

**مشاوره و روان‌درمانی با کودکان و نوجوانان**  
(نظریه‌ها و کاربردهای عملی در مدارس و مراکز درمانی)

Anne P. Cituk  
Multidisciplinary Center  
Florida State University  
Tallahassee, Florida

Harriet C. Cobb  
Department of Psychology  
James Madison University  
Harrisonburg, Virginia

Richard A. DeMartino  
Ballston Lake, New York

Raymond DiGiuseppe  
Department of Psychology  
St. John's University  
Jamaica, New York

Barbara L. Fisher  
Rocky Mountain Marriage and  
Family Institute  
Fort Collins, Colorado

Gerald B. and Diane L. Fuller  
Professional Psychology Program  
Walden University  
Traverse City, Michigan

Leigh R. Graves  
Multidisciplinary Center  
Florida State University  
Tallahassee, Florida

Laura W. Smith  
Department of Psychology  
James Madison University  
Harrisonburg, Virginia

Antoinette Thomas  
University of Virginia  
Charlottesville, Virginia

William B. Gunn, Jr.  
Dartmouth Family Practice Residency  
Program  
Concord, New Hampshire

F. Donald Kelly  
Psychological Services in Education  
Florida State University  
Tallahassee, Florida

J. Edward McKee  
Department of Psychology  
James Madison University  
Harrisonburg, Virginia

Scott P. Merydith  
Department of Psychology  
George Mason University  
Fairfax, Virginia

Helen B. Moore  
Department of Psychology  
James Madison University  
Harrisonburg, Virginia

Jack H. Presbury  
Department of Psychology  
James Madison University  
Harrisonburg, Virginia

Susan M. Prout  
Department of Special Education and  
Rehabilitation Counseling  
University of Kentucky  
Lexington, Kentucky

Patricia J. Warner  
Department of Psychology  
James Madison University  
Harrisonburg, Virginia

روان‌درمانی در کودکان و نوجوانان همزادِ روان‌درمانی در بزرگسالان است. فروید اهمیت بی‌چون و چرایی به تحولات دوره‌ کودکی و تأثیر آن در زندگی آتی فرد قایل می‌شد. نخستین آزمایش‌های رفتاری در مورد انسان از دیدگاه شرطی‌سازی کلاسیک به روی کودکان صورت گرفت. نظریه پردازان رشدی از قبیل پیاز، کلبه‌گ و اریکسون بسیاری از زوایای پنهان ساختار روان‌کودکان و نوجوانان را در نیمه نخست قرن ۲۰ روشن نمودند. در همین دوره، درمانگاه‌های اختصاصی در برخی شهرهای بزرگ اروپا برای رسیدگی به مشکلات کودکان تأسیس شدند. افزون بر این، گروه جدیدی از روان‌درمانگران از جمله آنا فروید و ملانی کلاین توجه خود را عمدتاً به مباحث و مسایل مربوط به کودکان و نوجوانان معطوف ساختند. به رغم این اقدامات و تلاش‌های ارزشمند دیگر، تا دهه ۱۹۸۰ ادبیات روان‌درمانی و مشاوره در کودکان و نوجوانان از کمبود محسوسی رنج می‌برد.

در این سال‌ها بود که متخصصان از گرایش‌های نظری گوناگون به یکباره متوجه این حیطة شده و به پژوهش‌های دامنه‌داری مبادرت ورزیدند به گونه‌ای که هم اینک متخصصان و درمانگران علاقمند در کمتر موضوع مرتبط با این گروه‌های سنی با کمبود مطالعات نظری و تجربی مواجه‌اند. انتشار سه ویراست کتاب حاضر تقریباً با دوره مزبور تطبیق می‌کند. همان‌طور که ویراستاران متن انگلیسی در پیشگفتار خود اشاره می‌کنند، ویراست نخست اثر حاضر (۱۹۸۳) زمانی منتشر گردید که منابع اندکی در رابطه با مشاوره و روان‌درمانی در کودکان و نوجوانان و اثر بخشی آنها در دسترس بود. در حالی که در هنگام ویراست سوم (۱۹۹۹) شاهد ادبیات پژوهشی فزاینده و کاربردهای گسترده در این خصوص هستیم.

کتاب *روان‌درمانی و مشاوره با کودکان و نوجوانان* از پاره‌ای جهات از دیگر کتاب‌های موجود در این زمینه در زبان فارسی متمایز است. تا آنجا که نگارنده این سطور اطلاع دارد، فصل دوم کتاب در خصوص مسایل اخلاقی و قانونی در زمینه مداخله‌های روان‌شناختی جامع‌ترین منبع موجود در این زمینه می‌باشد. فصل سوم که به ملاحظات فرهنگی در ارتباط با مشاوره و روان‌درمانی می‌پردازد، به لحاظ شباهت‌های ترکیب جمعیتی ایران و ایالات متحده به لحاظ تعدد اقوام و زبان‌های رایج و مهاجرت تناسب چشمگیری با مسایل پیش روی مشاوران و روان‌درمانگران ایرانی دارد. از دیگر ویژگی‌های شاخص کتاب می‌توان به توضیح مبسوط رویکردهای گوناگون اشاره کرد. فصل‌های مربوط به درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری، درمان شخص‌محور، واقعیت‌درمانی و رویکردهای آدلری که بعضاً تنها منابع موجود در زبان فارسی می‌باشند، همراه با رهنمودهای عملی متعدد حجم عمده کتاب را به خود اختصاص داده‌اند.

به رغم حجم گسترده کتاب حتی الامکان سعی شده است یکدستی متن حفظ گردد. در انتخاب معادل‌های فارسی، *واژه‌نامه روان‌شناسی* تألیف محمدنقی براهنی و همکاران مرجع اصلی بوده، با این

حال در برخی موارد ترجیح داده شده است از معادل‌هایی که در متون روان‌شناسی زبان فارسی متداول‌تراند استفاده به عمل آید. در موارد انگشت‌شمار نیز بنا به اقتضای متن معادل‌های جدیدی وضع گردیده است. همچنین در پاره‌ای موارد برای یک واژه از دو یا سه معادل فارسی استفاده شده است، به عنوان مثال، معادل‌های درگیری، مشارکت و شرکت برای involvement و آموزش روان‌شناختی و روانی - آموزشی برای psychoeducational.

محسن ارجمند مدیر کوشای انتشارات ارجمند که عنایت ویژه‌ای به چاپ آثار روان‌شناسی دارند زحمات فراوانی در آماده‌سازی و انتشار کتاب حاضر متقبل شدند. سعید شبستری با حروفچینی بسیار دقیق خود، کار غلط‌گیری کتاب را بر من آسان کرده و اصلاحات ویرایشی گسترده‌ام پس از حروفچینی اولیه را اعمال نمودند. ناگفته نماند که انتخاب و توصیه کتاب حاضر برای ترجمه، حاصل ذوق علمی محسن ارجمند است. از همه این بزرگواران صمیمانه سپاسگذاری کرده و موفقیت روزافزون‌شان را آرزو می‌کنم.

حسن فرهی

رشت - ۱۳۸۲

همزمان با ویراست سوم این کتاب، تغییرات درخور توجهی را در حوزه مشاوره و روان‌درمانی با کودکان و نوجوانان شاهد هستیم. در ویراست نخست (۱۹۸۳) خاطر نشان کردیم که کتاب‌های اندکی در ارتباط با این موضوع وجود دارد. از آن زمان تا به حال، فنون و نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی برای اینکه بتوانند نیازهای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان را به نحو مشخص تری آماج خود قرار دهند، مورد بازنگری قرار گرفته‌اند، خدمات مشاوره و روان‌درمانی به طرز گسترده تری در بسیاری از شرایط و موقعیت‌ها اجرا می‌شوند، و مبنای تجربی این مداخله‌ها مستحکم‌تر شده است. هدف مادر این ویراست مشابه هدفمان در ویراست‌های اول و دوم است. قصد ما این است که در یک قالب تطبیقی، توصیف‌های اجمالی و در عین حال جامع از چشم‌اندازهای نظری عمده در زمینه درمان مشکلات بهداشت روانی کودکان و نوجوانان ارائه دهیم و مسایل ویژه مربوط به اجرای مداخله‌های درمانی در مورد کودکان و نوجوانان را برجسته سازیم. در سر تا سر کتاب سعی نموده‌ایم هم به مسایل نظری و هم به مسایل عملی مرتبط با این مداخله‌ها پردازیم.

در این ویراست، فصل‌هایی را اضافه کرده‌ایم که مکمل مطالب اصلی هستند و بر جامعیت شمول اثر نیز افزوده‌ایم. در ویراست حاضر، دو فصل اضافه نموده‌ایم. یک فصل تازه مسایل مهمی را در زمینه مشاوره با کودکان از چشم‌اندازی چند فرهنگی شامل می‌شود - حیطه‌ای که به قدر کافی در ویراست‌های قبلی مورد توجه قرار نگرفته نبود. دومین فصل تازه دسته‌ای از فنون و راهبردها را به تفصیل شرح می‌دهد که تحت شمول رویکردهای اصلی، که در این کتاب معین کرده‌ایم، قرار نمی‌گیرند. افراد زیادی در ویراست سوم یاریگرمان بودند. نخست، از همه‌ی نویسندگان فصول کتاب به خاطر نوشته‌های تخصصی ارزشمندشان تشکر می‌کنیم. دوم، از کارکنان شرکت انتشارات روان‌شناسی بالینی<sup>۱</sup> که ناشر دو ویراست نخست این اثر بودند، سپاسگذاری می‌کنیم. در نهایت، از کلی فرانکلین<sup>۲</sup> و دوروتی لین<sup>۳</sup> از انتشارات جان وایلی و پسران<sup>۴</sup> به خاطر حمایت و شکیبایی‌شان (بیش از همه) در آماده‌سازی چاپ جدید این اثر تشکر می‌کنیم. از اینکه به خانواده‌ی وایلی پیوسته‌ایم، احساس غرور می‌کنیم.

