

۷ کارنیل، بزرگترین شبکه موفقیت ایرانیان می باشد، که افرادی زیادی توانسته اند با آن به موفقیت برسند، فاطمه رتبه ۱۱ کنکور کارشناسی، محمد حسین رتبه ۶۸ کنکور کارشناسی، سپیده رتبه ۳ کنکور ارشد، مریم و همسرش راه اندازی تولیدی مانتو، امیر راه اندازی فروشگاه اینترنتی، کیوان پیوستن به تیم تراکتور سازی تبریز، میلاد پیوستن به تیم صبا، مهسا تحصیل در ایتالیا، و.... این موارد گوشه از افرادی بودند که با کارنیل به موفقیت رسیده اند، شما هم می توانید موفقیت خود را با کارنیل شروع کنید.

برای پیوستن به تیم کارنیلی های موفق روی لینک زیر کلیک کنید.

www.karnil.com

همچنین برای ورود به کانال تلگرام کارنیل روی لینک زیر کلیک کنید.

<https://telegram.me/karnil>



روان درمانی کودکان

آلن ای. کزدین



دکتر سعید شاملو)
دکتر پروانه محمدخانم

کزدین، آلن، ۱۹۴۵ - م. kazdin, Alan E.
روان‌درمانی کودک / آلن ای. کزدین؛ مترجمان سعید شاملو، پروانه محمدخانی. - تهران: رشد، ۱۳۸۸.
۲۱۶ ص. فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیبا. ISBN: 964-7537-6-3
عنوان اصلی: Child psychotherapy: developing and identifying effective treatments.
۱. کودکان - روان‌درمانی. الف. شاملو، سعید، ۱۳۰۸ - مترجم. ب. محمدخانی، پروانه، مترجم. ج. عنوان.
۹ ر، ۴۳ ک / ۵۰۴ RJ ۶۱۸/۹۲۸۹۱۴ ۱۳۸۸ کتابخانه ملی ایران ۲۰۹۰۶ - ۸۲ م

حق چاپ محفوظ است

روان‌درمانی کودک

نویسنده: آلن ای. کزدین

مترجمان: دکتر سعید شاملو - دکتر پروانه محمدخانی

چاپ اول: ۱۳۸۲ - چاپ دوم: پاییز ۱۳۸۸

شمارگان: ۱۵۰۰ نسخه

چاپ و صحافی: آرین

مدیر تولید: مختار صحرائی



انتشارات رشد

مرکز نشر و پخش کتبهای روان‌شناسی و تربیتی

ساختمان مرکزی: خیابان انقلاب، خیابان شهدای زاندارمیری، (بین خ دانشگاه و خ ابوریحان)، شماره ۴۱ - تلفن: ۶۶۴۰۴۴۰۶
فروشگاه: خیابان انقلاب، روبروی درب اصلی دانشگاه تهران، شماره ۱۲۳۲، تلفن: ۶۶۴۹۸۳۸۶ - دورنگار: ۶۶۴۹۷۱۸۱

تهران - ۱۳۸۸

قیمت: ۴۰۰۰ تومان

فهرست

۹.....	شرح حال نویسنده
۱۱.....	پیشگفتار مترجمان
۱۳.....	پیشگفتار
۱۷.....	فصل اول - ارزیابی روان‌درمانی
۱۷.....	طبیعت کار
۲۰.....	پرسش‌نهایی
۲۲.....	نیاز به درمان‌های موثر
۲۷.....	هدف این کتاب
۲۹.....	مروری بر فصل‌های بعدی
۳۱.....	فصل دوم - مسائل و موانع موجود در ارزیابی درمان کودک
۳۱.....	تشخیص اختلالات دوران کودکی
۴۲.....	ملاحظات رشدی
۴۶.....	ارجاع کودکان برای درمان
۴۷.....	تنوع مشکلات بالینی
۴۸.....	کانون درمان
۵۰.....	اشاره‌های کلی
۵۱.....	نتیجه‌گیری

فصل سوم - اثربخشی روان‌درمانی کودک ۵۳

بازنگری تاریخی ۵۴

بازنگری روایتی ۵۴

اشاره‌های کلی ۵۶

ارزشیابی‌های معاصر ۵۷

متا‌آنالیز ۵۷

محدودیت‌های تحلیل‌ها ۶۴

بازنگری‌های روایتی متمرکز ۶۵

نتیجه‌گیری ۶۸

فصل چهارم - رویکردهای امیدوارکننده در درمان ۷۵

مطالعات انفرادی ۷۵

درمان‌های افراد نوروبتیک و ضداجتماع در مدرسه ۷۶

ارزشیابی کلی ۷۹

درمان جامعه‌گرا برای جوانان ضداجتماع ۸۰

ارزشیابی کلی ۸۲

اشاره‌های کلی ۸۴

نمونه‌هایی از برنامه‌های تحقیق ۸۴

آموزش اداره‌کردن کودکان به اولیا ۸۵

خانواده‌درمانی کارکردی ۹۰

آموزش مهارت‌های شناختی مسئله‌گشایی ۹۳

اشاره‌هایی کلی ۹۷

نتیجه‌گیری ۹۸

مجله پنجم - موضوع‌های روش‌شناسی و اساسی در پژوهش در زمینه درمان کودک ۱۰۱

مسائل مربوط به مراجع ۱۰۱

شناسایی نابهنجاری بالند ۱۰۱

متغیرهای تعدیل‌کننده بالقوه ۱۰۳

موضوع‌های مربوط به درمان ۱۰۷

معرف بودن درمان ۱۰۷

یکپارچگی و اختصاصی بودن درمان ۱۰۸

موضوع‌های مربوط به درمانگر ۱۱۲

آموزش ۱۱۲

ویژگی‌های درمانگر ۱۱۳

موضوع‌های مربوط به ارزیابی ۱۱۵

انتخاب ملاک‌های ارزیابی نتایج درمان ۱۱۵

کاهش علایم و افزایش کارکرد اجتماعی مطلوب ۱۱۶

سایر انواع مقیاس‌ها ۱۱۸

زمان‌بندی ارزیابی پیگیری ۱۱۹

سایر موضوع‌های مربوط به طرح‌ریزی ۱۲۲

توان تعیین تفاوت‌های گروهی ۱۲۲

معناداری آماری در مقابل معناداری بالینی ۱۲۶

نتیجه‌گیری ۱۲۹

فصل ششم - الگوی پژوهشی در مورد نتایج درمان ۱۳۳

الگوهای مختلف ۱۳۳

الگوی متداول درمان ۱۳۳

الگوی مداخله قدرتمند ۱۳۹

الگوی درمان‌پذیری ۱۴۳

الگوی مداخله گسترده ۱۴۵

الگوی بیماری مزمن ۱۵۱

نتیجه‌گیری ۱۵۴

فصل هفتم - پیشنهادها و جهت‌گیری‌های آینده ۱۵۷

پیشنهادها و موضوع‌ها ۱۵۷

۱۵۷ نظریه‌ها و پژوهش‌های اساسی در زمینه نابهنجاری کودک

۱۶۱ شناسایی مشکل

۱۶۴ درمان‌ها

۱۶۶ تجدید تحقیقات

۱۶۷ طرح‌ریزی، اجرا، و ارزیابی نتایج تحقیق

۱۶۸ ویژگی‌های نمونه

۱۷۱ درمانگرها یا کارآموزها

۱۷۲ درمان

۱۷۳ ارزیابی

۱۷۴ اشاره‌های کلی

۱۷۵ موضوع‌های حرفه‌ای

۱۷۶ افسانه‌ها، گفته‌های نیمه حقیقت و تکراری در درمان

۱۷۶ درمان امری بسیار پیچیده است

۱۸۱ برداشت از ارزیابی

۱۸۲ موضوع‌های مربوط به کارآموزی

۱۸۴ نتیجه‌گیری

۱۸۷ نمایه اشخاص

۱۹۵ نمایه موضوعی

۲۰۱ منابع

شرح حال نویسنده

الن. ای. کزدین^۱ استاد روانپزشکی و روان‌شناسی کودک در دانشکده پزشکی دانشگاه پیتسبورگ^۲ و مدیر تحقیقات مرکز درمان روانپزشکی کودک، انستیتو و کلینیک روانپزشکی کودک وسترن^۳ است. او درجه دکتری خود را از دانشگاه نرث وسترن^۴ گرفت و مدتی در دانشگاه پنسیلوانیا تدریس کرد. پیش از اینکه بدسمت فعلی خود در دانشگاه پیتسبورگ منصوب شود، با سمت فوق تخصص^۵ در مرکز عالی مطالعات علوم رفتاری دانشگاه استنفورد فعالیت می‌کرد و نیز رئیس جامعه توسعه رفتار درمانی^۶ و سردبیر مجله رفتار درمانی^۷ بود.

در حال حاضر او عضو ممتاز انجمن روان‌شناسی آمریکا و سردبیر مجله مشاوره و روان‌شناسی بالینی^۸ و همچنین سردبیر سلسله کتاب‌های انتشارات سیج در روان‌شناسی بالینی و روانپزشکی رشد^۹ است.

کتاب‌های دیگر او عبارتند از: درمان رفتارهای ضد اجتماعی کودکان و نوجوانان^{۱۰}، طرح تحقیق در روان‌شناسی بالینی^{۱۱}، اختلال سلوک در کودکی و نوجوانی^{۱۲}، تغییر رفتار در شرایط

-
1. Alan E. Kazdin
 2. Pittsburg School of Medicine
 3. Child Psychiatric Treatment Service of Western Psychiatric Child Institute
 4. Northwestern University
 5. Fellow
 6. Association for Advancement of Behavior Therapy
 7. Behavior Therapy
 8. Journal of Consulting and Clinical Psychology
 9. The Sage Book Series on Developmental Psychiatry and Clinical Psychology
 10. Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents
 11. Research Design in Clinical Psychology
 12. Conduct Disorder in Childhood and Adolescence

کاربردی^۱، طرح تحقیقات تک موردی^۲، تاریخچه تغییر رفتار^۳، اقتصاد ژتونی^۴. افزون بر اینها، او (همراه بنجامین لاهی^۵)، سردبیر دوم سلسله انتشارات سالانه پیشرفت‌های روان‌شناسی بالینی کودک^۶ است.

1. *Behavior Modification in Applied Settings*

2. *Single-Case Research Desings*

3. *History of Behavior Modification*

4. *Token Economy*

5. Benjamin Lahey

6. *Advances in Clinical Child Psychology*

پیشگفتار مترجمان

روان‌درمانی کودک و پژوهش درباره آن از موضوع‌های بسیار مهم و جذابی است که همواره توجه بسیاری از دانش‌اندوختگان رشته روان‌شناسی را به خود جلب کرده است، و این درحالی است که برای راهنمایی علاقه‌مندان، منابع معتبر علمی، کمتر در دسترس قرار دارد. کتاب حاضر در زمره منابع معدودی است که وضع موجود روش‌های روان‌درمانی کودک را به تصویر کشیده و مسائل عمده‌ای را که مانع پیشرفت در این زمینه می‌شود و همچنین شرایط تحقیق برای به‌دست آوردن اطلاعات علمی درباره درمان را مورد بحث قرار داده است. اگرچه مسائل محتوایی، روش‌شناختی، و کاربردی از مباحث عمده کتاب است، نویسنده خود را متعهد دانسته تا به‌منظور کمک به تسریع پیشرفت درمان‌های مؤثر، الگوهایی برای پژوهش‌های آتی ارائه دهد و ارزیابی نقادانه‌ای از این رشته به‌عمل آورد.

بعد وسیع مباحث مطرح شده و تلاش نویسنده برای ایجاز، این کتاب را به‌منبع فشرده‌ای از موضوع‌هایی اساسی تبدیل کرده که این ویژگی‌ها، کار ترجمه کتاب را بسیار مشکل ساخته است. از همین رو، مترجمان سپاسگزار خواهند شد چنانچه خوانندگان عزیز، برخی ابهامات و نارسایی‌ها را بر آنان ببخشایند و نظر اصلاحی خود را با آنان در میان گذارند.

دکتر سعید شاملو

دکتر پروانه محمدخانی

پیشگفتار

کودکان و نوجوانان برای مشکلات مختلفی مانند اضطراب، بیش‌فعالی، رفتار ضداجتماعی، افسردگی، اختلالات مربوط به خوردن و گونه‌های دیگر نابهنجاری در کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و سایر مراکز بهداشت روانی تحت درمان قرار می‌گیرند. چندین روش روان‌شناختی برای رفع این مسائل وجود دارد که به صورت روزمره از آنها استفاده می‌شود. متأسفانه شواهد علمی بسیار کمی در تأیید این روش‌ها موجود است. تأکید این کتاب، به بررسی اثربخشی روان‌درمانی‌های مختلف برای حل مشکلات کودکان و نوجوانان است. این درمان‌ها به‌طور کلی به طیف وسیعی از فنون روان‌شناختی و روانی - اجتماعی (مانند روان‌درمانی‌های فردی و گروهی، رفتاری و شناختی، خانواده، و غیره) مربوطند.

نیاز مبرمی احساس می‌شود که شناسایی درمان‌های مفید و مؤثر برای کودکان و نوجوانان، با سرعت بیشتری پیشرفت کند و هدف اصلی این کتاب نیز برآورده ساختن این نیاز است. رسیدن به این هدف، مستلزم ارزیابی وضع موجود روش‌های روان‌درمان کودک، شناسایی عواملی که از پیشرفت در این زمینه جلوگیری می‌کنند، و بیان شرایط تحقیق جهت دستیابی به اطلاعات علمی درباره درمان است. ولی هدف، چیزی بیش از توصیف و ارزیابی پیشرفت پژوهش در مورد روان‌درمانی‌های کودک است. افزون بر آن، در این کتاب تلاش می‌شود تا مسائل محتوایی، روش شناختی، و کاربردی، شناسایی و معرفی شوند و الگوهایی برای ارائه پژوهش‌های آینده و کمک به تسریع پیشرفت درمان‌های مؤثر، پیشنهاد شود.

چند ویژگی، این کتاب را منحصر به فرد می‌سازد. نخست، در کتاب حاضر وضع موجود روان‌درمانی کودک ارزیابی می‌شود. درمان بزرگسالان بارها مورد ارزیابی قرار گرفته است. تفاوت

بین روان‌درمانی کودک و بزرگسال، امری بیش از تفاوت مربوط به سن است. موضوع‌های انحصاری و اختصاصی در درمان کودکان، به دلیل ماهیت مشکلات آنها، تغییراتی مربوط به سن است. در درمان کودکان، به دلیل ماهیت مشکلات آنها، تغییرات حاصل از رشد، و شیوه‌های بروز مشکلات کودکان در منزل و مدرسه، موضوع‌هایی انحصاری و اختصاصی مطرح می‌گردند. این کتاب، روان‌درمانی کودک را در چهارچوب روند تکاملی کودک بررسی می‌کند.

دوم، هر چند در کتاب حاضر به منظور نشان دادن نکات اساسی، روش‌های مختلف درمان به‌طور مفصل بازنگری می‌شوند، ولی فنون درمانی و درمان‌های انفرادی مورد بررسی تفصیلی قرار نمی‌گیرند. گرچه تعداد بسیاری از روش‌های موجود، مطرح می‌شوند، اما هدف کتاب، چیزی فراتر از بازنگری روش‌های درمان انفرادی است. این کتاب، یک دایرةالمعارف نیست و در آن بر یک رویکرد یا روش درمانی خاص تأکید نمی‌شود؛ بلکه هدف آن، شناسایی موضوع‌ها، مسائل و استراتژی‌های مربوط به این رشته است.

سوم، کتاب حاضر بر مبنای پژوهش‌های انجام شده در زمینه روان‌شناسی بالینی کودک، روان‌شناسی رشد، و روان‌پزشکی تدوین شده است و بخش‌های عمده آن عبارتند از: همه‌گیرشناسی، تشخیص روان‌شناختی، و ارزیابی. در هر یک از این بخش‌ها، نکات مهمی در زمینه شناسایی و ارزیابی روان‌درمانی مؤثر مطرح می‌شود.

در آخر، در این کتاب ارزیابی نقادانه‌ای از این رشته به عمل می‌آید ولی مهم‌تر اینکه، قدم‌های مشخص و مثبتی را که باید به سوی پیشرفت برداشت، روشن می‌سازد. مشکلات بسیار جدی‌ای که در حال حاضر در زمینه تحقیق در امر درمان کودک وجود دارد، سبب می‌شود که این رشته به آسانی مورد انتقاد قرار بگیرد. ولی این انتقادات، به تنهایی تأثیر چندانی ندارند. موضوع اساسی در این رشته آن است که بفهمیم چگونه می‌توان وضع تحقیق را تغییر داد و در این راه قدم برداشت. کتاب حاضر، الگوهای مختلفی را برای چنین پیشرفتی ارائه می‌دهد.

هدف از ایجاز در این کتاب، تسهیل دسترسی طیف وسیعی از متخصصان و دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری به آن است. امیدواریم که این اثر مورد توجه پژوهشگران، روان‌درمانگران، و کسانی که نقش‌های چندگانه‌ای در این زمینه ایفا می‌کنند، قرار گیرد. این کتاب به کار دانشجویان و متخصصان روان‌شناسی کودک، روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مشاوران، متخصصان تعلیم و تربیت، مددکاری اجتماعی و دیگر مشاغل مرتبط با حرفه بهداشت روان خواهد آمد.

کتاب‌های متعددی درباره روان‌درمانی کودک موجود است. به‌طور کلی، این کتاب‌ها روش‌های فردی و روش‌های مختلف مربوط به مسائل بالینی گوناگونی را عرضه می‌کنند. در کتاب حاضر، به‌ویژه بر آن روش‌هایی تأکید می‌شود که تکنیک‌هایی مشخص دارند و مؤثر بودن آنها به اثبات رسیده است. برای ارزیابی وضعیت فعلی درمان و ارائه طرح‌هایی که موجب پیشرفت فعالیت‌های فعلی شود، به دیدگاه وسیع‌تری نیاز است. در این کتاب، وضعیت فعلی درمان بررسی می‌شود، موضوع‌های مهم مربوط به کودکان ذکر می‌شوند، شرایط روش تحقیق برای پژوهش در درمان کودک، توصیف می‌گردد و بالاخره، پیشنهادهایی برای ایجاد الگوهای پژوهشی جدید در درمان، عرضه می‌شود. در کتاب، همچنین، موضوع‌هایی که بر تحقیق در زمینه روان‌درمانی کودک تأثیر می‌گذارند و نیز استفاده از داده‌های تحقیقی در کار بالینی، مطرح می‌شود.

فصل اول

ارزیابی روان‌درمانی

طبیعت کار

بحث بسیار جالبی که در ۳۰-۴۰ سال اخیر مطرح شده، موضوع میزان تأثیر درمان است. همواره پرسش‌های فریبنده بسیاری درباره تأثیرات درمان در ذهن تداعی می‌شود: روان‌درمانی چه کاری انجام می‌دهد؟ آیا روان‌درمانی در اصلاح و بهبود مسائل شخصی، خانوادگی و اجتماعی که بشر امروز با آنها روبه‌رو است، مؤثر است؟ اگر چنین است، کدام نوع آن؟ از میان بسیاری از روش‌های درمان، کدام روش و آن هم برای چه کسی، مؤثر است؟ اینها فقط بخشی از پرسش‌های اولیه در مورد تأثیر روان‌درمانی هستند؛ اصطلاح یا تعبیری که خود هنوز مسئله‌آفرین است.

تعریف و ویژگی‌های روان‌درمانی، مانع از دادن پاسخی روشن به پرسش‌هایی می‌شود که درباره تأثیر آن مطرح شده است. ما می‌توانیم در راستای اهدافمان کار را با یک تعریف کلی شروع کنیم. روان‌درمانی عبارت است از نوعی تعامل خاص بین دو (یا چند) نفر؛ یک نفر (بیمار یا درمان‌جو) که مشکل خاصی دارد و در جستجوی کمک است و دیگری (درمانگر) که شرایطی را به وجود می‌آورد تا از آشفتگی درمان‌جو که مشکل خاصی دارد و در جستجوی کمک است کاسته شود و عملکرد روزمره‌اش بهبود یابد (گارفیلد^۱، ۱۹۸۰). این تعامل به منظور تغییر احساسات، افکار، طرز تلقی‌ها یا اعمال و رفتار فردی طراحی می‌شود که به جستجوی کمک برآمده یا برای درمان ارجاع داده شده است. معمولاً تعاملات درمانگر و درمان‌جو را شرایط بسیار خاصی تعیین می‌کنند.^۲ درمان‌جو معمولاً شرایط و مشکلات زندگی خود را توصیف می‌کند و دلایلش را برای

1. Garfield

۲. اغلب در بحث‌های روان‌درمانی، اصطلاح درمان‌جو و بیمار از هم متمایزند. تفاوت‌های موجود در این باره، از تنوع

درخواست کمک، بیان می‌دارد. درمانگر، شرایطی (برای مثال حمایت، پذیرش، تشویق) را فراهم می‌سازد تا ارتباط بین فردی میان او و درمانجو تقویت شود و جلسات به گونه‌ای ساخت یابند که به درمانجو کمک شود.

البته تمیز اهداف درمان، از ابزارهای مورد استفاده برای دستیابی به آنها، مفید است. چنانچه مداخلات درمانی، تنها در حد سرفصل‌ها و عناوین روان‌درمانی بیان شوند، اهداف را می‌توان فقط به صورت کلی بیان داشت. این اهداف شامل ارتقای سازگاری و عملکرد فرد در قلمروهای درون فردی، بین فردی، کاهش رفتارهای ناسازگارانه و انواع شکایت‌های روانی (و اغلب جسمانی) هستند. سازگاری درون فردی به این معناست که مثلاً شخص در مورد خودش چه احساس و نظری دارد. عملکرد بین فردی، به چگونگی سازگاری فرد در روابط متقابل با دیگران اطلاق می‌شود.

ابزارهایی که اهداف درمان از طریق آنها پیگیری می‌شود رابطه‌ای بین فردی و عمدتاً به صورت تعامل کلامی است. در درمان کودک، ابزارهای موجود شامل صحبت کردن، بازی، پاداش دهی به رفتارهای جدید، یا تمرین فعالیت‌هایی است که با کودک انجام می‌شود. کسانی که از این روش‌ها استفاده می‌کنند، ممکن است درمانگر، والدین، آموزگار، یا همسالان کودک باشند و ممکن است از ابزارهای متنوعی مانند عروسک، انواع بازی، و داستان به عنوان وسایلی برای دستیابی به اهداف درمان استفاده شود.

پس اجازه دهید به طور خلاصه، روان‌درمانی را تعاملی در نظر بگیریم که در آن، اهداف و ابزار، تقریباً از نوع ویژگی‌هایی هستند که در اینجا ذکر شدند. تعریف روان‌درمانی به آن دسته از مداخلات روان شناختی محدود می‌شود که در آنها، ابزار بر منابع بین فردی متنوعی از جمله یادگیری، قانع‌سازی، مباحثه، و فرایندهای مشابه متکی است. با توجه به اینکه درمانجو چه احساسی دارد (عاطفه)، چگونه فکر می‌کند (شناخت) و به عمل می‌پردازد (رفتار)، بر بعضی قسمت‌ها تمرکز بیشتری صورت می‌گیرد. چون تعریف روان‌درمانی باید بر طیف وسیعی از رویکردها منطبق باشد، ناگزیر کلی است. بنابراین، این تعریف دربرگیرنده انواعی از درمان‌هاست که زیرمجموعه‌ای مانند درمان‌های گروهی، خانوادگی، بینش‌گرا، رفتاری، و شناختی را دربر می‌گیرد.

→ رویکردها و نظریه‌های درمانی، ماهیت مشکلاتی که افراد تجربه می‌کنند، و همچنین شیوه‌های مفهوم‌سازی و درمان این مشکلات ناشی می‌شوند. با توجه به اهداف فعلی کتاب حاضر، این دو اصطلاح به صورت متناوب، در مورد فردی که برای درمان مراجعه می‌کند یا کانون مداخلات است، به کار رفته‌اند.

این تعریف را می‌توان با توصیف حد و مرزهای مشخص، محدودتر کرد. به این ترتیب، مداخلاتی که بر روش‌های زیستی - دارویی^۱ همچون دارو، رژیم غذایی، تجویز ویتامین و جراحی روانی متمرکزند، از آن مستثنا می‌شوند. اگرچه چنین مداخلاتی اغلب معطوف به بهبود عملکرد روانی هستند (برای مثال دارودرمانی به منظور کنترل بیش‌فعالی، ورزش به منظور کاهش افسردگی)، در روش، توجیهات نظری و موضوع‌های پژوهش بالینی، با شیوه‌های روانی - اجتماعی تفاوت دارند. مداخلاتی هم که به منظور اهداف آموزشی صورت می‌گیرند، مجزا هستند. بنابراین، انواع روش‌های مشاوره و هدایت که انحصاراً به منظور ارتقای دستاوردها و عملکرد تحصیلی کودکان و نوجوانان به کار می‌روند، در اینجا مدنظر نیستند. قصد ما آن نیست که با تفکیک روش‌های زیست‌شناختی/زیستی پزشکی و همچنین مداخلاتی که در آنها فقط بر اهداف آموزشی تأکید می‌شود، از اهمیت آنها و اهداف مربوط به استفاده از آنها، بکاهیم تعریف ارائه شده در این کتاب، به منظور تمرکز بر مشکلات ویژه‌ای که در رشد، هویت‌یابی، و ارزشیابی فنون روان‌درمانی گوناگونی وجود دارد، محدود شده است.

در آغاز راه، داشتن تعریفی نامشخص و مبهم از روان‌درمانی، چندان اطمینان‌بخش نیست؛ زیرا می‌تواند باعث تداخل فرایندهای بسیار متفاوتی شود. مشکل فقط همین نیست؛ بلکه موضوع مؤثر بودن روان‌درمانی نیز به همان اندازه، بی‌ثبات و نامشخص است. تصمیم در مورد اینکه کدام روش درمانی مفید است نیز، چندان واضح نیست. اثرات درمان را می‌توان از چند طریق اندازه‌گیری کرد. این رده‌ها شامل کاهش علائم، بهبود سازگاری در خانه یا اجتماع، افزایش گزارش فرد از احساس شادمانی، ارزیابی از بستگان و دوستانی که بهبودی را مشاهده کرده‌اند، و مانند اینها می‌شود. کدامیک از این مقوله‌ها یا دیگر انواع شاخص‌ها، تأثیر درمان را مشخص می‌کنند؟ شاید لازم باشد که برای اطمینان از تأثیر درمان، چند نوع از این شاخص‌ها را مورد استفاده قرار داد. با این حال، باید توجه داشت که ممکن است بهبودی در یک یا چند شاخص رخ دهد و در برخی دیگر، اثری از بهبودی دیده نشود. از این رو، اینکه درمان «مؤثر» شناخته شود، به شاخصی بستگی دارد که فرد آن را می‌آزماید. همچنین، باید مشخص شود که چه میزان تغییر بر اساس یک عامل خاص، به منزله مؤثر بودن آن درمان تلقی می‌شود. نشانه‌های بیماری، سطح سازگاری، و شادمانی، مواردی هستند که آزموده می‌شوند. فرض کنید که تا پایان درمان، افسردگی درمانجو یا ترس او کمی کاهش یابد. در اینجا چه نقطه‌ای از بهبود، نشانه تأثیر درمان یا موفقیت‌آمیز بودن آن خواهد بود؟ برای پاسخ به چنین پرسش‌هایی توافق کلی و همگانی بین متخصصان وجود ندارد.

پرسش «نهایی»

ابهام در تعریف روان‌درمانی و چگونگی تعیین اثرات آن، به‌طور طبیعی به طرح مباحث پرباری درباره انواع درمان‌ها و اثرات آنها کمک کرده است. در مورد ماهیت کار ارزیابی اثرات روان‌درمانی، توافق همگانی معقولی وجود دارد. بررسی تأثیر روان‌درمانی، موضوع را به شکل یک پرسش درآورده است: «آیا روان‌درمانی کارآیی دارد؟» در نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی بزرگسالان، این پرسش، مدت‌ها با این توجیه که [روان‌درمانی، مفهومی] بسیار کلی است، کنار گذاشته شد (برگین و لامبرت^۱، ۱۹۷۸؛ ادواردز^۲ و کروناخ^۳، ۱۹۵۲). اگر روان‌درمانی اصطلاحی کلی است و درمان‌های مختلفی را دربرمی‌گیرد، اینکه همه روش‌ها را کنار هم قرار دهیم و یک پاسخ بله یا خیر ساده و منفرد به این پرسش بدهیم، چندان بجا نخواهد بود. به جای چنین پرسشی کلی، پرسش اختصاصی‌تر آن است که بپرسیم: «چه درمانی به وسیله چه کسی، بیشترین تأثیر را بر فردی با این مشکل و تحت چنین شرایطی دارد؟» (پاول^۴، ۱۹۶۷، ص ۱۱۱). در اغلب موارد این پرسش به‌عنوان پرسش اصلی در نظر گرفته می‌شود و پژوهش درباره پیامدهای روان‌درمانی باید به سوی آن هدایت شود. این پرسش، اهمیت آزمودن اثرهای خاص انواع درمان‌های جایگزین را برای یک مشکل بالینی ویژه، و دانستن اینکه تأثیرات درمان‌ها ممکن است به خصوصیات بیماران، درمانگران و شرایط درمان بستگی داشته باشد، روشن می‌سازد. آنچه در نوشته‌های موجود در زمینه روان‌درمانی بزرگسالان مشاهده می‌شود، پاسخ‌گویی به این پرسش را دشوار می‌سازد. تنها شمار فراوان شیوه‌های درمانی موجود کافی است که نشان دهد پاسخ‌دادن به این پرسش تا چه اندازه مشکل است. گرچه تعیین دقیق روش‌هایی که مورد استفاده قرار می‌گیرند دشوار است، برخی از زمینه‌ها گویای افزایش مداوم روش‌های مختلف درمان هستند. در اوایل دهه ۱۹۶۰، تقریباً ۶۰ نوع مختلف روان‌درمانی شناسایی شد (گارفیلد، ۱۹۸۲). تا اواسط دهه ۱۹۷۰، بیشتر از ۱۳۰ روش توصیف شدند (مؤسسه ملی بهداشت روان^۵، ۱۹۷۵). این روند افزایشی تا پایان دهه اخیر ادامه یافت و به ۲۵۰ روش رسید (هرینک^۶، ۱۹۸۰). با شماری که اخیراً به عمل آمده، روش‌های موجود بیش از ۴۰۰ نوع برآورد شده است (کاراسو^۷، ۱۹۸۵). تعیین تأثیرات این درمان‌های مختلف، وظیفه‌ای است که ابعاد قابل ملاحظه‌ای دارد.

- | | |
|--|------------|
| 1. Bergin & Lambert | 2. Edwards |
| 3. Cronbach | 4. Paul |
| 5. National Institute of Mental Health | 6. Herink |
| 7. Karasu | |

ضرورت دارد تا روش‌های گوناگون، با توجه به مسائل بالینی خاص ارزیابی شوند. در حال حاضر علایم اختلال، رفتارهای ناسازگارانه، شکایت‌های خاص، و کارکردهای ضعیف نیز که به‌عنوان مسائلی بالینی شناخته شده‌اند، افزایش یافته‌اند. برای مثال، طبقه‌بندی اختلالات روانی طی ۲۵ سال اخیر را در نظر آورید. در ایالات متحده هم‌اکنون در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (که به‌عنوان DSM^۱ از آن یاد می‌شود)، فهرستی از اختلالات شناخته شده ارائه گردیده است. این راهنما پس از گذشت مدتی، با اطلاعات روز انطباق داده می‌شود و به منظور توصیف یا مشخص ساختن اختلالات و ضابطه‌هایی که در تشخیص آنها دخالت دارند، به کار می‌رود. تغییرات DSM نمایانگر تنوع اختلالات است. در ویراست نخست (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۱۹۵۲)، نزدیک به ۱۰۰ طبقه تشخیصی مشخص شدند. در ویراست دوم (APA، ۱۹۶۸)، این تعداد به ۱۸۰ طبقه افزایش یافت. در ویراست سوم (APA، ۱۹۸۰)، شمار این اختلالات به ۲۶۰ طبقه رسید. حتی اگر شمار اختلالات در چاپ‌های آتی DSM افزایش نیابد، ارزیابی درمان اختلالاتی که در حال حاضر تشخیص داده شده‌اند، کار بسیار دشواری است. همچنین، شاخص‌های مختلفی که به منظور ارزیابی تأثیرات درمان تهیه شده‌اند، با گذشت زمان گسترش یافته‌اند (به‌طور مثال لامبرت، کریستین^۳ و دِ جولیو^۴، ۱۹۸۳). رشد آتی و اختصاصی روش‌های ارزیابی، تنوع بالقوه پاسخ‌هایی را که می‌توان درباره درمان‌های جایگزین مطرح کرد، افزایش خواهد داد. اثربخشی درمان را می‌توان به صورت‌های متعددی تعریف کرد. این امر، بسته به جنبه‌هایی از عملکرد فرد که اندازه‌گیری می‌شوند (برای مثال علایم بیمار، رفتار اجتماعی)، منابع اطلاعاتی که بر اساس آنها، درمان را ارزیابی می‌کنند (برای مثال بیمار، بستگان بیمار، و درمانگر)، و نوع شاخصی که برای ارزیابی به کار می‌رود (مشاهده مستقیم رفتار بیمار، تکمیل مقیاس‌های درجه‌بندی توسط دیگران)، صورت‌های مختلفی پیدا می‌کند. به‌عنوان نمونه، ممکن است نتایج به دست آمده درباره تأثیر درمان یا اثربخشی نسبی دو نوع درمان مختلف، بسته به اینکه مقیاس درجه‌بندی علایم، به وسیله بیمار یا درمانگر تکمیل می‌شود، کاملاً متفاوت باشد. نتایج حاصل از این مقیاس‌ها ممکن است با نتایج به دست آمده از مشاهده مستقیم بیمار در موقعیت‌هایی که در آنها دچار مشکل می‌شود (برای مثال، اعمال اجباری، اضطراب مربوط به ترک منزل) متفاوت باشد. تعدد شاخص‌ها، کار پاسخگویی به

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

2. American Psychiatric Association (APA)

3. Christensen

4. DeJulio

پرسش مربوط به میزان اثربخشی درمان را بسیار دشوار ساخته است. این حقیقت نیز که در مطالعات مربوط به تأثیر درمان، استفاده از شاخص‌های مختلف می‌تواند به نتایج متفاوتی بینجامد، به همان اندازه کار را مشکل می‌سازد.

به‌طور کلی، وسعت و پیچیدگی حوزه مطالعه، پاسخ به پرسش مربوط به روان‌درمانی را واقعاً ناممکن کرده است. پارلاف^۱ (۱۹۸۲) با ارائه مثالی عینی، خاطر نشان می‌سازد که چنانچه فرض کنیم ۲۵۰ روش درمانی روانی-اجتماعی و ۱۵۰ طبقه اختلالات بالینی مختلف داریم، نیازمند ۴/۷ میلیون مقایسه جداگانه هستیم. البته، روش‌ها و تعداد اختلالات بیشتر از تعدادی است که در اینجا ذکر شد. مسلم است که تعداد روش‌های موجود، طیف اختلالات قابل تشخیص، و شاخص‌های جانشین که به وسیله آنها می‌توان روش‌های درمان را ارزیابی کرد و به پرسش درباره تأثیرات روان‌درمانی پاسخ داد، فراتر از حوزه هر نوع مطالعه مدون و معقول است.

یقیناً پاسخ به این پرسش که آیا روان‌درمانی مؤثر بوده است یا خیر، آسان نیست. بحث اصلی، درباره کاربرد درمان‌های خاص برای انواع مختلف مسائل بالینی است. به دلیل اهمیت و پیچیدگی ارزیابی روان‌درمانی، جای تعجب نیست که این موضوع جایگاه مهمی را در روان‌شناسی بالینی، روان پزشکی و رشته‌های مرتبط با بهداشت روانی به خود اختصاص داده است.^۲ در واقع، عناوین کتاب‌هایی که در این باره نوشته شده است بسیار شبیه به هم هستند و در آنها اثربخشی روان‌درمانی مورد کاوش قرار گرفته است. با این حال، غالباً به بررسی تأثیرات روان‌درمانی بزرگسالان پرداخته شده است.

نیاز به درمان‌های مؤثر

دلایل روشنی برای تمرکز بر روان‌درمانی کودکان و نوجوانان وجود دارد و نیاز شدیدی به تأمین بهداشت روانی کودکان احساس می‌شود^۳ (کنگره ایالات متحده، دفتر ارزیابی فن‌آوری^۴، ۱۹۸۶). نیاز به خدمات روان‌درمانی ممکن است از حدود و نوع مسائلی که کودکان دچار آنها

1. Parloff

۲. نمونه‌ای از نوشته‌های موجود، مشابهت عناوین را نشان می‌دهد: تأثیرات روان‌درمانی (آیزنک، ۱۹۹۶)، روان‌درمانی مؤثر (گارمن و رازین، ۱۹۷۷)، تأثیرات روان‌درمانی (لامبرت، ۱۹۷۹)، تأثیرات درمان روان‌شناختی (راکمن و ویلسون، ۱۹۸۰)، فواید روان‌درمانی (اسمیت، گلاس و میلر، ۱۹۸۰).

۳. اگرچه این کتاب در درجه نخست به مسائل کودکان توجه دارد، ولی بیشتر پیشنهادهاى آن به نوجوانان هم مربوط می‌شود. اصطلاح کودکان در مورد کودک و نوجوان، هر دو، به کار می‌رود. هر کجا که از سن سخن به میان آمده است، اصطلاحات و طبقات سنی به‌طور جداگانه آورده شده‌اند.

4. United States Congress, Office of Technology Assessment (U.S. Congress, OTA)

می‌شوند، فراتر رود. گردآوری اطلاعات درباره حدود انواع نابهنجاری‌های کودکان و مسائل خاص آنان، همچنان بسیار دشوار است. فقط در همین اواخر، ملاک‌های تشخیصی میزان شده و مورد توافق برای انواع اختلالات دوران کودکی، مطرح شده و مورد بحث واقع شده‌اند (APA، ۱۹۸۰). در نتیجه، در مطالعات، یک رشته ملاک‌های تشخیصی میزان نشده و برچسب‌هایی مانند آشفتگی هیجانی یا ناسازگاری‌های بالینی مورد استفاده قرار گرفته شده‌اند (گولد^۱، وونشه-هیتسیش^۲، و دورن‌وند^۳، ۱۹۸۰). این سطح از نابهنجاری، معمولاً مستلزم وجود بعضی آسیب‌ها در زندگی روزمره کودک است و نشانه‌های آن، در تعامل‌های اجتماعی ناکارآمد و آشفتگی هیجانی و اختلال در خانواده یا اجتماع بروز می‌یابد (گراهام^۴، ۱۹۷۷).

بدون وجود یک نظام مورد قبول همگان درباره تعریف، تشخیص و ارزیابی نابهنجاری‌های دوران کودکی، کسی انتظار توافق ضمنی بین مطالعات مختلف را نخواهد داشت. واقعاً توافق حیرت‌انگیزی در مطالعات مربوط به حدود نابهنجاری‌های کودکان وجود دارد. کوشش‌های مستقلی که به منظور ارزیابی مسائل بهداشت روانی و خدمات بالینی کودک صورت گرفته‌اند، نتایج مشابهی را دربرداشته‌اند. در سال ۱۹۶۹، کمیسیون مشترک بهداشت روانی کودکان^۵ اعلام کرد که ۱۳/۶ درصد کودکان دچار آشفتگی‌های هیجانی هستند. از این تعداد، در حدود ۲ تا ۴ درصد به اختلالات شدید مبتلایند (مثل روان‌پریشی) و ۸ تا ۱۰ درصد هم به سایر اختلالاتی دچارند که نیازمند درمان هستند. مجموع این درصدها یعنی ۱۳/۶ درصد، برابر ۹ میلیون کودک در ایالات متحده است (کنگره ایالات متحده، دفتر ارزیابی فن‌آوری، ۱۹۸۶). در ارزیابی بعدی که کمیسیون بهداشت روانی رئیس‌جمهور^۶ (۱۹۷۸) انجام داده، حدود ۵ تا ۱۵ درصد همه کودکان و نوجوانان نیازمند نوعی از خدمات بهداشت روانی تشخیص داده شده‌اند. این تعداد، حدود ۳ تا ۱۰ میلیون کودک و نوجوان ایالات متحده را تشکیل می‌دهند. در مروری بر چندین مطالعه همه‌گیرشناسی در آمریکا و بریتانیای کبیر، نابهنجاری بالینی حدود ۱۲ درصد اعلام شده است. اگرچه این مقدار در مطالعات مختلف متفاوت است (حدود ۶ تا ۳۷ درصد) (گولد و همکاران، ۱۹۶۰)، باید دانست که این مطالعات به‌طور جامع حوزه کار را مورد کندوکاو قرار نداده‌اند، زیرا آنها از اصطلاحاتی استفاده کرده‌اند که معنای ثابت ندارند،

-
- | | |
|--|------------------|
| 1. Gould | 2. Wunsch-Hitzig |
| 3. Dohrenwend | 4. Graham |
| 5. Joint Commission on Mental Health of Children | |
| 6. the President's Commission on Mental Health | |

(اصطلاحاتی مانند اختلالات شدید و آشفتگی هیجانی). این اصطلاحات در مورد کودکانی به کار رفتند که دارای علایم خاص یا مشکلات ویژه‌ای هستند مانند اضطراب مفرط، بیش‌فعالی، رفتار پرخاشگرانه، و سایر مسائلی که والدین، آموزگاران یا کارکنان بهداشت روانی تحت عنوان مشکلات مخل عملکردهای روزانه، از آنها یاد می‌کنند.

میزان نابهنجاری‌های دوران کودکی به تابع عوامل متعددی از قبیل نوع اختلال، پیشینه قومی، موقعیت جغرافیایی، سن، و جنس در آنها، متغیر است. برای مثال، شیوع اختلالات در پسران بیشتر از دختران، و در نوجوانان شهری بیشتر از نوجوانان روستایی است (گراهام، ۱۹۷۷؛ راتر^۱، کاکس^۲، توپلینگ^۳، برگر^۴، و یول^۵، ۱۹۷۵). نوجوانان سیاهپوست و اسپانیایی بیش از نوجوانان سفیدپوست نابهنجاری نشان می‌دهند (لانگنر^۶، گرستن^۷ و آیزنبرگ^۸، ۱۹۷۴). عوامل دیگر مانند وضعیت اجتماعی-اقتصادی ضعیف، خانواده‌های تک‌والدینی در مقایسه با خانواده دووالدینی، و سن نیز در میزان شیوع مؤثر است (گلد و همکاران، ۱۹۸۰). بنابراین فقط با تکیه بر مجموعه‌ای واحد از درصدها نمی‌توان پیچیدگی مسئله را آشکار ساخت. با وجود این، اطلاع از اینکه فقط در ایالات متحده، چندین میلیون نوجوان نیازمند نوعی مداخله درمانی در حوزه روان‌شناسی هستند، بسیار اساسی است. در نتیجه، تشخیص درمان‌های مؤثر، اولویتی مهم است.

اینکه در عمل کودکان تا چه حد مورد توجه و درمان قرار می‌گیرند، موضوعی است که با ضرورت درمان ارتباط دارد. کاملاً واضح است که بسیاری از کودکانی که به خدمات بهداشت روانی احتیاج دارند، این خدمات را دریافت نمی‌کنند. برآوردها نشان می‌دهد که فقط ۲۰ تا ۳۳ درصد کودکانی که دچار نابهنجاری بالینی معنادار هستند، به‌طور واقعی از درمان بهره‌مند می‌شوند (کنیتزر^۹، ۱۹۸۲؛ راتر، تیزارد^{۱۰} و ویتنور^{۱۱}، ۱۹۷۰). کودکانی که به اختلالات شدید مبتلا هستند تقریباً کمتر از کودکانی که اختلالات خفیف‌تر دارند، از خدمات درمانی بهره‌مند می‌شوند (سودر^{۱۲}، ۱۹۷۵). این اطلاعات ظاهراً مشکلی را مطرح می‌کنند که با تشخیص

1. Rutter
3. Tupling
5. Yule
7. Gersten
9. Knitzer
11. Whitmore

2. Cox
4. Berger
6. Langner
8. Eisenberg
10. Tizard
12. Sowder

درمان‌های اثربخش، ارتباطی ندارند. ولی برخی از پیچیدگی‌های مربوط به ارزیابی درمان‌های کودکان برای استفاده در روان‌درمانی، جنبه کاربردی دارند. موضوع‌هایی مثل اینکه چه درمان‌های مؤثری برای کودکان، در دسترس است و آیا انواع خاصی از مشکلات به درمان معینی پاسخ می‌دهند، یا آنکه بهتر است که روی همه آنها تمرکز کافی به عمل آید، به قدر کافی ابهام دارند. ارزیابی درمان‌های مختلف ممکن است در روشن‌شدن رویکردهای مؤثر احتمالی و اینکه این رویکردها برای چه مشکلاتی مفید هستند کمک کند. این اطلاعات، راهنمایی‌های واضح‌تری را برای درمان‌های فعلی فراهم می‌آورد.

بازنگری‌های انجام شده نشان داده است که روش‌های درمانی مؤثر بر مشکلات کودکان، بازار خوبی دارد. با این حال، نیازهای واقعی روان‌درمانی کاملاً روشن نشده است. وجود مسائل رفتاری مختلف در کودکان، لزوماً به این معنا نیست که آنها باید حتماً درمان شوند. بررسی کودکانی که برای درمان ارجاع نمی‌شوند اغلب نشان داده است که رفتارهای ناسازگارانه‌ای که والدین و آموزگاران را نگران می‌کند (برای مثال دعوا، لکنت، شب‌ادراری)، در یک دوره رشد بهنجار شایع هستند (لاپوز^۱ و مانک^۲ ۱۹۵۸؛ مک‌فارلین^۳، آلن^۴، و هونزیک^۵، ۱۹۵۴؛ وری^۶ و کوئی^۷، ۱۹۷۱). بسیاری از این رفتارها پس از سپری‌شدن دوره رشد، بدون عواقب بعدی ناپدید می‌شوند. بنابراین، عدم مداخله اگر در همه موارد صدق نکند، برای بسیاری از رفتارهای ناپه‌نجار ممکن است بهترین درمان باشد. در بین موارد بالینی‌ای که به منظور درمان ارجاع داده می‌شوند، درصد معناداری از بیماران ممکن است بدون هرگونه روان‌درمانی بهبود یابند (کولین^۸ و دیگران^{*}، ۱۹۸۱؛ لویت^۹، ۱۹۵۷). مشخص کردن میزان بهبودی کار دشواری است، زیرا بهبودی برحسب نوع اختلال، سن، جنسیت کودک، و عوامل دیگر، می‌تواند متفاوت باشد. اگرچه برخی کودکان که به دلایل بالینی ارجاع داده می‌شوند بدون هیچ نوع درمانی بهبود می‌یابند، این به معنای غیرضروری بودن خدمات روان‌درمانی نیست. با توجه به ابهام موجود در میزان بروز انواع خاصی از اختلالات یا مشکلات رفتاری، و با ملاحظه تغییراتی که در جریان رشد، در این رفتارها رخ می‌دهد، نادیده گرفتن نیاز به خدمات درمانی دشوار است.

1. Lapouse
3. MacFarlane
5. Honzik
7. Quay
9. Levitt

2. Monk
4. Allen
6. Werry
8. Kolvin et al

ابهام دیگری که در بررسی نیاز به خدمات روان‌درمانی وجود دارد، مربوط به این واقعیت است که روان‌درمانی تنها یکی از انواع درمان‌های مختلفی به شمار می‌رود که برای حل مسائل خاص کودکان در نظر گرفته شده است. مدرسه، اجتماع و برنامه‌های بهداشتی والدین و آموزگاران را می‌توان در جهت بسیاری از مشکلات فردی و بین‌فردی که روان‌درمانی کودک به منظور درمان آنها طراحی شده است، هدایت کرد. با این حال، آشکار است که درمان سرپایی کودکان بیش از سایر خدمات بهداشت روانی در دسترس کودکان قرار دارد (سودر و برت، ۱۹۸۰). کودکانی که تحت درمان سرپایی قرار دارند، از درمان‌های انفرادی (۵۴ درصد)، خانواده‌درمانی (۳۴ درصد)، گروه‌درمانی (۸ درصد) و دیگر روش‌های درمانی از جمله درمان دارویی (۷ درصد) بهره‌مند می‌شوند (سودر، ۱۹۷۵). با توجه به خدمات ارائه‌شده، لازم است اطمینان حاصل شود که روش‌های درمانی، در جهت دستیابی به اهدافی هستند که برایشان در نظر گرفته شده است.

صرف‌نظر از مشکلات خاص کودکان، شناسایی مداخلات مؤثر برای اهداف پیشگیرانه نیز مهم است. اگر ناتوانی و رنجی را که کودکان احساس می‌کنند، کنار بگذاریم، شناسایی انواع روان‌درمانی‌ها یا خدمات مربوط به آنها، به خودی خود هدف ارزشمندی خواهد بود چرا که ابزاری برای به حداقل رساندن یا آگاهی از ناپهنجاری بزرگسالان محسوب می‌شود. بسیاری از علایم اولیه ناپهنجاری یا بدکارکردی دوران کودکی، پیش‌درآمد اختلالات دوران بزرگسالی هستند. برای مثال، کودکانی که علایم اولیه ناپهنجاری‌هایی همچون تربیت‌ناپذیری، پرخاشگری، کناره‌گیری اجتماعی، و مشکلات تکلم و زبان را نشان می‌دهند، در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی قرار دارند (لرنر^۱، اینوی^۲، تراپین^۳ و داگلاس^۴، ۱۹۸۵). در مورد چنین جوانانی به مداخلاتی نیاز است که پیشگیری ثانویه^۵ محسوب می‌شوند. بدین معنا که برای جلوگیری از تشدید مشکل، علایم آغازین اختلال درمان می‌شود. روان‌درمانی یا روش‌هایی که تحت عنوان درمان، تدوین و ارزشیابی می‌شوند، ممکن است نقش مهمی را در چنین کوشش‌های پیشگیرانه ایفا کنند، هرچند که راهبردهای پیشگیرانه اغلب به شکل برنامه‌های جمعی یا در کل مدرسه به اجرا درمی‌آیند.

1. Lerner

2. Inui

3. Trupin

4. Douglas

۵. تلاش‌های گوناگونی را که با هدف پیشگیری صورت می‌گیرند، می‌توان از هم متمایز ساخت. پیشگیری اولیه به کوشش‌هایی اطلاق می‌شود که از روند رو به رشد ناپهنجاری یا اختلال خاصی جلوگیری کند یا باعث کاهش تعداد موارد جدید شود. پیشگیری ثانویه، تلاش‌هایی را شامل می‌شود که برای کاهش طول دوره، شدت و عواقب ناپهنجاری افرادی که علایم اولیه ناپهنجاری را نشان می‌دهند، به کار رود.

