

درمان شناختی رفتاری والدمدار

برای اضطراب کودک

همراهی با والدین جهت کمک به کودکان شان

مؤلف

کتی کرسول

مونیکا پارکینسون

کرسستین تیرلوال

لوسی ویلتس

ترجمه

سپیده نوربخش زاد

آیدا انصاری



فهرست

۷	سپاسگزاری
۹	پیشگفتار
۱۳	فصل ۱: مقدمه
۲۶	فصل ۲: انجام سنجش جامع و تعیین اهداف درمان
۵۲	فصل ۳: آموزش روانی و فردی سازی مدل درمانی
۷۸	فصل ۴: افزایش استقلال در زندگی روزمره
۹۳	فصل ۵: کمک به والدین برای افزایش تفکر انعطاف پذیر و نگرش «امتحان کردن»
۱۱۱	فصل ۶: کمک به والدین جهت حمایت از فرزندان خود در مواجهه با ترس هایشان
۱۳۱	فصل ۷: کمک به والدین جهت پرورش حل مسئله مستقل
۱۴۹	فصل ۸: حفظ فرایند
۱۵۶	فصل ۹: پرداختن به مشکل خواب
۱۷۰	فصل ۱۰: پرداختن به امتناع از مدرسه
۱۸۵	فصل ۱۱: درمان اضطراب کودک در بافت های چالش برانگیز
۱۹۷	منابع
۲۰۵	واژه نامه انگلیسی به فارسی
۲۰۶	واژه نامه فارسی به انگلیسی
۲۰۷	درباره نویسندگان

پیشگفتار

ما خوش شانس هستیم که با بیش از ۱۵۰ کارآزمایی کنترل شده تصادفی برای آزمایش درمان‌های مربوط به کودکان دچار مشکلات اضطرابی که در اوایل ۲۰۱۹ منتشر شده، منابع پژوهشی گسترده‌ای در ارتباط با درمان کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی را در اختیار داریم. تقریباً در دو سوم این مطالعات، یک درمان شناختی-رفتاری یا مواجهه‌ای کودک‌مدار به منزله درمانی کلیدی به کار گرفته شد. شاید تصور شود که درمان‌های کودک‌مدار شکل غالب درمان در این حوزه هستند و مراقبان چندان در فرایند درمان شرکت داده نمی‌شوند. هرچند این امر ممکن است با در نظر گرفتن اینکه چگونه این درمان‌ها توصیف می‌شوند درست به نظر برسد اما در حقیقت به طریقی اظهارنظری همراه کننده است. همچنین آنها دقیقاً روش‌های مهمی هستند تا کتابی که در دستان شماست بسیار مفید و به موقع بسازد. والدین و مراقبان همیشه در درمان مشارکت دارند، اما این موضوع، تا زمان انتشار این کتاب به ندرت بیان شده است.

در واقعیت، درمان کودک جدا از والدین یا مراقبان رخ نمی‌دهد، حتی زمانی که متخصصان عمدتاً با کودک کار می‌کنند. مراقبان از همان تماس تلفنی برای تعیین وقت وارد درمان می‌شوند و تقریباً همیشه نیرویی پشت جست‌وجو برای درمان دارند. به علاوه، آنها اطلاعات سنجش مهمی فراهم می‌کنند که به مفهوم‌پردازی درمان‌جو کمک می‌کنند. آنها کودک را به جلسات می‌آورند و در تکالیف خانگی به او کمک می‌کنند. آنها گزارش‌دهندگان اصلی در مورد روند درمان هستند. همچنین در بسیاری از موارد آنها سهم مهمی در تغییری دارند که طی درمان رخ می‌دهد. با این حال، در بسیاری از درمان‌های کودک‌مدار برای اضطراب رهنمودهای مربوط به چگونگی مشارکت دادن مراقبان در درمان و کار با آنها کافی و روشن نیست.

اکنون نگاهی بیندازیم به این راهنمای بالینی مختصر و مفید در مورد چگونگی وارد کردن والدین در درمان که به قلم نویسندگان انگلیسی کتی کرسول، مونیکا پارکینسون، کریستین تیرلوال و لوسی ویلتس نوشته شده است. این نویسندگان به درمان‌های ضروری‌ای می‌پردازند که مراقبان را به‌طور مستقیم در فرایند درمان مشارکت می‌دهند. خوشبختانه، برنامه آنها برای خوانندگان نه تنها مشخص می‌کند که چگونه مراقبان مشارکت می‌کنند، بلکه مراقبان را بیشتر از همه و در مرکز توجه قرار می‌دهد. بدین ترتیب، آنها در رأس مدل بالینی کنونی قرار می‌گیرند و این نویسندگان منبعی به وجود

آورده‌اند که شما را در مراحل مختلف هدایت می‌کند تا مطمئن شوید که والدین به روشی در درمان مشارکت می‌کنند که اگر بهبودی کامل حاصل نشود موجب کاهش علائم می‌شود.

چند عامل وجود دارند که این کتاب را خاص و ویژه می‌سازند. نخست، این کتاب بسیار کاربردی است. نمونه‌های خاص بی‌شماری وجود دارند که نشان می‌دهند چگونه با موقعیت‌های دشواری مواجه شویم، موقعیت‌هایی همچون تشویق مراقبان برای به‌کارگیری این برنامه و هدایت آنها در سرتاسر این فرایند و در عین حال دادن خودمختاری کافی و تأمین حمایت‌های مورد نیاز آنها. خوانندگان با کمک نمونه‌های بالینی بی‌نظیری که ارائه شده‌اند به دیدگاهی دست می‌یابند که چگونه اندیشه‌های خود را به عمل تبدیل کنند. علاوه بر این، گفت‌وگوی نمونه نشان می‌دهد که چگونه درمانگران می‌توانند برخی از چالش‌برانگیزترین موضوعات را مطرح کنند.

دوم، این کتاب نسبت به مراحل مختلف تحولی حساس است. با توجه به تخصص نویسندگان این موضوع جای شگفتی ندارد. با این حال مطالعه انطباق‌های تحولی در ارتباط با انواعی از راهبردها در سرتاسر این کتاب لذت‌بخش است. اگر شما در حال خواندن این کتاب هستید از قبل می‌دانید که کار با یک کودک ۶ ساله و یک کودک ۱۰ ساله نیازمند رویکردهای متفاوتی است. متأسفانه، برخی از نویسندگان کتاب‌های درمانی از نیازهای بسیار متفاوت کودکان آگاهی ندارند، حتی آنهایی که سن نزدیکی به هم دارند. در این کتاب به خوانندگان کمک می‌شود تا از ظرفیت‌های رشدی برای تغییر در سن خاص کودک مطلع باشند.

