

## فهرست

مقدمه .....	۷
مرحله اول: تقویت روانی - اجتماعی .....	۲۵
مرحله آشنایی والدین / مراقبان با فرآیند درمان .....	۲۷
مرحله اول: جلسه ۱: حضور کودک در درمان و آشنایی او با فرآیند درمانی .....	۲۹
مرحله اول: جلسه ۲: روابط .....	۳۷
مرحله اول: جلسه ۳: برنامه زمانی .....	۳۹
مرحله دوم: مهارت‌های مقابله‌ای .....	۴۵
مرحله دوم: جلسه والدین / مراقبان .....	۴۷
مرحله دوم: جلسه ۴: احساسات .....	۴۹
مرحله دوم: جلسه ۵: واکنش‌های بدنی .....	۵۵
مرحله دوم: جلسه ۶: افکار .....	۶۱
مرحله دوم: جلسه ۷: مقابله فعال و حل مسئله .....	۶۷
مرحله دوم: جلسه ۸: ارزیابی و پاداش‌ها .....	۷۳
مرحله سوم: پردازش رویداد آسیب‌زا .....	۷۹
مرحله سوم: جلسه والدین / مراقبان .....	۸۱
مرحله سوم: جلسه ۹: معرفی مواجهه تصویری .....	۸۳
مرحله سوم: جلسات ۱۰-۱۳: مواجهه تدریجی .....	۸۹
مرحله چهارم: بررسی مسائل خاص و پایان درمان .....	۹۷
مرحله چهارم: جلسه والدین / مراقبان .....	۹۹
مرحله چهارم: جلسات ۱۴-۱۵: مسائل خاص .....	۱۰۱

۱۰۹.....	مرحله چهارم: جلسه ۱۶: پیشگیری از عود و پایان درمان
۱۱۳.....	کاربرگ‌ها
۱۱۵.....	درباره من
۱۱۶.....	کمک‌هایی که من نیاز دارم
۱۱۷.....	حساب من
۱۱۸.....	جدول پاداش‌ها
۱۱۹.....	آدمک‌های کاغذی
۱۲۰.....	کاربرگ TRAP
۱۲۱.....	برنامه STAR
۱۲۲.....	فنون آرام‌سازی (فنون آرمیدگی)
۱۲۴.....	تمام چهره‌های من
۱۲۵.....	تابلوی احساسات
۱۲۶.....	تصویر بدن من
۱۲۷.....	تجربه من
۱۲۸.....	فکر آدمک‌ها
۱۲۹.....	برنامه STAR
۱۳۰.....	چیزهایی که هنوز مرا آزار می‌دهند
۱۳۱.....	گواهی تبریک
۱۴۶.....	برنامه STAR من
۱۴۷.....	واژه‌نامه
۱۵۱.....	منابع

## مقدمه

در این کتاب، درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر رویداد آسیب‌زا (TF-CBT) برای کودکان و نوجوانان ۹-۱۵ ساله‌ای که دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ناشی از سوءاستفادهٔ کودکی و تجارب آسیب‌زای مرتبط با آن هستند توصیف شده است. این رویکرد گام به گام در قالب یک برنامهٔ ۱۶ جلسه‌ای ارائه شده و می‌توان آن را برای تمام کودکان مورد استفاده قرار داد. در برنامهٔ حاضر، چهار جلسه نیز برای والدین/ مراقبان در نظر گرفته شده است که این جلسات در ابتدای هر یک از مراحل چهارگانهٔ این برنامه برگزار می‌شوند.

## پژوهش و توسعهٔ برنامه

الگوی حاضر در ابتدا برای درمان کودکانی که مورد سوءاستفادهٔ مکرر قرار گرفته و دچار ضربهٔ روحی شده بودند، طراحی شد (فیدر و رونان، ۲۰۰۴). اصول زیربنایی این الگو عبارت بودند از: (۱) مرور پیشینهٔ پژوهشی در زمینهٔ سوءاستفاده از کودکان و تجربهٔ رویدادهای آسیب‌زا با تمرکز بر پیشرفت‌های تخصصی و نقش روان‌شناسان و درمانگران در کاهش تأثیرات این رویدادها؛ (۲) مفهوم‌سازی نمود بالینی سوءاستفاده از کودکان و تجربهٔ رویدادهای آسیب‌زا در آنها؛ (۳) مرور حوزهٔ سانحه‌شناسی روانی و الگوهای نظری مرتبط با آن؛ و (۴) مرور مطالعات مبتنی بر شواهد، پیامدهای درمانی و پژوهش‌های تجربی مرتبط با طراحی یک رویکرد درمانی اثربخش در این حوزه (فیدر، ۲۰۰۸). درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر رویداد آسیب‌زا در اصل بر مبنای کارهای محلی و مداخلات دارای حمایت تجربی مختص به اضطراب کودک (کندال و همکاران، ۱۹۹۲؛ کندال، کین، هاوارد و سیکولند، ۱۹۸۹) و اختلال استرس پس از سانحه به عنوان پیامد سوءاستفادهٔ جنسی از کودکان (برای مثال دبلینگر و هفلین، ۱۹۹۶) طراحی شد. اثربخشی برنامهٔ درمانی حاضر نیز در مجموعه‌ای از مطالعات مختلف با طرح تک آزمودنی مورد ارزیابی قرار گرفته که نتایج آنها امیدبخش بوده است (فیدر و رونان، ۲۰۰۹). رویکردهای شناختی- رفتاری در مقایسه با سایر انواع روان‌درمانی، کارآمدی بیشتری در درمان اختلال استرس پس از سانحه و دیگر علائم مرتبط با اضطراب کودکان دارند (کوهن و برلینر، ۲۰۰۰؛ کامپتون و همکاران، ۲۰۰۲). در مطالعات مختلف، کارآمدی رویکرد TF-CBT نیز در درمان طیفی از تجارب آسیب‌زا مورد تأیید قرار گرفته است (کوهن و همکاران، ۲۰۰۴؛ دبلینگر، استافر و استیر، ۲۰۰۱؛ کینگ و همکاران، ۲۰۰۰؛ مارچ و همکاران، ۱۹۹۸) و بر این اساس، این رویکرد درمانی برای درمان کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند توصیه می‌شود (ساندرز، برلینر و هانسون، ۲۰۰۱). در این رویکرد درمانی، مؤلفه‌های آموزش روانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از طریق مداخلات

رفتاری (برای مثال ابراز هیجانی و آرمیدگی) و شناختی (برای مثال حل مسئله و خودگویی‌های مقابله‌ای) گنجانده شده است. علاوه بر این، به منظور پردازش رویداد آسیب‌زا نیز از فنون مواجهه تدریجی استفاده می‌شود. این رویکرد مداخله‌ای در قالب درمانی فردی ارائه می‌شود و در آن جلساتی نیز برای والدین/مراقبان در نظر گرفته شده است؛ در این جلسات، آموزش روانی و حمایت از والدین در دستور کار قرار می‌گیرد و امکان انتقال آموزه‌های درمانی به محیط زندگی کودک فراهم می‌شود.

ساختار ۱۶ جلسه‌ای و گام به گام این برنامه درمانی از مداخله شناختی - رفتاری ۱۶ جلسه‌ای که برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان تدوین شده (کندال و همکاران، ۱۹۹۲؛ کندال و همکاران، ۱۹۸۹؛ رونان و دین، ۱۹۹۸) الهام گرفته است. در این الگوی مداخله‌ای با تمرکز بر فراگیری و تمرین مهارت‌های مقابله‌ای، درمانگر به کودک در مدیریت علائم اضطرابش کمک می‌کند.

نکته قابل توجه در تعدیل رویکرد مبتنی بر اضطراب برای درمان علائم اختلال استرس پس از سانحه این بود که اضطراب، در خصوص خطرات کنونی یا آتی است، در حالی که PTSD به رغم آنکه یک اختلال اضطرابی است، با رویدادهای گذشته در ارتباط می‌باشد. در واقع، پردازش رویداد آسیب‌زا و پیامدهای بر جای مانده از آن در کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به گونه‌ای است که آنها به طور مداوم سطوح بالایی از ناراحتی و اضطراب را تجربه می‌کنند (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰). بنابراین، هدف این مداخله TF-CBT به‌کارگیری برخی از مؤلفه‌های درمان سوءاستفاده از کودکان و افزودن آنها به برنامه مدیریت اضطراب بود تا به کودکان در ایجاد مهارت‌هایی برای مدیریت نشانه‌ها و پردازش رویداد آسیب‌زا کمک کند؛ در این صورت، کودک و خانواده‌اش می‌توانند این تجربه را به عنوان رویدادی محدود به زمان گذشته در نظر گرفته و آن را به شیوه‌ای مؤثر مدیریت کنند.