هدف این کتاب

رشد، گسترش و ارزیابی روان‌درمانی‌های کودکان نسبت به آنچه که در حیطه روان‌درمانی بزرگسالان روی داده، کندتر بوده است. حوزه روان‌درمانی کودک و پیشرفت اندکی که در زمینه پژوهش درباره روان‌درمانی کودک روی داده، از چند طریق مورد غفلت قرار گرفته است. برای مثال، در ۵ سال گذشته، در کتاب‌های مرجع مربوط به این زمینه، شماره‌های ویژه مجلات علمی و کنفرانس‌هایی که به روان‌درمانی اختصاص داشته‌اند، عمدتاً از درمان‌های کودکان غفلت شده است. بی‌توجهی به روان‌درمانی کودک را می‌توان از راه‌های دیگر ملموس‌تر کرد. برای مثال، کتاب *راهنمای روان‌درمانی و تغییر رفتار* (چاپ سوم، گارفیلد و برگین، ۱۹۸۶)، یکی از برجسته‌ترین متون پژوهشی مربوط به روان‌درمانی است که در تازه‌ترین ویراست آن، فصل مربوط به روان‌درمانی کودک حذف شده است، زیرا مؤلفان آن احساس کرده‌اند که از زمان چاپ قبلی کتاب (۱۹۷۸) تا چاپ بعدی (۱۹۸۱) پژوهش‌ها و پیشرفت‌های کمی در این زمینه صورت گرفته است و این پژوهش‌ها و پیشرفت‌ها، پشتوانه معتبری برای فصل مذکور نبوده‌اند. توجه به پژوهش درباره روان‌درمانی در شماره‌های اختصاصی مجلات یا کنفرانس‌ها، موجباتی را برای بازنگری در وضعیت فعلی و مباحث این حوزه فراهم کرده است (روانشناس آمریکایی^۱، ۱۹۸۶؛ مجله مشاوره و روان‌شناسی بالینی^۲، ۱۹۸۶؛ ویلیامز^۳ و اشپیتسر^۴، ۱۹۸۳). همچنین، در غالب مقالات، از روان‌درمانی کودک ذکری نشده است. سرانجام، جامعه پژوهش‌های روان‌درمانی^۵، سازمانی متشکل از متخصصان بهداشت روانی است (برای مثال روان‌شناسان و روان‌پزشکان) که تحقیق درباره روان‌درمانی را به عهده گرفته‌اند. آنها همه ساله در گردهمایی‌های خود، عمده‌ترین کارهای انجام شده در این حوزه را مطرح می‌کنند. مطالعه برنامه‌های انجمن در سال‌های اخیر (برای مثال، ۱۹۸۵-۱۹۸۷) بیانگر آن است که پژوهش‌های معاصر غالباً به‌طور انحصاری به درمان اختلالات بزرگسالان اختصاص یافته است.

البته این به آن معنا نیست که درباره موضوع مربوط به درمان کودک آثار کمی وجود دارد، بلکه در این زمینه هم منابع بسیاری موجود است (برای مثال گومار^۶، ۱۹۸۴؛ هریسون^۷، ۱۹۷۹؛

1. *American Psychologist*

3. Williams

5. Society of Psychotherapy Research

7. Harrison

2. *Journal of consulting and Clinical Psychology*

4. Spitzer

6. Gumaer

شِفر^۱، بریس‌مایستر^۲، و فیتون^۳؛ ۱۹۸۴؛ شِفر، جانسون^۴ و وِری^۵، ۱۹۸۲؛ شِفر و میلمن^۶، ۱۹۷۷) که به غیر از چند استثنا، بر کار بالینی، ارزشیابی روایتی و تفسیری درمان، و پیشنهادهایی برای مراقبت‌های بالینی متمرکز بوده‌اند. فعالیت در این حوزه، با ظهور مستمر کتاب‌های جدید درباره درمان کودک مشخص می‌شود (برای مثال دادز^۷، ۱۹۸۵؛ جانسون، راسبوری^۸، سیگل^۹؛ ۱۹۸۶؛ لورد^{۱۰}؛ ۱۹۸۵؛ پراوت^{۱۱} و براون^{۱۲}، ۱۹۸۵؛ اسکایفر، میلمن، و سیچل^{۱۳}، ۱۹۸۶؛ تسویلینگ^{۱۴}، ۱۹۸۶). با این حال کارهای تجربی در مورد درمان‌های مربوط به کودک، رشد چندانی نداشته‌اند.

با ظهور آثار زیادی که اخیراً در دسترس قرار گرفته منطقی است که بپرسیم چرا به کتاب دیگری نیاز داریم و چرا باید اختصاصاً روی پرسش مربوط به تأثیر درمان تکیه کنیم. پاسخ به این پرسش موجب می‌شود که در این مورد قضاوتی هم به عمل آید. نویسنده کتاب حاضر معتقد است که پیشرفت در حوزه درمان کودک، کند بوده است. درمان‌های بسیار متفاوتی (بالغ بر ۲۳۰ نوع) برای کودکان و نوجوانان شناخته شده‌اند (به فصل ۳ نگاه شود). با این حال، همچنان در مورد مفید بودن این درمان‌ها تردیدهایی وجود دارد و باکمال تأسف، بیشتر این روش‌ها هرگز به دقت ارزیابی نشده‌اند.

با این حال فقدان اطلاعات درباره تأثیر درمان‌های مختلف، دلیلی برای تألیف یک کتاب یا حداقل این کتاب نیست. فقدان داده‌های مناسب، با انجام پژوهش یا مجموعه‌ای از پژوهش‌ها که اختصاصاً به منظور ارزیابی درمان‌های گوناگون طراحی می‌شوند، قابل جبران است. هدف این کتاب، همگام شدن با ظهور داده‌های جدید و پیشرفت محدود و مختصر در این حوزه است. پرداختن به کارهای بیشتر، یک ضرورت است. این ضرورت ناشی از یک بحران قریب‌الوقوع یا مسئله روان‌شناختی جدید در دوران کودکی و نوجوانی نیست تا لازم باشد قبل از تبدیل شدن به یک مسئله فراگیر به آن پرداخته شود. مطمئناً به‌علت تراژدی و فور مسائل نوجوانی و کودکی (برای مثال خودکشی، افسردگی، و رفتارهای ضداجتماعی)، به قدر کافی با بحران‌های گوناگون

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1. Schaefer | 2. Briesmeister |
| 3. Fitton | 4. Johnson |
| 5. Wherry | 6- Millman |
| 7. Dodds | 8. Rasbury |
| 9. Siegel | 10. Lord |
| 11. Prout | 12. Brown |
| 13. Sichel | 14. Zwilling |

مواجه هستیم. در این حوزه، ضرورت کار بیشتر ناشی از خطر بزرگتری است. پذیرش اجباری و ضمنی وضعیت موجود و نیز محدودیت رادهای پیشرفت، از آن جمله‌اند. در حوزه پژوهش‌های مربوط به درمان کودکان، مشکل غیرمحسوسی وجود دارد. مشکلات نامحسوس به دلیل آنکه ممکن است مورد غفلت و بی‌توجهی قرار گیرند، خطرناک هستند.

پژوهش درباره روان‌درمانی کودک از کاستی مبری نیست. بدون تردید پیشرفت‌هایی هم در این زمینه حاصل شده است، اما جدا کردن و تفکیک آنها، کار دشواری می‌نماید. هدف کلی این کتاب تسریع این پیشرفت‌هاست. این مهم با بررسی وضعیت موجود این حوزه، نشان‌دادن مواردی که مانع پیشرفت هستند، شناسایی یافته‌ها و موارد امیدبخش، و ارائه جهت‌گیری‌های جدید، قابل حصول است. هدف این کتاب، بازنگری همه مداخلات درمانی در خصوص کودکان و پیشنهاد در مورد آثار آنها نیست. پیش‌بینی اثر احتمالی چنین تمرکزی، جدا از بی‌حاصلی‌ای که چنین بازنگری و مروری می‌تواند بدان منتهی شود، بیهوده است، هرچند که کاملاً نمی‌توان آن را از بین برد. در اینجا، ذکر صرف این موضوع که «تحقیقات بیشتری مورد نیاز است» چندان ثمربخش نیست. هدف کتاب حاضر، برانگیختن این فکر است که چه چیزی مورد نیاز است و برای استفاده از راهبردهای تحقیقی دیگر، چه فعالیت‌هایی باید صورت پذیرد.

مروری بر فصل‌های بعدی

فصل ۲- موضوع‌ها و موانع موجود در ارزیابی درمان کودک: موضوع‌های مورد بحث در این فصل عبارت‌اند از: بررسی ویژگی‌های خاص کودکان که پژوهش را دشوار می‌سازند؛ مشخصات این حوزه که پیشرفت ارزیابی درمان‌های مختلف را به تأخیر می‌اندازند، و روند رشد بهنجار و توصیف نابهنجاری‌هایی در کودک که به‌خوبی شناخته نشده‌اند. این موضوع‌ها باید در طراحی تحقیقات در زمینه درمان انفرادی و ارزیابی نوشته‌های مربوط به نتایج درمان، مورد توجه قرار گیرند.

فصل ۳- اثربخشی روان‌درمانی کودک: در این فصل بازنگری‌های مهمی که در حوزه روان‌درمانی‌های کودک صورت گرفته‌اند و نتایج و محدودیت‌های آنها، به ترتیب سیر تاریخی آنها مورد بحث قرار خواهند گرفت. بدین وسیله بهتر خواهیم توانست درباره کارایی درمان نتیجه‌گیری کنیم. بازنگری‌های مورد بحث، جدا از اینکه کمی یا کیفی باشند، محدود به اطلاعاتی خواهند بود که ارائه شده‌اند. کمبود مطالعات و قطبی دیدن آنها، نتیجه‌گیری از بازنگری‌های وسیع را محدود می‌سازد.

کارآیی درمان را می‌توان از رادهای دیگری غیر از آنچه در بازنگری‌ها انجام می‌شود، بررسی کرد. در فصل ۴، رویکردهای امیدوارکننده در درمان، درمان کودک به‌طور متفاوتی ارزیابی خواهد شد. در این فصل برای بررسی دقیق طرح‌های پژوهشی که کیفیت بالایی دارند و همچنین طرح این موضوع که مشکلاتی در پژوهش‌های درمانی وجود دارد، مطالعاتی انفرادی، انتخاب و ارائه می‌شوند. علاوه بر اینها، فنونی انتخابی که در برنامه‌های پژوهشی مختلف به کار گرفته می‌شوند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرند تا موفقیت فنون درمانی فوق و پیشرفت آنها نشان داده شود.

موضوع‌های روش‌شناختی اساسی در پژوهش درباره درمان کودک، مسائل مربوط به کثرت بیماران، درمانگران و موضوع‌های مرتبط با سنجش درمان، در فصل ۵ مورد بحث قرار خواهند گرفت. در این فصل، هدف، انتقاد از گستردگی نوشته‌های مربوط به این حوزه نیست؛ بلکه شیوه‌های مثبتی پیشنهاد شده‌اند که کمک می‌کنند تا دستاوردها بیشتر شوند. مطالب ارائه‌شده در این فصل، به مسائل خاصی می‌پردازد که به‌ویژه در پژوهش‌های مربوط به کودکان پیش می‌آید و بسیاری از آنها در طرح‌های درمانی، کاربرد دارند.

الگوهای پژوهشی در مورد نتایج درمان و رادهای مختلف ارزیابی درمان در فصل ۶ مورد بحث قرار خواهند گرفت. در رویکرد درمان مرسوم، پس از چند جلسه، عملکرد بیمار مورد ارزیابی قرار می‌گیرد تا مشخص شود آنچه که باید، حاصل شده و آیا این دستاوردها با گذشت زمان، باقی می‌مانند یا خیر؟ روش‌های دستیابی به این اهداف، یقیناً منطقی و مطمئناً قابل دسترسی هستند. با این حال، روش‌های دیگری نیز برای اجرای درمان و ارزیابی آن وجود دارد. در این فصل به مدل‌های جانشین که به منظور دستیابی به درمان‌های اثربخش و تسریع پیشرفت در این زمینه طراحی شده‌اند، توجه می‌شود.

پیشنهادها و جهت‌گیری‌های آینده و پیشنهاد برای یکپارچه کردن و وحدت بخشی به فصل‌های قبلی، در فصل ۷ ارائه می‌شود. در این فصل همچنین خلاصه‌ای از وضعیت جاری، نتایج پژوهش‌های اخیر در مورد درمان‌های کودک، و آنچه که می‌تواند به پیشرفت آنها کمک کند، گنجانده شده است. روش‌های پژوهش که می‌توانند در سطح بررسی‌های فردی، مطالعات مربوط به نتایج درمان‌ها را ارتقا بخشند، مورد بحث قرار می‌گیرند. همچنین به باورهای حرفه‌ای، افسانه‌ای مربوط به درمان و داده‌های ناکافی که می‌تواند ارزیابی درمان را مخدوش سازد نیز اشاره خواهد شد.

فصل دوم

مسائل و موانع موجود در ارزیابی درمان کودک

در اجرای پژوهش در زمینه روان‌درمانی کودکان یا بزرگسالان، به دلیل مشکلات روش‌شناختی حساس^۱، اشکالاتی وجود دارد (لویت، ۱۹۷۱ ص ۴۷۷). این مشکلات مواردی مانند فراهم کردن گروه‌هایی از بیماران همگن، حمایت از درمانگرانی که به اجرای درمان می‌پردازند، انتخاب شرایط کنترل (برای مثال گروهی که تحت درمان قرار ندارد)، طرح پرسش‌های مربوط به درمان‌های خاص، ترغیب بیماران به ادامه حضور در تمامی دوره درمان، و ارزیابی‌های پیگیرانه را دربرمی‌گیرد. مسائل فردی نیز دارای اهمیت هستند و مورد توجه قرار گرفته‌اند (برای مثال هوارد^۲، کراوس^۳، اریلینسکی^۴، ۱۹۸۶؛ کزدین، ۱۹۸۶؛ پارلاف، ۱۹۸۶). هنوز مسائل و موانع زیادی در درمان کودکان وجود دارد که پیشرفت پژوهش درباره روان‌درمانی کودک را کند می‌سازد. در این فصل، آنچه مربوط به ارزیابی روان‌درمانی کودک است مورد بحث قرار می‌گیرد. توجه به این مسائل کمک می‌کند تا علت‌کندی در پیشرفت پژوهش درباره روان‌درمانی کودک مشخص شود و درباره مسائل ابزار (مادی) و روش‌شناختی مورد نیاز ارزیابی درمان کودک، پیش‌زمینه‌ای حاصل شود.

تشخیص اختلالات دوران کودکی

تشخیص اختلالات روانی یا مسائل روان‌شناختی بزرگسالان، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته است. شاید یکی از مهم‌ترین دلایل این پیشرفت، کوشش‌هایی باشد که به منظور تعیین

1. slippery methodological Problems

2. Howard

3. Krause

4. Orlinsky

ملاک‌هایی خاص برای برخی اختلالات به عمل آمده است (فینر^۱ و همکاران، ۱۹۷۲؛ اشپیتسر، اندیکات^۲ و رایبیز^۳، ۱۹۷۵). این پیشرفت‌ها موجب ترغیب و تسریع پژوهش‌های مربوط به بروز، شیوع، بررسی علل، درمان و سیر بالینی انواع اختلالات شده است.

تا همین اواخر، اختلالات دوره کودکی از نظر آسیب‌شناسی و طبقه‌بندی تقریباً مورد غفلت قرار گرفته بود. بخشی از این بی‌توجهی به دلیل پیچیدگی‌های خاص دوره کودکی است. در بزرگسالان، نابهنجاری روانی عموماً در یک زمینه رشد اجتماعی، شناختی، عاطفی و زیستی نسبتاً ثابت تجلی می‌یابد. اگرچه مراحل و تغییرات در رشد بزرگسالان به‌گونه‌ای فزاینده در حال شناسایی است، این تغییرات احتمالاً کمتر یا حداقل کندتر از آن هستند که در دوره کودکی و نوجوانی به چشم می‌خورد. تغییر تصویر دوران کودکی، تشخیص نابهنجاری‌های این دوره را مسئله‌آفرین ساخته است. در واقع، تشخیص بسیاری از نابهنجاری‌های دوران کودکی تا حد زیادی وابسته به سن و ملاحظات رشدی است. برای مثال بعضی رفتارها (مثل شب‌اداری و کتک‌کاری) به‌گونه کاملاً متفاوتی تابع سن کودک هستند (مثلاً یک کودک دو ساله را با یک کودک ده ساله مقایسه کنید). بسیاری از خصوصیات عاطفی و رفتاری کودک مانند ترس‌ها و افسردگی‌ها در سنین مختلف کودکی و نوجوانی، به صورت‌های متفاوتی جلوه می‌کند. خصوصاً حجم زیاد مطالبی که باید درباره مراحل رشد و رشد بهنجار کودک آموخته شود، تشخیص اختلالات کودکان و نوجوانان را دشوار می‌سازد (گلفند^۴ و پیترسون^۵، ۱۹۸۵).

غفلت از اختلالات دوران کودکی، به کارهای کراپلین^۶ (۱۸۸۳) به‌عنوان پیش‌تاز تحقیق در زمینه طبقه‌بندی اختلالات، بازمی‌گردد. کراپلین با در نظر گرفتن علل مختلف بیماری‌های بزرگسالان، طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی را فراهم ساخت. اما اختلالات خاص دوران کودکی به‌گونه نظام‌مندی مورد مطالعه قرار نگرفت. شناخت اختلالات شدید به صورت مستند، با تشخیص اوتیسم کودکی در دهه ۱۹۴۰ آغاز شد. شواهدی دال بر کوشش‌های جداگانه برای شناسایی و طبقه‌بندی اختلالات دوران کودکی در دست است که طی ۵۰ سال گذشته صورت گرفته‌اند (درگر^۷، ۱۹۸۱). با این حال، فقط معدودی از این تلاش‌ها به یک طبقه‌بندی نظام‌مند و پذیرفته‌شده در مورد آسیب‌شناسی دوران کودکی انجامیده است.

1. Feighner
3. Robins
5. Peterson
7. Dreger

2. Endicott
4. Gelfand
6. Kraepelin

در ایالات متحده، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) سند یا مدرکی است که دامنه نابهنجاری‌های (اختلالات) روانی را که اخیراً شناسایی شده‌اند، کدگذاری و معین می‌کند.^۳ این نظام طبقه‌بندی را انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) تهیه کرده است و به صورت دوره‌ای نیز مورد تجدید نظر قرار می‌گیرد. در چاپ نخست این راهنما (DSM I) که در سال ۱۹۵۲ انتشار یافت، به اختلالات کودکان و نوجوانان توجه کمی مبذول شده بود. اختلالاتی که در دوره کودکی مورد توجه قرار گرفته بودند، به دو طبقه، یعنی واکنش‌های انطباقی (اختلالات عادت‌ی، آشفتگی‌های سلوک یا رفتار، صفات عصبی روانی) و اسکیزوفرنی نوع کودکی محدود می‌شدند. حتی معدود طبقه‌های مربوط به اختلالات کودکان، جدای طبقه‌هایی که برای بزرگسالان طراحی شده بودند و برای کودکان نیز کارایی داشتند، به ندرت مورد استفاده قرار می‌گرفتند. تقریباً، دو سوم کودکانی که برای درمان ارجاع می‌شدند، یا هیچ تشخیصی دریافت نمی‌کردند یا آنکه تحت تشخیص غیراختصاصی «واکنش ناسازگارانه» قرار داده می‌شدند (روزن^۱، بان^۲، و کرامر^۳، ۱۹۶۴). بنابراین، به نظر می‌رسید که برای توصیف انواع اختلالاتی که کودکان بر اساس ارزیابی‌های بالینی دقیق احساس می‌کردند، هیچ فشار مشخصی وجود نداشت. در سال ۱۹۶۶، گروه طرفدار پیشرفت روان‌پزشکی (GAP)^۴ به منظور جبران غفلتی که در زمینه آسیب‌شناسی دوران کودکی صورت گرفته بود، در طرح طبقه‌بندی DSM تلاش‌هایی به عمل آورد و نظام طبقه‌بندی جدیدی را تدارک دید که بین اختلالات دوران کودکی، تفاوت‌های عمده‌تری قایل است. چندین طبقه مختلف مشتمل بر طبقات اختلالات عصبی روانی، شخصیتی و اختلالات روانی فیزیولوژیکی در نظر گرفته شد که هر کدام چندین زیرمجموعه را شامل می‌شدند. و رای تمرکز صرف بر آسیب‌شناسی روانی، انحراف از فرایند رشد طبیعی و خصوصیات مثبت (پاسخ‌های سالم) نیز به‌عنوان ویژگی منحصر به فرد کودک منظور نظر قرار گرفت. نظام طبقه‌بندی GAP تا حد زیادی، جایگاه اختلالات دوران کودکی را ارتقا داد، اما مورد استقبال عامه قرار نگرفت. حداقل در ایالات متحده، DSM جایگاه برتر و بالاتری را در خدمات بهداشت روانی اشغال کرده است.

۳. هرچند که DSM نظامی است که در ایالات متحده مورد استفاده قرار می‌گیرد، از نهمین ویراست طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD.9) و منتشر شده از سوی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۷۸) اقتباس شده و منطبق با این طبقه‌بندی است. ICD به صورت جهانی مورد پذیرش است و مبنایی برای شناسایی و تشخیص امراض پزشکی و اختلالات روانی است.

1. Rosen

2. Bahn

3. Kramer

4. Group for the Advancement of Psychiatry (GAP)

در سال ۱۹۶۸، ویراست دوم DSM نیز انتشار یافت. (DSM II) بر اساس DSM I بود و در آن به اختلالات کودک و نوجوانان (برای مثال واکنش‌های بیش‌فعالی، پرجنبشی، گوشه‌گیری، اضطراب مفرط، واکنش‌های بزهکارانه گروهی، واکنش‌های پرخاشگرانه ضداجتماعی، فرار)، واکنش‌های ناسازگارانه دوران نوزادی، کودکی و نوجوانی، و اسکیزوفرنی نوع کودکی توجه شده بود. همچنین طبقه اختلالات رفتاری کودکان، از بدکارکردی نوجوانان، متمایز شده بود. در هر حال، به کودکان و نوجوانان که در گذشته کمتر مورد توجه قرار داشتند، توجه بیشتری شد.

در سال ۱۹۸۰، ویراست سوم DSM انتشار یافت. DSM III در مقایسه با ویراست دوم DSM، در توجه به اختلالات نوزادی، کودکی و نوجوانی تفاوت زیادی داشت. در DSM III، اختلالات در پنج طبقه عمده مشخص شدند که عبارت بودند از: اختلالات هوشی (عقب‌ماندگی ذهنی)، اختلالات رفتاری (برای مثال، اختلال منش)، اختلالات هیجانی (برای مثال، اختلال اضطرابی)، اختلالات جسمانی (برای مثال، اختلال تغذیه‌ای) و اختلالات رشدی (برای مثال، تأخیر رشدی فراگیر). در هر یک از این طبقات، زیرگروه‌های فرعی مختلفی نیز ذکر شده بودند. DSM III خصوصیت متمایز دیگری نیز با چاپ‌های قبلی داشت. در DSM III از محورها و حوزه‌های مختلفی جهت ارزیابی نابهنجاری کودک استفاده می‌شد. این پنج محور عبارت بودند از: (محور ۱) سندرم‌های بالینی؛ (محور ۲) اختلالات رشد و شخصیت؛ (محور ۳) اختلالات و شرایط جسمانی یا بدنی؛ (محور ۴) شدت مسائل استرس‌زا، و (محور ۵) بالاترین سطح عملکرد سازگارانه. محورهای چندگانه DSM III نه تنها به منظور تشخیص نابهنجاری‌های روانی (محورهای ۱ و ۲) مورد استفاده قرار می‌گرفت، بلکه امکان شناسایی سایر شرایط و مقتضیات مرتبط با مدیریت و درمان بیمار را نیز به وجود آورد.

در آغاز سال ۱۹۸۳، طبقات تشخیصی DSM به منظور ملحوظ ساختن یافته‌های پژوهشی مربوط به سایر اختلالاتی که از کاربرد طبقات تشخیصی خاص حاصل شده بود، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. ملاک‌های جدیدی ظاهر شدند و این نظام، به‌عنوان DSM III-R نامگذاری گردید (APA, ۱۹۸۷). اینها ملاک‌های فعلی DSM محسوب می‌شوند. گروه‌های اساسی اختلالات در DSM II و DSM III، کاملاً شبیه به هم هستند.*

جدول ۲-۱ دامنه‌ای از اختلالات را نشان می‌دهد که اخیراً در DSM III-R به‌عنوان اختلالاتی که در دوران شیرخوارگی، کودکی و نوجوانی شروع می‌شوند، از آنها یاد شده است.^۱

* لازم به ذکر است که کتاب اصلی، پیش از انتشار DSM IV، و در سال ۱۹۸۸ منتشر شده است.
۱. چهارمین ویراست کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، موسوم به DSM-IV را انجمن روان‌پزشکی

بسیاری از اختلالات دوران کودکی که در DSM II و DSM III درج شده‌اند، دارای خصوصیات مشترکی هستند. هدف ما، توجه جدی به کودکان و نوجوانان است. با این همه، هنوز درباره عدم وجود شواهد و مدارک قوی در حمایت از بسیاری از این مشکلات (اختلالات)، یا وجود مشکلاتی که ممکن است تشخیص داده نشوند، نگرانی‌هایی وجود دارد (آخنباخ^۱، ۱۹۸۵؛ وکزدین، ۱۹۸۳).

جدول ۱ - ۲: اختلالاتی که نخستین بار در نوزادی، کودکی و نوجوانی دیده می‌شوند

عقب ماندگی ذهنی: (الف) کارکرد هوش عمومی که به گونه‌ای معنادار، پایین‌تر از حد متوسط است (ب) که به نقص یا آسیب در رفتار انطباقی منجر می‌شود یا همراه با آن است، (ج) و قبل از ۱۸ سالگی آغاز می‌شود.

اختلال در خودماندگی (اوتیسم): اختلال عمیق در تعامل‌های اجتماعی، ارتباطی، زبانی و رمزی (اختلال در رشد قوه تخیل و تصور)، و خزانه فعالیت‌های محدود (برای مثال حرکات بدنی کلیشه‌ای). اختلال سلوک: الگوی سلوک مقاوم و تکراری که در آن یا حقوق اساسی دیگران یا هنجارهای اساسی اجتماعی «مناسب سن یا قوانین» مورد بی‌حرمتی قرار می‌گیرند. اختلال سلوک، جدی‌تر از شیظنت‌ها و شوخی‌های معمول کودکان و نوجوانان است.

اختلال نارسایی توجه / فزون‌جنبشی: نشانگان آن، بی‌توجهی نامتناسب از نظر رشدی، تکانشگری و بیش‌فعالی است. مشکلات مربوط به توجه و خلق‌الساعه بودن رفتار، در کلاس به شکل عدم انجام تکالیف و داشتن مشکل در سازمان‌دهی و تکمیل تکالیف درسی آشکار می‌شود.

اختلال نافرمانی - لجبازی: الگوی نافرمانی، منفی‌گرایی و مخالفت‌ورزی با صاحبان قدرت.

اختلال اضطراب جدایی: یک الگوی بالینی که در آن فرد دائماً آشفتگی است و نسبت به جدایی از منبع اصلی دلبستگی، یا خانه و دیگر محیط‌های آشنا، احساس اضطراب مفرط می‌کند. به هنگام جدایی، اضطراب کودک ممکن است به حد هراس برسد.

اختلال اضطراب مفرط: تصویری بالینی که در آن آشفتگی غالب، نگرانی افراطی درباره وقایع آینده یا گذشته است. رفتارهای آکنده از ترس، به موقعیت‌ها یا موضوع خاصی (مثل جدایی از والدین یا مواجه شدن با موقعیت اجتماعی جدید) مربوط نیست و از یک استرس روانی اجتماعی اخیر نیز ناشی نمی‌شود.

→ آمریکا در سال ۱۹۹۴ منتشر کرد. در این کتاب، اختلالات جدیدی در زمره اختلالات دوران کودکی و نوجوانی معرفی شده‌اند که از آن جمله می‌توان به اختلال اسپرگر اشاره کرد. علاقه‌مندان برای آشنایی با معیارهای این اختلالات و آگاهی بیشتر از تغییرات آخرین ویراست می‌توانند به کتاب *DSM IV* با ترجمه آن به فارسی مراجعه کنند (مترجمان).

هرزه‌خواری (پیکا): خوردن مداوم مواد غیر خوراکی. نوزادان مبتلا به این اختلال عموماً موادی مثل لباس، مو، نخ، پلاستیک، و رنگ را می‌خورند. کودکان بزرگتر ممکن است فضولات حیوانی، ماسه، ریگ، حشرات، برگ‌ها و چرم بخورند. این‌گونه کودکان از هیچ غذایی بیزار نیستند. اختلال نشخوار نوزادی: برگرداندن مکرر غذا به دهان بدون اینکه با استفراغ یا بیماری‌های معددای همراه باشد و با کاهش وزن یا عدم افزایش وزن مورد انتظار همراه است. نارضایی جنسیتی^۱: نارضایتی مقاوم و احساس عدم هماهنگی با جنسیتی که فرد به آن تعلق دارد و اشتغال فکری برای اکتساب خصوصیات جنس مخالف.

اختلال جنسی از نوع نارضایتی جنسیتی: نارضایتی مقاوم و احساس عدم هماهنگی با جنسیتی که کودک به آن تعلق دارد و پوشیدن مکرر لباس جنس مخالف برای ایفای نقش جنس مقابل (ولی کودک به عوض کردن خصوصیات و مشخصات جنسی خود نمی‌اندیشد).

اختلال هویت جنسی دوره کودکی: نارضایتی شدید و مداوم از دختر بودن برای دختران یا پسر بودن برای پسران که با انزجار آشکار از پوشیدن لباس معمول و متناسب جنس خود و اصرار برای پوشیدن لباس جنس مخالف، به‌اضافه انکار خصوصیات آناتومیک جنسی در فرد، مشخص می‌شود.

اختلال توره: حرکات سریع، تکراری، غیرارادی و عودکننده (تیک‌ها)، که تیک‌های چندگانه صوتی را هم دربرمی‌گیرد. حرکات می‌توانند به‌صورت ارادی برای دقایقی متوقف شوند. شدت و فراوانی، محل و موقعیت علایم ممکن است طی هفته‌ها یا ماه‌ها تغییر یابند.

اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن: حرکات سریع، تکراری، غیرارادی و عودکننده (تیک حرکتی) که در هر زمان، معمولاً بیش از سه گروه از عضلات را دربرنمی‌گیرد. تکرار کلمات، سوت کشیدن یا فیش کردن، بادگلو کردن (تیک‌های صوتی) از اشکال دیگر است. تیک‌ها روزی چندبار و تقریباً هرروز، به مدتی بیش از یک سال، اتفاق می‌افتد.

اختلال تیک‌گذرا: تیک‌های صوتی یا حرکتی، تکرار شونده، غیرارادی و عودکننده هستند که باید حداقل بیش از ۲ هفته، اما نه بیشتر از ۱۲ ماه، ادامه داشته باشند.

بی‌اختیاری کنشی ادرار: دفع غیرارادی و تکراری ادرار در روز یا شب در سنی که انتظار می‌رود دفع ادرار کنترل شده باشد و ناشی از هیچ‌گونه عارضه یا اختلال جسمانی هم نباشد.

بی‌اختیاری کنشی مدفوع: دفع عمدی یا غیرارادی و تکراری مدفوع به گونه‌ای ثابت در مکان‌هایی که با موقعیت فرهنگی-اجتماعی فرد متناسب نیست و به علت بیماری یا عارضه جسمانی هم نباشد. اختلال دلبستگی واکنشی دوران نوزادی و اوایل کودکی: نشانه‌های رشد هیجانی ضعیف (فقدان پاسخ‌دهی اجتماعی متناسب با سن)، خلق بی‌تفاوت، رشد جسمی ضعیف (عدم رشد)، این

نشانه‌ها قبل از ۵ سالگی و بر اثر فقدان مراقبت‌های کافی، از جمله غفلت یا سوء رفتار جسمی و روان‌شناسی، آغاز می‌شوند. اختلال نباید ناشی از بیماری یا عارضه جسمانی یا اختلال در خودماندگی (اوتیسم) باشد.

رفتار کلیشه‌ای یا اختلال عادت‌ی: با رفتارهای عمدی، تکراری، و غیرکارکردی مانند تکان دادن دست، حرکات موجی، جنباندن بدن، کوبیدن سر به دیوار، یا به دهان بردن اشیاء مشخص می‌شود. خموشی انتخابی: عبارت از امتناع مصرانه از صحبت کردن در یک یا چند موقعیت اجتماعی از جمله مدرسه است. این کودکان ممکن است علی‌رغم توانایی درک کلام و زبان شفاهی، از طریق ژست‌های چهره یا با تکان دادن سر یا در مواردی با کلمات تک‌سیلابی کوتاه، یا سخن گفتن یکنواخت، ارتباط برقرار سازند.

بی‌اشتهایی عصبی: با ترس شدید از چاقی، اختلال در تصویر بدنی، کم شدن بیش از حد وزن، بی‌توجهی به حفظ حداقل وزن بدن، و قطع قاعدگی (در زنان) مشخص می‌شود. به نظر می‌رسد که این اختلال در نوجوانی و بزرگسالی رخ دهد.

پراشتهایی عصبی: پرخوری‌های دوره‌ای که با الگوی تغذیه ناهنجار همراه است و در آن، فرد از این می‌ترسد که به صورت ارادی قادر به دست کشیدن از غذا نباشد.

اختلال در تلفظ شمرده: ناتوانی مستمر در استفاده از اصوات کلامی‌ای که انتظار می‌رود کودک از نظر رشدی باید قادر به بیان آنها باشد.

لکنت زبان: تکرار یا کشیدن صداها، واژه‌ها یا کلمات، یا وقفه و درنگ مکرر و غیرعادی که باعث گسسته شدن موزونی جریان کلام می‌شود.

بریده‌گویی: اختلال در سلاست کلام که هم وزن و هم میزان تکلم را شامل می‌شود و هم به بی‌نظمی در صحبت کردن و قابل فهم نبودن کلام می‌انجامد. در این اختلال، تکلم غیرعادی و ناموزن، و به صورت جریان ناگهانی و سریع کلمات همراه با جمله‌بندی نادرست است.

اختلال در زبان بیانی: در این اختلال، کاربرد زبان به طور قابل توجهی پایین‌تر از ظرفیت هوش غیرکلامی مورد انتظار در کودک است.

اختلال در زبان دریافتی: فهم زبان به طور قابل توجهی پایین‌تر از ظرفیت هوش غیرکلامی کودک است. اختلال در خواندن: عملکرد روزانه کودک در فعالیت‌هایی که به توانایی خواندن نیاز دارد، به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از ظرفیت هوشی کودک است.

اختلال در نگارش بیانی: عملکرد روزانه کودک در فعالیت‌هایی که نیاز به انشای متون کتبی دارد (هجی کردن کلمات، بیان افکار، منظم ساختن پاراگراف‌ها)، به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از ظرفیت هوشی کودک است.

اختلال در مهارت‌های ریاضی: عملکرد روزانه کودک در فعالیت‌هایی که مستلزم مهارت‌های ریاضی است، به طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از ظرفیت ذهنی کودک است.

اختلال در هماهنگی حرکتی: عملکرد روزانه کودک در فعالیت‌هایی که مستلزم هماهنگی حرکتی است، با توجه به ظرفیت هوشی و سن تقویمی او، به‌طور قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از سطح مورد انتظار است. این وضعیت ممکن است به صورت کندی قابل ملاحظه‌ای در دست‌یافتن به شاخص‌های حرکتی (راه رفتن، خزیدن) و عملکرد ضعیف در بازی تظاهر کند.

همان‌گونه که در دفترچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (APA، ۱۹۸۷) (DSM III-R) آمده است، این اختلالات در دوره‌های نوزادی، کودکی، یا نوجوانی دیده می‌شوند. تعدادی از این اختلالات، هم در بزرگسالان و هم در کودکان به یک شکل تظاهر می‌کنند. برای نمونه اختلالات خلقی و اسکیزوفرنی که طبقات خاصی مربوط به آنها برای کودکان اختصاص داده نشده است، زیرا ملاک‌های مورد استفاده برای بزرگسالان، برای سنین رشد نیز قابل استفاده‌اند.

DSM III و DSM III-R، علاوه بر تشخیص شماری از انواع مختلف نابهنجاری، فرصت‌هایی را برای پژوهش درباره انواع اختلالات فراهم ساخته است. در دو نسخه فوق، ملاک‌های تشخیصی‌علایم، طول دوره آنها و دیگر مشخصات مورد استفاده برای بزرگسالان و نیز کودکان، بهتر از ویراست‌های قبلی توصیف شده‌اند. بر توانایی سنجش علایم مختلف و تشخیص‌گذاری به صورتی پایاتر، تأکید شده است. شناسایی و تشخیص اختلالات مختلف، نیازمند تحلیل و مطالعه عمیق آنهاست. از مدت‌ها پیش مقیاس‌های گوناگونی برای تشخیص نابهنجاری‌های روانی بزرگسالان در دسترس بوده است (برای مثال، اندیکات و اشپیتسر، ۱۹۷۸؛ وینگ^۱، کوپر^۲، و سارتوریس^۳، ۱۹۷۴). اخیراً مصاحبه‌هایی تشخیصی نیز برای تشخیص اختلالات کودکان و بزرگسالان تهیه شده است (چیمبرز و همکاران^۴، ۱۹۸۵؛ هریانیک^۵ و رایش^۶، ۱۹۸۲). DSM III-R و ویراست‌های قبلی آن، نشان‌دهنده‌انگونه نظام‌های تشخیصی هستند که از کارهای بالینی نشأت گرفته‌اند. این نظام‌ها که بر مشاهدات بالینی و انتزاع از این مشاهدات مبتنی هستند برای مشخص کردن جوهره‌های تشخیصی به کار می‌روند. در رویکردهای متغیری، از روش‌های آماری مختلفی (مانند تحلیل عوامل و تحلیل طبقات) به منظور شناسایی علایمی که کودکان نشان می‌دهند استفاده می‌شود. در رویکردهای آماری معمولاً از والدین و آموزگاران خواسته می‌شود تا فهرستی از تعداد زیادی علایم را که امکان دارد در کودکان تظاهر بیابند، تکمیل کنند. برای مشخص کردن انواع علایمی (مواردی) که با هم همبستگی دارند، از روش‌های آماری استفاده می‌شود. به این طریق، گروه‌های بزرگ یا خوشه‌هایی از علایم،

1. Wing
3. Sartorius

2. Cooper
4. Chambers et al
6. Reich

شناسایی می‌شوند. با ارزیابی تعداد زیادی از علائم و عده زیادی از کودکان در سنین مختلف، می‌توان دوام انواع نابهنجاری‌هایی را که کودکان از خود نشان می‌دهند، مشخص کرد. با در کنار هم قرار دادن تعداد زیادی از مطالعات که شاخص‌های متفاوت، نمونه‌هایی مختلف از کودکان، و روش‌های تحلیل آماری گوناگونی را به کار برده‌اند، یافته‌های پایداری حاصل می‌شود. جدول ۲-۲ بعضی از این الگوها و علائم مشخص‌کننده هر یک را که در مطالعات کاملاً باثبات به دست آمده‌اند، نشان می‌دهد. مقایسه جدول‌های ۲-۱ و ۲-۲، همپوشی‌های چندی را آشکار می‌سازد (برای مثال، در اختلال سلوک، اختلال نارسایی توجه). به طور کلی، نتایج حاصل از رویکردهای چند متغیری به آزمون جوهردهای تشخیصی‌ای که با استفاده از روش بالینی (همچون DSM) استخراج شده‌اند، کمک کرده است (آخنباخ، ۱۹۸۵).

جدول ۲ = ۲: ابعاد حاصل از روش‌های تحلیل آماری چندمتغیری به همراه ویژگی‌های شایع‌تر مرتبط با هر یک از آنها

اختلال سلوک	- پرخاشگری اجتماعی شده ^۱
مجادله، کتک‌کاری	داشتن دوستان «ناباب»
نافرمانی، بی‌اعتنایی	فرار از خانه
قشقرق راه‌انداختن	فرار از مدرسه
خرابکاری	دزدی‌های گروهی
گستاخی و بی‌شرمی	وفاداری به دوستان بزه‌کار
همکاری ضعیف و مقاومت ورزی	تعلق به یک گروه خرابکار
- مشکلات توجه	- کناره‌گیری افسرده‌وار همراه با نگرانی
تمرکز ضعیف و آستانه توجه کوتاه	نگرانی، ترس، تنش
خیال‌پردازی	شرم
بی‌مهارتی، ضعف هماهنگی	کناره‌گیری
کیجی و حواس‌پرتی	افسردگی، غمگینی، آشفتگی
ناتمام رهاکردن کار، فقدان پایداری	حساس بودن، زود آزرده‌شدن
در کار	احساس حقارت، بی‌ارزشی
رفتار خلق‌الساعه و تکانه‌ای	

بیش‌فعالی	- اسکیزوپید - ناپاسخگر
بی‌قراری، بیش‌فعالی حرکتی	کم‌حرفی
هیجان‌پذیری و رفتار خلق‌الساعه	انزوا
وول‌خوردن، از کوره در رفتن	غم‌گینی
پرحرفی	بهت‌زدگی
شلوغ‌بودن و صداهای اضافی	کیجی
درآوردن	

از کوئی، ه. س. ۱ (۱۹۸۶)، تحلیلی انتقادی از DSM III تحت عنوان آسیب‌شناسی دوران کودکی و نوجوانی. مندرج در کتاب مسائل جاری در آسیب‌شناسی روانی به ویراستاری ت. میلون و ج. کلرمن، مسائل گذرا آسیب‌شناسی روانی. نیویورک: گیلفورد.

پیشرفت‌های اخیر در توصیف و تشریح اختلالات دوران کودکی و تدوین ملاک‌های تشخیصی ویژه، مبنای پژوهش دربارهٔ درمان بعضی از اختلالات خاص قرار گرفته‌اند. توسعهٔ دیر هنگام چنین اطلاعاتی تأثیرات دوگانه‌ای داشته است. نخست آنکه، بدون مطرح‌ساختن اختلالات مختلف، طیف کامل نیازهای درمانی کودکان روشن نمی‌شود. بسیاری از مسائل و مشکلات کودکان (مثلاً اوتیسم و عقب‌ماندگی ذهنی) تشخیص داده شده‌اند، ولی چندان مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. با وجود این، مطرح‌کردن دامنه وسیع‌تری از اختلالات و زیرمجموعه‌های آنها می‌تواند به مشخص‌کردن نیازهای درمانی کمک کند.

دوم، نبود توافق همگانی در زمینهٔ یک نظام تشخیصی واحد، گردآوری اطلاعات مربوط به نابهنجاری‌های خاص را به تأخیر انداخته است و به جای استفاده از روش‌های هنجار شده، اصطلاحات غیر یکسان برای نامیدن مشکلات کودکان به کار گرفته شده است. در واقع این سنت همچنان ادامه یافته است. برای مثال، در مطالعات مربوط به درمان کودک، اصطلاحاتی غیراستاندارد که در مطالعات مختلف، فاقد معنای یکسانی هستند، مانند «آشفستگی‌های هیجانی»، «مشکلات مربوط به خودگردانی»، «اختلال در سازگاری اجتماعی» و «کمبود مهارت‌های اجتماعی» به کار گرفته شده است. همچنین، استفاده از اصطلاحات غیر یکسان، مانع از ثبات مجموعه منابع مطالعات همه‌گیرشناسانهٔ پایداری برای مشخص‌کردن میزان بروز و شیوع اختلالات خاص می‌شود.

فصل دوم: مسائل و موانع موجود در ارزیابی درمان کودک / ۴۱

روان‌درمانی کودک

جدول ۲ - ۲: شیوع خصوصیات رفتاری در یک نمونه ۴۸۲ نفری از کودکان ۶-۱۲ ساله بنابه گزارش والدین آنها

مشکلات رفتاری	شیوع
ترس‌ها و نگرانی‌ها (۷ مورد یا بیشتر) ادرا کردن در رختخواب طی سال گذشته:	۲۳
اغلب اوقات	۱۷
ماهی یکبار یا بیشتر	۸
کابوس‌های شبانه اشتهابه‌غذا:	۲۸
کمتر از حد نرمال	۲۰
دوبار در هفته یا بیشتر عصبانیت:	۱۶
ماهی یکبار یا بیشتر	۸۰
دوبار در هفته یا بیشتر	۲۸
روزی یکبار یا بیشتر	۱
بیش‌فعالی	۲۹
بی‌قراری	۳۰
لکنت زبان	۲
حرکات نامعمول، وول خوردن یا پرش عضلانی (تیک) ناخن جویدن:	۱۲
شدید	۲۷
کندن ناخن‌ها (شدیدتر)	۱۷
دندان قروچه	۱۴
مکیدن انگشت شست یا دیگر انگشتان:	۱۰
همیشه	۲
اغلب اوقات	

اقتباس از لایوس، ر. و مانک، م. آ. (۱۹۵۸). مطالعه همه‌گیرشناسی ویژگی‌های رفتاری کودکان، مجله آمریکایی بهداشت عمومی، شماره ۴۸، صص ۱۱۴۳-۱۱۴۴.

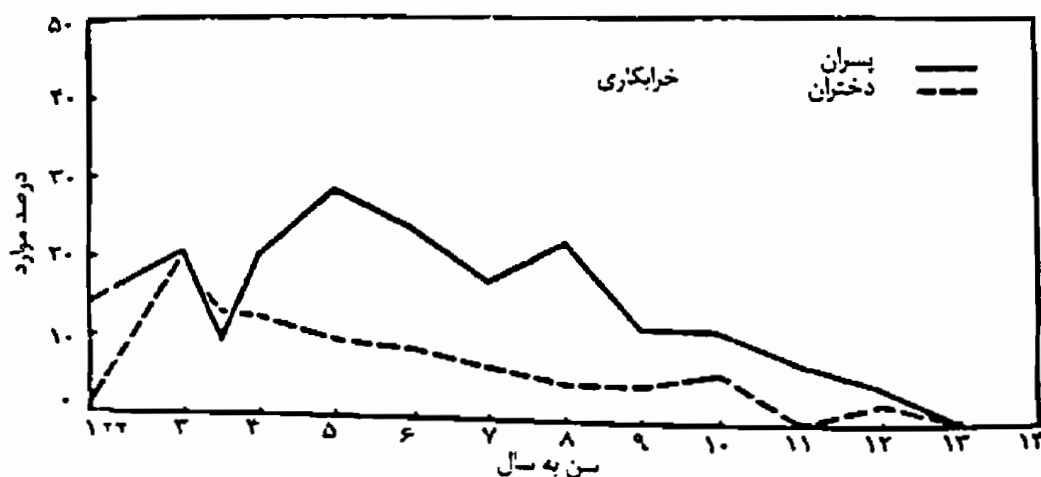
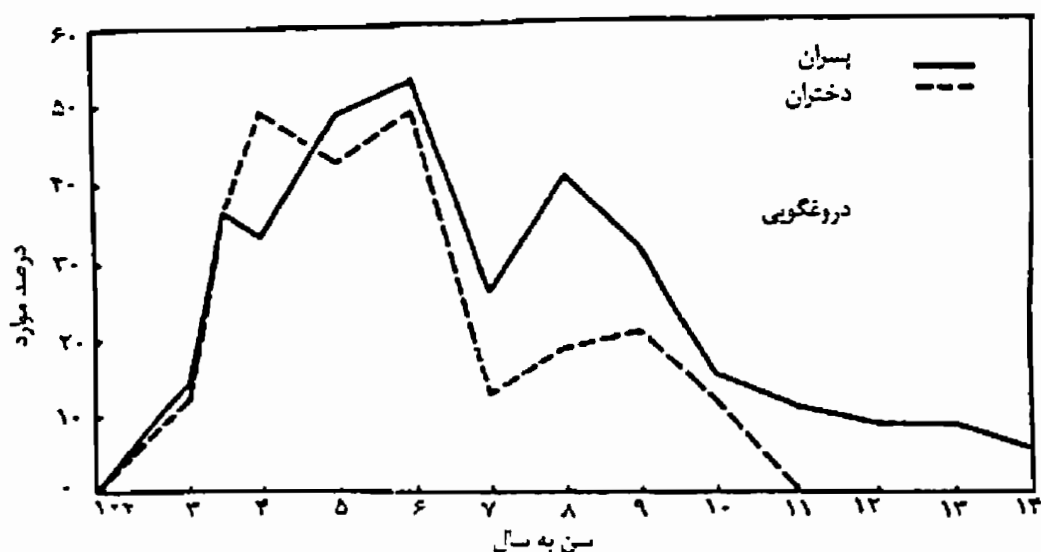
ملاحظات رشدی

برخی ملاحظات رشدی، تحقیق و بررسی درباره اختلالات دوران کودکی و به‌ویژه ارزیابی درمان را دشوار ساخته است. نخست اینکه رفتارهایی که به‌عنوان ناسازگاری یا آشفتگی‌های عاطفی شناخته می‌شوند، در دوران کودکی نسبتاً شایع هستند (لاپوس^۱ و مانک، ۱۹۵۸؛ مک‌فارلین و همکاران، ۱۹۵۴، وری و کوئی، ۱۹۷۱). در جدول ۲-۳، نمونه کوچکی از مشکلات رفتاری و فراوانی نسبی مربوط به هر کدام از آنها در کودکان ۱۲-۶ ساله نشان داده شده است. هرچند رفتارهایی که والدین و آموزگاران مشکل‌آفرین تلقی می‌کنند، در اوایل دوران کودکی، نسبتاً شایع هستند، ولی سؤال اساسی این است که آیا این رفتارها خبر از رفتارهای ناسازگارانه یا ناپهنجاری در دوران بزرگسالی می‌دهند؟ خوشبختانه، زمانی که بیشتر کودکان بزرگ می‌شوند، به اختلالات روان‌پزشکی و روان‌شناختی جدی مبتلا نمی‌شوند. بنابراین، نشانه‌های اولیه مشکلات کودکان ضرورتاً از نظر بالینی اهمیت معناداری ندارد.

دوم آنکه، کودکان به‌سرعت تغییر می‌کنند و مشکلات رفتاری آنها در سنین مختلف فراز و فرود بسیار دارد (مک‌فارلین و همکاران، ۱۹۵۴). معمولاً مشکلات رفتاری به موازات گذار از دوران کودکی به نوجوانی، کاهش نشان می‌دهد. برای نمونه، به دروغ‌گویی و خرابکاری توجه کنید که غالباً در دوران کودکی رفتارهایی ضداجتماعی شناخته می‌شوند. در شکل ۲-۱، تفاوت در میزان گزارش‌شده این دو مشکل رفتاری به‌عنوان تابعی از سن، نشان داده شده است. همان‌طور که در این شکل دیده می‌شود، دروغ‌گویی به‌عنوان یک مشکل رفتاری در اکثر (۵۳٪) پسر بچه‌های طبیعی ۶ ساله گزارش شده است. اما این میزان، در ۱۲ سالگی به ۱۰ درصد کاهش یافته است. در دختران این الگو جالب‌تر است؛ به این ترتیب که در سن ۶ سالگی دروغ‌گویی در دختران به‌میزانی بالا گزارش شده است (حدود ۴۸٪) اما بعد از ۱۱ سالگی، هیچ گزارشی که در آن از دروغ‌گویی به‌عنوان یک مشکل نام برده شده باشد، وجود ندارد. در مورد خرابکاری هم الگوی مشابهی وجود دارد. همان‌طور که در مورد این دو رفتار مشخص است، با گذشت زمان ممکن است تغییرات قابل ملاحظه‌ای [در رفتار کودکان] روی دهد.