ا.ج. تامپسون پروت

داگلاس تی. براون

1. Clinical Psychology Publishing Company    2. Dely Franklin    3. Dorothy Lin  
4. John Wiley & Sons



- ۱۳ فصل ۱ مشاوره و روان‌درمانی در کودکان و نوجوانان: توصیف اجمالی  
اچ. تامپسون پروت
- ۴۳ فصل ۲ مسایل اخلاقی و قانونی در زمینه مداخله‌های روان‌شناختی در  
کودکان و نوجوانان  
سوزان ام. پروت، ریچارد ای. دمارتینو، و اچ. تامپسون پروت
- ۷۱ فصل ۳ مشاوره و روان‌درمانی متأثر از فرهنگ در کودکان و نوجوانان  
آنتوینته‌ته آر. توماس و هاریت سی. کوب
- ۱۰۱ فصل ۴ رویکردهای روان‌پویشی  
اسکات پی. مریدیت
- ۱۴۱ فصل ۵ رویکردهای آدلری در مشاوره با کودکان و نوجوانان  
اف. دونالد کلی
- ۱۹۷ فصل ۶ رویکردهای شخص‌محور  
هلن بی. مور، جک اچ. پرسبوری، لورا دبلیو، اسمیت، و جی. ادوارد مک‌کی
- ۲۵۵ فصل ۷ رویکردهای رفتاری  
داگلاس تی. براون و اچ. تامپسون پروت
- ۳۱۳ فصل ۸ درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری  
ریموند دی‌گیوسه‌په
- ۳۷۵ فصل ۹ رویکردهای واقعیت‌درمانی  
جرالد بی. فولر و دایان ال. فولر
- ۴۳۷ فصل ۱۰ رویکردهای سیستمی (نظام‌نگر) - خانواده‌درمانی  
ویلیام بی. گیون (پسر) و باربارا ال. فیشر

|     |        |   |
|-----|--------|---|
| ۴۶۷ | فصل ۱۱ | رویکردها، فنون و موقعیت‌های ویژه دیگر<br>آنه پی. سیتوک، لای آر. گراوس، و اچ. تامپسون پروت   |
| ۴۹۹ | فصل ۱۲ | مشاوره و روان‌درمانی در کودکان و نوجوانان دچار ناتوانی<br>هریت سی. کوب و پاتریشیا چی. وارنر |
| ۵۳۱ | نمایه  |   |



## مشاوره و روان‌درمانی در کودکان و نوجوانان: توصیف اجمالی

نوشته ه. تامپسون پروت (H. Thompson Prout)

درمان روانی مشکلات کودکان در کانون توجه تخصص‌ها و حرفه‌های مختلفی قرار دارد و در بسیاری از مراکز و شرایط مورد استفاده قرار می‌گیرد. اگرچه دیدگاه‌های نظری طیف وسیعی دارند و اساساً در نظریه‌های مربوط به بزرگسالان ریشه دارند، کودکان یا نوجوانان چالشی منحصر به فرد فراروی متخصص بهداشت روانی کودک قرار می‌دهند. کودکان صرفاً «بزرگسالان کوچک»<sup>۱</sup> نیستند. درمان آنها را نمی‌توان درمان بزرگسالان در مقیاسی کوچک قلمداد کرد؛ مراحل رشد، محیط‌ها، دلایل رجوع به درمان، و سایر عوامل مربوط، رویکردی متفاوت، و لونه ابتکاری، نسبت به درمان را ایجاد می‌کنند. درمانگر کودک/نوجوان باید دانش وسیعی را جمع به اساس بیماری انسان، و چشم‌انداز متفاوتی درباره آنچه درمان یا مشاوره را تشکیل می‌دهد، داشته باشد.

کتابی که پیش رو دارید درباره روان‌درمانی و مشاوره در زمینه بهداشت روانی با کودکان و نوجوانان است. کتاب حاضر دیدگاه‌های نظری عمده در زمینه درمان روانی کودکان را در یک قالب تطبیقی گرد می‌آورد و مسایل اصلی این حوزه را برجسته می‌سازد. با این حال، پاره‌ای از مسایل از محدوده نظریه‌ها فراتر می‌روند و با هرگونه تأمین خدمات بهداشت روانی برای کودکان ارتباط پیدا می‌کنند. فصل مقدماتی حاضر برخی از این مسایل را توضیح می‌دهد. چشم‌اندازهای تاریخی، نیازهای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان و نیاز به خدمات، مسایل رشدی، مرحله نوجوانی، جنبه‌های منحصر به فرد درمان کودک و نوجوان، روان‌درمانی با نوجوانان، رویکرد چندوجهی<sup>۲</sup> به درمان، دلمشغولی‌های متخصص و الگوهای انجام درمان، و مسایل مربوط به پژوهش/اثر بخشی<sup>۳</sup> مورد بحث قرار می‌گیرند. در سر تاسر این فصل، اصطلاح‌های مشاوره و روان‌درمانی به طور مترادف به کار می‌روند.

### چشم‌اندازهای تاریخی درباره نیازهای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان

منشأ بسیاری از پیشرفت‌های مهم در کار بهداشت روانی بالینی را، از جهتی، می‌توان در آثار فروید<sup>۴</sup> پیدا کرد. کار بهداشت روانی با کودکان از این مقوله مستثنا نیست. مطالعه موردی<sup>۵</sup> کلاسیک «هانس

1. Little adults 2. multimodal view 3. research/efficacy 4. Freud 5. Case study

کوچولو»ی فروید در ۱۹۰۹ عموماً نخستین تلاش گزارش شده برای تبیین و درمان‌روانی یک اختلال دوره کودکی محسوب می‌شود (فروید، ۱۹۵۵). فروید اگرچه به طور مستقیم هانس کوچولو را درمان نکرد، درباره مشکلات او تبیین روان‌کاوی ارائه نمود و پدر هانس را در درمان او راهنمایی کرد. اعتقاد بر این است که مطالعه موردی مزبور شالوده‌ای برای نظریه‌های فروید درباره مراحل رشد روانی - جنسی<sup>۱</sup> فراهم کرد. علاقه فروید به اختلال‌های دوره کودکی ظاهراً در این حین رو به افول گذاشت و تا ۱۹۲۶ که دخترش، آنا<sup>۲</sup>، یک سلسله سخنرانی تحت عنوان «مقدمه‌ای بر فن روان‌کاوی کودکان»<sup>۳</sup> در مؤسسه روان‌کاوی وین ایراد کرد، احیا نشد. این سخنرانی‌ها علاقه قابل توجهی را برانگیخت و آنا فروید را پیشگام روان‌درمانی کودک نمود (اریکسون<sup>۴</sup>، ۱۹۷۸). کمی پس از آن، ملانی کلاین<sup>۵</sup> (۱۹۳۲) با تأکید بر اهمیت نمادین بازی کودکان، بازی آزاد با کودکان را به عنوان جانشینی برای فن تداعی آزاد به کاررفته در مورد بزرگسالان معرفی کرد و بدین ترتیب بازی‌درمانی را ابداع نمود. این دو مکتب اگرچه در مورد بسیاری از مسایل اختلاف نظر داشتند، با این حال، در قلمرو روان‌کاوی کودک دیدگاه‌هایی غالب باقی ماندند، به گونه‌ای که بیشتر کارهای تحلیلی یا محصول جانبی نظریه آنا فروید هستند یا نظریه کلاین.

تقریباً در همان دوره (اوایل قرن بیستم) عوامل تأثیرگذار دیگری نیز بر کار با کودکان تأکید می‌کردند. در فرانسه در ۱۹۰۵، آلفرد بینه<sup>۶</sup> کار اولیه بر روی آزمون هوش خود را به پایان رساند؛ از این آزمون به منظور تصمیم‌گیری در خصوص تعیین موقعیت تحصیلی در مدارس پاریس استفاده می‌شد. کار بینه مبنایی برای بررسی افراد بر اساس روان‌سنجی فراهم ساخت و بر بررسی کودک و روان‌شناسی کاربردی تأثیر زیادی نهاد (شوارتز و جانسون، ۱۹۸۵). در دانشگاه پنسلوانیا در ایالات متحده، ویتمر<sup>۷</sup> در ۱۸۹۶ درمانگاهی برای کودکان تأسیس کرد که به سازگاری در مدرسه می‌پرداخت (ام. اریکسون، ۱۹۷۸)، و هیلی<sup>۸</sup> در ۱۹۰۹ مکانی را که هم‌اکنون مؤسسه پژوهشی شیکاگو در زمینه نوجوانان است، بنیان نهاد (شوارتز و جانسون). این رویدادها، با تأکید بر رویکرد تیم گروهی / تیمی چند رشته‌ای<sup>۹</sup> به تشخیص و درمان مشکلات سازگاری و روانی کودکان، مبنایی برای نهضت راهنمایی کودک فراهم نمود. مدل راهنمایی کودک هم درمان کودک و هم درمان والدینش را مد نظر دارد. علاقه روزافزون در کار بالینی و پژوهشی درباره مشکلات کودکان، در ۱۹۲۴ به تأسیس انجمن آمریکائی روان‌پزشکی پیش‌گیرانه<sup>۱۰</sup> منجر شد، سازمانی متشکل از روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، و روان‌پزشکان که به مشکلات بهداشت روانی کودکان می‌پرداخت (شوارتز و جانسون).

روان‌درمانی‌های روان‌کاوانه در سر تاسر دهه ۱۹۴۰ و همچنین در دهه ۱۹۵۰ تقریباً به شکل انحصاری در درمان کودکان مورد استفاده قرار می‌گرفتند. ویرجینیا آکسلاین<sup>۱۱</sup> در ۱۹۴۷ کتاب *بازی درمانی* را منتشر کرد؛ این کتاب شیوه غیر رهنمودی<sup>۱۲</sup> درمان با استفاده از بازی را توصیف می‌کرد.

1. Stages of Psychosexual development 2. Anna

3. *Introduction to the Technique of Psycho-analysis of Children* 4. Erickson 5. Melanie Klein

6. Alfred Binet 7. Witmer 8. Healy 9. multidisciplinary team approach

10. American Orthopsychiatric Association 11. Virginia Axline 12. nondirective

بازی‌درمانی غیر رهنمودی، در واقع، شکلی از درمان بزرگسال مدار مراجع محور<sup>۱</sup> کارل راجرز بود که در مورد کودکان به کار می‌رفت. هم بازی‌درمانی غیر رهنمودی و هم درمان مراجع محور نمایانگر نخستین انحراف‌های عمده از تفکر روان‌کاوی بودند، زیرا در مورد مفهوم‌سازی فرایند و محتوای درمانی نقش درمانگر با آن اختلاف نظر داشتند. تأثیر آکسلاین بر درمان کودک مشابه و دنباله‌ی تأثیر راجرز بر روان‌درمانی بزرگسالان بود. نهضت اصلی بعدی در روان‌درمانی، ظهور رویکردهای رفتاری به درمان بود. اگرچه اصول و کاربردهای بالقوه روان‌شناسی رفتاری از مدت‌ها قبل شناخته شده بودند، ولی تادهه<sup>۲</sup> ۱۹۶۰ که تغییر رفتار و رفتاردرمانی در کار بالینی با کودکان مکرر مورد استفاده قرار گرفتند، توجهی به آنها مبذول نشد (گرازیانو، ۱۹۷۵).