دومین نکته اساسی در طراحی این برنامه درمانی، زمینه روانی - اجتماعی کودکان دارای تجربه سوانح آسیب‌زا بود. تجارب آسیب‌زا اغلب روابط کودک با والدین، اعضای خانواده، همسالان و دیگر افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این امر به معنای درگیر شدن سایر افراد (نظیر پلیس، مددکاران اجتماعی و دیگر متخصصان) در زندگی آنها است. کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند را می‌توان تحت مراقبت‌های موقت یا دائمی قرار داد تا سلامت و امنیت آنها تضمین شود. در این موارد، دوری از والدین نه تنها لایه دیگری را به رویداد آسیب‌زا می‌افزاید، بلکه ایجاد روابط جدید با مراقبان را نیز ناگزیر می‌سازد. بنابراین، بخش نخست از این مداخله که به شناسایی و توانمندسازی بافت روانی - اجتماعی کودک اختصاص دارد، مبنایی را برای مداخلات درمانی بعدی فراهم می‌آورد.

سبک دلبستگی کودک می‌تواند به وضوح بر ایجاد رابطه با درمانگر تأثیرگذار باشد و درمانگر با شناسایی و تقویت بافت روانی - اجتماعی کودک، فرصت‌های بسیاری برای برقراری ارتباط با او در

اختیار خواهد داشت. اگر چه در این برنامه درمانی به طور مشخص به مسائل مرتبط با دلبستگی پرداخته نمی‌شود، اما تسهیل یک رابطه درمانی کارآمد برای کودکانی که برخی از آنها تجارب کمی از روابط دلبستگی ایمن داشته‌اند، بسیار سودمند خواهد بود. علاوه بر این، عوامل بافتی دیگری نیز وجود دارند که برای دستیابی به بهترین پیامد ممکن باید آنها را در درمان TF-CBT مد نظر قرار داد. این عوامل شامل امنیت و سلامت کودک، درگیر کردن والدین/مراقبان در فرآیند درمان، ملاحظات فرهنگی و تعدیل درمان بر اساس تجارب و پاسخ‌های آسیب‌زای خاص کودک هستند.

### امنیت کودک و درگیر کردن والدین/مراقبان در فرآیند درمان

برای حفظ اثربخشی درمان‌های مربوط به کودکان و نوجوانان، آنها باید در یک محیط خانگی ایمن بوده و در خارج از اتاق درمان نیز از حمایت‌های کافی برخوردار باشند. برگزاری جلسات والدین/مراقبان در این برنامه درمانی، امکان درگیر کردن مداوم افراد قابل اطمینان را در فرآیند درمان فراهم می‌آورد. در این جلسات، اطلاعاتی در خصوص مؤلفه‌های درمان و پیشرفت کودک در اختیار بزرگسالان قرار گرفته و سؤالات و بازخوردهای آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد. مؤلفه‌های اصلی این جلسات شامل آموزش در خصوص تأثیر تجارب آسیب‌زا بر کودکان، تشریح مهارت‌های مقابله‌ای، تشویق والدین/مراقبان برای کمک به کودک در به کار بستن و تمرین این مهارت‌ها در خانه و حمایت از کودک در هر یک از مراحل درمان است. به منظور تقویت پیامدهای درمانی نیز درمانگر باید به طور مداوم با محل تحصیل کودک و سایر ارگان‌های مربوطه در ارتباط باشد.

توجه به این نکته ضروری است که علی‌رغم مشارکت والدین و مراقبان در فرآیند درمان، این برنامه به عنوان یک مداخله مربوط به بزرگسالان طراحی نشده است. بنابراین، اگر والدین به مداخلات بیشتری نیاز داشتند، این مداخلات باید در کنار این برنامه و به طور مجزا برای آنها فراهم شود.

### اصول و فلسفه زیربنایی

از آنجایی که درک کامل یک کودک بدون توجه به محیط زندگی‌اش امکان‌پذیر نیست، آگاهی درمانگران از بافتی که این برنامه درمانی در آن ایجاد شده و اصولی راهنمای این رویکرد از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. برنامه درمانی حاضر در واقع ابزاری برای تعامل و شامل مجموعه‌ای از راهبردهای تغییر آفرین است. الگوی شناختی- رفتاری مورد استفاده در این برنامه نه تنها به فنون مورد نیاز، بلکه به مؤلفه‌های ضروری برای ایجاد تغییر نیز اشاره می‌کند. مهم‌ترین مؤلفه در این برنامه مداخله‌ای، رابطه درمانی است و ماهیت این رابطه می‌تواند تأثیر شگرفی بر فرآیند و پیامدهای درمانی

داشته باشد. برنامه درمانی حاضر در بافت منحصر به فرد کشور نیوزیلند طراحی شده و معاهده وایتانگی (توافق بین قبایل مائوری بومی و مهاجران اروپایی که در سال ۱۸۴۰ به امضای رؤسای قبایل مائوری و دولت انگلستان رسید) به عنوان بخشی از سند تاریخی این کشور، همواره رهنمودهای ارزشمندی را در اختیار ملت دو فرهنگی نیوزیلند قرار داده است.

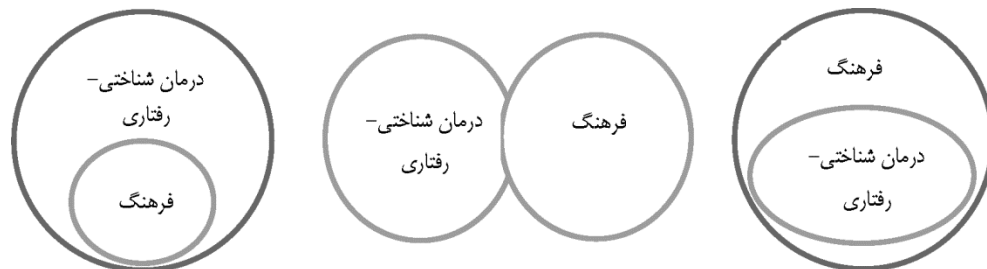
سه اصل کلیدی «همکاری، مشارکت و مراقبت فعال» که در معاهده وایتانگی به چشم می‌خورد، خدمات و سیاست‌های بهداشتی کشور نیوزیلند را به شدت تحت تأثیر قرار داده و بنابراین در برنامه درمانی حاضر نیز گنجانده شده‌اند. «همکاری» به معنای کار کردن با یکدیگر به شیوه‌ای فعال؛ «مشارکت» به معنای درگیر شدن فعال کودک، خانواده و مراقبان در فرآیند درمان و «مراقبت فعال» نیز به معنای پایش جامع برای کسب اطمینان از بهبود و پیشرفت کودک است. همان‌گونه که در ادامه نیز توضیح داده شده است، این اصول به طور کامل مشابه مؤلفه‌های اصلی درمان شناختی-رفتاری هستند.

برنامه TF-CBT الگو و ابزاری را برای همکاری بین درمانگر، کودک، خانواده و سایر افراد مهم فراهم می‌آورد و امکان پذیرش و تغییر را میسر می‌سازد. در فرآیند رابطه درمانی، درمانگر مسئولیت ایجاد رابطه‌ای مشارکتی و مبتنی بر امنیت، احترام، تفاهم و امید را بر عهده دارد که این رابطه در ترکیب با حمایت‌های مراقبان، فرصت و امکان خلق آینده‌ای جدید را در اختیار کودک قرار خواهد داد. به منظور تسهیل در برقراری رابطه درمانی با کودک، درمانگر باید از ارزش‌ها و پیشینه خودش آگاه باشد و با توجه به خواسته‌ها و نیازهای کودک، او را در این فرآیند یاری کند. در واقع، آشنا شدن با کودک و خانواده او و کسب اطلاعات در خصوص پیشینه و ارزش‌های آنها می‌تواند سنگ بنایی برای ادامه فرآیند درمانی باشد.