سوم، فصل‌هایی به مسائل دشواری که درمانگران در کار با کودکان مضطرب مواجه می‌شوند اختصاص دارد. برای نمونه، فصل‌های جداگانه‌ای در مورد خواب و امتناع از مدرسه وجود دارند. ارزش آن را دارد که فقط به‌خاطر همین دو فصل بسیار کاربردی هم که شده است، کتاب را بخوانیم. به علاوه، سه فصل مرتبط با کمک به مراقبانی که ممکن است کلیشه‌های والد «هلیکوپتر» را دارا باشند نیز وجود دارند. یک فصل بر ارتقای حل مسئله مستقل در کودکان تمرکز دارد که ممکن است برای والدینی که همیشه همه‌جا حاضر هستند سخت باشد. همه ما می‌دانیم که حل مسئله کودک در لحظه چقدر آسان است. این کار باعث صرفه‌جویی در زمان و شادی کودک می‌شود. با این حال پیامی که کودک دریافت می‌کند این است که وقتی مشکل به وجود می‌آید مراقبان برای نجات او خواهند آمد. مسلماً این رویکردی نیست که بخواهیم در اکثر موقعیت‌ها به‌کار بگیریم.

نویسندگان همچنین به راهکار سرمشق‌گیری از والدین نیز می‌پردازند که روشی مهم و نادیده گرفته شده در درمان اضطراب کودک است. کودکان همیشه در حال مشاهده والدین (یا سایر افراد حاضر در محیط) هستند تا از این طریق بتوانند روش‌هایی برای دست‌وپنجه نرم کردن با چالش‌ها و ترس‌ها پیدا کنند. تمرکز بر سرمشق‌گیری در اینجا بر روش‌های شناختی و رفتاری برای والدین تأکید می‌کند تا نقش خودشان را به‌مثابه مدل برای کودک بپذیرند، از جمله اینکه چگونه نگرش «امتحان کردن» را مدل‌سازی کنند.

آخرین عامل و شاید مهم‌ترین عامل تصمیم کتاب برای تمرکز بر CBT والدمدار است که هم در قصد و هم در اجرا نیرومند است. من همیشه در کار با خانواده‌ها تأکید می‌کنم که فقط یک ساعت از ۱۶۸ ساعت هفته را در کنار آنها هستم. این در مقابل مقدار زمانی که والدین هر هفته در کنار فرزندان‌شان هستند بسیار ناچیز است. در مقام درمانگر، ما باید عامل تغییر بسیار نیرومندی باشیم تا در زمان کوتاهی که با درمان‌جویان ملاقات داریم تفاوت‌ها را رقم بزنیم. نویسندگان این کتاب خردمندانه با درگیر ساختن مراقبان این نسبت را در اینجا تغییر داده‌اند، مراقبانی که زمان بیشتری را در کنار درمان‌جو هستند. مواد آموزشی عالی در این کتاب ارائه شده تا درمانگران را هدایت کند چگونه این اندیشه‌ها را به مراقبان منتقل کنند، چگونه آنها را پیاده‌سازی کنند و چگونه وقتی اوضاع دشوار شد مشکلات را حل و فصل کنند. البته که کار آنها دشوار خواهد بود.

روی‌هم‌رفته، این حوزه نیازمند کتابی کاربردی برای درمانگرانی است که به دنبال مشارکت مراقبان به‌صورت عمیق در رویکرد CBT هستند. کافی است فقط نگاهی به این کتاب عالی بیندازیم. صفحه را ورق بزنید و شروع به مطالعه کنید.

مایکل سوتام-گیرو، PhD

دانشگاه مشترک‌المنافع ویرجینیا

ما نویسندگان روی هم رفته با صدها والد کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی کار کرده‌ایم، به نظارت بالینی و آموزش صدها متخصص در زمینه‌های مختلف پرداخته‌ایم و پژوهش‌هایی در این زمینه انجام داده‌ایم. قصد ما برای نگارش این کتاب جمع‌بندی دانش و تجربه‌مان برای راهنمایی درمانگران در کار با والدین کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی است. تمامی مطالعات موردی که در این کتاب ارائه شده‌اند مبتنی بر ترکیبی از درمان‌جویان مختلف هستند. هدف این فصل معرفی پیشینه و فلسفه رویکرد کلی ما است. می‌دانیم که شاید وسوسه شوید تا از این بخش عبور کنید و سریعاً به بخش‌های کاربردی بروید، اما تشویق‌تان می‌کنیم همپای ما پیش بروید تا درک خوبی از چرایی آنچه ما انجام می‌دهیم و در نهایت چرا پیشنهاد می‌کنیم شما هم همان کارها را انجام دهید داشته باشید!

درمان اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی:

این رویکرد چه تفاوتی دارد؟

اکنون به خوبی مشخص شده است که اختلال‌های اضطرابی از رایج‌ترین مشکلات سلامت روان محسوب می‌شوند و به‌طور معمول نخست در دوران کودکی یا نوجوانی بروز می‌یابند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). در واقع، نرخ شیوع جهانی نشان می‌دهد که حدود ۶/۵ درصد از کودکان به احتمال زیاد ملاک‌های تشخیصی برای یک اختلال اضطرابی را در هر زمانی نشان می‌دهند (پولانزکی، سالوم، سوگایا، کای و رودی، ۲۰۱۵) که این کودکان را با خطر فزاینده مشکلات اضطرابی مداوم و همچنین سایر مشکلات سلامتی و اجتماعی و از همه مهم‌تر افسردگی مواجه می‌سازد (ایسائو و گابیدون، ۲۰۱۳).

هر دو دسته از درمان‌های روان‌شناختی و دارویی در درمان کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند؛ با این حال، درمان‌های روان‌شناختی به دلیل خطر پایین‌تر عوارض جانبی به‌منزله درمان خط اول کودکان قبل از نوجوانی توصیه شده‌اند (راین و همکاران، ۲۰۱۵). درمان‌های روان‌شناختی که تا به امروز مورد ارزیابی واقع شده‌اند تقریباً همگی از رویکرد درمان شناختی-رفتاری

(CBT) پیروی می‌کنند که معمولاً شامل یک درمانگر است که با کودک کار می‌کند تا به فکرهای اضطراب‌آور و رفتارهای اجتنابی و همچنین رشد مهارت‌های مقابله‌ای رسیدگی کند. اکثر درمان‌های مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری فعلی از برنامه بسیار مؤثر **گره سازگار**^۱ که توسط فیلیپ کندال و همکارانش در دانشگاه تمپل فیلادلفیا توسعه یافت و نخستین بار در سال ۱۹۹۴ مورد ارزیابی واقع شد (کندال، ۱۹۹۴) پیروی می‌کنند یا حداقل مبتنی بر آن هستند. اکنون تعداد زیادی کارآزمایی برای ارزیابی این درمان‌ها وجود دارند که نشان می‌دهند به‌طور متوسط ۶۰ درصد از کودکان در پایان درمان از اضطراب رهایی پیدا کرده‌اند (جیمز، جیمز، کودری، سولر و چاک، ۲۰۱۳). به‌طور کلی، یافته‌ها نشان داده‌اند که درگیر کردن والدین در جلسات درمان شناختی-رفتاری کودکان یا در کنار آنها با بهبود پیامدهای درمانی همراه نبوده است (برای نمونه، رینولدز، ویلسون، آئوستین و هوپر، ۲۰۱۲)؛ با این حال، میزان و نحوه‌ای که والدین در درمان‌ها وارد شده‌اند به‌طرز چشمگیر در این کارآزمایی‌ها متفاوت بوده است. تحلیل‌های دقیق‌تری که در آن میزان و شیوه ورود والدین در نظر گرفته شده که تمرکز خاص بر کمک به والدین در تقویت رفتارهای شجاعانه کودکان (به فصل ۶ نگاه کنید) دارند و تدریجاً کنترل برنامه را از درمانگر به والد جابه‌جا می‌کنند به‌طور معناداری با پیامدهای بهتر برای کودکان پس از یک سال پیگیری منجر شده‌اند (با ۸۲ درصد رهایی از تشخیص اضطرابی در مقایسه با ۵۳ تا ۶۵ درصد به دنبال درمان‌هایی که یا والدین حضور محدودی دارند یا تمرکز فعالی بر مدیریت همایندی و انتقال کنترل وجود ندارد؛ ماناسیس و همکاران، ۲۰۱۴).