علاوه بر اینها، درمان بهداشت روانی کودکان و نوجوانان تحت تأثیر دو حکم سیاسی و قانونی قرار گرفت. در مورد نخست، نهضت بهداشت روانی اجتماع به شدت تحت تأثیر تصویب لایحه برنامه فدرال در ۱۹۶۳ برای تأسیس مراکز بهداشت روانی در اجتماعات محلی قرار گرفت و بدین طریق به سوی درمان‌نهادی یاسازمانی گسترده گام برداشت. این نهضت نه تنها به خاطر اینکه طرح مزبور حکم رسمی برنامه فدرال بود، بلکه به خاطر اینکه نشانگر این فلسفه بود که مداخله‌های بهداشت روانی به احتمال زیاد زمانی موفق و نتیجه‌بخش هستند که در اجتماع اجرا شوند، جایی که ناسازگاری روی می‌دهد، توسعه یافت. برنامه‌های جدید بر مداخله اولیه و پیشگیری از اختلال‌های روانی تأکید می‌کردند. حکم دوم که مبنای فلسفی مشابهی داشت متضمن تأمین خدمات آموزش ویژه برای همه کودکان معلول، از جمله کودکان و نوجوانان دارای آشفتگی هیجانی و اختلال رفتاری بود. به موجب مثالی که قانون دولتی ۱۴۲-۹۴ [هم‌اکنون افراد دارای ناتوانی در تحصیل<sup>۲</sup> (IDEA)] در ابتدا ذکر کرده بود، این نهضت نه تنها نقش آموزش عمومی در تأمین خدمات برای این دانش‌آموزان را بسط داد، بلکه این امکان را برای کودکان فراهم ساخت که در مدرسه خودشان باقی بمانند. روان‌درمانی و درمان بهداشت روانی، هرگاه بخشی از برنامه کامل آموزشی کودک تلقی شدند، به وسیله قانون و سیاست به خدمات آموزشی تبدیل شده‌اند.

### نیازهای بهداشت روانی کودک و نوجوان: یک مشکل مزمن

برآوردهای مستندی درباره تعداد زیاد و شاید رو به افزایش کودکان دارای مشکلات قابل ملاحظه در زمینه بهداشت روانی وجود دارد. مدت کوتاهی است که به وجود این نیازها پی برده‌ایم. بررسی‌ها در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ شیوع فراگیر مشکلات در آن زمان را نشان داده‌اند. باور<sup>۳</sup> (۱۹۶۹) در بررسی دانش‌آموزان مدارس دولتی برآورد کرد که در یک کلاس معمولی دست‌کم سه دانش‌آموز (یعنی، ۱۰٪ کودکان و نوجوانان محصل) به مشکلات بهداشت روانی متوسط تا شدید مبتلا هستند؛ بسیاری از این کودکان به اندازه‌ای دچار آشفتگی بودند که خدمات ویژه آموزشی مخصوص افرادی دارای معلولیت

1. adult - oriented client - centered therapy      2. Individuals with Disabilities Education Act

3. Bower

هیجانی<sup>۱</sup> را ایجاب می‌کرد. نیوفیلد در ۱۹۶۸ با ذکر این برآورد که ۲/۵ تا ۴/۵ میلیون کودک زیر ۱۴ سال به درمان روان‌پزشکی نیاز دارند، متوجه شد که فقط ۳۰۰۰۰۰ تن از آنها خدمات درمانی را دریافت می‌کنند. این رقم نشانگر آن است که تقریباً ۱۰٪ کودکان نیازمند از خدمات بهره‌مند می‌شوند. برلین<sup>۲</sup> در ۱۹۷۵ برآورد کرد که هر سال ۶ میلیون کودک محصل مشکلات هیجانی حادی را تجربه می‌کنند که مستلزم مداخله تخصصی است. کاون<sup>۳</sup> (۱۹۷۳) گروه کوچک تری (۱/۵ میلیون) را نیازمند کمک فوری تشخیص داد، اما برآورد کرد که کمتر از ۳۰٪ کودکان مورد نظر این کمک را دریافت می‌کنند.

یافته‌های فعلی تغییر اندکی را در کاهش مشکلات نشان می‌دهند. کازدین<sup>۴</sup> و جانسون<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) خاطر نشان کرده‌اند بررسی‌های صورت گرفته در مورد بروز مشکلات نشان می‌دهند بین ۱۷٪ و ۲۲٪ کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال نوعی مشکل هیجانی، رفتاری، یا رشدی دارند. این ارقام نشانگر آنند که بین ۱۱ و ۱۴ میلیون نفر از ۶۴ میلیون کودک و نوجوان در ایالات متحده اختلال در خور توجهی دارند. آنها خاطر نشان کرده‌اند بسیاری از این کودکان دارای اختلال به درمان ارجاع نمی‌شوند و در مدارس تحت درمان قرار نمی‌گیرند. کازدین و جانسون همچنین اظهار داشته‌اند رفتارهای خطرناک، از جمله رفتارهای ضد اجتماعی و بزهکاری، و سوء مصرف مواد، میزان بالا و رو به افزایشی دارند. دال<sup>۶</sup> (۱۹۹۶) در ترکیب بررسی‌های همه‌گیرشناسی، میزان مشابه ۱۸٪ تا ۲۲٪ دارای اختلال‌های قابل تشخیص را نشان می‌دهد، که اگر بخواهیم این ارقام را به زبان مقایسه در یک مدرسه برگردانیم از هر ۱۰۰۰ دانش‌آموز، ۱۸۰ تا ۲۲۰ دانش‌آموز مدرسه یک اختلال در دامنه‌های بالینی (مرضی) دارند. دال سیاستگذاری‌های گسترده در همه سطوح (مدرسه، محله، حکومتی) برای رسیدگی به این نیازهای مهم را ضروری می‌داند. قطع نظر از برآورد میزان بروز مشکلات، واضح است که بسیاری از کودکان و نوجوانان دارای مشکلات از سوی نهادهای آموزشی، بهداشت روانی و خدمات اجتماعی به‌عنوان افراد دارای مشکلات هیجانی شناسایی نشده و بدین ترتیب به مراکز درمانی ارجاع نمی‌شوند یا خدمات درمانی برای آنها تأمین نمی‌گردد.

علی‌رغم اینکه بر پایه قریب به ۳۰ سال پژوهش درباره نیازهای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان شناخت زیادی از مشکل موجود داریم، اما آنها هنوز از خدمات درمانی بسیار کمی برخوردارند. نیازهای بهداشت روانی کودکان با کمبود شدید ارائه خدمات مواجهند؛ و به موازات مشکلات سرمایه‌گذاری و تأمین بودجه که همچنان در بخش خدمات‌رسانی به مردم ادامه دارد، فاصله بین نیازها و خدمات در دسترس احتمالاً تداوم خواهد یافت. خدمات پیشگیرانه ممکن است برای رسیدگی به بخشی از این مشکل از نظر هزینه و امکانات مقرون به صرفه باشد، اما تأمین خدمات مشاوره و روان‌درمانی پر محتوا در کل سیستم بهداشت روانی یک مؤلفه تعیین‌کننده خواهد بود.

## مسائل رشدی

متخصص بهداشت روانی کودک/نوجوان به چند دلیل باید با رشد انسان آشنایی داشته باشد. به جز آسیب‌شناسی روانی شدید و رفتارهای افراطی، بیشتر رفتارهایی که در کودکان، مشکل‌آفرین معرفی

می‌شود ممکن است صرفاً انحراف بهنجار رشدی باشند. آن چیزی که در بزرگسالان رفتار مرضی تلقی می‌شود ممکن است در کودکان و نوجوانان، نابهنجار نباشد. اطلاع از رشد و حدود بهنجار رفتار در سنین گوناگون برای تمایز گذاشتن بین رفتار واقعاً منحرف و بحران‌های جزئی رشدی تعیین‌کننده است. رشد کودکان و نوجوانان از توالی‌هایی پیروی می‌کند که ترتیب‌های پیش‌بینی‌شده‌ای برای ظهور رفتارها و خصوصیت‌های معین دارند، با این حال این ترتیب‌ها می‌توانند بسیار متغیر باشند. شخصیت کودکان، در مقایسه با انتظاراتی که از استواری شخصیت بزرگسالان وجود دارد، بسیار ناستوار است. در ارتباط با این ناستواری، شواهدی در دست است که نشان می‌دهند پاره‌ای از مشکلات رفتاری اغلب نشانگر رشد بهنجار هستند. بررسی رشدی کلاسیک مک‌فارلین<sup>۱</sup>، آلن<sup>۲</sup>، و هانزیک<sup>۳</sup> (۱۹۵۴) تعدادی از رفتارها را نشان داد که به نظر والدین مشکل‌آفرین بودند، با این حال در سطوح سنی گوناگون هنجارمند بودند. اسروف<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) با خاطر نشان کردن این نکته که سن در تفکیک رفتار بهنجار از نابهنجار عامل مهمی به شمار می‌آید، بر یافته فوق تأکید می‌ورزد. درمانگر کودک/نوجوان باید بتواند این مشکلات «بهنجار» را از مشکلاتی که نشانگر اختلال‌های حادث‌تری هستند جدا کند.

اطلاع از رشد در اتخاذ تصمیمات بالینی در مراحل مختلف فرایند درمان نیز به درمانگر کمک می‌کند. انتخاب هدف مناسب به کار درمانی مان جهت می‌دهد، این امکان را به ما می‌دهد که بر پیشرفت درمان نظارت داشته باشیم، و به ما می‌گوید که کی به درمان خاتمه دهیم. درمانگر کودک/نوجوان این اهداف را در یک چهارچوب رشدی قرار می‌دهد، بنابراین از کودک ۸ ساله انتظار ندارد که در طی درمان، توانایی‌های شناختی حل مسئله یا سازگاری اخلاقی کودک ۱۰ ساله را کسب کند. انتخاب اهدافی که فراتر از انتظارات رشدی هستند تقریباً شکست مداخله را حتمی می‌کند. دانش یادشده درباره رشد همچنین به درمانگر کمک می‌کند محتوای مناسبی برای درمان انتخاب نماید و مشخص کند که چه سطحی از مداخله درمانی برای کودک مناسب‌تر است. به علاوه، درمانگر باید در این انتظارات سن رشدی نسبت به تأخیرهای رشدی کودکان حساس باشد. تأخیرهای رشدی، به ویژه در شناخت و زبان، نه تنها انتخاب هدف را الزامی می‌کنند، بلکه باید از اختلال‌های رفتاری یا هیجانی متمایز شوند. این تأخیرها می‌توانند عوامل اصلی کمک‌کننده به شکل‌گیری اختلال باشند. برای مثال، کودکان دارای ناتوانی‌های یادگیری یا عقب‌ماندگی ذهنی اغلب خود پنداره‌های ضعیف<sup>۵</sup> و خودانگاره‌های منفی<sup>۶</sup> و نیز مشکلات اجتماعی.. هیجانی دیگری را نشان می‌دهند (کلاریزیو و مک‌کوی، ۱۹۷۶). در انتهای دیگر طیف، باید مواظب باشیم برای کودکانی که از نظر رشدی پیشرفته هستند اهداف محدودی را انتخاب نکنیم. اگرچه از سنجش روانی به عنوان پیش‌نیاز درمان حمایت نمی‌کنیم، با این حال در بیشتر موارد درمانگر کودک/نوجوان لازم است سطوح رشدی مراجعانش را پیش از مداخله بسنجد.