## ملاحظات فرهنگی

اگر درمانگر و کودک پیشینه‌های فرهنگی متفاوتی داشتند، درمانگر باید به این تفاوت‌ها احترام بگذارد و از مشاوره فرهنگی یا سایر رویکردهای مشاوره استفاده کند. از آنجایی که قومیت و هویت فرهنگی کودک و خانواده او می‌توانند نمود بالینی و پاسخ کودک به درمان را تحت تأثیر قرار دهند، در فرآیند درمان باید به این مؤلفه‌ها نیز توجه داشت؛ برای مثال، چه احساسات، افکار و رفتارهایی به واسطه کارکرد اجتماعی یا فرهنگی‌شان شکل گرفته‌اند؟ آیا کودک و خانواده‌اش تجربه‌ای از تبعید و تبعیض داشته‌اند؟ این تجارب چگونه ابراز نشانه‌ها را تحت تأثیر قرار داده‌اند؟ چه باورهایی (درباره خود، دیگران و جهان) به واسطه تجارب فرهنگی کودک شکل گرفته‌اند؟ آیا کودک و خانواده‌اش مواردی از نژادپرستی، استعمار، مهاجرت یا بی‌عدالتی را تجربه کرده‌اند؟ این تجارب به شدت پیشرفت کودک در درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اگر چه در برنامه درمانی حاضر به طور مستقیم به این عوامل پرداخته

نمی‌شود، اما درمانگر باید در خلال همکاری با کودک و خانواده‌اش، راهبردهای مثبتی را برای مقابله با این موقعیت‌های محیطی نامساعد مشخص کند و به میراث و جهان‌بینی فرهنگی آنها احترام بگذارد. در جلسات درمانی نیز درمانگر باید از چگونگی تأثیر تفاوت‌های فرهنگی و سایر تفاوت‌های فردی بر رابطه درمانی آگاه باشد. برای مثال، گاهی اوقات گروه‌های فرهنگی مختلف باورهای بسیار متفاوتی در خصوص اطاعت از مراجع قدرت دارند؛ بنابراین، درک کودکان و خانواده‌های آنها از اقتدار درمانگر می‌تواند پاسخ به درمان را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این، پیشینه فرهنگی می‌تواند بر آداب و قراردادهای زبان‌شناختی نظیر ریتم گفتار، تماس چشمی و رعایت نوبت در گفتگو نیز تأثیرگذار باشد. از آنجایی که کودکان داستان‌شان را به شیوه‌های متفاوتی بازگو می‌کنند، درمانگر باید با توجه به این تفاوت‌ها، مداخلات درمانی و برقراری ارتباط با کودکان را تعدیل کند. برنامه درمانی حاضر با بهره‌گیری از ابزارهای مختلف طراحی شده است و با توجه به جهان‌بینی خاص کودک و خانواده‌اش اجرا می‌شود. بر این اساس، درمانگر باید نسبت به مسائل فرهنگی حساس باشد و ضمن احترام به جهان‌بینی مراجعان، از راهبردهای شناختی- رفتاری متناسب با این بافت‌ها استفاده کند. مطالعات صورت گرفته در زمینه استفاده از برنامه TF-CBT برای کودکان و خانواده‌های آن در کشور نیوزیلند، بر اهمیت رابطه درمانی مشارکتی و ادغام الگوهای مبتنی بر روان‌شناسی غربی با جهان‌بینی‌های فرهنگی متفاوت تأکید داشته‌اند (فیدر، ۲۰۰۸؛ موروپانگا، فیدر و برکینگ، ۲۰۰۴). در واقع، ما شاهد نوعی گذار در طرز تفکر درمانگران بوده‌ایم که این گذار در الگوی زیر به خوبی نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در ابتدا فرهنگ به عنوان بخشی از رویکرد شناختی- رفتاری در نظر گرفته می‌شد، اما به تدریج، هر یک از این دو عامل ارزش برابری دریافت کردند و در نهایت، درمان شناختی- رفتاری به عنوان ابزاری برای تغییر در درون الگوهای فرهنگی مد نظر قرار گرفت (موروپانگا، ۲۰۰۴).



به طور کلی، پژوهش‌های انجام گرفته و تجارب بالینی درمانگران در استفاده از TF-CBT نشان می‌دهد که اگر چه این درمان نوش‌دارویی برای پرداختن به موضوعات گسترده مرتبط با هویت و رابطه نیست، اما می‌تواند به عنوان ابزاری مفید و در بافت یک رابطه درمانی مشارکتی، بهبود رویداد آسیب‌زا و نشانه‌های مرتبط با سوءاستفاده از کودکان را تسهیل کند.

### رویداد آسیب‌زا و نمودهای مرتبط با سوءاستفاده در کودکان

دامنه رویدادهای آسیب‌زا از یک واقعه منفرد (مانند تصادف یا بلایای طبیعی) تا غفلت و سوءاستفاده‌های مکرر و مزمن، متغیر است و هر یک از این رویدادها نیز منجر به طیف گسترده‌ای از تظاهرات بالینی می‌شوند (فیدر و رونان، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بسیاری از کودکان دارای تجربه سوءاستفاده و خشونت بین فردی، در موقعیت‌های متعدد مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند (فینکلور و همکاران، ۲۰۰۵). صرف‌نظر از ماهیت این رویدادها، برخی از کودکان تاب‌آوری بالایی از خود نشان می‌دهند، در حالی که برخی دیگر از آنها مشکلات شدیدی را تجربه می‌کنند. واکنش کودکان به رویداد آسیب‌زا شامل پاسخ‌های هیجانی، شناختی، رفتاری و احساسات بدنی است و به طور معمول با چهار عنصر ترس‌های مختص به رویداد، خاطرات به شدت تجسمی و مکرر، رفتارهای تکراری و نگرش‌های تغییر یافته نسبت به دیگران، زندگی و آینده مشخص می‌شود (تیر، ۱۹۹۱). علاوه بر این، تیر (۱۹۹۱) بین رویداد آسیب‌زای نوع اول و نوع دوم نیز تمایز قائل می‌شود؛ در واقع، رویداد آسیب‌زای نوع اول ناشی از حوادث منفرد و رویداد آسیب‌زای نوع دوم ناشی از حوادث دیرپا یا تکراری است. یکی از نکات مهم در این برنامه درمانی، ضرورت ارزیابی کودکان با توجه به این تمایزهاست، زیرا تظاهرات بالینی متفاوت نیازمند مداخلات درمانی متفاوتی نیز خواهند بود.

اگر چه طبقه تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) تمام علائم مرتبط با تجارب آسیب‌زای پیچیده‌ای نظیر سوءاستفاده از کودکان را پوشش نمی‌دهد، اما برای درک تجارب آنها و تعیین اهداف درمانی بسیار سودمند است. علائم اصلی PTSD در کودکان و نوجوانان همانند علائم این اختلال در بزرگسالان بوده و شامل تجربه مجدد، اجتناب/ کرختی و افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک است (دیویس و سیگل، ۲۰۰۰). چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) نیز به تأثیرات افتراقی رویداد آسیب‌زا بر کودکان اشاره کرده است. برای مثال، اختلال استرس پس از سانحه در کودکان ممکن است با رفتارهای تحریکی یا آشفته، کابوس‌های شبانه، احساس تهدید برای خود و دیگران (این احساس تهدید مربوط به رویداد آسیب‌زا نیست) و برون‌ریزی‌های مکرر مرتبط با رویداد آسیب‌زا همراه باشد. این در حالی است که اختلال استرس پس از سانحه مزمن در کودکانی که مورد بدرفتاری قرار



گرفته‌اند، با علائمی نظیر درماندگی، احساس گناه، برانگیختگی بیش از حد، اجتناب، اختلال در حافظه و پردازش اطلاعات، اسنادهای منفی مرتبط با سوءاستفاده و راهبرد مقابله‌ای اجتنابی مشخص می‌شود (لینینگ و کرنی، ۲۰۰۴). در پاره‌ای از موارد نیز علائم مشاهده شده در کودکانی که به شدت تحت تأثیر رویداد آسیب‌زا قرار گرفته‌اند، با ملاک‌های تشخیصی PTSD مطابقت ندارد و اختلال آنها با خصیصه‌هایی نظیر در هم گسیختگی عاطفی، علائم تجزیه‌ای و اختلال شخصیت نمود می‌یابد (پری و همکاران، ۱۹۹۵). علاوه بر این، وجود سایر اختلالات روان‌شناختی همایند (برای مثال اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر مشکلات مرتبط) در کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته و دچار ضربه روحی آسیب‌زا شده‌اند، امری بسیار رایج است (لینینگ و کرنی، ۲۰۰۴).