بنابراین، ما درمان‌های شناختی-رفتاری را داریم که برای بسیاری از کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی مؤثر هستند و به نظر می‌رسد که درگیر کردن والدین به روش‌های خاصی می‌تواند پیامدهای درمانی را در میان‌مدت و بلندمدت برای کودکان بهبود بخشد. با این حال، این درمان‌ها اغلب فشرده هستند و تقریباً نیازمند ۱۴-۱۶ ساعت جلسه حضوری بین درمانگر-کودک (و درمانگر-والد) هستند که ممکن است مشکلاتی را برای بسیاری از نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی ایجاد کند. در واقع، گفته می‌شود که در انگلستان تنها یک‌چهارم کودکان دچار یک مشکل سلامت روان به متخصصان سلامت روان مراجعه می‌کنند (لیارد، ۲۰۰۸) و از بین آنهایی که مراجعه می‌کنند بسیاری به متخصصانی که آموزش مناسب دریافت کرده باشند و بتوانند به درستی درمان شناختی-رفتاری ارائه دهند، دسترسی ندارند (استالارد، اودوین، گودارد و هایبرت، ۲۰۰۷). از این رو مهم است تا روش‌هایی را برای ارائه کارآمد درمان‌ها بیابیم و از پیامدهای مناسب درمان برای کودکان هم اطمینان حاصل کنیم. یک راه برای چنین کاری سرمایه‌گذاری روی اهمیت کمک به والدینی است که احساس می‌کنند توانایی رویارویی با مشکلات کودکان را دارند و عمدتاً با والدین و مراقبان (که از این پس «والدین» می‌نامیم)

کار شود تا به آنها کمک کنیم که به کودکان‌شان کمک کرده و بر مشکلات اضطرابی غلبه کنند. از نظر ما این رویکرد مزایای زیادی دارد:

- موجب کاهش هزینه‌های حضور کودکان در جلسات درمان می‌شود، از جمله غیبت در مدرسه و فعالیت‌های متناسب با سن و آنگ ادراک‌شده ناشی از مراجعه به درمانگر و دریافت خدمات سلامت روان.
- موجب کاهش زمان کلی درمان می‌شود زیرا:
 - نیاز یکسانی به فعالیت‌ها و بازی‌هایی برای افزایش مشارکت و انگیزه کودک نیست (از طریق کار مستقیم با والدین اغلب می‌توانیم «به اصل مطلب بپردازیم»).
 - والدین می‌توانند راهبردهای درمان شناختی-رفتاری را در زندگی روزمره کودکان‌شان پیاده کنند.
- نگرانی والدین در ارتباط با مشکلات بلندمدت ممکن است نسبت به کودکان که شاید میل نداشته باشند درمان را ادامه دهند، انگیزه بیشتری برای مشارکت در درمان ایجاد کند.
- والدین به احتمال زیاد (نسبت به درمانگران) در زمان‌هایی که کودکان نیاز به استفاده از راهبردها بین جلسات دارند بیشتر حضور دارند و به آنها کمک می‌کنند اصول را در زندگی روزانه به کار گیرند.
- والدین ممکن است (نسبت به کودکان یا درمانگران) در ایجاد فرصت‌هایی برای اجرای راهبردها و افزایش تکرار آنها و تعمیم دادن از جلسه به زندگی واقعی در وضعیت بهتری قرار داشته باشند.
- به‌طور کلی والدین (نسبت به کودکان) بهتر می‌توانند با مدارس و سایر نهادها ارتباط برقرار کنند تا ارجاع راهبردهای مفید را ترغیب کنند (در حالی که کنترل این موضوع را درون خانواده نگه می‌دارند تا اینکه به درمانگر بسپارند).
- درمان فرصتی را برای هدف قرار دادن شیوه‌های فرزندپروری که ممکن است باعث تداوم اضطراب کودک شوند فراهم می‌کند (به فصل ۲ نگاه کنید) و در عوض والدین را توانمند می‌سازد تا به کودکان‌شان در غلبه بر مشکلات کمک کنند.
- والدین می‌توانند اصول و راهبردها را در گستره خانواده به کار گیرند که به‌طور بالقوه به سایر کودکان درون خانواده و احتمالاً خودشان هم کمک می‌کند.
- والدین به احتمال زیاد (نسبت به کودکان) راهبردها را هنگام وقوع مشکلات ماه‌ها یا سال‌ها بعد بیشتر به خاطر می‌آورند.
- زندگی والدین با داشتن کودکی که دچار اضطراب است به شدت متأثر می‌شود و درمان

فرصتی را برای آنها فراهم می‌کند تا حمایت کسب کنند. والدین مهم‌ترین عامل تغییری هستند که می‌توانیم برای کمک به کودکان در غلبه بر مشکلات اضطرابی به آنها دسترسی داشته باشیم. مهم است تا به والدین ارزش نهیم و به آنها کمک کنیم در مدیریت مشکلات کودکان‌شان احساس تسلط و اعتماد به نفس داشته باشند.

درمان والدمدار برای اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی: آیا مؤثر است؟