بررسی رشد را اصولاً می‌توان به دو نوع اطلاعات تقسیم کرد که با مشاوره و روان‌درمانی ارتباط دارند. نوع نخست اطلاعات مستلزم شناخت آرای نظریه‌پردازان مراحل رشدی است که شاخص‌ترین

1. Mac Farlane 2. Allen 3. Honzik 4. Sroufe 5. Poor self - concepts

6. negative self - images

آنها کارهای فروید، پیاژه<sup>۱</sup>، کلبرگ<sup>۲</sup>، و اریکسون<sup>۳</sup> هستند. دیدگاه روانکاوانه‌ی فروید درباره‌ی رشد انسان بر جنبه‌های روانی - جنسی و سائق‌های لذت‌طلبی تأکید می‌ورزد که کودک و نوجوان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. رشد، مجموعه‌ای از بحران‌های رشدی در نظر گرفته می‌شود که به تعارض روانی - جنسی منجر می‌شوند و برای اینکه فرد به مرحله‌ی بعدی پا بگذارد باید حل و فصل گردد (نیوبائر، ۱۹۷۲). توصیف فروید از مراحل رشدی و روابط والد - فرزند در عین حال که به وضوح بیشترین هماهنگی را با رویکرد روانکاوی به درمان دارد، برای سنجش رشد اجتماعی - هیجانی مبنای سودمندی را فراهم می‌سازد. به همین ترتیب، نظریه‌ی رشد شناختی پیاژه مبنای مشابهی برای سنجش رشد عقلانی ارائه می‌نماید. پیاژه اظهار داشته است رشد شناختی حاصل ترکیب بالیدگی<sup>۴</sup>، تجربه‌ی بدنی، تعامل اجتماعی و تعادل جوی<sup>۵</sup> (سیستم خودنظم‌بخشی درونی) است. در دوره‌های مختلف، نوع اطلاعاتی که می‌توان پردازش کرد و عملیات شناختی که می‌توان انجام داد متفاوت است. رشد شناختی توالی منسجم و ثابتی از توانایی‌های شناختن معین است که در سنین خاص پیش‌بینی می‌شوند (وادزورث، ۱۹۹۶). پیاژه این امکان را برای ما فراهم نمود که هم روش‌هایی را برای تعامل با کودک انتخاب کنیم که از نظر رشدی مناسب هستند و هم اهداف مناسبی را برای تغییر شناختی برگزینیم. برای مثال، کودکی که در مرحله‌ی عملیات عینی است مسایلی را حل می‌کند که با اشیاء یا رویدادهای واقعی یا قابل مشاهده سروکار دارند. او در مسایلی که فرضی<sup>۶</sup> و کاملاً کلامی هستند با مشکل مواجه می‌شود، از این جهت، مداخله‌های مشاوره‌ای کلامی محور یا انتزاعی‌تر در این مرحله‌ی رشدی مناسب نیستند.

کلبرگ (۱۹۶۴، ۱۹۷۳) توجه خود را به شکل‌گیری و رشد فهم اصول اخلاقی، یا آن چیزی که فرد معتقد است پاسخ صحیح اخلاقی به وضعیت‌های دشوار خواهد بود، معطوف کرده است. سازگاری اخلاقی همانند مراحل شناختی و روانی - جنسی یک مغیر رشدی وابسته به سن محسوب می‌شود. افراد در سنین مختلف باورهای معینی درباره‌ی دلایل بروز رفتار اخلاقی، ارزش متعلق به زندگی انسان، و دلایل تأیید معیارهای اخلاقی دارند. آگاهی از مراحل رشد اخلاقی می‌تواند بینش‌هایی را در مورد رفتار کودک پدید آورد، محتوای مناسبی به جلسات درمان ببخشد، و نیز این امکان را مهیا سازد که درمان در سطحی متناسب با سطح رشد اخلاقی فعلی انجام گیرد. فرض بر این است که مراحل تنزل‌یافته‌ی رشد اخلاقی با انحراف کودک، به ویژه بزهکاری، ارتباط دارند (کووی، ۱۹۷۹).

نظریه‌ی رشدی اریکسون (۱۹۶۳) بر پایه‌ی نظریه‌ی روانکاوی قرار دارد و بر مجموعه‌ای از بحران‌های روانی - اجتماعی<sup>۷</sup> تأکید می‌کند. در هر مرحله، فرد با بحرانی روبه‌رو می‌شود که باید با اکتساب مرحله تازه‌ای از تعامل اجتماعی آن را حل کند. حل ناموفق بحران روانی - اجتماعی مانع رشد بعدی می‌شود و می‌تواند بر شخصیت فرد تأثیر منفی داشته باشد. اگرچه نظریه‌ی اریکسون بر پایه‌ی روانکاوی استوار است، اما بر اجتماعی شدن و خواست‌ها و مقتضیات جامعه بیشتر تأکید می‌نماید. عده‌ی زیادی کار اریکسون را، به همراه کار کلاسیک هاویگارست<sup>۸</sup> (۱۹۵۱)، به ویژه در شناخت رشد نوجوان، مفید می‌دانند. در مجموع، نظریه‌های مراحل رشدی مذکور چهارچوب جامعی در اختیار درمانگر می‌گذارند تا سطح رشدی فعلی کودک را در نظر آورد.

1. Piaget 2. Kohlberg 3. Erikson 4. maturation 5. equilibration 6. hypothetical  
7. psychosocial 8. Havighurst

اطلاعات دیگری در زمینه رشد کودک وجود دارد که دانستن آنها برای درمانگر کودک/نوجوان ضروری است. این اطلاعات از بررسی عوامل شخصیت که اساساً متغیرهای رشدی ویژه هستند، حاصل می‌شوند. این عوامل در بسیاری از موارد، اجزای سازنده نظریه‌های اصلی شخصیت هستند. اگرچه فهرست متغیرهایی که مورد بررسی قرار گرفته‌اند تقریباً بی‌پایان است، کلاریزیو<sup>۱</sup> و مک‌کوی<sup>۲</sup> (۱۹۷۶) تعدادی از آنها را توصیف نموده‌اند؛ ایشان به ویژه متغیرهایی را توصیف کرده‌اند که با درمان کودک و نوجوان ارتباط دارند زیرا اغلب کانون مسئله ارجاعی هستند یا اثر متقابل با مشکل دارند. این ویژگی‌های رشدی غالباً همانند نظریه‌های مراحل از توالی‌های رشدی پیروی می‌کنند. در دوره‌های خاص، رفتارهایی ظاهر می‌شوند که ممکن است والدین یا معلمان آنها را مزاحم یا آزارنده بدانند اما در واقع بخشی از الگوی رشد و نمو بهنجار هستند.

کلاریزیو و مک‌کوی (۱۹۷۶) وابستگی، اضطراب و ناایمنی، پرخاشگری، و انگیزه پیشرفت را عواملی ذکر می‌کنند که معمولاً در مشکلات کودک و نوجوان دخیلند. اگر به هر یک از این عوامل نظر بیفکنیم، به یک الگوی رشدی، تظاهرات رفتاری، شرایط کمک‌کننده به عوامل مشکل‌آفرین، و پیامدهای انطباقی و غیر انطباقی پی می‌بریم. برای مثال، وابستگی در نوعی روابط کودک - بزرگسال وجود دارد که کودک اغلب به دنبال کمک و تماس بدنی است، به رفتار توجه‌طلبی دست می‌زند، و نزدیکی جسمی با بزرگسال را حفظ می‌کند. این رفتارها در کودکان خردسال و والدینشان نسبتاً بهنجار و قابل انتظار هستند. همچنان که کودکان بزرگ‌تر می‌شوند، هم شدت وابستگی و هم موضوع وابستگی هیجانی تغییر می‌کند. کودکان بالغ کمتر به والدینشان وابسته می‌شوند، در نتیجه، رفتارهای وابستگی کاهش پیدا می‌کنند، و برای کسب تأیید و توجه به همسالان بیشتر وابسته می‌گردند.

الگوی تربیتی والدین (برای مثال، آسان‌گیری مفرط، حمایت مفرط) عواملی قلمداد می‌شوند که به وابستگی مفرط کودک کمک می‌نمایند و در حرکت او به سوی استقلال بیشتر اختلال ایجاد می‌کنند. کودکی که در زمینه استقلال به اندازه کافی پیشرفت می‌کند، حس اعتماد را در خود بسط می‌دهد، به تقویت‌کننده‌های اجتماعی پاسخ می‌دهد، و می‌تواند محبت و صمیمیت خود را به دیگران ابراز کند. کودکان کاملاً وابسته به احتمال زیاد در آینده به یک فرد وابسته منفعل، سلطه‌پذیر و بی‌اعتماد نسبت به دیگران تبدیل می‌شوند. در مورد وابستگی و سایر عوامل شخصیت، پیشرفت رشدی بهنجار عامل مهمی در سازگاری موفقیت‌آمیز فرد بزرگسال محسوب می‌شود. از دانش مربوط به این متغیرها می‌توان در طرح‌ریزی درمان و انتخاب هدف، در تعیین اینکه آیا رفتارهای افراطی یا آسیب‌شناختی در سنین گوناگونی روی می‌دهند، و در سنجش عوامل کمک‌کننده به رفتارهای مشکل‌آفرین استفاده نمود.

### مرحله نوجوانی

احتمالاً هیچ دوره رشدی واحد به اندازه دوره نوجوانی موجب سردرگمی والدین، معلمان، و متخصصان بالینی نمی‌شود. این دوره بیشتر یک مرحله رشدی شناخته می‌شود تا مجموعه مراحل

متوالی، چنین می‌نماید که نوجوان رفتارهای ناپایداری «دارد» که بیشترشان آشفته‌کننده هستند. واینر<sup>۱</sup> (۱۹۹۲) اظهار می‌دارد بیشتر مردم دوره نوجوانی بهنجار را یک حالت آشفته و بیمار می‌دانند. او خاطر نشان می‌کند مشخصه رشد بهنجار نوجوان طیفی از افکار، احساسات، و اعمال آشفته‌کننده، متلاطم، و غیر قابل پیش‌بینی هستند و نوجوانان در نتیجه چنین توفان و فشار روانی، به طور طبیعی نشانه‌هایی را بروز می‌دهند که فرد بزرگسال آنها را آسیب‌شناسی روانی قطعی می‌بندارد. این عقیده دو جنبه مهم کار روان‌درمانی با نوجوانان را آشکار می‌کند. نخست اینکه، درمانگر مراجع نوجوان باید مواظب باشد رفتارها، افکار، یا احساس‌های معمول<sup>۲</sup> و، چه بسا، ظاهراً عجیب و غریب را به عنوان علامت آسیب‌شناسی روانی شدید تعبیر افراطی نکند<sup>۳</sup>. دوم اینکه، درمانگر باید از روند بی‌ثبات، پیش‌بینی‌ناپذیر و ناکام‌کننده درمان شگفت‌زده یا ناراحت نگردد.