شواهد نشان می‌دهند که تجربه رویدادهای آسیب‌زا پیچیده در دوران کودکی (مانند سوءاستفاده از کودکان) تأثیر عمیقی بر رشد مغز دارند (نمروف، ۲۰۰۴) و منجر به فعال‌سازی مفرط گذرگاه‌های عصبی یا محرومیت از محرک‌های حسی شده که اینها نیز به نوبه خود منجر به تجربه سطوح بالای برانگیختگی یا حالات تجزیه‌ای می‌شوند (پری و همکاران، ۱۹۹۵). علاوه بر این، عوامل بسیاری پاسخ به رویداد آسیب‌زا را تحت تأثیر قرار می‌دهند (مک فارلان و یهودا، ۲۰۰۰). سبب‌شناسی، سیر اختلال استرس پس از سانحه و اثرات مرتبط با رویداد آسیب‌زا در کودکان تابع مرحله تحولی، حالت مزاجی و تجارب پیشین، عملکرد والدین و خانواده، مقابله بعدی و واکنش آنها به مشکلات ثانویه است (پینوس، ۱۹۹۴؛ رونان و جانسون، ۲۰۰۵). در واقع، دید خطی نسبت به اختلال استرس پس از سانحه (یعنی تجربه رویداد آسیب‌زا = بروز اختلال استرس پس از سانحه)، پیچیدگی پاسخ‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا را نادیده می‌گیرد و منجر به فرمول‌بندی سطحی و طراحی برنامه‌های درمانی ناقص می‌شود (فیدر و رونان، ۲۰۰۹). رویکرد شناختی- رفتاری با فرمول‌بندی مداوم و تمرکز بر تجربه منحصر به فرد کودک می‌تواند پیچیدگی ذاتی کار با علائم مرتبط با رویداد آسیب‌زا را مد نظر قرار دهد.

## عناصر اصلی درمان شناختی- رفتاری

عناصر اصلی درمان شناختی- رفتاری در برنامه حاضر عبارت‌اند از:

- مفهوم‌سازی شناختی- رفتاری: درمانگر به طور مداوم مشکلات کودک را بر حسب اصطلاحات شناختی- رفتاری فرمول‌بندی می‌کند (برای مثال، با ارزیابی مداوم افکار، احساسات، رفتارها و راهبردهای مقابله‌ای کودک و مشخص کردن رویدادهای زندگی، تجارب و تعاملاتی که منجر به بروز مشکلات برای کودک یا تداوم آنها شده‌اند).

- **تأکید پدیدارشناختی:** تجارب کودک کانون تمرکز درمان هستند. درمانگر از دریچه دید کودک به دنیا نگاه کرده و با دیدگاه کودک راجع به خودش، دیگران و جهان کار می‌کند.
- **ماهیت مشارکتی رابطه درمانی:** هدف درمانگر ایجاد رابطه‌ای برابر و مشارکتی با کودک است. در این رویکرد تیمی و مشارکتی، کودک به جمع‌آوری اطلاعات خام می‌پردازد (در جلسه درمان و تکالیف خانگی) و با راهنمایی درمانگر آنها را مورد بررسی قرار می‌دهد. اصالت، گرمی و همدلی، مهارت‌های اصلی مورد نیاز درمانگر هستند. علاوه بر این، درمانگر باید توانایی به چالش کشیدن کودک و تقویت تلاش‌های او به شکلی مستقیم، اما در کمال احترام را دارا باشد.
- **مشارکت فعال کودک:** کودک به شکلی فعال در تمامی مراحل درمان مشارکت دارد (برای مثال، در انجام تکالیف خانگی و ارائه موقعیت‌هایی برای بحث در خلال درمان).
- **استفاده از پرسشگری سقراطی و اکتشاف هدایت شده:** درمانگر به جای تفسیر افکار و اعمال کودک، از پرسشگری سقراطی و سؤالات باز پاسخ برای کمک به کودک در کشف اطلاعات جدید استفاده می‌کند. اکتشاف هدایت شده نیز مستلزم گوش دادن همدلانه، خلاصه کردن و جمع‌بندی‌های مکرر و پرسیدن سؤالات ترکیبی و تحلیلی است.
- **صراحت درمانگر:** در خلال جلسات درمانی، درمانگر می‌تواند با جمع‌بندی‌های مکرر صراحت خود را نشان دهد و بازخوردهایی از جانب کودک دریافت کند. صراحت درمانگر نه تنها فرآیند درمان را برای کودک قابل پیش‌بینی می‌کند، بلکه درمانگر را قادر می‌سازد تا نظراتی که در خصوص پیشرفت کودک دارد را با او در میان بگذارد.
- **تأکید بر تجربه‌گرایی:** درمانگر و کودک درباره روش‌های مدیریت علائم و دستیابی به احساسی بهتر فرضیه‌سازی می‌کنند و کودک با ارزیابی این فرضیه‌ها در خلال جلسات درمانی و در خارج از جلسات درمان، میزان پیشرفتش را به صورت هفتگی مورد بررسی قرار می‌دهد.
- **تمرکز بیرونی:** هدف درمان شناختی- رفتاری کمک به کودک در جهت تبدیل شدن به درمانگری مستقل است. این درمان به منظور تسهیل در تعمیم دادن تغییرات جلسات درمانی به موقعیت‌های روزمره‌ای که کودک با آنها مواجه می‌شود، طراحی شده است. بدین منظور، در خارج از جلسات درمانی از تکالیف خانگی استفاده می‌شود که این تکالیف نیز به نوبه خود منجر به دستیابی به پیامدهای بهتر و کاهش عود خواهند شد.
- **اهمیت هیجان‌ها:** درمانگر، کودک را به شناسایی و متمایز کردن احساساتش از یکدیگر تشویق می‌کند. در خلال درمان، کودک یاد می‌گیرد که با درجه‌بندی شدت هیجان‌ها، موقعیت‌های مشکل‌آفرین را تشخیص دهد. هیجان‌ها هدف تمامی مداخلات هستند؛ برای مثال، فنون آرمیدگی به کودک در کم کردن سطح اضطراب کمک می‌کنند؛ مقیاس‌های درجه‌بندی ذهنی نیز اثربخشی

مداخلات را تعیین می‌کنند. علاوه بر این، درمانگر به کودک کمک می‌کند تا از هیجان‌های مثبت و ارتباط بین افکار، رفتارها و موقعیت‌ها آگاه شود.

□ **نقش اصلی مواجهه:** درمانگر به کودک کمک می‌کند تا در یک محیط درمانی امن با ترس‌ها و نگرانی‌هایش مواجه شود و میزان اضطرابش را کاهش دهد. علاوه بر این، کودک با یادگیری و ترکیب مهارت‌های جدیدی نظیر آرمیدگی و تغییر افکار می‌تواند به شکلی متفاوت به نشانه‌ها و مشکلاتش واکنش نشان دهد. کودک با بکارگیری مواجهه تدریجی یاد می‌گیرد که چگونه بدون تجربه پیامدهای فاجعه‌بار با ترس‌هایش روبرو شود و استفاده از رفتارهای اجتنابی در زندگی روزمره را کاهش دهد.

□ **چارچوب بافتی:** الگوی شناختی- رفتاری نه تنها افکار، احساسات و رفتارهای کودک را در ارتباط با موقعیت‌های خاص مد نظر قرار می‌دهد، بلکه به بافت گسترده زندگی کودک نیز توجه می‌کند. علاوه بر این، درمانگر تفاوت‌های جزئی بین پیشایندها و پیامدهای مشکلات کودک و اثرات تعاملی تاریخچه و رشد کودک، روابط خانوادگی، دلبستگی‌ها، بافت اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر ابراز علائم و پاسخ به درمان را نیز مد نظر قرار می‌دهد.

## نگاهی کلی به درمان و منطق آن

برنامه TF-CBT در قالب یک برنامه چهار مرحله‌ای و در ۱۶ جلسه طراحی شده است.

### مرحله اول: تقویت روانی- اجتماعی

مرحله اول شامل سه جلسه است (یعنی جلسات اول تا سوم) که هدف آن آشنا کردن کودک با درمان، برقراری ارتباط، القای امید، تشویق مشارکت فعالانه، بررسی روابط خانوادگی، مشخص کردن حمایت‌های اجتماعی و کسب اطلاعات درباره دنیای کودک و دیدگاه او راجع به خودش است؛ در ابتدا، ضمن بررسی رویداد آسیب‌زا و نشانه‌های فعلی آن، با ارائه آموزش روانی درباره تأثیرات این گونه رویدادها بر کودکان و معرفی یک الگوی مقابله‌ای جدید، واکنش‌های کودک را عادی سازی کنید. علاوه بر این، در اینجا برخی از اهداف درمانی نیز مشخص می‌شوند.