این واقعیت که ممکن است با رشد و تحول کودک، تغییرات قابل ملاحظه‌ای در رفتارهای مشکل‌زای وی روی دهد، مشخص کردن همه اختلالات دوران کودکی را دشوار ساخته است. بسیاری از مشکلات رفتاری دوران کودکی به دلیل آنکه طی دوران رشد از بین می‌روند، ممکن

است نیازی به درمان نداشته باشند یا در اولویت درمان قرار نگیرند. سیر چنین رفتارهایی خارج از فوریت‌های درمانی است. در مورد این رفتارها، بهتر است به جای مداخله کردن، منتظر ماند و دید، که آیا با رشد کودک و بزرگتر شدن او، از بین می‌روند یا نه. البته در مورد ناپهنجاری‌هایی که به لحاظ بالینی معنادار هستند (مانند روان‌پریشی‌ها یا عقب‌ماندگی ذهنی) این کار به وضوح غیرمعقول است. همان‌گونه که مشاهده می‌کنید، بخشی از ترندهای موجود در انجام پژوهش در این حوزه، به این تصمیم‌گیری مربوط می‌شود که تعیین کنیم کدامیک از مشکلات کودک، طی رشد طبیعی او از بین خواهند رفت و کدامیک نیازمند مداخله هستند. کاملاً آشکار است که این موضوع در مقایسه با بزرگسالان، در مورد کودکان با ابهام بیشتری همراه است.



نمودار ۱ - ۲: درصد کودکان بهنجار گزارش شده که به تبع سن و جنس، اقدام به دروغجویی (تصویر بالا) و خرابکاری (تصویر پایین) کرده‌اند (به نقل از ج. و. مک‌فارلین، ل. آلن، و م. ب. هونزیک (۱۹۵۴). مطالعه رشدی مشکلات رفتاری کودکان بهنجار از ۲۱ ماهگی تا ۱۴ سالگی. پرکلی و لس آنجلس: انتشارات دانشگاه کالیفرنیا.)

افزون بر این، در مورد تغییرات حادث شده در رفتارهای مشکل‌زا، مسائل و الزامات روش‌شناختی وجود دارد. لازم است در مورد خط پایه و سیر تغییرات مربوط به رفتارها یا علایم خاص در سنین مختلف و مراحل رشدی مختلف، درک روشنی داشته باشیم. بدون درک مقدار رفتار خط پایه و نحوه تغییر آنها، بهبودهایی که در اثر رشد روی می‌دهند، به اشتباه به مداخلات درمانی که ممکن است صورت گرفته باشند، نسبت داده می‌شوند. زمانی که خط پایه بهبودی، نسبتاً بالا باشد، هر پژوهشی که به منظور ارزیابی درمان‌ها طرح و تدوین می‌شود، باید شامل نمونه‌های بزرگ و تأثیرات درمانی بسیار قوی باشد تا اثر معنادار بهبود را در نمونه مورد بررسی نشان دهد؛ این تأثیرات باید فراتر از آن حدی باشد که در گروه گواه که درمانی دریافت نداشته‌اند، اتفاق می‌افتد (بارت^۱، همپ^۲ و میلر، ۱۹۷۸).

سوم، چون طی رشد کودک تغییراتی روی می‌دهد، این امکان وجود دارد که یک مشکل بالینی خاص، ناپدید، و سپس در سنی دیگر، به صورت مشکل دیگری ظاهر شود. این پدیده که به تبدیل نشانگان رشدی یا جانشینی رشدی علامت^۳ (لویت، ۱۹۷۱) معروف است، به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است، اما در تجارب روزمره زندگی می‌توان آن را دید. برای مثال، هرگاه کودکان خردسال نتوانند با کودکان بزرگتر از خود، کار خویش را پیش ببرند، ممکن است آنان را اذیت کنند، تهدیدشان کنند و هل‌شان بدهند. ممکن است چنین کودکان یا نوجوانانی، سال‌ها بعد هیچ‌کدام از رفتارهای اولیه را نشان ندهند، اما امکان دارد همچنان پرخاشگر باشند. رفتار پرخاشگرانه یا جدال با دیگران، ممکن است به صورت روش‌ها و اشکالی کاملاً متفاوت و متناسب با سن، از قبیل مراقبه و مقابله با دیگران با استفاده از اسلحه، تظاهر کند. در مورد کودکان و در بررسی اینکه آیا فرد به درمان پاسخ داده است یا نه، کاربرد یک ابزار واحد در زمان‌های مختلف (یعنی عملی که در ارزشیابی درمان‌های به کار رفته در مورد بزرگسالان، بسیار استفاده می‌شود)، ارزشیابی را تا حدی مشکل‌تر می‌کند. هرچند برخی از مطالعات، روند بهبودی رفتار و تغییر شکل احتمالی آنها را بررسی کرده‌اند (ادلبروک^۴، ۱۹۸۳؛ پترسون، ۱۹۸۲)، دانسته‌های ما در این زمینه ناچیز است. از این رو، برای اینکه نشان دهیم چگونه یک مجموعه ابزار که برای ارزیابی درمان در یک سن خاص تهیه شده، باید تغییر یابد تا بتواند برای ارزیابی مراحل پس از درمان، پیگیری، و مشکلات احتمالی مفید واقع شود، هنوز داده‌های کافی در دسترس نیست.

1. Barrett

2. Hampe

4. Edelbrock

این واقعیت که ممکن است مشکلات رفتاری طی دوره رشد تغییر شکل یابند، در اجرا و ارزیابی درمان کاربردهای مهمی دارد. بسیاری از مشکلات ممکن است با گذشت زمان خودبه‌خود تخفیف پیدا کنند. بنابراین شاید به جای درمان، شکیبایی و آموزش به کسانی که در ارتباط با آن مشکل قرار دارند (برای مثال والدین)، ضرورت بیشتری داشته باشد. به‌عنوان نمونه، بسیاری از والدین در برابر کودکی که کنترل دفع را نیاموخته است، بی‌صبری نشان می‌دهند در حالی که برای اکثر کودکان، تأخیر یا تسریع آموزش کنترل دفع در دو سالگی، از نظر بالینی معنادار به‌نظر نمی‌رسد. بنابراین، چنانچه نشان داده شود که مسئله عدم کنترل دفع با گذشت زمان تخفیف می‌یابد، بزرگسالان از آن رنج نخواهند برد. همچنین، به‌نظر نمی‌رسد که تأخیر یا تسریع در یادگیری کنترل دفع، تأثیری بر دیگر مسائل روان‌شناختی دوره بزرگسالی داشته باشد. برای کمک به آموزش کودکان در یادگیری کنترل دفع قبل از موعد مقرر، روش‌هایی تدوین شده‌اند (آزرین^۱ و فاکس^۲، ۱۹۷۴). به‌هر حال، فواید درمان برای والدین ناامید، بیشتر از کودکان آنان است.^۳ در مورد بسیاری از مشکلات، درمان می‌تواند تغییر را تسریع بخشد ولی ممکن است این مشکلات به دلیل اینکه پیامدهای درازمدت آنها روشن نیست یا آنکه نتایج معکوسی دربر دارد، اولویت بالینی نداشته باشند. اولویت نخست درمان، به نابهنجاری‌هایی اختصاص می‌یابد که بخشی از رشد بهنجار نیستند یا با درمان خاصی بهبود نمی‌یابند.

ملاحظات رشدی دیگری نیز وجود دارند که مانع ارزیابی درمان به‌شمار می‌روند. فرضیات مربوط به اینکه کودکان قادرند چه چیزی را تجربه کنند، از بررسی نابهنجاری‌های جایگزین و تأثیرات درمان آنها حاصل شده است. برای مثال، سال‌ها تصور می‌شد که کودکان، به همان‌گونه که بزرگسالان به اختلال افسردگی عمده دچار می‌شوند، آن را تجربه نمی‌کنند (ماهلر^۴، ۱۹۶۱؛ ری^۵، ۱۹۶۶). اختلال افسردگی عمده شامل مجموعه‌ای از نشانگان است: خلق ناشاد (غمگینی)، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های روزمره یا لذت‌نبردن از آنها، تغییر در اشتها، وزن یا فعالیت (مثلاً به صورت کاهش یا افزایش)، مشکلات خواب، از دست دادن انرژی، احساس

1. Azrin

2. Faxon

۳. برای کودکانی که به دلیل نداشتن مهارت در کنترل دفع، با مشکلاتی روبرو هستند، تدوین و طراحی روش‌هایی برای آموزش این مهارت‌ها، راه‌حلی اساسی است (آزرین و فاکس، ۱۹۷۱). نقطه حساس بحث حاضر توجه به این نکته است که کودکانی که دارای عملکردهای بهنجار هستند ولی والدین آنها دامنه‌ای از عملکردهای آنان را مشکل‌زا تلقی می‌کنند، قسمت اعظم مشکلاتشان با گذشت زمان بهبود می‌یابد و بعدها پیامدهای درازمدت ناسازگاری یا نابهنجاری روانی را نشان نخواهند داد.

4. Mahler

5. Rie

بی‌ارزشی، کندشدن تفکر یا ضعف در تمرکز، و افکار عودکنندهٔ مربوط به مرگ. بر اساس نظریه روان‌کاوی سنتی که نظریه غالب در این زمینه بود، اختلال افسردگی، نشانه‌ای از من برتر است. از آنجا که فرض می‌شد من برتر در نوجوانی رشد می‌کند، حضور اختلال افسردگی در کودکی غیرممکن به نظر می‌رسید. این فرض با تظاهرات مکرر افسردگی عمده در کودکان (که به‌آسانی قابل تشخیص است)، کنار گذاشته شد (کانتول^۱ و کارلسون^۲، ۱۹۸۳). به هر حال فرض‌هایی که درباره رشد روان‌شناختی کودکان و حدود ظرفیت‌های آنها وجود داشته، شناسایی کودکان بیمار، تدارک ارزیابی و درمان این اختلالات را به تأخیر انداخته است.

به‌طور کلی، ملاحظات رشدی، مانعی در راه بررسی درمان‌های مختلف محسوب می‌شوند. فقدان اطلاعات در زمینه سیر ناپهنجاری‌ها و شناخت اینکه ممکن است این ناپهنجاری‌ها خودبه‌خود بهبود یابند، اولویت درمان را برای بسیاری از مشکلات دوران کودکی کاهش داده است. به دلیل تغییرات رشدی، ارزیابی تغییر و اثبات اینکه اثر درمان، بر پدیده خوگیری مادر با اختلال کودک، تقدم دارد، دشوار است.

ارجاع کودکان برای درمان

روشی که مشکلات بالینی کودکان از آن طریق تشخیص داده می‌شود، مانعی را برای پژوهش درباره درمان به وجود می‌آورد. اولاً خود کودکان به‌ندرت برای درمان مراجعه می‌کنند و اشخاص دیگری مثل والدین و آموزگاران نقش اصلی را در ارجاع، ارزیابی و درمان آنها به عهده دارند. کودکان معمولاً خود را به‌عنوان کسانی که دچار مشکلات عاطفی و رفتاری هستند، تلقی نمی‌کنند. در اوان نوجوانی، آنان احتمالاً چنین مشکلاتی را به‌عنوان مسائلی که ناشی از محیط اجتماعی، خانوادگی و والدینی است، قلمداد می‌کنند (کومپاس^۳، فرایدلند-باندز^۴، باستین^۵ آدلمن^۶، ۱۹۸۱؛ دولینگر^۷، تیلن^۸ و والش^۹، ۱۹۸۵). بزرگسالان برعکس نوجوانان، اساساً مسائل خود را نتیجهٔ عواملی درونی از قبیل تفکر و احساسات خود تلقی می‌کنند.

از نقطه نظر درمان و پژوهش دربارهٔ درمان، کاربرد مداخلات متنوعی مانند «صحبت درباره مشکلات شخصی» برای کودکان دشوارتر از بزرگسالان است. در نتیجه، ارزش درمان‌های

1. Cantwell
3. Compas
5- Bastien
7. Dollinger

2. Carlson
4. Friedland-Bandes
6. Adelman
8. Thelen

روان‌شناختی کودکان چندان روشن نیست. علاوه بر این، وادار کردن کودکان به ادامه درمان و ایجاد انگیزه در آنها دشوار است. مشارکت دادن فعالانه نوجوانان در تصمیمات مربوط به درمان، برای ایجاد انگیزه ادامه درمان و ارزیابی آن، به تلاش‌های خاصی نیاز دارد (آدلمن، کاسر-بوید^۱ و تیلور^۲، ۱۹۸۴؛ کزدین، ۱۹۸۰).

احتمالاً موضوع بسیار گسترده‌تری باعث‌کنندگی پیشرفت آثار درمانی مربوط به حوزه کودکان شده است. و آن اینکه کودکان، شخصاً در شرایطی قرار دارند که دارای قدرت و توان کافی نیستند. از این رو، آنان برای برآورده کردن علایقشان، آنگونه که گروه‌های بزرگسالان عمل می‌کنند، اصرار و فشار زیادی از خود نشان نمی‌دهند. در ایالات متحده، بسیاری از نهادهای دولتی (گروه‌های ویژه و کمیسیون‌های مختلف) تمرکز خود را به نیازهای بهداشت روانی کودکان معطوف ساخته‌اند (کنگره ایالات متحده، دفتر ارزیابی فن‌آوری، ۱۹۸۶). اما اگر کودکان می‌توانستند همانند بسیاری از گروه‌های بزرگسالان، دیگران را متوجه نیازهایشان کنند، در آن صورت احتمال بیشتری داشت که منابع لازم و کافی را در جهت بهداشت روانی و پژوهش درباره درمان گروه‌های کودکان به دست آورند.

تنوع مشکلات بالینی

آن دسته از مشکلات کودکان که نیازمند درمان هستند، وسیع و گسترده‌اند. کودکان نیز مانند بزرگسالان به اختلالات قابل تشخیصی همچون افسردگی و اضطراب مبتلا می‌شوند که باید مورد درمان قرار گیرد. ولی آنها به مشکلات دیگری به غیر از موارد یاد شده نیز دچار می‌شوند. کودکان اغلب زمانی که قربانی سوءرفتار جنسی یا جسمی می‌گردند، برای درمان ارجاع داده می‌شوند. واکنش به حوادث و رویدادهای خانوادگی (مثل طلاق) نیز ممکن است در این طبقه قرار گیرد. شناسایی بسیاری از مسائل کودکان، به دلیل آنکه آنها خود به جستجوی کمک بر نمی‌آیند، دشوار است. علاوه بر این، والدین ممکن است رفتارهای ناسازگارانه کودک را پنهان سازند یا تا زمانی که به مرحله نگران‌کننده‌ای نرسیده باشند، به آنها توجهی نکنند. مشکلات بسیاری نیز وجود دارند که به‌عنوان بخشی از رشد بهنجار در نظر گرفته می‌شوند. اگرچه این مشکلات اجتناب‌پذیرند، به اندازه‌ای رایج هستند که می‌توانیم آنها را به‌عنوان پدیده‌هایی قانونمند در نظر بگیریم (مانند بحران نوجوانی). دامنه این مشکلات، موانعی که بر سر راه شناسایی این مشکلات وجود دارند، و ابهاماتی که این مسائل به‌وجود می‌آورند، حتی اگر باعث آشفتگی و گیجی ما نشوند، حداقل در کار پژوهش ایجاد اغتشاش خواهند کرد.

موضوع اساسی‌ای که قبلاً ذکر آن رفت، این واقعیت است که کودکان، مشکلات بالینی را خودشان به ندرت تشخیص می‌دهند و معمولاً اشخاص دیگری از قبیل والدین، آنان را برای درمان ارجاع می‌دهند. این بدان معناست که ممکن است درمانی برای کودکی در نظر گرفته شود، در حالی که خود او مشکل خاصی را در خود سراغ نداشته باشد. ضمن آنکه همین فرایند ارجاع، می‌تواند این حقیقت را که آیا مشکلی در رفتار کودک وجود دارد، زیر سؤال ببرد.

ارجاع کودک از سوی والدین و ارزیابی آنان از کودک نمی‌تواند منعکس‌کننده کارکرد کودک باشد. درک والدین از انحراف فرزندشان و ارزشیابی‌های آنان از او با مقیاس‌های درجه‌بندی میزان‌شده، به‌طور معناداری به علایم آسیب‌شناسی خودشان (به‌ویژه افسردگی، اضطراب)، اختلافات زناشویی، انتظاراتشان از رفتار کودک، عزت نفس والدین، و استرس‌های روزمره در آنها بستگی دارد (برای مثال، فورهند^۱، لوتنشلاگر^۲، فاوست^۳، و گرازیانو^۴، ۱۹۸۶؛ مَش^۵ و جانستون^۶، ۱۹۸۳). هرچه شدت افسردگی یا اضطراب مادر بیشتر، یا خصوصیات دیگری که ذکر آن رفت وخیم‌تر باشد، به احتمال بیشتری رفتار کودک به‌عنوان رفتاری که از حد نرمال انحراف دارد ارزیابی می‌شود. به‌علاوه، علایم والدین و تجارب روزمره آنها مثل برخوردهای اجتماعی منفی در خارج از خانه، می‌تواند بر رفتار و واکنش‌هایشان نسبت به کودک و شدت رفتار غیرطبیعی وی اثر بگذارد (برای مثال، فورهند و همکاران، ۱۹۸۶؛ والر، ۱۹۸۰). بنابراین، منبع مشکل بالینی و تفسیر اطلاعات مربوط به ارجاع کودک، پیچیدگی‌های خاص خود را دارد.

کانون درمان

کانون درمان در اختلالات دوران کودکی، موضوع‌های جدیدی را پیش کشیده است. نخستین پرسش، درباره شخص (یا اشخاصی) است که درمان معطوف به آنهاست. حتی اگر انگیزه و محرک درمان، مشکل خاصی در کودک باشد، فرصت خوب (و مؤثری) برای مداخله، فراهم خواهد بود. اهداف یا انتخاب‌های عمده‌ای که مداخلات می‌تواند بر آنها تمرکز یابد، کودک، والدین یا خانواده است. یک مثال از زمانی که کودک کانون درمان قرار می‌گیرد، روان‌درمانی انفرادی است؛ و زمانی که والدین یا خانواده، کانون درمان قرار می‌گیرند، خانواده‌درمانی یا

1. Forehand
3. Faust
5. Mash

2. Lautenschlager
4. Graziano
6. Johnston

آموزش اداره امور به والدین است. این بدان معناست که در درمان، چندین حوزه برای ایجاد تغییر می‌تواند مدنظر قرار گیرد. در یک بررسی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان (تعداد ۱۱۰ نفر)، ۹۴٪ آنان گزارش دادند که اکثریت والدین را نیز همزمان با کودکان، به‌عنوان بخشی از درمان کودک در نظر می‌گیرند (کوچر^۱ و پدوللا^۲، ۱۹۷۷). همچنین، ۲۱٪ آنان گزارش دادند که آنها با آموزگاران کودکان تحت درمانشان نیز مشاوره انجام می‌دهند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که متخصصان غالباً نیازمند همکاری والدین و آموزگاران در درمان هستند.

از نقطه نظر ارزیابی درمان، تنوع اشخاص و شرایطی که در درمان حاکم است، مشکلات چندگانه‌ای را به‌وجود می‌آورد. در مطالعه بر بزرگسالان، مقایسهٔ مجموعه‌ای از درمان‌ها (برای مثال، ارتباط‌درمانی در مقابل شناخت‌درمانی) نسبتاً آسان و سراسر است. در حالی که چنین مقایسه‌ای، زمانی که در مورد کودکان به کار می‌رود، به طرح تصمیمات و مشکلات دیگری منتهی می‌شود. لازم است با توجه به آنچه باید برای والدین و آموزگاران تدارک دیده شود، تصمیم‌گیری به‌عمل آید (برای مثال تجهیز والدین و آموزگاران به برنامه‌ای استاندارد جهت تداوم بخشی و ثابت نگاه‌داشتن ویژگی‌هایشان). اما توجه به این امور باعث می‌شود که طرح پژوهشی، نابسامان از آب درآید.

جنبه دیگر درمان این است که آیا درمان را درمانگر باید مستقیماً بر کودک اعمال کند (برای مثال درمان فردی یا گروهی) یا بر سایرین (والدین، آموزگاران، همسالان) و کسانی که با کودک در تعامل هستند (برای مثال آموزش مدیریت کودک به والدین، برنامه‌های رفتاری‌ای که معلم در مدرسه اجرا می‌کند). این بحث به طرح پرسش‌هایی درباره نقاط مؤثر جهت مداخله و تدارک بیشترین تغییر در مشکل بالینی می‌انجامد. ضمن آنکه اگر اشخاصی به جای درمانگر عهده‌دار درمان کودک باشند، آنگاه موضوع آموزش افراد غیر حرفه‌ای (والدین، آموزگاران، دستیاران بیمارستانی) و نظارت بر نحوه عملکرد آنان خارج از موقعیت معمول درمان، موانع جدیدی ایجاد می‌کند.

بنابراین، انتخاب کانون مناسب درمان، مسائلی را برای ارزیابی درمان ایجاد می‌کند. اگرچه مبنای اولیهٔ ارزیابی درمان، ارزیابی عملکرد کودک است، این اتفاق الزاماً روی نمی‌دهد. برای مثال در روش خانواده‌درمانی، معمولاً کودک کانون درمان قرار می‌گیرد (یعنی کودک به‌عنوان بیمار در نظر گرفته می‌شود) اما در کانون قرار دادن کودک برای درمان یا ارزیابی درمان،

کار درستی نیست. در اینجا، چگونگی کارآمدی درمان، از طریق ارزیابی مسائل اولیه یا ارتباط و تعامل والدین و خانواده بررسی می‌شود و ممکن است کانون درمان، خود خانواده باشد. در عین حال، امکان دارد ارزیابی نتایج موجبات غفلت از مشکلاتی را فراهم آورد که کودک به خاطر آن ارجاع شده است.

اشاره‌های کلی

طرح مباحث قبلی، باعث از بین رفتن موانعی نمی‌شود که به تأخیر در ایجاد و ارزشیابی روش‌های درمان کودکان می‌انجامند، چون عوامل و موانع اثرگذار دیگری نیز وجود دارد. عدم دسترسی به آزمودنی‌ها در شرایط بالینی، مانعی قابل توجه است (کوواچ^۱ و پائولوسکاس^۲، ۱۹۸۶). این موضوع به‌طور یقین برای بسیاری از انواع نابهنجاری‌ها (برای مثال اختلال هویت جنسی، روان‌پریشی‌ها) مصداق پیدا می‌کند. وضع ظاهری و عادی کودکانی که برای مقاصد خاص در شرایطی هستند که بهبود زیادی در آنها دیده نمی‌شود، آن قدر غیرمعمول است که به کارگیری کوشش‌های درمانی وسیع‌تر را بر نمی‌انگیزد. اما برای دیگر انواع نابهنجاری‌ها (مثلاً رفتارهای پرخاشگرانه، بیش‌فعالی) نمونه‌های بالینی، فراوان یافت می‌شود. فقدان ملاک‌های میزان شده برای شناسایی جمعیت نیازمند درمان، استفاده از جمعیت‌های درمانی گسترده را دشوار ساخته است.

علاقه و توجه به حمایت از حقوق کودکان و رفاه آنان نیز ممکن است موجب تأخیر پژوهش درباره درمان شود. از آنجا که کودکان خود در جستجوی درمان نیستند و از راه‌های مداخله و درمان اطلاع ندارند، در طراحی و کاربرد طرح‌های پژوهشی مربوط به آنها احتیاط‌هایی می‌شود. این تأخیرها به احتمال ابتلای کودکان به عوارض جانبی ناخواسته نیز مربوط می‌گردد. نگرانی در مورد عوارض جانبی و وضعیت کودکان و نوجوانان در معرض خطر، به تأخیر در تجویز مداخلات دارویی نیز منجر شده است. به هر حال، مداخلات روانی اجتماعی نیز گاهی عوارض ناخواسته‌ای ایجاد می‌کند و به جای کاهش مشکلات رفتاری، آنها را افزایش می‌دهد (برای مثال، فو^۳ و آدائل^۴، ۱۹۷۵؛ هاکلر^۵ و هیگان^۶، ۱۹۷۵؛ مک‌کورد^۷، ۱۹۷۸؛ آدائل، لیدگیت^۸ و فو، ۱۹۷۹).

1. Kovacs [نام مجارستانی]

3. Fo

5. Hackler

7. McCord

2. Paulauskas

4. O'Donnell

6. Hagan

8. Lydgate

بنابراین لازم است در امر مداخله، به دلیل تأثیرات زیانبار احتمالی بر کودک که حتی خود در پی درمان برنیامده و شناختی هم از دستورالعمل درمان ندارد، احتیاط لازم را به خرج داد. در مورد برخی از افراد و مشکلات بالینی، بهترین روش کار آن است که فرد را به حال خود واگذاریم. البته مشکل، تشخیص چنین افرادی است.

یک منبع دیگر که باعث تأخیر در تحقیق بر درمان‌های کودکان شده است، مشکل تبدیل روش‌های درمان بزرگسالان به روش‌های درمان کودکان است. اکثر روش‌های روان‌درمانی، با بزرگسالان به کار برده شده‌اند و تعدادی از آنها نیز برای استفاده در مورد برخی از افراد و مشکلات بالینی تغییر یافته‌اند. برای مثال، از درمان‌های مبتنی بر روانکاوی و مراجع محوری برای بزرگسالان، به صورت‌های متفاوتی برای کار روی کودکان استفاده شده است (آکسلین، ۱۹۴۷؛ آنا فروید، ۱۹۴۶). استفاده از روش‌های درمانی در مورد کودکان یک کار قانونی و مشروع است و ارزش‌نهایی آن را می‌توان از طریق تجربی تعیین کرد. به هر حال، این‌طور تصور می‌شود که درمان‌های کودکان اغلب علاج واقعه پس از وقوع است. شروع با روش‌های درمانی خاص بزرگسالان و تغییر آن به منظور متناسب ساختنشان برای کودکان، الزاماً بهترین راه اقدام نیست. شاید بهتر باشد نخست با نظریه و پژوهش در مورد ماهیت مشکلات دوران کودکی شروع کنیم و بعد به میزان تأثیری که خصوصیات مراحل رشد و حیطه‌های کارکردی آنها (برای مثال شناخت عواطف) بر ظهور یا اصلاح نابهنجاری دارد توجه کنیم. بر اساس این منابع اطلاعاتی، می‌توان روش‌های ویژه‌ای برای درمان کودکان تهیه و تدوین کرد.

نتیجه‌گیری

در ارزیابی اشکال مختلف درمان برای کودکان و نوجوانان مسائل خاصی مطرح می‌شود. تشخیص اختلالات گوناگون در کودکان، موضوع خاص و برجسته‌ای بوده است. تا همین اواخر به اختلالات دوران کودکی توجه کمی مبذول می‌شد. توجهی که اخیراً به انواع نابهنجاری‌های مختلف معطوف شده نه تنها به شناسایی انواع مختلفی از نابهنجاری منجر شده بلکه روش‌های ارزیابی و سنجش این نابهنجاری‌ها را نیز به همان اندازه توسعه داده است.

تغییرات رشدی، موانع مختلفی را در راه انجام ارزیابی درمان ایجاد کرده است. مانع اولیه از اینجا ناشی می‌شود که آیا توجه به هنجارهای مبتنی بر سن، برای تصمیم‌گیری در مورد بهبود یا درمان نابهنجاری و ناسازگاری ظاهری کودک ضرورت دارد یا خیر. شکل‌گیری و کاهش تدریجی

رفتارهای مشکل‌زا طی دوره رشد، شناخت دقیق آسیب‌شناسی آنها را پیچیده‌تر و دشوارتر می‌سازد. به دلیل آنکه بسیاری از مسائل در دوره کودکی به تدریج رفع می‌شوند، ضرورت مداخلات درمانی، آشکار نیست. انجام روزافزون پژوهش درباره رفتارهای بهنجار دوران رشد می‌تواند به روشن شدن زمان مداخلات یاری کند.

تنوع مشکلات کودکان نیز مسائلی را در ارزیابی درمان‌های مختلف به وجود آورده است. جدا از انواع معمول نابهنجاری (مثلاً اضطراب، افسردگی، و رفتارهای ضداجتماعی)، بسیاری از نابهنجاری‌ها حاصل رفتار و کارکرد افراد دیگر (غیر از کودک) است (برای مثال پاسخ به سوء رفتار یا طلاق). شناسایی بسیاری از مشکلات کودکان به دلیل آنکه کودکان معمولاً در جستجوی درمان بر نمی‌آیند، دشوار است. ردیابی سایر مشکلات نیز ممکن است دشوار باشد. در سال‌های اخیر در سنجش و اندازه‌گیری جنبه‌هایی از نابهنجاری‌ها، به ویژه آنهایی که ممکن است کودک در آنها قربانی شود، پیشرفت‌هایی حاصل شده است.

در نهایت، تصمیم در مورد اینکه چه موضوعی می‌تواند کانون مناسبی برای درمان باشد، به مشکلات متعددی بستگی دارد. حتی در روان‌درمانی بزرگسالان نیز وقتی صحبت از انتخاب کانون مناسب برای درمان پیش می‌آید مباحثی مطرح می‌شود (برای مثال عملکرد درون روانی، رفتار آشکار، وقایع جاری، تجارب گذشته). همه این موارد به روان‌درمانی کودک نیز قابل تعمیم است. علاوه بر آن، اختلافاتی نیز در مورد فواید درمان کودک، والدین و خانواده، و اینکه چه کسی (کسانی) کانون درمان واقع شوند (والدین، خانواده) و همچنین بهترین نقطه درمان کجاست، وجود دارد.

موضوع‌هایی که مورد بحث واقع شد، موجبات تأخیر در رشد و توسعه درمان‌های گوناگون کودکان و نوجوانان را فراهم آورده است. پیش‌تر از آن نشان داده شد که چه اموری باید در ارزیابی درمان‌های خاص مورد ملاحظه قرار گیرند. متعاقباً ما در بحث ارزیابی درمان‌ها و ارائه پیشرفت‌های روش‌شناختی، بار دیگر به این مباحث باز خواهیم گشت.

فصل سوم

اثربخشی روان‌درمانی کودک

تعداد روش‌های روان‌درمانی مورد استفاده برای کودکان، و اختلالاتی که این روش‌ها در درمان آنها به کار رفته‌اند، به‌خوبی روش‌های روان‌درمانی مورد استفاده برای بزرگسالان، ثبت و ضبط نشده‌اند. هر چند تعیین تعداد دقیق این روش‌ها دشوار است، اما پژوهشی که در آن از منابع اصلی استفاده شد، برآورد محتاطانه ۲۳۰ نوع درمان روانی اجتماعی گوناگون را نشان داد. لازم به ذکر نیست که اکثر این روش‌ها از نظر به‌کارآوردن نتایج مشابه یا مثبت، به‌صورتی کنترل شده مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند. با وجود این، در چند دهه گذشته، ارزشیابی‌هایی درباره روش‌های درمان کودکان انجام شده است.

اثربخشی روان‌درمانی به طرق مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است. رایج‌ترین روش، بازنگری‌های روایتی^۲ (نقل‌گونه) یا کیفی موضوع است که در آن، همد یا اکثر پژوهش‌های موجود درباره یک روش به‌طور دقیق بررسی و سپس از آنها نتیجه‌گیری می‌شود. اخیراً بازنگری‌های

۱. شمارش تعداد درمان‌های مختلف که برای کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته، از طریق مراجعه به منابع مختلف به دست آمده است (برای مثال بلاک و هیرسن، ۱۹۸۵؛ کورسینی، ۱۹۸۱؛ گامر، ۱۹۸۴؛ هرینک، ۱۹۸۰؛ جانسون و همکاران، ۱۹۸۶؛ مودیس و کراتوچویل، ۱۹۸۳؛ شیفر، ۱۹۷۹؛ شیفر و همکاران، ۱۹۸۲ و ۱۹۸۴ و ۱۹۸۶؛ شیفر و میلن، ۱۹۷۷). از هر منبعی فقط یک روش استخراج شده است که اختصاصاً مورد استفاده قرار گرفته یا برای استفاده در کودکان و نوجوانان به کار رفته است. آن دسته از روش‌های درمانی که مداخلات زیستی - پزشکی محسوب می‌شوند (پسیکوفارماکولوژی) یا مداخله‌ای که بر اهداف تربیتی، آموزشی یا ارتباطی (زبان - صحبت) متمرکز بودند، از این درمان‌ها مستثنا بوده‌اند. تعداد نهایی را باید به دلیل آنکه اغلب درمان‌های مشابه با نام‌های متفاوتی معرفی شده‌اند، با احتیاط پذیرفت. فهرست حاصل از این روش که از متون مذکور به دست آمده، در انتهای فصل معرفی شده‌اند.

کمی به‌عنوان روشی جایگزین در ارزیابی پژوهش‌ها به کار گرفته شده است. در این روش که غالباً به روش متاآنالیز^۱ (فراتحلیل) معروف است، با استفاده از یک روش کمی مشترک، کیفیت تأثیر درمان در مطالعات مختلف مورد آزمون قرار می‌گیرد. نتایج مربوط به تأثیر درمان‌ها و تأثیر متغیرهای گوناگون بر بازده، در بسیاری از مطالعات همراه یکدیگر در نظر گرفته شده‌اند. هم روش بازنگری روایتی و هم روش فراتحلیل، در آثار مربوط به درمان بزرگسالان به کار گرفته شده‌اند، ولی در مطالعه درمان‌های کودکان و نوجوانان، توجه کمتری به آن شده است. در این فصل، اثربخشی روان‌درمانی با بررسی نتایج بازنگری‌های روایتی و نیز روش فراتحلیل ارزیابی می‌شود.

بازنگری تاریخی: مروری بر بازنگری‌های انجام شده

بازنگری روایتی

ارزیابی روان‌درمانی از طریق بازنگری روایتی، با مرور نوشته‌های تأثیرگذار، انتقادات نافذ و ارزیابی‌های متعادل مشخص می‌شود. مشهورترین اثر در پیشینه روان‌درمانی بزرگسالان، بازنگری‌های آیزنک (۱۹۵۲) است که همواره نقطه شروع ارزیابی‌های مدون روان‌درمانی بوده است. بازنگری آیزنک حاکی از این است که شکل‌های سنتی روان‌درمانی چیزی بهتر از بهبودی خودبه‌خود^۲ نیستند؛ یعنی بهبودهایی که بدون درمان رسمی نیز حاصل می‌شوند. اثر بازنگری آیسنک، با توجه به پاسخ‌های مخالف، انتقادهای بازنگری‌های دوباره و دیگر انواع فعالیت‌هایی که برانگیخت، کاری فوق‌العاده بود و اثر آن در نوشته‌های معاصر در این حوزه نیز مشهود است (گارفیلد و برگن، ۱۹۸۶؛ راکمن و ویلسون، ۱۹۸۰؛ اسمیت و همکاران، ۱۹۸۰). در اینجا نیاز نیست تا مشخصه‌های بازنگری فوق، روش‌های به کار گرفته شده، و اثری که این بازنگری در کارهای بعدی داشت، واریسی شود (کزدین، ۱۹۷۸). همین بس که مقالات اولیه آیسنک احتمالاً بیشترین تأثیر را در برانگیختن افکار، بحث‌ها و بهبود کیفیت پژوهش‌هایی داشت که به دنبال آن انجام یافتند و از این نظر، آنچه را که می‌توان از یک بازنگری توقع داشت، برآورده ساخت. در حوزه آثار مربوط به کودکان نیز بازنگری‌های مشابهی صورت گرفته است، هرچند آنها نتوانسته‌اند بحث در زمینه پژوهش‌های مربوط به درمان را برانگیزند. این بازنگری‌ها با کار لویت^۳ (۱۹۵۷) شروع شد. او ۱۸ مطالعه مربوط به روان‌درمانی کودک را ارزیابی کرد. این بازنگری، بر مطالعات مربوط به نوجوانانی صورت گرفت که مشکلاتشان را می‌توان در طبقه

2. spontaneous remission

1. meta-analysis

اختلالات روان‌رنجوری (نوروز) قرار داد. مطالعاتی که روی بزهکاری، عقب‌ماندگی ذهنی و بیماران روان‌پریش تمرکز داشتند، مستثنا بودند. تحلیل لویت نشان داد که در دوره پیگیری، در کودکانی که روان‌درمانی شده بودند، بهبودی ۶۷ تا ۷۸ درصد بود و کودکانی که درمانی دریافت نکرده بودند نیز به همان میزان (۷۳ درصد) بهبودی نشان دادند. بنابراین، نتیجه‌گیری کلی این بود که اثربخشی اشکال سنتی روان‌درمانی روی کودکان، به اثبات نمی‌رسد.

روشنگری اظهارات خلاصه‌ای که مبتنی بر بازنگری اولیه بود، بعضی از مشکلات را پنهان کرد. نقطه شروع این مشکلات، تنوع سنی و مشکلات بالینی کودکان است. آزمودنی‌های مورد مطالعه، دامنه سنی بسیار گسترده‌ای (قبل از دبستان تا ۲۱ سالگی) و همچنین مسائل بالینی متفاوتی داشتند. دوم، میزان بهبودی یا خط پایه گروهی که درمانی دریافت نکرده بودند، از دو تحقیق و دو گروهی اقتباس شده بود که درمان را در نیمه راه کرده بودند. بنابراین گروه «گواه» یا مقایسه که کودکان با آنها مقایسه شدند، افرادی بودند که درمان را رها کردند. جوانانی که نتوانستند درمان را کامل کنند، احتمالاً با جوانانی که درمان را کامل کردند تفاوت‌هایی نظام‌مند داشتند. بنابراین، نمی‌توانستند تصویر گویایی از میزان پایه بهبودی به‌عنوان خط پایه ارائه دهند. سوم، نسبت‌های بهبودی، مبتنی بر ارزیابی‌ای از کودکان بود که درمانگران در پایان درمان به عمل آورده بودند. در حالی که بر اساس معیارهای روش‌شناختی جدید، مطمئناً درجه ارزیابی درمانگران به‌عنوان شاخص بازده درمان، ارزش چندانی ندارد.

همان‌طور که انتظار می‌رفت، بازنگری لویت موجب شد تا دیگر محققان، پاسخ‌هایی به وی بدهند و ارزیابی مجددی از داده‌ها به عمل آید (آیزنبرگ^۱ و گرونبرگ^۲، ۱۹۶۱؛ هاینیکه^۳ و گولدمن^۴، ۱۹۶۰؛ هود-ویلیامز^۵، ۱۹۶۰). پاسخ‌دهندگان نکات متقاعدکننده‌ای فراهم ساختند که نه تنها نتایج مطالعه لویت را مورد تردید قرار داد، بلکه موضوع‌های روش‌شناختی، تشخیص‌ها، و نیز عوامل خانوادگی را به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده درمان و همچنین لزوم استفاده از اندازه‌گیری‌ها و شاخص‌های چندگانه در بررسی نتایج درمان، مطرح ساخت. اصولاً منتقدان چنین استنباط کردند که روش اصلی تحلیل و ملاک‌های مربوط به پژوهش‌های بازنگری شده لویت، امکان نتیجه‌گیری‌های قاطع و روشن را درباره تأثیرات درمان یا عدم درمان به دست نمی‌دهند.

1. Eisenberg

3. Heinicke

5. Hood - Williams

2. Gruenberg

4. Goldman

لویت (۱۹۶۳) در بازنگری بعدی به ارزیابی ۲۲ مطالعه دیگر اقدام کرد و در آن به انتقاداتی مانند وجود تشخیص‌های متنوع توجه کرد. اما نتایج اساساً شبیه نتیجه‌گیری‌های قبلی بود. در مجموع، تحلیل لویت در گروه‌های تشخیصی نشان داد که بهبودی در نوجوانانی که تحت درمان قرار گرفته بودند و آنهایی که تحت درمان قرار نگرفته بودند ۶۵ درصد، و اندکی پایین‌تر از میزان بهبودی کودکانی بود که درمانی دریافت نداشته بودند (۷۳ درصد). اعتراض و مخالفت با داده‌ها و ارزیابی‌های مجدد، همچنان ادامه یافته است (بارت و همکاران، ۱۹۷۸؛ هاینیکه و اشتراسمان^۱، ۱۹۷۵).

با گذشت زمان، در ارزیابی درمان‌ها ضرورت توجه به متغیرهایی همچون سن، گروه‌های تشخیصی، و سایر موارد، بیشتر احساس شد. یکی از نشانه‌های آن، کوشش اولیه برای مشخص کردن گروه‌های تشخیصی مختلف بود، تا بازده درمان از درمان خودبه‌خودی متمایز شود. برای نمونه، لویت (۱۹۶۳) می‌نویسد که میزان بهبود گروه‌های روان‌رنجور (نوروتیک) بیشتر از گروه‌های بزه‌کار و روان‌پریش است. به هر حال، تعداد ابعادی که تأثیرات درمان به آنها بستگی دارد و نیز سطح تخصصی بودن موضوع، همچنان محل بحث و بررسی است. اخیراً تحلیل تأثیرات روان‌درمانی چنین نشان داده که اثربخشی درمان ممکن است به بسیاری از مشخصه‌های مختلف در درمان‌ها، بیماران، درمانگرها و مقیاس‌های اندازه‌گیری بستگی داشته باشد (کیسی^۲ و برمن، ۱۹۸۵؛ اسمیت و گلاس، ۱۹۷۷؛ اسمیت و همکاران، ۱۹۸۰؛ ویز^۳، ویس^۴، آلیک^۵ و کلاتز^۶، ۱۹۸۷).

اشاره‌های کلی

مباحث قبلی، عمق بازنگری‌ها و ژرفای نظرهای مخالفان آنها را مشخص نمی‌کند. در هر صورت، در اینجا قصد آن نیست جایگاه رفیع تاریخی این بازنگری و مسائل ناشی از آنها نادیده گرفته شود. البته در فصل ۵، موضوع‌های روش‌شناسی را با جزئیات بیشتری بیان خواهیم کرد. با این حال، درباره اشکال گوناگون درمان می‌توان گفت که بازنگری‌های انجام شده بر پژوهش‌های اولیه در این حوزه، ناقص هستند. در این بازنگری‌ها به کرات مسائلی چون کمبود مطالعات،

1. Strassmann

3. Weisz

2- Casey

4. Weiss

6. Klotz

ضعف و تصور در روش‌شناسی، و غفلت از دامنه‌ متغیرهایی که به نظر می‌رسد بر نتایج درمان تأثیر می‌گذارد (برای مثال سن کودک، مسئله و مشکل بالینی) دیده می‌شود. بنابراین، حتی با توجه به ملاک‌های ارزیابی پژوهش‌های آن زمان هم، مشکلاتی را می‌توان نشان داد که مانع یک قضاوت روشن درباره درمان می‌شوند. شاید مسئله مهم‌تر این باشد که در سال‌های بعد، ملاک‌های ارزیابی اثربخشی درمان در فرد فرد بیماران و نیز اجرای پژوهش‌هایی درباره نتایج درمان، به‌طور عام‌تری تغییر یافته است. در بازنگری‌های اولیه به آن میزان دقت و صراحتی که امروزه در ارزیابی‌ها ضروری می‌نماید، یعنی ارزیابی انواع درمان‌های مورد استفاده برای انواع مختلف مشکلات، مقیاس‌های گوناگون اندازه‌گیری، و نیز ارزیابی در مقاطع زمانی مختلف، توجه نمی‌شد.

ارزشیابی‌های معاصر

با توجه به معیارهای در حال تغییر برای اجرا و ارزیابی پژوهش‌های مربوط به نتایج درمان، ارزش اجرای مجدد بازنگری‌های گذشته و مطالعات تشکیل‌دهنده آن، قابل تردید است. بازنگری‌های دیگری نیز انجام شدند که بر دامنه وسیعی از درمان‌ها معطوف بودند (برای مثال کادوشین^۱، رابینز^۲، ۱۹۷۳؛ راتر، ۱۹۸۲؛ ترامونتانا^۳، ۱۹۸۰). به دلیل شواهد اندکی که درباره اثربخشی درمان در این بازنگری‌ها وجود دارد، نتیجه‌گیری قطعی از آنها کار مشکلی است. به هر حال، ماهیت کار یعنی بازنگری نوشته‌های مربوط به تعداد زیادی از درمان‌ها و مشکلات بالینی، موانعی را برای مشخص کردن وضعیت پژوهش‌های اخیر ایجاد کرده است. در حال حاضر، در مطالعات مربوط به بازده درمان و انواع مختلف بازنگری‌هایی که یافته‌های آنها را بررسی و غربال کرده‌اند، پیشرفت‌هایی صورت گرفته است. برای انعکاس ارزیابی‌های کنونی، دو نوع از مطالعات قابل ذکر هستند که عبارتند از: متاآنالیزهای درمانی و بازنگری‌های متمرکز بر رویکردهای منتخب.

متاآنالیز

ظهور روش ارزیابی فراتحلیل برای ارزیابی پیشینه تحقیق، پیشرفت چشمگیری در دهه گذشته بود. این روش، جانشینی برای ارزیابی روایتی سنتی و کیفی است (برای مثال مرور

1. Kadushin

2. Robins

3. Tramontana

نوشته‌ها). در این روش، نویسندگان چندین مطالعه را ترکیب می‌کنند و درباره روش‌های مختلف و متغیرهایی که تأثیرشان مورد نظر است نتایجی را استخراج می‌کنند. یک ویژگی برجسته بازنگری‌های کیفی، نتایج متنوعی است که از نوشته‌ها استخراج می‌شود (اسمیت و همکاران، ۱۹۸۰). در واقع، مباحث پیرامون تأثیرات روان‌درمانی کودک، نشانگر برخی از مشکلات موجود در روش بازنگری روایتی است. زمانی که بین داده‌های مربوط به مطالعات مختلف توافق وجود ندارد، بخشی از مشکل به دلیل فقدان قوانین استوار برای ارزیابی، ترکیب و وزن‌دهی مطالعات مختلف بر اساس شایستگی یا نیروی اثر آنها برای نتیجه‌گیری در مورد تأثیرات درمانی است. متآنالیز به مجموعه‌ای از روش‌های کمی گفته می‌شود که می‌توانند برای ارزیابی مطالعات به کار روند. ویژگی اساسی این روش تجزیه و تحلیل «تجزیه و تحلیل‌هایی است که قبلاً صورت گرفته‌اند» (اسمیت و همکاران، ۱۹۸۰، ص ۸۰۹). اطلاعات مربوط به مطالعه‌ای معین (مثلاً نتایج آن) طوری کمی می‌شوند تا ترکیب و مقایسه آنها با نتایج حاصل از مطالعات مختلف میسر گردد. کمی‌سازی نتایج یک مطالعه، در مقایسه با بازنگری‌های روایتی معمول، از پایایی بیشتری برخوردار است و روش پیچیدهای برای استخراج نتایج و وحدت بخشی به مطالعات مختلف به شمار می‌رود. به علاوه، روش متآنالیز، به منظور بهبود اطلاعاتی برنامه‌ریزی و تدوین شده است که می‌توان آنها را با توجه به گستره‌ای از داده‌های حاصل و پرسش‌های موجود، گلچین کرد (کزدین، ۱۹۸۶).

رایج‌ترین روش ارزیابی نوشته‌های مربوط به درمان از طریق متآنالیز، محاسبه اندازه اثر^۱ است که نوعی اندازه‌گیری عام از تحقیقات مختلف فراهم می‌آورد. اندازه اثر از طریق محاسبه تفاوت بین میانگین‌های یک گروه آزمایشی (درمانی) و گروه گواه (گروهی که درمانی دریافت نداشته‌اند) تقسیم بر انحراف معیار گروه گواه (یا نمونه مشترکی از هر دو گروه)، به دست می‌آید. اندازه اثر، شاخص وابسته‌ای را در متآنالیز تشکیل می‌دهد و در بررسی اثر متغیرهای دیگر، به‌عنوان خلاصه‌ای از آماره‌ها به کار می‌رود. مشخصه‌های تحقیقات (برای مثال سن آزمودنی‌ها، انواع مختلف درمان، مدت ارائه درمان) متغیرهای مستقل محسوب می‌شوند. با این روش، اثر تعداد زیادی از متغیرها (روش‌های درمان، مشخصات بیماران و درمانگران) را می‌توان مورد مطالعه قرار داد، زیرا با کاربرد روش فراتحلیل می‌توان تحقیقات مختلف را ترکیب کرد (گلاس، مک‌گا، و اسمیت، ۱۹۸۱).

در زمینه نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی بزرگسالان، تعداد بیشتری متاآنالیز انجام یافته است (به براون، ۱۹۸۹ نگاه کنید). این متاآنالیزها با کار اسمیت و گلاس شروع شد (اسمیت و همکاران، ۱۹۸۰). در مطالعه ۱۹۸۰، یعنی جامع‌ترین بررسی این دو نفر، ۴۷۵ مطالعه کنترل شده درباره نتایج درمان ارزیابی شدند. برای هر متغیر وابسته، اندازه اثر بطور جداگانه محاسبه شد و در مجموع ۱۷۶۰ اندازه اثر متفاوت به دست آمد. نتایج متعددی از مطالعه اسمیت و گلاس حاصل شد. دو مورد از این نتایج عبارت بودند از اینکه روان‌درمانی‌های مختلف در مقایسه با شرایط کنترل بدون درمان، موجب تغییرات بیشتری می‌شوند. دوم، درمان‌های مختلف که بر مدل‌ها و رویکردهای گوناگون مبتنی هستند (برای مثال درمان‌های روان‌پویشی و رفتاری)، تأثیرات یکسانی دارند.^۱ نتایجی که آنها به دست آوردند، نتایجی انقلابی و بسیار تأثیرگذار نبود. قبل از آن هم بسیاری را عقیده بر این بود که روان‌درمانی مؤثر است ولی تأثیرات و نتایج مربوط به رویکردهای درمانی مختلف، چندان با یکدیگر تفاوت ندارند. نقطه قوت ارزیابی اسمیت و گلاس نه به دلیل نتایجی است که آنان به دست دادند، بلکه به دلیل کاربرد روشی است که به نظر می‌رسد نسبت به روش بازنگری روایتی معمول، سوگیری کمتری دارد.

جدول ۱ - ۳: مشخصات مطالعات بازنگری شده

مشخصات	میانگین*	دامنه
تعداد آزمودنی‌ها پس از درمان	۴۲/۰	۷ - ۱۸۴
درصد آزمودنی‌های مذکر	۶۰	۰ - ۱۰۰
سن آزمودنی	۸/۹	۳ - ۱۵
سطح کلاس	۲/۷	۰ - ۶
هفته‌های طول درمان	۹/۵	۱ - ۲۷

اقتباس از: ر. ج. کیسی و ج. س. برمن (۱۹۸۵)، نتایج روان‌درمانی بر کودکان. بوئن روان‌شناسی، شماره ۹۸، صص ۳۸۸-۴۰۰.
* هر میانگین مربوط به حداقل ۴۵ مطالعه است.