همان‌طور که پیش‌تر گفتیم، عمده کارآزمایی‌های درمانی که به ارزیابی درمان‌های روان‌شناختی برای کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی پرداخته‌اند به‌طور معمول مستقیم با کودکان کار کرده‌اند، همراه با مشارکت والدین یا بدون آنها. با این حال، در سال‌های اخیر تعدادی از کارآزمایی‌ها پیامدهای مثبتی را برای کودکان هنگام مشارکت والدین در مداخله گزارش کرده‌اند. این رویکرد نخستین‌بار در استرالیا با هدف خاص حمایت از خانواده‌ها در جوامع روستایی که قادر نبودند به آسانی به خدمات سلامت روان دسترسی داشته باشند مورد ارزیابی واقع شد (راپی، آبوت، لینهام، ۲۰۰۶؛ لینهام و راپی، ۲۰۰۶). در این مطالعات، به والدین کودکان ۶ تا ۱۲ ساله کتابی برای راهنمایی آنها در نحوه کمک به فرزندشان داده شد. دادن کتاب به والدین خودش به تنهایی با تأثیر متوسطی برای مشکلات اضطرابی کودکان مرتبط بود. ۲۶ درصد از کودکان رهایی از اختلال اضطرابی را تجربه کردند در عوض کودکانی که درمانی دریافت نکردند فقط ۷ درصد بهبود یافتند. با این حال، مداخله مبتنی بر کتاب به اندازه گروه درمانی استاندارد درمان شناختی-رفتاری که شامل کودکان و والدین می‌شود (۶۱ درصد بدون تشخیص) مؤثر نبود. در کارآزمایی بعدی که کتابی به منزله مکمل با کمک درمانگر ارائه شد (از طریق تماس تلفنی) با پیامدهای بسیار مثبتی مرتبط بود، طوری که ۷۹ درصد از کودکان از اختلال اضطرابی رها شدند. در ادامه کارآزمایی‌های انگلستان هم نشان دادند که کودکان می‌توانند در صورتی که درمان والدمدار در گروه ارائه شود به پیامدهای خوبی دست یابند (۵۷ درصد بدون تشخیص؛ کارترایت-هاتون و همکاران، ۲۰۱۱) یا زمانی که درمانگر مشارکت کوتاهی در حدود ۵ ساعت دارد (۵۰ درصد بدون تشخیص؛ تیرلوال و همکاران، ۲۰۱۳). نکته مهم این است که دو کارآزمایی که به‌طور مستقیم به مقایسه درمان والدمدار با درمان والد و کودک پرداختند تفاوت معناداری را بین درمان‌ها به لحاظ پیامدهای حاصله برای کودک نیافتند، با وجود این حقیقت که درمان والد+کودک حداقل مشارکت درمانگر را برای ارائه جلسات موازی والد و کودک دو برابر کرد (واترز، فورد، وارتون و کوبهام، ۲۰۰۹؛ کوبهام، ۲۰۱۲؛ کرسول، هتگز و همکاران، ۲۰۱۰). به خصوص در مطالعه کوبهام تعداد قابل‌ملاحظه‌ای (۹۵ درصد) از کودکان (۷ تا ۱۴ ساله) بعد از دریافت مداخله‌ای کوتاه که شامل ۲ ساعت جلسه گروهی برای والدین و شش تماس تلفنی که با فاصله دو هفته برای راهنمایی والدین از

طریق کتاب راهنما بود از تمامی اختلال‌های اضطرابی بهبود یافتند، در حالی که ۷۸/۳ درصد از کودکانی که درمان شناختی-رفتاری خانواده‌مدار دریافت کردند و صفر درصد از افراد گروه کنترل لیست انتظار بهبود نشان دادند. اگرچه این موضوع هنوز هم حوزه پژوهشی در حال ظهوری است، مشخص است که اتخاذ رویکرد مبتنی بر راهنمایی والدین برای درمان می‌تواند ابزارهای مؤثری برای حصول پیامدهای درمانی عالی کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی فراهم کند.

هدایت والدین برای به‌کارگیری اصول درمان شناختی-رفتاری در زندگی روزمره کودکان‌شان رویکرد درمانی کوتاه و مؤثری برای اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی است.

مخاطبان این کتاب چه کسانی هستند؟

ما این کتاب را برای متخصصانی نوشته‌ایم که با کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی سروکار دارند تا چارچوبی را برای کار با والدین این کودکان ارائه کنیم. هرچند ما پیش‌زمینه کلی را در درمان سلامت روان کودک فرض می‌گیریم، منظور ما این نیست که حتماً باید پیش‌زمینه درمان شناختی-رفتاری وجود داشته باشد زیرا ما دریافته‌ایم که افراد تازه‌کار در حوزه درمان شناختی-رفتاری نیز می‌توانند با موفقیت رویکرد درمانی راهنمایی والد را که توصیف می‌کنیم، پیاده سازند (پس از آموزش مختصر و نظارت بالینی مداوم؛ تیرلوال و همکاران، ۲۰۱۳). به علاوه، ما امکان‌سنجی و کاربرد این رویکرد را در خدمات مراقبت از سلامت روان انگلستان با کارکنان سلامت روانی که دارای پیش‌زمینه‌های گسترده‌ای بودند (از جمله روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی، پرستاری و مراقبت در خانه) بررسی کردیم و دریافتیم که (یکبار دیگر پس از آموزش مختصر و نظارت بالینی مداوم) کارکنان سلامت روان درمان را به خوبی ارائه کرده و پیامدهای خوبی هم به دست آورده‌اند (کرسول، هتگر و همکاران، ۲۰۱۰). با این حال، خواه شما یک درمانگر تازه‌کار باشید یا باتجربه، پیشنهاد می‌کنیم نظارت بالینی مستمر داشته باشید که در کار با خانواده‌ها برای حمایت از شما مهم است.

این رویکرد برای چه کسانی کاربرد دارد؟

سن کودک

رویکردهای مبتنی بر هدایت والد برای درمان اختلال‌های اضطرابی کودکی در سنین مختلف از ۲ ساله و ۷ ماهه (کارت‌تایت-هاتون و همکاران، ۲۰۱۱) تا ۱۴ ساله (کوبهام، ۲۰۱۲) مورد ارزیابی واقع شده‌اند، اما عمده شرکت‌کنندگان در مطالعات بین ۶ یا ۷ و ۱۲ ساله بودند. اگرچه ما گزارش‌های غیررسمی از به‌کارگیری موفقیت‌آمیز این رویکرد با کودکان کوچک و بزرگ را داریم (با اندکی انطباق)، هنوز شواهد محکمی نداریم که بر اساس آن این رویکرد را پیشنهاد کنیم، اما ما از بازخورد شخصی شما بر

اساس تجارب تان استقبال می‌کنیم. به‌طور مشابه گزارش‌های غیررسمی از به‌کارگیری موفقیت‌آمیز این رویکرد برای کودکان دچار اختلال‌های تأخیر رشدی و طیف اتیسم (ASD) دریافت کرده‌ایم (که شاید نشان دهد تکرار فزاینده کار با والدین ممکن است به خصوص در افزایش تعمیم‌دهی مفید باشد؛ پائولو و کندال، ۲۰۱۱). با این حال، هنوز شواهد محکمی نداریم که بر اساس آن توصیه کنیم. سرانجام، مطالعات این رویکرد تا به امروز گروه‌های همگون یکسانی را از لحاظ اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و قومی در نظر گرفته‌اند و اندازه‌ای که این رویکرد برای نمونه در فرهنگ‌های مختلف مناسب، قابل‌پذیرش و مؤثر است همچنان نامشخص باقی می‌ماند. ما از بازخوردهای شما در به‌کارگیری این رویکرد در زمینه‌های مختلف استقبال می‌کنیم.

