشکلات بخشی از زندگی روزمره بوده و ترغیب می شوند مانع انگیزه های آنی خود شوند (مانند اجتناب) و به نگرش ها و رفتارهایی برسند که برای آن ها مفید است. حل مسئله شامل کمک به کودک برای تعیین و تبدیل کردن مشکل به یک وضعیت قابل پردازش با اهداف و روش های جایگزین می شود.

در مرحله ی آخر برنامه ی *FEAR*، پاداش دادن به خود برای موفقیت هنگام مواجهه با وضعیت های برانگیزاننده ی اضطراب معرفی می شود. مرحله ی *R* یا

@karnil

همان نتایج و پاداش ها در جلسه هشتم معرفی شده و مفهوم امتیازدهی به عملکرد و پاداش دادن به یک تلاش، برای کودک توضیح داده می شود. درمانگر راجع به پاداش و مفهوم خودارزیابی و رضایتمندی از تلاش های فردی با کودک صحبت می کند. آن ها در ایجاد فهرستی از پاداش های مختلف با یکدیگر همکاری کرده و مشخص می کنند برای جایزه گرفتن باید چه کاری انجام شود (جایزه هایی مانند رفتن به سینما همراه با دوستان، گرفتن یک کتاب یا بازی جدید)؟

ممکن است سیستم پاداش نیز به سادگی برای کودک قابل فهم نباشد، اما باز هم می توان از بازی استفاده کرد تا اطلاعات بیشتر برای او قابل درک شوند. به طور مثال ممکن است درمانگر این گونه عنوان کند جایزه چیزی است که هنگامی به تو داده می شود که از کاری که انجام داده ای رضایت داری. فرآیند امتیاز دهی به خود نیز می تواند به شیوه ای مشابه معرفی شود. به طور مثال می توان کودک را در وضعیتی قرار داد که متوجه شود مجبور نیست همه چیز را دقیقاً درست انجام دهد، اما هنوز هم می تواند جایزه بگیرد (مانند پاسخ دادن به یک سؤال در مدرسه، بازی و ورزش). استفاده از شخصیت های برجسته ی ورزشی مانند مایکل جردن[۲۰۴] که میزان پرتاب های او بیشتر نزدیک به ۵۰ درصد بوده تا ۱۰۰ درصد، می تواند به کودک کمک کند با این ایده ارتباط برقرار سازد. هم چنین می توان از کتاب های کارتونی استفاده کرد که در آن ها شخصیت داستان تلاش می کند با یک وضعیت اضطراب آور مقابله کند و ممکن است تلاش های او همیشه کاملاً موفقیت آمیز نباشد.

در نهایت یک بازنگری از برنامه ی *FEAR* صورت می گیرد و بسیاری از اوقات یک *"کارت هویت برنامه ی FEAR"* به کودک اهدا می شود که به اندازه ی کارت کوچکی است تا او بتواند آن را همواره با خود داشته باشد. مرور برنامه با تأکید بر چهار مرحله ای که یادآوری نام آن ها بسیار ساده است *(ترس=FEAR)*، به کودک کمک می کند متوجه شود ترس حقیقتاً قابل مدیریت است. در هر حال به خاطر داشتن این نکته که بازی به جذاب تر شدن درمان کمک می کند تا در تطابق با

****

[۲۰۴] *بازیکن مشهور بسکتبال در NBA*

@karnil

سلیقه ی کودک باشد، بسیار حیاتی است. به طور مثال اگر برنامه ی *FEAR* برای کودک خسته کننده به نظر برسد، می توان آن را با علایق او انطباق داد. کندال و همکارانش (۱۹۹۸) در مثالی عنوان کردند کودکان بیشتر تمایل دارند این برنامه را *" گام های کمک کننده ی شاد"*[۲۰۵] بنامند. هم چنین برخی از کودکان نام آن را به *"بچه گربه ی کونگ فو کار"*[۲۰۶] تغییر داده اند تا به سلیقه ی خودشان مراحلی را در آن بگنجانند. در ایجاد این عنوان جدید، درمانگر به کودکی کمک کرده بود تا واژه ی *" KITS "*را شکل دهد (*K* = آیا گربه ترسیده است؟ *I* = من انتظار وقایع بد را می کشم، *T* = افکار و نگرش هایی که به من کمک می کنند و *S* = نتایج و پاداش های خاص). از آن جا که این عبارت اختراع خود کودک بود، در یادآوری آن هیچ مشکلی نداشت. انجام این مراحل با خلاقیت و بازی و تفریح، باعث افزایش همکاری و اتحاد بین کودک و درمانگر می شود.

قراردادن در معرض شرایط

بخش دوم برنامه ی گربه ی سازشگر هم شامل کارهای تخیلی و فرضی می شود و هم قرار گرفتن در معرض شرایط حقیقی. در طول جلسات نهم تا شانزدهم به کودک این فرصت داده می شود تا آنچه را که در هشت جلسه ی اول درمان فرا گرفته، به کار بگیرد. هدف از این کار ایجاد سطحی از اضطراب در محیطی حمایت کننده برای کودک است. این قرارگیری به صورت خلاقانه نه تنها برای کودک مؤثر می باشد، بلکه قابل یادآوری نیز هست. درگیر کردن کودک در شرایطی که برای او دشوار است، می تواند با اضافه کردن عنصر تفریح و بازی کمتر تهدید کننده باشد. این بهترین زمان برای قرار دادن افراد خصوصاً والدین، خارج از محتوای درمان است. به طور مثال کودکی که دچار اختلال اضطراب از جدا شدن می باشد، ممکن است با یکی از والدین قایم باشک بازی کند تا به نوعی اضطراب ندانستن مکان پدر یا مادرش را تجربه کند. قرار دادن این شیوه ها در چارچوب بازی برای سرگرم کردن کودک در فرآیند درمان بسیار مهم است. می توان یک

****

[205] *Happy Helper Steps*

[206] *Kung-Fu Kat Kits*

@karnil

پاداش تفریحی برای قرار گرفتن در معرض شرایط حقیقی را در نظر گرفت. به طور مثال کودکی که دچار فوبیا یا ترس از قرار گرفتن در اجتماع است، چنانچه بتواند در شرایط حقیقی بر اضطراب خود فائق آید، می تواند یک بستنی قیفی بزرگ به دلخواه خود سفارش دهد. به این شکل او هم یک پاداش درونی یا معنوی و هم یک پاداش فیزیکی کسب کرده است.

در این تجربیات هم چنین می توان شرایطی را ایجاد کرد که کودک در حالی که بر ترسش پیروز می شود، به بازی نیز بپردازد. به طور مثال کودکی که دچار کمال گرایی[۲۰۷] وسواس گونه و اضطراب آور است را می توان در شرایطی قرار داد که به طور مثال در تاریکی نقاشی کند و یا در حالی که پیراهن خود را چپه به تن کرده به خیابان برود. کودکی که از توجه کردن دیگران یا این که در جلوی جمع به او مطلبی گوشزد شود خوشش نمی آید، می تواند آهنگ مورد علاقه ی خود را با صدای بلند در کتابخانه بخواند و یا در یک کافی شاپ بسیار آرام با صدای بلند حرف بزند (کندال و همکاران،۱۹۹۸). همه ی این ها وضعیت های حقیقی هستند که باعث می شوند کودک بر مشکل خود پیروز شده و بر ترس هایش غلبه کند.

آخرین بخش برنامه در حالی به پایان می رسد که کودک یک برنامه ی فردی راجع به تجربیاتش در فرآیند درمان ارائه می کند. از او خواسته می شود با فیلمی که توسط دوربین خانگی می سازد یا با استفاده از بازی، شعر یا هر نوع بیان خلاقانه ی دیگر، برنامه ای بسازد که به دیگر کودکان یاد دهد چگونه اضطراب خود را مدیریت کنند. این فرآیند برای او فرصتی خواهد بود تا آنچه را که یاد گرفته، به شیوه ای خلاق و با تفریح و بازی به دیگران یاد بدهد. این برنامه می تواند شامل هر چیزی باشد، از یک ترانه تا ویدئو کلیپ و یا خبرهای تخیلی. کودک می تواند درمانگر یا والدینش را برای شرکت در این برنامه دعوت کند و افرادی نیز به عنوان تماشاچی حضور داشته باشند. در جلسه ی آخر کودک همراه با دیگران، برنامه ای را که ساخته تماشا می کند و این برنامه نه تنها یک پاداش منحصر به فرد برای او محسوب می شود، بلکه هم چنین به حفظ منافع بدست آمده از درمان کمک

****

[207] *Perfectionism*

@karnil

می کند. ضمناً در این جلسه او یک گواهینامه ی تکمیل دوره به عنوان یادبود برای تلاش هایش دریافت نموده و ممکن است مهمانی یا جشن کوچکی همراه با درمانگر و والدین با خوردن بستنی، پیتزا یا غذاهای مورد علاقه ی کودک برگزار شود.

نتیجه گیری

جذب شدن کودک در فرآیند درمان یک عامل پیش بینی کننده ی مهم برای نتیجه ی آن می باشد (چو و کندال،۲۰۰۴ ؛ برازول و همکاران،۱۹۸۵). شرکت در درمان می تواند با استفاده از بازی تسهیل شود. درمان اضطراب در کودکان با استفاده از برنامه ی گربه ی سازشگر مشوق یک رویکرد انعطاف پذیر نسبت به درمان های دستورالعملی برای اختلالات اضطراب در کودکان و نوجوانان می باشد (کندال و بیداس،۲۰۰۷).

بروز تغییرات مثبت بستگی به شرکت کردن در درمان دارد و تشویق به بازی با کودکان و نوجوانان باعث بهبود رابطه ی درمانی و سرگرم شدن کودک می گردد. درمان اختلالات اضطراب شامل تمرین هایی برای قرار گرفتن در معرض شرایط حقیقی بوده و از آن جا که ممکن است این کارها هم برای کودک و هم درمانگر چالش برانگیز باشند، رابطه ی دو جانبه و شرکت کودک در درمان، برای انجام موفقیت آمیز این تمرین ها الزامی است. هم چنین اجازه دادن به کودک برای احساس کردن اضطراب و یاد گرفتن چگونگی سازش با آن، برای پیشرفت او حیاتی می باشد. استفاده از بازی به عنوان ابزاری برای شرکت کودک و انجام تمرینات به او کمک می کند تا:

۱. تجربیات خود را به صورت مثبت به خاطر بیاورد.
۲. تکنیک های فرا گرفته هنگام درمان را به عنوان بخشی از استراتژی سازش و کنار آمدن در زندگی روزمره ی خود استفاده کند.

حفظ مزایای بدست آمده از طریق درمان هنگامی افزایش می یابد که از شیوه های جذابی برای آموزش کودک استفاده شود و برای این منظور می توان یک محیط

@karnil

شاد درمانی را با استفاده از نهادینه سازی هدفمند بازی در دستورالعمل درمان ایجاد کرد.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش نهم

نقش بازی در CBT برای کودکان پرخاشگر:

برنامه ی توانایی سازش

جان لاکمن، کارولین باکس میر، نیکول پاول

برنامه ی توانایی سازش یک مداخله ی *CBT* می باشد که از نظر تجربی دارای پشتوانه ی مناسبی بوده و برای کودکانی در سنین اواخر دبستان تا اوایل دوره ی راهنمایی طراحی شده است که رفتارهای تهاجمی و خشونت آمیز از خود بروز می دهند (لاکمن، ولز و لنهارت،۲۰۰۸؛ ولز، لاکمن و لنهارت،۲۰۰۸). این برنامه که معمولاً در تشکیلات مدرسه نهادینه می شود، در یک دوره ی ۱۸ ماهه در جلسات هفتگی برای گروه های ۴ تا ۶ نفره مورد استفاده قرار می گیرد. جلسات مداخله شامل دستورالعمل هایی خاص با ساختاری هماهنگ می باشند و مواد آموزشی را به شیوه ای سرگرم کننده به نوجوان انتقال می دهند. این برنامه هم چنین شامل بخشی برای والدین است که به موازات برنامه ی کودک اجرا می شود. تکنیک های سازماندهی شده ی بازی با توجه به سن و میزان رشد

@karnil

جمعیت مورد هدف به عنوان استراتژی های مؤثر برای ارائه ی محتوای برنامه استفاده می گردد[۲۰۸].

چندین تکنیک مختلف بازی در این برنامه کاربرد دارند که *شامل: "نمایش عروسکی، بازی های پرسش و پاسخ، فعالیت های زمان بندی شده و ایفای نقش های گوناگون"* هستند. فعالیت های دیگری نیز به عنوان مبارزه در نظر گرفته شده اند و کودکانی که در آن ها موفق می شوند، مقام برنده را کسب کرده و جایزه یا رتبه ای دریافت می کنند. شیوه ای که این فعالیت ها به واسطه ی آن ارائه می شود، نقشی کلیدی درایجاد چارچوب بازی دارد. درمانگرانی که قادرند جو تفریح و شادی (و مسابقات دوستانه) را حفظ کنند، به بهترین وجه می توانند بازی را در فعالیت های سازماندهی شده بگنجانند. در این جا می توان از تکنیک های کلاسیک بازی درمانی برای کودکان یاد کرد، مانند فعالیت های بازی یا نقاشی کشیدن به صورت غیر هدایت شده. پژوهش های بسیاری حامی کارآیی این شیوه ها برای کودکانی با آسیب های روانی گوناگون هستند (لوبلانش و ریچی،۱۹۹۹؛ ری، براتون، رین و جونز،۲۰۰۱؛ ردی، فایلزهال و شفر،۲۰۰۵). درهر حال این نوع فعالیت ها ساختار چندان از پیش تعیین شده ای ندارند و در پروتکل درمانی برنامه ی *"توانایی سازش"* از آن ها استفاده نشده است؛ زیرا هدف این برنامه تمرکز بر آموزش های روانشناختی و ایجاد مهارت های مورد نیاز در کودکان می باشد.

در این برنامه تکنیک های گوناگون بازی درمانی عملکردهای مهم و متعددی دارند. بازی یک شیوه ی سرگرم کننده برای معرفی کردن مفاهیم آشنا به کودکان است که اغلب هیجان انگیز بوده و برای آن ها ایجاد انگیزه می کند. کودکانی که ممکن است به شیوه های دیگر علاقه نداشته باشند، احتمال بیشتری دارد در فعالیت های بازی – محور طراحی شده جهت بررسی همان مسائل شرکت کنند. این شیوه ها هم چنین برای کودکانی که به دشواری وارد فرآیند درمان می شوند

****

[۲۰۸] *این پژوهش با حمایت مالی انستیتوی مبارزه با سوء مصرف مواد (DA – 16135) و دفتر امور قضایی نوجوانان و پیشگیری از بزهکاری (JLFX. 232 2006) انجام گرفت.*

@karnil

(بنا به هر دلیلی) مفید هستند. مشکلات آن ها می تواند شامل: ناتوانی در توجه، نگرش مخالف، محافظه کاری و مشکلات زبانی یا گفتاری باشد. به طور مثال کودکی که نسبت به نشان دادن مثال هایی از تجربیات عصبانیت برانگیزش مقاومت می کند و تمایلی به انجام این کار ندارد، ممکن است به راحتی در بازی واکنش های مناسبی نشان دهد.

بازی هم چنین مکانیسمی مفید در حفظ علاقه ی کودک به فعالیت های درمان است. تکرار یک عامل حیاتی برای یادگیری مفاهیم و مهارت های جدید توسط کودکان می باشد و با استفاده از تکنیک های گوناگون بازی درمانی از مشکلاتی مانند یکنواختی و عدم علاقه به درمان اجتناب می گردد. هم چنین بسیار مهم است اطلاعات و مهارت های جدید به شیوه های مختلف (مانند سمعی – بصری، تمرینات فعال و پویا) ارائه شوند تا منطبق با سبک های یادگیری مختلف در کودکان باشد. بازی هم چنین می تواند طیف امکانات گوناگون و در دسترس را گسترش دهد. به طور مثال یک مهارت جدید را می توان از طریق بازی های عروسکی و ایفای نقش معرفی کرد. پس از این که مهارت های جدید به این شکل آموزش داده شدند، ادراک و توانایی به یادآوری کودک نیز می تواند از طریق بازی ارزیابی شود. در این شیوه کودکان در چارچوب یک بازی نمایشی به سؤالات پاسخ می دهند و مثال هایی از مفهوم درک شده را عنوان می کنند.

در برنامه ای که به منظور آموزش مهارت های جدید به کودکان طراحی شده، تمرین کردن این مهارت ها جزء لازمه و اصلی مداخله می باشد. کودکان در بازی می توانند مهارت های جدید را در محیطی شاد و غیر تهدید کننده بیاموزند. به طور مثال در یک نمایش عروسکی، کودکان می توانند تعاملات مناسب اجتماعی با همسالان خود را تمرین کنند. ایفای نقش های مختلف در بازی های نمایشی فرصت دیگری را برای کودکان فراهم می آورد تا یافته های خود را در شرایطی مشابه با بازی به کارگیرند. ایفای نقش هم چنین باعث ایجاد مهارت های اجتماعی در کودکان می شود، زیرا حقیقتاً با همسالان خود تماس داشته و عمومی سازی مفهوم در محیط های گوناگون روی می دهد. از سوی دیگر اختلافات نیز در این نمایش ها بروز می کند (به طور مثال هنگام انتخاب نقش ها یا تصمیم گیری راجع

@karnil

به یک جمله و...). در این جا فرصت مناسبی برای مربیان پیش می آید تا مانند یک الگو عمل کرده و کودکان را به سمت تعاملات اجتماعی مناسب هدایت کنند.

می توان گفت تکنیک های بازی در ارائه ی مفاهیم آموزشی، حفظ علاقه ی کودک و ارائه ی فرصت هایی برای تمرین فعال مهارت های جدید مفید و مهم به شمار می روند. در ادامه پس از توضیح کامل تری از برنامه ی توانایی سازش شامل پشتوانه ی تجربی برای کارایی و تأثیرگذاری آن، تکنیک های مختلف بازی همراه با منطق استفاده از آن ها و نتایج مطلوب بدست آمده ارائه خواهد شد.

شواهد و مستنداتی برای برنامه ی توانایی سازش

این برنامه در واقع یک مداخله ی پیشگیری کننده برای کودکانی در خطر پرخاشگری می باشد. این برنامه ی درمانی رفتاری – شناختی شامل ۳۴ جلسه کار با کودک می شود که به منظور ارتقاء شناخت اجتماعی و رفتارهای مثبت اجتماعی و تحصیلی برگزار می شود. برنامه ی توانایی سازش هم چنین شامل یک دوره ی ۱۶ جلسه ای برای والدین می باشد که در جهت بهبود مهارت های آن ها طراحی شده است. مهارت هایی مانند: *"افزایش شرکت والدین در فرآیند درمان، نظارت بر کودک، ایجاد انتظارات شفاف و فراهم آوردن پاداش های مؤثر و تشویق کننده."* بخشی از این برنامه که متعلق به درمان کودک است، در واقع نسخه ی توسعه یافته ی برنامه ی سازش با عصبانیت می باشد که آن برنامه نیز پشتوانه ی تجربی مناسبی بدست آورده است (لاکمن،۱۹۹۲؛ لاکمن و همکاران،۱۹۸۴). مطالعات کارایی و تأثیرگذاری در دو مثال جداگانه برای این برنامه ارائه شده اند و نتایج نشان می دهد این روش باعث کاهش تمایل به بزهکاری و استفاده از مواد مخدر می شود. این نتایج از یک مطالعه ی پیگیری یکساله پس از درمان و مقایسه با گروه کنترل بدست آمده است. هم چنین استفاده از این شیوه ی درمانی نشان دهنده ی کاهش گزارشات فردی از مصرف مواد و اعمال خشونت، افزایش ظرفیت های اجتماعی و بهبود رفتار در مدرسه در پایان مداخله و در مقایسه با کودکانی می باشد که از این برنامه برای آن ها استفاده نشده بود (لاکمن و ولز،۲۰۰۲). تغییرات ناشی از این برنامه در رفتارهای کلیدی (مانند انتظارات

@karnil

کودکان درباره ی نتایج احتمالی رفتارهای خشونت آمیز، انطباق والدین در استفاده از نظم)، به عنوان واسطه ی تأثیرات مثبت بر رفتارهای بزهکارانه و سوء مصرف مواد، در ارزیابی های یک سال پس از تکمیل برنامه ی درمانی مشخص شد (لاکمن و ولز،۲۰۰۲). شایان ذکر است که این برنامه هم چنین برای استفاده در مورد کودکان ناشنوای پرخاشگر و خشونت طلب (لاکمن و همکاران،۲۰۰۱) و هم چنین کودکانی که تشخیص بالینی اختلالات رفتاری و نافرمانی در آن ها محرز شده بود، با موفقیت انطباق یافته و به کارگرفته شد (وندرویل و همکاران،۲۰۰۳). ضمناً نسخه ی خلاصه شده ی این برنامه که ۹ ماه به طول می انجامد، باعث کاهش آمار رفتارهای خشن کودکان پس از درمان شده که گزارش آن توسط معلمان آن ها تهیه شده بود (لاکمن و همکاران،۲۰۰۶).

بازی های مورد استفاده در برنامه ی توانایی سازش

فعالیت های ایفای نقش

در این فعالیت های نمایشی وضعیت هایی از زندگی واقعی در محیط امن تشکیلات درمانی باز آفرینی می شود. عمده جلسات مربوط به کودک حداقل شامل یک فعالیت ایفای نقش که از قبل برنامه ریزی شده، می گردد. این فعالیت ها به دلایل گوناگونی دنبال می شوند. *CBT* برای کودکان درست مانند مربیگری می باشد (کندال،۲۰۰۵) که در آن اهداف درمانگر شامل این موارد هستند:

(الف) شناسایی نیازها و مهارت های خاص رفتاری،

(ب) مدل سازی مهارت های خاص اجتماعی و احساسی برای مورد هدف قرار دادن این نیازها و

(ج) تمرین دادن کودک برای رسیدن به توانایی نهادینه سازی این مهارت ها در شرایط واقعی همراه با موفقیت.

اجرای فعالیت های ایفای نقش برای هر مرحله ی این فرآیند بسیار حیاتی می باشد. این فعالیت ها فرصتی برای کودکان فراهم می آورند تا در به کارگیری مهارت های خاص تلاش کنند و به تبحر برسند و در عین حال درمانگر نیز می تواند اطلاعات بسیار ارزشمندی راجع به نقاط قوت و ضعف کودک بدست آورد.

@karnil

در این برنامه درمانگر به دنبال شبیه سازی شرایط چالش برانگیز زندگی می باشد که کودکان ممکن است با آن مواجه شوند (مانند اذیت شدن توسط یک همکلاسی، اخراج از کلاس، توبیخ و سرزنش شدن توسط یکی از والدین یا معلم). دیگر هدف درمانگر ارائه ی الگویی برای چگونگی به کارگیری مهارت های سازش به منظور حل این مشکلات به بهترین وجه است (لاکمن و همکاران،۲۰۰۸). در همین حال هدف کودک باید بدست آوردن ادراکی عمیق تر از مهارت هایی باشد که در حال یادگیری آن هاست و این که در چه مواقعی می توان از این مهارت ها استفاده کرد. اجرای چنین فعالیت هایی می تواند به کودک کمک کند تا برای گذر از موانعی که ممکن است با آن ها مواجه شود، آماده گردد. رسیدن به مهارت پیروز شدن بر مشکلات، بعد محوری این برنامه بوده و هم چنین برای استفاده ی بیشتر کودک از آن ها در خارج از تشکیلات درمان، حیاتی به شمار می رود. شراکت پویای درمانگران نیز در این بازآفرینی ها می تواند باعث تقویت رابطه ی درمانی شود.

در ادامه به ذکر نمونه هایی از فعالیت های ایفای نقش می پردازیم. در حالی که فعالیت های از قبل برنامه ریزی شده در اغلب جلسات درمان وجود دارند، توصیه می شود امکان فعالیت های خود انگیخته ی کودک در جلسه نیز در نظر گرفته شود، زیرا چنین شرایطی ممکن است اطلاعات مهمی را به درمانگر ارائه کنند. ایفای نقش می تواند به این صورت انجام گیرد که یک فرد ایفاگر چند نقش باشد، داستان کوتاه یا بلند باشد و حتی قسمت اعظم جلسه ی درمان را به خود اختصاص دهد.

نقش هایی برای پرورش آگاهی احساسی. آموزش مدیریت مؤثر عصبانیت، عنصر محوری برنامه ی توانایی سازش است. داشتن این قابلیت که آغاز عصبانیت توسط فرد تشخیص داده شود، اولین گام حیاتی در مدیریت عصبانیت به شیوه ای کارآمد است. در نتیجه در جلسات اول عمده توجه به آموزش شناسایی تغییرات فیزیکی هنگام عصبانیت معطوف می شود تا کودکان بتوانند هنگامی که در این شرایط قرار می گیرند، آن ها را شناسایی کنند. در طول این مباحثات کودکان فهرستی از تغییرات فیزیولوژیک تهیه می کنند که هنگامی که احساس خاصی

@karnil

دارند، شاهد آن ها هستند. مانند: شادی، ترس، اندوه و عصبانیت. سپس از اعضای گروه خواسته می شود مثال هایی از وضعیت هایی ارائه دهند که باعث بروز این احساسات خاص در آن ها می شود (مثلاً احساس ترس هنگام آغاز جلسه ی امتحانی مهم، احساس اندوه از مرگ پدر بزرگ، احساس عصبانیت از قرار گرفتن کسی سر راه آن ها). سپس از کودکان خواسته می شود به صورت نمایشی این شرایط را نشان دهند تا خود متوجه شوند چه تغییرات فیزیکی در آن ها صورت می گیرد.

درمانگر برای ارائه ی الگو ابتدا خود یک مثال را نشان می دهد (نقش کودکی را ایفا می کند که جای خود را در صف از دست داده است). او می تواند از یک همکار یا یکی از کودکان بخواهد نقش مقابل را ایفا کند. سپس راهنمایی هایی را برای صحنه ی نمایش ارائه می کند:

"فرض می کنیم که در ساعت ناهار در صف غذا ایستادیم و تو جلوی من بودی. اما وقتی که برای شستن دستات میری و بر می گردی، می بینی که من جای تورو گرفتم. ما با همدیگه بحث می کنیم و بعد همین جا نمایشو متوقف می کنیم."

پس از این که این صحنه بازآفرینی شد، درمانگر برای گروه کودکان توضیح می دهد هنگام عصبانی شدن ممکن است چه علائم فیزیکی در آن ها ظاهر شود (مانند: *"صورت من قرمز شد و احساس گرمای زیادی می کردم. احساس می کردم خون به مغزم سرازیر شده و حتی دستامو مشت می کردم"*). درمانگر برای تداوم بحث می تواند از اعضای گروه بخواهد به برخی از علائم گفتاری و غیر گفتاری هنگامی که او نقش یک کودک عصبانی را ایفا می کرده، اشاره کنند.

سپس کودکان به نوبت در شرایط مشابه به ایفای نقش می پردازند و یا می توانند شرایطی را از فهرستی انتخاب کنند که اخیراً در واقعیت با آن مواجه شده اند. پس از این که هر کودک نقش خود را ایفا کرد، درمانگر سؤالاتی از او می پرسد تا کودک بتواند به خوبی تغییرات جسمی خود را هنگام عصبانیت شناسایی کند. این گفتگو های قبل و پس از ایفای نقش، عامل مهمی در ادراک کودک هستند. هم چنین تمرین هایی برای کودک در نظر گرفته می شوند که باید

@karnil

در خانه آن ها را انجام دهد. به این شکل او در جلسات بعدی و در شرایط حقیقی به راحتی می تواند علائم عصبانی شدن را شناسایی کرده و به جای این که سریعاً عکس العملی پرخاشگرانه از خود نشان دهد، تصمیم عاقلانه تری بگیرد.

نقش هایی برای تمرین کنترل عصبانیت. به محض این که کودکان شناسایی علائم عصبانیت را آموختند، مهارت های خاصی برای کنترل آن به آن ها آموخته می شود (مانند پرت کردن حواس از موضوع، نفس عمیق، جملات تأکیدی سازشگر). هرکدام از تکنیک های کنار آمدن با عصبانیت، ابتدا از طریق مباحثات و فعالیت های گروهی معرفی می شوند، سپس از ایفای نقش برای الگو سازی و تمرین تکنیک استفاده می شود. در یکی از اولین جلسات این بخش از درمان از کودکان خواسته می شود مثال هایی از شرایطی را ارائه کنند که باعث عصبانیت شان می شود، اما به سادگی می توان با فکر کردن به چیز دیگر از آن ها اجتناب کرد. این مثال ها می توانند انواع گوناگونی داشته باشند، مانند گرفتن یک نمره ی بد در امتحان. سپس از کودکان خواسته می شود به راه هایی اشاره کنند که برای کنترل این وضعیت ها می توانند حواسشان را از آن موضوع پرت کنند (به طور مثال فکر کردن راجع به تفریحی که قرار است بعد از ظهر بروند، یا تصور این که در مکان مورد علاقه شان هستند یا شمردن موزاییک های کف اتاق).

در این موقعیت نیز ابتدا درمانگر الگویی از فردی ارائه می دهد که می خواهد عصبانیت خود را کنترل کند. بهتر است از شرایط حقیقی استفاده شود تا مثال برای کودکان ملموس تر باشد. به طور مثال درمانگر می تواند از یکی از کودکان بخواهد نقش راننده ی خودرویی را بازی کند که به ماشین او می زند و سپس عصبانی شود. او ابتدا صدایش را بالا می برد، اما خود را آرام کرده و با لحن مؤدبانه تری با او سخن می گوید. سپس به کودکان توضیح می دهد که برای آرام کردن خود به فیلمی فکر می کرده که قرار بوده است آن را در سینما ببیند و تصمیم می گیرد برای این که دیر به سینما نرسد، اطلاعات مورد نیاز را از راننده ی مقصر بگیرد و سپس به راه خود ادامه دهد. کودکان به ترتیب شرایط مشابهی را به صورت نمایشی ایفا می کنند. سؤالات پس از این نمایش ها متمرکز بر میزان عصبانیتی است که کودکان تجربه کرده اند یا برای کنترل آن چه کاری انجام داده،

@karnil

شیوه ی مورد انتخاب شان چقدر مؤثر بوده و این که چه چالش ها یا محدودیت هایی وجود داشته که استفاده از آن را دشوار ساخته است.

ایفای نقش های مختلف خصوصاً در به تصویر کشیدن استراتژی های گوناگون سازش و کنار آمدن با شرایط هنگام بروز عصبانیت بسیار مهم هستند. به طور مثال در نمایش تصادف اتومبیل اگر راننده ی مقصر نیز عصبانی می شد و شروع به پرخاشگری می کرد، کنترل عصبانیت کار دشوارتری می شد. در حالی که کودکان دیگر استراتژی های سازش را می آموزند، نمایش های قبلی می توانند دوباره بازآفرینی شوند تا کودک بتواند با تغییر شرایط هماهنگ شود. به طور مثال هنگامی که عبارات تأکیدی آموزش داده شد، درمانگر می تواند در مورد نمایش ذکر شده از این عبارت ها استفاده کند: *"حداقل کسی آسیب ندید."* و *"او فقط داره از خودش دفاع می کنه. اگه من خودمو آروم کنم، شرایط بهتر میشه." "هر چه زودتر این مشکلو حل کنم، زودتر به سینما می رسم."* پس از این آموزش ها کودکان نیز می توانند شرایط مشابهی را انتخاب کرده و از جملات تأکیدی خود استفاده کنند.

هنگامی که این نمایش ها بازآفرینی می شوند، درمانگر می تواند مانند یک مربی عمل کند (به طور مثال زمزمه کردن یک عبارت تأکیدی در گوش یکی از کودکان یا پیشنهاد دادن دیگر سیاست های کنار آمدن با شرایط). این کارها می تواند تا زمانی ادامه یابد که کودکان گروه درمان توانایی کنار آمدن با عصبانیت خود را به شیوه ای مؤثر بدست آورند. هم چنین بسیار مهم است که درمانگر قوانینی برای این بازی ها تعیین کند و هر جا که لازم شد، نمایش را قطع کند تا از درک کودک مطمئن شود (قوانینی مانند عدم تماس فیزیکی یا عدم استفاده از جملاتی شامل توهین های نژادی یا قومی).

نقش هایی برای تمرین کردن حل مشکلات اجتماعی. به محض این که کودکان گام قبلی را به پایان رسانده و قادر شدند عصبانیت خود را کنترل کنند، آموزش الگویی برای حل مشکلات اجتماعی به آن ها ارائه می شود. در این جا نیز از ایفای نقش استفاده می شود تا شناسایی دقیق مشکلات، ایجاد گستره ای از راه حل های احتمالی، ارزیابی عواقب احتمالی هر راه حل و رسیدن به بهترین جواب برای کودک امکان پذیر شود. به طور مثال اگر یکی از کودکان به این نکته اشاره

@karnil

کرد که اخیراً در سرویس مدرسه او را اذیت کرده اند، درمـانگر مـی توانـد پیشـنهاد کند این وضعیت بازآفرینی شود. ابتدا جزئیات واقعه باید آشکار شود (مانند این کـه چه کسی چه چیزی گفته؟ کودک چگونه با مسئله برخورد کـرده و پـس از آن چـه اتفاقی افتاده است؟). سپس از کودکان خواسته می شود راه حل های خـود را بـرای این وضعیت ارائه دهند (به طور مثال می توان حرف زشت را نادیده گرفـت، او مـی توانسته از مادرش خواهش کند او را به مدرسـه برسـاند، او مـی توانسـته پاسـخ آن حرف را بدهد، او می توانسته به راننده ی سرویس مسـئله را بگویـد). در مرحلـه ی بعد چند مورد از این راه حل ها برای بازی نمایشـی انتخـاب مـی شـوند تـا سـپس عواقب هر کدام از آن ها مشخص شود (به طور مثـال اگـر او بـه راننـده ی اتوبـوس مسئله را می گفته، ممکن است کودک آزار رسـان بعـداً بـه سـراغ او بیایـد. اگـر او پاسخش را نمی داده، ممکن است کودک آزار رسان فرد دیگری را برای اذیت کردن انتخاب می کرده). شرایط مانند مرحله ی قبل پیش مـی رود تـا مشـکلات حقیقـی زندگی برای کودکان آشکار شود. ایده آل است این ایفای نقـش هـا آن قـدر تکـرار شوند تا کودکان بتوانند یک یا دو راه حل سازگارانه را بـا موفقیـت و مهـارت کامـل استفاده کنند.

نمایش خیمه شب بازی

نمایش های خیمه شب بازی و عروسکی برای کودکـان بسـیار سـرگرم کننـده بوده و به خوبی آن ها را وارد فعالیت های درمانی می کنند (جیمـز و میـر،۱۹۸۷). عروسک ها نه تنها ابزار مفیدی برای حفظ توجه و علاقه ی کـودک هسـتند، بلکـه آن ها را تشویق می کنند به صورتی پویا در فرآیند درمان شـرکت کننـد. کودکـانی که تمایلی به مطرح کردن مشکلات شان ندارند و یا نسبت به تمـرین مهـارت هـای جدید سرسختی نشان می دهند، با این شیوه وارد جریان درمان می شوند.

در برنامه ی توانایی سازش، عروسک ها نقش مهمی در کنتـرل عصـبانیت ایفـا می کنند و به کـودک کمـک مـی شـود مهـارت هـای جدیـد را بـا یـک شـیوه ی غیر تهاجمی بیاموزد. می توان قبل از ایفای نقش مستقیم، ابتدا این مرحلـه را قـرار داد. از عروسک ها مخصوصاً می توان برای آمـوزش و تمـرین کـودک و اسـتفاده از

@karnil

جملات تأکیدی ادراکی و سازشگرانه استفاده نمود. این جملات هم چنین هنگام مأیوس شدن یا عصبانیت یا کنترل احساسات مفید هستند. کودکان ممکن است از عبارات خود یا از جملاتی که به آن ها گفته می شود بهره ببرند (مانند: *"تا وقتی که آروم باشم، می تونم خودمو کنترل کنم."*، *"این مسئله ارزش عصبانی شدن رو نداره"*، *"من دارم بزرگ میشم و پیشرفت می کنم، نه این که سنم به عقب برگرده."*). پس از انتخاب این عبارات تأکیدی باید از آن ها به صورت فعال و در شرایط حقیقی استفاده شود. تمرین استفاده از مهارت های مدیریت عصبانیت خود می تواند یک چالش درمانی باشد. اما در هر حال با استفاده از عروسک ها و نمایش های عروسکی می توان به کودکانی که برای رفتارهای خشونت آمیز ارجاع داده شده اند، کمک کرد به استفاده از این مهارت ها عادت کنند.

در این نمایش ها می توان از دو عروسک استفاده کرد. اولین عروسک ممکن است به دیگری بگوید که موهای نامرتبی داشته و هم چنین دهانش بوی بدی می دهد. عروسک دوم می گوید: *"خیلی بده که اون این طوری رفتار می کنه. من به اون اجازه نمیدم که با من دوست بشه."* او سپس به طور فرضی عصبانی شده، عضلاتش سفت می شود و احساس گرمای بیش از حدی می کند، اما پس از آن که از جملات تأکیدی استفاده کرد، حالش بهتر می شود.

در مرحله ی بعد این فرصت به کودک داده می شود تا این جملات تأکیدی را با عروسک ها تمرین کند. هر کدام از کودکان یک عروسک انتخاب می کنند و با قوانینی که برای بازی اعلام شده، مشغول بازی می شوند و به شیوه ای که درمانگر به آن ها نشان داده، از جملات تأکیدی استفاده می کنند. از آن جا که جملات گفته شده خطاب به عروسک ها می باشد نه خود کودکان، آن ها قادر خواهند بود این فعالیت را با موفقیت و بدون این که خود از نظر احساسی برانگیخته شوند، به پایان برسانند. البته برای رسیدن به مهارت واقعی باید از شرایطی حقیقی و تمرین های مناسب با آن شرایط نیز استفاده شود (مانند ایفای نقش). اما در هر حال استفاده از عروسک ها می تواند گام اولیه ی مهمی برای بدست آوردن مهارت های بنیادین و عملکردهای ساده تر باشد.

@karnil

بازی های ساختار یافته

تا زمانی که کودکان به سن مدرسه برسند، بازی ها بخش مهمی از فعالیت های روزانه ی آن ها را تشکیل می دهند. هر چند اغلب بازی ها عناصری مشترک با یکدیگر دارند، اما می توان آن ها را به دو دسته ی رقابتی یا همکاری کننده تقسیم کرد. هنگامی که کودکان به مبارزه ی فعالیت های رقابتی پاسخ مناسبی نشان دهند، بازی های اشتراکی و همکاری کننده نیز می توانند سرگرم کننده باشند و باعث ارتقاء انسجام گروهی و مهارت های مثبت اجتماعی گردند. هر دو نوع فعالیت در برنامه ی توانایی سازش وجود داشته که در این جا به ذکر مثال هایی از آن ها می پردازیم.

بازی های رقابتی. مهارت های سازماندهی و یادگیری کودک در جلسات اول این برنامه مورد بررسی قرار می گیرند، زیرا او در واقع برای مشکلاتی ارجاع داده شده که به دنبال خود مشکلات تحصیلی را نیز به همراه دارند. این برنامه با هدف قرار دادن چنین مهارت هایی نه تنها باعث پیشرفت تحصیلی کودکان می شود، بلکه هم چنین میزان مشکلات آن ها را با معلم نیز کاهش می دهد. این مشکلات می توانند مرتبط با عدم انجام تکالیف درسی باشند. دانش آموزان برای رسیدن به این اهداف در دو فعالیت رقابتی گوناگون شرکت می کنند. در فعالیت اول از کودکان خواسته می شود کیف مدرسه ی خود را به جلسه بیاورند، اما توضیحی برای علت این کار ارائه نمی شود. سپس در جلسه به آن ها گفته می شود قرار است یک بازی انجام گیرد و اولین نفری که شئ خاصی را در کیف خود قرار دهد، برنده خواهد شد. بعد به آن ها گفته می شود شئی را که البته برای همه کاملاً شناخته شده است (مانند یک مداد، برگه ی تکالیف، دفتر حساب و غیره)، پیدا کرده و در حالی که به دنبال آن شئ هستند، زمان آن ها محاسبه می شود. پس از این فعالیت به کودکان گفته می شود در مسابقه ی دیگری شرکت کنند تا معلوم شود کدام یک از آن ها به بهترین وجه کیف خود را مرتب می کند. پس از این که کار به پایان رسید، برنده معرفی می شود. پیغام این برنامه این است که اگر کیف خود را مرتب کنند، بسیار سریع تر می توانند لوازم مورد نظرشان را پیدا کنند.

اهمیت سازماندهی از طریق بازی دیگری بیشتر مورد تأکید قرار می گیرد. به

@karnil

هر دانش آموزی که در گروه است، مجموعه ای از ۴ کارت داده می شود که هر کدام رنگی متفاوت داشته و شامل واژه هایی از ۴ گروه مختلف هستند (به طور مثال میوه ها، حیوانات، ورزش ها، ماشین ها). از دانش آموزان خواسته می شود کارت ها را به نوعی مرتب کنند، اما توضیح بیشتری داده نمی شود. پس از این که به آن ها فرصت داده شد کار خود را انجام دهند، درمانگر یا مربی از هر کودک می خواهد واژه ی خاصی را پیدا کرده و زمان او را محاسبه می کند. برنده کسی خواهد بود که سریع تر از دیگران واژه را پیدا کند. سپس از او خواسته می شود شیوه ی مرتب کردنش را توضیح دهد و این که چگونه در انجام این کار به او کمک کرده است.

بازی های دیگری نیز برای بازنگری موارد آموزش داده شده بسیار مؤثر و سرگرم کننده هستند و به این منظور برنامه ریزی شده اند تا یادگیری دانش آموز را ارزیابی کرده و در حفظ تقویت یادآوری محتوای برنامه به او کمک کنند. در این بازی ها از فرمت بازی های صفحه ای ساده استفاده شد و دانش آموزان کارت هایی را انتخاب کرده و به پرسش ها پاسخ می دهند تا بتوانند مهره ی خود را در بازی پیش ببرند. پرسش های کارت ها مربوط به واژه ها و مفاهیم برنامه بوده و مثال هایی از مهارت های گوناگون ارائه می کند. برنده اولین کسی است که زودتر از همه به نقطه ی پایان برسد. ممکن است جایزه ی کوچکی نیز به او داده شود.

بازی هایی که هم رقابتی و هم اشتراکی هستند. این فعالیت در برنامه ی توانایی سازش شامل تقسیم کردن گروه درمان به دو تیم می باشد که در حالی که با یکدیگر رقابت می کنند، باید همکاری نیز داشته باشند. چنین فعالیتی در گستره ی محتوای حل مشکلات اجتماعی قرار می گیرد و به این منظور طراحی شده تا به دانش آموزان کمک کند در استفاده از این مهارت ها پیگیر باشند و زود امید خود را از دست ندهند. ممکن است کودکان هنگامی که در تلاش های اولیه ی خود برای حل مشکل به موفقیت نرسند، شجاعت خود را از دست داده و عقب بکشند. فعالیت های موجود در برنامه به دنبال تعدیل این تجربه و بهبود وضعیت کودکان برای پایداری در حل مشکل می باشند. در بازی

@karnil

"مانع درست کن ها و حل کننده ها"[۲۰۹] سناریویی از یک مشکل برای کودکان خوانده می شود و از گروه اول دانش آموزان خواسته می شود راه حلی ارائه کنند. هنگامی که بر سر یک راه حل به توافق رسیدند و آن را اعلام کردند، از گروه دیگر خواسته می شود مانعی برای راه حل ایجاد کنند یا دلیلی از عدم کارکرد آن ارائه دهند. به این شکل گروه اول باید راه حل دیگری ارائه کند. این روند ادامه می یابد تا این که یکی از گروه ها نتواند راه حلی ارائه کرده یا اشکال تراشی کند. سپس نقش تیم ها معکوس می شود و به این صورت هر کدام فرصت دارند هم راه حل ارائه دهند و هم مانعی برای آن ایجاد کنند. هم چنین یک بازی مانند مباحثات خانوادگی انجام می شود تا دانش آموزان بتوانند نقطه نظرات معلمان شان را نیز در نظر بگیرند. در نظر گرفتن دیدگاه دیگران به عنوان گام اول ارتقاء حل مشکلات اجتماعی به صورت فعال می باشد. در این بازی نیز هر گروه به دو تیم تقسیم می شود و هر کدام نقش یک خانواده ی متفاوت را بر عهده می گیرند و با یکدیگر همکاری می کنند تا به بهترین پاسخ ها برای این سؤال برسند: *"معلمان در کلاس چه انتظاری از دانش آموزان خود دارند؟"* در حالی که تیم ها پاسخ هایی ارائه می دهند، پاسخ های آن ها روی تخته با گچ های رنگی نوشته می شود و یا می توان از اسلاید شو استفاده کرد تا جذابیت بیشتری داشته باشد.

بازی های اشتراکی یا همکاری کننده. یکی از اهداف اولیه ی این برنامه ی درمانی، ایجاد انسجام میان شرکت کنندگان گروه ها بوده و بازی های اشتراکی حقیقتاً مناسب این کار هستند. اولین جلسه ی ملاقات گروه دو فرصت برای ایجاد انسجام گروهی فراهم می آورد. اولین فرصت شامل یک بازی می شود که در واقع نسخه ی اصلاح شده ای از بازی *"سیب زمینی داغ"*[۲۱۰] است که در آن کودکان یک توپ را دور می چرخانند و قبل از این که توپ به دیگری داده شود، به یک مسئله ی متفاوت و مشابه بین اعضای گروه اشاره می شود. در حالت دوم دانش آموزان با یکدیگر همکاری کرده تا نامی برای گروه خود انتخاب نموده و یک لوگو یا علامت خاص نیز برای آن درست کنند که توضیح دهنده ی گروه آن ها

****

[209] *Blockers & Solvers*

[210] *Hot Potato*

@karnil

باشد. هر دو فعالیت فرصت تفریحی و شادی بخشی برای دانش آموزان می باشد که در عین حال باعث تشویق کسب آگاهی از مشترکات و احترام گذاشتن به دیگران و همکاری کردن می شود.

در بخش حل مشکلات اجتماعی برنامه، دانش آموزان تشویق می شوند عواقب گوناگونی که ممکن است از تصمیم های مختلف پدید آیند را در نظر بگیرند. به طور مثال هنگامی که داستان مواجه شدن با مشکلی مانند مسخره شدن توسط یک همکلاسی ارائه می شود، دانش آموزان ممکن است گفتن ماجرا به معلم را پیشنهاد دهند. سپس مربی یا درمانگر عواقب مختلف این انتخاب را همراه با خود کودکان توضیح می دهد. مانند این احتمال که شاید این رفتار متوقف شود یا این که کودک آزار رسان عصبانی شود و بیشتر به کار خود ادامه دهد و یا به کودکی که به معلم گزارش داده، عنوان *"آنتن کلاس"* داده شود. برای کمک به دانش آموزان در درک اهمیت در نظر گرفتن عواقب قبل از تصمیم گیری، تمرین *"مشکل در دریا"* معرفی می شود. برای این تمرین به دانش آموزان عکس هایی از ۱۰ آیتم مختلف که معمولاً در یک کشتی یافت می شود، داده شده (مانند قایق های نجات، بشکه های آب آشامیدنی، بیسیم و...)، سپس به آن ها گفته می شود چون کشتی با هوای طوفانی مواجه شده و باید از غرق شدن آن جلوگیری شود، باید هر چیز غیر ضروری را از آن بیرون بریزند. دانش آموزان با همکاری یکدیگر اشیاء گوناگونی را مورد بحث قرار داده و عواقب احتمالی دور انداختن هر کدام از آن ها را در نظر می گیرند. این فعالیت بر اهمیت تفکر دقیق راجع به تأثیرات یک انتخاب تأکید ورزیده و هم چنین یک تمرین واقعی برای حل مشکل همراه با همکاری ارائه می دهد تا کودکان از مهارت های مناسب اجتماعی استفاده کنند.

زمان خاص والد – کودک

روش کاملاً متفاوت دیگری که بازی در فرآیند های *CBT* مانند این برنامه دخیل می شود، بخش های خاص مربوط به مداخله ی والدین است که به منظور مفید بودن بازی والدین با کودک طراحی شده است. باید گفت منطق این رویکرد از دو چارچوب نظری نسبتاً متفاوت ریشه می گیرد. اول از نقطه نظر تئوری وابستگی

@karnil

و تعلق خاطر به آن می نگریم. کودکانی که رفتارهای تهاجمی دارند، اغلب الگوی وابستگی به والدین در آن ها مناسب نیست. این تئوری براساس این فرضیه شکل گرفته که والدینی که قادر به شناسایی و نشان دادن واکنش مثبت و صمیمت نسبت به نیازهای احساسی کودکان شان هستند، احتمال بیشتری دارد تبدیل به الگویی مناسب برای رابطه ی کودکان شان با آن ها شوند (برینک میر و آیبرگ،۲۰۰۳).

هنگامی که کودکان براساس این الگو برداری رفتار اجتماعی مثبتی داشته باشند، بهتر می توانند مقاصد دیگران را درک کرده و در تعدیل احساسات خود نیز مؤثر عمل کنند. سوء وابستگی هنگامی روی می دهد که والدین بی حوصله بوده یا به نیازهای احساسی کودکان شان پاسخ نمی دهند و این مسئله منجر به ارتباطاتی ضعیف با همسالان، حس تقلیل یافته از ظرفیت های اجتماعی، مهارت های اندک حل مشکل و نهایتاً رفتارهای ضد اجتماعی و تهاجمی می شود. در نتیجه یکی از عملکردهای *"زمان خاص والد – کودک"* در شیوه ی درمانی تعاملات والد – کودک یا رابطه درمانی مشاهده می شود که باعث بهبود وابستگی مثبت بین والدین و کودکان می شود. (برینک میر و آیبرگ،۲۰۰۳).

دومین چارچوب مفهومی مورد استفاده به عنوان بنیانی برای این رابطه ی خاص، نشأت گرفته از تئوری یادگیری می باشد (ولز و همکاران،۲۰۰۸). به علت تداوم مشکلات کودک با رفتارهای انفجاری و ارتباط آن با والدین، اغلب یک راه دو سویه ایجاد می شود (فیت، کولدر، لاکمن و ولز،۲۰۰۶) که در آن مشکلات رفتاری کودک منجر به عملکرد ضعیف والدین شده و در یک رابطه ی دو جانبه عملکرد ضعیف والدین منجر به تداوم مشکلات رفتاری کودک می شود. در واقع والدین دیگر حوصله ی فرزندان خود را نداشته و نگرش چندان مثبتی نسبت به آن ها ندارند. در نتیجه هنگامی که کودک را به رفتارهای مثبت تشویق می کنند، قسمتی از ارزش تقویتی خود را از دست داده اند. فعالیت *"زمان خاص والد – کودک"* به والدین اجازه می دهد دوباره بخشی از ارزش مثبت خود را بدست آورند تا بتوانند از نظر اجتماعی پشتیبان کودک خود باشند.

@karnil

این برنامه مجموعه ای از مدت زمان های تعیین شده در جلسه ی درمان است که بخشی از آن نیز در خانه انجام می گیرد و والدین به صورت غیر کنترل کننده، هنگامی که کودک مشغول بازی است (به طور مثال هنگامی که با وسایل خانه بازی یک خانه درست می کند)، با او ارتباط برقرار می کنند. نقش والد در این جا مشاهده کردن بازی کودک و نظر دادن راجع به آن است، نه این که آن را کنترل کند یا مورد انتقاد قرار دهد. در خانواده هایی دارای کودکان پرخاشگر و مهاجم، چنین تعاملی بندرت روی می دهد و بسیاری از این والدین نیازمند آموزش های دقیقی هستند تا این کار ظاهراً ساده را به درستی انجام دهند. البته هنگامی که به انجام این کار عادت می کنند، خوشحالی بسیار زیادی از خود نشان می دهند. برای برخی از والدین این کار باعث زنده شدن مجدد لذتی است که آن ها سال ها قبل با کودک خود تجربه کرده بودند، یعنی قبل از زمانی که مشکلات رابطه ی آن ها را خراب کرده باشد.

در جلسات مخصوص والدین (ولز و همکاران،۲۰۰۸) بحث با اشاره به رابطه ی نزدیک بین والدین و کودک و تمرکز بر تحسین رفتارهای خوب آغاز می شود. مهم است والدین زمانی را صرف کودکان خود کرده وتوجه شان را تنها بر مشکلات او متمرکز نکنند (با والدین راجع به تئوری یادگیری اجتماعی سخن گفته می شود و این فرض که تقویت و پشتیبانی مثبت ظرفیت های رفتاری کودک، منجر می شود این رفتارها بیشتر مشاهده شوند). اگر چه کودکان اغلب اوقات خود را با همسالان شان می گذرانند، اما بسیار مهم است والدین درک کنند آن ها هنوز هم در زندگی کودک خود نقش محوری ایفا می کنند و زمانی که کودک دچار مشکل و استرس می شود، اولین انتخاب او والدینش خواهند بود و آن ها همواره الگویی برای رفتار کودک به شمار می روند. در این جلسات هم چنین این نکته به والدین گوشزد می شود که اگر آن ها رابطه ی مثبتی با کودک خود ایجاد کرده باشند و این رابطه به صورت مرتب تقویت شده باشد، در آینده کودک بیشتر روی والدین خود به عنوان پشتیبان حساب می کند و آن ها می توانند باعث تقویت رفتارهای او شوند. در واقع باید گفت این تعاملات مثبت *"قلک والدین"* را در چشمان کودک پر می کند و کودک نسبت به تحسین والدین از رفتارهای خوبش احساس مسئولیت

@karnil

بیشتری کرده و تلاش به تداوم آن ها دارد. هم چنین راجع به چگونگی حفظ یک ارتباط مثبت با کودک و خاصیت خنثی سازی آن در برابر تأثیر نیروهای منفی اجتماع و دنیای پیرامون، با والدین سخن گفته می شود. این تأثیرات منفی می توانند شامل باندهای خلافکاری، رسانه ها یا بزرگسالانی با الگوی رفتاری منفی باشند. پژوهش ها نشان داده کودکانی که تعلق خاطر سازنده ای به والدین خود دارند، کمتر احتمال دارد به دار و دسته ی خلافکار همسالان خود پیوسته یا تحت تأثیر آن ها قرار بگیرند و هم چنین توانایی مقاومت بیشتری نسبت به فشار و تأثیرات منفی از خود نشان می دهند.

از والدین راجع به فعالیت هایی مناسب با سن کودک که آن ها نیز بتوانند در آن مشغول شوند، نظرخواهی می شود. آن ها تشویق می شوند به صورت خلاقانه فکر کرده و خود را جای کودک شان بگذارند و به فعالیت هایی فکر کنند که باعث لذت او می شود، نه کاری که باید برای خانه انجام دهند (به طور مثال خرید از سوپر مارکت). به والدین توصیه می شود فهرستی از ایده های خود تهیه کرده و آن را در یک پوشه قرار دهند تا بتوانند در طول هفته برای وقتی که قرار است با کودک شان بگذرانند، برنامه ریزی هایی داشته باشند (ولز و همکاران،۲۰۰۸).

درمانگر به والدین اشاره می کند حفظ رابطه ی مثبت با کودکان حتی می تواند با یک زمان ۱۰ یا ۱۵ دقیقه ای در هر روز و دور از مشکلات و در فضایی آرام با کودک بدست آید. به طور مثال آن ها می توانند روزی یک ربع با یکدیگر قدم زده و کودک راجع به روزی که پشت سر گذاشته، حرف بزند. پدر یا مادر می تواند از او راجع به مدرسه و برنامه ی هفتگی سؤال کند و به سادگی نشان دهد به آنچه که کودکش انجام می دهد، علاقمند است. هم چنین می تواند زمانی را برای یک فعالیت تفریحی با کودک در نظر بگیرد، مثلاً انجام بازی مورد علاقه ی او. علاوه بر این برخی از کودکانی که در این سن قرار دارند، هنوز مایلند والدین شان برای آن ها قصه بخوانند و این راه خوبی برای پرورش یک ارتباط نزدیک بین آن ها می باشد. هدف اصلی در تمام اوقات این است که زمان، صرف مباحثه راجع به مشکلات یا رفتارهای منفی کودک نشود، بلکه در این زمان باید از تمام این فشارها اجتناب شود و تنها به تعاملات مثبت پرداخته شود. از آن جا که هدف برقراری

@karnil

رابطه می باشد، این زمان نباید صرف نشستن به صورتی منفعل مانند تماشا کردن تلویزیون شود. هر چند یک گفتگوی پویا راجع به یک برنامه ی تلویزیونی ممکن است مناسب تر باشد.

به والدین گفته می شود یکی از جنبه های مهم این اوقات، حصول اطمینان از علاقمندی و سرگرم شدن کودک و برقراری رابطه ی مثبت با او می باشد. درمانگر سپس مطالبی راجع به چگونگی تشویق کودک به حرف زدن به والدین ارائه می دهد و باید مطمئن شود این کارها در فهرست والدین قرار گیرند:

۱. تحسین و تمجید از کودک،
۲. نشان دادن علاقه – پرسیدن سؤال،
۳. عدم انتقاد یا دستور دادن بدون در نظر گرفتن این که چه اتفاقی در حال رخ دادن است،
۴. به تعویق انداختن تمام مشکلات به یک زمان دیگر،
۵. اجتناب از انتخاب سوژه های تضاد برانگیز،
۶. لذت بردن از بودن با یکدیگر،
۷. اجازه دادن به کودک برای انتخاب فعالیت مورد علاقه،
۸. شرکت کردن کامل در هر فعالیتی که کودک انتخاب می کند.

سپس به والدین کاتالوگی حاوی فهرست ذکر شده برای حفظ ویژگی این اوقات ارائه می شود. درمانگر به منظور ترغیب والدین به شرکت فعال در این بحث ها و ارزیابی پذیرش آن ها از این کار، به طور مرتب سؤالاتی از آن ها راجع به مسائل عنوان شده می پرسد و نظرشان را جویا می شود. اگر آن ها در پذیرش این تمرین آهسته عمل کنند، باید از ایشان راجع به دیگر ایده هایی که باعث برقراری رابطه ی مثبت و صمیمی با کودک شان می شود، سؤالاتی پرسید.

درمانگر با همکاری والدین اهدافی را برای برنامه ی هفته ی آینده در خانه تعیین می کند. از والدین خواسته می شود مشخص کنند می خواهند از چه فعالیتی استفاده کرده و هدفی را با توجه به تعداد زمان هایی که می خواهند با کودک خود بگذرانند، در نظر بگیرند. هم چنین از آن ها خواسته می شود نگاهی واقع گرایانه به مدت زمان این فعالیت داشته باشند. درمانگر می تواند برای شروع

@karnil

زمان ۱۰ تا ۱۵ دقیقه در روز را برای ۳ تا ۴ بار در هفته پیشنهاد کند. همین مقدار زمان برای ایجاد یک تغییر مثبت در آغاز کار کافی است که البته می تواند به تدریج افزایش یابد. نکته ی مهم این جاست که گذراندن زمانی هر چند کوتاه، بهتر از هیچ می باشد. سپس به والدین یک برنامه ی زمان بندی شده ارائه می گردد تا میزان فعالیت انجام گرفته در خانه در آن ذکر شود. هم چنین از آن ها خواسته می شود تغییرات مشاهده شده را ثبت کنند.

در حالی که ما از این برنامه ابتدا برای کودکانی قبل از سن نوجوانی استفاده کردیم، اما می توان از مضمون مشابه برای برنامه های *CBT* در مورد کودکان خردسال نیز استفاده کرد. برینک میر و آیبرگ (۲۰۰۳) با بهره گرفتن از رابطه درمانی والد – کودک (*PCIT*) برای کودکانی با سن پیش دبستانی (۳ تا ۶ سال)، به والدین آموزش می دهند تا از مهارت های مشابه در مورد کودک شان به طور مستقیم در جلسه ی درمان استفاده کنند و پزشک از پشت یک آینه کار آن ها را مشاهده کرده و با استفاده از هدفون کوچکی که در گوش آن ها قرار گرفته، ایشان را راهنمایی می کند. به والدین استفاده از مهارت های ارتباطی *PRIDE* [۲۱۱] نیز آموزش داده می شود (هرشل و مک نیل،۲۰۰۷):***P***= *از رفتار کودک خود تمجید کنید* (به طور مثال: *"چقدر خوب بین خط ها رو رنگ می کنی!"*)؛***R***= *بازتاب عبارات کودک یا تکرار آن ها* (مانند: *"اوه، می بینم که اسبه می خواد با گاوه دوست بشه"*)؛***I***= همراهی کردن در بازی کودک و تقلید از او (مانند: *"منم میخوام یک دایره بکشم درست مثل تو."*)؛***D***= توصیف بازی کودک به شیوه ای خنثی و غیر کنترل کننده (مانند: *"حالا داری ماشین رو توی گاراژ می بری."*)؛***E***= نشان دادن اشتیاق در بازخورد ها.

نوعی از مداخله ی بازی کودک - محور در برنامه ی *"سال های شگفت انگیز"* [۲۱۲] برای کودکان ۲ تا ۸ سال صورت می گیرد (وبستر استراتون و رید،۲۰۰۳). در این برنامه نیز درست مانند برنامه ی *PCIT* و توانایی سازش که

* *

[211] ***P****raise,* ***R****eflect,* ***I****mitate,* ***D****escribe,* ***E****nthusiasm=* ***PRIDE***

[212] *Incredible Years*

@karnil

راجع به آن ها سخن گفتیم، به والدین آموخته می شود چگونه ایده ها و تجسم های کودک خود را با هدایت او دنبال کنند. والدین باید یاد بگیرند با سرعت کودک به بازی بپردازند و البته اغلب اوقات مجبورند بسیار آهسته عمل کنند، زیرا کودکان خردسال یک فعالیت مشابه را بارها و بارها تکرار می کنند و تفاوتی ندارد که خواندن کتاب باشد یا تماشا و توضیح یک فیلم یا یک بازی مورد علاقه. والدین در زمانی که با کودک می گذرانند، باید از جدال بر سر قدرت اجتناب کنند و یا کودک را مجبور نکنند که حتماً دنباله روی قوانین پیچیده ی بازی باشد؛ بلکه به جای آن می توانند همراه با کودک در فعالیت هایی مانند بازی های خیالی و نمایشی شریک شوند. در طول این فعالیت ها والدین باید به بازی آرام و بی صدای کودک توجه نشان دهند. برخی از کارهایی که والدین **باید** انجام آن ها را بیاموزند، شامل این موارد می شوند:

- ☑ دنبال کردن هدایت های کودک،
- ☑ مشاهده ی دقیق آنچه که کودک انجام می دهد و نشستن نزدیک او،
- ☑ دادن زمان کافی به کودک برای فکر کردن،
- ☑ ایفا کردن نقش یک تماشاچی تحسین کننده برای بازی کودک،
- ☑ چشم پوشی از رفتارهای نامناسب کودک،
- ☑ تقلید کردن از کودک.

هم چنین فهرستی از **نبایدها** نیز در این رویکرد وجود دارد که شامل این موارد می شود:

- ☑ دستور دادن،
- ☑ تغییر آنچه کودک انجام می دهد،
- ☑ تلاش به آموختن چیزی در این دوره ی بازی،
- ☑ انجام سریع کارها،
- ☑ اعمال کردن ایده ها یا ساختارهای بزرگسالان در بازی کودک.

استفاده از این اوقات خاص، به والدین اجازه می دهد مهارت های مناسبی را برای قابلیت ورود به بازی کودک بدست آورند و در این کار، رشته ی ارتباط والدین با کودک و ارزش آن ها به عنوان یک پشتیبان اجتماعی تقویت می شود.

@karnil

نتیجه گیری

تکنیک های بازی درمانی گاهی اوقات در رویکردهای *CBT* برای کودکان و خانواده ها بسیار کمرنگ نشان داده می شوند، اما کاملاً واضح است که می توان از آن ها برای درمان های *CBT* مستند استفاده کرد و همان گونه که در برنامه ی توانایی سازش نشان داده شد، تمرکز برایجاد مهارت های اجتماعی و شناختی خاصی می باشد که باعث بهبود رفتار کودکان مهاجم و پرخاشگر می گردد.

ابعاد اصلی مداخلات درمانی کودکان پرخاشگر به گونه ای طراحی شده اند که باعث جذب کودکان به فرآیند درمان با اشتیاق هر چه بیشتر شده و آن ها به طور مرتب مهارت هایی را تمرین می کنند تا یاد بگیرند از آن ها در دنیای واقعی و در خانه و مدرسه استفاده کنند. بازی هم چنین نقش مهمی در برقراری رابطه ی درمانی و اتحاد با درمانگر دارد و از طریق بازی است که کودکان آن قدر مهارت های جدید را تمرین می کنند تا یاد می گیرند عصبانیت خود را کنترل کرده، دیگران را درک کنند و به راه حل های متفاوتی برای مشکلاتی که با همسالان و بزرگترها دارند فکر کنند و از رفتارهای جدید اجتماعی بهره ببرند. این مهارت ها با تکرار و تمرین به صورت اتوماتیک در مواجهه با شرایط دنیای واقعی در کودک برانگیخته می شوند. مداخلات *CBT* مانند برنامه ی توانایی سازش هم چنین قابلیت جالب توجهی برای بهبود توانایی های والدین در بازی با کودک و ایجاد رابطه ی مثبت دارد و آن ها تبدیل به حمایت کنندگان رفتارهای مثبت و نوظهور کودک می شوند. عنصر بازی در مداخله می تواند مدت ها پس از این که فرآیند درمان به خاتمه رسید، هم چنان جزء لاینفک تعامل بین والدین و کودک باشد و کماکان باعث تسهیل رابطه ی آن ها شود.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش دهم

نوآوری در رابطه درمانی والد – کودک

آنتونی اُرکیزا، نانسی زبل، داون بلکر

شاید نوشتن در رابطه با مداخلات درمانی کنشگر[۲۱۳] و بازی درمانی در یک فصل، کاری غیر عادی به نظر برسد. اما حقیقت این است که رابطه درمانی والد – کودک[۲۱۴] یا *PCIT* را می توان از یک دیدگاه نظری متفاوت مورد مباحثه قرار داد که در نوع خود ارزشمند و منحصر به فرد می باشد. در این بخش به بازنگری تاریخچه و بنیان *PCIT* پرداخته می شود و درباره ی پروتکل کنونی *PCIT* و شواهد پژوهشی نشان دهنده ی کارایی و تأثیر گذاری آن در کاهش رفتارهای مخرب در کودک توضیحاتی داده می شود. علاوه بر این یک الگوی فرزند درمانی[۲۱۵] نیز ارائه شده که می توان در آن از *PCIT* برای آموزش مهارت های خاص استفاده کرد تا والدین بتوانند در پرورش و حمایت از کودک خود و بدست آوردن درک بهتری از او موفقیت بیشتری کسب کنند.

****
213 *Operant*
214 *Parent-Child Interactive Therapy*
215 *Filial Therapy*

@karnil

PCIT که در ابتدا توسط شیلا آیبرگ معرفی شد (آیبرگ و رابینسون، ۱۹۸۲)، به عنوان یک مداخله ی کنشگر با هدف کاهش رفتارهـای مخـرب کـودک و بهبـود مهارت های والدین مورد تأکید قرار گرفت. در هر حال آیبرگ (۲۰۰۴) اخیراً عنوان کرده است مفاهیم اولیـه در ایجـاد *PCIT* الهـام گرفتـه از دو شخصـیت پیشـتاز و برجسته ی بازی درمانی یعنی ویرجینیا آکسـلین (۱۹۴۷،۱۹۶۴) و برنـارد گـوئرنی (۱۹۶۴) بوده است. آیبـرگ در توصـیف خـود دربـاره ی خاسـتگاه *PCIT* (۲۰۰۴) توضیح می دهد که این شیوه پشتیبان اهداف بازی درمانی و تکنیک هایی است که توسط آکسلین و گوئرنی و رویکردهای درمانی آن ها مطرح شده اند، اما فوایدی که این شیوه ها در جلسات درمان داشتند، هنوز به محیط خانه نفوذ نکرده بود. آیبرگ (۲۰۰۴) عنوان کرد روانشناس دیگری به نـام دیانـا بـاوم رینـد[۲۱۶] (۶۷-۱۹۶۶) او را تشویق کرد هدفی را در نظر بگیرد که معتقد بود سالم ترین سبک والد بودن اسـت: *والد بودن به شـیوه ای مقتدرانـه کـه در آن پـرورش و مسـئولیت هـای والـدین بـا ارتباطات شفاف و ایجاد محدودیت ها و قوانینی به صورت منظم بـا یکـدیگر تلفیـق می شوند*. نهایتاً روانشناس دیگری با نام کنستانس هانف[۲۱۷] (۱۹۶۹) الهام بخـش او بود تا یک برنامه ی آموزشی برای تدریس مهارت های حیـاتی بـرای درک دیـدگاه باوم رینـد از این شیوه ی مقتدر ارائه شود. نبوغ و نوآوری آیبرگ استفاده از سـاختار مربی گونه برای آموزش هر دو نوع مهارتی می باشد که توسـط درمـانگران کـودک استفاده می شود، مانند: مدارا، صـمیمیت و پاسـخگویی کـه منجـر بـه ایجـاد یـک رابطه ی قوی و مثبت؛ و مهارت های مورد نیاز برای مدیریت رفتـار کـودک، ماننـد دیسیپلین، تعیین محدودیت ها و هدایت کردن کودک می شود. دیگـر مزیـت ایـن روش این است که والدین در طول درمان نه تنها به این مهارت های مقتدرانه دست می یابند، بلکه می توانند در شرایط حقیقی از آن ها استفاده کنند و هنگامی که بـا کودک شان در خارج از محیط درمان تعامـل دارنـد،از آن هـا بهـره ببرنـد (یکـی از اهداف دکتر آیبرگ در ایجاد *PCIT*). با توجه به این خاسـتگاه، *PCIT* ظـرف سـه دهه ی اخیر به طور مداوم پیشرفت کرده و اصلاح شده تا آن جا که در حال حاضـر

****

[216] *Diana Baumrind*
[217] *Constance Hanf*

@karnil

یکی از شیوه های درمانی معتبر در بهداشت و سلامت روان کودک می باشد.

PCIT چیست؟

PCIT مداخله ای است که براساس اصول یادگیری اجتماعی، رفتاری و رشد شکل گرفته است. این شیوه ابتدا برای کودکانی بین سنین ۲ تا ۸ سالگی که دچار اختلالات رفتارهای تهاجمی بودند، طراحی شده بود (آیبرگ و رابینسون،۱۹۸۳؛ همبری-کیگین و مک نیل،۱۹۹۵)، که مدلی مشابه با برنامه ی آموزش به والدین می باشد. در این شیوه، تعامل والدین با کودکان شان اصلاح شده و مشکلات رفتاری کودک کاهش می یابد و این مسئله خود موجب بهبود مهارت های والدین می شود (بورگو و اُرکیزا،۱۹۹۸). در هر حال *PCIT* از آن جهت منحصر به فرد است که والدین همراه با کودک در جلسه ی درمان شرکت کرده و درمانگر مستقیماً والدین راهدایت می کند تا آن دسته از ابعاد تعامل بین آن ها که باعث خراب شدن رابطه شان می شود و به عنوان منشاء رفتارهای مخرب کودک شناخته شده اند، تغییر کنند.

PCIT در دو مرحله اجرا می شود (برای اطلاع از عناوین درمان به جدول **۱- ۱۰** مراجعه شود). مرحله ی اول متمرکز بر بهبود رابطه ی والدین – کودک است (که اغلب به عنوان تعامل با هدایت کودک یا *CDI*[۲۱۸] نامیده می شود). مرحله ی دوم متمرکز بر بهبود انطباق و سازش کودک است (که اغلب به عنوان تعامل با هدایت والدین یا *PDI*[۲۱۹] نامیده می شود). دو مرحله ی درمان با آموزش آغاز می شوند و سپس درمانگر والدین را هنگامی که با کودکان شان بازی می کنند، هدایت می کند. اصولاً هدایت والدین شامل این فرآیند می شود که درمانگر از اتاق مشاهده رفتار والد و کودک را تحت نظر گرفته و با استفاده از ارتباط رادیویی و گیرنده ی کوچکی که پدر یا مادر در گوش خود قرار داده، والد را هدایت می کند. به این شکل درحالی که گفتگوی درمانگر به صورت همزمان صورت می گیرد، هیچ نوع

****

[218] *Child Directed Interaction*

[219] *Parent Directed Interaction*

@karnil

تماس مستقیمی بین او و کودک وجود ندارد. به والدین تعلیمات لازم داده شده و از آن ها خواسته می شود این مهارت های خاص تعامل و مدیریت رفتار کودک را تمرین کنند.

همان گونه که قبلاً اشاره شد در *CDI* (که معمولاً ۷ تا ۱۰ جلسه می باشد، به جدول **۲- ۱۰** برای عناوین بخش *CDI* برنامه ی *PCIT* مراجعه شود) هدف اولیه ایجاد یا تقویت یک رابطه ی دو جانبه ی مثبت بین والدین و کودکان می باشد که از طریق اصلاح شیوه های تعامل والدین با کودکان صورت می گیرد. به والدین آموخته می شود در بازی دنباله روی اعمال کودک خود باشند و باز خورد مناسبی نشان دهند. آن ها هم چنین فرا می گیرند رفتارهای مثبت کودک خود را تحسین کرده و به او بگویند چه چیزی مشخصاً در اعمال، کارها یا ویژگی های او مطلوب است. با پایان بخش *CDI* والدین معمولاً از افرادی که بندرت به رفتارهای مثبت کودک خود توجه می کردند، تبدیل به افرادی می شوند که به طور مداوم رفتارهای مناسب کودک شان را تحسین می کنند.

در این جا مثالی از یک گفتگو بین کودک، درمانگر و والد ارائه می شود.

کودک: (بابی پسربچه ی ۵ ساله و بسیار پر تحرک، پس از این که ۱۰ دقیقه از ورود او به جلسه ی درمان می گذرد، روی صندلی نشسته و مشغول نقاشی کشیدن است).

درمانگر: (جمله خطاب به پدر یا مادر) *"به بابی بگو چقدر خوبه که آروم روی صندلی نشسته."*

پدر یا مادر: (خطاب به بابی) *"بابی، از این که می بینم روی صندلی این قدر آروم نشستی، خوشحالم."*

درمانگر: (جمله خطاب به والد) *"چه تمجید خوبی. هنگامی که اونو به این شیوه تحسین کنی، بیشتر احتمال داره که آروم روی صندلی بنشینه."*

@karnil

جدول ۱- ۱۰. فهرست بخش های درمان در PCIT

۱. ارزیابی اولیه و پیش از درمان (۲ -۱) جلسه

- مقیاس های استاندارد ارزیابی
  - فهرست ارزیابی رفتار کودک آیبرگ (آیبرگ و پینکاس، ۱۹۹۹)
  - فهرست رفتار کودک (آخن باخ و رسکورلا، ۲۰۰۰)
  - فهرست استرس والدین (آبیدین، ۱۹۹۵)

۲. بهبود رابطه / *CDI* (۱۰-۷ جلسه)

- آموزش مهارت های کودک – محور مهارت های PRIDE
  - تحسین
  - بازتاب
  - تقلید
  - توصیف
  - اشتیاق
- اجتناب از عبارات انتقادی
- اجتناب از دستور دادن
- اجتناب از سؤال پرسیدن
- اجتناب از عباراتی مانند نه، نکن، توقف کن، رها کن

۳. ارزیابی میان دوره ای (مشابه با پیش از آغاز درمان) (۱ جلسه)

۴. استراتژی های *PDI* به منظور رام شدن کودک (۱۰-۷ جلسه)

- آموزش مهارت های BE- DIRECT
- مشخص بودن دستورات
- مثبت بیان کردن دستورات
- مناسب بودن با سن کودک
- دستورات تکی
- سخن گفتن با احترام و ادب
- فقط دستورات الزامی
- ارائه ی چند انتخاب در صورت تناسب
- خنثی بودن تن صدا
- دادن دستورات مؤثر
- واکنش به اطاعت / عدم اطاعت
- تمرین کردن تطابق حل مشکل مهارت های استدلال درمان

۵. ارزیابی پس از درمان (مشابه با پیش از درمان) (۱ جلسه)

جدول ۲- ۱۰. *CDI & PDI*

(بهبود رابطه و سیاست هایی برای افزایش اطاعت)

PRIDE

مفاهیم بهبود رابطه با کودک:

تحسین و تشویق. ایجاد یک تشویق دارای اسم/ بدون اسم برای رفتار مطلوب کودک باعث افزایش وقوع آن رفتار می شود.

بازتاب. تکرار یا بازخورد عبارات کودک نشان می دهد که والدین در حال گوش کردن و درک آنچه که او می گوید، هستند.

تقلید. بازی کردن با اسباب بازی ها به همان شیوه ای که کودک نشان می دهد، حاکی از این است که والدین نسبت به آنچه که او انجام می دهد، توجه داشته و آن را جذاب نیز می بینند.

توصیف. گفتن آنچه که کودک انجام می دهد، برای او به این معناست که والدین به کار او علاقمند بوده و از خود توجه نشان می دهند.

اشتیاق. نشان دادن هیجان و صمیمیت نسبت به فعالیت کودک باز هم حاکی از این است که والدین به او توجه می کنند.

BE DIRECT

مفاهیم استراتژی ها یا واکنش های والدین برای اطاعت کردن کودک:

مشخص بودن دستورات. ایجاد دستورات مشخص و واضح باعث افزایش درک کودک شده و می داند که چه چیزی از او خواسته شده است.

مثبت بیان کردن دستورات. باید به کودک گفته شود چه کاری انجام دهد، نه این که انجام چه کاری را متوقف کند.

مناسب بودن با سن کودک. باید مطمئن شد دستوری که به کودک منتقل شده، چیزی است که می تواند از عهده ی آن بر آید.

دستورات تکی. هر بار باید تنها یک دستور به کودک داده شود و دستورات چند تایی ممکن است باعث سردرگمی او شوند و مبهم باشند.

سخن گفتن با احترام و ادب. استفاده از واژه هایی مانند لطفاً و متشکرم، کودک را تشویق می کند تا او هم از این عبارات استفاده کند.

فقط دستورات الزامی. فقط زمانی که لازم است باید به کودک دستور داد. دستور دادن بیش ازحد باعث بروز مشکلاتی می گردد.

ارائه ی چند انتخاب در صورت تناسب. ارائه ی چند انتخاب باعث بهبود مهارت های حل مشکل و استقلال در کودک می شود.

واکنش به اطاعت / عدم اطاعت. نشان دادن واکنش مناسب به برخورد کودک باعث می شود او متوجه شود رفتارهایش برای والدین مهم بوده و عواقب خود را در بر دارد.

@karnil

هم چنین والدین با استفاده از عبارت های مناسب تر (مانند تحسین کودک برای رفتار خوبش)، نگرش خود را از استفاده از شیوه های کنترل کننده برای مدیریت رفتار کودک شان تغییر می دهند، در حالی که بازخوردهای قبلی آن ها می توانست نتیجه ی معکوسی داشته باشد و باعث تقویت رفتارهای نامناسب در کودک شود (مانند: *"بابی! بیا این جا و سر میز بنشین"*). والدین از طریق مجموعه ای از فعل و انفعالات و واکنش ها قادر می شوند کودک را وارد بازی با خود کنند (مانند هدایت والدین توسط درمانگر) و سپس آغاز به منعکس کردن سخنان او کرده و بازی را به شیوه ای روایت کنند که علائمی از کنترل در آن وجود نداشته باشد و به فعالیت کودک علاقه نشان دهند. در این مدت والدین یاد می گیرند با استفاده از توجه گزینشی[۲۲۰]، رفتار کودک خود را شکل دهند. آن ها با استفاده از این استراتژی عدم رضایت خود از رفتار نامناسب کودک را با سلب توجه نشان می دهند. معمولاً پدر یا مادر با بازی کردن با اسباب بازی دیگر و نشان دادن رفتار مطلوب آن قدر این کار را ادامه می دهد تا کودک رفتار مناسبی از خود نشان دهد و سپس دوباره توجه خود را معطوف به او می کند. در برخی موارد ممکن است کودک نداند چه رفتاری شایسته می باشد تا دوباره توجه والدینش را به خود جلب کند. والدین می توانند به صورت گفتاری برای او این مسئله را توضیح دهند و هنگامی که رفتار کودک دوباره مناسب شد، توجه و تمجید والدین به او جلب می شود. والدین با مهارت یافتن در رویکرد توجه گزینشی، بنیانی را برای ایجاد اطاعت در کودک شکل می دهند که نیازی به اعمال زور در آن وجود ندارد. این رویکرد به والدین صبر (نادیده گرفتن رفتارهای آزار دهنده مشکل است) و کنترل فردی را آموزش می دهد و هم چنین باعث حفظ ساختاری مثبت برای بازی می شود که در آن نیازی به انضباط سفت و سخت وجود ندارد. علاوه بر این والدین فرصت دارند اندکی مکث کرده و به کودک نشان دهند چه رفتاری مطلوب است، نه این که بلافاصله و به صورت منفی دستوراتی به او بدهند.

در مرحله ی دوم که *PDI* نام دارد (و معمولاً ۷ تا ۱۰ جلسه پس از *CDI* به

****

[220] *Selective Attention*

@karnil

طول می انجامد)، هدف اصلی آموزش مهارت های مؤثر به والدین برای مدیریت رفتار کودک می باشد. در *PDI* درمانگران تمرکز والدین بر رفتار مثبت کودک را حفظ کرده، در حالی که به آن ها آموزش می دهند دستورات مستقیم و شفافی نیز ارائه کنند. هنگامی که والدین در این مهارت تخصص یافتند، یاد می گیرند کودکان را برای فرمانبرداری تشویق و تحسین کنند و هم چنین سیاست هایی برای برخورد با نافرمانی آن ها داشته باشند. به والدین آموخته می شود ابتدا یک دستور بدهند، تا ۵ بشمارند، ۲ انتخاب به کودک ارائه دهند، سپس دوباره تا ۵ بشمارند و بعد این فرصت را به کودک بدهند تا انتخاب درست را انجام دهد. اگر کودک از پذیرش امتناع کرد، به والدین آموخته می شود شیوه ای را انتخاب کنند که باعث سر به راه شدن او گردد. به طور مثال عدم استفاده از برخی امتیازها و رفتن به اتاقش. او نهایتاً به این شکل وادار می شود تصمیم درستی بگیرد (همبری-کیگین و مک نیل،۱۹۹۵). والدین هم چنین یاد می گیرند همواره رفتارهای مناسب و فرمانبرداری کودک را تحسین کنند، حتی اگر شکل گیری آن ها بسیار به طول انجامد. با پایان یافتن *PDI* فرآیند دستور دادن و کسب فرمانبرداری هم برای والدین و هم کودک تثبیت می شود (آیبرگ،۱۹۸۸). در پایان دوره ی *PCIT* والدین اغلب قادر می شوند اطاعت کودک را بدون در نظر گرفتن تنبیهی برای او بدست آورند. در هر حال اگر هم نیاز باشد کودک زمانی را در اتاق خود بگذراند، والدین مهارت کافی در اجرای این روند را بدست آورده اند.

آیا PCIT یک مداخله ی مؤثر است؟

پژوهش های متعددی نشان دهنده ی کارایی *PCIT* در کاهش مشکلات رفتاری کودک بوده و حتی این تأثیرات تا ۶ سال پس از درمان ادامه داشته اند (آیزنشتاد، آیبرگ، مک نیل، نیوکامب و فاندربرک،۱۹۹۳؛ آیبرگ، فاندربرک، همبری- کیگین، مک نیل، کو، ریدو و هود،۲۰۰۱؛ آیبرگ،۱۹۸۸؛ آیبرگ و رابینسون،۱۹۸۲؛ هود و آیبرگ،۲۰۰۳). تأثیرات درمان هم چنین نشان داده اند که در مدرسه نیز کاربرد دارند (فاندربرک، آیبرگ، نیوکامب، مک نیل، همبری- کیگین و کپیج،۱۹۹۸؛ مک نیل، آیبرگ، آیزنشتاد، نیوکامب، فاندربرک،۱۹۹۱) و در مورد

@karnil

خواهرها و برادرهای درمان نشده نیز مفید هستند (برستان، آیبرگ، باگز و آلیانا،۱۹۹۷؛ آیبرگ و رابینسون،۱۹۸۲). علاوه بر این موارد، *PCIT* هم چنین برای افراد دیگری که از کودکان سرپرستی می کنند، نیز مؤثر بوده است (تیمر، ُارکیزا، هرشل، مک گراس، زبل، پورتر و وارگاس،۲۰۰۶؛ تیمر، ارکیزا و زبل،۲۰۰۶). با توجه به کارایی *PCIT* در کمک به والدین برای مدیریت مشکلات رفتاری کودکان شان، پژوهش های اخیر نیز فواید مشابهی را برای خانواده هایی با ریسک بالا شامل والدین آزاررسان نشان داده اند (چافین، سیلوفسکی، فاندربرک، ویل، برستان، بالاکووا، جکسون، لنزگراف و بانر،۲۰۰۴ ؛ تیمر، ارکیزا، زبل و مک گراس،۲۰۰۵). این فواید هم چنین در خانواده هایی همراه با خشونت و کودکانی که با آن ها بدرفتاری شده، به چشم می خورد (تیمر، ویر و ارکیزا در مطبوعات؛ تیمر، ارکیزا و زبل،۲۰۰۶). علاوه بر این پژوهش هایی در مورد تأثیر *PCIT* در فرهنگ ها و زبان های دیگر نیز انجام گرفته که شامل خانواده های اسپانیایی زبان (ماتوز، تورز، سانتیاگو، خورادو و رودریگوئز،۲۰۰۶؛ مک کیب، یه، گارلند، لاو و چاوز،۲۰۰۵)، خانواده های سرخپوست آمریکایی (سوبیا بیگ فوت و فاندربرک،۲۰۰۶) و خانواده های چینی می باشد (لونگ، تسانگ و هیونگ،۲۰۰۷). در نهایت باید گفت پژوهش ها هم چنین نشان داده اند که *PCIT* می تواند به طور موفقیت آمیز برای کودکانی با طیف اختلال اوتیسم به کارگرفته شود و ظاهراً باعث کاهش علائم ضربه در کودکان خردسال می شود (سولومون، اونو، تیمر و گودلین- جونز در مطبوعات؛ تیمر، ارکیزا و زبل،۲۰۰۷؛ ارکیزا و تیمر،۲۰۰۸). در حالی که توجه درمان *PCIT* ابتدا بر کاهش مشکلات رفتاری کودک و بهبود توانایی های والدین می باشد، اما ارزش ارتقاء کیفیت روابط بین والدین و کودک، حاکی از طیف بسیار گسترده تری از قابلیت کاربرد این مداخله است.

آیا آموزش والدین یا PCIT بازی درمانی به شمار می رود؟

لاندرس در کتاب خود درباره ی بازی درمانی (۱۹۹۱) این فرآیند را به این شکل توضیح می دهد: *" یک رابطه ی بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش دیده در فرآیندهای بازی درمانی که وسایل بازی را برای کودک فراهم کرده و در*

@karnil

ایجاد یک رابطه ی امن تلاش دارد تا کودک به طور کامل خود را ابراز کند (احساسات، افکار، تجربیات و رفتارها) و همه ی این ها از طریق مدیوم طبیعی برقراری ارتباط برای کودک یعنی بازی انجام می گیرد" (ص ۱۴). با این توضیح به نظر می رسد که عناصر حیاتی بازی درمانی شامل این موارد هستند:

(الف) یک رابطه بین کودک و درمانگر (یا والدین)

(ب) تمرکز برایجاد تعامل و ابراز وجود مناسب و امن

(ج) استفاده از مدیوم بازی به عنوان محور فرآیند.

در رابطه با عنصر اول یعنی استفاده از والدین به عنوان درمانگر یا فرآیند فرزند درمانی (هاتون،۲۰۰۴)، باید گفت این مسئله مدت هاست که شناخته شده است (گوئرنی، ۱۹۸۷،۲۰۰۰). رویکردهای متعددی برای آموزش والدین در انجام فعالیت هایی مشابه با درمانگر برای کودک شان وجود دارد (کرافت و لاندرس،۱۹۹۴،۱۹۹۸؛ ون فلیت،۱۹۹۴). در *PCIT* به والدین آموزش مستقیم راجع به چگونگی مشغول شدن با کودک شان و دنبال کردن نگرش او (حداقل در بخش های اول *PCIT*) داده می شود که مشابه با آن چیزی است که در یک وضعیت نمادین بازی درمانی شکل می گیرد. بخش دوم این توضیح متمرکز بر رابطه ای مؤثر و سالم می باشد که عنصر محوری *PCIT* نیز هست. همان گونه که آیبرگ خود می گوید (۲۰۰۴)، *PCIT* متمرکز بر تغییر رفتارها و عبارت های مورد استفاده ی والدین می باشد (برقراری رابطه) و با این انتظار صورت می گیرد که نهایتاً منجر به تغییراتی در رفتار کودک شود. آخرین بخش توضیح بازی درمانی استفاده از بازی به عنوان یک مدیوم است که بخش اصلی *PCIT* نیز می باشد.

در جلسات *PCIT* والدین و کودکان با اسباب بازی هایی مناسب با سن کودک همراه با یکدیگر بازی می کنند. توجه ویژه ای به استفاده از اسباب بازی هایی وجود دارد که باعث بهبود برقراری ارتباط و تشریک مساعی می شوند (مانند لگوها، ست چایخوری برای بازی و بعضی بازی های فکری). هم چنین از اسباب بازی هایی که ممکن است به تنهایی کاربرد داشته باشند و یا باعث بروز مشکلاتی در رابطه ی والد و کودک شوند، اجتناب می گردد (مانند بازی های رقابتی یا استفاده از تفنگ و شمشیر اسباب بازی). از آن جا که شرکت در بازی در

@karnil

دیدگاه والدین و کودک یک فرآیند مثبت و لـذت بخـش مـی باشـد، انجـام چنـین فعالیت هایی در جلسه ی درمان *PCIT* می تواند در مجموع تجربه ی مثبتی باشـد که نتایج مؤثری برای والدین و کودک دارد. از طریق این فرآیندهاست که *PCIT* یا فرزند درمانی، درک شده و از بازی کودک به عنوان مدیومی بـرای جـذب شـدن در دیگر مداخلات درمانی مانند برقراری رابطه، ایجاد صمیمیت، بازشناسـی و پـذیرش استفاده می شود. هم چنین در *PCIT* بخش خاصـی بـرای آمـوزش مهـارت هـای ارتباطی به والدین وجود دارد که می توان آن هـا را در زمـره ی مهـارت هـای یـک متخصص بازی درمانی یا هدایت کودک در نظـر داشـت کـه شـامل مهـارت هـایی مـی شـوند کـه در اغلـب مـداخلات والـدین وجـود دارد (لانـدهال، ریسـر و لاوجوی،۲۰۰۶) و توسط متخصصان بازی درمانی نیز به کـارمی رود و نهایتـاً باعـث بهبود رابطه بین والدین و کودک می شـود. براتـون، ری، ریـن و جـونز (۲۰۰۵) در بازنگری و تحلیل گسترده ی خود در رابطه با نتایج بازی درمـانی، فرزنـد درمـانی را نیز به عنوان بخشی از کار خود مورد بررسی قرار دادند و نکته ی جالب توجـه ایـن بود که مطالعات فرزند درمانی در مقایسه با دیگر شیوه های بازی درمانی بیشـترین حجم تأثیر را دارا بود. آن ها در نتیجه گیری خود این گونه عنوان کردند کـه *"ایـن رویکرد تأثیر بسیار زیادی در تغییر رابطه بین والدین و کـودک و هـم چنـین رفتـار خود کودک داشته است"* (ص۳۸۶).

آیا PCIT می تواند عناصر اصلی بازی درمانی را با یکدیگر تلفیق کند؟

به منظور ایجـاد یـک مداخلـه ی مـؤثر *PCIT*، بررسـی دقیقـی توسـط زبـل، مک گراس و پورتر (۲۰۰۱) از راهنمایی هایی که به والدین ارائه مـی شـود، انجـام گرفت و معلوم شد گونه های مختلفی از این راهنمایی ها، ویژگی هایی منحصـر بـه فرد داشتند که در *PCIT* از آن ها استفاده می شد. در حـالی کـه مجمـوع اهـداف *PCIT* متمرکز بر مهارت هایی مانند *"کنترل استرس والدین"*، *"رابطـه ی موجـود بین کودک و والدین"* و دیگر مهارت ها بـرای کنتـرل رفتارهـای مخـرب کـودک و بدست آوردن اطاعت و فرمـانبرداری در او بـود (آیبـرگ، همبـری -کیگـین و مـک

@karnil

نیل،۱۹۹۵)، مسئله ی دیگری نیز آشکار شد و آن افزایش و بهبود کلی کیفیت رابطه بین کودک و والدین بود که خود یک عامل حمایت کننده ی مهم به شمار می رفت (مانند پذیرش و صمیمیت که ابتدا توسط آیبرگ توضیح داده شده بود، ۲۰۰۴). به منظور مورد خطاب قرار دادن همه ی این اهداف، ۴ سطح متفاوت هدایت در *PCIT* در نظر گرفته شده است.

هدایت سطح اول: این سطح مقدماتی برای ارائه ی واژه ها و عباراتی به والدین طراحی شده تا از آن ها برای سخن گفتن با کودک خود استفاده کنند. این سطح شامل جملات و عباراتی می شود که مربی یا متخصص *PCIT* مستقیماً به والدین می گوید (مانند: یک توضیح، انعکاس یا تعریف و تمجید). والدین نیز دقیقاً آن چیزی را که درمانگر به آن ها می گوید، به کودک منتقل می کنند. این سطح از هدایت می تواند برای تقویت عبارات مثبت مورد استفاده توسط والدین به کارگرفته شود و به این منظور الگویی ایجاد می شود؛ مانند مثال زیر:

کودک: (کودک در حال بازی با یک کامیون اسباب بازی می باشد و آن را روی میز به حرکت در می آورد) *"حالا کامیونم داره وارد گاراژ میشه."* (چند عدد آجرخانه سازی روی میز به عنوان گاراژ در نظر گرفته شدند).

درمانگر: (خطاب به والد) *"جمله ی فرزندت رو تکرار کن و بگو تو داری کامیونو می بری تو گاراژ"* .

والد: (خطاب به کودک) *"تو داری کامیونو می بری تو گاراژ"* .

درمانگر: (خطاب به والد) *"این یک انعکاس و بازخورده. آفرین!"* (او والد را برای ارائه ی بازخورد مناسب تشویق می کند).

هدایت سطح یک هم چنین می تواند برای ارائه ی یک پاسخ تصحیح کننده به کارگرفته شود (مانند عبارتی که منجر به رفتار مناسب تر والدین شود):

والد: *"می خوای چی بازی کنی؟"* (در *CDI* از سؤال پرسیدن توسط والدین جلوگیری می شود چرا که باعث هدایت و کنترل بازی توسط آن ها می شود.)

درمانگر: *"اسباب بازی های زیادی برای تو (کودک) روی میز وجود داره که می تونی با اونا بازی کنی."*

@karnil

والد: *"می تونی با هر چیزی که روی میزه بازی کنی."*

درمانگر: *"تغییر سؤال به یک عبارت غیر پرسشی، خوب بود."* (درمانگر والد را برای انتخاب بازخورد صحیح تشویق می کند.)

هدایت های سطح یک می توانند واکنش نامناسب کودک را نیز عوض کرده و به والدین بیاموزند از واکنشی مثبت استفاده کنند:

کودک: *"این لگوها مال من هستن. به اونا دست نزن!"*

والد: *"بامن این طوری صحبت نکن. به منم چند تا لگو بده تا بتونم با تو بازی کنم."*

در این جا بسیار مهم است که درمانگر این نوع واکنش والد را تعویض کند، زیرا منجر به بازخورد منفی کودک و ناسازگاری او می شود. به جای این پاسخ درمانگر می تواند والد را این گونه هدایت کند:

کودک: *"این لگوها مال من هستن. به اونا دست نزن!"*

درمانگر: *"تو با همه ی لگوها بازی می کنی (جمله ی توصیفی)."*

والد: *"تو با همه ی لگوها بازی می کنی."*

درمانگر: *"این توصیف خوبی بود. آفرین!"* (درمانگر والد را برای استفاده از عبارت مناسب تحسین می کند.)

در نهایت از این هدایت ها می توان هنگامی استفاده کرد که والد نمی تواند پاسخ مناسبی به کودک بدهد و از آن جا که به علت واکنش کودک عصبی شده، از درمانگر کمک می خواهد. به این مثال دقت کنید:

کودک: *"من نمی خوام با تو بازی کنم. من دوست دارم با پدر بازی کنم."*

والد: (مادر به آینه ای نگاه می کند که درمانگر در پشت آن قرار گرفته است.)

درمانگر: *"به نظر می رسه دلت برای بازی کردن با بابا تنگ شده."* (این یک عبارت توصیفی بر اساس جمله ی کودک می باشد.)

والد: *"پدر این اواخر نتونسته زیاد با ما باشه و تو دلت برای بازی کردن با اون تنگ شده."*

در مجموع باید گفت هدایت های سطح یک برای کمک به والدین طراحی

@karnil

شـده انـد تـا از عبـاراتی مثبـت در تعامـل بـا کودکـان خـود اسـتفاده کـرده و از بازخوردهایی که ممکن است باعث واکنش منفی در کودکان شوند، اجتنـاب کننـد. در نهایت باید گفت در این سطح فرصتی فراهم می شود کـه درمـانگر بازخوردهـای مثبت والدین را تشویق کند که این امر خود منجـر بـه بـروز رفتارهـای مطلـوب در کودک می شود.

هدایت های سطح دوم: در این سطح از راهنمایی، توصیه های بیشتری بـرای آن دسـته از والـدینی کـه بـه درک نسـبی از مهـارت هـای مرحلـه ی اول *CDI* رسیده اند، ارائـه مـی شـود (ماننـد: تمجیـد، بازتـاب، تقلیـد، توصـیف و اشـتیاق). هم چنین تلاش می شود از عبارت هایی استفاده شـود کـه بـه صـورت اسـتراتژیک باعث بروز برخی رفتارهای خاص و مطلوب در کودک مـی شـوند. در ایـن جـا هـم مانند مرحله ی اول، درمانگر عباراتی را برای والد تکرار می کند و او از آن هـا بـرای برخورد با کودک استفاده می نماید. در این جا مثالی ذکر می شود:

والد: *"از این که لگوهات رو جمع کردی، متشکرم."* (والد رفتار مطلوب کـودک را تشویق می کند.)

درمانگر: *"به تعریف از رفتارهای خوب کودک ادامه بده."* (درمانگر والد را برای استفاده از عبارت مناسب تشویق می کند.)

ایـن هـدایت هـا هـم چنـین مـی تواننـد جنبـه ی اسـتراتژیک تـری در جهت دار کردن رفتارهای کودک داشته باشند:

والد: *"تو بلوک ها رو خیلی با دقت روی هم چیدی و واقعاً روی کـارت تمرکـز داری."*

درمانگر: *"توضیح رفتارهایی که می خواهی کودک داشته باشه، بسیار خوبه."*

در مجموع هدایت های سطح دوم شـامل اسـتفاده از اسـتراتژی هـای گـزینش برای بدسـت آوردن یـک رفتـار مطلـوب در کـودک همـراه بـا پشـتیبانی درمـانگر می باشد. یکی از مزایای این سطح، فـراهم شـدن فرصـتی بـرای والـدین اسـت تـا بازخورد و تشویق های مثبت و رفتارهای مطلوبی را که کودک از خود بروز می دهد شناسایی کنند. هنگامی که در ابتدا از والدین خواسته مـی شـود رفتارهـای مثبـت کودک خود را توصیف کنند، بسیاری از آن ها از این شکایت دارند که کـودک شـان

@karnil

هیچ رفتار مثبتی ندارد. پژوهش هایی که به بررسی دیدگاه هـای نامناسـب والـدین پرداخته اند، نشان می دهند که برخی از والدین به طور مرتب بر صفات و رفتارهای منفی کودک خود متمرکز شده و بسیاری از ویژگـی هـای مثبـت او را نمـی بیننـد (میلنر،۲۰۰۰). این احتمال وجود دارد که شناسایی مکرر رفتارهای مثبـت کـودک، باعث تغییر نگرش والدین شده و متعاقباً آن ها را قادر سازد رفتار مثبـت کـودک را با یک ارزیابی مثبت مرتبط سازند و نگاهی دیگر به او داشته باشـند. اگـر از عبـارات تأکیدی مثبت به صورت مرتب استفاده شـود، ایـن تغییـر شـکل گرفتـه و ظرفیـت کودک در این زمینه افزایش می یابد.

سطح سوم هدایت: در این سطح یک تغییر اساسی و مهم روی می دهد و بـه جای تکیه بر مهارت های کلامی، اصل انتقال یک منطق یا مفهوم بـه عبـارت هـای مثبت نیز افزوده می شـود. در حـالی کـه آمـوزش مهـارت هـای کلامـی خـاص در مدیریت رفتار کودک برای والدین حیاتی می باشد، هم چنین مهـم اسـت مفهـوم و عملکرد آن مهارت ها نیز درک شوند (به طور مثال چرا انتقال یک تعریف و تمجیـد از رفتار کودک به او مسئله ی مهمی است؟). درک منطق هر عبارت می تواند باعث افزایش ارزش آن برای والدین شود که بـه اسـتفاده ی بهتـری از آن مـی انجامـد و مکمل تمرین ها و استراتژی هایی خواهد بود که والدین از آن ها استفاده می کنند. از آن جا که توضیحات گوناگونی برای عبارات والدین وجود دارد، عملکرد این سـطح نیز می تواند بسیار گسترده باشد. به طور مثال کاهش سؤال کردن از کودکان بـرای والدین یک مهارت دشوار به شمار می آید. در این مورد یک مثال می توانـد منطـق این مفهوم را نشان دهد.

والد: *"می خواهی چی بازی کنـی؟"*

درمانگر: *" اسباب بازی های زیادی روی میز برای تو وجود داره که مـی تـونی با همه ی اونا بازی کنی."*

والد: *"می تونی با هر چیزی که روی میز هست، بازی کنی."*

درمانگر: *" تغییر جمله ی سؤالی به عبارت غیر پرسشی اجازه می ده تا کودک بازی رو پیش ببره. کار درسـتی انجـام دادی!"* (در ایـن جـا درمـانگر والـد را بـرای انتخاب عبارت درست تشویق می کند.)

@karnil

دیگر راهنمایی هایی که در این سطح ارائه می شوند، پشتیبان مجموع هدف های *PCIT* هستند (مانند کاهش رفتارهای مخرب کودک با تشویق کردن او به رفتارهای مناسب). مانند این مثال:

کودک: (کودک در حالی که بازی می کند، چند لگو را نیز در آن قسمت از میز نگاه می دارد که پدر یا مادرش نشسته است.)

درمانگر: *"متوجه شدی که کودک در حال تقسیم کردن اسباب بازی ها با توست؟"*

والد: *"از این که اسباب بازی هات رو با من تقسیم می کنی، از تو متشکرم."*

درمانگر: *"رفتارهایی رو در کودک تشویق کن که می خواهی شاهد افزایش اونها باشی."*

در بسیاری از شرایط کودک در جلسات درمان، رفتاری غیرقابل قبول دارد. در این جا می توان از توجه استراتژیک به این شکل استفاده کرد.

کودک: (کودک در حال بازی کردن بوده و تمام لگوها را جلوی خودش قرار داده است.) *"این لگوها مال من هستن. به اونا دست نزن!"*

والد: *"من با چیز دیگه ای بازی می کنم."*

درمانگر: *"این جا زمان خوبیه که از عبارت **هر وقت** استفاده کنی."*

والد: *"هر وقت حاضر شدی لگوهات رو با من تقسیم کنی، با تو بازی می کنم."*

درمانگر: *"توصدای خودت را آروم وخنثی نگه داشتی و این خوب بود. به این شکل خودتو وارد نبرد نمی کنی و کودک متوجه میشه که می خواهی سرگرم کار دیگه ای بشی و به اون توجه نکنی."*

علاوه بر این بسیار مهم است تا والدین ادراک شفافی از انتظارات خود نسبت به کودک و در تناسب با سن او داشته باشند. در این سطح می توان اطلاعات زیادی را به آن ها ارائه داد. این اطلاعات می توانند مشابه مواردی مانند مثال زیر باشند:

درمانگر: *"بابی در سنی قرار داره که فکر می کنه همه چیز مال اونه. راجع به تقسیم کردن چیزها کمی بعد در طول درمان صحبت می کنیم."*

@karnil

درمانگر: *"بابی به درستی از لگوهای بزرگ استفاده می کنه، چون استفاده از لگوهای کوچک تر باعث دلسردی اون میشه، به این خاطر که سرهم کردن اونا نیاز به مهارت های ظریف تری داره."*

درمانگر: *"بسیاری از کودکان خردسال با تشخیص صحیح رنگ ها مشکل دارن و تو می تونی استفاده از واژه ی درست برای هر رنگ رو به اون یاد بدی و پس از این که اسم رنگ رو درست گفت، اونو تشویق کنی."*

درمانگر: *"کودکی به سن بابی باید حداقل بتونه کمی اسباب بازی های خودشو جمع کنه. مقداری از اسباب بازی هارو جلوی اون بذار تا بتونه بعضی رو توی جعبه بذاره. هر وقت که شروع به مرتب کردن کرد، اونو حسابی تشویق کن."*

در نهایت راهنمایی های سطح سوم به والدین در عمومی سازی مهارت ها یا مفاهیم در فضای خانه یا جامعه کمک می کنند. جملات زیر می توانند ادامه ی مثال قبلی باشند:

درمانگر: *"کودک شروع به کمک و مرتب کردن وسایلش کرده، اونو به خوبی تشویق کن."*

والد: *"بابی از این که در جمع کردن اسباب بازی ها به من کمک می کنی، متشکرم."*

درمانگر: *"تعریف خوبی بود. باید به بابی اجازه بدی تا در جمع کردن اسباب بازی هاش موفق بشه تا اگر توی خونه هم با این شرایط مواجه شد، تمایل بیشتری به انجام این کار داشته باشه."*

این سه سبک هدایت و آموزش به والدین در هر دو بخش *PCIT* مورد استفاده قرار می گیرند و والدین با راهنمایی های درمانگر، می توانند باعث تغییر رفتار کودک، تقویت رفتارهای مناسب از طریق توجه مثبت و مدیریت رفتارهای نامناسب از طریق توجه گزینشی شوند. نتیجه ی این فرآیند این است که رابطه بین والد و کودک بهبود یافته، رفتارهای ناسازگارانه در کودک کاهش می یابد، هم چنین مهارت های والدین ارتقاء یافته و استرس آن ها مربوط به ارتباط درونی میان والدین و کودک کمرنگ می شود. *PCIT* از طریق استفاده از بازی به عنوان یک واسطه، محیطی را ایجاد می کند که والدین نیز می توانند عملکردهای مناسب را

@karnil

یاد گرفته و در این محیط امن از آن ها بهره ببرند. در چنین جایگاهی می توان انتظار داشت که کودک آغاز به ابراز احساسات، افکار، تجربیات و رفتار خود کند و این موارد همگی منتهی به سطح چهارم هدایت می شوند.

سطح چهارم هدایت: در سطح آخر درمانگر راه هایی را پیشنهاد می کند که والدین با استفاده از آن ها می توانند ادراک کودک از جهان را تغییر داده و یا تجربیات گذشته ی او را مناسب با جایگیری کنونی او کنند. در طول این سطح است که درمانگر می تواند مسائلی را مورد خطاب قرار دهد که:

(الف) مرتبط با کودک هستند،

(ب) ممکن است نیازمند درک بیشتری از سوی کودک باشند،

(ج) ممکن است نیاز باشد تا والدین حمایت بیشتری را از او انجام دهند،

(د) ممکن است باعث بهبود ادراک کودک از والدین به عنوان افراد حامی و مراقب خود شوند.

توجه اصلی سطح چهارم تغییر ادراک کودک از خود، والدین یا رابطه با دیگران می باشد. به طور مثال برخی کودکان که در اوایل زندگی خود در محیط فقیری بزرگ شده اند، ممکن است در تقسیم کردن چیزها با دیگران و برقراری رابطه ی مثبت با آن ها دچار مشکل باشند. در این جا می توان این مثال ها را مطرح کرد:

کودک: *"این لگوها مال من هستن. به اونا دست نزن."*

درمانگر: *"تو نمی خوای که من به لگوهات دست بزنم."*

والد: *"تو نمی خوای که من به اسباب بازی هات دست بزنم."*

یا می توان این عبارات را مثال زد:

درمانگر: *"(جملاتی که باید برای کودک استفاده شود.) از این که به من گفتی دقیقاً چی می خوای متشکرم. حالا می تونم بهتر به تو کمک کنم."*

- "وقتی که از واژه ها استفاده می کنی، من بهتر متوجه میشم که چی می خوای."

- "توضیح دادن این که چی می خوای، بهتر از اینه که سر من داد بکشی."

@karnil

- "حالا متوجه میشم که می خوای چیزایی مخصوص خودت داشته باشی."

- "من به وسایلت دست نمی زنم، مگر این که خودت اجازه بدی."

- "من به عنوان مادرت وظیفه دارم مطمئن بشم تو و تمام وسایلت در جای امنی هستین."

گاهی اوقات کودکان ادراک خاصی از دنیا دارند که بازتاب دهنده ی تجربیات آسیب رسان گذشته است. این نوع رفتارها یا عبارات که اغلب کودک آن ها را همراه با خود به جلسه ی درمان می آورد، می توانند در این سطح از هدایت مورد خطاب واقع شوند (برخی از متخصصان کلاسیک بازی درمانی ممکن است این بخش را به عنوان درمان ضربه های روحی یا *PTSD* در نظر داشته باشند).

به طور مثال کودکی که در معرض خشونت در محیط خانه قرار گرفته و از یک ناپدری مهاجم و پرخاشگر می ترسد، ممکن است نگرانی های خود را در بازی بروز دهد.

کودک: (در حالی که مشغول بازی با عروسک و یک خانه ی عروسکی است، ظاهراً با عروسک مرد مشکل دارد.)

"این باباست و به شدت داره به در ضربه می زنه."

درمانگر:(خطاب به والد) *"به نظر می رسه از این که بابا داره به در می کوبه، ترسیدی."*

والد: *"ظاهراً از این که بابا به خونه برگشته، احساس خوبی نداری."*

کودک: *"آره، باید قایم بشیم."*

می توان مثال های دیگری در این زمینه ارائه کرد:

(جملاتی که باید برای کودک استفاده شود)

- "من به تو قول میدم که هیچ مشکلی پیش نمی یاد."

- "اگه بابا برگشت، ما به سرعت قایم می شیم."

- "من به پلیس زنگ می زنم تا مطمئن بشیم جامون امنه."

هدایت های سطح چهارم اغلب نیازمند مباحثه با والدین راجع به توانایی های شان و برنامه ریزی قبل از پرداختن به مشکل در جلسات درمان می باشد. گاهی اوقات این مسئله ممکن است برنامه ای باشد که بتواند خارج از

@karnil

جلسه ی درمان ارائه شود و یا بحث بر سر رویکردی باشد کـه بـیش از همـه بـرای والـدین مناسـب اسـت. در ایـن بخـش از فرآینـد درمـان بسـیاری از متخصصـین بازی درمانی مشاهده خواهند کرد که رویکرد مورد استفاده بسیار شبیه به جلسـات بازی درمانی انفرادی با کودک است. البته نباید این را یک نـوآوری در نظـر گرفـت، زیرا مدت هاسـت کـه فرزنـد درمـانی در بسـیاری از ابعـاد، بخشـی از رویکردهـای بـازی درمـانی بـه شـمار مـی رود (براتـون، ری، ریـن و جـونز،۲۰۰۵؛ واتـس و برونداس،۲۰۰۲). همان گونه که قبلاً هم تأکید شد، عامل اصلی بازی درمـانی یعنـی استفاده از بازی به عنوان یک مدیوم یا واسطه، عنصر اصلی *PCIT* نیز می باشد. در جلسات *PCIT* انتخاب اسباب بازی ها و زمـان معرفـی یـک اسـباب بـازی خـاص، ممکن است در فرآیند درمان تأثیر داشته باشد. کودکـانی کـه بـرای *PCIT* ارجـاع داده می شوند، اغلب دچار مشکلاتی چون بدرفتاری و جلب توجه به صـورت منفـی هستند و والدین نیز در رابطه ی خود با کودک به علت زمان و انرژی ای کـه صـرف مدیریت رفتارهای مخرب او می کنند، استرس بسیار زیادی دارند. در نتیجـه اولـین بخش *PCIT* بر بهبود رابطه بین والدین و کودک تأکید دارد. اسباب بازی هایی کـه منجر به بازی های خشن و آسیب رساندن به خود یا دیگران می شوند، در جلسـات بازی درمانی *PCIT* جـایی ندارنـد، بلکـه بیشـتر از اسـباب بـازی هـای خلاقانـه و ساخت و ساز استفاده می شود، مانند بلوک هـای خانـه سـازی، لگوهـا و امثـال آن. همان گونه که نشان داده شد والدین در سطوح اول تـا سـوم، مهـارت هـای مثبـت برقراری ارتباط را فرا می گیرند و در سطح چهارم، هدایت زمانی صـورت مـی گیـرد که از اسباب بازی هایی استفاده مـی شـود کـه باعـث ترغیـب احساسـات، افکـار و تجربیات کودک در جلسات بازی *PCIT* مـی شـوند؛ماننـد خانـه ی عروسـکی بـا عروسک هایش، ماکت مدرسه، آدم های کوچک و حیوانات پلاستیکی. برای این کـه بازی درمانی برای والدین و کودک موفقیـت آمیـز باشـد، بایـد یـک محـیط امـن و پرورش دهنده برای کودک ایجاد شود تـا احساسـات خـود را ابـراز کنـد و درمـانگر تشخیص خواهد داد والدین چه زمانی آماده ی درک ابراز فردی کـودک و کـاوش او در احساسات، افکار و تجربیاتش می باشند. (و این کار با استفاده از اسباب بازی هـا و بازی انجام می گیرد).

@karnil

مسائل مهم و متعددی در درک سطوح هدایت وجود دارد. اول این که هرکدام از این سطوح عملکردهای متفاوتی ارائه می کنند که همگی در *PCIT* مهم هستند و نباید آن ها را به صورت سلسله مراتبی و داشتن ارزش کمتر یا بیشتر بررسی کرد (به طور مثال سطح چهارم بهتر یا مهم تر از دیگر سطوح نیست). هم چنین این احتمال وجود دارد که هدایت در مراحل مختلف در نوسان باشد. مثلاً ممکن است در سطح اول و دوم راهنمایی های بیشتری به والدین ارائه شود، در حالی که در دو مرحله ی دیگر هر چند که این راهنمایی ها ادامه دارند، اما از تعداد آن ها کاسته می شود. از سوی دیگر ممکن است برخی از والدین به علت محدودیت های احساسی یا هوشی، به راحتی مفاهیم سطح سوم و چهارم را درک نکنند. در نتیجه باید به آن ها کمک بیشتری شود. نهایتاً این که در سطح چهارم والدین باید موقعیتی را که کودک در آن قرار می گیرد، کاملاً درک کرده و آمادگی پاسخگویی به آن را داشته باشند (مانند نگرانی، ترس، اضطراب). به همین علت باید مباحثات گسترده ای بین درمانگر و والدین قبل از پرداختن به مشکلات کودک در جلسه ی درمان انجام گیرد.