نوجوانان، در واقع، در نقطه عطف زندگی قرار دارند. آنها در حال گذار از کودکی به بزرگسالی هستند. فهرست کلاسیک وظایف رشدی نوجوان هاویگارست (۱۹۵۱) در مورد فشارها و خواسته‌هایی که نوجوانان با آنها مواجهند، بصیرت بیشتری به ما می‌بخشد. به نظر هاویگارست، تسلط بر نه وظیفه رشدی زیر برای سازگاری نوجوانان بسیار اساسی است:

۱. پذیرش نقش جسمی و جنسی خود.
۲. برقراری روابط با همسالان جدید از هر دو جنس.
۳. دستیابی به استقلال هیجانی از والدین.
۴. دستیابی به امنیت استقلال اقتصادی.
۵. انتخاب و آمادگی برای اشتغال.
۶. پرورش مهارت‌ها و مفاهیم عقلانی لازم برای توانایی و تبحر مدنی.
۷. فراگیری الگوهای رفتاری دارای مسئولیت اجتماعی.
۸. آماده شدن برای ازدواج و زندگی خانوادگی.
۹. ایجاد ارزش‌های آگاهانه‌ای که با محیط فرد سازگارند.

پاسخ نوجوان به بیشتر این فشارهای روانی رشدی به ویژگی‌هایی منجر می‌شود که کویپه‌لند<sup>۴</sup> (۱۹۷۴) آنها را «خصیصه‌های فردی نوجوان»<sup>۵</sup> توصیف کرده است، خصیصه‌هایی که الزاماً نشانگر هیچ‌گونه فرایند آسیب‌شناختی (مرضی) نیستند. کویپه‌لند هم ویژگی‌های تفکر نوجوان و هم ویژگی‌های عاطفه و رفتار او را توصیف می‌کند. ویژگی‌های تفکر نوجوان عبارتند از:

- اشتغال ذهنی در مورد خود. فکر نوجوان در این مرحله به شدت درگیر خودش است. این درگیری هم می‌تواند به شکل خودشیفتگی باشد و هم همراه با خود تردیدی<sup>۶</sup> و بحران‌های اعتماد به نفس.

1. Weiner 2. typical 3. overinterpret 4. Copeland 5. adolescent idiosyncrasis  
6. Self - doubt



- اشتغال ذهنی در مورد خیال‌پردازی. زندگی خیال‌پردازانه غنی نوجوان نتیجهٔ سائق‌ها و احساس‌های شدیدی است که او تجربه می‌کند. خیال‌پردازی‌ها وسیله‌ای هستند برای کنترل این سائق‌ها و نیز مقداری کامرواسازی<sup>۱</sup>.
  - اشتغال ذهنی در مورد نیاز به ابراز خود<sup>۲</sup>. کوپه‌لند این اشتغال ذهنی را «برو پی کار خودت» می‌نامد و معتقد است بیانگر مبارزهٔ نوجوان برای کسب استقلال بدون نظارت و رضایت والدین می‌باشد. تمایل به بی‌همتا بودن همچنین نوجوان را به تلاش وامی‌دارد که احساس هویت را در خودش به وجود آورد.
  - اشتغال ذهنی در مورد امور انتزاعی، نظریه‌ها، و آرمان‌ها. سؤالات فلسفی مانند «حقیقت مطلق» و «واقعیت نهایی» ذهن نوجوان را به خود مشغول می‌کند. نوجوان اغلب نظرات مرسوم اشخاص و مراجع قدرت را به شدت رد کرده و نظریه‌ها و عقاید خوش را دربارهٔ جهان می‌پروراند. کوپه‌لند این دیدگاه را به کار پیازه نسبت می‌دهد. پیازه خودمحوری در دورهٔ نوجوانی را یک مرحلهٔ رشد شناختی به‌نحوی قلمداد می‌کرد زیرا نوجوان از نیروها و توانایی‌های تازه‌یافته تفکر منطقی‌اش برخوردار می‌شود. نوجوان قادر نیست بین فکر آرمان‌گرایانهٔ خودش و جهان «واقعی» تمایز ایجاد کند (وادزورث، ۱۹۹۶).
  - اشتغال ذهنی در مورد میل جنسی. نوجوان علاقهٔ بسیار زیادی به موضوعات جنسی دارد و روابط ناهمنجس خواهانه<sup>۳</sup> اولیهٔ او اغلب شدید و بیش‌آرمانی شده است. نوجوان به ظاهر و لباس بیش از اندازه توجه می‌کند، بدین سبب زمان قابل ملاحظه‌ای را صرف تمیز کردن و آراستن سر و وضع خود می‌کند.
  - لذت‌گرایی<sup>۴</sup> و / یا ریاضت‌کش<sup>۵</sup>. نوجوان به خاطر شدت حالت‌های سائمی عملاً مجبور می‌شود به آنها پاسخ دهد. این پاسخ اغلب افراطی است - یا لذت‌گرایانه، یعنی نوجوان کاملاً به دنبال کامرواسازی یا ازضای غریزی است؛ یا رضایت‌کشانه، که به خاطر ترس و احساس گناه از این سائق چشم می‌پوشد.
  - هم‌رنگی با جماعت<sup>۶</sup>. نوجوان، به عنوان بخشی از مبارزه برای کسب استقلال، الگوهای هویت خودش را از والدین و خانواده به یک‌گروه همسال برگزیده تغییر می‌دهد. رفتار و خصوصیات نوجوان، که اغلب از طریق لباس و علایق دیگر نشان داده می‌شوند، معمولاً با رفتار و خصوصیات بزرگسالانی که نوجوان سعی می‌کند از آنها مستقل شود مغایرت دارند و توسط همان بزرگسالان مورد انتقاد قرار می‌گیرند.
- به عقیدهٔ کوپه‌لند، نوجوان معمولاً حالات عاطفی و رفتارهای شاخص خاصی را نیز نشان می‌دهد:
- حساسیت زیاد. نوجوان زندگی را با شدت و شور و هیجان تجربه می‌کند و گاهی اوقات واکنش

1. gratification    2. Self - expression    3. heterosexual    4. Hedonism    5. asceticism  
6. conformism

- شدیدی از خود نشان می‌دهد. نوجوان به ندرت نسبت به مسایل پیرامونش بی‌اعتنا می‌ماند، از این رو، برای او موضوعات جزئی می‌توانند به مسایل بزرگی تبدیل شوند.
- نوسانات خلق و اکنش‌های هیجانی شادمانی و غمگینی می‌توانند به شکل ناگهانی، و تقریباً همزمان، اتفاق بیفتند. تغییرات در عاطفه سریع و شدید هستند.
  - گرایش به برون‌ریزی<sup>۱</sup>، رفتار تکانشی اغلب هم برای نوجوان و هم برای والدین دردسر می‌آفریند. نافرمانی متداول است و در برخی موارد شدید، بزهکاری و سایر رفتارهای ضد اجتماعی روی می‌دهد.
  - بازداری رفتار. نوجوان ممکن است خود را بازداری کرده و به دفعات از اجتماع گوشه‌گیری کند.

درمانگر کودک/نوجوان نظریه‌ها و پژوهش‌های زیادی در زمینه رشد کودک و نوجوان خواهد یافت که به مداخله‌های روانی با این گروه‌ها مربوط می‌شوند. در واقع، به ندرت می‌توان بدون داشتن آموزش پایه محکم در این حوزه‌ها تهیه و اجرای طرح‌های درمانی را تصور کرد. نظریه‌ها و پژوهش‌های مربوط به رشد چهارچوبی در اختیارمان می‌گذارند که به نحو نظام‌مند، حتی اگر نه به صورت علمی، با کودکان و نوجوانان کار کنیم و با عینیت بیشتری پیشرفت درمانی‌مان با آنها را بسنجیم.

### جنبه‌های منحصر به فرد روان‌درمانی در مورد کودکان و نوجوانان

علاوه بر مسایل رشدی که قبلاً درباره آنها بحث کردیم، در ارتباط با رشد و موقعیت کودک مسایل دیگری نیز وجود دارد که بر رابطه روان‌درمانی مؤثرند. این عوامل به کار مستقیم با کودک یا نوجوان مربوط می‌شوند و از برخی تفاوت‌های بین روان‌درمانی کودک/نوجوان و روان‌درمانی بزرگسال منشأ می‌گیرند.

کلاریزیو و مک‌کوی (۱۹۷۶) توصیفی اجمالی از برخی جنبه‌های منحصر به فرد رابطه درمانی کودک/نوجوان ارائه نموده‌اند. کودکان و نوجوانان با انگیزه متفاوتی برای درمان به جلسه مشاوره می‌آیند. در حالی که فرد بزرگسال معمولاً می‌داند که یک مشکل شخصی وجود دارد، کودک ممکن است قبول نکند یا تشخیص ندهد که مشکلاتی وجود دارد. اگرچه ممکن است دیگران فرد بزرگسال را به جستجوی کمک تخصصی ترغیب کنند، اما در بیشتر موارد خودش تصمیم می‌گیرد که برای درمان رجوع کند. کودک بعید است داوطلبانه برای درمان رجوع کند. این تصمیم معمولاً توسط فرد بزرگسالی گرفته می‌شود که در محیط کودک حاضر است و کودک میزان متفاوتی از پذیرش/تسلیم/مقاومت را در برابر این تصمیم اتخاذ شده از خود نشان می‌دهد. ماهیت غیرارادی مراجعه کودک/نوجوان در بیشتر موارد موجب می‌شود مراجع برای شروع رابطه با درمانگر انگیزه کمی داشته باشد یا هیچ انگیزه‌ای نداشته باشد، به گونه‌ای که حتی قبول نمی‌کند تغییر ضروری است. بنابراین، گام نخست در بیشتر

مداخله‌های درمانی صرفاً این است که درمانگر نوعی رابطه با کودک را برقرار نماید و تا حدودی او را متقاعد سازد که تغییر لازم است. بدون اینکه در مراجع مقداری انگیزه به وجود بیاوریم تا دست‌کم موقعیت فعلی را مورد بررسی قرار دهد و لو این کار را با موشکافی انجام ندهد، دستیابی به پیشرفت قابل ملاحظه دشوار خواهد بود.

یکی از جنبه‌های مربوط به انگیزش این است که کودک/نوجوان هم از فرایند درمانی و هم از اهداف درمان اطلاعی ندارد. فرد بزرگسال احتمالاً می‌داند که باید «از درمان بهره‌ای ببرد» و انتظارات خاصی از آنچه در جلسه مشاوره روی می‌دهد دارد. فرد بزرگسال معمولاً می‌تواند برخی انتظارات و اهداف را بیان کند و «رفتارهای متناسب با نقش مراجع» (برای مثال، حرف زدن، تأمل کردن، پاسخ دادن به پرسش‌ها) را انجام دهد. کودک ممکن است نظر روشنی درباره آنچه موقعیت درمان عرضه می‌کند نداشته باشد. دامنه این نظر مبهم می‌تواند از داشتن اطلاعات نادرست کلی تا این تصور که درمانگر عامل و واسطه والدین، مدرسه، دادگاه، یا فرد یا سازمان دیگری است که شروع درمان را به او تحمیل کرده‌اند گسترده باشد. درمانگر در ابتدا باید فقط درباره درمان به کودک آموزش دهد و به او توضیح دهد که درمان چه چیزی هست و چه چیزی نیست. کودکان ممکن است برداشت‌ها و استنباط‌های بسیار تحریف‌شده یا کلیشه‌ای درباره درمانگران داشته باشند («اوه، پس شما روان‌کاو هستید. کاناپه‌تان کجاست؟»). نویسنده (پروت) پسر ۱۲ ساله بسیار مضطربی را به خاطر دارد که در نخستین جلسه درمان نمی‌توانست به فنون اطمینان‌بخشی<sup>۱</sup> معمول پاسخ دهد. پس از کند و کاو آرام فهمیدم او یک شب دیروقت فیلم ترسناکی را تماشا کرده بوده که در آن دکتری بی‌رحم کارهای عجیب و غریبی با بیمارانش انجام می‌داده است. پسر به نحوی آمدن به درمانگاه بهداشت روانی را به صحنه‌هایی از فیلم، که قهرمان فیلم با سیم به یک دستگاه متصل می‌شد و دیگر هیچگاه به حالت سابق بر نمی‌گشت، ربط داده بود. وقتی به او اطمینان دادم که استفاده از الکتروود جزو روش من نیست و اینکه تنها می‌خواهیم درباره مشکلاتی که او در خانه و مدرسه دارد حرف بزنیم، به وضوح آرام شد و داوطلبانه همه نوع اطلاعات در اختیارمان گذاشت.