۱. از زمان مطالعات اصلی گلاس و اسمیت، چندین مطالعه مشابه با استفاده از بخش‌هایی از مطالعات اصلی یا با پژوهش‌های اضافی دیگر (برای مثال آندروز و هاروی، ۱۹۸۱؛ لندمن و داوز، ۱۹۸۲؛ پریولو، مرداک و برادی، ۱۹۸۳؛ شاپیرو و شاپیرو، ۱۹۸۲؛ استین بروک، ماکسول و هوارد، ۱۹۸۳) صورت گرفته است. این تحلیل‌ها پرسش‌هایی را درباره روان‌درمانی مطرح ساخته‌اند، مانند تأثیرات درمان در مقایسه با شرایطی که در آن درمانی صورت نمی‌گیرد و شرایط کنترل، اثر درمان‌های مختلف و پرسش‌های دیگر. از سایر متاآنالیزها چنین پیداست که بر انواع خاصی از روش‌ها، جمعیت‌هایی از بیماران یا اختلالات بالینی، تمرکز بیشتری صورت گرفته است (برای مثال، دیویدسون، گوتشاگ، گنشايمر و مایر، زیر چاپ؛ داش، هرت و شرودر، ۱۹۸۳؛ میلر و برمن، ۱۹۶۳؛ استراو، ۱۹۸۳).

در مورد روان‌درمانی‌های کودکان، متاآنالیزهای کمتری به عمل آمده است. کار اولیڈ اسمیت و گلاس شامل مطالعات مربوط به کودکان هم بود ولی در آن، تأثیرات روان‌درمانی کودکان در مقایسه با روان‌درمانی بزرگسالان، ارزیابی نشده بود. در حقیقت از فهرست مطالعاتی که مبنای انجام متاآنالیز فوق بودند، تقریباً ۹۰ مطالعه به کودکان و نوجوانان اختصاص داشت. جالب اینکه تقریباً نیمی از این مطالعات را رساله‌ها و پایان‌نامه‌های چاپ نشده تشکیل می‌داد. از این رو، قسمتی از این نوشته‌ها برای بازنگری به‌راحتی در دسترس قرار نداشت.

کیسی و برمن (۱۹۸۵) نیز متاآنالیزی بر آثار مربوط به روان‌درمانی کودک انجام دادند. بازنگری آنها شامل ۷۵ مطالعه چاپ شده بین سال‌های ۱۹۵۲ تا ۱۹۸۳ بود که در آنها، بعضی از روان‌درمانی‌های کودکان، با کودکان گروه‌گواه یا سایر درمان‌ها، مقایسه شده بودند. گروه مورد مطالعه را کودکان بین ۳ تا ۱۵ سال با دامنه وسیعی از مسائل بالینی تشکیل می‌دادند. روش‌های درمانی خاص (روش‌هایی همچون دارودرمانی، مشاوره با همسالان، و خانواده‌درمانی) کنار گذاشته شد. با این حال، دامنه وسیعی از درمان‌های سنتی (مانند روان‌پوشی، درمان مراجع محوری) و درمان‌های رفتاری (مانند رفتاردرمانی، و درمان‌های رفتاری شناختی) در این تحلیل گنجانده شدند.

صرف‌نظر از ارزیابی اثر درمان، ویژگی‌های توصیفی پژوهش نیز اهمیت دارد. در جدول ۳-۱، ویژگی‌های مطالعات مورد بازنگری، نشان داده شده است (برای مثال، تعداد هفته‌های درمان، که از ۱ تا ۳۷ هفته متغیر بود). همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، این ویژگی‌ها دارای دامنه وسیعی بودند. بر اساس «میانگین‌هایی» که در جدول ارائه شده است، می‌توان ملاحظه کرد که مطالعات مربوط به نتایج درمان، تقریباً روی بیش از ۴۰ کودک انجام گرفته‌اند که اکثریت آنها، پس‌رانی بودند که تقریباً ۹ سال سن داشتند و تحصیلات آنها، احتمالاً پایین‌تر از سطح کلاس مورد انتظار برای آنان بود، و بین ۹ تا ۱۰ هفته مورد درمان قرار گرفته بودند.

برخی مشخصات که در جدول ارائه نشده‌اند، بیانگر نوع پژوهش مربوط به نتایج درمانی است که در مورد آنها به کار گرفته شده بود. اکثر مطالعه بر کودکان (۵۷٪)، مراجعانی از مدارس را شامل می‌شد که خود به جستجوی درمان برنیامده بودند. نمونه‌های بالینی بیماران بستری یا سرپایی، درصد کمی از آزمودنی‌های مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند (به ترتیب ۸٪ و ۱۶٪). هر چند در مطالعات اصلی، مشکلات بالینی با ذکر جزئیات کافی توصیف نشده‌اند، ولی بیشترین نابهنجاری‌ها شامل رفتارهای پرخاشگرانه یا انزوای طلبانه (در ۴۰٪ مطالعات)، رفتار تکانشی یا

بیش‌فعالی (۱۳٪)، و ترس مرضی (۱۲٪)*، بود. و سرانجام آنکه انواع درمان‌های رفتاری (مانند حساسیت‌زدایی و الگودهی) در بیشتر مطالعات (۵۹٪)، و مراجع محوری و روان‌پویشی در درصد اندکی از مطالعات (۲۹٪ و ۹٪) گزارش شده بودند.

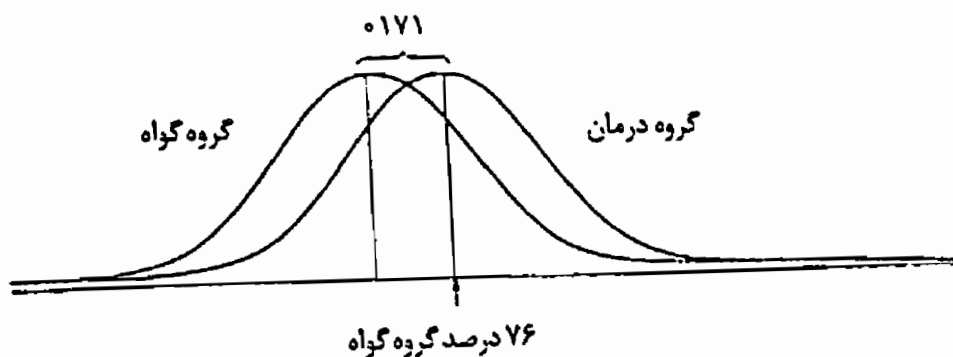
اطلاعات قبلی که به آنها اشاره شد، به این دلیل جالب هستند که مشخصات مربوط به روان‌درمانی کودک، معمولاً کاملاً شناسایی نشده‌اند. به هر حال، هدف اصلی و اساسی از کاربرد روش متآنالیز و اشاره به آن، دستیابی به میزان اثربخشی درمان است. کیسی و برمن (۱۹۸۵) با جمع‌بندی درمان‌های مختلف برای رسیدن به نتایج کلی، گزارش کردند زمانی که گروه درمان با گروه گواه مقایسه شد، اندازه اثر مربوط به درمان، معنادار بود.

به‌طور مشخص‌تر، در تمامی فنون درمانی به کار گرفته شده، اندازه اثر برابر ۰/۷۱ بود. این رقم بر اساس واحدهای انحراف معیار و به این معناست که متوسط نتایج روان‌درمانی کودکان اندکی بیشتر از ۲/۳ انحراف معیار بالاتر از میانگین کودکانی بود که در گروه گواه (عدم درمان) قرار داشتند. همان‌طور که کیسی و برمن (۱۹۸۵) خاطر نشان کردند، چنین اندازه اثری با اندازه اثری که از طریق روش متآنالیز در روان‌درمانی بزرگسالان به دست آمده، قابل مقایسه است (شاپیرو و شاپیرو، ۱۹۸۳).

به منظور برگرداندن «اندازه اثر» به صورت اصطلاحات بالینی معنادار، تفاوت میانگین‌ها و اثر درمان را در یک درمانجوی معمولی در نظر بگیرید. بر اساس نتایج حاصل از متآنالیز کیسی و برمن، می‌توان دو توزیع فرضی از نمره‌ها ترسیم کرد که نشانگر عملکرد کودکانی است که درمانی دریافت نداشته‌اند (گروه گواه) و آنهایی که مورد درمان واقع شده‌اند. این توزیع، نمره‌های فرضی افراد را در مقیاس‌های مربوط به سنجش نتایج درمان منعکس می‌سازد (برای مثال درجه‌بندی‌های والدین، ارزیابی‌های بالینی). فرض کنید که بتوان در مرحله ارزیابی پس از دریافت درمان، عملکرد کودکان را به لحاظ شاخص‌های مزبور، در گروه‌های جداگانه به صورت یک منحنی زنگوله‌ای (بهنجار یا نرمال) نشان داد. منحنی بهنجار نه تنها فرض مستدلی درباره چگونگی توزیع نمره‌ها فراهم می‌آورد، بلکه امکان ارزیابی اثر درمان را هم بر کودکی که در حد متوسط است، تسهیل می‌کند.

* در تجزیه و تحلیل، رفتار پرخاشگرانه و انزواطلبانه در یک طبقه واحد قرار گرفتند، زیرا معمولاً پرخاشگری و انزواطلبی با یکدیگر تفاوت دارند (ناهنجاری‌های درونی شده در مقابل ناهنجاری‌های بیرونی شده)، و بهتر است که این دو نوع ناهنجاری جدا از هم، مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند.

شکل ۳-۱ دو نوع توزیع فرضی را نشان می دهد و بیانگر آن است که تفاوت میانگین نتایج، با واحدهایی به اندازه ۰/۷۱ انحراف معیار (یعنی میانگین اندازه اثر) از یکدیگر جدا می شود. این تفاوت یا میزان جداسازی در واحد انحراف معیار را می توان به تفاوت در درصد کودکان در یک نقطه مشخص یا سطح معین بهبودی روی مقیاس اندازه گیری تبدیل کرد. به این ترتیب، می توان تفاوت افراد گروه درمان را با گروه های دیگر مقایسه کرد. با این اندازه اثر، در انتهای دوره درمان، کودکانی که مورد درمان قرار گرفته بودند، ۷۶ درصد بیشتر از افرادی که درمانی دریافت نکردند، بهبودی نشان دادند. بنابراین، آشکار است که درمان در بهبودی کودکان مؤثر بوده است.



شکل ۱ - ۳: نمودار اثر روان درمانی در اندازه گیری نتایج، بر اساس متآنالیزی که کیسی و برمن (۱۹۸۵) انجام دادند

اندازه اثر را می توان برای روش های درمانی مختلف به طور جداگانه ترسیم کرد. جدول ۳-۲ میانگین اندازه های اثر درمان های مختلف و تعداد مطالعاتی را نشان می دهد که این اطلاعات بر مبنای آنها استوار است. درمان های رفتاری در مقایسه با درمان های غیر رفتاری، اندازه های اثر بزرگتری داشته اند اما، به هر حال چنین به نظر می رسد که تفاوت ناشی از کاربرد فنون رفتاری و غیر رفتاری به نوع شاخص اندازه گیری و نیز نوع مشکل بالینی بستگی دارد. وقتی این تأثیرات کنترل شد، تفاوت فنون رفتاری و غیر رفتاری معنادار نبود.

مزیت اساسی متآنالیز در این است که به طور همزمان ارزیابی تعدادی از متغیرها را در کنار روش های درمانی که ممکن است با نتایج درمان رابطه داشته باشد، میسر می سازد. کیسی و برمن (۱۹۸۵) دریافتند که فنون مختلف (برای مثال بازی درمانی در مقابل درمان غیر آن، درمان انفرادی در مقابل درمان گروهی، درمان متمرکز بر کودک در مقابل درمان متمرکز بر والدین) و مشخصات درمانگران (برای مثال تجربه، سطح تحصیلات، جنسیت) تأثیری بر اثربخشی درمان (اندازه اثر) ندارد. اما مشخصات خود کودکان می تواند موجب بروز تفاوت هایی در اندازه اثر

درمان شود. به‌طور کلی، درمان‌های مختلف در مورد مشکلات سازگاری اجتماعی (یعنی رفتار پرخاشگرانه یا رفتار انزواطلبانه)، اثربخشی کمتری نسبت به سایر مشکلات (بیش‌فعالی، ترس مرضی، شکایت‌های جسمانی) داشتند. همچنین در مطالعاتی که نسبت پسران در آنها بیشتر بود، اندازه‌های اثر کوچک‌تری گزارش شد.

یک متا‌آنالیز جدید (وایز و همکاران، ۱۹۸۷)، مطالعاتی بیشتر از آنچه راکه کیسی و برمن (۱۹۸۵) ارزیابی کرده بودند، دربرمی‌گیرد. در این مطالعه، به‌ویژه ۱۰۸ درمان کنترل شده که در مورد کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ ساله به کار گرفته شده بود، انتخاب شد. از آنجا که فقط ۳۲ مطالعه (۲۹/۶٪) از این مطالعات همان‌هایی بودند که کیسی و برمن نیز آنها را آزموده بودند، این تحلیل، یک بررسی اضافه و زاید نبود. همچنین دامنه سنی گروه نمونه با گروه مورد مطالعه کیسی و برمن کمی اختلاف داشت (۴-۱۸ ساله در مقابل ۳-۱۵ ساله). نتایج حاصل در بسیاری جهات کاملاً شبیه بودند. وایز و همکارانش دریافتند که میانگین اندازه اثر در مورد درمان‌های مختلف، برای مشکلات بالینی متفاوت، و نمونه‌های مختلفی از بیماران، ۰/۷۹ بود. این اندازه اثر در درمان‌های رفتاری در مقایسه با روش‌های غیررفتاری، و برای کودکان (۴-۱۲ ساله) در مقایسه با نوجوانان (۱۳-۱۸ ساله) تا حدی بیشتر بود. ولی بین دختران و پسران تفاوتی مشاهده نشد.

جدول ۲ - ۳: اثرات روان‌درمانی بر کودکان

اندازه اثر			
انحراف معیار	میانگین	تعداد مطالعات	نوع درمان
۰/۷۳	۰/۷۱*	۱۶۲	همه درمان‌ها
۰/۷۷	۰/۹۱*	۳۷	درمان‌های رفتاری
۰/۷۹	۰/۹۶*	۲۶	رفتاری
۰/۸۴	۰/۸۱*	۱۴	شناختی-رفتاری
۰/۳۷	۰/۴۰*	۲۹	درمان‌های غیررفتاری
۰/۶۵	۰/۴۹*	۲۰	متمرکز بر درمانجو
۰/۲۲	۰/۲۱*	۵	روان‌پویایی

از: ج. کیسی و ج. سن. برمن (۱۹۸۵) نتایج روان‌درمانی بر کودکان، مجله روان‌شناسی، جلد ۹۸، صص ۳۸۸-۴۰۰.
 ۱- از آنجا که بعضی از مطالعات بیش از یک نوع درمان را مورد بررسی قرار داده بودند تعداد کلی مطالعات ۶۴ مطالعه محسوب نمی‌شود.

* میانگین اندازه اثر به‌طور پایایی با صفر تفاوت دارد ($P < 0/05$)

از دو متاآنالیز که از نظر گذشت، این نتایج قابل توجه هستند. اول، روان‌درمانی بهتر از نبود درمان است. دوم، تأثیرات درمان کودکان، مشابه همان چیزی است که از روان‌درمانی بزرگسالان حاصل می‌آید. سوم، تفاوت‌های درمانی بیشتر به کاربرد روش‌های رفتاری تا روش‌های غیررفتاری مربوط می‌شود. به هر حال، مشکلاتی وجود دارد که مانع دسترسی به یک نتیجه نهایی است. از جمله کمبود پژوهش‌هایی که از فنون غیررفتاری استفاده کرده‌اند و مشکلاتی که به ارزیابی پیامدهای این‌گونه درمان‌ها مربوط می‌شود.

محدودیت‌های تحلیل‌ها

استفاده از متاآنالیز در آثار مربوط به روان‌درمانی، موضوع بحث‌هایی اساسی بوده است (به گارفیلد، ۱۹۸۳؛ مایکلسون^۱، ۱۹۸۵؛ پریولو^۲ و همکاران، ۱۹۸۳ نگاه شود). مسئله بحث‌انگیز، مخاطرات ناشی از ترکیب مطالعاتی است که به لحاظ روش‌شناختی، با یکدیگر تفاوت فاحشی دارند. مشکل دیگر، کمبود مطالعات موجود درباره برخی از متغیرهای مورد علاقه (مقایسه درمان‌ها) است. انتقاد دوم بر مقایسه‌های درمانی به مورد نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی کودک وارد است، زیرا هم پژوهش‌ها در این زمینه اندک بوده و هم پایه‌هایی که بتوان بر اساس آنها در مورد فنون خاص و ارزیابی بالینی نتیجه‌گیری کرد، بسیار ضعیف است.

متاآنالیز متضمن نتیجه‌گیری‌های کلی است که فقط از طریق ترکیب کردن مطالعات می‌توان به آنها دست یافت. نحوه ترکیب کردن یا گروه‌بندی مطالعات، سؤال برانگیز است. برای مثال، در بعضی از سطوح تحلیل، درباره «درمان‌های رفتاری» بحث می‌شود، اما فنون تشکیل‌دهنده این درمان‌ها (مثل الگودهی، حساسیت‌زدایی منظم تدریجی، شرطی‌سازی فعال) به لحاظ مفهومی و فرایندی، کاملاً متفاوتند و در مورد مسائل مختلف به کار می‌روند. بنابراین، نتیجه‌گیری کلی در خصوص درمان رفتاری، واقعاً بی‌معناست.

در متاآنالیزهای قبلی نیز، شاخص‌های اندازه‌گیری بازده را در یک مطالعه معین با هم جمع کرده‌اند تا به یک اندازه اثر واحد برای آن مطالعه دست یابند. اما در اینجا، جمع کردن ممکن است چندان جایز نباشد زیرا برحسب شاخص‌های مختلف، کارایی درمان‌ها نیز احتمالاً متفاوت خواهد بود. افزون بر این، با توجه به تفاوت‌های زمانی اندازه‌گیری رفتار و نیز مقیاس‌های گوناگون

مورد استفاده در این اندازه‌گیری‌ها، نتیجه‌گیری‌ها متفاوت خواهد بود (هاینیکه و رمزی-کلی^۱، ۱۹۸۶؛ کالوین^۲ و همکاران، ۱۹۸۱؛ راکمن^۳ و ویلسون، ۱۹۸۰).

با این همه، متاآنالیزهای جدید (کیسی و برمن، ۱۹۸۵؛ وایز و همکاران، ۱۹۸۷) به شکل‌های مختلف، بازنگری‌های اولیه‌ی مربوط به روان‌درمانی کودک را ارتقاء بخشیده‌اند. اکنون قواعد وضع شده برای شمول یا عدم شمول یک مطالعه خاص در متاآنالیز و قواعد مربوط به نحوه ارزیابی و وزن‌دهی به مطالعات مختلف، معلوم شده‌اند. در حقیقت، بخشی از متاآنالیزهای روان‌درمانی بدین دلیل در معرض انتقاد قرار گرفته‌اند که فرض‌های زیربنایی در ارزیابی پژوهش‌ها، مشخص شده است.

بازنگری‌های روایتی متمرکز

یک مشکل موجود در بازنگری‌های اولیه و حتی در بازنگری‌ها و متاآنالیزهای معاصر، تلاش آنها برای رسیدن به نتیجه‌گیری‌هایی مختصر از تعداد زیادی فنون درمانی به کار برده شده است. همه این تلاش‌ها به یک پرسش منتهی می‌شوند: «آیا روان‌درمانی اثری دارد؟» این پرسش دقیقاً مثل این است که بپرسیم آیا دارو یا جراحی ثمربخش هستند؟ بدون شک، این درمان‌ها نیز مانند روان‌درمانی به شرایطی مانند «چه نوعی از درمان، برای چه مسئله و بیماری‌ای به کار می‌رود» و «کدام نوع ارزیابی برای دستیابی به یک نتیجه‌ی درمانی خاص، استفاده می‌شود» ارتباط می‌یابد. بازنگری‌ها نشان می‌دهند که در پاسخ به این پرسش که آیا روان‌درمانی اثربخش است، باید به نوع مطالعه و روش‌های مختلفی توجه کرد که در آنها به کار گرفته شده‌اند.

با توجه به ضرورت دقت بیشتر در مسائل مورد بحث، در چندین بازنگری متمرکز، روش‌های درمان انفرادی یا «خانواده‌ای» از مسائل مفهومی یا برنامه‌ای در کانون توجه قرار گرفته‌اند. بنابراین، اکنون بازنگری‌های جداگانه‌ای در مورد روان‌درمانی‌های انفرادی، گروهی، خانوادگی، رفتاری و سنتی صورت می‌گیرد (آبراموویتز^۴، ۱۹۷۶؛ دیویت^۵، ۱۹۸۰؛ هابز^۶ و لاهی، ۱۹۸۳؛ کووچ و پائولوسکاس، ۱۹۸۶؛ میدور، واولن دایک، ۱۹۸۴؛ توما^۷ و سوبوتکا^۸، ۱۹۸۳). این قبیل بازنگری‌ها که بر روش‌های خاصی متمرکز شده‌اند، می‌توانند موضوع‌های روش‌شناختی،

1. Ramsey - Klee

2. Kolvin

3. Rachman

4. Abramowitz

5. DeWitt

6. Hobbs

7. Tuma

8. Sobotka

اساسی و بالقوه یگانه‌ای را که در این‌گونه مطالعات نمایان می‌شود، شناسایی کنند. حتی مقوله‌های فردی (برای مثال، روان‌درمانی کلامی یا خانواده‌درمانی) اغلب کلی هستند و ممکن است فنون درمانی مربوط به آنها، در حد گسترده‌ای برای مشکلات بالینی گوناگون به کار برده شود. از نظر بالینی، مسئله اصلی این نیست که در مورد یک مشکل، تأثیرات یک درمان خاص چیست؛ بلکه اینکه چه انتخاب‌هایی می‌تواند وجود داشته باشد و کدام روش برای یک مسئله بالینی خاص، کارآیی دارد، دارای اهمیت است. برای پاسخ به این پرسش‌ها، بازنگری‌ها بر مشکلات بالینی خاص، متمرکز شده‌اند و روش‌های گوناگونی را برای آن مسائل مورد آزمون قرار داده‌اند. به همین دلیل، بازنگری‌های جداگانه‌ای بر تأثیرات درمان و مسائل خاصی همچون بیش‌فعالی، اضطراب و ترس مرضی، افسردگی، رفتار مقابله‌ای، و اختلال سلوک انجام شده است (برای مثال گارد و بری^۱، ۱۹۸۶؛ کزدین، ۱۹۸۶؛ رینولدز^۲، ۱۹۸۵). در بررسی میزان تغییری که در اثر کاربرد هر یک از روش‌های درمانی در فرد حاصل می‌شود تمرکز بر حیطه‌های مشکل‌زا، ارزشمند است.

سرانجام آنکه منابعی چند وجود دارند که از طریق توجه به حیطه‌های جداگانه نابهنجاری‌های کودک، به ارزیابی فنون درمانی خاص پرداخته‌اند (برن‌اشتاین و کزدین، ۱۹۸۵؛ موریس و کراتوچویل^۳، ۱۹۸۳). در این منابع، به دلیل اینکه روش‌های چندگانه‌ای برای مشکلات فردی به کار گرفته شده‌اند، پیچیدگی بازنگری‌ها نشان داده شده و کارآیی هر درمانی در ارتباط با حوزه این مشکلات، مورد آزمون واقع شده است.

بازنگری‌های متمرکزتر - چه از طریق بررسی فنون درمانی مجزا صورت بگیرند، و چه به روش بررسی نابهنجاری‌های بالینی یا بررسی روش‌های مورد استفاده در درمان این نابهنجاری‌ها انجام شوند -، نشان‌دهنده حرکتی مطلوب به سوی اختصاصی‌تر کردن بیشتر مطالعات هستند. با این حال، در پرداختن به این اختصاصی‌کردن، نوعی محدودیت ذاتی وجود دارد. به دلیل محدود بودن تعداد مطالعات کنترل شده مربوط به نتایج که کار با آنها شروع شد، تقسیم‌بندی‌های جزئی‌تر لزوماً به نتایج قاطع‌تر نمی‌انجامد.

با بررسی وضعیت درمان‌های خانوادگی، می‌توان مخاطرات ناشی از جداسازی و دسته‌بندی خردتر پژوهش‌های پراکنده مربوط به پیامدهای درمان را نشان داد. در چندین مطالعه به روش

2. Reynolds

1. Bry

3. Kratochwill

* منابع بسیار دیگری وجود دارند که روش‌های درمان را در حوزه مسائل فردی، بازنگری کرده‌اند، (برای مثال، هریسون، ۱۹۷۹؛ شِفر، ۱۹۸۲، ۱۹۸۴، ۱۹۸۶؛ شِفر و میلمن، ۱۹۷۷) که در اینجا از آنها سخن به میان نیامده است؛ چرا که بازنگری منظمی وجود نداشته یا شواهد مربوط به پیامد درمان را ارزیابی نکرده‌اند.

بازنگری، شیوه‌های خانواده‌درمانی ارزیابی شدند. این درمان‌ها مشتمل بر تعداد متنوعی از روش‌های جداگانه بودند (دویت، ۱۹۸۷ و ۱۹۸۰؛ گرمن^۱ و کنیس‌کرن^۲، ۱۹۸۱؛ گرمن، کنیس‌کرن و پینساف^۳، ۱۹۸۰؛ ماستن^۴، ۱۹۷۹؛ ولز^۵ دِزن^۶، ۱۹۷۸؛ ولز، دیلکس^۷ و بورکهارت^۸، ۱۹۷۶). مطالعاتی که به بحث فعلی مربوط می‌شوند، مطالعاتی هستند که در آنها کودک، بیمار قلمداد شده و برای درمان ارجاع شده است. بازنگری‌کنندگان بر اساس تعریفی که از خانواده‌درمانی و همچنین «پژوهش‌های کنترل شده مناسب» به عمل آوردند، در ملاک‌های انتخاب مطالعات، تا اندازه‌ای با یکدیگر تفاوت دارند، ولی نتایج آنها شبیه به یکدیگر است.

برای مثال، دویت (۱۹۷۸ و ۱۹۸۰) در بازنگری جامع خود، ۳۱ مطالعه مربوط به پیامدهای خانواده‌درمانی را بررسی کرد. ۲۳ مورد از این مطالعات فاقد گروه‌های مقایسه برای نشان دادن تأثیرات خانواده‌درمانی بودند. از ۸ مطالعه باقی‌مانده، در ۵ مطالعه، گروهی وجود داشت که تحت درمان قرار نگرفته بودند یا حداقل درمان را دریافت کرده بودند. تنها یک مورد از این مطالعات دارای گروه مقایسه بود (به شکل توجه دارونما) که اجازه می‌داد تأثیرات درمان، به کاربرد خانواده‌درمانی استناد شود. نتیجه حاصل از این بازنگری آن بود که کاربرد خانواده‌درمانی مؤثرتر از عدم درمان است. اما به غیر از این نتیجه‌گیری، درباره مؤثر بودن خانواده‌درمانی نسبت به سایر روش‌های درمان، مشکلات خاص کودکانی که خانواده‌درمانی برای آنها مناسب است، یا عوامل مربوط به درمانگر، بیمار و شیوه‌های درمان که ممکن است در تغییرات متعاقب نقش داشته باشند، مطلب چندانی نمی‌توان گفت. نیازی نیست که بگوییم بر اساس یک مطالعه خاص نمی‌توان نتیجه گرفت که برای مشکل خاصی، یک روش خانواده‌درمانی از سایر روش‌های خانواده‌درمانی مؤثرتر است.

در بازنگری دیگری، ماستن (۱۹۷۹) چهارده مطالعه را که در آنها کودک، بیمار شناخته شده بود، در نظر گرفت. او گزارش کرد که فقط دو مطالعه از این چهارده مطالعه به خوبی کنترل شده بودند که یکی از این دو مطالعه (۴ نفر = n) نیز امکان تحلیل تأثیرات درمان را نمی‌داد. نتیجه‌گیری از این بازنگری، با احتیاط صورت گرفته که درست هم به نظر می‌رسد: زیرا مطالعاتی که به خوبی کنترل شده باشند اندکند و استنتاج‌های مربوط به درمان، خام و نارسا هستند. این

1. Gurman
3. Pinsof
5. Wells
7. Dilkes

2. Kniskern
4. Masten
6. Dezen
8. Burckhardt

نتیجه‌گیری‌ها در راستای همان نتایج حاصل از بازنگری‌های قبلی و به نوعی انعکاس نتایج بازنگری‌های پیشین است. در یک بازنگری تازه‌تر، چند مطالعه کنترل شده در زمینه خانواده‌درمانی وجود داشت، اما تا حد زیادی به آموزش کنترل کودک و درمان کارکردی خانواده محدود بودند (گرمین و همکاران، ۱۹۸۶). در این بازنگری، دو نوع درمان مورد بحث (که در فصل ۴ به‌طور مفصل مطرح خواهند شد)، از انواع بسیار ویژه خانواده‌درمانی و جدای از جریان معمول فعالیت‌های خانواده‌درمانی هستند. نویسندگان، صرف‌نظر از این دو روش درمانی، به شکل عام‌تر چنین نتیجه‌گیری کرده‌اند که «در پژوهش‌های موجود، آنچه که اهمیت نظری یا کاربرد بالینی مهمی داشته باشد، ناچیز است» (ص ۵۶۷).

مطالعات مربوط به خانواده‌درمانی روشن‌گر نیستند اما جدیدند. مشخص ساختن پژوهش‌های کنترل شده، دشوار است، زیرا درمان‌های بسیار متفاوتی وجود دارد (مثلاً انواع مختلف خانواده‌درمانی) و نمی‌توان این رویکردهای مختلف را در یک گروه واحد قرار داد و تأثیرات درمانی آنها را برای یک مشکل بالینی خاص با یکدیگر مقایسه کرد. در این زمینه، جستجوی دقیق منابع پژوهشی برای بررسی‌های بسیار اختصاصی، ارزشمند است؛ ولی در این مورد، مطالعات مربوط به نتایج درمانی تا آن حد معدودند که به هیچ‌وجه رسیدن به نتیجه را تضمین نمی‌کنند. با مرور اندکی بر پیشینه‌ها و بررسی تعدادی از مطالعات کنترل شده مربوط به نتایج روان‌درمانی‌ها این نکته مشخص می‌شود که پیشرفت‌های زیادی در این زمینه لازم است. در مورد خانواده‌درمانی، بازنگری پیشینه‌های پژوهشی هنوز سهم عمده‌ای را به عهده دارند. جدا از اشاره مکرر بر جنبه‌های عملی بهبود، بازنگری‌کنندگان بارها ضرورت حرکت به سوی پژوهش‌های قوی‌تر را مطرح ساخته‌اند (دویت، ۱۹۸۰؛ ولز و دیزن، ۱۹۸۷).

نتیجه‌گیری

بازنگری‌های فراوانی بر پیشینه‌های پژوهشی روان‌درمانی کودک صورت گرفته است. چنین بازنگری‌هایی نتیجه‌گیری‌های کلی را تأیید می‌کنند. بر اساس بررسی‌هایی که از شیوه‌های مختلف به عمل آمده است (کیسی و برمن، ۱۹۸۵؛ ترامونتانا، ۱۹۸۰؛ واینر و همکاران، ۱۹۸۷) می‌توان گفت درباره بسیاری از مشکلات کودکی (اضطراب، بیش‌فعالی، انزوای اجتماعی، و پرخاشگری) روان‌درمانی کودک بهتر از عدم درمان است. البته این مطلب به ملاحظات متعددی نیاز دارد، از جمله اینکه پژوهش‌های کنترل شده بسیار معدودند و کارآیی یک شیوه خاص برای یک مشکل بالینی، بسیار نامشخص است.

قسمتی از مشکل دستیابی به یک نتیجه‌گیری کلی، ناشی از این مطلب است که روش‌های بررسی منابع پژوهشی، بسیار گوناگون و مختلف هستند. برای مثال، می‌توان از بررسی‌های روایتی (کیفی) یا متاآنالیز نام برد. هر کدام از این بررسی‌ها در ارزیابی درمان، دارای محدودیت‌ها و مزایایی هستند. سطوح تحلیلی دیگری نیز در پیشینه‌های پژوهشی روان‌درمانی کودک وجود دارد که در فصل بعدی بررسی می‌شود.

پیوست ۳- الف

فهرست درمان‌های روان‌شناختی برای کودکان و نوجوانان

مشاوره گروهی رفتاری	گروه‌درمانی عملی - مصاحبه‌ای ^۱
تمرین رفتاری	گروه‌درمانی عملی
آموزش رفتاری مهارت‌های اجتماعی	مشاوره گروهی آدلری
کنترل وزن رفتاری	روان‌درمانی گروهی آدلری
شرطی‌سازی به شیوه تشک و زنگ	روان‌درمانی آدلری
کتاب‌درمانی	آموزش کنترل خشم
پسخوراند زیستی	آموزش مدیریت اضطراب
خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت متمرکز	هنر درمانی
روان‌درمانی کوتاه‌مدت والدین	آموزش جرأت‌ورزی
روان‌درمانی کوتاه‌مدت	نگرش درمانی
رفتاردرمانی وسیع	پسخوراند درون‌زاد
درمان تسهیل‌گرا ^۲	هیپنوتیسم خودانگیخته
ایجاد انزجار از طریق مواد شیمیایی	درمان اجتنابی
بازی‌درمانی مراجع‌محوری	شرطی‌سازی اجتنابی
درمان مراجع‌محوری	آموزش آگاهی (آگاهی‌آموزی)
درمان اشتراکی ^۴	تکنیک «فریادکشیدن» ^۲
تکنیک‌های مقابله‌شناختی	مهندسی رفتار
بازسازی شناختی	خانواده‌درمانی رفتاری

1. activity-interview group therapy
 2. "bark" 3. catalyst therapy
 4. co-therapy

آرامش کنترل شده همراه با نشانه	شناخت‌درمانی
نشانه‌درمانی	تکنیک «به زندگی خود رنگ بده» ^۱
رقص‌درمانی	درمان ارتباطی
درمان در روز	درمان جامعه‌گرا
بازی رشدی	درمان همراهی ^۲
درمان رشدی	خانواده‌درمانی جامع
تقویت افتراقی رفتار با میزان پایین	اجتناب شرطی
تقویت افتراقی رفتار دیگر یا رفتار جانشین	درمان حل تعارض
تعمیم‌درمانی مستقیم	واقعیت‌درمانی مواجهه‌ای
خانواده‌درمانی مستقیم	خانواده‌درمانی مشترک (توآمان)
روی‌پردازی هدایت شده	گروه‌درمانی مشترک (توآمان)
درمان هدایتی	حساسیت‌زدایی از طریق تماس
نمایش‌درمانی (تثاثر‌درمانی)	قرارداد مشروط
آموزش رختخواب خشک	مدیریت وابستگی
شناخت‌درمانی پویا	استفاده مشروط از بوی آمونیاک
روان‌درمانی پویای متمرکز بر اینجا و اکنون	مکاتبه‌درمانی
تجسم برانگیخته شده	بازی‌درمانی مبدل
درمان رویارویی	شرطی‌سازی تقابلی
تشویق‌درمانی	خاموش‌سازی ناآشکار
درمان اریکسونی	سرمشق‌گیری ناآشکار
درمان از طریق اغراق (درمان اغراقی)	تنبیه ناآشکار
درمان تجربه‌ای	تقویت ناآشکار
مواجهه‌سازی	جریمه ناآشکار
خاموش‌سازی	حساس‌سازی ناآشکار
دقت در چهره‌ها ^۲	پرخاشگری ناآشکار
بازی‌درمانی افسانه‌ای	مداخله در بحران
مشاوره خانواده	بحران‌درمانی (خانواده‌درمانی متمرکز بر بحران)

1. color-your-life techniques
 2. companionship therapy

آموزش مهارت‌های زندگی
 معنا درمانی
 درمان ماراتن
 تمرین متمرکز
 مراقبه
 محیط درمانی
 موریتا درمانی^۹
 مدل‌سازی یا الگودهی
 درمان چندابزاری^{۱۰}
 درمان چندوجهی
 خانواده درمانی مشترک چندگانه
 درمان چندمنظوره

درمان بحران‌های خانواده
 بازی درمانی خانوادگی
 حل مسائل خانوادگی
 پسخوراند (صوتی - تصویری)^۱
 درمان درخور فرزند (فیلیاتراپی)^۲
 غرقه‌سازی
 روان‌درمانی متمرکز محدود به زمان
 خانواده درمانی کارکردی
 درمان هدف‌گرا
 بازی رفتار خوب
 آموزش گروهی کنترل خشم
 هنر درمانی گروهی
 شرط‌گذاری گروهی
 آموزش مهارت‌های گروهی
 گروه درمانی
 تجسم عاطفی هدایت شده
 خیال‌بافی هدایت شده
 تعامل گروهی هدایت شده
 وارونگی عادت
 تقویت مبتنی بر خانه
 روان‌درمانی به صورت بُستانکاری^۳
 هیپنوتیسم
 درمان تجسمی
 درمان اولویت / تنگنا^۴
 درمان با غرقه‌سازی تجسمی^۵
 حساسیت‌زدایی عینی
 آموزش مهارت‌های مسئله‌گشایی بین‌فردی
 یادآوری فرایند بین‌فردی
 روان‌درمانی جنبشی^۶
 روش‌های درمان کلایینی^۷
 درمان [با استفاده از] آبلیمو^۸

1. feedback (video, verbal)
2. filial therapy
3. horticultural therapy: باغبانی از قدیم، یکی از هنرهای شفابخش تلقی می‌شده. اگرچه شواهد متعددی در مؤثر بودن این شیوه برای افراد مشکل‌دار موجود نیست، اما به عنوان یک روش درمانی می‌تواند به کار برده شود. فرد حین کار با گیاهان و چرخه زندگی آنها، با چرخه زندگی بشر آشنایی پیدا می‌کند و به خلاقیت، مسئولیت، تحمل ناکامی، و تمرکز نایل می‌شود.
4. impasse / priority therapy
5. implosive therapy
6. kinetic psychotherapy
7. kleinian technique of therapy
8. lemon juice treatment
9. morita therapy: این روش مداخله در اوایل قرن بیستم از سوی موریتا شوما (Morita Shoma) به وجود آمد. در این روش که برگرفته از دین بودیسم است، تلاش می‌شود به بیماران بیاموزند تا مسئولیت رفتار خود را بپذیرند و هرگونه عاطفه‌ای از جمله اضطراب و درد را قبول کنند و آن را در چهارچوب جدیدی سازمان دهند.
10. multimedia treatment

محیط‌درمانی مبتنی بر روان‌تحلیلی
 روان‌درمانی با رویکرد روان‌تحلیلی
 نمایش‌درمانی
 درمان مبتنی بر روان‌پویایی
 درمان روانی - حرکتی
 عروسک‌درمانی
 روان‌درمانی ریشه‌ای
 درمان عقلانی - عاطفی
 واقعیت‌درمانی
 درمان پیوستگی مجدد
 تقویت رفتارهای متناقض
 درمان از طریق افزایش ارتباط
 ارتباط‌درمانی
 آرمش‌درمانی
 درمان رهایی
 آرام‌سازی درخواستی
 درمان استقراری^۴
 جریمه
 محرومیت از پاسخ
 پیشگیری از پاسخ
 اشباع پاسخ
 درمان به شیوه تقویت مسئولیت
 درمان از طریق تحریک محیطی محدود

درمان چندخانوادگی
 موسیقی‌درمانی
 قصه‌گویی متقابل
 روان‌درمانی نایکان^۱
 تقویت منفی
 فرایند درمانی هویت جدید
 گروه‌های تربیتی
 درمان شبکه‌اداری
 اصلاح مجدد
 روان‌درمانی جانشینی
 قصد متضاد
 روان‌درمانی فراکلامی
 مشاوره با والدین
 مشاوره با والدین و مشورت با معلمان
 آموزش اداره والدین
 سرمشق‌گیری مشارکتی
 درمان زندگی‌های گذشته
 روان‌درمانی سازه‌های شخصی
 درمان به کمک اطلاعات خاص، دادن
 اطلاعات محدود و القائات فراوان
 نوازش‌درمانی^۲
 تنبیه بدنی
 بازی‌درمانی گروهی
 بازی‌درمانی
 شعردرمانی
 تمرین مثبت
 تقویت مثبت
 درمان ارتباط اولیه
 درمان برانگیزاننده^۳
 بازی‌درمانی روان‌تحلیل‌گرایانه
 روان‌درمانی تحلیلی

1. روشی درمانی و متأثر از بوداییسم : Naikan
 که به وسیله یوشیموتو ای‌شین (Yoshimoto Ishin) (۱۹۱۶-۱۹۸۸) به وجود آمد و به معنای «خوابیدن نگرانی با چشم دل» است. در این روش، بیمار به توجه هرچه عمیق‌تر و بیشتر به درون خود، ترغیب می‌شود.

2. pet Psychotherapy
 3. provocative
 4. residential treatment

درمان استراتژیک	آموزش کنترل نگهداری
روش ایجاد استرس	آموزش نقش‌پذیری
خانواده‌درمانی ساختاری	درمان ایفای نقش
یادگیری ساختاری	روان‌درمانی مبتنی بر مدرسه
تلقین درمانی	آموزش کنترل خود
روان‌درمانی حمایتی	اصلاح خود
حساسیت‌زدایی منظم	ارزیابی خود
بازای صحبت‌کردن، احساس‌کردن و عمل‌کردن	تلقین به خود (خودهیپنوتیسم)
گروه‌درمانی تکلیف‌مدار	آموزش خودآموزی
گروه‌های تعاملی موضوع‌مدار	خودپایی (خودنظاره‌گری)
اجتماع‌درمانی	تنبیه خود
بازای درمانی ^۳	معمای خود
فرصت برای تقویت	تقویت خود
تقویت ژتونی	بازای درمانی معنایی
تحلیل تبادلی	حساسیت‌آموزی
درمان ۲۴ ساعته	سایه‌درمانی ^۱
خانواده‌درمانی کل‌گرا	شکل‌دهی
تکنیک جهانی	شوکه‌درمانی
یوگا	خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت
تکنیک روان‌فعال‌ساز زارالیا ^۴	تقویت اجتماعی
فرایند درمانی Z ^۵	روان‌درمانی نظام اجتماعی
	گروه‌های مددکاری اجتماعی
	گروه‌های ورزشی
	روش تردید برانگیز
	روش بیدار کردن متناوب ^۲
	کنترل محرک
	اشباع محرک

1. shadow therapy
 2. staggered wakening technique
 3. theraplay
 4. zaraleya psychoenergetic technique
 5. Z-Process therapy

این روش‌ها از منابع مختلف جمع‌آوری شده‌اند (برای مثال بلاک و هیرسن^۱، ۱۹۸۵؛ کورسینی^۲، ۱۹۸۱؛ گومایر، ۱۹۸۴؛ هرینک^۳، ۱۹۸۰؛ جانسون و همکاران، ۱۹۸۶؛ شفر و میلن، ۱۹۷۷). روش‌هایی که در این فهرست معرفی شده‌اند برای کودکان و نوجوانان به کار می‌روند. همان طوری که قبلاً گفته شد (زیرنویس شماره ۱ صفحه ۵۳)، ابهامی که در تهیه این فهرست وجود دارد، تا اندازه‌ای ناشی از این مطلب است که تکنیک‌های مشابه یا روش‌هایی که با همدیگر همپوشی دارند، گاهی با عناوین مختلف آورده شده‌اند و همچنین گاهی درمان‌های مختلف، اسامی مشترک دارند. بدین منظور از قواعدی برای تصمیم‌گیری استفاده شده است. برای روش‌هایی که معمولاً یکسان بودند، معادل‌هایی قرار داده شد و در مواردی که این تشابه واضح بود (مانند آموزش جرأت‌ورزی و آموزش قاطع بودن)، فقط یک اصطلاح در فهرست گنجانده شد. در برخی از موارد به نظر می‌رسد که یک یا چند روش (مانند سرمشق‌گیری ناآشکار، سرمشق‌گیری مشارکتی)، زیر گروه‌هایی از یک طبقه وسیع‌تر هستند (مثلاً سرمشق‌گیری). چنانچه تفاوت‌هایی وجود داشت، این موارد مطرح شده‌اند. به علت وجود مشکل در تفکیک روش‌های مختلف و همچنین فقدان داده در زمینه قضاوت‌ها، ثبت موارد یاد شده باید با احتیاط صورت پذیرد.

فصل چهارم

رویکردهای امیدوارکننده در درمان

هنگام بازنگری نوشته‌های مربوط به درمان کودکان، به ویژه وقتی در بازنگری، روش یا درمانی واحد در مرکز توجه است، با مشکلاتی روبرو می‌شویم. این بازنگری‌ها می‌کوشند که پژوهش‌های مختلف در مورد روش‌های درمانی کاملاً متفاوتی را مطرح کنند. در تعداد معدودی از تحقیقات از گروه کنترل کافی، نمونه‌گیری همگن، و ارزیابی نتایج در سطح گسترده استفاده شده است. با وجود تعداد بسیار کم و پراکنده پژوهش در این زمینه، دستیابی به نتایج قاطع دشوار است. تحلیل روش‌های متفاوت در بازنگری‌های روایتی متاآنالیزها، حتی اگر روش مورد نظر، بر درمان فردی متمرکز بوده است، قادر به نشان دادن برخی از پیشرفت‌های چشمگیر در این زمینه نیست.

غیر از بازنگری تحقیقات انجام شده، پژوهش‌های مربوط به نتایج درمان را می‌توان در دو سطح ذره‌ای^۱، یعنی مطالعات انفرادی بر نمونه، و برنامه پژوهش در نتایج درمان^۲ آزمود. با انجام تحقیق در این دو سطح می‌توان اطلاعات بسیار زیادی گردآوری کرد و مطالب مهمی آموخت. در واقع می‌توان از بازنگری کیفی و کمی تحلیل در این سطح ذره‌ای، نتایج مهمی به دست آورد.

مطالعات انفرادی

مطالعات انفرادی‌ای که در اینجا آورده می‌شوند، با بی‌دقتی انتخاب نشده‌اند، با وجود این، جمعیت مورد مطالعه این تحقیقات که بر اساس معیارهای امروزی، روش‌شناسی قابل قبولی داشته باشند (مانند کنترل شرایط و پیگیری)، تا اندازه زیادی محدود است. در اینجا دو پژوهش

برگزیده شدند که در عین آنکه بر نمونه‌هایی بزرگ و قابل مطالعه انجام شده بودند، تعدادی ویژگی‌های روش‌شناختی داشتند که معمولاً در تحقیقات مربوط به درمان کودکان دیده نمی‌شوند؛ به اضافه اینکه دربرگیرنده روش‌های درمانی بسیار متفاوت و مسائل مختلف کودکان بودند. انتشار هر یک از این تحقیقات، ارزیابی کیفیت و ویژگی‌های روش‌شناختی آنها را آسان می‌کرد. دو پژوهش حاضر دربرگیرنده معیارهای مهمی هستند، نتایج بااهمیتی را به دست می‌دهند و مشکلات اجرای پژوهشی با کیفیت مطلوب را در مورد نتایج، آشکار می‌کنند.

درمان‌های افراد نورو تیک و ضد اجتماع در مدرسه

توصیف: کلونین و همکاران (۱۹۸۱) در مورد نتایج روش‌های درمانی مختلف با کودکان ناسازگار در انگلستان در فاصله سال‌های ۱۹۷۲ و ۱۹۷۹، تحقیق گسترده‌ای انجام دادند. هدف، تعیین تأثیر درمان‌های مختلف بر مسائل بالینی متفاوت، با کودکانی در مراحل مختلف رشد و نابهنجاری آنها بود. بنابراین، پژوهش با پرسش‌های بسیار زیاد (و نهایی) آغاز شد. این پرسش‌ها غالباً در پژوهش‌های مربوط به درمان حایز اهمیت هستند. پرسش‌هایی از قبیل چه روشی، برای چه کسی، تحت چه شرایطی و مانند آنها، برای این منظور کاربرد دارد.

دو دسته از کودکان مبتلا به نابهنجاری، یعنی افراد نورو تیک و مبتلایان به اختلال رفتار، مورد مطالعه قرار گرفتند. اختلال نورو تیک به صورت وسیعی تعریف شده بود، به طوری که نوع نابهنجاری‌های درونی شده رانیز دربرگیرد (مانند نورو زها، افسردگی و اضطراب). اختلال رفتار، دربرگیرنده رفتارهای نابهنجار بیرونی بود (مانند رفتار اخلاص گرانه، مزاحمت، و بزهکاری). به دلیل تأثیر بالقوه مراحل رشد بر کیفیت نابهنجاری کودک و مؤثر بودن درمان، دو مرحله سنی مختلف انتخاب شد. کودکان نمونه مورد مطالعه شامل کودکان ۷-۸ و ۱۱-۱۲ ساله بودند و به ترتیب با عنوان کوچک‌ترها و بزرگترها از آنها نام برده شد. از بین ۴۳۰۰ کودک، تعدادی (تقریباً ۶۰۰ نفر) برای مطالعه غربال شدند. مرحله غربال کردن ۴۳۰۰ نفر، بر مبنای شناسایی کودکانی بود که در مدرسه ناسازگاری نشان می‌دادند؛ یعنی آنانی که احتمالاً در معرض نابهنجاری‌های روانی تشخیص داده شدند (کوچک‌ترها)، یا آنهایی که به مرحله نابهنجاری رسیده بودند (بزرگترها). برای غربال کردن، و همچنین برای ارزشیابی نتایج درمان از ابزارهای مختلف مانند ارزیابی اولیه، آموزگاران، همسالان، و متخصصان استفاده شد. ویژگی‌های عمده این مطالعه در جدول ۴-۱ آورده شده است.

پس از شناسایی کودکان به روش تصادفی، آنها در یکی از چهار وضعیت قرار گرفتند. این شرایط برای کودکان کم‌سن‌تر، با کودکان بزرگتر متفاوت بود (بجدول ۴-۱ نگاه کنید). ولی برای هر گروه، یک گروه غیر درمانی گواه وجود داشت که اساس مقایسه راطی دوره درمان و پیگیری تشکیل می‌داد. «مشاوره با اولیا و مربیان» شامل تماس مددکار با اولیا و مربیان و مشورت با آنها به منظور هماهنگ کردن فعالیت‌های مدرسه و خانه، وظیفه اعضای خانواده، و حمایت از مربیان مدرسه بود. «تغذیه روانی»^۱ شامل ایجاد فعالیت‌های پرمعنا و لذت‌بخش برای کودکان و ارتباط نزدیک با آنها بود. «گروه درمانی» بر اصول «مراجع محوری» استوار بود و شامل «بازی درمانی» گروهی برای کودکان خردسال و «بحث» برای گروه‌های بزرگتر می‌شد. در هر مورد، نقطه تمرکز، برون‌ریزی عاطفی کودک، پذیرش کودک، گرمی و ارتباط درمانی بود. برنامه «تغییر رفتار» (فقط برای بزرگترها) شامل تقویت شرایط کلاس درس، و مبتنی بر تقویت اجتماعی و ژتونی بود که در نهایت به بهبود رفتار افراد در کلاس منجر می‌شد.

در درمان‌ها، الگوهای مختلفی برای رسیدگی به افراد و نیروهای کاری گوناگونی (مانند مددکار اجتماعی، آموزگاران، کمک آموزگاران) به کار گرفته شدند. روش‌های درمانی به‌دقت تدوین شد، تکامل یافت، و پیاده شد. آموزش کارکنان شامل بحث‌ها و فعالیت‌های تحت نظارت، و یادگیری اصول و روش‌های درمانی بود.