خلاصه

در مجموع می توان گفت *PCIT* مداخله ای مؤثر همراه با پشتوانه ی پژوهشی مناسب می باشد که عمدتاً به صورت گونه ای از بازی درمانی شناخته نشده است. در هر حال بررسی دقیق تر خاستگاه *PCIT* و چارچوب تئوری قرارگرفته در بنیان ایجاد تغییرات در رابطه ی والدین وکودک، در سه دهه ی اخیر آشکار کننده ی ارزش آن به عنوان یکی از مؤثرترین ابزارهای مداخله می باشد که در حال حاضر برای بهبود مهارت های والدین و کیفیت رابطه ی آن ها با کودک و هم چنین کاهش مشکلات رفتاری او وجود دارد. این سطوح هدایتی اخیراً مکانیسمی را ایجاد کرده اند که می توان به واسطه ی آن به صورت واضح تری به بسیاری از مسائلی پرداخت که مد نظر همبری- کیگین و مک نیل (۱۹۹۵) در توضیح *"مهارت های بازی رفتار درمانی"* بوده است (ص ۱۱). سطوح مختلف هدایت باعث می شوند درمانگران بتوانند والدین را آموزش داده تا هم مهارت هایی برای مدیریت رفتار

@karnil

کودک خود بدست آورند و هم درک بهتری از وضعیت رشد او و انتظاراتی معقول با سنش داشته باشند و هم چنین پشتیبان احساس امنیت کودک در بستر رابطه با خود باشند. در حالی که تغییر الگوهای رفتاری در والدین و کودک در مداخلاتی مانند *PCIT* کاملاً آشکار می باشد، دقت به تغییر در شناخت و ویژگی ها نیز بسیار مهم است. پیشرفت در *PCIT* تلفیق شده با ایجاد سطوح هدایت، باعث تقویت رابطه ی والدین با کودک شده و نهایتاً به نوعی رابطه درمانی می انجامد که مؤثرترین مداخله در حمایت از روابط سالم می باشد.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش یازدهم

"برنامه ی ابتدایی" پنجاه سال تسهیل انطباق با مدرسه

استیفن دمانچیک، ماری آن پیبادی، دبورا جانسن

معرفی

سوزان پرسید: *"می خوای یه چیزی رو بدونی؟"* آندریا جواب داد: *"البته!"* سوزان با صمیمیت به او نگاه کرد وگفت: *"می دونی من قبلاً از اومدن به مدرسه خوشم نمیومد، اما از وقتی که با تو آشنا شدم، دوست دارم به مدرسه بیام."* احتمالاً داستان هایی مشابه با این نمونه را در بررسی بسیاری از پرونده های *"پروژه ی ابتدایی"* در سرتاسر کشور مشاهده کرده ایم. از کودکی که جلسه ی اول می ترسید وارد اتاق بازی شود اما بر ترسش فائق شد، تا کودکی که آرزو می کرد همیارش ساعت نداشت تا متوجه نشود زمان جلسه کی به پایان می رسد. یکی از این همیاران کودک می گفت در یک سوپرمارکت، کودکی را ملاقات کرده که سال ها قبل در این برنامه به او کمک کرده بود. کودک که دیگر ۱۲ ساله شده بود، به محض مشاهده ی او، وی را شناخته و در آغوش می گیرد. این همیار کودک سپس این گونه گفت: *"من می دانم که بودن با این کودک و مراقبت از او، آن چنان تأثیر عمیقی بر وی گذاشته بود که شیوه ی نگرش او از خود کاملاً تغییر*

@karnil

کرده و من بسیار احساس افتخار و غرور کردم که سهمی در این کار داشته ام."
باید گفت چنین داستان هایی در این پروژه بسیار به چشم می خورند.

پروژه ی ابتدایی در آغاز به عنوان یک مطالعه ی پایلوت در سال ۱۹۵۷ با همکاری مشترک بین دانشگاه روچستر و مدرسه ی ابتدایی روچستر فعالیت خود را شروع کرد. عواملی که در ابتدا منجر به شکل گیری این مطالعه شدند، مرتبط با دو مسئله ی شاخص در محیط مدرسه بود: **(الف)** **۴۰** تا **۶۰** درصد از زمان معلمان صرف برطرف کردن مشکلاتی می شد که تنها با ۲ یا ۴ دانش آموز در کلاس شان داشتند، **(ب)** افزایش ناگهانی مراجعه ی کودکانی با مشکلات سلامت روان که در مرحله ی انتقال از دبستان به مقطع بالاتر بودند (کوون و هایتاور،۱۹۸۹). این نگرانی ها همان قدر که اکنون مهم هستند، در سال ۱۹۵۷ نیز از اهمیت مشابهی برخوردار بودند.

ما به طور مداوم از معلمان می شنویم که تنها تعداد اندکی از کودکان در کلاس آن ها باعث برهم خوردن نظم می شوند. علاوه براین مشکلات انطباق با مدرسه که کودکان امروزی نیز با آن ها مواجه هستند، مسئله ی جدیدی نیست. در سال ۱۹۶۹ کمیسیون مشترک بهداشت و سلامت روان کودکان گزارش کرد تعداد چشمگیری از کودکان دبستانی مشکلاتی در انطباق با مقطع جدید تحصیلی را تجربه می کنند. همان گونه که آدلمن و تیلور در طول سال ها (۱۹۹۸) اشاره کرده اند، مدارس سعی در ارائه ی برنامه های گوناگونی داشته اند که مشکلات اجتماعی – روانی و رفتاری را برطرف کرده یا آن ها را کاهش دهد. داده های کنونی نشان می دهد که تقریباً ۲۱ درصد کودکان امریکایی ۹ تا ۱۷ ساله یک مشکل روانی قابل تشخیص، اعتیاد یا نوعی آسیب روانی دارند (بخش خدمات سلامت،۱۹۹۹ص۱۲۳).

در حالی که ۵۰ سال از آغاز این پروژه می گذرد، هنوز هم می بینیم این برنامه به کودکانی از سن پیش دبستانی تا کلاس سوم کمک می کند تا بهتر با مدرسه کنار بیایند. در حال حاضر این برنامه در بیش از ۲۱۰۰ مدرسه نهادینه شده است.

@karnil

برنامه هایی با نام های متعدد دیگر مانند *"دوستان خاص"* [۲۲۱] یا *"پروژه ی انطباق با دبستان"* [۲۲۲] را می توان در مکان هایی مانند آرکانزاس، کالیفرنیا، کانکتیکات، دلاوار، فلوریدا، هاوایی، لوئیزیانا، مین، مریلند، ماساچوست، میشیگان، مینه سوتا، میسوری، نیوجرسی، نیویورک، تگزاس و واشنگتن مشاهده کرد.

برنامه ی ابتدایی

تجربیات اولیه ی کودک در مدرسه بنا به دلایل متعددی بسیار مهم است. ورود به مدرسه یک دوره ی شاخص از تغییرات بیولوژیک، رشدی، خانوادگی، اجتماعی و موقعیتی برای کودکان خردسال می باشد (پری و وینشتاین،۱۹۹۸). آن ها در کودکستان ملزم می شوند خود را با چالش های تحصیلی، تعاملات جدید اجتماعی و تعدیل احساسات و رفتار به صورت مستقل انطباق دهند (گرولنیک، کروفسکی و گارلند،۱۹۹۹). هر چند بسیاری از کودکان دوران مدرسه را بدون مشکل طی می کنند، اما انطباق با مدرسه می تواند برای برخی دیگر تبدیل به یک تجربه ی چالش برانگیز شود (انتویزل و هایدوک،۱۹۸۲؛ پری و وینشتاین،۱۹۹۸).

کودکانی که با ساختار مدرسه و آموزشی رسمی دچار چنین مشکلاتی می شوند، در طول دوران تحصیل احتمالاً با دشواری های بسیاری روبرو خواهند بود. بسیاری از این مشکلات اغلب با تأخیر در سال اول یا دوم دبستان بروز می کند (الکساندر و انتویزل،۱۹۸۸). پری و وینشتاین (۱۹۹۸) در بازنگری خود از متون مرتبط نشان می دهند که مشکلات رفتاری اولیه و یادگیری، مرتبط با مسائل جدی تر بعدی می شوند؛ مانند: عقب ماندگی تحصیلی، اختلالات رفتاری و اخراج از مدرسه.

برنامه ی ابتدایی یک برنامه ی شناسایی و پیشگیری زودهنگام در چارچوب مدرسه می باشد که باعث بهبود مهارت های یادگیری، احساسی و رفتاری شده و هم چنین مشکلات انطباق با مدرسه و مشکلات اجتماعی و احساسی را در

****
[221] *Special Friends*
[222] *Primary School Adjustment Project*

@karnil

کودکانی در سن پیش دبستانی تا کلاس سوم دبستان کاهش می دهد. ابتدا کودکانی که در انطباق با شرایط مدرسه دچار مشکل هستند (مانند پرخاشگری، انزوا و مشکلات یادگیری)، با استفاده از شیوه های دقیق سنجش شناسایی می شوند. سپس این کودکان توسط افراد نیمه متخصص که البته به خوبی آموزش دیده اند (همیار کودک)، ویزیت می شوند و این همیاران از بازی هایی مناسب با سن آن ها به عنوان ابزاری برای حمایت از این کودکان استفاده می کنند. کار همیار کودک در ارتباط و تحت نظارت کامل متخصصین بهداشت و سلامت روان بوده تا مراقبتی مؤثر برای کودکان فراهم شود. پژوهش هایی که به ارزیابی این پروژه پرداخته اند، نشان می دهند کودکان در مدرسه موفقیت بیشتری داشته اند (کوون، هایتاور، پدرو- کارول، ورک و وایمن،۱۹۹۶؛ نافپاکتیتیس و پرلماتر،۱۹۹۸).

درمان های مستند

این راز بر کسی پوشیده نیست که ما در دورانی زندگی می کنیم که نتایج قابل محاسبه و بازده در تشکیلات آموزشی و سلامت بیش از هر چیز دیگری مهم هستند. سرمایه گذاران خصوصی و دولتی، مسئولان مدرسه و دیگر مقامات ذیربط از جمله افرادی هستند که به ارائه ی مدارک و شواهدی برای مؤثر بودن مداخلات طراحی شده برای کمک به کودکان حساس می باشند. پروژه ی ابتدایی نیز از این قاعده مستثنی نیست.

پژوهش در رابطه با این پروژه در همان زمان آغاز اجرای آن شروع شد و به طور مداوم ادامه داشته و جزء لاینفک آن بوده است. آزمون های انجام گرفته برای بررسی مؤثر بودن آن به عنوان یک برنامه ی پیشگیری، با ارزیابی های گوناگون و متعددی صورت گرفتند. هر کدام از این ارزیابی ها نقاط قوت خاص خود را داشته که شواهد تکمیل کننده ای در رابطه با کارایی این برنامه ارائه می کنند (کوون و همکاران،۱۹۹۶). از میان این ارزیابی ها می توان به ارزیابی ترکیبی ۷ بررسی سالانه اشاره کرد (ویزبرگ، کوون، لوتیچفسکی وگستین،۱۹۸۳). در این پژوهش هم متغیرها و هم نتایج آن ها در نظر گرفته شده است. به طور مثال در برخی از این مطالعات مشخص شده بعضی عناصر خاص برنامه باعث بهبود عملکرد شده و

@karnil

هم چنین درک عواملی که بر رابطه بین کودک و همیار کودک و رابطه بین همیاران کودک و سرپرستان او تأثیر می گذارد، را افزایش می دهد (کوون و هایتاور،۱۹۸۹؛ کوون و همکاران،۱۹۹۶).

در مطالعات متعددی از گروه های کنترل استفاده شده است تا کارایی این برنامه ارزیابی شود. در یکی از این پژوهش ها حدود ۶۰۰ کودک از ۱۸ مدرسه انتخاب شده و به صورت اتفاقی به ۲ گروه مداخله ی زودهنگام و مداخله ی تأخیری تقسیم شدند. با استفاده از شیوه های استاندارد مقایسه مشخص شد کودکانی که برای آن ها از خدمات این برنامه استفاده شده بود، در مقایسه با آن دسته که منتظر دریافت این خدمات بودند، به مقدار قابل توجهی از مشکلات شان کاسته شد. به طور مثال آن ها مشکل کمتری در انطباق با مدرسه داشته و پرخاشگری و مشکلات یادگیری در آن ها کمتر شده بود و ظرفیت های اجتماعی – احساسی نیز در آن ها افزایش یافته بود (مانند تحمل ناامیدی، برقراری رابطه با همسالان) (دوور،۱۹۹۳). پژوهش دیگری نیز با همین طرح انجام گرفت و نتایج در یک دوره ی ۳ ماهه ارزیابی شدند (نافپاکتیتیس و پرلماتر،۱۹۹۸). در این پژوهش نیز گزارشات معلمان از مشکلات یادگیری، اضطراب و خجالتی بودن کودکانی که در گروه مداخله ی زودهنگام بودند، کاهش یافت و هم چنین پرداختن به کارهای مدرسه و مهارت های اجتماعی با افزایش روبرو شد. اما در گروه کنترل پس از ارزیابی های ۳ ماهه چنین پیشرفت هایی مشاهده نشد.

در بسیاری از ارزیابی ها میزان انطباق و سازش کودکانی که از خدمات این برنامه بهره مند شده اند، با کودکانی که در ریسک چنین مشکلاتی بودند، مقایسه شده است. با این مقایسات امکان بررسی دقیق گروه ها و شناسایی عوامل تأثیر گذار تسهیل می شود (کوون و همکاران،۱۹۹۶). در یکی از این ارزیابی ها این دو گروه کودک مورد مقایسه قرار گرفتند:

(الف) کودکانی که به طور متوسط در یک دوره ی ۵ تا ۶ ماهه جلسات ۲۵ تا ۴۰ دقیقه ای با همیار کودک داشتند.

(ب) کودکانی که وضعیت اولیه ی آن ها مشابه با گروه اول بود، اما برای آن ها از خدمات این پروژه استفاده نشد.

@karnil

در این مطالعه پس از گذشت یک سال تحصیلی، مشکلات انطباق در کودکان گروه (الف) کاهش یافته و هم چنین ظرفیت های سازشگری در مقایسه با گروه (ب) افزایش یافته بود. (وینر- الکین، ویزبرگ و کوون،۱۹۸۸). در یک مطالعه ی دیگر چندلر و همکارانش در سال ۱۹۸۴، ۶۱ کودک شهرنشین را که ۲ تا ۵ سال قبل در برنامه ی این پروژه شرکت کرده بودند، با ۶۱ کودک دیگر که شرایط مشابه با آن ها را داشتند، مقایسه کردند. نتایج نشان داد این کودکان حتی پس از گذشت چند سال مهارت های کسب شده را هنوز هم با خود همراه داشتند. متخصصین و صاحبنظران در مجموع توافق دارند که این برنامه شیوه ای مستند و مؤثر است که اعتبار خود را مدیون چندین دهه پژوهش و ارزیابی می باشد. مجمع ملی بهداشت و سلامت روان[۲۲۳] در سال ۱۹۸۴ جایزه ی رولند[۲۲۴] را به این برنامه ی برجسته اعطا کرد (کوون و هایتاور،۱۹۸۹). چهار سال بعد، این پروژه توسط اداره ی آموزش و پرورش ایالت نیویورک با استفاده از مقیاس های پژوهشی در سطح ملی ارزیابی شد و به عنوان اولین برنامه ای شناخته شد که مورد قبول استانداردهای به کاررفته در این ارزیابی ها بود. این برنامه هم چنین در سال ۱۹۹۳ عنوان برنامه ی الگو در انتقال خدمات بهداشت و سلامت روان به کودک و خانواده را از سوی جامعه ی روانشناسان ایالات متحده (*APA*) دریافت کرد. دیگر افتخار بدست آمده برای این برنامه، جایزه ی کیفیت برای خدمات رسانی در سال ۱۹۹۵ می باشد که بر اساس یک بازنگری مستقل از فرآیند و نتایج برنامه به آن اهدا شد.

این برنامه هم چنین مورد توجه دفتر ملی ثبت برنامه ها و عملکردهای مستند[۲۲۵] و دفتر خدمات بهداشت و سلامت روان و سوء مصرف مواد[۲۲۶] قرار گرفته است.

طبق نظر کریو و بوهم- مورلی (۱۹۹۹) مشکل روش شناسی پژوهش های بازی درمانی، نبود گروه های کنترل و مقایسه می باشد. پیشنهاداتی که برای این

****
223 *National Mental Health Association*
224 *Lela Rowland Prevention Award*
225 *NREPP*
226 *SAMHSA*

@karnil

پـژوهش هـا ارائـه شـده، شـامل اسـتفاده از فهرسـت انتظـار، داده هـای اولیـه و به کارگیری دیگر مداخلات درمانی برای مقایسه مـی باشـد. مشـکلات محاسـبه ی نتایج نیز شامل استفاده از شیوه های ارزیابی غیر استاندارد و ناهماهنگ مـی شـوند. علاوه بر این جهت گیری های فلسفی یا مفهـومی در پـژوهش هـای بـازی درمـانی باعث بروز مشکلات بیشتری برای رسیدن به یک نتیجه گیری معتبـر مـی شـوند و معلوم نیست آیا یک مدل خاص موجب عملکرد موفـق بیمـار بـوده اسـت یـا خیـر (ص۸۴). عنـاوینی کـه پـروژه ی ابتـدایی همـراه بـا سـابقه ی درخشـان مطالعـه و پژوهش ها بدست آورده، بنابر چندین دلیل حائز اهمیت می باشند. این پـروژه یـک رویکرد بازی- محور از نوع هدایت توسط کودک می باشد کـه در آن از شـیوه هـای تجربی و شبه تجربی استفاده شده است. هم چنـین گـزارش *NREPP* بـا ارائـه ی شواهد تجربی نشان مـی دهـد کـه رویکردهـای بـازی- محـور بـه کودکـان کمـک می کنند از نظر احساسی و اجتماعی انطباق بهتری با پیرامون خـود داشـته باشـند. این گزارش هم چنین از آن جهت اهمیت می یابد که به نیاز بـرای برقـراری رابطـه بین تجربیات آزمایشگاهی و تجربیات عملی و کاربردی اشاره کرده و به این مسـئله تأکید می کند که باید از درمان هایی با پشتوانه ی علمی استفاده شود که در عـین حال بتوان از آن ها در شرایط واقعی نیـز اسـتفاده کـرد. عـلاوه بـر ایـن مسـائل در گزارش *NREPP* اطلاعاتی راجع به قابلیت به کارگیری پروژه ی ابتدایی به صورت گروهی وجود دارد.

نقش بازی در پروژه ی ابتدایی

قبل از این که مباحثه ی کاملی راجع به نقش بازی در ایـن پـروژه ارائـه شـود، باید به این نکته اشاره کرد که این پروژه به عنوان یک شیوه ی درمـان و مخصوصـاً بـازی درمـانی در نظـر گرفتـه نمـی شـود. اول ایـن کـه همیـاران کـودک افـراد نیمه متخصص هستند نه متخصصان بازی درمانی با مهارت کامـل، در واقـع آن هـا افرادی هستند که به خوبی تعلیم دیده و برای کمک به کودکان شور و شوق خاصی دارنـد و از یـک توانـایی ذاتـی بـرای همـدلی، پـذیرش و عـدم قضـاوت کودکـان برخوردارند. از یک آموزش دو روزه ی فشرده برای این افراد استفاده مـی شـود کـه

@karnil

مفاهیم کلیدی این پروژه و چگونگی اجرای جلسات بازی که کودک هدایت آن را به عهده دارد، به آن ها آموزش داده می شود. علاوه بر این یک متخصص بهداشت و سلامت روان به صورت هفتگی بر کار آن ها نظارت داشته و همیار کودک را در مدرسه یا تشکیلات خود ملاقات می کند. نقش این همیاران و مسائل مرتبط با آموزش و نظارت بر کار آن ها در ادامه ی این بخش به طور مفصل توضیح داده خواهد شد.

در وهله ی دوم باید گفت این پروژه برنامه ای با هدف پیشگیری است که به کودکانی که دچار مشکلات خفیف در انطباق با مدرسه هستند، کمک می کند با شرایط مدرسه بهتر کنار آیند. در حالی که متخصصان بازی درمانی اغلب با کودکانی با مشکلات حادتر سروکار دارند و وضعیت روانی قابل تشخیصی برای این کودکان وجود دارد، اما همیاران کودک در اغلب مواقع با چنین شرایطی مواجه نیستند. هنگام فرآیند بررسی کودکان مراحل دقیقی به اجرا گذاشته می شود تا از این مسئله حصول اطمینان شود که کودک انتخاب شده مشکلات خفیفی داشته و می توان از یک همیار کودک برای او استفاده کرد و بسیار مهم است که کار این افراد فراتر از حوزه ی آموزش شان نرود. از سوی دیگر در حالی که بازی درمانی یا روانکاوی می تواند به عنوان یک رویکرد مجزا و مستقل برای کودکانی با مشکلات احساسی عمل کند، اما این پروژه به تنهایی کامل نبوده و هدف آن بیشتر حمایت از کودکانی است که به اندکی توجه بیشتر از سوی یک بزرگتر در مدرسه نیاز دارند. فرآیند بررسی و ارزیابی کودکان نیز به طور مفصل تر توضیح داده خواهد شد.

با توجه به تمام این نکات، این پروژه در هر حال یک رویکرد بازی- محور به شمار می رود و در حالی که حقیقتاً جزو شیوه های بازی درمانی نیست، اما بسیاری از اصول نظری این رشته برای ایجاد مفاهیم این مداخله، از متون بازی درمانی وام گرفته شده اند. از همه مهم تر این که این برنامه یک رویکرد رابطه – محور می باشد و رابطه ای که بین همیار کودک و کودک ایجاد می شود، قدرت شفابخش و درمان کننده ی بسیار بالایی دارد. کودکان در جلسات بازی این برنامه رابطه ای مناسب با بزرگسالی که به آن ها اهمیت می دهد، برقرار می کنند. اسباب بازی ها تبدیل به عناصر ابراز وجود کودک به شیوه ای مناسب با سن او می شوند و دیگر

@karnil

نیازی به تکیه بر واژه ها یا مکالمات نیست. همیاران کودک، بازی کودکان را درک کرده و از همه مهم تر می دانند که چگونه در رابطه ای که توسط بازی ایجاد شده، حساس و همدل باشند.

بازی بخشی از ذات زندگی کودکان است. به طور مثال ممکن است کودکان مشغول بازی های بیان گرا شوند تا با فشارها و الزامات دنیای بزرگسالان کنار بیایند. در نتیجه بازی نه تنها یکی از فعالیت های بنیادین دوران کودکی است، بلکه هم چنین یک خروجی احساسات برای آنهاست و در عین حال قدرتی شفابخش نیز دارد. هارتلی، فرانک و گلدنسون (۱۹۵۲) به این نکته اشاره می کنند که تأثیرات درمانگر بازی هم برای کودکانی بدون مشکل انطباق و هم برای آن دسته که دچار مشکل هستند، از ارزش و اهمیت یکسانی برخوردار است. همان گونه که شفر (۱۹۹۳) اشاره می کند، بازی نه تنها حامی رشد عادی کودک می باشد، بلکه به بهبود رفتار او نیز کمک می کند.

اینک در قرن ۲۱ نظر عموم مردم بر این است که کودکان اغلب زمان خود را به بازی های انفرادی یا کامپیوتری و در کل بازی های الکترونیکی پرداخته و یا در ورزش های رقابتی شرکت می کنند. به نظر می رسد دیگر خبری از بازی های آزاد و بدون ساختار روزهای تعطیل وجود ندارد. همان گونه که این فرصت ها کمتر و کمتر می شوند، نیاز به این نوع بازی ها افزایش می یابد. در یکی از گزارش های اخیر *AAP* (۲۰۰۷) به این نکته اشاره شده که کودکان چه در مدرسه چه در خارج از آن، وقت کمتری برای بازی های آزاد دارند. علاوه بر این در این گزارش ذکر شده: *"به برخی از کودکان حتی زمان کمتری برای بازی های آزاد و اکتشافی داده می شود، زیرا در شرایط تسریع شده برای تطابق با قوانین و نقش های بزرگسالی قرار گرفته اند و از همان سنین اولیه برای آینده ای دور آماده می شوند"* (ص ۱۸۴).

در این برنامه بازی هایی که با هدایت کودک صورت می گیرند، عملکردهای گوناگونی دارند. این نوع بازی به عنوان یک ابزار اولیه برای گسترش یک اتحاد قوی بین کودک و همیار کودک نگریسته می شود. بازی هم چنین امکان ابراز وجود به کودکان خردسال را می دهد، چون کودکان در این سن اغلب توانایی محدودی

@karnil

برای بیان کردن افکار و احساسات خود یا استفاده از استدلال و منطق دارند. در نهایت این که بازی ابزاری برای مهارت سازی و تقویت ظرفیت های کودک است و این کاربردهای بازی در این برنامه بسیار مورد تأکید قرار گرفته اند. همیاران کودک نیز آگاهی کافی از چگونگی تأثیر بازی بر تطابق کودکان با مدرسه دارند. به طور مثال در جلسه ی بازی به کودک اجازه داده می شود خود انتخاب کند می خواهد با چه چیزی بازی کند. باید اشاره کرد که در این جا بازی به عنوان شیوه ای برای مشغول کردن کودک براساس معیارهای همیار کودک یا الزامات معلم نگریسته نمی شود، بلکه از آن جهت استفاده می شود که کودک از طریق آن بتواند نگرانی ها و مشکلاتی را که برای او مهم هستند، ابراز دارد. از طریق این بازی هاست که کودک به طور کامل خود را ابراز می کند و مشکلاتی که با آن ها مواجه است، آشکار می شوند. برخی از کودکان در این جلسات از بازی به عنوان راهی برای احساس موفقیت بیشتر استفاده می کنند و اغلب شرایطی را در بازی ایجاد می کنند که به آن ها نوعی برتری و غلبه بر شرایط چالش برانگیز می دهد. برخی دیگر از کودکان ممکن است از بازی های نمایشی یا فانتزی برای برخورد با تجربیات تنش زا و مشکلات احساسی شان استفاده کنند. هر چند بازی هرکودک ممکن است متفاوت باشد، اما عناصر رایج در این بازی ها شامل استفاده از فانتزی، خلاقیت و تصورات می شود.

رویکرد نظری برای استفاده از بازی در پروژه ی ابتدایی

در این برنامه از اصول نظری و فلسفی بازی درمانی کودک- محور استفاده شده است. همیار کودک در تطابق با ۸ اصل بازی درمانی آکسلین[۲۲۷] (۱۹۴۷،۱۹۶۹) با

****

[۲۲۷] *۸ اصل بازی درمانی آکسلین از این قرار می باشند:۱. درمانگر باید با بیمار خود رابطه ای گرم و صمیمی ایجاد کند، ۲. درمانگر باید کودک را همانگونه که هست بپذیرد، ۳. درمانگر باید شیوه ای را دنبال کند تا کودک کاملاً در ابراز وجود خود احساس آزادی کند، ۴. درمانگر باید بازخورد مناسبی به کودک نشان دهد تا او متوجه شود حرف ها و اعمالش درک می شوند،۵. درمانگر باید به توانایی کودک در حل مسائل احترام بگذارد و این فرصت را برای او فراهم آورد.۶. درمانگر باید از شیوه ی غیر هدایت کننده برای کودک استفاده کند و در جلسات درمان کودک کارگردان جلسه بوده و درمانگر تنها روال او را دنبال کند، ۷. درمانگر نباید*

@karnil

کودک رابطه برقرار کرده و او را همان گونه که هست، می پذیرد. هم چنین در جلسه ی بازی حسی از راحتی برای کودک فراهم می آورد تا او احساس کند اجازه دارد خودش باشد. او هم چنین به کودک احترام می گذارد، احساسات او را منعکس می کند، جایی که لازم باشد محدودیت هایی تعیین می کند، به کودک اجازه می دهد بازی را هدایت کند و هیچ عجله ای برای بزرگ شدن او ندارد! استفاده از رویکرد کودک- محور این شرایط را برای کودک فراهم می آورد تا فعالیت های خود را در اتاق بازی انتخاب کرده و هم چنین حس او از استقلال، خود- محوری و تکیه بر ظرفیت های فردی افزایش می یابد.

اصول محوری راجرز[۲۲۸] (۱۹۵۱،۱۹۵۷) نیز در بطن این پروژه قرار گرفته اند. در حالی که بازی یک زمینه ی کلی برای برقراری رابطه با کودک ایجاد می کند، استفاده ی همیار کودک از همدلی، نبوغ و توجه مثبت و بدون قید و شرط، باعث تقویت رشته ی ارتباطی او با کودک شده و هم چنین به او کمک می کند اصول ذکر شده توسط آکسلین را به شیوه ای مناسب در کار خود انطباق دهد.

عوامل درمانگر بازی

پزشکان و پژوهشگران به دنبال شناسایی عناصر خاص موجود در بازی بوده اند که باعث بروز تغییرات شفابخش می شود. فهرست جامعی از عوامل شفابخش بازی در بخش اول این کتاب مورد بررسی قرار گرفته است که در این پروژه نیز بسیاری از آن ها به کارگرفته شده اند.

هیچ تلاشی در تسریع روند درمان داشته باشد و همه چیز باید به صورت طبیعی دنبال شود، ۸. درمانگر تنها قوانین و محدودیت هایی را اعمال می کند تا مطمئن شود کودک می داند در دنیای حقیقی قرار گرفته و آسیبی به خود یا دیگران نزند. (مترجم)

[۲۲۸] *Rogerian Psychotherapy در این شیوه که کارل راجرز آن را در دهه ی ۴۰ و ۵۰ میلادی بنیانگذاری کرد و به PCT یا روانشناسی فرد- محور نیز شناخته می شود، سبکی در گفتاردرمانی های روانشناسی می باشد که در آن قضاوتی بر فرد صورت نمی گیرد و از رویکردی غیر هدایت کننده استفاده می شود تا بیمار در ابراز مشکلات خود احساس راحتی کند و آنچه را که می خواهد بگوید، آزادانه و بدون ترس از قضاوت مطرح نماید. (مترجم)*

@karnil

اول و مهم تر از همه باید به عوامل درمانگر بهبود رابطه و غلبه بر مقاومت کودک اشاره کرد. بازی به عنوان اولین ابزار برای ایجاد یک رابطه ی درمانی قوی بین همیار کودک و کودک به کارگرفته می شود. همیار کودک تلاش می کند رابطه ای امن و باثبات با کودک ایجاد کند تا بر مقاومت او غلبه کرده و این رابطه هر چه بیشتر دو جانبه شود. کودکان از بزرگسالانی که از بازی لذت می برند و خود اهل بازی و تفریح هستند، خوششان می آید و هنگامی که یک بزرگسال در مدرسه تمایل به بازی کردن با کودک را داشته باشد، آن کودک مسلماً راحت تر با او ارتباط برقرار کرده، کمتر مقاومت می کند و رابطه ای شکل می گیرد که برای او غیر تهدید کننده می باشد.

این رابطه در مدرسه یک عامل درمانگر دیگر را نیز برمی انگیزد، یعنی شکل گیری وابستگی و تعلق خاطر. در حالی که اغلب گمان می رود این تعلق خاطر مشابه به وابستگی با والدین می باشد، اما در این برنامه هدف این است که این رابطه ی خاص به کودک کمک نماید احساس وابستگی بیشتری به مدرسه پیدا کند. هنگامی که کودکان احساس کنند مدرسه جایی امن برای آنهاست که در آن جا هم از سوی همسالان و هم بزرگسالان مورد احترام، ارزش و پذیرش قرار می گیرند، با آمادگی و اشتیاق بیشتری در ابعاد تحصیلی و اجتماعی آن شرکت می کنند. همان گونه که قبلاً نیز گفته شد، کودکان از شیوه های مختلف بازی برای برخورد با مشکلات شان استفاده می کنند، اما در مجموع بازی آن ها می تواند شامل بازی های تخیلی، ایفای نقش یا خلاقانه باشد. بازی چه برای غلبه بر ترس استفاده شود و چه آزادسازی استرس پس از رویدادهای آسیب رسان، قدرت های شفابخش متعددی دارد.

هنگامی که رابطه در جای خود شکل بگیرد و کودک احساس عمیقی از امنیت در جلسه ی بازی داشته باشد، همیار کودک توجه خود را معطوف به شناسایی و ارزیابی احساسات کودک کرده، با همدلی به او واکنش نشان می دهد و کودک را با همه ی آن چیزی که هست، می شناسد.

این مداخلات کودک- محور برای مهارت سازی و بهبود ظرفیت ها نیز مفید می باشند. در پروژه ی ابتدایی مانند بازی درمانی کودک- محور تمام احساسات

@karnil

کودک پذیرفته می شوند، اما نه همه رفتارهای او. محدودیت های خاصی برای تخریب اموال، آسیب رساندن به خود یا همیار کودک، بیرون بردن اشیاء موجود در اتاق بازی و دیگر مسائل مرتبط با امنیت کلی افراد در نظر گرفته می شود. این محدودیت ها ساختاری برای کودک ایجاد می کنند تا او عواقب اعمال خود را به صورت حقیقی و همزمان بسنجد. در ادامه ی این فرآیند از مدل رفتاری لاندرس (۲۰۰۲) استفاده می شود یعنی همیار کودک خواسته ها و آرزوهای او را شناسایی کرده، یک چارچوب مستحکم ایجاد می کند و رفتارهای جایگزین را به عنوان هدف قرار می دهد. ایجاد محدودیت ها در این جلسات هدایت شده توسط کودک متفاوت از رویکردهای مستقیم آموزش مهارت های خاص به او می باشد. در این جلسات کودک درونا احساس می کند به قوانینی پایبند است و می تواند راجع به رفتار خود تصمیم گیری کند.

اتاق بازی در برنامه ی پروژه ی ابتدایی

اتاق جلسات بازی بسیار متفاوت از کلاس های درسی می باشد که در مدرسه موجود هستند. از آن جا که استانداردهای آموزشی بازی را به خارج از دیوارهای کلاس منتقل کرده اند، کودکان بندرت با وسایل بازی در کلاس مواجه می شوند، در نتیجه می توان گفت ورود کودک به این اتاق بازی برای او بسیار سرگرم کننده است.

فضای اتاق بازی توسط مسئولان مدرسه در نظر گرفته می شود و مطلوب تر است نزدیک به کلاس هایی باشد که کودکان از آن جا می آیند. کلاس های بلا استفاده معمولاً برای این منظور مناسب هستند. در نتیجه الزامات خاصی برای این اتاق وجود ندارد. گاهی ممکن است در این کلاس ها شیر آب یا دستشوئی نیز وجود داشته باشد، اما الزامی نیست. علاوه بر این نیازی نیست که فضای کلاس بسیار بزرگ باشد. آنچه که مهم است ایجاد فضای کافی برای کودک و همیارش می باشد تا هنگام بازی راحت باشند. در نتیجه یک کلاس ۱۲ یا ۱۶ متری برای این کار کفایت می کند.

تنظیمات این اتاق بازی نیز مانند اغلب اتاق های بازی درمانی بسیار ساده است

@karnil

و مجموعه ای از اسباب بازی های گوناگون که کودک در زندگی روزمره با آن ها سروکار دارد، در آن جا به چشم می خورد. استفاده از اسباب بازی های مشاغل یا دیگر ابزار زندگی واقعی برای ترغیب بازی های خیالی و فانتزی پیشنهاد می شود، مانند: لباس های مبدل، تلفن، وسایل دکتر بازی، ماشین پلیس و غیره. وسایل خانه بازی، لگوها و دیگر اسباب بازی هایی که در کاردستی از آن ها استفاده می شود، به کودک در حل مشکلات و بدست آوردن مهارت کمک می کند. اگر فضا اجازه دهد، می توان از حلقه ی بسکتبال یا توپ بازی نیز استفاده کرد. اسباب بازی هایی که کمی ترسناک و تهاجمی هستند، مانند عروسک های پلاستیکی از دایناسورها، شیر، تمساح و دیگر حیوانات، به کودک یادآوری می کنند که این جا مکانی برای تمام احساسات است و شامل احساسات ناخوشایند نیز می شود که البته این احساسات می توانند از طریق بازی ابراز شوند. عروسک نوزاد نیز به کودکان اجازه می دهد احساس خود درباره ی مراقبت کردن و اهمیت دادن به دیگران را نشان دهند و هم چنین افکار و احساسات آن ها راجع به ارتباطات خانوادگی آشکار می شود. طیف گسترده ای از وسایل هنری مانند خمیرهای رنگی، کاغذ، رنگ و یا استخر شن یا آب نیز می تواند وجود داشته باشد.

از اسباب بازی های قدیمی و جدید همراه با هم استفاده می شود تا کودکان در بررسی اتاق راحت باشند و سرگرم بازی با اسباب بازی ها شوند. اسباب بازی های انتخاب شده برای این اتاق بازی باید نماینده ی گروه های جمعیتی گوناگون باشند و از نظر جنسیت تقریباً خنثی بوده و انواع خانواده ها و وضعیت های مختلف اجتماعی و اقتصادی در آن ها وجود داشته باشد.

از آن جا که مسئله ی مورد اهمیت انطباق با مدرسه می باشد، وسایل مربوط به بازی مدرسه مانند اتوبوس اسباب بازی مدرسه، تخته سیاه و ماکت های کوچکی از مدرسه نیز در اختیار کودک قرار داده می شود. به علت سیاست های مدرسه ممکن است برخی از اسباب بازی های خاص در این اتاق قرار داده نشوند. به طور مثال بسیاری از مدارس قوانین سفت و سختی راجع به سلاح ها دارند و از اسلحه های اسباب بازی در اتاق بازی درمانی استفاده نمی شود. اگر کودکان نیاز یا تمایلی برای بازی های تهاجمی داشته باشند، از شیوه های دیگری برای ابراز این

@karnil

بازی ها استفاده می شود و به طور مثال بازی های تخیلی یا فانتزی در برنامه قرار می گیرند که هم برای کودکان خردسال کمتر گیج کننده هستند و هم به سیاست های مدرسه احترام گذاشته می شود.

اجزای محوری پروژه ی ابتدایی

این پروژه براساس شش جزء محوری شکل گرفته که هر کدام از آن ها برای موفقیت برنامه الزامی هستند. این اجزای ساختاری به انطباق به مکان های گوناگون کمک می کنند و درعین حال دارای انعطاف پذیری لازم برای برطرف کردن وضعیت های منحصر به فرد نیز هستند. این ویژگی ها، پروژه ی ابتدایی را برای طیف گسترده ای از کودکان و جوامع مختلف قابل اجرا می کنند. این اجزای کلیدی شامل این موارد می شوند:

- ☑ تمرکز بر کودکان خردسال،
- ☑ نظارت و انتخاب زودهنگام،
- ☑ استفاده از افراد نیمه متخصص که به آن ها همیار کودک گفته می شود و خدمات مستقیمی برای کودکان فراهم می کنند،
- ☑ تغییر نقش متخصصان بهداشت سلامت و روان در مدرسه به ناظر،
- ☑ ارزیابی مداوم برنامه،
- ☑ تلفیق با برنامه های مدرسه.

در ادامه به بحث درباره ی اجزاء محوری این برنامه بجز ارزیابی مداوم پرداخته خواهد شد، زیرا این مقوله در قسمت بازنگری پژوهش های پروژه ابتدایی مورد اشاره قرار گرفته است.

توجه به کودکان خردسال

از آن جا که هدف این برنامه پیشگیری از مشکلات انطباق با مدرسه می باشد و این مشکلات می توانند بر کل دوران تحصیل کودک تأثیر منفی داشته باشند، منطقی به نظر می رسد که عمده توجه در رابطه با ارائه ی خدمات این برنامه

@karnil

معطوف به کودکان خردسال در مقطع پیش دبستانی تا کلاس سوم شود. ریور و نیتزر (۲۰۰۲) در گزارش خود عنوان کردند که بیش از ۳۲ درصد تمام کودکان خردسال تحت تأثیر یکی از عوامل خطر قرار دارند، مانند: کم درآمدی خانواده، تحصیلات پایین مادر یا زندگی تنها با یک والد (ص ۳). در گزارشی متعلق به مرکز ملی آمار تحصیل مربوط به وزارت آموزش و پرورش ایالات متحده (۲۰۰۱) عنوان شد کودکانی که به خانواده هایی با یک یا چند عامل خطر تعلق دارند، در مقایسه با دیگر کودکان بیشتر با همکلاسی های خود دعوا می کنند و هم چنین احساس عصبانیت در آن ها بیشتر بوده و مشاجره های لفظی زیادی نیز دارند. هم چنین در این گزارش مطرح شد این نوع کودکان در خواندن و حساب کردن عملکرد بسیار ضعیف تری دارند. به این شکل مشکلات بالقوه ای که کودکان برای انطباق با مدرسه با آن ها مواجهه هستند بخصوص در مورد کودکانی که برای اولین بار وارد مدرسه می شوند، آشکار می گردد. بین گروه کودکانی که مشکلات حاد داشته و آن دسته که به خوبی با مدرسه کنار می آیند، گروه شاخصی از کودکان وجود دارند که مشکلات آن ها در انطباق با مدرسه خفیف تر است. برای چنین دانش آموزانی ممکن است حرف زدن جلوی جمع در کلاس، پیدا کردن دوست یا تمرکز برکاری که انجام می دهند، چالش برانگیز باشد. ممکن است نیاز به درمان خارج از مدرسه یا خدمات خاص برای آن ها وجود داشته باشد، اما اغلب به رابطه با یک بزرگسال در مدرسه نیاز دارند. چنانچه این مشکلات خفیف با یک مداخله ی زود هنگام برطرف شوند، قبل از این که در مراحل بالاتر تبدیل به مشکلات دائمی و ثابت گردند، از بین خواهد رفت.

گزینش و نظارت اولیه

در این برنامه تمام کودکان در سنین یاد شده مورد یک ارزیابی اولیه قرار گرفته و آن دسته که مناسب شرکت در این برنامه هستند، گزینش می شوند. هنگامی که برنامه های جدید آغاز می گردد، پیشنهاد می شود مدرسه یک یا دو کلاس را برای ارزیابی مورد هدف قرار دهد. به طور مثال در یک برنامه ممکن است توجه تنها بر ارائه ی خدمات به کلاس اولی ها و کودکستانی ها باشد.

@karnil

درشیوه های نوین آموزش، این برنامه ی نظارت و ارزیابی را اغلب مانند رفتن به مطب دندانپزشک تشبیه می کنیم. لحظه ای به آخرین باری که برای چکاپ نزد یک دندانپزشک رفتید، فکر کنید. دستیار پزشک احتمالاً از دندان های شما عکس رادیوگرافی گرفته، نگاه دقیقی به همه ی دندان ها کرده، سپس هر کدام را به طور مجزا معاینه نموده، یک شستشوی کلی و جرم گیری را انجام داده و سپس دندانپزشک نیز شما را مورد معاینه ی کامل قرار می دهد و نگاه دقیق تری به دندان هایی که نیاز به توجه بیشتری دارند، می اندازد. در پروژه ی ابتدایی نیز ما تمام کودکان یک کلاس را بسیار شبیه به دستیار دندانپزشک بررسی می کنیم. این کار می تواند به چندین شیوه انجام گیرد که البته استفاده از ابزار ارزیابی استاندارد توصیه می شود. مقیاس رتبه دهی به رفتارهای آموزشی، عصبی بودن و رفتارهای برون گرا ($AML-R$)[۲۲۹]، شیوه ای است که از آن بسیار استفاده می شود. $AML-R$ یک ابزار ارزیابی فشرده است که اصالتاً برای معلمان طراحی شده تا برای شناسایی کودکانی که در تطابق با محیط مدرسه مشکل دارند، به کارگرفته شود. **۱۲** پرسش ارزیابی در این برنامه موجود است که به بررسی رفتارهای پرخاشگرانه، عصبی بودن، اضطراب، خجالتی بودن و هم چنین مشکلات یادگیری می پردازد. استفاده از آن بسیار آسان بوده و تکمیل آن برای هر دانش آموز حدود ۱۵ دقیقه وقت می گیرد.

تکمیل پرسشنامه ی $AML-R$ تنها یک بخش از فرآیند ارزیابی در این برنامه می باشد. ورود به این برنامه هرگز نباید فقط بر اساس نتایج یک شیوه ی ارزیابی مانند $AML-R$ باشد. ارزیابی هم چنین می تواند شامل بازنگری سوابق کودک، بازدید کلاس توسط متخصصان بهداشت و سلامت روان مدرسه یا همیار کودک، گفتگو با والدین و پرسشنامه ای باشد که توسط خود کودک پر شده است. پیام اصلی در برنامه ی جدید این است که داده های مربوط به یک گروه از کودکان باید از منابع گوناگونی گردآوری شوند و عملکرد کودک یا انطباق او با مدرسه نمی تواند تنها با استفاده از یک شیوه در یک دوره ی زمانی خاص به طور دقیق انجام پذیرد.

****

[229] *Acting Out, Moody, Learning-Behavior Revised Rating Scale*

@karnil

هنگامی که داده های ارزیابی جمع آوری شد و امتیازات $AML - R$ مشخص گردید، جلساتی برای بحث راجع به هر کودک تشکیل می شود. شرکت کنندگان این جلسات معمولاً معلمان، همیاران کودک، متخصصان و روانپزشکان مدرسه، والدین و مسئولان مدرسه هستند که البته تنها محدود به این افراد نمی باشند. انعطاف پذیری این برنامه به هر مدرسه اجازه می دهد بنا بر نیازهای خود افرادی را که باید در این جلسات حضور داشته باشند انتخاب کند. این جلسات معمولاً نصف روز یا گاهی اوقات تمام روز کاری به طول انجامیده و گروه گزینش داده های جمع آوری شده راجع به هر کودک را بررسی کرده و تصمیم می گیرد آیا خدمات پروژه ی ابتدایی برای این کودک مناسب است و یا باید از خدمات دیگری برای او استفاده شود.

قبل از این که خدمات این برنامه به کودک ارائه شود، والدین یا سرپرستان کودک باید رضایتنامه ای مبنی بر موافقت خود با این امر امضا کنند. پیشنهاد می شود که این اجازه توسط افرادی از والدین اخذ شود که بهترین رابطه را با آن ها دارند. در بیشتر مدارس معمولاً معلم دانش آموز رضایتنامه را برای والدین می فرستد، هم چنین روانپزشک مدرسه مراحل بعدی را پیگیری می کند تا والدین فرصتی برای کسب پاسخ سؤالات احتمالی خود داشته باشند.

استفاده از افراد نیمه متخصص در ارائه ی خدمات مستقیم

این افراد که اغلب به عنوان همیاران کودک شناخته می شوند و خدماتی را به صورت مستقیم به کودکان ارائه می دهند، قلب تپنده ی این برنامه هستند. آن ها برای صمیمیت، علاقمندی و توانایی ایجاد رابطه ی اعتماد برانگیز با کودک انتخاب می شوند. وظیفه ی اصلی آن ها گوش کردن به حرف های کودک، حضور در کنار او و پرداختن به مسائل کودک می باشد. همیاران کودک هم چنین با متخصصان بهداشت و سلامت روان مدرسه رابطه ی کاری برقرار می کنند و به این شکل یک فرد متخصص نیز بر کار آن ها نظارت دارد و اطلاعات مورد نیاز به والدین و مسئولان مدرسه منتقل می شود. هر چند انتخاب همیاران کودک بر اساس توانایی بالا در ارتباطات بین فردی، داشتن تجربه ی کافی و قابلیت کمک کردن به دیگران

@karnil

می باشد، اما نظارت و آموزش مداوم برای آن ها لازم است تا کاری که با کودک انجام می دهند، به شیوه ای کاملاً مؤثر صورت پذیرد. همیاران کودک باید توانایی برقراری ارتباطی مؤثر با کودکان، دیگر همیاران، معلمان و پرسنل مدرسه را داشته باشند و این توانمندی ها بیشتر به تجربه و روابط عمومی آن ها بستگی دارد تا مدارج تحصیلی بالا.

آن دسته از افرادی که به عنوان همیار کودک در نظر گرفته می شوند، باید از کار و بازی با کودکان لذت برده، با انگیزه باشند، به اهداف برنامه علاقمند بوده، نگرشی مثبت به مدرسه داشته، توانایی درک و کارکردن با کودکانی با فرهنگ های مختلف را دارا باشند و هم چنین مهارت های سازمانی و همکاری با دیگران در ایشان وجود داشته باشد. همیاران کودک پاسخگوی شرایط بحرانی نیستند و این امر در واقع در حوزه ی مسئولیت روانشناس یا مشاور مدرسه قرار می گیرد. برخی از انتظاراتی که از همیاران کودک می رود، شامل این موارد می شود: *ایجاد یک رابطه ی اعتماد برانگیز با کودکان، شرکت در جلسات مربوط به کودک در برنامه ی پروژه ی ابتدایی، شرکت در جلسات آموزشی، توزیع، جمع آوری و بررسی فرم های ارزیابی تحت نظر روانشناس یا مشاور مدرسه .*

تغییر نقش روانشناس یا مشاور مدرسه به ناظر

یکی از عناصر مهم موفقیت این برنامه رابطه ی کاری مستحکم بین ناظر و همیار کودک است. هنگامی که همیاران کودک توجه خود را معطوف به کودکانی کنند که در آن ها گونه ای نیاز به پیشگیری مشاهده می شود، ناظر یا روانشناس مدرسه فرصت بیشتری بدست می آورد به کودکانی بپردازد که مشکلات جدی تری دارند. در واقع نظارت بر کار همیار کودک زمان بسیار کمتری نسبت به شرایطی می طلبد که روانشناس مدرسه خود مجبور باشد به تنهایی این کارها را انجام دهد و کودکانی که نیاز به خدمات پیشگیری دارند را شناسایی کند. به این شکل حوزه ی نفوذ و نظارت روانشناس مدرسه با کمک همیار کودک افزایش می یابد.

دیگر نقش این متخصصان در پروژه ی ابتدایی، عملکرد آن ها به عنوان یک تعلیم دهنده می باشد. انتظار می رود ناظران جلسات اطلاع رسانی و آموزشی

@karnil

مناسبی برای پرسنل مدرسه و والدین برگزار نمایند. هم چنین می توان برای برطرف ساختن نیازهای خاص برخی کودکان، آموزش را بر حسب نیاز اصلاح کرد.

تلفیق با جامعه ی مدرسه

پس از گذشت سال ها کاملاً مشخص شده که برنامه های پروژه ی ابتدایی که در سیستم مدارس نهادینه شده اند، با موفقیت بسیار زیادی عمل کرده اند. اما منظور از یکپارچگی با جامعه ی مدرسه چیست؟ به طور مثال فرض می کنیم یکی از مدارس ناحیه ی نیویورک غربی مطلبی را راجع به پروژه ی ابتدایی درخبرنامه ی مدرسه و ناحیه منتشر می کند. از سوی دیگر در بسیاری از مدارس سرتاسر کشور معلمانی که موافق این برنامه هستند، به معلمان جدید یا دیگر همکاران خود در نهادینه سازی اهداف این پروژه کمک می کنند. حال اگر برنامه هایی که در مدارس گوناگون به کارگرفته می شوند، منسجم نبوده و از اصولی همسان استفاده نکنند، مسلماً مشکلاتی ایجاد می شود.

این پروژه هرگز به عنوان یک برنامه با عملکرد مستقیم مطرح نشده و در واقع بخشی از خدماتی می باشد که برای کودکان، خانواده ها و معلمان به منظور پشتیبانی از امر آموزش ارائه می گردد. داده هایی که برای این پروژه گردآوری شده است، نشان می دهد کودکانی که احساس مثبتی نسبت به مدرسه دارند و در آن جا ارتباطات خوبی برقرار می کنند، بهتر می توانند از فرصت های یادگیری بهره ببرند.

به مدارسی که پروژه ی ابتدایی را با رعایت تمام نکات اجرا می کنند، استاندارد ملی پروژه ی ابتدایی ارائه می شود. این استانداردها توسط یک گروه کشوری از عوامل دست اندرکار این برنامه شکل گرفته تا از این امر حصول اطمینان شود برنامه های متعددی که درمدارس گوناگون اجرا می شوند، مشابه با یکدیگر هستند. اعطای این مجوز شامل یک بازدید از محل مدرسه توسط ارزیابانی آموزش دیده و مجرب می باشد تا شیوه ی نهادینه سازی برنامه را ارزیابی کنند. هر سال به تعداد مدارسی که این استانداردها را در برنامه ی خود نهادینه سازی می کنند افزوده می شود. این مطالب کاملاً توضیح می دهند که منظور از انسجام برنامه و هماهنگی

@karnil

آن با دیگر مدارس چیست؟

روش شناسی

در مجموع می توان گفت در این شیوه از رویکرد هایی کاملاً مشابه با دیگر روش های بازی درمانی کودک – محور استفاده می شود و تنها تفاوت استفاده از همیاران کودک به جای پزشک یا والدین است. البته همان گونه که گفته شد، عملکرد این افراد تحت نظارت مستقیم روانشناس یا مشاور مدرسه است. برای برطرف کردن مشکلات کودکان از فعالیت های گوناگون بازی درمانی استفاده می شود. به طور مثال فرآیند های الگوسازی با استفاده از عروسک های نمایشی یا ایفای نقش به کار گرفته می شوند تا مشکلات کودک در انطباق با محیط مدرسه برطرف شود. برای شفاف تر شدن این امر مثالی در این جا ذکر می کنیم:

رایان تنها چند هفته بود که وارد کلاس اول دبستان شده بود و هنگامی که از مدرسه به خانه بر می گشت، از والدینش می خواست آن ها به او درس بدهند. والدین رایان به او می گفتند که آن ها معلم نیستند و اگر او بخواهد می توانند از یک معلم خصوصی کمک بگیرند. اما او اصرار داشت والدینش این کار را انجام دهند و در انجام تکالیف خود واقعاً دچار مشکل بود. رایان با نظر روانشناس مدرسه در برنامه ی پروژه ی ابتدایی قرار گرفت و همیار کودک در جلساتی که با یکدیگر داشتند از بازی هایی استفاده می کرد که مربوط به مشکل او بودند. به طور مثال آن ها با استفاده از عروسک های نمایشی وضعیت عروسکی را نشان دادند که مشکلی شبیه به رایان داشت و نمی توانست با مدرسه کنار بیاید، اما متوجه شد که محیط مدرسه با خانه تفاوت دارد و معلم نیز می تواند درست مانند والدین به او آموزش بدهد. این الگو سازی ها و استفاده از *معلم بازی* تأثیر چشمگیری در بهبود انطباق رایان با مدرسه و معلمش داشت و از آن پس می توانست خود از عهده ی انجام تکالیفش بر بیاید.

@karnil

کارنیل
karnil.com

نتیجه گیری

بیش از ۵۰ سال است که پروژه ی ابتدایی به کودکان کمک کرده هر چه بهتر با محیط مدرسه انطباق یابند. دوام این برنامه تا حدودی به علت پژوهش های مداوم و نهادینه سازی استانداردهای کیفی منسجم بوده است. این برنامه از آن جهت موفق می باشد که بسیار انعطاف پذیر بوده و می تواند برطرف کننده ی نیازهای منحصر به فرد فرهنگی مدارس و دانش آموزان گوناگونی باشد. دست اندرکاران این برنامه حامیان سرسخت حقوق کودک برای بازی کردن هستند، خصوصاً در سنی که بازی کمتر در تشکیلات آموزشی مهم تلقی می شود.

اکنون بیش از هر زمان دیگری به وجود چنین برنامه هایی نیاز می باشد چرا که مدارس بیشتر به مشاوران کودک احتیاج دارند و کودکان نیز در دنیایی پیچیده بزرگ می شوند که دائماً در حال تغییر و تحول است. شناسایی نیاز حقیقی کودکان عنصر محوری این برنامه است. کودکان هم در خانه و هم در مدرسه به بزرگترها نیاز دارند. آن ها می خواهند بزرگسالان به دنیای آن ها علاقمند بوده و هم چنین بازی آن ها را درک کرده و به آن به عنوان یکی از قدرتمندترین اشکال یادگیری و برقراری رابطه احترام بگذارند. از همه مهم تر این که کودکان نیاز به برقراری رابطه با بزرگسالانی دارند که صمیمی بوده، از نظر احساسی به آن ها بازخورد مناسبی نشان می دهند و بدون هیچ نوع قضاوتی آن ها را دوست دارند.

@karnil

کارنیل
karnil.com

فصل چهارم

روش های سودمند بازی درمانی

در این فصل چهار رویکرد بازی درمانی نتیجه بخش و مفید مورد بررسی قرار می گیرند. دو بخش اول مربوط به روابط کودک با والدین بوده، و در بخش سوم از مدل آدلر برای بهبود رابطه بین معلم و دانش آموز یاد شده است. چهارمین بخش به درمان با صفحه ی شنی[۲۳۰] می پردازد. در هر بخش شیوه هایی از *CBT* مطرح می شود که می توان آن ها را با بازی درمانی تلفیق کرد. هدف مؤلف از ارائه ی این بخش ها کمک به متخصصان *CBT* و بازی درمانی بوده است تا هر چه بهتر متوجه شوند بازی درمانی چگونه می تواند با شرایط *CBT* تطبیق یافته و به کارگرفته شود. با توجه به این که پژوهش های بازی درمانی در نشان دادن تأثیر درمان و مستندات عقب تر از *CBT* هستند، چهار درمان ارائه شده در این جا بسیار امیدوارکننده بوده و آینده ی درخشانی در انتظار آنهاست.

این فصل با مقاله ی آلیسیا لیبرمن و لیزا اینمن در رابطه با نقش بازی در

****

[۲۳۰] *در این شیوه از یک صفحه ی حاوی ماسه و عروسک ها و لوازم مینیاتوری استفاده می شود که کودک می تواند صحنه های گوناگونی در آن خلق کند. توضیحات کامل این تکنیک در بخش مربوط به آن ذکر شده است. (مترجم)*

@karnil

روان درمانی کودک – والدین آغاز می شود که برای افزایش درک والدین از حالات درونی کودک ارائه شده است. از رویکردهای درمانی با چند بنیان تئوری برای کودکان صفر تا پنج ساله استفاده می شود تا سلامت روان کودک از طریق بهبود رابطه ی او با والدین افزایش یافته یا به حالت اصلی خود بازگردد. *CPP* بسیار شبیه به رویکرد *PCIT* در فصل سوم بوده و شامل جلسات مشترکی با کودک و والد می شود که در آن ها از بازی به عنوان مدیوم درمان و ترویج تعاملات مناسب با سن کودک استفاده می شود تا والدین درک بیشتری از مفاهیم نهفته در بازی کودک شان بدست آورند. هم چنین نمونه ای از یک پرونده ارائه شده تا خواننده بهتر متوجه شود فرآیند درمان چگونه شکل می گیرد. درمانگر هنگامی در بازی مداخله می کند که نیاز به توضیح، آموزش، تفسیر و یا شکل دهی ساختاری مجدد برای افزایش ادراک والدین وجود داشته باشد، یا نیاز باشد کودک نیز آغاز به درک والدینش کند. فرزند درمانی در بخش سیزدهم دیگر شیوه ی افزایش تعامل والدین با کودک است که البته از رویکردی متفاوت در آن استفاده می شود. برنارد و لوئیس گوئرنی این شیوه را در اواخر دهه ی ۱۹۵۰ به عنوان یک مدل تلفیقی نظری ارائه کردند. بیش از ۴۰ سال از پژوهش در زمینه ی این رویکرد می گذرد.

بر خلاف بخش اول این فصل، فرزند درمانی در واقع نوعی درمان خانوادگی است که درمانگر والدین را در حالی که یاد می گیرند با کودک خود به شیوه ای غیر مستقیم بازی کنند، آموزش داده و بر کار آن ها نظارت می کند. هنگامی که ظرفیت و اطمینان والدین در اجرای این جلسات بازی هفتگی افزایش یافت، جلسات بازی به خانه منتقل می شوند و درمانگر باز هم به نظارت کار آن ها ادامه داده و جلساتی برای آن ها ترتیب می دهد تا بتوانند هر چه بیشتر مهارت ها و تعاملات یاد گرفته را در زندگی روزمره نهادینه کنند.

جلسات ویژه ی والدین و کودک می تواند به صورت مستقل ادامه یابد تا رابطه ی خانوادگی تقویت شده و از مشکلات آتی پیشگیری شود. فرزند درمانی برای کودکان ۲ تا ۱۲ ساله کاربرد دارد و برای استفاده در مورد کودکان بزرگتر اصلاحاتی در آن صورت می گیرد. این رویکرد می تواند به صورت انفرادی یا گروهی انجام بگیرد و طیف گسترده ای از مشکلات ارتباطی را شامل شود. نویسنده ی این

@karnil

بخش به عناصر قدرتمند بازی درمانی و *CBT* اشاره کرده و از هر دو چارچوب درمانی استفاده می کند. هم چنین یک نمونه ی پرونده در این بخش قرار گرفته تا خواننده تصویر شفاف تری از چگونگی نهادینه شدن بخش های مختلف درمان بدست آورد.

کیندر تراپی [۲۳۱] یا درمان کودکان خردسال نیز شباهت هایی با دو بخش اول این فصل دارد، زیرا متمرکز بر بهبود و پیشبرد رابطه می باشد. به هر حال در این شیوه، عامل تغییر دهنده معلم در کلاس درس می باشد. این شیوه یک مدل مشاوره ی مؤثر است که بر اساس استراتژی تناسب با مقوله ی رشد برای ایجاد ارتباطات مثبت بین معلمان و دانش آموزان طراحی شده است. در این بخش جوآنا وایت و لورن استرن وین چگونگی به کارگیری مهارت های کودک - محور در رویکرد نظری آدلر را نشان می دهند. به معلمان آموزش داده می شود از بازی در محیط کلاس استفاده کنند. همدلی، تشویق، ایجاد قوانین خاص و پیگیری، جزو مهارت های بنیادینی هستند که به معلمان آموزش داده می شوند و مشابه با آموزش فرزند درمانی به والدین هستند. این شیوه در واقع نوعی مشاوره است که آموزگاران را قادر می سازد با دانش آموزان شان رابطه برقرار کنند و این امر خود باعث بهبود رشد شخصیت و پیشرفت های تحصیلی در دانش آموزان می گردد. آموزگاران متوجه می شوند چگونه تغییرات شکل گرفته در دانش آموزان را درک کنند و قادر خواهند بود مهارت های برقراری ارتباط را فرا گرفته و مورد استفاده قرار دهند و این امر خود منجر به غنی شدن رابطه ی آن ها با دانش آموزان می شود. دانش آموزان نیز با تغییر در تفکر که منجر به تغییر در روابط آن ها می شود، به شیوه ای متفاوت به خود نگریسته و احساس پشتگرمی و مرتبط بودن با دیگران می کنند.

این فصل با مقاله ی دنیل سووینی و لیندا هومیر در رابطه با درمان با صفحه ی شنی یا سندتری تراپی به پایان می رسد. درمان با صفحه ی شنی نوعی درمان بیان گراست که انعطاف پذیری بسیار زیادی در توانایی حرکت از یک رویکرد

****

[231] *Kinder Therapy*

@karnil

غیر مستقیم به شیوه ای مستقیم را داراست و در واقع کاملاً روشی غیر کلامی بوده و متمرکز بر مسائل شناختی و پیدا کردن راه حلی برای مشکل بیمار می باشد. در این شیوه مسائل و مشکلات بین فردی یا درون فردی با استفاده از یک صفحه یا محفظه ای برای شن همراه با مجموعه ای از اسباب بازی های مینیاتوری امکان پذیر می شود. این عروسک ها و اسباب بازی ها نماینده ی سمبول هایی هستند که کودک یا نوجوان با استفاده از آن ها به شیوه ای غیر کلامی احساسات خود را بیان می کند و با فرآیند درمان رابطه برقرار می سازد. نویسندگان این بخش به پیش زمینه ی نظری این شیوه برگرفته از تلاش های مارگارت لوون فلد و دورا کاف از میان دیگر فعالان زمینه ی درمان با صفحه ی شنی اشاره می کنند. در این بخش اجزای گوناگون و مختلف این فرآیند و مزایای استفاده از آن ها مورد بررسی قرار می گیرد و هم چنین قسمتی نیز وجود دارد که به انطباق تکنیک های *CBT* با درمان با صفحه ی شنی می پردازد و خواننده ای را که با مقوله ی *CBT* آشناست، هدایت می کند تا درک بهتری از چگونگی استفاده از این رویکرد بدست آورد. این بخش نیز شامل یک نمونه پرونده می شود و در پایان به بازنگری متون علمی و ارائه ی خلاصه ای پرداخته شده که نشان می دهد استفاده از این شیوه ی درمانی چگونه برای کودکان و نوجوانان با طیف گسترده ای از مشکلات شامل سابقه ی ضربه و آسیب های روحی مفید واقع می شود.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش دوازدهم

روان درمانی کودک – والد

آلیسیا لیبرمن، لیزا اینمن

در این بخش استفاده از بازی در روان درمانی کودک – والد (*CPP*)[۲۳۲] به عنوان ابزاری برای افزایش درک والدین از تجربیات درونی کودک و بهبود روابط بین آن ها و افزایش شادی معرفی می شود. *CPP* رویکردی بر پایه ی چند فلسفه ی نظری برای درمان مشکلات احساسی کودکان صفر تا ۵ ساله است که متمرکز بر بهبود یا بازگرداندن سلامت روان کودک به واسطه ی ارتقاء کیفیت رابطه ی او با والدین می باشد. *CPP* شامل جلساتی همراه با کودک و والد یا والدین اوست که در آن جا از بازی به عنوان مدیوم اصلی درمان استفاده می گردد تا تعاملات مناسب با سن کودک برقرار شده و والدین درک بهتری از معنای بازی کودک شان بدست آورند (لیبرمن و ون هورن،۲۰۰۸،۲۰۰۵).

بازی یک مدیوم طبیعی برای روان درمانی کودکان است، زیرا آن ها از طریق بازی تجربیات درونی خود را به نمایش می گذارند و غلبه ی بیشتری بر ترس ها و مشکلات شان پیدا می کنند (اریکسون،۱۹۵۰؛ اسلید و ولف،۱۹۹۴). کودکانی که

****

[232] *Child-Parent Psychotherapy*

@karnil

آسیب یا ضربه ی روحی خاصی را تجربه کرده اند، اغلب از بـازی بـرای درک آنچـه که روی داده، استفاده می کنند. در حالی که والدین مشغول کارهای خـود هسـتند، اغلب نمی توانند تمایز بازی کودک را درک کنند و خود وارد بازی او شوند تـا یـک راه حل مناسب برای برطرف ساختن ترس های کودک ایجاد شود. به همـین دلیـل کمک کردن به کودکان و والدین برای این که بتوانند با یکدیگر بـازی کننـد، اصـل رویکرد *CPP* می باشد. درمانگر در این شیوه به جای این که خود وارد فرآیند بازی شود، والدین را تشویق و هدایت کرده و مداخله های او بیشتر برای تسهیل، توضـیح و تفسیر و در صورت نیاز تغییر جهت آنچه که در بازی روی می دهد، می باشـد. در واقع والد و کودک از طریق بازی با یکـدیگر، شـیوه ی جدیـدی از بـا هـم بـودن را تجربـه مـی کننـد کـه باعـث بهبـود اعتمـاد، شـادی دو جانبـه و شـکل گیـری انعطاف پذیری برای ترمیم مشکلات احساسی می شود. درمان آلما و مادرش کـه در ادامه توضیح داده شده، نمونه ای از به کارگیری بازی در شـیوه ی درمـانی *CPP* را نشان می دهد.

نمونه پرونده

ارائه ی مشکل

هنگامی که آلما توسط خدمات حمایت از کودک برای درمان ارجـاع داده شـد، ۴ سال داشت. مادر او خانم لوپز گزارش کرده بود که ممکن است عمه ی آلمـا او را مورد آزار و اذیت قرار داده باشد. یک روز بعدازظهر در حالی که خانم لـوپز در حـال شستن صورت آلما بوده، دخترش به او می گوید عمه اش چندین بـار بـه او سـیلی زده و گفته بود نباید راجع به این مسئله به کسی حرفی بزند. هنگامی که مادرش از او می خواهد توضیح بیشتری راجع به واقعه بدهد، آلما از سخن گفتن دربـاره ی آن امتناع می کند. هم چنین او نه با پزشک و نه با مددکار اجتماعی که خانم لوپز آلمـا را نزد او برده بود، هیچ صحبتی نمی کرد.

مددکار اجتمـاعی و مـادر آلمـا او را دختـری غمگـین و سـتیزه جـو توصـیف می کنند. او در برقراری رابطه با همسالان خـود درکودکسـتان دچـار مشـکل بـوده

@karnil

است. در ارزیابی های اولیه مشخص شد کـه آلمـا شـاهد خشـونت هـای فیزیکـی و درگیری های لفظی و هم چنین شکستن وسایل هنگام دعوا بین والدینش نیز بـوده که البته در زمان مراجعه، پدر و مادر او از یکدیگر جدا شده بودند. مادر آلمـا عنـوان کرد پس از جدایی، او رابطه ی بسیار محدودی با پدرش داشته و هم چنـین بسـیار نگران بود که آلما به این امتناع از سخن گفتن راجع به آنچه بین او و عمه اش روی داده بود، ادامه دهد.

در طول جلسات معاینه خانم لوپز این گونه گفت کـه خـود او نیـز در خانـه ای بزرگ شده که درگیری های لفظی و خشونت فیزیکی بسیار زیـادی بـین والـدینش وجود داشته است. آن ها ساعات طولانی کار می کردند و در تأمین مخـارج خـانواده دچار مشکل بودند. خانم لوپز دیگر ارتباطی با والدینش نداشت، اما رابطه ی خـود را با خواهرها و برادرهایش حفظ کرده بود و از بی کفایتی خود احسـاس شـرم و گنـاه می کرد. او در واقع با افسردگی ای دست و پنجه نرم می کرد که هرگز درمان نشده بود و آلما را در این زمینه قوی تر از خود توصیف می نمود.

درست مانند دیگر شرایطی که خشونت میان خـانواده از نسـلی بـه نسـل بعـد منتقل شده بود، آلما نیز تنها از یک مشکل رنج نمی برد. خـانم لـوپز فکـرش تنهـا درگیر مسئله ی عمه ی آلما بود، اما سـابقه ی خـانوادگی نشـان مـی داد کـه آلمـا هم چنین تحت تأثیر خشونت بین والدین خود قرار گرفته و به دنبـال آن رابطـه ی خود با مادرش را از دست داده بود. برنامه ی درمان علاوه بر مسئله ی آزار جسـمی توسط عمه ی آلما، متمرکز بر ادراک او از خشونت بین والـدین خـود، نبـود پـدر و عدم ثبات احساسی مادرش بود که با افسردگی های او شدت بیشتری نیز یافته بود.

چارچوب درمان

در اولین جلسه ی درمان به آلما توضیح داده شد که چرا مادرش او را به آن جا آورده است. از واکنش های آلما کاملاً مشخص بود کودک امتناع از سـخن گفـتن را به عنوان سیاستی برای تحمل عجز و ترسی که ناشی از شـرایط خـانواده ی او بـود، اتخاذ کرده و هنگامی که نمـی توانسـت جهـت جلسـه ی درمـان را کنتـرل کنـد، احساس یأس و سرخوردگی می کرد. هنگامی که درمانگر از آلما پرسید آیا می داند

@karnil

چرا مادرش او را به آن جا آورده، پاسخ داد: *"من همه چیزو می دونم."* درمانگر سپس این گونه ادامه داد که به این شکل آلما می داند که مادر او از وقایع ناخوشایندی که در خانه اتفاق افتاده، بسیار غمگین و عصبانی است و می خواهد آلما در جایی امن راهی برای بهتر شدن شرایط خود بیابد. آلما با کلام پاسخ نداد، اما شروع به کوبیدن سرش به آرامی بر پشت صندلی کرد و دائم ناله می کرد. خانم لوپز بسیار ناراحت شد و به آرامی و مهربانی به او گفت سرش را به صندلی نکوبد، اما آلما به کار خود ادامه داد، انگار که صدای مادرش را نشنیده است. درمانگر با صدایی بلند مطرح کرد که آیا آلما می خواهد راجع به احساسات ناخوشایند خود مطلبی به آن ها بگوید؟ پس از این که آلما چند بار دیگر سر خود را به پشتی صندلی کوبید، بلند شد و شروع به راه رفتن دور اتاق و بررسی اسباب بازی ها کرد.

هنگامی که آلما به وسایل خانه سازی یا لگوها رسید، آن ها را روی زمین پهن کرد و شروع به ساختن یک برج نمود و به درمانگر گفت که آن چه نوع برجی است. مادرش نیز در کنار او نشست و مشغول ساختن چیزی برای خودش شد. برج آلما روی زمین ریخت و واکنش او نگاه کردن به مادرش بود و از او پرسید: *"تو چی درست کردی؟"* مادرش پاسخ داد: *"یک روبوت"*. آلما روبوت را از دست مادرش قاپید و گفت که روبوت پسر را دوست ندارد. هنگامی که درمانگر اطلاعات بیشتری از آلما خواست، او توضیح داد از آن جهت آن ها را دوست ندارد که او را می ترسانند و سپس سرگرم فعالیت دیگری شد.

هنگامی که زمان جلسه به پایان رسید، آلما با ترک آن جا مخالفت کرد. مادرش به آرامی او را به سمت در کشانید تا از مطب خارج شوند، اما آلما ناگهان فریاد زد: *"آخ، مامانم داره منو می زنه."* مادرش بسیار غمگین شد و اذعان کرد که او آلما را نمی زند. درمانگر این گونه به مادر توضیح داد که آلما می خواهد مادرش بداند که او از بازی در این جا لذت برده و دوست دارد هنوز هم بازی کند، در حالی که مادر آلما می خواهد آن جا را ترک کند. هم چنین درمانگر به آلما گفت: *"تو می خواهی که مامانت تو رو جدی بگیره."* آلما پاسخ داد: *"من مارشمالو می خوام، من می خوام بازی کنم."* مادرش به او گفت: *"توی ماشین مارشمالو هست."* آلما به گریه کردن ادامه داد، اما اجازه داد مادرش او را بغل کند و به خارج از مطب ببرد.

@karnil

بازتاب های جلسه ی درمان

تجربیات آسیب رسان همواره ناگفته باقی می مانند و از نقطه نظر درمان بسیار مهم است که چنین تابوهایی[۲۳۳] شکسته شوند و علناً اعلام گردد که خانواده بنا به چه علتی برای درمان مراجعه کرده است. درجلسه ی درمانی که توضیح داده شد، درمانگر تلاش داشت توضیح دهد که در جلسه چه چیزی روی می دهد، اما آلما به سرعت عنوان کرد که او خود همه چیز را می داند. درمانگر که فرض آگاهی آلما از ماهیت درمان را نپذیرفته بود، راهی برای ارائه ی برخی حقایق پیدا کرد، اما اشاره ای به خشونت در خانه نداشت، زیرا عقیده داشت این که آلما سرش را به صندلی می کوبد، نشان دهنده ی منطق محدود او برای آشکار شدن مسائلش می باشد. از سوی دیگر می توان این رفتار آلما را این گونه تفسیر کرد که کودک در واقع تلاش داشته احساساتی را نشان دهد که عنوان کردن آن ها توسط واژه ها برای او دشوار بوده است: *احساس ترس از مشاهده ی خشونت های فیزیکی بین والدینش*. ترس از وارد شدن آسیب های جسمانی یکی از نگرانی های اصلی اوان کودکی است و آلما با این عکس العمل نشان داد که از خشونت فیزیکی بین والدین خود و تأثیری که بر روی او داشته، می ترسیده است.

درمانگر در ایجاد چارچوب درمانی برای آلما و مادرش، انگیزه ی خانم لوپز برای کمک به آلما را مورد تأکید قرار می دهد و در واقع او را در نقش یک والد بافکر و دلسوز نشان می دهد. درمانگر با این کار تلاش به برطرف ساختن تردید خانم لوپز راجع به توانایی خود برای یک مادر خوب بودن دارد و این که شرایط بهتری در مقایسه با شرایطی که خودش در آن بزرگ شده بود را برای دخترش فراهم آورده است. هم چنین خانم لوپز تا حدودی راجع به فرآیند درمان نگرانی داشت، زیرا می ترسید باعث آشکار شدن بی کفایتی او به عنوان یک مادر شود. او هم چنین احساس می کرد اطرافیانش برای این که دخترش را برای درمان آورده، نگاه بدی نسبت به او پیدا کرده اند. اما حمایت های آشکار درمانگر تقویت کننده ی اعتماد به نفس و ایجاد یک اتحاد درمانی برای برطرف کردن مشکلات آلما شد.

****

[233] *Taboo*

@karnil

پس از این که درمانگر توضیح کوتاهی راجع به علت درمان ارائه داد، اجازه داد آلما کنترل جلسه را در دست بگیرد. کودک شروع به ساختن یک برج با وسایل خانه سازی کرد و هیچ توجهی به کاری که مادرش انجام می داد، نداشت تا زمانی که برج او فرو ریخت. او سپس واکنش شدیدی نسبت به روبوتی نشان داد که مادرش ساخته بود و آن را از دست او بیرون کشید. درمانگر ابتدا گمان کرد آلما از این که برج خودش فرو ریخته، سرخورده شده است اما سپس آلما توضیح داد که مادرش روبوتی ساخته که او را می ترساند. جمله ی او راجع به این که این روبوت ترسناک یک پسر است، سؤالاتی راجع به ادراک آلما از مردان و جنس مذکر را ایجاد کرد.

آلما از این که به طور مستقیم راجع به احساساتش در جلسه ی اول سخن بگوید اجتناب کرد، اما بازی او به طور آشکار نشان دهنده ی احساسات او بود. او ظاهراً جلسه ی درمان را به عنوان یک مکان امن پذیرفته بود و مسائلی مانند ترس (روبوت ترسناک) و خشونت (اعلام این که دست زدن مادرش به او دردناک بوده) را آشکار ساخت. آلما تلاش داشت وضعیت را با چنگ زدن روبوت از دست مادرش و اعتراض برای ترک آن مکان امن یعنی اتاق بازی کنترل کند. در هر حال هنگامی که مادرش او را بغل کرد و به خارج از اتاق برد، مقاومتی از خود نشان نداد. این صحنه نشان می دهد هنگامی که خانم لوپز قادر نبود نقش خود را به عنوان یک والد تنفیذ کند، کمک درمانگر در آشکار کردن ماهیت خوشایند انگیزه های مادر برای پایان دادن جلسه باعث شد آلما از مادرش اطاعت کند.

هم چنین واکنش های خانم لوپز در جلسه، نشان دهنده ی بسیاری از احساسات او به عنوان یک والد بود. در ابتدا او نتوانست واکنشی نسبت به آلما در مورد ضربه زدن به سرش و یا بروز عصبانیت او و چنگ زدن روبوت از خود نشان دهد و به نظر می رسید در جای خود میخکوب شده است. این انفعال می تواند به چند علت باشد: ترس او از پتانسیل خود برای عصبانیت و خشونت، سابقه ی خود او از آسیب های روحی و احساس گناه از این که یک مادر نالایق بوده است.

هر چند درمانگر راجع به عناصر سهیم در انفعال خانم لوپز به فکر وا داشته می شود، اما به بررسی عمیق تر آن ها نمی پردازد، زیرا هدف اولیه ی درمان

@karnil

برقراری تعامل بین آلما و مادرش بود. سؤال اصلی در چگـونگی کمـک بـه کـودک، شامل خانم لوپز نیز شد. درمانگر تصمیم گرفت کار خود را بـا نظـارت مسـتقیم بـر ارائه ی مفاهیم احتمالی یک رفتار آغاز کند که جزو اصول بنیادی *CPP* می باشـد. به طور مثال هنگامی که آلما سر خود را به صندلی می کوبیـد، درمـانگر بـا صـدای بلند اعلام کرد که معلوم نیست آیا آلما می خواهد چیزی به آن ها بگوید؟ و سـپس در پایان جلسه راجع به امتناع آلما از ترک اتاق بازی مطلبی عنـوان کـرد. در واقـع نقطه نظر او باعث شد آلما راحت تر جلسه را ترک کنـد و خـانم لـوپز توانسـت بـه شیوه ای مستقیم نقش مادری خود را ایفا نماید. در واقـع درمـانگر بـا ارائـه ی ایـن مدل به خانم لوپز آموخت که او می تواند در تعامل با کودکش از قاطعیت بیشـتری برخوردار باشد. خانم لوپز این شیوه ی جدید از برقراری ارتبـاط را در طـول فرآینـد درمان هر چه بیشتر مورد استفاده قرار داد.

آلما عدم تحمل خود برای برخی از مسائل خاص را با تمرینات ناگهانی در بازی نشان می داد. بازی او همچنان نشان دهنده ی نیاز شدید برای کنتـرل بـود کـه در واقع واکنشی به شرایط موجود در خانه یعنی جایی بود که والدین او اغلب خـارج از کنترل بودند. واکنش شدید آلمـا نسـبت بـه روبـوتی کـه مـادرش سـاخته بـود، در جلسات بعدی درمان نیز ادامه یافت و فرصت های بیشـتری بـرای درمـانگر و خـانم لوپز ایجاد شد تا درک کنند آلما تلاش به نشان دادن چه مسئله ای را دارد.

گسترش درمان

در هفته ی بعد آلما نگرشی مانند جلسه ی قبل داشت. او به درمانگر و مـادرش می گفت کجا بنشـینند و بـا چـه چیـزی بـازی کننـد. او تصـمیم گرفـت ابتـدا بـا اسباب بازی های سرهم شدنی بازی کند و به مادرش گفت: *"مامان می تـونی یـک روبوت درست کنی؟"* مادر او پاسخی نداد. درمانگر گفت: *"آخرین باری کـه مامانـت یک روبوت درست کرد، گفتی اون تو رو می ترسونه و از اون خوشت نیومد."* آلما به مادرش گفت که می تواند یک روبوت دختر و غیر ترسناک درست کنـد. درمـانگر از آلما پرسید آیا می تواند داستانی راجع به یـک روبـوت ترسـناک تعریـف کنـد. امـا کودک پاسخ داد قادر به این کار نیست و اجتناب او از بیان احساسات ناخوشایند بـه

@karnil

قوت خود باقی بود.

پس از این که آلما از بازی با این اسباب بازی ها خسته شد، بـه سـمت وسـایل خانه سازی رفت. هنگامی که برجی که ساخته بود فرو ریخت، کـودک بـا خشـونت بلوک هایی کـه مـادرش روی هـم گذاشـته بـود را از هـم پاشـید و درسـت ماننـد جلسه ی اول مادرش تنها آهی از سر ناتوانی کشید. درمانگر به آلما گفت: *"دفعه ی قبل وقتی که روبوت مامانت رو خراب کردی، از اون ترسـیده بـودی، امـا بـه نظـر می رسه با هم توافق ندارید."* آلما به طرف مادرش برگشت و با صـدای بلنـد گفـت: *"تو خیلی نزدیک نشستی، باید بری اونطرف بنشینی!"* و به مـادرش نشـان داد کـه کجا بنشیند. او سپس از وسایل خانه سازی صرف نظر کرد و به سمت لگوها رفـت و به خانم لوپز و درمانگر گفت هر جا که بخواهند می تواننـد بنشـینند. او از مـادرش پرسید که در حال ساختن چه چیـزی بـوده و مـادر پاسـخ داد یـک روبـوت دختـر می ساخته. آلما گفت می تواند روبوتی مانند دفعه ی قبل درست کنـد امـا مـادرش نتوانست تمام قطعات مشابه را پیدا کند. آلما بلافاصله لگوها را رها کرد و شـروع بـه بازی با روژ لبی کرد که از کیف مادرش برداشته بود. او وانمود می کرد روژ لب یـک اسلحه ی لیزری است و همه مجبورند عینک محافظ بزنند. هنگامی کـه جلسـه بـه پایان رسید، او می خواست به بازی ادامه بدهد، اما بدون مشکل با مادرش جلسـه را ترک کرد.

بازتاب های جلسه

بازی آلما در هفته ی دوم تغییر کرده بود. او تلاش می کـرد بـر واکـنش هـای اولیه ی خود ناشی از ترس و عصبانیت پیروز شود و در عـین حـال تقـلا مـی کـرد مادرش را نیز نرنجاند. این تلاش او در تغییر حالت از بیان عصبانیت و جبران کـاملاً آشکار بود. به نظر می رسید او نگران قدرت تخریب کننده ی عصبانیتش می باشـد؛ ترسی که میان کودکان خردسال کاملاً رایج است.

هنگامی که آلما پس از فرو ریختن برج خود، بلـوک هـای مـادرش را نیـز فـرو ریخت، درمانگر به این مسئله می اندیشید که آیا آلما *"یک مـادر بـد"* را برابـر بـا یک *"برج بد"* می داند؟ در نتیجه مسئله ی هفته ی گذشته را مطرح کرد. با توجه

@karnil

به پاسخ آلما که از این عصبانی شده بود که مادرش بسیار به او نزدیک شده است، کودک دوباره وضعیت هفته ی گذشته را به تصویر کشاند. درواقع نزدیکی فیزیکی مادر و لمس کردن او می توانسته تحریک کننده ی ترس از آسیب جسمانی با توجه به تجربیات آلما از مشاهده ی خشونت باشد. ایجاد یک محدوده بین خود و مادر و هم چنین ترس از دست دادن محبت مادر در سال های پیش از مدرسه میان کودکان بسیار رایج است و آلما با گفتن به مادرش که هر جا که بخواهد می تواند بنشیند و هر چه دوست دارد بسازد، به نوعی گفته های قبلی اش را جبران می کند. بازی کردن با روژ لب مادر نشان دهنده ی علاقه ی آلما برای شناختن زنانگی مادرش می باشد تا پرخاشگری، اما باز هم این زنانگی یک پتانسیل خشن در خود دارد و او روژلب را به صورت یک اسلحه ی لیزری وانمود می کند. آلما با مهارت تمام مادرش و درمانگر را از این عمل تهاجمی خود حفاظت کرد و این کار را با مجبور کردن آن ها در استفاده از عینک انجام داد تا سلاح لیزری او به آن ها آسیب نرساند. به این شکل او هم می توانست خشونت خود را نشان دهد و هم از افراد مورد علاقه اش حمایت کند.

آلما هنوز هم روبوت های پسر را ترسناک می دانست و روبوت های دختر برای او حاوی تهدیدی نبودند. این امر می تواند نشان دهنده ی احساسات آلما راجع به ترسی باشد که ناشی از رابطه ی پر از خشونت والدینش است و در نظر او پدرش فردی خطرناک بوده که به مادر او آسیب می رسانده. هم چنین این مسئله می تواند نشان دهد آزار جسمی که توسط عمه اش به او وارد شده، ضربه ی بسیار شدیدی نبوده و باعث تأثیر بسیار زیادی بر حس او از امنیت نشده است.

در این جلسه خانم لوپز تلاش کرد بازی خود را منطبق با تمایلات آلما کند و شروع به ساختن یک روبوت دختر کرد، زیرا باعث ترسیدن آلما نمی شد. او در هر حال هیچ واکنشی نیز نسبت به پرخاشگری دخترش از خود نشان نمی داد.

تغییر در نقش ها

درجلسه ی سوم خانم لوپز به صورت فعال تری نسبت به آلما واکنش نشان داد. کودک جلسه را با گفتن به مادر و درمانگر که کجا بنشینند آغاز کرد و هم

@karnil

چنین گفت: *"من رئیس هستم."* سپس مانند جلسات گذشته شروع به ساختن برجی با لگوها کرد و مادر نیز شروع به ساختن یک روبوت نمود. آلما دوباره روبوت مادرش را خراب کرد، اما این بار خانم لوپز واکنش شفاف تری داشت و با صدایی اندوهگین گفت: *"اوه، تو روبوت منو خراب کردی."* آلما به او گوشزد کرد: *"من روبوت های پسر رو دوست ندارم. من از روبوت های دختر خوشم می یاد."* مادرش لگویی با تصویر یک دهان برداشت و آلما گفت: *"من از اون خوشم نمی یاد."* سپس برج آلما فرو ریخت و او به هر دو نفر گفت هر آنچه را که ساخته بودند، خراب کنند. مادرش کمی مقاومت کرد و پرسید: *"چرا باید چیزی رو که ساختیم، خراب کنیم؟"* آلما پاسخ داد: *"چون من رئیسم."* مقاومت مادر کمرنگ شد و پاسخی به آلما نداد.

آلما سپس تصمیم گرفت که همه باید حباب درست کنند و یک نفر را برای درست کردن حباب و دو نفر را برای ترکاندن حباب ها در نظر گرفت. این بازی به مدت ۳۰ دقیقه ادامه داشت و آلما با لذت و خنده حباب ها را تعقیب می کرد. صحبت چندانی رد و بدل نشد، زیرا خانم لوپز با لذت آلما را نگاه می کرد که حباب ها را تعقیب می کند. درمانگر گفت: *"مامانت از این که با تو بازی می کنه و بازی تو رو تماشا می کنه، اوقات خوبی داره."* خانم لوپز نیز با محبت پای آلما را نوازش کرد، اما آلما گفت: *"به من دست نزن."* مادر از این حرف او غمگین شد. درمانگر پرسید: *"وقتی که مامانت تو رولمس یا نوازش می کنه، دوست نداری این کارو انجام بده؟"* آلما پاسخ داد: *"فقط وقتی که زخمی بشم، اون زخممو پانسمان می کنه."* آلما سپس به حباب ساختن خود ادامه داد. هنگامی که جلسه رو به پایان بود، آلما مقداری مایع حباب ساز را روی لباسش ریخت و با صدایی غمگین گفت: *"سرتا پا خیس شدم."* خانم لوپز با لحنی مهربان به او گفت: *"اشکالی نداره."* آلما شروع به مشت زدن به مادرش کرد و سپس این گونه وانمود کرد که گلوی او را بریده است. خانم لوپز از واکنش آلما بسیار شگفتزده شده بود، اما آلما مادرش را در آغوش گرفت و مادر نیز او را بغل کرد. هنگامی که درمانگر گفت آلما احساسات متعددی راجع به مادرش شامل عصبانیت، ترس و عشق دارد، آلما برای او شکلک درآورد. درمانگر گفت: *" اوه، چه هیولای وحشتناکی ! تو نمی خواهی که من حرف*

@karnil

بزنم." آلما لبخندی زد و سپس همراه با مادرش جلسه را ترک کرد.

بازتاب های جلسه

آلما هنگامی که با لگوها بازی می کرد، باز هم به وضعیت جلسه های پیشین باز می گشت، یعنی تمایل داشت جلسه را به شدت کنترل کند. اما هنگام بازی با حباب ها اشتیاق و لذت بیشتری از خود نشان می داد. تمایل مادر برای نزدیکی با کودکش با جمله ی درمانگر راجع به لذت بردن او از بازی آلما بیدار شد، اما گفته ی صریح آلما در این که او تنها زمانی می خواهد با مادرش تماس فیزیکی داشته باشد که آسیب دیده است، این رابطه را دوباره خارج از دسترس می سازد.

در طول درمان آلما با اعمال و سخنان خود طیف گسترده ای از احساساتش راجع به تماس فیزیکی که مادرش آغاز کننده ی آن بود را نشان می داد. برخی اوقات این تماس برای آلما ناخوشایند به نظر می رسید، مانند واکنشی که در جلسه ی اول از خود نشان داد، یعنی زمانی که خانم لوپز تلاش کرد آلما را به خارج از جلسه هدایت کند و آلما نمی خواست جلسه را ترک کند. مثال دیگر در جلسه ی مورد بحث رخ می دهد، یعنی زمانی که خانم لوپز می خواست از روی محبت آلما را هنگامی که با حباب ها بازی می کرد، لمس کند. ممکن است این لمس کردن به عنوان محرکی در آلما عمل می کند که او را به یاد آزار فیزیکی می اندازد و در واقع برای تلاش در حمایت از خود، مادر را به عنوان یک مهاجم می نگرد و واکنش او ناشی از ترس است. هم چنین می توان تلاش نمادین آلما برای بریدن گلوی مادرش را مثال زد، اما ترس از دست دادن عشق و محبت مادر به سرعت بر خشم او غلبه کرد و آلما مادرش را در آغوش گرفت تا او و خود را مطمئن سازد که عشق بر همه چیز غلبه خواهد کرد و بانداژی بر روی زخم نمادین مادر قرار داد. مادر دوباره از این حرکت آلما شگفتزده شد، اما حرکت دلسوزانه ی دخترش را پذیرفت. هنگامی که درمانگر راجع به عصبانیت آلما نظر داد، آلما با واکنش خود نشان داد که این تفاسیر در این مرحله خوشایند نیستند و درمانگر نیز با دید باز شکلک هیولا در احساس آلما از خود را تشخیص داد و آلما نیز از این مرحله ی خوشایند لذت برد و به درمانگر لبخند زد و بدون هیچ دردسری جلسه را

@karnil

ترک کرد. او احتمالاً مطمئن بود که بخش ترسناک و عصبانی خود را در جایی امن یعنی نزد درمانگر و مراقبت او باقی گذاشته است.

یکی از اهداف درمانی *CPP* پرورش محبت جسمانی بین کودک و والد می باشد، زیرا این مسئله برای پرورش و رشد کودکی سالم بسیار مهم است. نوازش فیزیکی سالم منجر به ایجاد احساسی از امنیت، اعتماد به نفس و مرتبط بودن می شود. خصوصاً هنگامی که سابقه ای از آسیب یا تماس های فیزیکی نامناسب وجود دارد، شکل دهی مجدد تماس های فیزیکی سالم و امن جنبه ای مهم از فرآیند درمان می شود. آلما به درمانگر و مادرش اعلام داشت که از نظر او یک تماس سالم چیست، اما لمس کردن نامناسب ممکن است معانی متفاوتی برای او داشته باشد. آنچه که بین آلما و عمه ی او اتفاق افتاده بود و هم چنین تأثیری که بر آلما داشت، هنوز ناشناخته مانده بود. این امکان وجود داشت که آلما تماس فیزیکی را پیش زمینه ای برای خشونت می پنداشت، درست مانند زمانی که والدینش با یکدیگر برخورد فیزیکی داشتند. هر چند هیچ مدرکی وجود نداشت که خانم لوپز آلما را برای تنبیه کتک می زد، اما این احتمال وجود داشت که آلما از تماس فیزیکی به عنوان نوعی خشونت پنهان می ترسد و این مسئله در ذهن درمانگر با توجه به واکنش های آلما در نظر گرفته می شود.

دکتر بازی

درمانگر برای هر جلسه اسباب بازی های خاصی را در نظر می گرفت تا باعث آشکار شدن تجربیات و استرس ناشی از آسیب ها شده و مهارت های انطباقی و سازش در آلما ارتقاء یابند. اسباب بازی ها شامل خانواده ای همسان و هم نژاد شامل مادر و کودک، مجموعه ای از حیوانات اهلی، لگوها، ماشین های اسباب بازی متفاوت مانند ماشین پلیس و آمبولانس، وسایل نقاشی و وسایل دکتر بازی بودند. از آن جا که آلما راجع به تجربه ی خود با عمه اش سخنی نمی گفت و در این کار از خود مقاومت نشان می داد، درمانگر بیشتر از وسایل دکتر بازی به عنوان ابزاری که می توانست باعث تحریک تفکر آلما نسبت به این مسئله و ترمیم آن شود، استفاده می کرد.

@karnil

جلسه ی دیگر در حالی آغاز شد که همه با لگوها بازی می کردند. آلما به مادرش گفت یک روبوت دختر با چشم بسازد. او هم چنین به درمانگر گفت به دنبال لگوهای مناسب برای این کار باشد. او راجع به شباهت های موجود بین خود و مادرش صحبت می کرد و با ملایمت گفت: *"مامان دوستت دارم."* مادرش نیز با مهربانی پاسخ داد: *"من هم دوستت دارم."* خانم لوپز لگویی را پیدا کرد که روی آن تصویر دهان وجود داشت و به آلما گفت: *"این چه جور صورتیه؟"* آلما پاسخ داد: *"یک صورت عصبانی."* درمانگر پرسید: *"آیا قیافتو عصبانی می کنی؟"* آلما گفت: *"نه!"* درمانگر در پرسش خود اصرار کرد و پرسید: *"آیا صورت مامانت هیچ وقت عصبانی نمی شه؟"* آلما گفت: *"من دیگه نمی خوام این کارو انجام بدم. تو خیلی صحبت می کنی. من می خوام بازی کنم."* درمانگر پاسخ داد: *"این جا جاییه که ما می تونیم بازی کنیم و حرف بزنیم. اما می بینم که الان می خوای بازی کنی و چیزی راجع به صورت های عصبانی یادت نمیاد."*

آلما سراغ وسایل دکتر بازی رفت و یک چسب زخم روی پوست مادرش گذاشت و در پاسخ به سؤال درمانگر نشان داد که مادر او آسیب دیده است. هنگامی که از او پرسیده شد مادرش چگونه زخمی شده، آلما پاسخی نداد اما به همه گفت وسایل خود را جمع کنند. درمانگر تصمیم گرفت تجربه ی آلما را علناً مطرح سازد و گفت: *"مامانت به من گفته که عمه ی تو چطور اذیتت کرده."* آلما سردرگم به نظر می رسید. درمانگر پرسید: *"آیا هرگز راجع به عمه ات صحبت کردی؟"* آلما جواب نداد، اما گوشی معاینه را به صورتی حلقه زد که گره خورد. او سپس پشت مادرش قایم شد و گفت: *"حالا یک ساعت گذشته."* بعد بیرون آمد و گوشی معاینه را بالا نگه داشت و دیگر گرهی در آن وجود نداشت. آلما گفت: *"تو گرهو باز کردی. این جادو بود. جادو گرهو باز کرد."* مادرش از او پرسید: *"آیا می تونی کارهای جادویی دیگه ای هم انجام بدی؟"* آلما پاسخ داد: *"نه، حالا بذار یک بازی دیگه بکنیم."* در پایان جلسه آلما وانمود کرد که تلفن زنگ می زند. او گوشی را برداشت، خداحافظی کرد و سپس گوشی تلفن را سر جای خود گذاشت. درمانگر از آلما پرسید: *"کی بود زنگ زد؟"* آلما گفت که پدرش پشت خط بوده و گفته خداحافظ. سپس او و مادرش جلسه را ترک کردند.

@karnil

بازتاب های جلسه

این جلسه با درونمایه ی ارتباط و ترمیم آغاز شد. آلما هنوز هم بازی را کنترل می کرد، اما راجع به شباهت های خود و مادرش سخن گفت و ناگهان به مادرش گفت که او را دوست دارد. احتمالاً تصمیم خانم لوپز برای انتخاب لگویی که آلما صورت آن را دوست نداشت، نشانه ای از راحت نبودن او با عشق کودکش بود و آلما آن صورت را با عصبانیت مرتبط ساخت و دوباره از مادرش اجتناب کرد. او برای این که به ترمیم رابطه ی همدلی بپردازد، وسایل دکتر بازی را انتخاب کرد تا مادرش را درمان کند. هنگامی که درمانگر عصبانیت او را با اصرار مورد خطاب قرار داد، آلما باز هم برای حفظ تجربه ی عشق و محبت، فرآیند بازی را تغییر داد.

در هر حال درمانگر قانع شده بود که اجتناب از دستمایه های خشونتی که آلما را به فرآیند درمان آورده بود، به کودک کمکی نکرده است، زیرا او در روابط خود با همسالانش هنوز هم به عصبانیت و پرخاشگری متوسل شده و از نظر معلم و مددکار حمایت از کودکان همچنان دختری غمگین و عصبانی تصور می شد. به همین علت درمانگر تصمیم گرفت مسئله ی عمه ی آلما را مطرح کند. سردرگمی آلما ممکن است ناشی از شگفتی او در تلاش درمانگر برای اشاره ای مستقیم به این مسئله باشد و او باز هم نسبت به سخن گفتن راجع به این موضوع امتناع می کرد. با توجه به خشونت فیزیکی در روابط والدین آلما، می توان این مسئله را نیز تأثیر گذار دانست. تغییر بازی آلما به شعبده بازی می تواند ارجاع به خشونت در رابطه ی والدین و یا آنچه که بین او و عمه اش اتفاق افتاده بود، باشد. گره می تواند استعاره ای برای تضادی باشد که خانواده را از هم پاشیده بود. هنگامی که آلما مسئله ی عمه اش را فاش کرده بود، والدینش در اوج روابط خشونت بار خود بودند و پس از آن پدر آلما از خانه رفته بود و او نیز دیگر عمه اش را ندیده بود.

خانم لوپز پس از جدایی احساس امنیت بیشتری می کرد، اما نتیجه ی این جدایی برای آلما از دست دادن رابطه با پدرش بود. زندگی خانم لوپز پس از جدایی بی ثبات شده بود و رابطه ی بسیار محدودی با آلما داشت. در عدم توافق میان آلما و مادرش می توان مسائل کلیدی بسیاری را یافت. به طور مثال این که آیا آسیب اصلی برای آلما آزار جسمی توسط عمه اش بوده یا دعواهای شدید بین والدین و یا

@karnil

عدم ثبات در رابطه ی والدین و هم چنین از دست رفتن یک رابطه ی ثابت با پدرش؟ آلما قبلاً هرگز پدرش را وارد جلسات درمان نکرده بود، اما تصمیم گرفت در آخرین لحظات جلسه حضور نمادین پدرش را احساس کند. عدم توافق بین آلما و مادرش می تواند نشان دهنده ی افسردگی و یأس آلما و انکار این مسئله از طرف مادر باشد.

در طول جلسه ی بعدی که پس از دو هفته غیاب درمانگر برگزار شد، آلما گفت: *"این جا روح داره و خیلی ترسناک شده."* درمانگر این گونه پاسخ داد که از زمانی که دفعه ی قبل یکدیگر را دیده بودند، مدتی طولانی گذشته و پرسید: *"برگشتن به این جا ترسناکه؟"* آلما از پاسخ دادن اجتناب کرد و گفت که می خواهد بازی کند و در قفسه ها به دنبال اسباب بازی می گشت. او بازی با لگوها را انتخاب کرد و به مادرش گفت یک روبوت بسازد و خودش نیز مشغول ساختن یک برج شد. هنگامی که برج او فرو ریخت، دیگر نمی خواست بازی کند. او سپس توضیح داد که چرا می خواهد رئیس باشد: *"بچه های کوچولو باید رئیس باشن."* او گفت هنگامی که با کودکان کوچک تر بازی می کند، آن ها رئیس می شوند. آلما در واقع بینشی راجع به بازی در جلسات درمان را ارائه کرد. از آن جا که کودکان از طریق بازی ارتباط برقرار می کنند، خردسال ترین کودک رئیس بازی می شود. سؤالاتی که او راجع به روح کرد، بدون پاسخ باقی می ماندند: آیا او تلاش داشت حضور پدرش در جلسه ی درمان را دوباره تثبیت کند؟

جلسات جانبی: حمایت از والد

یکی از بخش های مهم *CPP* جلسات جانبی برای والد است، بخصوص هنگامی که داده های جداگانه توسط او برای پیشبرد روند درمان الزامی باشد. گاهی اوقات جلسات مخصوص بزرگسالان برای حل مشکلات خانواده هایی که نیاز به کمک در برطرف ساختن مشکلات شان در زندگی دارند، اجتناب ناپذیر و لازم می باشد. هم چنین زمان هایی وجود دارد که توجه ویژه و انفرادی درمانگر به والد برای حصول اطمینان از درک او از فرآیند درمان و بررسی تجربیات فردی اش لازم است. این جلسات انفرادی با والد می تواند در فرصت های گوناگونی شکل بگیرد که

@karnil

بستگی به شرایط هر دوی آن ها دارد: این جلسات می توانند همراه با جلسات مشترک با کودک و در زمان دیگری از هفته تعیین شوند و اگر لازم باشد می توان جلسه ی درمان را به دو بخش تقسیم کرد و یک قسمت از آن شامل جلسات مشترک با کودک باشد و بخش دیگری از ساعت جلسه منحصراً به والد اختصاص داده شود (لیبرمن و ون هورن،۲۰۰۵،۲۰۰۸).

خانم لوپز به علت برنامه ی کاری اش نمی توانست در این جلسات جانبی شرکت کند، اما تماس های تلفنی هفتگی برنامه ریزی شده بودند تا پیشرفت آلما در خانه و مهدکودک و هم چنین مسائل شکل گرفته در جلسه ی درمان مورد مباحثه قرار گیرند و اطمینان ایجاد شود که مادر آلما از پیشرفت درمان رضایت دارد. در طول این مکالمات تلفنی از خانم لوپز راهنمایی هایی خواسته شد تا مشخص شود بهتر است چگونه درجلسه ی درمان راجع به پدر آلما با او سخن گفته شود. او راجع به مکالماتی در خانه سخن گفت که مشابه با عدم توافق های آن ها در جلسات بازی بود. آلما به مادرش گفته بود می خواهد پدرش دوباره با آن ها زندگی کند و خانم لوپز به او می گفت برای آن ها بهتر است با یکدیگر زندگی نکنند، زیرا با هم دعوا می کنند و به هم آسیب می رسانند و این مسئله باعث ترس آلما می شود. خانم لوپز هم چنین عنوان کرد با این که آلما در طول جلسات درمان از پاسخ به سؤالات امتناع می کند، اما از رفتن به این جلسات واقعاً لذت می برد. او گفت پس از هر جلسه آلما بسیار راحت بوده و راجع به احساساتش با او سخن می گوید. خانم لوپز معتقد بود که پیشرفت چشمگیری در رابطه ی آن ها ایجاد شده، اما نگران این مسئله بود که آلما هنوز هم راجع به عمه اش حرفی نمی زند. او می خواست در جلسه ی بعد دو تا از نقاشی هایی که آلما کشیده بود را با خود به همراه بیاورد.

شرکت کنندگان غایب

جلسه ی بعد آلما همراه با نقاشی هایش آمد و تصویری از سه دسته گل را به درمانگر نشان داد و گفت: *"بابا گل سیاهه، مامان گل صورتی با رنگ های مشکیه و و من گل صورتی و بنفش هستم."* درمانگر پرسید: *"پدرت سیاهه؟"* آلما جواب داد:

@karnil

"اون رنگ سیاهو دوست داره." درمانگر گفت: *"مامانت به من گفته که بابات از خونه رفته."* آلما پاسخ داد: *"عمه و بابا از خونه رفتن."* درمانگر راجع به عمه ی آلما از او سؤال کرد و آلما در پاسخ تنها گفت: *"اون رفته."* درمانگر راجع به گفته های هفته ی پیش در مورد ارواح سخن گفت و این که آن جا جایی است که آن ها راجع به تمام افرادی که در زندگی او هستند و حتی آن دسته که دیگر آن ها را نمی بیند، مانند پدر و عمه اش سخن می گویند. آلما گفت: *"مجبوریم راجع به اونا صحبت کنیم؟ میشه بازی کنیم؟"*

درمانگر راجع به نقاشی دیگر آلما از او سؤال کرد که یک نقاشی بسیار انتزاعی با رنگ سبز در قسمت داخل و رنگ زرد در قسمت خارج از آن بود. آلما گفت: *"ما توی غار هستیم. من و بابا و مامان."* او هم چنین به برخی نقاط سیاه در نقاشی اشاره کرد. درمانگر پرسید: *"چطور توی غار رفتین؟"* آلما پاسخ داد: *"آدمای بد ما رو اونجا بردن. من دنبال کلید می گردم."* - *"کلید چی کار می کنه؟"* - *"می تونه مارو از غار بیرون ببره. غار خیلی تاریکه."* - *"تو چطور کلیدو بدست میاری؟"* - *"من یک چراغ قوه دارم و می تونم کلیدو پیدا کنم تا همه از غار بیرون بریم."*

نظر درمانگر بر این بود که او در حال حفاظت کردن از خود، مادر و پدرش می باشد و در واقع از آن ها مراقبت می کند و این کار برای یک دختر کوچک بسیار سنگین است. آلما سپس خواست که دیگر راجع به نقاشی ها صحبت نکنند و یک پازل را برداشت تا سرهم کند و از مادرش و درمانگر خواست تا در حل پازل به او کمک کنند. هنگامی که پازل حل شد، جلسه ی درمان نیز به پایان رسید. درمانگر راجع به استفاده ی آلما از پازل به عنوان یک مهارت سازش یاد کرد و گفت: *"بعد از صحبت کردن راجع به مشکلات، حل کردن پازل با همدیگه احساس خوبی داره."* آلما چیزی نگفت و دست مادرش را گرفت و بدون هیچ مشکلی جلسه را ترک کرد.

بازتاب های جلسه

نقاشی های آلما نشان دهنده ی نگرانی او برای پدرش و تمایل به خارج شدن خانواده از تاریکی می باشد. او احساس مسئولیت شگفت انگیزی از خود نشان می دهد: او تنها کسی است که می تواند به خانواده کمک کند، زیرا هیچ کدام از

@karnil

والدین او قادر نیستند خانواده را به مکانی امن ببرند. او نه تنها در این جلسات درمان رئیس بوده، بلکه رئیس والدینش نیز بوده است.

کودکان خردسال اغلب برای وضعیت هایی در زندگی شان که در واقعیت نمی توانند بر روی آن ها کنترل داشته باشند، احساس مسئولیت می کنند. مشخص کردن مسئولیت های والدین و تعیین دوباره ی آن ها، بخش مهمی از فرآیند درمان است. آلما نمی خواست زمان طولانی راجع به نقاشی هایش صحبت کند و در پایان جلسه یک فعالیت سازماندهی شده یعنی سرهم کردن پازل را انتخاب کرد و به درمانگر و مادرش اجازه داد در حل پازل به او کمک کنند.

بازی های خود انگیخته

در جلسه ی بعد آلما پنج گل نقاشی کرد. گل ها شامل خود او، دو مادرخوانده، مادر و پدرش می شدند. او یک خانه ی معلق روی آن ها در هوا کشید که همه ی آن ها در آن زندگی می کردند. درمانگر گفت: *"می دونم که دلت برای پدرت تنگ شده و دوست داری اون با شما زندگی کنه."* آلما گفت: *"بابا خیلی دوره."* او سپس گفت که دیگر نمی خواهد نقاشی کند و اضافه کرد: *"من نمی خوام رئیس باشم، رئیس بودن سخته. رئیسی وجود نداره."* این جمله ی آلما نشان دهنده ی توقف احساس مسئولیت او و رئیس بودنش بود، اما این جمله سؤالی را نیز برمی انگیزد. آیا به این علت رئیسی وجود ندارد که هیچ کس دانش و ظرفیت رهبری را نداشت؟ یا این که تعامل دو جانبه رضایت بخش تر و امن تر از اعمال دستورات سفت و سخت بود؟

یک پاسخ احتمالی در ادامه ی جلسه آشکار شد. آلما مشغول بازی با لگوها شد و مادرش را نیز تماشا می کرد که در حال ساختن چیزی با لگوهای خودش بود. هنگامی که آلما از مادرش پرسید آیا آن یک روبوت است؟ خانم لوپز روبوتی را که ساخته بود، به او نشان داد. آلما گفت یکی از چشم های روبوت را دوست ندارد و مادر نیز پاسخ داد که آن را برخواهد داشت. هم چنین از آلما پرسید حالا که روبوت چشم ندارد، بهتر شده؟ و آلما نیز سرش را به نشانه تأیید خم کرد. درمانگر نیز اشاره کرد که مادر آلما شکل روبوت را تغییر داده تا آلما اکنون آن را دوست داشته

@karnil

باشد.

آلما سپس گفت می خواهد یک اسلحه ی لیزری بسازد و لگوها را سرهم کـرد. او اسلحه ی لیزری خود را به سمت مادر و درمانگرش نشانه گرفت و درمانگر پرسید آیا قرار است آن ها مورد اصابت شلیک لیزر قرار بگیرند؟ آلما مسئله را مشخص کرد که اسلحه ی لیزری به آدم های بد شلیک می کند و مباحثه راجع به آدم هـای بـد آغاز شد. آلما توضیح داد که همه باید به جواهر برسند، بدون این کـه آدم هـای بـد آن ها را بگیرند. درمانگر پرسید: *"ما چطوری بایـد جـواهرو بدسـت بیـاریم؟"* آلمـا گفت: *"جواهر یک مرواریده و همه از اسلحه های سری استفاده می کنن تـا بـه اون برسن."* آلما از درمانگر پرسید که او چه نوع اسلحه ی سری ساخته است؟ درمـانگر به او گفت یک سپر محافظتی ساخته که آدم های بد را دور نگاه مـی دارد. آلمـا آن سپر حفاظتی را درخواست کرد و درمانگر نیز آن را به او داد. آلما سـپس اسـلحه ی لیزری را به سپر متصل کـرد و آن دو را بـالا نگـاه داشـت و بـا غـرور گفـت: *"نگـاه کنین."* مادر گفت: *"تو اونا رو سرهم کردی."* آلما گفت همه نیـاز بـه دو اسـلحه ی سری دارند تا در امان باشند و از درمانگر پرسید او دیگر چه چیـزی سـاخته اسـت. درمانگر پاسخ داد یک خانه ی امن ساخته که همه می توانند هنگامی که آدم هـای بد در حال نزدیک شدن هستند، در آن جا مخفی شوند، هم چنین بیسیمی درسـت کرده که بتوانند با یکدیگر صـحبت کننـد. آلمـا سـپس رو بـه مـادرش کـرد و از او پرسید او چه چیزی درست کرده است؟ خانم لوپز گفـت یـک روبـوت بسـیار قـوی ساخته که می تواند به آن ها بگوید آدم های بد چه زمانی مـی آینـد و هـم چنـین یک منطقه ی محافظت شده ایجاد کرده که از آن ها حمایت می کند. آلمـا سـپس گفت: *"بریم جواهرو پیدا کنیم."* و شروع به راه رفـتن روی پنجـه هـایش دور اتـاق کرد. خانم لوپز و درمانگر نیز به دنبال او می رفتند. یک تله در آن جا وجـود داشـت و خانم لوپز به دام افتاد. آلما به مادرش کمک کرد بیـرون بیایـد و آن هـا دور یـک دایره در حال حرکت بودند. آلما گفت: *"آدم بدا دارن میان. بیاین بـه خونـه ی امـن بریم."* همه پـایین نشسـته و وارد خانـه ی امـن شـدند. سـپس بـه راه رفـتن روی پنجه های پای شان دور اتاق ادامه دادند و آلما به درمـانگر و مـادرش گفـت از روی یک تله بپرند. هنگامی که جلسه رو به پایـان بـود، آلمـا چنـد بـار دیگـر دور اتـاق

@karnil

چرخید و سپس گفت آماده است بازی را متوقف کند و می خواهد برود.

بازتاب های جلسه

آلما این جلسه را با کشیدن نقاشی خانواده اش آغاز کرد که دوباره گرد یکدیگر آمده اند. خانه ی خیالی که همه ی آن ها در آن زندگی می کردند، در واقعیت این جهان بنا نشده بود، بلکه بر ابرهای عصبانیت و دعوا شناور بود. همگی تبدیل به گلی شده بودند که با یکدیگر رشد می کردند. درمانگر متوجه شد آلما دلش برای زندگی با پدرش تنگ شده و این رابطه ی واضح با واقعیت باعث شد آلما دیگر نخواهد نقاشی کند. آلما سپس جمله ای را ادا کرد که نشان دهنده ی ظهور مجدد احساس او از یک کودک خردسال بود و گفت دیگر نمی خواهد رئیس باشد و توضیح داد رئیس بودن و مسئولیت داشتن چقدر دشوار است. بازی او نیز نشان دهنده ی این تغییر در کنترل شرایط بود. او به بازی با لگوها بازگشت، اما همکاری بیشتری با مادرش نشان می داد. بر خلاف جلسات قبلی او واکنش احساسی شدیدی نسبت به آنچه که مادرش ساخته بود، نشان نداد بلکه به آرامی به خانم لوپز گفت از چه چیزی خوشش نمی آید و مادر نیز ظاهر روبوت را تغییر داد. بازی بین آلما و مادرش بیشتر دو جانبه شده بود. هم چنین روبوت دیگر به طور کامل یک *"روبوت پسر ترسناک"* نبود و تنها یکی از چشم های او ترسناک بود. این تحول نشان دهنده ی تغییر در رابطه ی مادر و دختر است و آن ها به جای این که رو در روی هم باشند، در رابطه ای انعطاف پذیر و همگون در کنار یکدیگر قرار گرفته بودند.

در موازات این رابطه ی دو جانبه، آلما از خلاقیت و خود انگیختگی بیشتری برخوردار شد و اسلحه های سری که درمانگر و مادرش ساخته بودند را وارد بازی کرد. روایت داستان او شامل هر سه نفر آن ها بود و همگی برای یک هدف مشترک پیش می رفتند. توقف او در این تفکر که رئیس است، به آلما کمک کرد به شیوه ای مناسب با سن خود، مادرش و درمانگر را در بازی هدایت کند تا بتوانند بر موانع خیالی که با آن ها روبرو می شدند، پیروز گردند.

@karnil

نتیجه گیری

این نمونه نشان دهنده ی تحول بازی در فرآیند *CPP* می باشد. کودک و والد از طریق بازی یاد می گیرند چگونه با یکدیگر تعامل داشته باشند و بر استرس و ترس های موجود در رابطه شان فائق آیند. مادر آلما از آن جهت او را برای درمان ارجاع داده بود که نگران آزار جسمانی وی توسط عمه ی آلما بود، اما در واقع ضربه ی اصلی برای آلما جنگ و دعوا بین والدین و غیاب پدرش بود، یعنی مسئله ای که صحبت کردن راجع به آن برای خانم لوپز دشوار به نظر می رسید. این عدم توافق در بازی آلما با مادرش مشاهده می شد. خانم لوپز ابتدا نسبت به عصبانیت و واکنش های پس زننده ی آلما منفعل بود، اما به واسطه ی الگو سازی هایی که درمانگر انجام داد، مادر توانست مکالمه با آلما را آغاز کند و این روند در خارج از جلسه ی درمان نیز ادامه داشت. علیرغم این که آلما نسبت به مسائل گوناگونی در طول فرآیند درمان اعتراض می کرد، اما از آمدن به آن جا لذت می برد و حتی موقع ترک جلسه از این کار امتناع می نمود. هر چه فرآیند درمان پیش می رفت، بازی آلما بازتر و خود انگیخته تر می شد و هم چنین شروع به پذیرش مادرش در بازی کرده بود.

هنگامی که خانم لوپز اولین بار آلما را به جلسه ی درمان آورد، او و دخترش نمی توانستند با یکدیگر رابطه برقرار کنند یا هدیگر را درک کنند. اما در فرآیند درمان آلما شروع به نشان دادن تأثیر خشونت در خانه و غیاب پدرش از طریق بازی کرد. خانم لوپز نیز یاد گرفت چگونه با زبان آلما سخن بگوید و با او بازی کند. همان گونه که آن ها با یکدیگر بازی می کردند، احساس تعلق خاطر بیشتری نسبت به یکدیگر پیدا کرده و رابطه ی آن ها هر چه بیشتر تحقق می یافت. این امر منجر به غنی تر شدن بازی آن ها شد و آلما با این تجربه ی جدید، آغاز به سخن گفتن راجع به احساسات خود با مادرش کرد.