مشارکت بزرگسالان

ما ترجیح می‌دهیم که مراقبان اصلی کودک را وارد فرایند درمان کنیم، در نتیجه زمانی که بیش از یک مراقب اصلی وجود دارد، تشویق‌شان می‌کنیم هر دو/همه در درمان مشارکت کنند. شاید در عمل بیش از یک والد نتواند در هر جلسه شرکت کند. جلسات تلفنی هم ممکن است چالش‌هایی را هنگام مشارکت دو والد به وجود آورند، در نتیجه ما از والدین می‌خواهیم یکی از آنها به‌منزله رابط اصلی باشد، متعهد شود که در هر جلسه شرکت می‌کند و اگر والد دیگر نتوانست در یک جلسه خاص شرکت کند به او بازخورد دهد. در صورت تمایل والدین، ضبط صوتی جلسات را می‌توان با والدی که قادر نیست در جلسات شرکت کند در میان گذاشت. البته، گاهی اوقات مواردی وجود دارند که کودکان در زمان‌های مختلف با والدین متفاوتی زندگی می‌کنند و آن والد احساس نمی‌کند بتواند برای درمان فرزندش مشارکت کند. نظر ما این است که عوامل اصلی برای تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه کسی در درمان حضور یابد این است که: (۱) والدی که شرکت می‌کند متعهد به شرکت در جلسات باشد و (۲) در وضعیتی قرار دارد که تغییرات مداومی را در زندگی کودک ایجاد می‌کند. برای نمونه، اگر کودکی طی هفته با یک والد زندگی می‌کند و با دیگری در آخر هفته و تمام مشکلات او مرتبط با حضور در مدرسه هستند، مهم است والدی باشد که بتواند آن مشکلات هفتگی را در درمان مدیریت کند. همچنین والدی که حضور پیدا می‌کند نیاز به انگیزه برای تغییر در زندگی فرزندش دارد. برای نمونه، ما طی زمان با خانواده‌هایی کار کرده‌ایم که در آن یک والد بسیار نگران اضطراب فرزندش بود اما دیگری چنین نگرانی نشان نمی‌داد. همان‌طور که در فصل دوم خواهیم گفت، مهم است که نظر هر یک از والدین در مورد مشکلات کودک به‌صورت جداگانه مشخص شود، زیرا این احتمال وجود دارد که یک والد ادراک خاصی از نظر والد دیگر داشته باشد - برای نمونه، اینکه او بی‌علاقه یا غیر حمایت‌گر است - اما این موضوع ممکن است به درستی منعکس‌کننده دیدگاه والد دیگر نباشد. از سوی دیگر، اگر مشخص شود

که یک والد نظرش این نیست که کودک مشکل اضطرابی دارد، آن والد به احتمال کمتری انگیزه حضور در جلساتی را دارد که بر کمک به کودک در غلبه بر این مشکلات متمرکزند. ما ملاحظات کلی در ارتباط با مشارکت والدین و به حداکثر رساندن انگیزه آنها را در سرتاسر کتاب مورد بحث قرار می‌دهیم.

درمان شامل چه چیزهایی است؟

اصول بنیادی

هدف کلی درمان کار مشارکتی با والدین برای کمک به آنها برای رشد مهارت‌ها و اعتماد به نفس در حمایت از فرزندان‌شان برای غلبه بر مشکلات اضطرابی است. برای ایجاد یک برنامه درمانی فردی‌سازی شده، نقش درمانگر عبارت است از کار با والدین برای ترکیب دانش درمانگر در ارتباط با تداوم و درمان اختلال‌های اضطرابی کودکی با شناخت والدین در ارتباط با کودک و اینکه چگونه آن کودک به مشکلات واکنش نشان می‌دهد. درمانگران همچنین والدین را تشویق می‌کنند تا به کار از طریق این برنامه بپردازند و به آنها کمک می‌کنند تا (۱) مهارت‌های کلیدی را تمرین کنند، (۲) مهارت‌های خودشان و پیشرفت‌های مثبت را شناسایی کنند و (۳) هر گونه مشکلی را که ممکن است باقی‌مانده باشد، حل و فصل کنند. به منظور موفقیت در این مداخله، مهم است تا والدین احساس کنند در فرایند درمان مشارکت دارند و برای ایجاد تغییرات در زندگی فرزندشان توانمند هستند.

محتوای جلسات

محتوای واقعی درمان با سایر برنامه‌های درمانی اختلال‌های اضطرابی کودک تفاوتی ندارد و شامل عناصر زیر است:

- تدوین اهداف درمانی شفاف و قابل‌دستیابی (فصل ۲)
- ارائه آموزش روانی و فردی‌سازی مدل درمانی (فصل ۳)
- افزایش استقلال در زندگی روزمره (فصل ۴)
- کمک به والدین در افزایش تفکر انعطاف‌پذیر و نگرش «امتحان کردن» (فصل ۵)
- کمک به والدین در حمایت از کودکان‌شان در مواجهه با ترس‌ها (فصل ۶)
- حفظ روند پیشرفت (فصل ۸)

تفاوت اصلی با سایر درمان‌های کودک‌مدار و/یا والد‌مدار از منظر محتوا به تأکید ما بر کار مشترک با والدین مربوط است. برای نمونه، برای افزایش مشارکت والدین و توانمندسازی آنها، مهم است که والدین اطلاعات زمینه‌ای خوبی درباره برنامه درمانی داشته باشند تا مجهز شوند که اضطراب را به‌طور

مناسب در کودکان شناسایی کنند، نسبت به پیامدهای به دست آمده از سوی کودکان شان امیدوار شوند، منطق هر عنصر از برنامه درمانی را درک کنند و این موارد را به طور مستقیم با مشکلات خاص کودک مرتبط سازند. از آنجا که بسیاری از والدینی که وارد درمان می شوند نگران آنند که به طریقی باعث ایجاد مشکلات در فرزندان شان شده اند (یا اینکه فکر می کنند درمانگر ممکن است تصور کند آنها در ایجاد این مشکلات دخیل اند)، مهم است که درمانگر درباره مدل درمانی زیربنایی و اینکه چگونه واکنش های والدین با آن متناسب است، شفاف عمل کند. همان طور که در فصل سوم با جزئیات بیشتری صحبت می کنیم، گرچه درمان تنظیم شده است تا در زمان مناسب واکنش های والدین را که باعث تداوم اضطراب می شوند تغییر دهد نباید موجب سرزنش والدین شود. در عوض ما متوجهیم که (۱) واکنش های والدین به میزان زیادی پاسخی به اضطراب فرزندان شان است و (۲) کودکانی که خیلی مضطرب اند ممکن است در مقایسه با همسالان و همشیره های کمتر مضطرب خود نسبت به تأثیرپذیری از پاسخ های خاص والدین حساس تر باشند. والدین نیز ممکن است با ابراز نگرانی بگویند که آنها «فرد مناسبی برای این کار نیستند» تا اصول و راهبردهای درمان شناختی-رفتاری را به کار گیرند. برای نمونه، به این خاطر که آنها «متخصص» نیستند یا احساس می کنند که کودک شان به احتمال زیاد با درمانگر «راحت تر» است. به این دلایل، همچنین برای ارائه اطلاعاتی شفاف درباره مدل درمانی، مهم است تا در فرایند درمانی توانمندی والدین از ابتدا تا انتها ترغیب شود. سوای از این جنبه های خاص محتوایی، راهبردهای استفاده شده به طور معمول برگرفته از رویکردهای درمان شناختی-رفتاری کودک مدار هستند و طوری انطباق یافته اند که والدین بتوانند در زندگی روزانه به کار گیرند.