نتیجه‌گیری درباره تأثیر درمان، با توجه به ابزارهای اندازه‌گیری متعدد و منابع مختلف اطلاعات، به سادگی میسر نیست. به‌طور کلی، برای کودکان خردسال نسبت به گروه غیر درمانی گواه، و گروه اولیا و مربیان، بازی درمانی گروهی و تغذیه روانی به تغییر بیشتری منتهی شد. این نتایج برای افراد نورو تیک، نسبت به افرادی که مشکل رفتاری داشتند، آشکارتر بود. در مورد کودکان بزرگتر، درمان گروهی و تغییر رفتار، در مقایسه با گروه‌های گواه و گروه اولیا و مربیان، سبب تغییرات عمده‌تری شد. کودکان مبتلا به اختلالات نورو تیک نسبت به کودکان مبتلا به اختلال رفتاری، واکنش مناسب‌تری به درمان‌های مختلف نشان دادند. همچنین، دخترها نسبت به پسرها، به درمان پاسخ مثبت‌تری دادند. بین نوع درمان و نوع اختلال در کودک، و نیز بین درمان و جنسیت کودک، رابطه ثابتی موجود نبود، ولی رفتار نورو تیک در پسرها نسبت به دخترها، درمان‌پذیرتر بود، در حالی که دخترها به درمان اختلال رفتاری بیشتر از پسرها پاسخ دادند.

درمان‌های موجود با توجه به ابعاد مختلف روش‌ها، متفاوت بودند. یکی از این ابعاد، «مستقیم و غیرمستقیم»^۱ بودن روش درمانی است. درمان‌های مستقیم شامل ارتباط رویاروی با کودک هستند (مانند گروه‌درمانی)، در حالی که درمان غیرمستقیم عبارت از همکاری با افراد مهم در زندگی کودک است (مانند اولیا و مربیان) که در درمان او شرکت دارند (مانند مشاوره با اولیا و مربیان). بُعد دیگر درمان، تکیه بر «فرایند روانی درون‌فردی»^۲ در برابر «رفتار آشکار»^۳ است (مانند گروه‌درمانی در برابر رفتاردرمانی). بالاخره درمان در ابعاد شدت و مدت آن، به‌صورت روش‌های «کوتاه‌مدت» در مقابل «روش بلندمدت» متفاوت بود (مثلاً ۱۰ جلسه گروه‌درمانی در برابر ۲۰ هفته رفتاردرمانی روزانه).

در طرح حاضر، تمام این ابعاد به‌نحو کامل ارائه نشد و نمونه‌ها نیز بسیار بزرگ نبود. با وجود این، در خاتمه طرح، نتایج موفقی از آن استنتاج شد. مثلاً درمان غیرمستقیم (مشاوره با اولیا و مربیان)، تغییرات عمده‌ای ایجاد نکرد. درمان‌های مستقیم‌تر شامل گروه‌درمانی و رفتاردرمانی، باعث ایجاد تغییرات مهمی شدند. تمرکز بر هر کدام از این دو، ارجحیتی بر دیگری به دست نداد. مدت زمان درمان نیز از اهمیت خاصی برخوردار نبود، زیرا درمان‌های کوتاه یا بلندمدت (مانند گروه‌درمانی و رفتاردرمانی) هر دو به تغییرات چشمگیری منجر شدند. در این موارد نیز این ابعاد بر نمونه‌های بزرگ آزمایش شدند. از این رو، می‌توان نتایج به‌دست آمده از این تحقیق را فقط در شرایط خاص صادق دانست.

جدول ۱ - ۴: ویژگی‌های برگزیده شده از مطالعه نتایج درمان توسط کلونین (۱۹۸۰) و همکاران

ویژگی‌های عمده	حوزه
سنین ۷-۸ (کوچک‌ترها) یا ۱۱-۱۲ ساله (بزرگ‌ترها)	● نمونه
۶۰ تا ۹۰ کودک و نوجوان در هر گروه نابهنجار (N=۵۷۴)	● اندازه نمونه
غربال چندمرحله‌ای برای شناسایی کودک و نوجوان نابهنجار	● غربال کردن
مدارس عمومی	● شرایط
مشاوره با اولیا و آموزگاران	● درمان کوچک‌ترها
تغذیه روانی	
درمان گروهی (بازی)	

2. intrapsychic

1. Direct-Indirect

<p>مشاوره با اولیا و آموزگاران گروه‌درمانی (غیر مستقیم - بحث) تغییر رفتار بدون درمان تعداد جلسات و مدت درمان برای هر روش، متفاوت بود. اولیا، آموزگاران، همسالان خود کودک یا نوجوان، و ارزیابی بالینی سازگاری، آسیب‌شناسی شناخت و کنش اجتماعی مقیاس آموزگاران و اولیای راتر^۱، مصاحبه با اولیا برای رفتار نوروبتیک، ضدا اجتماعی، و روان‌تنی پرسش‌نامه شخصیتی آیسنک برای خردسالان^۲ مقیاس دوراکس برای سنجش رفتار کودکان دبستان^۳ سنجش تعداد لغات، هوش، استعداد خواندن، و داده‌های گروه‌سنجی^۴ قبل از درمان، بعد از درمان، پیگیری (۱۸ ماه بعد از خاتمه درمان) آموزش ویژه برای کارآموزان شامل تدریس و نظارت بر کارآموزی به صورت رسمی و غیررسمی برحسب شرایط مورد نیاز</p>	<p>● درمان بزرگترها ● جلسات درمان ● منبع اطلاعات ● حوزه ارزشیابی ● ابزار عمده سنجش ● مدت زمان ارزیابی ● آموزش درمانگرها</p>
--	---

ارزشیابی کلی: نکات برجسته‌ای در این مطالعه وجود دارد. استفاده از مقیاس‌های مختلف برای غربال کردن، مقایسه روش‌های درمانی با یک گروه گواه غیردرمانی، ارزیابی ابعاد رفتاری متعدد (ناسازگاری و فعالیت‌های شناختی، روابط اجتماعی با همسالان)، ارزشیابی پیگیری، و سایر ویژگی‌های این تحقیق، آن را مطالعه‌ای واقعاً برجسته می‌نماید. همچنین در نوشته‌های مربوط به درمان کودکان و بزرگسالان، به ندرت شاهد استفاده از نمونه‌ای دارای تعداد کافی هستیم تا برای ارزیابی درمان، آزمونی با حساسیت لازم (یعنی از نظر آماری معتبر) فراهم آید (نگاه کنید به کزدین، ۱۹۸۶). اندازه نمونه (۶۰-۹۰) در هر گروه این پژوهش، تقریباً بی‌نظیر است.

1. Rutter Teacher and Parent Scale
2. Junior Eysenck Personality Inventory
3. Devereax Elementary School Behavior Rating Scale
4. sociometric data

در تعداد معدودی از تحقیقات کوشش شده تا تأثیر درمان‌های متفاوت را برای مسائل گوناگون و کودکان مختلف بررسی کنند. کالوین و همکارانش (۱۹۸۱) در سطحی مسئله‌درمان را مورد مطالعه قرار دادند که پیچیدگی زیاد، باعث نتیجه‌گیری‌های بغرنج و متراکم همراه با متغیرهای فراوان غیرقابل کنترل نشود. تمرکز بر سنین مختلف در یک تحقیق، می‌تواند پایداری محکم برای نتیجه‌گیری‌های صحیح در مورد درمان فراهم سازد. مرور نوشته‌های کمی و کیفی درباره این موضوع که با هدف نتیجه‌گیری از تحقیقات انجام شود که با طرح پژوهشی ناکافی و نارسا به عمل آمده باشد، احتمال موفقیت محدودی دارد.

درمان جامعه‌گرا برای جوانان ضداجمعاع

توصیف: فلدمان^۱، کپلینگر^۲ و وودارسکی^۳ (۱۹۸۳) تحقیقی در مورد طرح درمانی جامعه‌گرا انجام دادند. در درمان جامعه‌گرا، برخلاف درمان‌های سنتی، تلاش بر این است که از منابع موجود در محیط فرد، به‌نحوی که به سازگاری فرد یاری شود، استفاده کنند. یکپارچه‌سازی درمان در برنامه‌های موجود در جامعه، این امیدواری را ایجاد می‌کند که رفتارهای اجتماع‌پسند از شرایط موقعیت‌درمانی به شرایط محیط، انتقال یابد. بسیار محتمل است که چنانچه کودکان و نوجوانان را به‌منظور درمان از محیط خود دور کنیم، رفتارهای نابهنجار آنان افزایش و گسترش یابد (مانند قراردادن آنها در بیمارستان روانی یا کانون‌های اصلاح و تربیت). مشخصه دیگر درمان جامعه‌گرا، ارتباط دادن جوانان مشکل‌دار با همگنان سالم در جامعه است. اگر بخواهیم تأثیر مثبتی از سوی همسالان ایجاد کنیم، توجه به این امر بسیار مهم است که کودکان و نوجوانان فقط با همگنان ناسالم ارتباط نداشته باشند. قراردادن کودکان و نوجوانان ناسازگار در مجاورت کودکان و نوجوانان منحرف، الگوهای منحرف‌کننده بیشتر و مضرتی را در اختیار آنان قرار می‌دهد.

فلدمان و همکارانش (۱۹۸۳) برنامه جامعه‌گرایی وسیعی را با همکاری انجمن مراکز اجتماعات کلیمی‌ها در شهر سنت لوئیس ایالت میسوری اجرا کردند. این مطالعه، که آزمایش سنت لوئیس^۴ خوانده شد، بر کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۷ ساله که به‌عنوان کودکان و نوجوانان ضداجماعی ارجاع داده شده بودند یا کودکان و نوجوانان سالمی که در برنامه‌های معمولی این

مرکز شرکت می‌کردند و دارای مشکلی نبودند (یعنی ارجاع نشده بودند) انجام شد. این طرح تقریباً با ۷۰۰ جوان شروع شد، ولی در انتهای درمان، این تعداد به ۴۵۰ نفر رسید.

طرح این تحقیق به دلیل ارزیابی تأثیر جداگانه و تلفیقی عوامل تأثیرگذارندهٔ مختلف، پیچیده بود (نگاه کنید به جدول ۲-۴). این تحقیق تأثیرات سه نوع درمان، دو سطح تجربهٔ کاری درمانگران، و سه راه مختلف برای ترکیب کردن روش‌ها را ارزیابی کرد. سه درمان مزبور عبارت بودند از «مددکاری اجتماعی گروهی سنتی»^۱ (بر فرایندهای گروهی و تشکیلات و معیارهای گروهی متمرکز است)، «تغییر رفتار» (استفاده از تشویق‌کننده‌ها، تمرکز بر رفتارهای جامعه‌پسند)، و «حداقل درمان»^۲ (بدون درمان دارای ساختار مشخص، ارتباط معمولی و خودبه‌خودی بین افراد گروه). در این مرکز، گروه‌های کاری تشکیل شدند و هر یک از آنها در یکی از این سه گروه مداخله‌درمانی قرار گرفتند. رهبری گروه‌ها را آموزش‌دهنده‌هایی که تعدادی از آنها باتجربه (دانشجویان کارشناسی ارشد مددکاری با تجربه قبلی) و تعدادی هم بی‌تجربه (دانشجویان کارشناسی) بودند، به عهده داشتند. بالاخره گروه‌ها به سه دسته تقسیم شدند: (الف) تمام کسانی که از مراکز تحقیقی برای رفتار ضداجتماعی ارجاع شده بودند، (ب) تمامی افرادی که غیرارجاعی (سالم) بودند، و (ج) جوانانی که از هر دو گروه ارجاعی و غیرارجاعی بودند. هدف اصلی نشان دادن تغییراتی بود که در جریان درمان، در افراد ضداجتماعی رخ می‌دهد. ارزیابی به وسیلهٔ اولیا، مدیران مراکز تخصصی، جوانان و رهبران گروهی، به‌علاوهٔ مشاهده مستقیم گروه‌های مداخلهٔ درمانی صورت گرفت. مداخله درمانی طی یک سال انجام یافت که در آن جوانان به جلسات می‌آمدند و در طیف وسیعی از فعالیت‌ها شرکت می‌کردند (مانند ورزش، هنر، کارهای دستی، تشکیل صندوق مالی، و بحث و مذاکره). درمان‌های مشخص نیز به این فعالیت‌ها افزوده شد. تعداد جلسات درمانی بین ۸ تا ۲۹ جلسه بود (بامیانگین ۲۲/۲ جلسه) که هر یک ۲ تا ۳ ساعت طول می‌کشید.

نتایج نشان داد که درمان، تجربه آموزش‌دهنده‌ها، و ترکیب گروه‌ها حداقل در چند جنبه تأثیراتی به جا گذاشته بودند. رفتار ضداجتماعی جوانانی که با رهبران باتجربه‌ای در گروه کار کرده بودند، بسیار بیشتر از کسانی که رهبران بی‌تجربه بودند، تقلیل یافته بود. جوانان ضداجتماعی که از مراکز تخصصی ارجاع شده و در گروه‌های ترکیبی قرار گرفته بودند (منظور گروه‌هایی است که در آنها کودکان سالم غیرارجاعی نیز شرکت داده شده بودند)، در مقایسه با

جوانانی که فقط از گروه ضداجتماعی شرکت داده شده بودند، پیشرفت بسیار بیشتری نشان دادند. نتیجه درمان هم متفاوت بود. بدین معنا که در مقایسه با گروه درمانی سنتی، تغییر رفتار، به کمتر شدن چشمگیر رفتار ضداجتماعی منجر شد. از سوی دیگر درمان سنتی به نسبت گروهی که از حداقل درمان برخوردار شده بودند، به میزان بیشتری موجب کم شدن رفتار ضداجتماعی شد. ولی روش درمان، عامل مؤثری در پیش‌بینی نتایج درمان نبود.

به‌طور کلی، جوانان ضداجتماعی از شرکت در این برنامه سود بردند، به‌ویژه آنهایی که در بهترین بخش‌های مداخله درمانی جای گرفته بودند (مانند رفتار درمانی با رهبری باتجربه و در گروهی مرکب از همسالان ارجاعی و غیرارجاعی). برای گروه نمونه کوچکی، ($n=54$) داده‌های پیگیری یک سال بعد، به دست آمد. بر اساس گزارش‌های اولیا و مراکز ارجاع‌کننده، این داده‌ها نشان‌دهنده افزایش مختصر و غیرمعتبری در رفتار ضداجتماعی افراد بود. ولی اندازه کم نمونه در پیگیری، اجازه نتیجه‌گیری مطمئن در مورد تأثیر درمان، تجربه آموزش‌دهنده و ترکیب گروه‌ها را نمی‌داد.

ارزشیابی کلی: در مورد تأثیر روش‌های مختلف، ابهاماتی وجود دارد. بررسی نحوه درمان نشان داد که یکپارچگی و استحکام درمان از بین رفته بود. برای مثال مشاهداتی که درباره جلسات درمان به عمل آمد، نشان داد که تقریباً ۳۵ درصد رهبران گروه‌ها، از سه جلسه رفتار درمانی بیش از دو جلسه آن را درست اجرا نکردند. تقریباً ۴۴ درصد رهبران گروه‌های «حداقل درمان»، به مداخله درمانی پرداختند، در حالی که نباید چنین کاری انجام می‌دادند. و سرانجام آنکه فقط ۲۵ درصد رهبران در گروه مداخله درمانی، شرایط درمان را به‌طور کامل اجرا کردند. بنابراین، نتیجه‌گیری از تأثیر نسبی درمان‌های مختلف امری دشوار است. اصولاً تحقیقاتی که صحت و ثبات روش‌های درمانی را ارزیابی کرده باشند، بسیار نادر هستند. در نتیجه، باید به جای ایرادگرفتن از روش‌های مختلف، به این جنبه اساسی توجهی خاص مبذول داشت. با این حال، در صورتی که درمان‌ها به همان صورت مورد نظر اجرا می‌شدند، این احتمال وجود داشت که تفاوت‌های بیشتری در نتایج و نیز در تأثیر درمان‌های مختلف بر افراد، به دست آید. فقدان اطلاعات مربوط به پیگیری، مشکل دیگری را پیش می‌آورد. پیگیری، به استفاده از ابزاری غیراستاندارد در مورد رفتار ضداجتماعی افراد و آن هم فقط درباره ۱۲ درصد نمونه (۵۴ نفر از ۴۵۰ نفر) محدود می‌شد. از بررسی این اطلاعات نمی‌توان نتیجه گرفت که جوانان از چه مقدار درمان سود می‌برند. مطالعات پیگیرانه به این دلیل سودمند هستند که ممکن است بلافاصله پس از اتمام درمان، نتایج آن متفاوت، یا حتی مخالف با نتایج آن باشد.

می‌شود (به فصل ۵ نگاه کنید). با وجود این، آزمایش سنت لویس، جایگاه ویژه‌ای در نوشته‌های مربوط به درمان دارد. این پروژه نشان می‌دهد که مداخله درمانی را می‌توان در مقیاسی نسبتاً گسترده انجام داد و این مداخلات می‌توانند برای جوانان بهنجار و نابهنجار هر دو، بسیار سودمند باشند.

جدول ۲ - ۴: ویژگی‌های منتخب تحقیق در مورد نتایج درمان، انجام شده به وسیله فلدمان و دیگران (۱۹۸۳)

حوزه	ویژگی‌های عمده
نمونه	ارجاع داده شده برای رفتار ضداجتماعی (سنین ۱۷-۸، میانگین ۱۱/۲)
اندازه نمونه	تعداد کل = ۴۵۲ نفر، تعداد حاضر در مطالعه پیگیری = ۵۴ نفر
غربال	شدت رفتار ضداجتماعی که بر اساس پرسش‌نامه‌های کمی به وسیله متخصصان، ارجاع‌دهندگان و اولیا پر می‌شود
محل برگزاری درمان‌ها	مرکز اجتماعی کلیمی‌ها مددکاری اجتماعی گروهی سنتی، تغییر رفتار، حداقل درمان (بدون هیچ نوع روش مشخص یا دارای ساختار)
جلسات درمانی	بین ۲۹-۸ جلسه (میانگین ۲۲/۲ جلسه)، هریک ۲-۳ ساعت
منبع درمان	مراکز ارجاع‌دهنده، اولیای کودکان، درمانگرها
حوزه ارزیابی	رفتار ضداجتماعی اجتماع‌پسند، غیراجتماعی
مقیاس‌های عمده	پرسش‌های موجود در فهرست‌هایی نشانه‌گذار به وسیله اولیا، درمانگران،
ارزیابی نتایج	خودآزمودنی‌ها، و متخصصان مراکز آنها را تکمیل می‌کردند؛ همچنین مشاهده مستقیم جوانان در گروه‌ها برای سنجش رفتار اجتماعی، ضداجتماعی و رفتار غیراجتماعی آنها؛ پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده از سوی درمانگران و مشاهده‌گرها بر اساس معیارهای اجتماعی و رابطه با همسالان؛ و مقیاس پرخاشگری که خودآزمودنی‌ها آن را تکمیل می‌کردند.
درمانگرها	باتجربه‌ها (دانشجویان کارشناسی ارشد مددکاری)، در برابر بی‌تجربه‌ها (دانشجویان کارشناسی)
کارآموزی	کارآموزی ضمن آزمایش؛ کارآموزی برای افرادی که قبلاً در
درمانگرها	روان‌درمانی، دوره‌های نظری و عملی تجربه داشته‌اند.

اشاردهای کلی

دو پژوهشی که قبلاً مطرح شد بیانگر کوشش ویژه‌ای در مورد ارزیابی درمان‌های مختلف بود. این مطالعات از چند جنبه - مانند ارزیابی روش‌های درمانی مختلف، استفاده از چند نوع ابزار و دیدگاهی برای بررسی نتایج درمان، و نمونه‌گیری از «انواع» مختلف جوانان برای سنجش پاسخی که افراد مختلف به درمان می‌دهند - وجوه مشترک دارند. هر دو این پژوهش‌ها بیش از سایر مشترکات، بر رابطه نتایج درمان با متغیرهای دیگر مانند مشکلات روانی، سن کودک، و نحوه ارجاع متمرکز بودند. این درجه از صراحت و وضوح داده‌ها، چیزی است که در تحقیقات مربوط به نتایج درمان بسیار ضروری است، اگرچه در نوشته‌های مربوط به درمان کودکان، به‌ندرت در عمل از آنها استفاده می‌شود. این مطالعات را می‌توان در متاآنالیز درمان وارد کرد. ولی این عمل نشان‌دهنده نتایج بسیار غنی و مفید هر یک از این تحقیقات نخواهد بود. تجزیه و تحلیل هر یک از پژوهش‌ها، به سهم خود و به روشنی، تأثیر روش‌های درمانی را نمودار می‌سازد. علاوه بر آن، شرایط و کیفیت طرح تحقیقی را که آنها را بررسی کرده است، مشخص می‌سازد.

نمونه‌هایی از برنامه‌های تحقیق

برنامه‌های پژوهشی حتی بیشتر از تحقیقات انفرادی، می‌توانند نشانگر پیشرفت‌ها و فواید درمان‌های موجود برای کودکان باشند. معمولاً، اصطلاح برنامه‌ها، به مطالعات مداوم و منظمی اشاره دارد که به وسیله یک گروه از محققان که به بررسی یک روش درمانی خاص می‌پردازند، صورت می‌گیرد. یک برنامه تحقیقاتی از سوی یک پژوهشگر یا گروهی از آنها، روش مطلوبی است، ولی برای منظور ما، گردآوری نظام‌دار اطلاعات از پژوهشگران متعدد اولویت دارد. بنابراین، اگر تعریف برنامه‌ریزی را به اندازه‌ای تعمیم و گسترش دهیم که دربرگیرنده نتایج و یافته‌های پژوهشگران مختلف در زمینه روش درمانی خاصی باشد، مفید خواهد بود. به‌طور کلی، روشن کردن جنبه‌های مثبت طرح‌های تحقیقاتی به این دلیل بسیار مفید است که نشان‌دهنده پیشرفت در شناخت مشکل روانی خاص و ایجاد روش‌های علمی درمانی نظام‌دار برای آن مشکل است. همان‌طور که در مورد تحقیقات انفرادی انجام شد، نمونه‌هایی از برنامه‌های تحقیقاتی در اینجا نیز مطرح خواهد شد. مشخص است که برنامه‌های متعدد دیگری نیز برای دوره‌های مختلف رشد کودکان وجود دارد که می‌توان به آنها دست یافت.

برنامه‌هایی که در اینجا برای بررسی برگزیده شده‌اند^۱ تمرکز خاصی بر رفتارهای ناپسندیده بیرونی کودکان مانند پرخاشگری و رفتارهای مخرب دارند. روش‌های درمانی مختلفی فراهم شده‌اند که در تمرکز بر نوع بیماری، روش، و اهداف درمانی، متفاوتند.

آموزش اداره کردن کودکان به اولیا^۱

سابقه و منطق زیربنایی: آموزش اداره کردن کودکان به اولیا (پی.ام.تی.) به روش‌هایی اشاره دارد که توسط آنها به اولیا آموزش داده می‌شود تا چگونه با کودکان خود به‌طور صحیح رفتار کنند. روش پی.ام.تی. در صدها تحقیق مربوط به درمان کودکانی که در سنین متفاوت بودند و مشکل رفتاری با شدت‌های مختلف داشته‌اند، به کار برده شده است (کزدین، ۱۹۸۵؛ مورلند، اشویل، بک^۲، س. و ولز، ۱۹۸۲). تحقیقات پترسون و همکاران وی در بیش از دو دهه، نمونه‌هایی از برنامه‌ریزی مربوط به تحقیقات آموزش اولیا و رفتار با نوجوانان ضداجتماعی را شامل می‌شود. در این تحقیقات، بیش از ۲۰۰ خانواده دارای کودکان پرخاشگر (بین ۱۲ - ۳ ساله) که به‌عنوان بیمار ارجاع شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند (پترسون^۳، ۱۹۸۲). کارآیی درمان در چندین مطالعه کنترل شده، مورد ارزیابی قرار گرفته که در آنها، مشخص است که تدوین این روش‌ها و عمیق‌تر شدن پرسش‌های پژوهشی، روبه رشد است.

پی.ام.تی. بر این دیدگاه عمده مبتنی است که رفتار کودک پرخاشگر، به ناگزیر ناشی از تعاملات والد - فرزندی ناسازگارانه است و به همان دلیل هم تداوم می‌یابد. در حقیقت، تحقیقات نشان داده‌اند که والدین کودکان و نوجوانان پرخاشگر، به چندین شیوه خاص رفتار می‌کنند که مشوق رفتار پرخاشگرانه و مانع از رفتار جامعه‌پسند است. این اعمال شامل تقویت مستقیم رفتار منحرفانه است که معمولاً به صورت استفاده از دستورات و تنبیه‌های شدید، و بی‌توجهی به رفتار ظاهر می‌شوند (پترسون، ۱۹۸۲).

تعامل قهری، نقش عمده‌ای در برانگیختن رفتار پرخاشگرانه کودک دارد. اصطلاح «قهر» (تحمیل)^۴ به رفتار غیرعادی یک شخص، مثلاً کودک، اشاره دارد که توسط شخص دیگری (مثلاً والد) پاداش داده می‌شود. این مفهوم، نوع خاصی از ارتباط را تشریح می‌کند که غالباً به آن «تله»

^۱ جالب است که در متاآنالیز آورده شده در صفحات قبل (کیسی و برمن، ۱۹۸۵؛ وایز و همکاران، ۱۹۸۷)، دو مطالعه ذکر شده در اینجا جای نداشتند.

1. parent management training (PMT)
3. Patterson

2. Beck
4. coercion

تقویت،^۱ می‌گویند. رفتار پرخاشگرانه یا غیرعادی دیگری که کودک نسبت به والدین به‌ویژه مادر خود نشان می‌دهد، ممکن است به دلیل تسلیم‌شدن والدین تقویت شود. تله بدین ترتیب ایجاد می‌شود که والدین به منظور پایان بخشیدن سریع به رفتار غیرعادی کودک ندانسته در برابر وی کوتاه می‌آیند و احتمال تکرار این‌گونه رفتار را افزایش می‌دهند. اساساً، رفتار والدین نیز تقویت منفی می‌شود، زیرا موفق شده‌اند حداقل در زمانی کوتاه، به رفتار آزاردهنده کودک خاتمه بخشند. ولی هرچه والدین بیشتر در برابر رفتار کودک تسلیم شوند، رفتار غیرعادی کودک بیشتر ادامه می‌یابد. از طریق این تله تقویتی، رفتار پرخاشگرانه کودک برخلاف میل والدین تقویت می‌شود و رفتار قهری وی بیشتر می‌گردد.

برنامه پی. ام. تی. به نحوی طرح‌ریزی می‌شود که الگوی ارتباط متقابل کودک و والدین را تغییر دهد و به جای رفتار قهری، رفتار اجتماعی مستقیماً تقویت شود و اعضای خانواده آن را حمایت کنند. موفقیت این برنامه به ایجاد رفتارهایی در والدین (مانند برقراری مقرراتی برای کودک، ایجاد تقویت مثبت در برابر رفتار مناسب کودک، اجرای تنبیه‌های ملایم برای بازداری رفتار نامناسب او، و تعامل و گذشت مناسب) بستگی دارد.

ویژگی‌های درمان: گرچه انواعی از الگوهای پی. ام. تی. وجود دارد، چند وجه مشترک را می‌توان در آنها یافت. اول آنکه، درمان را خانواده انجام می‌دهد و مستقیماً چند روش در آنجا اجرا می‌شود. در اینجا معمولاً مداخله درمانگر به‌نحو مستقیم صورت نمی‌گیرد. دوم، به اولیا آموزش داده می‌شود مشکلات را بشناسند، آنها را تعریف کنند و با دید جدیدی به مشکلات بنگرند. برای بررسی نتایج پاداش یا تنبیه اجرا شده و ارزیابی درجه مفیدبودن برنامه، مشخص کردن دقیق مشکلات ضروری است.

سوم، جلسات درمانی شامل اصول یادگیری و روش‌های حاصل از آن است. زمان زیادی به اجرای روش‌هایی مانند تقویت مثبت، تنبیه ملایم (مانند کم‌کردن پاداش و امتیازات)، تعامل، قراردادهای مشروط، و روش‌های دیگر اختصاص داده می‌شود. چهارم، در طول جلسات، شرایطی برای والدین فراهم می‌آید که کاربرد تکنیک‌ها را مشاهده کنند، سپس آنها را به کار برند و بالاخره تغییرات حاصل را مشاهده کنند. درمانگر از روش‌های راهنمایی، الگوگیری، نقش بازی کردن و تمرین آنها استفاده می‌کند تا اینکه بتواند مفیدبودن روش‌ها را به والدین نشان دهد. هدف کوتاه‌مدت این برنامه، ایجاد مهارت‌های خاص در والدین است. دسترسی به این هدف معمولاً با تشویق والدین به استفاده از مهارت‌هایشان در تغییر رفتارهای ساده که به آسانی قابل

مشاهده هستند و با روابط تحریک‌آمیز متقابل آمیخته نیستند (مانند تنبیه، لجبازی، و ارتباط قهری) میسر است. به تدریج که اولیا کفایت بیشتری می‌یابند، نقطه تمرکز برنامه به مشکلات شدید و سایر مسائل (مانند رفتار در مدرسه) منتقل می‌شود.

مروری بر نتایج به دست آمده: پترسون و همکارانش چند پژوهش دقیق درباره این روش انجام داده‌اند که پیشرفت‌های محسوس را در پی این آموزش‌ها نشان می‌دهند. افزون بر این، تغییرات انجام گرفته ناشی از این روش، برتری محسوس نسبت به انواع دیگر روش‌ها از قبیل روان‌درمانی متمرکز بر خانواده^۱، توجه (بحث کردن)^۲ به عنوان دارونما، و شرایط بدون درمان نشان می‌دهد (پترسون، چیمبرلین^۳، رید^۴، ۱۹۸۲؛ والتر^۵ و گیلمور^۶، ۱۹۷۳؛ پترسون و ویلتز^۷، ۱۹۷۴). استفاده از روش‌های تحقیقی متفاوت همچنین نشان می‌دهد که درمان کودکان مشکل‌آفرین، آنها را به رفتار کودکان سالم غیرارجاع شده برای درمان نزدیک می‌کند (آیبرگ^۸ و جانسون، ۱۹۷۴؛ پترسون، ۱۹۷۴؛ ولز، فورهند، و گریست^۹، ۱۹۸۰). پیگیری نشان داد که نتایج درمانی معمولاً یک سال پس از شروع درمان به دست می‌آید (فلایشمن^{۱۰} و شیکولا^{۱۱}، ۱۹۸۱). نتایج مفید درمان تا ۵ و ۱۰ سال بعد نیز مشاهده شده است (بام^{۱۲} و فورهند، ۱۹۸۱؛ فورهند و لانگ^{۱۳}، زیر چاپ).

تأثیر پی.ام.تی. نسبتاً گسترده است. اول اینکه تأثیر این شیوه بر آن نوع رفتارهای کودک که مستقیماً تحت درمان والدین نبوده‌اند، مشاهده می‌شود. همچنین، زمانی که والدین آموزش داده می‌شوند که رفتار کودک دچار مشکل را تغییر دهند، رفتار کودکان دیگر خانواده نیز، گرچه مستقیماً تحت درمان نبوده‌اند، بهبود می‌یابد. افزون بر این، آسیب‌شناسی والدین نشان داده که بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی، مانع از ادامه پیگیرانه پی.ام.تی. شده است. این تغییرات نشان می‌دهند که روش پی.ام.تی. تغییرات چندجانبه‌ای در اختلالات خانوادگی ایجاد می‌کند (نگاه کنید به کزدین، ۱۹۸۲، ۱۹۸۵؛ مورلند و دیگران، ۱۹۸۲؛ پترسون، ۱۹۸۲).

1. family-based psychotherapy

2. attention placebo

3. Chamberlain

4. Reid

5. Walter

6. Gilmore

7. Wiltz

8. Eyberg

9. Griest

10. Fleischman

11. Szykula

12. Baum

13. Long

عواملی که بر نتایج تأثیر می‌گذارند: چند ویژگی درمان و خانواده‌هایی که در آن شرکت می‌کنند، بر نوع نتایج به دست آمده اثر می‌گذارند. اولین ویژگی، مدت درمان است. درمان کوتاه مدت (مثلاً کمتر از ۱۰ ساعت) احتمال محدودی برای فایده‌رسانی به افراد نابهنجار در بر دارد. تأثیر پایدار و مؤثر درمان‌های درازمدت یا نامحدود که ۵۰ تا ۶۰ جلسه نیز ادامه یافته، فایده بیشتری در بر داشته است (کزدین، ۱۹۸۵). دوم، آموزش‌هایی خاص مانند دادن اطلاعات عمیق به والدین در مورد اصول یادگیری اجتماعی و بهره‌وری از محدود کردن عوامل تقویتی در خانه، (منظور تنبیه ملایم است) تأثیر درمان را افزایش می‌دهد (مک‌ماهون^۱، ۱۹۸۷؛ فورهند، گریست، ۱۹۸۱ والر، و فاکس^۲، ۱۹۸۰). سوم، دلایلی وجود دارد که نشان می‌دهد تجربه آموزشی و میزان مهارت درمانگر، با مقدار و پایداری تغییرات درمانی رابطه دارد (فیلشمن، ۱۹۸۲؛ پترسون، ۱۹۸۲)؛ گرچه این عوامل نیز باید با دقت مورد بررسی قرار گیرند.

ویژگی‌های والدین و خانواده با نتایج درمان ارتباط دارند. همان‌طور که انتظار می‌رود، در خانواده‌هایی که ویژگی‌های منفی آنها (مانند اختلافات خانوادگی و نابهنجاری‌های شخصیتی) سبب ایجاد مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود، پیشرفت درمان کمتر است تا خانواده‌هایی که این ویژگی‌ها در آنها وجود ندارد (استرین^۳، یانگ^۴، و هوروویتس^۵، ۱۹۸۱). ضمن آنکه زمانی که پیشرفت در درمان حاصل می‌شود، احتمال پایداری ماندن آن در خانواده‌های متعلق به طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین، بسیار ضعیف است (والر، برلند^۶، و کو، ۱۹۷۹).

نوع نظام حمایت از مادر در بیرون از خانواده نیز بر مفید بودن روش پی.ام.تی. تأثیر دارد (دوماس^۷ و والر، ۱۹۸۳). مادرانی که در بیرون از خانواده از حمایت اجتماعی بهره‌مند نیستند، بدین معنا که تماس مثبت محدودی با اقوام و دوستان دارند، بهره کمتری از درمان می‌برند. بنابراین، عواملی که بیرون از روابط مشخص کودک و والدین هستند نیز باید در درمان مورد توجه قرار گیرند. در حقیقت، هرگاه روش پی.ام.تی. پاسخگوی بسیاری از مشکلات خانوادگی گردد (مانند سازگاری اولیا با کودکان خود، سازگاری والدین با یکدیگر و برقراری روابط برون خانوادگی)، بهره‌دهی درمان در مورد تغییر رفتار کودک تقویت می‌شود (دادز، شوارتس^۸، و ساندرز^۹، ۱۹۸۷؛ گریست و دیگران، ۱۹۸۲).

1. McMahon
3. Strain
5. Horowitz
7. Dumas
9. Sanders

2. Fox
4. Young
6. Berland
8. Schwartz

ارزشیابی کلی: چند ویژگی طرح پی.ام. تی سبب می‌شود که آن را یکی از مفیدترین روش‌های درمانی برای برطرف کردن رفتار پرخاشگرانه بدانیم. اول آنکه، این درمان در مورد کودکانی که به درجات متفاوتی از نابهنجاری دچار بوده‌اند، مؤثر واقع شده و تأثیر درمان تا یک سال و بیشتر نیز پایدار مانده است. افزون بر این، تغییرات در خانواده و مدرسه می‌تواند رفتار کودک تحت درمان را نزدیک به رفتار کودکان سالم سازد. دوم، فایده این درمان غالباً به دیگر اعضای خانواده نیز سرایت می‌کند.

سوم، همزمان با بررسی نتایج درمان، تحقیقاتی اساسی در مورد الگوهای ارتباطی اعضای خانواده و افراد بیرون از آن نیز انجام شده است. این تحقیقات به دانش مادر مورد چگونگی شروع رفتار ضداجتماعی افزوده است (پترسون، ۱۹۸۶). چهارمین مزیت عمده این روش، در دسترس بودن نوشتارهای راهنمای درمان و آموزش برای والدین و درمانگران متخصص است (نگاه کنید به آلدیک^۱ و کرنی^۲، ۱۹۸۱). این نوشتارها به‌طور بالقوه، این بعد از درمان را به نحو گسترده‌ای برای تحقیقات بیشتر و کاربرد درمانی در دسترس قرار می‌دهد.

روش پی.ام. تی. دارای محدودیت‌هایی نیز هست. اول، تعدادی از خانواده‌ها به این نوع درمان پاسخ مناسب نمی‌دهند. از همین رو ممکن است ضروری باشد که روش‌های خاص دیگری نیز به آن بیفزاییم تا وضع مطلوبی در رابطه بین والدین و کودکان آنها به وجود آید. دوم، پی.ام. تی. مستلزم توقعاتی از والدین است (مانند مسلط شدن به نوشتارهای آموزشی که اصول یادگیری اجتماعی را آموزش می‌دهند، مشاهده منظم و مداوم رفتارهای غیرعادی کودک، ایجاد تغییرات ویژه در خانواده، شرکت در جلسات هفتگی، و پاسخ به تلفن‌های مکرری که از سوی درمانگر می‌شود)، که برای برخی از خانواده‌ها، این‌گونه توقعات تعهدات سنگینی محسوب می‌شود و برای آنها قابل تحمل نیست. سوم، برای تعدادی از کودکان، برنامه پی.ام. تی. قابل دسترس نیست. برای انجام طرح پی.ام. تی. باید حداقل یکی از والدین حضور داشته باشد تا برنامه تداوم یابد. برخی از والدین به دلیل نابهنجاری‌های خود نمی‌توانند در این برنامه شرکت کنند. تعدادی از آنها نیز از شرکت در این برنامه امتناع می‌ورزند؛ زیرا از کمک کردن به کودک خود کاملاً خسته و ناامید شده‌اند.

کوتاه سخن اینکه، پی.ام. تی. روش کاملاً امیدوارکننده‌ای برای درمان نوجوانان پرخاشگر است. در بین درمان‌های مطلوب برای کودکان و نوجوانان نابهنجار، این روش دارای یکی از قوی‌ترین پایه‌های تحقیقاتی و علمی است.

1. Ollendick

2. Cerny

این روش همچنین در مورد جنبه‌هایی از خانواده که در کودک رفتارهای غیرعادی ایجاد می‌کند، اطلاعات بسیاری به دست می‌دهد و نیز داده‌های مهمی در مورد والدین، خانواده و عواملی که بر نتیجه درمان اثر می‌گذارند، فراهم می‌آورد.

خانواده‌درمانی کارکردی^۱

پیشینه و منطق زیربنایی: روش‌های خانواده‌درمانی غالباً در مواردی به کار برده می‌شوند که کودکی در خانواده بیمار باشد. همان طور که قبلاً گفته شد، تعداد اندکی پژوهش دقیق که بتواند تأثیر این نوع درمان را بر روند بهبودی کودک بسنجد، وجود دارد. یکی از موارد استثنایی، تحقیقات آلکساندر، بارتون، پارسونز، و همکاران آنهاست که روش خانواده‌درمانی (اف.اف.تی) را برای درمان بزهکاران جوان ابداع کرده، به کار گرفته و به صورت دقیق و علمی ارزیابی کرده‌اند (آلکساندر^۲ و پارسونز^۳، ۱۹۸۲، بارتون^۴ و آلکساندر، ۱۹۸۱). پژوهش‌های اساسی در مورد اف.اف.تی. نشان داده است که در خانواده‌های بزهکاران جوان، والدین حالت دفاعی بیشتری در مورد کودکان و با همسر خود دارند و نیز در مقایسه با خانواده‌هایی که کودکان بزهکار ندارند، حمایت کمتری از یکدیگر به عمل می‌آورند (آلکساندر، ۱۹۷۳). بهبودبخشیدن به این ارتباطات و حمایت‌ها، هدف اصلی درمان است.

روش اف.اف.تی. رویکردی منسجم در زمینه درمان است که بر دو دیدگاه درباره رفتار بشر و تغییرات درمانی استوار است. دیدگاه اول، «رویکرد سیستمی»^۵ است که در آن نابهنجاری‌ها با توجه به کارکردهایی که در سیستم خانواده و افراد آن دارند، مورد بررسی قرار می‌گیرند. فرضیه اساسی این است که مشکل رفتاری آشکار کودک، تنها راهی است که کنش‌های بین فردی (مثل نزدیکی، دوری، و حمایت) اعضای خانواده را ممکن و میسر می‌سازد. فرایندهای ناسازگارانه در درون خانواده، مانع ایجاد و ارضای این کنش‌های ارتباطی متقابل می‌شود. هدف درمان این است که الگوی ارتباطات و تعامل بین فردی را به نحوی تغییر دهد که به تقویت واکنش‌های سازگارانه بیشتری منجر بشود.

1. Functional Family Therapy (FFT)

2. Alexander

4. Barton

دیدگاه دوم، «دیدگاه رفتاری عملیاتی»^۱ است. این دیدگاه بر پایه یادگیری استوار است و تأکید آن، بر محرک‌ها و پاسخ‌هایی است که قادرند تغییر ایجاد کنند. مفاهیم و روندهای رفتاری برای شناسایی رفتارهای خاص به‌منظور ایجاد تغییر و تقویت رفتارهای مناسب و سازگارانه جدید، و ارزیابی عینی و مشاهده تغییرات حاصل از عناصر، این اصل است.

روش‌های جدیدتر اف. اف. تی. دیدگاه سومی را اضافه کرده است که بر «فرایندهای شناختی» تأکید دارد (موریس، آلکساندر، و والدین، زیر چاپ). این دیدگاه جدید بر اسنادها^۲، بازخوردها، فرضیه‌ها، انتظارات، و عواطف خانواده متمرکز است. اعضای خانواده ممکن است درمان را با اسنادهایی که متمرکز بر ملامت‌کردن خود یا دیگران هستند، آغاز کنند. برای تکامل روندهای درمانی موجود، ایجاد دیدگاه‌های جدید دیگر ضرورت دارد.

ویژگی‌های درمان: روش اف. اف. تی. بر این فرضیه استوار است که هدف ناپهنجاری رفتاری کودک ایجاد نوعی کنش‌های ارتباطی در درون خانواده است. در این روش، درمانگران توجه خود را به وابستگی‌ها و تماس‌های محتمل بین اعضای خانواده در ارتباطات روزمره، که با ناپهنجاری‌هایی که از ابتدا هدف درمان بوده و نیاز به تغییر و اصلاح دارد، همراه بوده‌اند معطوف می‌کنند. زمانی که خانواده دیدگاه‌های جدید و متفاوتی درباره مشکلات پیدا کند، انگیزه ایجاد ارتباط متقابل و سازنده افزایش می‌یابد.

اهداف اصلی درمان عبارتند از مواردی همچون افزایش ارتباطات متقابل و تقویت مثبت بین اعضای خانواده به منظور برقراری ارتباطاتی روشن و مشخص شدن رفتارهای مورد انتظار اعضای خانواده از یکدیگر، تعامل‌های سازنده و شناسایی راه‌حل‌هایی برای مشکلات بین فردی. در این شیوه، اعضای خانواده کتابچه راهنمایی که مبانی رفتار (مانند تقویت و خاموش‌کردن) را به منظور آشنایی آنها با مفاهیم مورد استفاده در درمان توصیف می‌کند، مورد مطالعه قرار می‌دهند. در جریان درمان، اعضای خانواده رفتارهایی را که از دیگران انتظار دارند، مشخص می‌سازند. پاسخ‌های آنها در نظام تقویت جاری در خانواده ادغام می‌شوند تا رفتارهای بهنجار، در مقابل امتیازاتی ایجاد شوند. ولی تمرکز اصلی بر جلسات درمانی است که در آنها، الگوی ارتباطی اعضای خانواده مستقیماً تغییر داده می‌شود. در جریان جلسات، درمانگر به‌منظور تقویت آنگونه ارتباطاتی که راه‌حل‌هایی برای مسائل خانواده ارائه می‌کند یا اطلاعاتی برای روشن کردن مسائل به‌دست می‌دهد، تقویت اجتماعی مانند تمجید کلامی و غیر کلامی عرضه می‌کند.

1. operational behavioral perspective

2. attribution

شواهد مربوط به نتایج: تنها چند تحقیق در مورد اف. اف. تی. گزارش شده است. ولی این پژوهش‌ها غالباً دارای طرح آزمایشی علمی و معتبری هستند که نتایج کاملاً روشنی به دست می‌دهند. اولین مطالعه شامل دختران و پسران بزهکاری بود که به دلیل رفتارهای غیرقانونی مانند فرار از خانه یا مدرسه، دزدی، و اصلاح‌ناپذیری به دادگاه نوجوانان ارجاع شده بودند. در این پژوهش، تعدادی تحت درمان اف. اف. تی. قرار گرفتند. در مورد یک گروه شبه‌درمانی هم، بحث گروهی و بیان کردن احساسات به اجرا درآمد، و یک گروه گواه غیردرمانی نیز در نظر گرفته شد. ارزشیابی پس از ۸ جلسه درمان نشان داد که روش خانواده‌درمانی اف. اف. تی. موجب ایجاد گفتگوی بیشتری بین اعضای خانواده شد. اعضای خانواده در صحبت کردن عادلانه‌تر رفتار کردند و اینکه، مدت گفتگوهای بالبداهه افزایش یافت. تغییرات مطلوب رفتاری در این گروه، در مقایسه با گروه شبه‌درمانی و گروه گواه غیردرمانی، بسیار بیشتر بود.

در پیگیری این برنامه، آلکساندر و پارسونز (۱۹۷۳) روش اف. اف. تی. را با گروه‌های تحت درمان با روش مراجع‌محوری، روش خانواده‌درمانی مبتنی بر روان‌بویایی، و گروه گواه بدون درمان، مقایسه کردند. نتایج به دست آمده نشان داد که در گروه اف. اف. تی. در ارتباطات درون خانوادگی نسبت به قبل از مراجعه به دادگاه نوجوانان، پیشرفت محسوسی به وجود آمده بود. داده‌های به دست آمده پس از ۲/۵ سال پیگیری، نشانگر این موضوع بود که از تعداد مراجعات آنهایی که تحت درمان اف. اف. تی. قرار داشتند، بسیار کاسته شده بود (آلکساندر، پارسونز، کلاین^۱، ۱۹۷۷). بنابراین برآیند نهایی این مطالعه تغییرات عمده‌ای بود که نه تنها در رفتار کودکان بزهکار بلکه در خواهران و برادران آنها نیز به وقوع پیوسته بود.

ارزشیابی کلی: باتوجه به تحقیقات مربوط به نتایج درمان، روش اف. اف. تی. امیدواری زیادی ایجاد می‌کند. البته تکرار مجدد این پژوهش‌ها امری ضروری است. گرچه تعداد پژوهش‌های انجام شده محدود است، ولی می‌توان نظرات مهمی بر اساس نتایج به دست آمده ارائه داد. اول آنکه، مؤثر بودن درمان، ارتباط نزدیکی با روابط بین خانوادگی (مانند رابطه گرم، و هم‌سویی بین عواطف و رفتار) و مهارت درمانگر در سازمان‌دهی به درمان دارد (آلکساندر، بارتون، شیائو^۲، پارسونز، ۱۹۷۶). دوم، کاسته شدن مراجعه به دادگاه پس از بررسی پیشرفت کیفیت مبادلات اعضای خانواده با یکدیگر بعد از درمان، مؤثر بودن این گونه درمان را بارزتر می‌سازد. این یافته به‌الگویی که درمان از آن گرفته شده است، اعتبار بیشتری می‌بخشد. بالاخره، این تحقیق نشان

داد که روش گروه‌درمانی، مراجع محوری، و روش مبتنی بر روان‌پویایی، تأثیرات مثبت روش اف. اف. تی. را نداشتند. بنابراین، به نظر می‌رسد که صرفاً خانواده‌درمانی، به خودی خود برای تغییر رفتار غیرعادی کافی نیست.

آموزش مهارت‌های شناختی مسئله‌گشایی

پیشینه و منطق زیربنا: آموزش مهارت‌های شناختی مسئله‌گشایی (پی.اس.اس.تی.^۱) بر فرایندهای شناختی در کودک (مانند ادراک، خودگویدها^۲، اسنادها، انتظارات و مهارت‌های مسئله‌گشایی) تمرکز دارد که به نظر می‌رسد زیربنای رفتارهای نابهنجار باشند. فرضیه اساسی پی.اس.اس.تی. این است که کودکان نابهنجار به برخی نارسایی‌های شناختی یا عدم مهارت در به‌کاربردن مهارت‌های شناختی برای حل مشکلات دچارند. سبک برخورد شناختی تکانه‌ای^۳، نارسایی در نگرستن از دیدگاه‌های دیگران، و عدم اسناد صحیح درباره‌ی نیت دیگران، از جمله بعضی از فرایندهایی هستند که سبب رفتارهای بیرونی کودک می‌شوند (داج^۴، ۱۹۸۵؛ الیس^۵، ۱۹۸۲؛ کندال^۶ و برانسون^۷، ۱۹۸۲).

اسپیواک^۸ و شور^۹، رابطه بین فرایندهای شناختی و رفتارهای سازگاران را در پژوهش‌های دقیق و برنامه‌ریزی شده خود روشن کرده‌اند (۱۹۸۲؛ شور و اسپیواک، ۱۹۷۸، ۱۹۸۲؛ اسپیواک، پلات، و شور، ۱۹۷۶). این پژوهشگران، فرایندهای مختلف شناختی یا مهارت‌های شناختی بین فردی را که زیربنای رفتار اجتماعی هستند، شناسایی کرده‌اند (نگاه کنید به جدول ۳-۴). چند تحقیق انجام شده به وسیله اسپیواک و شور نشان دهنده آن است که توان عمل بر اساس مراحل مسئله‌گشایی، که توسط آزمون رتبه‌بندی آموزگاران از رفتار پرخاشگرانه و گوشه‌گیرانه سنجیده می‌شود، با سازگاری رفتاری رابطه دارد. گرایش‌های زیر در کودکان نابهنجار دیده می‌شود: الف) ارائه تعداد محدودتری راه‌حل برای حل مشکلات بین فردی، ب) تمرکز بیشتر بر نتیجه یا هدف به جای گام‌های تدریجی رسیدن به آنها، ج) محدودیت در مشاهده عواقب رفتارهای خود، د) عدم موفقیت در شناخت علل رفتار دیگران، ه) حساسیت کمتر به تعارضات بین فردی (اسپیواک و همکاران، ۱۹۷۶).

1. cognitive problem solving skills training (PSST)
2. self statement
3. impulsive cognition
4. Dodge
5. Ellis
6. Kendall
7. Braswell
8. Spivack
9. Shure

ویژگی‌های درمان: اسپيواک و شور برنامه‌ای را برای آموزش مهارت‌های شناختی حل مشکلات بین فردی تهیه کردند و آن را طی چندین سال با گروه‌های متفاوتی از کودکان و بزرگسالان مورد ارزشیابی قرار دادند (برای مثال، اسپيواک و همکاران، ۱۹۷۶؛ اسپيواک و شور، ۱۹۸۲). از سایر پژوهش‌ها نیز برنامه‌هایی دیگر برای آموزش مهارت‌های مسئله‌گشایی به دست آمده است (برای مثال، کندال و برانسول، ۱۹۸۵؛ کمپ و بش^۱، ۱۹۸۵). اما این شیوه‌های مختلف، مشترکات زیادی دارند.