همان گونه که این نمونه نشان می دهد، بازی بنیان *CPP* می باشد. در بازی والدین شروع به درک کودک و هم چنین درک چگونگی وظیفه ی پدر و مادری خود می کنند. درمانگر نیز به این فرآیند کمک می کند و هر زمان که لازم باشد، مسائلی را توضیح یا آموزش داده، تفاسیری ارائه می کند و یا چارچوب جلسه را

@karnil

تغییر می دهد. کودک و والد از طریق این بازی هاست که شروع به درک یکـدیگر و تجربیات متقابل خود می کنند.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش سیزدهم

فرزند درمانی: از علم تا عمل

رایز ون فلیت

برنارد و لوئیس گوئرنی بنیانگـذاران فرزنـد درمـانی، از همـان روزهـای آغـازین ارائه ی این شیوه یعنی اواخر دهه ی ۱۹۵۰ آن را به عنوان یک مدل تلفیقی نظری ایجاد و توجیه کردند. این نوع تلفیق نظریات گوناگون در آن زمان، بنـدرت صـورت می گرفت، اما بعد از گذشت ۵۰ سال بر اعتبار تجربـی ایـن شـیوه هـر چـه بیشـتر افزوده شده و پزشکان و دست اندرکاران امر آموزش خانواده در سرتاسر جهان آن را مورد تحسین قرار داده اند. در ایـن جـا تـلاش مـی شـود یـک بـازنگری از فرآینـد فرزند درمانی یا FT و بنیان های نظری آن ارائه شود و توضیحات بیشتری راجع بـه ابعاد بازی درمانی و CBT در این مداخله داده شود. هم چنین خلاصـه ای از بـیش از ۴۰ سال پژوهش در این بخش عنوان شده است.

بازنگری فرزند درمانی

FT اولین عضو خانواده ی شیوه های بهبود روابط بود که با مقالـه ی تخصصـی منتشر شده در ژورنال روانشناسی مشاوره معرفی شد (گـوئرنی، ۱۹۴۶). ایـن شـیوه

@karnil

در واقع نوعی از خانواده درمانی می باشد که درمانگر با استفاده از آن به والدین آموزش داده و بر عملکرد آن ها نظارت می کند تا بیاموزند چگونه جلسات بازی غیر هدایت کننده ای با کودکان خود داشته باشند. هنگامی که ظرفیت و اعتماد به نفس والدین در جلسات هفتگی افزایش یافت، این جلسات بازی به محیط خانه منتقل می شوند. درمانگر در طول این دوران انتقالی نیز به کار والدین نظارت داشته و به آن ها کمک می کند مهارت هایی را که یاد گرفته اند، برای تمام شرایط و مسائل زندگی روزمره عمومی سازی کنند. این جلسات می توانند به صورت مستقل و پس از پایان دوره ی درمان در خانه ادامه یابند تا باعث هر چه غنی تر شدن روابط خانوادگی و پیشگیری از مشکلات آتی شوند.

تاکنون FT بیشتر مورد استفاده ی متخصصان بازی درمانی در امریکای شمالی و برخی دیگر از کشورهای خارجی بوده است، اما متخصصان خانواده درمانی و مشاوران خانواده، روانشناسان، روانکاوان، مشاوران و مددکاران اجتماعی نیز علاقه ی روز افزونی به این رویکرد از خود نشان داده اند. جامعه ی روانشناسان امریکا اخیراً یک DVD راجع به این روش ارائه داده (ون فلیت،۲۰۰۸) و دیگر مواد آموزشی FT در بیش از ۶۵ کشور توسط متخصصان مورد استفاده قرار گرفته است. تعدادی نسخه های ترجمه شده نیز از این روش موجود می باشد.

در FT نیز از بازی به عنوان مدیوم اصلی برای تقویت روابط خانوادگی، ایجاد ادراک و احترام بین فرزند و والدین و حل مشکلات کودک و خانواده استفاده می شود. بازی اولین شیوه ای است که کودکان به واسطه ی آن خود را ابراز کرده و با جهان پیرامون خود منطبق می شوند. آن ها هم چنین از طریق بازی، ارتباط و تعلق خاطر ایجاد کرده و در ابعاد مختلف پیشرفت می کنند (شوداکف،۲۰۰۷؛ الکایند،۲۰۰۷؛ گینسبرگ،۲۰۰۷ ؛ اسپیگل،۲۰۰۸؛ ساتون- اسمیت،۲۰۰۸). بازی هم چنین به عنوان مناسبترین شیوه ی سازگار با کودک می باشد تا والدین و دیگر مراقبان با استفاده از آن، احساسات، انگیزه ها، ادراکات، افکار و رفتارهای کودک را درک کنند. بازی در جوهره ی خود نمایانگر زبان اول کودکان است. در نتیجه استفاده از آن در فرآیندهای درمانی بسیار مهم و حیاتی می باشد تا بزرگسالان بتوانند فرهنگ کودکی را هر چه کاملتر درک کنند.

@karnil

FT برای کودکان ۲ تا ۱۲ ساله بیشترین قابلیت کاربرد را دارد، زیرا کودکان در این دوره ی زمانی بیش از همه به بازی های نمادین و خیالی می پردازند. البته ممکن است اصلاحاتی برای کودکان بزرگتر در این شیوه صورت پذیرد تا قابلیت کاربرد برای آن ها را نیز داشته باشد. کودکانی با سابقه ی ضربه های روحی و اختلال در وابستگی و تعلق خاطر، اغلب از نظر رشد احساسی و اجتماعی از سن تقویمی خود عقب می افتند و همان گونه که در این جا توضیح داده خواهد شد، از FT حتی برای نوجوانانی ۱۶ ساله که مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند، استفاده شده است.

فرزند درمانی می تواند به صورت گروهی انجام شود (کاپلین و پرنت، در مطبوعات؛ گوئرنی،۱۹۸۳؛ لاندرس و براتون،۲۰۰۶؛ ون فلیت و اسنیس کاک؛ رایت و واکر،۲۰۰۳) و یا می تواند با خانواده هایی به صورت انفرادی مورد استفاده قرار گیرد (ون فلیت، ۲۰۰۵،۲۰۰۶). از این شیوه برای پیشگیری در مورد خانواده های در خطر یا خانواده هایی با مشکلات اندک استفاده می شود. متخصصان هم چنین از آن به عنوان یک شیوه ی مداخله در طیف گسترده ای از مشکلات کودک و خانواده در تشکیلات گوناگون پزشکی بهره می برند (ون فلیت و گوئرنی، ۲۰۰۳).

اهداف فرزند درمانی

اهداف فرزند درمانی آموزش به والدین برای ایجاد یک محیط امن و قابل پذیرش برای کودکان می باشد تا آن ها بتوانند احساسات خود را به طور کامل ابراز کنند، جهان پیرامون خود را بشناسند، بسیاری از مشکلات شان را حل کرده و به خود و والدینشان ایمان داشته باشند. این شیوه هم چنین به گونه ای طراحی شده تا به والدین کمک کند نسبت به نیازها و احساسات کودکان خود بیشتر مسئولیت پذیر باشند و بهتر بتوانند مشکلات خانواده را برطرف ساخته و تبدیل به والدینی مجرب و با اعتماد به نفس شوند. خانواده ها پس از شرکت دراین شیوه ی درمانی، معمولاً مهارت های ارتباطی بهتری کسب می کنند، هم چنین ارتباطات خانوادگی در آن ها قوی تر شده و قادرند با کارایی بیشتری مشکلات بین فردی را برطرف سازند. فرزند درمانی به ایجاد یک شبکه ی ارتباطی سالم و امن در خانواده

@karnil

کمک می کند. اغلب خانواده ها بر این عقیده اند که این فرآیند لذت بخش بوده و همه در خانواده بیشتر انعطاف پذیر و اهل بازی و تفریح می شوند (ون فلیت،۲۰۰۶،۲۰۰۵).

مهارت های جلسات بازی در فرزند درمانی

در این شیوه والدین می آموزند جلسات بازی غیر هدایت کننده یا کودک-محور را برای کودکان خود برگزار کنند (ون فلیت،۲۰۰۶). این جلسات به صورت "*یک والد-یک کودک*" برگزار می شوند، البته والدین در این جلسات بازی بر کار یکدیگر نظارت داشته و تلاش می شود تمام کودکان خانواده شامل این فرآیند گردند. در این شیوه از آن جهت بازی کودک- محور به کار می رود، زیرا باعث می شود والدین مطالب بیشتری بیاموزند و فرصتی برای کودکان فراهم می آید تا احساسات و نگرانی های خود را ابراز کنند، بر آن ها پیروز شوند و اغلب مشکلات خود را حل کنند. آن ها هم چنین می توانند آرزوها و رؤیاهای خود را مطرح نمایند. ماهیت غیر هدایت کننده ی این جلسات بازی به والدین کمک می کند کودکان خود را همان گونه که هستند و بدون چارچوب های بزرگسالان بپذیرند. احتمالاً مهم ترین بعد این شیوه ایجاد تعلق خاطر می باشد و والدین و کودکان هر چه بیشتر با محتوای دنیای کودکی انطباق می یابند (ویلسون و ریان،۲۰۰۵؛ ون فلیت و اسنیس کاک،۲۰۰۳).

برای این که درمانگران بتوانند به بهترین شکل FT را به اجرا بگذارند، باید در بازی درمانی کودک - محور مهارت کافی داشته باشند و بتوانند به والدین و خانواده ها از دیدگاهی سازماندهی شده بنگرند. درمانگران باید چهار مهارت اولیه ی مورد نیاز در بازی های کودک - محور را دارا باشند:

"***ادراک*** و ***تفسیر*** *دقیق موضوعات بازی در محتوای زندگی کودکان و خانواده،* ***همدلی*** و ***احترام*** *برای والدین که همکاری کامل و بدون کم و کاستی در رویکرد درمان دارند.*" هنگامی که درمانگران خود قادر باشند آنچه را که می گویند در عمل مورد استفاده قرار دهند، آماده هستند والدین را نیز وارد فرآیند درمان کنند.

والدین هم چهار مهارت اولیه برای استفاده در جلسات بازی را می آموزند که

@karnil

می توانند در زندگی روزمره و شرایط گوناگون کاربرد داشته باشند. این مهارت ها در این جا به طور خلاصه توضیح داده می شوند:

- ☑ ***ساختار سازی***. این مهارت ها به کودکان کمک می کند حال و هوای جلسات بازی را درک کرده و بدانند باید منتظر چه چیزی باشند. والدین یاد می گیرند چگونه جلسات بازی را به کودکان خود ارائه کرده، هنگام آغاز جلسه چه بگویند و در پایان جلسه ی بازی، چگونه کودک را توجیه کنند و او را بیرون ببرند. هم چنین به آن ها آموخته می شود با مقاومت احتمالی از جانب کودک بخصوص هنگام ترک جلسه برخورد کنند.
- ☑ ***گوش کردن همراه با همدلی***. این مهارت به والدین کمک می کند افکار و احساسات خود را به طور موقت کنار گذاشته و واقعاً به حرف های کودک شان گوش فرا دهند و تعاملات غیر کلامی او را نیز درک کنند. والدین به کودک اجازه می دهند او هدایت کننده ی جلسات بازی باشد و راجع به محتوای آن پیشنهاد، سؤال، دستورالعمل یا آموزش خاصی ارائه نمی دهند. آن ها به طور خلاصه افکار، احساسات و رفتارهای اصلی کودک را با صدای بلند منعکس کرده تا علاقه، ادراک و پذیرش خود را به او نشان دهند و کودک متوجه شود آنچه انجام می دهد، برای آن ها مهم است.
- ☑ **بازی های خیالی کودک- محور**. این مهارت ها باعث می شود کودک گونه ای دیگر از همدلی و تعلق خاطر والدینش را درک کند. هنگامی که کودکان با خود بازی می کنند، والدین از مهارت قبلی یعنی گوش کردن همراه با همدلی استفاده می کنند. اما هنگامی که کودکان آن ها را به بازی دعوت می کنند، مهارت های بازی خیالی اولویت بیشتری می یابد. والدین هنگامی که کودک بخواهد، در این بازی های خیالی شرکت کرده و آنچه را که او می خواهد، وانمود می کنند و یا نقشی که به آن ها داده

@karnil

شده را ایفا می نمایند. با استفاده از ایـن مهـارت، والـدین بیشـتر مانند یک بازیگر پیرو دسـتورالعمل هـای کـارگردان بـازی یعنـی کودک خود می شوند و به این شکل موضـوعاتی در بـازی شـکل می گیرند که برای کودک مهم هستند.

☑ **مهارت ایجاد قوانین.** این مهارت برای حفظ امنیـت کـودک و والد کاربرد دارد تا در زمان های مورد نیاز محدودیت هایی اعمال شود. هر چند تعداد محدودیت هـا در جلسـات بـازی بـه حـداقل می رسد، اما زمان هایی پیش می آید که والدین بایـد قـوانینی را اعمال کنند تا از افراد و اموال محافظت گردد و به کودکان کمـک شود انضباط فردی و پذیرش مسئولیت برای نتیجه ی رفتارشـان را بیاموزند. این محدودیت ها به کودکان یاد می دهد هنگامی که رفتار آن ها مخرب یا خطرآفرین است، انرژی خـود را صـرف کـار دیگری کنند. در این رابطه یک رویکرد سه مرحله ای بـه والـدین آموخته می شود: **(الف)** هنگامی که قانونی برای اولین بـار نقـض شد، والدین آن را مشخصاً اعلام کرده و کودک را بـه سـمت کـار دیگری سوق می دهند. **(ب)** هنگامی که کودک قانون مشابهی را برای بار دوم نقض کرد، آن قانون برای او توضیح داده می شـود و هم چنین به او گوشزد می شود اگر دوباره این رفتار تکرار گـردد، جلسه ی بازی به اتمام خواهد رسید و سـپس کـودک بـه سـوی فعالیت دیگری سوق داده می شود. **(ج)** اگر کودک برای سـومین بار قانون مشابهی را نقض کرد، تذکر داده شده اعمـال مـی شـود یعنی جلسه ی بازی به پایان خواهـد رسـید. ایـن فرآینـد دوبـاره سرعت، قدرت و نفوذ والدین را در زمان های مورد نیاز جـایگزین می سازد. از آن جا که حتی مشکل دارترین کودکان نیز انگیزه ی بسیار زیادی برای بازی کردن به این شیوه را دارند (بازی کـودک – محور)، معمولاً بار دوم رفتار خود را تصحیح می کنند.

درمانگر به والدین کمک می کند به مهـارت پنجمـی نیـز دسـت یابنـد، یعنـی

@karnil

"تفسیر موضوعات بازی" و این مهارت هنگام مباحثاتی اکتساب می شود که پس از هر جلسه ی بازی شکل می گیرد و کودک بـه خـارج از جلسـه و محـل مراقبـت از کودکان فرستاده می شود و دیگر در جلسه حضور فیزیکی نـدارد. درمـانگر در ایـن مباحثات به والدین کمک می کند الگوهای تکراری و پررنگ بـازی کـودک خـود را شناسایی کرده تا بتوانند توضیحاتی برای مفاهیم احتمالی ارائه دهند. این تفاسیر بـا کودک در میان گذاشته نمی شود، اما باعث ادراک بیشتر والـدین از کودکـان خـود شده تا در صورت لزوم تغییراتی در خانواده اعمال گردد.

برخی ممکن است به فقدان استفاده از اعمال نفوذ بر روی کودکان در جلسـات بازی اشاره کنند. باید گفت هر چند متخصصان فرزند درمـانی بـه والـدین آمـوزش می دهند خصوصاً نزدیک به پایان جلسه از شیوه های اعمال نفوذ استفاده کنند، اما در طول بازی هرگز از آن استفاده نمی شود، زیرا جلسات بازی غیر هدایت کننده بر اساس اصول راجر شـکل گرفتـه وعناصـری ماننـد قضـاوت یـا انتقـاد از آن حـذف شده اند. هدف از این جلسات اجازه ی ابراز وجود آزادانه به کودکـان مـی باشـد، در حالی که اعمال نفوذ باعث تغییر در رفتار کودک مـی گـردد. درمـانگران در فرآینـد FT از جلسات بازی استفاده می کنند تا به کودکان اجازه داده شود هفته ای یکبـار خودشان باشند و آزاد از دستورات بزرگترهـا عمـل کننـد و در واقـع دیگرخبـری از راهنمایی هایی بزرگسالان که البته در طول زندگی آن هـا لازم مـی باشـد، نیسـت. والدین نیز آغاز به دیدن کودکان خود همان گونه که هستند، می کننـد. اسـتفاده از اعمال نفوذ در این جلسات باعث کاهش یا از بین رفتن احساس پـذیرش مـی شـود که خصوصاً در این شیوه از بازی درمانی بسیار مهم است، زیرا موجب شـکل گیـری عنصر قضاوت در رویکرد درمان می شود. عمده توجه FT معطوف بـه ایجـاد روابـط می باشد تا فرمانبری کودکان؛ متخصصان فرزند درمانی از ارزش اعمـال نفـوذ آگـاه هستند، اما به والدین کمک می کنند آن را در زندگی روزمره به کـار گیرنـد، نـه در جلسات بازی.

@karnil

مراتب فرزند درمانی

فرزند درمانی به میزان قابل توجهی انعطاف پذیر بوده و امکان انطباق آن برای خانواده ها، تشکیلات، فرهنگ ها، مشکلات و چارچوب های زمانی مختلف وجود دارد. در این شیوه اغلب به ۱۵ تا ۲۰ جلسه ی یک ساعته نیاز می باشد. برای خانواده هایی که به صورت انفرادی درمان می شوند، همان مدت یک ساعت کافیست اما برای درمان خانواده ها به صورت گروهی، اغلب به جلسات ۲ ساعته نیاز است که بین ۱۰ تا ۲۰ هفته ادامه دارند. خانواده هایی که مشکلات پیچیده تری دارند، ممکن است به مدت زمان طولانی تری نیاز داشته باشند. در حالی که مسلماً تفاوت هایی بین ساختارهای متعدد فرزند درمانی که در حال حاضر از آن ها استفاده می شود، وجود دارد اما به طور کلی همه ی آن ها پیرو مراتب مشابهی هستند.

در این جا به چارچوب اصلی و نکات مهم این شیوه پرداخته می شود. در ابتدا درمانگر جلسه ای را صرف مشاهده ی بازی خانوادگی می کند. در این جلسه هیچ نوع آموزشی به خانواده ارائه نشده و درمانگر تقریباً حدود ۲۰ دقیقه بازی آن ها را مورد بررسی قرار می دهد. سپس از والدین خواسته می شود شباهت ها و تفاوت های بازی خانوادگی خود را با توجه به بازیشان در خانه مطرح کرده، به دقت به مسائل گوش دهند و هم چنین از آن ها سؤالاتی پرسیده می شود تا اهداف درمان برای خانواده ها بیشتر آشکار شود.

در مرحله ی دوم درمانگر منطق و شیوه های FT را برای والدین توضیح داده، از آن ها می خواهد سؤالات خود را بپرسند و با دقت به گفته های آن ها گوش می دهد و در این فرآیند والدین را به عنوان شرکای درمان و همکاران خود تلقی می کند. والدین تشویق می شوند راجع به ابعاد گوناگون درمان و مسائلی که برای آن ها مبهم است، سؤال کنند تا مباحثات به صورتی باز و بدون محدودیت انجام گیرد.

در مرحله ی سوم درمانگر به صورت خلاصه بازی انفرادی و غیر هدایت کننده با هر کدام از کودکان خانواده را نشان می دهد و والدین کار او را مشاهده می کنند. او سپس جلسات بازی را به طور کامل برای والدین شرح داده و سؤالات آن ها را

@karnil

پاسخ می دهد. بسیاری از والدین مشتاق انجام این کار هستند، اما برخی دیگر نیز نسبت به شرکت کردن در فرآیند درمان دچار اضطراب می شوند. درمانگر باز هم با حالتی پذیرا و دلسوزانه به آن ها واکنش نشان می دهد. این توجه اولیه به نیازهای والدین منجر می شود که آن ها نهایتاً به طور کامل و همه جانبه جذب فرآیند درمان شوند.

در مرحله ی چهارم بخش آموزشی آغاز می شود و درمانگر مهارت های مورد نیاز در جلسات بازی را به والدین آموزش می دهد. در این مرحله درمانگر از یک رویکرد آموزشی چندگانه استفاده می کند که شامل توضیح مهارت ها، نشان دادن به صورت عملی، تمرین کردن مهارت ها با والدین و هدایت و بازخورد از طرف درمانگر می باشد. فرآیند آموزش در دو جلسه ی بازی آزمایشی با هر والد تکمیل می شود. در این جلسات درمانگر و والد به اتاق بازی رفته و درمانگر وانمود می کند که کودک است. والد نیز تلاش به استفاده از چهار مهارتی دارد که آن ها را آموخته است. درمانگر در طول جلسه او را هدایت می کند و در پایان جلسه به بحث راجع به عملکردهای والد پرداخته می شود. درمانگر نیز بازخوردهای خود را ابراز می کند که البته عمده ی آن ها مثبت هستند. او هم چنین پیشنهاداتی برای پیشرفت مهارت های مورد نیاز به والدین ارائه می کند. هنگامی که دو یا چند تن از والدین به صورت گروهی در جلسات شرکت می کنند، همه ی آن ها عملکردها و بازخوردهای یکدیگر را مشاهده کرده و از کار هم در این جلسات آزمایشی مطالبی می آموزند.

در مرحله ی پنجم والدین جلسات بازی را به صورت مجزا با کودکان خود و تحت نظارت مستقیم درمانگر اجرا می کنند. تمام کودکان خانواده در این فرآیند شرکت داشته و والدین هر هفته به نوبت با آن ها بازی می کنند. نوجوانان اغلب به جای شرکت در جلسات بازی و استفاده از اسباب بازی ها، اوقات خاصی را با والدین خود می گذرانند. پس از گذشت ۲۰ الی ۳۰ دقیقه از جلسه ی بازی با کودکان، درمانگر به تنهایی با والدین ملاقات می کند و راجع به مفاهیم احتمالی بازی هر کودک بحث می شود و بازخوردهایی ارائه می گردد. در تمام مدتی که فرضیاتی برای موضوعات بازی بررسی می شوند، محتوای زندگی کودک در نظر گرفته

@karnil

مـی شـود. هنگـامی کـه جلسـات بـازی درمـانی در FT ادامـه مـی یابـد، مسـائل روان پویشی خانواده به صورت اجتنـاب ناپـذیری ظهـور مـی کننـد و درمـانگر بـه خانواده ها کمک می کند آن ها را درک کرده و در صـورت نیـاز مسـائل را برطـرف سازند.

در مرحله ی ششم والدین شروع بـه برگـزار کـردن جلسـات بـازی بـه صـورت مستقل در خانه می کنند. معمولاً پس از گذشت ۴ تا ۶ جلسه بـازی تحـت نظـارت درمانگر، والدین مهارت کافی را در این زمینه کسب کـرده و انتقـال جلسـات در آن زمان آغاز می شود. درمانگر هنوز هم بر جلسات خانگی در ملاقات های هفتگـی یـا دو هفته ای با والدین نظارت دارد و سپس فرآیند عمـومی سـازی مهـارت هـا آغـاز می شود. درمانگر به والدین کمک می کند مهارت های شان را برای استفاده خـارج از جلسات بازی انطباق دهند و مهارت های دیگری نیز به آن ها آموزش مـی دهـد. جلسات فرزند درمانی می تواند پس از پایان دوره ی درمان و تا زمانی که کودکان و خانواده ها از آن بهره می برند، ادامه یابد.

بنیان های نظری فرزند درمانی

احتمالاً تاکنون تعدادی از نظریات بـه کاررفتـه در شـیوه ی فرزنـد درمـانی بـا توضیحات ارائه شده در بخش های قبل شناخته شده اند. این شـیوه از همـان آغـاز، جهت گیری های نظری گوناگونی را با یکدیگر ترکیب کرده و آن هـا را تبـدیل بـه یک کل واحد نموده است. در این جا به طور خلاصه به نظریـه هـایی پرداختـه مـی شود که بنیان FT را شکل داده اند.

گفته های لوئیس گوئرنی (۲۰۰۳) جـوهره ی اصـلی فرزنـد درمـانی را آشـکار می سازد:

"فرزند درمانی یک مدل آموزشی از مداخله است که تغییر در آن به واسـطه ی اکتساب مهارت ها یا رفتارهای جدیـد حاصـل مـی شـود و ایـن رفتارهـا جـایگزین رفتارهای نامناسب قبلی می شوند. این هدف از طریق شیوه های آموزش مهارت بـه صورت سازماندهی شده بدست می آید. در این مدل آموزشـی، مهـارت هـای ایجـاد تغییرات مثبت در دیگران، می تواند از طریق عواملی ارائه شود که خود آن ها افـراد

@karnil

نیمه متخصص یا غیر متخصص باشند و کل فرآیند تحت آموزش و نظارت افراد متخصص انجام گیرد" (گوئرنی، استولاک و گوئرنی، ۱۹۷۰؛ آتیر، گوستافسون، گوئرنی و کاسدورف،۱۹۷۵). این شیوه در واقع نمونه ای کاملاً متفاوت از انتقال خدمات در مقایسه با مدل های درمانی کلاسیک می باشد و آموزش در آن تأثیر مثبتی برفرآیند درمان دارد.

FT یک رویکرد نظری تلفیقی شامل عناصر رفتار درمانی می باشد. از شیوه های رفتاری استفاده می شود تا به والدین مهارت های مورد نیاز برای اجرای جلسات بازی آموخته شود. از الگوسازی، ایفای نقش و اجرای رفتارهای گوناگون نیز استفاده می شود تا هر چه بیشتر بر اجرای جزئیات و گام های هر چند کوچک فرآیند درمان تأکید شود. تمام این آموزش ها در محیطی پذیرنده، گرم، مثبت و همراه با همدلی انجام می گیرد (استفاده از اصول راجرز) که باعث بهینه شدن فرآیند یادگیری و بروز تغییرات مثبت می گردد. در نتیجه نظارت هم مرتبط با استفاده ی والدین از مهارت های بازی درمانی و هم به احساس آن ها راجع به فرآیند آموزش و مداخله ای که در آن شرکت کرده اند می شود. از آن جا که والدین خود فراهم کننده ی این مداخله برای کودکان شان هستند، استفاده ی بهینه از مهارت ها همواره مورد تأکید می باشد، اما پیش زمینه ای که این آموزش در آن نهادینه شده، همان وضعیت عاطفی آنهاست. در این شیوه این دو حوزه با یکدیگر تلفیق شده اند و به همین علت از فرزند درمانی به عنوان یک شیوه ی پویا و آموزشی یاد می شود. (آندرونیکو، فیدلر، گوئرنی و گوئرنی،۱۹۶۷). در هر حال مشاهده ی تلاش های والدین برای اعمال مهارت های گوناگون در جلسه ی بازی و حل مشکلات بسیار جالب توجه می باشد. دیگر مسائل عاطفی و بین فردی نیز ارتباط مستقیمی با به کارگیری صحیح این مهارت ها در مورد کودکان دارند و از آن جا که والدین می توانند بهتر کودکان خود را کنترل کرده و همدلی بیشتری با آن ها داشته باشند، این روش باعث رشد شخصیت خود آن ها نیز می شود.

فرزند درمانی از بنیان های نظری گوناگون و متعددی شکل گرفته است که از میان آن ها می توان به رویکردهای رشد، وابستگی، علوم انسانی (اصول راجرز)، شیوه های روان پویشی، رفتار درمانی، آموزش اجتماعی، شناخت درمانی و

@karnil

سیستم های حل مشکلات بین فردی و خانوادگی اشاره کرد. هر چند پیش فرض های بنیادین راجع به رشد انسان و فرآیند های تغییر و تحول در این نظریات تفاوت چشمگیری دارند، اما در فرزند درمانی همه ی آن ها به شیوه ای بسیار مناسب تبدیل به یک کل واحد شده اند که به علت ماهیت روان پرورشی و آموزشی آن می باشد. کاربرد این نظریات در FT بر کودکان، والدین، رابطه ی آن ها با یکدیگر و کل خانواده تأثیر می گذارد. یادآوری این نکته بسیار مهم است که در FT بیمار در واقع نه کودک است نه والد، بلکه این رابطه بین آنهاست که مورد توجه قرار می گیرد. اولین و مهم ترین هدف فرزند درمانی، تقویت روابط خانوادگی و رابطه بین والد و کودک است. مطیع شدن کودک در این شیوه هدف اصلی نیست، اما بهبود روابط تقریباً همیشه منجر به بهتر شدن رفتار کودک در زمانی نه چندان طولانی می شود (کاودو و برنارد گوئرنی، ۱۹۹۹؛ لوئیس گوئرنی،۲۰۰۳ و گینسبرگ ۲۰۰۴،۲۰۰۳). خواننده باید این نکته را در ذهن داشته باشد که تمامی این بنیان های نظری، اجزای مهم و حیاتی کاربرد مؤثر FT هستند. درهر حال تا آن جا که مربوط به هدف این کتاب می باشد، در ادامه ی این بخش بیشتر بر تأثیر تلفیق بازی درمانی غیرهدایت کننده و CBT پرداخته شده است.

سهم بازی درمانی و CBT در FT

هر چند استفاده از دیگر مداخلات در کنار فرزند درمانی مانند بازی درمانی (PT) یا رفتار درمانی شناختی (CBT) کاملاً امکان پذیر است، اما اغلب اوقات نیازی به آن ها نیست، زیرا FT از عناصر قدرتمند هر دو رویکرد بهره می گیرد. برنارد گوئرنی در این زمینه می گوید (۱۹۷۷): *"دیدگاه ما این است که شیوه های آموزشی که در برنامه های RE وجود دارند (برنامه های RE یا بهبود روابط که شامل FT می شوند)، در اغلب موارد بسیار بیشتر از روان درمانی های انفرادی یا گروهی کلاسیک مفید هستند. در هر حال به هیچ وجه برنامه های RE را با روانکاوی یا دیگر شیوه های روان درمانی، غیر قابل انطباق فرض نمی کنیم."* (ص ۲۲). درمانگرانی که آموزش و تجربه ی کامل در FT دارند، اغلب به این نکته اشاره کرده اند که این شیوه بیشتر نیازهای کودک و خانواده را به صورت مستقیم

@karnil

در برمی گیرد و مداخلات دیگر تنها در مورد مسائل بسیار حاد یا وضعیت هایی که چندین مشکل به طور همزمان وجود دارند، مورد نیاز می باشند. FT با پرداختن به جوهره ی نیازهای ارتباطی و تعلق خاطر تمام اعضای خانواده، ظاهراً باعث کاهش نیاز به استفاده از شیوه های درمانی مکمل شده است، زیرا اغلب این شیوه ها در فرآیند FT وجود دارند.

فرزند درمانی به شیوه ای غیر قابل باور ساده است. این فرآیند بسیار واضح و به دور از پیچیدگی ها بوده و درمانگر به سادگی مهارت هایی را به والدین آموزش می دهد و والدین نیز از آن ها در جلسات بازی با کودک استفاده می کنند. کودکان نیز در مطرح کردن مشکلات شان پیشرفت کرده، والدین احساس رضایت و اطمینان بیشتری می کنند و روابط خانوادگی قوی تر می شود. در هر حال درمانگر در ورای تمام این مسائل باید با تفکر و کارایی ویژه ای پاسخگوی نیازهای کودکان و والدین باشد و به عناصر پویای موجود در روابط خانوادگی بپردازد تا از موفقیت خانواده اطمینان حاصل کند. در این شیوه اعضای خانواده کنترل محتوای درمان را در دست دارند، در حالی که درمانگر مسئول کل فرآیند می باشد.

بخش بازی درمانی FT بنا به دلایلی که در ابتدای این بخش ذکر شد، غیر هدایت کننده است. بازی درمانی کودک - محور بر اساس اصول راجرز و آکسلین (۱۹۴۷،۱۹۶۹)، شکل گرفته است. والدین از مهارت های آموخته شده در جلسات بازی استفاده می کنند تا شرایطی پذیرنده و امن ایجاد شود که کودکان در آن آزاد هستند خود را ابراز و شناسایی کرده تا پیشرفت کنند. در طول این جلسات والدین از عمده رفتارهای عادی که برای هر پدر و مادری طبیعی است، منع می شوند؛ مانند سؤال پرسیدن و پیشنهاد کردن. هم چنین از آن ها خواسته می شود کاملاً احساسات و علایق کودک را درک کرده و این مسئله را بروز دهند. به این شکل کودک می تواند ساعتی را در هفته روی توجه و علاقه ی بی چون و چرای والدین خود حساب کند. این فرآیند باعث ایجاد یا بوجود آمدن مجدد ارتباطی سالم می شود که کودک در آن به خود و والدینش اعتماد پیدا می کند. این جلسات بازی به والدین کمک می کنند محیط امن تری برای کودکان خود فراهم آورند تا آن ها بتوانند خود و دنیای پیرامون شان را بهتر بشناسند. از سوی

@karnil

دیگر والدین نیز تأثیر این ارتباطات سالم را احساس کرده و اغلب از این رابطه لـذت و آرامش بیشتری کسب می کنند. روابط تأثیرات پیرامـونی گونـاگونی دارنـد و FT کمک می کند این تأثیرات در جهت مثبت برای همه افرادی که با یکـدیگر ارتبـاط دارند، حرکت کند.

ماهیت پرورشی و پذیرای جلسات بازی در FT باعث گسترش تمامی احساسات و انگیزه های کودک می شود، اما الزاماً تمام رفتارها را مورد تأیید قرار نمی دهد. در حالی که محیط این جلسات بازی به گونه ای طراحی شده تا باعث کـاهش نیـاز بـه ایجاد محدودیت ها شود، اما زمان هایی وجود دارد که ممکـن اسـت رفتـار کـودک خطرسـاز باشـد. در چنـین مـواقعی والـدین از مهـارت ایجـاد محـدودیت اسـتفاده می کنند. مرزها و محدودیت ها برای کودکان مهم هستند تا آن ها احساس امنیـت کرده و نسبت به خود مسئولیت پذیر باشند. به این شکل فرآیند درمـان در شـرایط واقعی نیز مفید خواهد بود. آکسـلین نیـز در اصـول خـود راجـع بـه بـازی درمـانی غیر هدایت کننده، به این مسئله اشاره کرده است (۱۹۶۹). از دیدگاه کودکـان ایـن تعادل بین تنبیه و محدودیت هاست که محیطی را برای آن ها ایجـاد مـی کنـد تـا بتوانند بلادرنگ خود را در آن ابراز داشته، راه حل هایی برای مشکلات شـان بـدون ترس از انتقاد ارائه کنند و نسبت به والدین خود احساس نزدیکی و اعتماد بیشـتری داشته باشند.

استفاده از مهارت های همـدلی و پـذیرش در مـورد والـدین نیـز کـاربرد دارد. درمانگر با استفاده از اصول راجرز برای والدین به شیوه ای کاملاً مشـابه بـا والـدینی که به فرزندان خود کمک می کنند، آن ها را هـدایت مـی کنـد. درمـانگر در تمـام مدت با دلسوزی کامل با والدین و احساسات و نگرانی های آن ها همدلی کرده و به آن ها کمک می نماید احساس کنند پذیرفته شده و در فرآیند درمان نقـش دارنـد. متخصصان فرزند درمانی همگی در این اعتقاد شریک هستند که والدین این توانایی را دارند تا بسیاری از مشکلات خود را در این محتـوی حـل کننـد. ایـن دیـدگاه در موازات این عقیده قرار می گیرد که کودکان نیز می توانند در جلسات بازی درمانی، بسیاری از مشکلات شان را حل نمایند. درمانگران در طول فرآیند FT دیدگاه هـا و مهارت های مورد نیاز برای والدین را الگوسازی می کنند تـا آن هـا بتواننـد از ایـن

@karnil

مهارت ها برای کودکان شان استفاده نمایند. این کار نه تنها به فرآیند یادگیری والدین کمک می کند، بلکه هم چنین باعث می شود آن ها احساس کنند درک شده، مورد احترام قرار گرفته اند و در اجرای فرآیند درمان سهیم هستند. همه ی این عوامل در ایجاد یک رابطه ی کاری- مشارکتی حقیقی نقش عمده ای دارند. در این رابطه می توان فعل و انفعال بین اصول ارتباطی، رفتاری و بشردوستانه را برای موفقیت آمیز بودن فرآیند درمان برای تمام خانواده مشاهده کرد.

همدلی بخش مهمی از FT در تمام مدت می باشد. درمانگر نسبت به والدین احساس همدلی خود را نشان می دهد و والدین نیز آن را نسبت به فرزندان شان ابراز می کنند. درمانگر در طول فرآیند آموزش والدین، به میزان بسیار زیادی از اصول آموزش اجتماعی و رفتاری استفاده می کند که در نظارت جلسات بازی نیز ادامه می یابد. اصول شناخت درمانی نیز ممکن است در زمان های گوناگونی در FT مورد استفاده قرار گیرند، اما می توان این اصول را بیش از همه در جلسات بازخورد مشاهده کرد، یعنی زمانی که درمانگر به والدین کمک می کند بازی کودک و واکنش خود نسبت به آن را درک کنند. این مسائل در ادامه و در مراحل کلیدی فرآیند FT مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

مرحله ی پذیرش و توصیه

درمانگر هنگامی که برای اولین بار مسائل مربوط به والدین را مورد بحث قرار می دهد، تلاش می کند احساسات آن ها را تا سرحد امکان درک کند. این شیوه باعث بدست آمدن اطلاعات بیشتری نسبت به تکنیک های پرسشی کلاسیک می شود که هم ارتباط بیشتری با مشکلات والدین دارد و هم باعث بوجود آمدن یک رابطه ی شراکتی در همان اولین جلسه می شود. درمانگر پس از جلسه ی اول با والدین و مشاهده ی بازی خانوادگی و بحث راجع به آن، در زمان مناسب فرآیند FT را پیشنهاد می دهد. در این مرحله درمانگر اصول و ارزش های FT را همراه با اطلاعاتی خاص در رابطه با این که والدین باید انتظار چه چیزی را از این فرآیند داشته باشند، با صداقت و شفافیت کامل بازگو می کند (ون فلیت،۲۰۰۰). به والدین به طور کامل آگاهی داده می شود تا آن ها بتوانند بهترین انتخاب برای

@karnil

خانواده ی خود را داشته باشند. اگر آن ها پرسش یا انتقادی داشته باشند، درمانگر به طور کامل به سخنان آن ها گوش فرا می دهد تا والدین اطمینان حاصل کنند او کاملاً آن ها را درک کرده و بی طرف است. مسئله ی اصلی در این جا کمک به والدین است تا ارتباط بالقوه ی این رویکرد با مشکل خود را مشاهده کنند، خصوصاً به این علت که ممکن است کارایی این شیوه دور از انتظار آن ها باشد. به نظر می رسد خانواده ها این سطح از توضیحات را بسیار می پسندند. مباحثه راجع به انتظارات، اهداف و شیوه های درمانی باعث می شود والدین به طور کامل در فرآیند تصمیم گیری نقش داشته باشند و قدرت و ویژگی های FT را درک کرده و برای آن ارزش قائل شوند. این سطح از شفافیت همراه با تأکید FT بر انطباق مسائل با زمان حاضر به جای مشکلات گذشته، نشان دهنده ی اصول CBT و انسان دوستانه در کار می باشد.

به طور مثال پس از این که درمانگر فرآیند FT را به والدی پیشنهاد کرده است، ممکن است او بپرسد: *"من درست متوجه نمی شوم این فرآیند چگونه کار می کند و تا به حال هر چه که به فکرم می رسیده امتحان کرده ام. آیا شما حقیقتاً می توانید به کودک من کمک کنید؟"* درمانگر می تواند به این شکل پاسخ دهد:

"امتحان مداوم شیوه هایی که ظاهراً کار نمی کنند، حتماً باید دلسرد کننده و مأیوس کننده باشد. شما در این مسئله ابهام دارید که آیا این شیوه موفقیت آمیز است یا خیر؟ می توانم متوجه شوم، بسیار سخت تلاش کرده اید تا والد خوبی باشید و کارهای بسیار زیادی نیز انجام داده اید، اما با FT شما مجبور نیستید همه ی کار را به تنهایی انجام دهید. ما در این فرآیند با یکدیگر شریک می شویم. در این مورد که کودک شما چگونه است؛ خودتان بهترین متخصص در دنیا هستید و من نیز در این شیوه ی درمانی تخصص دارم. فکر می کنم ما با یکدیگر بتوانیم یک تیم خوب تشکیل داده و نهایتاً این مشکل را حل کنیم. آیا تمایل دارید دفعه ی بعد یکی از این جلسات بازی را با کودک شما انجام دهم و شما ناظر این فرآیند باشید؟ فکر می کنم پس از آن جلسه بتوانیم بیشتر با یکدیگر صحبت کنیم."

@karnil

مرحله ی آموزشی

در این مرحله از FT شیوه های رفتار درمانی غالب هستند، البته درمانگر هنوز هم به همدلی و پذیرش خود ادامه می دهد. اصول شرطی سازی کنشگر[۲۳۴] و تئوری آموزش اجتماعی باعث حصول اطمینان از انگیزه و موفقیت والد می شود.مدل آموزشی FT چهار گام اصلی دارد: *"توضیح، الگوسازی، اجرای عملی مهارت ها و بازخورد"* (لوئیس گوئرنی،۱۹۸۳؛ ون فلیت،۲۰۰۶،۲۰۰۵).

توضیح. درمانگر ابتدا چهار مهارت مورد نیاز درجلسات بازی را همراه با منطق استفاده از آن ها، شیوه ها (مانند به کاربردن کدام واژه ها، ژست ها یا دیگر حرکات غیر کلامی) و مثال ها توضیح می دهد (که مستقیماً از جلسه ی بازی ای انتخاب شده که درمانگر در هفته ی گذشته شاهد آن بوده است). توضیحات معمولاً به صورت خلاصه ارائه می شوند و درمانگر انتظار ندارد که والدین تمام جزئیات را به خاطر بسپارند.

الگوسازی. درمانگر سپس الگویی از مهارت مورد نظر را ارائه می دهد. این کار می تواند به شیوه های مختلف صورت گیرد. گاهی اوقات این الگوسازی در طول جلسات بازی ارائه می شود یا فیلم آن به والدین نشان داده شده و یا حتی از ایفای نقش به صورت همزمان استفاده می گردد. به نظر می رسد بهترین الگوسازی بیش از همه با این فرآیند مرتبط است، یعنی زمانی که والدین درمانگر را در حال اجرای جلسات بازی غیرهدایت کننده با کودکان شان مشاهده می کنند.

اجرای عملی مهارت ها. درمانگر سپس به والدین کمک می کند مهارت های کسب شده را مورد استفاده قرار دهند. احتمالاً یکی از مؤثرترین و کارآمدترین شیوه ها برای انجام این کار، جلسات آزمایشی بازی می باشد که در اصل، یک تمرین قبل از اجرا برای جلسات بازی حقیقی هستند. درمانگر به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه وانمود می کند که یک کودک است و به شیوه ای بازی می کند تا والدین بتوانند همه ی مهارت های کسب شده را به اجرا بگذارند. به طور مثال درمانگر در

****

[234] *Operant Conditioning*

@karnil

حالی که والد راجع به وارد شدن به اتاق بازی جملاتی را ارائه می کند، صبر کرده تا او سخنانش تمام شود. سپس با او بازی می کند تا والد بتواند از مهارت شنیدن همراه با همدلی استفاده کند. بعد از والد می خواهد با او بازی کرده و یک نقش خاص را به او ارائه می دهد (بازی تخیلی کودک- محور). سپس وانمود می کند قانونی را نقض کرده تا والد از مهارت تعیین محدودیت استفاد کند. درمانگر بازی را منطبق با توانایی های والد پیش می برد و گاهی اوقات جملات تشویقی کوتاهی را نیز به او می گوید. این فرآیند باعث شکل گیری اصول همکاری بین آن ها می شود. گام هایی که در مسیر درست برداشته شوند هر قدر هم کوچک باشند، برای والدین موفقیت به شمار رفته و درمانگر نیز آن ها را به همین شکل می پذیرد.

تذکرات و الگوسازی می توانند در طول جلسات بازی آزمایشی نیز استفاده شوند. اگر والدین ابعاد کلیدی یکی از مهارت ها را نادیده بگیرند و یا از مسیر منحرف شوند، درمانگر می تواند به آن ها سرنخی ارائه کند. او به طور مثال می تواند بگوید: *"در توضیح این که در حال انجام چه کاری هستم، عملکرد خوبی داشتی. حالا به صورت من نگاه کن. می تونی بگی چه احساسی دارم؟"* درمانگر هم چنین می تواند والدین را تشویق کند؛ اگر والدین بسیار ساکت باشند و یا ندانند چگونه واکنش نشان دهند، درمانگر می تواند عبارتی را برای آن ها بازگو کند، به طور مثال: *"چرا از جمله ای شبیه به این استفاده نمی کنی. تو نگران این هستی که شاید بلوک ها بریزن."* حتی اگر والدین از عبارت درمانگر نیز تقلید کنند، او باز هم آن ها را تشویق می کند. مقدار و زمانبندی چنین جملات ویا سرنخ هایی بسیار مهم است تا والدین گمان نکنند قادر به انجام هیچ کاری نیستند. این مداخلات تنها در صورت نیاز استفاده می شوند تا اطمینان حاصل شود والدین موفق می شوند. تذکر این نکته باز هم لازم است که اصول شکل گیری مهارت ها باید بیشتر باعث سازماندهی نظریات درمانگر شوند، نه این که به تمایلات کمال گرایانه ای او بپردازند!

این فرآیند شکل دهی در طول مرحله ی آموزشی نیز در ابعاد گسترده تری استفاده می شود. درمانگر حداقل دو یا سه جلسه ی بازی آزمایشی را با والدین اجرا می کند و همان گونه که مهارت های آن ها بیشتر می شود، این جلسات نیز از

@karnil

دشواری کمتری برخوردار می شوند. یادگرفتن اجرای این جلسات ممکن است برای خود درمانگران نیز چالش برانگیز باشد، زیرا باید اصول بازی و رفتاری را در آن واحد به کار گیرند، در حالی که این دو، فرآیندهای ذهنی کاملاً متفاوتی هستند. درمانگر باید به صورت واقعی مانند یک کودک بازی کند، در حالی که واکنش و پیشرفت والد را نیز باید به دقت ارزیابی کرده و بازی را به گونه ای انطباق دهد که نتیجه ی کار برای والد موفقیت آمیز باشد. در همین زمان درمانگر باید از مهارت های رفتاری نیز استفاده کند تا هدایت و بازخوردهای آنی به والدین ارائه دهد و باعث از بین رفتن اضطراب و حفظ انگیزه ی آن ها شود. هنگامی که درمانگر خود در اجرای این جلسات مهارت داشته باشد، آن ها تبدیل به ابزاری بسیار ارزشمند برای کمک به والدین در یادگیری سریع و بهینه ی مهارت های مورد نیاز در جلسات بازی اصلی با کودک شان می شوند.

بازخورد. علاوه بر بازخوردهای آنی که درمانگر در طول جلسات بازی آزمایشی به والدین ارائه می دهد، در پایان هر جلسه نیز مسائل به صورت دقیق تری بررسی می شوند. درمانگر از والد می خواهد راجع به تجربه ی خود از این جلسه سخن بگوید: *"استفاده از کدوم مهارت ها بیش از همه ساده یا سخت بود؟"* درمانگر پس از گوش دادن به پاسخ های والدین، بازخوردهای کامل تری راجع به مهارت های آن ها نشان می دهد. در این بخش تأکید بسیار زیادی به شفاف و مثبت بودن کلام شده است:

- *"هنگامی که بلوک ها رو به سمت تو پرتاب کردم، دستتو بالا بردی و منو صدا زدی و من می تونستم بشنوم لحن صدای تو چگونه تغییر کرده و قاطعیت بیشتری در اون وجود داشت. کار تو یک مثال عالی از مهارت ایجاد محدودیت بود."*

حداقل ۷۵ درصد از این بازخورد متمرکز بر کارهایی است که والد به خوبی انجام داده است. درمانگر هم چنین پیشنهاداتی برای پیشرفت ارائه می کند. معمولاً در هر جلسه یک یا دو پیشرفت برای تسهیل پیشبرد روند درمان بدون اعمال فشار زیاد بر روی والدین و مأیوس کردن آن ها کافی می باشد. تأکید بیشتر بر روی کارهایی است که والدین می توانند به صورت متفاوت انجام دهند، نه این که چه کاری را اشتباه انجام داده اند:

@karnil

- "شیوه ای که توضیح دادی من چطور خونه ی عروسکی رو می چینم، خیلی خوب بود. تو هیچ سؤالی نپرسیدی و تا زمانی که من نخواستم به من کمک نکردی. این برخورد بسیار عالی بود. دفعه ی بعد ببین آیا می تونی به احساسات بیشتری در من پی ببری و به اونها اشاره کنی؟ به طور مثال هنگامی که من توالت رو بالا گرفتم و خندیدم، می تونستی چیزی مشابه با این به من بگی: «به نظر می رسه از پیدا کردن توالت در اونجا شگفت زده شدی و این مسئله برای تو خنده داره»."

ارائه ی مثال های دقیق به والدین کمک می کند جملات درمانگر را به صورت دقیق تری با رفتارهای خود مرتبط سازند. به این شکل ارزش اطلاعات ارائه شده بالا خواهد رفت. برای کسی که از بیرون به ماجرا نگاه می کند، ممکن است این گونه به نظر برسد که متخصص فرزند درمانی راجع به مهارت هایی از والدین هیجان زده می شود که بسیار بدیهی و ابتدایی هستند و این مسئله گاهی اوقات توسط خود درمانگران نیز به اشتباه تفسیر می شود. اما در واقعیت باید گفت این کار یک بازخورد بسیار صادقانه است. تفاوت در این تفاسیر در مقیاسی است که برای اندازه گیری پیشرفت استفاده می گردد. ممکن است تلاش های اولیه ی والدین در مقایسه با جلسات بازی ای که به صورت کاملاً حرفه ای اجرا می شوند، به حساب نیاید، اما هنگامی که با توانایی های قبلی خود والدین مقایسه شوند، هر پیشرفتی هر چند اندک یک ترقی حساب شده و درمانگر حقیقتاً از دیدن این مسئله هیجانزده است. درمانگر با توجه به اصول راجرز، در این شیوه باید بسیار انعطاف پذیر باشد. داشتن آگاهی از اصول شکل دهی رابطه باعث می شود بازخورد او کاملاً صادقانه باشد.

از دیدگاه نظریه ی آموزش اجتماعی، درمانگران در این شیوه از مزایای آموزش های غیر مستقیم نیز بهره می برند. در درمان های گروهی، درمانگر هنگامی که دو یا چند تن از والدین یا سرپرستان کودک حضور داشته باشند، یک جلسه ی بازی آزمایشی را با هر کدام از آن ها اجرا کرده و دیگران نیز ناظر این جلسه هستند. به این شکل والدین مطالب بسیار زیادی از اجرا و بازخورد یکدیگر می آموزند و اغلب به این نکته اشاره می کنند که با تماشا کردن عملکرد دیگری کار تا چه حد برای آن ها راحت می شود. گاهی اوقات والدینی که به مهارت های

@karnil

خود اطمینان ندارند، از همسر خود می خواهند ابتدا او در این بازی آزمایشی شرکت کند تا آن ها بتوانند عملکرد او را مشاهده کنند. سپس هنگامی که نوبت خود آن ها می شود، ممکن است برخی از جملات یا واژه های همسرشان را مورد استفاده قرار دهند. این مسائل نشان دهنده ی قدرت آموزش غیر مستقیم می باشد. هنگامی که این جلسات بازی آموزشی به صورت گروهی برگزار می شود، ممکن است بسیار پیش بیاید والدینی که نوبت آن ها در انتهای جلسه قرار می گیرد، عملکرد بسیار موفق تری درمقایسه با والدینی داشته باشند که در ابتدای جلسه اجرا داشته اند، زیرا با تماشا کردن کار دیگران، مطالب جدیدی آموخته اند.

در برخی از شیوه های فرزند درمانی گروهی کوتاه مدت، از این جلسات بازی آزمایشی استفاده نمی شود؛ بلکه از والدین خواسته می شود به صورت دو نفری با یکدیگر تمرین کنند. مسلماً برای تمام شیوه ها مزایا و نقاط ضعفی وجود دارد. در این روش احتمالاً اضطراب والدین کاهش یافته و در زمان نیز صرفه جویی می شود، اما برخی از مزایای آموزش اجتماعی و یادگیری رفتاری کاهش می یابد. درمانگر با استفاده از جلسات بازی آزمایشی کنترل بیشتری بر فرآیند آموزش داشته و باید گفت یادگیری های غیر مستقیم و شکل گیری رفتار هر دو نقش مهمی در پیشرفت مهارت والدین دارند. هنگامی که شرایط مساعد باشد، درمانگران همواره تشویق می شوند از این جلسات بازی آزمایشی استفاده کنند تا در زمان نسبتاً کوتاهی شاهد رشد مهارت والدین به میزان بالا باشند.

به طور کلی این رویکرد رفتاری مثبت، در رابطه با پیشبرد مهارت ها در والدین و ایجاد انگیزه و اعتماد به نفس کمک می کند و به نظر می رسد تغییراتی در سطح شناخت آن ها روی می دهد. هم چنین ادراک فردی والدین از خود نیز تغییر می کند، زیرا بارها مشاهده شده آن ها جملاتی از این دست را عنوان می کنند:

- ☑ *این کار مثل آب خوردن بود. راحت تر از اونی که فکرشو می کردم.*
- ☑ *فکر می کنم دارم یاد می گیرم و هر بار کار آسون تر می شه.*
- ☑ *من چند سال قبل در یک برنامه ی آموزشی والدین شرکت کردم و فکر می کنم تقریباً همه ی کتاب های مربوط به والدین*

@karnil

رو خوندم، اما این اولین باریه که کسی به من میگه کاری که انجام دادم، درست بوده. به نظر می رسه در مجموع والد بدی نیستم!

مرحله ی جلسات بازی مورد نظارت

هنگامی که والدین جلسات بازی اصلی را با کودکان خود آغاز می کنند، به یک ادراک کلی از اصول چهار مهارت ذکر شده رسیده اند، هر چند ممکن است هنوز مهارت کافی در آن ها را نداشته باشند. درمانگر به آن ها کمک می کند مهارت های خود را در چند جلسه ی اول فرزند درمانی ارتقاء دهند و تقریباً تمام والدین ظرف این مدت به مهارت کامل دست می یابند. پژوهش های اولیه در این زمینه به طور آشکار نشان داده که والدین قادر به یادگیری اجرای جلسات بازی غیر هدایت کننده در سطحی قابل مقایسه با متخصصان بازی درمانی هستند. در این پژوهش ها ارزیابان هیچ نوع آگاهی ای نسبت به افراد اجرا کننده ی جلسه نداشتند و در رتبه های بدست آمده بین دو گروه هیچ نوع تفاوت چشمگیری مشاهده نشد (آندرونیکو و برنارد گوئرنی،۱۹۶۹؛ استاور و برنارد گوئرنی،۱۹۶۷). در این مرحله از FT درمانگر به مدت نیم ساعت بازی والد با کودک را نظاره می کند. این مشاهده می تواند از پشت یک آینه ی یک طرفه، دوربین مداربسته یا نشستن در گوشه ی اتاق بازی و یا حتی خارج از اتاق انجام گیرد. درمانگر تنها شاهد جلسه بوده و برای خود یادداشت برداری می کند و هیچ نوع دخالتی در جریان جلسه ندارد، مگر این که یک وضعیت اضطراری بروز کند. چنانچه درمانگر در طول جلسه ی بازی والد را هدایت کند، این امر باعث کاهش قدرت اعمال نفوذ والد بر کودک می شود. علاوه بر این برای این که والدین از این جلسات بازی بهره ببرند، خود باید به طور کامل مهارت کسب کرده باشند. کودکان اغلب راجع به بازی کردن به این شکل با والدین خود بسیار هیجانزده می شوند. درمانگران نیز باید در این روند حرکت به سوی هدف یعنی اجرای جلسات بازی با مهارت کامل، تلاش کنند رضایت خود را نشان دهند. یعنی باید صبور بوده و حتی به گام های هر چند کوچک در پیشروی به سوی هدف توجه کافی نشان دهند.

@karnil

پس از این که جلسه ی بازی به پایان رسید، کودکان به خارج از اتاق فرستاده شده و درمانگر به تنهایی با والدین صحبت می کند. شایان ذکر است اگر دو یا چند تن از والدین حضور داشته باشند، جلسات بازی یکدیگر را در کنار درمانگر مشاهده کرده و هم چنین به مکالمات و بازخوردهای پس از بازی نیز گوش فرا می دهند. درمانگر از فرآیندهای مشابه با مرحله ی آموزش استفاده می کند و به والدین این فرصت را می دهد منتقد خود باشند. او هم چنین از برخی رفتارهای خاص آن ها در جلسه ی بازی تمجید می کند و چند توصیه ی کوچک به آن ها برای پیشرفت ارائه می دهد.

در این مرحله درمانگر هم چنین توجه خود را بر بازی درمانی وعوامل پویای روابط خانوادگی معطوف می کند. این امر شامل صحبت کردن راجع به موضوعات بازی و واکنش فردی والدین نسبت به این جلسات می شود. این مباحثات در ابتدا در مقایسه با بازخوردهای مربوط به مهارت های ذکر شده نسبتاً کوتاه هستند، اما همان گونه که والدین پیشرفت می کنند، این تأکید نسبی نیز کاهش می یابد. به محض این که والدین بتوانند جلسات بازی را با مهارت کامل اجرا کنند، بازخوردها کوتاهتر شده و مباحثات طولانی تر معطوف به خود بازی می شوند. درمانگران بندرت نیاز به معرفی مهارت تفسیر بازی به صورت یک آموزش حرفه ای را دارند، آن ها بیشتر افکار خود والدین راجع به مفاهیم احتمالی بازی را آشکار کرده و نظریات خود را نیز ابراز می کنند. آن ها برای این که والدین را تشویق به سخن گفتن راجع به ایده های خود کنند، ممکن است سؤالاتی از این دست بپرسند:

- ☑ در بازی به چه مسئله ای پی بردی؟ آیا هیچ ایده ای داری که بازی راجع به چه چیزی بود؟
- ☑ آیا در بازی قسمت های تکراری یا مورد تأکید وجود داشت؟ آیا در چند جلسه ی گذشته الگوی خاصی رو در بازی شناسایی کردی؟
- ☑ آیا این بازی تورو به یاد چیزی می اندازه؟

درمانگران تلاش می کنند والدین بازی کودکان خود را در محتوای آن درک کنند. زیرا اغلب بیش از درمانگر راجع به بازی کودک خود می دانند و اطلاعات

@karnil

آن ها در این زمینه ارزشمند می باشد. در هر حال نیازی نیست درمانگر و والد به یک تفسیر قطعی راجع به بازی برسند. بیشتر مباحثات در رابطه با موضوع بازی اغلب به صورت نظریات یا فرضیات احتمالی راجع به مفاهیم بازی می باشد. درمانگر نیز نظریات خود را ارائه می دهد و این فرآیند به والدین کمک می کند بهتر بتوانند احساسات و انگیزه های کودک شان را درک کنند و این اولین نتیجه ی مطلوب فرآیند فرزند درمانی است.

دیدگاه بسیاری از والدین با شرکت در بازی و صحبت کردن راجع به آن با یک درمانگر صمیمی، به صورت اتوماتیک نسبت به خود و کودکان شان تغییر می کند. در حالی که آن ها نسبت به ابراز احساسات کودک، مشکلات، سازش و حل مسائل در جلسات بازی پذیراتر می شوند، شیوه ی تفکرشان نسبت به کودک نیز تغییر می کند. یکی از رایج ترین تغییراتی که در این مرحله شکل می گیرد، تغییر عقیده ی والدین نسبت به انگیزه های کودک می باشد. اغلب والدینی که وارد جریان فرزند درمانی می شوند، عقیده دارند کودکان آن ها عمداً بدرفتاری می کنند تا آن ها را عصبانی نمایند. اما معمولاً پس از گذشت ۲ یا ۳ جلسه ی بازی درمانی، والدین شروع به درک نگرانی و اضطراب کودک می کنند و گاهی اوقات دیدگاه خود را نسبت به انگیزه های کودکان شان به طور کاملاً ناگهانی تغییر می دهند.

نمونه پرونده

یک خاله و دایی از دو خواهرزاده ی خود پس از این که والدین شان برای فروش مواد مخدر به زندان افتاده بودند، نگهداری می کردند. پسر ۴ ساله بسیار ستیزه جو بود و خاله و دایی او از این که می خواست همیشه راه خود را برود و هر چه که خودش می خواهد انجام دهد، به ستوه آمده بودند. اما این پسر عاشق جلسات بازی با خاله و دایی اش بود، این دو تنها ظرف ۲ جلسه متوجه شدند این کودک از اضطراب بیش از حدی رنج می برد که با تمرکز بیش از حد آن ها بر بدرفتاری او پنهان شده بود. او در هر دو جلسه سربازهای عروسکی کوچک را در صفحه ی شنی در حالت نبرد قرار می داد، سپس یک سرباز را در انتهای صفحه در حالتی قرار می داد که رو به باقی سربازان و

@karnil

تانک ها ایستاده است. در پایان جنگ که با صدای تیراندازی و بمب ها به خاتمه می رسید، سرباز تنها کشته می شد و در زیر شن ها به خاک سپرده می شد. پسرک همواره می گفت این سرباز تنها بوده و آن قدر قدرت نداشته تا با همه ی دشمنان مواجهه کند. او در جلسه ی دوم گفت: *"همه ی اونا دارن به من شلیک می کنن. هیچ جایی برای رفتن نیست. زود باش خودتو قایم کن."* این گفته ی او تأیید کننده ی این فرضیه بود که بازی نشان دهنده ی احساسات او راجع به زندگی خود و قرارگیری اش در جهان بود. چه این تفسیر از بازی پسرک قطعی بود یا نه، اما خاله و دایی او ادراک دیگری از رفتار خواهرزاده ی خود بدست آورده و این امر باعث شد آن ها بتوانند مراقبان بهتری برای او باشند. آن ها دیگر از او نمی پرسیدند چرا بدرفتاری می کند و از مباحثه بر سر قدرت اجتناب می کردند. هنگامی که او غمگین بود، احساسات او را بازگو کرده و چنانچه در کاری مأیوس می شد، او را تشویق می کردند. هم چنین اگر بدرفتاری می کرد، از محدودیت های معقولی برای او استفاده می نمودند. تنها پس از ۱۰ جلسه رفتارهای مخالفت جویانه ی این پسر تقریباً ناپدید شد و حتی ۲ سال پس از این که خاله و دایی او با درمانگر تماس گرفتند تا راجع به جایزه ای که خواهرزاده شان برده بود اطلاع بدهند، هنوز هم خبری از این رفتارهای متمردانه نبود.

هر چند والدین اغلب هنگامی که درک شان از کودک عمیق تر می شود، دیدگاه های خود را نیز عوض می کنند، اما زمان هایی وجود دارد که درمانگر نقش فعال تری برای کمک به آن ها ایفا می کند. این مسئله خصوصاً هنگامی روی می دهد که والدین واکنش های بسیار شدیدی نسبت به بازی یا کودک نشان می دهند. درمانگر در این شرایط مشکلات را به طور کامل از میان برنمی دارد، بلکه به والدین کمک می کند به جای این که احساس تهدید شدن کنند، مسائل را بهتر درک نمایند. به طور مثال مادری که خود قربانی خشونت در خانه بود، همراه با پسر ۸ ساله اش به جلسات بازی درمانی می آمد. بازی پسر کاملاً تهاجمی بود و به شدت به کیسه بکس ضربه می زد. البته به محض این که مادرش برای او محدودیتی گذاشت، او به سرعت ضربه زدن به کیسه را متوقف کرد. پس از جلسه مادر ابراز نگرانی کرد که این جلسات بازی بیشتر آسیب رسان هستند تا این که منفعتی داشته باشند، اما درمانگر با دلسوزی کامل نهایتاً به مادر کمک کرد متوجه شود او از بازی پسرش می ترسد و گمان می کند که او نیز مانند پدرش می شود.

@karnil

درمانگر سپس به مادرکمک کرد ادراک جدیدی از بازی پسرش بدست آورد و بـه او مسائلی راجع به بازی مرتبط با آسیب را آموزش داد و یادآور شد که نهایتاً این مادر است که کنترل جلسه ی بازی را در دست دارد و پسر او واکنش مناسبی نسبت بـه محدودیتی که تعیین کرده بود، نشان داد. درمانگر هم چنین راجـع بـه شـدیدترین ترس های مادر (امکان این که پسرش او را بزند) و این که چگونه می تواند بـر ایـن ترس ها پیروز شود (با ارائه ی اطلاعات خاص راجع به تعیین محـدودیت و مسـائل احتمالی هنگام ترک جلسه ی بازی) با او سخن گفت. درمانگر هم چنـین بـه مـادر کمک کرد متوجه شود ترس های او بیهوده هستند، زیرا پسر او نشان داده بـود کـه کاملاً از او پیروی می کند و می خواهد همراه بـا او بـازی کنـد. هنگـامی کـه مـادر احساس کنترل بیشتری به شرایط پیدا کرد، برای ادامـه ی جلسـات بـازی موافقـت کرد و به این ادراک جدید رسیده بود که او بازی پسـرش را مـرتبط بـا تـرس هـای خود از خشونت می پنداشته است.

در شرایطی که والدین نسبت به ادراک یا پذیرش بـازی کـودک دچـار مشـکل هستند، درمانگر ابتدا آن ها را مطمئن می سازد که می دانند چگونه از مهارت هـای خود برای برطرف کردن وضعیت های دشوار استفاده کنند و سپس به آن ها کمـک می کند با آگاهی کامل ادراک خود را تغییر دهند تا در روند درمان پیشرفت کننـد. واکنش والدین با توجه به شرایط همواره تثبیت و عادی می شود، هم چنـین دقـت بسیار زیادی به کار می رود تا از هر نوع انتقاد یا قضاوت اجتناب گردد. موفقیـت در ادراک واقعی احساسات والـدین از طریـق یـک همـدلی و همراهـی عمیـق بدسـت می آید و سپس باید به آن ها کمک کرد احساس امنیت بیشتری کرده و از آمادگی بهتری برخوردار شوند تا بار دیگر بتوانند بـر نیازهـای کـودک خـود تمرکـز کننـد. رسیدن به ادراک جدید اغلب از طریق این گفتگوها صورت می گیـرد. در هـر حـال درمانگرانی که ازشناخت درمـانی نیـز آگـاهی دارنـد، مـی تواننـد از تکنیـک هـای گوناگونی برای کمک به والدین استفاده کنند. این کار به صورت کـاملاً شـفاف و در یک محیط پرورشی انجام می گیرد و درمانگر بـه والـدین روش هـایی بـرای تغییـر آگاهی و شناخت شان آموزش می دهد که می توانند در آینده نیز از آن بهره ببرند.

@karnil

مرحله ی عمومی سازی و جلسات بازی در خانه

پس از این که والدین به مهارت کافی در جلسات بازی دست پیدا کردند و قادر به شناسایی الگوها و موضوعات بازی شدند، یعنی تقریباً پس از چهار جلسه بازی با نظارت درمانگر، به آن ها کمک می شود این جلسات را به خانه منتقل کنند. در این مرحله والدین جلسات بازی را به صورت مستقل و هفتگی در خانه انجام داده و خود نیز هر هفته یا دو هفته یکبار با درمانگر ملاقات می کنند. فرآیند بازخورد و مباحثه راجع به موضوعات بازی تقریباً به صورت قبل باقی می ماند.

مدت کوتاهی پس از آن که جلسات بازی در خانه آغاز شدند، درمانگر به والدین کمک می کند مهارت های کسب شده در جلسات بازی را برای استفاده در زندگی روزمره به کاربگیرند. از آن جا که والدین در این مهارت ها تبحر کافی بدست آورده اند، اغلب بسیار مشتاق هستند از آن ها به طور گسترده ای استفاده کرده و شاید خود اقدام به این کار کرده باشند. این رویکرد در تضاد با برنامه های کلاسیک آموزش والدین قرار می گیرد، یعنی شرایطی که والدین یک مهارت را در جلسه یاد می گرفتند و سپس از آن ها خواسته می شد تا آن را در خانه امتحان کنند. این شیوه ناکارآمد بود و اغلب والدین از ناموفق بودن آن شکایت می کردند. علت این امر احتمالاً این بود که آن ها هنوز تبحر کافی در آن مهارت را بدست نیاورده یا از آن در شرایطی بسیار پیچیده استفاده کرده بودند . شاید هم انتظارات غیر واقعی داشته و گمان می کرده اند همه ی مشکلات یکباره برطرف خواهد شد. اما در فرزند درمانی از این مشکل به این شیوه اجتناب می شود که از والدین خواسته می شود ابتدا در جلسات بازی تبحر کافی بدست آورده و سپس از آن ها استفاده کنند. زمانی که درمانگر پیشنهاد عمومی سازی مهارت ها را مطرح می کند، والدین آمادگی کافی دارند از مهارت های خود در شرایط پیچیده تر محیط خانه استفاده کنند.

درمانگر و والدین در طول هر جلسه از این مرحله ی FT ابتدا به بازنگری جلسات بازی در خانه می پردازند و سپس توجه خود را معطوف به استفاده از مهارت ها در جریان زندگی می کنند. درمانگر والدین را تشویق می کند از این مهارت ها به صورت یک به یک در شرایط مختلف استفاده نموده و نتیجه ی آن را

@karnil

در جلسه ی بعد گزارش کنند. پس از این که والدین گوش کردن دقیق و ایجاد محدودیت را آموختند، درمانگر به آن ها نشان می دهد چگونه مهارت ایجاد ساختار و سازماندهی را گسترده تر کنند. این مهارت در جلسات بازی نسبتاً کمتر توضیح داده شده، در حالی که در زندگی روزمره و در فرآیند حل مشکلات، پیشگیری از بروز آن ها و تغییر شرایط محیط گسترش می یابد. والدین یاد می گیرند مشکلات کنونی را ریشه یابی کرده و با ایجاد تغییرات در موقعیت، آن را برطرف سازند. به طور مثال اگر فرزندان پس از بازگشتن از مدرسه، تمایل داشته باشند به سرعت شروع به دوچرخه سواری کنند، والدین می توانند شرایط را به شیوه ای دیگر آماده سازند. به طور مثال ابتدا به آن ها خوراکی بدهند، سپس برای مدت کوتاهی فعالیت های متفاوت و مجزایی به آن ها محول کرده و یا آن ها را مشغول به یک فعالیت جالب توجه و دو جانبه کنند که باعث بهبود همکاری می شود.

نهایتاً درمانگر به برخی دیگر از مهارت های مورد نیاز والدین تأکید می کند که در جلسات بازی استفاده نشده اند. به طور مثال استفاده ی مناسب از تشویق، و چگونگی اولویت بندی استفاده از مهارت های گوناگون در شرایط مختلف. درمان با تصمیم دوجانبه ی درمانگر و والدین و هنگامی که اهداف بدست آمدند، خاتمه می یابد. جلسات بازی در خانه می توانند ادامه داشته باشند و والدین ازمهارت های کسب شده در شرایط لازم استفاده خواهند کرد.

آیا فرزند درمانی حقیقتاً مؤثر است؟

هنگامی که FT برای اولین بار به جامعه ی متخصصان معرفی شد، با آغوش باز مورد پذیرش قرار نگرفت. شاید بتوان گفت این شیوه فراتر از زمان خود بود. گوئرنی ها و همکاران شان به سرعت شروع به انجام پژوهش در مورد این شیوه کرده و انتقادها را با شواهد و مستندات برطرف می ساختند. متأسفانه نتایج این پژوهش های اولیه و اشتیاق والدین مورد پذیرش متخصصان قرار نگرفت و انستیتوی ملی بهداشت و سلامت روان در دهه ی ۷۰ انجام پژوهش های بیشتری را پیشنهاد کرد. از آن زمان تاکنون تعداد مطالعات بر روی FT روندی فزاینده داشته است.

@karnil

در پژوهش کـلان براتـون و همکـارانش (۲۰۰۵) در رابطـه بـا بـازی درمـانی و فرزند درمـانی، مشـخص شـد کـه والـدین در شـیوه ی FT عملکـردی بـا انحـراف استانداردی بهتر از ۱/۰۶ از گروه کنترل داشتند. شرکت یافتن والـدین خصوصـاً در فرزند درمانی نشان دهنده ی مزایای قدرتمندتری نسبت به جلسـات بـازی درمـانی انفرادی بود که البته بازی درمانی نیز در جایگاه خود تأثیر بسزایی را نشان داد.

پژوهش هـای فرزنـد درمـانی مـورد بـازنگری بسـیار گسـترده ای قـرار گرفـت (ون فلیت،۲۰۰۵؛ ون فلیت، ریان و اسمیت،۲۰۰۵). از آن جا که ایـن پـژوهش بـود که به شکل گیری و رشد FT از همان روزهای آغازین ظهـورش کمـک کـرده بـود، اعتبار تجربی قدرتمند و بلند بـالایی در ایـن زمینـه بـرایFT وجـود دارد. شـواهد نشان دهنده ی کارآمدی و قابلیت کاربری گسترده ی ایـن شـیوه هسـتند. شـواهد دیگر نشان می دهد در این شیوه مهارت ها، پذیرش و رضایتمندی والـدین افـزایش یافته و از سوی دیگر کودکان نیز سازگاری بیشتری از خود نشان داده و مشـکلات و اضطراب والدین کاهش می یابد. علاوه بر این، مزایا و نتایج بدست آمده از درمان در مطالعات پیگیری ۳ تا ۵ ساله ثابت باقی مانده و از تأثیر آن هـا کاسـته نشـده بـود. قابلیت انطباق این شیوه ی درمانی با دیگر فرهنگ ها نیز از طریق پژوهش هایی در این زمینه نشان داده شده است.

خلاصه

فرزند درمانی یک مداخله ی قدرتمند خانوادگی با بـیش از ۴۰ سـال تجربـه و پژوهش می باشد. علاقه به استفاده از آن در سطح جهانی رو بـه افـزایش بـوده کـه بیشتر به علت قابلیت انطباق و کارآمدی آن است. از دیدگاه نظـری FT یـک مـدل تلفیقی است که شیوه هایی از چندین خاستگاه نظـری را تبـدیل بـه یـک رویکـرد روان پرورشی جامع نمـوده اسـت. در ایـن بخـش بـه بـازی درمـانی و CBT مـورد استفاده در FT پرداختـه شـد کـه در مجمـوع بـه بهبـود زنـدگی کـودک، تقویـت مهارت های والدین و قدرتمندتر شدن روابط خانوادگی می انجامد. در خاتمه ی این بخش جملاتی از والدینی را آورده ایم که راجع به ارزش های فرزند درمـانی سـخن گفته اند:

@karnil

- ☑ هنگامی که درمانگر برای اولین بار به من گفت برای حل مشکلات رفتاری دخترم با او بازی خواهیم کرد، من نمی تونستم باور کنم. اما حالا کاملاً به این روش اعتقاد دارم. در حالی که درمان ادامه داشت، من بیشتر راجع به احساسات دخترم آگاه می شدم و به جای این که سر او داد بزنم، می تونستم بهش کمک کنم تا مشکلش برطرف بشه.
- ☑ فکر می کردم درمانگر قصد داره مانع از این بشه که بچه هام با من زندگی کنن، اما او در اجرای جلسات بازی به من کمک کرد و انگار زمان یکسال به عقب برگشت. ما بسیار خوبیم و بچه ها هنوز هم از من می خوان تا این بازی های خاص رو انجام بدیم و ما هم این کار رو می کنیم!
- ☑ بهترین چیزی که می تونم در این رابطه بگم، اینه که حالا بیشتر اهل بازی هستم. من همیشه از تحت کنترل بودن می ترسیدم و فرزند درمانی به من نشون داد که بخشی از مشکل ما این بوده. خود من یاد گرفتم که دوباره بازی کنم. اول درمانگر این مسئله رو به من یاد داد، اما بیشتر از بچه هام چیزی یاد گرفتم. من دوست دارم شرایط در کنترل من باشن و FT این قدرت رو از من نگرفت، بلکه به من کمک کرد بیشتر انعطاف پذیر باشم و حالا از زندگی و بچه هام بیشتر لذت می برم. FT واقعاً مؤثره!
- ☑ پس از این که از بازپروری بیرون اومدم، پسر من در بیمارستان بود که البته به خاطر اشتباه من اونجا بود. بیشترین چیزی که لازم داشتم درمان بود و فکر می کنم در جلسه ی سوم فرزند درمانی، پسرم برای اولین بار منو دعوت کرد باهاش بازی کنم. بعدها هنگامی که درمانگر به من کمک کرد تا متوجه بشم پسرم چگونه از بازی کردن با من لذت می بره، واقعاً جا خوردم و نمی تونستم باور کنم که کسی به من احتیاج داشته باشه. از اون زمان تا حالا این شیوه به من کمک کرده تا مادری باشم که

@karnil

فرزندم بهش نیاز داره.

☑ من تقریباً تمام امیدمو در مورد پسری که به فرزندی قبول کـرده بودیم، از دست داده بودم. او واقعاً غیر قابل کنترل بود و ما حتـی شب ها هم در حالت آماده باش بودیم تا مبادا بلند بشه و دردسر درست کنه. فرزند درمانی این شرایط رو برای ما فراهم کرد تا بـه او کمک کنیم آسیب های وحشتناکی رو کـه قبـل از پـذیرفتنش تجربه کرده بود، برطرف کنه. این کار بسیار دشـواری بـود، امـا از این که ما هم بخشی از فرآیند درمانی او بـودیم، احسـاس خیلـی خوبی داشتیم. هر دوی ما یاد گرفتیم عصبانیت و رفتارهای بدش رو به شیوه ی مؤثرتری مدیریت کنیم. اما در واقـع ایـن جلسـات بازی بودن که حقیقتاً به او کمک کـردن تـا آروم بشـه و خودشـو پیدا کنه. دیدن این تغییر و تحول و دونستن این کـه مـا هـم در اون سهیم بودیم، احساس خیلی خوبی داره!

karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش چهاردهم

آموزش کودکان خردسال: شیوه ای برای بهبود روابط

معلم و دانش آموزان بر اساس اصول آدلر

جوآنا وایت، لورن استرن وین

علاقه ی کودک به دروس مدرسه وابستگی بسیار زیادی به علاقه ی او به معلمش دارد (آدلر، ۱۹۳۰؛ ص۱۶۷).

مهم ترین کار یک آموزگار که می توان شغل او را وظیفه ای مقدس نامید، این است که هیچ کودکی در مدرسه نا امید نشود و اگر کودکی قبل از ورود به مدرسه شهامت خود را از دست داده بود، بتواند از طریق معلم و مدرسه اش اعتماد به نفس خود را دوباره بدست آورد (آنسباخر و آنسباخر،۱۹۵۶؛ صفحات ۳۹۹،۴۰۰).

خانم گرین آموزگار کلاس اول است. یک هفته به جشن شکرگذاری باقی مانده و دانش آموزان واقعاً به یک تعطیلات نیاز دارند. او همان گونه که از پشت میزش به دانش آموزان خود نگاه می کند، با خود می گوید او نیز به این تعطیلات نیاز دارد. ناگهان یک مداد پرتاب می شود و کودکی فریاد می زند: *"خانم گرین، آنتوانت دوباره بدرفتاری می کند."* خانم گرین که ماجرا را دیده، سر آنتوانت فریاد می کشد و به او می گوید دیگر شانسی نداشته و برای باقی روز باید کلاس دیگری برای خود

@karnil

پیدا کند. دیگر کودکان نیز با یکدیگر همنوایی می کنند که: *"آنتوانت تو دردسر افتاده، آنتوانت تو دردسر افتاده !"* آنتوانت ظاهراً سردرگم به نظر می رسد و نمی داند باید چکار کند. خانم گرین غرولند کنان به او می گوید: *"کنار در کلاس بعدی بایست تا من بیام."* آنتوانت به آهستگی به سمت در می رود و در مسیر خود روی میز دیگر دانش آموزان کوبیده و زمزمه می کند چقدر از مدرسه متنفر است.

خانم بلو نیز معلم کلاس اول است. او کاملاً می داند دروس بسیار فشرده بودند، امتحانات در حال برگزاری هستند و تعطیلات روز شکرگزاری واقعاً در این شرایط لازم است. سه روز دیگر به تعطیلات باقی مانده، اما او رویکردی کاملاً متفاوت دارد. او دور کلاس قدم می زند و کار دانش آموزان را زیر نظر دارد. در حالی که قدم می زند می گوید: *"آنجلا می بینم که هنوز سؤال ۸ رو حل می کنی و خاویر تو هم تازه به سؤال ۱۶ رسیدی."* هر دو دانش آموز به برگه ی امتحانی خود نگاه می کنند و با سرعت بیشتری مشغول به کار می شوند. او سپس به سمت عقب کلاس رفته و می بیند یکی از دانش آموزان برگه ی امتحان ریاضی خود را پاره کرده و بیکار نشسته است. او خم می شود تا همسطح پسرک قرار بگیرد و می گوید: *"ژاکوب به نظر می رسه امروز از دست چیزی ناراحت هستی. اما برگه های امتحان برای پاره کردن نیستن. من چطور می تونم کمکت کنم؟"* دانش آموز می گوید او در ریاضی خوب نیست. معلم کنار او می نشیند و شروع به کمک کردن به ژاکوب و دیگر دانش آموزان پیرامون او می کند و به طور مثال می گوید: *"به نظر می رسه این مسئله ی ریاضی کمی سخته. اما تو باید تلاش خودت رو بکنی."* او متوجه می شود با هر جمله ای که می گوید، ژاکوب کمتر تمایل به تسلیم شدن دارد زیرا متوجه می شود تلاش ها و احساسات او در کلاس درک می شوند.

دکتر دیوید استاکر(۲۰۰۱) درگزارش خود درکنفرانس بهداشت و سلامت روان کودکان می نویسد: *"تعداد بیشماری از کودکان بدون هیچ دلیل خاصی رنج می برند و علت آن تنها این است که نیازهای احساسی، رفتاری و رشدی آن ها توسط مؤسساتی که ظاهراً برای مراقبت از کودکان شکل گرفته اند، برطرف نمی شوند."* دکتر گری لاندرس متخصص بازی درمانی (۲۰۰۲) معتقد است وجود

@karnil

یک رابطه ی صمیمی و دلسوزانه بین کودک و بزرگترها، برای رشد او حیاتی می باشد. برای اغلب کودکان این ارتباطات حیاتی با والدین و معلمان شکل می گیرد. مثال هایی که در ابتدای این بخش آورده شد، نشان می دهد معلمان از شیوه های مختلفی برای تعامل با دانش آموزان خود استفاده می کنند. شیوه ی آموزش به کودکان خردسال فرصتی را برای معلمان فراهم می آورد تا راجع به رفتارهای چالش برانگیز و واکنش های ادراکی خود نسبت به آن ها سخن گفته و شیوه های نوینی برای برقراری ارتباط با دانش آموزان بیآموزند که باعث پرورش یک ارتباط سالم و محیطی برای آموزش و یادگیری می شود.

آموزش کودکان چیست؟

"این شیوه که در ابتدا درمان کودکان یا کیندرتراپی نامیده می شد، یک مدل مؤثر مشاوره برای معلمان است که بر اساس استراتژی های مناسب با مقوله ی رشد شکل گرفته تا ارتباطی مثبت بین معلمان و دانش آموزان ایجاد شود" (وایت، فلینت و جونز،۱۹۹۹؛ ص۳۸۰). هنگامی که آموزگاران در این شیوه ی آموزشی شرکت می کنند، راه های جدیدی برای تعامل با دانش آموزان خود به صورت انفرادی و گروهی می آموزند. در هر حال بهره گیری از مهارت های کودک - محور مرتبط با این نوع آموزش، نیازمند پیش زمینه هایی برای تفکر راجع به رشد کودک، مدیریت کلاس و آنچه که دانش آموزان برای موفقیت تحصیلی از نظر احساسی نیاز دارند، می باشد. به عبارت دیگر قبل از این که آموزگاران بتوانند به شیوه ای متفاوت با دانش آموزان خود تعامل داشته باشند، باید اعتقادات آن ها متحول شود. برخی از معلمان خود عقایدی دارند که در تطابق با این مدل است. برخی دیگر نیز به این اعتقادات و خط فکری جدید در طول فرآیند آموزشی دست می یابند. در هر صورت معلمانی که بیش از همه در پایان دوره ی آموزشی احساس موفقیت می کنند، در این عقیده مشترک هستند که این شیوه ی آموزشی باعث تغییر تفکر و رفتار آن ها در کلاس شده و نهایتاً منجر به بروز تغییراتی مثبت در رابطه ی آن ها با دانش آموزان چه به صورت گروهی و چه انفرادی شده است.

سابقه ی شیوه ی آموزشی و پژوهش ها

@karnil

پژوهش های کیفی اولیه در رابطه با کیندرتراپی *(KT)* با یک مطالعه ی پرونده آغاز شد که در آن معلمی توسط مشاور مدرسه آموزش دیده بود (وایت، فلینت و دریپر،۱۹۹۷). البته آموزش این معلم با توجه به این حقیقت که وی از مفاهیم و آموزه های آدلر که مکمل این مدل هستند آگاه بود، ساده تر شده بود. این برنامه ی مشاور مدرسه، شامل آموزش مهارت های مثبت مدیریت کلاس به معلمان بود که پیرو اصول و مداخلات آدلر راجع به مسائلی مانند :*"تشویق، احترام، مراتب منطقی، ادراک اهداف اشتباهی کودک و چگونگی واکنش به رفتارهایی برای پیگیری این اهداف"* بودند. پس از آموزش کوتاهی در مهارت های اولیه ی بازی درمانی، مشاور و معلم همراه با یکدیگر به کار بر روی کودکی از کلاس معلم مشغول شدند. نهایتاً معلم هدایت اتاق بازی درمانی مدرسه را بر عهده گرفت و مشاور به عنوان یک مربی هدایت کننده در صورت نیاز به او کمک می کرد. پس از هر جلسه کار معلم توسط مشاور بازنگری می شد. مهم ترین نتیجه ی این تجربه طبق نظر معلم این بود که این کودک که در شرایط بحران بسر می برد، توانست یک رابطه ی صلح آمیز با معلم خود برقرار کرده و معلم نیز با نگاه مثبت تری به او می نگریست. کودک به طور مرتب به مدرسه می آمد و در کلاس نیز عملکرد خوبی داشت.

وایت و دریپر مشاوران آموزشی و فلینت مشاور متخصص مدرسه در نتیجه ی این تغییرات مثبت از مطالعه ی این پرونده و بازخوردهای معلم در رابطه با توانایی خود برای انتقال مهارت ها و زبان جدید به کلاس، همکاری خود را برای ایجاد مدل کیندرتراپی آغاز کردند. این سه نفر با توجه به توصیه ی مسئولان مدرسه و پژوهشگران آن ناحیه که نگران استفاده از واژه ی *"درمان"* در تشکیلات مدرسه بودند، تصمیم گرفتند نام این مدل را از کیندرتراپی به آموزش کیندر تغییر دهند. پژوهش های دیگری نیز پس از ایجاد راهنمای آموزش کیندر (وایت، دریپر، فلینت و جونز، ۲۰۰۰)، آغاز شد.

دریپر، وایت، اُشاونسی، فلینت و جونز (۲۰۰۱) از یک شیوه ی ترکیبی برای بررسی تأثیر آموزشی کیندر گروهی بر رابطه بین دانش آموز و معلم و رفتارهای اجتماعی و تحصیلی دانش آموزان در مدرسه استفاده کردند که بسیار شبیه مدل

@karnil

آموزشی فرزند درمانی (گوئرنی،۱۹۶۴) بود. ۱۴ معلم پس از ۲ روز آموزش و کار عملی در جلسات بازی با یکی از دانش آموزان خود که از کلاس شان انتخاب کرده بودند، آغاز به کار نمودند. معلمان کودکانی را از کلاس خود انتخاب می کردند که بیش از همه برای برقراری ارتباط با آن ها مشکل داشتند. هم چنین بسیاری از این دانش آموزان از نظر تحصیلی مشکل داشته و ارتباط اجتماعی مناسبی با همسالان خود نداشتند. کار معلمان پس از هر جلسه توسط آموزش دهنده ارزیابی می شد. نتایج این گروه نشان دهنده ی کاهش رفتارهای مشکل ساز و افزایش رفتارهای سازگارانه بود. هم چنین به نظر می رسید این کودکان در عملکرد اجتماعی و ظرفیت های تحصیلی خود به موفقیت بیشتری رسیده اند. نظر معلمان بر این بود که دانش آموزان شان شهامت بیشتری بدست آورده و این امر بدان معنا بود که احتمال پذیرش ریسک و ادراک فردی آن ها در رابطه با تحصیل افزایش یافته بود. از سوی دیگر واکنش های مفید معلمان در کلاس نیز بیشتر شده بود. نتایج این محققان نشان داد مهارت های سوادآموزی دانش آموزان ارتقاء یافته و زمان بیشتری را صرف فعالیت های مدرسه می کردند. معلمان اشاره کردند به شیوه ای متفاوت با دانش آموزان خود ارتباط برقرار کردند. این تفاوت ها شامل افزایش استفاده از تشویق و دادن قوت قلب بود که در واقع باعث پرورش رابطه ای محترمانه تر و قوی تر با دانش آموزان شان می شد. آن ها هم چنین متوجه شده بودند تفکر انعطاف پذیرتری نسبت به دانش آموزان پیدا کرده و این امر باعث می شد بتوانند مداخلات مناسب تری برای آن ها انتخاب کنند.

دریپر، وایت، سیگل، سالیس و میشنا در بازنگری های خود، پژوهشی را اجرا کردند که در آن والدین و معلمان کودکان پیش دبستانی به ترتیب تحت آموزش FT و KT قرار گرفتند تا بتوانند رابطه ی خود با کودکان شان را بهبود بخشند.

چارچوب اصلی این پژوهش این بود که اگر وجود رابطه با برخی از بزرگسالان خاص می تواند تقویت شود، پس این روابط ممکن است همچنان که کودک بزرگ شده و وارد کودکستان می شود، بتواند به عنوان یک عامل حمایت کننده برای او عمل کند. به والدین آموزش داده شد جلسات بازی را در خانه با کودک خود انجام داده و به صورت هفتگی در جلسه ی گروهی برای گزارش پیشرفت های شان

@karnil

شرکت کنند. به معلمان نیز آموزش داده شده از *"زبانِ بازی"* در کلاس استفاده کنند و این آموزش از طریق هدایت و الگوسازی در جلسات هفتگی به معلمان ارائه شد. پیگیری، همدلی، تشویق (قوت قلب) و ایجاد قوانین *(TEEL)*[۲۳۵] این زبان بازی را ایجاد کرده بودند و جزو مهارت های بنیادین آموزش والدین و معلمان به شمار می رفتند. نتایج کمی و کیفی نشان داد دانش آموزان گروه معلمان آموزش دیده در مقایسه با گروه کنترل، رفتارهای مشکل ساز کمتری داشتند و والدین نیز در مجموع احساس نزدیکی بیشتری نسبت به کودکان خود می کردند.

سالیس (۲۰۰۵) یک مطالعه ی کیفی راجع به KT از دیدگاه درمانی انجام داد. با معلمان قبل و بعد از اجرای آموزش مصاحبه شد. در این مطالعه معلمان به طور کلی این شیوه را یک مداخله ی مفید و منطقی تلقی کردند.

به علت موفقیت این شیوه ی آموزشی، مدارس *"امن و دور از مواد مخدر"* در گوینیت کاونتی جورجیا، یک برنامه ی جدید با عنوان *"بازیابی رفتاری"*[۲۳۶] را در سال ۲۰۰۶ ایجاد کردند. هدف این برنامه کمک به دانش آموزان است و به معلمان KT و به والدین FT را آموزش می دهد. این برنامه بر اساس بهترین رویکردهای پرورشی و بهبود رابطه ی معلم و دانش آموز و والد – کودک شکل گرفته است. مطالعه ی کیفی گسترده تری توسط ادواردز (۲۰۰۷) با کمک ۵ معلم انجام گرفت که متمرکز بر قابل قبول بودن KT از نظر درمانی بود. نتایج نشان داد معلمانی که از آموزش های KT بهره برده بودند، رابطه ی بهتری با دانش آموزان مورد نظر برقرار کرده و توانستند مهارت های مؤثرتری در مدیریت کلاس کسب و از آن ها استفاده کنند.

در حال حاضر (زمان نگارش کتاب) وایت، فلینت، واین، جونز و اِبرتز در حال انجام پژوهش دیگری در رابطه با برنامه ی بازیابی رفتار هستند که در آن ۳ دبستان در یک ناحیه ی مشابه مورد بررسی قرار می گیرند. اطلاعاتی که از این پژوهش بدست آید، باعث افزایش آگاهی در رابطه با استفاده از KT در مقیاسی گسترده تر شده و تأثیر آن را بر دانش آموزانی که از خدماتش بهره می گیرند، آشکار خواهد

****

[235] ***T**racking, **E**mpathy, **E**ncouragement, **L**imit Setting = **TEEL***

[236] *Behavior Recovery*

@karnil

ساخت.

بنیان های نظری KT

باید گفت *KT* ریشه در اصولی جهانی دارد که حامی اهمیت بازی برای رشد کودک به طور سالم می باشد و بر پایه ی اصول روانشناسی آدلر شکل گرفته است (روانشناسی انفرادی) (آنسباخر و آنسباخر،۱۹۵۶). ترکیب اصول بازی و کلام با آموزه ها و تکنیک های آدلر، یک رویکرد مؤثر و همگون برای معلمان فراهم می آورد تا بتوانند با دانش آموزان خود ارتباطی مثبت برقرار کرده و کلاس شان را مدیریت کنند.

اهمیت بازی

بازی برای سلامت و رشد همه ی کودکان حیاتی است. کودک از طریق بازی می تواند با دیگران رابطه برقرار نماید و بزرگسالان نیز از طریق بازی می توانند **شخصیت حقیقی** کودک را درک کنند، نه فقط کودکی که از دستورات بزرگسالان اطاعت می کند. دیوید الکایند[۲۳۷] متخصص مشهور کودکان در کتاب جدید خود به این نکته تأکید می کند که بازی برای سلامت جسمی و روانی کودکان امری حیاتی می باشد. او می گوید:

"بازی یک نماد اشرافی نیست، بلکه یک اصل پویای سلامت جسم، روان و ارتباطات اجتماعی – احساسی در تمام رده های سنی می باشد" (الکایند،۲۰۰۷؛ ص۴).

گفته های او خصوصاً در مورد کودکان صدق می کند. کودکان از طریق بازی آزاد زندگی روزمره و دنیای پیرامون خود را اکتشاف می کنند و از بازی جدا نمی شوند، مگر این که یک بزرگتر از آن ها بخواهد بازی خود را متوقف کنند. برای کودکان بازی فعالیتی است که نه تنها لذت بخش است، بلکه جزو طبیعت آن ها می باشد (لاندرس،۲۰۰۲؛ ص۷). اما بازی فرصتی را نیز فراهم می آورد تا با

****

[237] *David Elkind*

@karnil

استفاده از اسباب بازی ها، مهارت هایی کسب شود و دسترسی به عمیق ترین احساسات کودک امکان پذیر گردد. کودکان از طریق آزمون و خطا و ساختن چیزهای جدید مهارت هایی را تمرین می کنند که برای آموزش و داشتن ارتباطات اجتماعی سالم به آن نیاز دارند. کودکانی که آن قدر خوش شانس هستند در بازی خود آزاد باشند، قادر خواهند بود قوه ی خلاقیت درون خود را فعال کرده، ریسک کنند و یک حس مثبت نسبت به خود بدست آورند. اما کودکانی که از بازی های آزاد محروم می شوند و بازی آن ها توسط بزرگسالان کنترل می شود، تفکر خلاق کمتری داشته و احساس توانمندی کمتری دارند. عقیده بر این است هنگامی که بزرگسالان بازی کودکان را هدایت می کنند، فرصت ایجاد مفهوم برای جهانی که کودک در آن زندگی می کند را از او سلب می کنند. در نتیجه برای این که بزرگسالان بتوانند رابطه ای معنادار با کودکان ایجاد نمایند، باید تلاش داشته باشند مناسب با سن آن ها عمل کنند. ما معتقدیم بازی مناسب ترین راه از دیدگاه رشد برای برقراری رابطه با کودک می باشد.

نظری اجمالی بر روانشناسی انفرادی

مدل KT ریشه در روانشناسی انفرادی آلفرد آدلر دارد. آدلر (۱۹۳۰) در طول فعالیت حرفه ای خود همواره بر اهمیت محیط های آموزشی که باعث ترویج ارتباطات اجتماعی، همکاری و احترام می شدند، تأکید داشت. روانشناسی انفرادی دیدگاهی سازمان یافته از افراد را به عنوان هویت های اجتماعی ارائه می کند که در این دیدگاه نمی توان آن ها را در فقدان محتوی و بستری که با آن تعامل دارند، ارزیابی کرد. برای کودک این جایگاه با خانواده آغاز می شود و سپس به مدرسه، گروه همسالان و گروه های اجتماعی و دیگر جاهایی که کودک به شیوه ای با افراد گوناگون در آن ها سروکار دارد، توسعه می یابد. در دنیای بزرگسالان ممکن است مفاهیم دیگری مانند ارتباطات کاری یا عشق نیز وجود داشته باشد. افراد تلاش می کنند در این جایگاه های مختلف احساس اهمیت و شاخص بودن کنند. این احساس از تعلق یا فقدان آن در سطح شهامت یا عدم شهامت یک فرد نقش دارد. در واقع شدت این احساسات ریشه در ادراک فرد از اهمیت و تمایز خود در

@karnil

جایگاه های گوناگون دارد. احساس تعلق با تأثیر قدرتمند شناخت و احساسات و رفتارهای متقابل آن مرتبط است. در آموزه های آدلر افکار، احساسات و رفتارهای فرد در سیستم اجتماعی او لحاظ می شود. این رویکرد فکری راجع به رفتار انسان فرصتی را برای متخصصان بالینی یا در مورد KT آموزگاران فراهم می سازد تا فرضیات صحیحی راجع به کودکان شکل داده و برنامه ریزی کنند چگونه علایق اجتماعی دانش آموز را ارتقاء دهند (آنسباخر و آنسباخر،۱۹۵۶).

آدلر علاقه ی اجتماعی را به این شکل تعریف می کند: *"آگاهی فرد از تعلق داشتن به جامعه ی انسانی و میزان احساس او از انسانی اجتماعی بودن"* (گریفیث و پاورز،۱۹۸۴؛ ص۷). در واقع علاقه ی اجتماعی اغلب به عنوان معیاری برای سلامت روان در نظر گرفته می شود و می توان در کلاس آن را در رفتارهایی مشاهده کرد که نسبت به یادگیری به صورت گروهی و کار تیمی تمایل وجود داشته باشد.

اصول آدلر مرتبط با KT، ابعاد شناختی

هدف KT کمک کردن به معلمان برای شکل دهی عقاید و مهارت های ارتباطی است که باعث ایجاد یک محیط آموزشی مناسب برای رشد علاقه ی اجتماعی و آموزشی در دانش آموزان می شود. KT بر اساس این آموزه های بنیادین روانشناسی انفرادی شکل گرفته است:

افراد جایگاه اجتماعی دارند (دووی،۱۹۷۸). در طول آموزش از معلمان خواسته می شود محتوایی را که رفتارهای مشکل ساز دانش آموز در آن بروز می کند، در نظر داشته باشند. به این شکل نمی توان کودکان را بدون در نظر گرفتن سیستم های اجتماعی که به آن ها تعلق دارند، ارزیابی کرد. بررسی محیط خانوادگی دانش آموز مورد توجه ویژه ای قرار دارد، اما باید تأثیر محیط کلاس را نیز در نظر داشت. یادگرفتن چگونگی استفاده از این اطلاعات، یافته های ارزشمندی برای آموزگاران به همراه دارد که آن ها را قادر می سازد رفتارهای دانش آموز و میزان علاقه ی اجتماعی که برای موفقیت تحصیلی او بسیار مهم هستند را ارزیابی کنند.

@karnil

افراد خود رأی هستند (دووی،۱۹۷۸). در این جا به این واقعیت اشاره می شود که دانش آموزان تنها در خانواده، گروه همسالان یا کلاس واکنش نشان نمی دهند، بلکه افراد حتی در سنین بسیار پایین به طور دائم راجع به چگونگی واکنش به شرایط مختلف تصمیم گیری می کنند. این اصل اثبات گرایانه راجع به قابلیت درونی فرد برای یافتن راه هایی جهت سازش، پتانسیل تغییر را شکل می دهد. معلمانی که حقیقتاً نا امید شده اند، با آگاه شدن از این مسئله که یک دانش آموز مأیوس می تواند در کلاس از استراتژی های سازش مناسب تری از نظر اجتماعی استفاده کند، امید خود را دوباره بدست می آورند. این امر باعث می شود معلمان راه های جدیدی را بیازمایند تا دانش آموزان نیز واکنش متفاوتی نسبت به شرایط داشته باشند.

افراد به سمت اهداف گرایش می یابند (دووی،۱۹۷۸). بدرفتاری خود یک فعالیت هدفمند است. هنگامی که دانش آموزی در حالی که معلم تدریس می کند، از صندلی خود برمی خیزد، هدفی دارد که می خواهد به آن برسد. ممکن است می خواهد مدادی که از میزش پایین افتاده را بردارد و یا نظم کلاس را برهم بزند. قصد یا هدف رفتار اغلب به راحتی می تواند با چگونگی واکنش معلم به رفتار دانش آموز آشکار شود. هنگامی که معلمان راجع به رفتارهای دانش آموزان تفکری متفاوت داشته باشند، می توانند رویکرد خود در مدیریت کلاس را نیز تغییر دهند و این رفتارهای جدید متعاقباً بر افکار، احساسات و رفتارهای دانش آموزان نیز تأثیر می گذارند.

افراد زندگی را به صورت عینی می نگرند (دو وی، ۱۹۷۸). آنچه که دانش آموز درک می کند، واقعیت او را شکل می دهد و آنچه که معلم درک می کند، شکل دهنده ی واقعیت او می باشد. افراد متعدد در یک کلاس مشابه از دیدگاه منحصر به فرد خود یک وضعیت را بررسی می کنند. کودکان نیز به واسطه ی تجربیات اولیه ی خود دیدگاه منحصر به فردی نسبت به جهان پیرامون شان دارند. این تفاسیر بر احساس تعلق یا عدم شهامت و میزان علاقه ی اجتماعی کودک تأثیرگذار است. کمک به معلمان برای یادگرفتن چگونگی حدس زدن راجع به این که کودک چه دیدگاهی نسبت به خود، دیگران وجهان پیرامونش

@karnil

دارد، اغلب باعث افزایش همراهی آن ها با او شده و سرنخ هـایی از نحـوه ی تفکـر، احساسات و اهداف رفتاری کودک به آن ها ارائه می دهد.

انسان ها یک هویت واحد هستند (دووی،۱۹۷۸). از این دیدگاه تعامل یـک معلم و دانش آموز برابر با تعامل دو انسان به صورت انفرادی نیست. هر دوی آن هـا تأثیر والدین، خواهرها و برادرها، تجربیات قبلی مربوط به مدرسه و دیگر تجربیات و تفکرات راجع به خود، دیگران و جهان پیرامون شان را بـه دنبـال دارنـد. هـر چنـد ممکن است سازماندهی این مسائل بسیار دشوار به نظر برسد، امـا معلمـانی کـه در جلسات KT شرکت می کنند، شروع به درک طیف عوامل با نفوذی می کنند که بر تفکر، احساسات و رفتارهای کودک تأثیر گذار است. ایـن آگـاهی بـه آن هـا کمـک می کند به دنبال الگوهایی از رفتار دانش آموز در کلاس باشند که ناکارآمـد بـوده و راهی برای کمک به او پیدا کنند تا از دسـتاویزهای متفـاوتی بـرای احسـاس تعلـق استفاده کند.

هنگـامی کـه آموزگـاران بتواننـد از ایـن اصـول بـرای درک مفهـوم رفتارهـای دانش آموز خود استفاده کنند، قادرخواهند بود بهتر او را درک نمایند. به این شـکل شهامت پیدا می کنند از تصمیم گیری های مختلفی در رابطه با چگـونگی مداخلـه در وضعیت های دشوار در کلاس شان استفاده نمایند.

اصول آدلر مرتبط با KT، ابعاد رفتاری

از دیدگاه آدلر مفاهیم مرتبط بـا تعلـق خـاطر و سـرخوردگی مـی توانـد تـأثیر مخربی بر رفتار و توان یادگیری دانش آموز داشـته باشـد (بـریگمن، مـولیس، وب و وایت،۲۰۰۵). این رفتارها یا بهتر بگوئیم سبک های تحمل هدفمنـد بـوده و ممکـن است مخرب یا بسیار مخرب باشند. گاهی اوقـات دانـش آمـوزان سـرخورده کـه بـه شدت می خواهند احساس مهم بودن و متمـایز بـودن در کـلاس داشـته باشـند، از اهداف یا رفتارهایی اشتباه به عنوان شیوه ای برای برقراری ارتباط و برطرف ساختن نیازهای خود استفاده می کنند.

رودلف دریکورس شاگرد و همکار معروف آدلر به بررسی ایـن مسـئله ادامـه داد که چگونه این کودکان سرخورده سخت تلاش می کننـد بـه نیازهـای خـود پاسـخ

@karnil

دهند. او در این باره می گوید: *"کودکی که بدرفتاری می کند، تنها یک کودک سرخورده است که تلاش می کند جایگاه خود را پیدا کند"* (دریکورس و کاسل،۱۹۷۲؛ ص۳۲). دریکورس و سالتز (۱۹۶۴) چهار هدف نامناسب رفتاری را که در حوزه ی سرخوردگی و علاقه ی اجتماعی قرار می گیرند، شناسایی کردند:

هدف نامناسب توجه. هدفی که بیش از همه مرتبط با علاقه ی اجتماعی و کودکان سرخورده می باشد، توجه است. هنگامی که کودکان به دنبال توجه هستند، در واقع می گویند: *"من تنها زمانی وجود دارم که افراد به من توجه کنند."* کودکان می توانند به صورتی **فعال** یا **منفعل** و **سازنده** یا **مخرب** به دنبال توجه در کلاس باشند. یک جستجو کننده ی توجه که به صورتی **فعال** - **سازنده** عمل می کند، ممکن است تمایز خود در کلاس را با یک کودک قابل اطمینان بودن که همواره دستش برای پاسخ صحیح بالاست، بدست آورد. از سوی دیگر جوینده ی توجه **فعال** - **مخرب** ممکن است با مسخره کردن دیگران توجه همکلاسی هایش را به خود جلب کند. دانش آموزان **منفعل** – **سازنده** مانند شهروندان یک کلاس درس هستند که همواره همه چیزشان مرتب بوده و لبخند می زنند. آن دسته که به صورتی **منفعل** - **مخرب** به دنبال توجه هستند، ممکن است خجالتی یا تنبل به نظر برسند. حتی با این که می دانند باید چه بگویند و چه کاری انجام دهند، اما باز هم می خواهند جملات تشویق کننده ی بیشتری بشنوند. اغلب معلمان برای مدتی می توانند تمامی این رفتارها را تحمل کنند، اما با گذشت زمان دیگر از اعمال توجهات خاصی که این کودکان با رفتارهایشان آن را طلب می کنند، خسته می شوند.

هدف نامناسب قدرت. دومین هدف اشتباه رفتاری قدرت است. دانش آموزانی که در این گروه چالش برانگیزتر، سرخورده تر و با علاقه های اجتماعی کمتر قرار می گیرند، معتقدند: *"من تنها زمانی به حساب می یام که قدرت داشته باشم یا شرایط تحت کنترل من باشن."* هنگامی که راجع به معلمان به عنوان هدایت کنندگان کلاس درس بنگرید، ادراک این که چگونه چنین تفکری می تواند باعث برهم خوردن محیط آموزشی شود، کاری بسیار ساده است. این

@karnil

هدف می تواند به صورت فعال یا منفعل دنبال شود، اما در یک تشکیلات اجتماعی همواره مخرب است. آن دسته که به صورت منفعل عمل می کنند، تبدیل به افرادی بسیار لجباز می شوند و عقیده شان بر این است: *"من هر کاری که دلم بخواد، انجام می دم و هرکاری که نخوام، انجام نمی دم."* چنین رویکردی هنگامی که معلمان باید دروس را سر موقع تمام کنند و دانش آموزان را برای امتحانات آماده سازند، می تواند تبدیل به یک کابوس شود. قدرت طلبانی که به صورت فعال عمل می کنند، اغلب به صورت شورشیانی به نظر می رسند که با بحث کردن، مخالفت جویی و رجز خوانی به دنبال کسب قدرت هستند. چنین دانش آموزانی می توانند زمان بسیار زیادی از کلاس درس را هدر بدهند و معلمان به شدت از دست آن ها عصبانی می شوند.

هدف نامناسب انتقام جویی. انتقامجویان معتقدند: *"من تنها زمانی به حساب می یام که اگر آسیب دیدم، بتونم به دیگران آسیب بزنم."* همان گونه که مشاهده می شود، کودکانی که به دنبال انتقام هستند، از نظر علاقه ی اجتماعی و سرخوردگی مشکلات بیشتری دارند. انتقامجویان **منفعل – مخرب** به آرامی سر جای خود می نشینند، اما خشم در صورت شان موج می زند و صدای آن ها را فریاد می کند. انتقامجویان **فعال – مخرب** رفتارهایی را انتخاب می کنند که باعث آسیب رساندن به دیگر دانش آموزان و معلمان شده و تلاش می کنند دیگران را از خود دور کنند. آن ها اغلب در این کار موفق هستند و در سرتاسر کلاس احساسات همه را آزرده می کنند. معلمان اغلب احساس می کنند مورد حمله قرار گرفته و هنگامی که دانش آموزان به این شکل عمل می کنند، می خواهند تلافی کنند.

هدف نامناسب عقب نشینی. این هدف به عنوان *"نمایش بی کفایتی"* نیز شناخته می شود. این دانش آموزان که به شدت سرخورده هستند و هیچ نوع علاقه ی اجتماعی ندارند، گمان می کنند: *"من اصلاً به حساب نمیام."* الگوی این دانش آموزان **منفعل – مخرب** بوده و به خود می گویند: *"من احساس حماقت، بی کفایتی و ناشناخته بودن می کنم."* معلمان بسیار تلاش می کنند با این نوع دانش آموزان ارتباط برقرار کرده و به آن ها کمک کنند، اما اغلب کاملاً نا امید شده و نمی دانند چگونه این کار را انجام دهند. چنین دانش آموزانی آن قدر سرخورده

@karnil

هستند که به طور کامل از محیط آموزشی عقب نشینی می کنند و این خود مقدمه ی انزوای بیشتر آن ها از اجتماع و احتمال عقب ماندگی تحصیلی آنهاست.

دریکورس و کاسل (۱۹۷۲) توضیح می دهند که بزرگسالان چگونه با واکنش های خود نسبت به کودکان، به اشتباه باعث ترویج رفتارهای مشکل ساز در آن ها می شوند. هنگامی که کودکان احساس می کنند توسط بزرگسالانی که در زندگی برای آن ها مهم هستند، نادیده انگاشته شده یا رها می شوند و بیش از حد تحت کنترل قرار می گیرند و یا آسیب می بینند؛ رفتارهای آن ها تغییر یافته، علاقه ی اجتماعی شان کاهش می یابد و یأس و سرخوردگی شروع به ریشه دواندن در شخصیت آن ها می کند. لو و بتنر (۱۹۵۵) راجع به نقش معلم در ادراک و ایجاد انگیزه در کودکان می نویسند. آن ها معتقدند برای این که دانش آموزان در کلاس درس ریسک یادگیری را بپذیرند، باید احساس توانمندی و مرتبط بودن داشته باشند و از شهامت کافی نیز برخوردار باشند. این احساسات به شدت تحت تأثیر آنچه که معلم راجع به کودک و رفتار او می اندیشد و رفتارهای خود او که باعث ترغیب برقراری ارتباط و تمایل به امتحان کردن چیزهای جدید می شود، قرار می گیرد. KT طیف گسترده ای از رفتارها را به آموزگاران ارائه می کند که موجب شکل گیری ارتباطات قوی تر، از بین بردن رفتارهای مشکل ساز در کلاس و پرورش محیطی برای آزمودن و یادگرفتن می شود.

مدل KT

اگر روابط میان معلم و دانش آموز بر اساس شیوه های انضباطی و قدرت گرایانه شکل گرفته باشد، احتمالاً بسیار خشک و غیر قابل انعطاف خواهد بود. معلمان اغلب هنگامی که احساس می کنند کنترل اوضاع از دست آن ها خارج شده است، از رویکردهای انضباطی سفت و سخت استفاده می کنند و این امر به علت فقدان آموزش در برنامه های تربیت معلم و نداشتن آگاهی راجع به شخصیت اجتماعی و احساسی دانش آموزان و مدیریت کارآمد کلاس می باشد. شکل گیری KT نتیجه ی مستقیم احساس نیاز مشاوران برای کمک به معلمان می باشد تا بتوانند با دانش آموزان خود به شیوه ای رابطه برقرار کنند که منتهی به عصبانیت یا

@karnil

سرخوردگی نشود. همان گونه که روابطی که از طریق FT بین والد و کودک ایجاد می شود برای هر دو لذت بخش است، روابط بین دانش آموز و معلم نیز می تواند همراه با احترام و اعتماد به نفس بیشتری باشد. KT تبدیل به یک مدل مشاوره ای قدرتمند شده و شامل این بخش ها می شود که در ادامه نگاهی به آن ها خواهیم داشت (وایت، دریپر و فلینت،۲۰۰۳):

- ☑ آموزش گروهی برای معلمان،
- ☑ تمرین کردن با یکدیگر تحت نظارت افراد متخصص،
- ☑ جلسات بازی انفرادی با کودک همراه با نظارت،
- ☑ هدایت کلاس با استفاده از اصول آدلر و رویکردهای مناسب.

آموزش دو روزه

در این آموزش فشرده از تدریس تئوری و عملی استفاده می شود. روز اول آموزش معلمان شامل موارد زیر می گردد:

- ☑ معرفی،
- ☑ بازنگری اهداف KT همراه با مباحثاتی راجع به انتخاب یک دانش آموز برای اجرای جلسات بازی،
- ☑ معرفی اهمیت بازی برای کودکان،
- ☑ مباحثه راجع به نظریات معلمان در مورد پیشرفت و موفقیت دانش آموزان در کلاس،
- ☑ معرفی و بازنگری مسائل حیاتی برای رشد طبیعی کودک و این که این عوامل چگونه با بازی آزادانه مرتبط هستند،
- ☑ آموزش زبانِ بازی درمانی ($TEEL$: پیگیری، همدلی، تشویق، قانون گذاری)،
- ☑ ارائه ی فیلم های آموزشی در رابطه با استفاده از $TEEL$.
- ☑ معرفی اصول روانشناسی آدلر برای بهبود مدیریت کلاس که شامل بازنگری مسائلی چون تشویق، همدلی، درک شرایط خانوادگی، بهبود سبک زندگی، نظام روانشناسی، نقش اهداف

@karnil

نامناسب رفتاری و ویژگی های آن ها، مراتب منطقی و محدودیت گذاری می شود،

- ☑ ارائه فیلم های آموزشی راجع به اصول روانشناسی آدلر،
- ☑ خاتمه دادن جلسه ی روز اول همراه با پرسش و پاسخ و آماده شدن برای روز دوم آموزش.

معلمان علاوه بر جلسه ی آموزشی، جزوه ی جامعی در زمینه ی مسائل مورد مباحثه دریافت می کنند تا بتوانند در صورت نیاز به آن مراجعه کنند. روز دوم آموزش بیشتر شامل کارهای عملی می شود:

- ☑ جلسه با مرور اجمالی مطالب روز اول آغاز می شود،
- ☑ معلمان به صورت گروه های دو نفری در اتاق بازی مشغول تمرین می شوند. یک معلم نقش کودک را ایفا می کند و معلم دیگر مهارت هایی را که آموخته، با او تمرین می کند. هم چنین به معلمان یادآوری می شود که از هدایت کردن بازی و نام بردن صفات خاص برای اسباب بازی ها خودداری کنند،
- ☑ هر جلسه ی تمرین حداقل توسط یکی از تعلیم دهندگان مورد نظارت قرار می گیرد،
- ☑ پس از هر جلسه ی تمرینی معلم بازخوردهای کلامی و مکتوب از طرف تعلیم دهنده و دیگر معلمانی که عملکرد او را مشاهده می کردند، دریافت می کند،
- ☑ برای این که همه ی معلمان بتوانند به مقدار مناسب تمرین کنند، بهتر است به گروه های دو نفری تقسیم شده و به طور همزمان با نظارت تعلیم دهنده ی خود تمرین کنند. در این صورت می توان از لوازم قابل جابجایی بازی به منظور سهولت کار استفاده کرد.