منطق این مرحله، ایجاد بافت و زمینه‌ای برای درمان است. برای مثال، برخی از کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، پیشینه و زمینه اجتماعی بسیار پیچیده‌ای دارند که شناسایی و درک آن هم برای درمانگر و هم برای کودک سودمند خواهد بود. این کار بخش مهمی از برقراری رابطه درمانی است که مبنایی را برای مداخلات بعدی فراهم می‌آورد.

در این مرحله باید مشکلات اولیه را بلافاصله با استفاده از مداخلات رفتاری برطرف کرد (برای

مثال، استفاده از بهداشت خواب برای درمان مشکلات خواب؛ استفاده از برنامه‌ریزی فعالیت‌های مثبت برای مقابله با خلق پایین؛ و استفاده از مهارت‌های آرام‌سازی خود و مداخلات آرمیدگی برای مقابله با اضطراب و آشفتگی‌های هیجانی). چنین تلاش‌هایی به کودک اعتبار بخشیده یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای جامع‌تر را در مرحله بعد پیش‌بینی می‌کنند.

به علاوه، در این مرحله تکالیف خودیاری نیز معرفی می‌شوند تا ضمن کمک به کودک در پیش خودش، پلی بین درمان و زندگی روزمره کودک ایجاد کنند.

### مرحله دوم: مهارت‌های مقابله‌ای (برنامه STAR)

این مرحله شامل پنج جلسه است (یعنی جلسات چهارم تا هشتم). در این مرحله، درمانگر با استفاده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری به کودک می‌آموزد تا به جای تکیه بر رفتارهای اجتنابی، به مقابله مستقیم با اضطراب و علائم مرتبط با رویداد آسیب‌زا بپردازد. در اینجا برای کودک توضیح داده می‌شود که اگر چه راهبردهای مورد استفاده او برای مقابله با خاطره مربوط به رویداد آسیب‌زا به طور کامل قابل درک هستند، اما می‌توانند منجر به تداوم علائم PTSD شوند (منطق درمان). مهارت‌های مقابله‌ای جدید به کودک در شناسایی اضطراب و اتخاذ راهبردهایی برای دستیابی به احساس بهتر کمک خواهند کرد. این مهارت‌های مقابله‌ای در قالب برنامه‌ای چهار مرحله‌ای (یعنی «برنامه STAR») و با هدف مدیریت نشانه‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا طراحی شده‌اند. برای کمک به کودک در به خاطر سپردن این برنامه مقابله‌ای، از واژه مخفف «STAR» و نماد آن (یعنی ستاره) استفاده شده است:



احساسات ترسناک

فکر کردن به چیزهای بد

فعالیت‌های مؤثر

ارزیابی و پاداش‌ها

در گام اول، چگونگی بازشناسی و مدیریت احساسات و واکنش‌های بدنی (که شامل احساسات و واکنش‌های بدنی مرتبط با اضطراب و رویداد آسیب‌زا نیز هست) به کودک آموزش داده می‌شود. در

۱. واژه STAR مخفف واژه‌های Scary feelings (احساسات ترسناک)، Thinking bad things (فکر کردن به چیزهای بد)، Activities that can help (فعالیت‌های مؤثر) و Rating and rewards (ارزیابی و پاداش‌ها) است (م).

گام دوم، درمانگر به کودک کمک می‌کند تا در هنگام تجربه اضطراب، افکار و به ویژه خودگویی‌هایش را شناسایی کند. در گام سوم، تغییر خودگویی‌های ناکارآمد و تبدیل آنها به خودگویی‌های مفید و ایجاد طرح‌هایی برای مقابله مؤثرتر با موقعیت‌های ناراحت‌کننده به کودک آموزش داده می‌شود. در گام چهارم نیز کودک ارزیابی و پاداش دادن به خود (حتی برای موفقیت‌های جزئی) را می‌آموزد که این پاداش‌ها نیز به نوبه خود کودک را به تداوم استفاده از مهارت‌های جدید ترغیب کرده و احساسی بهتری در او ایجاد می‌کنند.

درمانگر نحوه استفاده از این مفاهیم و مهارت‌ها را به ترتیب از موقعیت‌های کلی و کمتر استرس‌زا تا موقعیت‌های جزئی و استرس‌زا به کودک آموزش می‌دهد. علاوه بر این، درمانگر به عنوان یک الگوی مقابله‌ای عمل کرده و ضمن آموزش مهارت‌های مقابله‌ای جدید، آنها را به همراه کودک تمرین می‌کند. در ادامه از کودک خواسته می‌شود تا با ایفای نقش، این مهارت‌ها را در موقعیت‌های تصویری به کار گیرد. در نهایت، درمانگر کودک را تشویق می‌کند تا این مفاهیم و مهارت‌ها را در موقعیت‌های روزمره و برای حل مشکلاتش مورد استفاده قرار دهد.

استفاده از تکالیف پایش خود در خارج از جلسات درمان (تکالیف خودیاری) به کودک امکان می‌دهد تا این مهارت‌های جدید را در محیط واقعی مورد استفاده قرار دهد و آنها را تمرین کند.

### مرحله سوم: پردازش رویداد آسیب‌زا (مواجهه تدریجی)

برخی از جلسات درمانی در خصوص تداوم نشانه‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا بر اساس الگوی شناختی- رفتاری هستند. کودک باید تمام تداعی‌های موجود بین اضطراب و ترس و موقعیت‌ها و افکار زیربنای این احساسات را پردازش کند. بدین منظور، کودک به تدریج با موقعیت‌های اضطراب‌زا مواجه می‌شود تا سطح اضطرابش کاهش یابد (خوگیری). در خلال مواجهه، کودک از مهارت‌های مقابله‌ای نیز برای مدیریت نشانه‌هایش استفاده می‌کند. زمانی که به اندازه کافی خوگیری صورت گرفت، به تدریج تداعی‌های جدید جایگزین تداعی‌های قبلی می‌شوند؛ به عبارت دیگر، بین پاسخ‌های آرمیدگی و موقعیت‌ها یا افکار ناراحت‌کننده قبلی ارتباط برقرار می‌شود. استفاده از مواجهه تدریجی در محیط درمانی ایمن به کودک نشان خواهد داد که بدون بهره‌گیری از راهبردهای اجتنابی هم می‌تواند سطح اضطرابش را کاهش دهد. علاوه بر این، تکنیک‌های مواجهه‌ای امکان تغییر شناختی را نیز فراهم می‌کند (یول، اسمیت و پرین، ۲۰۰۵)؛ به عبارت دیگر، وقتی کودک متوجه می‌شود که مواجهه با موقعیت‌ها یا افکار ترسناک منجر به تهدید یا اضطراب مداوم نمی‌شود، باورهای تداوم‌بخش اضطراب او نیز تغییر می‌کنند.

درمانگر به کودک کمک می‌کند تا خاطرات و هیجان‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا را بار دیگر

تجربه کند و به جای بزرگ‌نمایی اضطراب، بر آن مسلط شود. هنگام استفاده از فنون مواجهه تصویری از کودک خواسته می‌شود تا تجارب مبتنی بر رویداد آسیب‌زا را در اتاق درمان تصور کرده و آنها را یک به یک بازگو کند. در مواجهه تدریجی، کودک ابتدا از خاطراتی که سطح آسیب‌زایی کمتری دارند شروع کرده و به تدریج خاطرات به شدت آسیب‌زا را بازگو می‌کند. در این برنامه، از ابزارهای مختلفی نظیر خاک‌بازی، گِل بازی، نقاشی و عروسک برای مواجهه تصویری استفاده می‌شود که کودک خودش یکی از این ابزارها را انتخاب می‌کند. گاهی اوقات برای جلوگیری از تجربه اضطراب شدید توسط کودک و القای حس کنترل به او جلسات مواجهه به کندی پیش می‌رود. با این حال، برای دستیابی به موفقیت درمانی کودک باید دشوارترین جنبه‌های تجارب آسیب‌زا را نیز مورد پردازش قرار دهد.