نخست آنکه در این روش، به نحوه‌ای که کودک به مشکل خود می‌پردازد، توجه می‌شود. اگرچه آشکارا اهمیت این نکته روشن است که کودک در نهایت بتواند در زندگی روزمره خود، شیوه‌های مناسبی (جامعه‌پسندی) برای رفتار خویش بیابد، تأکید عمده بر فرایندها و نه بر نتیجه یا اعمال و رفتارهای حاصل است. دوم آنکه در درمان تلاش بر این است که کودک بیاموزد به صورت گام به گام، به حل مسئله اقدام کند. این کار معمولاً از طریق واداشتن کودک به بیان جمله‌هایی (رهنمودهایی) به خود وی صورت می‌گیرد تا او را به جنبه‌هایی از مشکل یا تکلیف که به راه حلی سودمند می‌انجامند، هدایت کند. سوم آنکه در درمان از تکلیف‌های ساختارمندی شامل بازی، فعالیت‌های تحصیلی، و داستان استفاده می‌شود. با پیشروی درمان، مهارت‌های شناختی حل مسئله به‌طور فزاینده‌ای درباره موقعیت‌های زندگی واقعی به کار برده می‌شوند. چهارم آنکه، معمولاً درمانگر نقش فعالی در درمان دارد. او با ابراز عبارتهایی شفاهی، فرایندهای شناختی مورد نظر را در عمل نشان می‌دهد؛ سلسله عبارتها را در مورد مشکلی خاص به کار می‌بندد، به کودک سرنخ‌آهایی برای به کارگیری مهارت‌های مزبور می‌دهد؛ و در پی استفاده درست کودک از این مهارتها، به او بازخورد (پسخوراند) و پاداش می‌دهد. و سرانجام آنکه معمولاً در این درمان، شیوه‌های مختلفی مانند سرمشق‌دهی و تمرین، ایفای نقش (نقش‌گزاری)، و تقویت و پاداش و تنبیه ملایم (از دست دادن امتیازها یا ژتون‌ها) به کار برده می‌شود.

برداشت کلی از پژوهش‌های مربوط به نتایج درمانی: تعدادی از پژوهشگران، سلسله‌ای از برنامه‌های تحقیقاتی را اجرا کرده‌اند که درجه مفیدبودن روش پی.اس.اس.تی. را نشان می‌دهد (نگاه کنید به کورال و برانسول، ۱۹۸۵؛ اسپيواک و شور، ۱۹۸۲). تحقیقات، درجه مفیدبودن

روش‌های مختلف را روشن می‌کند، ولی در اکثر پژوهش‌ها، تأثیر آموزش بر فرایندهای شناختی و فعالیت‌هایی که در آزمایشگاه انجام می‌شود و نه بر رفتارهای نابهنجار کودکان، مورد بررسی قرار گرفته‌اند (نگاه کنید به گِرشام^۱، ۱۹۸۵؛ کزدین، ۱۹۸۵).

جدول ۳ - ۴: مهارت‌های شناختی لازم در حل مشکلات بین‌فردی

- ۱- اندیشیدن درباره راه‌حل‌های جایگزین و متنوع^۲ - استعداد ارائه نظریات (راه‌حل‌های) مختلف که قادرند مسائل بین‌فردی را گره‌گشایی کنند.
- ۲- تفکر از نوع وسیله - هدف^۳ - آگاهی از گام‌های تدریجی برای رسیدن به هدفی مشخص.
- ۳- عاقبت‌اندیشی^۴ - استعداد تعیین عواقب انجام راهی برای حل مشکل یا حتی انتخاب روشی خاص.
- ۴- تفکر علی^۵ - استعداد ارتباط دادن یک واقعه به واقعه‌ای دیگر طی زمان، و درک این مطلب که چگونه یک واقعه، محرک رفتار افراد دیگر خواهد شد.
- ۵- حساسیت به مسائل بین‌فردی^۶ - استعداد درک مشکلی که وجود دارد و شناسایی جنبه‌های بین‌فردی و عواقب حاصل از آن.

گرفته شده از اسپواک و همکاران (۱۹۷۶).

اسپواک و همکاران (۱۹۷۶) با استفاده از کودکان گروه‌های سنی مختلف نشان دادند که یادگرفتن مهارت‌های حل مشکلات بین‌فردی نه تنها به‌سازگاری کودکان در کلاس کمک می‌کند، بلکه بر محبوبیت و دوست‌داشتنی بودن کودکان می‌افزاید. تحقیقات مربوط به رفتارهای تکانه‌ای و پرخاشگرانه نشان داد که درمان‌های شناختی می‌تواند حتی پس از یک سال پیگیری، به تغییرات رفتاری چشمگیری در خانه، مدرسه و محیط کودک منجر شود (آربات‌نات^۷ و گوردون^۸، ۱۹۸۶؛ کزدین، ازولت - داوسون^۹، فرنچ^{۱۰} و یونیس^{۱۱}، ۱۹۸۷؛ کندال و

- | | |
|------------------------|--|
| 1. Gresham | 2. alternative solution thinking |
| 3. means-ends thinking | 4. consequential thinking |
| 5. causal thinking | 6. sensitivity to interpersonal problems |
| 7. Arbuthnot | 8. Gordon |
| 9. Esveldt-Dawson | 10. French |
| 11. Unis | |

برانسول، ۱۹۸۲؛ لاکمن^۱، بارچ^۲، کاری^۳، و لامپرون^۴، ۱۹۸۴). ولی میزان تغییرات باید از آنچه از نتایج این تحقیقات برمی‌آید، بیشتر و مطلوب‌تر باشد تا بتوانیم کودکان را به سطح و درجه رفتار کودکان سالم در خانه و مدرسه برسانیم. چند پژوهش به‌طور مشروح به بررسی عواملی که به نتایج درمان کمک می‌کند، پرداخته‌اند. دلایلی به دست آمده است که نشان می‌دهد هر چه درجه پرخاشگری کودک بیشتر باشد، تأثیر درمان کمتر خواهد بود (کندال و برانسول، ۱۹۸۵) و یکی از تحقیقات نشان داد که درمان درازمدت (بیش از ۱۸ جلسه) نسبت به درمان کوتاه‌مدت، به نتایج مطلوب‌تری منجر می‌شود (لاکمن، ۱۹۸۵). ولی برای آزمایش تأثیر مدت درمان بر نتایج درمانی به تحقیقات بیشتری نیاز است. سن و رشد شناختی نیز ممکن است در نتایج درمانی مؤثر باشند، گرچه هنوز این عوامل در شرایط بالینی مورد مطالعه قرار نگرفتند (کول^۵ و کزدین، ۱۹۸۰).

ارزشیابی کلی: نتایج تحقیقات در مورد روش پی.اس.اس.تی. در این مقطع از زمان نشان داده است که این روش، درمان مؤثری برای رفتارهای نابهنجار بیرونی مانند رفتارهای تکانه‌ای، پرخاشگری و بیش‌فعالی نیست. با وجود این، نتایج به‌دست آمده از بخش‌هایی از آن، این روش را برای رفع مسائل روانی-اجتماعی کودکان، امیدوارکننده می‌نمایاند. اول آنکه، روش پی.اس.اس.تی. بر نظریه‌ها و پژوهش‌های روان‌شناسی رشد مبتنی است. نظریه و تحقیق در مورد آغاز تکامل فرایندهای رشد و رابطه این فرایندها با سازگاری، زیربنای محکمی برای ایجاد و آزمودن تکنیک‌های درمان مهیا می‌کند. همچنین نشان داده شده است که فرایندهای شناختی نابهنجار شناختی با روش‌های تربیت کودکان که در صورت نابهنجار بودن، سبب ایجاد و رشد رفتارهای ناسالم در آنها می‌شوند، ارتباط دارند (شور و اسپیواک، ۱۹۷۸).

دوم، در طرح‌ریزی برنامه درمانی لازم است تفاوت‌های رشد افراد را در نظر گرفت. فرایندهایی که در یک سن خاص، حائز اهمیت بسیارند (مثل تفکر وسیله-هدف در نوجوانان)، ممکن است در دیگر سنین (مانند اوایل دوران کودکی) زیاد مهم نباشند (اسپیواک و همکاران، ۱۹۷۶). سوم، یک ویژگی مهم و مشترک روش پی.اس.اس.تی. چه در کاربرد بالینی و چه در پژوهش این است که روش‌های مختلف آن به‌صورت دفترچه راهنمای مدون موجود است (برای مثال کمپ و بش، ۱۹۸۵؛ کندال و

1. Lochman
3. Curry
5. Cole

2. Burch
4. Lampron

برانبول، ۱۹۸۵؛ اسپیواک و همکاران، ۱۹۷۶). مشخص کردن روش‌های درمانی در دفترچه راهنما باعث افزایش تحقیق درباره سودمند بودن درمان می‌شود. البته محدودیت‌هایی در کاربرد روش پی.اس.اس.تی وجود دارد. با توجه به پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده است تصور می‌شود کودکان ناسازگار به‌طور کلی به نارسایی‌های شناختی دچار هستند. برای مرتبط کردن نارسایی‌های شناختی به یک بیماری روانی خاص، تلاش اندکی صورت گرفته است. برای مثال اسپیواک و همکاران (۱۹۷۶) مشاهده کردند که کودکان پرخاشگر و گوشه‌گیر، در نارسایی شناختی به یکدیگر شباهت دارند. پژوهش‌های این پژوهشگران در مورد معنادار، بزهکاران، و بیماران اسکیزوفرنیک نشان می‌دهد که در مقایسه با گروه‌های سالم که برحسب عوامل مختلف همگن شده بودند، در آنها نیز نارسایی شناختی دیده شده است. در مورد شناسایی ویژگی‌های روانی و رابطه آنها با عوامل شناختی زیربنایی، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است. مطالعات موجود نشان می‌دهد که انواع مختلف پی.اس.اس.تی قادر است تغییرات نسبتاً مداومی در الگوی شناختی، فرایندهای فکری، ادراک، جنبه‌هایی از هوش و پیشرفت تحصیلی ایجاد کند. کوشش‌های بیشتری برای نشان دادن نارسایی‌های شناختی در خانه، مدرسه و محیط زندگی افراد لازم است تا کفایت این روش درمانی کاملاً روشن شود. با این حال تاکنون پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در ایجاد روش‌های متنوعی از الگوی پی.اس.اس.تی برای بررسی نارسایی‌های روانی کودکان صورت گرفته است.

اشاردهای کلی

برنامه آموزش اولیا، درمان فعال خانواده و آموختن مهارت‌های مسئله‌گشایی، نمونه‌هایی از روش‌های درمان اجتماعی - روانی برای کودکان و بزرگسالان هستند. البته پرسش‌های بدون پاسخ بسیاری در زمینه محاسن و محدودیت‌های این نوع درمان‌ها وجود دارد، ولی روشن کردن این پرسش‌ها هدف آنها را مشخص‌تر می‌سازد. هر برنامه پژوهشی، ماهیت مشکلی را که روش درمانی برای رفع آن به کار گرفته شده است، ارزیابی می‌کند و فرایند نتایج درمان را معلوم می‌سازد. این برنامه‌ها به روشن کردن این مطلب کمک می‌کند که تدوین هر نوع درمان مؤثر، به تحقیقات درباره فرایندی که زیرساز مشکل بالینی است، و همچنین به روشن شدن نتایج بدست آمده از درمان بستگی دارد.

کوتاه سخن آنکه باید به تکنیک‌های درمانی خاصی که مورد شناسایی قرار گرفته‌اند، توجه کرد. معمولاً بخش عمده‌ای از فعالیت‌های بالینی به ایجاد ارتباط، ایجاد بینش، بازی درمانی،

خانواده‌درمانی اختصاص داده می‌شود (گولد^۱ و همکاران، ۱۹۸۰؛ کوچر و پدولا، ۱۹۷۷؛ توما و پرت^۲، ۱۹۸۲). ولی در اینجا برای روشن کردن برنامه فعلی، از این روش‌های معمولی استفاده نشد. برنامه‌های تحصیلی‌ای که بتوانند ارزیابی درمان‌های متداول مورد استفاده در کلینیک‌ها را میسر سازند بسیار نادرند؛ به ویژه تکنیک‌هایی که معمولاً در کلینیک‌های روانی به کار برده می‌شوند (مانند روان‌درمانی بینشی^۳، روان‌درمانی ارتباطی^۴، و درمان مراجع محوری کودکان)، هنوز مورد تحقیق کافی قرار نگرفته‌اند (کیسی و برمن، ۱۹۸۵؛ وایز و همکاران، ۱۹۸۷). برنامه‌های تحقیقاتی‌ای که در این فصل مطرح شد، می‌تواند در مورد ارزیابی انواع دیگر درمان‌ها نیز مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بحث ما در این فصل عمدتاً شامل بازنگری محدود و منتخب نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی بود. تمرکز ما بر تحقیقات انفرادی^۵ و برنامه‌های پژوهشی، بیش از ارزیابی بازنگری‌های روایتی و متاآنالیز نشانگر توجه به روش‌های تحلیل اجزای^۶ است. روش تحلیل اجزایی فواید بیشتری در ارزیابی پیشرفت عینی درمان‌های کودکان و نوجوانان دربردارد. نخست اینکه پژوهش‌های انفرادی، الگویی برای نوع تحقیقات لازم فراهم می‌سازد. دو پژوهش نمونه، شامل طرح‌های مشخص عملی، مانند سرند کردن دقیق مددجویان مبتلا به نابهنجاری‌های روانی خاص با استفاده از روش چند پیامدی، و نیز بهره‌وری از نمونه‌های آماری نسبتاً بزرگ، ارائه شدند. این مطالعات، قدمی فراتر از مقایسه صرف درمان‌های مختلف بودند و در آنها، عوامل مربوط به کودک (مانند سن، جنس، و نوع نابهنجاری)، درمانگر (مقدار تجربه) و دیگر عوامل درمانی (از قبیل نوع نمونه همسالان که برای گروه‌های درمانی در نظر گرفته شده بود و بر مداخله‌درمانی تأثیر می‌گذارند)، مورد توجه قرار گرفتند. ضرورت عمده در سطح پژوهش‌های انفرادی، شناسایی مشکلات روش‌شناسی است. در یک بازنگری فراگیر، به آسانی می‌توان به دلیل مشکلات روان‌شناختی، از برخی تحقیقات انفرادی چشم‌پوشی کرد. باید توجه کرد که در این مطالعات موانع خاص پژوهشی مانند حفظ حیثیت علمی و اخلاقی درمان یا در دسترس داشتن تعداد کافی مددجو برای پیگیری نتایج درمان، چگونه پدیدار می‌شوند.

1. Gould

3. relationship based therapy

5. individual studies

2. Pratt

4. insight-oriented therapy

6. molecular analysis

برنامه‌های پژوهشی نکات دیگری را نیز روشن می‌کنند که حتی در بازنگری‌های خیلی‌گسترده نوشته‌های مربوط به درمان هم به آنها توجه نمی‌شود. برنامه‌های تحقیقاتی نه تنها نشان‌دهنده پیشرفت در یک روش درمانی هستند، بلکه مفاهیم اساسی را روشن می‌کنند و راه پژوهش‌های پیشرفته را می‌گشایند و عواملی را که با درمان مرتبط هستند، روشن می‌سازند. مطالعاتی که بر اساس بازنگری بر نوشته‌های مربوط به نتایج روان‌درمانی صورت می‌گیرند، ممکن است تصویر کامل و دقیقی از روش‌های ارزیابی به‌دست ندهند. به‌منظور اجرای برنامه‌های درازمدت برای شناسایی درمان‌های مؤثر، انجام مطالعات مختلف ضروری است.

گرچه در فصل‌های قبلی این کتاب انتقادهای شدیدی به‌وضع روان‌درمانی کودک شده، اما در واقع راهبردهای بسیار امیدوارکننده‌ای برای پژوهش به‌دست آمده است. با رویکرد جزءنگر، مطالعات انفرادی، درمان‌های ویژه و برنامه‌های تحقیقات، امیدواری زیادی برای به‌دست آوردن نتایج درمانی مثبت وجود دارد. یکی از موانع پیشرفت در این زمینه این است که مطالعات و برنامه‌ها معمولاً جداگانه انجام می‌شوند. بدین معنا که آنها حتی بخشی از یک مفهوم کلی و فراگیر نیستند که برای پیشرفت لازم است. تعداد معدودی از پژوهش‌ها، یکدیگر را از جنبه مفهومی یا روش‌شناختی تکمیل می‌کنند.

پیشرفت‌هایی که برای مطالعات انفرادی و نیز افزایش تصاعدی اطلاعات در مورد درمان کودک ضرورت دارند، در بازنگری نوشته‌های مربوط به درمان، به‌صورت واضح و روشنی جلوه نمی‌کنند. می‌توان چندین موضوع را که بر کیفیت تحقیقات مربوط به نتایج روان‌درمانی کودکان تأثیر دارند، شناسایی و تعیین کرد. موضوع‌های محتوایی و روش‌شناختی که منعکس‌کننده متغیرهایی برای مطالعه و روش ارزیابی آنها هستند، در فصل بعد مورد بحث قرار می‌گیرند.

فصل پنجم

موضوع‌های روش‌شناسی و اساسی در پژوهش در زمینه درمان کودک

مطرح کردن مطالعات شایسته‌ای که در زمینه بازدهی درمان‌های انفرادی و برنامه‌های تحقیقی انجام شده، مفید است، زیرا نوع درمانی را که باید ترویج داده شود مشخص می‌سازد. پژوهش‌های برجسته‌ای که به طرح پرسش‌های اساسی در مورد معناداری [عوامل] می‌پردازند، اغلب پیشرفت‌های روش‌شناسی را نیز مطرح می‌کنند. با وجود این، هنوز پژوهش‌های مربوط به نتایج درمان‌های کودکان بسیار ضعیف هستند و این مطلب نه تنها از تعداد اندک آنها بلکه از عدم توجه به موضوع‌های مهم نیز سرچشمه می‌گیرد.

موضوع‌های متعددی را می‌توان مطرح کرد که دارای کاربردهای اساسی و روش‌شناسی هستند. برای مثال در مطالعه مربوط به اثربخشی درمان، موضوع‌هایی همچون نحوه‌گزینش بیماران، بررسی متغیرهای تعدیل‌کننده، و زیرساخت نظری درمان، نه تنها بر کیفیت روش‌شناختی آزمایش، بلکه بر پرسش‌هایی که در مورد درمان مطرح می‌شوند اثر می‌گذارند. موضوع‌هایی که در این بخش به آنها می‌پردازیم، چنانچه در پژوهش‌های مربوط به روان‌درمانی کودکان به کار برده شوند، به پیشرفت‌های بسیاری در دستیابی به وضعیت مطلوب منجر می‌گردند. منظور از وضعیت این است که مشخص شود چه درمانی برای چه نوع مشکلاتی و تحت چه شرایطی مؤثر است.

مسائل مربوط به مراجع

شناسایی نابهنجاری بالینی

تفسیر پژوهش‌های اخیری که درباره درمان صورت گرفته به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات اساسی درباره کودکان و خانواده‌هایشان مبهم است. در بسیاری از مطالعات درمانی،

به صورت غیررسمی از کودکان تحت عناوینی همچون دچار اختلال عاطفی، تکانشی، منزوی، یا دچار مشکلات سلوک یاد می‌شود. گرچه این اصطلاحات نشانگر آن هستند که کودک از نوعی آسیب در رنج است، شدت، مدت و گستره نابهنجاری کودک را به ندرت مورد بحث قرار می‌دهند. استفاده از این اصطلاحات موجب به وجود آمدن مشکلات دیگری در پژوهش می‌شود. نخست اینکه این اصطلاحات آنقدر کلی هستند که گروه‌های ناهمگنی از کودکان را در بر می‌گیرند. مثلاً به طور معمول، کودکانی برای پژوهش انتخاب می‌شوند که به دلیل داشتن مشکلات کلاسی از سوی معلم ارجاع شده‌اند. در حالی که ممکن است برخی از آنها مشکلاتی مثل غیبت، بعضی مشکلات خواندن، و عده‌ای هم مشکل نافرمانی داشته باشند. در این گونه موارد ممکن است پژوهشگران به عمد و برای اینکه به آزمودنی‌هایی به تعداد کافی برای تکمیل مطالعه‌شان دست یابند، از ملاک‌هایی کلی انتخاب استفاده کنند. بنابراین، ممکن است نامؤثر بودن درمان یا تأثیر ضعیف آن در انتهای پژوهش، به موضوعی از قبیل ناهمگنی نمونه پژوهش مرتبط باشد. احتمال دارد که درمان برای یک گروه فرعی از کودکان نمونه پژوهش مفید واقع شود، اما تغییرپذیری (تفاوت‌های فردی) در کل گروه، نسبتاً وسیع باشد.

مشکل دوم این است که استفاده از این اصطلاحات کلی برای تعریف نمونه آزمودنی، به پیدایش وضعیت‌هایی خاص در مطالعات منجر می‌شود. از آنجا که اصطلاحاتی همچون دچار اختلال عاطفی، ناسازگار، و دارای مشکلات سلوک، در کودکان استاندارد شده نیستند، ممکن است در پژوهش‌هایی که به طور مشترک از این اصطلاحات استفاده می‌کنند، انواع بسیار متفاوتی از کودکان مورد نظر قرار گیرند. بنابراین، جمع‌بندی اطلاعات حاصل از پژوهش‌های مختلف در مورد یک مشکل بالینی خاص، بسیار دشوار است.

یکی از مسائل ناشی از غیردقیق بودن نمونه‌های پژوهش، به شدت نابهنجاری برمی‌گردد. ممکن است در پژوهش‌ها، ملاک‌های عملیاتی برای تعریف شدت مشکل بالینی ارائه نشده باشد. عدم کاربرد ملاک‌های تشخیصی استاندارد و ابزاری که به صورت وسیع به کار گرفته شود، نتیجه‌گیری در مورد شدت نابهنجاری کودکان مورد مطالعه را در مقایسه با کودکان دیگر و گروه همسالان بهنجار (ارجاع نشده)، دشوار می‌سازد.

تفسیر کوشش‌های درمانی به اطلاعات دقیقی درباره والدین، خانواده و شرایط خانوادگی کودک نیاز دارد. متغیرهایی مانند خانواده تک‌والدینی، وجود آسیب روانی در والدین، جمعیت

زیاد خانواده و اختلافات خانوادگی، کاملاً به مشکلات کودک مربوط می‌شوند، زیرا با پیش‌بینی رفتار کودک در درازمدت، رابطه دارند و اندازه اثر درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند (راتر و گیلر^۱، ۱۹۸۳). این متغیرها معمولاً گزارش نمی‌شوند.

برای هر مشکل بالینی، توافق در مورد متغیرهای مربوط به والدین و خانواده که احتمالاً با مشکل کودک ارتباط دارد، بسیار دشوار است. بنابراین ممکن است به نظر پژوهشگران مجموعه‌ای از آنها غیرواقعی بنماید. با وجود این، برای فهم انواع افراد و موقعیت‌هایی که می‌توان به صورت مؤثری درمان‌ها را در مورد آنها به کار گرفت توجه فزاینده به متغیرهای مربوط به خانواده و والدین که امکان دارد بر کودک تأثیر بگذارند، اساسی است.

متغیرهای تعدیل‌کننده بالقوه

متغیرهای تعدیل‌کننده عواملی هستند که بر درمان اثر می‌گذارند و منجر به تغییرات درمانی می‌شوند. در غالب پژوهش‌های مربوط به نتایج درمانی، از ارزیابی تأثیرات این متغیرها بر درمان، غفلت شده است. غفلت از چنین تأثیراتی نشانگر آن است که تصور می‌شود بیماران، همگن هستند و به‌طور یکسان به درمان جواب می‌دهند. این باور را تصور همگنی گفته‌اند (کیسلر^۲، ۱۹۷۱). جستجوی متغیرهای تعدیل‌کننده برای توصیف مؤثر کودکان، بر این هدف مبتنی است که میزان پاسخ‌دهی آنان به درمان، قابل پیش‌بینی شود. اگر مشخص شود که متغیرها با درمان تعامل دارند، در آن صورت می‌توان روش‌های درمانی را برای کودکانی که به کار برد که برایشان مناسب‌تر است. در دامنه گسترده متغیرهای موجود (مانند شخصیت، ویژگی‌های فردی، والدین، خانواده، وضعیت اجتماعی اقتصادی، و سایر خصوصیات) می‌توان تعداد بی‌شماری از متغیرهای تعدیل‌کننده را شناسایی کرد.

شاید اولین متغیر مربوط به بیمار که احتمالاً تأثیرات درمانی را تعدیل می‌کند، نوع نابهنجاری بالینی باشد. کاملاً مشخص است که یک درمان ویژه، برای نوع خاصی از مشکلات مؤثرتر است و نمی‌توان برای تمامی انواع نابهنجاری‌های کودکان، یک درمان خاص را در نظر گرفت. تشخیص نوع نابهنجاری یا سایر ملاک‌ها، توصیفی از نوع نابهنجاری کودک به دست می‌دهد که باید در هر پژوهشی مورد توجه قرار گیرد. در این‌گونه موارد بهتر آن است که دو یا چند نوع از مشکلات بالینی را در یک طرح پژوهشی گنجانند و یک نوع درمان را برای این اختلالات

1. Giller

2. Kiesler

متفاوت به کار گرفت و بررسی کرد که آیا نحوه پاسخ‌دهی بیماران مختلف به این روش درمانی متفاوت است یا نه.

به‌منظور بررسی بیشتر، می‌توان در یک مطالعه با به‌کارگیری دو یا چند روش درمانی، دو یا چند مشکل بالینی را مورد بررسی قرار داد. مثلاً کلونین و همکاران (۱۹۸۱) که قبلاً مطالعه آنها بررسی شد، اثر درمان‌های مختلف را بر یک یا دو نوع نابهنجاری کودکان (کودکان نوروتیک یا کودکان مبتلا به اختلال سلوک) مورد بررسی قرار دادند. آنها هیچ‌گونه تعامل درمانی با انواع مختلف مشکلات مشاهده نکردند. با این حال، این پژوهش یکی از معدود پژوهش‌هایی است که در آن، آزمون دقیقی به کار رفته تا میزان تأثیر درمان‌های مختلف را بر مشکلات بالینی، روشن سازد.

با استفاده از ملاک‌های تشخیصی اثبات شده برای اختلالات کودکان، احتمالاً پژوهش‌هایی که به بررسی پیامد درمان در آینده می‌پردازند قادر خواهند بود که به‌صورت مستدل جمعیت‌های همگن را بیابند. در چنین مواردی، نوع نابهنجاری به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده بررسی نخواهد شد، زیرا تمام بیماران، ملاک نابهنجاری را دارا هستند. حتی در چنین صورتی، الگوی نشانگان می‌تواند تعدیل‌کننده مهمی باشد. زیرمجموعه هر یک از طبقات اختلالات، خصوصیات همراه با آن، و تشخیص‌های ثانوی، کاربردهای مهمی دارند. مثلاً شواهد حاکی از آن است که در میان کودکان بزهکار و مبتلا به رفتارهای ضداجتماعی، افرادی که علایم اضطراب را نشان می‌دهند، بهتر به درمان پاسخ می‌دهند (جنسنس^۱، ۱۹۷۱). چنانچه این اطلاعات بار دیگر به دست آیند، مطمئناً برای مشخص کردن تعدیل‌کننده‌های درمان بسیار با اهمیت خواهند بود.

جدا از نوع نابهنجاری بالینی، سطح رشد کودک نیز متغیر تعدیل‌کننده مهم دیگری است که در درمان باید مورد توجه قرار گیرد (آخنباخ، ۱۹۸۵). اگرچه در تعریف سطح رشد و معنای آن، توافق زیادی در سطح انتزاعی وجود دارد، کمتر پژوهشگری در مطالعات درمانی، به‌طور عملیاتی مفهوم سن تقویمی را برای آن در نظر گرفته است. سطح رشد از راه‌های گوناگون و بر مبنای مراحل روان‌شناختی مختلف (برای مثال، استدلال اخلاقی کلبرگ، مراحل پیازه) و مراحل رشد جسمانی (برای مثال تَیبر^۲) قابل آزمون است. به‌طور کلی، تلاش جهت یافتن چهارچوب نظری برای مراحل و ترکیب آنها در کوشش‌های درمانی، دشوار است.

در اینجا، کار اصلی فقط ارزیابی مراحل خاص و تأثیر این مراحل بر نتایج درمان نیست، بلکه هدف اساسی پیش‌بینی و آزمون ارتباط مراحل مختلف و چگونگی تأثیر این مراحل بر نتایج یک کارکرد بالینی یا تکنیک درمانی ویژه است. این کار را می‌توان با کاربرد مداخلات شناختی آغاز کرد، زیرا سطح رشد شناختی (برای مثال استدلال اخلاقی قبل از درمان) می‌تواند به‌طور قابل ملاحظه‌ای بر میزان پاسخ‌دهی به درمان، اثر بگذارد.

اگرچه سن تقویمی یا شناسنامه‌ای جانشین مناسبی برای مراحل رشدی مشتق از یک نظریه نیست، اما نشانگر متغیری بالقوه تعدیل‌کننده و با اهمیت است. این موضوع که مشکلات رفتاری کودکان تا حد زیادی تابع سن آنهاست، قبلاً مورد بحث قرار گرفته است (آخنباخ و ادلبروک، ۱۹۸۳؛ مک‌فارلین و همکاران، ۱۹۵۴). مطالعاتی که به بررسی نحوه پاسخ‌دهی به درمان به‌عنوان تابعی از سن کودک پرداخته باشند، نادرند. برای مثال میلر، پارت، همپ، و نوبل^۱ (۱۹۷۲) دوشیوه درمانی مختلف (حساسیت‌زدایی منظم در مقابل روان‌درمانی) را برای درمان ترس مرضی به کار بردند. با کاربرد روش رفتاردرمانی، کودکان کم‌سن‌تر (۶ تا ۱۰ ساله) بیشتر از کودکان بزرگتر (۱۱ سال به بالا) بهبودی نشان دادند. در واقع، سن با نتایج درمان، بیشتر از روش درمان ارتباط داشت (به این معنا که، تغییرپذیری آن را بهتر تعیین می‌کرد).

انتخاب کودکان و نوجوانان در سنین مختلف و ارزیابی تعامل سن و درمان، از مسائل مهم در پژوهش‌های مربوط به درمان کودک است. درباره اینکه تلاش‌های مربوط به درمان و پیشگیری در کودکان کم‌سن‌تر به دلیل تأثیرپذیری آنها از دیگران، به‌ویژه از بزرگسالان مؤثرتر است، فرض‌های زیادی ارائه شده است. حتی چنین فرض‌هایی اساسی هم، جدا از منابع نظری مربوط به اختلالات بالینی خاص، هنوز به‌خوبی مورد آزمون قرار نگرفته‌اند.

جنسیت کودک نیز متغیر دیگری است که به‌عنوان یک تعدیل‌کننده تأثیرات درمان در نظر گرفته می‌شود. تصور بر آن است که دختران و پسران به علت ابتلا به ناپه‌نجاری‌هایی متفاوت، برای درمان ارجاع می‌شوند. پسران بیشتر اختلالات برون‌ریزی شده را نشان می‌دهند، در حالی که دختران عمدتاً (البته نه همیشه) به اختلالات درون‌ریزی مبتلا می‌شوند (گولد و همکاران، ۱۹۸۰؛ گراهام، ۱۹۷۷). در حال حاضر، مشخص شده است که تفاوت‌های مربوط به جنسیت، در بروز ناپه‌نجاری بالینی در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی نقش معناداری ایفا می‌کند. حال که بسیاری از این تفاوت‌ها محرز شده‌اند، مهم است که آنها را به نتایج درمان ارتباط

دهیم. در نظر گرفتن متغیر جنسیت به‌عنوان متغیری تعدیل‌کننده برای شناسایی تعامل بیمار و درمان، کار شایسته‌ای است. برای مثال، بر اساس یافته‌های روان‌شناسی رشد، دختران و پسران به تکنیک‌های درمانی گوناگون، استراتژی‌های درمان، وظایف و تکالیف و مشخصات درمانگر، به‌صورت‌های متفاوتی پاسخ می‌دهند. زیرا آنها بنا به جنسیتی که به آن تعلق دارند از همان اوایل کودکی در معرض تجارب متفاوتی قرار می‌گیرند. در اینجا نیز نظریه‌های مربوط به رشد کودک، نکات خوبی برای تولید فرضیه‌هایی درباره عوامل تعدیل‌کننده درمان فراهم می‌آورند.

تا به امروز، تفاوت‌های مربوط به جنسیت در پژوهش‌های مربوط به نتایج درمان کمتر مورد مطالعه واقع شده‌اند. یکی از دلایل آن، تعداد بیشتر آزمودنی‌های مذکر در بسیاری از مطالعات است. همچنین در بسیاری از مطالعات که بر نمونه‌هایی کوچک صورت گرفته، تقسیم آنها به‌منظور بررسی تعامل جنسیت و درمان، غالباً آزمونی نسبتاً ضعیف (و غیرحساس) به‌دست داده است. در برخی موارد هم که تجزیه و تحلیل داده‌ها کامل شده، نتایج جالبی به دست آمده است. برای مثال، کلونین و همکاران (۱۹۸۱) دریافتند که دختران بهتر از پسران به انواع درمان پاسخ می‌دهند. جالب‌تر آنکه، رفتارهای نوروبیولوژیک پسران آسانتر از دختران تغییر می‌کند، در حالی که رفتارهای ضداجتماعی دختران آسان‌تر از پسران درمان می‌شود.

فرا‌تر از متغیرهای مربوط به خود کودک، به‌نظر می‌رسد که خصوصیات والدین و خانواده نیز اثر تعدیل‌کننده‌ای در درمان داشته باشد. برای مثال، آموزش نحوه اداره کودک به والدین، در همه خانواده‌ها نتایج یکسانی به‌ارمغان نیاورده است. در خانواده‌هایی که در سطوح اجتماعی اقتصادی پایین قرار دارند و دستخوش مشاجرات زناشویی، آسیب روانی، و سیستم حمایت اجتماعی ضعیف هستند، تغییرات کمتری صورت گرفته و امکان محدودتری برای اتکا به دستاوردهای درمانی وجود داشته است (کزدین، ۱۹۸۵). این اطلاعات برای ارائه توصیه‌های درمانی در خصوص موارد بالینی حیاتی است. شناسایی اهمیت چنین عواملی به‌عنوان تعدیل‌کننده‌های تغییرات حاصل از درمان، منجر به در نظر گرفتن نابهنجاری والدین در این برنامه‌ها می‌شود (دادز و همکاران، ۱۹۸۲؛ گریست و همکاران، ۱۹۸۲).

مطالب عنوان شده نمی‌تواند دامنه متغیرهای مربوط به بیمار را که بر درمان اثر می‌گذارد مشخص کند. نکته اساسی این است که بدون بررسی دقیق، متغیرهای ویژه‌ای همچون تشخیص بالینی، سن و جنسیت، به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده، به مطالعه تحمیل نشود.

مطمئن‌أ حوزه درمان از چنین داده‌های منظمی درباره متغیرهای اساسی سود خواهد برد، ولی هدف اولیه، بحث درباره در نظر گرفتن متغیرهای تعدیل‌کننده و همچنین آزمودن فرضیه‌های خاص در مورد خصوصیات بیماران یا مشکلات بالینی آنهاست که امکان دارد بر پیامد درمان اثر داشته باشند. برای مثال، در درمان رفتار ضداجتماعی، شروع زودرس ناپهنجاری و طیف وسیع علائم، ویژگی‌هایی در بیمار هستند که معمولاً به روند بالینی ضعیفی می‌انجامند (کزدین، ۱۹۸۷). حذف کودکان و نوجوانان از مطالعه به دلیل چنین عواملی، نشانگر خصوصیت بیماران و تأثیر متقابل آن با تعاملات درمانی است. به‌طور کلی، ویژگی‌های خاص مشکل بالینی، سطح رشد کودک و درمان‌هایی که ارزیابی می‌شوند ممکن است باعث مطرح شدن فرضیه‌های بسیار دقیقی شوند.

موضوع‌های مربوط به درمان

معرف بودن^۱ درمان

اطمینان از صحت و درستی نحوه ارائه درمان، موضوعی اساسی در طراحی مطالعاتی است که درباره نتایج درمان انجام می‌شود. موضوع دیگری که باید قبل از درمان مشخص شود، اطمینان از این امر است که درمان موردنظر به همان صورت طراحی شده به اجرا درمی‌آید. همچنین باید ثابت کرد که درمان موردنظر، غیراستاندارد نیست و با درمان‌های دیگر ارتباط دارد. ضرورت دارد که این مسئله قبل از شروع درمان، به‌ویژه زمانی که نتایج حاصل از چندین روش درمانی با یکدیگر مقایسه می‌شوند، روشن شود (دیلرتو^۲، ۱۹۷۱؛ پل، ۱۹۶۶؛ اسلون^۳، استیپلز^۴، کریستول^۵، یورکستون^۶، وویپل^۷، ۱۹۷۵). در غیر این صورت نتایج چنین مطالعاتی اغلب به دلیل آنکه درمان‌های مورد استفاده، معرف درمان‌های معمول نیستند، توسط منتقدان، کم‌اعتبار تلقی می‌شوند (برای مثال، بوی^۸، ۱۹۷۱؛ الیس، ۱۹۷۱؛ هایمبرگ^۹ و بکر^{۱۰}، ۱۹۸۴؛ راکمن و ویلسون، ۱۹۸۰؛ روباک^{۱۱}، ۱۹۷۱).

1. representativeness

2. Diloreto

3. Sloane

4. Staples

5. Cristol

6. Yorkston

7. Whipple

8. Boy

9. Heimberg

10. Becker

11. Roback

البته برای این موضوع که چرا درمان‌هایی که در پژوهش‌ها مورد ارزیابی قرار می‌گیرند معرف درمان اصلی نیستند، دلایل بسیاری وجود دارد (پارلاف، ۱۹۸۴). شاید موضوع اصلی، عدم توافق کلی یا فقدان روش استاندارد باشد که بتوان از مطالعات قبلی یا کار بالینی استخراج کرد. بنابراین، پژوهشگران غالباً نیازمند دستورالعمل و کتابچه‌های راهنمایی هستند که روش‌های درمانی را به خوبی توصیف کرده باشند. علاوه بر آن، در کار بالینی، درمانگر موظف است در پاسخ به تغییرات بیمار یا نبود تغییرات، ابعاد مهم درمان (تعداد جلسات، تمرکز بر محتوا) را تغییر دهد. برخی از تغییرات در پژوهش، به‌طور عمدی برای کمک به درمان استاندارد یا برای ارزیابی درمان با استفاده از خود درمان و بدون کاربرد ابزار اضافی یا سایر مداخلاتی که درمانگر باید آنها را معرفی کند، صورت می‌گیرد.

قبل از پژوهش، باید آن ویژگی‌هایی از درمان را که با شیوه استاندارد برای اجرای پژوهش آزمایشی مغایرت دارند، مشخص کرد. نکته مهم‌تر اینکه باید از قبل اطمینان حاصل کرد که درمان اعمال شده، به تغییری منطقی یا نزدیک به شیوه موردنظر، منجر می‌شود. در حال حاضر، راه‌های استاندارد برای ارزیابی این موضوع که آیا روش درمانی به‌درستی معرف درمان بوده است، وجود ندارد. یک راه حل، تهیه کتابچه‌های راهنمای درمان و قراردادن آنها در اختیار دست‌اندرکاران و متخصصان این درمان‌ها و تکنیک‌های خاص، است (اشریست^۱، وست^۲، فیلیپز^۳، ردنر^۴، و بیتون^۵، ۱۹۷۹). افراد خبره باید بررسی کنند که آیا این روش‌های ویژه، معرف درمان هستند و آیا میزان، مدت و تعداد جلسات درمان منطقی بوده است؟ اطلاعاتی که به این شیوه گردآوری می‌شوند، باید به منظور ارائه درمان بهتر، در کتابچه‌های راهنما به منظور تجدیدنظر به کار گرفته شوند، و اطمینان حاصل شود که مطالعه تدارک دیده شده، به‌صورت منطقی، درمان را مورد آزمون قرار می‌دهد.

یکپارچگی و اختصاصی بودن درمان

مبانی نظری درمان: برای تعیین اینکه آیا باید درمان جدید یا درمان کنونی مورد پژوهش قرار گیرد، بررسی دقیق چند مسئله ضروری است. «مبانی نظری درمان» که در مسائل بالینی

1. Sechrest
3. Phillips
5. Yeaton

2. West
4. Redner

خاص به کار گرفته می‌شوند، اساسی هستند. باید عوامل مربوط به اختلال کودک یا فرایندهای زیربنایی مؤثر در اختلال وی (مانند عوامل درون‌روانی، خانوادگی یا اجتماعی) را در درمان شناسایی کرد. مبانی نظری به اجزا یا روش‌های درمانی خاصی اشاره دارد که احتمال دارد رفتار و فرایندهای اعمال شده، از طریق آنها تغییر کند. برای مثال، در خانواده‌درمانی‌های مختلف، نقش رفتارهای مختلف، نقش والدین و کودکان در ارتباط با یکدیگر، و الگوهای خاص ارتباطی، علت رفتارهای مشکل‌آفرین تلقی می‌شوند (و در نتیجه کودک به‌عنوان بیمار شناخته می‌شود). ساختارها و کارکردهای خانواده به‌عنوان اساس درمان تلقی می‌شوند. نکته اساسی این است که آیا این درمان خاص، طی زمان (در مقایسه با گروه‌های گواه درمان نشده یا در لیست انتظار)، تغییرات بیشتری را ایجاد می‌کند. در شروع پژوهش مهم است که آن دسته از فرایندهای خانواده که تصور می‌شود با مشکلات ارتباط دارند، سنجیده شود و تغییراتی که باگذشت زمان در آنها صورت می‌پذیرد، مشخص گردد.

تعیین برنامه: تشخیص اینکه شیوه درمانی چیست و اینکه آیا درمان مورد نظر طبق برنامه به کار گرفته شده یا نه، از اهمیت زیادی برخوردار است. در صورت امکان، درمان‌ها را باید در یک کتابچه راهنما ارائه کرد. این کتابچه شامل مواردی است که درمانگر را در شیوه عمل، تکنیک، موضوع‌ها، محتوا، کوشش‌های درمانی، و فعالیت‌هایی که برای دستیابی به اهداف درمانی خاص لازم است، راهنمایی کند (لوبورسکی^۱ و دیروبیس^۲، ۱۹۸۴). مسلماً توصیف برخی از درمان‌ها (مثل حساسیت‌زدایی منظم) در این کتابچه‌های راهنما آسان‌تر از برخی دیگر از روش‌های روان‌درمانی (برای مثال روان‌درمانی‌هایی با رویکرد روان‌پویشی) است. هم‌اکنون برای مسائل دوران کودکی، چندین کتابچه راهنما جهت انتخاب روش‌های درمانی (مثلاً کتابچه راهنمایی نحوه اداره کودک توسط والدین، آموزش مهارت مسئله‌گشایی، آموزش مهارت‌های اجتماعی)، در دسترس است (کمپ و بش، ۱۹۸۵؛ کندال، برانسون^۱، ۱۹۸۵؛ مایکلسون، سوگای^۳، وود و کزدین، ۱۹۸۳؛ آلدنیک و کرنی، ۱۹۸۱). برای شاخه‌های کلاسیک روان‌درمان کودکان (مثلاً روان‌درمانی روان‌پویشی، رویکرد درمان‌جومداری، و خانواده‌درمانی) کتابچه‌های راهنما، به آسانی قابل دسترسی نیستند. این مایه تأسف است، زیرا این قبیل درمان‌ها در کارهای بالینی

1. Luborsky

2. DeRubeis

3. Sugai

بسیار فراوان به کار گرفته می‌شوند (گولد و همکاران، ۱۹۸۰؛ کوچر و پدولا، ۱۹۷۷؛ توما و پرت، ۱۹۸۲) اما پژوهش‌های کنترل شده کمی در مورد نتایج آنها وجود دارد (کیسی و برمن، ۱۹۸۵؛ وایز و همکاران، ۱۹۸۷).

کلیت و یکپارچگی درمان: اختصاصی بودن درمان به خودی خود اهمیت ندارد، بلکه در خدمت اهداف وسیع‌تری است. پیش شرط اصلی پژوهش درباره نتایج روان‌درمانی، اطمینان از یکپارچگی درمان است. به این معنا که روش درمانی به همان‌گونه که مورد نظر بوده، به مورد اجرا گذاشته شده است (کوئی، ۱۹۷۷؛ بیتون و اشپرست، ۱۹۸۱). درمان‌ها به صورت‌های مختلف، از آنچه قصد اجرای آنها بوده است، منحرف می‌شوند. شاید مشخص‌ترین مواردی که در آن یکپارچگی درمان نادیده گرفته می‌شود، زمانی است که هیچ‌یک از جلسات، همان‌گونه که مورد نظر بوده، با حضور درمانجو برگزار نشود (اشپرست، وایت، و براون، ۱۹۷۹).

یکی از مخاطرات پژوهش‌های مربوط به نتایج درمان، عدم یکپارچگی درمان است. تفسیر نتایج درمان هنگامی مجاز است که درمان‌ها به روشنی آزموده و طبق برنامه اجرا شده باشند. فرضاً در نظر بگیرید که در پژوهشی نشان داده شد که دوروش درمانی به یک اندازه مفید بوده‌اند. احتمال دارد که هر دو روش به همان شیوه که منظور بوده، اجرا شده و واقعاً از نظر سودمندی برابر باشند. اما نبود تفاوت بین آنها نیز ممکن است به دلیل عدم اجرای صحیح یکی از آنها یا هر دو روش درمان باشد. تخطی و دستکاری زیاد در نحوه انجام درمان‌های فردی در افرادی که برای درمان در نظر گرفته شده‌اند و عدم اجرای صحیح درمان ممکن است باعث شود که بین دو یا چند روش درمانی، تفاوتی نشان داده نشود. حتی زمانی که تفاوت بین درمان‌ها مشخص می‌شود، باید احتمال اینکه این تفاوت‌ها ناشی از انحراف و تخطی از یکپارچگی و نحوه اجرای درمان باشد، بررسی و رد شود. امکان دارد که درمان‌های پیچیده و جدید بیشتر مورد تخطی قرار گیرند و به دلیل عدم اجرای صحیح روش، نتیجه گرفته شود که درمان نامؤثر بوده یا تأثیر اندکی داشته است. بنابراین در هر نوع پژوهش مربوط به ارزیابی نتایج درمان، یکپارچگی درمان باید مدنظر قرار گیرد.

برای نشان دادن یکپارچگی درمان، گام‌های متعددی باید برداشته شود. برای شروع، بهتر است تا آنجا که امکان دارد، ابتدا مواردی مانند ملاک‌های معین، روش‌ها، وظایف و خصوصیات درمانگر و بیماران، که همگی درمان معینی را شکل می‌دهند مشخص شوند. در مرحله دوم،

درمانگر باید برای اجرای تکنیک، آموزش ببیند. دوره آموزشی معمولاً از طریق تعداد افرادی که درمانگر آنها را ویزیت کرده یا تعداد ساعت‌هایی که از این تکنیک‌ها استفاده کرده، و نه مدرک تحصیلی‌ای که وی برای دوره آموزشی دریافت کرده است، مشخص می‌شود (کز دین، کراتوچویل، و وندن‌باس^۱، ۱۹۸۶). به هر حال، تجارب آموزشی، یکی از اجزای اصلی به کارگیری صحیح درمان است. در سومین مرحله، هنگامی که درمان شروع می‌شود، نظارت مستمر بر درمان بسیار ارزشمند است. تهیه نوارهای صوتی و تصویری از جلسات و بررسی نحوه استفاده از تکنیک‌ها، میزان انحراف درمانگر را از اصول درمان کاهش می‌دهد.

این مسئله را که آیا درمان همان‌گونه که باید، اجرا شده است، فقط پس از اتمام جلسات درمانی می‌توان ارزیابی کرد. این ارزیابی نیازمند سنجش نحوه اجرای درمان است. به این منظور می‌توان از نوارهای صوتی - تصویری که از برخی جلسات درمانی تهیه شده، استفاده کرد. برای چنین هدفی، می‌توان با استفاده از کدهایی برای درمانگر و بیمار یا روش‌های خاص دیگر در جلسات، خصوصیات مهم درمان را عملیاتی کرد. این کار در امر تصمیم‌گیری در مورد این مطلب که آیا درمان همان‌گونه که باید اجرا شده است، به ما کمک می‌کند (دوروبیز، هالون^۲، ایوانز^۳، و بمیس^۴، ۱۹۸۲).

یکپارچگی درمان تابع قانون همه یا هیچ نیست. برای همین بسیار مناسب است که مشخص شود که انحراف از اصول درمان تا چه حدی در محدوده قابل قبول قرار می‌گیرد. در مورد برخی از متغیرها، دفاع از برخی تصمیم‌گیری‌ها مشکل است، اما عینی کردن آنها باعث تسهیل تفسیر نتایج می‌شود. مثلاً اگر برای خصوصیات ساده درمان (برای مثال تعداد جلسات)، درمان در ۲۰ جلسه انفرادی طراحی شود، پژوهشگر زمانی اعلام می‌دارد که درمان به صورتی مناسب اجرا شده که درمانجو در ۱۵ جلسه (۷۵ درصد جلسات) یا بیشتر، شرکت کرده باشد. ولی برای بعضی متغیرها، به ویژه مسائلی که در داخل جلسه اتفاق می‌افتد و بین درمان‌های مختلف در مورد آنها تفاوت وجود دارد، مشخص کردن ملاکی با دامنه‌ای قابل قبول بسیار دشوار است. در بعضی موارد وجود فرایندهای انتخابی (مثلاً کنار گذاشتن باورهای غیر منطقی، اصلاح خودپنداره) ممکن است کافی باشد. در حالی که در موارد دیگر، لازم است سطح ویژه‌ای از فرایندهای مختلف (مثل اضطراب یا برانگیختگی) ایجاد شود تا مشخص گردد که درمان کافی بوده است.

1. VandenBos

2. Hollon

3. Evans

4. Bemis

موضوع‌های مربوط به درمانگر

آموزش

درمانگر به‌عنوان یک عامل در طرح تحقیق: معمولاً درمان را یک درمانگر. یک آموزش‌دهنده، مشاور یا چند میانجی برگزار می‌کنند. در همه این موارد، اصطلاح «درمانگر» به کار گرفته می‌شود. اگرچه جنبه‌های مختلفی در مورد اثر درمانگر را می‌توان مورد بررسی قرار داد، با وجود این مسائل روش‌شناختی چندی را باید در نظر گرفت. باید از این موضوع مطمئن شد که نتایج درمانی متفاوت، ناشی از تفاوت در توانایی درمانگران و خصوصیات دیگر آنان نیست، مگر اینکه بررسی این تفاوت، یکی از اهداف مطالعات باشد. مسائل روش‌شناختی مختلفی وجود دارد که به‌نوع مطالعه درمانی بستگی دارد. چنانچه درمانی ارزیابی می‌شود (مانند گروه تحت درمان در مقایسه با گروه بدون درمان یا گروه گواه لیست انتظار)، موضوع مهم این است که درمان‌ها را بیش از یک درمانگر ارائه کند. اگر فقط یک درمانگر درمان‌ها را ارائه داده باشد، ممکن است اثر هرگونه مداخله، ناشی از اثر خاص درمانگر باشد؛ یعنی درمان فقط با وجود این درمانگر خاص مؤثر یا نامؤثر بوده باشد (شاید به‌دلیل خصوصیات خاص درمانگر). این میزان تعامل درمانگر و درمان را با این چنین طرح پژوهشی نمی‌توان مشخص کرد. چنانچه دو درمانگر یا بیشتر درمان‌ها را ارائه کنند، اثر درمانگر و تأثیر او بر درمان را می‌توان به‌عنوان بخشی از نتایج مورد ارزیابی قرار داد.