یک عنصر درمان که استفاده از آن در درمان شناختی-رفتاری کودک مدار رایج است و ما آن را در نظر نگرفته ایم آرام سازی^۱ است. اغلب برنامه های درمان شامل تمرین آرام سازی منظم بر اساس این فرضیه است که کودکان بسیار مضطرب ممکن است مشکلی داشته باشند که مشخصه آن بیش برانگیختگی مزمن است یا اینکه رشد مهارت های آرام سازی به آنها کمک خواهد کرد تا برانگیختگی خودشان را به هنگام مشکلات مدیریت کنند. ما به دلایلی که سال ها مطرح شده در درمان خودمان از آرام سازی استفاده نکرده ایم:

- شواهدی وجود ندارد که نشان دهد کودکان دچار اختلال های اضطرابی «بد تنظیمی مزمنی» برای برانگیختگی فیزیولوژیک داشته باشند (برای نمونه، آلکوزی، کوپر و کرسول، ۲۰۱۴).
- شواهدی وجود دارد که می گویند با تجربه اضطراب فزاینده به طور واقعی با ترس ها مواجه می شویم و یاد می گیریم چگونه بر آنها غلبه کنیم (برای نمونه، کراسک، ترینور، کانوی، زبوزینک و ورولیت، ۲۰۱۴).

- شواهد جدیدی وجود دارد که نشان می‌دهد ارائه آرام‌سازی با پیامدهای درمانی مهمی مرتبط نیست (پریس و همکاران، ۲۰۱۵).
- ما دریافته‌ایم که والدین و کودکان به‌ندرت آرام‌سازی را به‌طور گسترده در خانه تمرین می‌کنند و اغلب انجام این کار را دشوار می‌دانند.

با توجه به این عوامل و این حقیقت که یکی از مزایای عمده این رویکرد درمانی این است که کوتاه و کارآمد است، ما آرام‌سازی را در هیچ یک از برنامه‌هایی که ارزیابی کرده‌ایم جای نداده‌ایم. همانند دیگران (برای نمونه، راپی، ۲۰۰۰) ما دریافته‌ایم که نگنجاندن آرام‌سازی در برنامه به نظر نمی‌رسد تأثیر منفی بر نتایجی که کودکان به آن دست می‌یابند بگذارند و خانواده‌ها به‌طور کلی گزارش می‌کنند که علائم فیزیولوژیک بدون تمرکز مستقیم بر آرام‌سازی در درمان فروکش می‌کنند.

ساختار جلسات

برای اینکه والدین احساس کنند شریک برابر (یا بهتری) برای درمانگر در درمان هستند، مهم است که جلسات از منظر ساختار قابل پیش‌بینی باشند و اینکه والدین فرصت سهیم شدن در دستور جلسه را داشته باشند. از این رو، تمامی جلسات ما از ساختار زیر پیروی می‌کند:

- تعیین دستور جلسه
- نظارت پیامدی روزانه (فصل دوم) و به‌روزرسانی مختصر
- مرور تکالیف خانگی
- فعالیت جلسه‌ای ساختاریافته
- در نظر گرفتن سایر مسائلی که والد به دستور جلسه می‌افزاید
- تعیین تکالیف خانگی
- مرور مختصری از جلسه برای خلاصه‌سازی عناصر اصلی و اطمینان از اینکه والد و درمانگر درک مشترکی دارند

کارهایی که بین جلسات انجام می‌شوند

به‌منظور کار مؤثر با والدین، ما به‌طور معمول مطالب آموزشی مکتوبی در اختیار آنها قرار می‌دهیم تا قبل و بین جلسات مطالعه کنند (برای نمونه، کرسول و ویلیتس، ۲۰۰۷) طوری که تماس تلفنی درمانگر-والد را بتوان بر جمع‌بندی موضوعات پوشش داده شده، تأمل در مورد اینکه چگونه موضوعات با کودک مرتبط شوند، تمرین مهارت‌های کلیدی و مشکلات بالقوه حل مسئله اختصاص داد. همانند درمان شناختی-رفتاری استاندارد، پرداختن به تکالیف خانگی نیز بسیار مهم است زیرا ما با این فرض کار

می‌کنیم که به‌جای درون جلسه بین جلسات چنین کارهایی انجام می‌شوند که باعث تغییر خواهند شد. برای حمایت از این رویکرد، ما همیشه کاربرگ‌هایی را در ارتباط با هدایت فعالیت‌ها و ثبت اطلاعات در اختیار والدین قرار می‌دهیم. این کاربرگ‌ها همچنین وسیله‌ای برای بررسی پیشرفت در درمان و منبعی برای والدین هستند که در آینده به آنها رجوع کنند و دستاوردهایی که به‌دست‌آمده را حفظ و بر موانع غلبه کنند. ما همواره به دقت پیشرفت را برای تمامی تکالیف خانگی بازبینی می‌کنیم و اگر آنها مشکلاتی در انجام آنها بین جلسات داشتند به حل و فصل این مشکلات می‌پردازیم. این فرایند به‌طور مشخص بر اهمیت کاری که والدین بین جلسات انجام می‌دهند و همچنین کمک به آنها برای غلبه بر هر گونه موانع بالقوه تأکید می‌کند. مشخصاً مهم است تا به‌صورت شفاف هر گونه مشکلات بالقوه برای والدین، از قبیل موانع زبانی یا سواد را در ابتدا مد نظر قرار دهیم و راه‌حل‌های عملی برای آنها در نظر بگیریم (برای نمونه، مشارکت دادن افراد هم‌پیمان، ضبط صوتی محتوای جلسات).

نحوه ارائه درمان

درمان شناختی-رفتاری والدمدار برای اختلال‌های اضطرابی دوران کودکی در قالب‌های فردی و گروهی مورد ارزیابی واقع شده است؛ با این حال، این دو قالب درمانی تاکنون به‌صورت مستقیم با هم مقایسه نشده‌اند. نظر ما این است که در هر مورد مزایا و معایبی نهفته است. قالب گروهی این فرصت را به والدین می‌دهد تا تجارب خودشان را در میان بگذارند و از سوی والدینی که خودشان هم مشکل مشابهی را تجربه می‌کنند حمایت کسب کنند (که بر اساس تجربه ما بسیاری از والدین آن را ارزشمند می‌دانند)، در مقابل جلسات فردی اجازه می‌دهد تا بر مشکلاتی که یک خانواده خاص با آن مواجه هستند تمرکز کنیم. رویکرد گروهی ممکن است برای همه والدین جذاب نباشد، برخی‌ها ممکن است احساس ترس یا اضطراب کنند. نرخ ریزش در برخی از مطالعاتی که صرفاً درمان‌های گروهی والدمدار ارائه می‌کردند نسبتاً بالا بود (واترز و همکاران، ۲۰۰۹؛ مونگا، روزنبلوم، تانها، اوز و یانگ، ۲۰۱۵)، هرچند معلوم نیست آیا این امر به دلیل قالب گروهی درمان بود یا نه. در نهایت، در غیاب شواهد مشخص، تصمیماتی در مورد اینکه آیا درمان گروهی یا فردی والدمدار ارائه کرد ممکن است وابسته به عوامل مرتبط به بافت باشد. برای نمونه، اگر توان عملیاتی کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی برای خدمات مورد نظر کاملاً پایین است، در نتیجه منطقی نیست والدین را برای مدت طولانی منتظر نگه داریم تا گروه به حد نصاب کافی برسد؛ به‌طور برابر، اجرای یک گروه با تعداد کمی از والدین نیز ممکن است مزایایی از منظر کاهش وقت درمانگر نداشته باشد. در این شرایط رویکرد فردی ترجیح‌تر خواهد بود.