برنامه STAR برای مدیریت نشانه‌هایی که کودک در خلال مواجهه تجربه می‌کند، طراحی شده است. در این برنامه، کودک با استفاده از مقیاس واحدهای ذهنی پریشانی (SUDS) میزان اضطرابش را درجه‌بندی می‌کند. درمانگر نیز با توجه به نمرات SUDS و به منظور به حداکثر رساندن تأثیر مواجهه و کاستن از تجربه نشانه‌های شدید، مداخلات را تعدیل کرده و امکان خوگیری مناسب را برای کودک فراهم می‌آورد. در پایان هر جلسه کودک با تمرین مهارت‌های آرمیدگی، استفاده از بازگویی روان‌شناختی و شرکت در فعالیت‌های سرگرم‌کننده، با آرامش جلسه درمان را ترک می‌کند.

مواجهه در محیط واقعی، به مواجهه با نشانه‌ها یا یادیارهای رویداد آسیب‌زا در محیط زندگی واقعی اشاره دارد. این نوع از مواجهه اغلب با کمک والدین/مراقبان و با استفاده از فنون آموخته شده و فعالیت‌های خارج از جلسات درمان انجام می‌شود.

### مرحله چهارم: مسائل خاص و پایان درمان

کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته و دچار ضربه روحی آسیب‌زا شده‌اند، مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند. اگر چه در برنامه درمانی حاضر به بخش اعظمی از این مشکلات پرداخته می‌شود، اما در این مرحله درمانگر می‌تواند به طور خاص بر روی مشکلات باقی‌مانده کار کند. این مشکلات می‌توانند شامل خشم، احساس گناه، شرم، انزوا، سوگ و فقدان، عزت نفس پایین و فقدان مهارت‌های اجتماعی باشند. در برنامه STAR درمانگر به کودک کمک می‌کند تا افکار و احساسات مرتبط با این مشکلات را شناسایی کرده و از راهبردهایی برای مقابله با این پاسخ‌ها استفاده کند. در این مرحله درمانگر می‌تواند برنامه‌های درمانی دیگری نظیر برنامه مدیریت خشم و آموزش مهارت‌های اجتماعی را نیز با این برنامه ترکیب کند.

اتمام درمان فرآیند مهمی است که باید به دقت انجام گیرد و در خلال آن به پیشگیری از عود نیز توجه شود. تحمل این فرآیند برای برخی از کودکان بسیار دشوار است و به همین دلیل آنها در

هفته‌های پایانی درمان مشکلات جدیدی را مطرح می‌کنند یا متحمل پسررفت‌هایی می‌شوند. در این مرحله درمانگر باید در خصوص پایان درمان با کودکان صحبت کرده و به پیشرفت‌های آنها اشاره کند. علاوه بر این، درمانگر باید از کودکان حمایت کرده و دربارهٔ موقعیت‌های دشوار احتمالی در آینده و چگونگی مقابله با این موقعیت‌ها نیز با آنها صحبت کند. به علاوه، درمانگر باید کودک را به شناسایی حمایت‌های اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و نقاط قوتش ترغیب کند. در جلسهٔ پایانی نیز درمانگر جایزهٔ نهایی و گواهی اتمام دورهٔ درمان را به کودک اعطا می‌کند و از او می‌خواهد تا پیشرفت‌های درمانی‌اش را در یک کتابچه ثبت کند و آن را نزد خود نگه دارد.

درمانگر باید در خصوص چگونگی حمایت از کودک نیز با والدین/ مراقبان صحبت کند و یک تماس تلفنی یا حتی در صورت لزوم، یک جلسهٔ پیگیری برای آنها در آینده ترتیب دهد.

### استفاده از برنامهٔ درمان شناختی- رفتاری و محدودیت‌های آن

برای استفاده از این راهنما درمانگران باید آموزش‌های لازم در زمینهٔ درمان شناختی- رفتاری و کار با کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (ناشی از سوءاستفاده) را دریافت کرده باشند.

رویکرد TF-CBT در این کتاب به صورت گام به گام توصیف می‌شود. این برنامه در قالب جلسات تقریباً یک ساعته طراحی شده است؛ اما از آنجایی که گاهی اوقات پردازش رویداد آسیب‌زا به کندی انجام می‌گیرد، جلسات مواجهه (مرحلهٔ سوم) ممکن است تا دو ساعت هم ادامه داشته باشند. ساختار جلسات در تمام طول درمان ثابت است؛ هر جلسه با بیان هدف کلی آغاز شده و در ادامه به اهداف خاص و مواد مورد نیاز برای آن جلسه اشاره می‌شود. به طور کلی، جلسات درمانی با مرور جلسهٔ قبل و تکالیف خانگی و تعیین دستور جلسه آغاز می‌شوند؛ در ادامه، کودک در فعالیت‌های مربوط به هر یک از جلسات شرکت کرده و با مشخص شدن تکالیف خانگی و انجام یک فعالیت لذت‌بخش، جلسهٔ درمان را ترک می‌کند.

رویکرد گام به گام حاضر به عنوان الگویی برای بکارگیری راهبردهای درمانی طراحی شده است. بنابراین، درمانگران باید در استفاده از این برنامه منعطف بوده و نیازها و نگرانی‌های خاص هر یک از کودکان را مد نظر داشته باشند. حرکت تدریجی و انتخاب عناصر درمانی مستلزم مهارت و تجربهٔ درمانگر در کار با کودکان است. بر این اساس، درمانگران می‌توانند مطابق با نیازهای تحولی کودکان از فعالیت‌های مختلفی در جلسات درمان استفاده کرده و مراحل درمان را تعدیل کنند؛ برای مثال، آموزش مهارت‌های «آرام‌سازی خود» به برخی از کودکان در ابتدای درمان کاملاً ضروری است؛ برخی از کودکان متعلق به فرهنگ‌های جمع‌گرا نیز ممکن است در جلسهٔ اول به تکالیف خانواده محور (در مقایسه با تکالیف فرد محور) واکنش بهتری نشان دهند؛ بعضی از کودکان نیز برای پردازش رویداد

آسیب‌زا به جلسات بیشتری نیاز دارند. بنابراین، اگر چه برنامه حاضر برای بسیاری از کودکان مناسب است، اما درمانگر باید بر اساس نیازهای کودک، فعالیت‌های مربوط به هر جلسه و مراحل مختلف درمان را طراحی کند.

در حال حاضر شواهد تجربی در خصوص مدت زمان بهینه درمان برای کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه وجود ندارد. اکثر مداخلات شناختی-رفتاری طراحی شده برای کودکان بین ۸ تا ۱۶ جلسه بوده‌اند. اما، کودکان دارای تجربه سوءاستفاده‌های طولانی مدت و مبتلا به PTSD مزمن با ویژگی‌های تجربه‌ای ممکن است به مداخلات طولانی‌تری نیاز داشته باشند. از آنجایی که PTSD کودکان می‌تواند یک وضعیت مزمن پیشرونده یا حتی پسرونده باشد، درمانگر باید با تکیه بر قضاوت مبتنی بر بهبود بالینی و انتظارات تحولی مناسب، در خصوص تعداد جلسات درمانی لازم و زمان تشکیل این جلسات تصمیم‌گیری کند (کوهن و همکاران، ۲۰۰۰).

به خاطر داشته باشید که درمان شناختی-رفتاری یک نوش‌دارو نیست. بنابراین، برخی از کودکان به این رویکرد نیمه ساختار یافته یا عناصر شناختی آن به خوبی پاسخ نمی‌دهند. از سوی دیگر ممکن است رشد شناختی یا هیجانی بعضی از کودکان ۱۵-۹ ساله برای انجام تمام اجزای این درمان کافی نباشد. در این موارد می‌توان برای فراهم کردن تجارب جایگزین و ایجاد کارکردی متناسب با سن کودک از یک مداخله درمانی اولیه نظیر رویکرد عصبی-تحولی (پری، ۲۰۰۶) یا بازی درمانی (برای مثال کادسون، ۲۰۰۶) استفاده کرد.