در مطالعه دو یا چند درمان، مسائل دیگری مطرح می‌شود. در مورد بسیاری از مسائل عملی و همچنین درمان‌های ویژه‌ای که مطالعه شده است، باید تصمیم‌گیری شود که آیا درمانگر به‌عنوان یک عامل درمانی، ثابت یا متغیر است. هنگامی که درمانگران متغیر باشند، اداره هر گروه درمانی در پژوهش، به‌عهده یک درمانگر گذاشته می‌شود. در این‌گونه موارد، در تجزیه و تحلیل داده‌ها، درمانگر به‌عنوان یک عامل منظور می‌شود. چنین تحلیلی، امکان ارزیابی اثر درمانگر را به‌تنهایی، به‌عنوان عامل اصلی و در ترکیب با درمان - یعنی اثر تعاملی - امکان‌پذیر می‌سازد. چنانچه درمانگران در گروه‌های درمانی، ثابت باشند، از همه آنان خواسته می‌شود که فقط یک درمان را به‌عهده بگیرند و بدین ترتیب هر درمانگر یک روش درمانی، و نه درمان‌های مختلف را ارائه می‌دهد. در اینجا اثر درمانگر را به‌عنوان یک عامل نمی‌توان از اثر درمان جدا کرد و هرگونه تفاوت در درمان را می‌توان به‌عنوان اختلاف درمانگرانی که درمان‌ها را ارائه کرده‌اند، تفسیر کرد. از آنجایی که درمانگران جذب روش‌های درمانی مختلف شده‌اند، نمی‌توان به‌خوبی به‌فرضیه‌های مربوط به تأثیرات درمانگر پرداخت. ولی باید به‌این مسئله توجه شود که

متغیرهای مربوط به درمانگر، به این نتایج منجر شده‌اند. به این منظور، برای درمانگرانی که درمان را به اجرا در می‌آورند، ویژگی‌هایی همچون سن، جنس و تجارب حرفه‌ای، یکسان در نظر گرفته می‌شود. از آنجا که تعداد درمانگران در هر مطالعه اندک است (مثلاً دو یا سه درمانگر برای هر برنامه درمانی)، هم‌تاسازی درمانگران در سایر خصوصیات و ویژگی‌ها دشوار است. کم‌بودن تعداد درمانگران، مانع ارزیابی آماری معنادار بودن اثر آنها در نتایج درمان می‌شود.

از نقطه نظر طرح تجربی، استفاده از درمانگران ثابت در درمان بهتر است. زیرا تغییرات بیمار که در نتیجه نقش درمانگر (تغییر پذیری درمانگر) باشد، از تغییرات ناشی از کاربرد تکنیک‌های درمانی (تغییر پذیری درمان) به سهولت قابل تفکیک است. با وجود این در مواردی، و بنا به دلایلی، استفاده از درمانگران متفاوت ضرورت دارد. مزیت آشکار استفاده از درمانگران متفاوت در این است که می‌توان درمانگرانی را که از نظر سابقه، مهارت، تعهد و علاقه به آن تکنیک سرآمد هستند، به استفاده از همان تکنیک خاص گماشت. استفاده از این روش که هر درمانگری همه تکنیک‌ها را به اجرا در آورد، مشکل دیگری را هم ایجاد می‌کند؛ از جمله اینکه درمانگران از نظر میزان مهارت، سابقه و تجربه در یک تکنیک خاص با یکدیگر متفاوت هستند. زیرا هر تکنیک خاص، به آموزش و تجربه قابل ملاحظه‌ای نیاز دارد. علاوه بر آن، بسیار غیرمنطقی است که سعی کنیم افراد مبتدی را طوری تعلیم دهیم که بر همه تکنیک‌ها مسلط شوند. از سوی دیگر، امکان‌پذیر نیست که چنین آموزشی را اعمال کنیم، زیرا درمانگران حرفه‌ای برخلاف درمانگران مبتدی، وقت اندکی دارند و کمتر تمایل دارند که برای طرح‌های تحقیقاتی، چندین نوع درمان را بیاموزند.

حتی زمانی که درمانگران بر اساس دانش، مهارت و تجربه در یک تکنیک خاص انتخاب می‌شوند، باید به مسائل دیگری که مربوط به یکپارچگی درمان است، توجه شود. آموزش درمانگران باید به صورت ویژه‌ای مورد ارزیابی قرار گیرد و برای این منظور که از اصول درمانی و راهنما تخطی نکنند، بر کار آنها نظارت شود. همچنین، باید چند جلسه درمانی انتخاب شود و برای حفظ یکپارچگی درمان مورد ارزیابی قرار گیرد.

ویژگی‌های درمانگر

به نظر منطقی می‌رسد که در بین درمانگران در نحوه اجرای درمان و اینکه این تفاوت‌ها بر تغییرات درمانی تأثیر می‌گذارند، تفاوت‌هایی وجود داشته باشد. تا به حال خصوصیات

درمانگران فقط در زمینه درمان بزرگسالان ارزیابی شده، است (بیوتلر، کراگو^۱ و آریزمندی، ۱۹۸۶). در حالی که این ارزیابی به‌طور کاملاً محسوس، در درمان کودکان کمتر صورت گرفته است. اطلاعات موجود نشان می‌دهد که خصوصیات درمانگران نقش مهمی در فرایند درمان دارد. البته پژوهش در مورد آن دسته از خصوصیات درمانگر که بر فرایند درمان تأثیر می‌گذارد و در مطالعات قبلی نشان داده شده‌اند، مناسبی ندارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خصوصیات همچون باز بودن، جرأت داشتن، و همچنین هدایتگر بودن در روش خاصی مثل گروه‌درمانی، تأثیر داشته‌اند (کلوین و همکاران، ۱۹۸۱).

در اینجا ملاحظات روش‌شناختی‌ای را که در زمینه بررسی خصوصیات درمانگران مطرح است، بررسی می‌کنیم. اول آنکه، خصوصیات بسیار مختلفی را می‌توان مورد مطالعه قرار داد که خود می‌تواند منشأ مشکلات زیادی شود. از جمله آنها، خصوصیات شخصی و جمعیت‌شناختی مثل سن، تجربه، و رویکرد درمانی است. علاوه بر این، خصوصیات را که در جریان درمان آشکار می‌شود (مانند صمیمی بودن، خودافشایی) نیز می‌توان ارزیابی کرد. انتخاب این خصوصیات برای مطالعه، روی نظریه‌های درمان، مشکلات بالینی، و کودکان و نوجوانانی که درمان در مورد آنها به کار گرفته شده است، مبتنی بوده‌اند. برای انتخاب آن دسته از خصوصیات درمانگران که پیش‌بینی می‌شود با نتایج درمان رابطه دارند، اصول نظری چندانی در دست نیست.

دوم، بررسی خصوصیات و ویژگی‌های درمانگران، نیازمند درمانگرانی به تعداد کافی است که با توجه به سطوح و درجات ویژگی مورد نظر مورد ارزیابی قرار گیرند. مثلاً تاکنون ارزیابی اثر صمیمی بودن درمانگر (صمیمیت زیاد در مقابل صمیمیت کم) با استفاده از دو درمانگر، به خوبی بررسی نشده است. زیرا به چندین درمانگر نیاز است و این عده باید از نظر ویژگی مورد نظر به دقت انتخاب شوند.

سوم، جنبه خاصی از ویژگی‌های درمانگر شایان ذکر است. در درمان کودکان در حالت معمول، بسیاری از روش‌ها را نمی‌توان به صورت مستقیم مورد استفاده قرار داد. افراد شبه‌متخصص نیز اغلب به کار درمان می‌پردازند. این عده می‌توانند والدین، معلمان یا همسالانی باشند که در خارج از جلسات درمان با کودک کار می‌کنند، در حالی که ویژگی‌های درمانگر در داخل جلسات ارزیابی می‌شوند. خصوصیات اشخاصی (مانند والدین) را که به عنوان تعدیل‌کننده‌های نتایج، درمان را عرضه می‌کنند نمی‌توان به عنوان خصوصیات درمانگر تلقی کرد. چنین خصوصیات در ایجاد و ابقای مشکل بالینی نقش مهمی دارند. مثلاً هنگامی که

مادران در طبقه اجتماعی اقتصادی پایین قرار دارند یا از تماس‌های اجتماعی به دور هستند، آموزش والدین کمتر مفید است (دوماس و والر، ۱۹۸۳). این خصوصیات که تأثیرات درمان را تعدیل می‌کنند یا بر یکپارچگی درمان اثر می‌گذارند، به‌عنوان متغیرهای مرتبط با بیمار (خصوصیات خانواده) تلقی می‌شوند.

موضوع‌های مربوط به ارزیابی

انتخاب ملاک‌های ارزیابی نتایج درمان

در نوشته‌های پژوهشی مربوط به درمان بزرگسالان، درباره ارزیابی پیامدها و نتایج درمانی، بحث‌های وسیع و گسترده‌ای شده است. در مورد این موضوع که ارزیابی نتایج باید چندمتغیری و از دیدگاه‌های مختلف باشد (مانند بیمار، اشخاص مهم، کارکنان بهداشت روانی)، توافق نسبی وجود دارد؛ ضمن آنکه ارزیابی باید ابعاد مختلف مربوط به بیماران (مثل حافظه، شناخت، و رفتار) را شامل شود و در آن از روش‌های مختلف ارزیابی (مانند گزارش شخصی و مشاهده مستقیم) استفاده شود (کزدین و ویلسون، ۱۹۷۸؛ لامبرت و همکاران، ۱۹۸۳؛ استراپ^۱ و هادلی^۲، ۱۹۷۷). ارزیابی باید این موارد را شامل شود: ارزیابی عملکرد و سازگاری در موقعیت‌های مختلف (مانند خانه، مدرسه، جامعه) و ارزیابی از دیدگاه‌های مختلف (مانند والدین، معلمان، کودک، همسالان). با توجه به مشکلات بالینی خاص، ممکن است موضوع‌ها و زمینه‌های دیگری نیز برای ارزیابی تعیین شود. مثلاً اثر اجتماعی درمان ممکن است در موقعیت‌های خاص اهمیت بیشتری داشته باشد (مانند شرکت دادن کودک مبتلا به کناره‌جویی اجتماعی در فعالیت‌های مدرسه، یا ارتباط با پلیس برای کودکان ضداجتماعی). موضوع‌های خاصی نیز در زمینه ارزیابی کودک وجود دارد. در مورد بزرگسالان، گزارش خود آنان، در تعیین مشکل بالینی و ارزیابی درمان نقش مهمی دارد. در مورد کودکان، گزارش‌های والدین و معلمان، معمولاً ارزیابی اولیه‌ای از نتایج درمان است. اگرچه کودکان می‌توانند علایم خود را گزارش کنند، معمولاً آنها میزان اختلال را کمتر از حدی که هست برآورد می‌کنند (کزدین، ازولت - داوسون، یونیز و رانکورلو^۳، ۱۹۸۳، ارواشل^۴، پوئیخ - آنتیک^۵، چیمبرز، تبریزی^۶، و جانسون، ۱۹۸۲). تحقیقات نشان داده‌اند که بین گزارش کودکان از مشکل خود و

1. Strupp

3. Rancurello

5. Puig-Antich

2. Hadley

4. Orvaschel

6. Tabrizi

گزارش اشخاص مهم زندگی آنها، تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. مثلاً همبستگی بین گزارش والدین و کودکان از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، بسیار پایین است (آخنباخ، مک‌کانگی^۱، و هاوول^۲، ۱۹۸۷). بدین ترتیب، این داده‌های حاصل از منابع مختلف می‌تواند تغییر درمانی حاصل را به میزان‌های متفاوتی منعکس سازد. شواهد موجود نشان می‌دهند که کودکان بهتر از والدین خود، حالت‌هایی درونی همچون اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند، ولی مشکلات رفتاری آشکار مثل بدخلقی و دزدی را کمتر به‌عنوان مشکل قلمداد می‌کنند (ادلبروک، کاستلو^۳، دالکان^۴، کانور^۵، و کالاس^۶، ۱۹۸۶). با توجه به ناهمگونی ملاک‌ها و اختلاف بین والدین و کودکان در بیان علایم، این احتمال نیز وجود دارد که اندازه‌گیری نتایج درمان با مراجعه به این دو منبع، به نتایج کاملاً متفاوتی بینجامد.

کاهش علایم و افزایش کارکرد اجتماعی مطلوب

درخواست و جستجوی درمان معمولاً در پی وجود علایم مختلف رفتارهای ناسازگارانه، آشفته و مختل، صورت می‌گیرد. روشن است که اثر درمان، بعد از شروع درمان و با کاهش علایم اختلال پس از تکمیل آن، ارزیابی می‌شود. اغلب برای اینکه مشخص شود که آیا درمان بر سایر حوزه‌ها نیز تأثیر گذاشته است، از این حوزه‌ها نیز ارزیابی به عمل می‌آید. کاهش علایم چه خارج از حوزه درمان و چه در ارزیابی مواردی که قبل از درمان مشخص شده‌اند، جزئی اساسی در نتایج درمان است.

علاوه بر کاهش علایم، ارزیابی کارکردهای اجتماعی مطلوب و تجارب مثبت کودک نیز اهمیت دارد. منظور از کارکردهای اجتماعی مطلوب، وجود تجارب و رفتارهای سازگارانه مثبت مانند شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، تعاملات اجتماعی و دوست‌یابی است. در مورد کودکان و نوجوانان، به دلیل اهمیت گروه همسالان و تجارب اجتماعی مطلوب در خارج از خانه و زندگی کودک، سازگاری به‌شدت به مهارت‌ها و رفتارهای سازگارانه مثبت متکی است.

تردیدی نیست که کاهش علایم، کارکردهای شخص را بهبود می‌بخشد. با وجود این، همپوشی علایم و کارکردهای اجتماعی مطلوب، زیاد نیست. چندین پژوهش قبلی نشان داده است که خلق افسرده در کودکان با تجارب عاطفی مثبت مانند خوشی و لذت، همبستگی منفی

1. McConaughy

2. Howell

3. Costello

4. Dulcan

6. Kalas

دارد (کز دین، ۱۹۸۷ ب). همبستگی بین این دو اندازه، چه از طریق مراجعه به کودکان و چه با مراجعه به آرای والدین، منفی بوده است (به ترتیب همبستگی -0.38 و -0.53). وجود میزان کم واریانس مشترک بین دو اندازه نشان می‌دهد که حضور علائم افسردگی در حکم فقدان تجارب مثبت، و برعکس نیست.

رابطه بین علائم و رفتارهای اجتماعی مطلوب در کودکان بستری مبتلا به اختلالات روانی (۱۲ تا ۱۶ ساله) طی اقامت کوتاه مدت در بیمارستان، بررسی شده است (کز دین، زیر چاپ، الف). والدین قبل و بعد از بستری شدن فرزند خود با استفاده از سیاهه رفتار (آخنباخ و ادلبروک، ۱۹۸۳)، وضعیت وی را ارزیابی می‌کردند. این اندازه شامل نمره کل علائم و نمره‌های رفتارهای اجتماعی (توانایی اجتماعی) این کودکان بودند. در ارزیابی قبل از بستری، همبستگی بین نمره‌های کل علائم و نمره‌های رفتارهای اجتماعی مطلوب، -0.36 بود ($n=185$, $p<0.002$). همبستگی منفی نشان‌دهنده رابطه منفی معکوس بین علائم و رفتارهای اجتماعی مطلوب است که در طی دوره درمان، در همبستگی بین کل علائم و رفتارهای اجتماعی مطلوب، $r = -0.15$ ($n=185$, $p<0.05$) ایجاد شد. این میزان همبستگی اندک نشان می‌دهد که کاهش علائم، معادل افزایش رفتارهای اجتماعی مطلوب نیست.

یافته‌های بالا بیانگر آن است که کاهش علائم و عملکرد اجتماعی مثبت، معادل یکدیگر نیستند. کارکرد اجتماعی مثبت می‌تواند به‌طور مستقل، شاخص مهمی در ارزیابی درمان باشد. این احتمال نیز وجود دارد که درمان‌هایی که در کاهش علائم به یک اندازه مؤثرند، از نظر ایجاد و ارتقای رفتارهای مطلوب متفاوت باشند. علاوه بر این، ممکن است برای کودکانی که علائم آنها به یک میزان کاهش یافته، پیش‌آگهی درمان متفاوت باشد که این، به رفتارهای اجتماعی مطلوب در مرحله ارزیابی نتایج بستگی دارد. بنا به این دلایل، ارزیابی رفتارهای اجتماعی مطلوب باید یکی از اجزای ارزیابی نتایج درمانی باشد.

برای ارزیابی کارکردهای اجتماعی مطلوب در کودکان و نوجوانان، برخلاف ارزیابی علائم مختلف، آزمون دقیقی وجود ندارد. بعضی از آزمون‌هایی که به‌طور وسیعی به کار گرفته می‌شوند و در درجه اول بر علائم تمرکز می‌کنند، دارای مقیاس‌هایی برای ارزیابی کارکردهای اجتماعی مطلوب هستند. از جمله، «سیاهه رفتار کودک» که قبلاً ذکر شد و دارای مقیاس‌هایی است که دامنه گسترده‌ای از علائم را می‌سنجند (مثلاً اضطراب، انزوای اجتماعی، افسردگی، پرخاشگری، بیش‌فعالی). علاوه بر این، مقیاس توانایی‌های اجتماعی، میزان شرکت کودک را در فعالیت‌های اجتماعی، تعاملات اجتماعی و پیشرفت در مدرسه مورد سنجش قرار می‌دهد.

آزمون‌های دیگری نیز وجود دارند که منحصراً رفتار اجتماعی را ارزیابی می‌کنند. مثلاً «آزمون ارزیابی مهارت‌های اجتماعی کودکان ماتسون»^۱، که مهارت‌های اجتماعی مثبت (مانند مهارت‌های گفتگو، دوست‌یابی) و منفی (مانند انزوای اجتماعی، ابراز خصومت) را ارزیابی می‌کند (ماتسون، روتاتوری^۲ و هلسل^۳، ۱۹۸۳). سایر ابزارهای سنجش رفتار اجتماعی مطلوب را می‌توان از مطالعات مربوط به روابط همسالان و طرد و پذیرش کودکان در مدرسه به دست آورد (به پارکر^۴ و اشیر^۵، زیر چاپ، نگاه کنید). چنین مقیاس‌هایی، از جمله درجه‌بندی گروه‌سنجی، کمتر به‌عنوان وسیله سنجش نتایج درمانی به کار رفته‌اند.

سایر انواع مقیاس‌ها

تأکید بر مقیاس‌های مربوط به نتایج، مانع توجه به سایر انواع مقیاس‌هایی می‌شود که در زمینه استفاده از روش‌های درمانی و ارزش آنها، اطلاعاتی فراهم می‌سازد. یکی از انواع این مقیاس‌ها، فرایندهای درون جلسات درمانی را ارزیابی می‌کند. ارزش چنین مقیاس‌هایی آن است که ابعاد مختلف فرایندهایی را که به تغییرات درمانی منجر می‌شوند، در اختیار می‌گذارد و یک آزمون نسبی از مدلی که زیربنای درمان است، به عمل می‌آورد. به این ترتیب، وقتی که معتقدیم فرایندهایی وجود دارند که واسطه تغییرات درمانی هستند، نشان دادن این تغییرات در خلال درمان بسیار ارزشمند است (اسپیواک و همکاران، ۱۹۷۶).

نوع دیگری از مقیاس‌ها که لازم است در مطالعه نتایج درمان گنجانده شود، ارزیابی واکنش درمانجو به درمان نام دارد. در این مقیاس‌ها به ابعاد مرتبط با میزان سازگاری یا اختلال درمانجو پرداخته نمی‌شود، ولی بین درمان‌های مختلف تفاوت قایل می‌شوند (کزدین و ویلسون، ۱۹۷۸ الف). مثلاً میزان اصطکاک و فرسایش، عوارض جانبی ناخوشایند، پایبندی به یک رژیم تجویز شده، میزان حضور و رضایت از جلسات، و قابلیت دستیابی به درمان، از عواملی هستند که در درمان‌های مختلف حتی اگر نتایج آنها یکسان باشد متفاوت هستند. درمان انتخابی باید با توجه به یک یا چند مورد از این معیارها تعیین شود. در واقع این متغیرها چنان اهمیتی دارند که می‌توانند به لحاظ خصوصیات خود، باعث شوند که یک درمان که کارایی آن کمتر از دیگری است، همچنان ارجح شمرده شود زیرا مضرات آن از روش درمانی دیگر کمتر است. مثلاً درمانی

1. Matson Evaluation of Social Skills

3. Helsel

2. Rotatori

4. Parker

که بیمار آن را قابل پذیرش‌تر و همکاری در آن را راحت می‌یابد، مناسب‌تر از درمانی است که بسیار مؤثرتر ولی فاقد دو خصوصیت یاد شده باشد.

سرانجام اینکه مقیاس‌های مربوط به اجرای درمان نیز باید در مطالعات مربوط به اجرای درمان گنجانیده شود. چنین مقیاس‌هایی به مواردی از قبیل: هزینه درمان، مقتضیات و ضروریات آموزش درمانگر، سهولت به کارگیری درمان مذکور توسط شبه متخصصان، مقاومت درمان در برابر تخطی از یکپارچگی آن، و سایر موارد مشابه می‌پردازند. ممکن است درمان‌هایی که نتیجه مشابهی دارند، در این موارد با یکدیگر متفاوت باشند. به‌طور کلی، بر اساس مقیاس‌های مربوط به اجرا، بهبودی که بر اساس یک روش به دست می‌آید از اهمیت خاصی برخوردار است. با وجود این، تمرکز انحصاری بر نتایج، باعث غفلت از سایر مقیاس‌های مهمی می‌شود که از نظر والدین، معلمان، کودکان، و متخصصان، در انواع مختلف درمان، با اهمیت تلقی می‌شوند.

زمان‌بندی ارزیابی پیگیری

ارزیابی‌ای که بلافاصله پس از درمان انجام می‌گیرد، ارزیابی پس از درمان^۱ نامیده می‌شود و چنانچه هفته‌ها و حتی سال‌ها پس از درمان انجام یابد، ارزیابی پیگیری^۲ نامیده می‌شود. پیگیری، موضوع‌های مهمی را در زمینه مطالعه نتایج روان‌درمانی مطرح می‌سازد، از جمله اینکه آیا اهداف درمانی به دست آمده، برجامانده و آیا با وجود تفاوت فردی بین بیماران، می‌توان گفت نتایج یکسان بوده است؟

نتیجه‌گیری در مورد کارایی درمان یا تأثیر نسبی درمان‌ها متفاوت است و به این بستگی دارد که ارزیابی، در چه زمانی صورت گرفته باشد. مثلاً در پژوهش کلونین و همکاران (۱۹۸۱) برای کودکانی که مشکلات سازگاری داشتند، دو نوع مداخله گروه‌درمانی و اصلاح رفتار به کار گرفته شد. نتایج نشان داد که بسته به زمان انجام ارزیابی، تأثیرات درمانی مختلفی به دست می‌آید. بدین صورت که بلافاصله پس از درمان، بهبودی اندکی در زمینه درمان، رفتارهای ضداجتماعی و نمره‌های کلی علایم به دست آمد. در حالی که در زمان پیگیری که تقریباً ۱۸ ماه پس از درمان صورت گرفت، بهبودی چشمگیری در تمامی موارد بالا نشان داده شد. نویسندگان، مسئله اثر نامرئی را مطرح کردند که منظور از آن بهبودی‌هایی است که بلافاصله پس از درمان آشکار نمی‌شوند، بلکه در طول زمان خود را نشان می‌دهند یا افزایش می‌یابند.

چندین مطالعه دیگر که بر نمونه‌هایی از کودکان و بزرگسالان انجام شده، اهمیت زمان ارزیابی نتایج درمان را مطرح کرده‌اند (کریگهد^۱، استانکارد^۲ و اوبراین^۳، ۱۹۸۱ و دیفنباخر^۴ و شلتون^۵، ۱۹۷۸؛ هاینیکه^۶ و رمزی-کلی، ۱۹۸۶؛ جکوبسون^۷، ۱۹۸۴؛ کینگزلی^۸ و ویلسون، ۱۹۷۷؛ پترسون، لویین^۹ و برگر، ۱۹۷۷؛ رایت^{۱۰}، موئلیس^{۱۱} و پولاک^{۱۲}، ۱۹۷۶). از این مطالعات چندین نتیجه‌گیری به عمل می‌آید، به این صورت که مفید بودن یک برنامه درمانی می‌تواند در مقایسه با شرایط کنترل یا درمان دیگر بسته به زمان ارزیابی، یعنی زمان پس از درمان و دوره پیگیری، متفاوت باشد. بنابراین، ممکن است درمانی که بلافاصله پس از ارائه آن مؤثرتر یا مؤثرترین درمان شناسایی شود، در ارزیابی پیگیری دارای چنین تأثیری نباشد.

در همه پژوهش‌ها، چنین الگویی از تفاوت نتایج ارزیابی‌های پس از درمان و پیگیری گروه‌های درمان و کنترل یا درمان‌های دیگر، گزارش نمی‌شود. در واقع، مروری بر مطالعات درمانی نشان می‌دهد که به‌عنوان یک قاعده، الگویی که بلافاصله پس از درمان دیده می‌شود، معمولاً در دوره پیگیری نیز همچنان باقی خواهد بود (نیکولسون^{۱۳} و برمن، ۱۹۸۳). در هر حال، کاملاً مشخص است که نتیجه‌گیری در مورد یک درمان خاص (بجز چند مورد استثنایی) تا حد زیادی متأثر از زمان انجام ارزیابی‌هاست. به‌ویژه، زمانی پیچیدگی رابطه بین زمان ارزیابی و نتایج درمانی، آشکار می‌شود که بتوان تغییرات درمانی را از طریق چندین روش ارزیابی متفاوت (مثل گزارش شخصی، گزارش والدین، و ارزیابی جسمانی-روانی) و با استفاده از ابزارهایی که ساختار متفاوتی دارند (مانند نشانه‌های خاص، سازگاری) و همچنین در زمان‌های مختلف مورد سنجش قرار داد (راکمن و هاجسون^{۱۴}، ۱۹۷۴).

وابستگی احتمالی نتیجه درمان به زمان ارزیابی و پیگیری، دلالت‌های مختلفی را دربر دارد. تشخیص اینکه آیا تغییرات درمانی، ماندگارند یا اینکه ناشی از گذر زمان هستند و بدون نیاز به درمان و تکنیک خاصی نیز، حاصل شده‌اند، بسیار مهم است. اگر طی دوره پیگیری، چندین بار

1. Craighead
3. O'Brien
5. Shelton
7. Jacobson
9. Levene
11. Moelis
13. Nicholson

2. Stunkard
4. Deffenbacher
6. Heinicke
8. Kingsley
10. Wright
12. Pollack
14. Hodgson

ارزیابی انجام شود، مشخص خواهد شد که آیا تغییرات ادامه داشته‌اند یا خیر، و همچنین نحوه چنین تغییرات مداومی روشن خواهد شد.

تصمیم‌گیری در مورد زمان اجرای ارزیابی پیگیری باید با توجه به چندین مسئله صورت گیرد (هارتمن^۱، روبر^۲، گلفند، ۱۹۷۷؛ رابینز، ۱۹۷۳). اول، ماهیت و نوع درمان، یکی از عوامل بسیار مهم است، زیرا بسیاری از درمان‌ها سریعاً به ایجاد تغییر می‌انجامند؛ در حالی که درمان‌های دیگری که ممکن است به همان اندازه مؤثر باشند با تأخیر صورت می‌گیرند. این یافته پژوهشی که آثار درمانی با تأخیر همراهند (هاینیکه و رمزی - کلی، ۱۹۸۶؛ کلونین و همکاران، ۱۹۸۱) و اینکه تغییرات رفتاری در زمان پیگیری، بیشتر از زمانی است که ارزیابی بلافاصله پس از درمان انجام شود (از جمله، رایت و همکاران، ۱۹۷۶)، این احتمال را برجسته می‌سازد که یک درمان خاص ممکن است در ارزیابی در زمان‌های مختلف، نتایج متفاوتی را آشکار کند.

دوم، نوع علائم و اختلال نیز بر تصمیم‌گیری در مورد زمان اجرای ارزیابی پیگیری اثر می‌گذارد. برای رفتارها و مشکلاتی که نسبتاً پایدار هستند (مثلاً رفتار نوروتیک) در مقایسه با رفتارهایی که دوره‌ای و زودگذرند (مثل علائم افسردگی)، زمان اجرای ارزیابی‌های پیگیری چندان مهم نیست. در مورد وقایعی که تکرارشان نادر است، مثل آتش‌افروزی، به دوره پیگیری طولانی‌تری نیاز است. در این‌گونه موارد، تعداد رفتارها طی زمان، اجازه بررسی وجود تفاوت‌های معنادار را بین گروه گواه و گروه تحت درمان، میسر می‌سازد. شیوه مطلوب آن است که اطلاعاتی در مورد سیر طبیعی اختلال جمع‌آوری، و از این اطلاعات به‌عنوان وسیله‌ای برای کمک به تصمیم‌گیری در مورد زمان اجرای ارزیابی پیگیری، استفاده شود. چنین اطلاعاتی نشان می‌دهد که چه‌هنگام می‌توان انتظار داشت علائم اختلال یا رفتارهای مربوط به آن، وجود داشته باشند.

سوم، سن و مرحله رشدی گروه نمونه نیز بر زمان اجرای ارزیابی تأثیر می‌گذارد. چنانچه مراحل رشدی ویژه‌ای (مثل بلوغ و نوجوانی) پس از درمان مطرح باشند، زمان اجرای ارزیابی پیگیری باید به گونه‌ای تنظیم شود که از تأثیر چنین تغییراتی به دور باشد. معمولاً میزان بهنجار تغییر در رفتارهای مختلف، دوره ارزیابی را تعیین می‌کند. اگر در دوره پیگیری، انتظار تغییرات چشمگیری را به‌عنوان نتایج از پیش تعیین شده داشته باشیم، باید فاصله زمانی کوتاه‌تری را برای پیگیری انتخاب کنیم.

سایر موضوع‌های مربوط به طرح‌ریزی

توان تعیین تفاوت‌های گروهی

یک موضوع پژوهشی مهم این است که آزمایش تا چه حد می‌تواند تفاوت گروه‌ها را نمایان سازد. این موضوع، مشخص‌کننده توان آزمون است که به گونه کمی قابل برآورد است^{۱*}. اگرچه توان آزمون، موضوعی است که در تمامی پژوهش‌ها مطرح می‌شود ولی در پژوهش‌های درمانی مسائل چندی را برمی‌انگیزد.

در مورد بسیاری از پژوهش‌ها، هدف ممکن است مقایسه گروه تحت درمان با یک گروه گواه بدون درمان یا در وضعیت لیست انتظار باشد. در چنین پژوهش‌هایی انتظار می‌رود که اثر درمانی در گروه تحت درمان، در مقایسه با گروهی که مورد درمان واقع نشده‌اند، بسیار بالا باشد. این مدل، الگویی رایج در پژوهش بر نمونه‌های بزرگسال است. گروه‌های متشکل از بزرگسالان نیز بدون درمان تغییر می‌کنند و این تغییرات بسته به کارکرد مشکل بالینی، طول زمانی که طی آن تغییر به وقوع پیوسته، و عوامل بسیار دیگر، متفاوت است. نکته مهم این است که در صورت عدم درمان، در مقایسه با شرایطی که درمان صورت می‌گیرد، مشکلات بالینی بزرگسالان کمتر احتمال دارد که تغییر یابد.

در پژوهش با کودکان، مقایسه بین گروه تحت درمان و گروه بدون درمان، مسئله‌ای است که باید در خصوص آن احتیاط شود. ممکن است بسته به سن کودک و اختلال ویژه‌وی، بهبودهای چشمگیری بدون هیچ درمان رسمی رخ دهد. معمولاً، علایم کودکان در مقایسه با بزرگسالان، به میزان بیشتری تغییر نشان می‌دهند. بنابراین، قوی‌ترین عواملی که بر رفتار کودک تأثیر دارند (تاریخچه و ریش)، بر سازگاری و اختلال آنان در درازمدت و کوتاه‌مدت، تأثیر خواهند گذاشت. برای مثال در یک بررسی، کودکانی که به علت پرخاشگری، بی‌توجهی، رفتارهای تکانشی، فقدان انگیزه، مشکلات خواندن و مشکلات ریاضی از سوی آموزگار ارجاع شده بودند (کنت^۱ و آلیری^۲، ۱۹۷۶) به دو دسته تقسیم شدند؛ گروهی که تحت رفتاردرمانی قرار داشتند و گروه گواه که هیچ درمانی در موردشان اعمال نمی‌شد. ارزیابی پس از درمان در کودکان گروه تحت درمان

* قدرت یا توان آزمون (بتا - ۱) به احتمال رد فرضیه صفر زمانی که فرضیه صفر، غلط باشد، دلالت دارد. به عبارت دیگر، توان، احتمالی یافتن تفاوت بین درمان‌هایی است که مورد آزمون قرار گرفته‌اند و در واقع نتایج کاملاً متفاوتی به بار آورده‌اند. توان آزمون تابع حجم نمونه، آلفا (سطح معناداری)، و تفاوت‌های بین شرایطی است که با هم مقایسه می‌شوند.

نشان داد که آنها از نظر متغیرهای متعددی از جمله رفتارهای انحرافی، کارکردهای تحصیلی و اجتماعی پیشرفت کرده بودند. در حالی که کودکان گروه گواه چنین پیشرفتی نشان ندادند. هرچند که ارزیابی پیگیری در ۶ و ۹ ماه بعد آشکار ساخت که گروه کنترل به همان اندازه گروه تحت درمان، پیشرفت کرده بودند. نتایج، اهمیت وجود گروه گواه بدون درمان را نشان می‌دهد. همچنین این موضوع را مطرح می‌کند که تعیین تفاوت بین گروه گواه و گروه تحت درمان در کودکان، بسیار مشکلتر از بزرگسالان است. اگر بهبودی‌هایی که بدون درمان اتفاق می‌افتد نسبتاً وسیع باشد، گروه‌های نمونه بزرگتر و درمان‌های جدی مورد نیاز خواهند بود.

هرگاه به جای مقایسه یک گروه گواه بدون درمان و یک گروه تحت درمان، ارزیابی دو یا چند روش درمانی فعال مطرح شود، ملاحظات مربوط به توان پژوهش، ظریف‌تر و پیچیده‌تر می‌شود. زمانی که از هر مداخله‌ای انتظار می‌رود که موجب تغییر شود، پژوهش باید به اندازه‌ای قوی باشد که بتواند تفاوت‌های نسبتاً کوچک را هم مشخص کند. در بسیاری از مطالعاتی که به نتایج درمان مربوطند و در آنها، دو یا چند روش درمانی با یکدیگر مقایسه می‌شوند، توان آزمون بسیار ضعیف است. علت این موضوع استفاده از نمونه‌ای با جمعیت اندک است (کز دین، ۱۹۸۶ الف).

برای اینکه چرا مطالعات مربوط به نتایج درمان‌ها نتایج ضعیفی در برداشته‌اند، دلایل متعددی وجود دارد. بیش از ۲۵ سال پیش، کوهن^۱ (۱۹۶۲) تحلیلی از قدرت پژوهش‌های بالینی مطرح ساخت و نتیجه‌گیری کرد که بیشتر مطالعاتی که به تعیین تأثیرات درمانی کم یا متوسط انجامیده‌اند، بسیار ضعیف بوده‌اند (همچنین نگاه کنید به کوهن، ۱۹۷۷). تحلیل کوهن بر مقالات مجله روان‌شناسی اجتماعی و تابهنجاری^۲ در یک دوره یکساله انجام شد (۱۹۶۰). او بیش از ۲۰۰۰ آزمون آماری را (از ۷۰ مقاله) که آزمون مستقیم فرضیه‌های پژوهشی را دربر داشتند، شناسایی کرد. برای ارزیابی توان تشخیص گروه‌ها، کوهن تأثیرات اندازه‌های متفاوت، مثلاً میزان تفاوت بین گروه‌های مختلف را بر اساس واحدهای انحراف معیار بررسی کرد. کوهن بین سه سطح اثر، تفاوت قایل شد (کم = ۰/۲۵، متوسط = ۰/۵۰ و بزرگ = ۰/۷۵) و توان پژوهش‌های منتشر شده را برای آشکار کردن چنین تفاوت‌هایی، ارزیابی کرد. نتایج نشان داد که معمولاً این توان تشخیص در تعیین تفاوت بین اندازه اثر حجم‌های مختلف به صورت چشمگیری ضعیف بوده است. مثلاً در این مطالعات، متوسط احتمال برای تشخیص تفاوتی که اندازه اثر متوسطی را منعکس سازد، ۰/۴۸ بود. این بدان معناست که به‌طور میانگین، هنگامی

که مطالعات اندازه اثر متوسطی به دست آورده بودند، شانسی کمتر از ۵۰-۵۰ برای تشخیص تفاوت‌های گروهی داشتند. کوهن نتیجه می‌گیرد که در کل، توان پژوهش‌ها ضعیف بود و اینکه در پژوهش‌های آینده باید اندازه حجم نمونه افزایش یابد (کوهن، ۱۹۷۷).

تحلیل جدیدتری که برای ارزیابی قابلیت دستیابی به این نتیجه‌گیری صورت گرفت، ۲۰ سال بعد انجام شد (راسی^۱، راسی، و کوتریل^۲، ۱۹۸۴). پژوهشگران، مقالات را از پژوهش‌های مندرج در مجله روان‌شناسی اجتماعی و شخصیت^۳ و مجله روان‌شناسی نابهنجاری^۴ انتخاب کردند. اینها در واقع نسل بعدی پژوهش‌هایی هستند که کوهن مورد تحلیل قرار داده است. داده‌ها از ۱۴۲ مقاله مندرج در سال ۱۹۸۲ این دو مجله به دست آمد. نتایج، کاملاً مشابه است. نتایج کوهن بود. اگرچه افزایش اندکی در توان، یعنی تفاوت‌هایی در اندازه اثر کم و متوسط به دست آمد، نتایج همانند پژوهش کوهن بود؛ یعنی پژوهش‌ها در تعیین چنین تأثیراتی ضعیف بودند. هرچند ملاک مشخصی برای تصمیم‌گیری درباره اینکه توان مناسب چقدر است وجود ندارد، اما توان بالای ۸۰٪ یک توان حد متوسط تعیین شده است. در هر دو ارزیابی قبلی که ذکر شد، توان اکثر پژوهش‌ها برای اندازه تأثیرات کم و متوسط، کمتر از ۸۰٪ بوده است.

قابلیت به کارگیری این یافته‌ها در موضوع حاضر، ممکن است مورد پرسش واقع شود. هم کوهن (۱۹۶۲) و هم راسی و همکارانش (۱۹۸۴) پژوهش‌ها را فقط به مدت یکسال بررسی کردند. ضمن آنکه این دو مطالعه، منحصراً یا عمدتاً بر نتایج روان‌درمانی تمرکز نداشتند.

در زمینه پژوهش‌های مربوط به نتایج روان‌درمانی، مشکلاتی وجود دارد که تحلیل پژوهش‌های بالینی قبلی را در زمینه‌های مختلف، بسیار محافظه‌کارانه می‌سازد. مثلاً یک موضوع مهم در مطالعات درمانی، افت آزمودنی است. جدا از سوگیری‌گزینش که موجب افت آزمودنی می‌شود، در دوره پیگیری، توان نیز کاهش می‌یابد. حجم نمونه (توان) از شروع پژوهش تا پایان دوره درمان و پیگیری، به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد. مثلاً در یک پژوهش گسترده که نتایج آن قبلاً مورد بحث واقع شد، تقریباً ۹۰ درصد افت آزمودنی مشاهده گردید. یعنی در زمان پیگیری که یک سال بعد انجام شد، دسترسی به ۳۶۹ نفر از ۴۵۰ نفری که درمان را کامل کرده بودند، امکان نیافت (فلدمان و همکاران، ۱۹۸۳). کوچک بودن نمونه ($n=54$) که به چند حالت مختلف تقسیم شده بود نیز مانع ارزیابی تأثیرات درمان شده بود.

1. Rossi

2. Cottrill

3. Journal of Personality and Social Psychology

4. Journal of Abnormal Psychology

این موضوع که پژوهش‌های مربوط به نتایج درمانی به اندازه‌ای قدرتمند هستند که تفاوت‌ها را مشخص کنند، به چند عامل بستگی دارد. یکی از این عوامل، میزان تفاوت‌های واقعی بین درمان‌ها از نظر ملاک‌های مربوط به نتایج درمانی است. زمانی که در یک پژوهش مفروض، دو یا چند درمان فعال وجود داشته باشد، انتظار می‌رود هر یک از آنها تغییراتی را موجب شوند. در این شرایط، به یک نمونه بزرگ برای هر گروه نیاز است (یعنی $n > 100$) تا تفاوت‌های موجود مشخص شود (کز دین، ۱۹۸۶ الف). لازم به ذکر نیست که در مطالعات کنونی درباره نتایج درمان، حجم نمونه کافی نیست. اگرچه معمولاً در هر گروه، ۲۵ نفر یا بیشتر گنجانده می‌شوند (اسلون و همکاران، ۱۹۷۵)، در هر گروه به‌طور متوسط ۲۰ نفر یا کمتر وجود دارد (کراس^۱، شیهان^۲، و خان^۳، ۱۹۸۲؛ دیلرتو، ۱۹۷۱؛ لیبرمن^۴ و اِکمن^۵، ۱۹۸۱؛ راش^۶، بک^۷، کووچ، و هولن^۸، ۱۹۷۷). در واقع در پیشینه مربوط به روان‌درمانی کودکان، یافتن پژوهش‌هایی که درمان‌های مختلف و همچنین گروه‌گواه را بر نمونه‌ای به حجم حدود ۱۰ کودک یا کمتر بررسی کرده باشند، دشوار نیست (برای مثال فورمن^۹، ۱۹۸۰؛ یو^{۱۰}، هاریس، سولوویتز^{۱۱} و فرانکلین^{۱۲}، ۱۹۸۶). حتی در نمونه‌های گسترده‌تر هم تعداد نمونه در دوره درمان و در دوره پیگیری، به‌طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کنند. در حقیقت، در برخی از برنامه‌های درمانی کودکان، بین ۴۰ تا ۵۰ درصد افراد نمونه دچار افت آزمودنی می‌شوند (فلایشمن، ۱۹۸۱؛ پترسون، ۱۹۷۴؛ ویال - وال^{۱۳}، روزنتال^{۱۴}، کورتیس^{۱۵}، و مارون^{۱۶}، ۱۹۸۴). بنابراین در پژوهشی که با جمعیت نمونه متوسطی آغاز به کار می‌کند (حدود ۲۰ نفر در هر گروه)، اگر میزان افت آزمودنی‌ها را که امری حتمی است، کنار بگذاریم، بعدها کمتر از ۵۰ درصد احتمال دارد که تأثیرات بین‌گروهی متوسط و اندک، در دوره پس از درمان به دست آید. مطالعات مربوط به نتایج روان‌درمانی نسبتاً توان‌اندکی دارند و در آنها، انتظار می‌رود بین گروه‌ها تفاوت‌ها اندک باشد یا آنکه هیچ‌گونه تفاوتی مشاهده نشود.

1. Cross

3. Khan

5. Eckman

7. Beck

9. Forman

11. Solovitz

13. vial - val

15. Curtiss

2. Sheehan

4. Liberman

6. Rush

8. Hollon

10. Yu

12. Franklin

14. Rosenthal

16. Marohn

اهمیت توجه به توان یک آزمون به‌هنگام طراحی پژوهش، مکرراً مطرح شده و گاهی راه‌های مفیدی در اختیار افراد قرار گرفته است (کوهن، ۱۹۷۷). استفاده از چنین راهنمایی‌هایی، مستلزم در نظر گرفتن تفاوت‌های احتمالی است. به‌نظر می‌رسد پژوهشگران در برآورد میزان تأثیرات در گروه‌های درمان و گروه‌های گواه، دچار تردید می‌شوند و در اکثر مواقع حجم نمونه را بر اساس ملاحظات دیگری همچون ضوابط روان‌درمانی و سهولت، انتخاب می‌کنند. باین حال، راه دیگری برای برآورد حجم نمونه وجود دارد. برآورد اندازه اثرهای احتمالی درمان‌های مختلف، یا بین گروه درمان و گروه گواه، را می‌توان از متاآنالیزهایی که بر روان‌درمانی‌ها انجام شده است به‌دست آورد (کیسی و برمن، ۱۹۸۵؛ وایز و همکاران، ۱۹۸۷). پس از برآورد اندازه اثر، به سهولت می‌توان به رهنمودهایی در مورد نحوه محاسبه اندازه نمونه، دست یافت (به کوهن، ۱۹۷۷ نگاه کنید).

البته، توان آزمون، ورای ملاحظات مربوط به اندازه اثر است و شامل اندازه نمونه و آلفا می‌شود. از آنجایی که اندازه اثر به‌تغییرپذیری درون‌گروهی مشاهدات بستگی دارد، هر نوع آزمایشی که میزان تغییرپذیری را کاهش دهد برتوان آزمون می‌افزاید. توجه به مسائل روش‌شناختی‌ای مانند آموزش درمانگران، یکپارچگی درمان، و انتخاب آزمودنی‌های همگن، مواردی از پژوهش‌های مربوط به نتایج روان‌درمانی است که دقت و صحت آزمون را افزایش می‌دهد.

معناداری آماری در مقابل معناداری بالینی

معمولاً نتیجه‌گیری در مورد مفیدبودن یک روش روان‌درمانی، بر اساس ارزیابی‌های آماری از نتایج درمان حاصل می‌شود. به‌هنگام آزمودن نظریه‌های جایگزین، یا مجزا ساختن و تعیین متغیرهای منتج به نتایج مختلف که ارزش مفهومی زیادی دارند، معناداری آماری اهمیت پیدا می‌کند. در کوشش‌های بالینی که در درمان‌های مختلف مورد مقایسه قرار می‌گیرند، توجه اساسی معطوف به نتایج درمان است. نه تنها ذکر اینکه درمان‌ها (از نظر کارایی) با هم فرق دارند مهم است، بلکه این نکته نیز اهمیت دارد که ممکن است از نظر عملی، یک نوع درمان مزیت آشکاری بر سایر درمان‌ها داشته باشد.

چندین مقیاس بالینی مختلف و معنادار، برای پژوهش‌های روان‌درمانی پیشنهاد شده است. از جمله، ملاک مربوط به اندازه‌گیری حدی از درمان که باعث می‌شود درمانجو به سطوح کارکرد بهنجار بازگردد؛ میزانی از تغییر که باعث می‌شود اطرافیان بیمار متوجه آن شوند؛ یا

منجر به از بین رفتن مشکل بیمار گردد (هوگدال^۱ و اُست^۲، ۱۹۸۱؛ جاکوبسن، فالِت^۳ و ریونستراف^۴، ۱۹۸۴؛ کزدین و ویلسون، ۱۹۸۷ الف؛ کندال و نورتن - فورد^۵، ۱۹۸۲؛ یتون و اشْرِست، ۱۹۸۱). با این همه، هیچ نوع معیار و برنامه یکپارچه یا شیوه‌اندازه‌گیری خاصی برای سنجش معناداری بالینی وجود ندارد.

در محدود پژوهش‌های روان‌درمانی، چه در مورد بزرگسالان و چه در مورد کودکان، ملاک‌هایی برای ارزیابی معنادار بودن تغییرات به لحاظ بالینی به کار برده شده است. یکی از ملاک‌هایی که استفاده شده، میزان بهبودی بیمار تا حدی است که به سطح کارکرد بهنجار بازگردد. برای به دست آوردن ملاکی در این زمینه، می‌توان مقایسه‌ای بین بیماران درمان شده و همسالان آنان که بدون مشکل به زندگی روزمره خود ادامه می‌دهند، انجام داد. قبل از درمان، نمونه متشکل از بیماران، در زمینه‌های درمانی مشخصی (همچون اضطراب، انزوای اجتماعی، پرخاشگری)، با همسالان خود مورد مقایسه قرار می‌گیرند. یکی از ملاک‌ها، میزانی است که نشان می‌دهد درمان باعث ایجاد تغییرات بالینی مهمی شده است، به طوری که در انتهای درمان، نمونه متشکل از بیماران و نمونه دربردارنده افراد بهنجار و سالم، از نظر متغیرهای مورد نظر، در طیف بهنجاری و عملکرد مطلوب، تفاوتی نداشته باشند. نکته مهم در انتخاب ملاک، همان تعیین کارکرد بهنجار است.