حتی زمانی که درمان پیشرفت می‌کند، لازم است بر این برداشت‌ها و استنباط‌ها نظارت داشته باشیم. کودکی که درمانگر را کسی می‌داند که یک بار در هفته با او بازی می‌کند، بعید است توجه خود را بر تکالیفی که برای تسهیل تغییر درمانی ضروری‌اند متمرکز نماید. همین طور، در این باره که چه تغییراتی ضروری‌اند و کدام اهداف درمانی قابل قبول برای هر دو طرف باید انتخاب گردد، اتفاق نظر کمی وجود دارد. درمانگر ممکن است با مشکل تطبیق اهداف کسانی که درمان را شروع کرده‌اند، از یک سو، و نظر خود مراجع کودک/نوجوان درباره آنچه لازم است، از سوی دیگر، مواجه باشد. نوجوانی که سه بار به خاطر دزدی از مغازه دستگیر و توسط والدین ارجاع شده، ممکن است هدف والدینش را «تبرئه من» بیان کند. اگرچه این نظر می‌تواند عاملی برای بروزریزی باشد، با توجه به مشکل ارجاعی بعید است هدف درمانی مناسبی پدید آورد. بنابراین، درمانگر باید در مورد اهداف و موضوعات یا محتوای مناسب مشاوره با مراجع گفتگو کند. این اهداف ممکن است لزوماً با اهداف منبع ارجاع یا درمانگر

مطابقت کامل نداشته باشند، اما نقطه شروع را نشان می‌دهند. وقتی که رابطه بین درمانگر و مراجع برقرار شد، در صورت لزوم، می‌توان دوباره درباره اهداف گفتگو کرد. علاوه بر این، درمانگر باید به مراجع کودک یا نوجوان ثابت کند که مراجع از مشاوره بهره‌ای خواهد برد. این موفقیت می‌تواند به انتخاب یک رشته اهداف هماهنگ‌تر رهنمون شود.

تفاوت عمده دیگر بین درمان کودک و بزرگسال رشد کلامی و زبانی محدود کودک است که با محدودیت رشد شناختی ارتباط دارد. کودکان قادر نیستند به شیوه انتزاعی‌تر بیندیشند و حتی در توصیف کلامی افکار و هیجان‌اتشان و گفتگو درباره آنها با مشکلات عدیده‌ای مواجهند. یکی از دلایل اصلی استفاده از بازی به عنوان وسیله درمان این توانایی کلامی محدود است. بازی و سایر فنون غیر کلامی این امکان را به کودک می‌دهند که افکار و هیجان‌ات خودش را بیان نماید بدون اینکه به خاطر ناتوانی دریافتن توصیف کلامی صحیح دچار اضطراب و ناکامی شود. گذشته از این، گنجینه واژگان دریافتی<sup>۱</sup> کودک بدان اندازه نیست که بتواند سؤالات مطرح‌شده در مصاحبه را به طور کامل درک کند. نویسنده (پروت) یک بار مصاحبه روان‌پزشکی یک رزیدنت با دختر ۷ ساله‌ای را مشاهده کرد که در آن رزیدنت از کودک پرسید آیا تاکنون هیچ توهمی نداشته است. دختر کوچولو، که معلوم بود معنای واژه «توهم» را نمی‌داند، با خوشحالی پاسخ داد «اوه، چرا، همیشه». سپس رزیدنت این یافته را یادداشت کرد و مصاحبه را در زمینه‌های دیگر ادامه داد. درمانگر باید درمان را با سطح رشدی قابلیت‌های زبان بیانی<sup>۲</sup> و دریافتی کودک هماهنگ کند. اگرچه قصد نداریم از ارزش و اهمیت «درمان کلامی» کم کنیم، با این حال، لازم است شیوه‌های بدیل بیان<sup>۳</sup> را جهت استفاده به همراه تعامل‌های کلامی مورد تحقیق قرار دهیم. درمانگر همچنین بهتر است برچسب‌ها و واسطه‌های کلامی<sup>۴</sup> مخصوص تجارب هیجانی را به کودک یاد بدهد. برای این کار می‌توان از برچسب‌هایی استفاده کرد که به لحاظ سنتی و عرفی در مورد احساسات پذیرفته شده‌اند یا می‌توان از واژگان خود کودک بهره گرفت. دختر ۸ ساله‌ای یک بار به درستی چند نشانه را متناسب با «احساس افسردگی» توصیف کرد. با وجود این، وقتی آن حالت را به منزله حالت «ناخوشایند بودن» توصیف کرد در کل احساس راحتی بیشتری نمود.

کودکان همچنین به دلیل وابستگی به نیروها و تغییرات محیطی با بزرگسالان تفاوت دارند. کودکان در شرایط و موقعیت‌های زندگی‌شان بیشتر از آنکه تغییر ایجاد کنند، به تغییرات واکنش نشان می‌دهند. آنها توان نسبتاً کمی برای حذف علل محیطی فشار روانی یا پیشگیری از آنها دارند. آنها به طلاق‌های والدین، نقل مکان‌های خانواده، و فشارهای مدرسه و همسالان واکنش نشان می‌دهند. در واقع، آشفتگی کودک ممکن است واکنش نسبتاً بهنجاری به اغتشاش یا فشار روانی موجود در محیط باشد. با این همه، کودک نمی‌تواند از والدینش طلاق بگیرد، مدرسه‌اش را عوض کند، یا مطابق میل و اراده‌اش عمل کند. به دلیل اینکه کودک به محیط وابسته است، درمانگر باید افراد حاضر در محیط کودک را در درمان درگیر کند. اگرچه فرد بزرگسال به احتمال زیاد خود به طور مستقل به دنبال درمان می‌گردد، اما بعید است کودک جداگانه و بدون اینکه کسی همراه او باشد درمان شود. حتی اگر کودک در درمان انفرادی پیشرفت

1. receptive vocabulary 2. expressive 3. alternative modes of expression

4. verbal mediators

قابل توجهی داشته باشد، باز هم اختیار و حق انتخابی را که والدین در ارتباط با محیط دارند، ندارد. در برخی موارد، به جای اینکه سعی کنیم محیط را تغییر بدهیم، بهتر است به کودک کمک نماییم با موقعیت تنش‌زا مقابله کند. برای مثال، کودک ۱۱ ساله تأثیر کمی بر مشروب‌خوری والدین الکلی و رفتارهای ناشی از آن می‌تواند داشته باشد، اما می‌توان به او کمک کرد برای مقابله با مشکل راه‌هایی را پیدا کند که فشار روانی را قابل کنترل می‌سازند.

عامل دیگری که به تفاوت بین درمان کودک و درمان بزرگسال کمک می‌کند این است که شخصیت کودک نسبت به شخصیت بزرگسال ثبات کمتری دارد. کودک، که ساز و کارهای دفاعی اش هنوز تثبیت نشده‌اند، به مجرد اینکه رابطه و همکاری برقرار می‌شود نسبت به نفوذ درمانی انعطاف‌پذیرتر و پذیراتر است. شخصیت کودک به سرعت در حال رشد و تغییر است، از این رو، برای تغییر درمانی توانایی بیشتری نشان می‌دهد. این وضعیت در عین حال مراجعی را نشان می‌دهد که تا حدودی ناستوار است و می‌تواند به پاسخ‌های ناهماهنگ در جلسه درمان متجر شود. کودک به دلیل ماهیت شکل‌نیافته شخصیتش دامنه وسیعی از پاسخ‌های هیجانی و رفتاری بهنجار را در اختیار دارد. بنابراین، درمانگر باید انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشد و نوسان‌های به ظاهر وسیع هیجان و رفتار کودک در طول درمان را پیش‌بینی کرده و به خاطر آنها مأیوس نگردد. شکل‌پذیری<sup>۱</sup> شخصیت کودک در کار بر پایه مدل پیشگیری امتیازی به شمار می‌رود، مدلی که با مداخله مناسب پیش از شکل‌گیری قطعی شخصیت کودک، از الگوهای آشفته‌ساز و اختلال‌آفرین جلوگیری می‌کند.

### روان‌درمانی در مورد نوجوانان

همان‌قدر که رفتار نوجوان در محیطش غیر قابل پیش‌بینی است، رفتار او در رابطه درمانی نیز پیش‌بینی‌ناپذیر است. واینر (۱۹۹۲) خاطر نشان می‌کند که روان‌درمانی با نوجوانان پریشان/ ناراحت کار طاقت‌فرسایی است که تنها عده‌ای از متخصصان بالینی بدان راغبند، در صورتی که بقیه متخصصان به طور جدی از آن اجتناب می‌کنند. نوجوانان در جلسه درمان معمولاً بی‌حوصله، نابردبار و کم‌حرف هستند. آنها نمی‌توانند همه جزئیات شرایط فعلی یا مشکلات مطرح شده را توضیح دهند. آنها هرگونه مسئولیت در قبال مشکلات را انکار می‌کنند، ترجیح می‌دهند تقصیر را به گردن دیگران بیندازند، یا در واقع تقریباً هیچ پیشی نسبت به علل ارجاعشان به درمان ندارند. این عدم همکاری برای درمانگر ناکام‌کننده و اضطراب‌آور است و حتی ممکن است او را از تلاش برای برقراری رابطه درمانی مأیوس کند. پسر ۱۶ ساله‌ای را مجسم کنید که به اتاق‌تان می‌آید، روی صندلی قوز می‌کند، و کلاه و موهای بلند چشمانش را می‌پوشاند. اولین کلمات و تنها جمله کاملی که پس از ورود به اتاق به زبان می‌آورد «نمی‌خواهم با هیچ روان‌کاو کثافتی حرف بزنم» است. وقتی از بیان انعکاسی استفاده می‌کنید و به او می‌گویید که باید از چیزی ناراحت باشد، تنها با هوم کردن‌های خفه و گرفته او مواجه می‌شوید. بهترین سؤالات باز شما تنها یک سری پاسخ «بله»، «خیر»، «نمی‌دانم»، «احتمال دارد»، و «معلم‌ها کثافتند» را

بیرون می‌کشد. کوشش‌های ضعیف شما برای شروع شوخی یا گفتگو درباره موضوعات «بی‌خطر»، تنها هوام‌گرس‌های مکرر، کمی و رانداز کردن، یا جواب ندادن را به دنبال می‌آورد. حالت بدن او در تمام مدت ظاهراً بی‌پایان جلسه به طور عمده بدون تغییر می‌ماند. این جلسه آغازین نمایانگر مبنایی است که رابطه درمانی‌تان با مرد جوان را بر اساس آنها بنا خواهید کرد. بنابراین، چندان تعجبی ندارد که چرا بسیاری از درمانگران از چنین تعامل‌هایی اجتناب می‌کنند. حتی اگر دلیل تراشی کنیم و بگوییم نوجوان به موقعیت واکنش نشان می‌دهد و نه به ما، به ندرت می‌توان از چنین جلسه بی‌ثمر با این احساس بیرون آمد که نگار ما به پیشرفت دست یافته‌ایم و مهارت‌هایمان به اندازه‌ای است که می‌توانیم از عهده وظیفه کمک کردن به نوجوان برآییم.