آخرین ساعت جلسه ی روز دوم صرف برنامه ریزی برای جلسات هفتگی برای هر معلم، دانش آموز انتخاب شده و ناظر جلسه می شود. مسلماً برنامه ی معلمان به علت محدودیت های زمانی مدرسه، دارای شرایط خاصی می باشد. هنگامی که

@karnil

معلمان در کلاس نتوانند از کمک افراد متخصص بهره منـد شـوند، مشـاور مدرسـه می تواند زمانی که معلم با ناظر و دانش آمـوز خـود در اتـاق بـازی مشـغول اسـت، کلاس او را اداره کند. هم چنین رضایتنامه ی والدین برای انجام این جلسات الزامی است.

جلسات بازی هفتگی و نظارت بر آن ها

پس از این که آموزش دو روزه به پایان رسید و رضـایتنامه ی والـدین دریافـت شد، هر معلم جلسات بازی انفرادی خود را با دانش آموز انتخاب شده آغاز می کنـد. در جلسه ی اول تعلیم دهنده به عنوان ناظر در اتاق بازی حضور دارد و می تواند در صورت لزوم معلم را هدایت کنـد. در جلسـات بعـدی حضـور او نامحسـوس بـوده و می تواند از طریق دوربین مدار بسته یا از پشت آینه، عملکرد معلم و دانش آمـوز را بررسی کند. پس از پایان هر جلسه، ناظر ۱۰ تا ۱۵ دقیقه با معلم صحبت مـی کنـد و هم چنین به او توصیه می کند فیلم ویدئویی جلسه ی خود بـا دانـش آمـوزش را دوباره نگاه کند تا برای جلسات بعدی آمادگی بیشتری داشته باشد.

هدایت کلاس

هنگامی که این جلسات رو به پایان می روند، تعلیم دهندگان معلمان را تشویق می کنند از مفاهیم و آموزه های آدلر ومهارت های *TEEL* در کلاس خود اسـتفاده کنند. به طور مثال به معلمان پیشنهاد می شـود پیگیـر عملکـرد دانـش آمـوزان در حال انجام دادن تکالیف کلاسی باشند و یا هنگامی که به نظر می رسد دانش آمـوز مشکل احساسی خاصی دارد، با او همدلی کنند. هم چنـین مـی تواننـد از جمـلات تشویقی برای ترویج رفتارهای مناسب در مدارس استفاده کنند. به طور مثـال معلـم می تواند به دانش آموز خود بگوید: *"خیلی خوبه که تـلاش مـی کنـی تـوی سـالن مدرسـه آروم راه بـری."* ایـن کارهـا بـه معلـم کمـک مـی کنـد شـروع بـه انتقـال مهارت های خود از جلسه ی بازی به محیط کلاس کند.

پس از این کـه ششـمین جلسـه ی بـازی بـه پایـان رسـید، تعلـیم دهنـده در زمان های مناسب از کلاس بازدید کرده و راهنمایی هـایی در زمینـه ی اسـتفاده از

@karnil

آموزه های آدلر و مهارت های *TEEL* ارائه می دهد. ارائه ی یک نوار آموزشی قبل از این مرحله ی انتقالی به معلم مفید است تا او الگویی از چگونگی به کارگیری این مهارت ها در کلاس بدست آورد. در برخی موارد هنگامی که معلمان در استفاده از مهارت های خود در کلاس دچارمشکل باشند، ناظر می تواند آن ها را مانند یک مربی هدایت کند، توصیه های خود را برای آن ها بنویسد و یا حتی مطلب را در گوش او زمزمه کند. بازخوردهای معلمان نشان می دهد که این هدایت در کلاس برای آن ها بسیار ارزشمند بوده و برای امکان انتقال مهارت ها الزامی می باشد.

نتیجه گیری

پژوهش های انجام گرفته در رابطه با *KT* نشان می دهند پیگیری کار معلمان و مسئولان مدرسه بسیار مهم است تا اطمینان حاصل شود به نیازهای خاص مدرسه توجه شده و رابطه ای سالم بین معلم و دانش آموز ایجاد شود که باعث پیشرفت تحصیلی و رشد احساسی و اجتماعی او می گردد.

KT در واقع یک شیوه ی مشاوره است که بر اساس روانشناسی انفرادی آدلر شکل گرفته و نکات مشترک بسیار زیادی با *FT* دارد. *KT* به آموزگاران کمک می کند دیدگاهی جدید راجع به دانش آموزان خود بدست آورند و از مهارت هایی در برقراری ارتباط استفاده کنند که باعث بهبود رابطه ی آن ها با دانش آموزان شان می شود. به این شکل دانش آموزان نیز تفکری متفاوت نسبت به خود بدست آورده و احساس می کند با محیط کلاس مرتبط بوده و از راه های مناسب تری برای ایجاد رابطه با محیط پیرامون خود استفاده می کنند.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش پانزدهم

درمان با صفحه ی شنی (SandtrayTherapy)

دنیل سووینی، لیندا هومیر

درمان با صفحه ی شنی *(ST)* یک درمان بیان گرا با انعطاف پـذیری چشـمگیر است و برای بیمارانی در هر سن مورد استفاده قرار می گیرد. این شـیوه مـی توانـد غیر هدایت کننده یا هدایتگر باشد و یا به طور کامل بـدون اسـتفاده از کـلام انجـام گیرد و یا متمرکز بر حل مشکل و برطرف کردن تحریفات شـناختی باشـد. در ایـن بخش به بررسی کاربردهای گوناگون *ST* به عنوان مداخله ای برای مشکلات آسـیب های روانی پرداخته می شود. هم چنین نگاه گذرایی به متون پژوهشی راجع به ایـن شیوه ی درمانی خواهیم داشت.

هومیر و سووینی (۱۹۹۸) فرآیند *ST* را به این شکل شرح می دهند:

" یک مدل روان درمانی بیان گرا همراه با فرافکنی کـه بـه مشـکلات درونـی و بین فردی بیمارمی پردازد و با اسـتفاده از صـفحه ی شـنی و لـوازم جـانبی آن بـه عنوان یک مدیوم غیر کلامی با او ارتباط برقرار می نماید. در ایـن شـیوه رونـد کـار توسط بیمار هدایت شده و یک درمانگر آموزش دیده بر آن نظارت می کند" (ص۶).

کاربرد درمانی صفحه ی شنی همراه با مجموعه ای از اسباب بازی های مینیاتوری

@karnil

شکل ۱-۱۵. نمونه ای از لوازم صفحه ی شنی

و وجود آب در کنار آن ها همواره به شیوه های گوناگونی صورت گرفته است.

ابزار کار یک متخصص ST بسیار ساده است. ابتدا نیاز بـه مقـداری شـن و آب می باشد که جزو عناصر اصـلی زمـین بـه شـمار مـی رونـد و لمـس کـردن آن هـا خوشایند است. یک صفحه ی سینی مانند برای شن و دیگر اسباب بازی ها بـه کـار گرفته می شود که نه تنها جـای قرارگیـری شـن و وسـایل بـازی مـی باشـد، بلکـه هم چنین حکم ظرفی را دارد که ابعاد روح بیمار را در خود جای مـی دهـد. نهایتـاً مجموعه ای از اسباب بازی های مینیاتوری قرار دارند که نماد و تصاویر ایـن جهـان یا به عبارت دیگر واژه هایی هستند که بیمار با استفاده از آن ها می تواند احساسات خود را نشان دهد (شکل**۱-۱۵**). در این شیوه دیگر نیـازی نیسـت بیمـار راجـع بـه تجربیات دردناک خود به صورت مستقیم سخن بگوید. گفتن این نکته حائز اهمیـت

@karnil

است که این وسایل تنها ابزاری برای درمانگر هستند، اما این خود فرآیند بازی با صفحه ی شنی است که محیطی برای بیمار ایجاد می کند تا او بتواند از طریق آن با آسیب های روحی خود مواجهه نماید.

تاریخچه ای کوتاه از شیوه ی درمان با صفحه ی شنی

در دهه ی ۱۹۲۰ مارگارت لوون فلد[۲۳۸] به دنبال راهی برای برقراری ارتباط با بیماران خردسال خود بود و می خواست از شیوه ای بهره گیرد که این ارتباط با پیش فرض ها، ادراکات و چشم اندازهای بزرگسالان آلوده نشود. هنگامی که او به عنوان یک پزشک در دوران جنگ روسیه و لهستان خدمت می کرد، وحشت تأثیرات جنگ بر سربازان، زندانیان جنگی، دانش آموزان، کودکان و خانواده هایی که آواره شده بودند، تأثیر بسیار عمیقی بر او گذاشت. در سال ۱۹۲۵ هنگامی که لوون فلد شروع به درمان کودکان کرد، به دنبال شیوه هایی از مداخله بود که کودکان بتوانند ادراک خود از جهان پیرامون شان را ابراز کنند. او به دنبال مدیومی بود که بلافاصله برای کودکان ایجاد جذابیت کند و زبانی را در اختیار آن ها قرار دهد که بتوانند با استفاده از آن به راحتی رابطه ایجاد کنند.

او کتاب **اچ. جی. ولز** با نام *"بازی های خانگی"* را به یاد آورد که قبلاً آن را خوانده بود. ولز در این کتاب به شرح داستان هایی از بازی هایی پرداخته است که او و پسرانش با استفاده از اسباب بازی های کوچک در خانه ی خود به آن ها می پرداختند. لوون فلد با توجه به کارایی این رویکرد برای کودکان، شروع به جمع آوری اسباب بازی های مینیاتوری کرد و فرصتی برای کودکان فراهم آورد تا بتوانند دنیای خود را با او قسمت کنند. این شیوه ی مداخله به تدریج نام **تکنیک جهان**[۲۳۹] را به خود گرفت.

درحالی که افراد دیگری نیز شروع به بهره گیری از تکنیک های لوون فلد کردند، تحول عظیم دیگر در زمینه ی *ST* توسط دورا کاف[۲۴۰] انجام گرفت. کاف که

****

238 *Margaret Lowenfeld*
239 *World Technique*
240 *Dora Kalff*

@karnil

خود به مدت ۶ سال در انستیتوی یونگ مشغول به کار بود و خود پیرو فلسفه ی یونگ به شمار می رفت، در یک کنفرانس روانشناسی شرکت کرد و سخنان لوون فلد را در رابطه با تکنیک جهان شنید (وینریپ،۱۹۸۳). کاف در سال ۱۹۳۵ به لندن رفته و مطالعاتی را همراه با لوون فلد انجام داد. وی سپس به زادگاه خود سوئیس بازگشت و رویکرد درمان با صفحه ی شنی از دیدگاه اصول یونگ را ایجاد کرد که خود آن را **بازی با شن**[۲۴۱] نامید (کاف،۱۹۸۰). او هنگامی که در شرق دور زندگی می کرد، تحت تأثیر عمیق فلسفه یونگ و عرفان شرقی قرار گرفت. دیگر متخصص شیوه ی بازی با شن، تحلیلگر شیوه های یونگ، جان آلن[۲۴۲] می باشد. شیوه ها و نوشته های او (۱۹۸۸) بسیاری از نسل جدید درمانگران کودک پیرو یونگ را تحت تأثیر خود قرار داد.

در این جا لازم است اشاره شود که واژه ی **بازی با شن** اغلب برای شرح دادن هر نوع کاربرد روان درمانی از صفحه ی شنی و اسباب بازی های مینیاتوری استفاده می شود. البته باید گفت این شیوه ها مشخصاً به عنوان یک رویکرد درمان با صفحه ی شنی از دیدگاه مکتب یونگ در نظر گرفته می شوند. در حالی که شیوه های لوون فلد و کاف، رویکردهای پیشگام کاربرد درمانی از صفحه ی شنی به شمار می روند، ظرف چند دهه ی گذشته جهت گیری های متعدد دیگری نیز در این زمینه وجود داشته است.

اوکلندر[۲۴۳] (۱۹۸۸) از دیدگاه مکتب **گشتالت**[۲۴۴] از صفحه ی شنی برای بیمارانش استفاده کرد. او معتقد بود بازی درمانی و بازی با شن به شکل گیری رابطه ی **من / تو** کمک می کند که در رویکرد درمانی گشتالت یک مفهوم کلیدی به شمار می رود (اوکلندر،۱۹۹۴). روش ST با توجه به اصول گشتالت، بیماران را قادر می سازد مشکلات خود در روابط و مرز آن ها را برطرف کرده و احساس و هویت مشخصی برای خود ایجاد کنند که به واسطه ی آسیب های روانشناختی

****
241 *SandPlay*
242 *John Allan*
243 *Oaklander*
244 *Gestalt or Gestaltism*

@karnil

آن ها از بین رفته بود. این شیوه هم چنین باعث پیشرفت آگاهی فردی و برطرف کردن مشکلات مرتبط با مقاومت و لجبازی می شود (۱۹۹۴).

دیگر فردی که در ST سهم داشته و مطالبی را در این رابطه نوشته است، گیسلا دودومینکو[۲۴۵] (۱۹۹۵،۱۹۹۹) می باشد که رویکردی را با عنوان **صفحه ی شنی – بازی دنیا** بوجود آورد. پژوهش های اول او در رابطه با کودکان خردسال عادی و بازی غیرهدایت کننده با صفحه ی شنی بود. او در مطالعه ی خود مشاهده کرد کودکانی که با صفحه ی شنی خود در تشکیلات گروهی بازی می کنند، می توانند ۲ تا ۴ ساعت به این بازی ادامه داده و دنیاهای گوناگونی را در بازی خود خلق کنند. او که خود بیشتر حامی بازی گروهی است، می گوید: *"بازی در گروه شرایطی را برای بیمار فراهم می آورد تا توانایی و علاقه ی خود برای خلق موضوعات جدید همراه با دیگران را بهبود بخشد. هم چنین انجام بازی صفحه ی شنی به صورت گروهی، هویت انفرادی فرد را در خود حل کرده و صفحه ی شنی تبدیل به آیینه ای حقیقی از روحیه ی گروهی و آنچه که جامعه نام می گیرد، می شود"* (۱۹۹۹؛ ص ۲۲۰).

منطق استفاده از درمان با صفحه ی شنی

هدف اصلی استفاده از ST ایجاد شیوه ای غیرکلامی برای مواجهه با طیف گسترده ای از مشکلات بیماران می باشد. هومیر و سووینی (۱۹۹۸،۲۰۰۵) به شرح چندین استدلال برای استفاده از ST می پردازند:

ST باعث ابراز مشکلات احساسی به صورت غیرکلامی می شود. از آن جا که بازی زبان کودکیست و می تواند شیوه ی برقراری ارتباط برای بیمارانی از هر گروه سنی باشد که نمی توانند یا نمی خواهند سخن بگویند؛ صفحه ی شنی تبدیل به راهی مطمئن برای ابراز احساسات و تفکرات این بیماران می شود. اگر صفحه ی شنی حکم یک زبان را داشته باشد، پس می توان گفت اسباب بازی های مینیاتوری

****

[245] *Gisela Dedomenico*

@karnil

مورد استفاده در آن حکم واژه ها را دارند. همان گونه که یک بوم سفید فضایی برای ابراز احساسات و هنرنمایی یک هنرمند فراهم می آورد، صفحه ی شنی نیز جایگاهی برای ابراز احساسات و هیجانات بیمار می شود. در واقع بیمار هیچ نیازی به توانایی های هنری یا خلاقانه ندارد، زیرا قرار نیست اثر خلق شده ی او از این لحاظ مورد ارزیابی قرار بگیرد.

فرآیند ST با هدایت خود افراد، این امکان را به آن ها می دهد خود را آزادانه و به طور کامل ابراز کنند. این فرآیند سپس می تواند به تدریج فرصت بازی هدایت شده را فراهم کند. کودکان و خانواده ها از طریق این بازی می توانند مجموع شخصیت خود را بیان کنند و این کار به افراد کمک می کند احتمالات دیگری را نیز در نظر بگیرند که برخی از آن ها ممکن است از طریق بیان کلامی امکان پذیر نباشند. در نتیجه فرد به تدریج در ابراز وجود خود پیشرفت می کند و ابعاد ناشناخته ی وجودش کشف می شوند. به این شکل می توان گفت ST نه تنها چیزی بیش از نمادسازی ویژگی های روح می باشد، بلکه در واقع جایگاهی برای ابراز وجود و کاوشی آزادانه در اعماق شخصیت فرد است.

ST یک بعد لمسی منحصر به فرد دارد و تجربه ی حسی خوشایندی ایجاد می کند که شاید همه ی ما به آن احتیاج داشته باشیم و از آن لذت ببریم. نیاز حیاتی ما به تعلق خاطر از طریق روابط وتجربیات مان برآورده می شود و ST هر دوی این عناصر را برای افراد فراهم می آورد.

تجربه ی دلپذیر لمس کردن ماسه و شکل دادن به آن، خود دارای اثرات آرام بخش و درمانی جالب توجهی است. بسیاری از مواقع به بیمارانی برخورد کرده ایم که ابتدا تمایل نداشتند راجع به مشکلات خود حرفی بزنند، اما در جلسه ی ST بدون انجام هیچ کار خاصی و تنها با لمس ماسه ها، شروع به سخن گفتن راجع به عمیق ترین مشکلات خود کرده اند. به نظر می رسد تجربه ی لمس ماسه به نوعی زبان آن ها را شل می کند! شکل دادن به ماسه و قراردادن اسباب بازی های مینیاتوری در آن برای بیمار هم شیوه ای غیر تهدید کننده بوده و هم از نظر حسی رضایت بخش می باشد، بخصوص برای آن دسته از افرادی که تجربیات ناخوشایندی راجع به این حس خود یعنی لمس کردن یا لمس شدن داشته اند.

@karnil

ST فاصله ی درمانی مناسبی برای بیماران ایجاد می کند. بیماران اغلب قادر نیستند مشکل خود را با واژه ها بیان کنند، اما شاید از طریق مدیوم های ابراز کننده ای مانند صفحه ی شنی بتوانند راحت تر این کار را انجام دهند. این مسئله خصوصاً در مورد بیمارانی با آسیب روحی و روانی بسیار صادق است. انطباق مدیوم درمان با نیازهای بیمار و هدایت فرآیند توسط خود او، باعث می شود بیمار درجه ای از فاصله برای خود ایجاد کند و به این شکل در فضای ایجاد شده احساس راحتی بیشتری خواهد داشت. در این شیوه بیمارانی از تمام سنین از زوج های جوان گرفته تا خانواده هایی با چند فرزند، به نوعی تخلیه ی احساسی و هیجانی را تجربه می کنند که از طریق استفاده از نمادها و فرافکنی مشکلات شان در صفحه ی شنی امکان پذیر می شود.

این فاصله ی درمانی فضایی امن برای بیمار فراهم می کند تا خود را تخلیه نماید. تمام بیمارانی که نوعی آسیب و ضربه ی روحی یا روانی تجربه کرده اند، به فضایی امن احتیاج دارند تا مشکلات دفن شده در اعماق روح شان دوباره ظهور کند و به صورتی امن رها شود، و در نتیجه احساسات منفی مرتبط با آن ها نیز برطرف خواهد شد. تخلیه ی روانی عنصری مهم در درمان ضربه (تروما) می باشد و انجام آن باید برای بیمار تا سرحد امکان ساده تر شود.

شفر (۱۹۹۴) به موارد متعددی اشاره می کند که این حس فاصله را ایجاد نموده و بیماران از طریق شیوه ی درمانی ST به آن می رسند:

- ☑ ***نماد سازی***. به طور مثال انتخاب یک عروسک مینیاتوری توسط بیمار و وانمود کردن این مطلب که او همان فردی است که به او آسیب رسانده است،
- ☑ ***استفاده از واژه ی "انگار"***. یعنی وضعیتی که بیمار وانمود می کند صحنه ی شکل گرفته در صفحه ی شنی رویدادهای زندگی او نیستند،
- ☑ ***فرافکنی***. در این وضعیت بیمار احساسات خود را در صفحه ی شنی و بر روی عروسک های مینیاتوری فرافکنی می کند و از آن جا که

@karnil

مشکلی برای عروسک ها پیش نمی آید، این هیجانات می توانند به شیوه ای امن تخلیه شوند.

- ☑ ***جابجایی***. در این حالت بیمار احساسات منفی خود را به جای این که نسبت به دیگران مانند اعضای خانواده ابراز کند، عروسک های مینیاتوری را مورد خطاب قرار می دهد. به این شکل ST نه تنها فرصتی برای تخلیه ی روانی فراهم می آورد، بلکه باعث تسهیل آن نیز می شود.

ST در مورد خانواده ها شیوه ای کاملاً جامع می باشد. شیوه های گفتار درمانی رایج برای برطرف کردن مشکلات خانواده کاملاً انحصاری و یکطرفه است، زیرا به سن و سال و میزان رشد کودکان در خانواده هیچ توجهی نمی شود. اما درST چنین مشکلی وجود ندارد و سطحی از بازی فراهم می شود که برای تمام اعضای خانواده در هر سنی که باشند، مناسب است و همگی فرصت ابراز وجود می یابند.

ST به صورت طبیعی محدوده ای ایجاد می کند که باعث امنیت بیشتر برای بیمار می شود. مرزها و محدوده ها تعیین کننده ی حوزه ی همه ی روابط هستند و رابطه ی درمانی نیز از این قاعده مستثنی نیست. این ساختار تجویزی و انتخاب عمدی اسباب بازی ها، محدوده ای برای بیمار ایجاد می کند که باعث شکل گرفتن احساس امنیتی می شود که او برای پیشرفت به آن نیاز دارد. اندازه ی صفحه ی شنی و اسباب بازی ها و مجموعه های انتخاب شده و حتی چیدمان مطب، همه و همه مرز و محدوده ی خاص برای بیمار ایجاد می کنند. هر چند این محدودیت ها عمدی بوده و مهم به شمار می روند، اما باعث آزادی ابراز وجود می شوند. محدودیت های پیدا و پنهان مورد استفاده در ST توجه را معطوف به فرآیند درمان می کند و امنیتی برای بیمار فراهم می آورد تا بتواند توجه خود را بر مشکلاتش متمرکز سازد.

ST وضعیتی منحصر به فرد برای ظهور استعاره های درمانی ایجاد می کند. در حالی که در متون علمی بسیار زیادی راجع به مزایای استعاره ها در روان درمانی سخن گفته شده، اما عمده توجه بیشتر بر استعاره هایی کلامی بوده

@karnil

است. آن گونه که سیگلمن می گوید (۱۹۹۰) : *"استعاره ها تفکر انتزاعی و عینی را به شیوه ای خاص در هم می آمیزند و ما را قادر مـی سـازند از مـرز شـناخته هـا و ملموسات گذر کرده و وارد قلمرو ناشناخته ها و نمادها شویم. این ترکیب معمـولاً از احساسات پررنگی شکل می گیرد که منجر به یکپارچه شـدن بینـش مـی گـردد."* استعاره ها مسلماً می توانند از نظر درمانی قدرتمند باشند؛ عقیده ی ما بر این است که قوی ترین استعاره ها در درمان، آن دسته هستند که توسـط خـود بیمـار شـکل گرفته اند و *ST* شرایطی منحصر به فرد برای این منظور فراهم می آورد تـا بیمـار از طریق آن درونمایه ی خود را در نمادها به تصویر بکشاند.

هنگامی که این نمادها ظاهر شدند، درمانگر تلاش به تفسیر آن ها می کنـد. در این جا لازم است هشدار کاف (۱۹۸۰) در رابطه با تمرکز بر تفسیر این حالات مورد اشاره قرار گیرد. او بر این عقیده بود که مفیدترین تفسیر در واقع تفسیر خود بیمـار می باشد. ما نیز بر این عقیده ایم که تفسیر وضـعیت صـفحه ی شـنی الزامـاً بـرای فرآیند درمان مورد نیاز نیست و درمانگر بایـد ایـن نکتـه را بـه خـود گوشـزد کنـد هنگامی که تفسیری ارائه می دهد، این کار را از دیدگاه تجربیات و ذهن خود انجـام می دهد نه از دیدگاه بیمار. این یادآوری از آن جهت مفید اسـت کـه هنگـامی کـه ابراز احساسات بیمار در رابطه با تجربه ای تفسیر می شود، سهیم شدن آن تفسیر با وی باید با هدف برطرف کردن نیازهای او باشد، نه رضـایتمندی درمـانگر از تفسـیر خود.

ST در غلبه بر مقاومت بیمار بسیار مؤثر است. از آن جـا کـه ایـن شـیوه غیرتهدیدکننده بوده و ویژگی های آن هر فردی را سرگرم می کند، می توانـد نظـر بیمارانی را که در فرآیند درمان همکاری نمی کنند، به خـود جلـب کنـد. در مـورد کودکان نیز از آن جا که اغلب به اجبار بزرگترهای شان وارد روند درمان می شـوند، با مواجه شدن با این شیوه ی بازی، همکاری بیشتری از خود نشان می دهنـد، زیـرا می توانند از طریق بازی آزادانه ابراز وجود کنند.

ST مدیوم ارتباطی مناسب برای بیمارانی با مهارت های گفتاری ضعیف فراهم می آورد. علاوه بر اهمیت این مسئله که مدیوم درمان بـرای کودکـان بایـد ساده و بدون نیاز به گفتار باشد، ممکن است بیمارانی نیز در سنین مختلـف بنـا بـه

@karnil

دلایل گوناگون، مهارت چندانی در سخن گفتن نداشته باشند. این حالت می تواند شامل افرادی با مشکلات سخن گفتن یا کندذهنی، بیمارانی با مشکلات اجتماعی و ارتباطی یا مشکلات فیزیولوژی و بسیاری دیگر از افراد شود.

این افراد نیز درست مانند کودکان خردسالی که چیزی را می خواهند اما نمی توانند آن را درست بیان کنند، دچار احساس یأس و سرخوردگی می شوند. کودکان نوپا به این علت که نمی توانند نیازهای شان را بازگو کنند، شروع به بدخلقی کرده یا گریه می کنند. این شرایط مشابه می تواند در خانواده هایی که نمی توانند یا نمی خواهند خواسته ها و نیازهای خود را مطرح کنند نیز پدید آید. فرآیند ST فضایی بوجود می آورد که ابراز خواسته ها و نیازها در آن وابسته به کلام نیست. در این فرآیند تمام بیماران جایگاهی را می یابند که می توانند خود را در آن از نظر روانی تخلیه کنند و دیگر نیازی به مهارت های گفتاری پیچیده وجود ندارد.

باید گفت در ST استفاده از کلام معنایی معکوس دارد و به عنوان یک حالت دفاعی انگاشته می شود. در مورد کودکان و بزرگسالانی که از هوش و استعداد خود به عنوان یک سیستم دفاعی استفاده می کنند، ST سپر دفاعی آن ها را در هم شکسته و نیازهای درونی شان را آشکار می سازد.

ST فضایی برای کودک یا خانواده ایجاد می کند تا کنترل اوضاع را تجربه کنند. یکی از بارزترین نتایج بحران و ضربه، از دست دادن کنترل احساسی، روانی و حتی فیزیولوژیک می باشد که برای افراد بسیار آزار دهنده است. این افراد در بحران اغلب احساس یأس می کنند و از دست دادن کنترل اوضاع، باعث ترس آن ها می شود. یکی از اهداف درمانی مهم برای چنین بیمارانی باید بازگرداندن قدرت به آن ها باشد، زیرا به نوعی قدرت خود را از دست داده اند.

هدایت روند ST توسط خود بیمار فرصتی برای او فراهم می آورد تا دوباره کنترل اوضاع را بدست گیرد و این کار از طریق ایجاد مرزهایی شکل می گیرد که بر خلاف محدودیت های شان باعث احساس آزادی برای فرد می شوند. بیمارانی که از مسئولیت پذیری سر باز می زنند، در این فرآیند دوباره احساس مسئولیت خود را بدست می آورند. اگر هدف درمان کمک به بیمارانی باشد که می خواهند قدرت

@karnil

بیشتری در کنترل حالات درونی خود بدست آورند، باید گفت ST یکی از مؤثرترین ابزار در این زمینه است.

ST می تواند باعث تحول به شیوه ای مؤثر شود. وجود یک مدیوم بیان گرا به شکل گیری تحولی دیگرگونه کمک می کند. لوون فلد (۱۹۷۹) این گونه می گوید که هنگام خلق دنیاهای گوناگون در صفحه ی شنی، رابطه بیشتر بین بیمار و صفحه ی شنی شکل می گیرد تا با درمانگر. وینریپ (۱۹۸۳) نیز به این نکته اشاره می کند که صفحه ی شنی اغلب خود تبدیل به یک هدف مستقل می شود و بیمار بیشتر صفحه ها و تصاویر بازی را به ذهن می سپارد تا تصویر درمانگر. در هر حال جدا از دورنمای نظری راجع به انتقال و تحول، ST می تواند شرایطی برای بیمار فراهم آورد تا این مرحله ی انتقالی را به سلامت پشت سر بگذارد.

ST باعث می شود مسائل و مشکلات عمیق روانی سریع تر و کامل تر مورد بررسی قرار بگیرند. در روان درمانی دسترسی به مشکلات احساسی عمیق و تضادهای ناخودآگاه اغلب یک چالش عمده به شمار می رود. می توان گفت ویژگی های خاص ST که به آن ها اشاره شد، شرایطی را فراهم می کنند تا بتوان به صورتی مناسب به مسائل پیچیده و مشکلاتی که در اعماق لایه های شخصیتی فرد قرار دارند، دسترسی یافت.

همواره این امید وجود دارد که بیماران خود انگیزه ای برای تغییر داشته باشند و البته حضور آن ها نزد پزشک می تواند نویدی برای این فرض باشد. بسیاری از این بیماران هنگامی که اگوی (ضمیر) آن ها با تضاد مواجه می شود، حالت دفاعی به خود می گیرند. ST به آن ها کمک می کند از کنترل اگو و دیگر مکانیسم های دفاعی رهایی یابند و خود را به شکلی آزادانه تر ابراز کنند. در نتیجه ظرفیت انتخاب جایگزین برای مسائل درون فردی و بین فردی افزایش می یابد.

فرآیند کلی درمان با صفحه ی شنی

ST نیز درست مانند هر مداخله ی درمانی دیگر باید به صورتی هدفمند و متفکرانه مورد استفاده قرار گیرد. می توان از آن برای درمان افراد، مشاوره ی

@karnil

زوج ها یا درمان خانواده و درمان های گروهی استفاده کرد. هم چنین مـی تـوان از آن به عنوان فرم اصلی مشاوره و تغییر در سرعت روند درمان و یا به عنـوان ابـزاری برای ارزیابی پیشرفت های حاصل شده در طول درمان استفاده کرد.

هومیر و سووینی (۱۹۹۸،۲۰۰۵) راجع به این فرآیند مطالبی نوشته اند کـه در ادامه خلاصه ای از نکات مهم آن ارائه می شود. سخن را با تجهیزات لازم برای این فرآیند درمانی آغاز می کنیم.

وسایل مورد استفاده در ST می توانند بسیار ساده و ابتدایی یا همراه با جزئیات و ظرایف بسیار زیادی باشند. در هر حال نیازی نیست که برای ایجـاد مجموعـه ای کافی از اسباب بازی های مینیاتوری، فضا یا هزینه ی بسیار زیادی صرف کرد. لوازم بسیار زیبا و گران ممکن است گاهی اوقات برای برخی از بیماران باعـث سـردرگمی شوند و شاید بیشتر مطابق با خواسته های درمانگر باشند تا بیمار. مواد اصلی مـورد نیاز تنها شامل دو صفحه ی شنی و مجموعه ای از اسـباب بـازی هـای مینیـاتوری می شود.

صفحات شنی معمولاً **۷۰** × **۵۰** سـانتیمتر بـوده و مـی تواننـد حـدود **۸** تـا **۱۰** سانتیمتر نیز عمق داشته باشند. رنگ داخل صفحات معمولاً آبی انتخاب مـی شـود تا نمادی از آسمان و آب باشد. سپس آن ها را با شن تمیز و مرغوب پر مـی کننـد، به صورتی که عمق شن نیمی از مجموع عمـق صـفحه باشـد. هـر چنـد اسـتفاده از ماسه های زمین بازی هزینه ای ندارد، اما این کار توصـیه نمـی شـود، زیـرا ممکـن است تمیز نباشد. هم چنین از ماسه ی بسیار نرم و پودری نیز نباید اسـتفاده کـرد، چون ممکن است باعث بروز حساسیت در افراد شود. انـدازه ی صـفحه بسـیار مهـم است، زیرا محدوده ای خاص برای بیمار ایجاد می کند و صـحنه ی ایجـاد شـده در آن باید با یک نگاه کوتاه قابل بررسی باشد. ترجیحاً بهتر است از دو صفحه اسـتفاده کرد که البته باید از مواد ضد آب ساخته شده باشند. به این شکل می تـوان در یـک صفحه از ماسه ی خـیس و در صـفحه ی دیگـر از ماسـه ی خشـک اسـتفاده کـرد. صفحه ها را باید بر روی سطحی ثابت ترجیحاً میزی با ارتفاع متوسـط قـرار داد، بـه صورتی که بتوان از فضای پیرامـون نیـز اسـتفاده نمـود. برخـی از بیمـاران تـرجیح می دهند اسباب بازی ها را خارج از صفحه بچینند. ایـن امـر احتمـالاً حـاکی از آن

@karnil

است که آن ها هنوز آماده نیستند با مشکلات خود روبرو شوند.

اسباب بازی های مینیاتوری بسیار زیادی وجود دارد که می توان از آن ها استفاده کرد. معمولاً پیشنهاد می شود ارتفاع آن ها بین **۵** تا **۱۰** سانتیمتر باشد و منحصراً باید برای این کار انتخاب شوند. باز هم تأکید می شود نیازی نیست هزاران اسباب بازی مینیاتوری گرد آوری کرد اما ارائه ی طیف وسیع تری از اسباب بازی ها و اشیاء مختلف در گروه های گوناگون پیشنهاد می شود. برخی از گروه های اصلی شامل این موارد می شوند:

- ☑ ماکت ساختمان های مختلف مانند خانه ، مدرسه، مغازه، کارخانه و...
- ☑ افراد (نژادها وآیین های گوناگون، افرادی با مشاغل مختلف)
- ☑ ماشین آلات (مانند ماشین، کامیون، هواپیما، قایق، ماشین آلات کشاورزی و نظامی، خودروهای مربوط به خدمات)
- ☑ حیوانات (شامل حیوانات خانگی، وحشی، حیوانات مزرعه و باغ وحش، ماهی و حتی حیوانات ما قبل تاریخ)
- ☑ گیاهان (شامل درخت ها، گل ها، چمن و...)
- ☑ نمادهای مذهبی
- ☑ سازه ها (مانند پل، علائم بزرگراه، مسیرهای ورودی و...)
- ☑ اشیاء طبیعی (مانند صخره، صدف، چوب و...)
- ☑ اشیاء تزئینی (مانند صندوق گنج، جواهرات، لوازم تزیینی و...)

باید توجه ویژه ای به تنوع مجموعه ی اسباب بازی ها داشت. عروسک های مینیاتوری از هر دو جنس باید نماینده ی گروه های فرهنگی و نژادی گوناگونی باشند. به طور مثال اگر قرار باشد از این فعالیت برای گروهی استفاده شود که اغلب آن ها از نژاد امریکای لاتین هستند، استفاده از عروسک های سفید پوست کاملاً اشتباه و نامناسب خواهد بود. مسئله ی دیگری که باید به آن توجه شود، انطباق شرایط جغرافیایی است. به طور مثال بهتر است هنگامی که با گروهی متعلق به مناطق صحرایی کار می شود، از نمادهای صحرا استفاده کرد و یا برای گروهی که در شهر کوهستانی زندگی می کنند، از درختان جنگلی کوهستان استفاده نمود.

@karnil

این اسباب بازی ها باید بر اساس نوع شان طبقه بندی شده و ترجیحاً در قفسه های باز قرار داده شوند تا کاملاً قابل مشاهده باشند. هر چند می توان آن ها را در کشوها یا قفسه های بسته نیز قرار داد، اما اگر در قفسه های روباز قرار داده شوند، بیمار می تواند راحت تر همه ی آن ها را ببیند و انتخاب های خود را انجام دهد. باید به نحوه ی چیدمان اسباب بازی ها نیز دقت شود، به طور مثال بیماری که از نظر احساسی بسیار شکننده است، بسیار بعید است بچه گربه هایی را انتخاب کند که درست در کنار عروسک اژدها قرار گرفته اند و یا فردی بی صبر و طاقت که تمایل چندانی به فرآیند درمان نیز ندارد، کمتر تمایل به جستجو در قفسه ای نامنظم را خواهد داشت. هم چنین اگر از اتاق درمان استفاده های دیگری نیز می شود، باید اسباب بازی ها را در کتابخانه ای قرار داد تا بتوان در مواقعی که مورد استفاده نیستند، آن ها را پوشش داد تا باعث پرت شدن حواس دیگران نشود.

هومیرو سووینی (۱۹۹۸) ۶ مرحله برای فرآیند *ST* توضیح می دهند:

۱. آماده سازی صفحه ی شنی،
۲. معرفی فرآیند به بیمار،
۳. اجرای یک صحنه در صفحه ی شنی،
۴. مرحله ی پس از چیدن اسباب بازی ها،
۵. مرتب کردن اسباب بازی ها و صفحه ی شنی،
۶. مستند سازی جلسه.

آماده سازی صفحه ی شنی کاری بسیار ساده است، اما مهم ترین بخش فرآیند درمان نیز می باشد. درمانگر باید اطمینان حاصل کند که صفحات شنی و اسباب بازی ها در جای خود هستند. او باید صفحه ی شنی را بررسی کند تا احتمالاً چیزی از جلسات گذشته در آن باقی نمانده باشد و سطح ماسه را نیز تا حد امکان صاف کند. وسایل اتاق باید به نحوی چیده شده باشند که بیماران به سادگی بتوانند به لوازم مورد نیاز خود دسترسی پیدا کنند. درمانگر نیز باید در جایی بنشیند که مزاحم کار آن ها نشود.

معرفی فرآیند *ST* می تواند بنابر هدف درمان، هدایت کننده یا غیر هدایتگر باشد. می توان از بیمار خواست تا خود او صحنه ای را با استفاده از

@karnil

اسباب بازی های کوچک در صفحه ی شنی شکل دهد و یا مـی تـوان او را هـدایت کرد یک صحنه ی خاص در ارتباط با رویدادی که در زندگی اش اتفـاق افتـاده و یـا احساس خاصی که در او شکل گرفته، ایجاد کند. در ادامه دیگر کاربردهای شیوه ی هدایت کننده مورد مباحثه ی بیشتری قرار خواهند گرفت.

ایجاد صحنه های گوناگون در صفحه ی شنی خصوصاً در اوایـل فرآینـد درمـان اغلب به خود بیمار واگذار می شود. درمانگر نیز ممکن است در این مرحله کارهـای خاصی انجام دهد. این کارها می تواند شامل بیان کردن جملاتی بسـیار کوتـاه و یـا ارائه ی بازخوردهای غیر کلامی به او باشد. او هم چنین می تواند سؤالاتی راجع بـه صحنه ای که در حال شکل گرفتن است، از بیمار بپرسد و یا تنها محتوای صـحنه را بازتاب دهد، درست مانند یک متخصص بازی درمانی که از رویکـرد کـودک- محـور استفاده می کند.

برخی از متخصصان ST ترجیح می دهند تنهـا بـر فرآینـد خلـق صـحنه تکیـه کنند. این مسئله به قضاوت خـود درمـانگر و جهـت گیـری هـای نظـری او واگـذار می شود. ما معتقدیم در حالی که این دیدگاه نیز ارزشمند است، اما این فرآیند نیـاز به فعل وانفعال بیشتری داشته و شامل مباحثات گسترده تری می شـود. در نتیجـه مرحله ی خلاقیت معمولاً به عنوان پیش زمینه ای برای بحث و مناظره با بیمار بـه کار گرفته می شود.

مرحله ی پس از ایجاد صحنه، یکی از ابعاد کلیدی فرآیند ST می باشد. جـدا از دستور العمل اولیه ای که به بیمار داده شده، مطلوب اسـت بـا او بیشـتر راجـع بـه صفحه ی شنی سخن گفته شود و حتی می توان گفت گـاهی اوقـات ایـن کـار لازم است. معمولاً از بیماران خواسته می شود عنوانی برای صحنه ای که خلق کرده انـد همراه با توضیحی راجع به محتوای آن ارائه کنند. همان گونـه کـه ایـن روایـات بـه سمت هدف درمان نزدیک می شوند، بسیار مهم اسـت کـه بیمـار داسـتان خـود را بازگو کند و صفحه ی شنی باعث این فرا فکنی شود. می توان از بیمار خواست کـل صحنه یا بخشی از آن را شرح دهد. این سؤال نیز می تواند مطرح شود که آیا خـود او یا فرد خاص دیگری در صحنه حضور دارند و این که کدام یک از شخصـیت هـای صحنه بیش از دیگران قدرت دارد؟

@karnil

ممکن است از بیمار سؤال شود اگر صحنه ادامه یابد، چه اتفاقی خواهد افتاد و یا قبل از شکل گیری این صحنه چه اتفاقی افتاده است؟ قرار دادن این فرآیند در چارچوب ادیت یک فیلم، می تواند به بیمار کمک کند درک شفاف تری از آن بدست آورد. صفحه ی شنی حکم دکمه ی توقف برای صحنه ی فیلم بیمار را دارد. این کار فرصت گفتگو راجع به رویدادهای گذشته و آینده ی صحنه را فراهم می آورد. شاید هم بحث کوتاهی راجع به صحنه ی خلق شده صورت پذیرد.

بسیار مهم است متخصص ST مسائل گوناگونی را در ارزیابی صفحه ی شنی بیمار در نظر داشته باشد که شامل ارزیابی فرآیند خلق صحنه، محتویات آن، داستان بیمار و واکنش درمانگر نسبت به صحنه می شود. در این جا باز هم راجع به تمایل تفسیر بیش از هشدار خود را تکرار کرده و به اهمیت تفسیر بیمار راجع به استعاره های موجود در صحنه ای که خلق کرده است، تأکید می ورزیم.

مرتب کردن صفحه ی شنی ممکن است به عنوان بخشی از جلسه یا پس از آن که بیمار جلسه را ترک کرد، انجام شود. البته معمولاً این کار به خود بیمار واگذار می شود. از آن جا که صحنه ی ایجاد شده به نوعی نمایانگر دنیای احساسات درونی بیمار است، به درمانگر توصیه می شود بدون رضایت او صحنه را برهم نزند. هم چنین شاید گاهی اوقات مفید باشد به بیمار گفته شود صفحه ی شنی و لوازم آن توسط دیگران نیز استفاده می شود و این امکان وجود ندارد صفحه ی خلق شده توسط او تا جلسه ی بعد دست نخورده باقی بماند.

مستند سازی جلسه باید شامل نکات رایج مربوط به پیشرفت بیمار و عکس یا طرحی از صحنه ی خلق شده باشد. این کار امکان بررسی پیشرفت و مباحثه با بیمار در جلسات آتی را فراهم می کند.

ضربه های روحی (تروما) و فرآیند درمان با صفحه ی شنی

در این جا مهم است به این نکته اشاره شود که شیوه های درمانی بیان گرا مانند ST می توانند در درمان ضربه های روحی نقش بسیار مهمی ایفا کنند. آسیب های روانی منجر به فعالیت های عصبی بسیار زیادی شده که احتمال بروز مشکلات را افزایش می دهند. می توان این افزایش فعالیت را در انتقال پیغام های

@karnil

عصبی و فعالیت سمپاتیک مشاهده کـرد. از سـوی دیگـر میـزان **سـروتونین**[۲۴۶] و **کورتیکو استرویییدها**[۲۴۷] کاهش می یابد که بیشـترین تـأثیر آن را مـی تـوان در ضعیف شدن توانایی تعدیل واکنش هـای آنـی شـکل گرفتـه بـه واسـطه ی انتقـال پیام های عصبی مشاهده کرد. قرار داشتن در معرض استرس آسیب های روانـی بـه صورت مزمن، بر تعـدیل بسـیاری از ترکیبـات شـیمیایی مـرتبط بـا اعصـاب تـأثیر می گذارد و می تواند نحوه ی برخورد افراد با محیط پیرامون شان را به شدت تغییر دهد.

یکی از مثال های خاص این تأثیر نوروبیولـوژی آسـیب روانـی را مـی تـوان در فعالیت سیستم لیمبیک (بادامه و هیپوکامپ) مشاهده کرد. بادامه یـا آمیگـدالا کـه بدن را برای واکنش آمـاده مـی سـازد، ممکـن اسـت بـه واسـطه ی ایـن تغییـرات نوروبیولوژی دچار اختلال شود و قربانیان آسیب های روانی قبل از این که مغزشـان بتواند تهدید پیش آمده را ارزیابی کند، عکس العمل نشان مـی دهنـد. ایـن مسـئله می تواند در زندگی روزمره ی چنین افرادی بارها روی دهد و بـرای آن هـا مشـکل ساز شود.

هم چنین افرادی که دچار *PTSD* (استرس پس از ضربه) هستند، ممکن است در آن قسمت از مغز که مسئول عملکردهای اجرایی است، دچار اختلال شده و ایـن مسئله بر توانایی آن ها برای ارزیابی و عکس العمل در مقابـل تهدیـدهای احتمـالی تأثیر منفی بگذارد. این امر نه تنها زندگی را برای فرد پس از آسیب روانـی دشـوارتر مـی کنـد، بلکـه در فرآینـد درمـان نیـز باعـث اخـتلال مـی شـود. ممکـن اسـت عکس العمل های احساسی و فیزیولوژیک بسیار شدیدی رخ دهد کـه فـرد توانـایی پردازش آن ها را نداشته باشد. همان گونه که وندرکولک می گوید (۲۰۰۲): *"ضـربه در واقع به معنای وحشتی بی کلام است. بیمـاران اغلـب نمـی تواننـد آنچـه را کـه احساس می کنند، با استفاده از واژه ها بیان کرده و در حالـت احساسـی و هیجـانی شدیدی باقی می مانند، بدون آن که بتوانند آنچه را کـه روی داده بررسـی کننـد و*

****

[246] *Serotonin*
[247] *Corticosteroids*

@karnil

هیجان خود را تخلیه نمایند." در یک مطالعه بر روی اسکن مغـزی افـراد مشـخص شـد (راش و همکـاران،۱۹۹۶) هنگـامی کـه بیمـاران *PTSD* خـود را از هیجـان تجربه ی آسیب رسان تخلیه مـی کننـد (و ایـن همـان کـاری اسـت کـه از آن هـا خواسته می شود در فرآیند درمان انجام دهند)، فعالیت مغـزی آن هـا در ناحیـه ی بروکا که مربوط به زبان می باشد، کاهش یافته و در همـین حـال فعالیـت سیسـتم کناری افزایش می یابد. هنگامی که افراد آسـیب دیـده خـود را تخلیـه مـی کننـد، مشکل بسیار زیادی در ارائه ی تجربیات شان به صورت کلامی دارند.

وقتی چنـین حـالتی پـیش مـی آیـد، بسـیاری از درمـانگران از بیمـاران خـود می خواهند رویدادهای وحشتناکی را که تجربه کرده اند بازگو کنند، امـا *ST* الزامـاً این شیوه ی تخریب کننده را دنبال نمـی کنـد. اگـر درمـانگران فقـط بـر محتـوای احساسی و هیجانی ضربه متمرکز شوند، از تغییرات فیزیولوژیک بیمار غافل خواهند شد. پری (۲۰۰۶) بر این عقیده است که ایـن تغییـر مـی توانـد منجـر بـه مسـائل ناخوشایندی شود و اضطراب پیش آمده علاوه بر احتمال کاهش عملکـرد ناحیـه ی بروکا باعث می شود بیمار به شیوه ای ابتدایی عمل کند. این مسئله موجب خواهـد شد گفتار فرد باز هم کمتر قابل دسترسی شود زیرا بسیاری از واژه هـا در تغییـرات شکل گرفته در بخش ساقه ی مغز یا قسمت میانی آن تفسیر نمی شوند.

روند درمان *ST* کاملاً شفاف به نظر می رسد. *ST* به بیماران شیوه ای برای ابراز مشکلات شان ارائه می دهد که نه آن ها را مجبور می کند تجربه ی خـود را بـازگو کنند و نه از نظر اصـول نورولـوژی و عصـب شناسـی بازدارنـده اسـت. شـیوه هـای کلاسیک گفتار درمانی در چنین وضعیت هایی کاملاً ناکارآمد هستند، امـا هنگـامی که بیمار امنیت و فاصله ی مورد نیاز در *ST* را تجربه می کند، درمانگر می تواند بـه تدریج به او نزدیک تر شود و مداخلات هدایت کننده ی بیشتری انجام دهـد و *ST* فرصت های زیادی برای این تحول فراهم می آورد.

استفاده از تکنیک های CBT در ST

در حالی که عمده توجه *ST* از دیـدگاه مـا ایجـاد فضـایی امـن بـرای برطـرف ساختن مشکلات روانی و آسیب هـای ذهنـی بـه صـورتی غیرتهـاجمی مـی باشـد،

@karnil

استفاده از آن برای پیشبرد بینش بیمار و فـراهم کـردن محـیط روان پرورشـی نیـز مفید است. این کار همواره باید با توجه به سن رشد بیمار در نظـر گرفتـه شـود نـه سن تقویمی او. هر چند رفتار درمانی منطقـی – احساسـی[۲۴۸] (*REBT*) چنـدان در مورد کودکان کاربرد ندارد، اما برنارد، الیس و ترجسن (۲۰۰۶) به ایـن نکتـه اشـاره کردند که: *"REBT به میـزان رشـد شـناختی و بلـوغ کودکـان در فرآینـد درمـان اهمیت می دهد."* واترز و کریسک (۲۰۰۵) به آن دسته که از تکنیـک هـای *CBT* استفاده می کنند، یادآور می شوند: *"عواملی مانند میزان آسیب تجربه شده توسـط کودک، سطح رشد، میزان اضطراب والدین یا مسائل مرتبط با آسیب شناسی روانـی باید مورد بررسی قرار بگیرند، چون می تواننـد بـر نتیجـه ی درمـان کـودک تـأثیر بگذارند."*

نمونه ای خاص از این مسئله را می توان در مورد کودکی مطرح کرد که علائـم وسواس فکری و عملی دارد (*OCD*). سطح رشد و بلوغ بیماران بر نحوه ی عملکـرد آن ها تأثیر می گذارد. فرانکلین، ریگز و پی (۲۰۰۵) به این نکته اشاره داشـتند: *"از آن جا که کودکان در تفکر خود بیش از بزرگسالان تمایل به در نظر گرفتن مسـائل جادویی دارند، تجربیات ما نشان داده احتمال بیشتری وجود دارد کـه آن هـا دچـار OCD از نوع خرافاتی آن شوند. به طور مثال کودک می ترسد اگر نتواند از پلـه هـا بالا برود، یکی از والدینش حتماً از پله می افتد"*. ماهیت بیان گرا همراه با فرافکنـی *ST* فضایی ایجاد می کند تا این تفکر خرافاتی یا ریشه گرفته از جادو و طلسم، خود را نشان دهد و در زمان مناسب برطرف شـود. کنـدال (۲۰۰۶) در مباحثـه ی خـود راجع به فرآیندهای *CBT* برای کودکان، نقش درمانگر را به صورت یک مربی بـازگو می کند:

"من نمی گویم درمانگر فردی اسـت کـه تمـام پاسـخ هـا را مـی دانـد، امـا او ایده هایی دارد که امتحان کردن شان ارزشمند است و راه هایی را بـه بیمـار نشـان می دهد تا بررسی کند آیا این ایده ها برای او کارآمد هسـتند یـا نـه؟ ایـن کـه بـه کودک یا نوجوانی بگوییم دقیقاً چه کاری انجام دهد یـک ایـده نیسـت، بلکـه بایـد

****

[248] *Rational Emotive Behavior Therapy*

@karnil

فرصتی برای بیمار فراهم کرد تا چیزی را آزمایش کند و به او کمک شود مفهومی برای تجربه ی خود ایجاد نماید. در واقع درمانگر به عنوان یک مشاور با بیمار خود همکاری می کند."

ST فضایی ایده آل برای این تجربه ایجاد می کند. برای بسیاری از بیماران خصوصاً کودکان، تجربه کردن ارزش بسیار بیشتری از توضیح دادن دارد. کودکان به این شکل می توانند مهارت های اجتماعی، تغییر ساختارهای شناختی، قرار گرفتن در معرض چیزهایی که باعث تحریک اضطراب آن ها می شود، حل مشکلات و مسائل بسیار دیگری را تجربه کنند. جمله ای ساده از طرف درمانگر راجع به یک عروسک که تجربه ی دردناکی داشته (و احتمالاً به طور مستقیم نمادی از تجربه ی خود بیمار است)، می تواند تأثیری مثبت بر بیمار داشه باشد. جملاتی مانند: *"آدما (یا حیوانات) نباید به این شکل آسیب ببینن."* یا *"این حیوون که نمی تونه از خودش محافظت کنه، حتماً خیلی احساس تنهایی (یا ترس) کرده."* می توانند درد نهفته در اعماق روح بیمار را لمس کرده و شرایط را برای فرآیندهای مستقیم تر و جامع تر فراهم سازند.

یکی از حالت هایی که می توان از فرآیند *ST* به صورت هدایت کننده استفاده کرد، خانواده درمانی است. استفاده از *ST* برای خانواده ها شیوه ای عالی جهت شرکت کردن همه ی اعضای خانواده در فرآیند درمان می باشد و آن را تبدیل به مداخله ای کاملاً غیر انحصاری می کند. پس از این که تمام اعضای خانواده فرصت شکل دادن صحنه ای از طریق صفحه ی شنی را داشتند، می توان از عملکردهای مستقیم و احتمالاً متمرکز بر حل مشکل استفاده کرد. مثالی در این رابطه می تواند فرآیند نقاشی خانوادگی پویا *KFD* [۲۴۹] باشد که اغلب به عنوان یک ابزار ارزیابی و مداخله مورد استفاده قرار می گیرد (کوک،۱۹۹۱).

در این فرآیند پزشک از بیمار یا بیماران می خواهد به صورت انفرادی یا همراه با یکدیگر، یک نقاشی از خانواده شامل خودشان بکشند و در صورت لزوم آن را توضیح دهند. کاری که خانواده همراه با یکدیگر انجام دهند، خودبخود عناصر

****

[249] *Kinetic Family Drawing*

@karnil

درمانی به همراه دارد. در هر حال هنگامی که اعضای خانواده با یکدیگر صحنه هایی را در صفحات شنی خلق می کنند، مشغول فرآیندی مشابه با *KFD* می شوند. این تکنیک می تواند برای ارزیابی وضعیت خانواده و اهداف روان پرورشی مورد استفاده قرار گیرد.

تکنیک های متمرکز بر راه حل نیز می توانند به خوبی با فرآیند *ST* منطبق شوند (نیمز،۲۰۰۷). وب درنوشته های خود راجع به مداخلات متمرکز بر راه حل (۱۹۹۹)، به فرآیند های بازی درمانی و درمان با صفحه ی شنی می پردازد: *"نزدیک شدن به کودک منطبق با سطح آگاهی او، در هماهنگی کامل با شیوه های درمانی با تأکید بر راه حل می باشد. به این شکل یک دیدگاه مشترک بدست می آید و پزشک با بیمار خود همراه شده و با او بازی می کند"* (ص۲۵۱). او هم چنین تأکید می کند: *"کودکان ابتدا می توانند عمیق ترین جراحات خود را از طریق فرآیند ST التیام بخشیده و سپس تصاویری متفاوت و جدید با تمرکز بر درمان ایجاد کنند."*

دیگر تکنیکی که می تواند همراه با فرآیند *ST* مورد استفاده قرار گیرد، **معجزه** می باشد (دوشازر،۱۹۸۸) که در واقع به بیمار کمک می کند دنیای فراتر از مشکلات کنونی خود را ببینند. میلس (۱۹۸۶) یک مداخله ی سه مرحله ای با عنوان **"درد التیام می یابد"** را معرفی کرد. او از کودکان می خواست سه نقاشی بکشند: **۱**. تصویری از مشکل کنونی، **۲**. تصویری از برطرف شدن مشکل، **۳**. تصویری از آنچه که کمک می کند تصویر اول تبدیل به تصویر دوم شود.

این کار علاوه بر بهره بردن از مزایای فرافکنی هنر نقاشی، به کودک کمک می کند در نظر داشته باشد که زندگی می تواند بهتر شود. در *ST* این کار می تواند به سادگی با استفاده از **۳** صفحه ی شنی انجام گیرد. همان گونه که قبلاً نیز اشاره شد، در *ST* نیاز به هیچ نوع استعداد هنری خاصی وجود ندارد که باز هم آن را تبدیل به شیوه ای غیر تهاجمی تر می کند.

زمانبندی مناسب مداخلات متمرکز بر راه حل در فرآیند *ST* بسیار مهم تلقی می شود. اگر بیمار هنوز به اندازه ی کافی در پرداختن به مشکلات روانی خود احساس امنیت نکرده باشد، استفاده ی زیاد از شیوه های مستقیم و هدایت کننده

@karnil

می تواند باعث معکوس شدن روند درمان شود. گیل (۲۰۰۶) به درمانگران هشدار می دهد از تمایل به استنتاجات سریع یا پرسیدن سؤال های مستقیم خصوصاً در مورد بیماران *PTSD* اجتناب کنند. از سوی دیگر چنانچه متخصص *ST* از مزایای ایجاد یک رابطه ی درمانی مناسب با بیمار و انطباق فرآیند درمان با شیوه ای مستقیم بهره نگیرد، ممکن است فرصت برطرف کردن مشکل بیمار از بین برود.

بازنگری پژوهش ها و متون علمی مرتبط با ST

هر چند در این جا امکان آن وجود ندارد بازنگری جامعی از متون پژوهشی مرتبط با *ST* ارائه شود، اما گفتن این نکته حائز اهمیت است که فرآیند *ST* مداخله ای است که پشتوانه ای مناسب از پژوهش دارد. مطالعات بسیاری بر روی پرونده ی بیمارانی صورت گرفته که برای آن ها از شیوه های مختلف درمان با صفحه ی شنی استفاده شده است.

میز و میز (۲۰۰۶) گزارشی در رابطه با استفاده از *ST* برای زنی دچار اسکیزوفرنی ارائه کرده اند. مطالعات بسیاری در رابطه با استفاده از *ST* برای افراد آسیب دیده و قربانیان سوءاستفاده وجود دارد (برمن،۱۹۹۳؛ شایا،۱۹۹۱؛ توسکانی،۱۹۹۸). نویسندگان متعدد دیگری نیز از *ST* برای کودکانی استفاده کرده اند که دچار آسیب های روانی یا آزار و اذیت بوده اند (گرابز،۱۹۹۴؛ میلر و بو،۱۹۹۰؛ زینی،۱۹۹۷).

لی (۱۹۹۸) واکنش زنان یائسه نسبت به *ST* را مورد بررسی قرار داد. وود (۲۰۰۴) بلوغ شخصیتی یک پسر بچه ی ناشنوا را با استفاده از این فرآیند مورد ارزیابی قرار داد. *ST* هم چنین برای گروه درمانی نیز مورد استفاده واقع شد (دریپر، ریتر و ویلینگهام،۲۰۰۳ ؛ هوگز،۲۰۰۴؛ جیمز و مارتین،۲۰۰۲). بورکان (۱۹۹۱) و کیتینگ (۱۹۹۵) پژوهش های تأییدکننده ی خود را بر روی بیمارانی با عقب ماندگی ذهنی انجام دادند. اسپارلینگ (۲۰۰۲) به بررسی استفاده از *ST* به عنوان یک شیوه ی درمانی مکمل برای افراد مبتلا به سرطان سینه یا تخمدان پرداخت.

کاربردهای گوناگون *ST* در متون پژوهشی بسیاری مورد بررسی واقع شده اند. اسپونر و لیدون (۲۰۰۶) به کاربرد سازنده ی *ST* برای بیماران بستری تحت درمان

@karnil

اعتیاد جنسی اشاره کردند. هم چنین رویکردهایی بر پایه ی اصول آدلر در رابطه با ST گزارش شده اند (باینوم، شنایدر و استون،۲۰۰۶؛ سوویني، مینیکس و هومیر،۲۰۰۳) و مطالعات گسترده ای با استفاده از اصول یونگ و مفهوم **خود** و فرآیند ST صورت گرفته است (کامرون،۲۰۰۲؛ لویس،۱۹۹۱؛ اسکات،۲۰۰۳). واسرمن (۲۰۰۲) به بررسی استفاده از ST در ترکیب با بازسازی شناختی در درمان یک دختر بچه ۱۱ ساله پرداخت.

ST هم چنین با گروه های جمعیتی گوناگونی مورد مطالعه قرار گرفت. باندز (۱۹۹۵) به بررسی استفاده از ST برای نوجوانان دورگه ی افریقایی – امریکایی و امریکای لاتین پرداخت. آرتیکو (۲۰۰۰) نیز از ST در مورد نوجوانانی از امریکای لاتین استفاده کرد و میجیا (۲۰۰۴) از آن برای زنان مکزیکی کشاورز استفاده نمود.

هانتر (۱۹۹۵) نیز پژوهش های مشابهی در رابطه با پسران دو رگه داشته و فرناندو (۲۰۰۶) از ST برای کودکان حاضر در جنگ سریلانکا استفاده کرد. ST در مورد بیماران چینی و ژاپنی نیز مورد بررسی قرار گرفت (شی، کائو و وانگ،۲۰۰۶؛ ژانگ وکو،۲۰۰۵؛ انس و کاسای،۲۰۰۳). کوهن (۲۰۰۰) و بورک (۱۹۹۶) به تفاوت های جنسی میان کودکان در فرآیند ST پرداختند. بیکر (۲۰۰۴) از ST برای افراد مسن استفاده کرد.

فلاهیو و ری (۲۰۰۷) نیز کارایی ST به صورت گروهی را همراه با استفاده از گروه کنترل در مورد نوجوانانی نشان دادند که رفتارهای انفجاری بسیار زیادی داشتند. زارزاور (۲۰۰۵) در مقایسه ی ST با شیوه های مدیریت رفتار برای کودکانی از سن کودکستان تا کلاس چهارم، نشان داد که هر دو شیوه به یک اندازه مؤثر بوده اند. میسون (۱۹۸۶) میزان رضایت از ازدواج در میان زوج ها را با استفاده از ST ارزیابی کرد.

سیمورد (۱۹۹۹) در یک مطالعه ی کیفی با استفاده از ST در مورد خواهرها و برادران کودکانی که مبتلا به فیبروز بودند، گزارش کرد که این مداخله باعث بهبود برقراری رابطه و ابراز فردی در آن ها شده است. فریدل (۲۰۰۶) از ST برای بزرگسالانی با آسیب های مغزی متوسط تا شدید استفاده کرد. شن (۲۰۰۶) تأثیر ST گروهی در مدرسه را بر ایجاد اعتماد به نفس در دانش آموزان دختر نشان داد و

@karnil

کارایی این شیوه در مقایسه با دیگر پژوهش ها آشکار شد.

میلر (۱۹۷۹) نیز به این نتیجه رسید که این شیوه ی درمانی می تواند در مورد بزرگسالان مؤثر باشد. بگز (۲۰۰۴) استفاده از ST در خانواده ها را مطالعه کرد و نتایج نشان داد که از نظر خانواده ها این شیوه ی درمانی مفید بوده و کودکان نیز احساس می کردند که سهمی از درمان به آن ها اختصاص یافته است. هم چنین بسیاری دیگر نیز از این شیوه برای درمان زوج ها استفاده کرده اند (کارمایکل، اکولز و وارن،۱۹۹۷؛ سووینی،۲۰۰۲).

عناصر درمانی و معنوی ST نیز مورد بررسی قرار گرفته اند، افرادی چون مندل باوم (۲۰۰۶) به مفهوم محوری عنصر درمان کننده در ST پرداخته اند. گراهام و فیتز پاتریک (۲۰۰۱،۲۰۰۶) ST را به عنوان یک تمرین معنوی مورد ارزیابی قرار داده اند. اردم (۲۰۰۰) نیز استفاده از ST را به عنوان عاملی برای افزایش امید در کودکانی ارزیابی کرد که مورد آزار و اذیت قرار گرفته بودند.

نمونه پرونده

ماری دختری سیزده ساله و سیاهپوست بود که به علت عملکرد تحصیلی بسیار ضعیف در مدرسه به درمان ST معرفی شد. خانواده ی او بسیار فقیر بودند و در محله ی سیاهپوستان زندگی می کردند. هنگامی که معلم ماری از او سؤالی می پرسید یا از او می خواست رو خوانی کند، او دهان خود را باز می کرد اما قادر به تکلم نبود. بچه ها در مدرسه او را مسخره می کردند و این مسئله بیشتر او را آزار می داد و اغلب اوقات ساکت بود. برای ارزیابی وضعیت او از چندین آزمون مانند KFD, CAT و ... استفاده شد. پرونده ی پزشکی او نشان می داد ماری در سن ۳ سالگی با ماشین تصادف کرده بود و از آن زمان دچار سردرد های مزمن شده بود. نتایج ارزیابی ها نشان می داد او از همه نظر پایین تر از سن خود عمل می کند و روایات او دارای تفکر انتزاعی مناسب سنش نبودند. سپس فرآیند صفحه ی شنی برای ماری توضیح داده شد تا او صحنه ای در آن خلق کند. درمان ماری با ST در مجموع ۱۲ جلسه ادامه داشت. در این جا خلاصه ای از نتایج بدست آمده ارائه می شود.

@karnil

ماری در اولین جلسه صحنه ای آشفته و بسیار شلوغ خلق کرد که شامل عروس و داماد، حیوانات باغ وحش، جانوران دریایی، فانوس دریایی و ... می شد. او در این صحنه از ۱۶۲ آیتم استفاده کرد و ۳۰ دقیقه مشغول چیدن صفحه بود. ماری علاقه ی بسیار زیادی به زیبایی داشت و در جلسه ی پنجم صحنه ای را خلق کرد و آن را **سیاره ی زیبایی** نامید. هر چه جلسات درمان پیش می رفت، صحنه های او نیز آشفتگی کمتری داشتند و نوعی نظم در آن ها آشکار شد . این دو تصویر مربوط به جلسه ی اول و پنجم می باشند. ماری در ادامه ی درمان به این روند ادامه داد و پیشرفت خوبی در قدرت تکلم ماری مشاهده می شد. او هر بار نامی برای صفحه ی شنی خود انتخاب می کرد که در آن از واژه ی **سیاره** استفاده شده بود. مانند: سیاره ی عروس و داماد، سیاره ی پنج دختر، سیاره ی بارانی و آخرین صحنه با نام سیاره ی بچه ها. ماری هر بار از آیتم های کمتری استفاده می کرد و به زمان کوتاه تری نیز برای چیدن صفحه نیاز داشت. او در این مدت از آموزش های یک معلم کمکی بهره می برد که باعث بهبود قدرت تکلم در او شد. انتخاب نام سیاره حقیقتاً نشان دهنده ی بعدی از ST می باشد که برای چنین بیمارانی بسیار مهم است، یعنی احساس فاصله گرفتن بیمار از مشکلات خود. فقر و زندگی در محله ی نامناسب، همراه با دیگر مشکلات خانوادگی تأثیر عمیقی بر ماری گذاشته بود به طوری که او قدرت تکلم خود را از دست داده بود. او ظاهراً دوست داشت در مکانی ایده آل و به دور از مشکلات زندگی روزمره ی خود زندگی کند و سیارات جدیدی برای خود خلق می کرد. اما آخرین انتخاب او یعنی سیاره ی بچه ها نشان داد مشکلاتش در انطباق با مدرسه و همکلاسی ها در حال برطرف شدن بوده و او به درکی واقعی تر از جهان رسیده است.

همان گونه که تصویر **۲-۱۵** نشان می دهد، سیر پیشرفت ماری در روند ST کاملاً مشهود است. تفکرات آشفته ی او را می توان در اولین صحنه ی خلق شده مورد ارزیابی قرار داد، در حالی که فرآیند درمان پیش می رفت، ذهنیت او نیز انسجام بیشتری به خود گرفت و ماری توانست

@karnil

راجع به مشکلاتش با درمانگر صحبت کند. او از دختری که در ابتدا حتی نمی توانست در برخورد با یک غریبه کلمه ای سخن بگوید، تبدیل به فردی شد که به راحتی با درمانگر راجع به ترس ها و نگرانی هایش حرف می زد و آرزو های خود را در صفحه ی شنی به تصویر می کشید. او در مدرسه نیز پیشرفت خوبی از خود نشان داد و در پذیرش همسالانش کمتر دچار مشکل می شد. شاید انتخاب نام سیاره ی بچه ها بتواند دلیل خوبی برای این ادعا باشد. همان گونه که در تصویر مشاهده می شود، ساختار صحنه از نظم و هماهنگی خاصی برخوردار است که در صحنه های اول کمتر به چشم می خورد.

شکل ۲-۱۵. سیاره ی بچه ها

نمونه پرونده ای که در این جا ذکر شد نشان دهنده ی عوامل قدرتمند متعددی در فرآیند ST می باشد. شاید بتوان به جرأت گفت صفحه ی شنی زبان همه را به سخن باز می کند. مهم ترین ویژگی شاخص این شیوه ی درمانی که در این پرونده نیز به چشم می خورد، عدم نیاز به تکلم بیمار است. با این که این بیمار ۱۳ سال داشت، اما در برخورد با تنش های زندگی دچار نوعی موتیسم شده بود و شاید این کار برای او نوعی حربه ی دفاعی برای درگیر نشدن در مشغولیات زندگی روزمره بود. اما مزایای این شیوه ی درمان چنان تغییرات مثبتی بر بیمار گذاشت که او در جلسات بعدی خود داوطلب می شد راجع به اثرش صحبت کند و در این بین اشاراتی نیز به مشکلات خود داشت. هم چنین باید از حس ایجاد فاصله یاد

@karnil

کنیم که در درمان های بیان گرایی مانند ST بسیار حائز اهمیت است. در این پرونده بیمار توانست از حس فاصله ی ایجاد شده به خوبی بهره ببرد و مشکلات و آرزو هایش را در صحنه ای که خلق می کرد، فرافکنی کند. این حس فاصله باعث می شود بیمار بینش گسترده تری از موقعیتی که در آن قرار گرفته به دست آورد، شاید این عادت اغلب انسان ها باشد که هنگامی که دچار مشکل می شوند، آن قدر خود را درگیر آن می کنند که نگرش شان به مسئله یک بعدی می شود و نمی توانند آن را به طور جامع مورد ارزیابی قرار دهند. این روند می تواند در مورد کودکان و نوجوانان بیشتر به چشم بخورد زیرا تجربه و خاطرات کمتری دارند تا به عنوان مرجع به آن رجوع کنند و یا شاید خاطرات متشنج آن ها آن قدر ناخوشایند باشد که تمایلی به یادآوری شان نداشته باشند. اما در فرآیند ST به نظر می رسد فرد از فاصله ای دور به مشکل نگاه می کند. صحنه ی خلق شده مانند پازلی است که شاید اگر بخواهیم از فاصله ی بسیار نزدیک به قطعات آن نگاه کنیم نتوانیم به خوبی آن را تشخیص دهیم، اما هنگامی که از بالا به صحنه نگاه می کنیم، تسلط بهتری به زوایای پیدا و پنهان آن خواهیم داشت. این تسلط با اندازه ی کوچک اسباب بازی ها در مرزهای امن صفحه ی شنی ثبات بیشتری پیدا می کند. شاید اگر قرار بود از اسباب بازی های بزرگتری استفاده شود، صفحه ی شنی چنین کارایی ای نداشت؛ اما اندازه ی کوچک اسباب بازی ها نوعی حس قدرت و برتری برای بیمار ایجاد می کند و او می تواند مانند یک کارگردان صحنه را همان گونه که می خواهد بچیند. او می تواند کوهی را بلند کند و به گوشه ای دیگر از صفحه منتقل کند یا فیلی را از این سو به طرفی دیگر بگذارد. تمام آیتم های ناخوشایند در زندگی بیمار این جا آن قدر کوچک شده اند که دیگر ترسی در او برنمی انگیزند و او می تواند به تدریج با آن ها مواجهه کند.

خلاصه

کاربردهای متعددی برای ST به عنوان یک مداخله ی اصلی یا مکمل وجود دارد. این شیوه می تواند کاملاً بیان گرا باشد و از هیچ نوع فرآیند گفتاری در آن استفاده نشود. احساس امنیت و فاصله ای که در این فرآیند فرافکنی ایجاد

@karnil

می شود، خصوصاً هنگام کار با بیمارانی که دچار آسیب های روانی هستند، بسیار مؤثر است. همان گونه که گفته شد می توان تکنیک های درمانی دیگر را نیز با ST انطباق داد و درمانگر می تواند آن گونه که روند درمان ایجاب می کند، از رویکردهای مستقیم و هدایت کننده یا غیر مستقیم استفاده کند.

در هر حال این بحث وجود دارد که خود این تکنیک ها نمی توانند به تنهایی درمان کننده باشند و باید توجه خاصی به آسیب های درونی و مشکلات بیمار شود تا مداخله ی درمانی بر اساس آن ها صورت گیرد. ST در واقع فرآیندی است که متخصصین برای به کارگیری آن باید از ارزش فرآیندهای شناختی کاملاً آگاه باشند و تکنیک هایی را که از نظر رشد و درک بیمار نامناسب هستند، هرگز اعمال نکنند.

آن دسته از روانشناسانی که به دنبال استفاده از شیوه های بیان گرا هستند، هر روز بیشتر جذب ST می شوند، اما باید گفت این شیوه چیزی بیش از یک رویکرد متفاوت درمانی است و در واقع سفری در جستجوی شفا یافتن و رسیدن به سلامتی است و در این مسیر شنی باید به دنبال ردپاهای بیشتری بود!

@karnil

کارنیل
karnil.com

فصل پنجم

ترکیب و به کارگیری تکنیک های بازی – محور با CBT

هدف از این فصل آگاهی هر چه بیشتر خواننده از تکنیک های کاربردی بازی– محور و منابع موجود برای برخورد با کودکان و نوجوانان از دیدگاه های مختلف درمان می باشد. بسیاری از درمان های گفتاری *CBT* وجود دارند که به کودکان و نوجوانان کمک می کنند با مسئله ی تعدیل احساسات خود کنار بیایند. در این تکنیک ها از جملات تأکیدی برای مواجهه با تجربیات ناخوشایند یا آسیب های روانی، بهبود اعتماد به نفس و مهارت های سازش، تحریفات شناختی و عدم تحمل یأس و نا امیدی استفاده می شود. بخش های قرار گرفته در این فصل نیز به ارائه ی تکنیک ها و استراتژی های بازی – محور می پردازند که مشکلات مشابهی را تحت پوشش قرار می دهند و در حالی که کودکان ونوجوانان را جذب فرآیند درمان می سازند، علاقه وانگیزه ی آن ها را نیز همراه با بازی و تفریح جلب می کنند.

سوازن نل و مینا داساری در اولین بخش به فرآیند بازی رفتار درمانی شناختی (*CBPT*) و مراحل گوناگون آن پرداخته اند. در این بخش فهرستی از بازی ها و اسباب بازی های گوناگون همراه با چگونگی استفاده از نمایش های عروسکی و دیگر وسایل بازی همراه با *CBT* ارائه شده است. هم چنین به رویکردهای عملی و

@karnil

راه های نهادینه سازی جواب های گفتاری در جلسه ی درمان همراه با مداخلات CBT پرداخته شده است. در پایان به چگونگی برطرف کردن مشکلات رایج همراه با ارائه ی یک نمونه پرونده اشاره شده که در آن مسائل مطرح شده به صورت ملموس تر آشکار می شوند.

در بخش هفدهم نویسنده توجه خود را بیشتر معطوف به تکنیک هایی از بازی درمانی کرده که می توان از آن ها برای تحلیل احساسات استفاده کرد. در این بخش تکنیک های گوناگون بازی درمانی و فعالیت های بازی – محور با یکدیگر ترکیب شده و نویسنده با ارائه ی یک نمونه پرونده به خواننده نشان می دهد چگونه می توان از این تکنیک ها به صورت عملی استفاده کرد. این بخش یک راهنمای بسیار عالی برای متخصصان CBT می باشد که می خواهند از بازی درمانی استفاده نمایند.

دیان فری در بخش هجدهم گستره ای از تکنیک های خلاقانه را ارائه می دهد که می توان با استفاده از آن ها مسائلی چون اعتماد به نفس، مهارت های سازش و تحریفات شناختی را مورد هدف قرار داد. او به خواننده در ادراک مزایای بازی درمانی و CBPT برای بیمارانی در هر سن حتی بزرگسالان کمک می کند، بخصوص هنگامی که بیمار نسبت به فرآیند درمان از خود مقاومت نشان می دهد. بسیاری از تکنیک های نامبرده در این بخش توسط خود نویسنده شکل گرفته اند که استفاده از آن ها بسیار ساده و لذت بخش است. در این بخش نیز پرونده ی یک بیمار ارائه شده تا نحوه ی کارایی تکنیک های مورد بحث در مراحل مختلف درمان آشکارتر شود.

بخش نوزدهم نوشته ی اوا فیندلر به تکنیک ها واستراتژی های بازی – محور با کارایی عملی بسیار بالا می پردازد که به کودکان کمک می کند عصبانیت و پرخاشگری ناشی از دلسردی و یأس را کنترل کنند. نویسنده در این بخش برنامه های CBT متعددی را توضیح می دهد که می توانند به تقویت ظرفیت های اجتماعی و احساسی کودکان خردسال کمک کنند. او مشخصاً به فرآیند کتاب درمانی و گستره ای از برنامه های بازی – محور می پردازد که به منظور کمک به کودکان طراحی شده اند تا احساسات و هیجانات خود را به شیوه هایی

@karnil

لذت بخش و سرگرم کننده شناسایی کرده، آن ها را درک و کنترل کنند. این بخش در واقع یک ابزار عملی برای پرداختن به تمام گروه های بیماران می باشد.

آن کاتاناک در بخش بیستم یک شیوه ی روایت کننده ی بسیار غنی را به خواننده ارائه می دهد. در این بخش نمونه ای از پرونده ی بیماران و داستان کودکانی آورده شده که به آن ها کمک شده است روایت های فردی خود را ایجاد کنند. سابقه ی استفاده از روایت درمانی در بازی درمانی، فرآیند خلاقانه ی روایتگری و این که چگونه می توان این فرآیند را به بهترین شکل ممکن سازماندهی کرد تا کودکان و نوجوانان تشویق به شرکت در آن شوند نیز مورد بررسی قرار می گیرد. شرح کاملی از لوازم مورد نیاز، اسباب بازی ها و قوانین بازی هم ارائه شده اند که خصوصاً برای مبتدیان در این عرصه بسیار مفید می باشند.

این فصل با بخش بیست و یکم نوشته ی استیو هاروی با موضوع چگونگی استفاده از فعالیت های بیان گرا برای حل مشکلات خانوادگی خاتمه می یابد. نویسنده با ارائه ی یک پرونده ی خانوادگی منطق خود را برای استفاده از رویکردهای گوناگون بازی – محور ارائه می دهد. این بخش یک راهنمای عملی مناسب برای ایجاد محیطی امن و لذت بخش می باشد که همه ی اعضای خانواده از آن لذت می برند.

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش شانزدهم

بازی رفتار درمانی شناختی

سوزان نل – مینا داساری

بازی رفتار درمانی شناختی یا *CBPT* که از ترکیب مداخلات شناخت درمانی و رفتار درمانی در چارچوب بازی درمانی شکل گرفته است، در دهه ی ۱۹۹۰ در متون پژوهشی روانشناسی معرفی شد. اغلب تکنیک های بازی درمانی قبل از معرفی این شیوه یا بر اساس نظریات روان پویشی عمل می کردند یا بیمار- محور. در واقع بازی درمانی با این دو رویکرد نظری بدون ساختاری مشخص بود و تنها توسط کودک هدایت می شد. اما *CBPT* رویکرد نظری نوینی را وارد روانشناسی کودک کرد و تفاوت های عمده بین آن و دیگر روش های بازی درمانی در وجود ساختار، مسائل روان پرورشی، رویکردهای هدف - محور و تشریک مساعی بین درمانگر و کودک بود. در این شیوه روند درمان با همکاری کودک و درمانگر اداره می شد. توضیح جامع تر نظریه و کاربردهای *CBPT* را می توان در بخش چهارم این کتاب یافت.

نظریه و کاربردهای *CBPT* در متون پژوهشی متعددی منتشر شده است (نل،۱۹۹۴،۱۹۹۳،۲۰۰۳،۲۰۰۰،۱۹۹۹،۱۹۹۷؛ نل و بک،۲۰۰۰؛ نل و داساری،۲۰۰۶؛ نل و مور،۱۹۹۰؛ نل و روما،۲۰۰۳،۱۹۹۶). بسیاری از این نوشته ها

@karnil

شامل توضیح پرونده ی بیماران و استفاده ی موفقیت آمیز *CBPT* برای کودکان دچار صحبت نکردن انتخابی[۲۵۰] (حالتی که فرد بنا به دلایل روانی تصمیم می گیرد صحبت نکند) (نل،۱۹۹۳)، اضطراب از جدایی (نل،۱۹۹۹)، اختلال اضطراب (نل،۲۰۰۰؛ نل و داساری،۲۰۰۶) و سابقه ی آزار و اذیت (نل و روما،۲۰۰۳،۱۹۹۶) می باشد. *CBPT* هم چنین برای کودکانی با مشکلات خواب (نل،۲۰۰۰)، رفتارهای انفجاری (نل،۲۰۰۰) و کودکان طلاق (نل،۱۹۹۳) مورد ارزیابی قرار گرفته است. تعدادی از این نوشته ها شامل جزئیات استفاده از *CBPT* در جلسات درمان و تصمیم گیری راجع به مداخلات مورد نیاز برای بیمار می باشد (نل،۱۹۹۷،۱۹۹۳). *CBT* برای درمان بسیاری از مشکلات احساسی و روانی کودکان مؤثر بوده است، مانند: اختلال افسردگی، اختلالات اضطراب شامل وسواس فکری و عملی و *PTSD* (استرس پس از ضربه)، *ADHD* (کمبود توجه ناشی از بیش فعالی)، عصبانیت، مشکلات خواب و اندوه (کندال،۲۰۰۶). هر چند پشتوانه ی تجربی تنها منحصر به استفاده از *CBT* در بازی نمی شود، اما در هر حال می توان از *CBPT* به عنوان شیوه ای مؤثر برای درمان این اختلالات استفاده کرد، زیرا از تکنیک های مشابهی در آن استفاده می شود. عمده تفاوت در این جا این است که *CBPT* به عنوان یک بعد از بازی درمانی مورد استفاده قرار می گیرد.

در این بخش با توجه به متون پژوهشی ذکر شده به استفاده از *CBPT* و شیوه هایی برای کابرد عملی آن در درمان های پزشکی پرداخته می شود. هم چنین مسائلی راجع به استفاده از اسباب بازی های گوناگون مانند عروسک های نمایشی و دیگر وسایل بازی مورد بررسی قرار گرفته است و اهمیت ارزیابی بازی به عنوان بخشی از فرآیند *CBPT* و تلفیق تکنیک های *CBT* در حوزه ی بازی درمانی به مباحثه گذاشته خواهد شد. جنبه ی منحصر به فرد این بخش استفاده از مثال های حقیقی می باشد که در شرایط زندگی روزمره کاربرد بسیار زیادی دارند و نهایتاً یک بازنگری از رویکردهای مورد استفاده ارائه خواهد شد.

****

[250] *Selective Mutism*

@karnil

سابقه ی استفاده از عروسک های نمایشی و دیگر اسباب بازی ها در بازی درمانی

عروسک ها

عروسک ها به عنوان واسطه ای برای دسترسی به دنیای کودک و برقراری رابطه در محیط درمان کاربرد داشته اند. اولین تلاش ها در این زمینه توسط بِندر (۱۹۵۲) انجام گرفت که باعث ترویج استفاده از آن شد. این بازی می تواند به صورتی فعال یا یک طرفه انجام گیرد، یعنی یا از خود کودکان خواسته شود داستانی را خلق کنند و یا یک نمایش عروسکی برای آن ها اجرا شود. بندر و ولتمن (۱۹۳۶) در نوشته های خود که بیش از ۷۰ سال از عمر آن ها می گذرد، از نیاز برای رسیدگی به کودکانی که بنا به مشکلات متعدد رفتاری تحت درمان بوده اند، سخن می گویند. آن ها متوجه شدند نمایش عروسکی به کودکان اجازه می دهد مشکلات خود را بر کاراکترهای عروسکی فرافکنی کنند. در نتیجه گمان می رود این نوع نمایش ها می توانند راهی مناسب برای ابراز وجود کودکانی باشند که دچار مشکلات و تضادهای درونی هستند. این شیوه هم چنین اضطراب زیادی در بیماران بر نمی انگیزد.

ایروین (۱۹۸۵) استفاده از عروسک ها را برای ارزیابی انفرادی عملکرد کودک پیشنهاد کرد. عروسک ها از آن جهت انتخاب شدند که در بازی های خود انگیخته ی کودکان می توانند از غنای بیانی بسیار بالایی برخوردار باشند. در این شیوه از کودک خواسته می شد عروسک های انگشتی مختلفی را انتخاب کرده و مثلاً یک نمایش تلویزیونی خلق کند. در پایان پزشک با هر کدام از کاراکترها مصاحبه می کرد تا متوجه شود کودک چقدر به صورت شفاف قادر به شناسایی شخصیت های مختلف در داستان خود می باشد. از این شیوه برای خانواده ها نیز استفاده شد (ایروین و مالوی،۱۹۷۵).

ایروین در سال ۱۹۹۱ بازنگری جامعی در رابطه با استفاده از عروسک های نمایشی برای تشخیص و درمان مشکلات کودکان و خانواده ها ارائه داد. نظر او بر این بود که نمایش های عروسکی برای کودکان خردسال محدودیت کمتری داشته و با توجه به مقوله ی رشد، آن ها می توانند مشکلات و تضادهای خود را به صورتی

@karnil

شفاف آشکار کنند که این کار خود به روند درمان کمک بسیاری می کرد. او هم چنین در بازنگری خود از متون پژوهشی مرتبط با نمایش های عروسکی این فرضیه را عنوان کرد که ویژگی این عروسک ها قابلیت کاربری در هر مکانی می باشد و دنیای خیالی کودک از طریق آن ها به واقعیت بدل می شود.

هر چند در بازی درمانی از لوازم بازی گوناگونی استفاده می شود، اما عروسک های نمایشی بیش از همه کاربرد دارند، زیرا شیوه ای غیر تهدید کننده برای بیان احساسات و مشکلات کودک **برای** او می باشند، نه **توسط** او. از دیدگاه کودک ممکن است این گونه به نظر برسد که این عروسک است که مشکلات او را آشکار می سازد. حرکات دست و صدای کودک بیانگر تفکرات و ایده های او هستند که توسط عروسک ابراز می شوند.

در بسیاری از متون پژوهشی اخیر از عروسک های نمایشی در انتقال طیف وسیعی از تکنیک های بازی درمانی شامل ارزیابی و *CBPT* استفاده شده است (نل،۱۹۹۹،۱۹۹۳؛ نل و بک،۲۰۰۰). در اغلب پرونده های *CBPT* عروسک ها به عنوان ابزاری برای انتقال مداخلات خاص شناختی و رفتاری از طریق الگوسازی یا ایفای نقش مورد استفاده قرار می گیرند.

دیگر لوازم بازی

در *CBPT* دیگر لوازم بازی نیز می توانند به شیوه ای مؤثر مورد استفاده واقع شوند و نویسندگان متعددی منحصراً به این مقوله در بازی درمانی پرداخته اند. آکسلین در کتاب خود با عنوان بازی درمانی (۱۹۴۷) راهنمایی هایی برای استفاده از لوازم گوناگون بازی ارائه کرده که این فهرست هنوز هم مورد استفاده ی گسترده ای قرار دارد[۲۵۱]. او در کتاب خود راجع به اتاق بازی و لوازم موجود در آن این گونه می نویسد:

****

[۲۵۱] *مواردی که آکسلین در کتابش به آنها اشاره کرده بسیار شبیه به فهرست هایی هستند که در بخش های گوناگون این کتاب ذکر شده اند، در هر حال برای آگاهی بیشتر خواننده ی عزیز، مطالب آکسلین در ادامه آورده می شود. (مترجم)*

@karnil

"...هر چند مطلوب تر است اتاق بازی درمانی از دیگر مکان ها مجزا باشد، اما این امر الزامی نیست. درمانگر می تواند لوازم بازی را در چمدان کوچکی همراه با خود به هر جایی که لازم است ببرد، در نتیجه بازی درمانی را باید شیوه ای انعطاف پذیر و مناسب با هر بودجه و فضایی دانست.

اگر بودجه و فضای کافی برای اختصاص دادن یک اتاق مجزا برای بازی درمانی وجود داشته باشد، پیشنهاد می شود آن را به این شکل طراحی کرد:

اتاق در صورت امکان باید عایق صدا داشته باشد و دارای شیر آب و دستشویی نیز باشد. فضای بیرون نباید از داخل اتاق معلوم شود، در نتیجه لازم است پنجره ها با پرده یا آفتاب گیر پوشانده شوند. جنس دیوارها و کف اتاق باید از مواد قابل شستشو انتخاب شود که بتوان موادی مانند رنگ، خمیر بازی، گل و... از روی آن ها پاک کرد. در صورت امکان می توان در اتاق دوربین مدار بسته و میکروفون قرار داد و یا از آینه های یک طرفه بهره برد. در هر حال باید توجه داشت نحوه ی قرارگیری این لوازم به گونه ای باشد که کودک متوجه آن ها نشود.

لوازم بازی که استفاده از آن ها موفقیت آمیز بوده است، شامل این موارد می شوند:

**شیشه ی شیر عروسک*خانواده ی عروسکی*خانه ی عروسکی همراه با مبلمان و دیگر لوازم آن (میز، صندلی، تختخواب، ظروف، لباس عروسک، کمد لباس)*عروسک سرباز و ماشین های ارتشی*حیوانات اسباب بازی*عروسک های نمایشی*ماسه*آب*رنگ انگشتی*خمیر بازی*گِل*ماشین اسباب بازی*هواپیمای اسباب بازی*میز بزرگ* لوازم کاردستی*کاغذ رنگی*عکس افراد، خانه ها، حیوانات و اشیاء دیگر*سبد های خالی*استفاده از اسباب بازی های مکانیکی و الکترونیک توصیه نمی شوند زیرا مانع خلاقیت کودک می شوند.*

اگر این امکان وجود ندارد تمام این لوازم از همان ابتدا فراهم شوند، می توان کار را با خانه ی عروسکی و لوازم نقاشی و کاردستی آغاز کرد.

لوازم این اتاق باید مرغوب باشند و به راحتی خراب نشوند، زیرا قرار است کودکان بسیاری از آن ها استفاده کنند. خانه ی عروسکی نیز باید مبلمان چوبی یا لوازم محکم و با دوامی داشته باشد. اعضای خانواده ی عروسک ها باید شامل

@karnil

اعضای یک خانواه ی کامل باشند: پدر، مادر، نوزاد،خواهر، برادر و پدر و مادربزرگ. می توان از عروسک های نمایشی نیز استفاده کرد. هم چنین می توان کل خانه ی عروسکی را روی صفحه ی شنی بسیار بزرگ قرار داد تا قدرت تخیل کودک در داستان سازی افزایش یابد.

اگر اتاق به اندازه ی کافی بزرگ باشد می توان گوشه ای از آن را برای مبلمان و خانه ی اسباب بازی اندازه ی کودک در نظر گرفت. اگر این فضا کمی بلندتر از باقی اتاق در نظر گرفته شود، بسیار بهتر است. تمام لوازم و اسباب بازی ها باید در معرض دید و دسترس کودک باشند تا او بتواند وسایل دلخواه خود را انتخاب کند. درمانگر وظیفه دارد همواره از سالم و تمیز بودن لوازم حصول اطمینان کند تا مشکلی برای کودک پیش نیاید. هم چنین نباید کاردستی یا صحنه ای از جلسات قبلی درمان باقی مانده باشد و به کودک ایده بدهد. کودک باید در استفاده از اسباب بازی ها و لوازم کاردستی کاملاً احساس آزادی کند و تنها محدودیت هایی اعمال شود که هدف از آن ها حفظ سلامت و ایمنی کودک است..."

در هر حال باید به این مسئله اشاره کرد که از زمان نوشتن این کتاب بیش از ۶۰ سال می گذرد و اسباب بازی های بسیار زیادی در این دوران بوجود آمده اند. لاندرس و همکارانش (لاندرس،۲۰۰۲، گیورانو، لاندرس و جونز،۲۰۰۵) که نظریات خود را از دیدگاه بیمار- محور به نگارش درآورده اند، به توضیح اسباب بازی های مورد استفاده در تکنیک های بازی درمانی پرداخته اند. لاندرس اسباب بازی های گوناگون را به چندین گروه مختلف تقسیم بندی می کند که شامل این موارد می شود:

- ☑ حوزه ی پرورشی (عروسک، شیشه ی شیر، لوازم دکتر بازی)،
- ☑ رقابت (لوازم خانه سازی و لگوها)،
- ☑ آزاد سازی پرخاشگری (حیواناتی مانند ببر، شیر، تمساح و یا عروسک سرباز)،
- ☑ زندگی حقیقی (خانه های عروسکی و آدم های موجود در آن ها، پول قلابی)،
- ☑ دنیای فانتزی و لباس های گوناگون (کلاه، لباس، ماسک و...)،

☑ تخلیه ی احساسی و بیان خلاقانه (لوازم هنری برای کشیدن نقاشی، ماسه، آب و...).

در بازی درمانی کودک – محور اسباب بازی ها مرتب چیده شده و به راحتی در دسترس کودک قرار می گیرند و توسط خود او انتخاب می شوند نه درمانگر.

در انتهای دیگر این طیف درمان متخصصانی هستند که به هیچ وجه به لوازم بازی تکیه نمی کنند. در یک رویکرد منحصر به فرد که به بازی درمانی اکوسیستم معروف است، اسباب بازی ها برای درمانگر در مرحله ی دوم قرار می گیرند (اُکانر، ۱۹۹۷،اُکانر و نیو،۲۰۰۳). در بازی درمانی اکوسیستمی عمده توجه بر تعامل بین کودک و درمانگر معطوف است نه لوازم بازی. در این شیوه کودکان امکان دسترسی آزادانه به لوازم بازی را ندارند، بلکه این درمانگر است که وسایلی خاص را برای کودک مهیا می کند.

در متون پژوهشی *CBPT* همواره به این نکته اشاره شده لوازم بازی بخش مهمی از فرآیند درمان هستند که توسط کودک و درمانگر چه به صورت مشترک یا مجزا انتخاب می شوند. همان گونه که در ادامه گفته خواهد شد، اتاق بازی در این شیوه ی درمانی شامل طیف گسترده ای از اسباب بازی ها و لوازم بازی می شود، اما ممکن است زمانی نیز پیش بیاید که کودک چیزی را بخواهد که در آن جا موجود نباشد.

در تصویر روبرو نمونه ای از یک اتاق بازی مشاهده می شود.

@karnil

مراحل CBPT

معرفی و جهت دهی

آماده سازی کودک و والدین او برای فرآیند *CBPT* بسیار مهم است. معمولاً والدین و درمانگر بدون حضور کودک ملاقاتی با یکدیگر دارند تا درمانگر بتواند اطلاعات مورد نیاز در مورد کودک را بدست آورد. در صورت نیاز آموزش های روانشناختی لازم در فرآیند درمان با شرکت والدین باید ارائه شود و پزشک با آن ها راجع به چگونگی آماده کردن کودک برای فرآیند درمان صحبت کند. به طور مثال درمانگر می تواند والدین را راهنمایی کند قبل از این که کودک را برای جلسه ی اول درمان بیاورند، باید چه جملاتی به او بگویند. نکته ی مهم صداقت است. هر چند که صحبت با کودک باید مناسب درک او باشد، اما والدین می توانند به شیوه ای بسیار ساده نگرانی های خود را توضیح دهند و این که برای کمک به فرزندشان چه کاری انجام داده اند (یعنی رفتن نزد پزشک).

والدین باید از جملات یا حالت بیانی تهدید کننده، دروغ گفتن و یا جملاتی که حالت رشوه دادن به کودک را دارد، اجتناب کنند (دادز،۱۹۸۵). به طور مثال: *" یا باید رفتارتو درست کنی، یا به دکترت می گم چه کارایی انجام می دی!"* ، *"قراره با دوستات بازی کنی."* ، *"اگه با دکتر صحبت کنی، برات خوراکی می خرم."* والدین می توانند از جملاتی مانند این استفاده کنند:

"ما راجع به تو نگران بودیم و می دونیم که چیزای زیادی هستن که باعث اضطراب و نگرانی تو می شن. ما در این مورد با یک نفر صحبت کردیم. اون ***دکتر احساساته*** *و با بچه هایی که راجع به مسائلی نگران هستن، بازی و صحبت می کنه. دفعه ی بعد که خواستیم پیش اون بریم، تو هم با ما میای و اون با تو بازی می کنه."*

توصیه می شود والدین علائم و تجربیات خاصی که کودک در آن زمان دارد را عمومی سازی کنند و مانند یک هنجار جلوه دهند. به طور مثال بگویند کودکان بسیار زیادی از نگرانی های خود رنج برده و پزشک به آن ها کمک می کند. هم چنین باید بر نقاط قوت کودک که باعث تسهیل فرآیند درمان می شود، تأکیدکنند (به طور مثال باهوش بودن یا انطباق خوب با بزرگسالان). هم چنین

@karnil

اگر والدین، درمانگر یا مطب او را به شیوه ای مناسب تشریح کنند، کار برای آن ها بسیار آسان تر خواهد شد (به طور مثال: *"اون آدم خیلی خوبیه و یک عالمه اسباب بازی توی مطبش داره."*).

استفاده از کتاب نیز می تواند کودک را برای فرآیند درمان آماده سازد و برای والدین نیز مفید است تا درک کنند باید انتظار چه چیزی را داشته باشند. درمانگران نیز اگر احساس کردند این کار در مراحل اول درمان برای کودک مفید است، می توانند از کتاب های مناسب در این زمینه بهره بگیرند.

ارزیابی

ارزیابی مهارت های بازی

درک بازی های نمایشی کودک برای ارزیابی های رسمی در مورد علائم او، یک توانایی بسیار مهم برای تعیین مناسب بودن *CBPT* برای کودک می باشد. پژوهش ها نشان داده بازی درمانی برای کودکانی که خود مهارت های خوبی در بازی های نمایشی و وانمود کردن دارند، بیشتر مؤثر است (راس،۲۰۰۴). چهار مهارت برای تعیین کیفیت بازی نمایشی کودک مهم به شمار رفته که شامل این موارد می شوند:

۱. مهارت های شناختی مانند: سازماندهی، تفکر واگرا و تشخیص نمادها یا سمبول ها.
۲. مهارت های احساسی و هیجانی مانند: ابراز احساسات، احساس راحتی و لذت در بازی و تعدیل احساسات.
۳. مهارت های اجتماعی و بین فردی مانند: همدلی و برقراری رابطه.
۴. مهارت های حل مشکل مانند: توجه به مسائل و توانایی برطرف ساختن موانع.

پیشنهاد می شود برای ارزیابی سطح مهارت های شناختی، احساسی، اجتماعی و حل مشکل درکودک از ترکیبی از شیوه های ارزیابی استفاده گردد که می توانند شامل این موارد باشند: گزارش والدین یا مصاحبه با آن ها، گزارش فردی خود کودک، مشاهدات رفتاری درمانگر و یا گزارشات ارزیابی مدرسه. هدف این ارزیابی

@karnil

در مجموع مشخص شدن این مسئله است که توانایی های کودک با همسالان خود مشابه است یا خیر. ابتدا باید از والدین راجع به کیفیت بازی های نمایشی کودک و لوازم بازی مورد علاقه ی او سؤالاتی پرسیده شود.

مهارت های شناختی و حل مشکل می توانند با استفاده از گزارشات مدرسه یا ارزیابی های روانشناختی مانند سنجش بهره ی هوشی ارزیابی شوند. مهارت های احساسی و هیجانی کودک نیز می توانند هنگام مصاحبه ی پزشکی مورد بررسی قرار گیرند. از والدین خواسته می شود میزان و شدت هیجانات کودک خود مانند عصبانیت، اندوه، اضطراب، دلسردی و... را توضیح دهند. توانایی کودک برای کنار آمدن با این احساسات نیز باید مورد ارزیابی قرار گیرد. درمانگر می تواند اطلاعات خود را با مشاهده ی رفتار کودک و توانایی او برای ابراز و تعدیل این احساسات تکمیل کند. از سوی دیگر مهارت های اجتماعی کودک از طریق مشاهده بهتر آشکار می شود. درمانگر می تواند برای این منظور از بازی های آزادانه استفاده کند تا ببیند کودک چگونه در طول بازی با او رابطه برقرار می کند.

شایان ذکر است اگر مهارت های کودک در یک یا دو حوزه کمتر از سطح عادی در سن او بودند، *CBPT* هنوز هم می تواند یک مداخله ی مفید باشد و بر اساس نیازهای کودک انطباق یابد. به طور مثال کودکی که توانایی کمتری در بیان کلامی دارد، می تواند از حرکات یا نقاشی کشیدن بیشتر استفاده کند. در نگاه اول ممکن است این گونه فرض شود که *CBPT* برای کودکانی با مشکلات حاد احساسی، ادراکی یا اجتماعی مناسب نیست. اما مناسب بودن این رویکرد باید بر اساس نیازهای فرد تعیین شود، خصوصاً این که ویژگی *CBPT* در انعطاف پذیری و شخصی سازی فرآیند درمان می باشد.

ارزیابی عملکرد احساسی / رفتاری

علاوه بر شیوه های ارزیابی رایج، می توان از بازی هایی با ساختار مشخص تر برای این منظور استفاده کرد. تعدادی از چنین مقیاس های ارزیابی توسط گیتلین-وینر، سندگراند و شفر (۲۰۰۰) توضیح داده شده اند. در هر حال تکنیک های پروژه مانند ممکن است برای رویکردهایی که بیشتر بر پایه ی *CBT*

@karnil

شکل گرفته اند مناسب نباشند؛ اما فرآیندهایی کمتر سازمان یافته مانند تکمیل کردن یک جمله ی ناقص، می توانند اطلاعات جالب توجهی راجع به عملکرد رفتاری و احساسی کودک قبل از آغاز *CBT* ارائه کنند. نل (۱۹۹۲،۱۹۹۳؛ نل و بک، ۲۰۰۰) استفاده از تمرین تکمیل جمله ی عروسک نمایشی (*PSCT*)[۲۵۲] را به عنوان یک شیوه ی ارزیابی حساس به مقوله ی رشد در کودکان خردسال پیشنهاد کرد. *PSCT* یک شیوه ی ساختار یافته و هدفمند است که به منظور شرکت کردن کودکان خردسال در این تمرین طراحی شده است.

دیگر مقیاس ارزیابی مرتبط با این شیوه، احساسات در بازی (*APS*)[۲۵۳] برای کودکانی در سن مدرسه (راس،۱۹۸۷،۱۹۹۳) و *APS – P* برای کودکان پیش دبستانی می باشد (کاوگرز و راس،۲۰۰۰). *APS* به عنوان یک مقیاس سنجش بر اساس مشاهده ی بازی کودک، تبدیل به معیار ارزیابی استانداردی برای بررسی ابراز احساسات در بازی های نمایشی شده و هم چنین برای بررسی مهارت های اجتماعی، شناختی و احساسی کودکان مورد استفاده قرار می گیرد. در این شیوه فیلمبرداری از جلسات درمان مورد نیاز می باشد. هم چنین درمانگر باید از مسائلی مانند میزان توافق ارزیابان و دیگر شیوه های کیفی پژوهشی آگاه باشد. هر چند *APS* در متون پژوهشی مورد استفاده گسترده ای داشته است، اما بندرت از آن به صورت عملی و در رویکردهای پزشکی استفاده شده که تا حدودی به علت پیچیدگی اجرا و رتبه دهی به نتایج بدست آمده می باشد. پیشرفت های اخیر در مورد این شیوه شامل نسخه ی خلاصه شده ی امتیاز دهی می شود که دیگر نیازی به فیلمبرداری جلسات نبوده، در نتیجه برای کاربردهای عملی توسط پزشکان مناسب تر است (ساشا، راس و شورت در مطبوعات).

****

[252] *Puppet Sentence Completion Task*

[253] *Affect In Play Scale*

@karnil

لوازم بازی

فرآیند *CBPT* اغلب در یک اتاق بازی یا مطب پزشک که با اسباب بازی های مناسب تجهیز شده است، انجام می شود. بهتر است اتاق شامل طیف گسترده ای از اسباب بازی ها، لوازم هنری، عروسک های نمایشی و دیگر عروسک ها و سایر لوازم بازی شود. در این جا می توان به فهرستی کوتاه از لوازم مورد نیاز در اتاق بازی اشاره کرد:

- ☑ عروسک های نمایشی: سگ عروسکی (برای کودکانی که از سگ می ترسند)، تمساح یا کوسه ی عروسکی (برای استفاده در مورد کودکانی که گاز می گیرند و یا در رابطه با ابراز عصبانیت های درونی شان دچار مشکل هستند)، لاک پشت (برای کودکانی که خجالتی بوده و یا دیگر اضطراب های مربوط به حضور در اجتماع را دارند).
- ☑ کاغذ رنگی با رنگ های مختلف
- ☑ ماژیک
- ☑ خانه ی عروسکی: شامل دستشویی (برای کودکانی که با دستشویی رفتن مشکل دارند) و تخت خواب (برای کودکانی با مشکلات خواب).
- ☑ عروسک های خانواده شامل پدر، مادر، خواهر، برادر و عروسک نوزاد. مطلوب است از عروسک هایی نماینده ی نژادها و آیین های گوناگون استفاده شود.
- ☑ کتاب هایی راجع به موضوعات مختلف شامل آن دسته که مرتبط با احساسات، اضطراب، جدایی، رفتن به مدرسه ی جدید و... هستند.
- ☑ ماشین های اسباب بازی
- ☑ بازی هایی که باعث ایجاد اتحاد درمانی بین بیمار و پزشک می شوند، مانند بازی های صفحه ای مناسب با سن کودک.
- ☑ خمیر بازی

@karnil

- ☑ لگو یا دیگر وسایل خانه بازی
- ☑ پوسترها یا عکس هایی از افرادی با احساسات گوناگون
- ☑ عکس برگردان: خصوصاً آن دسته که مرتبط با موضوعات درمان هستند.
- ☑ وایت بورد
- ☑ صفحات تمرین با تصاویر افراد یا حیوان هایی که بالای سرشان حباب فکر کشیده شده است.

هر چند معمولاً گستره ای محدود از اسباب بازی ها کافی است، اما زمان هایی نیز وجود دارند که ممکن است برای درمان کودکی یک اسباب بازی خاص مورد نیاز باشد. شاید گاهی اوقات بتوان اسباب بازی های موجود را به این منظور انطباق داد، اما در برخی شرایط حتماً نیاز است از آن اسباب بازی خاص استفاده شود. به طور مثال کودکی که با عینک زدن مشکل دارد، ممکن است بتواند شکل یک عینک را روی کاغذ کشیده، آن را با قیچی ببرد و روی صورت عروسکش بگذارد. اما چنانچه با این کار احساس راحتی نکند، بهتر است از عینک پلاستیکی استفاده شود که مناسب عروسک است و به این شکل او واکنش بهتری از خود نشان می دهد.

گاهی اوقات بازی درمانی در خارج از اتاق بازی و در محیط هایی انجام می گیرد که بیشتر به شرایط زندگی حقیقی نزدیک است. این مسئله خصوصاً برای کودکانی با اضطراب های خاص کاربرد دارد، زیرا این نوع ترس ها با قرار گرفتن در محیط واقعی بهتر درمان می شوند. درمان برای چنین کودکانی در جایی انجام می گیرد که بیشترین شباهت به مکانی را دارد که کودک از آن می ترسد. در *CBPT* برای این منظور از چارچوب حساسیت زدایی استفاده می شود. به طور مثال جلسه ی درمان کودکی که از آسانسور می ترسد، می تواند پیرامون یک آسانسور یا درون آن انجام گیرد (نل،۲۰۰۰،۱۹۹۳) و یا کودکی که دچار اختلالات وسواس است، می تواند در جایی قرار بگیرد که محرک های آشکاری برای وسواس های فکری و عملی او وجود دارند (مارچ و مول، ۱۹۹۸).

@karnil

آماده کردن اتاق بازی درمانی

نویسندگان بسیاری به شرح چگونگی آماده سازی اتاق بازی درمانی پرداخته اند (گیورانو، لاندرس و جونز، ۲۰۰۵؛ لاندرس،۲۰۰۲؛ اُکانر،۱۹۹۱). گیورانو، لاندرس و جونز (۲۰۰۵) از یک دیدگاه بیمار- محور به شرح مشخصات اتاق بازی شامل اندازه، ویژگی ها (مانند نوع قفسه بندی، کف اتاق و...) و هم چنین چیدمان اسباب بازی ها در اتاق پرداخته اند[۲۵۴]. در مورد *CBPT* نیز باید گفت رعایت کردن دو مسئله الزامی است: اسباب بازی ها باید کاملاً قابل مشاهده باشند و دسترسی به آن ها برای کودک آسان باشد. ضمناً باید نوعی امکان پیش بینی در مورد محل قرار گیری اسباب بازی ها نیز وجود داشته باشد تا کودک بتواند در جلسه ی بعد محل اسباب بازی های مورد نظر خود را پیدا کند. اگر کودک بر روی پروژه خاصی کار می کند و یا چیزهایی را روی کاغذ منتقل کرده (به طور مثال نقاشی یا کتابی که خود او آن را درست کرده است)، بسیار مهم است جایی مانند یک قفسه یا کمد وجود داشته باشد که بتوان آن ها را برای استفاده های بعدی در آن جا قرار داد. چیزهایی که کودک خلق کرده، نباید در دسترس کودکان دیگر باشند، زیرا ممکن است به آن ها دست بزنند یا خرابشان کنند. در نتیجه بهتر است در یک کشو قفل دار قرار گیرند تا کودک نیز متوجه شود لوازم او حفظ شده و شخصیت او مورد احترام واقع می شود.

شیوه های انتقال CBPT

الگو سازی

الگوسازی بخش مهمی از بازی درمانی برای کودکان خردسالی می باشد که ممکن است دستور العمل های گفتاری را به خوبی درک نکنند. پژوهش های گسترده ای نشان می دهد الگوسازی شیوه ای مناسب برای اکتساب، تقویت و تضعیف رفتارهای خاص می باشد (باندورا،۱۹۹۷؛ اولندیک و کینگ،۱۹۹۸). در *CBPT* الگوسازی کودک را در معرض فرد یا چیزی (اغلب یک اسباب بازی یا

****

[۲۵۴] *به توضیحات ص ۳۷۳ مراجعه شود.*

@karnil

عروسک) قرار می دهد که رفتاری را که باید یاد بگیرد، به او نشان می دهد. این شیوه خصوصاً اگر کودک رابطه ی مثبتی با شخص یا چیزی که این الگو را به او ارائه می دهد داشته باشد، بسیار مفید است. این الگو سازی هم چنین می تواند از طریق کتاب، فیلم و دیگر چیزها ارائه شود.

درمانگر در رویکرد *CBPT* از الگوسازی برای نشان دادن مهارت های سازش و انطباق استفاده می کند. به طور مثال مدل (مانند عروسک) ممکن است راجع به مهارت های حل مشکل صحبت کند و درمانگر در هر مرحله با صدای بلند مثال ها و سرنخ هایی را بازگو می کند. در نتیجه مدل از مهارت خودسازی استفاده کرده و به کودک نشان می دهد قبل از هر نوع واکنشی، می تواند تأمل کرده و کمی فکر کند (میکن باوم و گودمن،۱۹۷۱). به عبارت دیگر درمانگر بخش های کلامی درمان را از طریق الگوسازی ارائه می دهد که بیشتر مناسب کودک می باشد (باندورا،۱۹۶۹؛ میکن باوم،۱۹۷۱). در چنین نمایش هایی، عروسک اغلب مشکلی را ارائه کرده، سپس درمانگر او را راهنمایی کرده و تشویق می کند تا به تلاش خود ادامه دهد (شکل دهی مهارت). نهایتاً عروسک تلاش کرده، مشکل خود را حل می کند و مهارت های سازش بهتری کسب می نماید. به این شکل عروسک به شیوه‌ی بهتری مهارت یافتن در یک توانایی را به کودک نشان می دهد و با اشتباهاتی که می کند، نشان می دهد هیچ کس کامل نیست و کودک نیز اگر اشتباهی کرده، می تواند با تلاش آن را جبران کند.

انعطاف پذیری در مکالماتی که متمرکز بر اهداف درمان باشند، در ایجاد داستان هایی برای نمایش های عروسکی بسیار حائز اهمیت است. استفاده از جملات و رفتارهای خود انگیخته ی کودک برای تکمیل اطلاعات همراه با نمایش عروسکی نیز از اهمیت یکسانی برخوردار است. این داستان ها باید با گذشت زمان تکامل یافته و بخشی از آن ها بر اساس واکنش ها و تعامل کودک با عروسک های نمایشی باشد.

@karnil

ایفای نقش

هر چند *CBPT* اغلب از طریق الگوسازی انتقال می یابد، اما ایفای نقش نیز راه دیگری برای این هدف می باشد. در این شیوه کودک مهارت ها را همراه با درمانگر تمرین کرده و از بازخوردهای او برخوردار می شود. هنگامی که این کار از طریق الگوسازی انجام شود، مدل مورد نظر در وضعیت های گوناگون به ایفای نقش می پردازد و کودک با نگاه کردن به او مطالبی می آموزد. به طور مثال برای کودکی که از جدا شدن اضطراب دارد، می توان نمایش عروسکی با این موضوع اجرا کرد که عروسک به سادگی از مادرش جدا شده، با او خداحافظی می کند و به مدرسه می رود. کودک به این نمایش نگاه کرده و شاهد بازخوردهایی است که درمانگر به عروسک ارائه می کند.

بازی ساختار یافته در برابر بازی بدون ساختار

در *CBPT* فرآیند تغییر هم از طریق بازی های سازمان یافته و هم بازی هایی بدون ساختار مشخص در جلسات درمان ایجاد می شود. درمانگر در بخش های غیر سازمان یافته می تواند افکار و ادراکات کودک را با مشاهده ی کارهای خود انگیخته ای که او در جلسه ی درمان انجام می دهد، درک کند. این فعالیت های هدفمند و ساختار یافته برای درمانگر فرصتی را فراهم می آورند تا راجع به توانایی حل مشکل با کودک کار کند و رفتارهای انطباقی بیشتری به او آموزش دهد.

ایجاد تعادل بین این دو روش از اهمیت حیاتی برخوردار است. راه های متعددی وجود دارند که می توان جلسات *CBPT* را سازماندهی کرد. به طور مثال کل فرآیند *CBPT* می تواند با عروسک های نمایشی توضیح داده شود، زیرا این عروسک ها کاربرد گسترده ای داشته و اغلب کودکان از تماشای آن ها لذت می برند. سپس در جلسات بعدی می توان از چیزهای دیگری بجز عروسک های نمایشی استفاده کرد.

چنانچه از عروسک های نمایشی متعدد برای طیف گسترده ای از مشکلات استفاده شود، برای ساختار جلسات درمان بسیار مفید خواهد بود. به طور مثال دو

@karnil

یا سه عروسک انتخاب می شوند و درمانگر نامی برای آن ها انتخاب می کند (یا اگر کودک تمایل به این کار دارد، به درمانگر کمک می کند اسمی برای آن ها انتخاب شود). نهایتاً درمانگر مشکل عروسک ها را شناسایی می کند. حداقل یکی از عروسک ها باید مشکلی نزدیک به مشکل کودک داشته باشد (به طور مثال: *"این عروسک وقتی که مامانش اونو به مدرسه می بره و ترکش می کنه، خیلی ناراحت می شه و حتی بعضی وقتا شروع به گریه کردن می کنه و نمی خواد که مامانش بره."*).

مداخلات: تلفیق تکنیک های معتبر تجربی با *CBPT*

در *CBT* فرض بر این است که رابطه ای بین افکار، احساسات و رفتارهای گوناگون وجود دارد. مشخصاً برخی رویدادهای محیطی باعث شکل گیری مجموعه ای از افکار می شوند و سپس مجموعه ای از احساسات شکل می گیرند که خود منجر به بروز رفتارهایی خاص می شوند. این روش بر ایجاد مهارت ها تأکید داشته، نشأت گرفته از هدف می باشد، دارای یک ساختار خاص است و توسط درمانگر و کودک هدایت می شود. از تکنیک های معتبر گوناگونی که در متون پژوهشی *CBT* به آن ها اشاره شده استفاده می شود تا کودک به مهارت های لازم دست یابد. تمام این تکنیک ها از نظر ادراکی، احساسی و مهارت های اجتماعی، مناسب سطح رشد کودک هستند.