همانند سایر درمان‌ها، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری نیز در گرو فراهم آوردن محیطی ایمن برای کودکان قرار دارد. در مواردی که امنیت کودک در معرض خطر قرار می‌گیرد، حفظ دستاوردهای درمانی بسیار دشوار خواهد بود. در پاره‌ای از موارد نیز مشکلاتی در خصوص سرپرستی کودک وجود دارد. در این حالت، رفع مشکلات مرتبط با مراقبت و حمایت از کودکان در اولویت قرار دارد. اگر درمانگر در خلال درمان با این مشکلات مواجه شد، می‌تواند به عنوان بخشی از فرآیند درمان به این مسائل نیز بپردازد. جلسات والدین/مراقبان فرصت بسیار خوبی برای حل موانع پیش روی پیشرفت کودک هستند. پس از حل این مشکلات می‌توان بر فرآیند بهبود کودک در جلسات فردی متمرکز شد. در نهایت باید به این نکته توجه داشت که به واسطه رشد مداوم کودکان، حل سریع تمام مشکلات آنها تقریباً غیرممکن است. بنابراین، وقتی کودکان وارد مرحله تحولی جدیدی شده یا با موقعیت‌های تازه مواجه می‌شوند، برخی از آنها به توان درمانی بیشتری نیاز دارند.

## تمرکز درمانگر

به طور کلی، اثربخشی برنامه درمانی حاضر مستلزم تمرکز درمانگر بر سه حوزه کاملاً مشخص است:



۱. برقراری رابطه درمانی، القای حس امید و ترغیب مشارکت کودک و والدین
۲. کاهش نشانه‌ها و تقویت راهبردهای مقابله‌ای
۳. درمان علل زیربنایی مشکلات موجود

این برنامه درمانی چهار مرحله‌ای برای کمک به درمانگر در این حوزه‌ها طراحی شده است؛ در مرحله اول چارچوبی برای تعهد درمانی ایجاد می‌شود؛ در مرحله دوم نیز فعالیت‌هایی برای کاهش علائم و تقویت راهبردهای مقابله‌ای انجام می‌گیرد؛ در مراحل سوم و چهارم نیز راهکارهایی برای درمان علل زیربنایی مشکلات پیشنهاد می‌شود. اگر چه تأکید بر این حوزه‌ها به ترتیب انجام می‌گیرد، اما درمانگر باید در تمام طول درمان به این حوزه‌ها توجه داشته باشد.

تمرکز بر این حوزه‌ها در کنار فرمول‌بندی مشکلات کودک از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. در رویکردهای گام به گام، درمانگر با تمرکز بر اینچا و اکنون فرصت‌های بسیاری را برای تفکیک و ارزیابی پاسخ‌های کودک به موقعیت‌ها در اختیار خواهد داشت. در این حالت، درمانگر و کودک می‌توانند به شیوه‌ای مشارکتی پیشرفت‌های درمانی را مورد ارزیابی قرار دهند. در برخی از موارد، احساس کنترل کودکان بر علائمشان می‌تواند به منزله اتمام درمان باشد.

در مواردی که کودکان مشکلات پیچیده‌ای در ارتباط با رویداد آسیب‌زا دارند، ایجاد تغییر در کانون تمرکز درمان و تکنیک‌ها ضروری است. درمانگر می‌تواند در قالب یک رابطه درمانی ایمن و با بهره‌گیری از مهارت‌های مقابله‌ای بر علل زیربنایی مشکلات تمرکز کند (برای مثال، معانی ناکارآمدی که کودک به رویدادهای گذشته نسبت می‌دهد و پاسخ‌هایی نظیر رجوع به گذشته یا کابوس‌های شبانه). فعالیت‌های درمانی مرحله سوم با هدف کمک به کودک برای مواجهه با خاطرات آسیب‌زا و پاسخ‌های مربوطه و پردازش هیجانی تجارب آسیب‌زا طراحی شده‌اند. به این صورت کودک می‌تواند رویدادهای آسیب‌زا را به گذشته بسپارد و به دنبال دیدگاهی جدید و معطوف به حال و آینده باشد.

فعالیت‌های مرحله چهارم نیز با هدف تصریح معانی مرتبط با رویداد آسیب‌زا (یعنی افکار، مفروضه‌ها و باورها) طراحی شده‌اند. این فعالیت‌ها به کودک کمک خواهند کرد تا نقطه نظرات مبتنی بر واقعیت را از تفسیرهای نادرست (برای مثال، «من آدم بدی هستم، چون از خواهرم مراقبت نکردم») متمایز کند. درمانگر می‌تواند با استفاده از این فعالیت‌ها به کودک در چالش با نقطه نظرات قدیمی و ناکارآمد و ایجاد دیدگاه‌های جایگزین و سودمند کمک کند. تصریح تفسیرهای نادرست و چالش با آنها یکی از نقاط عطف درمان کودکان است. برای مثال، کودکی که با مشکل اضطراب شدید و گوش به زنگی مفرط برای درمان مراجعه کرده بود، اعتقاد داشت که برای تأمین امنیت مادرش باید همیشه در کنار او باشد. برای حل این مشکل جلسه‌ای ترتیب داده شد و در آن مادر این کودک به فرزندش اطمینان داد که برای حفظ ایمنی‌اش نیازی به او ندارد و بهتر است او بدون هیچ‌گونه نگرانی از کودکی‌اش لذت

ببرد. اما برخی از نگرانی‌های کودکان صحیح هستند و باید با مداخلات مناسب در جهت درمان آنها اقدام کرد (برای مثال، جدایی، فقدان، سوگ). درمانگر می‌تواند از مداخلات رفتاری نظیر مدیریت خشم و آموزش مهارت‌های اجتماعی نیز برای افزایش و تحکیم پاسخ‌های جدید استفاده کند. با این حال، گاهی اوقات پاسخ‌های ناکارآمد قدیمی بار دیگر در موقعیت‌های استرس‌زا پدیدار می‌شوند؛ به همین دلیل، پیشگیری از عود و برنامه‌ریزی جلسات پیگیری از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

همان‌طور که پیش‌تر هم اشاره شد، هدف نهایی رویکرد TF-CBT تبدیل کردن کودکان به «درمانگر خودشان» است تا آنها بتواند افکار، رفتارها، هیجان‌ها و پاسخ‌هایشان به موقعیت‌ها را به شیوه‌ای مؤثر مدیریت کند. هدف دیگر این رویکرد، کمک به کودکان و خانواده‌ی آنها برای کنار گذاشتن معانی ناکارآمد و پاسخ‌های مرتبط با رویدادهای گذشته و ایجاد پاسخ‌ها جدید و سودمندتر در خصوص حال و آینده است. تنها درمانگری به این اهداف دست خواهد یافت که با حفظ تمرکز بر حوزه‌های سه‌گانه، از فرمول‌بندی موردی برای تصمیم‌گیری و ارائه مناسب عناصر درمانی استفاده کند.

## ارزیابی

ارزیابی کامل کودک و محیط زندگی او پیش از شروع درمان ضروری است. تنها در این صورت می‌توان مطمئن شد که برنامه حاضر مناسب‌ترین رویکرد درمانی برای کودک است و تمام عناصر آن در جهت افزایش احتمال موفقیت طراحی شده‌اند.

این ارزیابی باید جامع، چندوجهی و دارای چندین منبع اطلاعاتی باشد تا امکان درک صحیح مشکلات کودک و شناسایی عوامل زمینه‌ساز، آشکارساز و تداوم‌بخش را برای درمانگر فراهم آورد (آکادمی روان‌پزشکی کودک و نوجوان آمریکا، ۱۹۹۸؛ مایرز و همکاران، ۲۰۰۲؛ پیرس و پیرس، ۱۹۹۴). اگر برای احراز ملاک‌های تشخیصی و نشانه‌های همبود به غربالگری نیاز داشتید، می‌توانید از مصاحبه‌های ساختار یافته‌ای نظیر برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی برای کودکان (سیلورمن، ۱۹۸۷) استفاده کنید. مصاحبه‌های بالینی باید حداقل با حضور کودک، والدین/مراقبان و سایر افراد مهم انجام شوند. در مسیر ارزیابی، گزارش‌های والدین و معلمان نیز بسیار حائز اهمیت هستند (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۷). فهرست نشانه‌های مرتبط با سوءاستفاده در کودکان (بریر، ۱۹۹۶)، شاخص واکنش اختلال استرس پس از سانحه کودکان (فردریک، پینوس و نادر، ۱۹۹۲) و شاخص اختلال استرس پس از سانحه UCLA (پینوس و همکاران، ۱۹۹۸) برخی از مهم‌ترین مقیاس‌های خودگزارشی برای کودکان دارای تجربه رویدادهای آسیب‌زا هستند. به خاطر داشته باشید که در فرآیند ارزیابی نه تنها مواجهه با رویداد آسیب‌زا و پیامدهای آن، بلکه تاب‌آوری و عوامل حمایتی را نیز باید مورد بررسی قرار داد.