اگرچه، نوجوان ممکن است مراجع دشواری باشد، واینر (۱۹۹۲) بر این باور است که بیشتر نوجوانان ناراحت، پریشان نسبت به مداخله روان‌درمانی<sup>۱</sup> تأثیرپذیر هستند. بسته به سطح رشد و بلوغ نوجوان، دامنه کار درمانی با نوجوانان از رویکردهای بازی‌گونه‌ای که در مورد کودکان خردسال به کار می‌رود، تا درمانی شبیه مداخله‌هایی که در مورد بزرگسالان دارای مشکلات مشابه استفاده می‌شود گسترده است. بیشتر نوجوانان موارد مناسبی برای درمان بینشی و عمیق که مستلزم اصلاح تجارب پیشین است، نیستند. به نظر واینر، دفاع‌ها کارکرد نسبتاً مفیدی در طول دوره رشد و تکوین شخصیت دارند؛ از این رو، محروم کردن نوجوان از این دفاع‌ها می‌تواند بی‌حاصل باشد، یا عملاً نسبت به طرح کلی درمان نتیجه منفی و معکوس داشته باشد. دامنه‌ای اهداف درمان نوجوان می‌تواند از خودشناسی بهتر به همراه سازمان‌دهی مجدد شخصیت، تا استوارسازی صرف و بهبود عملکرد بدون تغییر عمده در شخصیت گسترده باشد.

واینر (۱۹۹۲) خاطر نشان می‌کند نگاه نوجوانان به درمان متفاوت با نگاه بزرگسالان و کودکان است. در حالی که بیشتر کودکان در ابتدا از اهمیت درمان بی‌خبرند و بیشتر بزرگسالان به اختیار و انتخاب خود درمان را شروع می‌کنند، نوجوانان به وضوح واقفند که توسط اشخاص دیگر برای درمان آورده شده‌اند، اشخاصی که توانایی آن را دارند که او را به حضور مستمر در جلسات درمان وادار کنند. واینر ضمن اشاره به شروع درمان خاطر نشان می‌کند شروع سریع و صریح رابطه درمانی احتمالاً بیش از دیگر گروه‌های سنی برای کار روان‌درمانی موفق با نوجوانان اهمیت اساسی دارد. درمانگر در ابتدا باید تلاش کند با توضیح آنچه از نوجوان انتظار دارد و انجام دادن اقداماتی جهت فرو نشانیدن ترس و دلهره مراجع او را آرام کند. ارسنی فاقد ساخت<sup>۲</sup>، بررسی احساس‌های عمیق شخصی، یا چالش با نوجوان به منظور تبیین رفتار نادرست او، احتمالاً عدم همکاری بیشتر یا پاسخ‌های هیجانی شدید را به دنبال خواهد داشت. اگر درمانگر بدون اینکه قضاوت‌های خود را دخالت دهد از اطلاعات واقعی شروع کند به رفع اضطراب‌های اولیه او کمک خواهد کرد. درمانگر باید توضیح دهد که رابطه آنها با روابط ایشان با والدین، محلمان، همسالان، و دیگران متفاوت خواهد بود. هدف در این سطح از درمان دستیابی به نوع ارتباط با نوجوان و سپس کاهش بذرهای اولیه انگیزه است. توافق اولیه با نوجوان می‌تواند صرفاً در مورد بازگشتن او به جلسه بعدی باشد.

1. Psychotherapeutic 2. maturity 3. unstructured Probing

واینر (۱۹۹۲) اظهار می‌دارد تاووم برقراری رابطه مستلزم این است که روند ارتباط را حفظ کنیم، همانندسازی مثبت مراجع با درمانگر را تقویت نماییم، و به دغدغه نوجوان درباره چگونگی تأثیر درمان بر استقلالش رسیدگی کنیم. درمانگر مراجع نوجوان باید در مقایسه با درمانگر مراجع بزرگسال فعال‌تر باشد. باید از سکوت طولانی، پاسخ گنگ و مبهم، و جواب‌های طولانی به مسایل و نگرانی‌های نوجوان خودداری کند. درمانگر ممکن است با مراجع نوجوان بیشتر از مراجع بزرگسال صحبت کند. تبیین صریح افکار، طرح سؤالات ملموس، و، به طور کلی، استفاده از رویکرد مستقیم، کار درمانی با نوجوانان را تسهیل خواهد نمود. نوجوان ممکن است بسیاری از راهنمایی‌های تفسیری و واری‌های غیررهنمودی را که در مورد بزرگسالان به کار می‌رود، فریب‌کاری تلقی کند و، در نتیجه، بر مقاومتش بیندازد. درمانگر لازم است خودش را صادق نشان دهد. در این زمینه، رویکرد محاوره‌ای خودانگیخته که شبیه حرف زدن با دوست آشناست توصیه می‌شود. نوجوان ممکن است درباره زندگی واقعی<sup>۱</sup> درمانگر کنجکاو باشد و پاسخ‌های درمانگر به چنین پرسش‌هایی باید واقعی و بدون طفره‌روی باشد. درمانگر اگر چه سعی نمی‌کند ارزش‌های مراجع را تحت تأثیر خود قرار دهد، مع‌هذا باید با میل و رغبت نظرات و نگرش‌های شخصی خودش را با نوجوان در میان بگذارد. درک احساس‌های نوجوان درباره مسایل و موقعیت‌های گوناگون مفید و کمک‌کننده است؛ درمانگر خصوصاً باید از ارزش‌ها، هوس‌ها، و زبان عامیانه فعلی نوجوان آگاه باشد و نسبت به فشارهای مربوط به سطح رشدی اجتماعی و هیجانی او حساس باشد. درمانگر لازم است احساس تمایل و علاقه خودش را به نوجوان منتقل کند. بهتر است این کار به طور غیر مستقیم صورت گیرد چون نوجوان به تعننی بودن<sup>۲</sup> «ازت خوشم میاد» پی خواهد برد. تعهد اصیل و صادقانه به همگامی با نوجوان در حل دو جانبه مشکل، همراه با سایر حرکات بیانگر عینی<sup>۱</sup> و ابراز علاقه مفید و کمک‌کننده است. در نهایت، درمانگر باید برای حفظ و استمرار توازن در طول پیوستار استقلال - وابستگی تلاش کند. نباید نوجوانان را مانند کودکان درمان کرده؛ با این همه، نباید به آنها علامت‌هایی داد که تصور کنند کاملاً آزادند همه تصمیمات زندگی خویش را خودشان بگیرند. میکس<sup>۲</sup> (۱۹۷۱) در اثر کلاسیک خود، درباره موضوعی که به درستی عنوان پیوند شکننده<sup>۳</sup> را بر آن گذاشته است، درباره درمان نوجوانان بحث کرده است. بنا به نظر میکس، مؤلفه‌های مهم یک پیوند درمانی موفق با نوجوان عبارتند از: (۱) نوجوان واقعاً درباره جنبه‌ای از عملکرد روان‌شناختی‌اش نگران باشد، (۲) نوجوان بتواند با دقت و صداقت عملکرد خودش را مشاهده کرده و آن را به درمانگر گزارش کند، و (۳) خانواده از اقدامات درمانی حمایت کند. کلید برقراری این ارتباط، طبق نظر میکس (۱۹۷۶)، «تفسیر دقیق و نظام‌مند حالات عاطفی» (ص ۱۳۶) است که نوجوان در درمان بروز می‌دهد. نشانه‌های تغییراتی که نوجوان در عاطفه نشان می‌دهد ممکن است پوشیده یا کاملاً ظریف باشد، بنابراین، درمانگر باید نسبت به معانی ضمنی این تغییرات حساس باشد. کویپلند (۱۹۷۴) در اثر مشابهی، فهرستی از شاخص‌های پیش‌آگهی نتیجه رضایت‌بخش روان‌درمانی نوجوانان ارائه نموده است: (۱) خودارجاعی صادقانه، (۲) پذیرش مفهوم مشکلات شخصی، (۳) وجود درد و رنج روان‌شناختی، (۴) انگیزه برای تغییر، (۵) استقلال اقتصادی، (۶) سابقه موفقیت یا پیشرفت، (۷) حس

مسئولیت، (۸) توانایی برقراری رابطه کارآمد با درمانگر، (۹) پذیرش قواعد و سایر حدود، و (۱۰) روابط مثبت با خانواده یا سایر افراد جانشین (ص ۱۰۹). انگیزه برای تغییر و سابقه پیشرفت‌های مثبت مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های موفقیت بالقوه درمانی به شمار می‌روند. اگرچه فهرست کوه‌پلند می‌تواند در پیش‌بینی پیش‌آگهی یا حتی تصمیم‌گیری در این باره که آیا به درمان نوجوان اقدام کنیم یا نه مفید باشد؛ با وجود این، این سؤال به ذهن خطور می‌کند که کدام نوجوان می‌تواند همه یا بیشتر این شاخص‌ها را، که باید در انجام دادن درمان لحاظ شوند، یک جا داشته باشد. بیشتر نوجوانان ارجاعی احتمالاً تصویر پیش‌آگهی مثبتی را که این رهنمودها ترسیم می‌کنند نشان نخواهند داد.