پژوهش ها به طور کلی حاکی از آن است که ترکیب مداخلات *CBT* در کمک به کودکان برای مواجهه و سازش با رویدادها و احساسات دشوار مفید هستند (کامپتون و همکاران،۲۰۰۴؛ ولتینگ، ستزر و آلبانو،۲۰۰۴). تکنیک های شناختی شامل آموزش های روانشناختی، ساختار سازی ادراکی، عبارات تأکیدی مثبت و توانایی های حل مسئله می باشند. تکنیک های رفتاری نیز شامل ریلکسیشن، قرار گرفتن در معرض رویداد، حساسیت زدایی و مدیریت وابستگی به شرطی شدن هستند. در ادامه تکنیک های شناختی و رفتاری همراه با مثال هایی از چگونگی ترکیب آن ها با بازی در جدول **۱-۱۶** و **۲-۱۶** ذکر می شوند.

@karnil

جدول ۱-۱۶. مثال هایی از مداخلات شناختی

تکنیک	مثال	بازی های توصیه شده
آموزش روانشناختی در رابطه با احساسات و هیجانات	کودک احساسات صورت هایی را که در عکس های مختلف می بیند، مورد اشاره قرار می دهد.	پوستری با حالات احساسی و هیجانی مختلف در صورت افراد همراه با امتیازدهی یا تصاویری از کودکان که حالات احساسی گوناگونی را در صورت خود نشان می دهند.
بازسازی شناختی- شناسایی تحریفات شناختی	به کودکی که از والدین خود سرپیچی می کند، تصاویری از تعامل بین کودک و والد نشان داده می شود و از او خواسته می شود افکار و احساسات خود از هر موقعیت را بیان کند.	کاغذ رنگی یا مقوای کاردستی، ماژیک، نقاشی های تمرینی با حباب فکر،عروسک هایی که با والدین خود درگیری دارند.
بازسازی شناختی- به چالش کشیدن تحریفات شناختی (افکار ناسازگار)	از زبان یک عروسک به این نکته اشاره می شود که هیچ کس او را دوست ندارد، چون عروسک دیگر او را مسخره می کند. درمانگر عروسک را در فرآیند بررسی این مشکل هدایت کرده و راجع به دوستان او و دیگر دلایلی که او را مسخره می کنند، صحبت می کند و تلاش دارد این عروسک با دیگران دوست شود.	عروسک های نمایشی واسباب بازی هایی که برای کودک آشنا هستند. وایت بورد برای نوشتن افکار و کارت های یادآوری همراه با سؤالاتی که فکر کودک را به خود مشغول می دارند.
جملات تأکیدی مثبت	عروسکی از شنا کردن می ترسد، می گوید: *"من می تونم توی آب برم و وقتی که خیس شدم، همه چی باز هم مرتبه."*	عروسکی که نمایانگر مشکل کودک باشد. کاغذ سفید یا مقوا برای نوشتن افکار.

ادامه دارد...

کتاب درمانی	کودکی که والدینش در حال جدا شدن از یکدیگر هستند، کتابی را درباره ی کودک یا شخصیت دیگری می خواند که والدین او نیز در حال جداشدن می باشند. درمانگر هنگام خواندن کتاب یا پس از آن،تجربیات احساسی و هیجانی مختلف را به صورت نرمال درآورده و افکار سازشگر را برجسته نمایی می کند.	کتابی در رابطه با جدا شدن والدین مناسب با سن کودک بخصوص از آن نوع کتاب هایی که تحریفات شناختی در کودکان را به چالش می کشد. (پدر و مادر به خاطر اشتباه من از هم جدا شدند.)
حل مسئله	کودکی که نمرات بدی در درس ریاضی می گیرد، به عروسکی معرفی می شود که او نیز تکالیف ریاضی اش را درک نمی کند. عروسک با صدای بلند به مشکل و هدف مطلوب یعنی انجام تکالیف ریاضی اشاره می کند. سپس عروسک و درمانگر فهرستی را از استراتژی های گوناگون در این باره تهیه کرده و اولویت ها را انتخاب می کنند (مانند کمک خواستن از والدین یا معلم). عروسک ها استراتژی مورد نظر را در ایفای نقش خود به کارمی گیرند و راجع به نتایج آن سخن می گویند.	عروسک های نمایشی، وایت برد و ماژیک برای نوشتن استراتژی ها و تکالیف و تمریناتی که کودک در انجام آن ها مشکل دارد.

جدول ۲-۱۶. مثال هایی از مداخلات رفتاری

تکنیک	مثال	بازی های توصیه شده
آموزش ریلکسیشن	درمانگر نفس کشیدن عمیق را معرفی می کند و ابتدا از عروسک می خواهد این کار را انجام دهد. کودک و درمانگر آن را با یکدیگر تمرین می کنند و روی شکم خود یک عروسک قرار می دهند تا کودک متوجه شود هنگامی که نفس عمیق می کشد، چگونه عروسک روی شکم او بالا وپایین می رود .	عروسکی که بیانگر وضعیت کودک باشد، همراه با حیوانات عروسکی پشمالو، استراتژی شمارش تفریحی برای تعداد نفس ها.

(ادامه دارد...)

@karnil

حساسیت زدایی سازماندهی شده	عروسکی که بسیار به مادر خود وابسته است و نمی تواند در مدرسه بدون او بماند، روی یک صندلی نشسته و بدون حضور مادرش در حال انجام یک فعالیت آرام بخش می باشد، مانند بازی کردن با اسباب بازی مورد علاقه اش	عروسکی که نشانگر وضعیت کودک باشد، همراه با یک عروسک مادر و اسباب بازی مورد علاقه ی کودک.
در معرض قرار دادن	عروسکی که از آسانسور می ترسد، در فرآیند *"نردبان ترس"* شرکت می کند که شامل وضعیت هایی با حداقل و حداکثر ترس است (یعنی نگاه کردن به تصویر افرادی که در حال سوار شدن به آسانسور هستند تا سوار شدن خود او در آسانسور). درمانگر به این عروسک کمک می کند ترسش را کاهش دهد.	نقاشی های بصری سلسله مراتب ترس، عروسکی که مشابه با وضعیت کودک باشد، تصاویر یا فیلمی از سوار شدن افراد به آسانسور.
تشویق مثبت و مدیریت شرطی سازی	عروسکی که از خواندن با صدای بلند می ترسد، پس از این که هر بار برای عروسک دیگری مطلب می خواند، یک جایزه می گیرد مانند عکس برگردان	عکس برگردان، کارت های یادآوری با جملات تحسین کننده، تشویق با خوراکی.
مدیریت شرطی سازی، شکل دادن	از عروسکی که از صحبت کردن با افراد جدید می ترسد، خواسته می شود با جملات کوچک احوالپرسی، سخن خود را آغاز کند و سپس از جملات کوتاه دیگر استفاده کند و به مدت ۱ دقیقه حرف بزند.	جدول عکس برگردان، اسباب بازی یا عروسکی مشابه با وضعیت کودک
محو کردن محرک	عروسکی که بداخلاقی می کند و هنگامی که مادرش او را به اتاقش می برد، نمی تواند به تنهایی بخوابد، اما چنانچه پدر او را بخواباند، مشکلی ندارد، ابتدا توسط پدر خوابانده می شود و مادر به تدریج وارد این روتین شبانه می شود.	خانه ی عروسکی همراه با تختخواب عروسک و عروسک های مادر، پدر و کودک
تکنیک کاهش رفتارهای نامناسب.	عروسکی که نسبت به دیگر عروسک ها رفتاری پرخاشگرانه دارد، هیچ توجه مثبتی برای رفتارش به خود جلب نمی کند. در حالی که رفتارهای سازگارانه و استفاده از واژه های مناسب مورد تحسین قرار می گیرند (مانند درست بازی کردن، هل ندادن دیگران و...).	پوسترهایی در رابطه با قوانین درست بازی کردن، اسباب بازی و عروسک ها.

@karnil

تکنیک های شناختی و *CBPT*

آمـوزش روانشـناختی. از دیـدگاه *CBT* آمـوزش روانشـناختی بـه معنـای آموزش های مرتبط با مشـکل کـودک بـه او، تعـدیل علائـم و توضـیح مـدل *CBT* مـی باشـد (کـامپتون وهمکـاران،۲۰۰۴). در رویکـرد *CBPT* آمـوزش روانشناسـی منطبـق بـا سـطح رشـد کـودک اتخـاذ مـی شـود کـه یـا از طریـق الگوسـازی یـا کتاب درمانی یا هر دوی آن ها صورت می گیرد. الگوسـازی بـه ایـن معناسـت کـه کودک، درمانگر را مشاهده می کند که در حال آموزش این موارد به یـک عروسـک است: **(الف)** مشکلات او، **(ب)** تأثیر گذاری تفکر بر احساسات و رفتار.

کتاب درمانی نیز به معنای استفاده از کتاب های درمانی یـا کتـب محبـوب بـا ادبیات کودکان است تا مسائل رایج در فرآیند رشد به کودک آموزش داده شود.

بازسازی شناختی. بازسازی شناختی به تکنیک هایی گفته می شـود کـه بـه کودکان آموزش می دهند تفکر منفی خود را به تفکری حقیقی تر و مثبت تر تغییـر دهند (کامپتون وهمکاران،۲۰۰۴؛ ولتینگ، ستزر و آلبانو،۲۰۰۴). نظریه ی اصلی در این تکنیک ها این است که احساسات و هیجانات منفی، نتیجـه ی ادراک ناسـازگار یا تفکر منفی مرتبط با رویدادهای پیرامونی هستند. بنابراین فرض می شـود تغییـر در تفکر، باعث تغییر در رفتار می شـود. اسـتراتژی هـای تغییـر شـناختی در مـورد کودکان شامل این موارد می شـود: **(الـف)** شناسـایی افکـار منفـی، **(ب)** پرسـیدن سؤالاتی در رابطه با دیگر راه حل های جایگزین و ارائه شواهد متناقض، **(ج)** ایجـاد یک تفکر مثبت یا منفـی جدیـد. نـل (۱۹۹۹،۱۹۹۸،۱۹۹۷،۱۹۹۴،۱۹۹۳) بـر ایـن عقیده است که استراتژی های تغییر شناختی مـی تواننـد بـا سـطح رشـد کودکـان خردسال نیز منطبق شوند. در فرآیند *CBPT* درمانگر بـه کـودک کمـک مـی کنـد ادراکات خود را شناسایی یا اصلاح کند و یا ادراکی جدید بسازد و تمامی این کارهـا با ارائه ی مفاهیم مناسب با سن کودک انجام مـی گیـرد. در اغلـب مـوارد کودکـان بیشتر فاقد تفکرات تأکیدی مثبت هستند و الزاماً در ذهن خود از جمـلات تأکیـدی منفی استفاده نمی کنند. در نتیجه تفکراتی خنثی به آن ها ارائه می شـود. در ایـن موارد می توان به کودک کمک کرد از جملات تأکیـدی مثبـت نیـز اسـتفاده کنـد. ضمناً در مورد کودکانی با تفکر منفی، جایگزینی ایده ها و تفکرات خنثـی بـه جـای

@karnil

نمونه های منفی می تواند اولین گام برای آن ها باشد و سپس افکار مثبت تری به آن ها معرفی می شود (کندال و تردول،۲۰۰۷).

به طور مثال فرض می کنیم کودکی راجع به رفتن به یک مهمانی جشن تولد، تفکری منفی دارد. می توان به او آموزش داد افکار منفی مانند: *"بچه ها از من خوششون نمیاد"* یا *"من نمی تونم خوب با بقیه بازی کنم"* را شناسایی کند. چنین افکاری ممکن است منجر به رفتارها و احساساتی همراه با نگرانی شوند (مانند تمایل به ماندن در خانه، بهانه ی دل درد، کناره گیری از مهمانی یا قایم شدن در دستشویی). می توان به کودک افکار خنثی یا مثبت تری آموزش داد: *"جشن تولد خوبه"*، *"توی جشن تولد خوش می گذره"*، *"من توی مهمونی می تونم خیلی خوب با بقیه بازی کنم"* . درمانگر هم چنین می تواند از سؤالاتی برای الگوسازی استفاده کند. چنین الگوهایی می توانند با یا بدون وسایل بازی باشند، اما در هر حال باید مناسب با سن کودک و سطح رشد او ارائه شوند.

جملات تأکیدی مثبت. ایجاد جملات تأکیدی مثبت یا عبارات سازگارانه، تکنیکی است که به کودک آموزش می دهد جملاتی شفاف و تأیید کننده به خود بگوید (ولتینگ و همکاران،۲۰۰۴). تغییر جهت تشویق و تحسین از سوی والدین و دیگر بزرگسالان به جملات تأکیدی فردی، فرآیندی خودبخود نبوده و باید به کودک کمک شود از چنین تکنیکی استفاده کند. در هر حال این جملات تأکیدی مثبت برای فرآیند *CBPT* باید مناسب با سطح رشد و سن کودک باشند تا بتوانند به جای افکار منفی مورد استفاده قرار گیرند. مفهوم و زبان این جملات باید ساده باشد (مانند: *"من شجاعم"*، *"من می تونم این کارو انجام بدم."*) که در واقع عنصری از تشویق و پاداش به خود را در بردارند (مانند: *"من کارمو خوب انجام می دم."*) هم چنین ممکن است کودک نتواند هیچ فکر خاصی را در خود شناسایی کند. به این شکل می توان او را هدایت کرد از جملات تأکیدی مثبت برای تشویق خودش استفاده کند.

در *CBPT* درمانگر باید الگویی از این عبارات تأکیدی مثبت را به کودک ارائه دهد. کودکان ارزش مثبت رفتار و اعمال خود را از طریق برچسب هایی درک می کنند که بزرگسالان از آن ها استفاده می کنند و یا بازخوردی مثبت از طرف

@karnil

ایشان می بینند. جملات تأکیدی مثبت نیز باید به همین شکل کودک را تشویق کند تا استراتژی های سازگارانه تر را نهادینه کند و این کار از طریق کنترل (*"هر وقت که بخوام، می تونم از کنار یک سگ رد بشم."*)، کاهش احساسات رویگردانی (*"هر وقت که آماده باشم، می تونم به مدرسه برم."*)، جملات تشویقی (*" من شجاعم."*) و حقیقت آزمایی (*"واقعاً هیچ هیولایی تو خونه ی ما نیست."*) انجام می گیرد (شرودر و گوردون،۱۹۹۱).

حل مسئله. در این فرآیند یک تکنیک سازماندهی شده برای شناسایی راه های عملی سازش و کنار آمدن با مشکل به کودک آموزش داده می شود و نتایج احتمالی آن نیز آزموده می شوند (ولتینگ و همکاران،۲۰۰۴). این فرآیند شامل ۵ مرحله می شود:

- ☑ شناسایی مشکل و هدف مطلوب،
- ☑ بررسی استراتژی های امکان پذیر برای رسیدن به هدف،
- ☑ ارزیابی نقاط قوت و ضعف هر استراتژی،
- ☑ نهادینه سازی استراتژی مورد نظر،
- ☑ ارزیابی نتایج.

در فرآیند *CBPT* درمانگر می تواند این تکنیک را با استفاده از ایفای نقش و الگوسازی به کودک آموزش دهد. به طور مثال برای کودکی که در مدرسه او را مسخره می کنند، عروسکی در بازی معرفی می شود که او نیز دچار همین مشکل است. عروسک با صدای بلند مشکل خود را همراه با هدف مطلوب بیان می کند. سپس عروسک و درمانگر فهرستی از استراتژی های گوناگون با یکدیگر تهیه می کنند، مانند: *"فرار کردن"*، *"نادیده گرفتن"*، *"گفتن به معلم"*، *"گفتن به والدین"*، *"مسخره کردن بچه ها"*، *"اجتناب"* و *"ماندن در خانه و نرفتن به مدرسه"*. سپس عروسک تمام استراتژی ها را ارزیابی کرده و یک یا دو مورد امکان پذیر را انتخاب می کند، مانند رفتن و یا گفتن به والدین. سپس عروسک با ایفای نقش این استراتژی را در مورد عروسک دیگر به کارمی گیرد و نتیجه را بیان می کند. مانند: *"این طوری احساس کنترل بیشتری کردم."*

@karnil

مداخلات رفتاری و CBPT

ریلکسیشن یا آرام سازی. آموزش آرامش یک تکنیک رفتاری است که به کودکان یاد می دهد خود را آرام کنند. می توان از سه شیوه ی مختلف برای این کار استفاده کرد: **(الف)** نفس عمیق، **(ب)** تجسم، **(ج)** آرام سازی تدریجی عضلات بدن.

می توان تمام شیوه ها را به کودک آموخت تا او با همکاری درمانگر، شیوه ای را انتخاب کند که بیش از همه برایش مؤثر است. این آموزش ها در *CBPT* می توانند با الگوسازی انجام بگیرند، مانند: آموزش به یک عروسک در حالی که کودک نظاره گر عملکرد اوست. از کتاب و نوار اغلب برای کودکان خردسال استفاده می شود. در این زمینه می توان به کتاب **گربه های خونسرد، بچه های آرام** (ویلیامز،۱۹۹۶) اشاره کرد که مهارت های آرامش را از طریق ژست های بدنی و جملاتی که گربه ها بیان می کنند، به کودک آموزش می دهد.

در معرض قرار دادن. این فرآیند یکی از تکنیک های رفتاری مهم است و مرتبط با رودررو شدن تدریجی با محرک برانگیزاننده ی اضطراب به واسطه ی ایجاد عادت می باشد (یعنی اضطراب به علت تکرار قرار گرفتن در معرض محرک به تدریج کاهش یافته و محو می شود). چنین فرآیندی یا می تواند در شرایط حقیقی صورت گیرد و یا از تصویر سازی برای آن استفاده شود. هنگامی که قرار باشد از شرایط واقعی استفاده گردد، بسیار مهم است درمانگر کار مورد نظر را همسطح میزان رشد و آمادگی کودک برای مواجهه با دشواری ها انتخاب کند. برای این منظور از فرآیند سلسله مراتب ترس استفاده شده و از کودک خواسته می شود کارها را از کمترین دشواری تا بیشترین دشواری سازماندهی کند. به طور مثال برای کودکی که نمی تواند به تنهایی در تخت خود بخوابد، این سلسله مراتب می تواند به این شکل باشد: *"خوابیدن در اتاقی هم طبقه ی اتاق والدین برای یک شب"* تا *"خوابیدن در تخت خود همراه با عروسک مورد علاقه و چراغ های روشن برای شبی دیگر"* . در فرآیند *CBPT* از طریق الگوسازی به کودک کمک می شود هر مرحله را تکمیل کند (مانند استفاده از عروسک های نمایشی یا ایفای نقش توسط خود درمانگر).

@karnil

حساسیت زدایی سازماندهی شده. این فرآیند شامل کاهش احساسات منفی با جایگزینی رفتارهای سازگار می شود (ولپ،۱۹۵۸، اولندیک و کینگ،۱۹۹۸). این کار از طریق شکستن رابطه بین محرک هایی خاص و احساسات منفی که اغلب آشکار نیستند، انجام می گیرد. در این شیوه محرک ارائه می شود، اما از احساس منفی پیشگیری می شود. حساسیت زدایی شامل این روال می شود که فرد سلسله مراتبی از وضعیت هایی که باعث تحریک احساسات او می شوند را در ترکیب با این واکنش های ناهمسان تجسم می کند. این تکنیک می تواند برای کودکان اصلاح شود تا مناسب سن آن ها شده و به آرام شدن شان کمک کند (کوتلا و گوردن،۱۹۷۸). در *CBPT* برای کودکان می توان از دیگر شیوه های اعمال آرام سازی نیز استفاده کرد که شامل بازی ها و تجسمات آرام بخش هستند.

مدیریت شرطی سازی. این واژه به تکنیکی اطلاق می شود که رفتار کودک را با کنترل عواقب آن اصلاح می کند. تشویق های مثبت و ساختارسازی رایج ترین فرم های این تکنیک هستند که می توان هر دو را وارد رویکردهای *CBPT* کرد. ابتدا باید گفت تشویق مثبت بخشی مهم از *CBT* بوده و با مشخص کردن یک رفتارِ هدف و تعیین عامل مشوق و شرطی کردن پاداش در صورت شکل گرفتن آن رفتار، مورد استفاده قرار می گیرد. این تشویق ها یا معنوی هستند یا جوایز مادی، مانند تحسین یا هر جایزه ی مناسب دیگر. آن ها هم چنین می توانند مستقیم باشند و یا به صورت غیر مستقیم مورد استفاده قرار گیرند (مانند تحسین کودکی که دچار مشکل اضطراب از جدایی بوده و توانایی رفتن به مدرسه بدون مادرش را کسب کرده است، یا تشویق بازی های مستقل که نهایتاً منجر به اعتماد به نفس بیشتر و توانایی دورماندن از والدین می شود). ساختارسازی نیز شیوه ای دیگر برای این تکنیک است که به کودک کمک می کند هر چه بیشتر به هدف نزدیک شود. در طول این فرآیند نزدیک شدن به هدف، او همواره مورد تشویق قرار می گیرد و نهایتاً به رفتار مطلوب دست پیدا می کند. در هر حال نباید انتظار داشت کودک بتواند به یکباره در تمام مهارت های مورد نیاز از توانایی کافی برخوردار شود.

محو شدن محرک. از این فرآیند می توان هنگامی استفاده کرد که کودک برخی مهارت های خاص را دارد، اما آن ها را تنها در شرایط خاص یا همراه با افراد

@karnil

خاص بروز می دهد. درمانگر به کودک کمک می کند این مهارت ها را به تدریج به تمام موقعیت ها منتقل سازد و محرک این رفتارها کم کم محو می شود. به طور مثال کودکی که می تواند هنگامی که پرستارش به خانه می آید، از پدرش جدا شود، اما در حضور مادر نمی تواند استقلالی نشان دهد، در ابتدا از حضور پدر برای او استفاده می شود و سپس مادر نیز کم کم وارد این فرآیند *"تحویل کودک به پرستار بچه"* می شود.

اصلاح رفتارهای نامناسب / تشویق متفاوت برای دیگر رفتارها. گاهی اوقات رفتارهای ناسازگار کودک به صورت غیرمستقیم تشویق می شود، اما اگر قرار باشد این رفتار متوقف گردد، حمایت و تشویق نیز نباید صورت بگیرد. یک عامل تشویق رایج معمولاً توجه والدین می باشد. به طور مثال هنگامی که کودک گریه می کند یا داد و فریاد به راه انداخته، والدین با توجه بیش از حد به نوعی این رفتار کودک را تشویق می کنند. اما هنگامی که عامل تشویق کننده ای مانند توجه اعمال نشود و رفتار کودک نادیده انگاشته شود، منجر به کاهش یا از بین رفتن رفتار نامطلوب می شود. در هر حال چنین فرآیندی رفتارهای جدید را به کودک نمی آموزد. در نتیجه این فرآیند اغلب همراه با تشویق یک رفتار مثبت دیگر مورد استفاده قرار می گیرد تا باعث بروز رفتارهای مناسب دیگر شود؛ چرا که یک رفتار مناسب با رفتار نامناسب متناقض است (به طور مثال هنگامی که کودک به آرامی بازی می کند، در آن واحد نمی تواند وسایلش را بشکند یا همه چیز را لگد کند).

عمومی سازی فرآیند و اجتناب از بازگشت مجدد

برازول و کندال (۱۹۸۸) به این نکته اشاره کرده اند که *CBT* مزایایی برای کودکان دارد، اما پس از تکمیل دوره ی درمان، کودکان نمی توانند مهارت های کسب شده را حفظ کرده و در شرایط عمومی از آن ها استفاده کنند. اخیراً توجه روزافزونی به این مقوله شده تا درمانگر به کودک کمک کند آنچه را که فرا گرفته، درمکان های دیگری مانند خانه و مدرسه به کارگیرد. از آن جا که بزرگسالان اغلب نقش مهمی در زندگی کودک ایفا می کنند، رفتار آن ها نسبت به او می تواند بر این فرآیند عمومی سازی تأثیر گذار باشد. به طور مثال چنانچه والدین، معلمان و

@karnil

دیگر مراقبان مشوق و پشتیبان مهارت های جدید کودک باشند، احتمال بیشتری دارد کودک از این مهارت ها در تشکیلات و مکان های گوناگون استفاده کند. علاوه بر این فرآیند درمان باید به گونه ای طراحی شود که باعث تسهیل روند عمومی سازی گردد، نه این که صرفاً فرض بر این باشد که این روند به صورت خودبخود اتفاق خواهد افتاد. در نتیجه بخشی از درمان باید شامل کمک به کودک شود تا از این مهارت ها نه تنها در مطب پزشک بلکه در همه جا استفاده کند.

درمانگر باید از مداخلاتی بهره ببرد که این روند عمومی سازی را به طور مستقیم مورد خطاب قرار داده و تا سرحد امکان مشابه وضعیت هایی در زندگی حقیقی هستند (به طور مثال ایجاد سناریوهای بازی با مکان و افرادی مشابه به آن دسته که کودک در زندگی حقیقی خود با آن ها سروکار دارد). بزرگسالان مهم در زندگی کودک نیز باید در فرآیند درمان شریک باشند (به طور مثال باید تعلیم ببینند تا از تشویق های مناسب برای رفتارهای سازگار استفاده کنند و یا رفتارهای ناسازگار کودک را کاهش دهند). مداخلات *CBT* که باعث بهبود کنترل فرد می شوند، در این فرآیند به او کمک می کنند تا رفتارهایش به طور کامل به محرک های دیگر وابسته نباشد. نهایتاً مداخلات باید تا زمانی ادامه یابند که اطمینان حاصل شود فرصت کافی برای یادگیری مهارت های بیشتر وجود داشته است.

پیشگیری از بازگشت مشکل، دیگر جزء مهم *CBT* می باشد که شامل تثبیت تکنیک های شناختی و رفتاری و کاهش وابستگی به درمانگر می باشد (ولتینگ، ستزر و آلبانو،۲۰۰۴). درمانگران باید از تکنیک های کلیدی استفاده کنند که کودک را قادر می سازد بر مشکلاتش غلبه کند. در فرآیند *CBPT* می توان این کار را با ایجاد کتابچه ای از دروسی که کودک یاد گرفته انجام داد. درمانگر می تواند هم کودک و هم والدین را تشویق کند چنانچه علائمی از بروز مجدد مشکل مشاهده شد، این کتابچه را مورد بازنگری قرار دهند. هر چند پسرفت همواره بخشی از فرآیند یادگیری هر مهارت جدید می باشد، اما باید به کودکان و والدین کمک شود بیاموزند چگونه در صورت بروز چنین مشکلاتی با آن کنار بیایند. در فرآیند درمان باید مستقیماً به این مسئله پرداخت تا کودک و والدین از آمادگی کافی

@karnil

برخوردار شده و بدانند در این شرایط خاص چه کاری مفید است. وضعیت هایی با خطر بالا به عنوان شرایطی شناخته می شوند که ممکن است تهدیدی برای حس کودک از کنترل و توانایی او برای اداره کردن امور باشد. به طور مثال به کودکی که خجالتی است اما در کلاس کوچک خود در کودکستان عملکرد مناسبی دارد، باید کمک شود درک کند هنگامی که به کلاس جدید و بزرگتر برود، این وضعیت می تواند برای او چالش برانگیز باشد.

خاتمه ی درمان

توصیه می شود خاتمه ی درمان به صورت یک فرآیند تدریجی انجام گیرد تا ظرف چند جلسه ی باقیمانده، کودک برای تکمیل درمان آماده شود. مطلوب است کودک برای این واقعیت و هم چنین احساساتی که ممکن است با خاتمه ی درمان بروز کند، آماده شود. به طور مثال به او گفته شود: *"تو فقط ۴ جلسه ی دیگه به این جا میای و بعد از اون با هم خداحافظی می کنیم."* این مسئله کاملاً عادی است که کودکان احساساتی متناقض در رابطه با پایان درمان داشته باشند. درمانگر می تواند چنین احساساتی را به صورت مستقیم یا غیر مستقیم مورد خطاب قرار دهد. به طور مثال به کودک بگوید: *"به نظر میرسه از این که دیگه همدیگه رو نمی بینیم، کمی غمگین هستی."* یا *"بعضی از بچه ها به من میگن وقتی دیگه به جلسه ی درمان نمیان، غمگین می شن."* برای برخی از کودکان مفید است درمانگر یک احساس مثبت با خاتمه ی درمان را الگوسازی کند. به طور مثال می تواند بگوید: *"منم دلم برای تو تنگ می شه، اما وقتی فکر می کنم دیگه مشکلی نداری، احساس خوبی به من دست میده."* درمانگر می تواند تأیید کننده ی احساسات کودک باشد و مثلاً به او بگوید: *"منم دلم برای تو تنگ میشه. عروسکا هم دلشون برای تو تنگ میشه. اما همه ی ما خوشحالیم که تو حالت خوبه."*

برای کودکان خردسال بهتر است یک یادآوری ملموس برای پایان وجود داشته باشد (به طور مثال زنجیره ی کاغذهای رنگی که هر کدام نشان دهنده ی یک جلسه هستند). می توان برای کودکان بزرگتر از تقویمی استفاده کرد که جلسه ی پایانی درمان در آن مشخص باشد. این یادآوری ها هم چنین به کودک کمک

@karnil

می کند راجع به احساسات مرتبط با پایان جلسه ی درمان سخن بگوید. بـه برخـی کودکان دیگر می توان با نوعی یادآوری از این دوره کمک کرد، مثلاً کارت درمـانگر با نام و شماره تلفن او و یا نقاشی ای که کودک برای درمانگر کشیده و می بیند کـه او آن را در جای خاصی در دفترش نگاه داشته است.

معمولاً فاصله ی بین جلسات پایانی بیشتر می شود و به جای این کـه درمـانگر کودک را به صورت هفته ای ملاقات کند، ممکن اسـت از جلسـات دو هفتـه ای یـا ماهانه استفاده گردد. این فاصله به کـودک کمـک مـی کنـد بـدون یـاری درمـانگر کارهای خود را مدیریت کند. تشویق های مثبت درباره ی این کـه کـودک عملکـرد خوبی بین جلسات دارد، می تواند مکمل این فرآیند باشد. گاهی اوقات این جلسـات به عنوان مرحله ی پایانی برای یک دوره ی خاص برنامه ریزی می شوند و در برخی مواقع دیگر با وقفه هایی خاص همراه با یک رویداد ویژه برنامه ریزی می شوند (بـه طور مثال آغاز سال تحصیلی، تغییر مکان خانواده و...). مـثلاً کـودکی کـه عملکـرد مناسبی دارد اما راجع به رفتن به خانه ی جدید دچار نگرانی اسـت، مـی توانـد بـه طور منظم و پس از نقل و انتقال ملاقات شود.

بسیار مهم است که پایان درمان به عنوان یک رویـداد مثبـت از طـرف کـودک درک شود، نه یک رویداد منفی. درمانگر باید پیشرفت های کودک در فرآیند درمان را شناسایی و تشویق کند (مانند تلاش کردن یا صحبت کردن راجع بـه احساسـات دشوار). اگر کودک احساس کند مشکلات یا رفتارهای بـد او باعـث مـی شـوند نـزد درمانگر بازگردانده شود، چنین رویکردی را اتخاذ خواهد کرد تـا دوبـاره درمـانگر را ببیند. علاوه بر این درمانگر باید تجربه ی خداحافظی کردن را با اشاره بـه برخـی از ارتباطات دیگر و مثال هایی از زندگی کودک، عادی جلوه دهد (مانند خداحافظی از دوستان در پایان یک اردو یا خداحافظی از معلمان در پایان سـال تحصـیلی). قـوت قلب و پیشنهاد در تماس بودن می تواند به کودک کمک کند. کودکان اغلب دوست دارند بشنوند والدین شان تماس خود را با درمانگر قطع نکرده یـا آن هـا مـی توانـد گاهی اوقات برای او نقاشی یا کارت پستال بفرستند. ارائـه ی سیاسـت درهـای بـاز خصوصاً چنانچه کودک بداند حتی اگر همه چیز روبراه باشد، می تواند گاهی اوقـات به درمانگر سربزند، به او کمک می کند درک نماید درمانگر هنوز هم بـه او اهمیـت

@karnil

می دهد، حتی اگر کودک دیگر به طور مرتب نزد او نرود.

نهایتاً یک مهمانی اختتامیه یا جشنی که برای جلسه ی پایانی برنامه ریزی شده باشد، می تواند پلی مستحکم بین درمان و خاتمه ی آن ایجاد کند. شریک کردن کودک در برنامه ریزی این مهمانی بسیار مفید است (به طور مثال: چه کسایی رو دعوت کنیم؟ کدوم عروسکا؟ آیا والدین هم میتونن بیان؟ آیا فقط من و تو در این مهمونی باشیم؟ آیا باید اتاقو تزئین کنیم؟). هدف اصلی این رویداد، جشن گرفتن نتایج مثبتی است که در فرآیند درمان بدست آمده و تأکیدی دوباره بر مهارت های کنترل فردی و توانایی او در کمک به خود دارد. هم چنین مناسب است کودک سمبولی از این مهارت های کسب شده را دریافت کند (مانند یک گواهینامه یا عروسکی کوچک شبیه به آنچه که به کودک در فرآیند درمان کمک کرد).

شراکت والدین در CBPT

شراکت والدین در رویکردهای ارزیابی و درمانی *CBT* امری مهم است (استالارد، ۲۰۰۶). در ابتدا عمده اطلاعات ارزیابی از طریق گزارشات والدین، معیارهای سنجش و نظارت بر کار کودک بدست می آید. پس از این که ارزیابی تکمیل شد، باید جلسه ی ملاقاتی با والدین تنظیم شود تا یافته های بدست آمده ارائه شده و توافقی برای برنامه ی درمانی شکل بگیرد. هنگامی که رویکرد *CBPT* توصیه شود، معمولاً بخشی از کارهای درمان مرتبط با والدین است. تصمیم گیری در رابطه با میزان درگیرکردن والدین بر اساس ارزیابی درمانگر از عوامل متعدد می باشد. یکی از این عوامل میزان رفتارهای والدین در تشویق، ترغیب یا ممانعت کودک از یک رفتار خاص می باشد. هم چنین دیگر عاملی که بر میزان کمک والدین به کودک تأثیر گذار است، مستقیماً مرتبط با نیاز به مداخلاتی خارج از مطب پزشک می باشد، مانند در معرض قرار دادن (به طور مثال برای کودکی که از چیزی می ترسد). هم چنین الگوسازی جملات تأکیدی مثبت و یا کمک به کودک در فرآیند حل مشکل خارج از جلسه ی درمان نیز از این دست می باشد.

حتی هنگامی که کار عمدتاً مربوط به کودک است، باز هم اهمیت بسیاری دارد

@karnil

که ارتباط با والدین به صورت منظم وجود داشته باشد. این زمان مـی توانـد صـرف جمع آوری اطلاعاتی راجع به پیشرفت کودک، نظارت و مداخله در تعاملات والـدین با کودک و ارائه ی پیشنهاداتی مرتبط با مسائل مد نظر شود.

مشکلات رایج و چگونگی مواجهه با آن ها

درمانگران *CBPT* ممکن است با چالش های بسـیاری روبـرو شـوند. مشـکلات رایج شامل کودکانی می شود که:

- ☑ خجالتی بوده و یا مشکل جدا شدن از والدین خـود را دارنـد (بـه طور مثال حاضر نیستند از پدر یا مادر خود در اتـاق انتظـار جـدا شوند.)،
- ☑ کودکانی که دیدگاه متفاوتی از والدین خود دارنـد، بخصـوص در رابطه با پیشرفت مسائل،
- ☑ کودکانی که از زمانی که درمانگر بـا والـدین آن هـا مـی گذرانـد، دلخور می شوند.

شایان ذکر است این مشکلات تنها محدود به این نوع کودکان نمی شود.

کودک خجالتی یا کودکی که نمی خواهد از والدینش جدا شود.

کودکان اغلب اوقات از جدا شدن از والدین شان و همراهی درمانگر و رفـتن بـه اتاق بازی ممانعت می کنند. ممکن است کودک شـروع بـه گریـه و زاری کنـد، بـه والدین خود بچسبد و درمانگر را کاملاً نادیده بگیرد. این مسئله می توانـد بـه علـت خجالت، اضطراب یا موتیسم عمدی باشد. درمانگر باید نسبت به این مسئله حساس باشد و درک کند ممکن است کودک زیر بار احساسی شدیدی قرار گرفته اسـت. در صورت بروز چنین مشکلاتی، درمانگر باید جلسه را بـا یکـی از والـدین یـا هـر دوی آن ها در اتاق درمان آغاز کند و هنگـامی کـه کـودک بـه تـدریج احسـاس راحتـی بیشتری کرد، ایشان را به خارج از اتاق هدایت کند. به طور مثـال در جلسـه ی اول، درمانگر و والدین می توانند با یکدیگر بازی کنند. هنگامی که کـودک آمـاده باشـد، والد یا والدین می توانند خارج از اتاق درمان ایسـتاده و کـودک در حـالی بـه بـازی

@karnil

خود ادامه می دهد که در اتاق باز بوده و والدین نظاره گر بازی او هستند. سپس هنگامی که کودک با بستن در موافقت کرد، درمانگر و والدین به او خواهند گفت آن ها بیرون در منتظر او هستند. برای برخی موارد اضطراب از جدایی، این فرآیند ممکن است چندین جلسه به طول بیانجامد.

کودکی که دیدگاهی متفاوت از والدینش دارد.

کودکان گاهی اوقات وضعیتی را گزارش می کنند که کاملاً متفاوت از چیزی است که والدین بیان داشته اند. این مسئله اغلب زمانی روی می دهد که به عقیده ی کودک برخی از ابعاد زندگی او خوب هستند، اما دیدگاه والدین نسبت به این جریان این گونه نیست. به طور مثال کودکی می گوید هیچ مشکلی برای رفتن به مدرسه و جدا شدن از والدینش ندارد، اما هر روز هنگام رفتن به مدرسه گریه می کند. شناسایی و درک محتوای خیالی گفته های کودکان بسیار مهم است. بسیاری از اوقات کودک راجع به آرزوهایش صحبت می کند و آنچه که احساس می کند با واقعیت متفاوت است. می توان این خجالت را شناسایی کرده و به نحوی غیر مستقیم آن را به کودک انتقال داد (به طور مثال: *"من میدونم که تو واقعاً دلت میخواد بدون گریه کردن مامانو ترک کنی و به مدرسه بری."*). درمانگر هم چنین می تواند از این اطلاعات برای ایجاد ساختاری مجدد از آنچه کودک می گوید، استفاده کند و به او کمک نماید برای رسیدن به این هدف پافشاری کند *("به نظر میرسه که واقعاً میخوای اینطوری باشی. پس به کارت ادامه بده تا بتونی بدون گریه کردن از مامانت جدا بشی و به مدرسه بری. ")*.

کودکی که از زمانی که درمانگر با والدینش می گذراند، دلخور می شود.

گاهی اوقات چنین مشکلی در کودکان بوجود می آید. درمانگر می تواند برچسبی برای این احساسات کودک بگذارد و به طور مثال به او بگوید: *"به نظر میرسه وقتی که باید با والدینت صحبت کنم، عصبانی میشی."* هم چنین مفید است دلایل این ملاقات ها به کودک گفته شود، مانند: *"میدونم برای تو سخته، اما صحبت کردن با والدینت مسئله ی بسیار مهمیه، چون من دوست دارم به تمام*

@karnil

خانواده کمک کنم و پدر و مادر تو هم به زمانی احتیاج دارن تا با من صحبت کنن." تأکید بر مسئله ی رازداری بسیار مهم است و باید به کودک یادآوری شود در طول این جلسات والدین، درمانگر آنچه را که کودک به او گفته بازگو نمی کند. به طور مثال درمانگر می تواند به کودک بگوید: *" یادت باشه که این وقت فقط مال من و توئه و من چیزایی که راجع به والدینت بهم گفتی رو به کسی نمی گم."*، *"فکر کنم نگران این هستی که ممکنه چیزایی به پدر و مادرت بگم که تو دوست نداری اونا بدونن. مطمئن باش راجع به مسائلی که با هم صحبت کردیم، چیزی به اونا نمیگم"*. پرونده ی بیماری که در ادامه به آن اشاره می شود، از آن جهت انتخاب شده تا استفاده از *CBPT* برای دو مسئله ی همزمان را نشان دهد.

نمونه پرونده

لیزا یک دختر ۸ ساله ی چینی بود که هنگام نوزادی به فرزندی پذیرفته شده بود. والدین او هر دو سفید پوست بودند و هنگامی که لیزا هنوز کودک نوپایی بود، به او گفته بودند او فرزند خوانده ی آنهاست. لیزا به علت ترس از حیوانات و اندوه از جدایی والدینش ارجاع داده شده بود. او مشخصاً ترس بسیار زیادی از کبوترها داشت و نمی توانست از کنارشان بگذرد. متی اگر کبوتری در فاصله ی بسیار دور به طور مثال ۵۰ متری روی زمین می نشست، لیزا بدون توجه و به سرعت از خیابان می دوید. والدین او نگران بودند که اگر وضع به این شکل ادامه یابد، او ممکن است با ماشین تصادف کند. علاوه بر این، نگرانی های او باعث محدود شدن رفتن خانواده به فضای بیرون شده بود، زیرا امکان رفتن به پارک یا فضاهای باز و جایی که ممکن است کبوترها در آن جا به زمین بنشینند، عملاً وجود نداشت. هم چنین باید اشاره کرد والدین لیزا به مدت ۱۰ سال با یکدیگر زندگی کرده و ۲ سال قبل یعنی زمانی که لیزا ۶ ساله بود، از یکدیگر جدا شده بودند. والدین او به صورت توافقی زمان هایی برای این که لیزا با هر یک از آن ها بگذراند، تعیین کرده بودند. هر چند هر دو والد بر این عقیده بودند که او ظاهراً کودکی خوشحال به نظر می رسد، اما هنگامی که او مسئله جدایی را به یاد می آورد، اندوهگین می شد. هم چنین وقتی لیزا از یک خانه به خانه ی دیگر می رفت و یا با والدینش خداحافظی می کرد، بسیار گریه می کرد.

@karnil

مراحل درمان

۱۱ جلسه ی *CBPT* طی ۴ ماه برای لیزا انجام شد. در مرحله ی ارزیابی ترکیبی از گزارشات والدین، گفته های خود کودک و مشاهدات رفتاری مورد استفاده قرار گرفت تا معلوم شود آیا *CBPT* درمان مناسبی برای این کودک می باشد یا خیر. یک مصاحبه با والدین صورت گرفت تا اطلاعات پیش زمینه و سوابق لیزا بدست آید و مشخص شد علائم او در تطابق با ترس از حیوانات بوده و هم چنین مشکلاتی در رابطه با انطباق با شرایط وجود داشت. بر اساس گفته های والدین و خود کودک، لیزا بیش از ۱۰۰ حیوان عروسکی در اتاقش داشت و عروسک های مورد علاقه ی او **پاپی** (یک سگ پیر) و **پیگلت** (خوک صورتی) بودند. هم چنین به نظر می رسید مهارت های اجتماعی و شناختی او بهتر از کودکان همسن و سالش بود. والدین لیزا اشاره داشتند او نمرات خوبی در مدرسه می گیرد و هم چنین بسیار حرف می زند. در اتاق درمان نیز لیزا به طور مناسبی به سؤالات پاسخ می داد و گفت که دوستان بسیار زیادی دارد، اما راجع به بازگویی احساساتش مرتبط با جدایی والدین خود تنها به یکی از دوستانش اطمینان بیشتری دارد. در جلسه ی اول درمانگر به راحتی توانست توجه لیزا را به فرآیند درمان جلب کند. مشاهدات رفتارهای لیزا نشان داد که او در بازی با درمانگر راحت است، اما سطح ابراز احساسات و هیجاناتش پایین بود. در مجموع لیزا به عنوان یک همبازی خوب در ارزیابی های بدون ساختار شناخته شد که مهارت های اجتماعی، هیجانی و شناختی مناسب با سن خود را داشت.

اهداف درمان ایجاد مهارت هایی برای مدیریت اضطراب او مرتبط با کبوترها و هیجاناتش راجع به جدا شدن والدینش بود. مسئله ی ترس از کبوترها با تشریک مساعی با والدین، به عنوان اولین هدف درمان انتخاب شد. منطق این تصمیم گیری این بود که استفاده از مهارت سازی باعث افزایش توانایی لیزا برای ابراز احساسات و هیجانات در بازی می شود. این مهارت ها سپس می توانستند عمومی شوند و در مورد احساسات او راجع به جدایی والدین کاربرد داشته باشند. او علاوه بر ترس از کبوترها، مشکل آشکار تری نسبت به مسائل پیچیده ی وضعیت والدینش داشت. مراحل اولیه ی درمان شامل ایجاد مهارت بود و در جلسات پایانی از قرار گرفتن در معرض کبوترها و مواجهه با اندوه در رابطه با از هم پاشیدن خانواده استفاده شد. شیوه های انتقال *CBPT* شامل الگوسازی و جلسات ساختارسازی بودند. هم چنین از تکنیک های آموزش روانشناختی، آرام سازی، بازسازی شناختی، در معرض قرار دادن و حساسیت زدایی با استفاده از حیوانات عروسکی خود او و دفاتر تمرین لیزا استفاده شد.

در فرآیند ایجاد مهارت، آموزش های روانشناختی در رابطه با هیجانات و احساسات به عنوان ترکیبی برای برچسب گذاری این تجربیات مختلف هیجانی انتخاب شدند. او و درمانگر

همراه با هم کتاب *"چگونه پوست تو گرفته میشه؟"* (فریمن و الفرز، ۱۹۹۹) را می خواندند که یک کتاب کودک است و سبزیجات مختلفی را به تصویر کشیده که احساسات و هیجانات گوناگون را نشان می دهند. از لیزا خواسته شد توضیح دهد که او چه احساسات متفاوتی دارد؟ سپس به او آموزش داده شد ۵ مورد از رایج ترین احساسات خود را شناسایی کند. لیزا و مادرش موافقت کردند از روی یک جدول، یک احساس را انتخاب کنند و هر شب در رابطه با آن بحث کنند. ظرف چند جلسه ی بعد، از لیزا خواسته شد عروسک های مورد علاقه اش یعنی پاپی و پیگلت را همراه با خود بیاورد که بخشی از فرآیند آموزش ریلکسیشن یا آرام سازی، باز سازی شناختی و جملات تأکیدی مثبت شدند.

در ابتدا به لیزا آموزش داده شد از نفس عمیق به عنوان تکنیکی برای آرام کردن خود زمانی که عصبی یا غمگین است، استفاده کند. هم درمانگر و هم حیوانات عروسکی این تمرین را با او انجام دادند. سپس بازسازی شناختی به عنوان *"یک تفکر مفید"* و تکنیکی که به کودک کمک می کند افکار منفی خود را به افکار مثبت تغییر دهد، معرفی شد. از صفحات تمرین همراه با حباب فکر برای عروسک ها و درمانگر استفاده شد تا او استفاده از آن ها را الگوبرداری کند و باعث شکل گرفتن جملات تأکیدی مثبت شود. هم چنین تفاوت تفکر مفید و غیر مفید با استفاده از این تمرین ها، برای لیزا توضیح داده شد.

یک برنامه ی مدیریت اضطراب یا *"برنامه ی آرام بخش"* با تلفیقی از این تکنیک ها ایجاد شد که هدف آن نهادینه سازی برنامه برای مراحل بعدی و کارهای مرتبط با در معرض قرار دادن بود. از این فرآیند استفاده شد تا به لیزا کمک شود در تماس با محرک های برانگیزاننده ی اضطراب قرار داشته باشد، در حالی که از مهارت های خود نیز استفاده می کند تا اضطراب او با گذشت زمان کاهش یابد. برنامه ی آرام بخش شامل ۲ مرحله بود: **(الف)** نفس عمیق کشیدن، **(ب)** گفتن جملات مثبت به خود مانند *"کبوترا پرنده های بسیار مهربونی هستن."*، *"من طوریم نمیشه."* یا *"مامان و بابا اونا رو دور میکنن"*. سپس یک سلسله مراتب ترس شامل پایین ترین سطح اضطراب تا کارهایی مرتبط با بالاترین سطح شکل گرفت و به عنوان فهرستی از کارهایی معرفی شد تا باعث شوند او احساس بهتری نسبت به کبوترها داشته باشد. مجموعاً ۱۰ کار برای این منظور تعیین شد که به ترتیب از کمترین تا بیشترین سطح اضطراب شامل این موارد می شوند:

- ☑ خواندن حقایقی در رابطه با کبوترها،
- ☑ دیدن یک نقاشی دستی از کبوتر،
- ☑ لمس کردن یک نقاشی دستی از یک کبوتر،

@karnil

- ☑ دیدن عکس هایی از کبوترهای کارتونی در اینترنت،
- ☑ دیدن عکس هایی از یک کبوتر واقعی در اینترنت،
- ☑ لمس کردن عکس های اینترنتی کبوتری که واقعی به نظر می رسید،
- ☑ دیدن عکس های واقعی از دسته ی کبوترهای واقعی در اینترنت،
- ☑ لمس کردن عکس های دسته ی کبوتران،
- ☑ ایستادن آن طرف خیابان در مقابل یک کبوتر زنده،
- ☑ ایستادن در فاصله ی ۲۰ متری از یک کبوتر زنده در حالی که دست پدر یا مادر را گرفته است.

با استفاده از رویکرد *CBPT* هر کدام از این تمرین ها با مفاهیم الگوسازی و در معرض قرار دادن تکمیل می شدند. حیوانات عروسکی لیزا در این تمرین ها نقش فعالی داشتند. در ابتدای هر جلسه از لیزا، پاپی و پیگلت خواسته می شد تصمیم بگیرند آیا لیزا آماده است یکی از تمرین ها را انجام دهد یا میزان اضطراب خود قبل، هنگام و پس از انجام کار را توصیف کند. به طور مثال هنگامی که لیزا آماده بود عکس کبوتر را روی صفحه ی مونیتور لمس کند، ابتدا خود درمانگر تصویر را لمس می کرد، سپس عروسک های لیزا را نگاه می داشت تا آن ها نیز عکس را لمس کنند و نهایتاً از لیزا می خواست عکس کبوتر را لمس کند. درمانگر مرتباً با لیزا صحبت می کرد و او را هدایت می نمود هنگامی که میزان اضطراب او بالاتر از ۵ می رود، از برنامه ی آرام بخش استفاده کند. ظرف چند جلسه لیزا توانست عکس کبوترها را لمس کند، در حالی که میزان اضطراب او بسیار کم بود. در مجموع سطح اضطراب لیزا در رابطه با عکس کبوترها کاهش یافته بود.

لیزا و والدینش خود به توافق رسیدند که او دیگر آماده است با کبوترهای زنده روبرو شود. آن ها تصمیم گرفتند این کار را بدون برنامه ریزی انجام دهند، یعنی چنانچه کبوتری نزدیک به آن ها پرواز می کرد، مادر یا پدر به لیزا یادآوری می کردند تا از برنامه ی آرام بخش خود استفاده کند تا زمانی که اضطراب او به حداقل برسد. از آن جا که فصل بهار بود، والدین لیزا تصمیم گرفتند او را به پارک ببرند تا احتمال دیدن کبوترها افزایش یابد.

پس از تکمیل این مرحله از تکنیک های *CBPT* استفاده شد تا لیزا بهتر بتواند احساس اندوه خود از جدایی والدینش را مدیریت کند. در ابتدا لیزا در بازی های نمایشی با عروسک هایش راحت بود، اما چندان تمایلی نداشت راجع به افکار و احساسات خود درباره ی وضعیت والدینش سخن بگوید. او گفت شب ها با عروسک هایش در این باره صحبت می کند و یا با دوستانش در

مدرسه حرف می زند، اما آنچه که به آن ها می گوید کاملاً خصوصی است. آموزش روانشناختی در رابطه با احساسات و هیجانات بازنگری شد و کتاب درمانی مورد استفاده قرار گرفت تا افکار و احساسات لیزا عادی شود. پس از آن لیزا بهتر می توانست راجع به والدینش و این که دوست دارد دوباره با یکدیگر باشند، سخن بگوید. از حیوانات عروسکی لیزا برای تغییر ادراکات منفی و ایجاد جملات تأکیدی مثبت استفاده شد. به طور مثال پاپی به پیگلت می گفت: *"چه چیزایی در رابطه ی من با مامان و بابا وجود داره که می دونیم کاملاً درسته؟"* سپس پیگلت پاسخ می داد: *"من میدونم که مامان و بابا هنوز منو دوست دارن."*

نتایج درمان

پیشرفت های لیزا در ایجاد مهارت های سازش برای اضطراب و اندوه مورد اشاره قرار گرفتند. هر دو والد گزارش کردند هنگامی که کبوتر نزدیک او می آید، او بهتر می تواند اضطراب خود را تحمل کند و حتی اگر مضطرب نیز بشود، به جای دویدن در خیابان به والدینش اجازه می دهد او را در استفاده از برنامه ی آرام بخش هدایت کنند و یا می خواهد فاصله ای امن از کبوتر برایش ایجاد کنند. علاوه بر این هنگامی که لیزا از خانه ی یک والد به خانه ی والد دیگر می رفت، احساسی خنثی داشت و دیگر مانند گذشته گریه نمی کرد. در نتیجه خاتمه ی درمان به توافق طرفین رسید. علیرغم برنامه ی تدریجی پایان دادن به درمان، این کار برای لیزا به طور ناگهانی صورت گرفت، چون والدین او تصمیم گرفتند وقفه ای در تابستان ایجاد شود. در جلسه ی پایانی مسئله ی اجتناب از بازگشت مجدد مشکل مطرح شد که شامل تکنیک های رفتاری و شناختی تثبیت کننده و خلاصه ای برای ارجاع سریع بود. این کار لیزا و والدینش را آماده می ساخت بتوانند به طور مستقل پسرفت های احتمالی را مدیریت کرده و کمتر بر درمانگر تکیه داشته باشند. از لیزا خواسته شد یک کارت یادآوری با مراحل برنامه ی آرام بخش و فهرستی از رویدادهای آینده که احتمال بروز اضطراب در آن ها وجود داشت، درست کند که می توانست برای آن ها از این برنامه استفاده نماید. به والدین توصیه شد لیزا را در این فرآیند هدایت کنند تا بتواند اضطراب خود را در شرایط کلی و دیگر رویدادهایی که باعث برانگیخته شدن آن می شوند، مدیریت نماید.

@karnil

پیگیری

پیگیری سه ماهه شامل یک جلسه ی تلفنی و معیارهای سنجش بود که توسط پدر لیزا تکمیل شد. پدر لیزا می گفت او هنگامی که کبوترها را می بیند، از برنامه ی آرام بخش خود استفاده می کند. در هر حال اشاره کرد این برنامه بیشتر برای یک کبوتر مؤثر بود تا دسته ی کبوتران. او هم چنین توضیح داد لیزا در رفت و آمد به خانه ی والدینش پیشرفت بسیار زیادی کرده و دیگر خبری از غصه یا گریه کردن نیست.

شایستگی های مورد نیاز برای درمانگران CBPT

درمانگران *CBPT* باید آموزش های حرفه ای ببینند، هم چنین درجه ای معتبر و مرتبط با این رشته داشته باشند؛ مانند: روانشناسی، مددکاری اجتماعی یا روانکاوی. آموزش ها مشخصاً باید معطوف به مقوله هایی مانند رشد کودک، آسیب شناسی روانی، ارزیابی، روان درمانی و سیستم های خانواده می باشد. افرادی که مشتاق هستند با کودکان بزرگتر کار کنند، نیاز به آموزش های ویژه ای در بازی درمانی خواهند داشت. درمانگران هم چنین باید به خوبی از تئوری *CBPT* و عملکرد آن آگاه باشند و بتوانند به راحتی تکنیک های آن را برای کودکان منطبق سازند. درمانگر *CBPT* علاوه بر ادراک کامل متون مرتبط در این زمینه، باید تجربه ی نظارت بر این سیستم را داشته باشد. مطلوب است این مشاهده به صورت زنده یا فیلم جلسات *CBPT* باشد. با توجه به تعداد محدود متخصصان در این زمینه، پزشکانی که به امر آموزش مشغول هستند باید در جریان حجم فزاینده ی متون پژوهشی در رابطه با *CBPT* قرار بگیرند و از منابعی مانند برنامه های درسی، کنفرانس ها و انجمن های بازی درمانی بهره بگیرند.

خلاصه و مضامین اجرایی

CBPT یک رویکرد نوین است که درمانگر را قادر می سازد تکنیک های مستند *CBT* را با چارچوب بازی تلفیق کند. این شیوه برای کودکان خردسال مناسب می باشد. با چنین رویکردی به کودک کمک می شود خود تبدیل به

@karnil

شرکت کننده ای پویا در فرآیند تغییر شود (نل،۱۹۹۳). درمانگر این کار را با ارائه ی مداخلاتی مناسب با سطح رشد کودک تسهیل می کند. بسیاری از مداخلات شناختی و رفتاری می توانند در *CBPT* کاربرد داشته باشند. شاید فرآیند درمان ساختار یافته و هدف - محور باشد، اما به کودک این اجازه را می دهد بازی های خودانگیخته را وارد جلسات درمان کند. ایجاد تعادل بین این فعالیت ها کاری بسیار حساس اما حیاتی است. بازی های خود انگیخته منبعی غنی از اطلاعات به شمار می روند، در حالی که رویکردهای دارای ساختار، مکانیسمی برای الگوسازی مهارت های سازگارانه تر می باشند.

اولین مرحله ی *CBPT* یعنی ارزیابی، بخش مهمی از فرآیند درمان است. اطلاعات حیاتی راجع به کودک با استفاده از طیف گسترده ای از ابزارهای ارزیابی جمع آوری می شود که می تواند شامل مصاحبه با والدین تا ارزیابی بازی های کودک باشد. در *CBPT* از لوازم بازی نیز برای الگوسازی و انتقال رفتارها و مهارت های سازشگر استفاده می شود. از نظر تاریخی عروسک های نمایشی و دیگر اسباب بازی ها، کاربرد فراوانی در فرآیند ارزیابی داشته و در بازی درمانی به عنوان ابزاری برای تعامل با کودکان خردسال به کار می روند. هر چند متون *CBPT* در حال افزایش می باشد، اما در این بخش بیشتر به رویکردهای درمانی رایج اشاره شد. درمان می تواند شامل الگوسازی، ایفای نقش، ساختار سازی و هم چنین نهادینه سازی طیف گسترده ای از مداخلات شناختی و رفتاری باشد.

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش هفدهم

تکنیک های بازی درمانی برای تعدیل احساسات

سوزان تراکتنبرگ پائولا

برای یک فرد ناآگاه ممکن است به نظر برسد هکتور و درمانگرش تنها در حال بازی کردن هستند، اما هکتور و مادرش (مادر خوانده) می دانند که درمانگر از یک رویکرد کاملاً ساختار یافته استفاده می کند تا به هکتور کمک کند احساسات و رفتار خود را به شیوه ای کارآمدتر کنترل کند. درمانگر هکتور در واقع یک متخصص *CBPT* می باشد. هنگامی که هکتور نزد او می رود، درمانگر بازی ها و فعالیت هایی را انتخاب می کند که مشخصاً مشکلات هکتور را مورد هدف قرار داده و مهارت هایی را در او ایجاد می کنند که یا فاقد آن ها بوده، یا باید آن ها را پرورش دهد. هفته ی گذشته هکتور و درمانگرش بازی ***"سایمون میگه...؟"***[۲۵۵] را انجام دادند. هر چند از نظر هکتور این بازی کمی ناامید کننده بود، اما در آن واحد بسیار سرگرم کننده نیز به نظر می رسید. درمانگر کاملاً به این نکته واقف بود که

* *

[۲۵۵] *این بازی برای بیش از سه نفر است که یکی از آن ها* ***سایمون*** *می شود و بقیه باید کارهایی را که او می گوید انجام دهند. به طور مثال: "سایمون می گه بپرید." و بقیه ی بازی کن ها باید بپرند. در تمام بازی عبارت "سایمون می گه" باید گفته شود و اگر سایمون بدون این عبارت دستوری بدهد به طور مثال تنها بگوید "بپرید" و بقیه آن را انجام دهند، از دور بازی خارج می شوند. (مترجم)*

@karnil

در این بازی هکتور باید جلوی واکنش ها و محرک های آنی خود را بگیـرد و بـرای این که بتواند بازی را به خوبی انجام دهد، ابتدا باید خوب ببیند و گوش کند، سپس عمل کند. او هم چنین باید هیجانات و احساساتی را که ممکن است در طول بـازی بروز کنند، مدیریت نماید؛ مانند: هیجانزدگی، ناامیدی یا دلسرد شدن.

هکتور در حال آموزش مدیریت و کنترل هیجانـات خـود از طریـق شـرکت در جلسات *CBPT* می باشد. درمانگر در این شیوه یک ارزیابی از نقـاط قـوت و ضـعف کودک انجام داده، سپس اهداف درمان را تعیین کـرده و فعالیـت هـایی را بـرای او انتخاب می کند که باعث رسیدن به این اهداف مـی شـوند و بـازی در ایـن فرآینـد نقش مهمی ایفا می کند.

در این بخش نگاهی به استراتژی های بازی درمانی برای کودکـان خردسـال تـا دوره ی نوجوانی خواهیم داشت. ۳ کودک در این گروه سنی را در نظر بگیرید. برای این کار ابتدا اجازه دهید هکتور و خواهرانش را به شما معرفی کنم.

هکتور یک پسر بچه ی ۱۰ ساله است که همراه بـا خـواهران خـود، جاسـمین (۱۵ سـاله) و جسـیکا (۶ سـاله) تحـت سرپرسـتی یـک خـانواده ی دیگـر زنـدگی می کنند. آن ها ۵ سال قبل هنگامی که معلم مهـد کـودک متوجـه آثـار تنبیـه در پشت هکتور شد، از سرپرستی مادرشان گرفتـه شـدند. پـس از ایـن کـه مـددکاران اجتماعی با ایـن ۳ خـواهر و بـرادر و مربیـان آن هـا مصـاحبه کردنـد، بازدیـدی از خانه شان به عمل آوردند تا با مادر بچه ها صحبت کنند. آن هـا بـه ایـن نتیجـه ی قطعی رسیدند که هکتور و جاسمین به طور مرتب مورد آزار مادرشان قرار گرفتـه و هم چنین بارها شاهد اعمال خشونت بین والدین شان بوده اند.

هکتور و خواهرانش بسیار خوش شانس بودند کـه در طـی ایـن ۵ سـال تحـت سرپرستی قیمان دلسوزی مانند آقا و خانم وگا قرار گرفتند. امـا سرپرسـتان آن هـا بسیار نگران وضع این سه فرزند خوانده ی خود بودنـد. آن هـا مـی گفتنـد هکتـور ناگهان و ظاهراً بدون هیچ دلیلی عصبانی و پرخاشـگر مـی شـود. او هـم چنـین در خوابیدن مشکل دارد و گاهی اوقات شبی یک یا دو ساعت بیشتر نمی خوابد. حتـی زمانی که بـه خـواب مـی رود، بیشـتر اوقـات کـابوس هـایی در رابطـه بـا هیـولا و خون آشام ها می بیند.

@karnil

آقا و خانم وگا نگران خواهر هکتور نیز بودند. جاسمین که دختری ۱۵ ساله است، نسبت به دیگر دختران در این سن بسیار غمگین و مضطرب می باشد و هنگامی که در مدرسه حتی کوچک ترین اشتباهی می کند، بیش از حد به خود سخت می گیرد. به طور مثال یک روز لیوان شیر از دستش افتاده بود، خانم وگا حتی دل آن را نداشته که سر او فریاد بکشد اما جاسمین مرتب خود را احمق و دست و پا چلفتی می خوانده، حتی چند بار به سر خود ضربه زده بود. خانواده ی وگا می خواستند جاسمین این قدر به خود سخت نگیرد و کمتر عصبانی یا غمگین باشد. آن ها در مورد جسیکای ۶ ساله نیز نگران بودند، زیرا در انطباق با مدرسه و تمرکز بر کارهایش مشکل داشت. جسیکا همواره در حال حرکت است و به هر صدایی که می شنود، واکنش نشان می دهد و ظاهراً نمی تواند برای مدت طولانی یک کار را انجام دهد. او هم چنین با شنیدن صداهای بلند واکنش شدیدی نشان داده و از جای خود می پرد.

هکتور و خواهرانش همگی علائم اختلال در تعدیل احساسات و هیجانات را از خود بروز می دهند که احتمالاً در نتیجه ی قرار گرفتن در معرض خشونت های مکرر بین والدین شان می باشد و در رابطه با دو کودک بزرگتر باید گفت خود نیز قربانی آزار جسمی از جانب مادرشان شده اند. کودکانی که دچار چنین وضعیتی می شوند، اغلب در کنترل احساسات شدید خود و تغییرات ناگهانی هیجانی مشکل دارند. خوشبختانه بسیاری از تکنیک های *CBPT* می توانند در این زمینه مفید واقع شوند تا به شناسایی و تحمل این هیجانات ناخوشایند و اغلب ترسناک کمک شود.

اختلال در تعدیل احساسات / هیجانات چیست؟

معانی

انجمن ملی آسیب های کودکان و استرس ضربه[۲۵۶] (۲۰۰۳) این اختلال را این گونه تفسیر می کند: ***"(الف)*** *اختلال در ظرفیت شناسایی تجربیات هیجانی*

****

[256] *National Child Traumatic Stress Network*

@karnil

*درونی، **(ب)** مشکل در بروز هیجانات به صورت ایمن و غیر خطرناک و **(ج)** نقص در تعدیل تجربیات هیجانی درونی."* کودکانی مانند هکتور که در تعدیل احساسات خود با دشواری روبرو هستند، ممکن است حالت هایی انفجاری داشته و رفتاری غیر قابل کنترل و پیش بینی از آن ها سر بزند، هم چنین ممکن است در خوابیدن دچار مشکل باشند. کودکانی مانند جاسمین نیز ممکن است بسیار غمگین یا مضطرب شوند و هنگامی که هیجانات شان بیش از حد تحمل آن ها بشود، به خود آسیب بزنند و یا شاید مانند جسیکا در مدیریت سطح فعالیت خود دچار مشکل باشند و نتوانند از تمرکز کافی در انجام کارها برخوردار بوده وعملکردی مناسب در مدرسه داشته باشند. نقص در تعدیل احساسات اغلب همراه با اختلالات اضطراب مانند اضطراب عمومی یا استرس پس از ضربه و اختلالات روحی مانند افسردگی و اختلال دو قطبی و یا مشکلات مخرب مانند سرپیچی و مخالفت می باشد (بردلی، ۲۰۰۰).

کودکانی با این مشکل همواره در حالتی افراطی هستند. آن ها بسیار سریع عصبانی و ناراحت شده و مشکل بسیار زیادی در آرام کردن خود دارند. به طور مثال معلم هکتور می گوید او اغلب حتی برای کوچک ترین مسائل در کلاس بسیار عصبانی می شود. مثلاً هنگامی که یکی از همکلاسی های او در حالی که از کنارش رد می شده، تصادفاً به او برخورد کرده بود، هکتور تلاش داشته مدادش را در بدن او فرو کند و پس از آن نتوانسته بود خود را آرام سازد. دو تن از پرسنل مدرسه نزدیک به دو ساعت همراهش بودند تا نهایتاً توانسته بودند او را به کلاس بازگردانند.

خواهر بزرگتر هکتور جاسمین به شیوه ای کاملاً متفاوت این اختلال را بروز می دهد و بیشتر تمایل به آسیب رساندن به خود دارد. او به سر خود ضربه می زند و یا بارها دست خود را با نوک یک گیره ی کاغذ بریده است. او می گوید این رفتار به او کمک می کند با هیجانات شدیدی که نمی داند با آن ها چه کار کند، کنار بیاید و پس از انجام این کارها احساس بهتری دارد.

اما مشکلات جسیکای ۶ ساله با بیش فعالی بروز می کند. او می گوید هنگامی که باید یک جا بنشیند احساس خوبی ندارد و زمانی که در حال دویدن و

@karnil

پرسه زدن در اطراف است، حالش بسیار بهترمی شود. او هنگامی که صدایی بلنـد از خیابان، کلاس دیگر یا آپارتمان دیگری در ساختمان شان می شنود، از جا می پرد.

ارزیابی

اهداف درمان بر اساس نقاط قوت و ضعف بیمار تعیین می شـوند و مـی تواننـد در مراحل اولیه ی جلسات بازی درمانی مورد ارزیابی قرار گیرنـد. درمـانگر بایـد در این حوزه ها به عملکرد کودک توجه داشته باشد:

گستره و شدت احساسـات و هیجانـات. آیـا بیمـار طیـف گسـترده ای از هیجانات مثبت و منفی دارد؟ شدت آن ها چقدر است؟ هدف درمـانگر معطـوف بـه آموزش به بیمار می باشد تا هیجاناتی را که ابراز نکرده، بروز دهد و آن دسته که بـا شدت بسیار یا به صـورتی نامناسـب بـروز مـی کننـد و باعـث تـداخل در عملکـرد اجتماعی و تحصیلی او می شوند را تعدیل نماید.

توانایی برچسب گذاری هیجانات یا استفاده از زبان احساسات. آیا بیمـار می تواند راجع به احساسات خود سخن بگوید و بـرای آن دسـته از احساسـاتی کـه تجربه می کند، به طور واضح نامی را انتخاب کند؟ اسکینر و زیمبرگمبـک (۲۰۰۷) شواهدی را ارائه می دهند که نشان می دهد استفاده از زبان احساسـات، عـاملی در توانمند سازی کنار آمدن با استرس به صورتی مـؤثر مـی باشـد. توانـایی شناسـایی احساسات و هیجانات فردی دیگر عامل مهم در این زمینه است. کودکـان بایـد یـاد بگیرند آنچه را احساس می کنند، درک کرده و قبل از این کـه بتواننـد بـه صـورتی فعالانه با آن کنار بیایند، نامی برای آن در نظر داشته باشند.

توانایی مرتبط ساختن احساسات با عوامل تحریـک کننـده. آیـا بیمـار واکنش های احساسی نسبت به رویدادهای گونـاگون محـرک خـارجی و داخلـی را می شناسد؟ کمک به کودکان برای ادراک این رابطه، یکی از اهـداف بـازی درمـانی است و هدف اصلی آن افزایش توانایی کودک برای مـدیریت احساسـات و هیجانـات خود می باشد.

استفاده از استراتژی های سازشی. آیا کودک خـود اسـتراتژی هـایی بـرای هیجانات بیش از حد تحملش را دارد؟ این استراتژی ها تا چه حد سـازگار هسـتند؟ اطلاعاتی در این باره عمدتاً از مشـاهدات درمـانگر هنگـام بـازی بدسـت مـی آیـد.

@karnil

درمانگر به طور مثال باید به این نکات توجه کند که آیا کودک قبل از آغاز یک کار دشوار، نفس عمیق می کشد یا از جملات تأکیدی سازشگر استفاده می کند؟ آیا هنگامی که کودک در رابطه با مسائل دشوار سخن می گوید، کار خاصی انجام می دهد تا تنش فیزیکی او کاهش یابد و یا در صورت نیاز از درمانگر کمک می خواهد؟ هم چنین باید بررسی شود آیا کودک تلاش به اجتناب از احساسات منفی دارد یا هنگامی که احساس لبریز شدن می کند، عملکردهای او انفجاری هستند؟ بسیاری از کودکان ممکن است سازگاری مناسبی در برخی موارد داشته باشند و درمانگر می تواند به آن ها کمک کند یاد بگیرند تا این استراتژی های مؤثر را به دیگر شرایط نیز منتقل کنند. هم چنین ممکن است کودکان از استراتژی های ناسازگار کنار آمدن با مشکلات استفاده کنند، مانند: اجتناب، رفتارهای انفجاری، آزار رسانی به خود یا سوء مصرف مواد. اغلب مفید است چنین رفتارهایی را به عنوان استراتژی های سازش نامناسب نامید تا کودک درک کند باید جایگزین های مناسب تری برای آن ها بیاید.

ادراک حس کنترل بر هیجانات. آیا بیمار اسیر احساسات و هیجانات خود می باشد و یا قادر به کنترل کردن آنهاست؟ بسیاری از کودکانی با اختلال تعدیل احساسات می گویند احساسات شان آن ها را می ترساند و این که نمی توانند آن ها را کنترل کنند، بسیار ناخوشایند است. ایجاد حس کنترل بر هیجانات و احساسات، دیگر هدف بازی درمانی است.

گام هایی برای استفاده از CBPT جهت برطرف ساختن مشکل تعدیل احساسات

استفاده از اهداف درمان برای تمرکز بر بازی

بسیاری از درمانگرانی که به تازگی با مقوله ی *CBPT* آشنا شده اند، توانایی آن در رسیدن به تغییرات درمانی از طریق بازی را زیر سؤال برده اند. *CBPT* می تواند ابزاری بسیار مؤثر و کارآمد برای پیشبرد توانایی کودکان در کنترل احساسات شان باشد. این شیوه منطبق با ظرفیت محدود کودکان برای بیان

@karnil

احساسات و افکارشان به صورت گفتاری می شود و از آن جا که منحصراً متمرکز بر کلام نیست، درمانگر به افکار، احساسات، دنیای درونی و مشکلات بیمار دسترسی بیشتری پیدا می کند.

درمانگر هم چنین از طریق بازی می تواند تأثیر بسیار بیشتری برعملکرد کودک و مشکلات او داشته باشد. در *CBPT* تأکید بیشتر بر کار عملی است تا سخن گفتن و به بیمار اجازه می دهد مهارت های جدیدی را که فرا گرفته، به صورت عملی تمرین کند و آن ها را خارج از اتاق بازی درمانی نیز به کار گیرد.

برای تسهیل این انتقال، ایجاد اهداف درمان امری الزامی بوده و بسیار مهم است درمانگر همواره از این اهداف آگاه باشد و به دنبال فرصت هایی برای رسیدن به آن ها از طریق بازی باشد. این کار به ارزیابی پیشرفت درمان کمک می کند. درمانگر می تواند برای آموزش مهارت های جدید، الگوسازی و کمک به کودک جهت تمرین کردن و بهبود این مهارت ها از بازی استفاده نماید و تقریباً مهم نیست از چه فعالیت، بازی و یا داستان های خیالی استفاده شود.

در هر حال ممکن است درمانگر گاهی اوقات بخواهد این فعالیت ها و بازی ها را محدود به مواردی کند که مشخصاً به مشکل تعدیل احساسات کمک می کنند. این انتخاب ها می توانند شامل بازی های کارتی یا صفحه ای خسته کننده، بازی یا ورزش هایی شامل برد و باخت و سناریوهایی در بازی های خیالی باشند که شباهت بسیار نزدیکی به مشکلات کودک دارند. درمانگر باید برای انتخاب دقیق وسایل بازی و وضعیت های گوناگون زمان کافی صرف کند تا اهداف درمان به بهترین نحو حاصل شوند.

شناسایی احساسات

قبل از این که بتوانیم به شیوه ای مؤثر با مشکلات هیجانی و احساسی برخورد داشته باشیم، ابتدا باید تشخیص دهیم که در حال تجربه ی یک هیجان هستیم و این هیجان نامی برای خود دارد. شاید تعریف ساده ای از این فرآیند شبیه به این باشد: ابتدا سیگنالی از اندام های بدن مان دریافت می کنیم که به ما می گوید تحت فشار قرار گرفته ایم. برخی افراد ممکن است احساس کنند شانه ها یا

@karnil

گردن شان منقبض شده، برخی دیگر احساس دل پیچه می کنند. ممکن است بعضی دیگر از افراد متوجه شوند سرعت نفس کشیدن و ضربان قلب آن ها افزایش یافته و حتی ممکن است دست شان را مشت کرده باشند.

در مرحله ی بعد شروع به تفسیر این سیگنال های جسمی می کنیم. چگونگی تفسیر این سیگنال ها اغلب بستگی به محیطی دارد که در آن قرار گرفته ایم. اگر بر بالای کوه بلندی ایستاده باشیم و هنگامی که به پایین نگاه می کنیم، به اصطلاح دل مان پایین می ریزد، آن را به عنوان ترس تفسیر می کنیم. گاهی اوقات این تصمیم بر اساس آنچه که به آن می اندیشیم، گرفته می شود. ممکن است به خود بگوییم: *"قلبم داره تند تند می زنه و من داشتم به همه ی کارایی که امروز باید انجام بدم، فکر می کردم. دلیلش حتماً نگرانیه."*

در مرحله ی بعد سعی داریم از یک مهارت سازش استفاده کنیم که باعث کاهش تنش جسمانی ما می شود. مرحله ی اول یعنی شناسایی هیجانات بسیار حیاتی است، زیرا بدون آن قادر نخواهیم بود استراتژی مؤثری برای کنار آمدن با تنش خود به کار گیریم. در افرادی که عملکرد مناسبی دارند، این فرآیند اغلب به صورت ناخودآگاه می باشد. شاید متوجه نشویم که حالات بدن خود را ارزیابی کرده، معنایی برای واکنش های مان درنظر گرفته ایم و با یک نفس عمیق و جمله ای آرام بخش تلاش کرده ایم عضلات منقبض شده ی خود را رها سازیم. هنگامی که استفاده از مهارت های سازش به خوبی تمرین شده باشد، به نظر می رسد این فرآیند آرام سازی کاملاً به صورت اتوماتیک و بدون تلاش بسیار زیاد شکل می گیرد. بسیاری از کودکان و بزرگسالانی که قادر به انجام این کارها نیستند، باید به صورت گام به گام آموزش ببینند. اولین گام در کمک به چنین بیمارانی، آگاه شدن آن ها از علائم جسمانی هیجانات گوناگون است. سپس باید بیاموزند به صورت دقیقی این هیجانات را تفسیر کنند. نهایتاً باید به آن ها در درک چگونگی تحریک هیجانات و احساسات توسط عوامل درونی و خارجی کمک شود.

آگاهی از این نکته بسیار مهم است که توانایی کودک در درک احساسات تا حدودی وابسته به سن، سطح پیشرفت ادراک و عدم وجود ناتوانی های یادگیری می باشد. کارول و استیوارد (۱۹۸۴) متوجه شدند کودکان بزرگتر بیش از کودکان

@karnil

خردسال احساسات خود را به عنوان عوامل درونی نام می برند، نه یک تجربه ی موقعیتی؛ زیرا می دانند ممکن است در آن واحد بیش از یک احساس داشته باشند و می توانند آن را تغییر دهند. اما کودکان خردسال ادراک و سخن گفتن راجع به احساسات و هیجانات ساده تر را آسان می یابند، مانند شادی، اندوه، ترس یا عصبانیت که در واقع ناشی از رویدادهای خارجی هستند. هر چند حتی کودکان زیر ۷ سال نیز ممکن است به طور همزمان دستخوش احساسات چندگانه ای شوند، اما تا سن ۱۰ سالگی قادر به ادراک مفهوم **احساسات ترکیبی** یا داشتن دو احساس متضاد در آن واحد نیستند. باومینگر، ادلشتاین و موراش (۲۰۰۵) نشان دادند کودکانی با ناتوانی های یادگیری ممکن است در ادراک هیجانات خود دچار تأخیر شوند.

استراتژی هایی برای شناسایی احساسات

استراتژی ۱: نام نهادن احساسات. هنگام بازی معمولاً طیف گسترده ای از هیجانات به طور طبیعی آشکار می شوند. کودکان ممکن است هیجانزده شوند یا در فرآیند بازی نا امید، عصبانی یا خوشحال گردند. درمانگران می توانند از این هیجانات طبیعی برای کمک به کودکان استفاده کنند تا نسبت به این مسئله آگاه تر شده و ادراک شان از احساسات و هیجاناتی که دارند، افزایش یابد. ساده ترین رویکرد برای این منظور نام گذاری احساسات است. این نام گذاری می تواند مربوط به احساسات عروسک ها، شخصیت های گوناگون و حیوانات دیگری که وارد بازی خیالی می شوند، باشد. برخی از درمانگران تمایل ندارند برچسبی بر احساسات بیمار خود بگذارند و با این مسئله که به بیمارشان بگویند او چه احساسی دارد، کنار نمی آیند. شاید چنین ملاحظه ای در جای خود مناسب باشد، اما نام گذاری احساسات کودکان و نوجوانانی که خود قادر نیستند آن ها را شناسایی و درک نمایند، بسیار مفید خواهد بود. درمانگران بر اساس آگاهی بدست آمده از وضعیت بیمار و مشاهده ی عملکرد او، نباید در گمانه زنی راجع به احساسات بیمارشان دچار تردید شوند.

درمانگر هکتور در جلسات درمان، احساسات مثبت و منفی او را بازگو می کند.

@karnil

هکتور خصوصاً دوست دارد با عروسک های قهرمانان بازی کند تا درمانگر بتواند احساسات آن ها را در طول بازی نام ببرد. به طور مثال هنگامی که دو اَبَرقهرمان درگیر نبردی هستند، درمانگر از عناوینی مانند عصبانیت، ترس، خجالت یا ستمگری با توجه به شرایط بازی استفاده می کند و موقعیت را با احساساتی که برمی انگیزد، مرتبط می سازد.

استراتژی۲: مرتبط ساختن احساسات به علائم جسمانی آن ها.قبل از این که کودکان بتوانند به شیوه ای مؤثر با احساسات خود کنار بیایند، باید آن ها را بشناسند و این کار با تفسیر صحیح علائمی که بدن شان به مغز می فرستد، میسر است. در نتیجه گام بعدی در این روند، کمک به شناسایی علائم فیزیکی هیجانات و احساسات گوناگون می باشد. همان گونه که قبلاً نیز اشاره شد، بازی طیف گسترده ای از هیجانات را در خود دارد که می توان آن ها را با علائم فیزیکی شان مرتبط ساخت. البته بدن کودکان اغلب واکنشی متفاوت به هیجان، اضطراب، ترس، عصبانیت یا دلسرد شدن دارد.

برای داشتن تصویری واضح تر از این تفاوت، مسئله ی دلسردی را در نظر بگیرید؛ احساسی که بسیاری از کودکانی که در تعدیل هیجانات خود ناتوان هستند، در مدیریت آن مشکل داشته و بخصوص هنگام بازی آن را بسیار تجربه می کنند. درمانگر برای کمک به کودک می تواند توضیحاتی در رابطه با واکنش های فیزیکی به بازی های مأیوس کننده ارائه دهد و سپس از کودک بخواهد در طول بازی به علائم بدن خود توجه کند. بازی هایی که اندکی دشوارتر هستند، برای این منظور بسیار مناسب می باشند. بازی حلقه و سیم یکی از بازی هایی است که در این زمینه بسیار مؤثر است و از دشواری مطلوب برای این هدف برخوردار می باشد. این بازی از آن جهت دشوار است که بازیکنان باید با تمرکز کامل حلقه را از مارپیچ سیمی عبور دهند و اگر حلقه به سیم برخورد کند، زنگ دستگاه به صدا درمی آید و می تواند از نظر هیجانی برانگیزاننده باشد. از سوی دیگر هنگامی که کودک نتواند حلقه با با موفقیت تا انتهای مارپیچ ببرد، دلسرد می شود. درمانگر به طور مثال می تواند راجع به اضطرابی که به او دست می دهد، سخن بگوید و این اضطراب همراه با منقبض شدن بدن است. هنگامی که صدای زنگ دستگاه بلند شود، او

@karnil

می داند کـه نـا امیـد و عصـبی شـده، زیـرا قفسـه ی سـینه و بازوهـایش منقـبض می شوند. برای این که کودک بفهمد کدام قسمت از بخش های بدنش در هیجانات گوناگون درگیر می شوند، درمانگر می تواند بخش های مختلف بـدن را نـام ببـرد و سؤالاتی در این باره از او بپرسد:

۱. وضعیت سر کودک چگونه است؟ آیا دچـار سـردرد، هجـوم افکـار یـا تنش و دیگر مسائل شده است؟
۲. صورت کودک چه وضعیتی دارد؟ از کودک بخواهید در آینه نگاه کند تا ببیند به طور مثال اخم کرده، دندان هایش را به هم مـی فشـارد و یا علائم دیگری دارد.
۳. گردن و بازوهای کودک چه احساسی دارند؟ آیا شانه بـه سـمت بـالا آمده و یا کودک در گلوی خود احساس تنگی و آزردگی می کند؟
۴. آیا قلب کودک سریع تـر مـی زنـد؟ مـی توانیـد از کـودک بخواهیـد دستش را روی قلبش بگذارد تا ضربان سریع آن را احساس کند.
۵. آیا کودک سریع تر یا عمیق تر نفس می کشـد؟ از کـودک بخواهیـد احساس کند چگونه سریع تر تنفس کرده یا نفس عمیق می کشد.
۶. آیـا کـودک دسـتان خـود را مشـت کـرده اسـت؟ از اوبخواهیـد بـه دست های خود نگاه کند.

این استراتژی برای کودکان خردسال و حتی نوجوانان مناسـب اسـت. درمـانگر هکتور هنگامی که از این بازی های نا امید کننده برای او استفاده می کند، هـدفش برطرف ساختن مشکل خاص هکتور یعنی ناتوانی در مدیریت نا امیـدی و دلسـردی می باشد. او به هکتور کمک کرد علائمی را که در شکمش احسـاس مـی کنـد و یـا دستان مشت کرده و آرواره ی سفت شده ی خـود را شناسـایی کنـد. هنگـامی کـه درمانگر با خواهر هکتور یعنی جاسمین کار می کرد نیز به او کمک نمود درک کنـد که کف دست او در حالت اضطراب عرق می کند، نفس هایش سریع تر شـده و ایـن حالت اضطراب در بازی شطرنج آشکار شد؛ چرا کـه جاسـمین مطمـئن نبـود بـرای حرکت بعدی چه اقدامی بکند. در مورد جسیکای ۶ ساله، این استراتژی اولین اقدام درمانی برای او بود تا از واکنش های شدیدش کاسته شود. جسیکا هر وقت ناراحـت

@karnil

می شد، رفتارهای شدید حرکتی و بی هدف از خود نشان مـی داد. در یـک جلسـه هنگامی که درمانگر و جسیکا با خانه ی عروسکی و خـانواده ی عروسـک هـا بـازی می کردند، این مسئله اتفاق افتـاد. جسـیکا پـدر عروسـکی را زد، هـم چنـین مـادر عروسکی را به طرف دیگر انداخت و آنچنان هیجانزده شده بود که انگار دچار جنون شده است. درمانگر جسیکا به او یاد داد احساس کند ضربان قلبش چگونـه افـزایش یافته و تلاش به آرام سازی خود کند. جسیکا نه تنها آغاز بـه برقـراری رابطـه بـین علائم جسمی و اضطراب خود کرد، بلکـه هـم چنـین هنگـامی کـه دسـتش را روی قلبش می گذاشت، آرام تر شده و حواس او از اضطرابی که تجربه کـرده بـود، پـرت می شد.

استراتژی ۳: استفاده از تجسم برای افـزایش ادراک هیجانـات.در ایـن تکنیک به جای این که از شرایطی استفاده شود که هیجانات کـودک در آن آشـکار گردد، از او خواسته می شود تجسم کند در شرایط متفـاوت چـه احساسـی خواهـد داشت؟ البته باید از شـرایطی کـه احتمـال بـرانگیختن هیجانـات شـدید در آن هـا می رود، اجتنـاب شـود. بـه طـور مثـال درمـانگر مـی توانـد احساسـات مـرتبط بـا هیجانزدگی (صبح روز سال نو، روز تولـد کـودک و....)، آرام شـدن (خوانـدن کتـاب مورد علاقه یا تماشای برنامه ی تلویزیونی محبوب) و اضـطراب (انتظـار امتحـان) را اعمال کند. هر چه کودک بهتـر بتوانـد از ایـن تجسـم هـا اسـتفاده کنـد، بهـره ی بیشتری از این فرآیند خواهد برد. در اینجا به مثالی اشاره می شود:

"راحت روی صندلی بشین و اگه دوست داری چشماتو ببند. بـذار فـرض کنـیم صبح روز تولدته و تازه از خواب بیدار شدی. اول یادت نمیاد که امروز تولد توئه، امـا یکباره این مسئله رو به خاطر میاری. چشماتو بسته نگـه دار و واقعـاً احسـاس کـن توی تختت هستی. اول به مـن بگـو چـه چیـزی رو تجربـه مـی کنـی؟ (از کـودک بخواهید به حواس فیزیکی خود توجه کند. مانند بوها، صداها و مناظری که هنگامی که در تختش دراز کشیده، تجربه می کند.) حالا به من بگو در بدنت چـی احسـاس می کنی؟ به من بگو سرت چطوریه... حالا پیشونیت... دهانت... گردن و شونه هات... قفسه ی سینه ات... (چنین جزئیاتی شاید همواره مورد نیاز نباشد، اما برای برخی از کودکان لازم است تا مطمئن شد کـه آن هـا بـه تمـام قسـمت هـای بـدن شـان و

@karnil

هیجانات شامل آن ها توجه کنند.) حالا به من بگو به چه چیزایی فکر می کنی؟ (پرسیدن در رابطه با افکار کودک به درمانگر کمک می کند به طور دقیق هیجانات کودک را نام ببرد و به رابطه بین آن ها و علائم فیزیکی اشاره داشته باشد.) "

هنگامی که درمانگر جاسمین این تمرین را برای او انجام داد، او واکنش شدیدی به تصور انتظار امتحان نشان داد. او گفت احساس دلشوره داشته و ضربان قلبش بیشتر شده بود و به این فکر می کرده که فرار کند. جاسمین و درمانگرش اینک تصویر بهتری از آنچه که حقیقتاً هنگام مضطرب شدن او از نظر فیزیکی و ادراکی روی می دهد، پیش چشم خود داشتند.

استراتژی ۴: شناسایی محرک های هیجانی.اگر کودکان از رویدادهایی که به طور معمول باعث تحریک هیجانات آن ها می شود، آگاهی داشته باشند، بهتر می توانند آن ها را کنترل کنند. این محرک ها ممکن است رویدادهای خارجی باشند. به طور مثال هکتور و خواهرانش همگی به این نکته اشاره داشتند که صدای بزرگسالانی که در حال جر و بحث هستند، آن ها را بسیار آزرده می سازد. این محرک ها هم چنین می توانند درونی باشند، مانند: افکار آزار دهنده یا گفتگوی درونی منفی. جاسمین در این باره گفت هنگامی که راجع به عملکرد بد خود در تحصیلاتش فکر می کند، احساس عجز و اندوه بسیاری دارد.

اساسی ترین راه برای کمک به بیمار از طریق بازی درمانی، شناسایی رابطه بین واکنش های هیجانی آن ها و رویدادهای محرک می باشد. بیمار باید یاد بگیرد این شرایط را شناسایی کرده و به افکار، جملات و دیگر مسائلی که این هیجانات را در او برمی انگیزند، توجه کند. هکتور در وضعیت های مأیوس کننده مشکل دارد، جسیکا با شرایطی مشکل دارد که او را به یاد خشونت های هنگام نوزادی اش می اندازد و جاسمین زمانی که به عملکردش در مدرسه می اندیشد، واکنشی همراه با اضطراب دارد.

اینک نگاهی به چگونگی کمک درمانگر به جاسمین خواهیم داشت. درمانگر او متوجه شد جاسمین در هر شرایطی که فکر کند عملکردی بی عیب و نقص ندارد، با اضطراب بسیار زیادی واکنش نشان می دهد که اغلب همراه با عصبانیت و گریه کردن است. این مسئله حتی در بازی شطرنج او نیز مشهود بود. اما درمانگر به

@karnil

جای این که بازی را متوقف کند، جاسمین را تشویق می کرد در طول جلسات به بازی ادامه دهد و به او کمک کرد بین واکنش های هیجانی خود و افکار منفی که نسبت به خودش داشت، رابطه برقرار سازد. درمانگر سپس شروع به معرفی استراتژی های سازشی نمود که جاسمین می توانست برای کنترل هیجاناتش در طول بازی از آن ها استفاده کند.

ایجاد مهارت های سازش

هنگامی که بیمار بتواند هیجانات خود را شناسایی کرده و آن ها را با علائم فیزیکی و رویدادهای درونی و بیرونی و محرک های شان ها مرتبط سازد، آماده خواهد بود استراتژی هایی برای کنترل هیجانات خود فرا بگیرد. در ادامه به استفاده از بازی برای آموزش به کار بردن نفس عمیق، آرام سازی، توقف افکار و جملات تأکیدی سازگارانه خواهیم پرداخت.

درمانگر همواره باید به یاد داشته باشد استفاده از تمام استراتژی ها را در طول بازی الگوسازی کند و باید گفت برای این کار فرصت های بسیاری در اختیار دارد. به طور مثال هنگامی که در حال انجام یک بازی خسته کننده می باشد، قبل از حرکت بعدی می تواند نفس عمیقی بکشد، شانه هایش را شل کند و از جملاتی مانند این نمونه استفاده کند: *"این بازی سخته و مطمئن نیستم بتونم اونو انجام بدم. البته مشکلی نیست. قرار نیست که آدم تو هر بازی بدون نقص عمل کنه."*

تکنیک تنفس

نفس عمیق (که به نام تنفس دیافراگمی یا شکمی نیز شناخته می شود) می تواند برای مدیریت واکنش های شدید هیجانی خصوصاً آن دسته که شامل واکنش فیزیولوژیک هستند، مفید باشد. تنفس عمیق سیستم عصبی پاراسمپاتیک را به کارمی اندازد که واکنش *"مبارزه کن یا فرار کن"* در افراد را معکوس می کند، خصوصاً چنانچه تحت فشار باشند. در هر حال ممکن است یادگیری و استفاده از تنفس عمیق برای کودکان دشوار باشد. در اینجا به چند بازی اشاره شده که می تواند به کودکان کمک کند از طریق تنفس عمیق، هیجانات شان را کنترل

@karnil

کنند.

استراتژی ۱: درست کردن حباب های بزرگ. حباب درست کردن می تواند برای آموزش نفس عمیق و کند کردن ریتم تنفس به کودکان، بسیار مفید باشد. اگر از کودک خواسته شود به آهستگی یک حباب بسیار بزرگ درست کند، او خودبخود تنفس عمیق را فرا خواهد گرفت، زیرا اگر با شدت در حباب ساز فوت کند، حباب به سرعت می ترکد. هم چنین اگر بدون نیروی کافی فوت کند، هیچ حبابی درست نخواهد شد یا قبل از این که بزرگ شود، از بین خواهد رفت.

درمانگر می تواند از کودک بخواهد دقت کند هنگامی که از نفس های مختلف برای حباب ساختن استفاده می کند، چه اتفاقی می افتد؟ او می تواند ابتدا این کار را الگوسازی کرده و یا همراه با کودک حباب درست کند. در ابتدا درمانگر و کودک باید نفس عمیقی بکشند و سپس با سرعت و شدت آن را بیرون دهند. در اغلب موارد هیچ حبابی درست نخواهد شد، زیرا شدت بازدم باعث می شود حباب به سرعت از بین برود و یا تعداد بسیاری حباب های کوچک شکل بگیرد. سپس باید از نفس ضعیف استفاده شود که در این حالت نیز احتمالاً هیچ حبابی درست نخواهد شد. در نهایت درمانگر وکودک باید نفس عمیقی بکشند و بازدم خود را به آهستگی و به طور پیوسته خارج سازند و کودک متوجه خواهد شد که تنها با این نوع تنفس می تواند حباب های بزرگ درست کند. کودکان تقریباً در تمام موارد پس از حباب درست کردن، اذعان می کنند که احساس آرامش بیشتری دارند. درمانگر باید مطمئن شود کودک درک کرده که این فعالیت بر بدن او تأثیر گذار است.

به محض این که کودک در درست کردن حباب های بزرگ مهارت یافت، درمانگر باید از او بخواهد وانمود کند که حباب درست می کند و دقیقاً از همان تکنیک مشابه استفاده نماید. اگر از کودک خواسته شود تصور کند حبابی که درست می کند، در حال بزرگتر شدن است، هم برای او مفید خواهد بود و هم باعث احساس آرامش بیشتری در او می شود. اینک درمانگر می تواند به کودک بگوید این بازی خیالی هنگامی که مضطرب یا ناراحت است او را آرام می کند. بسیار مهم است کودک این تکنیک را در خانه نیز تمرین کند تا مهارت لازم برای به کارگیری

@karnil

آن در زمان استرس را داشته باشد. اگر امکان آن فراهم بود، بهتر است والدین نیز در هر دو تمرین واقعی و خیالی شرکت داشته باشند تا ببینند چه تأثیر آرام بخشی بر کودک شان داشته و در خانه این تکنیک را با او تمرین کنند. در حالی که به نظر می رسد این تکنیک تنها برای کودکان خردسال مناسب است، تجربه نشان داده کودکان بزرگتر و حتی بزرگسالان نیز از آن لذت می برند. بزرگسالان بر خلاف کودکان خردسال می توانند به راحتی تکنیک تنفس عمیق را فرا بگیرند و این فعالیت به واسطه ی آرام بخشی اش برای آن ها نیز مفید خواهد بود.

هکتور و خواهرانش همگی از این بازی در جلسات درمان لذت می بردند. هم چنین آقا و خانم وگا نیز یاد گرفتند هنگامی که بچه ها در خانه دچار مشکل می شوند، به آن ها کمک کنند تا از تنفس عمیق بهره بگیرند.

استراتژی ۲: بازی هایی که از نظر فیزیکی برانگیزاننده هستند.

بازی هایی که به طور طبیعی باعث افزایش ضربان قلب کودک می شوند، می توانند به این منظور مورد استفاده قرار بگیرند تا آرام کردن تنفس و نفس عمیق کشیدن به کودک آموخته شود. درمانگر خصوصاً از این رویکرد برای هکتور استفاده کرد، زیرا او در مطبش بسیار حرکت می کرد و با یک جا نشستن مشکل داشت. درمانگر هکتور را به خارج از مطب می برد تا با یکدیگر هندبال بازی کنند و به طور منظم وقفه هایی در بازی ایجاد می کرد و از هکتور می خواست به تنفس سریع و ضربان قلبش توجه کند. او سپس به هکتور توضیح داد نفس عمیقی که از طریق حباب درست کردن آموخته بود، می تواند او را آرام سازد و ضربان قلب و تنفسش را کاهش دهد. پس از انجام این تمرین، درمانگر به هکتور توضیح داد او می تواند از تنفس عمیق هر زمان که با هیجانات شدیدی مواجه می شود استفاده کند تا آرامش خود را بدست آورد.

پس از پایان بازی، درمانگر با هکتور راجع به موقعیت هایی در زندگی او صحبت کرد که نفس عمیق کشیدن می توانست مفید باشد. او سپس از هکتور خواست راجع به هفته ی آینده فکر کند و این که در چه شرایطی می تواند از تکنیکی که تازه آموخته، استفاده نماید.

همین تکنیک می تواند برای جسیکای ۶ ساله نیز مفید باشد، هر چند کودکان

@karnil

زیر ۹ سال در این زمینه اغلب به کمک بزرگترها نیاز دارند تا به آن ها یادآوری شود در صورت احتیاج از مهارتی که آموخته اند، استفاده کنند.

تکنیک آرامش

استراتژی های آرامش یا ریلکسیشن می توانند به کودکان کمک کنند تنش جسمانی خود را کاهش داده و هنگامی که به واسطه ی هیجانات شدید، دچار علائم فیزیکی و مشکلات ادراکی می شوند، خود را آرام سازند. اغلب تکنیک های آرام کردن عضلات برای بزرگسالان، منقبض و شل کردن عضلات می باشد. اما بسیاری از کودکان خصوصاً خردسالان با این تکنیک مشکل دارند و چنانچه از تجسم برای آن استفاده شود، روند کار بسیار ساده تر خواهد بود (کوپن،۱۹۷۴).

ریشتر (۱۹۸۴) متوجه شد اگر کودکان قادر بودند این تکنیک را در زمان نسبتاً طولانی تمرین کرده و به کار بگیرند، بسیار موفق تر عمل می کردند. در نتیجه بسیار مهم است کودک تکنیک های آرام بخش را خارج از جلسات بازی درمانی نیز تمرین کند و اگر امکان داشته باشد، باید به والدین آموزش داده شود هنگامی که درخانه هستند، این تکنیک ها را با کودک شان تمرین کنند.

استراتژی ۱: بازی خیالی (وانمودی). همان گونه که گفته شد تجسم در این تکنیک برای کودکان ساده تر است. هفنر، گرکو و ایفرت (۲۰۰۳) مطالعه ای انجام دادند تا به ارزیابی واکنش کودکان نسبت به چگونگی توضیح و تمرینات آرام سازی بپردازند. آن ها متوجه شدند که تمام کودکان مورد ارزیابی آن ها، تمرینات وانمودسازی (مانند: *"فکر کن یک لاک پشت هستی که توی لاکت میری."*) را بر تمریناتی که تنها دستورالعمل هایی در آن ها ارائه می شد، ترجیح می دادند (مانند: *"شونه هاتو بالا ببر."*).

کوپن (۱۹۷۴) استفاده از این سناریوهای تجسمی برای انقباض و انبساط عضلات را توصیه می کند. درمانگر هکتور با استفاده از تکنیک کوپن، از او می خواست تصور کند که با فشردن یک لیمو در حال لیموناد درست کردن است (مشت کردن و بازکردن دست ها)، یا مانند یک گربه خود را کش و قوس می دهد (کشش و شل کردن بازوها و شانه ها)، یا مثل یک لاک پشت به لاکش بازمی گردد (حرکت شانه ها و گردن)، یا چیزی را گاز می زند (فک) یا دماغ خود را بالا

@karnil

می کشد تا پروانه ای را از روی آن بپراند (صورت و بینی)، یا در حال حرکت از روی یک نرده است (عضلات شکم) و یا انگشتانش در گل گیر کرده است (پاها).

استراتژی ۲: شناسایی فعالیت های آرام کننده. درمانگر در طول بازی های حرکتی یا دیگر بازی ها می تواند به کودک کمک کند فعالیت هایی را شناسایی نماید که او را آرام می سازند. درمانگر هکتور به او کمک کرد متوجه شود فعالیت های فیزیکی مانند بسکتبال و هندبال، باعث پرت شدن حواس او از فوران احساساتش می شود. آن ها هم چنین متوجه شدند کارت های بازی او را آرام کرده و به او احساس امنیت می دهد. هکتور به درمانگر گفت اغلب اوقات با پدر خوانده اش بازی های گوناگونی از این دست انجام می دهد.

هنگامی که درمانگر و کودک فعالیت های آرام بخش را شناسایی کردند، درمانگر می تواند به او کمک کند زمانی که دچار مشکل می شود، مشغول این فعالیت ها گردد. هکتور و درمانگر او نیز راجع به این مسئله صحبت کردند و این برنامه برای هکتور تدوین شد:

- ☑ **"وقتی که ناراحت هستم، می تونم:**
- ☑ نفس عمیق بکشم،
- ☑ خودمو آروم کنم،
- ☑ به مادر یا پدرم بگم که ناراحتم،
- ☑ از پدرم بخوام با من کارت بازی کنه،
- ☑ از والدینم اجازه بگیرم و برای دوچرخه سواری بیرون برم،
- ☑ از والدینم اجازه بگیرم و به بازی بسکتبال برم."

استراتژی ۳: بازی حواس ۵ × ۵. این بازی به کودکان کمک می کند وضعیتی را که در آن هستند، همراه با چیزی که آن ها را آرام می سازد، شناسایی کنند. برای انجام این بازی باید ۵ بو، ۵ صدا، ۵ مزه، ۵ بافت و ۵ شیء برای تماشا کردن به کودک معرفی شود. درمانگر باید از چیزهایی استفاده کند که برای کودک خوشایند بوده و می توان آن ها را به جلسه آورد. از کودک خواسته می شود به این چیزهای گوناگون و احساسی که در او برمی انگیزند، توجه کند. سپس کودک باید یک یا دو شی ء از هر ستون انتخاب کند که به او حداکثر احساس آرامش، امنیت و

@karnil

شادی را می دهد. مثالی برای هکتور می تواند این گونه باشد:

بویایی: دارچین، وانیل، عطر سنبل، ادوکلن پدرخوانده، تکه ی چرم

چشایی: شکلات، آدامس، دانه ی آفتابگردان، خمیردندان، چوب شور.

لامسه: حیوانات عروسکی پشمالو، توپ گلف، دسته کلید، سنگ صاف، کش پلاستیکی.

شنوایی: ترانه، صدف، تجسم صدای پدر خوانده، موسیقی کلاسیک، CD صداهای طبیعت

بینایی: عکس خواهر، عکس خانواده ی دوم، آسمان آبی، عکس آب، عروسک یا اسباب بازی مورد علاقه.

نظر هکتور این بود که بوی ادوکلن پدرخوانده اش به او احساس آرامش زیادی می دهد، هم چنین جویدن آدامس، لمس کردن سنگ صاف، گوش کردن به موسیقی پاپ و نگاه کردن به عکس خواهرش او را آرام می ساخت. درمانگر هکتور ملاقاتی با آقا و خانم وگا داشت و آن ها نیز پذیرفتند که هکتور به چیزهایی که او را آرام می سازد، به راحتی دسترسی داشته باشد. آقای وگا دستمالی را به ادوکلن خود آغشته کرد و آن را به هکتور داد تا در جیبش همراه خود داشته باشد. خانم وگا نیز یک بسته آدامس بزرگ برای هکتور آورد و از او خواست هر زمان که احساس می کند آدامس هایش در حال تمام شدن است، به او اطلاع دهد (پدر و مادر خوانده ی هکتور به او تذکر دادند که نباید در مدرسه و سر کلاس آدامس بجود). سپس هکتور و آقای وگا بیرون از مطب رفتند و به دنبال سنگ صافی گشتند تا هکتور بتواند آن را در جیبش بگذارد، عکسی از خواهرش جاسمین نیز به این مجموعه اضافه شد. نهایتاً از هکتور خواسته شد سی دی پلیر خود را همواره همراه داشته باشد تا در زمان های مورد نیاز به موسیقی مورد علاقه اش گوش کند.

تکنیک توقف افکار

این تکنیک ابزاری ارزشمند برای کمک به کودکان است تا بتوانند با افکار

@karnil

آزار دهنده ی خود کنار بیایند. این تکنیک هم چنین به کودکان کمک می کند متوجه شوند بر افکار خود کنترل داشته و هر زمان که لازم باشد، می توانند آن ها را منحرف نموده تا بر چیزهای دیگری مانند تکالیف مدرسه یا بازی با دوستان متمرکز شوند. درمانگر جاسمین این تکنیک را به او آموزش داد، زیرا او اغلب اوقات هنگامی که راجع به اشتباهاتش در مدرسه فکر می کرد، احساس عجز و افسردگی بیش از حدی می نمود. تکنیک توقف افکار تقریباً همیشه با تصویر سازی مثبت یا گفتگوی درونی و جملات تأکیدی مثبت همراه است تا کودک یاد بگیرد افکار آزاردهنده را متوقف سازد و تصاویر یا جملاتی آرام بخش را جایگزین آن ها نماید. مارچ و مول (۱۹۹۸) هم چنین توصیه کردند که کودک می تواند از آواز خواندن برای این جایگزینی استفاده کند.

مانند تمامی تکنیک های دیگری که تاکنون راجع به آن ها سخن گفته ایم، توقف فکر نیز زمانی بیشترین کارایی را خواهد داشت که به طور مکرر تمرین شده و والدین به کودک کمک کنند این تکنیک را در خارج از فرآیند درمان نیز به کار گیرد.

استراتژی ۱: شناسایی افکار آزار دهنده. قبل از این که کودکان بتوانند از تکنیک توقف افکار استفاده کنند، باید آگاه شوند افکار آن ها می تواند باعث ناراحتی، عصبانیت یا اندوه شوند و یا آن ها را درگیر احساسات گوناگون دیگری کنند. درمانگر در طول بازی می تواند از جملاتی خطاب به خود استفاده کند که به طور طبیعی از بازی نشأت گرفته و ممکن است منجر به عصبانیت، ناراحتی و اندوه کودک یا گروه بیماران شود. درمانگر جاسمین متوجه شد هنگامی که او شطرنج بازی می کند، اغلب خود را احمق و کودن می نامد. هنگامی که از جاسمین خواسته شد بیشتر راجع به این جملات حرف بزند، او اذعان داشت حداقل روزی ۵ یا ۶ بار به این که چقدر احمق است، فکر می کند. زمانی که درمانگر از او پرسید این افکار باعث بروز چه نوع احساساتی در او می شود، پاسخ داد موجب احساس عجز و افسردگی می شوند و او دیگر دوست ندارد تکالیفش را انجام دهد یا دوستانش را ببیند. درمانگر به جاسمین کمک کرد رابطه بین افکار، احساسات و رفتارش را درک کند.

استراتژی ۲: بازی "افکار آزار دهنده متوقف شوید". این بازی برای کودکان دبستانی بسیار مناسب است. هنگامی که درمانگر به کودک آموزش داد تا یک یا دو فکر آزار دهنده را شناسایی کند، کودک می تواند در حالی که این افکار را به زبان می آورد، دور اتاق راه برود یا بدود. هنگامی که درمانگر دستور ایست می دهد، کودک متوقف شده و سپس یک جمله ی مثبت را جایگزین فکر منفی خود می سازد.

جسیکای ۶ ساله این بازی را با درمانگرش انجام داد. آن ها قبلاً متوجه شده بودند که جسیکا گاهی اوقات خود را دختر بدی می نامید و این فکر بود که اغلب منجر به بیش فعالی و برانگیختگی اش می شد. هنگامی که آن ها این بازی را انجام می دادند، جسیکا دور اتاق می دوید و می گفت: *"من دختر بدی هستم."* و زمانی که درمانگرش دستور توقف می داد، او می ایستاد و جمله ی *"من دختر خوبی هستم."* را جایگزین جمله ی قبل می کرد. جسیکا عاشق این بازی بود، زیرا بسیار سرگرم کننده و پویا بود و او کاملاً یاد گرفته بود که می تواند افکاری که باعث ناراحت شدنش می شوند را کنترل کند.

درمانگر جسیکا به آقا و خانم وگا یاد داد به او کمک کنند هنگامی که افکار آزار دهنده اش را در خانه بازگو می کند، به آن ها بگویند *"متوقف شوید"*. البته کودکی در سن جسیکا تا چند سال قادر نخواهد بود بدون کمک بزرگسالان این کار را به تنهایی انجام دهد.

استراتژی ۳: کنترل از راه دور افکار. تکنیک دیگری برای آموزش توقف فکر به کودکان، این است که یک کنترل از راه دور حقیقی یا خیالی به سمت افکارشان نشانه روند. درمانگر به کودک توضیح می دهد او ابتدا باید هنگامی که فکر آزار دهنده ای از ذهنش عبور می کند، دکمه ی توقف را بزند. سپس راجع به یک جمله ی مثبت فکر کند. بعد از آن دکمه ی اجرا را فشار دهد و نهایتاً جمله ی مثبت تأکیدی را با صدای بلند بگوید. هم چنین ممکن است درمانگر یک جمله ی ناراحت کننده را با صدای بلند بگوید و کودک کنترل را به سوی او بگیرد و درمانگر را متوقف کند.

دو فعالیت مورد علاقه ی هکتور تماشای تلویزیون و بازی های ویدئویی بود.

@karnil

ایده ی کنترل افکار آزار دهنده با این شیوه برای هکتور بسیار جذاب بود. در ابتدا از یک کنترل از راه دور حقیقی استفاده می شد و نهایتاً درمانگر به هکتور کمک کرد از یک کنترل خیالی استفاده کند تا بتواند این تکنیک را در مدرسه به کارگیرد، بدون این که کسی متوجه شود.

جملات تأکیدی سازشگر

همان گونه که قبلاً نیز اشاره شد، یک راه برای کمک به کودکان برای کنار آمدن با احساسات شان گفتن جملات آرام بخش به خود می باشد. این گفتگوی درونی می تواند کودک را در شرایط دشوار هدایت کرده، در حل مشکلات به او کمک کند و نهایتاً منجر به آرام ماندن او شود. متأسفانه بسیاری از کودکان با مشکل تعدیل احساسات نمی دانند قبل از این که نسبت به یک موقعیت آزار دهنده واکنش نشان دهند، کمی درنگ کرده و با خود سخن بگویند (کیمبال، نلسون و پلیتانو،۱۹۹۳). برخی دیگر از کودکان ممکن است خود جملاتی آزاردهنده خطاب به خودشان بگویند، مانند: *"دیگه نمیتونم تحمل کنم!"*، *"الآن از کوره در میرم."*، *"هرگز نمیتونم یک کاری رو درست انجام بدم."* یا *"نمیتونم از پس این کار بربیام."*

درمانگر در طول بازی می تواند استفاده از جملات مثبت را الگوسازی کرده و به کودک آموزش دهد آن ها را به کار گیرد. او باید از بازی هایی بهره ببرد که مشابه با شرایط حقیقی زندگی بوده و برای کودک همراه با دشواری هستند. به طور مثال درمانگر جاسمین توجه خود را معطوف به فعالیت هایی کرده بود که باعث بروز اضطراب در زمان اجرا می شدند، مانند بازی شطرنج. درمانگر هکتور نیز از آن جهت بازی های مأیوس کننده را انتخاب کرد، چون والدین و معلمان او همگی بر این عقیده بودند هنگامی که هکتور مأیوس می شود، رفتارهای پرخاشگرانه از خود بروز می دهد. درمانگر در مورد جسیکا از خانه ی عروسکی و خانواده ی عروسک ها استفاده کرد، زیرا این بازی گاهی اوقات باعث ایجاد تنش و برانگیختگی بیش از حد او می شد.

@karnil

استراتژی ۱: گفتگوی درونی (جملات تأکیدی) در بازی نمایشی یا وانمودی. همان گونه که گفته شد درمانگر می تواند برای الگوسازی از بازی استفاده کند. در کودکان مورد بحث ما درمانگر برای جسیکا از خانه ی عروسکی استفاده کرد، چون می دانست او اغلب با خشونت با عروسک ها بازی می کند و همواره از زبان مادر و پدر عروسکی، چیزهای آزار دهنده ای به کودکان عروسکی می گوید. درمانگر تصمیم گرفت وارد این بازی شده و به جای یکی از این کودکان ایفای نقش کند تا بتواند جملاتی مانند: *"ما بچه های بدی نیستیم، حتماً پدر و مادر امروز زیاد حالشون خوب نیست."* یا *"بیایید همگی کنار هم بشینیم تا حالمون بهتر بشه و اونا هم دیگه داد و فریاد نکنن."* را الگوسازی کند. نهایتاً درمانگر از جسیکا می خواست بگوید عروسک او برای این که در این شرایط حالش بهتر شود، می تواند چه چیزهایی به خود بگوید و تلاش های او در این زمینه را مورد تحسین قرار می داد.

استراتژی ۲: بازی های دلسرد کننده. بسیاری از کودکان دارای مشکل تعدیل احساسات، در تحمل یأس یا دلسردی با مشکل مواجه هستند. با استفاده از بازی هایی مانند حلقه و سیم یا بازی های مشابه، درمانگر می تواند **۵** مورد را الگوسازی کند:

۱. صحبت کردن با خود در شرایط دشوار: *"اگه وقت کافی بذارم، میتونم این کارو انجام بدم."*
۲. استفاده از طنز: *"من واقعاً توی این بازی بد هستم و خوبه که برای اون پول نمیگیرم."*
۳. ابراز امیدواری در مواجهه با ناامیدی: *"مشکلی نیست، دفعه ی بعد بهتر انجامش میدم."*
۴. حفظ اعتماد به نفس در شرایط دشوار: *"شاید توی این بازی زیاد وارد نباشم، اما در بسکتبال واقعاً عالی هستم."*
۵. نیاز به ایجاد وقفه در شرایط دشوار: *"من ناراحت تر از اونی هستم که بازی کنم. بیا یک کار دیگه انجام بدیم."*

کودک اغلب شروع به استفاده از این جملات الگو در بازی هایش خواهد کرد و

@karnil

این مسئله مورد تأکید قرار گرفته و با تشویق حمایت می شود. به طور مثال درمانگر می تواند هنگامی که کودک در حال دست و پنجه نرم کردن با بازی خسته کننده ای می باشد، با او در رابطه با این الگوها سخن بگوید.

برخی از کودکان ممکن است به صورت خودبخود از این جملات استفاده نکنند. در این وضعیت درمانگر باید به طورمستقیم در این باره با کودک صحبت کند و به او بگوید این جملات چقدر مفید هستند. سپس می تواند کودک را راهنمایی کند تا زمانی که احساس یأس می کند، از این جملات استفاده نماید.

هکتور و درمانگرش اغلب به بازی حلقه و سیم می پرداختند. این بازی با باتری کار می کند و دارای یک چراغ قرمز و آژیر است. بازیکن باید تلاش کند حلقه را که به یک دسته چوبی متصل است، از مارپیچ سیم ها عبور دهد بدون این که به آن ها برخورد کند، زیرا برخورد این دو باعث روشن شدن چراغ قرمز و به صدا درآمدن آژیر می شود. این بازی نیاز به تمرکز زیادی داشته و گاهی ممکن است بسیار خسته کننده شود و یا بازیکن از این که نمی تواند حلقه را به آخر سیم برساند و هر بار چراغ قرمز روشن شده و آژیر به صدا در می آید، کلافه و عصبانی گردد. هکتور قبل از این که استفاده از جملات تأکیدی مثبت را بیاموزد، اغلب بسیار دلسرد می شد و دیگر دوست نداشت به بازی ادامه دهد. حتی یک بار جعبه ی بازی را بلند کرد و با عصبانیت آن را به طرف دیوار پرتاب کرد. اما درمانگر هکتور شروع به الگوسازی جملات سازگارانه نمود: *"اگه وقت بیشتری صرف کنم، آخرش میتونم حلقه رو به پایان برسونم."* یا *"هر چند این بازی خیلی مأیوس کننده است، اما من به تلاشم ادامه میدم."* او از این جملات هنگامی استفاده می کرد که نوبت خودش در بازی بود. اما وقتی که نوبت هکتور می رسید نیز از جملات مشابه برای او استفاده می کرد. مانند: *"میدونم اگه تلاشت رو بکنی، موفق میشی."* یا *"اگه نتونستی امروز بازی رو تا آخرش انجام بدی، اشکالی نداره. دوباره تلاش می کنی."* نهایتاً او به هکتور یادآوری می کرد هنگامی که بازی می کند، از این جملات برای خود استفاده نماید.