به علاوه، درمانگر باید والدین/مراقبان را نیز مورد ارزیابی قرار دهد و مشکلات آنها را غربالگری کند؛ این مشکلات می‌توانند شامل تجربه سوءاستفاده یا سایر رویدادهای آسیب‌زای در دوران کودکی، سوءمصرف مواد، مشکل در روابط بین فردی و صلاحیت در ایفای نقش‌های والدینی یا سبک دلبستگی باشند که مانع بهبودی کودک هستند.

پیش از شروع درمان باید از امنیت کودک و دسترسی او به شبکه‌های حمایتی نیز اطمینان حاصل کرد. به طور خاص، حداقل یکی از مراقبان باید در جلسات والدین/مراقبان شرکت داشته باشند و کودک را در مسیر درمان همراهی کنند.

در پایان به درمانگران توصیه می‌شود تا با اتخاذ رویکرد دانشمند-متخصص و استفاده از مقیاس‌های مناسب، به طور مداوم پیامدها و میزان پیشرفت کودک در درمان را مورد ارزیابی قرار دهند. علاوه بر این، ساختار گام به گام برنامه درمانی حاضر نیز امکان استفاده از آن به عنوان مبنایی برای پژوهش‌های بالینی را فراهم می‌آورد. برای پایش پاسخ‌های فردی و بررسی مداوم پیشرفت درمانی می‌توانید از SUDS یا سایر ابزارهای درجه‌بندی نیز استفاده کنید. این ابزارها با قابلیت اجرای آسانشان نه تنها معیاری برای موفقیت درمانی بوده، بلکه نمایانگر دقت درمان نیز هستند. در مجموع، هنگام اجرای درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر رویداد آسیب‌زا نکات زیر را مد نظر داشته باشید:

۱. امنیت کودک
۲. نیازهای والدین/مراقبان و دسترسی به آنها برای حمایت از کودک
۳. سطح رشدی کودک و نیاز او به تجارب جایگزین
۴. حمایت‌های اجتماعی و روابط دلبستگی کودک
۵. ملاحظات فرهنگی
۶. مشکلات مطرح شده و اولویت‌های درمانی
۷. تعدیل درمان بر اساس نیازها و نگرانی‌های خاص کودک
۸. فرمول‌بندی مداوم و تمرکز بر حوزه‌های سه‌گانه
۹. حرکت آهسته و منظم، زمان‌بندی صحیح و انتخاب مناسب اجزای درمانی
۱۰. ارزیابی مستمر و بررسی پیامدهای درمان



مرحله اول:

## تقویت روانی – اجتماعی



# مرحله اول

## آشنایی والدین / مراقبان با فرآیند درمان

---

پس از اتمام فرآیند ارزیابی و پیش از شروع درمان، والدین باید به طور مختصر با برنامه TF-CBT آشنا شوند. بسته به قضاوت بالینی درمانگر، این آشنایی مقدماتی والدین / مراقبان با فرآیند درمان می‌تواند با حضور کودکان یا بدون حضور آنها انجام گیرد.

### هدف

در این جلسه اطلاعاتی در خصوص فرآیند درمان به والدین / مراقبان داده می‌شود؛ علاوه بر این، درمانگر آنها را به مشارکت در درمان و حمایت از کودک تشویق می‌کند و فرصتی برای بحث در خصوص سؤالات، نگرانی‌ها و مشکلات آنها در اختیارشان قرار می‌گیرد.

### ساختار جلسه

#### ۱. ارائه اطلاعات در خصوص درمان

در اینجا درمانگر اطلاعاتی در خصوص اهداف کلی درمان، مراحل مداخله، تعداد جلسات و فرآیند ارزیابی (سنجش مداوم پیشرفت کودک و سنجش‌های پس از درمان) در اختیار والدین / مراقبان قرار می‌دهد. علاوه بر این، درمانگران می‌توانند دربارهٔ پژوهش‌هایی که نشان‌دهنده اهمیت مشارکت مراقبان در درمان و اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه کودکان هستند نیز صحبت کنند (بارت، دادس و رابی، ۱۹۹۶). بخشی از این جلسه نیز به القای حس امید و انتظار موفقیت و تشویق والدین / مراقبان به مشارکت در درمان اختصاص می‌یابد.

#### ۲. تشویق والدین / مراقبان به مشارکت در درمان

درمانگر به چگونگی مشارکت والدین / مراقبان در فرآیند درمان و به طور خاص نقش آنها در کمک به کودک برای انجام تکالیف خودیاری اشاره می‌کند. در ادامه نیز در خصوص نقش والدین / مراقبان در یادگیری کودک، تحکیم و تعمیم مهارت‌ها، تشویق کردن، الگودهی و تقویت استفاده از این مهارت‌ها بحث می‌شود.

### ۳. بحث در خصوص سؤالات والدین/ مراقبان و مسائل کودک و خانواده

درمانگر کلیه موانع درمانی و سؤالات یا نگرانی‌های والدین/ مراقبان دربارهٔ درمان را مورد توجه قرار می‌دهد. در ادامه نیز درمانگر از آنها می‌خواهد تا تغییرات قابل توجهی که به تدریج در رفتار و وضعیت سلامتی فرزندشان مشاهده می‌کنند را با او در میان بگذارند.

اگر کودک تنها با یکی از والدین زندگی می‌کند و در عین حال به والد دیگر (والد غیرسرپرست) نیز دسترسی دارد، مشارکت این والد در درمان می‌تواند بسیار سودمند باشد. البته در این مورد باید قبل از هر چیز امنیت کودک را مد نظر قرار داد. در مواردی که والدین مرتکب سوءاستفاده از کودک شده‌اند باید بسیار مراقب بود و اطمینان حاصل کرد که حضور آنها در درمان، امنیت و سلامت کودک را به خطر نمی‌اندازد. در برخی از موارد، مسائل مرتبط با والدین یا سایر اعضای خانواده مانع بهره‌مندی مؤثر کودک از درمان می‌شوند. اگر چه در برنامهٔ TF-CBT امکان حل مسائل خانوادگی وجود ندارد، اما گاهی اوقات برگزاری جلسات با والد (یا والدین) غیرسرپرست و دیگر اعضای خانواده کمک قابل توجهی به پیشرفت کودک در درمان می‌کند. برای مثال گاهی اوقات کودک خواستار زندگی مجدد با والد (والدین) خود است و تا زمان حل این مسئله، علائم رویداد آسیب‌زای مرتبط با جدایی را نشان می‌دهد؛ در این مورد، والد (والدین) غیرسرپرست می‌تواند برای کودک توضیح دهد که در حال حاضر قادر به مراقبت از او نیست، اما همیشه او را دوست خواهد داشت و به طور منظم به دیدن او خواهد آمد. با انجام این کار کودک می‌تواند بر مسائل شخصی خودش در درمان متمرکز شود و در صورت لزوم والدین نیز برای حل مشکلاتشان به درمان ارجاع داده شوند.



## مرحله اول

# جلسه ۱: حضور کودک در درمان و آشنایی او با فرآیند درمانی

---

### هدف

هدف اصلی این جلسه برقراری رابطه درمانی، آشنایی با فرآیند درمان و القای حس امید به کودک است. علاوه بر این، جمع‌آوری اطلاعات بیشتر و هدف‌گذاری نیز در این جلسه انجام می‌شود.

### اهداف

- برقراری رابطه درمانی و القای حس امید
- آشنایی با فرآیند درمان و تشویق کودک به مشارکت فعال در درمان
- معرفی کتاب کار کودک
- جمع‌آوری اطلاعات بیشتر
- تعیین اهداف درمانی
- معرفی تکلیف خودیاری (تکالیفی که کودک آنها را در خارج از جلسه درمان انجام می‌دهد)

### مواد مورد نیاز

- دفترچه‌های سفید بزرگ (حداقل در سایز A4) که به عنوان کتاب کار از آن استفاده می‌شود و کودک کاربرگ‌های این برنامه را در آن می‌چسباند.
- وسایل نقاشی: کاغذ رسم، مداد شمعی، ماژیک، آبرنگ و مداد رنگی
- وسایلی برای بریدن و ترکیب تصاویر: قیچی، چسب، براق‌کننده و تصاویر جدا شده از مجلات
- مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و بازی‌های متناسب با سن کودک
- کاربرگ شماره یک: «درباره من»
- کاربرگ شماره دو: «کمک‌هایی که من نیاز دارم»
- کاربرگ شماره سه: «حساب من»
- کاربرگ شماره چهار: «جدول پاداش‌ها»