### رویکرد چندوجهی به درمان

ما برای توصیف فلسفه کلی که در فصول بعدی کتاب به طور ضمنی بیان شده است، اصطلاح چندوجهی<sup>۱</sup> را از لازاروس<sup>۲</sup> (۱۹۷۶) به عاریت می‌گیریم (و تا حدودی دست‌کاری می‌کنیم). لازاروس در توصیف مدل چندوجهی خود، کلمات مخفف BASIC ID را به کار برده است. BASIC ID از حروف اول هفت وجه متعامل ترکیب یافته است که در درمان مشکلات مراجعان، به عنوان کانون‌های بالقوه مداخله مورد بررسی قرار می‌گیرند. وجه‌ها عبارتند از: رفتار<sup>۳</sup>، عاطفه<sup>۴</sup>، احساس<sup>۵</sup>، تصور ذهنی<sup>۶</sup>، شناخت<sup>۷</sup>، روابط بین‌فردی<sup>۸</sup>، و داروها - برنامه غذایی<sup>۹</sup>. این رویکرد روش جامعی برای تشخیص مشکلات و تصمیم‌گیری درباره مؤثرترین راه مداخله عرضه می‌کند. کیت<sup>۱۰</sup> (۱۹۷۹، ۱۹۹۰، ۱۹۹۶) این رویکرد را با کلمات مخفف خودش، BASIC IDEAL، بسط داده است. وی E را برای ادامه تحصیل<sup>۱۱</sup>، A را برای بزرگسالان حاضر در زندگی کودک<sup>۱۲</sup> (والدین، معلمان، خویشاوندان)، و I را برای آموختن فرهنگ مراجع<sup>۱۳</sup> اضافه نموده است.

کتاب حاضر از آنچه که برای کودک یا نوجوان «روان‌درمانبخش» است، تلقی وسیعی دارد. ما با استفاده از مدل چندوجهی برای کمک به کودکان و نوجوانان ناراحت و گرفتار به بسیاری از انواع مداخله‌های درمانی رجوع می‌کنیم. کازدین (۱۹۸۸) بیش از ۲۵۰ اصطلاح را فهرست‌بندی کرده است که در ادبیات پژوهشی و مطالعه موردی برای توصیف مداخله‌های درمانی مخصوص کودکان و نوجوانان به کار رفته است. این فهرست نسبتاً جامع بسیاری از مداخله‌هایی را که برای تسهیل تغییر درمانی در کودکان و نوجوانان در اختیار داریم، نشان می‌دهد. به علاوه، در هر یک از موارد بالا طیفی از فنون مختلف وجود دارد. برای مثال، اقدامات آموزشی می‌تواند از کمک‌رسانی در اتاق راهنمایی مدرسه تا تعیین منظم و تمام‌وقت کلاس دانش‌آموز گسترده باشد. مداخله‌های مربوط به والدین را می‌توان از طریق تشکیل کلاس‌های فرزندپروری و یا شاید درمان والدین انجام داد. رویکرد چندوجهی یا ترکیبی در بیشتر موارد به خوبی به کار می‌رود. برای مثال، کودک درمان انفرادی را

1. multimodal 2. Lazarus 3. Behavior 4. Affect 5. Sensation 6. Imagery

7. Cognition 8. Interpersonal relationships 9. Drugs - Diet 10. Keat

11. Educational or school pursuits 12. Adults in the child's life 13. Learn the client's culture



دریافت می‌کند، والدینش در جلسات مشاوره حاضر می‌شوند، و معلم برنامه کنترل رفتار کودک را در مدرسه اجرا می‌کند. اگرچه بهتر است مداخله را به تمرین‌بخش‌ترین و با صرفه‌ترین طریق انجام داد، اما چنین فرض نمی‌کنیم که یک فن نسبت به فنون دیگر مرجح یا درمان‌بخش‌تر است. در حال حاضر، نه پژوهش و نه تجربه بالینی نمی‌تواند معین کند که، برای مثال، آیا بهترین راه کمک به کودک دارای خودپنداره پایین این است که هر هفته دو ساعت درمان انفرادی با او انجام دهیم یا اینکه از یک معلم آموزش‌دیده بخواهیم شرایطی را فراهم سازد که کودک مدام موفقیت تحصیلی مثبت را تجربه نماید. نمی‌دانیم آیا آموزش مهارت‌های اجتماعی گروهی از خانواده‌درمانی سودمندتر است یا نه. آنچه می‌دانیم این است که چند نوع مداخله در مورد کودکان و نوجوانان سودمند هستند. هر اندازه بتوانیم مداخله‌ها و سیستم‌های بیشتری را ترکیب کنیم - وجه‌های بیشتری را در درمان درگیر سازیم - به احتمال زیاد خواهیم توانست اهداف کلی درمانی‌مان را تحقق ببخشیم. این رویکرد یک طرح «بگذارید همه چیز را امتحان کنیم» نیست، بلکه مستلزم سنجش دقیق مشکلات، انتخاب مداخله‌های مناسب، و هماهنگ ساختن و برقراری ارتباط بین افرادی است که خدمات درمانی را انجام می‌دهند. مادامی که برنامه‌های درمانی بسیار پر هزینه یا زمان‌بر نباشند، مداخله‌هایی ضرورت دارند که با چند وجه سر و کار داشته باشند.

رویکرد چندوجهی به طور ضمنی به دو فرض بنیادی دیگر نیز اشاره دارد. فرض نخست این است که متخصصانی که با درمان کودک سر و کار دارند تخصص‌ها یا حرفه‌های مختلفی دارند. معلمی که در زمینه آموزش ویژه (استثنایی) درجه کارشناسی دارد ممکن است در مورد کودکی که درمان انفرادی دریافت می‌کند مؤثرتر از روان‌پزشکی باشد که برنامه دستکاری روان‌پزشکی کودک را گذرانده است. مشاور راهنمایی دبیرستان ممکن است به طور انفرادی با نوجوانی کار کند که خانواده‌اش تحت درمان روان‌شناس دارای درجه دکتری است. فرض دیگر در اینجا این است که فرد نباید صرفاً به خاطر اینکه بر کودک تأثیر می‌گذارد، درمانگر خوانده شود. فرض دوم به محیط‌هایی مربوط می‌شود که درمان در آنها صورت می‌گیرد. کودکان و نوجوانان ناراحت و گرفتار معمولاً «درمان» را، از بین موقعیت‌های گوناگون، در کلاس‌ها، مدارس، آژانس‌ها، درمانگاه‌ها، خانه‌های گروهی و بیمارستان‌ها دریافت می‌کنند. در این کتاب، بین مشاوره و روان‌درمانی تمایز تصنعی ایجاد نمی‌کنیم. فرض ما بر این است که می‌توان در بیشتر محیط‌های درمانی محور اصلی اصول و فنون مشاوره و روان‌درمانی را با هم تطبیق داد. ما بر این باوریم که اگرچه مشکلات معرفی شده بسته به محیط درمان با هم تفاوت دارند، اما، برای مثال، مشاور مدرسه دارای آموزش آدلری تقریباً همانند روان‌پزشک دارای آموزش آدلری در یک محیط بیمارستانی عمل خواهد کرد. مسئله مهم تدارک مداخله‌های مؤثر، هماهنگ و چندوجهی است.

## روش مشاوره و روان‌درمانی در مورد کودکان و نوجوانان

روش مشاوره و روان‌درمانی با کودکان و نوجوانان در دو زمینه‌یابی<sup>۱</sup> از متخصصان مورد بررسی قرار گرفته است. کازدین، سیگل<sup>۲</sup> و باس<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) گروهی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان را که به درمان کودکان و نوجوانان اشتغال داشتند، زمینه‌یابی کردند. نمونه‌ی ایشان عمدتاً متخصصانی بودند که به طور خصوصی کار می‌کردند، اما متخصصانی هم که در مراکز بیمارستانی، پزشکی و بهداشت روانی اجتماعی مشغول بودند در آن حضور داشتند. تقریباً نیمی از وقت ایشان صرف فعالیت‌های درمانی می‌شد. اختلال سلوک<sup>۴</sup>، اختلال نقص توجه<sup>۵</sup>، اختلال‌های عاطفی، اختلال‌های سازگاری و اختلال‌های اضطرابی به ترتیب رایج‌ترین مقوله‌های تشخیصی بیماران کودک و نوجوان آنها بودند. پاسخ‌دهندگان رویکردهای نظری را بر حسب سودمندی درجه‌بندی نمودند: التقاطی<sup>۶</sup>، روان‌پویشی، خانوادگی، رفتاری و شناختی سودمندترین رویکردها بودند. با این توضیح که بین روان‌شناسان و روان‌پزشکان در این زمینه تفاوت‌هایی وجود داشت. این متخصصان درمان‌هایی را انجام می‌دادند که میانگین تعداد جلسات آنها ۲۷ جلسه و میانگین تعداد جلسات هفتگی آنها تقریباً یک جلسه در هفته بود. در بیشتر موارد، با والدین و کارکنان مدرسه نیز مشاوره می‌کردند یا آنها را در جلسه درمان شرکت می‌دادند.

اچ. پروت، الکساندر<sup>۷</sup>، فلچر<sup>۸</sup>، میس<sup>۹</sup>، و میلر<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۳) به منظور ارزیابی الگوهای مداخله درمانی در محیط مدرسه، نمونه‌ای از روان‌شناسان شاغل در مدارس را پیمایش کردند. پاسخ‌دهندگان زمان بسیار کمی را صرف مشاوره یا روان‌درمانی می‌کردند - فقط ۱۷٪ وقت ایشان صرف این فعالیت می‌شد. به علاوه، این متخصصان تماس‌های کوتاه‌تری با مراجعانشان داشتند - به طور متوسط ۱۰ جلسه در مشاوره انفرادی و ۱۱ جلسه در مداخله‌های گروهی. جلسات درمان نیز از ۵۰ دقیقه رایج در مراکز بالینی کوتاه‌تر بودند - میانگین جلسات انفرادی و جلسات گروهی کمتر از ۴۰ دقیقه بود. روان‌شناسان مدرسه به لحاظ جهت‌گیری نظری، نظام‌های رفتاری، شناختی، شناختی - رفتاری، چندوجهی، واقعیت (درمانی)، و خانوادگی را سودمندترین رویکردها، و مشاوره انفرادی، حمایتی / ارتباطی، مداخله در بحران<sup>۱۱</sup>، قرار دادبندی<sup>۱۲</sup>، و مشاوره با پدر و مادر را سودمندترین فنون یا شیوه‌های درمانی درجه‌بندی کردند. ایشان مشکلات مربوط به خانواده، یادگیری / کم‌آموزی<sup>۱۳</sup>، انگیزش / نگرش، نقص توجه / بیش‌فعالی و طلاق را به عنوان فراوان‌ترین مشکلاتی که در مدرسه با آنها سر و کار دارند، درجه‌بندی کردند.

در مجموع، این بررسی‌ها دامنه وسیع روش‌ها و مسایلی را نشان می‌دهند که در جریان مشاوره و روان‌درمانی با کودکان و نوجوانان با آنها روبه‌رو می‌شویم. چنین به نظر می‌رسد که در بین روش‌ها و محیط‌های درمانی تفاوت‌هایی وجود دارد، با وجود این، رویکردها و مشکلات نیز در این روش‌ها و محیط‌های درمانی با هم تفاوت دارند.

1. Survey 2. Siegel 3. Bass 4. Conduct disorder 5. attention deficit 6. eclectic  
7. Alexander 8. Fletcher 9. Memis 10. Miller 11. Crisis intervention  
12. Contracting a. underachievement