@karnil

نکته ی نهایی برای درمانگران

امید می رود نمونه هایی که در این بخش به آن ها اشاره شد، ایده های فراوانی به درمانگران بدهد تا بتوانند از بازی برای کمک به چنین کودکانی استفاده کنند. تا زمانی که درمانگران اهداف درمان بیمارشان را در ذهن داشته باشند، قادر خواهند بود از خلاقیت خود استفاده کرده تا به هدف مورد نظر برسند. اگر یک استراتژی مناسب نبود، می توان از نمونه های دیگری که در این بخش به آن ها اشاره شد، استفاده کرد یا با خلاقیت و تجربه استراتژی های جدیدی برای درمان بیمار بوجود آورد.

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش هجدهم

ایجاد اعتماد به نفس، مهارت های سازش

و اصلاح تحریفات شناختی

دیان فری

جان میلتون زمانی گفت :

"ذهن انسان می تواند بهشت را تبدیل به جهنم یا جهنمی را تبدیل به بهشت کند."

این مفهوم حقیقتاً نشان دهنده ی برخی از رویکردهایی است که در عمق *CBT* نهفته و ارائه و تفسیر آن برای کودکان در فرآیند *CBPT* همواره یکی از عمده چالش های متخصصان روان درمانی کودک بوده است. اما باید گفت این چالش تنها منحصر به *CBPT* نیست، بلکه پس از چندین دهه پژوهش، صاحبنظران این رشته متوجه شدند این مسئله ناشی از ناتوانی کودکان در درک برخی مفاهیم درمان نمی باشد، بلکه متخصصان باید از خلاقیت بیشتری در تفسیر و انتقال این مفاهیم به کودکان استفاده کنند.

@karnil

مزایای بازی درمانی و CBPT

بازی درمانی یک شیوه ی مؤثر برای تعامل با بیمارانی در تمام سنین می باشد و می توان از رویکردهای نظری متفاوتی در درمان استفاده نمود. بازی درمانی به بیمار با زبانی بیان گرا و ادراکی کمک می کند. بازی زبان کودک است، اما می تواند یک عامل برقراری ارتباط مؤثر برای نوجوانان و بزرگسالان نیز باشد.

آنچه که اغلب در باره ی *CBPT* نوشته شده، متمرکز بر کودکانی در سن پیش دبستانی می باشد. در این شیوه سطح رشد کودکان در نظر گرفته می شود و از تکنیک های بازی درمانی مطابق با این سطح استفاده می گردد. در حالی که بزرگسالان سطح ادراکی متفاوتی از کودکان دارند، اما اغلب مواقع از نظر احساسی در جایگاهی متفاوت از سطح حقیقی رشد ادراکی شانقرار می گیرند و همین عدم موازنه در افراد است که بازی درمانی را برای بیمارانی در تمام سنین تبدیل به یک شیوه ی مؤثر کرده است.

علاوه بر این باید گفت *CBPT* برای تمام بیمارانی که نسبت به فرآیند درمان از خود مقاومت نشان می دهند، مناسب است و باز هم سن بیمار حائز اهمیت نخواهد بود. کودکان خردسال ممکن است به فرآیند گفتاردرمانی مقاومت نشان دهند، حتی نوجوانان و بزرگسالان نیز ممکن است نسبت به شیوه های کلاسیک روان درمانی عکس العمل جالبی نداشته باشند، به طور مثال شاید آموخته باشند نباید مسائل خاصی را بازگو کنند و یا بر خلاف میل شان نزد پزشک آمده باشند. عدم همکاری آن ها می تواند دلایل گوناگونی داشته باشد؛ در نتیجه *CBPT* برای آن ها بسیار مؤثر است.

بیماران در هر سنی که باشند، اغلب رویکرد انکار را اتخاذ می کنند. به طور مثال نوجوانان غالباً می گویند والدین شان مشکل دارند نه آن ها، در نتیجه این والدین هستند که باید درمان شوند! افراد معتاد اغلب اعتیاد خود را انکار می کنند و بزرگسالان نیز در محیط کار چندان در قبال رفتارشان مسئولیت پذیر نبوده و به جای خود، دیگران را سرزنش می کنند. تمامی این مشکلات انکار نیز می تواند با استفاده از *CBPT* مورد بررسی قرار بگیرد.

پزشکان اغلب با بیمارانی مواجه می شوند که از نظر روانشناختی آگاه نیستند

@karnil

چه چیزی باعث بروز مشکل در آن ها شده است، در حالی که چنین مشکلی خصوصاً در مورد کودکان خردسال صحت دارد، می تواند در باره ی نوجوانان و بزرگسالان نیز به همین شکل باشد. یک کودک کلاس پنجم ممکن است نداند تنبیه بدنی در خانه شیوه ای نامناسب از برخورد والدین با او بوده و آن را به عنوان یک هنجار بشناسد، در نتیجه ممکن است در جلسه ی درمان اشاره ای به آن نکند. یک فرد بزرگسال افسرده شاید متوجه نشود افسردگی او ریشه در مشکلات *"سندروم سالگرد"* مرگ پدرش دارد (بروز حالات احساسی و هیجانی با فرا رسیدن یک سالروز خاص). در نتیجه اگر چنین بیمارانی ارتباط میان این عوامل را نشناسند، قادر نخواهند بود در شیوه های کلاسیک درمان آن ها را بازگو کنند. این مشکلات اغلب از طریق *CBPT*، استفاده از نقاشی، خمیر بازی، کتاب درمانی و یا دیگر تکنیک های رایج در بازی درمانی آشکار شده، در نتیجه درمانگر و بیمار می توانند به کاوش در مسیرهای جدیدی برای فرآیند درمان بپردازند.

تأثیر *CBPT* همواره در رابطه با بیمارانی که به علت شرایط گوناگون از نظر گفتاری ناتوان شده اند، آشکار شده است. یک بیمار بزرگسال ممکن است دچار تأخیر رشد باشد. بیماران نوجوان نیز ممکن است عمداً سخن نگویند (موتیسم) و یا ضمیر آن ها (اگو) به علت یک آسیب روانی در سنی بسیار پایین تر گرفتار باشد. هم چنین بیمارانی که از *PTSD* رنج می برند، هنگامی که قرار باشد راجع به مشکل خود صحبت کنند، اغلب با دشواری در گفتار مواجهند. تمام این بیماران از *CBPT* نفع خواهند برد.

شاید بیماران بزرگسال بتوانند عملکرد مناسبی در گفتار درمانی داشته باشند. اما این شیوه ی درمان ممکن است برای این گروه سنی نیز گاهی به بن بست برسد و در این زمان است که *CBPT* وارد صحنه می شود. شاید بیمار بتواند عدم رضایتمندی اش را در ارتباط با همسالان خود به زبان بیاورد، اما بعید است مسائلی مرتبط با روابط جنسی خود را بازگو کند و *CBPT* می تواند به چنین بیمارانی بسیار کمک کند.

CBPT هم چنین فرصت ابراز حالات خود انگیخته را فراهم می آورد که این امر در شیوه ی گفتار درمانی ممکن نیست. درمانگران اغلب آن چنان متمرکز بر

@karnil

اهداف درمان می شوند که مسائل دیگری که شاید خارج از این برنامه باشند را فراموش می کنند. یکی از بیماران نویسنده ی این بخش (دیان فری) یک قاضی است که برای مباحثه راجع به پرونده ای که باعث آزردگی خاطرش شده بود، نزد نویسنده آمد. اما تنها در فرآیند درمان با صفحه ی شنی مشخص شد که او در اصل مشکل تنفر از خود را دارد و مسئله ی اعتماد به نفس و حس خود ارزشمندی، تبدیل به هدف عمده ی درمان شد؛ در حالی که در ابتدا این مسئله به هیچ وجه آشکار نشده بود.

در نتیجه با توجه به مسائلی که تا کنون ذکر شد، در این بخش نه تنها از به کارگیری *CBPT* برای کودکان سخن خواهیم گفت، بلکه از آن به عنوان شیوه ای مناسب برای بیمارانی در تمام سنین یاد خواهیم گفت. می توان از تکنیک های *CBPT* برای مواجهه با مسائلی چون عصبانیت، اضطراب، کمال پرستی افراطی، رفتارهای انفجاری، انزوا، کمبود مهارت های اجتماعی، اذیت و آزار و عدم اعتماد به نفس یا خود ارزشمندی استفاده کرد. در ادامه نمونه پرونده هایی ارائه خواهند شد که نشان دهنده ی قابلیت کاربری *CBPT* برای تمام سنین هستند.

دیگر مزیت استفاده از این شیوه ی درمان مرتبط با ادبیات آموزش انسانی می شود. اغلب افراد ترجیح می دهند راجع به:

۱. دیگران صحبت کنند تا خودشان

۲. گذشته صحبت کنند تا زمان حال

۳. افکار صحبت کنند تا احساسات

۴. احساسات مثبت صحبت کنند تا احساسات منفی

(دورانت، فری و نیوبرگ،۱۹۹۱)

عمده فرآیند درمان زمانی صورت می پذیرد که راجع به خود فرد در زمان حال

@karnil

و احساسات مشکل ساز و منفی او سخن گفته شود. اما حقیقت این است که بندرت پیش می آید بیمار با این سطح از آمادگی وارد فرآیند درمان شود. یک درمانگر آگاه این مسئله را ارزیابی خواهد کرد که بیمار در کجای این ۴ معیار سنجش قرار گرفته تا با سطح ادراکی او وارد درمان شود، زیرا *CBPT* شباهت بیشتری به فرآیند شکل دهی و ساختار سازی دارد. متخصص *CBPT* در ابتدا با سطح قرارگیری بیمار با او برخورد می کند، اما به تدریج او را به مرحله ی بعد هدایت می کند با این امید که آمادگی او بیشتر شده و بتواند مشکلات خود را به صورت گفتاری بیان کند. *CBPT* باعث می شود بیمار در فرآیند درمان کمتر احساس تهدید کند، زیرا می تواند از سطحی آغاز کند که در آن احساس راحتی می نماید و احتمالاً مشکلات خود را به صورت نمادین در بازی آشکار می کند. شخصیت او سپس تکامل بیشتری می یابد تا بتوان از تعامل مستقیم تری برای او استفاده کرد. این فرآیند در مثال هایی که در ادامه ارائه خواهند شد، بیشتر آشکار می شود.

اعتماد به نفس و CBPT

نگرانی هایی در رابطه با اعتماد به نفس پایین همواره در مشکلات والدین، کودکان و بزرگسالان در فرآیندهای گوناگون روان درمانی آشکار نمی شوند. هر چند این از این مشکلات اغلب به عنوان یک اختلال یا سندروم یاد نمی شود، اما مسائلی مانند: *اعتماد به نفس و حس خود ارزشمندی در سطح پایین، انتقاد بیش از حد از خود و خود ارزیابی های نادرست و تحریف شده*، در شناسایی ابعاد متعددی از اختلالات گوناگون به چشم می خورند. اعتماد به نفس پایین در اختلالات افسردگی کاملاً آشکار بوده و با *ADHD* ، اختلال نافرمانی، ترس های گوناگون (فوبیا) و اختلالات تغذیه مرتبط است. هم چنین می توان این مسئله را در کودکانی با ناتوانی های یادگیری یا آن دسته که مورد آزار و اذیت قرار گرفته اند، مشاهده کرد. *" شواهدی وجود دارند که نشان می دهند اعتماد به نفس، قابلیت پیش بینی رفتارهای فرد را داشته، هم چنین نشانه ای برای بسیاری از مشکلات گوناگون می باشد، اعتماد به نفس در مرکز آسیب شناسی و بر طرف کردن بسیاری از مشکلات روانی قرار دارد "* (شرک، بورول و هارتر،۲۰۰۳). شواهد پژوهش ها

@karnil

هم چنین نشان می دهد می توان اعتماد بـه نفـس و حـس خـود ارزشـمندی را از طریق درمان تغییر و بهبود داد و این تغییرات مرتبط بـا تغییـرات مثبـت در دیگـر حوزه های عملکرد بیمار خواهند بود.

تکنیک های CBPT برای اصلاح اعتماد به نفس پایین

بازنگری متون پژوهشی مرتبط با *CBT* نشان می دهد تکنیک هـای شـناختی که برخی فرآیندهای خاص خود ارزیابی را مورد هدف قرار می دهند، نتـایج مثبتـی در بهبود اعتماد به نفس داشته اند (شرک، بورول و هارتر،۲۰۰۳).

برنامه ریزی درمان CBPT برای مشکل اعتماد به نفس پایین

با استفاده از روش فرمولاسیون پرونده ی بیماردر***CBT***، این برنامه ریزی شامل پاسخ به این ۴ سؤال می باشد:

۱. مشکلات آشکار بیمار چه هستند؟
۲. چه مکانیسم های آسیب رسانی با مشکل مرتبط هستند؟
۳. آیا یک یا چند مکانیسم آسیب رسان در بیمار شاخص تر می باشند؟
۴. چـه فرآینـدهای درمـانی در مواجهـه بـا ایـن مشـکلات و تغییـر آن هـا موفقیت آمیز بوده اند؟

مکانیسم های آسیب رسان رایجی که مرتبط با اعتماد به نفس پـایین هسـتند، از این قرار می باشند:

- ☑ استانداردهای شخصی غیر واقعی
- ☑ خود ارزیابی های نادرست و بی دقت،
- ☑ ساختار فردی منفعل و
- ☑ داشتن احساس بی کفایتی نسبت به خود.

هر چند اعتماد به نفس پایین تنها نتیجه ی فرآیند های شـناختی ناسـازگارانه نمی باشد، اما بسیاری از این رویکـرد هـا مـی تواننـد بـرای بیمـاران مفیـد باشـند. هم چنین باید به این نکته اشاره کرد که اعتماد به نفس تابع شرایط پیرامـونی فـرد نیز می باشد. در هر حال از آن جا که محیط پیرامون از طریق فیلترهـای ادراکـی و

@karnil

شناختی پردازش می شود، این فرآیندها می توانند تأثیرات آن را بهبود بخشیده یا کاهش دهند.

تکنیک های CBPT برای استانداردهای فردی غیر حقیقی

این مکانیسم آسیب رسان در میان پزشکان به کمال گرایی افراطی *(Perfectionism)* مشهور است. در *CBPT* تکنیک های متعددی وجود دارند که این انتظارات غیر حقیقی را به چالش می کشند. یکی از آن ها شامل استفاده از خمیر بازی یا گِل، پول خرد و تیله می باشد. درمانگر از کودک می خواهد روی خمیر بازی بنویسد: *"هیچ کس کامل نیست."* و سپس به او می گوید هر زمان که اشتباهش را بپذیرد و دوباره تلاش کند، یک سکه یا تیله جایزه خواهد گرفت که آن ها را در یک جام یادبود جمع کند. هنگامی که جام پر شد، کودک می تواند آن را به عنوان یادگاری نگاه داشته و یک عروسک هم جایزه خواهد گرفت. درمانگر به کودک می آموزد چگونه اشتباهات می توانند منجر به یادگیری و بدست آمدن فرصت های بزرگ شوند. می توان از کتاب هایی مرتبط با این موضوع نیز استفاده کرد تا کودک این مفهوم را در ذهن خود بازسازی کرده و متوجه شود مسائل منفی می توانند تبدیل به مسائل مثبت شوند[۲۵۷].حتی می توان بر روی این کاپ قهرمانی نام کودک را نیز حک کرد تا همواره این موضوع را به خاطر داشته باشد.

درتکنیک مفید دیگری در *CBPT* از کودک خواسته می شود **۱۰** مورد از شادترین رویدادهای زندگی اش را نقاشی کند. پس از این که او این نقاشی ها را کشید، از او پرسیده می شود: *"آیا هر کدام از این رویدادها صد در صد کامل بوده اند؟"* فرض می کنیم خانواده به بازدید از شهر بازی دیزنی لند *(Disneyland)* رفته اند. می توان گفت تقریباً همواره جوهره ای از نقص در همه چیز وجود دارد. به طور مثال ممکن است پرواز تأخیر داشته یا کنسل شده باشد. یکی از اعضای خانواده بیمار شده و یا یک نفر فراموش کرده دوربین عکاسی را

* *

[۲۵۷] . *خواننده ی گرامی می تواند از کتاب هایی آموزشی مناسب در این زمینه که در کشور خودمان موجود هستند و شامل داستان های پندآموز می شوند بهره بگیرد. (مترجم)*

@karnil

همراه با خود بیاورد. پس از این ارزیابی ها، درمانگر به کودک کمک می کند و طلسم ***"کمال برابر با سعادت است"*** را باطل می سازد! این نقاشی ها ابزاری برای درمانگر هستند تا بتواند این مفهوم را در ذهن کودک بازسازی کرده و هم چنین مرجعی برای خود کودک ایجاد می شود تا درک کند همه چیز کامل نیست.

تکنیک دیگری با نام ***"آن را پاک کن"*** (فری و فیتزهریس،۱۹۹۸) نیز می تواند به کودک کمک کند رویدادهای دردناکی که باعث حس او از عدم کمال و اعتماد به نفس پایین شده است را رها کند. در این فرآیند به یک برس، تعدادی عروسک، لباس و یک سکه ی بزرگ نیاز است. درمانگر از کودک می خواهد تلاش کند سکه ی بزرگ را تنها با موهای برس از کف دست او بردارد. هنگامی که کودک متوجه می شود با چنین حرکتی نمی توان سکه را برداشت، درمانگر با او وارد این بحث می شود که گاهی اوقات جملات بی ادبانه، طرد شدن یا عبارات منفی دیگران را نمی توان به راحتی از ذهن پاک کرد. در این جا باید وضعیت های دردناکی مورد کاوش قرار گیرند که کودک هنوز با آن ها مشکل دارد. می توان از او خواست یک عروسک نمایشی که بیانگر شخصیت خودش می باشد را همراه با یک شخصیت منفی انتخاب کند. سپس یکی از رویدادهای دردناک گذشته همراه با درمانگر بازآفرینی می شود. در این نمایش درمانگر نقش کودک را ایفا می کند و خود کودک نقش یک شخصیت منفی، بی ادب و... را ایفا خواهد کرد. درمانگر شخصیت کودک را قاطع جلوه می دهد و از جملاتی شبیه به این استفاده می کند: *"من چیزی رو که تو میگی دوست ندارم."*، *"تو باعث رنجش من می شی، منو تنها بذار."* پس از این فرآیند از کودک پرسیده می شود چه احساسی داشته است و او متوجه خواهد شد افکارش چگونه می توانند برای تغییر احساساتش مورد استفاده قرار گیرند. باید به این نکته تأکید شود که تغییر تفکر در واقع شیوه ای برای پاک کردن رفتارها و جملات منفی دیگران است.

برای تثبیت این فرآیند، می توان این نمایش را بار دیگر با نقش های متضاد اجرا کرد، یعنی کودک در نقش خود ظاهر می شود و درمانگر نقش شخصیت منفی را دارد. قدرت بخشی این فرآیند باید کاملاً مورد بررسی قرار گیرد و کودک تشویق شود از افکار و واژه های جدید استفاده کند تا رفتار منفی دیگران را از ذهن خود

@karnil

پاک سازد.

تکنیک ***"یک سرپوش روی آن بگذار"*** می تواند برای بیمارانی استفاده شود که دچار مشکل انتقاد درونی از خود هستند (فری و فیتزهریس،۱۹۹۸). (این نوع انتقادات می توانند عاملی برای کمال گرایی افراطی باشند). در این شیوه درمانگر یک قوطی کوچک دردار را تزئین کرده و روی آن این جمله را می نویسد:*"یک سرپوش روی اون بذار"*. از بیمار خواسته می شود انتقاداتی که از خود می کند را بنویسد، آن ها را درون یک پاکت بگذارد و پاکت ها را به پشت قوطی متصل کند. این انتقادات درونی می توانند شامل جملاتی مانند :*"من یک بازنده هستم"*، *"من اصلاً خوب نیستم"*، *"من نمی تونم این کارو انجام بدم"* باشند. سپس از او خواسته می شود تعدادی از این جملات قرار گرفته در پاکت را انتخاب کند. برای این که بیمار بتواند با انتقاد درونی خود مواجهه کند، از او خواسته می شود نوشته ی خود را درون قوطی انداخته و سپس در قوطی را ببندد و این جمله را تکرار کند*"یک سرپوش روی اون بذار"*. هر زمان که یکی از این جملات خوانده می شود، بیمار این روند را تکرار می کند. به بیمار گفته می شود هر وقت منتقد درونی او بر فکرش غالب شد، می تواند روی افکار منفی خود به این شکل سرپوش بگذارد. جلسه معمولاً در حالی به پایان می رسد که از بیمار خواسته می شود جملات تأکیدی مثبتی به خود بگوید (مانند*"من میتونم انجامش بدم"*، *"من روبراهم"* و غیره).

تکنیک های CBPT برای خود ارزیابی های غیر حقیقی

"من توی چارچوب گذاشته شدم" (فری و فیتزهریس،۱۹۹۸) یکی دیگر از تکنیک های *CBPT* می باشد که به بیمار کمک می کند تصویری حقیقی از خود بسازد. در رویکردهای درمان گروهی از بیماران خواسته می شود با استفاده از چوب های رنگی کاردستی قاب هایی بسازند و به اشکال گوناگون آن ها را تزئین کنند. به طور مثال استفاده از عکس برگردان، نوارهای براق و غیره. از آن ها خواسته می شود به صورت دو نفری کار کنند. سپس هر نفر یک نقاشی خطی از سر نفر دیگر می کشد. نقاشی ها بریده می شوند و در قاب های رنگی قرار می گیرند. سپس قاب هر نفر به خودش داده می شود. آن ها می توانند راجع به

@karnil

این صحبت کنند که یکدیگر را چگونه دیده اند. از بیمار خواسته می شود احساس خود راجع به نقاش اش را بازگو کند. هم چنین می توان به این بحث پرداخت که می شود چه چیزهایی را در خود تغییر داد و چه چیزهایی غیر قابل تغییر هستند. می توان از تکنیک های گوناگون استفاده کرد تا بیمار پرتره ی خود را بکشد و سپس احساسات و افکارش را در رابطه با آن بیان کند.

تکنیک دیگری که در درمان های گروهی *CBPT* استفاده می شود، از بیمار می خواهد کاغذی را از طول به صورت برابر تا کند. او سپس در هر نیمه از کاغذ نام خود را نوشته و در یک سمت آن صفات خوبی را که در خود می پسندد می نویسد. در مرحله ی بعد این کاغذ در گروه دست به دست می شود تا آن ها نیز نظر خود را راجع به فرد مذکور بنویسند. هنگامی که نهایتاً کاغذ به صاحب اصلی اش باز می گردد، از او خواسته می شود دو طرف آن را مقایسه کند. در این بازی بیمار متوجه می شود دیگران چگونه او را می بینند و این که او چه کارهایی می تواند انجام دهد تا آن ها ویژگی های مثبت بیشتری در او مشاهده کنند.

تکنیک های CBPT برای ساختار فردی بی تفاوت

یکی دیگر از تکنیک های گروهی *CBPT* با عنوان ***"من همسایه ای را دوست دارم که..."*** (فری و فیتزهریس،۱۹۹۸) برای تمام رده های سنی مناسب می باشد. در این تکنیک همه ی گروه به صورت حلقه دور هم می نشینند، بجز یک نفر آن ها. فرد بدون صندلی که در دور اول اغلب خود درمانگر است، یک ویژگی یا صفت خاص را عنوان می کند، مانند: *"من از همسایه ای خوشم میاد که چشم های قهوه ای داره"*، سپس تمام افرادی که چشمان قهوه ای دارند، باید مسابقه دهند تا روی صندلی دیگری بنشینند. فردی که در وسط ایستاده، دوباره ویژگی دیگری را مطرح می سازد، مانند: *"من همسایه ای رو دوست دارم که عینک میزنه."* در مورد بزرگسالان می توان از ویژگی هایی مانند دوست داشتن شعر، یوگا یا دیگر مثال های مناسب با آن ها استفاده کرد. این فرآیند تا زمانی ادامه می یابد که درمانگر مطمئن شود صفات گوناگون به اندازه ی کافی مرور شده اند. این تکنیک بازی درمانی به شرکت کنندگان کمک می کند ابعاد گوناگون خود را بشناسند؛

@karnil

هم چنین به تفاوت ها و شباهت های موجود میان یکدیگر پی می برند.

یک تکنیک انفرادی یا گروهی دیگر برای *CBPT* که به بیماران کمک می کند از داشتن یک شخصیت خنثی و بی تفاوت اجتناب کنند، ***" آیا می توانیم صحبت کنیم؟"*** نامیده می شود (فری و فیتزهریس،۱۹۹۸). در این تکنیک هم درمانگر و هم بیمار یک عروسک نمایشی یا هر عروسک دیگری را با سلیقه ی خودشان انتخاب می کنند. به بیمار گفته می شود این بازی در واقع مانند یک مصاحبه ی تلویزیونی است که درمانگر در آن نقش مجری و بیمار نقش مهمان برنامه را را ایفا می کند. می توان صحنه را برای این گفتگو آماده کرد و از لوله های کاغذی و یک توپ پینگ پونگ میکروفون درست کرد و برای زیباتر شدن می توان آن ها را با فویل آلومینیوم پوشش داد. در صورت امکان می توان از میکروفون های حقیقی استفاده کرد. پس از این که کودک عروسک مورد نظر خود را انتخاب نمود، همه چیز برای شروع آماده است. هم چنین می توان با استفاده از یک دوربین فیلمبرداری خانگی از این نمایش فیلم گرفت. درمانگر یا همان مجری برنامه میهمان را به واسطه ی عروسکش معرفی کرده و شروع به مصاحبه با عروسک می کند. او در این مصاحبه از سؤالات غیر تهدیدکننده استفاده می نماید، مانند علائق، خانواده، سبک زندگی، آرزوها و دیگر سؤالات مشابه. او پس از پایان مصاحبه از مهمان تشکر کرده و درست مانند یک میزگرد واقعی برنامه را به پایان می رساند. پس از پایان نمایش می توان فیلم را همراه با کودک دوباره مشاهده کرد (چنانچه نمایش ضبط شده باشد) و یا از بیمار پرسیده می شود انگیزه ی او از انتخاب آن عروسک خاص چه بوده و در رابطه با خود به چه چیزهای دیگری پی برده است؟

در ***"بازی نام ها"*** (فری و فیتز هریس،۱۹۹۸) به بیماران حروف آهنربایی همراه با یک صفحه ی مناسب داده می شود (می توان از هر نوع ابزار مشابه دیگری مانند حروف پلاستیکی نیز استفاده کرد). بیماران با استفاده از حروف نام خود، صفاتی را نام می برند که توصیف کننده ی شخصیت خودشان است. به طور مثال در اسم ***تری***، ***T*** می تواند به معنای فوق العاده، ***E*** به معنای کنجکاو، ***R*** به معنای بیقرار، ***R*** به معنای آزادیخواه و ***I*** به معنای خلاق و استفاده از قدرت تخیل

@karnil

باشد[۲۵۸]. از بیماران پرسیده می شود در کجا و چه زمانی از دوره ی زندگی این ویژگی ها را از خود بروز می دهند؟ می توان این مباحثه را با پرداختن به ابعاد گوناگونی که فرد دارد، تسهیل کرد. درمانگر هم چنین از بیماران می خواهد نام اعضای خانواده ی خود را بر روی این تخته سر هم کنند و از تکنیک مشابه برای آن ها استفاده نمایند. سپس از آن ها خواسته می شود به این بحث بپردازند که بیماران مختلف چگونه با یکدیگر مشابه بوده و یا از نظر انفرادی با والدین، خواهرها و برادرها و دیگر افراد متفاوت هستند.

می توان از تکنیک های گوناگونی برای کاوش صفات فردی استفاده نمود. به طور مثال از بیمار خواسته می شود به یک جستجوی درونی بپردازد و فهرستی از ویژگی های مثبت و منفی خود را تهیه کند. سپس از او خواسته می شود به این مسائل بیندیشد که چگونه می توان از ویژگی های منفی کاست یا فهرست خصوصیات مثبت را افزایش داد یا این که چه راه هایی برای مواجهه با خصوصیات منفی و از بین بردن آن ها وجود دارد.

یک **تابلوی اعتماد به نفس** می تواند به بیماران کمک کند از ابعاد گوناگون شخصیت خود آگاه باقی بمانند. می توان به بیمار گفت این تابلوها و علائم قرن ها برای شناساندن افراد به صورت نمادین استفاده می شده اند (به طور مثال تصویر شیر همواره نشانگر قدرت بوده است). می توان تصویری با ۹ بخش متفاوت ایجاد کرد. از بیمار خواسته می شود در اولین بخش، تصویر ایده آل خود را قرار دهد، یعنی فردی که می خواهد باشد. در بخش دوم تصویری را قرار دهد که نمادی از خود حقیقی اوست. در بخش سوم نمادی از شخصیت خیالی، در بخش چهارم شخصیتی که دیگران آن را می شناسند، در بخش پنجم تصویر خود پنهان یعنی شخصیتی که دیگران بندرت آن را می شناسند و در بخش ششم نمادی از کارهایی قرار بگیرد که فرد آن ها را به خوبی انجام می دهد. در قسمت هفتم تا نهم نمادی از خود آینده به طور مثال ۱۰ سال بعد، شخصیت در حال تغییر یعنی چیزهایی که

****

[۲۵۸] *به طور مثال در نام دانیال می توان صفاتی مانند: دلیر، آزاده، نترس، یاری رسان آسیب ناپذیر و لجباز را نام برد. (مترجم)*

@karnil

فرد می خواهد به خوبی انجام دهد و نهایتا یک جمله ی خوب که فرد دوست دارد پس از مرگش راجع به او بگویند، قرار می گیرد.

در مورد کودکان خردسال می توان تعداد این قسمت ها را کاهش داد و محتوای آن ها را اصلاح و ساده نمود.

چنانچه این تکنیک به صورت گروهی انجام بگیرد، درمانگر می تواند این تصاویر را به صورت بی نام به اعضای گروه بدهد و از آن ها بخواهد سعی کنند افراد توصیف شده در این تصاویر را شناسائی کنند (به این شکل بیماران هم از طرف همگروهی های خود بازخورد دریافت می کنند و هم می توانند تصویر دقیق تری از خود بدست آورند). ممکن است کودکان این تصاویر را به جلوی پیراهن خود سنجاق کنند، دور اتاق راه رفته و شعارهای یکدیگر را بخوانند. می توان با چنین پرسش هایی ذهن بیمار را به کاوش حقایق نسبت به خود مشغول داشت: *"چه ابعادی از شخصیت راحت تر از همه به نمایش در آمده اند و نشان دادن کدام یک از این ابعاد از همه دشوارتر بوده است؟ کدام بخش باعث شده بیمار راجع به خود به تفکر واداشته شود؟ یا در درمان گروهی چه ابعاد مشترکی با دیگران تائید یا تشویق شده اند؟"*

درمانگران برای کمک به بیمار در ایجاد تصویری متمایز از خود، می توانند از تکنیک ***"هویت روزنامه ای"*** استفاده کنند. در این تکنیک، به بیمار تعدادی روزنامه، چسب و قیچی و صفحات سفید داده می شود و از او خواسته می شود یک شرح حال مختصر از خود با بریدن واژه ها یا جملاتی از روزنامه ایجاد کند. در شیوه ی گروهی می توان از بیماران خواست با همکاری یکدیگر این کار را انجام دهند. از بیماران پرسیده می شود این واژه ها چگونه به آن ها کمک کرده اند به بینشی جدید از خود برسند یا این که چه واژه هایی برای شان همسان یا متفاوت بوده است و یا این عبارات چه چیزهایی برای گفتن داشته اند؟

تکنیک های CBPT برای شخصیت های پنهان

"ماسک رابطه" (فری و فیتز هریس،۱۹۹۸) یک تکنیک مؤثر دیگر برای کمک به بیماران است تا ماسک های گوناگونی را که افراد به چهره دارند، بشناسند.

@karnil

در این شیوه از بشقاب های یکبار مصرف، ماژیک، سنگ های تزئینی و دیگر چیزها استفاده می شود تا ماسک های کاغذی توسط آن ها ساخته شود. هم چنین می توان از ماسک های آماده در بازار نیز استفاده کرد. از بیماران خواسته می شود راجع به ماسک خود صحبت کنند و توضیحاتی بدهند. می توان توضیحاتی به آن ها در این زمینه ارائه داد که افراد در تشکیلات مختلف یا در برابر افراد متفاوت، به طور مثال در برابر اعضای خانواده، دوستان و همسالان و... ماسک های شخصیتی گوناگونی به چهره می گذارند. از بیمار پرسیده می شود آیا تا به حال تلاش کرده است در برابر دیگران شخصیتی متفاوت از خود نشان دهد و یا برای عبور از یک موقعیت ناخوشایند (مانند طرد شدن، شکست، اندوه...)، از ماسک شخصیتی استفاده کند؟ با بیمار راجع به این صحبت می شود که مردم در زندگی روزمره ی خود برای استتار احساسات شان ماسک می زنند. مباحثه با توجه بر این واقعیت خاتمه می یابد که بیماران بدون نیاز به زدن چنین ماسک هایی، می توانند با خود روراست باشند.

تکنیکی که در این قسمت به آن اشاره می شود، می تواند برای بیمارانی در تمام سنین استفاده شود. در این شیوه درمانگر یک ظرف پر از میوه یا آبنبات را بین گروه بیماران قرار می دهد. به تمام اعضای گروه بجز یک نفر، یک دستورالعمل داده می شود که روی آن نوشته شده است: *" آبنبات / میوه رو آهسته بخور طوری رفتار کن که انگار آبنبات / میوه ی خیلی خوبیه"*. درمانگر باید تلاش کند همه ی اعضای گروه مقداری آبنبات یا میوه بخورند. سپس او روی یک کاغذ می نویسد : *"تحت هیچ شرایطی آبنبات نخور"* و آن را به یکی از اعضای گروه می دهد. به همه گفته می شود دستورات خود را سری نگاه دارند و به مدت ۵ دقیقه کارشان را ادامه دهند. از فردی که به او دستورالعمل متفاوتی داده شده، پرسیده می شود چه احساسی دارد؟ از دیگران نیز سؤال می شود: راجع به او چه فکری می کنند؟ بودن در گروهی که فرد باید رفتار خاصی داشته باشد، چگونه است؟ آیا بیماران هرگز تاکنون از سوی همسالان خود تحت فشار بوده اند تا کاری انجام دهند؟ آن ها راجع به آن چه کاری توانسته اند انجام دهند؟ و یا این که فرد چگونه می تواند نسبت به خودش صادق بماند؟ (این تکنیک خصوصاً برای بیماران نوجوان بسیار

@karnil

مفید است.)

دیگر تکنیک *CBPT* مفید در این زمینه، شامل استفاده از خانه ی عروسکی، مبلمان و عروسک های آن می باشد. درمانگر از بیمار می خواهد یک مکان خاص در خانه را شناسایی کند (به طور مثال اتاق خواب، حمام، گاراژ یا کارگاه، باغ و...). از بیمار سؤال می شود: چه چیزی آن مکان را خاص کرده است؟ و یا این که آیا زمانی وجود داشته است که بیمار به دنبال مکان خاصی باشد تا کمی آرامش و سکوت را تجربه کند؟ این مکان چگونه می تواند به بیمار کمک کند تا دوباره به حالت عادی خود بازگشته و با خود حقیقی اش تنها باشد؟ این مکان خاص می تواند در کاهش اضطراب، تقویت جملات تأکیدی مثبت یا تغییر تحریفات شناختی مفید باشد.

شکل دیگری از این تکنیک، می تواند شامل تجسم یک گوشه ی دنج و آرام برای بیمار باشد. از بیمار خواسته می شود چشم هایش را ببندد و به این گوشه ی دنج خود فکر کند. از او سؤال می شود برای کمک به خود از چه جملات مثبتی استفاده می کند؟ هم چنین از بیمار خواسته می شود این گوشه ی دنج و آرام را نقاشی کند.

کتاب درمانی

کتاب درمانی تکنیکی است که اغلب در *CBPT* استفاده می شود. در *CBPT*، کتاب درمانی اغلب همراه با نقاشی، نمایش عروسکی، صفحه ی شنی یا لباس های نمایش مورد استفاده قرار می گیرد. می توان از کتاب داستان های مناسب با هدف درمان در این زمینه استفاده کرد، مانند: داستان های پند آموز برای کودکان که تعداد آن ها بسیار زیاد است. قبل از این که پایان داستان برای کودک خوانده شود، می توان از او خواست حدس بزند داستان چگونه تمام خواهد شد.

در یکی دیگر از تکنیک های کتاب درمانی برای افزایش اعتماد به نفس کودکان از آن ها خواسته می شود خود یک داستان بنویسند. نویسنده ی این بخش از *CBPT* برای یکی از بیماران ۹ ساله ی خود استفاده می کرد و هنگامی که جلسات درمان رو به پایان بود، کودک کتابی را همراهش به جلسه ی درمان

@karnil

آورد که نام آن را گذاشته بـود: ***"همه چیز دربـاره ی جـو"*** . او ایـن کتـاب را بـا مقواهای سفید درست کرده بود و نقاشی هایی از خودش در آن به چشم می خـورد. در اینجا متن دقیق کتاب او آورده شده است:

" همه چیز در باره ی جو

جو همیشه دلش می خواست بیسبال بازی کنه.

روزی او یک اعلامیه ی ثبت نام رو دیـد و بـه پـدرش گفـت: میشـه مـن هـم ثبت نام کنم؟

پدر به او گفت: بله پسرم حتماً می تونی این کارو بکنی!

جو واقعاً دوست داشت بیسبال بازی کنه.

یک روز امتیازهای مسابقه خیلی بهم نزدیک بود و نوبت جو بود که بازی کنه و اگه موفق می شد تیم اونا برنده می شد (در اینجا کودک یک نقاشی از جـو کشـیده بود که بالای سرش نوشته بود «من میتونم. من فکر می کنم که می تونم این کـارو انجام بدم.»)

جو با خودش این جمله رو تکرار می کرد که می تونه این کارو انجام بـده و اون واقعاً تونست! اون ها بردن!"

(کودک روی جلد کتاب نوشته بود **همه چیز درباره ی جو**، سپس نام خود بـه عنوان نویسنده و نهایتاً جمله ی **کتاب های پندآموز به کودکان کمک می کنـد یاد بگیرند**. او هم چنـین در پشـت کتـاب نوشـته بـود: **پنـد: اگـر فکـر کنیـد می توانید، حتماً می توانید!)**

کودک به درمانگر گفته بود زمـانی کـه منتظـر بـوده اسـت والـدینش او را بـه جلسه ی درمان بیاورند، تصمیم گرفته این کتاب را درست کنـد. ایـن کتـاب نشـان می داد جو تا چه حد به اهمیت جملات تأکیدی و ارتباط شان با اعتمـاد بـه نفـس پی بـرده و آن هـا را نهادینـه سـاخته بـود. هـر چنـد جـو ایـن کـار را بـه صـورت خودانگیخته انجام داده بود، اما می توان از کودکان خواست ایـن کـار را بـه صـورت یک تکلیف در منزل انجام دهند و حاصل کار را نزد درمانگر بیاورند.

دیگر کتاب های مفیدی که می توانند به بیماران کمک کنند، شامل آن دسـته می شوند که به مسئله ی پذیرش فردی پرداخته انـد. کـودک بـا ایـن داسـتان هـا

می آموزد خود را همان گونه که هست بپذیرد و به نقاط قوت خود تأکید بیشتری داشته باشد.

در هر حال درمانگران با توجه به نیازها و اهداف درمانی بیمارشان می توانند از داستان هایی با موضوعات گوناگون استفاده کنند و این امر بستگی به مشکل بیمار دارد.

تکنیک هایی برای ایجاد اعتماد به نفس

یک تکنیک دیگر *CBPT* که می تواند برای تقویت اعتماد به نفس به کارگرفته شود، **بیسکوییت شانسی** نام دارد. در این تکنیک درمانگر روی کاغذهای کوچکی جملاتی از افراد مشهور در رابطه با اعتماد به نفس و خود ارزشمندی می نویسد. سپس آن ها را همراه با بیسکوییت یا کلوچه در زرورق های تمیز قرار داده و بسته بندی می کند. این کلوچه ها بین کودکان تقسیم شده و هر کس جمله ی خود را می خواند و راجع به آن بحث می شود. انتخاب جملات باید مناسب ادراک و سن کودک باشد.

در این جا به چند مثال اشاره می شود:

چه فکر کنید می توانید کاری را انجام دهید یا نمی توانید، حق با شماست.

(هنری فورد)

من کامل نیستم، اما بخش هایی از من عالی هستند.

(دیان فری)

خود را بشناسید.

(مثل یونانی)

هر چیزی زیبایی خود را دارد، اما هر کس قادر به دیدن آن نیست.

(کنفوسیوس)

اغلب افراد به همان اندازه ای سعادتمند هستند که در ذهن خود این گونه فکر می کنند.

(مارک تواین)

@karnil

ذهن خود را امروز تغییر دهید و جهان خود را فردا بسازید. ذهن شما مانند یک باغ است.

(کریستن زامبوکا)

می توان ازکودکان خواست یک نقاشی مرتبط با مثل یا جمله ای معروف بکشند.

استفاده از حقه های شعبده بازی

یک حقه ی شعبده بازی که می تواند در CBPT استفاده شود، ***"آمدن به سطح"*** نام دارد (فری، منتشر نشده). درمانگر قبل از جلسه چند قطره رنگ خوراکی را با نمک مخلوط می کند تا *"پودر جادویی"* بدست آورد و پس از این که نمک خشک شد، آن را در یک جعبه ی تزئینی قرار می دهد. درمانگر هنگام جلسه به کودک می گوید می تواند کاری کند که تخم مرغ روی سطح آب شناور بماند. ابتدا به او نشان داده می شود هنگامی که تخم مرغ در آب قرار می گیرد، بلافاصله به عمق آب می رود. سپس از آن به اصطلاح پودر جادویی در آب ریخته می شود و همان گونه که نمک در آب ته نشین می شود، تخم مرغ بالا می آید. درمانگر در حالی که این کار را انجام می دهد، از جملات تأکیدی مثبت و اطمینان بخش مرتبط با شرایط بیمارش استفاده می کند. سپس به کودک توضیح می دهد چگونه می تواند با استفاده از این جملات تأکیدی مثبت خود را از عمق مشکلاتش بالا بکشد.

گفتگوی درونی و الگوسازی نقش ها

گفتگوی درونی یکی از عناصر بهبود اعتماد به نفس است. هلمستتر (۱۹۸۶) به این نکته اشاره می کند که کودکان گفتگوی درونی را به طور طبیعی می پذیرند و نسبت به جملات مثبت راجع به خود تمایل بیشتری دارند. کودکان بسیار نزدیکتر به درونمایه ی اصلی خود هستند که با آن به دنیا آمده اند:

"ما درست تا زمانی که برنامه ریزی نشده باشیم که باور کنیم چه چیزهایی را نمی توانیم انجام دهیم، عیناً مانند کودکان مایلیم فکر کنیم چه کاری می توانیم

@karnil

انجام دهیم." در نتیجه گفتگوی درونی عنصر مهمی در مداخلاتی می باشد که قرار است راجع به اعتماد به نفس کودک کاری انجام شود.

دیگر نمایش عروسکی مورد استفاده در *CBPT* شامل بررسی تفاوت میان اعتماد به نفس زیاد و کم است. درمانگر به شاخص های این دو مسئله اشاره می کند که می توانند شامل چنین مواردی باشند:

اعتماد به نفس زیاد	اعتماد به نفس کم
امن	ناامن
با اعتماد به نفس	ترسو
مشتاق یادگیری	بی اطمینان به خود
بازخورد مثبت به دیگران	تضعیف دیگران
همکاری کننده	ستیزه جو
عدم ترس از تجربیات جدید	ترس از تجربیات جدید
قاطع	پرخاشگر
پیدا کردن دوست به راحتی	دشواری در پیدا کردن دوست

از کودکان خواسته می شود عروسک های خود را انتخاب کرده و یک ستون از این شاخص ها یا ترکیبی از هر دو را در نمایش ارائه دهند. افراد دیگری که این نمایش را نگاه می کنند، باید حدس بزنند هر کدام از این نقش ها مربوط به کدام شاخص می باشد. سپس می توان جای افراد را عوض کرد و پس از انجام نمایش های گوناگون، مباحثاتی در رابطه با این که چگونه عروسکی که اعتماد به نفس پایینی داشته می تواند تصویر فردی بهتری از خود بسازد، انجام داد. می توان از شیوه های گوناگونی برای این تکنیک استفاده کرد. به طور مثال از بیمار خواست مشخصه ای را انتخاب کند که خود با آن بیشتر دچار مشکل است. در فعالیت های گروهی، کودکان می توانند موارد دیگری را به تصویر بکشند. به طور مثال مشکلاتی که در خانه یا مدرسه دارند را در نمایش خود استفاده کنند. پس از پایان نمایش ها

@karnil

با کودکان راجع به این مسائل و برطرف کردن آن ها سخن گفته می شود.

دیگر تکنیک های *CBPT* برای ایجاد مهارت های سازش و تغییر تحریفات شناختی

متخصصان *CBPT* علاوه بر مسائل اعتماد به نفس، اغلب با مراجعینی مواجهند که مشکلات شان شامل کنترل عصبانیت، ترس و وحشت و مسائل هوش هیجانی می شود.

تکنیک های کنترل عصبانیت

تکنیک ***"سکه"*** (فری، منتشر نشده) به بیمار و درمانگر کمک می کند راجع به جملات و عبارات تأکیدی که بیمار از آن ها استفاده می کند، بحث کنند. از بیمار خواسته می شود تعدادی سکه را روی یکدیگر به صورت صاف و منظم قرار دهد. معمولاً به فرد اجازه داده می شود به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه این کار را ادامه دهد. هنگام انجام این کار او اغلب افکار و جملاتی را که برای کنار آمدن با یک مسئله به کار می برد، بیان می کند تا بتواند سکه ها را به دقت و بدون این که بریزند، روی هم بچیند. این شیوه می تواند یک تکنیک ارزیابی مفید در *CBPT* باشد، زیرا آشکار کننده ی مهارت های کنونی بیمار برای کنترل عصبانیتش می باشد (برخی از بیماران به راحتی این کار را رها می کنند و کاسه ی صبرشان لبریز می شود. برخی دیگر حتی سکه ها را روی میز پرت می کنند که نشان دهنده ی میزان تحمل پایین آن ها می باشد و سپس می گویند انجام این کار غیر عملی است). برای بدست آوردن بینش بیشتر نسبت به مهارت های حل مشکل و گفتگوی درونی، بازی **میز گرد تخصصی** می تواند بسیار مفید باشد (کادوسون و شفر، ۲۰۰۰). در این بازی کودک نقش متخصص را بازی می کند و به طور مثال شنونده یا بیننده ای تماس گرفته و مشکل خود را بیان می کند. درمانگر می تواند هم نقش میزبان گفتگو و هم تماس گیرنده را ایفا کند. مشکل تماس گیرنده در واقع همان مشکلی است که کودک دچار آن می باشد. کودک می تواند از یک عروسک نمایشی یا درمانگر کمک بگیرد. بین این تماس های

فرضی کودک و درمانگر راجع به مسائل گوناگون با یکدیگر صحبت می کنند، اما مشکلاتی که در این تماس ها مطرح می شوند، باید مرتبط با مشکلات کودک باشند. فیلمبرداری از این جلسه برای بررسی های آتی مفید است. هم چنین می توان این فیلم را به والدین نشان داد تا از مشکلات کودک شان و مهارت های سازش او بیشتر مطلع شوند.

می توان تصویری از علامت توقف یا یک دست که به حالت ایست بلند شده را به کودک داد تا استعاره ای از هدف درمان باشد، یعنی این که کودک به دام واژه ها یا اعمال دیگران نیفتد. باید برای او توضیح داده شود دیگران برای قدرت یافتن بر او و کنترل کردنش، وی را وارد این درگیری ها می کنند.

درمانگر با گفتگوهایی که با بیمار انجام می دهد، عوامل تحریک کننده ی او را شناسایی می کند. سپس نام این محرک ها روی کاغذهایی نوشته می شود و هنگامی که درمانگر آن ها را نام می برد (مانند : تأخیر...)، کودک دست خود را به علامت توقف بالا می برد تا هنگامی که با این مشکلات مواجه می شود، به یاد آورد به دام آن ها نیفتد.

می توان جملات تأکیدی منطقی تری راجع به عصبانیت و دیگر مشکلات آموخت. از کودک خواسته می شود دست های خود را مشت کند، در حالی که انگشت شست را بیرون نگهداشته است. بر روی یک شست او چشم هایی با حالت اخمو و بر روی شست دیگر چشم هایی آرام کشیده می شود. سپس از کودک خواسته می شود گفتگویی بین این دو شخصیت انگشتی ایجاد کند. انگشت عصبانی می تواند هنوز راجع به آنچه که به او گفته شده، فکر کند و عصبانی باشد و یا حتی بخواهد فرد دیگری را برای این که او را رنجانده، آزار دهد. از سوی دیگر دوست انگشتی آرام سعی می کند به دوست عصبانی اش کمک کند تفکر مثبت تری داشته باشد. ممکن است درمانگر نقش این عروسک انگشتی را ایفا کند.

یک تکنیک بازی درمانی دیگر برای کمک به کودکان در کسب مهارت های سازش، جدول ***"خوب ها و بدها"*** می باشد. روی تخته یا وایت بورد یک جدول دو ستونی کشیده می شود که استراتژی های مناسب و نامناسب برای کنترل عصبانیت و سازش با آن نوشته شده اند. از کودک خواسته می شود جلوی استراتژی های

@karnil

مناسب یک دایره بکشد و جلوی استراتژی های نامناسب ضربدر بزند. به طور مثال می توان در خانه های این جدول نوشت :*"احساساتت رو با واژه ها بیان کن"*، *"به یک بالش ضربه بزن"*، *"هرگز با کسی که تو رو عصبانی کرده، دیگه صحبت نکن"* و...

برای این که بیمارانی در هر سن ارزش مواجهه با عصبانیت به شیوه ای تدریجی و مثبت را بیاموزند، نه این که ناگهان از شدت عصبانیت منفجر شوند، می توان از بادکنک کمک گرفت. از کودک خواسته می شود بادکنک را باد کرده، سپس انتهای آن را محکم ببندد و پس از باد کردن بادکنک به هر شیوه ای که مایل است آن را بترکاند. دوباره از کودک خواسته می شود بادکنک دیگری را باد کند، اما آن را نبندد تا هوای آن به تدریج خارج شود. از او پرسیده می شود در این دو وضعیت چه حسی داشته است. اغلب کودکان می گویند هنگامی که می خواستند بادکنک را بترکانند، عصبی بوده یا احساس اضطراب و تنش داشتند. در حالی که وقتی هوای بادکنک به تدریج از آن خارج می شد، احساس امنیت می کردند و خوشحال بودند بدون این که کسی آسیب ببیند، هنوز هم قادرند هوا (عصبانیت) را از بادکنک (خود) خارج نمایند.

تکنیک های آرامش (ریلکسیشن)

تکنیک های آرام بخش جزء لاینفکی از مداخلات *CBPT* هستند. این تکنیک ها برای حساسیت زدایی و دیگر مشکلات بیمار استفاده می شوند. در یک شیوه درمانگر از بطری های آب معدنی، رنگ خوراکی، آب، سنگ های تزئینی، چسب، عکس های کوچکی از خانواده یا دوستان و روغن استفاده می کند. سپس از فرد خواسته می شود به بطری ها آب و رنگ دلخواه خود را اضافه کند. سنگ های رنگی، روغن و دیگر اشیاء کوچکی که برای کودک به عنوان یک سمبل شناخته می شوند، به آن اضافه می گردد. پس از این مرحله در بطری بسته شده و عکس ها روی آن چسبانده می شوند. نهایتاً درمانگر در بطری را می چسباند تا محتوای آن سالم باقی بماند. این بطری در واقع تبدیل به یک گوی برفی می شود که به فرد برای کسب آرامش کمک می کند. درمانگر سپس از او می پرسد چرا این اشیاء

خاص را انتخاب کرده است. تمرین خانگی این تکنیک می تواند نگاه کردن به بطری، نفس عمیق و تمرکز بر آرامش باشد.

تکنیک دیگری که ***"مربع تنفس"*** نامیده می شود نیز می تواند برای کسب آرامش به افراد کمک کند (کار،۲۰۰۰). در این شیوه جدولی کشیده می شود که به ۴ بخش تقسیم شده است. در خانه های این جدول توضیحاتی ارائه شده که از این قرارند :

۱. به مدت ۴ ثانیه نفس تان را به درون بکشید.	**۲. نفس خود را به مدت ۴ ثانیه نگاه دارید.**
۳. به مدت ۴ ثانیه عمل بازدم را انجام دهید.	**۴. ۴ ثانیه مکث کنید.**

تکنیک های CBPT برای توانمند سازی هوش هیجانی

اغلب مدل های هوش هیجانی شامل خود آگاهی، تعدیل و تنظیم شرایط فردی، همدلی و عناصر مهارت های اجتماعی می شوند. در حالی که کسب این مهارت ها می تواند از طریق تکنیک های متعددی انجام گیرد، برخی از تکنیک های خاص *CBPT* نیز وجود دارند که برای آن مفید هستند.

در یکی از این تکنیک ها از یک بازی پینگ پونگ مانند به صورت کلامی استفاده می شود، یعنی درمانگر بازی را با گفتن یک جمله ی تأکیدی مثبت آغاز کرده و سپس نوبت به بیمار می رسد که جمله ی دیگری بگوید و این روند درست مانند یک بازی پینگ پونگ به صورت رفت و برگشتی ادامه می یابد.

برای این که به کودک کمک شود مهارت های سازش را درک کند، از تکنیک های تأخیری نیز می توان استفاده کرد. در این شیوه درمانگر شکلات یا آبنبات مورد علاقه ی کودک را به او می دهد. سپس به او می گوید برای چند دقیقه اتاق را ترک خواهد کرد و اگر کودک در طول این مدت شکلات خود را نخورد، یک شکلات دیگر جایزه می گیرد. درمانگر هنگامی که پس از ۵ تا ۱۰ دقیقه به اتاق باز می گردد، با کودک راجع به استراتژی هایی صحبت می کند که او

@karnil

می تواند هنگامی که طاقت انتظار کشیدن را ندارد، از آن ها استفاده کند. اغلب کودکانی می توانند این زمان تأخیر را با موفقیت سپری کنند که مشغول آواز خواندن یا قدم زدن در اتاق می شوند، یا حواس خود را از خوراکی پرت می کنند. اما کودکانی که دائم به خوراکی خیره می شوند، آن را بو کرده یا لیس می زنند و یا تکه ی اندکی از آن را می چشند، نمی توانند در این مدت تاب بیاورند. باید به کودک کمک شود این تکنیک های سازش را در زندگی روزمره ی خود مورد استفاده قرار دهد.

برای کاهش تحریفات شناختی می توان از تکنیکی به نام *S.N.A.P* [۲۵۹] استفاده کرد (فری و فیتزهریس،۱۹۹۹). این حروف اختصاری به معنای *" اکنون متوقف شو و تأمل کن"* می باشند. از کودک خواسته می شود به گفتگوی درونی خود توجه کند و هنگامی که اشتباه است، دست خود را به علامت ایست بالا بیاورد و راجع به آن تأمل بیشتری داشته باشد. این شیوه به او کمک خواهد کرد حواسش از محرک های مشکل ساز پرت شود و با تغییر گفتگوی درونی، احساسات خود را کنترل کند.

استفاده از حقه های شعبده بازی برای گسترش مهارت های سازش

نوآوری و شادی و تفریحی که در شعبده بازی وجود دارد، به درمانگران این فرصت را می دهد هر چه بیشتر در تکنیک های کسب مهارت های سازش فعالیت کنند. از این شیوه خصوصاً می توان برای افرادی که به درمان مقاومت نشان می دهند و یا مشکل خود را انکار می کنند، استفاده کرد. باید از حقه هایی استفاده شود که یادگیری آن ها آسان بوده و مواد بی خطری در آن ها به کاررفته باشد تا برای بیمار قابل دسترسی باشند و از همه مهم تر استعاره هایی در آن ها موجود باشد که مرتبط با مشکلات بیمار است.

در یکی از این تکنیک ها نیاز به تخم مرغ، دو ظرف و یک ماژیک است. در هر دو ظرف تعدادی تخم مرغ قرار داده می شود که بر روی برخی از آن ها جملات

****

[259] *Stop Now And Pause*

@karnil

منفی و بر روی تخم مرغ های ظرف دیگر جملات مثبت نوشته شده است. بـه طـور مثـال : *"ایـن مغـز توئـه و بهـت میگـه احمقـی"*. از کـودک خواسـته مـی شـود تخم مرغ هایی که روی آن ها جملات منفی نوشته شده است را روی میز قرار دهـد و آن هـا را بچرخانـد (امـا تخـم مـرغ هـا بـه خـوبی نمـی چرخنـد). سـپس بایـد تخم مرغ هایی را انتخاب کند که روی آن هـا جمـلات مثبـت نوشـته شـده اسـت. *"ذهنت به تو میگه خیلی دوست داشتنی هستی."* این بار تخم مـرغ هـا بـه خـوبی می چرخند. می توان چند بار این کار را تکرار کرد تا کـودک متوجـه شـود عبـارات تأکیدی مثبت همواره به او کمک خواهند کرد. حقه ای که در ایـن تکنیـک وجـود دارد این است که تخم مرغ های ظرف جملات مثبت به طور کامل پخته شـده انـد، در نتیجه به خوبی می چرخند.

قدرت حل مشکل می تواند در این حقه آشکار شود: درمـانگر یـک اسـکناس را روی میز قرار داده، سپس یک لیوان روی آن می گذارد. از کودک خواسته می شـود اسکناس را بدون دست زدن به لیوان، از زیر آن بردارد. نحوه ی انجام کار این اسـت که درمانگر شروع به لوله کردن اسکناس از یک انتها می کند و به همین شکل لولـه کردن را ادامه می دهد تا به لیوان برسـد. سـپس در حـالی کـه بـه کـارخود ادامـه می دهد، باعث می شود لیوان به آهستگی کنار برود، بدون این که به آن دسـت زده باشد.

درمانگر با کودک راجع به این مسئله صحبت می کند که برای حـل مشـکلات همواره می توان از قدرت خلاقیت استفاده کرد و همیشه باید به دنبال شـیوه هـایی جدید برای حل مشکلات بود و تسلیم نشد.

نمونه پرونده های CBPT

در ادامه به برخی پرونده های بیمارانی اشاره شده که از تکنیک *های CBPT* در سنین مختلف برای شان استفاده شده است. بسیاری از تکنیک هایی که در این جـا توضیح داده شدند را می توان در این موارد مشاهده کرد. این پرونده ها پیرو الگـوی ۳ مرحله *ای CBPT* یعنی مرحله ی ارزیابی، میانی و خاتمه هستند.

@karnil

ترس از حشرات

جیسون پسر ۴ ساله ای بود که توسط والدینش به خاطر ترس از حشرات و زنبور مراجعه کرده بود. پسرک هنگامی که ۱۸ ماهه بود، به طور تصادفی پایش را روی یک زنبور گذاشته و دچار گزیدگی شده بود. هم چنین در سن ۳ سالگی به طور اتفاقی نزدیک لانه ی زنبورها شده بود و ۲۵ جای گزش در بدن او پیدا شد. به این شکل او از هر چه که پرواز می کند، حتی مگس ها می ترسید. والدینش اظهار داشتند که در بیرون بردن او حتی برای یک پیاده روی کوتاه دچار مشکل هستند، زیرا او بسیار می ترسد که حشره ای نزدیک او بیاید و او را نیش بزند. رویدادی که باعث مراجعه ی آن ها به پزشک شده بود، پیک نیک دسته جمعی با همکاران پدر جیسون بود. در پیک نیک هنگامی که حتی مگسی از کنار جیسون می گذشت، او چنان جیغ های گوشخراشی می کشید که توجه تمام افرادی که دور و بر آن ها بودند را به خود جلب می کرد. والدینش به این نتیجه رسیدند که استرس او به مرحله ای فوبیا مانند رسیده و باید درمانی برای او انجام می گرفت.

جیسون حتی قبل از ورود به مطب درمانگر نیز دچار اضطراب بیش از حدی بود، چون در مسیر گل های زردی کاشته شده بود و حتی با این که حشره ای در آن جا پرواز نمی کرد، کودک گل ها را با زنبورها یکی می دانست و حضور هر کدام از آن ها دلیل بر حضور دیگری بود. با این رفتار درمانگر کاملاً متوجه شد کودک تا چه حد از حشرات می ترسد.

پس از این که درمانگر رابطه ی خوبی با جیسون برقرار کرد و با او راجع به چیزهایی بجز حشرات سخن گفت، از تکنیک صفحه ی شنی استفاده نمود که یک مگس پلاستیکی را نیز در آن قرار داده بود. کودک حتی نمی توانست به آن نگاه کند و به سرعت عقب رفت. درمانگر سپس یک حیوان عروسکی را به او معرفی کرد که به نظر او کمتر برای جیسون تهدید کننده بود. هدف حساسیت زدایی با استفاده از حیوانات دیگر تعیین شده بود تا سپس به ترس او از حشرات پرداخته شود. ۲ عروسک نمایشی برای این کار انتخاب شدند و این سلسله مراتب توسط آن ها تعیین شد :

۱. نگاه کردن به یک حشره ی پلاستیکی از آن سوی اتاق (هیچ مگسی به جیسون آسیب نرسانده بود، اما او تقریباً از تمام موجودات پرنده می ترسید.)
۲. نگاه کردن به مگس پلاستیکی از فاصله ی ۶۰ سانتیمتری،

@karnil

۳. نگاه کردن به مگس پلاستیکی از کنار صفحه ی شنی،
۴. لمس کردن مگس،
۵. نگهداشتن مگس برای چند ثانیه،
۶. نگهداشتن مگس برای یک دقیقه،
۷. نگاه کردن به مگس و زنبور پلاستیکی از آن سوی اتاق،
۸. نگاه کردن به مگس و زنبور پلاستیکی از فاصله ی ۶۰ سانتیمتری،
۹. نگاه کردن به مگس و زنبور پلاستیکی از کنار صفحه ی شنی،
۱۰. لمس کردن زنبور پلاستیکی،
۱۱. نگهداشتن زنبور برای چند ثانیه،
۱۲. نگهداشتن زنبور برای یک دقیقه،
۱۳. بازی با مگس و زنبور پلاستیکی در صفحه ی شنی،
۱۴. سر هم کردن داستانی راجع به زنبور و مگس (هدف بررسی گفتگوی کودک با خود و ارزیابی آن بود.)،
۱۵. نگاه کردن به تصاویر یک زنبور در کتاب،
۱۶. نگاه کردن به تصاویر چند زنبور در کتاب،
۱۷. نگاه کردن به زنبورها در تلویزیون یا فیلم،
۱۸. رفتن به یک پیاده روی کوتاه با والدین با احتمال برخورد با زنبور یا مگس،
۱۹. رفتن به پارک برای پیک نیک با غذاهایی که ممکن است باعث نزدیک شدن زنبورها یا مگس ها شود،
۲۰. رفتن به یک باغ،
۲۱. رفتن به باغ گیاه شناسی،
۲۲. رفتن به محل نگهداری کندوهای زنبور عسل.

ابتدا عروسک درمانگر در حالی که کودک او را نظاره می کرد، نگاه کردن به مگس پلاستیکی را الگو سازی نموده و جملاتی مانند : *"من حالم خوبه، من چیزیم نمیشه"* را بیان کرد. در گام سوم عروسک درمانگر تکنیک مربع تنفس را یاد گرفت. عروسک کودک نیز این شیوه را آموخت. طی این گام های سلسله مراتبی همواره از جملات تأکیدی مثبت استفاده می شد، متی در مراحل ۱۸ تا ۲۲. والدین نیز از جملات تأکیدی مثبت و تشویق کودک شان استفاده می کردند.

در مرحله ی بیستم از تکنیک های تجسم استفاده شد و کودک تشویق می شد خود را به صورت موجودی قدرتمند تصور کند، در حالی که حشرات مخصوصاً زنبورها به عنوان موجوداتی

@karnil

کوچک و بی دفاع و نه به هوشمندی انسان ها معرفی شدند. کودک با کمک درمانگر یک کتاب داستان درست کرد که قصه ی درباره ی یک پسر و زنبورها بود. این کتاب به والدین کمک می کرد در صورت بروز مجدد مشکل، از آن به عنوان یادآوری استفاده کنند. در این مرحله کودک از جملات تأکیدی مثبت مانند *"من خونسردم، من شجاعم."* استفاده می کرد. هنگامی که خود کودک، والدین و درمانگر به این نتیجه رسیدند که او برای بازدید از کندوی زنبور عسل آماده است، درمانگر یک جلسه ی پیش بازدید تشکیل داد که در آن عروسک نمایشی جملات تأکیدی مثبت و آرامش بخش را در حضور تعداد زیادی زنبورهای پلاستیکی الگوسازی کرد. در محل کندو نیز والدین و درمانگر متی شخص زنبوردار این استراتژی ها را برای جیسون الگوسازی کردند. در طول این فرآیند حساسیت زدایی، سرعت کار بسیار بستگی به خود جیسون داشت. در مرحله ی دهم و نوزدهم پسروی اندکی مشاهده شد، اما از تشویق رفتارهای دیگر استفاده شد تا الگوی شجاعت دوباره غالب شود.

فرآیند درمان هنگامی خاتمه یافت که کودک در وقفه های ۲، ۴ و ۶ هفته ای توانست رفتارها و الگوهای کسب شده را حفظ کرده و از آن ها استفاده کند.

بیماران مقاوم یا قرار گرفته در وضعیت انکار

نمونه ای که در این جا ارائه می شود، مثالی از کارایی بازی درمانی با بیمارانی است که نسبت به فرآیند درمان مقاومت نشان می دهند. هم چنین در این جا *CBPT* برای یک نوجوان ۱۲ ساله استفاده شده است، نه یک کودک خردسال. در حالی که باید گفت اغلب رویکردهای *CBPT* معطوف به این گروه سنی می باشند. این بیمار دچار مشکلات کنترل عصبانیت بود و از تکنیک هایی مناسب با سطح رشد او استفاده شد.

نمونه پرونده

کتی دختری ۱۲ ساله بود که برای مشکلات کنترل عصبانیتش ارجاع داده شد. والدینش گزارش کردند او قبلاً دچار چنین مشکلاتی نبوده و اصولاً بچه ی راحتی بوده است. اما هنگامی که وارد دوره ی راهنمایی شده بود، هر چه بیشتر از والدینش سرپیچی می کرد. پدر و مادر کتی علیرغم این که نافرمانی های او هر روز بیشتر می شد، گمان کرده بودند نیازی به مشاوره ندارد، زیرا

@karnil

بخشی از این مشکلات را مرتبط با دوران بلوغ او می دانستند.

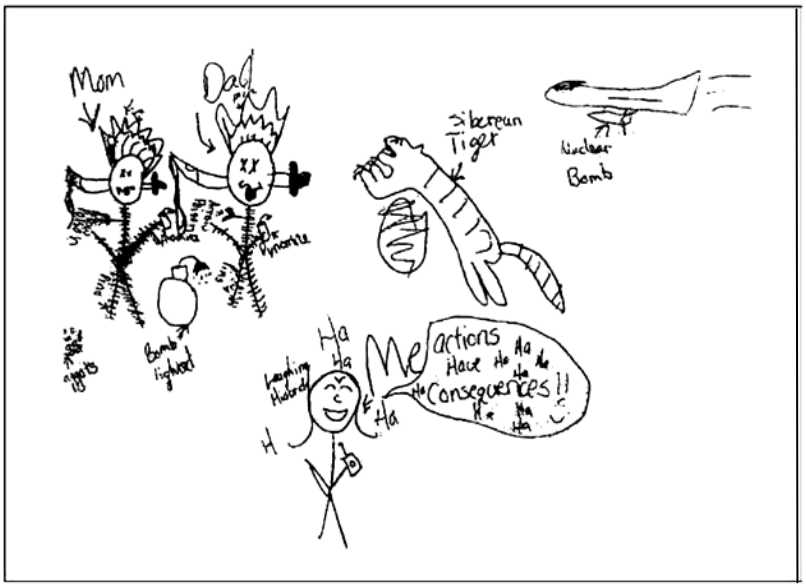
کتی بارها به پدر و مادرش گفته بود شب منزل دوستانش می ماند، اما اغلب بین ساعت ۲ تا ۶ صبح در شهر پرسه می زد. هم چنین دیگر تمایلی به انجام تکالیف مدرسه اش نداشت، در حالی که در دوران دبستان همیشه نمره های عالی می گرفت. رفتارهای او هر روز وخیم تر می شد و هنگامی که والدینش از نصیحت های خود به نتیجه ای نرسیدند، برای مشاوره آمدند.

هنگامی که درمانگر با کتی برای اولین بار گفتگو کرد، او اصرار داشت که هرگز عصبانی نمی شود و این مراجعه مضمک است و او قصد همکاری ندارد. درمانگر که این مقاومت و انکار را مشاهده کرده بود، تصمیم گرفت از یکی از تکنیک های CBPT استفاده کند.

برای کتی از تکنیک چیدن سکه ها روی هم استفاده شد. هنگامی که او این کار را به عنوان یک بازی درک کرد، به درخواست درمانگر پاسخ داد. کتی ابتدا می گفت امکان ندارد این همه سکه بدون تکیه داشتن به جایی روی هم باقی بمانند، اما تشویق شد کار خود را ادامه دهد. او خیلی زود خسته شد و گفت: *"من نمیتونم این کارو انجام بدم. این واقعاً احمقانه است."* او هم چنین بر این عقیده بود که درمانگر از او بیش از حد انتظار دارد و نهایتاً تمام سکه ها را روی زمین پخش کرد. با توجه به این سطح تحمل کم کتی، درمانگر از والدین خواست تا برای دیر آمدن به خانه یا دیگر رفتارهای نامناسبش او را نصیحت نکنند، بلکه تنبیهی به عنوان عواقب این رفتارها برای او در نظر بگیرند. پدر کتی قبل از جلسه ی دوم با درمانگر تماس گرفت و گفت آن روز صبح یک نقاشی کنار تخت کتی پیدا کرده است که بسیار باعث نگرانی اش شده و می خواست آن را فوراً به مطب فکس کند.

همان گونه که در نقاشی مشخص است، کتی پدر و مادر خود را کشیده که ۲ شمشیر از سر آن ها عبور کرده است. هم چنین تیرهای زهرآلود در تمام بدن آن ها فرو رفته، در دست های شان دینامیت قرار دارد و می بینیم موهای آن ها نیز آتش گرفته و حتی بین آن دو یک بمب نیز وجود دارد. از سوی دیگر یک ببر و موشک نیز در حال حمله به آن ها هستند. کتی خود را در حالی کشیده بود که یک کنترل از راه دور برای بمب در دست دارد و در حالی که می خندد، می گوید : *"همه ی کارها عواقبی دارند!"*.

@karnil



پدر کتی آن قدر نگران بود که گمان می کرد او حتماً می خواهد آن شب آن ها را به قتل برساند. درمانگر متوجه شد این دقیقاً جمله ای بوده که والدین کتی برای بدرفتاری هایش به او گفته بودند. در حالی که این نقاشی زنگ خطری برای والدین بود، اما یک ابزار ارزیابی بسیار عالی برای درمانگر به شمار می رفت تا تحریفات شناختی کودک را شناسایی کند. به طور مثال او با خود گمان می کرده *"والدین من نمیتونن منو کنترل کنن"*، *"من قدرتمندم و هر کاری رو که بخوام، میتونم انجام بدم."* تمام این کژنمایی ها در واقع جبرانی برای احساس بی کفایتی و ناتوانی در برآورده کردن انتظارات والدین بود. درمانگر والدین را آرام ساخت و به آن ها گفت این نقاشی تنها ابراز عصبانیت کودک بوده است. درمانگر از تکنیک های گوناگونی برای کتی استفاده کرد. در این جا به تکنیک مصاحبه با متخصص اشاره می کنیم. هنگامی که تماس گیرنده ی فرضی برای مشکلات کنترل عصبانیتش تماس می گرفت، کتی ابتدا می گفت: *"فقط جیغ بزن"*، *" اشیاء رو به این طرف و اون طرف پرت کن و یا تهدید کن که فرار می کنی."* اما با الگوسازی های درمانگر و تغییر نقش در این مصاحبه ها، کتی نهایتاً توصیه های مناسب تری ارائه می داد.

از تکنیک *"بادکنک های عصبانیت"* (کادوسون و شفر، ۲۰۰۰) نیز برای کتی استفاده شد. پس از انجام این تکنیک، درمانگر مفصلاً راجع به جملات تأکیدی و اجازه دادن به خروج عصبانیت به صورت تدریجی صحبت کرد. چند جلسه صرف استفاده از این جملات تأکیدی مثبت همراه با

@karnil

تشویق والدین برای به کارگیری آن ها شد. برای کمک به کتی تا بتواند خود را آرام کند، بطری آب آرام بخش و ۴ تکنیک تنفس به کارگرفته شد. تکنیک تنفس هم چنین به والدین نیز آموزش داده و توصیه شد. هرچند درگیری های بین کتی و والدینش کماکان ادامه داشت، اما او از تکنیک هایی که یاد گرفته بود استفاده می کرد تا خود را آرام سازد.

در مرحله ی پایانی برای اجتناب از بروز مجدد مشکلات، از کتی خواسته شد نامه ای به خود بنویسد و فهرستی از مهارت هایی که برای کنترل عصبانیتش آموخته بود را در آن ذکر کند و خود را ملزم سازد در صورت عصبانیت از آن ها استفاده نماید. این نامه در مطب پزشک در پاکتی قرار گرفت و مهر و موم شد و دو ماه بعد به عنوان یک یادآوری برای کتی پست شد تا هم چنان از مهارت های جدید و مفیدش استفاده کند.

همان گونه که مشاهده می شود، در حالی که ممکن بود رفتارهای کتی به خشونت های علنی تبدیل شود، مداخلات *CBPT* از این کار جلوگیری کرد و به کتی و والدینش کمک شد تعامل بهتری با یکدیگر داشته باشند و او بهتر بتواند عصبانیتش را کنترل کند.

خلاصه

در این بخش ارزش استفاده از بازی درمانی خصوصاً *CBPT* مورد بازنگری قرار گرفت و به تکنیک هایی اشاره شد که در مواجهه با مشکلات متعددی از جمله عدم اعتماد به نفس، کمبود مهارت های سازش و تحریفات شناختی به کارگرفته می شوند.

آنچه که بیش از پیش برای متخصصان *CBPT* در برخورد با بیمارانی در همه ی گروه های سنی آشکار می شود، همان جمله ی هنری فورد است که سال ها پیش گفته است: ***"چه فکر کنید می توانید یا نمی توانید کاری را انجام دهید، حق با شماست."***

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش نوزدهم

بازی درمانی برای مدیریت نا خشنودی:

تکنیک لاک پشت و ماوراء

اوا فیندلر

ظرفیت های هیجانی و احساسی در کودکان

اخیراً توجه بسیار زیادی بر نقش بنیادین ظرفیت هیجانی در رشد کودکان شده است. توانایی درک مفهوم هیجانات، ابراز آن ها و تعدیل احساسات و هیجانات برای عملکرد اجتماعی همه ی کودکان و انطباق آن ها با جامعه، جزء عناصر کلیدی محسوب می شود (هارویگ هورست، هارلی و پرایر،۲۰۰۴).

سارنی در سال ۱۹۹۹ مدلی از ظرفیت هیجانی را ارائه کرد که در آن، بر تعدیل کننده های شناختی و اجتماعی تأکید شده بود و برخی مهارت های کلیدی مانند آگاهی از احساسات و هیجانات خود و توانایی ارزیابی هیجانات دیگران و کنار آمدن با هیجانات دشوار به صورت سازگارانه شناسایی شد (سوواژ، ساوتهم – گرو، گودمن و کندال،۲۰۰۷). بسیاری دیگر نیز اختلال تعدیل احساسات و هیجانات در کودکان را به عنوان یک عامل خطر برای ابعاد گوناگونی از آسیب های روانشناختی در نظر گرفته اند (کینن،۲۰۰۰). از همین جهت مداخلات و

@karnil

برنامه های پیشگیری متعددی که هدف آن ها کودکان است، اکنون شامل بخشی با تأکید بر مسائل هیجانی و احساسی می شوند. به طـور مثـال ایـزارد، ترنتـا کاسـتا، کینگ و موستو (۲۰۰۴) یک آموزش هیجانی برای کودکان خردسال را ایجاد کردند که در آن معلمان با استفاده از عروسک های نمایشی و داستان هـای گونـاگون، ۲۲ جلسه ی آموزشی راجع به احساسات و هیجاناتی مانند شادی، انـدوه، عصـبانیت و ترس اجرا می کنند. نتایج ارزیابی های قبل و پس از این جلسات، نشـان مـی دهـد آگاهی کودکان از هیجانات گوناگون افزایش یافته و هم چنین بهتـر مـی توانسـتند احساسات و هیجانات خود را کنترل و تعدیل کنند.

یکی از جامع تـرین برنامـه هـایی کـه بـرای تقویـت ظرفیـت هـای هیجـانی و اجتماعی کودکان خردسـال شـکل گرفتـه اسـت، برنامـه ی ***"دینـو دایناسـور"*** می باشد که توسط کارولین وبستر- استراتون و همکارانش ایجاد شد. این برنامه بـر آموزش مهارت هایی مانند سواد هیجانی و احساسی، همدلی، دوستی، مهارت هـای تعامل، کنترل عصبانیت و حـل مشـکلات بـین فـردی تأکیـد دارد. ایـن برنامـه ی ۲۰ هفته ای که برای کودکانی با مشکلات رفتاری بین سنین ۴ تا ۸ سالگی طراحی شده، به استدلالات شناختی می پردازد. در این برنامه ابعـاد شـناختی، احساسـی و رفتاری با یکدیگر تلفیق شده و کودکان با تماشا کردن عروسک های نمایشـی، الگـو گرفته و از رویکردهای گوناگون دیگری مانند قصه گویی، ایفـای نقـش، بـازی هـای خیالی، دادن سـر نـخ، تشـویق توسـط دیگـران و هـدایت نیـز اسـتفاده مـی شـود. ارزیابی های برنامه نشان دهنده ی کارایی کوتاه و بلند مدت در مورد کودکانی است که به کلینیک های مشاوره ی روانی مراجعه کرده بودند. هم چنین هنگامی که این برنامه در محتوای برنامه های آموزشی والدین قرار گرفـت، نتـایج مشـابهی داشـت. می توان گفت این شیوه یکی از برنامه هایی اسـت کـه تأکیـد ویـژه ای بـر کنتـرل عصبانیت داشته است.

در مدل تئوری CBT تجربه ی عصبانیت از نظر شدت و مـدت زمـان متفـاوت است، زیرا در محتواهای گوناگون روابط بین فردی شکل می گیـرد. ابـراز عصـبانیت به عنوان توانایی انجام عملی با نشان دادن آن، سرکوب کردن یا کنار آمدن با آن به صورتی پویا و مناسب شناخته می شود که در افراد متفاوت اسـت (شوخودولسـکی،

@karnil

کاسینوف و گورمن،۲۰۰۴). عصبانیت یک ساختار پیچیده ی احساسی شامل اجزای فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری می باشد که کودکان از میان دیگر هیجانات گوناگون غلبه بر آن را می آموزند. ارتباط بین رفتارهای پرخاشگرانه و عصبانیت برای اغلب کودکان امری عادی است (لارسون و لاکمن،۲۰۰۲) و اغلب آن ها یاد می گیرند چگونه رفتارهای پرخاشگرانه ی خود را کنترل کرده و تجربه ی هیجانی شان را به شکلی مناسب با هنجارهای اجتماعی ابراز کنند.

در هر حال کودکان بسیار زیاد دیگری نیز هستند که قادر به تعدیل هیجانات خود نبوده و از آن جا که نمی توانند محرک های آن را کنترل کنند، به محض این که الگوهای پرخاشگری در آن ها به صورت ثابت مشاهده شد، نیاز به مشاوره و مداخلات روانشناختی دارند.

عصبانیت و پرخاشگری در کودکان خردسال

کودکان بسیاری به علت این مشکلات به مشاوران و متخصصان روان درمانی ارجاع داده می شوند. بسیاری از عواملی که منجر به بروز عصبانیت و پرخاشگری می شوند، تاکنون شناسایی شده و شامل مواردی از این دست هستند: عدم کنترل خشم، ناتوانی در تعدیل احساسات و پردازش اطلاعات اجتماعی، برخوردهای خصمانه و مهارت های ضعیف در حل مشکلات. برخی عوامل خطر محیطی نیز وجود دارند که شامل سختگیری بیش از حد والدین، نظارت کم و بی کفایتی در پرورش کودک می شوند (فیندلر،۱۹۹۵). عدم وجود الگوهای اصلاحگر در تعاملات خانوادگی و فقدان رفتارهای مثبت والدین نیز از دیگر موارد تأثیر گذار بر این رفتارهای کودک است (دونپورت و بورژوا،۲۰۰۸).

تعدیل احساسات و هیجانات و کنترل عصبانیت و سرخوردگی، بر مهارت های اجتماعی و شناختی لازم برای عملکرد مناسب کودک در جامعه تأثیرگذار است. کودکان خردسالی که از خود رفتارهای پرخاشگرانه بروز می دهند، احتمالاً سطح شدیدی از احساسات منفی را تجربه کرده و مهارت های درونی معدودی برای کنار آمدن با هیجانات خود و کنترل آن ها دارند. طی ۱۰ سال گذشته پیشرفت های چشمگیری در برنامه های مداخله ی روانشناسی برای کودکان شکل گرفته و با

@karnil

توجه به این که پرخاشگری های کودکان ناشی از نبود یا ضعف مهارت های تعدیل احساسات و کنترل فردی می باشد، برنامه های ویژه ای برای پرداختن به این مشکلات طراحی شدند. هم چنین ممکن است کودکان مشکلاتی در توانایی حل مسائل و ابراز عصبانیت به صورت بهنجار داشته باشند. در نتیجه کودک نیاز به فرا گرفتن راه هایی دارد تا تجربیات احساسی و هیجانی خود را کنترل کرده و ادراک و شناختش راجع به عوامل محرک این رفتارها را افزایش دهد تا بتواند به شیوه ای مناسب با هنجارهای اجتماعی هیجانات خود را بروز دهد (فیندلر و گربر،۲۰۰۸).

یک تجزیه و تحلیل کلان و جامع از رویکردهای *CBT* برای برطرف کردن مشکلات عصبانیت در کودکان و نوجوانان، توسط شوخودولسکی و همکارانش در سال ۲۰۰۴ انجام گرفت. بازنگری این گروه شامل ۴۰ پژوهش بود که در همه ی آن ها برنامه هایی که بر توسعه ی مهارت های رفتاری تأکید داشتند، حجم تأثیرگذاری بیشتری نشان دادند. سوژه های این تحقیقات کودکان بین ۷ تا ۱۷ سال با میانگین سنی ۱۲/۵ بودند که تعداد آن ها به ۱۹۵۳ نفر می رسید. البته باید توجه داشت شاید نتوان نتایج این پژوهش را برای کودکان خردسال یعنی زیر ۷ سال به طور یقین در نظر گرفت (شوخودولسکی و همکاران،۲۰۰۴).

در یک بازنگری جدیدتر از متون پژوهشی (بلیک و همرین،۲۰۰۷)، رویکردهای گوناگونی برای کنترل عصبانیت در کودکان مورد بررسی قرار گرفت که از جمله ی آن ها می توان به *"برنامه ی قدرت ذهن"* برای کودکان کلاس سوم تا اول راهنمایی (هادلی و همکاران،۱۹۹۸)، *"برنامه ی کنار آمدن با عصبانیت"* برای کودکان ۹ تا ۱۲ سال (لارسون و لاکمن،۲۰۰۲)، *"برنامه ی جایگزینی پرخاشگری"* برای نوجوانان (گلدشتاین و گلیک،۱۹۹۴) و بسیاری برنامه های چند قسمتی دیگر اشاره کرد (فیندلر و گاتمن،۱۹۹۴؛ دیفن بیکر، لینچ، اوتینگ و کمپر،۱۹۹۶؛ شوخودولسکی، سولمون و پرین،۲۰۰۰). پژوهش های بسیاری بر روی این برنامه ها صورت گرفته که نتایج امیدوار کننده ای نیز داشته اند. در هر حال هیچ نوع گزارش منتشر شده ای راجع به مداخلات کنترل عصبانیت برای کودکان زیر ۷ سال وجود ندارد.

@karnil

رویکردهای کنترل عصبانیت برای کودکان خردسال

از آن جا که تاکنون استراتژی های کنترل عصبانیت برای کودکان خردسال نـه ایجاد شده و نه مورد ارزیابی قرار گرفته اند، باید نگـاهی عمیـق تـر بـه ابعـاد رشـد کودک و برنامه ریزی های درمانی داشته باشیم.

نقش بازی

بازی های وانمودی کودکان مدت هاست به عنوان حالتی از تعامل اجتمـاعی در نظر گرفته می شود که باعث بهبود تعدیل احساسی و هیجانی مـی گـردد (گـایلر و اوانز،۲۰۰۱). این بازی های نمایشی فرصتی منحصر بـه فـرد بـرای کودکـان ایجـاد می کنند تا مهارت های احساسی و هیجـانی را تمـرین کـرده و در آن هـا توانمنـد شوند. طبق نظر فین (۱۹۸۹) این بازی ها محتوایی را ارائه می دهند کـه در آن هـا تجربیاتی پـردازش، ابـراز و اصـلاح مـی شـوند کـه خـود شـامل سـطوح بـالایی از برانگیختگی های هیجانی هستند. دستمایه ها و داستان هایی کـه در بـازی وانمـود می شوند، قوانین ابراز هیجانات را آموزش می دهند. به طور مثال: کی و چگونه باید عصبانیت را ابراز کرد؟ ابعـاد تعـدیل احساسـات و هیجانـات نیـز در آن هـا آشـکار می شود (گایلر و اوانز،۲۰۰۱). بازی شکلی از یادگیری برای کودکان خردسال اسـت و در هر مداخله ی پزشکی نیز باید به کارگرفته شود. فرم های انتزاعی بازی امکـان تنظیم کردن انگیزه ها، واکنش های احساسی و ادراک اجتماعی را فراهم می سازند (پیترسون و فلاندرز،۲۰۰۵).

بسیاری از کودکان خردسال پرخاشـگر در قـدرت خلاقیـت و تجسـم در بـازی مشکل دارند و به جای آن پرخاشگری خود را با ضربه زدن، پرت کـردن، شکسـتن، گاز گرفتن و یا دیگر رفتارها در طول بازی تخلیـه مـی کننـد. هـم چنـین بـه نظـر می رسد آن ها در بازی های پیچیده و یا شرکت در بازی های نمـادین بـا دشـواری روبرو هستند (لندی و منا،۲۰۰۱).

دیـدگاه هـا راجـع بـه اسـتفاده از اسـباب بـازی هـای خشـن در مـداخلات روان درمانی متغیر است. برخی از درمانگران استفاده از چنین اسباب بازی هـایی را مانند کیسه بوکس برای ابراز هیجانات کودک و شناسایی مشـکلات درونـی الزامـی

@karnil

می دانند (تراتر، اشلمن و لاندرس،۲۰۰۳). در حالی که از نظر برخی دیگر وجود چنین اسباب بازی هایی می تواند مضر باشد. شفر و ماتئی (۲۰۰۵) در بازنگری خود راجع به پرخاشگری کودکان به این نتیجه گیری می رسند که : *"هنگامی که بزرگسالان به کودکان اجازه می دهند پرخاشگری خود را در بازی تخلیه کنند و آن ها را به این کار تشویق می نمایند، احتمال بسیار زیادی وجود دارد که این رفتار در کودک تثبیت شده و افزایش یابد"* (ص ۱۰۷). در نتیجه بسیاری از درمانگران بیشتر ترجیح می دهند از بازی های دارای ساختار برای آموزش مهارت های تعدیل احساسات و ابراز بهنجار آن ها استفاده کنند. دروز (۲۰۰۸) به این نتیجه رسید که استفاده از اسباب بازی های خشن تأثیری نداشته و ابزاری سازنده تر و احتمالاً نمادین را برای ابراز هیجانات توصیه کرد. متأسفانه پژوهش های جدید چندانی در زمینه ی مقایسه ی این دو رویکرد برای کودکان خردسال پرخاشگر وجود ندارد.

نقش والدین

واکنش والدین به هیجانات کودک و ابراز فردی احساسات و هیجانات خود آن ها و هم چنین هدایت کودکان از جانب والدین راجع به این مسائل، همگی در ادراک هیجانات و توانایی تعدیل آن ها در کودکان نقش دارند (هارویگ هورست و همکاران،۲۰۰۴). علاوه بر این نباید فراموش کرد آموزش این مطالب به والدین می تواند نقش بسیار مهمی در تعدیل هیجانات کودکان داشته باشد، چرا که آن ها الگوهایی هستند که کودک مستقیماً از آن ها سرمشق می گیرد. در نتیجه والدین نیز باید در چنین فرآیندهای درمانی و مداخله نقش فعال داشته باشند.

دونپورت و بورژوا (۲۰۰۸) یک بازنگری جامع از ویژگی های مثبت و منفی والدین که بر رفتارهای پرخاشگرانه ی کودکان خردسال تأثیرگذار بود، انجام دادند. وجود ویژگی های منفی مانند استراتژی های انضباطی سختگیرانه و ناکارآمد و الگوهای نامناسب سرزنش کودک برای بد رفتاری در خانواده های کودکان پرخاشگر مشاهده شد، اما والدینی که بین مسائل انضباطی و صمیمیت با کودک تعادل برقرار کرده بودند و از استراتژی های پیشگیری کننده و پویا برای مواجهه با

@karnil

بدرفتاری کودک استفاده نموده و محیطی سالم بـرای رشـد او فـراهم آورده بودنـد، تأثیر مثبتی بر رفتار کودک داشتند. به نظر می رسـد گفتگوهـای مـادر بـا کـودک راجـع بـه احساسـات، نقـش بسـزایی در درک هیجانـات و بـروز توانـایی اتخـاذ استراتژی های مناسب برای کنار آمدن و ابراز هیجانـات گونـاگون دارد (پترسـون و فلاندرز،۲۰۰۵).

توانایی همدلی یکی از عوامل کلیدی در کنتـرل بـروز عصـبانیت و پرخاشـگری می باشد، در نتیجه منطقی به نظر می رسد برنامه هایی که بـه تعـدیل هیجانـات و مشکلات مربوط به آن پرداخته اند و یا بخشی پویا برای شرکت والـدین در مداخلـه داشته اند، بیش از دیگر برنامه های مداخله تأثیرگذار بوده اند. هارویـگ هورسـت و همکارانش (۲۰۰۴) برنامه ی الزامی والدین را به صورت ۶ جلسـه ی گروهـی بـرای والدین کودکان ۴ و ۵ ساله ارائه کرده اند. برنامه ی آن ها بر اساس این فرض شکل گرفته است که اگر والدین با مسئولیت بیشتری تجربیات هیجـانی کودکـان خـود را حمایت کنند و آن ها را در مواجهه با احساسات شان هدایت نماینـد، کودکـان نیـز ادراک و مهارت های بیشتری در شناخت و تعدیل هیجانـات بدسـت خواهنـد آورد. برخی از مهارت هایی که به والدین در ایـن زمینـه آمـوزش داده مـی شـود، شـامل نام گذاری هیجانات، نگریستن به آن ها به عنوان موقعیتی برای آمـوزش، همـدلی و تأیید وضعیت احساسی کودک و کمک به حل مشکلات هیجـانی مـی باشـد. نتـایج یک ارزیابی ابتدایی از برنامه ی آموزشی در ایـن زمینـه، نشـان داد والـدین مهـارت بیشتری در کمک به کودکان شان پیدا کرده و قادر بودند به آن هـا کمـک کننـد از مشکلات رفتاری شان بکاهند. در هر حال باید ارزیابی های جامع تـری خصوصـاً در صورت بروز رویدادهای هیجانی گوناگون انجام گیرد تا ادراک کاملی نسبت بـه ایـن تأثیرات بدست آید.

در این زمینه هم چنین تأکید خاصی بر شراکت والدین در بازی کودکان وجـود دارد که مسلماً برای کودکان خردسال که اغلب از بازی به عنوان شیوه ای برای ابراز و تعدیل احساسات و هیجانات خود استفاده می کنند، مفید می باشد. ایـن شـراکت والدین فرصتی بـرای تسـهیل ادراک هیجانـات، آمـوزش مهـارت هـای اجتمـاعی و تعلق خاطر سازنده بین والدین و کودک فراهم می آورد (دونپورت و بـورژوا،۲۰۰۸).

@karnil

برنامه های آموزشی کارآمد و متعددی برای والدین وجود دارد که به برخی از آن ها نیز در این کتاب اشاره شد. در رابطه درمانی والد – کودک (آیبرگ،۱۹۸۸) به والدین استراتژی هایی برای مدیریت رفتار کودک همراه با توانایی های حل مسئله و مهارت های بازی برای بهبود رابطه آموزش داده می شود. دوما (۲۰۰۵) اخیراً یک رویکرد آموزشی برای والدین را معرفی کرده که تأکید بر آگاهی والدین از وضعیت احساسی و هیجانی خود داشته و آن ها در واکنش به کودک، از تصمیم گیری های عاقلانه و منطقی استفاده می کنند. بجز برنامه ی *"دوباره فکر کن" (RETHINK)*، برنامه های معدودی مشخصاً بر کنترل عصبانیت توسط والدین و کودکان متمرکز هستند.

برنامه ی خانوادگی دیگری نیز در این زمینه توسط گرین، آبلون، مونتئو، گورینگ، هنین و رایزر بلکلی (۲۰۰۴) معرفی شد که هدف آن کودکان ۴ تا ۱۲ ساله می باشد. این رویکرد حل مشکلات با تشریک مساعی به والدین می آموزد واسطه های شناختی کودک خود را درک کرده و رفتار پرخاشگرانه ی او را شناسایی کنند تا استراتژی های مناسبی برای حل مشکلات نهادینه سازی شود. داده های اولیه نشان دهنده ی تأثیرگذاری زیادی پس از یک پیگیری چهار ماهه بود. البته باید گفت ارزیابی ها محدود به گزارشات والدین می شد.

در مجموع باید گفت تلاش های بسیاری برای برطرف ساختن عصبانیت و رفتارهای پرخاشگرانه ی کودک انجام گرفته، اما تعداد پژوهش ها برای کودکان خردسال اندک است. می توان گفت احتمالاً مناسب ترین شیوه ها شامل تکنیک های بازی درمانی می شود، زیرا در مجموع برای کودکانی در سن پیش دبستانی بسیار مؤثر هستند و احتمال بسیار زیادی دارد که درمانگر با استفاده از آن ها موفق شود (براتون، ری، رین و جونز،۲۰۰۵ ؛ هال، کادوسون و شفر،۲۰۰۲). در ادامه به چند تکنیک بازی درمانی پرداخته خواهد شد که برای کنترل عصبانیت و آموزش به والدین مناسب هستند.

کتاب درمانی

کودکان خردسال به راحتی با بزرگسالانی که برای آن ها کتاب قصه

@karnil

می خوانند، رابطه ایجاد می کنند. در نتیجه می توان از کتاب داستان هایی مناسب با سن آن ها شامل موضوعاتی با هدف درمان استفاده کرد و با بهره گیری از آن ها، رفتار مناسب را الگو سازی نمود. استفاده از کتاب درمانی چه به صورت انفرادی و چه در تشکیلاتی وسیع تر مانند مدرسه همواره تأثیرگذار بوده است (شکتمن،۲۰۰۶).

"جادوی لاک پشت" یک داستان کوتاه برای کودکان است که می خواهیم در این جا به آن اشاره کنیم. در این قصه می توان عوامل گوناگونی از کنترل عصبانیت برای کودکان خردسال را مشاهده کرد. این کتاب قصه شامل ۱۰ صفحه و به صورت مصور می باشد. داستان راجع به لاک پشتی به نام تیمی است که با انطباق با شرایط مدرسه و دیگر همکلاسی هایش مشکل دارد. به علت تکرار رفتارهای پرخاشگرانه، معلم تیمی از او می خواهد که دیگر به مدرسه نیاید. او که تنها و سرخورده شده، توسط پدربزرگش نصیحت می شود تا از لاک خود به عنوان یک مکان امن برای کسب آرامش و فکر کردن به راه حل مشکلاتش استفاده کند. در نتیجه تکنیک *" ادای لاک پشت رو در بیار"* شامل یک فرآیند ۴ مرحله ای برای کنترل عصبانیت می شود:

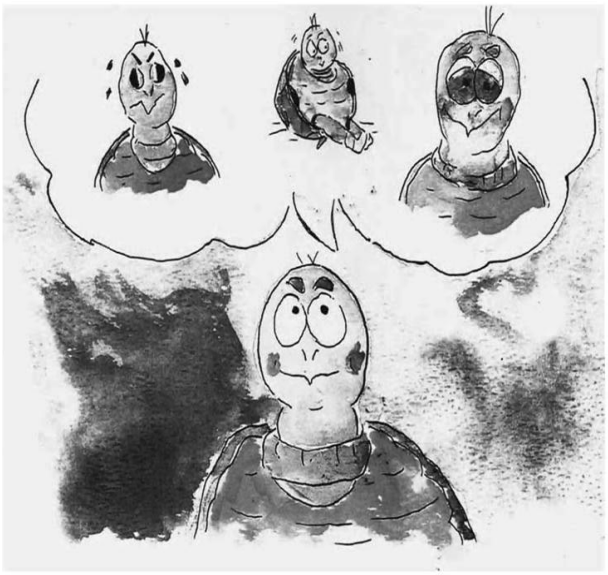
۱. شناسایی عصبانیت در حالی که افزایش می یابد،
۲. ایجاد وقفه در این حالت تورم و رفتن به خلوت،
۳. کشیدن چند نفس عمیق و فکر کردن راجع به چگونگی حل مشکل،
۴. بازگشت به صحنه و نهادینه سازی یک راه حل امکان پذیر.

این الگوی آرامش و کنترل عصبانیت، می تواند برای کودکان چه به صورت انفرادی و چه گروهی مفید واقع شود. هنگامی که داستان هایی مشابه با این قصه برای کودکان خوانده شود، هم باعث افزایش توانایی های گفتاری آن ها می شود (که این مسئله به آن ها کمک می کند یک موقعیت را از چندین بعد نگاه کنند) و هم ظرفیت همدلی شان با دیگران را افزایش می دهد (پیترسون و فلاندرز،۲۰۰۵) (به شکل های ۱-۱۹ تا ۴-۱۹ مراجعه شود).

@karnil

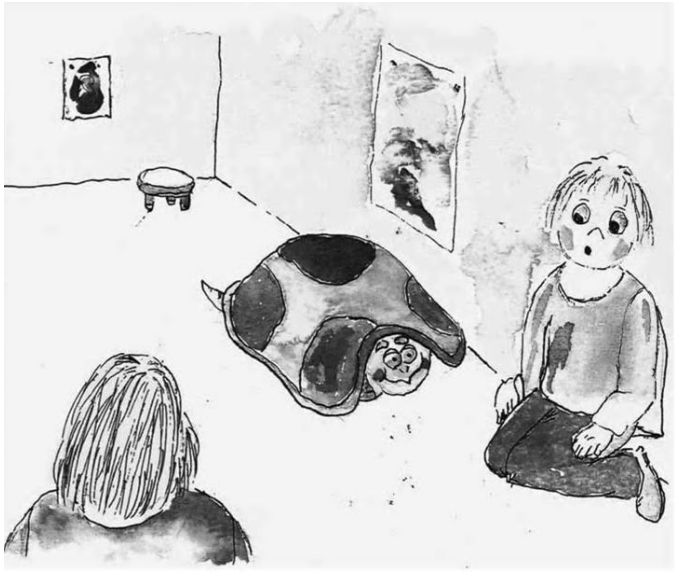
شکل ۱-۱۹ مرحله ی اول : شناسایی عصبانیت در حالی که رو به افزایش است.

شکل ۲-۱۹ مرحله ی دوم : ایجاد وقفه در حالت تورم و رفتن به خلوت



شکل ۳-۱۹ مرحله ی سوم : کشیدن چند نفس عمیق و فکر کردن راجع به چگونگی حل مشکل

شکل ۴-۱۹ مرحله ی چهارم : بازگشت به صحنه و نهادینه سازی یک راه حل امکان پذیر



@karnil

نمایش عروسکی

مدت هاست که از عروسک های نمایشی برای الگوسازی رفتارهای مناسب و مواجهه با عقاید ناسازگارانه استفاده می شده است (نل،۱۹۹۷). در واقع از آن جا که توانایی های ادراک کلان خردسالان ممکن است محدود باشد، بازی با عروسک های نمایشی شیوه ی مناسبی برای تعامل با آنهاست. از سوی دیگر این عروسک ها در ایفای نقش به عنوان یک بیمار نمادین که کودک می تواند افکار و احساسات خود را بر آن ها فرافکنی کند، بسیار مهم هستند(هال و همکاران، ۲۰۰۲).

از عروسک های انگشتی هم در بازی های آزاد و هم بازی های دارای ساختار استفاده می شود. عروسک حیوانات این فرصت را برای کودکان فراهم می آورد تا صحنه های بازی خیالی را رها از محدودیت های جنسیتی کاوش کنند. کاملاً طبیعی است که برای داستان جادوی لاک پشتی از عروسک های لاک پشت استفاده کرد تا هم مکملی برای داستان باشد و هم **تیمی لاک پشته** ماجراجویی های جدیدی بکند! همان گونه که آرت روبین از استعاره ی *"شخصیت / خود لاک پشتی"* استفاده کرده است (۱۹۷۶)، کودکان خردسال نیز می توانند با عقب نشینی موقتی از موقعیت و فکر کردن در مکانی آرام و امن، راجع به راه حل مشکل شان فکر کنند، درست مانند رفتاری که تیمی از آن بهره می گرفت. در شکل **۵-۱۹** نمونه ای از عروسک های لاک پشتی که می توان در نمایش از آن ها استفاده کرد، نشان داده شده است. از آن جا که این عروسک ها پارچه ای هستند، می توان تکنیک تنفس عمیق را به خوبی در آن ها شبیه سازی کرد. در نتیجه هنگامی که کودک دچار یأس و سرخوردگی می شود، بزرگترها می توانند به او یادآوری کنند از تکنیک لاک پشت استفاده کنند.

لارسون و لاکمن (۲۰۰۲) در برنامه ی سازش با عصبانیت خود برای کودکان ۸ تا ۱۲ ساله، از کنترل فردی توسط عروسک های نمایشی استفاده می کنند. از آن جا که کودکان پرخاشگر اغلب در حوزه ی ادراکات مفید برای تعدیل احساسات و هیجانات خود دچار کمبود هستند، کنترل فردی به صورت غیر مستقیم و عروسک نمایشی به آن ها معرفی می شود. عروسک از استراتژی های متعددی برای کنترل

شکل ۵-۱۹. لاک پشت های پارچه ای برای نمایش عروسکی

احساسات و رفتار خود استفاده می کند، در حالی که عروسک های دیگر تلاش می کنند او را تحریک نمایند. توصیه می شود برای کودکان خردسال از جملات آرام بخش ساده تری استفاده شود مانند :*"فکر کنم بهتره یک نفس عمیق بکشم"* یا *"بهتره یک کمی آروم بشم"*.

در بخشی از برنامه ی *"دینو دایناسور"* نیز تلاش می شود کودکان خردسال هیجانات خود را درک وکنترل کنند. **والی** (یک عروسک پسر به اندازه یک کودک واقعی) برخی اسرار خود را برای آرام شدن فاش می سازد : **کشیدن یک نفس عمیق یا فکر کردن به چیزهای خوشحال کننده** (وبستر- استراتون و رید،۲۰۰۳). والی در جلسه ی دیگری باز می گردد تا به درگیری های رایج بین فردی که ممکن است داشته باشد، اشاره کند. هم چنین کودکان را تشویق می کند از مهارت های خود برای حل مشکل استفاده کنند. والی خواهری هم دارد که در فرا گرفتن مهارت های اجتماعی و حفظ دوستی هایش به او کمک می کند.

@karnil

دیگر شخصیت های عروسکی نیز هر کدام با مشکلات خاص به طور مرتب معرفی می شوند تا کودکان در فرآیند درمان سرگرم باقی بمانند (مانند : *"اسکار بوقلمون"* که همیشه خود را قایم می کند یا *"فردی قورباغه"* که نمی تواند یک جا آرام بنشیند).

در این برنامه ی جامع تلاش شده ظرفیت های اجتماعی کودکان بهبود یابد و از عروسک ها برای الگوسازی و یادگیری به صورت تشریک مساعی استفاده می گردد.

نهایتاً یک عروسک لاک پشت در پایان برنامه به کودکان معرفی می شود تا یک استراتژی **۵** مرحله ای برای کنترل عصبانیت را به آن ها معرفی نماید: **شناسایی عصبانیت، فکر کردن، درنگ، کشیدن یک نفس عمیق، رفتن به لاک خود و گفتن جمله ی *"من می تونم خودمو آروم کنم"* و تلاش مجدد** (وبستر- استراتون و رید،۲۰۰۳). هم چنین از فعالیت های گوناگونی استفاده می شود تا یادگیری کودکان توسعه یافته و عملکرد آن ها مورد تشویق قرار بگیرد. فیلم های ویدئویی از کودکانی که عصبانیت خود را در شرایط گوناگون کنترل می کنند نیز نشان داده می شوند.

عروسک ها به سرعت توجه کودکان را به خود جلب می کنند. عروسک دیگری که در برنامه ی ***RETHINK*** (دوباری فکر کن) نقش مهمی ایفا می کند، *"اندی اردکه"* نام دارد. این برنامه ی آموزشی والدین ابتدا به عنوان یک برنامه ی پیشگیری و برای والدینی که در خطر آزار کودکان شان قرار داشتند، طراحی شده بود (گروتبرگ، فیندلر، وایت و استاتمن،۱۹۹۱). بخش های اصلی این برنامه شامل این موارد هستند:

(الف) بهبود آموزش کودک در رابطه با انتظارات صحیح والدین و

(ب) مهارت های کنترل عصبانیت برای والدین زمانی که از رفتار کودک شان مأیوس و خسته می باشند.

در این برنامه مشکلات رایج بین کودکان و والدین مورد هدف قرار گرفته اند که برای ایفای نقش به صورت گروهی طراحی شده اند.۷ مهارت *RETHINK* که به والدین آموزش داده می شوند، از این قرار هستند:

@karnil

شناسایی*(RECOGINZE)* : آنچه را که باعث عصبانیت تان می شود، شناسایی کنید.

همدلی*(EMPATHIZE)* : با دیگران همدردی کرده و خود را جای فرد دیگر بگذارید.

فکر کردن*(THINK)* : راجع به عصبانیت خود فکر کرده و سعی کنید وضعیت را به صورتی که می تواند باعث کاهش عصبانیت شما شود، بازسازی نمایید.

شنیدن *(HEAR)* : به آنچه که فرد دیگری با واژه ها و دیگر عملکردهای غیر کلامی به شما منتقل می کند، گوش کنید. باید با توجه کامل به فرد مقابل گوش فرا دهید.

یکپارچه سازی *(INTEGRATE)* : در پاسخ های خود احترام واقعی به فرد نشان دهید و از ضمیر **من** استفاده کنید.

توجه *(NOTICE)* : به بدن خود توجه کنید که چگونه احساس عصبانیت را بازتاب می دهد.

حفظ کردن *(KEEP)* : توجه خود را معطوف به مشکل کنونی کنید.

دوباره فکر کنید! (RETHINK)

دستورالعمل برنامه شامل کتابی برای والدین می باشد که کاملاً آموزنده بوده و ساختار آن به گونه ای است که می تواند توسط والدینی با سطح سواد متفاوت استفاده شود. طبقه بندی مطالب به واسطه ی موضوع (مهارت های کنترل عصبانیت) و سن (در بحث رشد کودک) می باشد و هم چنین شامل اطلاعات آموزشی، ارائه ی مهارت ها، موضوعات بحث و راهنمایی برای تمرین رفتارهای جدید می شود. محرک های خاص عصبانیت که در تعاملات کودک و والدین ایجاد می شوند، همراه با تجزیه و تحلیل تأثیر واکنش های والدین مطرح می شود. به کارگیری مهارت های مرتبط با برنامه ی *RETHINK* یا دوباره فکر کن نیز توصیه شده است. نمایش های ایفای نقش در رابطه با تعاملات منجر به بروز عصبانیت بنا بر سن کودکان، بازآفرینی شده و مورد بحث قرار می گیرند.

@karnil

جدول ۶-۱۹ مثالی از راهنمایی والدین در این برنامه می باشد که مربوط به سناریویی در رابطه با عصبانیت بین والدین و کودکان خردسال آنهاست.

باید توجه داشت این سناریو عواملی مانند آگاهی راجع به رشد کودک، فرضیات کاربردی مرتبط با محرک های عصبانیت، استفاده از مهارت های مرتبط با برنامه و دیگر شاخص هایی را که به والدین کمک می کنند عصبانیت خود را کنترل نمایند، در هم آمیخته است. هم چنین نوارهای ویدئویی گفتگو با *"اندی/اردکه"* وجود دارد که می تواند به درک مفاهیم و آموزه های روانشناختی موجود در این تعاملات به والدین کمک کند.

دیگر تکنیک های بازی مرتبط با کنترل عصبانیت

هال و همکارانش (۲۰۰۲) به مرور بسیاری از تکنیک های رایج برای کمک به کودکان در کسب آگاهی از هیجانات و تعدیل آن ها پرداخته اند. در این جا به طور خلاصه به برخی از آن ها اشاره می شود :

۱. **بازی واژه های احساسی**: یک بازی انعطاف پذیر که برای کمک به کودکان طراحی شده تا احساسات گوناگونی را شناسایی کنند.
۲. **زندگیتو رنگ کن**: در این بازی به کودکان کمک می شود با در نظر گرفتن رنگی برای احساسات گوناگون به ادراک بیشتری از آن ها دست یابند.
۳. **بادکنک های عصبانیت**: این تکنیک قبلاً نیز معرفی شده و همان گونه که گفته شد، در این شیوه به کودک آموزش داده می شود اگر اجازه دهد عصبانیتش به صورت تدریجی خارج گردد، مشکلات کمتری برای او پیش خواهد آمد.
۴. **بازی عصبانیت**: یک بازی با استفاده از لگوهاست و به کودکان نشان می دهد عصبانیت یک احساس کاملاً معمولی بوده و می توان آن را به شیوه ای بهنجار ابراز کرد.
۵. **تنفس حبابی**: در این شیوه از کودک خواسته می شود تنها یک حباب بزرگ درست کند و همان گونه که گفته شد، این شیوه به او

@karnil

کمک می کند تنفس عمیق و ارتباط بین جسم و ذهنش را بیاموزد.

۶. **قهرمان قدرتمند**: در این شیوه کودکان یک قهرمان مثبت برای خود خلق می کنند که همراه آنهاست و سرنخ هایی برای تفکر مثبت و استراتژی های حل مشکل به آن ها ارائه می کند.

۷. **کارت های عصبانیت** (کادوسون،۲۰۰۱) : در این شیوه درمانگر جملاتی با جای خالی روی کارت می نویسد، به طور مثال: *"هر وقت که... عصبانی می شوم"* یا *"هنگامی که عصبانی می شوم..."*. این کارت ها در یک جعبه قرار می گیرند و هر زمان که یک کارت از جعبه بیرون آورده می شود، یک راه حل غیر پرخاشگر نیز ارائه می گردد.

جدول ۶-۱۹. یک موقعیت نمونه از راهنمای والدین در برنامه ی " دوباره فکر کن "

موقعیت ۶: کودک پنج ساله

جک پسری ۵ ساله است و می خواهد از فریزر بستنی بردارد. خواهرش سوزان دیروز بدون اجازه بستنی برداشته و هنگامی که مادر موضوع را فهمید، هیچ کاری نکرد. جک نیز می خواهد نشان دهد می تواند خودش بستنی بردارد. او به آشپزخانه رفته و در حالی که می خواهد از فریزر بستنی بردارد، مادرش سر می رسد و می گوید: *" الآن نمیتونی بستنی بخوری، از آشپزخانه برو بیرون"*. جک می گوید: *"از تو متنفرم، تو اصلاً منصف نیستی."*

چه اتفاقی برای پسرک پنج ساله می افتد؟

کودکی به سن جک زمانی عصبانی می شود که:

۱. باید به دیگران فکر کند،
۲. در رقابت با دیگران است یا نسبت به خواهر یا برادرش حسودی می کند،
۳. به اندازه ی کافی توجه و تأیید دریافت نمی کند،
۴. مجبور می شود قوانین خاصی را رعایت کند،
۵. کتک می خورد یا سر او فریاد می زنند،
۶. وسایلش خراب شده یا دیگران آن ها را برداشته اند،
۷. باید در کاری عجله کند،
۸. احساس می کند دیگران بیشتر از او دارند،
۹. از عدم موفقیت در انجام یک مهارت سرخورده می شود،

کودکی در سن جک راجع به خود و دنیای پیرامونش به این شکل می آموزد:

۱. تقلید از دیگران، به طور مثال اعضای خانواده یا شخصیت های تلویزیونی،
۲. تمایل به رقابت و اشتراک،
۳. درک برخی قوانین دوستی،
۴. درک خانواده و نقش متفاوت اعضای آن،
۵. دانستن این که کنجکاوی برای چه چیزی، کجا و در چه زمانی امن است،
۶. انجام کارهای مستقل بیشتر،
۷. آشنا شدن با نمادها.

لنا مادر جک راجع به عصبانیت خود چه کاری می تواند انجام دهد؟ کدام یک از مهارت های برنامه ی **دوباره فکر کن** در این جا کاربرد دارند؟

شناسایی عصبانیت خود

لنا خطاب به جک:

☑ من راجع به بستنی چیزی نمیدونم، اما اومده بودم برات میلک شیک درست کنم.

همدلی با جک

لنا در گفتگو با خود:

☑ مسلماً جک از این که متوقف شود، بسیار بدش می آید. او می خواهد مستقل شده و کارهایش را خودش انجام بدهد. من احساس او را درک می کنم.

☑ من دیروز به سوزان از این که بدون اجازه ی من بستنی خورده بود، ایراد نگرفتم. جک نیز احتمالاً گمان کرده خوردن بستنی اشکالی ندارد.

فکر کردن و دوباره فکر کردن

لنا در گفتگو با خود:

☑ فکر می کنم این اصطلاح قدیمی در مورد خانواده ی ما کاربرد داشته باشد :"*من فریاد می زنم. تو فریاد می زنی. همه برای بستنی فریاد می زنیم!*"

☑ گمان می کنم او از ته دل گفت که از من متنفر است. خب شاید حق داشته باشد، چون می خواست بستنی شکلاتی بخورد.

☑ جک گفت من منصف نبودم. فکر می کنم احساس طرد شدن می کند.

لنا در گفتگو با جک:

☑ میتونی این جا بایستی و به من بگی عصبانی هستی. اما اگه منو بزنی، باید به اتاقت بری.

☑ هر دوی ما بین فریاد کشیدن من و ضربه زدن های تو به یک استراحت احتیاج داریم. پس بذار چند دقیقه آروم بشیم.

☑ حق با توئه جک. منصفانه نیست که سوزان بستنی بخوره، اما تو نخوری. حالا همگی دور هم می شینیم و عصرونه می خوریم.

لنا چگونه می تواند به جک یاد بدهد عصبانیتش را کنترل کند :

☑ کمک به جک برای آرام شدن از طریق نگاه داشتن او تا دیگر کتک کاری نکند.