اگرچه ما این رویکرد درمان شناختی-رفتاری والدمدار را هم در قالب فردی و هم گروهی ارائه کرده‌ایم، در اینجا عمدتاً بر رویکرد فردی تمرکز می‌کنیم زیرا به‌طور رسمی این رویکرد را ارزیابی

کرده‌ایم. زمانی که این رویکرد را در قالب گروهی به کار می‌گیریم، محتوای ارائه شده به‌طور معمول مشابه است و تفاوت‌های اصلی در ارتباط با ملاحظات مربوط به مشارکت اعضای گروه و مدیریت و بیشترین استفاده از قالب گروهی است.

در حالی که برخی از ارزیابی‌های درمان شناختی-رفتاری والدمدار به‌طور کلی مبتنی بر کلینیک بوده است، تعدادی از مطالعات پیامدهای خوبی را در ارتباط با قالب‌های کمتر فشرده نشان داده‌اند که به‌طور معمول دربرگیرنده جلسات تلفنی جهت حمایت از والدین در به‌کارگیری اصول پوشش داده شده در یک کتاب کار یا راهنما است (برای نمونه، لینهام و رابی، ۲۰۰۶؛ تیرلوال و همکاران، ۲۰۱۳؛ کوبهام، ۲۰۱۲). هرچند این رویکرد به‌طور کلی از راه دور برای جوامع روستایی به‌کار گرفته شده (لینهام و رابی، ۲۰۰۶)، در ترکیب با جلسات حضوری و حمایت تلفنی نیز ارائه شده است (برای نمونه، تیرلوال و همکاران، ۲۰۱۳؛ کوبهام، ۲۰۱۲). ما دریافته‌ایم که این رویکرد «ترکیبی»^۱ فرصت رشد انگیزه و مشارکت را در والدین ایجاد کرده و همچنین تمرین مهارت‌های کلیدی توسط شخص را افزایش می‌دهند. به این ترتیب، به‌طور معمول ما درمان شناختی-رفتاری والدمدار را طی ۸ جلسه ارائه می‌کنیم که طی چهار جلسه از آن تماس تلفنی کوتاه با والد برقرار می‌شود تا به بررسی فرایند، حل مشکلاتی که به وجود آمده و حفظ تمرکز والدین بر انجام تکالیفی که متناسب با آن مرحله درمان است پرداخته شود. از نظر ما، برقراری حداقل یک تماس تلفنی در هفته خانواده‌ها را تشویق می‌کند تا با قدرت درمان را اولویت قرار دهند و در زندگی پرمشغله خود به آن عمل کنند.

درمان شناختی-رفتاری والدمدار رویکردی مشارکتی به درمان است که در آن والدین در توسعه مهارت‌ها و ایجاد اعتماد به نفس جهت کمک به فرزندان‌شان در غلبه بر مشکلات اضطرابی مورد حمایت واقع می‌شوند. برخورداری از ساختاری ثابت که بر کار خانوادگی بین جلسات تأکید می‌کند موجب تسهیل مشارکت می‌شود. رویکردهای فردی یا گروهی ممکن است مفید باشند و عمده کار را می‌توان از راه دور و بدون حضور والدین در کلینیک انجام داد.

نحوه استفاده از این کتاب

فصل‌هایی که در ادامه آمده‌اند به ترتیب جلسات جلساتی که ما مواد آموزشی را ارائه می‌کنیم آورده شده‌اند و در نتیجه کتاب را می‌توان به‌منزله راهنمایی که رویکرد گام‌به‌گام دارد به‌کار گرفت. جدول ۱-۱ خلاصه‌ای از محتوایی است که ما به‌طور معمول در هر جلسه پوشش می‌دهیم تا به‌منزله راهنمایی برای اقدامات شما باشند.

جدول ۱-۱. خلاصه محتوای جلسات

جلسه	قالب	محتوا
۱	حضور	آماده‌سازی: معرفی مدل و تلویحات درمانی
۲	حضور	افزایش استقلال و تفکر «امتحان کردن»
۳	حضور	رویارویی با ترس‌ها
۴	تلفنی	مرور
۵	تلفنی	مرور
۶	حضور	حل مسئله
۷	تلفنی	مرور
۸	تلفنی	مرور و برنامه‌ریزی برای حفظ پیشرفت

توصیه ما این است که قبل از آغاز درمان کل کتاب را بخوانید و سپس هنگام برنامه‌ریزی برای هر جلسه فصل مورد نظر را مطالعه کنید. فصول به‌صورت کلی از یک ساختار پیروی می‌کنند که شامل نگاه اجمالی، مرور مختصری از شواهد مرتبط، اهداف، راهنمایی‌های عملی و ملاحظات مرتبط با نقاط دشوار است.

ما همچنین، فصولی را در ارتباط با نحوه به‌کارگیری این رویکرد برای مشکلات خاصی در نظر گرفتیم که در بافت اختلال‌های اضطرابی کودکی یا به‌خصوص در بافت‌های مشکل‌ساز خاصی به وجود می‌آیند، همچون:

- مدیریت مشکلات مربوط به خواب (فصل ۹)
- مدیریت مشکلات مرتبط با حضور در مدرسه (فصل ۱۰)
- قرار دادن درمان در بافت مشکلات سلامت روان والد و یا خلق پایین کودک، مشکلات رفتاری و یا مشکلات مهارت اجتماعی (فصل ۱۱).

اگر هر یک از فصول را برای هر یک از درمان‌جویان خود به‌کار می‌گیرید، باید فصل(های) مرتبط با آن را قبل از شروع درمان مطالعه کنید طوری که مواد دیگری را بتوانید در برنامه درمانی خود قرار دهید. ما برخی از اطلاعات را در ارتباط با سنجش و شناسایی هر یک از این موضوعات در فصل‌های ۲، ۹، ۱۰ و ۱۱ برای کمک به برجسته ساختن اطلاعات دیگری که شاید مد نظر قرار دادن آنها در مداخله مهم باشد در نظر می‌گیریم.