@karnil

- ☑ صحبت کردن راجع به عصبانیت : *"می دونم که تو خیلی عصبانی هستی. اول به من بگو چه چیزی تو رو این قدر عصبانی کرده و چرا به من گفتی منصف نیستم."*
- ☑ کمک به جک برای درک دلایل محدودیت: *"من برای این نمیذارم الآن بستنی بخوری که نزدیک شامه و بستنی اشتهاتو کور میکنه". "میتونی از من بپرسی چرا نمیذارم کاری رو انجام بدی و من برات توضیح میدم."*
- ☑ ارائه ی چند انتخاب : *"اول پیش من بیا و بگو که بستنی میخوای"."به جای این که راجع به خواهرت نگران هستی، منو قانع کن که چرا الآن باید بستنی بخوری" . "به جای این که به در و دیوار یا من ضربه بزنی، بگو چه چیزی تورو عصبانی کرده."*

نقاشی کشیدن

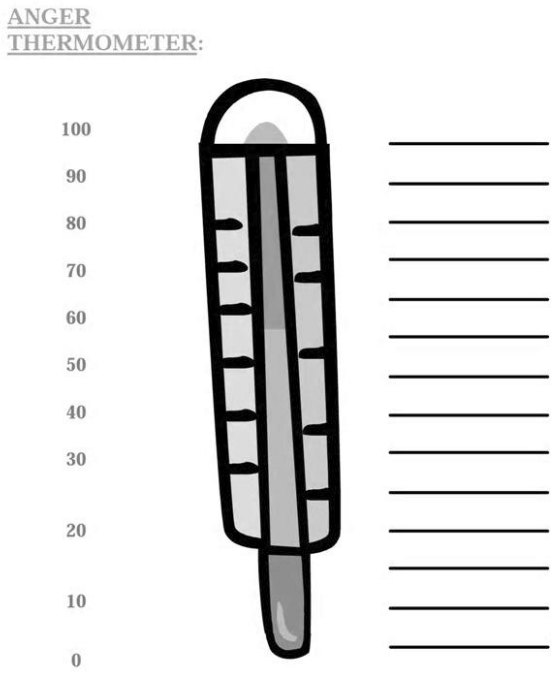
دماسنج عصبانیت یا **احساسات** (وبستر- استراتون و رید،۲۰۰۳) مدت هاست که به عنوان یک وسیله ی کمک آموزشی و فعالیت نقاشی به کارگرفته می شود تا به کودکان کمک کند شدت تجربیات هیجانی خود را تخمین بزنند.

برای کودکان بزرگتر می توان واژه هایی را نیز در هر سطح از عصبانیت اضافه کرد تا این درجات مختلف برای آن ها بهتر قابل تفکیک باشند. کرنشاو و مورداک (۲۰۰۵) پیشنهاد کردند:

"برای سطوح پایین عصبانیت می توان از واژه هایی مانند رنجیده، آزار دیده، عصبی یا لغات مشابه با آن ها استفاده کرد، اما در نقاطی که فرد از شدت عصبانیت به اصطلاح جوش می آورد، می توان از واژه هایی مانند منفجر شدن، جوش آوردن، غضب یا موارد مشابه استفاده کرد. هم چنین واژه هایی مناسب برای درجات ما بین این دو مرز می توانند انتخاب شوند."

هنگامی که کودک با این برچسب ها از شدت هیجانات خود آگاه شد، هدف باید متمرکز بر پیدا کردن راه حل هایی برای آرام کردن خود باشد تا از بالا رفتن درجه ی عصبانیت اجتناب شود. مشخصاً این واژه ها برای کودکان خردسال بیش از حد پیچیده هستند، اما می توان از رنگ آمیزی برای آن ها استفاده کرد تا افزایش تدریجی شدت عصبانیت را درک کنند (ترجیحاً بهتر است از رنگ قرمز استفاده شود). بسیاری از کودکان از رنگ آمیزی کردن تصاویر با وسایل گوناگون لذت می برند. به این صورت می توانند شکلی به احساسات خود بدهند. می توان آن ها

@karnil



شکل ۷-۱۹. دماسنج عصبانیت

را تشویق کرد در حالی که نقاشی می کشند، عصبانیت خود را به صورت کلامی نیز بازگو کنند. پیغامی که در این تکنیک برای کودکان وجود دارد این است که تجربه ی هیجانات کاری عادی و صحیح است، اما ابراز آن ها باید به صورتی انجام گیرد که باعث آسیب رسیدن به خودشان، دیگران و یا اموال و دارایی ها نشود. به این شکل تمایز آشکاری بین عصبانیت و پرخاشگری ایجاد می شود. کرنشاو و مورداک (۲۰۰۵) براین عقیده اند کشیدن چیزهایی که ممکن است نماد تجربه ی کودک از عصبانیت باشند و می توان از آن ها به عنوان یک استعاره استفاده کرد، باید در جلسات بازی درمانی مورد استفاده قرار بگیرند. آن ها به طور مثال نقاشی آتشفشان، توفان و یا دیگر نقاشی های مشابه را پیشنهاد می دهند.

@karnil

خلاصه و توصیه های پایانی

مشخصاً برنامه های متعددی برای کودکان وجود دارد تا ظرفیت هـای هیجـانی مورد نیاز برای داشتن روابط اجتماعی سالم را کسب کنند، اما همان گونه که گفتـه شد، کودکان خردسال در این زمینه نیاز به توجه ویژه ای دارند، زیرا آمـوزش هـای اولیه در شناخت و کنترل هیجانات گوناگون می تواند برای آن ها بسیار مفید باشد.

هرنوع برنامه ی جامع جهت کنتـرل عصـبانیت بـرای کودکـان خردسـال بایـد چند بعدی باشد و این مسائل را مورد هدف قرار دهد:

- ☑ مهارت های رفتاری و شناختی مورد نیاز بـرای تعـدیل هیجانـاتی مانند عصبانیت،
- ☑ ابراز هیجانات به صورت مناسب،
- ☑ مهارت های حل مشکل برای برطرف کردن اختلافات بین فـردی و مدیریت سرخوردگی.

از نقطه نظر تئوری کودکان پرخاشگر بایـد همـراه بـا والـدین شـان در چنـین برنامه هایی شرکت کنند تا به کارگیری مهارت های جدید به صورت عملـی تمـرین شود.

استفاده از شیوه های گوناگون بازی درمانی، کتاب درمانی، نمـایش عروسـکی و نقاشی، باعث جذب کودکان بـه فرآینـد درمـان شـده و یـادگیری آن هـا را بهبـود می بخشد. هم چنین استفاده از این رویکردها، فرصتی را فراهم می آورد تا کودکـان این مهارت های تازه کسب شده ی خود را در محیط های گونـاگون مـورد اسـتفاده قرار دهند. در نهایت والدین و معلمان نیز نقش مهمـی در نهادینـه سـازی و حفـظ نتایج درمان ایفا می کنند.

شایان ذکر است از آن جا کـه پـژوهش هـای موجـود در رابطـه بـا تـأثیر ایـن برنامه ها بر روی کودکان زیر ۷ سال محدود می باشند، بایـد در انتخـاب مـداخلات روانشناختی برای این گروه سنی دقت بیشتری شـود. آنچـه کـه اکنـون مـورد نیـاز است، انجام ارزیابی های جامع، قبل و پس از درمـان کودکـان پرخاشـگر و بررسـی عصبانیت و پرخاشگری خود والدین و تعامل بین والـدین و کـودک مـی باشـد. امـا کاملاً آشکار است که بازی باید جوهره ی اصلی ایـن مـداخلات درمـانی بـرای ایـن

@karnil

گروه سنی باشد، زیرا در این سن بازی بخش عمده ی زندگی کودک را تشکیل می دهد. از این رو برقراری رابطه با کودک از طریق بازی تسهیل خواهد شد. در انتها باید گفت میزان کارایی و تأثیرگذاری مداخلات نیز باید مورد بررسی و مقایسه با دیگر شیوه ها قرار گیرند. ما هنوز هم نیاز داریم به طور کامل درک کنیم چه رویکردی برای چه نوع کودکانی از همه بهتر کار می کند تا کنترل عصبانیت و دیگر هیجانات مشابه با آن به بهترین شکل به کودکان خردسال آموزش داده شود.

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش بیستم

رویکردهای روایت گونه:

کمک به کودک برای بازگویی داستانش

آن کاتاناک

داستانی در باره ی یک صورت فلکی

یک گفتگو بین دو سرخپوست کانادایی:

"- یک نفر داره تعقیبش می کنه.

- نه!

- چرا، این حقیقت داره.

- کدوم یکی؟

- اونی که اونجاست. من دارم بهش اشاره می کنم. درست به کنار دستم نگاه کن.

- بذار ببینم.

- اونو دیدی؟

- آره دیدم. چه کسی داره تعقیبش می کنه؟

@karnil

- همیشه یک نفر درحال تعقیب کردنشه و بهش میگن "همواره در حال شکار".
- حالا دنبال کیه؟
- یکی دیگه.
- چه کسی؟
- اونی که شکار می کنه.
- یک شب بیرون راه می رفتم و صدای برخورد شهاب سنگ ها رو شنیدم.
- صدای شهاب سنگا؟
- بله و به آسمون نگاه کردم.
- صدای شهاب سنگا اونقدر نزدیک بود که تو شنیدی؟
- بله.
- پس خودش بوده. اونی که همیشه شکار می کنه (صورت فلکی شکارچی). اون یکی دیگه نبوده.
- اونی که همیشه شکار میشه، منتظر نشد و به راهش ادامه داد."

این داستان یکی از روایت های فولکلور مورد علاقه ی من است، زیرا نشان دهنده ی گفتگوی دو نفر می باشد که رابطه ی خود را در محتوای فرهنگی شان مطرح می کنند. من نیز به عنوان کسی که تلاش می کنم با شیوه ی روایت گرا کودکان را درمان کنم، همواره امیدوارم بتوانم یک رابطه ی درمانی با آن ها ایجاد کرده تا بتوانند داستان خود را بگویند. کلید این شیوه راهی است که درمانگر و کودک در یک تشریک مساعی روایتی آن را با یکدیگر بیان می کنند. این شیوه ی تعامل برای کاوش در روایت های کودک به کارگرفته می شود.

کودکان این مهارت را در بازی های دسته جمعی که در آن ها از چیستان و دیگر روایت های شعرگونه استفاده می شود، می آموزند. این مثل ها توسط والدین، مراقبان یا معلمان بخشی از بازی های دوران کودکی را به خود اختصاص می دهند، مانند بازی هایی که اشعاری به صورت چیستان یا حکایت خوانده می شود و کودکان در حالی که دور هم نشسته اند، دست می زنند و به راوی پاسخ می دهند.

@karnil

دان (۱۹۹۳) بیان می کند در بازی هایی مانند قایم باشک، کودکان از این دادوستد دو جانبه بسیار لذت می برند. در این بازی، دو یا چند نفر به سمت یک هدف مشترک گام بر می دارند و همواره جای افراد عوض شده و کارها تکرار می شوند.

این مثل نیز یکی از بازی های رایج پرسش و پاسخ با نمادهای فرهنگی خاص خود می باشد که به بازی، موقعیتی محلی می دهد[۲۶۰]:

"- اونجا چیه؟
- پول و طلا.
- سهم من چیه؟
- موشی که در رفت.
- موشه کجاست؟
- تو سوراخش
- لونه ش کجاست؟
- تو جنگله، آتیش سوزوندش.
- آتیش کجاس؟
- آب خاموشش کرد.
- آب کجاست؟
- گاو گنده سر کشیدش.
- گاوه کجاس؟
- پشت تپه.
- تپه کجاست؟
- برف پوشوندش.
- برف کجاس؟
- خورشید آبش کرد.

****

[۲۶۰] *می توان نمونه های مشابه بسیار زیادی از این قبیل بازی ها و روایت ها را در کشورمان مشاهده کرد که شاید شناخته شده ترین آنها شعر عمو زنجیر باف، بابا اومده چی چی آورده، پس چندتا؟ و ...باشند.بسیاری دیگر از چیستان ها و روایت های محلی نیز به همین شکل وجود دارند. (مترجم)*

@karnil

- خورشید کجاس؟
- اون بالا تو آسمون."

خوشبختانه علیرغم دنیای فریبنده ی بازی های کامپیوتری، کودکان هنوز هم کم و بیش در بازی های دسته جمعی شرکت می کنند. در شیوه ی بازی روایت درمانی *(NPT)*، درمانگر و کودک از این سؤال و جواب ها استفاده می کنند که کودک آن را از اولین بازی هایش آموخته است. این گفتگو راجع به نقاشی یک پسر ۹ ساله است:

تبدیل شدن به هیچ.

"- این آدمیه که نمیدونه.
- آیا پسره؟
- نمیدونم. اون شاده.
- چرا شاده؟
- نمیدونم.
- اگر نمیدونی پس حتماً همیشه خوشحالی.
- نمیدونم.
- لباس اون قرمز و آبیه و پوستش سفیده.
- خودش مطمئن نیست که خوشش میاد یا نه!
- اون طلایی و نقره ای و سبزم هست.
- مردم فکر میکنن اون یه احمقه.
- بخاطر اینه که همیشه میگه نمیدونم؟
- نمیدونم.
- اون یه تی شرت داره.
- اون یه بلوز زرد داره.
- تی شرت اون طلایی و نقره ای و قرمز و آبیه.
- اون یه دلقکه، دلقکِ نمیدونم."

روایت درمانی در بازی درمانی

مایکل فراین (۲۰۰۶) می گوید :*"ذهن ما در تمام اوقات در حال تفسیر کردن است: ما افکاری را که در سر داریم، می پرورانیم و احساسات را به آن گونه که احساس می کنیم، تجربه می نماییم."*

انگل (۱۹۹۵) بر این عقیده است هر داستانی که کودک می گوید، شامل بخشی از تصویر فردی خود اوست و او می تواند به آن نگریسته، مراجعه کند، راجع به آن بیندیشد، تغییرش دهد و این تصویر می تواند توسط دیگران مورد استفاده قرار گیرد تا ادراک بهتری از راوی داستان بدست آورند.

داستان ها به ما می گویند آیا راجع به رویدادهای حقیقی هستند یا خیالی؟ آن ها بخشی از تجربه، ایده ها و بعدی از شخصیت ما می باشند.

هنگامی که کودکان برای بازی درمانی ارجاع داده می شوند، معمولاً داستانی در مورد این که چه اتفاقی برای آن ها افتاده است برای گفتن دارند. *"چیزی که هستم"*، *"احتمالاً نیستم"* و *" اشتباه از منه"*، موضوعاتی ثابت در این داستان ها هستند. روایت کودکانی که برای وضعیت زندگی شان خود را سرزنش می کنند، به شدت منفی است. آلن پسر هفت ساله ای بود که تلاش می کرد خود را با پدر و مادر خوانده اش وفق دهد. این تلاش برای او بیشتر تبدیل به یک مبارزه شده بود و رفتن به مدرسه نیز برایش دشوار بود. هنگامی که از او خواستم راجع به خودش صحبت کند، گفت پسری ناقلاست و رفتاری پر از شیطنت دارد. او گفت همیشه در حال حرف زدن و فریاد زدن است، کارهایش را در مدرسه انجام نمی دهد، با بچه ها دعوا می کند و به حرف معلم گوش نمی دهد. کل داستان او منفی بود و او نمی توانست هیچ جمله ی مثبتی راجع به خود بگوید. او فکر می کرد که خیلی شیطنت می کند و گاهی اوقات در تاریکی شب احساس می کرد بسیار آسیب پذیر است و سعی داشت جای خود را خیس نکند. او فکر می کرد در تاریکی ناپدید می شود.

جیک پسر هفت ساله ی دیگری بود که پیدا کردن دوست در مدرسه برایش کار دشواری بود. او همیشه خود را با گفتن این جمله معرفی می کرد:*"با من بازی نکن. من پسر بدی هستم. مامانم خواهرمو کشته."* این تاریخچه بود که هویت او را

@karnil

تعیین می کرد و آن قدر ذهن جیک را به خود مشغول کرده بود که نمی توانست هیچ بعد دیگری از خود را ببیند و همواره این الزام در ذهن او وجود داشت هر کسی را که ملاقات می کند، به او بگوید از چه خانواده ی وحشتناکی آمده است.

روایت این کودکان به آن ها در مدرسه یا خانه کمک نمی کرد، زیرا آن ها دائم به این ابعاد منفی از زندگی خود فکر می کردند و شرایط همواره به گونه ای می شد که ثابت می کرد آن ها بد هستند یا بسیار شیطنت می کنند. در بازی درمانی نیز حکایتی مشابه در داستان های خیالی توسط آن ها ارائه می شد. اما هدف بازی درمانی تغییر روند داستان و جایگزینی راه حل های جدید می باشد. به طور مثال داستان آلن از یک کودک رها شده، تبدیل به کودکی ماجراجو شد که نهایتاً به خانه و نزد والدینی می رود که انتظار او را می کشند. در این ماجرا فراز و نشیب های زیادی وجود داشت، اما او متوجه شد که دیگر تنها نیست و والدین جدیدی دارد که می تواند از آن ها انتظاراتی به عنوان پدر و مادر داشته باشد و لزومی ندارد خود به تنهایی بار مسئولیتش را به دوش بکشد. داستان او دیگر شامل یک پسر بچه ی شیطان و بد نبود.

جیک نیز قصه ای از کودکان رها شده که در دنیای پیرامون خود گمشده اند، تعریف می کرد. این کودکان برای کسی مهم نبودند و به آن ها محبت نمی شد. آن ها هم چنین مسئولیت کارهای بزرگتر را به عهده می گرفتند، اما همان گونه که بازی درمانی ادامه می یافت، او یاد گرفت احساس اندوه خود را تحمل کند و پس از یک جلسه از من خواست آیا می توانم جزئیات مرگ خواهرش را بررسی کنم، زیرا او نمی دانست حقیقتاً چه اتفاقی افتاده است. ما سپس هر دو واقعه ی مرگ خواهرش را بررسی کردیم و متوجه شدیم که او دیگر برای مرگ خواهرش احساس مسئولیت نمی کند و این بار از روی دوشش برداشته شده است. او توانست وضعیت کنونی خود را ارزیابی کند و متوجه شد اکنون جزء خانواده ای است که به او عشق می ورزند. روایت او دیگر کودکی نبود که هیچ ارزشی نداشته و تنها یک حقیقت در زندگی او وجود دارد، یعنی مرگ خواهرش.

این شیوه می تواند در بازی درمانی به کودکان کمک کند تا خود را ابراز کنند و به کاوش در تجربیات زندگی شان بپردازند. باید گفت روایاتی که ما تعریف

@karnil

می کنیم، چه راجع به رویدادهای حقیقی باشند یا خیالی، بخشی از تجربیات فردی ما را در خود دارند و بعدی از شخصیت ما در آن ها آشکار می شود.

درمانگر و کودک همراه با هم فضایی در رابطه ایجاد می کنند که کودک می تواند با داستان هایی که راجع به خود تعریف می کند، در آن به یک هویت اجتماعی و فردی برسد. شراکت و توافق بین کودک و درمانگر به بازی معنا می بخشد، هر چند داستان هایی که در این فضای بازی خلق می شوند ممکن است حقیقت نداشته باشند، اما اغلب از اصالتی خاص برخوردار بوده و قدرتمندانه ابراز و احساس می شوند.

رویکرد سازنده گرایی اجتماعی

در این شیوه از موضوعاتی استفاده می شود که درتئوری ساختار اجتماعی ریشه دارند. بار و بات (۲۰۰۰) به این نکته اشاره می کنند که در تفکر پست مدرن عقیده بر این است که ما هرگز قادر نخواهیم بود با ادراک ناقص خود به حقیقت نفوذ کنیم، اما به طور طبیعی موجوداتی حسی هستیم که می توانیم رویدادها را تفسیر کرده و مفاهیمی برای چیزهای گوناگون بوجود آوریم. آن ها یک جهان عینی را ارائه می دهند که به واسطه ی حواس ما آشکار می گردد و تفاوت اندکی بین این جهان عینی و حقیقت ذهنی وجود دارد و جهانی که آن را تجربه می کنیم، بین این عینیت و ذهنیت قرار دارد. آنچه که تجربه می کنیم، هم ساخته شده هم کشف می شود. در نتیجه هم توسط رویدادهای این جهان و هم به واسطه ی ادراک خود از آن رویدادها محدود شده ایم. می توان این تعریف را به عنوان جهانی که در آن زندگی می کنیم، شرح داد. جهان ادراک شده نیز جایگزینی کامل برای حقیقت عینی نیست: ما ساختارهایی را ایجاد می کنیم که مناسب اهداف ما بوده و ما را برای رسیدن به آن ها یاری می دهند.

رویکرد تفسیرگرایانه

در این دیدگاه جهان به صورت تفسیری نگریسته می شود، یعنی چگونگی ایجاد مفاهیم از طریق زبان، حکایت و روایات مورد تفسیر قرار می گیرد. در چنین

@karnil

دیدگاهی به نظر می رسد جهان همان گونه که آن را تفسیر می کنیم، آشکار می شود و جستجو برای مفاهیم ادامه دارد. دانش یک رخداد ساختار یافته و تفسیری است که از طریق رابطه و تعامل با دیگران شکل می گیرد. اندرسون و گولیشیان (۱۹۹۲) به این نکته اشاره می کنند درمانگری که با این شیوه کار می کند، این فرصت را فراهم می آورد تا داستان فرد شاخ و برگ یابد، تا زمانی که یک مفهوم یا موضوعی جدید و منسجم از این گفتگوی دو جانبه ظهور کند. کنجکاوی درمانگر برای بیشتر دانستن راجع به مطالبی که گفته شده، مربوط به چگونگی مفهوم سازی توسط فرد می باشد که در آینده از این مفاهیم در روایات بازگو نشده ی خود استفاده می کند. گفتگوی درمانی شامل یک جستجوی دو جانبه برای ادراک می باشد و در این گفتگو بیمار و درمانگر همراه با یکدیگر سخن می گویند، نه برای یکدیگر. این رویکرد تفسیری بدون چارچوبی مشخص از آگاهی، به کودک کمک می کند در ادراک مشکلاتش به مفاهیمی جدید و منحصر به خود دست یابد.

هنگامی که از این شیوه در بازی درمانی استفاده شود، هدف و بنیان آن کاوش در داستان هایی است که کودکان در بازی ارائه می دهند تا تبادل ایده ها و افکار پنهان شده در این داستان ها تسهیل شود. این روش بدان معناست که رابطه بین کودک و درمانگر نوعی تشریک مساعی، تقسیم ایده ها و گوش سپردن به یکدیگر است تا داستانی یافت شود که به بهترین شکل آنچه را که کودک می خواهد بازگو کند، ارائه دهد. در نتیجه درمانگر تبدیل به کاوشگری می شود که دائم در حال جستجو در استعاره های حکایت کودک است. در این کاوش و جستجو درمانگر همواره با سؤالی جدید روبرو می شود و این موقعیت نا آگاهی باعث می گردد ادراک او همواره در حال پیشرفت باشد.

اهداف NPT

وایت (۲۰۰۵) فهرستی از مفاهیمی را تهیه کرده که توضیح دهنده ی دیدگاه های کلیدی در NPT هستند. او بر این عقیده است هدف اولیه ی این رویکرد، بازگو کردن تجربیات افراد از زندگی شان می باشد.

@karnil

روایت هایی که بزرگسالان و کودکان حکایت می کنند، همگی تفاسیری هستند که افراد از طریق آن ها به زندگی شان مفهوم می بخشند و ظاهراً برای خودشان و دیگران قابل لمس هستند. او هم چنین عنوان می کند که مفهوم پیش از تفسیر یک تجربه شکل نمی گیرد و بر این عقیده است ابراز این تجربیات، شکل دهنده ی زندگی و جهانی است که در آن زندگی می کنیم. آن ها در واقع تجربیات ما را ساخته و ادراک آینده مان را پرداخته می کنند. تمام این روایات محتوایی فرهنگی دارند و به واسطه ی فرهنگی که در آن زندگی می کنیم، شکل می گیرند. ساختار این روایت ها اصول دانش افراد در زندگی روزمره شان را شکل می دهد و مردم به واسطه ی این چارچوب، رویدادهای زندگی خود را به یکدیگر مرتبط ساخته و زندگی در توالی این رویدادهاست که در زمان و با موضوعاتی خاص گسترش می یابد.

NPT در باره ی فرصت هایی برای گفتن و بازگو کردن داستان هایی از زندگی افراد می باشد که در اولویت قرار دارند. در واقع این روش باعث می شود این رویدادهای کم و بیش متناقض و ناخوشایند به شیوه ای منحصر به فرد تغییر یافته و تفکری جدید جایگزین آن ها گردد. وایت و اپستون (۱۹۹۰) این فرضیه را پیش می کشند که افراد در روایاتی که از تجربیات خود بازگو می کنند یا داستان هایی که دیگران از آن ها روایت می کنند، مشکلاتی را تجربه می نمایند که الزاماً بازتاب دهنده ی تجربه ی حقیقی شان نیست و در این شرایط ابعادی خاص از تجربه وجود دارد که در تناقض با این روایات غالب در زندگی آن هاست.

بازی های وانمودی: گستره ی تخیلات

کودکان روایات خود را از طریق بازی های خیالی گسترش می دهند و بزرگسالان و کودکان توسط ورود به این دنیای خیالی است که می توانند رابطه ای ایجاد کنند که به هر دوی آن ها در درک آن رابطه، جهان و جایگاهی که خود دارند، کمک می کند. این بازی ها نیازمند توانایی انتقال اشیاء و اعمال به صورت نمادین می باشد که شامل بازی با اشیاء گوناگون، ایفای نقش و قرار گرفتن در شرایط خیالی مختلف است.

@karnil

ویگوتسکی (۱۹۷۸) می گوید: *"معیار سنجش برای تمایز بین بازی کودک از فعالیت های دیگر، این است که در بازی کودک موقعیت خیالی خلق می کند و این امر اولین اظهار توانایی او در تغییر موانع موقعیت است. تناقض دوگانه ی بازی در این است که کودک در واقع با مفاهیمی از پیش تعیین شده و در موقعیتی حقیقی عمل می کند."*

من در حال بازی کردن با **مکی** در پرورشگاه بودم که او از چند بالش کاناپه ای درست کرد. رنگ آن ها صورتی و آبی بود. از او پرسیدم چه کسی قرار است روی آن بنشیند؟ مکی گفت:

"هیچ کس، فقط اونجاست. البته یک آدم برفی سفید مثل یک بالش روی کاناپه نشسته. نه از اون آدم برفی هایی که آب میشن. اون یک آدم برفی خرسیه. یک بچه بین دو تا آدم برفی کوچولو نشسته و اونا ازش مراقبت می کنن."

من پرسیدم آیا آن کودک مادر هم دارد؟ مکی جواب داد:

"مامان قبلیش مرده، اما حالا یک مامان جدید داره."

من از او پرسیدم اسم مادر چیست؟ مکی گفت:

"مامان اسمی نداره. بچه فقط به اون میگه مامان. اسم بچه تام تامه."

در واقع مکی انتظار خانواده ای جدید را می کشید. او بیش از دو سال است که در پرورشگاه بسر می برد. او در بازی این موقعیت را نشان داده و داستانش را به گونه ای شکل می دهد که برای او مفهومی دارد. مکی از این تجربه بسیار خوشش آمد و از این که سؤالات من به او کمک کرد پایان خوشی برای داستانش پیدا کند، بسیار راضی بود.

ویگوتسکی (۱۹۷۸) می گوید: *"کودک هنگامی که در یک داستان خیالی مشغول بازی است بسیار لذت می برد، اما برای این که به بیشترین لذت و رضایتمندی برسد، باید یاد بگیرد قوانین بازی را رعایت کند"*. من و مکی نیز قوانینی برای بازی خود داشتیم. در حالی که او به بازی و داستان های خود ساختاری می داد، قوانین توالی و انسجام برای شکل دادن داستانی که باعث رضایتمندیش شود را می آموخت. در بازی، اعمال در تسلط مفاهیم هستند، اما در زندگی حقیقی بر آن ها غلبه دارند. مکی در دنیای واقعی هنگامی که خانواده ی

@karnil

اصلی اش را ملاقات می کند، در محیطی آشفته قرار گرفته که در آن گم می شود. اما در بازی به نظر می رسد بزرگترها به صورت آدم برفی هایی نشان داده می شوند که ذوب شده و ناپدید می گردند. به این شکل خیال کودک اندکی آسوده می شود. هر چند کودک مادری دارد، اما ناپیداست و هنوز تحقق نیافته که این خود بازتابی از زندگی حقیقی مکی است. در این بازی تنها کودک و خرس عروسکی شخصیت هایی پابرجا هستند و دیگران محکوم به زوال می باشند.

کودکان داستان هایی می گویند که نه تنها بیانگر تجربیات حقیقی آنهاست، بلکه از رویدادهایی سخن می گویند که دلشان می خواهد به حقیقت بپیوندند. در دست گرفتن قدرت هر چند به صورت خیالی و تصمیم گیری راجع به این که چه کسی چه کاری انجام دهد و چیزها چگونه باشند، خود یکی از ابعاد حیاتی تجربیات بشر است.

پترا یک دختر ۱۴ ساله است که در پرورشگاهی کوچک و صمیمی زندگی می کند و مشکلات وابستگی حادی با خانواده ی اصلی اش داشت. او قلبی کشیده بود و این داستان را برای آن تعریف کرد:

"قلب شکسته

روزگاری قلبی بود که به هیچ کس تعلق نداشت.
هیچ کس او را دوست نداشت و قلب در فضا مانند یک آواره سرگردان بود.
این قلب هرگز نه به مردی متعلق بود، نه به زنی، بلکه قلبی شکسته بود.
پیکانی در قلب فرو رفته بود. نه خونی نه تپشی، فقط یک قلب صورتی.
آخر سر قلب با یک بمب متلاشی شد و به هزار و یک تکه تقسیم شد.
شاید قلب دوباره سر هم شود، اما اگر ذرات آن به کسی برسد، دوباره متولد خواهد شد و آن فرد تا همیشه با شادی و سعادت زندگی خواهد کرد. پایان."

می توان ابراز امیدواری را در این داستان مشاهده کرد. در فضای خیالی قصه چنین اشتیاق هایی می توانند به راحتی طلب شوند، زیرا نیازی نیست در دنیای حقیقی به اثبات برسند.

@karnil

نام های بسیاری برای بازی های وانمودی وجود دارد، مانند بازی های سمبولیک یا نمادین، بازی های نمایشی، بازی های خیالی یا فانتزی. تمامی این واژه ها فرآیند خاصی را توضیح می دهند که آن را از دیگر گونه های بازی متمایز می کند (مانند بازی های حرکتی، عملی، بازی هایی شامل قوانین خاص و...). این عملکرد *" انگار"* در این بازی هاست که ویژگی متفاوتی به شمار می رود. هنگامی که کودکان هویت و عملکردهایی را برای اشیاء و افرادی قائل می شوند که در واقعیت آن ها را ندارند، در واقع وارد گستره ی بی حد و حصر بازی های خیالی شده اند. این هویت ها و عملکردها سپس متحول شده و در واقعیت نیز نمایان می شوند.

بازی های خیالی اغلب در نیمه ی دوم دوسالگی کودک آغاز می شود، یعنی زمانی که او قادر است کارهایی ساده را وانمود کند، مانند خوردن با قاشق های اسباب بازی یا ریختن نوشیدنی های خیالی. خاستگاه این بازی ها را می توان در تعاملات بین والدین و کودک در زمان یک سالگی او دانست. بزرگترها اغلب در این دوره از ابراز احساسات اغراق شده استفاده می کنند، مانند خیره شدن و لبخند زدن به کودک که در اکثر مواقع نوعی وانمودسازی است. کودکان که هنوز خود این وانمودسازی را یاد نگرفته اند، به این اعمال وانمودی عکس العمل نشان می دهند و هنگامی که یک بزرگتر وانمود می کند در حال لبخند زدن به کودک بوده یا به او خیره می شود، آن ها نیز بیشتر به او لبخند می زنند یا خیره می شوند. در حالی که اگر بزرگتر آن ها مشغول یک کار جدی باشد، این اتفاق کمتر می افتد (ریکرت و همکاران،۲۰۰۲). کودکان تا سن ۴ سالگی اغلب از اندام خود به عنوان جایگزینی برای اشیاء فرضی در بازی های خیالی استفاده می کنند. به طور مثال هنگامی که ادای مسواک زدن را در می آورند، از انگشت سبابه ی خود به جای مسواک استفاده می کنند. همان گونه که کودک رشد می کند، داستان هایش از توالی بیشتری برخوردار شده و در بازی های خیالی خلاقیت بیشتری در آن ها به چشم می خورد.

نوو سیولووا (۱۹۹۱) الگویی برای اعمالی که هنگام رشد بازی روی می دهند، ارائه کرد. در این الگو ۴ نوع عمل ذکر شده است. در اولین سال زندگی، بازی

@karnil

آشنایی شکل می گیرد که شامل بررسی اسباب بازی ها، انجام اعمالی با آن ها و استفاده به عنوان یک ابزار می باشد. در سال دوم و سوم زندگی بازی تخیلی شکل می گیرد. محتوای این بازی از تجربیات کودک در زندگی نشأت گرفته و مرتبط با زندگی روزمره ی اوست. بازی ها اغلب تکرار می شوند، به این شکل که کودک عروسکش را روی تخت می گذارد، روی او پتو می اندازد، او را از تخت بیرون می آورد، دوباره توی تخت می گذارد و این روند ادامه دارد. در این بازی ممکن است از اسباب بازی های گوناگون، اشیاء جایگزین و اعمال خیالی با اشیاء خیالی استفاده شود. از سن ۳ تا ۷ سالگی بازی های ایفای نقش موضوعی ظاهر می شوند. ابراز هیجانات یک نقش از طریق استفاده از اسباب بازی ها شکل می گیرد، به طور مثال کودک نقش مادر را بازی می کند و برای این کار عروسکش را در تخت گذاشته، با او صحبت می کند و صحبت هایش مربوط به نقشی می باشد که بر عهده گرفته است. اغلب مباحثاتی مرتبط با نقش مورد نظر با دیگر کودکانی که بازی می کنند، شکل می گیرد. طبق گفته ی نوو سیولووا کودکان وقایع روزمره ی زندگی خود را با وضعیت های خیالی در هم می آمیزند. حتی اگر آن ها نقش پری قصه ها را نیز بازی کنند، داستان شان هنوز هم بر اساس تجربیات زندگی می باشد.

برایان ۵ ساله این داستان را با چند اسباب بازی کوچک تعریف می کند.

"مرداب

مرداب جای بدی بود، اما حالا تبدیل به جای خوبی شده، چون که برایان اینطوری میخواد.

توی مرداب یک توپ بود که حالش خوب نبود.

هیچ کدوم از موجودات توی مرداب حالشون خوب نبود.

یک دایناسور و یک موجود فضایی هم اونجا بودن که اونام حالشون خوب نبود.

مرداب باعث مریضی همه می شد، چون که توش میکروبای بدی وجود داشت.

اونجا جای ترسناکی نبود، اما چون کثیف بود مردم مریض میشدن.

صدها و صدها موجود مردابو پر کردن و آخرش همگی مردن

و مردابم خشک شد پایان."

@karnil

برایان از اسباب بازی ها برای ایجاد یک داستان خیالی استفاده می کند. عناصر داستان تعیین کننده ی شیوه ای هستند که او جهان را زمانی کـه بـا مـن در حـال بازی بوده، می نگرد. مهم است به خاطر داشته باشیم کودکان در بازی های خیـالی، تفکر خود راجع به بدترین و بهترین چیزها و افراد در دنیای شان را ارائه می دهنـد. آن ها الزاماً آرزو ندارند این داستان ها وارد زندگی حقیقی شان شود، اما احتمـالاً در تجربه ی چنین ایده هایی خصوصاً در حضور بزرگترهایی که حامی آن ها هسـتند و در کنار آن ها آن قدر احساس امنیت می کننـد تـا بـه چیزهـای غیـر قابـل تصـور بیندیشند، احساس راحتی می کنند.

یک مثال می تواند داستان **تد** پسر بچه ای ۵ ساله باشد کـه قـرار بـود پـس از مدتی تحت سرپرستی دائم خانواده ای قرار بگیرد. او به همه می گفت چقدر از ایـن موضوع خوشحال است و اصـلاً نمـی ترسـد. داسـتان او در بـازی نشـان دهنـده ی هیجان، اما در عین حال نگرانی های او می باشد:

"تد دنبال یک پدر و مادر جدید می گشت.

اون توی ماشین پلیس بود.

یک ماشین دیگه سر رسید که پدر و مادر جدید تد توی اون بودن.

اونا تد رو توی ماشین پلیس دیدن و خواستن که تد با اونا باشه.

اونم خیلی خوشحال شد که یک پدر و مادر جدید پیدا کرده بود.

اما یکی تد رو از اونجا دور کرد، چون اونا نمیخواستن تد پـدر و مـادر جدیـدی داشته باشه.

اونا تد رو به زندان بردن. تد گریه می کرد. در بسته شده بود و تد تـوی زنـدون گیر افتاده بود.

ماشین آتش نشانی به نجات تد اومد. پلیس متأسف شـد و گفـت پـیش پـدر و مادر جدیدت برو.

تد به ماشین آتش نشانی برده شد و گفت:

سلام من گم شدم، آتیش خونه ی پدر و مادر جدیدمو سوزونده.

تد روی سقف خونه واستاده و پایین میفته، اما زخمی نمیشه.

@karnil

آتیش خاموش میشه و تد پایین میره.
همه ی ماشینا رفتن و این پایان داستانه."

این یک داستان خیالی است، اما نشان می دهد قهرمان آن هنوز راجع به بزرگترها و این که آیا از او حمایت می کنند، مطمئن نیست. آیا آن ها به اندازه ی کافی قدرتمند هستند تا با رویدادهای خارجی مواجهه کنند؟ و آیا تد همیشه آن ها را در کنار خود خواهد داشت؟ در پایان داستان معلوم نمی شود آیا پدر و مادر جدید قهرمان می توانند از او مراقبت کنند. او از آتش سوزی نجات می یابد و ماشین ها می روند و در آن زمان این تنها چیزی است که تد می تواند تصور کند. در این تجربه ی نمادین و انتخاب های فرضی در دنیای بازی، تد از مراتب انتخاب های خود در دنیای حقیقی به دور است. پس ما نیز داستان را همان گونه که هست، می پذیریم. تد توانسته بود نگرانی های خود را در داستان ها و بازی هایش ابراز کند، اما در مکالمات عادی با مراقبان یا مددکاران اجتماعی چنین مسائلی را آشکار نساخته بود. در نظر آن ها تد کاملاً آماده بود به خانه ی جدید منتقل شود. در نتیجه صحبت کردن راجع به نگرانی های تد با مراقبان فعلی و خانواده ی جدید او مفید بود تا آن ها نیز از ترس هایش آگاه شوند.

هنگامی که کودکان به صورت خیالی در هر محیطی بازی می کنند، دنیایی تخیلی ایجاد می شود که می تواند شیوه ای برای مفهوم سازی در دنیای حقیقی باشد. وندربرگ (۱۹۸۶) می گوید: *"برای انسان بودن و داشتن یک زندگی با مفهوم در هر فرهنگی، ما در ساختاری بسیار پیچیده و انتزاعی زندگی می کنیم که عمده ی آن تخیلی است. ارتباطات اجتماعی و ادراک ما از کار و فرهنگ محیط زندگی مان، بستگی به ادراک ما از این ساختارهای تعامل چه به صورت کلامی و چه غیر کلامی دارد. لطیفه ها، کنایه، مهارت در تشویق و ترغیب، استعارات و صنایع سخنوری، همراه با علائم و نمادهای غیر کلامی مانند نگاه، لبخند زدن و به طور کلی زبان بدن، بخشی از این ساختار هستند."*

@karnil

بازی خیالی به عنوان یک روایت

قصه گویی به عنوان شیوه ای برای ایجاد مفاهیم ساختارهای اجتماعی در تمام فرهنگ های بشری وجود داشته و می توان آن را یک میراث بیولوژیک دانست (برونر،۱۹۹۰). هنگامی که کودکان زبان می آموزند، توانایی سازماندهی تجربیات خود به صورت روایت گونه را نشان می دهند. از طریق این روایت هاست که کودکان شیوه ی منحصر به فرد تفکر و احساس راجع به خود، ندای درونی و دنیای ذهنی شان را ابراز می دارند. در نتیجه هنگامی که تد داستان خود را برای من تعریف کرد، دنیای او شامل آرزوها و ترس هایی بود که به واسطه ی آینده ی نامعلومی که تمام این اشتیاق ها و هراس ها در آن جای گرفته بودند، ابراز می شد. بازی یک شیوه ی طبیعی برای کودکان به منظور ایجاد مفاهیمی منسجم می باشد که در واقع هدف NPT نیز هست. از این دیدگاه باید گفت دعوت به بازی برابر با این تقاضاست: *"داستانت رو برای من تعریف کن."*

انگل (۱۹۹۵) به این نکته اشاره می کند که شناسایی این داستان ها نه تنها از جهت بازسازی تجربه و گفتن آن برای دیگران مهم است، بلکه هم چنین این روایات خود تجربه ای هستند که به واسطه ی آن ها خود را بازسازی می کنیم، خصوصاً آن دسته که مربوط به خود ما می شوند. در هر لحظه چگونگی رفتار، احساس و تجربیات ما تا حدودی از شخصیتی نشأت می گیرد که از تجربیات گذشته و تصورات مان راجع به آینده، آن را ساخته و پرداخته ایم.

بازی بزرگترها و کودکان با یکدیگر

ویژگی بسیار خاص در رابطه ای که بر اساس قصه گویی شکل گرفته، وجود دارد. یک قصه گو و یک شنونده حاضر هستند که قصه در میان آن ها به عنوان شیوه ای برای گفتگو راجع به مفاهیم مشترک بین این دو عمل می کند. در جای دیگر به این نکته اشاره کرده ام (۱۹۹۷) که کودکان در فرآیند بازی درمانی، داستان ها را به عنوان جایی برای تجربیات شان بازگو می کنند که در داستان های خیالی آن ها شکل گرفته است. این داستان هر چقدر هم هراس انگیز و وحشتناک باشد، با روح بازی نهفته در چنین تعاملی و نقش برابری که قصه گو و شنونده در

@karnil

فضای شکل گرفته توسط داستان دارند، کمرنگ می شود. برابری در این رابطه تداوم داستان را تسهیل می کند. کودک و بزرگسال همراه با یکدیگر مفاهیم داستان را همان گونه که شکل می گیرند، در می یابند. فرد بزرگسال در این رویکرد کاوشگرانه و بدون قضاوت، دیگر سلسله مراتب دانش خود را بر روایت کودک اعمال نمی کند، بلکه با دقت به آنچه که روی می دهد، گوش فرا داده و خود نیز تبدیل به یک نوآموز می شود. داستان می تواند با توجهات فرد بزرگسال که به عنوان یک شنونده برای آنچه که ارائه شده ارزش قائل می شود، رو به خاتمه رود و یا کودک و بزرگسال با هم ساختار داستان را تجزیه و مجدداً سر و شکل دهند تا کودک از انتخاب های جدیدی که بدست آورده، احساس رضایتمندی کند. چنین همکاری ای *"مشارکت چند صدایی"* تعریف می شود. هدف یک راه حل یا یک داستان جدید نیست، بلکه ایجاد گستره ای از انتخاب های جدید مورد توجه است.

مری دخترک چهار ساله ای است که بازی کردن با عروسک جادوگر را دوست دارد. این عروسک از آن جادوگرهای بد است. در پایان داستان مری به خاتمه های متعددی فکر کرد. به طور مثال: جادوگر بد می میرد و هرگز زنده نمی شود یا می میرد، اما دوباره زنده می شود، یا به زندان می رود یا تبدیل به جادوگری خوب می شود. او مجبور نبود مشخصاً پایانی را انتخاب کند تا به من بگوید چه اتفاقی می افتد. این ها قدرت انتخابی بودند که به او داده شد.

گولیشیان (۱۹۹۰) به توضیح رابطه بین درمانگر و کودک می پردازد. او می گوید: برای حفظ موقعیت ابهام و پایانی نامشخص در مکالمات درمانی، نیاز به مهارت و صبر درمانگری باتجربه وجود دارد. منظور در این جا از درمانگری که نمی داند، به معنای بی کفایتی یا نبود راه حلی برای مشکل نیست؛ بلکه مسئله جستجو و پرسش است. ندانستن یعنی با آنچه که می دانم، چه کنم؟ این مسئله برای والدین یا مراقبان کودک و یا دیگر متخصصانی که در حال برقراری رابطه با او هستند نیز صدق می کند. بنیان آگاهی های این افراد متفاوت است، اما چنانچه بتوانند دانش خود را ارزیابی کرده و آنچه که می تواند به بهبود رابطه ی آن ها با کودک در بازی بیانجامد را شناسایی کنند، برای او بسیار مفید خواهد بود.

@karnil

از دیدگاه خود من به عنوان یک متخصص بازی درمانی، دانشی که دارم از منابع گوناگونی نشأت گرفته است: تئوری، آموزش، تجربیات زندگی و حرفه ای، دانش پژوهش های تجربی، همدلی و به اشتراک گذاردن آگاهی ها با دیگر همکاران. این بنیان دانش باید با رویکرد تفسیرگرا به کارگرفته شود تا باعث غنی تر شدن ادراک بیمار گردد، نه این که به واسطه ی اعمال نظریات حرفه ای در همان سطح باقی بماند. در نتیجه دانش قبلی به عنوان بخشی از اشتیاق یادگیری بیشتر وارد گفتگوهای درمانی می شود. بنیان آگاهی های والدین یا دیگر افرادی مانند مددکاران اجتماعی تقریباً اعتباری برابر دارد و چنانچه از سطح مهارت های خود که می تواند حامی این رابطه با کودک باشد، آگاهی کافی داشته باشند، برای آن ها بسیار مفید خواهد بود و خواهند توانست به طور مداوم به ارزیابی این رابطه بپردازند تا مطمئن شوند نیازهای کودک برآورده شده اند.

بازی به عنوان یک روال فرهنگی

شیوه ی تعامل بزرگترها در بازی با کودک برای همکاری و کارایی رابطه بسیار مهم است. چنانچه ساختار بازی واضح و شفاف باشد، خود تبدیل به یک روند فرهنگی می شود که به کودک حسی از تعلق و جایی که در آن نقش و وظایفی بر عهده دارد، می دهد. کورسارو (۱۹۹۷) یک روند فرهنگی را به عنوان جایگاهی توضیح می دهد که کودک در آن احساس امنیت کرده و ادراکی مشترک از تعلق به یک گروه اجتماعی دارد. از آن جا که تمامی روال ها قابل پیش بینی هستند، چارچوبی فراهم می شود که در آن طیف گسترده ای از آگاهی های اجتماعی – فرهنگی قابل ایجاد، ارائه و تفسیر هستند. این چارچوب به عنوان نقطه ی اتصالی برای کودک کار می کند که او را قادر می سازد با ابهامات، مسائل غیر منتظره و مشکل ساز مواجهه کند و در عین حال در جایگاهی قرار بگیرد که او را به زندگی روزمره اش متصل می سازد.

شرکت در این آیین های فرهنگی بسیار زود اتفاق می افتد. حتی یک بازی قایم باشک ساده را نیز می توان در همین زمره قرار داد. کودک ابتدا مجموعه ای از قوانین قابل پیش بینی را می آموزد که بازی را شکل می دهند. سپس یاد می گیرد

@karnil

چگونه آن ها را در بازی خود مورد استفاده قرار دهد. در رابطه با بازی های خیالی، فرضیه انگاری یا همان واژه ی جادویی *"انگار"*، کودک را قادر می سازد در تعاملات اجتماعی شرکت کرده و به تدریج ظرفیت های اجتماعی او گسترش یافته و می تواند به طور کامل در صحنه ظاهر شود.

اگر بخواهیم بازی های خیالی را در مجموع به عنوان یک روند فرهنگی در نظر بگیریم، پس ساختار آن باید به خوبی برای کودک توضیح داده شود. این قوانین و محدودیت ها برای امنیت رابطه حیاتی هستند و باید نقش ها و وظایف کودک و بزرگسال را به خوبی شفاف سازی کنند. کودک باید در کنار بزرگتر خود احساس امنیت کند، اما هم چنین باید مطمئن باشد که او می تواند وارد دنیای کودکانه و بازی او شده و احساس سردرگمی و ابهاماتی که ممکن است برایش ایجاد شود را برطرف سازد. به این شکل هر دو طرف مفهومی رضایت بخش ایجاد می کنند که منطبق با شرایط اجتماعی کودک در دنیای پیرامونش می باشد. همان گونه که قوانین بازی های خیالی آموخته و تجربه می شوند، کودک مفاهیم بازی و داستان های خود را گسترش داده و تعاملات پیچیده تری را درک می کند.

واسطه های این فرآیند انتقال، بازی های گوناگون، داستان سازی برای اسباب بازی ها و اشیاء و داستان هایی است که درمانگر برای کودک می گوید یا می خواند و همه ی این ها باعث گسترش تجربه ی فردی کودک در محتوای فرهنگی می شوند. این چارچوب های فرهنگی هم چنین از طریق روایت هایی که بین کودک و فرد بزرگتر او هنگام بازی شکل می گیرند، تقویت شده و توسعه می یابند. کودکان از قدرتی که بر امور دارند، در این زمان بسیار لذت برده و مایلند تمام قوانین بازی کاملاً اجرا شود. اغلب اوقات هنگامی که کودک فضایی را برای بازی آماده می کند، یک داستان خیالی را بازگو کرده یا مسئله ای را که در محیط خانواده یا مدرسه اتفاق افتاده روایت می کند.

فضای بازی

هنگامی که کودکان می خواهند مشغول بازی های خیالی شوند، به دنبال فضایی می گردند که برای بازی آن ها به اندازه ی کافی امن باشد. کودکان در

@karnil

فضاهایی بازی می کنند که در حاشیه ی زندگی روزمره ی آن ها قرار گرفته است، شاید زیر میز، توی انباری، پشت باغ یا اتاق خواب شان، اما همه ی این فضاها به گونه ای هستند که رابطه ی آن ها با خانواده یا گروه اجتماعی شان حفظ می شود. هنوز هم لذت بازی در اتاق کوچک زیر شیروانی را به خاطر می آورم که در آن جا با عروسک هایم معلم بازی می کردم و مخصوصاً در را قفل می کردم تا بتوانم خواهر زورگویم را از آن جا دور نگه دارم.

بیتسون (۱۹۵۵) براین عقیده است کودکان قبل از این که بتوانند در بازی های خیالی مشغول شوند، باید ساختار یا محیطی در بازی ایجاد کنند تا دیگران بفهمند آنچه که روی می دهد، واقعی نیست. این کار معمولاً با خنده و تفریح انجام می گیرد. در چنین بازی هایی معمولاً کودکان در دو سطح عمل می کنند. در یک سطح آن ها به طور کامل در نقشی که ایفا می کنند، جذب شده و به مفاهیم و اعمالی توجه دارند که در این ایفای نقش مورد نیاز هستند. اما در عین حال آن ها از هویت خود و دیگر بازیکنان و مفاهیم حقیقی اشیاء و عملکردهایی که در بازی مورد استفاده قرار می گیرند، آگاه هستند.

کودکان اوتیستی در زندگی روزمره بندرت به بازی های تخیلی خود انگیخته مشغول می شوند، اما پژوهش ها نشان می دهد (لویس و بوشر،۱۹۸۸؛ لیبی، پاول، مسمر و جوردن،۱۹۹۷) هنگامی که این بازی ها از طریق الگوسازی و تقلید در محیطی حمایت کننده برای آن ها نهادینه می شد، این کودکان نیز قادر بودند از بازی های خیالی استفاده کنند. خود من نیز تجربه ی مشابهی با گروهی از نوجوانان مبتلا به اوتیسم داشتم که مربوط به دورانی است که در هلند بودم.

من به عنوان یک متخصص بازی درمانی چنانچه کودک را در محیط خانه اش ملاقات کنم، با یکدیگر جایی را برای بازی انتخاب می کنیم که باعث بر هم خوردن جریان عادی کارهای خانه نشود. احتمالا مناسب ترین جا اتاق کودک یا ناهارخوری است. هیچ چیز بدتر از این نیست که با اشغال کردن اتاق نشیمن، همه ی افراد خانواده را از انجام کارهای شان بازداریم. والدین می توانند فضایی خاص را در زمانی معین در نظر داشته باشند تا با کودک خود به بازی بپردازند. این کار باعث حمایت از وابستگی و تعلق خاطر بین بزرگسالان و کودک می شود و او مطمئن

@karnil

می گردد آنچه که انجام می دهد، برای بزرگترها جالب توجه است.

چنانچه افراد متخصص از یک اتاق بازی خارج از محیط خانه استفاده می کنند، بسیار مهم است فضای آن برای کودک مناسب باشد. خود من همیشه از یک تشک آبی ویژه هنگام بازی با کودک استفاده می کنم که آن قدر بزرگ هست تا کودک همراه با اسباب بازی هایش روی آن بنشیند. هم چنین مهم است یک فضای بازی و فضایی جدا از امور مربوط به بازی در اتاق وجود داشته باشد تا کودک بدون این که نیاز به ترک اتاق باشد، بتواند بازی را متوقف کند. به این شکل برای او کاملاً مشخص می شود چه زمانی بازی تمام یا متوقف شده است.

قوانین بازی مشترک

هنگامی که بزرگسالان با کودکان بازی می کنند، بسیار مهم است قوانینی بر بازی حاکم باشد. این قوانین نشان می دهند هر کس مسئول چه کاری است. به طور مثال فرد بزرگتر اسباب بازی ها را می آورد و ملزم است هر بار اسباب بازی های مشابهی را به جلسه ی بازی آورده و در زمان های دیگر آن ها را در مکانی مناسب بگذارد. ممکن است والدین یا فرد دیگری که با کودک بازی می کنند، بخواهند برای این جلسات، اسباب بازی های خاصی در نظر بگیرند. در نتیجه باید آن ها را از دیگر اسباب بازی هایی که در خانه موجود است، جدا کرده و در مکان ویژه ای نگهداری کنند. بسیاری از کودکان می خواهند خود فضای بازی را بچینند و شاید علتش این باشد که در این فضا احساس می کنند امور را در دست دارند و می خواهند مهارت بیشتری در آن کسب کنند. اغلب کودکانی که من آن ها را ویزیت می کنم، می خواهند زیرانداز آبی را خودشان انداخته و جای نشیمن را سازماندهی کنند. بازی دنیای کودکان و یکی از معدود فضاهایی است که آن ها بر چیدمانش کنترل داشته، می توانند وسایل بازی را انتخاب نموده و صحنه را آماده کنند.

از کودک انتظار می رود بازی کند و داستان هایی بگوید، این سهم او از بازی است. از فرد بزرگتر نیز انتظار می رود به کودک گوش کرده و با درخواست او وارد بازی شود. متخصصان شاید تمایل داشته باشند مجموعه ای از اسباب بازی های

@karnil

ویژه ی خود را گردآوری کنند، زیرا اغلب اسباب بازی هایی که در اتاق بازی نگهداری می شوند، ممکن است شکسته یا گم شوند و برای کودک و به منظور این زمان خاص بازی با یک فرد بزرگتر فاقد ارزش لازم باشند.

کودک و بزرگسال هر دو در قبال قوانین رفتاری مسئولیت دارند: عدم آسیب یا ضربه زدن، احترام به بدن هر شخص و احترام برای یکدیگر. شفاف سازی این ساختار برای کودک بسیار مهم است. به این شکل او می داند انتظار چه چیزی را دارد و هنگامی که مشغول بازی در این فضا می شود، احساس امنیت می کند.

اسباب بازی های مناسب برای بازی های تخیلی

انتخاب اسباب بازی هایی برای تشویق کودکان به بازی با یکدیگر یا با یک بزرگسال، تا حد زیادی توسط اولویت های خود آن ها و محیطی که در آن بازی می کنند، مشخص می شود. اگر فرد بزرگسال اسباب بازی ها را برای کودک می آورد، پس این مجموعه باید محدود باشد. اما الزاماً باید شامل اسباب بازی هایی برای بازی های حسی، عروسک و اسباب بازی های مینیاتوری برای قصه گفتن و لوازم کاردستی باشد. اگر این جلسات در اتاق بازی یا خانه صورت بگیرند، انتخاب ها با محدودیت کمتری مواجه خواهند بود.

در هر حال باید به این نکته نیز توجه داشت برخی از کودکان هنگامی که در معرض محرک ها یا اسباب بازی های بسیار زیاد قرار می گیرند، سردر گم شده در نتیجه تعداد زیاد اسباب بازی ها کمک بیشتری نخواهد کرد. یک جعبه ی کوچک از اسباب بازی های جذاب می تواند همان قدر ارزش داشته باشد که یک اتاق بازی پر از وسایل گوناگون. این زمان بازی بین کودک و فرد بزرگسال بسیار ویژه است، بنابراین همواره باید اسباب بازی های مشابه در هر جلسه حاضر باشد. هیچ چیز برای یک کودک از این بدتر نیست که متوجه شود یکی از اسباب بازی های اصلی اش گم شده یا شکسته است. در ادامه پیشنهاداتی برای لوازم بازی مورد نیاز ذکر شده است.

مواد لمسی یا حسی: گل یا خمیر بازی، ماسه یا حباب ساز که همه ی آن ها در زمره ی بازی های حسی قرار می گیرند. کودکان اغلب بازی های خیالی شان را

@karnil

با استفاده از این لوازم آغاز می کنند. در نتیجه هنگامی که اسباب بازی هایی در گل یا ماسه قرار می گیرند، به عنوان استعاره ای از شلوغی زندگی کودک نگریسته می شوند. **جان** پسر چهار ساله ای است که با روبان های صورتی مردابی درست کرد و اسباب بازی های کوچکی را در آن قرار داد و این قصه را گفت:

"روزی روزگاری مردابی بود.
اونجا خیلی وحشتناک بود. مردم از اون میترسیدن.
مرداب خیلی سرد بود.
یک موجود فضایی توی مرداب بود، اما مرده بود.
یک پا توی مرداب افتاده بود.
یک دایناسور با یک مارمولک به اونجا اومدن و شنا کردن."

جان به تازگی تحت سرپرستی خانواده ای قرار گرفته بود و داستان او احتمالاً بیان کننده ی وضعیت او در تلاش با کنار آمدن با افراد، مکان و قوانین جدید بود.

اسباب بازی های کوچک: مجموعه ای از عروسک ها و اسباب بازی های کوچک می توانند به قصه گویی کودک کمک کرده و شامل چنین مواردی شوند:

گروهی از عروسک های خانواده: اگر کودک در خانواده های متعددی زندگی کرده، باید به اندازه ی کافی عروسک وجود داشته باشد تا او بتواند از آن ها استفاده کند. هم چنین عروسک ها باید شامل نژادهای گوناگون باشند.

چهره های جادویی: شامل اژدها، جادوگر، شوالیه و چهره هایی از برنامه های تلویزیونی و کارتون ها. به طور مثال لاک پشت های نینجا.

حیوانات اهلی و وحشی: شیر، ببر، فیل، روباه و... هم چنین عروسک های سگ، گربه و دیگر حیوانات خانگی مانند خرگوش و حیوانات مزرعه نیز محبوب هستند.

ماشین ها: ماشین برای بسیاری از کودکان یک مکان امن به شمار می رود و آن ها را از جایی به جای دیگر می روند. کودکانی که احساس عدم تعلق خاطر دارند، اغلب داستان هایی راجع به ماشین هایی می گویند که راننده نداشته و یا

@karnil

هیچ کس دور و بر آن ها نیست. این بازی اغلب قبل از این که روایتی را بازگو کند، چندین بار تکرار می شود. هواپیما، هلیکوپتر و دیگر وسایل نقلیه نیز نشان دهنده ی حرکت هستند.

وسایل و مبلمان: اشیاء کوچکی که نشان دهنده ی فضای خارجی و داخلی خانه باشند، مانند درخت، نیمکت، علائم، صندلی، تخت و...

عروسک های نمایشی و عروسک های عادی: عروسک هایی همراه با لوازم مختلف مانند لباس، شیشه ی شیر و... عروسک های انگشتی که بتوان آن ها را به راحتی حرکت داد. حیوانات عروسکی می توانند شامل سگ، تمساح و دیگر حیوانات باشند که هم باید شامل موجودات دوست داشتنی و هم خشن شوند.

لباس های خاص: این لباس ها هم می توانند شامل لباس بزرگترها و هم لباس شخصیت های گوناگون باشند (مثل اسپایدرمن و...)، کفش، کیف، کلاه و بسیاری دیگر از لوازم جالب توجه برای کودک نیز می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

لوازم نقاشی و کاردستی: رنگ، روبان، پاستل، ماژیک، کاغذ رنگی، مقوای سفید و...

در ادامه داستان **استوارت** هفت ساله را می خوانید که با استفاده از این اسباب بازی های کوچک آن را روایت کرده است:

"جادوگر قاتل

جادوگر بدجنسی بود که مردمو می خورد.

*اون بابای **بارت** رو گاز گرفت، اونو کشت و خوردش.*

بعد اونو زیر ماسه ها دفنش کرد.

جادوگر بدجنس بعدش یک مرد دیگه، یک گاو، یک خفاش، یک سگ، یک مار و یک سگ فلزی رو خورد.

اون بعدش یک ماهی و یک گوسفند خورد.

*بعدش **بارت** رو با یک غذای گنده خورد.*

بعدش یک دختر و یک مار گنده و یک کرم ابریشمو خورد.

بعد یک شوالیه اونو کشت تا مرد و دوباره همه رو زنده کرد."

بزرگسالان به عنوان قصه گو

هنگامی که به داستان های کودکان در بازی گوش می کنم، اغلب به یاد داستان ها یا روایات قدیمی می افتم که با آنچه که کودک خلق کرده، انطباق دارند. سپس خود من داستانی برای او تعریف می کنم تا بداند افراد دیگری نیز با موضوعات مشابه در گذشته داستان سرایی کردند و او تنها کسی نیست که چنین تجربیاتی در زندگی داشته است و می تواند داستانش را بازگو کند.

در میان بیماران من دو پسر ۹ ساله هستند که داستان های جالبی تعریف می کنند. آن ها به علت سوگند خوردن برای یک فرد نامناسب در جای نامناسب به دردسر افتاده بودند. ما این مسائل را در بازی مطرح می کنیم و آن ها داستان هایی می گویند که هم باعث تعجب خودشان می شود هم من. روزی قصه ی ملکه ی برف ها را برای آن ها تعریف کردم و آن ها بسیار تحت تأثیر قرار گرفته و از من پرسیدند آیا داستان حقیقت دارد؟ من گفتم: *"کی میدونه؟ این یک داستانه!"* و همه ی ما خندیدیم.

سارا دختری شش ساله است که دوست دارد پایان داستان هایش خنده دار باشد، چون برای او تبدیل به یک لحظه ی قابل پیش بینی در زندگی آشفته اش می شود. او یک روز داستان خنده داری راجع به حرف زدن قبل از فکر کردن و پیامد آن تعریف کرد که باعث شد من حسابی بخندم. اکنون داستان او را با هم می خوانیم:

"سه آرزو

یک روز بارونی یک مردکوچولو به مهمونخونه ای رفت تا شام بخوره.

اونا بهش یک کاسه سوپ و مقداری نون دادن و وقتی می خواست بره، بهش یک حلقه دادن و گفتن سه تا آرزوتو برآورده می کنه.

صبح روز بعد مرد از خواب بلند شد و با خودش فکر کرد دوباره باید سوپ بخوریم.

آرزو می کنم برای تغییر هم که شده، کیک بخورم و کیک جلوی اونا ظاهر شد.

زنش بهش گفت ای احمق، یکی از آرزوها هدر شد. آرزو می کنم کیک

@karnil

می خورد توی سرت و همین طورم شد!
مرد گفت آرزوی دوم هم تلف شد.
زنش بهش گفت باید آرزوی طلا یا چیز دیگه ای می کردی. اما مرد گفت
ایکاش کیک از روی سرم برداشته می شد
و آرزوی سوم هم اینجوری از بین رفت!"

اهمیت بازی های خیالی و ظرفیت ادراکی

برخی بر این عقیده اند که بازی های کودکانه مهم نبوده و کودک باید در هر حال بزرگ شود و این مسائل پیش پا افتاده و بی معنا را پشت سر بگذارد. اما هر چه پژوهش ها راجع به بازی های خیالی بیشتر می شوند، معلوم شده این بازی ها کلید رشد ظرفیت های ادراکی و شناختی در کودکان هستند.

برگن (۲۰۰۲) بر این عقیده است که شواهد بسیاری از رابطه بین ظرفیت ادراکی و بازی های خیالی با کیفیت بالا حمایت می کنند. اگر کودکان فرصت تجربه ی چنین بازی هایی را نداشته باشند، ظرفیت های درازمدت آن ها مرتبط با ادراک کلان، حل مسئله، آگاهی اجتماعی و هم چنین حوزه های تحصیلی مانند سوادآموزی، ریاضیات و علوم کاهش خواهند یافت. این مهارت های پیچیده و چند بعدی، بسیاری از بخش های مغز را به خود مشغول می دارند و بیشتر از همه در فضایی پرورش می یابند که کودک فرصت های بسیاری برای بازی های خیالی خلاق دارد.

کتی دختری که عصبانی بود.

باولبی (۱۹۶۹،۱۹۸۰) به این نکته اشاره می کند مسیرهای ویژه ای که کودک در آن ها گام بر می دارد، توسط محیطی تعیین می شوند که او در آن زندگی می کند، خصوصاً شیوه ی برخورد والدین با او در این امر بسیار تأثیرگذار است. هنگامی که کودکان به طور مکرر واکنش های همراه با عصبانیت از والدین یا مراقبان خود دریافت کنند، این مسئله چراغ سبزی برای آن ها خواهد بود تا خود نیز به همین شیوه عمل کنند. برخی از والدین کودکان شان را تشویق می کنند در

روابط شان با دیگران، رفتاری پرخاشجو داشته باشند. کودکانی که به آن ها کمک نشده هیجانات شان را تعدیل کنند، اغلب نمی دانند با عصبانیت خود چه کنند و هیچ راهی برای آرام کردن خود نمی یابند. **کتی** دختر هفت ساله ای است که سردرگمی خود در زندگی با خانواده ی جدید را این گونه مطرح می کند:

"من قوانین را درک نمی کنم. از داد زدن خوشم نمیاد. حتی با این که وقتی عصبانی میشم، خودم داد میزنم. بابای قبلی هم خیلی داد میزد."

او یک نقاشی کشید و این داستان را برایش گفت:

"این چکمه ی باباست.
اونو سرکار میپوشه و مردمو با اون میزنه.
*اون **جان** بزرگه رو زد.*
وقتی میزنه درد میگیره و همش میگه هو، هو.
چکمه توی خونست.
این جا خونه ی خوبیه. دارن حرف میزنن.
***جان** بزرگه گریه میکنه، چون کتک خورده.*
خیلی اشک میریزه.
یک چکمه ی دیگه.
*مال **جان** بزرگه ست.*
اونم میزنه. این جا تاریکه.
***جان** بزرگه از تاریکی میترسه.*
***جان** کوچیکه از اون متنفره."*

این روایت به طور واضح نشان می دهد خشونت چگونه از بزرگترها به کودک منتقل شده، زیرا تنها فرم رابطه در خانواده است. جان بزرگه تنها می تواند با داشتن چکمه ای مانند پدر از خود دفاع کند. او چکمه هایش را در تاریکی نگاه داشته و در حالی که از تاریکی می ترسد، از این نیز هراس دارد که دوباره پدر او را بزند.

@karnil

من همراه با کتی از بازی هایی استفاده می کردم تا آگاهی او نسبت بـه حـواس و عکس العمل های بدنش افزایش یابد و بتواند با آن ها هماهنگ شـود. او در دوران خردسالی شاهد خشونت در خانه بوده و همواره برای این که آسیبی نبیند، در جای خود می مانده و تکان نمی خورده است. بـرای او از تمـرین تـنفس بـه منظـور آرام شدن استفاده کردیم. برای این که او تصویر بهتری از این تنفس داشته باشد، مثـال اسفنج خیس برای او بازگو شد تا تصور کند هنگامی کـه هـوا را از ریـه هـای خـود خارج می کند، درست مانند گرفتن آب اضافه ی یک اسفنج است. هنگامی که کتی از وضعیت بدن خود آگاه شد، دوست داشت خود را نقاشی کنـد و تـأثیر احساسـات گوناگون بر بدنش را پیگیری نماید:

"وقتی عصبانیم، منو نقاشی کن.

ما می تونیم خودمونو نقاشی کنیم و وقتی عصبانی می شیم، برای هـر قسـمت از بدنمون رنگ بذاریم.

از چه رنگایی میشه برای نشون دادن عصبانیت استفاده کرد؟

آیا دندونا بهم سابیده می شن یا پیشونی چروک میخوره؟

آیا دستا مشت میشن یا شکم سفت میشه؟

آیا پاها میلرزن و آماده لگد زدن هستن؟

همه ی اینا چطور روی ما تأثیر میذاره؟

آیا وقتی بدنمون در این حالته، می تونیم درست فکر کنیم؟

وقتی یک کم عصبانی هستیم با وقتی که خیلـی عصـبانی هسـتیم، چـه فرقـی داره؟"

"وقتی آرومم، منو نقاشی کن.

ما می تونیم خودمونو نقاشی کنیم و وقتی آروم هسـتیم بـرای هـر قسـمت از بدنمون رنگ بذاریم.

بدن ما وقتی عصبانی هستیم یا وقتی آروم می شیم، چه فرقایی داره؟

چه چیزایی در این دو حالت خوبه؟ چه چیزایی در این دو حالت بده؟"

@karnil

ما با یکدیگر راجع به آنچه که او را عصبانی می کرد، صحبت کردیم و درجات گوناگون عصبانیتش را مورد ارزیابی قرار دادیم. او از واژه های خاص خود برای این درجات گوناگون عصبانیت استفاده می کرد. هنگامی که به درجات مختلف عصبانیت فکر می کردیم، این داستان را برایش تعریف کردم:

عدم خشونت (یک داستان بنگالی)

مار بسیار بدجنسی جاده ای را در اختیار خود گرفته بود و کسانی را که از آن جا عبور می کردند، نیش می زد.

روزی مردی دانا از آن جا عبور می کرد. مار به او حمله کرد تا او را نیش بزند.

مرد دانا به آرامی به او نگاه کرد و گفت: می خواهی مرا نیش بزنی، مگر این طور نیست؟ پس به کارت ادامه بده.

مار از این پاسخ غیر عادی شگفتزده شد و تحت تأثیر مهربانی و سخاوت مرد دانا قرار گرفت.

مرد دانا به او گفت: گوش کن دوست من، شاید بهتر باشد به من قول بدهی از این به بعد کسی را نیش نزنی.

مار نیز سرش را به نشانه ی تسلیم فرود آورد.

مرد دانا به راهش ادامه داد و مار نیز زندگی بدون خشونت خود را آغاز کرد.

بزودی ساکنین دور و بر متوجه شدند که مار دیگر بی آزار شده و پسر بچه ها با نامهربانی او را مسخره می کردند.

آن ها به او سنگ می زدند یا از دمش می گرفتند و او را به این ور و آن ور می کشیدند. اما او قولش به مرد دانا را حفظ کرده و مدام رنج می کشید.

خوشبختانه مرد دانا دوباره به آن جا آمد تا برای شاگردانش سخن بگوید و هنگامی که از وضعیت مار آگاه شد، بسیار غمگین شد.

هنگامی که از مار پرسید چه بلایی سر او آمده؟ مار به او گفت:

ای مرد دانا، تو به من گفتی دیگر نباید نیش بزنم، اما مردم بسیار نامهربان هستند.

مرد دانا به او گفت: من از تو خواستم دیگر کسی را نیش نزنی، اما نگفتم زبانت را برای دفاع از خود بیرون نیاوری.

@karnil

همان گونه که کتی به خانواده ی جدیدش عادت می کرد، عصبانیت های انفجاری او نیز کاهش یافته بود. او برای ابراز عصبانیتش از واژه ها استفاده می کرد و خانواده ی جدیدش نیز از او حمایت می کردند. او دیگر آن قدر احساس امنیت می کرد تا در فرآیند بازی درمانی و از طریق روایت هایی که بیان می کرد، ابعاد جدید هویت خود را فرا بگیرد. دیگر موضوع غالب داستان های او افراد عصبانی نبودند، بلکه کودکانی در حال بازی بودند که بزرگترها به آن ها کمک کرده و از ایشان مراقبت می کردند. اما هنگامی که او مضطرب بود، موضوعات عصبانیت دوباره خود را نشان می دادند. شاید هنوز هم برای کتی سخت بود که به بزرگترها اعتماد کند، اما کم کم یاد گرفت راه های بسیار زیادی برای نشان دادن احساساتش وجود دارد و می تواند توجهی را که به آن نیاز دارد، به شیوه ای غیر تهاجمی دریافت کند.

دو داستان برای درمانگرها

گاهی اوقات هنگامی که تلاش می کنیم شرایط را برای کودکان بهتر کنیم تا عصبانیت یا اندوه خود را ابراز کنند، شاید کار برای آن ها دشوارتر شود، زیرا می ترسند بزرگترها را مأیوس کنند. این شعر قدیمی چینی عواقب زندگی بدون خوشی و اندوه را نشان می دهد:

پس از ناهار

شاعر: پوچو

بعد از ناهار چرت کوتاهی زدم و هنگامی که بلند شدم، دو فنجان چای خوردم.

سرم را که بلند کردم نور خورشید را دیدم که دوباره در حال کمرنگ شدن بود و به سمت جنوب غرب می رفت.

آن ها که خوشحال هستند، از کوتاهی روز ناراحت می شوند.

آن ها که غمگین هستند، از گذر کند زمان خسته شده اند.

اما آن ها که در قلب شان هم شادی و هم اندوه جای دارد، به زندگی خود بدون اندوه کوتاهی و بلندی روز ادامه می دهند.

مهم ترین ویژگی درمانگری که با کودک سروکار دارد، این است که باید شنونده ای بسیار حساس باشد. شاید بهتر باشد داستان فیل گرسنه را در پایان این بخش برای شما بازگوکنم.

داستان فیل گرسنه (افریقای غربی)

روزگاری فیلی زندگی می کرد و یک روز به خود گفت من گرسنه ام.

پس به سمت جنگل به راه افتاد وبه مردابی رسید که بامبویی بزرگ در آن رشد کرده بود.

او بامبو را در هم شکست، ولی ناگهان متوجه شد دسته ای برگ تازه روی آن افتاده.

در حالی که می خواست برگ ها را بخورد، آن ها توی آب افتادند.

او به سرعت دنبال آن ها گشت، اما از آن جا که آب را گل آلود کرده بود، دیگر آن ها را نمی دید.

قورباغه ای به او گفت: گوش کن!

اما فیل صدای او را نشنید و در حال گشتن در آب با خرطومش بود.

قورباغه دوباره گفت: گوش کن!

فیل این بار صدای او راشنید و با کنجکاوی آرام ایستاد. پس از مدتی آب دوباره شفاف شد و او برگ های تازه را پیدا کرد و آن ها را خورد.

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش بیست و یکم

حل مشکلات خانوادگی: استفاده از فعالیت های بیان گرا

استیو هاروی

نیک پسری ۹ ساله بود که به پیشنهاد مدرسه توسط مادرش و برای چندین مشکل نزد روانشناس آمده بود. مشاور مدرسه در گزارش خود نوشته بود که نیک در امور تحصیلی خود دچار مشکلات متعددی بوده، از معلمانش نافرمانی می کند. نیک مهارت های اجتماعی ضعیف و دوستان بسیار کمی دارد، هم چنین از همکلاسی هایش دزدی می کند و پسرهای بزرگتر از او آزار می دهند و او همواره به دنبال انتقامجویی است. هنگامی که نیک متوجه رفتارهایش می شد یا از مدرسه بیرون می آمد یا شروع به گریه می کرد. **کیت** مادر نیک هم چنین به این موضوع اشاره کرد که او بسیار حساس بوده و حتی برای کوچک ترین چیزها گریه می کند. او اغلب کابوس می دید و داستان زندگی او این بود که هیولاها و شیاطین بسیاری به دنبال او هستند. هر چند او اغلب مضطرب بود، اما نسبت به مادر و خواهر بزرگترش رفتار با محبتی داشت. هنگامی که شروع به بدرفتاری می کرد، تا چند روز قادر نبود رفتار خود را کنترل کند.

نیک همراه با مادرش کیت، **بریانا** خواهر ۱۱ ساله اش و **ران** همسر جدید مادرش زندگی می کرد. والدین او چهار سال قبل پس از یک زندگی مشترک پر از

@karnil

خشونت از یکدیگر جدا شده بودند و بریانا و نیک شاهد رابطه ی خشونت آمیز والدین شان بودند. کیت می گفت او و ران رابطه ی خوبی با یکدیگر دارند، اما او دیگر تا حدی از رفتار نیک خسته شده که آن ها همیشه در حال جر و بحث هستند و حتی راجع به جدایی فکر کرده اند. بریانا همواره تلاش می کرد به نیک سر و سامان بدهد، اما این مسئله منجر به مشاجره بین آن ها می شد و اغلب هر دو احساس عصبانیت می کردند. در هر حال در مواقع دیگر آن ها رابطه ی خوبی داشتند. مواقعی که با هم دعوا می کردند، نزاع آن ها تا مدرسه نیز ادامه می یافت، تا جایی که مسئولان و مشاور مدرسه با بریانا به علت پرخاشگری نسبت به همکلاسی هایش دچار مشکل شده بودند.

کیت واقعاً می خواست به نیک و بریانا کمک کند، زیرا معتقد بود تنشی که ایجاد شده بر زندگی خانوادگی شان تأثیر گذاشته است. کیت به عنوان یک متصدی فروش در بوتیک لباس کار می کرد و ران نیز کارگر ساختمانی بود. آن ها علیرغم کار دشواری که داشتند، دستمزد چندانی دریافت نمی کردند و به این موضوع اشاره داشتند برای این که بتوانند از پس مخارج خانه بر بیایند، هر دو باید کار کنند. در نتیجه برگزاری جلسه ای با تمام خانواده به علت محدودیت های زمانی کار دشواری بود. کیت می گفت هر آنچه که از دستش برآمده، انجام داده تا قوانینی برای نیک مشخص کند و هنگامی که بریانا نسبت به برادر کوچک ترش بد اخلاق می شود، او را جدا سازد. در هر حال هیچ کدام از کارهایی که انجام داده بود، مفید نبودند. ران نیز برای کمک به نیک تلاش خود را کرده بود، اما متوجه شده بود سبک انضباطی قدیمی او تنها باعث می شد پسر خوانده اش بیشتر افسرده شود، در نتیجه عمده کارهای تربیتی را به کیت واگذار کرد.

کیت قبلاً تلاش کرده بود بچه ها را نزد روانشناس ببرد، اما پدر آن ها مانع این کار شده بود و نمی خواست *"کسی در ذهن بچه هایش نفوذ کند"*. مادر این دو کودک به تازگی توانسته بود مجوز قانونی برای درمان کسب کند. کیت می گفت خود او نیز با انطباق با این مشکلات هیجانی و احساسی دچار مشکل شده است زیرا این تنش دائمی چند سال است که ادامه دارد.

درمانگر کار خود را با بریانا، نیک و کیت آغاز کرد، زیرا متوجه شد ران به علت

@karnil

شغلش فعلاً قادر نیست به طور مرتب در این جلسات شرکت کند. اولین جلسه شامل مصاحبه بود. هنگامی که کیت شروع به توضیح دادن مشکلاتش با بچه ها کرد، نیک شروع به گریه نموده و بریانا نیز با عصبانیت گفت می خواهد درمانگر خودش را داشته باشد، چون مشکلات نیک به او مربوط نمی شود. وضعیت درست مانند مشاجرات آن ها در خانه شد. درمانگر که با این تنش روبرو شد، از نیک خواست چند نقاشی بکشد. بریانا نیز علاوه بر نقاشی کردن، چند فرم خود ارزیابی رفتاری را پر کرد تا اطلاعاتی راجع به نحوه ی ارزیابی او از خودش در مواجهه با مشکلات بدست آید. در این فاصله درمانگر با کیت راجع به بچه ها صحبت کرد و برنامه هایی برای ارزیابی های آینده در نظر گرفت.

طبق نظر کیت کودکان از نظر رشد مشکلی نداشتند و تا آن جا که او می دانست دچار هیچ نوع ضربه روحی یا آزار و اذیتی نشده بودند. هم چنین هر دوی آن ها رابطه ی خوبی با او داشته و تقریباً در اغلب موارد راجع به همه چیز آزادانه با او صحبت می کردند. بریانا در مدرسه از نظر تحصیلی مشکلی نداشت، هر چند گاهی اوقات رفتاری کاملاً سلطه طلبانه نسبت به همسالان خود پیدا می کرد. اما نیک دوستان بسیار معدودی داشت، همواره در جدا شدن از مادرش مشکل داشته و در امور تحصیلی خود نیز ناموفق بود. کیت هم چنین به این نکته اشاره کرد بسیاری از خویشاوندان مذکر او دچار مشکلات یادگیری بودند و پسر عمویش به عنوان فردی با *"مشکل توجه"* تشخیص داده شده بود. یک ارزیابی تحصیلی از نیک به عمل آمده و برخی مشکلات یادگیری در او شناسایی شده بود. به همین علت در مدرسه از برنامه ی اختصاصی آموزش برای او استفاده می شد. این برنامه در مدرسه به نیک کمک کرده بود و زمانی که در جلسات بازی درمانی نیز شرکت می کرد، ادامه داشت.

درمانگر سپس با نیک راجع به نقاشی هایی که کشیده بود، صحبت کرد. او خانواده ی کنونی خود را در حال خوردن شام نقاشی کرده بود، اما خودش سر آن میز نبود، بلکه در جایی دیگر تنها نشسته بود. او در نقاشی از رنگ های بیشتری برای بدن خود استفاده کرده بود. وقتی درمانگر از او پرسید داستان از چه قرار است؟ نیک داستانی راجع به پرنده ای گفت که در نقاشی به او حمله کرده و از

@karnil

مغزش چیزهایی بیرون می آمده. اما نیک نتوانست این استعاره ها را به تجربه ی حقیقی خود در زندگی مرتبط سازد.

بریانا مشکلات عمده ی خود را مرتبط با کنترل عصبانیت معرفی کرد و این که به دنبال راه هایی است تا به شیوه ای مناسب تر رفتار کند. هنگامی که او تأیید کرد باید زمان بیشتری را صرف چگونگی همکاری با برادرش کند، درخواست کرد درمانگر خودش با او صحبت نماید.

قبل از این که آن ها جلسه را ترک کنند، درمانگر گفت مشاجرات خانوادگی همراه با مشکلات نیک و بریانا در جلسات درمان مورد بررسی قرار خواهند گفت تا همگی یاد بگیرند چگونه همکاری بهتری با هم داشته باشند. جلسات شامل بازی دسته جمعی، بازی برای بریانا و نیک و تعدادی بازی های انفرادی برای هر کدام از بچه ها می شد. قرار شد بریانا نیز درمانگر خودش را داشته باشد و درمانگر کنونی تنها به مشکلات نیک بپردازد. هنگامی که قرار بود اعضای خانواده همگی در جلسات درمان شرکت کنند، دو درمانگر نیز با هم حضور می یافتند. در برنامه های انجام گرفته هدف این بود تا کیت و ران بتوانند نقشه هایی برای بهبود ارتباطات خود در آینده خلق کرده و از استرس آن ها نسبت به مسئولیتی که در قبال بچه ها داشتند، کاسته شود. برنامه ریزی درمانگر از انعطاف پذیری لازم برخوردار بود تا مناسب وضعیت تمام اعضای خانواده باشد. قرار شد هفته ی آینده بریانا با مشاور مخصوص خودش صحبت کند، هم چنین یک جلسه ی مشترک برای کیت و نیک تعیین شد تا با استفاده از ابراز هیجانات با هم بازی کنند و رابطه ی خود را بهبود بخشند.

در طول جلسه ی دوم از کیت و نیک خواسته شد با یکدیگر بازی کنند تا متوجه شوند مشکلات آن ها چگونه در فرآیند بازی خود را نشان می دهند. به این شکل درمانگر نیز می توانست به اطلاعات بیشتری در مورد کیفیت رابطه بین نیک و مادرش دست بیابد و بازی دو طرفه را به عنوان یک تکنیک مداخله ی روانشناختی به منظور برطرف ساختن تضادهای آن ها معرفی کند.

در این جلسه درمانگر ابتدا از کیت و نیک خواست هر کدام روی یک کاغذ بزرگ خانه ای بکشند و سپس مجموعه ای از راه ها و دیگر چیزهایی که در یک

@karnil

شهر مشاهده می شوند (مانند پارک ها، رستوران، استخر شنا و...) را به آن اضافه کنند. سپس از آن ها خواسته شد داستانی راجع به خود را نقاشی کنند، یعنی زمانی که از خانه بیرون آمده و شهر را می بینند. پس از کشیدن نقاشی از هر کدام خواسته شد داستانی راجع به ارتباطات شان با یکدیگر بگویند. بعد از این مرحله به نیک و کیت گفته شد با استفاده از بالش خانه ای بسازند و از حیوانات عروسکی برای بازگویی داستانی راجع به یک خانواده استفاده کنند. کیت در بخشی از این داستان باید پس از این که چندین دقیقه با نیک بازی می کرد، روند کار را به او سپرده تا او داستان را ادامه دهد.

کیت هنگامی که هنوز نقاشی می کردند، متوجه ایده ها و افکار نیک شد و در نقاشی و داستان خود عناصری را اضافه کرد تا ادامه ی داستان او باشد. در هر حال نیک همواره به دنبال راه هایی بود تا نشان دهد شخصیت او یا از شخصیت مادرش کناره گیری می کرد یا با او دچار تضاد می شد. او در پایان در نقاشی اش نشان داد که در حال خروج از صفحه و ترک مادرش می باشد و در واقع نمی دانست چه می کند. کیت هنگام نمایش بالش ها را روی هم گذاشت تا خانه ای بسازد و نیک عروسک های بسیاری را آن جا دور هم جمع کرد. در زمان انجام این فعالیت کیت و نیک احساس مثبتی به یکدیگر داشتند. نیک در حال تعریف داستانی بین برخی از حیوانات بود که کیت نمی توانست آن ها را ببیند. هنگامی که از کیت خواسته شد آن جا را ترک کند، نیک یک عقرب و عنکبوت پلاستیکی برداشت که به سگی حمله کرده بودند. در طول این باز آفرینی نیک بدون هیچ حرفی به کارش ادامه می داد. پس از مدتی درمانگر راجع به این داستان و حمله ی عنکبوت و عقرب از او سؤال کرد. نیک در کمال راحتی و آزادانه راجع به سگ صحبت کرد و آرزو کرد کاش بمیرد، چون سگی تنها و رها شده بود. در واقع او می توانست از این بازآفرینی ها برای بازگویی احساسات خود استفاده کند و او نیز هنگامی که والدینش او را درک نمی کردند و فقط کارهایش را مورد انتقاد قرار می دادند، احساس می کرد می خواهد بمیرد.

پس از این که از او راجع به تفکر نسبت به آسیب های حقیقی به خود سؤال شد، نیک گفت حقیقتاً نمی خواهد بمیرد، اما اغلب اوقات بسیار غمگین است. او

@karnil

هم چنین گفت آگاه کردن مادرش از اندوه او می تواند ایده ی خوبی باشد.

هنگامی که کیت بازگشت، درمانگر از استعاره های نمایشی حمله به سگ استفاده کرد تا نیک عمق اندوهش را برای مادر خود توضیح دهد. در حالی که کیت تا حدودی از احساسات نیک پشتیبانی می کرد، اما دوباره به او گفت هنگامی که باید رفتارش را تغییر دهد و یا به کارهایش سر و سامان دهد، چقدر احساس عجز می کند. این برخورد باعث شد هنگامی که کیت و نیک جلسه را ترک می کردند، به نوعی احساس وارفتگی داشته باشند. درمانگر از آن ها خواست با کمک یکدیگر حداقل یکی از رویدادهای مثبت زندگی شان را برای هفته ی بعد در خانه نقاشی کنند و از کاردستی برای نشان دادن احساس شان با هم استفاده نمایند. بریانا از تجربه ی خود با درمانگر جدیدش راضی بود. او نقاشی های متعددی از خود و عصبانیت کنترل نشده اش کشید. او برای نشان دادن عصبانیت از نقاشی گردباد استفاده کرد و سپس چیزهای دیگری را به آن اضافه نمود تا باعث تغییر روند کار توفان شود و هم چنین توانست پرتره هایی از خود زمانی که درجات مختلف عصبانیت را تجربه می کرد، بکشد. درمانگرش چندین استراتژی کنترل فردی برای او تعیین کرد که قرار بود از آن ها در طول هفته ی آینده استفاده کند و به نقاشی کشیدن ادامه دهد تا میزان موفقیتش در کنترل عصبانیت مشخص شود.

در این جلسه قبل از این که کودکان همراه با مادرشان کیت مطب را ترک کنند، درمانگر برنامه ای برای مجموعه ای از بازی های انفرادی برای نیک و بریانا در نظر گرفت تا بریانا از کارهای هنری اش برای کنترل عصبانیت خود استفاده کند و نیک هم در بازی به ابراز هیجانات خود بپردازد. از نقاشی ای که کیت و نیک همراه با یکدیگر راجع به یکی از اتفاقات دلپذیر زندگی شان کشیده بودند، به عنوان یک یادآوری استفاده می شد. این نقاشی ها باعث شدند رابطه ی این دو در جلسات آتی بهبود یابد. هم چنین همگی توافق کردند که در آینده جلساتی مشترک برگزار کنند تا روی افزایش همکاری بین اعضای خانواده کار شود.

اهداف اصلی این جلسات اولیه شامل این موارد بودند:

@karnil

(الف) ادراک مشکلات اولیه ی کودکان و خانواده به عنوان یک کل واحد که از طریق گفتار درمانی و بازی درمانی حاصل شد،

(ب) آموزش به خانواده در رابطه با چگونگی مرتبط بودن این مشکلات و جروبحث ها با ابراز استعاره های گوناگون در بازی،

(ج) استفاده از بازی برای ایجاد ایده ای مشترک از چگونگی ادامه ی جلسات آینده به منظور تغییر شرایط خانواده،

(د) ایجاد برخی تجربیات مثبت به منظور افزایش امیدواری در خانواده.

در این پرونده نیک به عنوان اصلی ترین نگرانی خانواده معرفی می شود. هم چنین ناتوانی بریانا در کنترل عصبانیتش تنش دیگری بود که همراه با ناتوانی والدین باعث وخامت بیشتر اوضاع شده بود. در تمامی فرآیندها و موضوعات بازی های کیت و نیک کاملاً آشکار بود کودک دچار یک حس انزوا بوده و مادرش نیز نمی توانست او را دلداری دهد. نقاشی های واضح تر بریانا مثال های عینی از این حقیقت بودند که او می خواهد عوض شود و به دنبال راه های عملی برای این هدف می گردد. نهایتاً درمانگر توانست با تأکید بیشتر بر ابعاد امیدوار کننده ی این خانواده، آن ها را تشویق کند در جلسات آتی شرکتی فعال تر در روند درمان داشته باشند.

مرور رویکردهای درمانی

نمونه ای که در این جا ذکر شد، نشان دهنده ی استفاده از بازی در درمان های خانوادگی است. در این مداخله از بازی درمانی پویا [۲۶۱] (DPT) استفاده می شود (هاروی، ۱۹۹۰،۱۹۹۷،۲۰۰۷). DPT یک مداخله ی بازی درمانی برای خانواده هاست که توسط نویسنده ی این بخش (هاروی، ۱۹۹۰،۱۹۹۳،۱۹۹۴) شکل گرفته و در آن، درمانگر به کودکان و والدین کمک می کند به شیوه ای فعال مشغول بازی با یکدیگر شوند تا مشکلات ارتباطات در خانواده مورد بررسی قرار گیرد. DPT بر اساس مفاهیم رشد در ایجاد تعلق خاطر و وابستگی بین اعضای

****

[261] *Dynamic Play Therapy*

@karnil

خانواده ایجاد شده (هاروی،۲۰۰۶) و در آن از احساسات مثبت، عناصر بهبود رابطه و ابعاد خلاقانه و برانگیزاننده ای که در بازی وجود دارد و باعث می شود تمام اعضای خانواده در رابطه ای دو جانبه به حل مشکل خود مشغول شوند، استفاده می گردد. در این شیوه درمانگر از فعالیت های هدایت کننده و غیر هدایت کننده استفاده می کند. چنین سبکی خصوصاً زمانی مفید واقع می شود که باید کودکان خردسال را مستقیماً وارد فرآیند درمان کرد.

بازی های هدایت کننده درمانگر را قادر می سازند مشکلات خاص هر کودک یا خانواده را شناسایی کرده و به نوعی آن ها را در بازی های مستقل به کار گیرد تا رابطه بین اعضای خانواده با استفاده از استعاره های موجود در بازی بهبود یابد. این روش ها به صورت انفرادی و خانوادگی به کارگرفته می شوند. در مثال قبلی کیت و ران ابتدا درمان را برای بچه ها در نظر داشتند، که شامل بد رفتاری ها و اندوه نیک و مشکلات عصبانیت و سلطه جویی بریانا می شد. اما خود آن ها در چنان تنشی بسر می بردند که روش های غیر مستقیم برای شان چندان کارآمد نبود و می خواستند رفتار کودکان هر چه زودتر تعدیل شده تا بتوانند با این شرایط کنار بیایند. در چنین شرایطی درماندگی آن ها می توانست باعث کاهش انگیزه برای ادامه ی درمان شود. از سوی دیگر نیک می خواست علیرغم بدرفتاری هایش رابطه ی بهتری با والدین خود داشته و احساس کند آن ها او را درک می کنند. در فقدان چنین احساسی، کاملاً قانع کننده به نظر می رسید که کودک آن قدر غمگین بود که حتی آرزو داشت بمیرد. اما چنانچه به این حالات او حتی در روند درمان توجه نادرستی می شد، خطر کاهش تمایل او برای شرکت در درمان و افزایش انزوایش بیشتر می شد. بریانا نیز هر چند که گاهی اوقات نسبت به نیک بسیار پرخاشگر می شد، اما می خواست احساس خوشایندتری نسبت به اعضای خانواده اش داشته باشد. تلاش *های DPT* برای برطرف ساختن این نیازهای دو گانه از همان جلسه های آغازین به واسطه ی برنامه ریزی مجموعه ای مداخلات گام به گام و استفاده از بازی های چند بعدی آغاز شد (مانند بازی های نمادین، استعاره، حل مشکلات به صورت خلاقانه و مشغول شدن به فرآیند درمان). مشکلات نیک و بریانا در بازی های هدایت شده قابل شناسایی بودند، ابعاد رابطه ی خانوادگی نیز

@karnil

می توانست در این بازی ها آشکار شود. شایان ذکر است تجربه ی بازی در ایجاد یک فضای عاطفی مثبت بسیار مفید است، زیرا باعث می شود اعضای خانواده بیشتر یکدیگر را بپذیرند و به هم اعتماد کنند.

مداخله ی *DPT* به عنوان یک گرایش خانوادگی شناخته می شود. در ابتدا از جلسات انفرادی برای کودکان استفاده می گردد تا به آن ها کمک شود بازی خود را به جایگاهی برسانند که بتوانند احساسات و انگیزه های شان را در بازی با والدین ابراز دارند. در جلساتی که والدین نیز در بازی شرکت می کنند، هدف بررسی احساس آن ها نسبت به فرزندان و کمک به آن ها برای بدست آوردن ادراکی عمیق تر از ابعاد مثبت رابطه با کودک می باشد تا نهایتاً بهتر بتوانند مشکلات زندگی روزمره ی خود را مدیریت کنند. در این جلسات هم چنین تکنیک هایی به والدین برای بازی در خانه آموخته می شود. درمانگر در این شیوه بیشتر نقش یک مربی را دارد و از عناصر بازی های هدایت شده و غیر هدایتگر به صورت انعطاف پذیر استفاده می کند. مشکلات خانواده ابتدا از طریق کلامی شناسایی شده و سپس از بازی های آزاد استفاده می شود تا این مشکلات در آن ها بهتر نمایان شوند. متخصصان دیگری نیز استفاده از چنین رویکرد انعطاف پذیری را توصیه کرده اند (گیل،۲۰۰۶،۱۹۹۴).

در پرونده مذکور، جلسات ابتدا به صورت انفرادی آغاز شد. برای نیک از رویکرد غیر هدایتگر استفاده شد تا او تشویق به ابراز احساسات خود در بازی شود، اما در مورد بریانا بیشتر از ساختارهای از پیش تعیین شده استفاده شد تا به او کمک شود کنترل بیشتری بر عصبانیت خود داشته باشد. نقاشی برای او تبدیل به شیوه ای از ابراز هیجانات شده بود تا بتواند سطح عصبانیت خود را ارزیابی کند. هر چه این روند ادامه می یافت، جلسات او کمتر هدایت می شدند و او طیف گسترده تری از احساسات را تجربه می کرد که می توانست به صورت کلامی آن ها را ابراز کند. نقاشی هایی که کیت و نیک با یکدیگر می کشیدند، از جمله مواردی بودند که درمانگر آن ها را هدایت می کرد. هدف از این نقاشی ها افزایش امید در رابطه بین مادر و فرزند بود. گفتگوهایی که بین ران، کیت و درمانگر انجام شد، شامل تکنیک های ساده ی رفتاری بود تا به آن ها کمک کند در توجه خود به مشکلات

@karnil

نیک و بریانا تعادل برقرار کنند. کیت بیشتر در جلسات بازی با کودکان شرکت می کرد که نهایتاً منجر به شکل گیری رابطه ای مستحکم تر بین او و فرزندانش شد تا بتوانند با کمک یکدیگر مشکلات خود را با خلاقیت حل کنند. هر کدام از مراحل ذکر شده در این مداخله، نیاز به چند جلسه دارند تا به طور کامل به نتیجه برسند.

پیش زمینه

بازی درمانی خانواده

شفر و کری (۱۹۹۴) طیف گسترده ای از تکنیک های مرتبط با بازی را شناسایی کردند که می توانند مکمل درمان های خانوادگی و جلسات بازی درمانی انفرادی باشند. این نویسندگان رویکرد نوینی با نام بازی درمانی خانوادگی را برای یافته های خود پیشنهاد کردند. اهداف اصلی بازی درمانی خانوادگی، وارد کردن کوچک ترین اعضای خانواده به فرآیند درمان، بهبود ارتباطات خانوادگی و استفاده از خلاقیت های ذاتی خانواده ها در بازی می باشد. گیل (۱۹۹۴) به این نکته اشاره می کند که می توان از قصه گویی، کاردستی، بازی با صفحه ی شنی و عروسک های نمایشی برای خانواده ها استفاده کرد تا مشکلاتی که خصوصاً ریشه در تعاملات خانوادگی دارند، مورد بررسی قرار گیرد. طبق نظر او بازی می تواند یک مدیوم ارتباطی بسیارمفید باشد که به بزرگسالان کمک می کند ادراک کامل تری از دیدگاه کودکان و مشکلات احساسی آن ها بدست آورند. آریل (۱۹۹۲) نیز به این نکته اشاره می کند که بازی های خیالی با شرکت اعضای خانواده می توانند در تغییر الگوهای قدیمی تعاملات خانواده که مانع بر طرف شدن مشکلات کودکان هستند، مفید فایده باشند.

DPT نیز شیوه ای از بازی درمانی خانوادگی است که تمام اعضای خانواده در آن شرکت می کنند و شامل بازآفرینی های نمایشی، قصه گویی، ساخت فیلم خانگی، درست کردن کاردستی و بازی های پویا به صورتی جامع و یکپارچه است (هاروی،۱۹۹۳). *DPT* به نقش بازی برای کمک به خانواده ها تأکید ویژه ای دارد. نقش درمانگر هدایت بازی خصوصاً برای کمک به والدین به منظور انطباق با بازی

@karnil

کودکان می باشد تا در نهایت خود بتوانند از خلاقیت شان استفاده کرده و توسعه دهنده ی بازی های کودک شان باشند. شفر (۱۹۹۳) به این نکته اشاره داشته که تجربه ی بازی خود شامل عناصر درمانگر متعددی است که در ذات آن نهفته اند و باعث بهبود رابطه با دیگران، افزایش خلاقیت و انگیزه و ایجاد حس توانایی تعامل می شوند.

در *DPT* درمانگر به خانواده ها کمک می کند با یکدیگر به نحوی بازی کنند که کودک بتواند طیف گسترده ای از احساسات خود را بروز دهد و در همین حال، والدین را در جایگاهی مسئولیت پذیر و حمایت کننده قرار می دهد و اهداف درمان بر اساس مشکلات کودک و خانواده و در بستر روابط آن ها شکل می گیرد. روابطی که در ابتدا مشکل ساز و پر از مشاجره بودند، نهایتاً تبدیل به جایگاهی امن می شوند که باعث شکوفا شدن روابط خانوادگی و تعلق خاطر بین افراد آن می گردند.

فرض اصلی بر این است که خانواده ها توانایی خلاقیت برای هدف قرار دادن مشکلات شان به صورت طبیعی را دارا بوده و می توانند از بازی در زندگی روزمره ی خود استفاده کنند تا هم مشکلات شان حل شده و هم از میزان تضادهای عاطفی در روابط آن ها کاسته شود. اما زمانی که مشکلات بسیار زیاد باشند، خانواده ها این توانمندی خود را از دست داده و بازی و تفریح دیگر این تأثیر مثبت بر فضای خانه را ندارد. در نتیجه هنگامی که در این جلسات بازی با هدایت درمانگر پیش می رود، حس خوب تعلق خاطر و تجربه ی لذت دوباره آشکار می شود (هاروی،۲۰۰۳). در مداخلات *DPT* درمانگر به خانواده ها کمک می کند دوباره این انگیزه ی درونی را کشف کنند تا حال و هوای مثبتی جایگزین جو منفی خانواده شود.

پرونده ای که در این جا ذکر شد، مثال خوبی از این موقعیت است. مشکلات نیک در ارتباط بسیار زیادی با جو پر تنش خانواده می باشد که در بسیاری از ابعاد تعاملات اعضای این خانواده قابل مشاهده بود. تمام آن ها در گفته های خود احساسی از عجز، درماندگی و عصبانیت را بازگو می کردند. به این شکل نه والدین می توانستند رابطه ای مناسب با بچه ها برقرار کنند و نه بچه ها از بودن در این

@karnil

محیط احساس امنیت یا درک شدن می کردند. کیت و ران انعطاف پذیری خلاقانه ای را که می توانست به آن ها کمک کند مشکلات شان را به صورتی مناسب تر حل کنند، از دست داده بودند. آن ها حتی وقتی برای تفریح و بازی با بچه ها نداشتند. این مشکلات پیچیده در بازی نیک و مادرش کاملاً آشکار بود و می شد بازنمایی آن را در حملات مرگ آور به سگ عروسکی مشاهده کرد. حتی زمانی که به نیک کمک شد راجع به اندوه خود با مادرش سخن بگوید، نگرانی های کیت مانع از این شد که بتواند به طور کامل با او همدردی کند و کودک به نوعی احساس می کرد مادرش از حمایت او ناتوان است و این مسئله باعث ایجاد فاصله در رابطه ی این دو شده بود. بازی آن ها در واقع کیت و نیک را به دو مسیر متفاوت هدایت می کرد. در نتیجه مداخلات باید به گونه ای انتخاب می شدند تا کیفیت این رابطه را بهبود دهند.

به کارگیری بازی، هدف و اهمیت آن

بازی های عادی

یکی از نقاط قوت *DPT* این است که خلاقیت در آن به صورت خودانگیخته و طبیعی در برخوردهای روزمره ی خانواده ها شکل می گیرد. این نقطه ی قوت در بهبود مهارت های خانواده در کنار آمدن با مشکلات، تطابق با تغییرات و انگیزه برای حل مشکلات تأثیر گذار بوده و هم چنین بر حال و هوای کلی خانواده مؤثر است. مشکلات عاطفی حل نشده متعلق به گذشته، تأثیری منفی بر این قدرت خلاقیت دارند. بخش عمده ی این فرآیند به صورت ناخودآگاه انجام می گیرد خصوصاً در مورد کودکان. اما اگر شرایط خانواده طبیعی باشد، افراد قادر خواهند بود مشکلات شان را با خلاقیت بیشتری بر طرف ساخته و احساس خوشایندی نسبت به یکدیگر داشته باشند.

یکی از قدرتمندترین خلاقیت های طبیعی که در محیط خانواده شکل گرفته و بروز می کند، بازی های خودانگیخته بین والدین و کودکان است. نتیجه ی چنین بازی هایی رضایتمندی و لذت برای اعضای خانواده است. این تفریح دسته جمعی آن ها را تشویق می کند بارها و بارها چنین بازی هایی را تکرار کنند. این بازی ها

@karnil

هم چنین باعث ایجاد امید در اعضای خانواده می شود. به این شکل می توانند به عنوان یک عامل مهم در بازسازی زندگی خانواده عمل کنند.

پژوهشگران و پزشکان (هاروی،۱۹۹۴؛ استرن،۱۹۸۵؛ تورتورا،۱۹۹۴) همواره به بازی های کودکانه علاقمند بوده اند و برای آن ها آشکار شده که این توضیحات چگونه باعث بهبود رابطه بین والدین و فرزندان شان می شوند. در چنین بازی هایی آن ها آزادانه جست و خیز می کنند و می خندند و تفریحی را تجربه می کنند که بسیار سازنده است. همان گونه که کودک بزرگ می شود، این بازی ها نیز ظرافت بیشتری می یابند، زیرا او می تواند از توانایی های حرکتی خود همراه با صحبت کردن بیشتر استفاده کند. در سال های قبل از مدرسه والدین و کودکان در طیف گسترده ای از بازی های گوناگون مشغول هستند. نگاهی کوتاه به یک زمین بازی در هر پارکی، این گستره ی بازی ها را آشکار می کند. همان گونه که خانواده رشد می کند، این تفریحات و قصه گویی ها نیز رشد می کنند. هنگامی که فردی نظاره گر این بازی ها باشد، مسحور ماهیت شگفت انگیز و آرام بخش آن ها خواهد شد و می بیند که جادوی بازی چگونه باعث محکم تر شدن پیوند عاطفی بین اعضای خانواده می گردد.

نکته ی جالب توجه در چنین بازی هایی این است که اگر مشکلاتی در روابط اعضای خانواده با یکدیگر وجود داشته باشد، به شکل های گوناگون در ابعاد مختلف بازی نمود پیدا می کند. به همین علت تعمق در بازی افراد خانواده با هم می تواند آشکار کننده ی مشکلات ارتباطی آن ها با یکدیگر باشد.

از سوی دیگر خواسته های کودکان در این بازی ها به خوبی آشکار می شود. به طور مثال کودک نوپایی که زمین خورده و پایش زخمی شده، می خواهد مادر یا پدرش نقش یک دکتر را بازی کرده و او را درمان کند. هم چنین کودکی که از جدایی از والدینش می ترسد، دوست دارد آن ها او را در آغوش بگیرند و به وی توجه نشان دهند. دیگر موضوعاتی که می توان در این بازی ها از آن ها نام برد، کودک قهرمان با قدرت های جادویی است که می تواند همه ی مشکلات را حل کند. چیزی که در همه ی این بازی ها مشترک است، قدرت تصور و خلاقیت دوجانبه میان افرادی است که به بازی مشغول هستند.

@karnil

در پرونده ای که مثال زده شد، اولین گام برای کمک به آن ها کشف دوباره ی قدرت طبیعی بازی و استفاده از آن برای بازگرداندن شادابی به محیط خانواده بود. می توان گفت در این سبک از مداخله هدف درمان به طور کلی، کمک کردن به خانواده هاست تا بازی با یکدیگر را از سر گرفته و فاصله ی ایجاد شده بین آن ها از بین برود.

تلفیق بازی های هدایت شده و آزاد در مداخلات درمانی

درمانگر در رابطه با ایجاد تعادل بین بازی های خودانگیخته و بازی هایی با ساختار از قبل تعیین شده، باید مسائل گوناگونی را در نظر گرفته و به دقت تصمیم گیری کند. صرف این که از اعضای خانواده بخواهیم با یکدیگر بازی کنند، کاری از پیش نمی رود، زیرا مشکلات آن ها باز هم در بازی ادامه خواهد یافت. گیل (۲۰۰۶) به این نکته اشاره می کند که هر خانواده باید با توجه به محتوای فرهنگی و دیگر مسائلی که بر ساختار یک خانواده تأثیر گذار است، به صورت جدا مورد ارزیابی قرار گرفته و از رویکردهای مناسب و مخصوص مشکل آن ها استفاده شود.

یاسنیک و گاردنر (۲۰۰۴) مدلی را در این زمینه ارائه کرده اند که از رویکردهای گوناگون بازی درمانی در آن استفاده شده و درمانگران را هدایت می کند تا بتوانند برای تمام خانواده ها با شرایط مختلف تصمیم گیری مناسبی انجام دهند. در این مدل مداخلات را می توان به دو بعد تقسیم بندی کرد: شیوه های غیر مستقیم تا مستقیم و شیوه های غیرآگاهانه تا آگاهانه. در رویکردهای غیر مستقیم یا غیر هدایت کننده، درمانگر ابتدا امور را به دست کودک می سپارد و دنباله روی حرکات اوست. اما به تدریج نقشی فعال تر به خود گرفته و وارد بازی او می شود و او را در فرآیند درمان هدایت می کند. هنگامی که بازی در حالتی ناخودآگاه بسر می برد، عملکردها مستقیماً مرتبط با افکار، احساسات یا مشکلات بیان نمی شوند، اما زمانی که روند درمان آگاهانه تر می شود، درمانگر بیشتر از واژه ها استفاده می کند تا بازی های کودک یا دیگر افراد خانواده را با مشکلات شان مرتبط سازد. درمانگر می تواند از این دو شیوه به صورت همزمان استفاده کند. به این شکل چنین اهدافی دنبال خواهند شد:

@karnil

(الف) بیان آزاد و خودانگیخته ی افراد در حالی که درمانگر ناظر آن هاست و قضاوتی انجام نمی دهد.

(ب) درمانگر به عنوان یک همبازی وارد بازی می شود تا تکمیل کننده ی روند آن باشد.

(ج) درمانگر شروع به استفاده از گفتار برای مرتبط کردن ابراز هیجانات در بازی با مشکلات زندگی حقیقی افراد می کند.

(د) درمانگر از بازی های هدایت شده و دارای ساختار مشخص استفاده می نماید تا مشکلات خانواده کاهش یافته و آن ها بتوانند بهتر از نظر کلامی با یکدیگر ارتباط برقرار کنند.

با اضافه کردن یک بعد سوم به این مداخله می توان آن را در *DPT* نیز به کاربرد، یعنی وضعیتی که بازی بین رویکردهای انفرادی با کودک و تمام اعضای خانواده متغیر است. در بقیه ی موارد می توان از چهار هدفی که ذکر شد، برای حل مشکلات کودک یا خانواده استفاده کرد.

هنگامی که دیگر اعضای خانواده نیز با کودک در جلسه ی بازی حاضر باشند، درمانگر می تواند به ارزیابی رابطه بین آن ها بپردازد و اطلاعاتی کسب خواهند شد که در غیر این صورت ممکن بود بدست نیایند.

گاهی اوقات برخی کودکان هنگامی که احساس عدم امنیت می کنند از والدین شان کناره می گیرند. به طور مثال در نقاشی یک شهر که در مثال قبلی نیز ذکر شد، دختر ۵ ساله ای خود را در حاشیه ی کاغذ بزرگ نقاشی کشید، در حالی که مادرش خیابان هایی با خانه ها و فروشگاه های مختلف نقاشی کرد. متأسفانه این دختر کوچک چندین ماه از مادرش جدا شده بود. هر چه مادر چیزهای بیشتری به نقاشی خود اضافه می کرد، کودک بیشتر از فضاهای ایجاد شده توسط او در نقاشی دور می شد. هنگامی که درمانگر این وضعیت را مشاهده کرد، از او خواست روی کاغذ جداگانه ای برای خودش نقاشی کند و از مادر خواست بندر، فرودگاه و هواپیما بکشد (استعاره هایی از جابجایی و امکان رفتن به جاهای جدید).

در جلسه ی بعد درمانگر دخترک و مادرش را راهنمایی کرد با کاردستی و نقاشی شهر های دیگری را بکشند که در کشورهای مختلف قرار گرفته بودند

@karnil

(کاغـذهای جداگانـه). در حـالی کـه آن هـا نقاشـی مـی کشـیدند، درمـانگر نیـز داستان هایی می گفت تا باعث تشـویق رفـت و آمـد کـودک بـه ایـن مکـان هـای گوناگون شود و این کار نتیجه ی چشمگیری در عملکرد کودک داشت. شایان ذکـر است این بیمار از مشکلات خواب نیز رنج می برد و مادرش همـواره بـا خوابانـدن او دردسر داشت. گام نهایی برای این مادر و دختر این بود که داسـتان هـایی را بـرای هنگام خواب تمرین کنند تا دخترک بتواند شب ها بـا آرامـش بیشـتری بـه خـواب برود. داستانی که این دو در جلسـه ی درمـان ارائـه کردنـد، شـامل برخـی از ابعـاد سفرهای خیالی بود که در حین نقاشی تجربه کرده بودند.

در این مثال از شیوه ای غیر هدایت کننده برای این مادر و دختر اسـتفاده شـد که در نهایت منجر به آشکار شـدن مشـکلات ارتبـاطی کـودک بـا مـادرش گشـت. درمانگر از این جهت آن ها را هدایت کرد تا از طریق این فعالیـت نزدیکـی عـاطفی بیشتری بین شان ایجاد شود. آنان به تدریج توانسـتند در بـازی مشـترک خـود بـه هماهنگی بیشتری برسند. در نتیجـه اسـتفاده از هـدایت مسـتقیم و فعالیـت هـای غیر هدایت شده به طور همزمان بهترین شیوه ای بود که به آن ها در برطرف کردن مشکلات شان کمک می کرد.

در این مثال فرآیند آگاهانه و مستقیم تری در ساختار بازی مطرح شـد. در هـر حال هنگامی که کودک احساس می کند فرآیند درمان او را اذیت کرده یـا بـیش از قدرت تحملش است، می توان هدایت روند بازی را بیشتر به او واگذار کـرد. پـس از این که کودک مطمئن شد کنترل اوضاع را در دسـت دارد، درمـانگر مـی توانـد بـه تدریج هدایت های خود را در بازی هایی با سـاختار و چـارچوب مشـخص تـر ارائـه کند. در مورد خانواده ی قبلی نیز دقیقاً از رویکردی مشـابه اسـتفاده شـد زیـرا اگـر اعضای خانواده بیش از حد کنترل شـده و یـا بـه طـور کامـل بـه حـال خـود رهـا می شدند، کماکان درگیر مشکلاتی باقی مـی ماندنـد کـه هـر روز در خانـه تجربـه می کردند. در نتیجه تلفیقـی از ایـن دو رویکـرد، بـرای آن هـا نیـز از تأثیرگـذاری بیشتری برخوردار بود. انعطاف پذیری درمانگر در این بین همواره نقش مهمـی ایفـا می کند. اولین معیار سنجشی که او باید برای انتخاب رویکرد درمان مـورد بررسـی قرار دهد، میزان تنش موجود در رفتارهای کودک یا خانواده خصوصـاً هنگـام بـازی

@karnil

است. به طور کلی هر قدر خانواده ها بتوانند در بازی گروهی با موفقیت بیشتری عمل کنند، درمانگر می تواند از رویکردهای آگاهانه و مستقیم برای برطرف کردن مشکلات آن ها استفاده کند. در مقابل هنگامی که بازی گروهی اعضای خانواده ساختاری از هم گسسته همراه با نزاع و مشاجره داشته باشد، درمانگر باید به صورت غیر مستقیم هدایت خود را اعمال کند تا سطح آگاهی آن ها به تدریج افزایش یافته و بتوانند از شیوه های مستقیم و آگاهانه تر بهره برند. مداخله های درمانگر اغلب زمانی پایان می یابد که اعضای خانواده به ارتباط بین مشکلات و عملکرد خود در بازی پی ببرند.

انواع بازی های هدایت شده و کاربرد آن ها

مداخله های مستقیم در بسیاری از اصول *CBPT* (نل،۱۹۹۳) و بازی درمانی با محدودیت زمانی (اسلاوز و پترلین،۱۹۹۴) مشترک هستند. در رابطه با *CBPT* می توان از فعالیت هایی نام برد که استراتژی آن ها افزایش رفتارهای سازگار، هدف درمان و حل مشکلات می باشند. در رابطه با رویکرد دوم نیز می توان از مسائلی مانند فعالیت گسترده ی درمانگر در بازی و انتخاب یک موضوع محوری برای بازی درمانی نام برد. *DPT* نیز از این اصول استفاده می کند تا به شیوه ای انعطاف پذیر مشکلات گوناگون خانواده ها را بر طرف سازد.

فعالیت هایی که در ادامه به آن ها اشاره می شود، مثال هایی از ساختار های رایج بازی هستند که می توانند در مداخلاتی با هدایت درمانگر به کارگرفته شوند تا در نهایت به شکل گیری یک بازی هماهنگ کمک کنند. هنگامی که چنین بازی هایی برای مشکلات خاص به کارگرفته شوند، هدایت درمانگر می تواند به شیوه ای آگاهانه تر مشکلات را به مسائلی ربط دهد که در بازی ابراز می شوند.

نظر نویسنده (هاروی) بر این است هر قدر ساختار بازی هایی که برای خانواده ها به کارگرفته می شوند ساده تر باشد، راحت تر می توان مشکلات آن ها را شناسایی کرد و به راه حل هایی مناسب برای آن ها دست یافت. در این جا به تعدادی از این ساختارهای ساده در بازی اشاره می کنیم.