در سرتاسر کتاب ما کاربردهایی از اصول یا راهبردهای خاص را با مطالعات موردی و نمونه‌هایی مبتنی بر مکالماتی که با والدین داشتیم ارائه می‌کنیم. این موارد و نوشته‌ها بازنمایی‌های مستقیمی از رویارویی‌های ما نیستند، چرا که ما نسبت به حفظ حریم خصوصی و ناآشنا بودن خانواده‌هایی که با آنها کار کرده‌ایم حساس هستیم. در عوض نمونه‌هایی بیان کرده‌ایم که عناصری را از خانواده‌های

مختلف نشان می‌دهند. شاید تناقض‌هایی هنگام نوشتن نمونه‌های موردی وجود داشته باشند. ما سعی کردیم تا به دقت تجارب خودمان و خانواده‌هایی را که با آنها کار کردیم به بهترین نحو منعکس کنیم.

جمع‌بندی

یکی از چیزهایی که ما در این رویکرد درمانی می‌پسندیم رشد توانمندی و اعتمادبه‌نفسی است که در والدین می‌بینیم. والدین اغلب بیان می‌کنند که این رویکرد مزایای زیادی برای خودشان و خانواده داشته و دیدن این موضوع در کنار دستاوردهایی که کودک داشته برای ما بسیار پاداش‌دهنده است. ما آرزو می‌کنیم که شما هم به بهترین نحو اصول و راهبردهایی را که در این کتاب ارائه شده‌اند به کار بگیرید و امیدواریم شما و خانواده‌هایی که با آنها کار می‌کنید هم از به‌کارگیری این رویکرد هیجان‌زده شده و مشتاق آن باشید.

انجام سنجش جامع و تعیین اهداف درمان

بر اساس تجربه ما، یک سنجش جامع برای دستیابی به پیامدهای خوب از درمان برای کودکان و خانواده‌های آنها ضروری است. عمده کار بالینی ما با کودکان دچار اختلال‌های اضطرابی در بافت کارآزمایی‌های پژوهشی صورت گرفته است، در نتیجه ما به‌طور معمول انتخابی نداشتیم جز اینکه سنجش‌های دقیقی با طیفی از ابزارهای استاندارد داشته باشیم و از همسانی تمامی سنجش‌ها اطمینان یابیم. با این حال، این کار در نهایت یک مزیت محسوب شد زیرا نشان داد که چقدر اطلاعات سنجش در آغاز، در حین و پایان درمان مهم است. در واقع، شواهدی موجود است که نشان می‌دهد استفاده از ابزارهای پیامدی معمول (ROMs) - یعنی ابزارهای اندازه‌گیری علائم و عملکرد در ابتدای سنجش در حین و پایان درمان - منجر به بهبودی سریع‌تر در افراد کم سن و سال دارای مشکلات سلامت روان می‌شود (بیکمن، کلی، بردا، دی آندردی و ریمر، ۲۰۱۱). این امر به معنای این نیست که ما پیشنهاد می‌کنیم همه درمانگران سنجش دقیقاً مشابهی مانند آنچه در ادامه بیان می‌کنیم انجام دهند. در عوض بر اهمیت اختصاص دادن زمان برای جمع‌آوری تمامی اطلاعاتی که نیاز دارید تأکید می‌کنیم، نه اینکه چون احساس فوریت یا منابع کافی دارید برخی را حذف کنید، چرا که در بلندمدت یک سنجش خوب احتمالاً به درمانی کارآمدتر و اثربخش‌تر منجر می‌شود. بر اساس تجربه ما، یک سنجش جامع تقریباً ۲ تا ۳ ساعت طول می‌کشد. ما این فصل را با فرض اینکه هیچ شناخت زمینه‌ای وجود ندارد نوشته‌ایم و مهارت‌های بالینی اصلی را به‌اضافه جنبه‌های خاص و مرتبط با اضطراب سنجش را مطرح کرده‌ایم؛ از این رو ممکن است بخش‌هایی وجود داشته باشند که برای بالینگران با تجربه بدیهی به نظر برسند.

همان‌طور که پیش‌تر گفتیم، یکی از اهداف مهم مداخلات والدمدار توانمندسازی آنها است طوری که احساس شایستگی کنند و از کودک‌شان حمایت کنند تا بر اضطراب‌هایش غلبه کند. از آنجا که ارزیابی نخستین تماس با والدین است، مهم است تا این فرایند توانمندسازی را در این مرحله شروع کنید. خاطرتان باشد که به دقت به نگرانی‌های والدین گوش دهید چون اطلاعاتی که آنها گزارش می‌کنند مهم هستند. علاوه بر این به آنها نشان دهید که مشاهدات و نظرات آنها بسیار ارزشمند هستند.

در واقع، مهم است تا تصریح کنید که شما بر بازخورد و مشاهدات آنها در طول جلسات اتکا می‌کنید. همچنین باید درباره آنچه در گذشته و آنچه انجام داده‌اند مفید بوده پرس‌وجو کنید تا وارد فرایند مشارکتی شوید تا اینکه فقط یک نفر یعنی شما در مقام درمانگر تمام پاسخ‌ها را بدانید. با مدل‌سازی رفتارهایی که می‌خواهید والدین برای کودکان‌شان به کار بگیرند، از قبیل گوش دادن به نظرات آنها و تشویق آنها به صحبت کردن برای خودشان، والدین را توانمند می‌سازید تا کنترل را به دست بگیرند.

فصل حاضر به این موضوع اختصاص دارد که چگونه به سنجش ساختار دهید، سنجش با چه کسی انجام شود و طیفی از ابزارهای سنجش که می‌توانید برای ارزیابی اختلال اضطرابی کودک و علائم در بافت درمان والدمدار به کار بگیرید، ارائه می‌شوند. ما همچنین به سایر مسائل می‌پردازیم، از قبیل آنچه هنگام محدود شدن رابطه باید انجام دهیم و شما را در تصمیم‌گیری‌های پس از سنجش در ارتباط با کاربرد این درمان راهنمایی می‌کنیم. سرانجام درباره کار مشارکتی با والدین برای تعیین اهداف درمانی که می‌توان در سرتاسر درمان به بازبینی آن پرداخت صحبت می‌کنیم.

اهداف سنجش

غریبالگری

قبل از انجام سنجش بالینی کامل، مهم است تأیید کنیم که کودک با برخی از انواع مشکلات اضطرابی مواجه است. برای نمونه، می‌توان این کار را از طریق تماس تلفنی انجام داد. این کار را می‌توان با پرسش درباره مشکلات جاری کودک پی گرفت. اگر شواهدی از مشکلات مرتبط با اضطراب وجود ندارند و سایر نگرانی‌ها برجسته‌تر هستند، شاید انجام یک سنجش بالینی کامل اضطراب مفید نباشد.

تشخیص اختلال‌ها

مهم است تا مشخص کنیم که کودک دچار چه نوع اختلال اضطرابی است تا اهداف درمان را متناسب با آن طراحی کنیم. بعداً در همین فصل در مورد اینکه چگونه این کار را با استفاده از مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه انجام دهیم صحبت خواهیم کرد.

شناسایی و کمی‌سازی علائم و رفتارها

ترکیب یک مصاحبه بالینی ساختاریافته و ابزارهای پرسش‌نامه‌ای به شما کمک خواهد کرد تا علائم و رفتارهای اضطرابی کودک را شناسایی و کمی‌سازی کنید و این اطلاعات در فرمول‌بندی و طرح مداخله نیز مفید خواهند بود.