@karnil

ساختارهای خنثی

از این فعالیت ها اغلب در مراحل اولیه ی درمان استفاده مـی شـود تـا کیفیـت ارتباطات خانواده مورد ارزیابی قـرار گیـرد. مـی تـوان از آن هـا در صـورت نیـاز در مراحل دیگر درمان هم استفاده کرد تا به ایجاد همـاهنگی بـین والـدین و فرزنـدان خانواده کمک شود. فعالیت های حرکتی شامل دنبال کردن یک فرمانده می شـود و هر کس این فرصت را دارد یک بار سرگروه باشد. بازی هـایی ماننـد مسـابقاتی کـه برنده در آن سریع ترین یا آهسته ترین فرد است یا می تواند عقب عقب راه بـرود و ... شامل این نوع بازی های ساده می شود.

فعالیت های نقاشی و کاردستی اعضای خانواده را گرد هم جمع می کنـد تـا بـا هم یک خانه بکشند. آن ها سپس پیرامون آن شهری کشیده و با قصه گفتن تعریف می کنند چه کارهایی انجام می دهند. تمام اعضای خانواده تصاویر گوناگونی از خود به صورت انفرادی و گروهی در کنار یکدیگر نقاشی می کنند. هـم چنـین از آن هـا خواسته می شود همه ی افراد خانواده را در جزیره ای نقاشی کننـد. در بـازی هـای خیالی از اعضای خانواده خواسته می شود با تعدادی بالش خانه ای کوچـک درسـت کنند و از عروسک ها برای گفتن داستانی راجع به یک خانواده کمک بگیرند. گـاهی اوقات از والدین درخواست می شود از بازی خارج شـده و دوبـاره نـزد بچـه هـا بـاز گردند. در تمام این فعالیت ها از اعضای خانواده خواسته می شود داستانی راجع بـه مسائل گوناگونی که یک خانواده تجربه می کند نیز تعریف کنند.

ساختارهای بازی برای هدف قرار دادن مشکلات خاص

برای مشکل ترس می توان از کودک یا والدین خواست یک هیـولای فرضـی را دور کند (این هیولا مـی توانـد بـا کاردسـتی سـاخته شـده باشـد و یـا از حیوانـات عروسکی به این منظور استفاده کرد). برای تخلیه ی احساس عصبانیت به شـیوه ی مناسب تر، می توان از کودک یا والدین خواسـت بـه بـالش هـایی کـه ماننـد یـک آتشفشان روی هم چیده شده اند ضربه بزنند. هم چنین می توان از کشیدن نقاشـی و قصه گویی برای این منظور استفاده کرد. برای برطرف کردن مشاجره های مـداوم از اعضای خانواده خواسته می شود خطوط نقاشی یکدیگر را ادامه دهند. با این کـار

@karnil

تصاویر گوناگونی از خطوط به هم متصل شده بدست می آید که می توان برای سرهم کردن یک داستان از آن ها استفاده کرد. برای افزایش توانایی حل مشکل از هر کدام از اعضای خانواده خواسته می شود موضوعی را نقاشی کنند و در سمتی دیگر راه حلی برای آن ارائه دهند. این کار می تواند با قصه گفتن و نمایش عروسکی نیز انجام گیرد.

در تمامی موارد ذکر شده داستان گویی و بازآفرینی نمایشی رویدادها می تواند بسیار مفید باشد. می توان اعضای خانواده را در طول جلسه به سفری خیالی برد. آن ها می توانند بخش های مختلف اتاق درمان را به عنوان مکان های گوناگون در نظر بگیرند و همراه با یکدیگر موانعی را که در سفر برای شان پیش می آید پشت سر بگذارند تا در نهایت به مقصد خود برسند. هم چنین می توان از بازی های صفحه ای رایج همراه با کارت هایی که دستورالعمل های خاصی در آن ها موجود است، استفاده کرد (هاروی،۲۰۰۳،۲۰۰۱،۱۹۹۷).

فعالیت های خانه

تکالیفی که به اعضای خانواده داده می شود از دو نظر بسیار حائز اهمیت هستند: **(الف)** گسترش احساس مثبت در حل مشکلات از مطب به خانه، **(ب)** مرتبط کردن بازی با مشکلات روزمره ی خانواده که در نهایت منجر به حل آن ها از طریق بازی می شود. درست کردن کاردستی یا انجام دیگر کارهای هنری به صورت مشترک ثابت کرده که همواره بهترین نتیجه را داشته است. رایج ترین فعالیت مشترک که قبلاً نیز به آن اشاره شد، نقاشی کردن به صورت گروهی می باشد.

ایجاد مراسم خاص

ایمبربلک و همکارانش (۱۹۸۸) اولین بار مفهوم ایجاد مراسمی خاص در خانواده درمانی را معرفی کردند تا به رفع مشکلات پیچیده ی احساسی بین اعضای خانواده کمک شود. این نویسنده نیز (هاروی) از بازی های بیان گرا استفاده کرده تا خانواده ها برای رویداد های شاخص زندگی شان آیینی خاص ایجاد کنند. یکی از

@karnil

ساده ترین مراسمی که می توان از آن نام برد، اهدای جایزه می باشد. این کار خصوصاً در پایان دوره ی درمان بسیار مفید است؛ زیرا جایزه ی دریافت شده هر چه که باشد همواره افراد را به یاد موفقیتی می اندازد که در حل مشکلات شان به دست آورده اند. به طور مثال اعضای خانواده می توانند با سلیقه ی خود کاردستی هایی درست کنند و در پایان دوره ی درمان آن ها را به یکدیگر هدیه دهند.

فعالیت دیگری که می تواند به صورت نمایشی انجام گردد، مرتبط با سالروز تولد اعضای خانواده است. در این بازی چند منطقه در اتاق انتخاب می شوند و کودک یا دیگر اعضای خانواده، از سرزمین ۶ سالگی به سرزمین ۷ سالگی (یا هر سن دیگر) قدم می گذارند. این تحول نمادین می تواند برای شرایط گوناگون دیگری نیز انجام شود. مانند آمدن کودک از پرورشگاه به خانواده ای جدید یا تغییر محتوای فرهنگی. چنین مراسمی خصوصاً در رابطه با فقدان هایی که خانواده با آن ها مواجه می شود مانند مرگ یکی از اعضای خانواده، بسیار مفید بوده اند. البته باید گفت که این آیین های خاص باید با حساسیت ویژه ای برای شرایط گوناگون برنامه ریزی شوند.

نهایتاً باید گفت درمانگر می تواند با قصه گویی، فواید و نتایج درمان را خلاصه کند. این داستان ها همیشه راجع به نتیجه ی مثبت درمان و موفقیت اعضای خانواده هستند.

مثال کاربردی از یک پرونده

در ابتدای این بخش به مشکلاتی که خانواده ی کیت با آن روبرو بودند اشاره شد. همان گونه که گفتیم از هر دو شیوه ی مستقیم و غیر مستقیم برای مواجهه با مشکلات این خانواده استفاده شد. هدف عمده ی درمان ایجاد همکاری بین اعضای خانواده، بخصوص بین نیک و بریانا و هم چنین افزایش حس امیدواری در آن ها بود. درمان کودکان با جلسات انفرادی غیر مستقیم آغاز شد. هنگامی که بچه ها به تدریج با محیط درمان انس گرفتند، درمانگر از یک جلسه ی مشترک برای نیک و بریانا استفاده کرد تا آن ها با یکدیگر بازی کنند. او از ایفای نقش و اجرای نمایش

@karnil

برای آن ها استفاده نمود. روند درمان با چنان موفقیتی پیش می رفت که پس از این جلسه ی اشتراکی نیک و بریانا خود اعلام کردند می خواهند با هم بازی کنند. در جلسه ی بعد بریانا نقش کارگردانی را در یک استودیوی فرضی تلویزیون ایفا کرده و به نیک کمک کرد لباس های مناسبی انتخاب نماید و به عنوان خواننده ای معروف به مصاحبه ی تلویزیونی بیاید. بازی بین آن ها در حالی ادامه می یافت که گاهی اوقات درمانگر هدایت شان می کرد و گاهی نیز از رفتارهای خود انگیخته برای نمایش شان استفاده می کردند. موفقیت این بازی بسیار چشمگیر بود در نتیجه در جلسات بعدی با موضوعات گوناگون ادامه یافت. موضوع قهرمانی که موانع را از سر راه بر می دارد از همه تأثیرگذاری بیشتری داشت و به عنوان عامل محوری در روند درمان انتخاب شد که تا مرحله ی پایانی نیز ادامه یافت. امید بین اعضای خانواده از طریق مشارکت در این بازی ها دوباره آشکار شده بود و می شد برق شادی را هنگام بازی در چشم تک تک اعضای این خانواده مشاهده کرد.

خلاصه

خانواده خصوصاً رابطه بین بزرگترها و کودکان تأثیر عمده ای بر بهبود یا ثبات مشکلات کودکان دارد. این مشکلات از سوی دیگر باعث استرس والدین نیز می شوند، در نتیجه این تنش دوباره به کودکان منتقل می گردد. چنانچه این روند تداوم داشته باشد، میزان تنش افزایش یافته و خانواده کم کم شادابی خود را از دست می دهد و فراموش می کند که تفریحات دسته جمعی تا چه حد می توانند برای حل این مشکلات به آن ها کمک کنند. هنگامی که اعضای خانواده بتوانند دوباره از خلاقیت خود در بازی استفاده کنند، متوجه خواهند شد می توانند از این خلاقیت برای حل مشکلات شان نیز بهره ببرند. نقش درمانگر در این جا تلفیق رویکردهای هدایت کننده و غیر هدایتگر می باشد تا به خانواده ها کمک شود مشکلات منحصر به فرد و نیازهای عاطفی شان را بر طرف سازند.

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

فصل ششم

مراقبت درمانگر از خود

آخرین فصل این کتاب را باید از جمله مقوله های مهمی معرفی کرد که علیرغم اهمیتش کمتر در متون علمی و کتب روانشناسی به آن پرداخته شده است. اما واقعیت این است که بسیاری از متخصصان کودک و بازی درمانی هر روز با بیماران مختلفی سروکار دارند که برخورد با اغلب آن ها بسیار دشوار بوده و درمانگر باید استرس بسیار زیادی را تحمل کند. از سوی دیگر شرایط محیط کار نیز ممکن است همواره در حد ایده آل نباشد و انتظارات سطح بالای خانواده ها و دیگر مسئولان و کارکنان مرتبط با روانشناسان کودک، همگی منجر به افزایش فشار کار خواهند شد. در ضمن نباید این مسئله را فراموش کرد که روانشناسان نیز انسان هستند! آن ها نیز ممکن است به دلایل گوناگون از فشار کاری خود خسته شوند و نیاز به مراقبت و آرامش دارند. اگر این فشار کاری کاهش نیابد و به استرس توجه نشود، ممکن است شرایط بسیار حادی برای درمانگر ایجاد شود که منجر به صدمات روحی و جسمی شدید او خواهد شد. حتی ممکن است به همین علت از کارایی لازم برخوردار نباشد و از نظر حرفه ای نیز مشکلاتی برایش پیش بیاید. از آن جا که روانشناسان کودک شغل بسیار حساسی دارند، اگر نتوانند از پس استرس های خود بر بیایند؛ ممکن است در روند درمان بیماران شان نیز دچار مشکل شوند و دیگر عملکرد موفقی به عنوان یک پزشک نداشته باشند.

@karnil

نویسندگان این بخش نگاهی مستند بـر مراقبـت درمـانگر از خـود و چگـونگی نهادینه سازی این مراقبت ها به بهتـرین شـکل داشـته انـد. در ایـن بخـش پایـانی استراتژی های منحصر به فردی ارائه شده اند که کاملاً عملی بوده و روندی منظم را دنبال می کنند. مراقبت از خود یک الزام اخلاقی برای تمام درمانگران مـی باشـد و بدون آن قادر نخواهیم بود به دیگران کمک کنیم. اگر ما نتوانیم از خـود بـه خـوبی مراقبت نماییم، چگونه می توانیم انتظار داشته باشیم مـانع آزار رسـانی دیگـران بـه خودشان شویم. هم چنین باید به این نکته توجه داشت که بازی تنها برای بچـه هـا نیست. بسیاری از ما فراموش می کنیم فرصت بازی کردن را برای خـود نیـز فـراهم آوریم و تنش های روزانه ی خود را رها سازیم. خوشـبختانه ایـن بخـش دوبـاره بـه یادمان می آورد بازی کنیم!

@karnil

کارنیل
karnil.com

بخش بیست و دوم

کار را در مطب رها کنید!

جان نارکراس و آتنا دروز

تقریباً حدود ۲۰٪ کودکان یک اختلال روحی قابل تشخیص دارند و ۱۰٪ دیگر نیز دچار مشکلات حادی در این زمینه هستند. در کشوری مانند ایالات متحده، چنین آماری شامل ۱۱ تا ۱۴ میلیون کودک از حدود ۶۳ میلیون کودکی می شود که در این کشور زندگی می کنند. هم چنین حدود ۶۹٪ از کودکان و نوجوانانی که در حال حاضر از خدمات بهداشت و سلامت روان استفاده می کنند، قبلاً نیز به این مراکز مراجعه کرده بودند.

ما پزشکان و متخصصان هر روز با این کودکان سروکار داریم و متأسفانه شاهد رنج آن ها هستیم و به نوعی خود نیز آن را جذب می کنیم. در حالی که این روند ادامه می یابد، چالش های محیط کار می توانند تا آن جا پیش بروند که ما را از نظر جسمی و روحی کاملاً فلج کنند.

همان گونه که این تنش ها روی هم انباشته می شوند، ما نیز از تفکری که نسبت به بیماران مان پیدا کرده ایم رنج می کشیم. گاهی سرگذشت بیماران آن چنان تلخ و دردناک است، که ما نیز در اندوه آن ها سهیم می شویم. شاید گاهی اوقات هنگامی که بیماری راجع به مشکلات خود صحبت می کند، آن چنان

@karnil

غرق در داستان او بشویم که خود را فراموش کنیم. تفکر ما کم کم تغییر می کند، از همکاران و دوستان مان دور می شویم، اشتیاق ما به کار از بین می رود و حتی بیماران نیز به تدریج در ذهن ما کمرنگ می شوند و همیشه احساس خستگی می کنیم. شاید دیگر نخواهیم راجع به کار یا پرونده های مان صحبت کنیم و احساس درماندگی از عدم موفقیت درمان به تدریج تبدیل به عصبانیت می شود. به این شکل صبر خود را از دست می دهیم دیگر تفریح نمی کنیم و شاید بهتر باشد بگوییم دیگر زمانی برای تفریح نداریم. در نتیجه کم کم به این فکر می افتیم که کار خود را رها کنیم.

همکار ما گری کوچر (۱۹۹۹، ص ۲۵) که با خانواده های کودکانی سروکار دارد که فرزندشان دچار بیماری لاعلاج و مهلک است، از کابوس های خود می نویسد. یکی از کابوس های مکرر او این است که در پارک منتظر سوار شدن به قطار وحشت در صف ایستاده است:

*"همین طور که صف به جلو میره، متوجه می شم که بین دوستان و خانوادم و یک عالمه بچه های کچل که زمانی بیمار من بودن و از سرطان مردن، ایستادم. ناگهان می بینم که روی صندلی نشستم و تابلویی بزرگ با رنگ قرمز روبروی من وجود داره که روش نوشته: «**خطر! تقریباً ۴۰ ٪ از افرادی که سوار این قطار می شوند سقوط می کنند! کمربند ایمنی خود را چک کنید.**» بعد خودمو می بینم که در آخرین صندلی نشستم و کمربند رو هم بستم، اما خیلی از اونایی که جلوی من هستن کمربندشونو نبستن. وقتی می خوام برم بهشون کمک کنم متوجه می شم نمیتونم از جام حرکت کنم. در حالی که قطار به جلو میره نورهای عجیبی می بینم و از تعداد افرادی که جلوی من نشسته بودن همینطور کم میشه و من نمی تونم هیچ کاری برای اونا انجام بدم."*

@karnil

کابوس وحشتناک جری نشان دهنده ی عمق تنش های درونی او می باشد که همه ی ما زمانی که با کودکانی با مشکلات گوناگون سروکار داریم، دچار آن می شویم. در این جا می توانیم از الگویی یاد کینم که *APA* آن را در رابطه با تنش ارائه می کند:

استرس ← تنش ← ناکارآمدی ← رفتار نامناسب

مسلماً تمامی این تنش ها منجر به ناکارآمدی یا بروز مشکلات حاد نمی شوند، اما پژوهش ها نشان می دهند در اغلب مواقع، وضع به این صورت است.

پس از گذشت چندین دهه از تحقیق و تفحص در این زمینه، دیگر **آبرانسانی** به نام **روانشناس آسیب ناپذیر** وجود ندارد و همه ی ما در خطر چنین آسیب هایی هستیم. در یک پژوهش (پوپ، تاباکنیک و کیت-اسپیگل،۱۹۸۷) مشخص شد ۶۰ درصد از متخصصانی که با آن ها مصاحبه شده بود، اغلب اوقات علیرغم خستگی و تنش های بیش از حد، به کارشان ادامه می داده اند؛ در حالی که می دانستند این کار بر خلاف اصول و اخلاق پزشکی است. در یک پژوهش دیگر (گای و همکاران،۱۹۸۹) ۳۷ درصد از روانشناسان به این نکته اشاره کرده بودند که خستگی و تنش های آن ها باعث کاهش کیفیت درمان و کارشان شده بود. همه ی ما نسبت به این تنش ها و خستگی ها آسیب پذیر هستیم که نهایتاً منجر به ناکارآمدی می شود.

اصول و مضامین مراقبت های فردی

مراقبت فردی یک الزام اخلاقی برای همه ی افراد می باشد نه تنها پزشکان. در تمام رشته های مرتبط با بهداشت و سلامت روان، دستورالعمل هایی برای مراقبت فردی پزشک وجود دارد. به طور مثال در دستورالعمل *APA* این گونه آمده است:

"روانشناسان باید از تأثیرات احتمالی مشکلات جسمانی و روحی خود بر توانایی کمک کردن به بیماران شان آگاه باشند." در دستورالعمل های *ACP*[۲۶۲] نیز به مشاوران تذکر داده می شود برای حفظ سلامت جسمی، روحی و عاطفی

****

[262] *American Counseling Association*

@karnil

خود و برای تطابق با نیازهای شغلی شان باید به مراقبت فردی بپردازند. هم چنین مشخصاً به آن ها تأکید می شود: *"چنانچه هر گونه مشکل جسمی یا روحی پیدا کردند، در صورتی که مشکلات آن ها باعث آزار رساندن به بیمار یا افراد دیگر شود، نباید تحت چنین شرایطی کار کنند و لازم است از کمک افراد متخصص در این زمینه بهره مند شوند."*

چنین اصول و استانداردهایی به مشکلاتی می پردازند که بوجود آمده اند و جنبه ی پیشگیری ندارند. شاید این امر خود کنایه آمیز باشد چرا که فرآیند مراقبت از خود امری مداوم بوده و چنانچه درست انجام شود، چنین مشکلاتی نباید بوجود بیایند که سپس بخواهیم به برطرف کردن آن ها بپردازیم (بارنت،۲۰۰۷).

اگر ما نتوانیم به خوبی از خود مراقبت کنیم، نمی توانیم به دیگران کمک کنیم از بروز مشکلات پیشگیری کنند. مراقبت فردی روانشناسان و متخصصان روان درمانی یک پیش نیاز حیاتی برای این شغل و کمک به بیماران می باشد. به عبارت دیگر این مسئله موضوعی شخصی نیست، بلکه یک الزام اخلاقی است که باید رعایت شود (کارول، گیلروی و مورا،۱۹۹۹). در این جا مسئله ازخودگذشتگی درمانگر برای کاری بی وقفه و مداوم نیست، بلکه او باید مراقبت فردی را درست به همین دلیل بسیار جدی بگیرد.

شاید این امر نوعی تضاد و کنایه در خود داشته باشد. ما همواره به دیگران توصیه می کنیم کمتر کار کنند، بیشتر به ورزش و تفریح بپردازند، دوباره خود را سرزنده و شاداب کنند و به دیگر کارهای خودسازی بپردازند؛ اما به نظر می رسد خود ما به نصیحت هایی که به بیماران مان می کنیم، گوش نمی دهیم. آیا هنگامی که آن ها را تشویق می کنیم به سفر بروند و تفریح کنند، خودمان نیز حاضریم همین کارها را انجام بدهیم یا به مخارجی که باید در سفر بپردازیم یا به ضرر روزهایی که مطب مان تعطیل می شود فکر می کنیم؟

خود ما روزی چند ساعت به تفریح می پردازیم و به طور مثال شطرنج بازی می کنیم؟ ما که به متخصص بازی درمانی معروفیم، هنگامی که از سر کار به خانه می رویم چقدر با بچه های مان بازی می کنیم یا آن ها را بیرون می بریم؟ ما روانشناسان که همیشه به والدین توصیه می کنیم خستگی از کار را بهانه نکنند و

@karnil

زمانی را برای فرزندان شان صرف کنند، چقدر به نام همین خستگی از بازی با فرزندان مان امتناع کرده ایم (پنزر،۱۹۸۴، ص۵۴)؟ بسیاری از روانشناسان اعتراف می کنند انرژی و زمان خود را بیشتر صرف حرفه شان می کنند تا خود یا خانواده شان.

دست اندرکاران امر سلامت و بهداشت روان اغلب از آن جهت وارد این حرفه می شوند که اشتیاق خاصی برای کمک به دیگران دارند، اما ایجاد تعادل بین نیازهای دیگران و نیازهای فردی نباید فراموش شود. ساپینزا[۲۶۳] و باگنتال[۲۶۴] این کنایه را بسیار واضح تر بیان می کنند (۲۰۰۰، ص۴۵۹):

"بسیاری از ما حقیقتاً یاد نگرفته ایم چگونه زمانی را صرف مراقبت و پرورش خود کنیم و به گونه ای آموزش دیده ایم که گمان می کنیم این کار خودخواهانه است. ما روانشناسان حتی برای همکاران خود نیز احساس همدردی نداریم و فکر می کنیم آسیب ناپذیر هستیم."

مسئله این نیست که ما مخالف مراقبت از خود هستیم، بلکه بهتر است بگوییم آن قدر سرگرم کمک کردن به دیگران هستیم که نمی توانیم زمانی برای کمک به خود در نظر بگیریم. به نظر می رسد بیماران، خانواده ها، پرونده ها، همکاران، دانشجویان و دوستان؛ همواره در اولویت قرار می گیرند و فراموش می کنیم تعادلی در صرف وقت خود برای این امور برقرار کنیم.

درست همان گونه که وکیل بودن الزاماً دلیل بر صداقت بیشتر نمی شود و یا یک پزشک عمومی الزاماً سالم تر از دیگر افراد نیست؛ روانشناس بودن نیز دلیل نمی شود افراد در مراقبت های فردی عملکردی بهینه داشته باشند (نارکراس،۲۰۰۰). در واقع باید گفت در مشاغلی که افراد برای کمک به دیگران وارد آن می شوند، همیشه عکس این موضوع صادق است.

همیشه راحت تر است نقش یک انسان دانا و خردمند را برای دیگران ایفا کنیم تا برای خودمان، اما اگر هنوز هم ذره ای از این مسئله احساس عذاب وجدان می کنید آنچه را که به دیگران نصیحت می کنید، چرا خود به گوش نمی گیرید، با ما

****

[263] *Sapienza*
[264] *Bugental*

@karnil

همراه شوید. خود ما تلاش کرده ایم تنها به شعار بسنده نکنیم و حقیقتاً مراقب خود باشیم. حتی دوستان و خانواده های ما نیز این مسئله را تأیید می کنند!

عوامل تنش زای شغل "غیر ممکن"

فروید (۱۹۳۷،۱۹۶۴) در کتاب خود با عنوان **پایان پذیر و بی پایان**[۲۶۵] می نویسد: *"روان درمانی سومین رتبه در میان مشاغلی را به خود اختصاص داده است که نرسیدن به نتیجه ی مطلوب در آن کاملاً قابل پیش بینی می باشد. مشاغل رتبه ی اول و دوم در این مقوله مدت هاست که برای همگان آشنا هستند یعنی آموزش و حکومت."*

مشخص نبودن نتیجه ی درمان و ابهامات فراوان در آن همواره اصلی ترین عامل تنش زا در مشاغل مرتبط به سلامت روان بوده است و تقریباً حدود ۷۵ درصد از متخصصان به آن اشاره داشته اند (فاربر و هرفتز،۱۹۸۲).

از میان حادترین عوامل تنش زایی که در متون گوناگون از آن ها یاد شده، می توان به این موارد اشاره کرد: **انزوای جسمی و عاطفی، رفتارهای بیماران، شرایط کار، رابطه ی درمان و تجاری شدن فرآیند های درمانی** (نارکراس و گای،۲۰۰۷). هم چنین می توان از میان عوامل متعدد دیگر، به مستند سازی و تکمیل سریع پرونده ها، بازده نتایج درمان و تغییرات ناگهانی اصول توسط مقامات بالا در ساختارهای درمان را نام برد.

از جمله رفتارهای آزاررسان کودکان برای درمانگر باید از جلسات تکراری خداحافظی نام برد که بخشی از فرآیند درمان هستند تا کودک احساس وابستگی کمتری به درمانگر داشته باشد و مستقل شود. اما این جلسات برای برخی کودکان بسیار دشوار به نظر می رسد و آن ها هنوز هم می خواهند به شدت از ایشان حمایت شود. این کودکان حتی گاهی اوقات دست به خودکشی می زنند، به شدت افسرده می شوند یا رفتارهای تهاجمی نسبت به درمانگر پیدا می کنند و این جدایی قبل از بهبود کامل برای آن ها بسیار دردناک است (دیوتش،۱۹۸۴؛ فاربر،۱۹۸۳؛ کارمن-کان و هانسن،۱۹۹۸).از هر **۴** کارورز یکی از آن ها با تلاش

****

[265] *Terminable & Interminable*

@karnil

بیمار به خودکشی مواجه می شود و از هر **۹** نفر آن ها نیز حداقل یک نفر با خود کشی انجام گرفته ی بیمار روبرو می شود (کلیسپی، پنک و فورسیت،۱۹۹۳).

در نتیجه می توانیم به جرأت بگوییم: **"روان درمانی شغلی بسیار سخت و طاقت فرسا می باشد"** و فروید به درستی آن را در فهرست مشاغل غیر ممکن قرار داده است. متخصصان رشته های گوناگون روان درمانی همواره با درد و ناتوانی های بیماران شان سرو کار دارند. بیماران اغلب به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه از آن ها نفرت داشته و از سوی دیگر موظفند اعترافات وحشتناک و آلوده به جرایم بیماران شان را مانند رازی در خود نگه دارند. همه ی این ها منجر به فشاری طاقت فرسا می شود که بر روانپزشکان تأثیر می گذارد (نارکراس و گای،۲۰۰۷). با این اوضاع، انزوا طلبی و کناره گیری از دیگران واکنشی طبیعی به این فشار به نظر می رسد. شاید بیان نظر کاتلر[۲۶۶] در این جا خالی از لطف نباشد(۱۹۸۶):

"اگر قرار بود به ریسک های گوناگون سرو کار داشتن با یک بیمار روانی فکر می کردیم، حاضر نبودیم این کار را به هر قیمتی انجام دهیم، وانگهی قرار نیست ما از بیمار خود سرماخوردگی بگیریم یا افکار منفی و آسیب های روانی او به ما سرایت کند!"

تحلیل رفتن از نظر روحی و عاطفی

استرس بخشی اجتناب ناپذیر از زندگی و کار می باشد. مسلماً سطحی عادی از استرس شاید حتی برای بقا لازم باشد اما اگر عملکرد عادی و بهینه ی افراد را دچار اختلال کند، حتماً باید چاره ای برای برطرف شدن آن اندیشید. قرار گرفتن مزمن در معرض استرس و تنش شدید در طولانی مدت می تواند منجر به طیف گسترده ای از مشکلات تهدید کننده ی سلامت شود (میدل بروکس و اُداج،۲۰۰۸).

یکی از این مشکلات، تحلیل رفتن و خستگی مفرط می باشد. در این سندروم، فرد از نظر عاطفی احساس خستگی می کند و به نوعی شخصیت زدایی شده است.

****

[266] *Kottler*

@karnil

او هم چنین دیگر تمایلی برای رسیدن به اهداف فردی اش را ندارد (مسلش و گلدبرگ،۱۹۹۸). در واقع می توان این طور گفت دیگر تعادلی بین عرضه و تقاضا وجود نداشته و فرد توان کافی برای انجام دادن همه ی کارهایی که به او محول شده است را ندارد (گنتری و بارانفسکی،۲۰۰۸).

خستگی عاطفی (یا استرس ثانویه ی ضربه) به واکنش های منفی افرادی گفته می شود که به بازماندگان ضربه (تروما) کمک می کنند (فیگلی،۱۹۹۵). این واکنش ها ناشی از فرآیندی چندگانه هستند: *"تأثیر یک ضربه ی اولیه در گذشته ی فرد یاری رسان، ضربه ی ثانویه مرتبط با شنیدن روایات دردناک آسیب دیدگان به صورت مداوم و تحلیل رفتن که نهایتاً منجر به اندوه و افسردگی فرد درمانگر یا یاری رسان می شود"*. این آسیب هم چنین می تواند نتیجه ی اهمیت دادن نابجا و مشغولیت بیش از حد درمانگر به بیماران و مشکلات آن ها باشد (پیرلمن و ساکوین،۱۹۹۵؛ ص۳۱). همدلی ارزشمندترین خصوصیت انسان هاست اما نباید فراموش کرد که مسئولیت بسیار زیادی را نیز همراه خود دارد.

طبق گزارشات ۵۰ درصد از متخصصانی که با بیماران آسیب دیده سروکار دارند اضطراب داشته و ۳۰ درصد اضطراب و تنش بیش از حدی تجربه می کنند (میکن باوم،۲۰۰۵). این آمار هنگامی پیچیده تر می شود که ۳۰ درصد از متخصصان در دوران کودکی خود آسیبی را تجربه کرده اند (فیگلی،۱۹۹۵؛ تسای و کولنبرگ،۲۰۰۶؛ میلر،۱۹۹۸). این متخصصان یا آن دسته که تازه کار هستند و یا تجربه ی کاری زیادی تحت نظر افراد مجرب نداشته اند، بیش از همه ممکن است دچار آسیب ثانویه شوند (میکن باوم،۲۰۰۵).

ما به عنوان روانپزشکان کودک با وحشیانه ترین خصائص انسانی سروکار داریم، از جرایم خشونت آمیز گرفته تا تجاوز، جنگ، تروریسم، آزار و اذیت و .... (سکستون،۱۹۹۹). برخی از درمانگران خود تجربیاتی مشابه با بیماران *PTSD* دارند مانند: افکار پریشان، کابوس، اجتناب از دیگران و تنش در روابط بین فردی (فیگلی،۱۹۹۵؛ سالستون،۲۰۰۰). در نتیجه بسیار محتمل است درمانگرانی که با بازماندگان آسیب های روانی سروکار دارند، دچار مشکلاتی بشوند که به آن ها

@karnil

اشاره شد.

هیچ گاه استفاده از تنها یک استراتژی مراقبتی برای مشکلاتی که در بخش قبل به آن ها اشاره شد، یا دیگر مشکلات درمانگران کافی نیست. بلکه پژوهش ها نشان داده است این طیف گسترده ای از رویکردهای مراقبتی گوناگون و تلفیق شده هستند که نتیجه بخش می باشند (نارکراس و گای،۲۰۰۷). این مراقبت ها هم چنین باید به گونه ای با یکدیگر ترکیب شوند که پاسخگوی نیازهای خاص درمانگران باشند.

لحاظ نکردن انگیزه های فردی، نیاز ها و نقاط آسیب پذیر در فرد درمانگر باعث بروز مشکلات بسیاری خواهد شد. این تفکر که یک درمان می تواند برای همه مناسب باشد، هرگز بینش صحیحی نبوده است؛ چه افراد مد نظر بیماران باشند یا درمانگران. بارها و بارها آموخته ایم که رویکردهای پایدار و با دوام مراقبت از خود باید مناسب با محیط و نیازهای فردی باشند.

در این بین ترکیبی پیچیده از عوامل تأثیر گذار بر یکدیگر وجود دارد که میزان نهایی تنش یک درمانگر را مشخص می کند: *"پیش زمینه ی خانوادگی، تجربیات آموزشی و شغلی، نقاط آسیب پذیر شخصیت، طبقه ی اجتماعی، رشته ی اصلی تحصیلی، ارزش های فردی، تشکیلات کاری، رویکردهای نظری و ...."*

شیوه هایی از مراقبت فردی که برای یکی از ما مناسب است (مانند: تماس بیشتر با همکاران یا رفتن به تعطیلات)، ممکن است برای همه این گونه نباشد و بیشتر باعث آزار او شود. مسائلی مانند تغییر شرایط، نیازها و اولویت ها همواره باید مد نظر باشند.

پژوهش هایی با خاستگاه های گوناگون نظری و روش شناسی منجر به شکل گیری فهرستی از **۱۲** شیوه ی مؤثر در مراقبت فردی شده است که در ادامه به آن می پردازیم (نارکراس و گای،۲۰۰۷). در جدول **۱-۲۲** به مسائلی اشاره شده که نه تنها برای دست اندرکاران روان درمانی مفید است، بلکه می تواند برای همه کاربرد داشته باشد.

@karnil

جدول ۱-۲۲. دوازده استراتژی مراقبت های فردی

۱. ارج نهادن به شخصیت درمانگر. مراقبت فردی درمانگر با خود آگاهی و خود ارزشمندی آغاز می شود. باید خود را درست مانند بیماران تان ارزیابی کنید: آسیب ها و نقاط ضعف خود را شناسایی کنید، با نوشتن مطالبی به صورت روزانه می توانید پیشرفت خود را تحت نظر داشته باشید، تلاش کنید از بازخوردهای صادقانه ی همکاران و نزدیکان تان بهره مند شوید، نباید هدف تان از این فرآیند تنها اضافه کردن مواردی جدید به فهرست کارهای تان باشد بلکه این کار باید تبدیل به یک اولویت شود و کارهایی را که در نظر دارید حقیقتاً انجام دهید.

۲. توجهی دوباره به ارزش های حرفه ای. دوباره به امتیازهای شغل تان بیاندیشد، از کار خود رضایت داشته باشید. یاد روزهای پر شور زمان تحصیل تان را در خاطر زنده کنید و این جمله ی امرسون را به خاطر بیاورید: *"این یکی از جالب توجه ترین ویژگی های زندگیست که اگر فردی صادقانه تلاش نکند به خودش کمک کند، نمی تواند به هیچ فرد دیگری نیز کمک کند"* .

۳. شناخت آسیب ها. با صدای بلند به خود بگویید کار پزشکی خصوصاً روانپزشکی، طاقت فرساست و باید این واقعیت را قبول کرد. این کار همراه با تنش های خاص خود بوده و در زمره ی کارهای **غیر ممکن** قرار می گیرد. همواره به استرسورهای رایج در این شغل مانند انزوا، فشار کار، محیط نامناسب و مواردی مشابه با آن توجه داشته باشید. با دیدگاهی واقع گرایانه به این مسائل نگاه کنید. سعی کنید در این کار نگرشی گروهی به مشکلات داشته باشید و خود را از کمک دیگران محروم نکنید.

۴.مراقب جسم خود باشید. نیازهای جسم خود را نادیده نگیرید. خواب کافی و تغذیه ی مناسب مواردی هستند که همه به آن نیاز دارند و افرادی مانند شما بیشتر باید مراقب سلامت جسمانی خود باشند. سعی کنید زمانی را برای ورزش منظم اختصاص دهید، سلامت جسم و ساده ترین اصول تغذیه می توانند نقش مهمی در سلامت کلی فرد داشته باشند و شما نیز باید همواره این موضوع را در فکر خود داشته باشید.

۵. پرورش روابط. در دفتر یا مطب خود یک شبکه ی پشتیبانی ایجاد کنید: این حمایت توسط افرادی مانند همکاران، گروه های نظارت، متخصصان و ... بدست می آید. این حمایت هم چنین خارج از محیط کار نیز باید ادامه داشته باشد: افراد خانواده، فرزندان، دوستان، راهنمایان معنوی و برنامه هایی برای حمایت از همکاران. مرتب از خود بپرسید: *"کی از من حمایت می کنه؟"* ارتباطات سالم نقش مهمی در حفظ سلامت روان و احساس رضایتمندی شما ایفا می کنند.

۶. تعیین محدوده. بین خود و دیگران و زندگی شغلی و خصوصی تفاوت قائل شوید. در طول روز برای خود زنگ تفریحی بگذارید. نگذارید فشار کاری تان زیاد شود یا بیش از حد مریض بپذیرید. به درآمدی که رفاه شما را تأمین کند بسنده کنید. قانون ٪۹۰ را به خاطر داشته باشید: همیشه ٪۹۰ از وقت خود را از قبل برنامه ریزی کنید تا زمانی را برای خانواده، مسائل اورژانسی و پرداختن به خود داشته باشید. گاهی اوقات گفتن **نه** می تواند مانع فشار کار بیش از حد شود و در زندگی شما تعادل ایجاد کند. اجازه ندهید بدهی های بیماران یا بی نظمی آن ها در برنامه های شان بر روال کار شما تأثیر بگذارد.

@karnil

۷. بازسازی ایده ها. گفتگوی درونی خود را به شیوه ای که دوست دارید نظارت کنید. مراقب انتظارات بیش از حدی که از خود دارید باشید: *"من باید در مورد همه ی بیمارانم موفق بشم."* ، *"من که دیگه نباید مشکلی داشته باشم. ناسلامتی من روانشناسم!"* سعی کنید به شیوه ای که برای خودتان مناسب است اضطراب و تنش هایتان را کنترل کنید و از دنبال کردن کمال گرایی های افراطی که اغلب روانپزشکان گرفتار آن می شوند بپرهیزید.

۸. به تفریحات سالم بپردازید. همواره از پناه بردن به مواد مخدر و رفتارهای پر خطر اجتناب کنید. خود شما بهتر از هرکسی می دانید که چنین کارهایی باعث آرامش شما نمی شوند. به جای آن می توانید به تفریحات سالمی مانند: رفتن به سفر، ورزش، فعالیت های گوناگون اوقات فراغت و ... بپردازید. شما چگونه بازی می کنید؟ گاهی اوقات به خود زنگ تفریحی بدهید و تعطیلاتی هر چند کوتاه را در برنامه ی کاری تان بگنجانید.

۹. ایجاد یک محیط پرورش دهنده. همیشه به خاطر داشته باشید تنش های محیط کار صرفاً به دلیل خطاهای شما نیست و باید برای این ارزیابی ۶ عامل را در نظر داشته باشید: فشار کار، نظارت، پاداش، حس همکاری، احترام و دیگر ارزش های مشابه. درباره ی کدام موارد احساس رضایت دارید و چه کار مفیدی می توانید برای برطرف کردن مشکلات احتمالی انجام دهید؟ فشار کار زیاد و مشکلات متعدد وضعیتی نا بسامان در محیط کار بوجود می آورند که باید از آن اجتناب کنید. باید تلاش داشته باشید محیط کار خود را هر چه بیشتر دلپذیر کنید. به این مسائل توجه ویژه ای داشته باشید: نورپردازی مناسب، تهویه ی هوا، مکانی که بتوانید با خود خلوت کنید، مبلمان راحت و توجه به اصول زیبایی شناسی.

۱۰. درمان فردی. آنچه را که برای بیماران خود تجویز می کنید انجام بدهید. از این که گاهی به اصول بنیادین روانشناسی رجوع کنید، احساس شرمندگی نداشته باشید و نسبت به نیازهای خود مقاومت نکنید. روان درمانی را با ارزیابی وضعیت خود همراه کنید تا درک بهتری از شرایطی که در آن قرار دارید بدست آورید. در برنامه های هنری شرکت کنید. به طور مثال هنری را فرا بگیرید یا به جلسات یوگا یا مراقبه بروید.

۱۱. هدف خود را به خاطر بیاورید و بیشتر به معنویات بپردازید: به یاد داشته باشید شما رسالتی برگزیده در این جهان دارید. شما این جا هستید تا به دیگران کمک کنید و در ناگوارترین شرایط امید را در دل آن ها زنده کنید. چرا این تلاش ها را برای خودتان انجام ندهید؟ شما که قادر هستید بیماران خود را از تاریکی رهانیده و به سوی روشنایی آگاهی سوق بدهید، چرا خود نتوانید از مشکلات تان رها شوید؟ ارزش های خود را همیشه به یاد داشته باشید و آن ها را سرلوحه ی کارتان قرار دهید.

۱۲. تبدیل به محصلی خلاق شوید. به یاد داشته باشید که همه ی ما می توانیم هر روز چیزهای جدیدی یاد بگیریم. از چالش های جدید نهراسید و با روی باز با آن ها برخورد کنید. در کنار کارتان به فعالیت های شغلی متفاوتی نیز بپردازید مانند تدریس، پژوهش... هرگز از آموختن دست نکشید. باید بدانید برای پیشرفت تلاشی مداوم و بی وقفه لازم است و به این شکل هر روز دری جدید به روی شما گشوده می شود که راهنمای تلاش های آینده ی شماست.

@karnil

به شما یادآور می شویم پیگیری مراقبت های فردی نه تنها در محیط کار، بلکه باید در تمام مدت در اولویت برنامه هـای تـان قـرار بگیـرد. یکـی از راه هـایی کـه می تواند به شما کمک کند مسائل مربوط بـه کارتـان را در همـان جـا رهـا کنیـد، عملکردی مناسب در محیط کار می باشد. به طـور مثـال اگـر قـرار باشـد روزی ۱۰ ساعت بی وقفه کار کنید، آیا می توانید انتظار داشته باشید باقی روز اوقات خـوبی را سپری کنید؟ اصلاً آیا زمانی باقی می ماند که آن را به گونه ای دیگر بگذرانید!؟

برای این کار باید برنامه ریزی مناسبی برای ساعات خارج از مطب خود داشـته باشید تا انگیزه ی شما برای بهتر گذراندن وقت تان افزایش یابد.

ارج نهادن به شخصیت درمانگر

مراقبت از خود، با حس خود ارزشمندی آغاز می شود. ما درمانگران بایـد خـود را درست به همان شـکلی ارزیـابی کنـیم کـه از آن شـیوه بـرای بیمـاران اسـتفاده می کنیم. افرادی مانند ما آموزش های مناسبی را برای کنـار آمـدن بـا مشـکلات و تنش ها به بیماران خود توصیه می کنیم، اما به نظـر مـی رسـد بـرای تـنش هـا و مشکلات خود از آن ها استفاده نمی کنیم (نارکراس و گای،۲۰۰۷).

بیماران به ما تکیه می کنند، از ما انتظار دارند مانند کوه محکم باشـیم و بـرای هر مشکلی راه حلی ارائه بدهیم. در تمامی پـژوهش هـای انجـام گرفتـه مـرتبط بـا روان درمانی همواره به این نکته اشاره شده که رابطه ی درمانی شـکل گرفتـه بـین درمانگر و بیمار مهم ترین عامل موفقیت فرآیند درمان می باشد (نارکراس،۲۰۰۲).

هنگامی که چند سال تجربه ی کاری بدست می آوریم، از درمان بیمـارانی کـه موفقیت آمیز بوده است نوعی احساس رضـایت و اعتمـاد بـه نفـس درونـی بدسـت می آوریم که به ما کمک می کند بر ناامیدی خود غلبه کنیم. تمرکز بر ابعاد مثبـت و خوشایند کار می تواند باعث کـاهش یـأس و سـرخوردگی شـود و ایـن مسـئله از جمله عوامل کمک کننده در فرآیند مراقبت از خود می باشـد. بایـد دوبـاره بـه یـاد بیاوریم کـه چـرا وارد ایـن شـغل شـدیم. ٪۹۳ از درمـانگران، رهـا کـردن بیمـار از مشکلاتش و بهبود او را بهترین پاداش در کار خود معرفی می کنند (کرامن-کـان و هانسن،۱۹۹۸). زمانی که دچار تردید می شویم یا کارمان دیگر ما را اغنا نمی کنـد،

@karnil

به خاطر آوردن بیمارانی که به آن ها کمک کردیم تا از جهنمی که در آن زندگی می کردند خارج شده و به آرامش برسند؛ می تواند بسیار مفید باشد.

از بیماران خود بیاموزیم!

در این زمان های نا امیدی و سرخوردگی بهتر است یادی از بیماران خود بکنیم. به تلاش و کوشش آن ها توجه کنید، ببینید چقدر سعی می کنند خود را از مشکلات شان رهانیده و کارهایی که ما به آن ها پیشنهاد می دهیم را انجام دهند. این بیماران در واقع ما را به طور غیر مستقیم تشویق می کنند تا چیزهای جدیدی یاد بگیریم و دل به دریا بزنیم، از موانع نترسیم و به جنگ آن ها برویم و زندگی خود را تغییر دهیم.

قرار نیست روان درمانی تنها زندگی بیماران ما را تغییر دهد، بلکه خود ما به عنوان افرادی که دست اندرکار این رشته هستیم، باید بتوانیم ابتدا خود از دانشی که بدست آورده ایم بهره ببریم و سپس آن را با دیگران تقسیم کنیم. پژوهش ها نشان می دهند این حرفه حساسیت ما را نسبت به احساسات دیگران افزایش می دهد، توانایی ما در تحمل طیف گسترده ای از هیجانات گوناگون بیشتر می شود و از نظر هوش هیجانی سریع تر به آگاهی و کمال می رسیم و مهارت های ارتباطی در ما پیشرفت قابل ملاحظه ای دارند (نارکراس و گای،۲۰۰۷). رالف والدو امرسون[۲۶۷] در این باره می گوید: *"یکی از زیباترین قوانین زندگی این است که اگر فردی نتواند به خود کمک کند، نمی تواند حقیقتاً به فرد دیگری کمک کند."*

بهبود شرایط کار

حوزه ی مراقبت های فردی همواره به دو قطب مخالف تقسیم شده است. در یک دیدگاه عمده توجه بر مشکلات فردی متمرکز است و راه حل هایی را نیز که به این منظور ارائه می دهد، انفرادی می باشند و در دیدگاه دوم مسئله به صورت فشارهایی سیستماتیک و سازماندهی شده نگریسته می شود و طبیعتاً راه حل هایی

****
[267] *Ralph Waldo Emerson*

@karnil

محیطی و اجتماعی را نیز ارائه می کند. ما به این نتیجه رسیده ایم که هر دو دیدگاه در این زمینه مفید هستند و یک رابطه ی فعل و انفعالی بین آن ها وجود دارد که در آن هم تأثیر فرد بر محیط و هم تأثیر محیط بر فرد مورد بررسی قرار می گیرد.

هرگز نباید این تنش ها را انفرادی فرض کنیم و باید به خاطر داشته باشیم که ما در تجربیات خود تنها نیستیم. برای تعدیل واکنش های مان باید دیدگاهی سازماندهی شده داشته باشیم و به مسائل محیط کار اهمیت بدهیم.

هر چه بی تناسبی بین ما و کارمان بیشتر باشد، استرس نیز افزایش می یابد (مسلش و گلدبرگ،۱۹۸۰). هم چنین هر چه هماهنگی میان ما و کارمان افزایش یابد، احساس رضایت بیشتری خواهیم داشت.

برای ارزیابی محیط کار و ارتباط آن با خستگی و تنش، باید دید آیا این عبارات در آن محیط صدق می کنند؟ این **۶** عامل مهم از این قرار هستند:

- ☑ فشار کار ما بیش از حد است.
- ☑ ما نمی توانیم مسائل بیماران را کنترل کنیم.
- ☑ پاداشی که برای کارمان دریافت می کنیم، بسیار اندک است.
- ☑ ما در جامعه با مشکل روبرو هستیم.
- ☑ با ما منصفانه برخورد نمی شود.
- ☑ ما با ارزش های گوناگونی سروکار داریم.

نظر همکاران خود را نیز در این باره جویا شوید. هر چه همکاری بین شما بیشتر شود، حمایت بین گروهی نیز افزایش یافته و این افکار ناخوشایند کاهش می یابند. به این شکل محیط کار نیز خوشایندتر خواهد شد. سعی کنید با همتایان خود در محیط کار رابطه ی مناسبی برقرار نمایید تا باعث بروز تغییرات مثبت و افزایش روحیه شوید.

فضای کار خود را خلاقانه شکل دهید

محیط کارتان را از نظر راحتی و زیبایی مورد ارزیابی قرار دهید. آیا این محیط برای شما راحت، دلپذیر، امن و دارای حریم خصوصی می باشد؟ برای این که

@karnil

بتوانید یک محیط آرام بخش برای خود ایجاد کنید، می توانید از رنگ های ملایم، نورپردازی مناسب، صندلی های راحت، چند اثر هنری زیبا، آکواریوم ماهی و موسیقی آرام استفاده کنید. همه ی این موارد هم به آرامش بیماران کمک می کنند و هم به پزشکان. عناصری از زیبایی و زندگی را در فضای کارتان قرار دهید مانند:گیاهان سبز یا گل های شاخه ای.

بین ملاقات بیماران یک زمان استراحت قرار دهید، سعی کنید ۱۰ دقیقه استراحت داشته باشید. نفس عمیق بکشید یا برای خودتان حباب بسازید. شاید هم نکاتی را برای خود یادداشت کنید، موارد قبلی را مرور کرده و به انجام برخی تماس های تلفنی عقب افتاده مشغول شوید. در طول هفته، چند جلسه ی ماساژ برای خود در نظر بگیرید. هم چنین سعی کنید گاهی اوقات به فعالیت های بازی-محور مشغول شوید. می توانید برای رها کردن تنش های تان از نقاشی یا صفحه ی شنی استفاده کنید.

پشتیبانی و نظارت مناسب

متخصصان کودک احساسات متناقضی نسبت به بیماران و خصوصاً والدین یا سرپرستان آن ها پیدا می کنند. نظارت های انفرادی، مشاوره های گروهی یا نظارت توسط همکاران، می تواند باعث تخفیف این احساسات متناقض با بیماران شود.

مشکلات و خستگی های متفاوت نیازمند استراتژی های متفاوتی هستند. اگر مشکلات گذرا و کوتاه مدت هستند، فرد باید بنیان دانش و آگاهی خود را افزایش دهد و سعی در گسترش تجربیاتش داشته باشد. هم چنین اگر مشکلات موضعی باشند و تحت شرایط خاصی بوجود آمده باشند، نیازمند تحمل و پذیرش هستند. اما اگر مشکلات سازمان یافته باشند، خودآگاهی فرد باید هر چه بیشتر افزایش یابد و به شیوه ای صحیح آن ها را بسنجد (نارکراس و گای،۲۰۰۷).

یکی از راه هایی که می توان از حمایت مداوم همکاران برخوردار شد، ایجاد گروه های مشترک یا پشتیبانی است که به طور مداوم جلساتی را برگزار می کنند تا مسائل تخصصی و حرفه ای در میان گذاشته شود. با این شکل درمانگر نه تنها احساس می کند به یک گروه اجتماعی تعلق دارد، بلکه در این جلسات می تواند

@karnil
کارنیل
karnil.com

احساسات خود را با دیگران در میان گذاشته و از حمایت و پشتیبانی همکارانش برخوردار شود. چنین گروه هایی باید به دقت انتخاب شوند تا مشکلاتی در رابطه با رازداری و اطمینان بوجود نیاید. احساس امنیت کردن در یک محیط مناسب لازم است تا درمانگران بتوانند استرس های فردی- حرفه ای خود را بازگو کنند.

راه دیگری برای تشکیل چنین گروه هایی، استفاده از گروه بیلینت می باشد که به نام روانکاو مشهور انگلیسی **مایکل بیلینت**[۲۶۸] (۱۹۵۷) نامیده شده است. در این گروه ها مباحثات بین همتایان صورت می گیرد، اما یک سرگروه نیز وجود دارد که وظیفه ی او حصول اطمینان از این امر است که اعضا به واسطه ی تصمیمات درمانی شان مورد انتقاد قرار نمی گیرند یا شیوه ی آن ها زیر سؤال نمی رود. در این گروه، هدف پیدا کردن راه حل، نصیحت کردن یا معرفی پرونده های بیماران به طور رسمی نمی باشد، بلکه قصد این است تا به ادراک بیشتر در رابطه با مشکلات بیماران کمک شود و درمانگران دیدگاه های گوناگون راجع به نحوه ی برخورد با بیماران شان را ارائه کنند. این مشاوره ها شیوه ای بسیار مفید برای برطرف کردن موارد به بن بست رسیده هستند، مانند: موضوعات تکراری در پرونده های دشوار، بیمارانی که ما را به یاد بیماری دیگر می اندازند و یا باعث استرس می شوند. این جلسات محیطی مناسب برای بازنگری پرونده ها، مسائل بغرنج مرتبط با اصول اخلاقی، درمان های مستند و مسائل انتقادی می باشند.

جستجوی ارتباطات پرورش دهنده

فورستر[۲۶۹] در آغاز کتاب خود با عنوان **هدف هوارد**[۲۷۰] ما را بر آن می دارد تا **ارتباط** برقرار کنیم و باید گفت برای این که بتوانیم احساسات و نیازهای درونی خود را ارزیابی کنیم، باید نصیحت او را به گوش بگیریم. رابطه با همکاران باعث تأیید مقام و ارزش ما می شود. ما نیز احتیاج به محبت، مراقبت و عشق دیگران داریم. باید به اعضای خانواده و دوستان مان بگوییم از آن ها انتظار چه نوع حمایتی

****

[268] *Michael Balint*
[269] *E.M.Forster*
[270] *Howard's End*

@karnil

داریم. به دنبال ارتباطاتی باشید که برای شما شادی آفرین هستند و تلاش کنید شبکه ای از روابط نزدیک و صمیمی پیرامون خود ایجاد کنید (میرز،۲۰۰۰). ارتباطات گوناگون خارج از محیط کار امکان یک زندگی رضایت بخش و متعادل را برای شما فراهم می آورد، البته به خاطر داشته باشید یک زمان اختصاصی برای بودن در کنار خانواده تان در نظر بگیرید.

خانه، خانه است و کار، کار! این دو مقوله ای جدا از یکدیگر هستند و باید مرز شفافی بین آن ها وجود داشته باشد. هنگامی که به خانه می رسید، سعی کنید جلسات، کنفرانس ها و هر چه مربوط به کار می شود را فراموش کنید. هنگامی که دور دوستان تان جمع می شوید، تمام وقت را به صحبت کردن راجع به کار سپری نکنید. هم چنین همکاران شما نباید تبدیل به تنها دوستانی که دارید شوند و یا همواره در اولویت قرار بگیرند (نارکراس و گای،۲۰۰۷).

ایجاد محدوده

محدوده مرزی است که نباید از آن عبور کرد. در کار پزشکی این عبارت حداقل می تواند سه معنی داشته باشد: محدوده بین خود و دیگران، بین زندگی کاری و زندگی شخصی و بین اصول و اخلاق کارآمد و ناکارآمد. هدف در هر کدام از این ها ایجاد یک محدوده ی معین اما در عین حال انعطاف پذیر است. چنین محدوده هایی باعث کاهش استرس شده و مسائل کاری کمتر با زندگی شخصی پیوند می خورند (نارکراس و گای،۲۰۰۷).

کار را در محل خودش رها کنید! یک آیین خاص برای خاتمه ی روز کاری تان در نظر داشته باشید تا این انتقال راحت تر صورت گیرد. در پایان روز می توانید چند دقیقه ای حباب بازی کنید و یا چند نفس عمیق بکشید. در حالی که حاضر می شوید به خانه بروید به موسیقی گوش دهید. سعی کنید علائم فیزیکی و ذهنی مشخصی تعیین کنید که به شما یادآوری کنند کارتان را در مطب گذاشته و اکنون در حال رفتن به خانه هستید. پژوهش ها نشان می دهد این استراتژی در میان تکنیک های مراقبت فردی، یکی از مؤثرترین آن هاست (نارکراس و گای،۲۰۰۷).

@karnil

شرمن[271] و تلن[272] (۱۹۹۸) متوجه شدند برنامه ی ۷۲٪ روانپزشکان در طول روز به هم می خورد، ۵۹٪ تعداد معینی بیمار می پذیرفتند و ۵۶٪ از پذیرش برخی پرونده های خاص امتناع می کردند. ما برای این که کار خود را درست انجام بدهیم باید از توانمندی ها و سطح آن آگاه باشیم و درک کنیم که همه ی ما محدودیت هایی داریم. درمانگری که نقش خود را درک می کند و از این محدودیت ها به خوبی آگاه است، زمان راحت تری را با بیمارانش سپری می کند و بهتر می تواند مرزی بین نیازهای خود و بیمار ایجاد کند (نارکراس و گای،۲۰۰۷).

باید به خاطر داشت روان درمانی یک تشریک مساعی بین بیمار و درمانگر است و هر دو در آن وظایفی دارند. یک شراکت پویا و فعال باعث تقویت انجام صحیح این وظایف می شود و درمان نیز بازده بهتری خواهد داشت. در چنین فرآیندی ما نباید انتظار بیش از حدی از خود داشته باشیم. ما نمی توانیم وظایف بیمار را به جای او انجام دهیم اما می توانیم در این سفر همراه او باشیم و او را هدایت کنیم تا به نتیجه ی مطلوب برسد.

از خود و بیمارتان انتظارات واقعی داشته باشید و محدودیت های هر دو طرف را درک کنید. به این نکته توجه داشته باشید که ممکن است تمام درمانگران اشتباه کنند (میکن باوم،۲۰۰۵). باید این نکته را بپذیرید که برخی از مسائل غیر قابل حل هستند. از سرزنش خود و دیگران بپرهیزید و توجه خود را معطوف به بخش های مثبت و نتیجه بخش درمان کنید. یک نگرش فلسفی و معنوی تر می تواند در پذیرش مشکلات غیر قابل حل، مفید تر باشد. به جای این که افسوس برطرف نشدن این مشکلات را بخورید، به پتانسیل های تغییر پذیر و قابل حل بیمارتان بپردازید.

شناسایی محدودیت ها

نه گفتن شاید کار دشواری باشد. نه گفتن به برخی بیماران، عدم قبول

****

[271] *Sherman*
[272] *Thelen*

@karnil

بدهی های آن ها، تماس های غیر ضروری، کنسل کردن جلسه در زمان نـا مناسـب و دیر، می تواند برای بسیاری از متخصصان کودک حتی کـار دشـوارتری باشـد. امـا باید توجه داشت این نه گفتن باعث حفظ ارزش و شخصـیت مـا مـی شـود. هرگـز ارزش های حرفه ای خود را زیر پا نگذاریـد چـرا کـه در دراز مـدت باعـث افـزایش استرس می شود.

محدودیت ها را بشناسید و آن ها را نهادینه کنید. به درخواست های نا معقـول نه بگویید. اگر احساس می کنید پذیرش پرونده ی بیماری فراتر از تحمل شماسـت یا شباهت بسیار زیادی به زندگی خودتان دارد و یا شما را به یاد پرونده ی دشـوار و ناموفق دیگری می اندازد، از این کار خودداری کنید؛ چرا که تنها به تنش های خود می افزایید. در چنین زمان هایی می توانید از کمک همکاران تان بهره مند شـوید و از آن ها درخواست کنید آن پرونده را بپذیرند. این کار نشانه ی ناتوانی یـا شکسـت شما نیست، بلکه با این کار به ارزش های خود احترام گذاشته اید.

در کار خود تنوع ایجاد کنید

خلاقیت در تنوع آشکار مـی شـود. منظـور مـا از تنـوع بـه چنـدین عامـل بـاز می گـردد: در **کار پزشکی، بیماران** و **فعالیت هـای حرفـه ای** خـود تنـوع وارد کنید. پژوهش ها نشان می دهـد چنـین تغییـر و تنـوعی مـانع خسـتگی مفـرط و دلسردی درمانگر می شوند (اسکوهالت و جنینگز،۲۰۰۴).

ایجاد تنوع در کار پزشکی به این منظور است که برنامه ی کاری تـان را عـوض کنید. به طور مثال ساعت کار خود را تغییر دهیـد، از روش هـای درمـانی متفـاوتی استفاده کنید (مانند: آموزش مهارت، بـازی درمـانی، آمـوزش روانشـناختی...) و یـا ساختار درمان خود را تغییر دهید (مانند: درمان انفرادی، گروهی، خانوادگی). جـای مبلمان را عوض کنید یا تغییر دکوراسیون بدهید، چند تـابلوی جدیـد را جـایگزین تابلوهای قدیمی کنید. همه ی ما در ریسک باقی ماندن در یک شـرایط ثابـت قـرار داریم.

شما می توانید در انتخاب بیماران تان نیز با توجه به ویژگـی هـای شـان تنـوع ایجاد کنید. مسلماً پزشکانی که با طیف گسـترده ای از بیمـاران بـا سـن، فرهنـگ،

@karnil

مشکل و طبقه های گوناگونی سروکار دارند، تجربه ی بیشتری کسب کرده و روند تکراری و خسته کننده ای را نیز در کارشان دنبال نمی کنند. هر درمانگری که پشت سر هم چند پسر با اختلالات نافرمانی یا بدرفتاری را درمان کرده، دقیقاً متوجه می شود ما از چه چیزی صحبت می کنیم! هر بیماری بجز با مشکل نافرمانی یا بد رفتاری! سعی کنید بیمارانی با مشکل مشابه را پشت سر هم ویزیت نکنید. این کار هم باعث خستگی و بی علاقگی خودتان می شود، هم بازده درمان را پایین می آورد.

با توجه به پژوهش های انجام گرفته در این زمینه، نظر ما بر این است که درمانگران باید حتماً در کار خود از تنوع استفاده کنند و این دگرگونی شامل تمام زمینه های کاری آن ها می شود: **روان درمانی، ارزیابی، پژوهش، تدریس، نظارت، مشاوره** و **اجرا**. در ارزیابی نتایج یک پژوهش (نارکراس، کارپیاک و سانترو،۲۰۰۵)، متوجه شدیم بیش از نیمی از پزشکان مورد ارزیابی از تمام این گزینه ها در کار خود استفاده می کردند.

یکی از مزایای متعدد روانشناس بودن، آزادی کار ماست. ما می توانیم کتاب بنویسیم، تدریس کنیم، ساعتی از وقت خود را در مراکز خدمات اجتماعی صرف کنیم، به آموزش و نظارت بر کارورزان مشغول شویم، در سمینارهای گوناگون شرکت کنیم و .... همه ی این موارد نشان می دهند که اگر برنامه ریزی درستی داشته باشیم، می توانیم تنوع مناسبی در کارمان ایجاد کنیم. با انجام این کارهای متنوع، هم از یکنواختی کارمان کاسته خواهد شد، هم درک ما از مسائل مربوط به شغل مان افزایش می یابد.

ارزیابی تفکر

تفکرات و گفتگوی درونی خود را مورد ارزیابی مجدد قرار دهید تا به تحریفات شناختی و تفکرات اشتباه احتمالی خود پی ببرید. **دماسنج هیجانی** خود را به عنوان راهی برای خودارزیابی قرار دهید (میکن باوم،۲۰۰۵).

@karnil

آلبرت الیس[۲۷۳] (۱۹۸۴) ظرف چندین سال دروغ هایی که ما روانشناسان به خود می گوییم را شناسایی کرده است! فهرست "الزامات غلط" که بسیاری از روانشناسان را دچار مشکل می کند از این قرار است:

- ☑ من باید همیشه در درمان بیمارانم موفق باشم.
- ☑ من باید یکی از برجسته ترین روانشناسان دنیا باشم.
- ☑ من باید به گونه ای رفتار کنم که تمام بیماران مرا دوست داشته باشند و به من احترام بگذارند.
- ☑ از آن جا که من درمانگر بسیار سخت کوشی هستم، بیماران من نیز باید به نتایج مناسبی برسند.

به یاد داشته باشید که شاید نتوانید در درمان تمام بیماران با موفقیت عمل کنید. همه ی ما به عنوان انسان محدودیت هایی داریم. خود را همان گونه که هستید و بدون هیچ قید و شرطی بپذیرید. گاهی اوقات فراموش می کنیم تنها در ۱۰ تا ۱۵ درصد موارد آن هم برای بیمارانی با مشکلات حاد به موفقیت کامل نمی رسیم و در باقی موارد تلاش های ما به بار می نشیند. به جای این که به شکست ها بیندیشیم، باید توجه خود را معطوف به موفقیت های مان کنیم. می توانید در دفترچه ای نتیجه ی درمان بیماران تان را یادداشت کنید و گاهی اوقات با مرور آن به خاطر بیاورید به چه نتایج درخشانی دست پیدا کرده اید. ما واقعاً در زندگی بیماران مان تحول ایجاد می کنیم.

هنگامی که بیمار در فرآیند درمان به موفقیت می رسد، اغلب فکر می کنیم تنها به واسطه ی تلاش های خودش موفق شده است، اما هنگامی که بیمار موفق نمی شود، گمان می کنیم کوتاهی از ما بوده است!

با خود مهربان باشید، به خاطر بیاورید زندگی شما کاری در فرآیند پیشرفت است. فروید در این زمینه می گوید: *"روانکاوان افرادی هستند که استفاده از هنری منحصر به فرد را آموخته اند، اما در همین حال باید به خود اجازه دهند مانند هر کس دیگری انسانی جایزالخطا باشند."*

****

[273] *Albert Elis*

@karnil

زنگ تفریح

ما در طول کارمان نیاز به زنگ تفریح هایی هر چند کوتاه داریم. نباید به این زمان ها به عنوان اتلاف وقت نگاه کنید. این کار هم لازم است و هم سودمند، زیرا باعث حفظ انرژی و شادابی ما می شود. این زمان های آرامش باید در طول روز کاری باشند، نه فقط در انتهای آن. می توانید بین زمان هایی که بیماران را ویزیت می کنید، اندکی وقت برای خود در نظر بگیرید تا عضلات تان را کمی ورزش دهید، چند نفس عمیق بکشید، از تصویرسازی استفاده کنید و یا به هر کار دیگری که به شما آرامش می دهد بپردازید. خود را از نوشیدن چند لیوان آب خنک در روز محروم نکنید و حتماً مدت کوتاهی در تنهایی خود را آرام سازید.

این فعالیت ها می توانند در پایان روز کاری و مکان هایی خارج از مطب نیز ادامه داشته باشند. در پایان هفته، همه ی ما به یک روز تعطیل مفرح و انرژی بخش نیاز داریم. هر زمان که احساس می کنید نمی توانید تنش کارتان را تحمل کنید، به خود مرخصی بدهید. آیا می دانید چگونه از تعطیلات خود استفاده کنید؟ آیا از قبل برنامه هایی برای چنین موقعیت هایی در نظر گرفته اید؟

بازی و خنده

استفاده از طنز و لطیفه گویی باعث کاهش استرس و نا امیدی می شود. پژوهش ها نشان می دهد که خنده مسلماً در فرآیند روان درمانی بسیار مؤثر است (کان، هالت و کالون،۱۹۹۹؛ گلدین و بوردین،۱۹۹۹؛ نزو و مارتین،۲۰۰۱؛ نزو و بلیست،۱۹۸۸) و باعث کاهش تنش، تخلیه ی انرژی، بهبود حال و هوای عمومی، افزایش تفکر خلاق، محرک های هوشی، صمیمیت و تعلق خاطر بین افراد می شود. یک خنده ی کوچک که ظاهراً بی اهمیت است، می تواند این همه منفعت داشته باشد. *"حس طنز درمانگر در خلاقیت، سرخوشی و اشتیاق او بازتاب می یابد"* .(نارکراس و گای،۲۰۰۷؛ ص۱۳۸).

بازی در خود قدرت های درمانگر بسیاری دارد (شفر،۱۹۹۹)، اما سؤال این است که شما چقدر زمان برای بازی کردن دارید؟ چگونه بخشی از زندگی پر مشغله تان را برای بازی اختصاص می دهید؟ حدود ۳/۴ درمانگران به شیوه های

@karnil

بسیار متنوعی به بازی مشغول می شوند که حتی نمی توان فهرست کاملی از آن ها تهیه کرد. آن ها در هر فعالیت قابل تصور، به همان جدیتی که کار می کنند، به بازی نیز مشغول می شوند: نقاشی کردن، آواز خواندن، رقصیدن، ماهی گیری، تماشای فیلم، ورزش و حتی در مهمانی ها نقش دلقک بازی می کنند!

سرگرمی های گوناگون مفر بسیار خوبی برای گریز از کار و پرداختن به بازی هستند (نارکراس و گای،۲۰۰۷). این فعالیت های خلاقانه از جدیتی که در ماهیت کار روانشناسی وجود دارد، می کاهند. چنین کارهایی از میزان تنش درمانگران در ادراک و حل مشکلات بیماران شان کم می کند (بویلین و بریگی،۱۹۸۷).

یکی از راه هایی که می توان به این بازی ها ادامه داد، بازگشت به دوران کودکی و انجام بازی های مورد علاقه ی آن زمان است: پریدن در آب، حباب بازی، دویدن دنبال پروانه ها، گل بازی، دویدن زیر باران، قایم باشک، بازی های صفحه ای، رقصیدن و آواز خواندن.... بازی های بی شماری در این زمینه وجود دارد که اگر اندکی به گذشته فکر کنیم، همه ی آن ها را به یاد خواهیم آورد.

پرورش ادامه دارد...

چه چیزی یک روانشناس با اشتیاق را از متخصصی که در کار خود به یکنواختی رسیده متمایز می سازد؟ انطباق با چالش ها و انعطاف پذیری (دلوگاس و فریدلندر،۲۰۰۱). چنین افرادی در آزمون های خودسنجی امتیاز بالایی در سؤالات مرتبط با تمایل به یادگیری دانش جدید، کسب تجربیات تازه و ارج نهادن به آن ها بدست می آورند. آن ها موانع را تبدیل به مشکلی قابل حل کرده و آن را به چالش می کشند. آن ها با شور و علاقه ی فراوانی که به کار خود دارند، می توانند مسائلی را حل کنند که از نظر بقیه لاینحل است.

آخرین استراتژی مراقبت فردی، رشد و تعالی می باشد. نه فقط بقا بلکه جنگیدن برای ماندن (پوپ و واسکوئز،۲۰۰۷). تداوم پیشرفت یکی از والاترین رفتارهایی است که به موفقیت درمانگران می انجامد (کرامن کان و هانسن،۱۹۹۸). این کار می تواند به شیوه های متعددی انجام گیرد، از مطالعه گرفته تا تشکیل گروه های همکاری و پژوهشی؛ اما هر چه که باشد باید آتش اشتیاق شما به

@karnil

یادگیری را برافروخته نگاه دارد.

جیم باگنتال[۲۷۴] (۱۹۸۷، ص۹۵) به ما یادآوری می کند: *"هنر یک مسابقه نیست، بلکه روندی رو به رشد و مداوم می باشد. اگر هنرمند تصور کند در کاری به استادی رسیده است، خود را از پیشرفت باز داشته و دیگر هنرمند نیست. هنر واقعی در مرز ناشناخته ها قرار گرفته که شاید خطرات و ریسک های خود را در بر داشته باشد اما در همان حال هیجان انگیز و انگیزه بخش است".*

خاتمه

"برای این که جهان آباد شود، ابتدا باید ملت خود را بسازیم و برای این که ملتی سر و سامان بگیرد، ابتدا باید نظام خانواده تصحیح شود و اگر می خواهیم خانواده را سازمان دهی کنیم؛ ابتدا باید رفتار خود را تصحیح نماییم. " (کنفوسیوس)

مراقبت از خود یک مبارزه ی فردی و الزام اخلاقی برای هر متخصص کودک و حتی هر فرد دیگری است. در این زمینه می توانیم از استراتژی های گوناگونی استفاده کنیم و از منابعی که در دست داریم بهره ی لازم را ببریم تا متناسب با نیازهای فردی مان شود. در این فرآیند باید انعطاف پذیر و خلاق بود تا به بهترین روش مراقبت فردی دست یافت. ما روانشناسان باید انتظار یک زندگی پر از فراز و نشیب را داشته باشیم، اما نباید واهمه ای به خود راه دهیم بلکه باید با برقراری تعادل در زندگی کاری و خصوصی مان، آن را چنان هدایت کنیم که از این مبارزه سربلند بیرون آییم. مراقبت فردی تنها فهرستی از کارهای روزمره نیست که انجام دادن یا ندادن آن چندان مهم نباشد، بلکه باید به خاطر داشته باشیم برای افرادی مانند ما از هر چیز دیگری مهم تر است.

این کار باید تبدیل به اولین اولویت ما شود و هرگز، هرگز برای مراقبت از خود از دیگران عذرخواهی نکنید! این امر برای بسیاری از ما یک کار تشریفاتی به نظر می رسد در حالی که از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. مراقبت فردی یک الزام

****

[274] *Jim Bugental*

@karnil

اخلاقی برای هر فردی می باشد و نباید در آن اهمال کرد. هدف ما از این تأکیدات این است که بگوییم باید آگاهی را تبدیل به عمل کرد. بین دانستن و عمل کردن تفاوت بسیار زیادی وجود دارد. چه بسا نکات بسیار زیادی را می دانیم و با این که از درست بودن آن ها آگاهی داریم، انجام شان نمی دهیم. خود را از دام شاید ها و باید ها برهانید و اجازه ندهید این اصل محوری زندگی کاری و خصوصی تان دچار تعلل شود. از هر کجا که می توانید شروع کنید حتی اگر قرار باشد فقط روزی چند دقیقه برای خود وقت بگذارید. خواهید دید این کار به تدریج تبدیل به فرآیند سازماندهی شده تری می شود و خود مایل هستید برنامه های بیشتری در نظر بگیرید زیرا تأثیر مثبت آن را بر روحیه تان مشاهده کردید.

اکنون که از اهمیت مراقبت فردی آگاه شده اید، از شما می خواهیم هر چه زودتر آن را برای خود برنامه ریزی کنید و نگذارید روح تان اسیر افکار منفی شود.

شما و بیماران تان لایق بیش از این ها هستید!

@karnil

کارنیل
karnil.com

@karnil

کارنیل
karnil.com

سخن آخر

امید است این کتاب دانش کافی راجع به شیوه های مستند بازی درمانی و درمان های بازی- محور را به خوانندگان ارائه کرده و ما توانسته باشیم قدمی هر چند کوچک برای ترویج این شیوه ی سودمند برداشته باشیم.

همان گونه که مشاهده شد، انعطاف پذیری موجود در بازی درمانی آن را تبدیل به درمانی کارآمد در ترکیب با بسیاری از شیوه های روان درمانی چه برای کودکان و چه برای بزرگسالان کرده است. ما نیز امیدواریم با ارائه ی مستندات و شواهد کافی برای مؤثر بودن آن، شاهد به کار گیری هر چه بیشتر این شیوه توسط پزشکان باشیم.

@karnil

کارنیل
karnil.com

چون که با کودک سر و کارت فتاد

پس زبان کـودکـی باید گشاد

مولانا

@karnil

کارنیل
karnil.com

فهرست نام ها

آبلون،۴۷۴
آبورن،۱۱
آپچرچ،۱۱
آتیر،۲۹۷
آخن باخ،۱۲۳،۲۲۱
آدلر،۲۶۱،۲۶۳،۳۱۹،۳۲۲،۳۲۵،۳۲۶،
۳۲۷،۳۳۴،۳۳۵،۳۳۶،۳۵۹،۳۳۳،
آدلمن،۲۴۰
آرتیکو،۳۵۹
آرنولد،۱۶۲
آریل،۵۳۰
آسارنو،۲۴،۲۶،۲۷،۳۸
آکسلین،۷،۱۵،۹۶،۱۱۵،۱۲۷،۱۳۶،۱۴۲
۱۶۲،۲۱۸،۲۴۸،۲۴۹،۲۹۹،۳۰۰،۳۷۲
آلبانو،۲۷،۱۷۸،۳۸۵،۳۸۹،۳۹۵
آلن،۳۴۰
آمرینگن،۱۷۸
آندرونیکو،۲۹۷،۳۰۸
آنسباخر،۳۱۹،۳۲۵،۳۲۷
آنگولد،۱۷۸
آیبرگ،۱۲،۳۹،۱۴۲،۲۱۰،۲۱۴،۲۱۸
۲۱۹،۲۲۱،۲۲۴،۲۲۵،۲۲۶،۲۲۷،۲۲۸
۴۷۴
آیزن،۳۵
آیزنشتاد،۲۲۴
اِپستون،۴۹۷
ادلشتاین،۴۱۷
ادواردز،۳۲۴
اردم،۳۶۰
اریکسون،۲۶۵
اسپارلینگ،۳۵۸
اسپونر،۳۵۸
اسپیگل،۲۸۸
استاتمن،۴۸۰
استالارد،۳۹۸
استاور،۳۰۸
استراپ،۸
استرن،۵۳۳
استرنبرگ،۶۶،۹۱
استرایر،۱۳
استرینر،۷۷،۸۸
استولاک،۲۹۷
استون،۳۵۹
استیر،۲۸
استیل،۸۱
استین،۲۸،۱۵۰،۱۵۱،۱۵۲،۱۵۴
اسزالاویتس،۵۵،۱۴۶
اسلاوز،۵۳۷
اسلید،۲۶۵
اسکات،۲۷،۳۸،۳۵۹
اسکوهالت،۵۶۳
اسکینر،۴۱۳
اسمیت،۳۹،۱۱۰،۱۱۲،۳۱۵
اسمیلانسکی،۳۸

@karnil

اسنیس کاک، ۲۸۹،۲۹۰
اشلمن، ۴۷۲
اکولز، ۳۶۰
الکایند، ۲۸۸،۳۲۵
الکساندر، ۲۴۱
الکین، ۸۱
الیس، ۳۵۵،۵۶۵،۱۵۴،۱۶۴
الیوت، ۲۸،۵۳
امری، ۱۲۸،۱۲۹
انتویزل، ۲۴۱
اندرسون، ۴۹۶
انس، ۳۵۹
انگل، ۴۹۳،۵۰۴
اوانز، ۴۷۱
ایروین، ۳۷۱
ایزلر، ۳۶
ایفرت، ۴۲۵
ایمبربلک، ۵۳۹
اُداج، ۱۲،۵۵۱
اُداناهو، ۶۶،۸۲
اُرکیزا، II،۳۹،۲۱۷،۲۱۹
اُشاونسی، ۳۲۲
اُکانر، ۹۸،۳۷۵،۳۸۲
اوتینگ، ۴۷۰
اوکلندر، ۳۴۰
اوکیشی، ۸۷
اولندیک، ۱۷،۲۱،۲۲،۳۲،۱۷۹،۳۸۲،۳۹۳
اونو، ۲۲۵
اوونز، ۱۱۳
بارانفسکی، ۵۵۲
بات، ۴۹۵
بارت، ۱۷۸
بارلو، ۱۳۵
بارلینگیم
بارنت، ۵۴۸
باکس میر، II،۱۹۵
باگز، ۲۲۴
باگنتال، ۵۴۹،۵۶۸
بالاکووا، ۲۲۵
باند، ۳۸،۴۰،۴۱
باندز، ۳۵۹
باندورا، ۱۱۹،۱۳۵،۳۸۲،۳۸۳
باولبی، ۵۱۴
باوم ریند، ۲۱۸
باومینگر، ۴۱۷
باینوم، ۳۵۹
بتنر، ۳۳۲
براتون، XVI،۹۹،۹۷،۹۳،۳۹،۳۷،۱۲
۱۰۴،۱۰۵،۱۰۷،۱۰۸،۱۰۹،۱۱۲،۱۶۳
۱۹۶،۲۲۷،۲۳۶،۲۸۶،۳۱۵
برازول، ۳۹۴،۱۸۱،۱۹۳
براون، ۵۵،۹۴،۹۵،۹۸
برچیک، ۱۳۵
بردلی، ۴۱۲
برستان، ۲۲۴،۲۲۵
برک، II،۲،۱۲،۲۱
برگ، ۱۲۰
برگن، ۳۷،۵۱۴

@karnil

برگنر، ۶۶،۸۶
برگین، ۸
برلینر، ۵۳،۹۶
برمن، ۳۵۸
برنارد، ۳۵۵
برنت، ۲۴
برنز، ۶۷،۸۷
بروفن برنر، ۱۵۶
برونر، ۵۰۴
بریگمن، ۳۲۹
بریگی، ۵۶۷
برینک میر، ۱۲،۲۱۰،۲۱۴
بک، ۲۴،۲۶،۶۳،۱۱۷،۱۲۰،۱۲۳،۱۲۹
۱۳۵،۱۶۴،۳۶۹،۳۷۲،۳۷۹
بگرلی، II،۶۱،۶۲،۹۳،۱۰۸،۱۰۹
بگز، ۳۶۰
بلر، ۳۸
بلک کارد، ۱۱۲
بلیست، ۲۱،۲۲،۳۱،۳۲،۵۶۶
بلیک، ۴۷۰
بندر، ۳۷۱
بو، ۳۵۸
بوتلر، ۶۶
بودروا، ۳۷،۳۸
بوردین، ۵۶۶
بورژوا، ۴۶۹،۴۷۲،۴۷۳
بورک، ۱۰۵،۳۵۹
بورکان، ۳۵۸
بورگو، ۲۱۹
بورلینگیم، ۲۸
بورول، ۴۳۹،۴۴۰
بوشر، ۵۰۸
بونول، ۳۵
بوهم مورلی، ۲۴۴
بویلین، ۵۶۷
بیتسون، ۵۰۸
بیداس، ۱۹۳
بیرمن، ۱۲۲،۱۲۶
بیکر، ۳۵۹
بیلینت، ۵۶۰

پاپلتون، ۲۸
پاسالیک، ۲۸
پانیچلی میندل، ۱۷۸
پاورز، ۳۲۷
پاول، III،۱۹۵،۵۰۸
پرایس، ۳۶
پرلماتر، ۲۴۲،۲۴۳
پرنت، ۲۸۹
پری، ۶،۵۵،۱۴۶،۲۴۱،۳۵۴
پرین، ۴۷۰
پرایر، ۴۶۷
پست، ۱۰۸،۱۱۱
پکمن، ۱۰۴
پن بیکر، ۱۰
پنزر، ۵۴۸
پنک، ۵۵۰
پوپ، ۵۴۷،۵۶۷

@karnil

پورتر، ۱۰۸،۱۰۹،۱۱۰،۱۱۱،۲۲۵،۲۲۷
پلیتانو، ۴۳۰
پی، ۳۵۵
پیاژه، ۱۳،۳۸
پیترسون، ۲۲،۴۷۱،۴۷۵
پیرسون، ۱۳۵
پیرلمن، ۱۴۶،۵۵۲
پیوتروفسکی، ۸۵

تاباکنیک، ۷۶،۵۴۷
تر، ۱۰
ترجسن، ۳۵۵
تردول، ۱۸۱،۳۹۰
ترنتا کاستا، ۴۶۸
ترنر، ۱۷۸
تریمبلی، ۲۲
تسانگ، ۲۲۵
تسای، ۱۰۶،۵۵۲
تلن، ۵۶۲
تو، ۲۸،۱۰۸
تورز، ۲۲۵
توسکانی، ۳۵۸
تیچر، ۱۵۲،۱۵۳،۱۶۶
تیلور، ۲۴۰
تیمر، ۲۲۵

جانسون، ۵،III
جردن، ۱۹۰
جنینگز، ۵۶۳
جونز، XVI، ۱۲،۱۷،۳۷،۹۳،۹۹،۱۰۴
۱۰۹،۱۶۳،۱۹۶،۲۲۵،۲۲۷،۲۳۶،۳۲۱
۳۲۲،۳۲۴،۳۷۴،۳۸۲،۴۷۴
جی کاکس، ۲۴،۲۸
جیمز، X، ۵۲،۵۳،۲۰۴،۳۵۸

چافین، ۲۲۵
چاوز، ۲۲۵
چرنی، ۱۳۵
چمبلس، ۱۷۸
چندلر، ۲۴۴
چو، ۳۱،۱۸۱،۱۹۳
چیکرینگ، ۳۵

خورادو، ۲۲۵

دابسون، ۱۳۵
دادز، ۳۷۶
داساری، ۱۲۰،۱۲۲،۱۲۶،۳۶۵،۳۶۹،۳۷۰
دان، ۳۶،۴۹۱
دانسکی، ۱۶
دبلینگر، ۲۸،۵۴،۱۶۴
ددز، ۱۷۸
دریپر، ۳۲۲،۳۲۳،۳۳۳،۳۵۸
دریکورس، ۳۲۹،۳۳۰،۳۳۲
دروز، I،III،XIII،XIV،XV،XVI،
۱،۵،۶،۷،۴۷۲،۵۴۵
دنجر، ۱۰۵
دنیل، ۱۱

@karnil

دنیلز،۳۵
دوراکوویچ،۲۸
دورلاک،۳۲
دوشازر،۳۵۷
دلوگاس،۵۶۷
دوما،۴۷۴
دونپورت،۴۶۹،۴۷۲،۴۷۳
دووان،۲۴
دووی،۳۲۷،۳۲۸،۳۲۹
دویل،۱۴
دیفن بیکر،۴۷۰
دیویس،۲۸،۸۴

رابرتز،۱۳،۸۱
رابینز،۲۷
رابینسون،۱۷،۲۱۸،۲۱۹،۲۲۴،۲۲۵
راپی،۱۷۸
راجرز،۲۴۷،۲۹۷،۲۹۹،۳۰۰،۳۰۶
راس،۵،۷،۱۶،۳۸،۱۶۲،۳۷۷،۳۷۹
راسکاس،۳۸
راسل،۱۲۲
راش،۲۴،۳۵۴
رایان،۳۹
رایت،۱۳۵ف۲۸۹
رایزر بلکلی،۴۷۴
رئا،۱۱،۲۴
ردی،۱۹۶
رنی،۱۳
ردباو،۷۷
رودریگوئز،۲۲۵
روگال،۹۳،۱۱۵
روما،۱۲،۱۲۲،۱۲۶،۳۶۹،۳۷۰
رونپارین،۵
ری،۱۲،۳۷،۹۳،۹۷،۹۹،۱۰۶،۱۰۷،XIV
۱۱۴،۱۶۳،۱۹۶،۲۲۷،۲۳۶،۳۵۹،۴۷۴
ریتر،۳۵۸
ریچی،۱۶۲،۱۹۶
رید،۲۱۴،۴۷۹،۴۸۰،۴۸۵
ریسر،۲۲۷
ریشتر،۴۲۵
ریکرت،۵۰۰
ریگز،۳۵۵
رین،۹۹،۱۰۹،۱۶۳،۱۲،۳۷،۹۳،XVI
۱۹۶،۲۲۷،۲۳۶،۴۷۴

زارزاور،۳۵۹
زبل،۳،۲۱۷،۲۲۵،۲۲۷
زملمن،۳۵
زیمبرگمبک،۴۱۳
زینی زولو،۳۵۸

ژانگ،۳۵۹

ساپینزا،۵۴۹
ساتون اسمیت،۵،۲۸۸
ساشا،۳۷۹
سافورد،۱۷۸
ساکت،۷۸

@karnil

ساکس، IV، ۱۳۹، ۱۴۵، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۷
سالتز، ۳۳۰
سالزمن، ۲۸
سالستون، ۵۵۲
سالیس، ۳۲۳، ۳۲۴
سانترو، ۵۶۴
سانتیاگو، ۲۲۵
ساندرز، ۹۶، ۹۸
سانر، ۱۱
ساوتهم گرو، ۲۱، ۳۱، ۱۷۸، ۴۶۷
ساویرز، ۱۶
ستزر، ۳۸۵، ۳۸۹، ۳۹۵
سدیگ، ۳۸
سکستون، ۵۵۲
سندگراند، ۳۷۸
سوبیا بیگ فوت، ۲۲۵
سوکول، ۱۳۵
سولمون، ۴۷۰
سوواژ، ۸۵، ۴۶۷
سووینی، ۱۷، ۲۶۳، ۳۳۷، ۳۴۱، ۳۴۸، ۳۵۰، ۳۵۹، ۳۶۰
سیلز، ۸۹
سیلوفسکی، ۲۲۵
سیگل، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۳۲۳
سیگلمن، ۳۴۵
سیمورد، ۳۵۹
سینگر، ۱۶، ۱۷

شاتل کورب، ۱۰۶، ۱۱۴
شاو، ۲۴
شایا، ۳۵۸
شرک، ۲۲، ۴۷، ۱۲۲، ۴۳۹، ۴۴۰
شرمن، ۵۶۲
شرودر، ۳۹۱
شفاتیا، ۳۸
شفر، I، IV، VII، XII، ۱، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۵۷، ۹۴، ۱۶۲، ۱۹۶، ۲۴۷، ۳۴۳، ۳۷۸، ۴۵۴، ۴۶۴، ۴۷۲، ۴۷۴، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۶۶
شکتمن، ۴۷۵
شلبای، IV، ۲، ۲۱، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۳، ۴۴
شن، ۱۰۴
شنایدر، ۳۵۹
شنسکل، ۱۷
شوخودولسکی، ۴۶۸، ۴۷۰
شور، ۱۵۱
شونکف، ۳۸
شی، ۳۵۹
شیلی، ۱۰۸، ۱۱۱

فارولدن، ۱۷۸
فال، ۱۰۳
فاندربرک، ۲۲۴، ۲۲۵
فایلزهال، ۱۹۶
فاین، ۱۲
فرانک، ۲۴۷
فرانکس، ۲۲
فرانکلین، ۳۵۵

@karnil

فردریش، ۵۴
فرناندو، ۳۵۹
فروید، VIII، V، ۵۵۱، ۵۵۰، ۱۱۵، ۹۶، ۸، ۷
۵۶۵
فری، IV، ۴۴۳، ۴۴۲، ۴۳۸، ۴۳۵، ۳۶۶، ۱۰
۴۵۲، ۴۵۱، ۴۴۷، ۴۴۵، ۴۴۴، ۴۴۳، ۴۴۲
۴۵۸، ۴۵۴
فریدبرگ، ۲۶
فریدل، ۳۵۹
فریدلندر، ۵۳۷
فریزر، ۳۴
فریمن، ۴۴۳
فلاندرز، ۴۷۵، ۴۷۳، ۴۷۱
فلانری شرودر، ۱۷۸
فلاورز، ۱۱۱، ۱۰۸
فلیکس، ۴۱، ۳۸
فلینت، ۳۳۳، ۳۲۴، ۳۲۲، ۳۲۱
فورد، ۴۶۵، ۴۵۱
فورسیت، ۵۵۰
فورمن، ۳۲
فولی، ۹۸
فیت، ۲۱۰
فیتزپاتریک، ۳۶۰
فیتزهریس، ۴۵۸، ۴۴۵، ۴۴۴، ۴۴۳، ۴۴۲
فیتلسون، ۱۶
فیدل، ۷۶
فیدلر، ۲۹۷
فیشر، ۸۲، ۶۶
فیگلی، ۵۵۲
فیلیپس، ۱۲۰، ۳۸
فین، ۴۷۱
فیندلر، IV، ۴۸۰، ۴۷۰، ۴۶۹، ۴۶۷، ۳۶۶
فینک، ۱۷۸، ۲۸
فینکل هور، ۵۰
فینی، ۲۷

کاپلو، ۱۵۴
کاپلین، ۲۸۹
کاتااوکا، ۲۸
کاتاناک، IV، ۴۸۹، ۳۶۷
کاتلر، ۵۵۱
کادوسون، ۴۸۳، ۴۷۴، ۴۶۴، ۴۵۴، ۱۹، ۱۸
کارپیاک، ۵۶۴
کارپیتا، ۸۳، ۶۷، ۶۶
کارمایکل، ۳۶۰
کارور، ۴۷
کارول، ۵۴۸، ۴۱۶، ۲۴۲
کازدین، ۱۷۸، ۱۶۳، ۸۷، ۷۷، ۶۶، ۴۶
کاسای، ۳۵۹
کاستلو، ۱۷۸
کاسدورف، ۲۹۷
کاسل، ۳۳۲، ۳۳۰
کاسینوف، ۴۶۹
کاف، ۳۴۵، ۳۴۰، ۳۳۹، ۷
کاکس، ۲۸
کالون، ۵۶۶
کالونر، ۶
کامپتون، ۳۸۹، ۳۸۵

@karnil

کامرون، ۳۵۹
کان، ۵۶۶
کانگلوسی، ۱۸،۱۹
کانولی، ۱۴
کاودو، ۲۹۸
کاوگرز، ۳۷۹
کتیک، ۱۶۲
کراسک، ۱۳۵
کرافت، ۲۲۶
کرامن کان، ۵۶۷
کراوفورد، ۹۴
کرنشاو، ۴۸۶،۴۸۵، ۶۰
کروفسکی، ۲۴۱
کری، I، ۵۳۰
کریستنسن، ۹۸
کریستی، ۳۸
کریستیانو، ۱۶
کریو، ۲۴۴
کلارک، ۱۳۵
کلاسکو، ۱۳۵
کلام، ۱۱۲
کلونف، ۱۲۵
کلیسپی، ۵۵۰
کلین، ۱۱۵،۹۶،۹،۷
کمپ، ۵۰
کمپبل، ۲۸
کمپر، ۴۷۰
کندال، IV، ۲۱،
۱۷۸،۱۷۷،۱۵۲،۱۵۱،۱۵۰،۵۰،۳۱
۱۷۹،۱۸۱،۱۹۱،۱۹۲،۱۹۳،۱۹۹،۳۷۰
۳۹۰،۳۹۴،۴۶۷
کندال تاکت، ۵۰
کندی، ۱۱۴
کو، ۲۲۴
کوپن، ۴۲۵
کوتلا، ۳۹۳
کوچر، ۵۴۶
کوک، ۱۴۷،۱۴۸،۳۵۶
کولدر، ۲۱۰
کولنبرگ، ۵۵۲
کوون، ۲۴۰،۲۴۲،۲۴۳،۲۴۴
کوهن، ۲۸،۵۴،۹۳،۹۶،۱۱۳،۱۱۵،۱۶۴
۱۷۳،۳۵۹
کیت اسپیگل، ۵۴۷
کیتینگ، ۳۵۸
کیلر، ۱۷۸
کیمبال، ۴۳۰
کینگ، ۲۱،۱۷۹،۳۸۲،۳۹۳،۴۶۸
کینن، ۴۶۷

گاتمن، ۴۷۰
گاردنر، ۹،۵۳۴
گارزا، ۱۰۵،۱۰۷
گارلند، ۲۲۵،۲۴۱
گای، ۵۴۷،۵۵۰، ۵۵۱،۵۵۳،۵۵۶،۵۵۷
۵۵۹،۵۶۱،۵۶۲،۵۶۶،۵۶۷
گرابز، ۳۵۸
گرانجر، ۳۲

@karnil

گراوی،۲۱،۲۲،۳۱،۳۲
گراهام،۳۶۰
گربر،۴۷۰
گرکو،۱۷۸،۴۲۵
گرودون،۱۳۳،۱۹۱
گریفیث،۳۲۷
گریلز،۲۱
گرین،۹۸
گرینلی،۲۲
گستین،۲۴۲
گلاور،۱۰۸
گلدبرگ،۵۵۱،۵۵۸
گلدشتاین ۱۶،۴۷۰
گلدنسون،۲۴۷
گلد هابر،۳۷
گلدین،۵۶۶
گلرنتر،۱۳۵
گلیک،۴۷۰
گنتری،۵۵۲
گوئرنی،۱۲،۳۹،۱۰۸،۱۴۲،۲۱۸،۲۲۶
۲۶۲،۲۸۷،۲۸۹،۲۹۶،۲۹۷،۲۹۸،۳۰۳
۳۰۸،۳۱۴،۳۲۳
گودمن،۳۸۳،۴۶۷
گودهارت،۶۶،۷۸،۷۹،۸۴،۸۶
گودیر براون،۳۸،۴۳
گوردن،۳۹۳
گورمن،۴۶۹
گورینگ،۴۷۴
گوستافسون،۲۹۷
گولیشیان،۴۹۶،۵۰۵
گیتلین وینر،۳۷۸
گیل،۲،۴۹،۵۱،۵۲،۵۵،۱۶۲،VII،V،I
۳۵۸،۵۲۹،۵۳۰،۵۳۴
گیلروی؛۵۴۸
گینسبرگ،۱۱،۲۸۸،۲۹۸
گیورانو،۳۷۴،۳۸۲

لائو،۸۴
لابورد،۲۴
لارسون،۴۶۹،۴۷۰،۴۷۸
لاکمن،۱۹۵،۱۹۸،۱۹۹،۲۰۰،۲۱۰،V
۴۶۹،۴۷۰،۴۷۸
لاندرس، ۶،۷،۹،۱۳،۱۸،۳۹،۹۴،۱۰۳
۱۰۴،۱۰۵،۱۰۸،۱۰۹،۱۱۰،۱۱۱،۱۱۲
۱۴۲،۲۲۵،۲۲۶،۲۵۱،۲۸۹،۳۲۱،۳۲۶
۳۷۴،۳۸۲،۴۷۲
لاوجوی،۲۲۷
لاورنس،۸۶،۹۴،۹۶
لاینز،۹۵،۹۶
لمپمن،۳۲
لندی،۴۷۱
لنهارت،۱۹۵
لو،۳۳۲
لوبلانش،۱۹۶
لوتیچفسکی،۲۴۲
لودو،۱۵۵
لووان،۶۶
لوون فلد،۷،۲۹۴،۳۳۹،۳۴۰،۳۴۷

@karnil

لوین، ۱۵۲
لویس، ۱۶۴،۳۵۹،۵۰۸
لی، ۱۱۱،۳۵۸
لیبرمن، V، ۳۹،۲۶۱،۲۶۵،۲۸۰
لیبی، ۵۰۸
لیدون، ۳۵۸
لینچ، ۴۷۰
لیونگ، ۳۷،۳۸

ماتئی، ۴۷۲
ماتوز، ۲۲۵
مارچ، ۳۸،۶۶،۷۸،۷۹،۸۱،۸۴،۹۶،۳۸۱
۴۲۸
مارتین، V، ۵۰،۵۱،۱۷۷،۳۵۸،۵۶۶
مارلات، ۱۳۳
ماستیلو، ۱۷۸
مالکیودی، ۵۹
مالوی، ۳۷۱
مانارینو، ۲۸،۵۴،۹۳،۱۱۵،۱۶۴
مانچینی، ۱۷۸
مسلش، ۵۵۱
مش، ۷۹
مک آلیستر، ۱۰۸،۱۱۱
مک فارلن، ۱۵۳
مک کارتی، ۲۱،۲۴،۳۱
مک کلور، ۲۶
مک کیب، ۲۲۵
مک گراس، ۲۲۵،۲۲۷
مک نیل، ۳۹،۲۱۴،۲۱۹،۲۲۴،۲۲۷،۲۳۷
منا، ۴۷۱
مندل باوم، ۳۶۰
مور، ۱۲۰،۱۲۲،۱۲۴،۱۲۵،۳۶۹
مورا، ۵۴۸
موراش، ۴۱۷
مورداک، ۴۸۵،۴۸۶
مورس، ۱۵۱،۱۵۲
مورگان، ۱۱۴
موری، ۲۴
موریس، ۱۷۸
موستو، ۴۶۸
مول، ۳۸،۳۸۱،۴۲۸
مولیس، ۳۲۹
میدل بروکس، ۱۲،۵۵۱
میدلتون، ۱۳۵
میرس، ۱۵
میسلر، ۱۱۳
میشنا، ۳۲۳
میکن باوم، V، VII، XVI، XVII، ۱۱۹
۱۳۲،۱۳۳،۱۶۴،۳۸۳،۵۵۲،۵۶۲،۵۶۴
میلر، ۳۵۸،۳۶۰،۵۵۳
میلس، ۳۵۷
میلنر، ۲۳۱
مینیکس، ۳۵۹
مینتز، ۲۷،۳۸

نارکراس، V، XVI، ۱۸،۶۶،۷۸،۸۵،۵۴۵
۵۵۰،۵۵۱،۵۵۳،۵۵۶،۵۵۷،۵۵۹،۵۶۱
۵۶۲،۵۶۴،۵۶۶،۵۶۷

@karnil

ناسیلتی، ۵۲
نافپاکتیتیس، ۲۴۲،۲۴۳
ناک، ۸۷
نزو، ۸۱،۸۸،۵۶۶
نل، V،XI، ۷،۳۷،۳۸،۴۱،۶۱،۶۲،۹۴
۱۱۳،۱۱۷،۱۱۹،۱۲۰،۱۲۲،۱۲۳،۱۲۴
۱۲۵،۱۲۶،۱۲۸،۱۳۴،۱۳۷،۳۶۵،۳۷۰
۳۷۲،۳۷۹،۳۸۱،۴۰۷،۴۷۸،۵۳۷
نلسون، ۴۳۰
نورمن، ۷۶،۷۷،۸۸
نووسیولوا، ۵۰۰،۵۰۱
نیتزر، ۲۵۴
نیمز، ۳۵۷
نیو، ۳۷۵
نیوکامب، ۲۲۴
نیوکامر، ۸۸
نیومن، ۳۵

واترز، ۸۶،۳۵۵
واتس، ۲۳۶
وارن، ۳۶۰
وازی، ۲۲،۳۲
واسرمن، ۳۵۹
واسکوئز، ۵۶۷
واکر، ۲۸۹
والبرگ، ۳۴
وانگف ۳۵۹
وانگ فلاهیو، ۳۵۹
وایت، V، ۹۸،۳۱۹،۳۲۱،۳۲۲،۳۲۳،۳۲۴
۳۲۹،۳۳۳،۴۸۰،۴۹۷
وب، ۱۷۸،۱۷۹،۳۲۹،۳۵۷
وبستراستراتون، ۲۱۴،۴۶۸،۴۷۹،۴۸۰
۴۸۵
وردوین، ۱۷۸
ورشل، ۱۱
ورک، ۲۴۲
ول، ۱۰
ولپ، ۱۳۵،۱۶۴،۳۹۳
ولتمن، ۳۷۱
ولتینگ، ۳۸۵،۳۸۹،۳۹۰،۳۹۱،۳۹۵
ولز، ۲۷،۱۹۵،۱۹۸،۱۹۹،۲۱۰،۲۱۱،۲۱۲
ولش، ۳۴،۱۰۳
ولف، ۲۶۵
ومپلد، ۶۶،۸۴،۸۷،۱۰۲
وندر کولک، ۵۵،۵۶،۱۴۶،۱۴۸،۱۵۳،۱۵۶
۳۵۳
ون فلیت، VI، ۱۲،۳۹،۲۲۶،۲۸۷،۲۸۸
۲۸۹،۲۹۰،۳۰۱،۳۰۳،۳۱۵
ون هورن، ۳۹،۲۶۵،۲۸۰
وود، ۳۵۸
وونگ، ۲۸
ویس، ۳۲
ویزبرگ، ۲۴۲،۲۴۴
ویسیت، ۱۵۳
ویگوتسکی، ۱۵،۳۸،۴۹۸
ویلسون، ۲۹۰
ویلیامز، ۵۰،۳۹۲
ویلینگهام، ۳۵۸

@karnil

وینر الکین،۲۴۴
وینریپ،۳۴۰،۳۴۷
وینشتاین،۲۴۱
وینیکات،۱۵

هاتری، ۸۸
هاتون، ۲۲۶
هاتی، ۳۴
هادلی، ۴۷۰
هارتر،۴۳۹،۴۴۰
هارتلی،۲۴۷
هارلی،۴۶۷
هاروی،VI،۵۳۰،۵۲۸،۵۲۷،۵۲۱،۳۶۷
۵۳۱،۵۳۳،۵۳۷،۵۳۹
هارویگ هورست،۴۶۷،۴۷۲،۴۷۳
هال،۴۰،۴۷۴،۴۷۸،۴۸۲
هالت،۵۶۶
هان،۳۲
هانف،۲۱۸
هانسن،VI،۵۵۰،۱۶۵،۱۴۵،۱۳۹،۱۱۳
۵۵۶،۵۶۷
هانسون،۹۶
هاولی هارس،۲۲،۸۵،۸۸
هایتاور،۱۰،۲۴۰،۲۴۲،۲۴۳،۲۴۴
هاید،۳۵
هایدوک،۲۴۱
هدتک،۱۷۹،۱۸۱
هرشل،۳۹،۲۱۴،۲۲۵
هرفتز،۵۵۰
هرمن؛۱۴۷
هس،۱۰۸،۱۱۱
هسو؛۴۰
هفلین،۵۴
هفنر،۴۲۵
هکمن،۱۳۵
هلفر،۵۰
هلمستتر،۴۵۲
همبری کیگین،۲۱۹،۲۲۴،۲۲۷،۲۳۷
همرین،۴۷۰
هنین،۱۷۸،۴۷۴
هود،۱۲،۲۲۴
هورن وینگرد،۱۶
هوگز،۳۶،۳۵۸
هولمبک،۲۲،۳۱،۳۲
هومیر،VI،۲۶۳،۳۳۷،۳۴۱،۳۴۸،۳۵۰
۳۵۹
هویزینگا،۵
هیکس،۹۴
هیگدون،۹۸
هیمبرگ،۷۷،۱۳۵
هیونگ،۲۲۵
یاسنیک،۵۳۴
یالازو،VI، ۲، ۴۹
یالوم،۸
یاناتا،۱۲۵
یانوتی،۱۳
یون،۱۰۹
یه،۲۲۵

@karnil

کارنیل
karnil.com

منابع

Asarnow, J., Jaycox, L, Clarke, G., Lewinsohn, P., Hops, H., & Rohde, P. (1999).

Stress and your mood: A manual for groups. Los Angeles: UCLA School of Medicine.

Asarnow, J. R., Jaycox, L H., Duan, N., LaBorde, A. P., Rea, M. M., & Murray, P., et al. (2005). Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression. *Journal of the American Medical Association,* 293, 311-319.

Asarnow, J. R., Scott, C. V., & Mintz, J. (2002). A combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children: A treatment development study. *Cognitive Therapy and Research,* 26(2), 221-229.

Asarnow, J. R., Tompson, M. C; & Berk, M. S. (2005). Adolescent depression:

Family focused treatment strategies. In W. Pinsof & J. Lebow (Eds.), *Family Psychology: The Art of the Science* (pp. 425-450). New York: Oxford University Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford. Bergen, D. (2002). The role of pretend play in children's cognitive development.

Early Childhood Research and Practice, 4(1). Retrieved May 15,2008, from http:/ / ecrp.uiuc.edu/v4n1/bergen.html.

Blair, C. (2002). School readiness. *American Psychologist*, 57(2),111-127.

Bodrova, E., & Leong, D. J. (1996). *Tools of the mind.* Upper Saddle River, NJ:Merrill/Prentice Hall.

Bodrova, E., & Leong, D. J. (2001). *The Tools of the Mind Project: A case study of implementing the Vygotskian approach in American early childhood and primaru classrooms.* Geneva, Switzerland: International Bureau of Education, UNESCO.

Bodrova, E., & Leong, D. J. (2003). The importance of being playful. *Educational Leadership: The first years of school, 60(7), 50-53.*

@karnil

Bodrova, E., & Leong, D. J. (2005). Uniquely Preschool. *Educational Leadership: The whole child.* 63(1),44-47.

Bratton,S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice,* 36(4), 376-390.

Brent, D., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Asarnow, J. R., et aI. (2008).

Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression. *Journal of the American Medical Association,* 299, 901-913.

Brent, D. *A.*, Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.

Bonwell, C. C.; & Eisen, J. A. (1991). Active Learning: Creating Excitement in the Classroom, ERIC Digest.ED 336 049. ED340272. Available from: ASHE-ERIC Higher Education Reports, The George Washington University, One Dupont Circle, Suite 630, Washington, DC.

California Evidence-Based from Clearinghouse for Child Welfare. Retrieved June 1,2008, from http://www.cachildwelfareclearinghouse.org/.

Chickering, A. W., & Carnson, Z. F. (1987, March). Seven principles for good practice in undergraduate education. *American Association of Higher Education Bulletin*, 39: 7, 3-7.

Chilcoat, G. W. (1989). Instructional behaviors for clearer presentations in the classroom. *instructional Science*, 18,289-314.

Chu, B. C., & Kendall, P. C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. j*ournal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 821-829.

Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R (2004). A multi-site, randomized, controlled trial for children with sex abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 42, 393- 402.

@karnil

Cohen, J. *A"* Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents.* New York: Guilford.

Cox, L Davies, D. R., Burlingame, G. M., Campbell, J. E., Layne, C. M., & Katzenbach, R]. (2007). Effectiveness of a trauma/grief-focused group intervention: A qualitative study with war-exposed Bosnian adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy* 57(3), 319-345.

Dunn, R, & Dunn, K. I. (1975). *Educator's self-teaching guide to individualizing instruction* (pp. 74-155). West Nyak, NY: Parker Publishing Co.

Durlak, J. A., Fuhrman, T., Lampman, C. (991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychology Bulletin, 110,* 204-214.

Eiszler, C. F. (1982). Perceptual Preferences as an Aspect of Adolescent Learning Styles. *Education, 103,231-242.*

Felix, E., Bond, D., & Shelby, J. S. (2006). Coping with Disaster: Psychosocial Interventions for Children in International Disaster Relief Settings. In C. E. Schaefer & H. G. Kaduson (Eds.), *Contemporary Play Therapy* (pp. 307-328). New York: Guilford.

Forehand, R, & Wierson, M. (1993). The role of developmental factors in planning behavioral interventions for children: Disruptive behavior as an example. *Behavior Therapy,* 24, 117-141.

Fraser, B. *J.,* Walberg, H. J., Welch, W. W., & Hattie, J. A. (1987). Synthesis of educational productivity research. *International Journal of Educational Research,* 11(2), 145-252.

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts.* New York: Guilford.

Goldhaber, J. (1994). If we call it science, then can we let the children play?

Childhood Education, 71, 24-27.

Goodyear-Brown, P. (2005). *Digging for Buried Treasure* 2: 52 *More Prop Based Play Therapy Techniques for Treating the Problems of Childhood.* Nashville, TN: Sundog Publishing, Ltd.

Gravea, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Reoieto,* 24, 399-420.

@karnil

Cuerney, B. (1 %4). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting* .

Guerney, B. G. Jr., Guerney, L., & Andronico, M. (1999). Filial therapy. In C.

Schaefer (Ed), *The therapeutic use of child's play* (pp. 553-566). Northvale, NJ:

Jason Aronson.

HerscheII, A., Calzada, E., Eyberg, S. M., & McNeil, C. B. (2002). Parent-child interaction therapy: New directions in research. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9,9-16.

Holmbeck, G. N., Greenley, R. N., & Franks, E. A. (2003). Developmental issues and considerations in research and practice. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 21-41). New York: Guilford.

Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2003). Introduction: Context and Background of Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 21-41). New York: Guilford.

Knell, S. M. (1993). *Cognitive-behavioral play therapy.* Northvale, NJ: Jason Aronson. Knell, S. M. (1998). Cognitive-behavioral play therapy. *[ournal of Clinical Child Psychologtj,* 27, 28-33.

Landreth, G. L., & Bratton, S. C. (2006). *Child Parent Relationship Therapy: A 10- session filial therapy model.* New York: Taylor & Francis Group.

Layne, C. M., Salzman, W. R, Poppleton, L., Burlingame, G. M., Pasalic, A., Durakovic, E., et al. (in press). Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

Lieberman, A. F., Van Horn; P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 44(12), 1241-1248.

Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2006). Child-Parent Psychotherapy: 6-Month follow-up of a randomized control

@karnil

trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatnj,* 45(8), 913-918.

March, J. 5., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents; A cognitivebehavioral treatment manual.* New York: Guilford.

McCarty, C. A., & Weisz, }. R (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: What we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 46, 879-886.

National Center for Child Traumatic Stress. Retrieved April 25, 2008, form www.nctsnet.org/nccts/index.jsp.

Newmann, F. et al. (2001). *Authentic Intellectual Work and Standardized Tests: Conflict or Co-Existence?* Chicago: Consortium on Chicago School Research.

Ollendick, T. H., Grills, A. E., & King, N. J. (2001). Applying developmental theory to the assessment and treatment of childhood disorders: Does it make a difference? *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 8, 304-314.

Ollendick, T. H., & Vasey, M. W. (1999). Developmental theory and the practice of clinical child psychology. *Journal of Clinical Child Psychologtj,* 28, 457-466.

Peterson, L, & Tremblay, G. (1999). Importance of developmental theory and investigation to research in clinical child psychology. *Journal of Clinical Child Psychology,* 28, 448-456.

Piaget, J. (1962). Play, Dreams and Imitation in Childhood. New York: Norton. Price, G. E., Dunn, R, & Dunn, K. (1977). Summary of research on learning style based all the learning style inoentonj. Paper presented at the meeting of the Association for Supervision and Curriculum Development, Houston, TX.

Rohde, P., Feeny, N. c., & Robbins, M. (2005). Characteristics of the T ADS CBT approach. Cognitive and Behavioral Practice, 12, 186-197.

Roskos, K., & Christie, J. F. (Eds.). (2000). Play and literacy in early childhood: Research from multiple perspectives. Mahwah, NJ: Erlbaum.

@karnil

Ruhl, K." L, Hughes, C. A., & Schloss, P. J. (1987, Winter). Using the pause procedure to enhance lecture recall. Teacher Education and Special Education, 10, 14-18.

Russ, S. W. (2003). Play and creativity: Developmental issues. Scandinavian Journal of Educational Research, 47, 291-303.

Russ, S. W. (2004). Play in child developmental and psychotherapy: Toward empirically supported practice. Mahwah, NJ: Lawrence, Erlbaum & Associates.

Sacha, R J., & Russ, S. W. Effects of pretend imagery on learning dance in preschool children. Early Childhood Education Journal, 33, 341-345.

Sedig, K. (2008). From play to thoughtful learning: A design strategy to engage children with mathematical representations. Journal of Computers in Mathematics and Science Teaching, 27, 65-101.

Shelby, J. 5., Bond, D., Hall, S., & Hsu, c. (2004). Enhancing coping among young tsunami survivors. Los Angeles: Authors.

Shen, Y. (2002). Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims:

Effects on anxiety, depression, and adjustment. International Journal of Play Therapy, 11, 43-63.

Shirk,S., & Karver, M. (2006). Process issues in cognitive-behavioral therapy for youth. In P. C. Kendall (Ed.), Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. (pp. 465-491). New York: Guilford.

Shirk, S. R (2001). Development and cognitive therapy. [ournal of Cognitive Psychothempy, 15, 155-163.

Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Washington, DC: National Academies Press.

Smilansky, S., & Shefatya, L (1990). Facilitating play: A medium for promoting cognitive, socio-emotional, and academic development in young children. Gaithersburg, MD: Psychological and Educational Publications.

Southam-Gerow, M. A., & Kendall, P. C. (2000). Cognitive-behavior therapy with youth: Advances, challenges and future directions. Clinical Psychology and Psychotherapy, 7, 343-366.

@karnil

Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong; M., Tu, W., Elliot, M. N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for school children exposed to violence: A randomized controlled trial. JAMA, 290(5), 603-661.

The TADS Team. (2007). The treatment for adolescents with depression study (TAOS): Long-term effectiveness and safety outcomes. Archives of General Psychiatry, 64, 1132-1144.

Urquiza, A. J., & McNeil, C. B. (1996). Parent-child interaction therapy: An intensive dyadic intervention for physically abusive families. Child Maltreatment, 1(2), 132-141.

U.S. Department of Education; National Science Resources Center of the National Academy of Sciences and the Smithsonian Institution.

VanFleet, R (2000). A parent's handbook of filial play therapy. BOiling Springs, PA:Play Therapy.

VanHeet,'R, Ryan, S, D., & Smith, S, (2005), Filial therapy: A critical review. In L Reddy, T. Files-Hall, & c. E. Schaefer (Eds.), Empirically-Based Play Interventions (pp. 241-264), Washington, DC: American Psychological Association.

Van Horn, P. J., & Lieberman, A. F. (2006). Using play in child-parent psychotherapy to treat trauma. In]. L Luby (Ed.), Handbook of Preschool Mental Health:

Development, Disorders, and Treatment (pp. 372-387). New York: Guilford Press.

Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Vygotsky, L. S. (1977). Play and its role in the mental development of the child. In M. Cole (Ed.), Soviet developmental psychology. White Plains, NY: M. E. Sharpe.

Walberg, H. J. (1980). A psychological theory of educational productivity. Washington, DC: National Institute of. Education. Eric Document Reproduction. No ED 206042.

Weisz, J. R, & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. Journal of Consulting and Clinical PsychologJj, 70, 21-43.

Weisz, J. R, & Kazdin, A. E. (2003). Concluding thoughts: Present and future of evidence-based practice for children and

@karnil

adolescents. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents (pp. 21- 41). New York: Guilford.

Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., & McCarty, C. A. (2001). Control-related beliefs and depressive symptoms in clinic-referred children and adolescents:

Developmental differences and model specificity. Journal of Abnormal Psychology, 110,97-109.

Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. G., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. Psychological Bulletin, 177,450-468.

Wells, K. c., & Albano, A. M. (2005). Parent involvement in CBT treatment of adolescent depression: Experiences in the treatment for adolescents with depression study (T ADS). Cognitive and Behavioral Practice, 12, 209-220.

Zemelman, 5., Daniels, H., & Hyde, A. (2005). Best Practice: Todau'« standards for teaching and learning in America's schools. Portsmouth, NH: Heinemann.

کارنیل
karnil.com

در کانال تلگرام کارنیل هر روز انگیزه خود را شارژ کنید ☺

https://telegram.me/karnil

@karnil