در پژوهش‌های بسیاری، عملکرد بیماران بلافاصله پس از درمان و در دوره پیگیری، با عملکرد افراد بهنجار مورد مقایسه قرار گرفته است (برای مثال فورهند، لانگ، و پترسون، ۱۹۷۴). در یک مورد، کزدین و همکاران (۱۹۸۷) اثر آموزش مهارت مسئله‌گشایی (PSST)، درمان ارتباطی، و حداقل درمان را برای کودکان ضدا اجتماعی بستری به کار بردند. آموزش مهارت مسئله‌گشایی شامل ۲۰ جلسه بود که کودکان به‌طور انفرادی در آن شرکت داده می‌شدند. در این جلسات به کودکان آموزش داده می‌شد که مهارت مسئله‌گشایی را در روابط بین‌فردی خود به کار برند (آنها قبلاً از رفتارهای پرخاشگرانه و ضدا اجتماعی استفاده می‌کردند). درمان ارتباطی شامل جلساتی بود که در آنها، از روابط درمانی برای ایجاد بینش و ترغیب ابراز احساسات استفاده می‌شد. کودکانی که در گروه حداقل درمان قرار داشتند، در جلسات کوتاه‌تری

1. Hugdahl

2. Ost

3. Follette

4. Revenstorf

5. Norton-Ford

شرکت می‌کردند و بازی‌ها و فعالیت‌هایی انجام می‌دادند که مستلزم ایجاد تماس بود، ولی هیچ‌گونه درمان ویژه‌ای برای تغییر رفتار ضداجتماعی در آنها اعمال نمی‌شد. نتایج این مطالعات نشان داد که در رفتار ضداجتماعی و سایر علایم کودکانی که تحت آموزش مهارت مسئله‌گشایی قرار گرفته بودند، بهبودی چشمگیری به وجود آمد. در ارزیابی‌ای که معلم و والدین به فاصله یک سال پس از درمان به عمل آوردند، تغییرات قابل توجهی مشاهده شد. کودکان گروه آموزش مسئله‌گشایی در مقایسه با کودکان حداقل درمان، پیشرفت بیشتری کرده بودند. این نتایج از نظر آماری معنادار بود ولی آیا از نظر بالینی نیز معنادار است؟

برای یافتن پاسخ این پرسش، بین کودکان درمان شده و داده‌های مربوط به کودکان بهنجار متعلق به همین سن و جنس، مقایسه‌ای انجام گرفت. برای بررسی بیشتر، داده‌های مربوط به والدین بر اساس سیاهه رفتار کودک (CBCL) (آخنباخ و ادلبروک، ۱۹۸۳)، و داده‌های مربوط به معلم با سیاهه رفتار در مدرسه^۱ (SBCL) (میلر، ۱۹۷۷) جمع‌آوری شد. نمره کل به دست آمده از این آزمون‌ها (نمره کل مشکل رفتاری و نمره کل ناتوانی)، شاخصی از علایم اختلال یا آسیب روانی به دست می‌داد که در مدرسه و در خانه آشکار بود. از آنجایی که در سیاهه رفتار در مدرسه، مشاهده شده بود که در مقیاس کلی مشکلات رفتاری، صدک ۹۰ جمعیت بالینی و جمعیت غیربیمار را از هم متمایز می‌سازد، از این درصد برای تعیین کرانه بالای دامنه بهنجار استفاده شد. در شکل ۵-۱ (بخش بالایی)، سطح عملکرد هر گروه در مقایسه با حد بالای دامنه نرمال نشان داده شده است. در گروه آموزش مسئله‌گشایی، بین نمره‌های CBCL قبل و پس از درمان، تغییرات چشمگیری وجود داشت. با این حال، این تغییرات از نظر ارزش بالینی زیر سوال است. هم بعد از درمان و هم در دوره پیگیری، میانگین همه گروه‌ها کاملاً بالاتر از حد بالای دامنه نرمال بود. بنابراین، درمان، سطح میانگین گروه را به محدوده حد نرمال نکشانده بود. داده‌های مربوط به هر یک از کودکان در گروه آموزش مسئله‌گشایی نیز فقدان چنین تأثیری را نشان می‌داد. در ارزیابی پس از درمان و همچنین در ارزیابی‌ای که یک سال پس از درمان انجام گرفت، به ترتیب حدوداً ۱۸ و ۲۳ درصد از کودکان گروه آموزش مسئله‌گشایی، در دامنه نرمال قرار گرفتند. به این ترتیب اکثریت کودکان به آن اندازه بهبود نیافته بودند که در درون این دامنه قرار گیرند.

در مورد SBCL، داده‌ها اندکی امیدوارکننده‌تر هستند. پس از درمان، میانگین سطح عملکرد گروهی که تحت آموزش مهارت‌های مسئله‌گشایی قرار گرفته بودند در محدوده نرمال

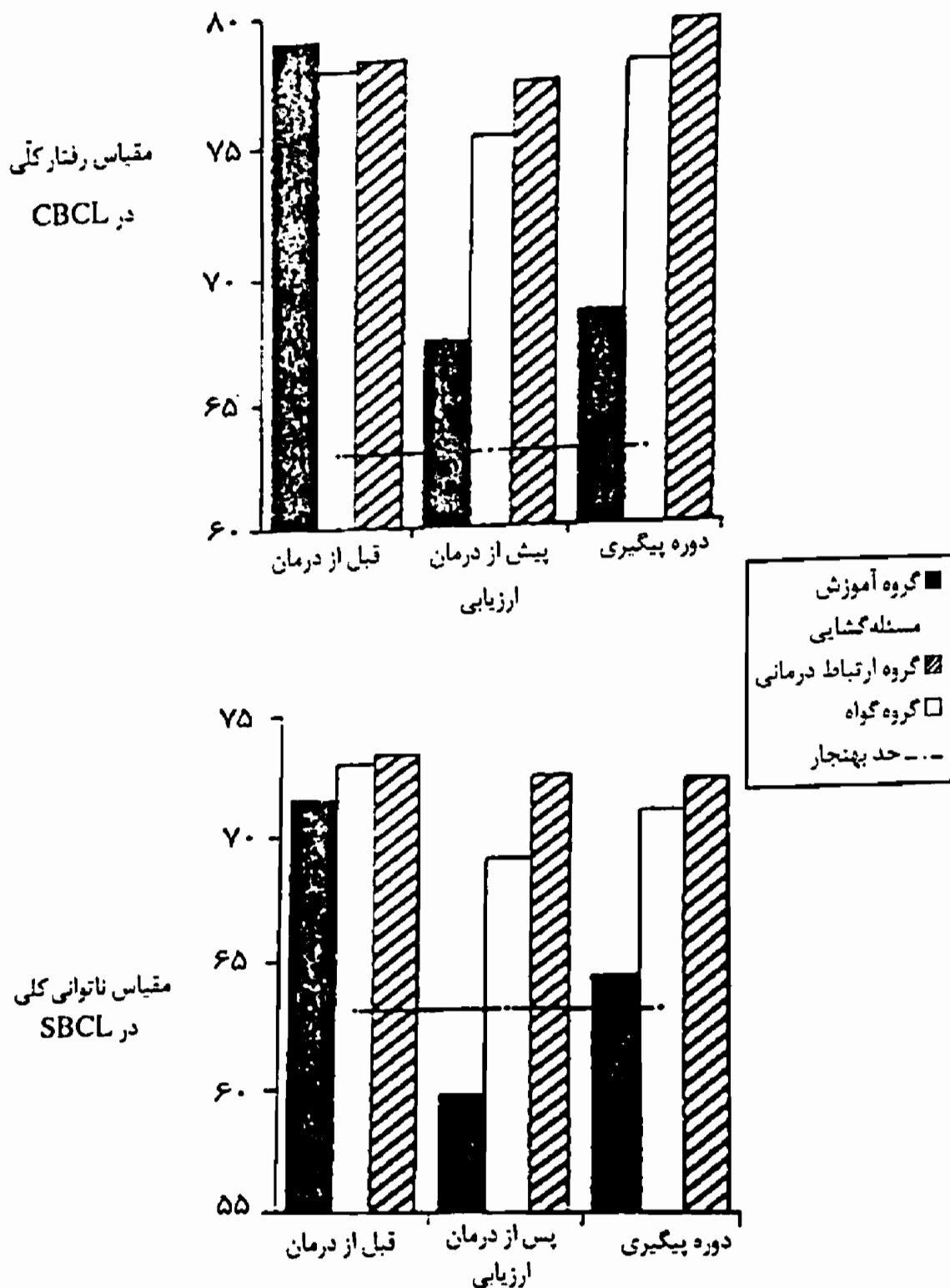
قرار داشت. متأسفانه، در پیگیری یک سال بعد، رفتار منحرفانه افزایش یافته و از کرانه بالای این محدوده بالاتر رفته بود. داده‌های جداگانه مربوط به کودکان در گروه آموزش مهارت‌های مسئله‌گشایی نیز آثار این مداخله را نشان می‌دهد. در مرحله پس از درمان و پیگیری یک سال بعد، تقریباً ۶۷ و ۳۹ درصد کودکان و نوجوانانی که تحت PSST قرار گرفته بودند در پرسشنامه SBCL در محدوده نرمال قرار داشتند.

ذکر مثال بالا فقط برای این بود که کاربرد ابزار سنجشی را که برای ارزیابی اهمیت بالینی، کاربردی و اجتماعی تغییر درمان تهیه و تدوین شده بود، روشن سازد. اگرچه در حال حاضر ابزار سنجشی که استاندارد باشد در دسترس نیست، همگان درباره این موضوع که اندازه‌های مربوط به نتایج، باید فراتر از معناداری آماری باشد، توافق دارند (جاکوبسن و همکاران، ۱۹۸۴). در نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی کودکان، صحبت از آزمون معناداری بالینی هنوز زود است. تاکنون در مطالعات انگشت‌شماری، معنادار بودن آماری تغییرات، در کوشش‌هایی کنترل شده آزموده شده است. تعداد اندک پژوهش‌های مربوط به نتایج درمان و هزینه‌هایی که برای این‌گونه پژوهش‌ها صرف شده، نیاز به طراحی مطالعاتی انفرادی را که اطلاعاتی در زمینه تأثیرات درمان فراهم آورد، افزایش داده است. ابزارهای سنجش معنادار بودن بالینی، اطلاعات مهمی را درباره تأثیر درمان و نیاز به توسعه درمان‌های دیگر فراهم آورده است. بر همین اساس، معناداری بالینی، به مواردی متفاوت از معناداری آماری می‌پردازد.

نتیجه‌گیری

در این فصل چندین موضوع روش‌شناسی و توصیه‌هایی برای پژوهش‌های روان‌درمانی مطرح شد، ولی هیچ رویکرد یا شرایط تازدای معرفی نگردید. این مسئله سال‌هاست که در زمینه پژوهش‌های روان‌درمانی در بزرگسالان مطرح بوده است. مشکل بزرگ در پژوهش‌های مربوط به روان‌درمانی کودکان، عدم موفقیت‌های کلی در رعایت ملاک‌ها و معیارهای اساسی روش‌شناختی است. اگرچه در زمینه پژوهش درباره تکنیک‌های درمانی کودکان، موضوع‌های تازدای وجود دارد، بسیاری از موضوع‌های روش‌شناختی و مسائل مربوط به طرح پژوهش در آنها، تقریباً همانند روان‌درمانی بزرگسالان است. بنابراین، ضرورتی وجود ندارد که پژوهش‌های مربوط به روان‌درمانی کودکان، همان مراحل تحول روش‌شناختی کندی را طی کنند که پژوهش‌های مربوط به روان‌درمانی بزرگسالان قبلاً طی کرده‌اند.

در این فصل، موضوع‌های مربوط به ارزیابی روان‌درمانگر، درمان و بیمار بررسی شد. در زمینه موضوع‌های مربوط به بیمار بر این مطلب تأکید شد که ضرورت دارد تا تشخیص‌های مختلف مربوط به کودک، والدین و متغیرهای مربوط به خانواده که اثر تعدیل‌کننده‌ای بر نتایج درمان دارند، ارزیابی شوند. در زمینه موضوع‌های مربوط به درمان به این مطلب توجه شد که باید بر اساس نیاز بیمار، درمان را انتخاب کرد و شیوه درمانی و زیرساخت نظری آن را مشخص ساخت تا یکپارچگی درمان تضمین گردد. در بحث مربوط به مسائل مربوط به روان‌درمانگر، بر اهمیت آموزش‌های روان‌درمانگر، ارزیابی روان‌درمانگر از نتایج درمان، و بررسی ویژگی‌های روان‌درمانگر که با عنوان یک متغیر تعدیل‌کننده بر نتایج درمان اثر دارند، تأکید شد. در پایان، موضوع‌های مربوط به ارزیابی ابزارهای گوناگونی در زمینه ارزیابی نتایج درمان و سایر مقیاس‌هایی که به ارزیابی درمان مربوط می‌شوند، بررسی گردید. اهمیت ارزیابی در دوره پیگیری نیز بررسی شد و بر این نکته تأکید گردید که نتیجه‌گیری در مورد کارایی درمان‌های مختلف به زمان انجام ارزیابی و مقایسه بستگی دارد. سایر مسائل مربوط به طرح‌های پژوهشی در زمینه نتایج درمانی، عبارت از ارزیابی توان آماری آزمون و همچنین اهمیت بالینی تغییرات درمانی بود. بی‌توجهی به مسائل یاد شده باعث می‌شود که پیشرفت روان‌درمانی کودک، با آهنگی کند ادامه یابد.



شکل ۵-۱: نمره‌های میانگین (نمره‌های T) گروه آموزش مهارت مسئله‌گشایی (PSSI)، ارتباط‌درمانی (RT) و گروه گواه در مقیاس «آزمون مشکل رفتاری» (نمودار بالایی) از CBCL و نمره‌های «مقیاس ناتوانی» از SBCL (نمودار پایینی). خط افقی در هر نمودار، نشان‌دهنده حد بالایی دامنه غیربالینی (پهنجار) کودکان در همان سن و با همان جنسیت است. نمره‌های پایین‌تر از این خط، در محدوده‌ی نرمال قرار می‌گیرند (از: کزدین، آ. ای.، از ولت - داوسون، ل.، فرنچ، ن. ه. و یونیس، آ. س (۱۹۸۷). آموزش مهارت مسئله‌گشایی و رابطه‌ی درمانی در درمان کودکان دارای رفتارهای ضداجتماعی. از مجله‌ی مشاره و روان‌شناسی، شماره ۵، صفحات ۷۶ تا ۸۵).

فصل ششم

الگوی پژوهشی در مورد نتایج درمان

تا به اینجا روشن شده که در این رشته، مطالعات مربوط به روش‌های مختلف روان‌درمانی کودک بسیار اندکند. ولی مشکل فقط در محدود بودن تحقیقات نیست، بلکه ضعف معیارهای علمی و متغیر بودن آنها نیز مزید بر علت است. البته پیشرفت مطلوب، در پی بهبود روش‌های ارزشیابی، طرح‌های آزمایشی دقیق، و مشخص شدن نوع درمان‌ها حاصل خواهد شد. همان‌طور که در فصل قبل ذکر شد، به تدریج که موضوع‌های مهم مورد توجه قرار گیرد، بدون شک پیشرفت‌های بیشتری به دست خواهد آمد.

سرعت پیشرفت، زمانی بیشتر خواهد شد که الگوهای پژوهشی در زمینه ارزیابی نتایج روان‌درمانی، گسترش یابد. منظور از الگوهای پژوهشی در زمینه نتایج درمان، مواردی مانند مفهوم‌سازی یک متخصص از مشکل بالینی و درمان آن، پرسش‌های مطرح شده مشخص درباره درمان، و رویکردهای تحقیقی مؤثر بر ارزشیابی و طرح تحقیقاتی هستند. پیشرفت‌های کنونی در پژوهش‌های مربوط به نتایج درمان، به سبب الگوهای محدود، چشمگیر نبوده است. در این فصل چند الگوی دیگر بررسی و عرضه می‌شوند. الگوهای مختلف به ما کمک می‌کنند تا روش‌های درمانی متفاوت، شناخته شوند و مورد استفاده قرار گیرند.

الگوهای مختلف

الگوی متداول درمان

توصیف: در پژوهش‌های متداول مربوط به نتایج روان‌درمانی، در مورد یک گروه بالینی خاص در زمان محدودی، از نوعی مداخله مشخص استفاده می‌شود. نتایج درمان بلافاصله پس

از اتمام درمان و آن دوره مشخص و معمولاً در دوره پیگیری، ارزیابی می‌شود. این ویژگی‌ها، به‌صورت بخشی از راهبردهای پژوهشی در نتایج درمان درآمده است، تا آنجا که به دشواری می‌توان آن را الگوی خاصی از طرح تحقیقات در این زمینه دانست. اما به‌هرصورت در حال حاضر مفید است که این ویژگی‌های کلی را نوعی الگوی متداول پژوهش در زمینه نتایج درمان بدانیم. در اینجا هدف، کم‌ارزش جلوه‌دادن یا ساده‌نمایی الگوی خاصی نیست بلکه نقطه عطفی است که بر اساس آن به توصیف الگوهای دیگر بپردازیم.

در چهارچوب الگوی متداول، می‌توان به آسانی به پژوهش‌هایی مجزا اشاره کرد. ولی قدرت هر روش، به‌نوع پرسش‌هایی که برمی‌انگیزد و همچنین مقدار اطلاعاتی که به‌دست می‌دهد بستگی دارد. شیوه‌های مختلف ارزیابی نتایج درمان که در بطن الگوی متداول قرار دارند، به پرسش‌های متفاوتی پاسخ می‌دهند. به‌دلیل اینکه هدف ما بررسی الگوهای جدید است، در اینجا فقط روش‌هایی ویژه در چهارچوب الگوی متداول، به‌اختصار مورد توجه قرار خواهد گرفت (برای جزئیات به‌کزدین، ۱۹۸۰ ب‌نگاه کنید).

شاید اساسی‌ترین پرسشی که درباره الگوی متداول درمان پیش می‌آید این است که آیا یک درمان ویژه یا مجموعه‌ای از درمان‌ها، برای رفع مشکل خاصی مؤثر است؟ این پرسش در شیوه درمان مجموعه‌ای^۱ مطرح می‌گردد که در نهایت به‌ارزیابی تأثیر یک نوع درمان خاص متداول منجر می‌شود. در مفهوم «مجموعه»، برای امر تأکید می‌شود که درمان ممکن است چندجنبه‌ای و شامل عناصر مختلفی باشد. پرسشی که در این شیوه باید به آن پاسخ داد این است که آیا درمان سبب تغییرات درمانی می‌شود؟ برای اینکه بدانیم این تغییر درمانی تابع عوامل تاریخی، رشد، «بهبودی خودبه‌خود»، آزمودن مکرر، و سایر عوامل خطرآفرین برای اعتبار درونی آزمایش نیست، معمولاً در این طرح، یک گروه گواه درمان نشده یا تعدادی که منتظر درمان هستند نیز گنجانده می‌شوند.

برای مثال غالباً برای درمان کودکان از بازی درمانی غیررهنمودی استفاده شده است که نوعی روان‌درمانی گروهی غیرمستقیم است. با یک پژوهش درمان مجموعه‌ای می‌توان صحت این روش را آزمایش کرد. با انتخاب کودکانی (مثلاً تعداد ۶۰ نفر) که دارای مشکلات روانی خاصی هستند، می‌توان از آنها برای بازی درمانی یا در قالب گروه گواه (به‌صورت تصادفی) استفاده کرد. نتایج را می‌توان با چند نوع اندازه‌گیری بعد از درمان، ارزیابی کرد. اگر برآیند آن

به‌سود روان‌درمانی گروهی باشد، جایی برای توجه به تفاوت‌های موجود یا اینکه دقیقاً چه بخشی از گروه‌درمانی، علت نتایج به‌دست آمده است، باقی نمی‌ماند. ولی می‌توان با اجرای چند مطالعه روشن ساخت که آیا شیوه مذکور، روش مطلوبی برای رفع برخی مشکلات روانی هست یا خیر. شیوه درمانی تجزیه کردن: این روند شامل تجزیه و تحلیل عناصر یک مجموعه خاص است. پس از اینکه یک مجموعه خاص به نتایج درمانی محسوسی رسید، پژوهش می‌تواند اساس این تغییر را بررسی کند. برای تجزیه یک روش درمانی، برخی از عناصر از فرایند درمانی حذف یا جدا می‌شود. به این صورت که تعدادی از درمانجویان از تمام مجموعه درمان بهره می‌برند، در حالی که بیماران دیگر مجموعه درمان را منهای یک یا چند بخش آن دریافت می‌دارند. «پژوهش تجزیه‌ای» به‌شناسایی عناصر لازم و کافی در درمان کمک می‌کند. برای مثال، در چهارچوب درمان کودک، روان‌درمانی کودک غالباً همراه با مشاوره خانوادگی صورت می‌گیرد (لویت، ۱۹۷۱). روش تجزیه‌ای به بررسی این مطلب می‌پردازد که آیا عناصری مثل رابطه کودک با اولیا

می‌تواند امتیازاتی بیشتر از فواید درمان انفرادی با کودک یا اولیای او داشته باشد یا خیر؟

شیوه درمانی سازنده: به آن نوع مجموعه درمانی اشاره دارد که با افزودن عناصری به آن، تقویت می‌شود. پژوهش در زمینه درمان سازنده، با درمانی آغاز می‌شود که شامل یک یا چند عنصر از یک مجموعه است و سپس به تدریج، عناصر مختلف دیگری به آن افزوده می‌شود تا نتایج پربارتری به‌دست آید. از این جهت، روش مطالعه درمان سازنده، مخالف شیوه درمانی تجزیه کردن است. روش مطالعه در درمان سازنده ممکن است با درمانی که یک یا چند عنصر داشته باشد یا با یک مجموعه بزرگتر آغاز گردد و سپس به تدریج عناصر دیگری به آن افزوده شود تا مؤثر بودن نتیجه آن بیشتر روشن شود تفاوت داشته باشد. در این روش، پرسش اصلی این است که «چه عناصری را می‌توان به درمان افزود تا نتیجه مؤثرتری به‌دست آید؟»

شیوه درمانی سازنده که تأثیری فزاینده داشته باشد، در مدرسه‌ای با نوجوانان کلاس‌های ششم و هفتم که دچار اشکالات انضباطی و تحصیلی بودند مورد آزمایش قرار گرفت (بی‌ین و بری^۱، ۱۹۸۰؛ بری و جورج^۲، ۱۹۸۰). جوانان بدسه وضعیت درمانی و یک گروه غیردرمانی تقسیم شدند. در هر وضعیت، یک عنصر جدید اضافه شد تا رفتار دانش‌آموز را تغییر دهد. در وضعیت اول گروه‌هایی با آموزگاران برپا شد تا آنکه آنها را با وضعیت و برنامه‌های

خاص مورد نظر برای هر کودک مشکل آفرین، آشنا سازد. در وضعیت دوم علاوه بر جلسات با آموزگاران، گردهمایی‌هایی نیز با کودکان برنامه‌ریزی شد. در این جلسات از برنامه‌های رفتاری ویژه برای کمک به دانش‌آموزان در پیشرفت فعالیت‌های مدرسه استفاده شد. در وضعیت سوم، علاوه بر گردهمایی‌هایی با آموزگاران و دانش‌آموزان، جلساتی نیز با اولیا تشکیل شد.

در اساس، گروهی که هر سه دسته آموزگاران، دانشجویان و اولیا در آن شرکت می‌کردند، تنها وضعی بود که از بدتر شدن نمره‌های دانش‌آموزان جلوگیری کرد. مداخله بدون این سه عنصر، مساوی با عدم مداخله بود. گزارش پیگیری بعد از یک سال و پنج سال نشان داد گروهی که از سوی این سه دسته به آنها کمک شده بود، دارای مشاغل بهتری بودند و سوء مصرف مواد مخدر در آنها کمتر بود و همچنین دفعات اقدام به رفتار بزهکارانه در آنها کاهش یافته بود. به علاوه، آنها مشکلات کمتری در مدرسه نشان دادند. این پژوهش، به خوبی استفاده از عناصر مختلف را در شیوه سازنده نشان می‌دهد.

شیوه تغییر اجزای درمانی^۱ به معنای تغییر برخی از جنبه‌های درمان به منظور تسریع پیشرفت در درمان است. در این روش، ابعاد و عناصر درمانی به نحوی تغییر داده می‌شوند که بیشترین نتیجه مثبت به دست آید. این ابعاد، عناصری جدید نیستند که همانند شیوه سازنده، به درمان اضافه شوند بلکه تغییری است که با هدف پیشبرد بهتر درمان، صورت می‌گیرد. افزودن بر مدت زمان درمان یا تنوع در روش درمان، اساس شیوه تغییر عناصر درمانی تشکیل می‌دهد. نمونه‌ای از شیوه تغییر عناصر درمانی را در پژوهش هاینیکه (۱۹۶۹) می‌توان یافت. او دو روش روانکاوی متفاوت را در درمان کودکان (۶ تا ۱۰ ساله) که به اختلال یادگیری مبتلا بودند، به کار برد. شدت درمان که بر اساس دفعات تشکیل جلسات و زمان کلی درمان محاسبه می‌شد، در دو گروه، متفاوت بود. جلسات درمانی برای کودکان، یک یا چهار بار در هفته، برگزار شد. برای مادرها نیز هفته‌ای یکبار جلسه تشکیل می‌گردید. در پایان درمان و پس از دو سال پیگیری، مشخص شد کودکانی که چهار بار در هفته در جلسات درمانی شرکت کرده بودند تغییرات بیشتری در شخصیت خود نشان دادند تا کودکانی که فقط یک بار در هفته جلسه داشتند. افزون بر این، در کودکانی که پس از دو سال پیگیری، مجدداً ارزیابی شدند پیشرفت تحصیلی نیز بیشتر بود. در سال‌های بعد، این پژوهش با نتایجی مشابه تکرار شد (هاینیکه و رمزی - کلی، ۱۹۸۶).

شیوه درمانی تطبیقی شاید شناخته‌شده‌ترین رویکردی باشد که در آن، دو یا چند روش درمانی با یکدیگر مقایسه می‌شوند تا معلوم گردد کدامیک برای مشکل خاصی، مناسب‌ترین است. مطالعات تطبیقی از آن جهت توجه بیشتری را جلب می‌کنند که اولاً در آنها بر رفتار نابهنجار خاصی تأکید می‌شود و دوم اینکه در آنها غالباً روش‌هایی با هم مقایسه می‌شوند که از لحاظ مفهومی، رقیب و همپای یکدیگر هستند. برای مثال، همان‌طور که قبلاً اشاره شد (فصل ۴)، آلکساندر و پارسونز (۱۹۷۳) سه نوع روش درمان متفاوت (روش مراجع محوری، روش روان‌پویشی، و روش فعال کردن روابط بین فردی در خانواده) را با افزودن گروهی که تحت هیچ نوع درمانی قرار نمی‌گرفتند، در نوجوانان بزهکار مقایسه کردند. پیگیری این تحقیق پس از گذشت ۱۸ ماه نشان داد که در کودکانی که از روش فعال کردن روابط خانوادگی بهره‌مند شدند، بهبود روابط خانوادگی و کاهش تعداد دفعات بازگشت نابهنجاری (دادگاهی شدن) بیشتر از سایر روش‌ها بود.

مطالعات تطبیقی، موارد استفاده گسترده‌ای به‌ویژه در تحقیقات مربوط به درمان بزرگسالان پیدا کرده است (کزدین و ویلسون، ۱۹۷۸ ب؛ لوبورسکی، سینگر^۱، و لوبورسکی، ۱۹۷۵). مشکلاتی که غالباً در پژوهش‌های تطبیقی ایجاد می‌شوند، عبارتند از: جدا کردن کامل روش‌ها از یکدیگر، ثابت نگاه داشتن متغیرها در هر روش درمانی، و اطمینان از صحت و امانت درمان‌های فردی (کزدین، ۱۹۸۶ الف).

در استراتژی‌های قبلی، بر این روش به‌عنوان عامل اصلی درمان تأکید می‌شد. مؤثر بودن درمان، به‌مقدار زیادی به‌ویژگی‌های بیماران و درمانگران مربوط می‌شود. در شیوه تأثیر تنوع رابطه مراجع - درمانگر^۲، تأثیر ویژگی‌های درمانجو (از جمله، کودک، اولیا، و خصوصیات خانواده) و درمانگر مورد بررسی قرار می‌گیرد. این شیوه، بر گزینش ویژگی‌هایی مشخص در درمانجو و درمانگر استوار است. زمانی که درمانجو یا درمانگر بر اساس معیارهای مشخص انتخاب می‌شوند، پرسشی که پیش می‌آید این است که آیا تأثیر درمان، به‌درمانجو یا درمانگری خاص مربوط می‌شود؟

برای مثال پرسش‌هایی که در این رابطه مطرح می‌شود از این قبیل‌اند که آیا درمان در مورد دخترها، مؤثرتر از پسرهاست؟ آیا کودکانی که سن بیشتری دارند از درمان فایده بیشتری می‌برند یا آنکه فایده آن، بیشتر نصیب کودکانی می‌شود که سطح توانایی‌های شناختی و عقلی

1. Singer

2. the client and therapist variation strategy

بالاتری دارند؟ آیا نتیجه درمانی مؤثر، مربوط به درمانگران باتجربه است یا کسانی که خود دارای فرزند هستند؟ نمونه‌هایی از شیوه‌های مراجع - درمانگر در بحث مربوط به پژوهش‌های درمان‌های فردی آورده شد (فصل ۴). کلونین و همکارانش (۱۹۸۱) در مطالعه‌ای که انجام دادند، به‌ارزیابی سن کودک، جنس، و مشکل روانی او پرداختند (برای مثال وجود نوروز یا اختلال رفتار) و اینکه آیا نتیجه درمان، تابع این متغیرهاست یا نه؟ فلدمان و همکارانش (۱۹۸۳) در پژوهش خود در مورد رفتار ضداجتماعی، به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که آیا تجربه درمانگر بر نتایج درمان اثر می‌گذارد؟ همان‌طور که در اینجا گفته شد، درباره درمانجو و درمانگر، متغیرهای متعددی را می‌توان برگزید. مطلوب آن است که یک چهارچوب نظری از درمان، کیفیت نمونه مورد مطالعه، و نیز مشکل درمانی، اساس انتخاب متغیرهای مورد پژوهش قرار گیرد.

اشاره‌های کلی: از دیدگاه فردی، شیوه‌های مطرح در الگوهای متداول درمان، انعکاس روندی منطقی از ارائه پرسش‌هایی هستند که در مورد درمان می‌توان مطرح کرد. این روند پیش‌رونده را می‌توان در پرسش‌های مشخص، نوع کنترل، و مقایسه شرایط متفاوت آنها مشاهده کرد. در پی شروع یک مجموعه روش درمانی، می‌توان یک پرسش بسیار اساسی را مطرح ساخت. در شیوه‌های دیگر، بر شرایطی تأکید می‌شوند که در آنها نهایت درمان مطلوب به دست می‌آید. البته این روند الزاماً نشان‌دهنده چگونگی روند تحقیق نیست. برای مثال، پرسش‌هایی که به مقایسه نتایج روش‌های درمانی مختلف مربوطند، معمولاً در مراحل اولیه درمان، و در بسیاری از موارد قبل از اینکه هر یک از تکنیک‌های مختلف به نتایج قطعی رسیده باشند، مطرح می‌شوند. از برآیند الگوهای متداول ارزیابی روان‌درمانی، نتایج مفیدی برای روان‌درمانی‌های کودک به دست نیامده است. البته تعداد معدودی از این نوع الگوهای درمانی مورد پژوهش قرار گرفته‌اند. بسیاری از این تحقیقات نیز به اشکالات روش‌شناختی دچار بوده‌اند. برای مثال، از مواردی همچون نمونه‌گیری از بیماران، نوع درمان، تصادفی بودن نمونه در گروه‌های مورد مطالعه، و هدف درمان می‌توان نام برد. واضح است که برآیند هر پژوهشی در مورد درمان، به رعایت اصول روش تحقیق در آن پژوهش بستگی دارد. به دلیل محدودیت‌های روش‌شناختی، شیوه‌های مختلفی که در الگوهای متداول اتخاذ شده‌اند، مورد بررسی دقیق قرار نگرفته‌اند. حتی اگر پیشرفت‌های سریعی در روش‌ها پدید آید، به چند دلیل باید از الگوی متداول ارزیابی روش فراتر رفت. الگوهای دیگری نیز وجود دارد، ولی این الگوها مکمل الگوهای معمولی پژوهش درباره نتایج درمان هستند و نه رقیب آنها (کزدین، ۱۹۸۷، ج).

الگوی مداخله قدرتمند^۱

توصیف: در الگوی متداول، بدیهی است که هدف درمان، مؤثر بودن درمان است، ولی این الگو به ندرت به نحوی تهیه می‌شود که نتایج، قوی‌ترین بخش درمان را نشان دهد. در الگوی مداخله قدرتمند تلاش می‌شود به این پرسش پاسخ داده شود که تأثیر احتمالی قوی‌ترین روش درمانی چیست؟ این الگو به ویژه در مورد مشکلات بالینی شدید مطرح است که مداخله‌های درمانی مؤثری برای آنها شناخته شده نیست. در اینجا، «مشکلات شدید» در رابطه با ثبات یا پیش‌آگهی مشکل و نحوه درمان مؤثر تعریف می‌شود. نمونه‌هایی از مشکلات شدید، عبارتند از: بزهکاری جوانان، اوتیسم^۲، و عقب‌ماندگی ذهنی شدید. این مشکلات از آن جهت که چندبعدی هستند و بر فعالیت‌های مختلف فرد اثر می‌گذارند، شدید به شمار می‌روند.

برای بسیاری از مشکلات بالینی، لازم است آن نوع از مداخله‌های درمانی مورد ارزشیابی قرار گیرند که شامل قوی‌ترین جنبه‌های درمان‌های موجود باشند. چنین ارزشیابی‌هایی، راهنمای ما در شناخت این امر خواهد بود که در مقطع کنونی چه پیشرفتی در درمان مقدور است. اگر قوی‌ترین جنبه یک روش درمانی سبب تغییر درمانی عمده‌ای در بیمار شود، پس می‌توان شروع به کم کردن مقدار دارو، هزینه و عوامل دیگر کرد تا معلوم شود که آیا بدون آنها، روش درمانی موجود نتایج مشابهی به دست می‌دهد یا خیر. از سوی دیگر، چنانکه قوی‌ترین بخش یک روش درمانی سبب تغییر بالینی عمده‌ای در بیمار نشود، این معنا را می‌دهد که باید درمان‌های دیگر و بخشی از روش‌های دیگر مورد توجه قرار گیرند.

برای درمان‌های روانی اجتماعی، تعریف قدرت و شدت درمان دشوار است. مشکل تا حدی از تعریف مفهوم درمان ناشی می‌شود. برای تغییر یا افزایش قدرت درمان، باید بدانیم فرایندها و روندهایی که موجب تغییر می‌شوند، چه هستند. فقط زمانی که این فرایندها شناخته و توصیف شوند، می‌توان آنها را در جریان درمان تقویت کرد.

یکی از راه‌های ارزیابی مفهوم قدرت درمان، «کوشش درمانی»^۳ است (نیومن و هوارد^۴، ۱۹۸۶). بدین معنا که بدانیم چه میزان درمان صورت گرفته است، در چه محدوده‌ای (مانند، سرپایی^۵ یا به صورت بستری^۶) اجرا می‌شود، گستره درمان چه جنبه‌هایی از محیط و زندگی

1. high-strength intervention model

2. autism

3. therapeutic effort

4. Newman

5. inpatient

روزانه کودک را دربر می‌گیرد (مانند مداخله کردن در رفتار کودک در خانه و مدرسه و شرکت دادن اولیا، مربیان و همسالان)، و نیز هزینه‌های درمان چقدر می‌شود. مداخله درمانی پر قدرت ممکن است شامل درمانی فراگیر شود که جنبه‌های مختلف زندگی کودک را دربر بگیرد و بدلیل استفاده از متخصصان و شبه‌متخصصان، مستلزم هزینه‌های زیاد باشد.

با بررسی یک جنبه از کوشش درمانی، نیاز به ادامه استفاده از الگوی مداخله پر قدرت روشن می‌شود. یکی از راه‌های افزایش قدرت درمان، افزایش میزان آن است. در حال حاضر، آزمون درمان‌ها کوتاه‌مدت است. در یکی از بررسی‌های مربوط به روان‌درمانی کودک که شامل درمان‌های روانی-اجتماعی مختلفی بود، میانگین زمان تحقیق درباره نتایج درمان، ۹/۵ هفته بود (کیسی و برمن، ۱۹۸۵). گرچه طول مدت درمان الزاماً نشانه قدرت مداخله درمانی نیست، ولی ۹ یا ۱۰ جلسه به صورت هفته‌ای یکبار، زمانی کوتاه برای درمان است، به‌ویژه آنکه بسیاری از مشکلات کودکان زودگذر نیستند. نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی بزرگسالان نشان‌دهنده تأثیر مدت درمان است (هوارد و کوپتا^۱، کراوس^۲، آرلینسکی، ۱۹۸۶). پژوهش‌های بیشتر با استفاده از تعداد زیادتری بیمار در تحقیقات، مبین این مطلب است که جلسات بیشتر، نتایج درمانی بهتری را دربر داشته‌اند. همان‌طور که در شکل ۱-۶ مشاهده می‌شود، ۵۰ درصد بیماران پس از گذشت ۸ جلسه درمانی، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای نشان دادند (خط ممتد) و ۷۵ درصد آنها پس از ۲۶ جلسه، پیشرفت شایان توجهی کردند. بنابراین، مدت درمان ممکن است یک عامل مهم به‌شمار آید. در مورد کودکان، سن، مرحله رشد، جنسیت، مشکلات بالینی، و روش درمان ممکن است تأثیر زمان در یک درمان خاص را تعیین کنند. نکته اساسی در اینجا این است که بر مدت زمان درمان تأکید نشود، بلکه بر متغیرهای مختلفی تأکید گردد که ممکن است به قدرت و مؤثرافتادن روش مداخله درمانی، کمک کند.

مثال: یافتن معیارهای دقیق برای تعیین مقدار یا نوع درمان دشوار است، اما مثال‌هایی ارائه شده‌اند که کاملاً مشهودند. برای مثال، لووآس^۳ (۱۹۸۷) گزارشی در زمینه تأثیر مداخله درمانی شدید در مورد کودکان درخودمانده (اوتیستی) خردسال (زیر ۴ سال) داد. کودکان درخودمانده (اوتیستی) در یک گروه آزمایشی با برنامه درمانی متراکم و یک یا دو گروه گواه جای داده شدند. برنامه درمانی، بر اساس روش رفتاری بود که در منزل کودک، مدرسه و محیطی که در آن زندگی

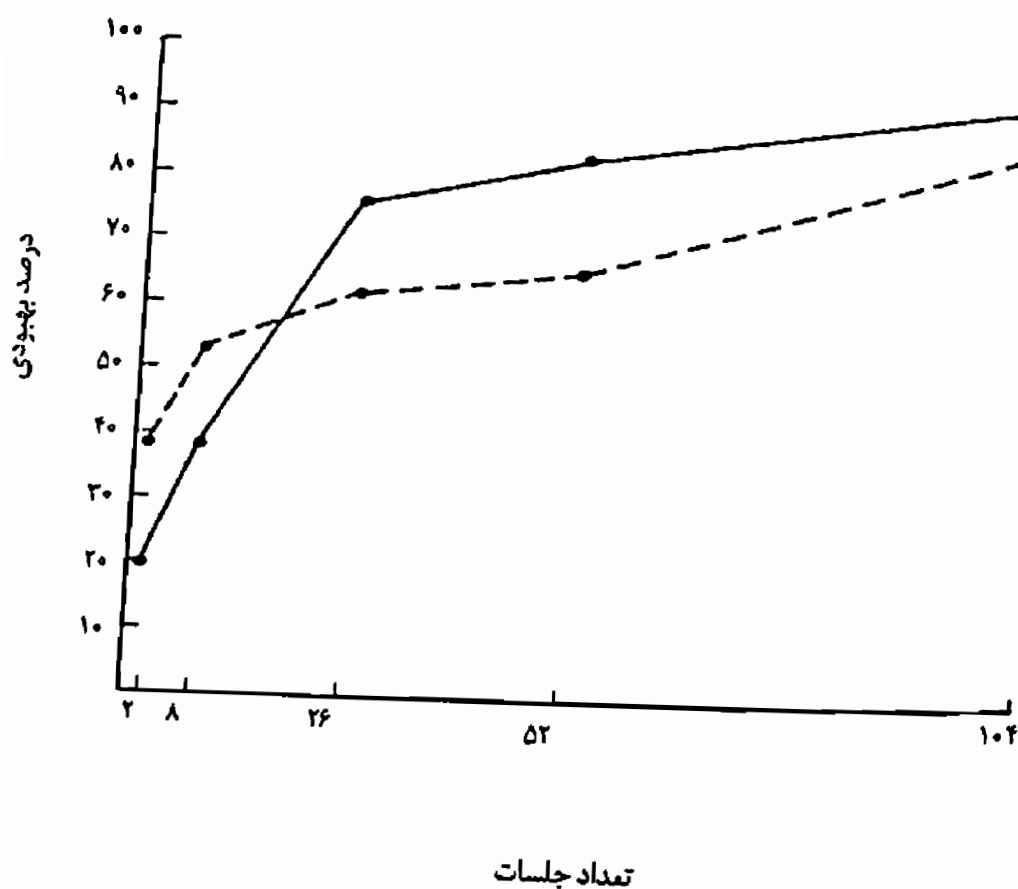
1. Kopta

2. Krause

3. Lovaas

می‌کرد، به مدت ۴۰ ساعت در هفته، طی ۲ سال یا بیشتر انجام می‌شد. تعدادی دانشجوی درمانگر که به صورت نیمه‌وقت کار می‌کردند، مسئول اجرای این برنامه شدند. علاوه بر آن، به ازیای کودکان آموزش فشرده‌ای داده شد، به نحوی که جریان درمان در منزل تقریباً در تمام ساعات‌های بیداری کودک در ۳۶۵ روز سال، ادامه یابد.

نقطه تمرکز درمان بر رفع رفتارهای ناسازگارانه (مانند خودانگیزی یا پرخاشگری) و ایجاد رفتارهای اجتماعی (مانند بازی) و مهارت‌های شناختی - تحصیلی (مانند زبان، خواندن، نوشتن، و جز آن) بود. یکی از اهداف درمان، قراردادن کودکان در کلاس‌هایی عادی بود تا مانند دیگر کودکان رفتار کنند. برای کودکانی که با همسالان طبیعی خود وارد کلاس اول شدند، درمان از ۴۰ ساعت در هفته، به ۱۰ ساعت تقلیل یافت و به تدریج با کم کردن تماس خاتمه یافت. برای کودکان تحت درمان که به سال اول دبستان وارد نشدند، مداخله‌درمانی به مدت ۴۰ ساعت در هفته، طی ۶ سال ادامه یافت (بیش از ۱۴۰۰۰ ساعت درمان مداوم).



شکل ۱-۶: رابطه بین تعداد جلسات روان‌درمانی برای بیماران بزرگسال و درصد بهبودی. خط ممتد، نشان‌دهنده درصد بهبودی در آخر درمان از نظر پژوهشگران است. خط منقطع نشانه رتبه‌بندی از سوی خود بیمار طی درمان است (گرفته شده از: هواردک، ی. کوپتا، س. م. کراس، م. س. و آرلینسکی، د.ا.، ۱۹۸۶). رابطه میزان درمان با تأثیر آن، مجله روان‌شناسان آمریکایی، ۴۱، ۱۵۹-۱۶۴

در این طرح، از دو گروه گواه جداگانه استفاده شد. در گروه اول ۱۰ ساعت درمان در هفته - ولی نه تمام انواع و صور مختلف رفتاردرمانی - صورت گرفت. در گروه دوم، کودکان در درمان شرکت نداشتند. روش‌های مختلف اندازه‌گیری و سنجش برای ارزیابی نتایج به کار برده شد، ولی تأکید اصلی بر فعالیت تحصیلی بود.

نتایج نشان داد که ۴۷ درصد گروه درمان شده به سطح طبیعی فعالیت شناختی و تحصیلی رسیدند که این نتیجه توسط آزمون‌های هوشی میزان شده و نمره‌های موفقیت‌آمیز آنها در مدرسه‌های عمومی کودکان طبیعی، ارزیابی شد. دو گروه گواه، تفاوتی در پیشرفت تحصیلی نشان ندادند و تنها ۲ درصد توانستند به سطح فعالیت تحصیلی کودکان طبیعی ارتقا یابند. تأثیر درمان مداوم و فزاینده، چشمگیر بود. برای مثال، در آزمون‌های هوش (مقیاس هوشی و کسلر برای کودکان، مقیاس استنفورد - بینه، یا سایر مقیاس‌ها)، اعضاء گروه درمانی در مقایسه با اعضای گروه گواه که تحت درمان قرار نگرفته بودند، به‌طور متوسط ۳۰ نمره بیشتر به دست آوردند. پژوهش لوواس (۱۹۸۷) به‌روشنی تأثیر درمان قوی را نشان داد. بر این مبنای می‌توان قدرتمندی درمان را مجزا از تأثیرات پیامد آن ارزیابی کرد. روش قوی به صورت فشرده در هفته (برای مثال ۴۰ ساعت درمان) و طولانی‌بودن مدت درمان (تا ۶ سال)، به مقدار بسیاری زیادی مؤثرتر از سایر روش‌ها بود. این نوع درمان را نمی‌توان در شرایط معمولی به‌آسانی مطالعه کرد، ولی داده‌های موجود به‌روشنی نشان می‌دهد که چه نوع تغییراتی را می‌توان به‌وجود آورد. قابل تصور است که می‌توان با تدوین روش‌هایی کم‌قدرت‌تر از این، عده زیادی از کودکان را به مدارس معمولی بازگرداند. بر اساس پژوهش لوواس به‌نظر می‌رسد که می‌توان به این هدف رسید.

پرسش اساسی‌ای که باید به آن پاسخ داد این است که آیا یک درمان با حداکثر شدت و قدرت، قادر به ایجاد تغییر خواهد بود و اینکه آیا این تغییر از جنبه بالینی حایز اهمیت است؟ زمانی خواهد رسید که نظریه پژوهشی بتواند تعیین کند که یک درمان قوی خاص، چگونه مشکل بالینی خاصی را برطرف خواهد کرد. بر اساس مفاهیم و روش‌های موجود، لوواس مؤثر بودن این الگو را به‌خوبی نشان داده است. به کارگرفتن گروه گواه که در آن درمان بسیار محدودی، مثلاً ۱۰ ساعت در برابر ۴۰ ساعت، و با عناصر درمانی محدود به کار گرفته شود (برای مثال کاستن از تعدادی از روش‌های تغییر رفتار کودک)، نشان می‌دهد که الگوی درمانی متداول تا چه حد نارساست.

اشاره‌های کلی: آزمون روش درمانی پر قدرت به ندرت انجام می‌شود و دلایل آن به آسانی قابل درک است. در آزمون درمانی روش پر قدرت، چندین مشکل ایجاد می‌شود. اول، ابعادی که قوی بودن را تعیین می‌کنند ناشناخته‌اند؛ به همین دلیل، حتی پژوهشگران با حسن نیت نیز نمی‌دانند یا قادر به این نیستند که چگونه درمان بخصوصی را به حداکثر شدت خود برسانند. دوم، برای افزایش قدرت درمان و نیز کسانی که در اجرای آن سهیم باشند (مانند کودکان، اولیا، و کسانی که هزینه‌های این نوع پژوهش‌ها را تأمین می‌کنند)، محدودیت‌هایی عملی وجود دارد. اندیشه درمان طولانی و شدید برای رفع رفتارهای غیر عادی، هنوز به اندازه‌ای که تنبیه طولانی مدت و شدید برای بزهکاران مورد توجه است، اهمیت لازم را نیافته است. سوم، عامل خستگی و فرسودگی است که در تداوم زمانی درمان، محدودیت ایجاد می‌کند. می‌توان به‌طور منطقی فرض کرد که هر چه بیشتر از بیمار خواسته شود درمان را ادامه دهد، مقدار خستگی و فرسودگی او افزایش می‌یابد؛ اگرچه، درمان‌های قوی الزاماً به جلسات متعدد و طولانی مربوط نیستند. بالاخره، مانع عمده دیگر بر سر راه درمان‌های قوی، هزینه آنهاست. درمان قوی و طولانی، هزینه زیادی دربر دارد (برای مثال هزینه درمانگر، آموزش درمانگر، تعداد جلسات، ساعت‌هایی که بیمار حضور می‌یابد). بنابراین طرح‌ریزی آزمون درمان قوی می‌تواند به دلیل دربر داشتن هزینه زیاد، مورد اعتراض قرار گیرد. اگرچه این نوع آزمون و پژوهش، هزینه سنگینی دربر دارد ولی در درازمدت، دانش به دست آمده از این راه، از صرف هزینه‌های بیشتری که در کاربرد آزمون‌ها در درمان‌های ضعیف‌تر استفاده می‌شود، جلوگیری خواهد کرد.

الگوی درمان‌پذیری^۱

توصیف: یک فرضیه بدیهی در تحقیقات مربوط به درمان این است که استفاده از یک روش بخصوص در درمان یک مشکل خاص، به نتیجه مثبت منجر می‌شود. ولی امری که بالقوه در هر تحقیق مربوط وجود دارد این است که یک روش درمانی خاص، هنگامی مؤثر واقع می‌شود که سایر عوامل مداخله‌کننده در درمان شناخته شوند. بخش عمده نوشته‌های مربوط به فرایند درمانی شامل تعداد زیادی از روش‌های مختلف برای ایجاد تغییر در رفتار بیمار است. در شناخت و ارزیابی نقش عوامل مربوط به کودک، اولیا و خانواده در درمان، علاقه نسبتاً کمتری وجود دارد، و جنبه‌های مختلف الگوی متداول روش درمانجو - درمانگر، شامل ارزیابی ویژگی‌های

درمانجو (مانند کودک و دیگر افراد مهم در اطراف او) یا درمانگر است که همه در چگونگی نتایج درمان مؤثر هستند. برای مثال، نشان دادن اینکه جنسیت، سن یا سطح رشد شناختی همه بر نتایج درمان اثر می‌گذارند ممکن است نشانگر استراتژی تنوع رابطه درمانجو - درمانگر باشد.

یکی از انواع این نوع روش را می‌توان به صورت یک الگوی مجزا در نظر گرفت. هدف این الگو، شناسایی افراد درمان‌پذیر و شرکت دادن آنها در یک آزمایش بالینی است. زمانی که روش درمانی مناسب با گروهی که درمان‌پذیری کمتری دارند روشن شد، مداخله درمانی را می‌توان به گونه‌ای گسترش داد که در آن از آزمون‌هایی مناسب برای اینگونه افراد، استفاده شود. اگر درمان، در کودکان کاملاً درمان‌پذیر، باعث درمان نشد، می‌توان نتیجه گرفت که احتمال مفید بودن کاربرد این روش درمانی برای گروه‌هایی که درمان‌پذیری کمتری دارند، بسیار کمتر است.

گزینش کودک برای درمان بر اساس درمان‌پذیری او، به مشکل بالینی و عوامل ایجادکننده و تداوم‌دهنده آن بستگی دارد. برای مثال، در درمان رفتار ضداجتماعی کودک، چند ویژگی خود او (مانند سنی که علائم بیماری ظاهر شده، و گستردگی این علائم)، خصوصیات اولیا (مانند پدری مشروب‌خوار و بزهکار)، و ویژگی‌های خانوادگی (مانند اندازه خانواده، و وجود خواهران و برادران بزهکار) در تداوم رفتار غیرعادی کودک اثر دارند (کز دین، ۱۹۸۷ الف). بر اساس داده‌های همه‌گیرشناسی می‌توان کودکان و نوجوانانی را که درمان‌پذیری متفاوتی دارند، شناسایی کرد. توجه به این موضوع بسیار مهم است، زیرا تاکنون مورد غفلت بوده است.

مثال: نمونه‌ای کاربردی از الگوی درمان‌پذیری را در تحقیقی که با بزهکاران جوان انجام شده است، می‌توان یافت. آدامز^۱ (۱۹۷۰) در مورد بزهکارانی که زندانی بودند و در سن اندک بیشتری قرار داشتند (تعداد ۴۰۰ نفر در محدوده سنی ۱۷ تا ۲۳) و به طور تصادفی به گروه‌های آزمایشی درمانی و گروه غیردرمانی گواه تقسیم شده بودند، روان‌درمانی فردی را به کار برد. این جوانان درمان‌پذیر، باهوش‌تر، پرحرف‌تر، مضطرب، از مشکلات خود آگاه، و به تغییر علاقه‌مند بودند. درمان شامل یک یا دو جلسه مشاوره طی ۹ ماه بود. برخی از جوانان در گروه درمانی شرکت کردند. پس از درمان و تا ۳ سال پیگیری، جوانان درمان‌پذیری که تحت درمان قرار گرفته بودند، در مقایسه با گروه گواه، گرایش بسیار کمتری به بزهکاری نشان دادند. در مقابل، جوانان درمان‌ناپذیری که تحت درمان قرار گرفته بودند، نسبت به گروه گواه وضع نامطلوب‌تری پیدا کردند. این پژوهش‌ها نشانگر این واقعیت است که تقسیم‌بندی کودکان و نوجوانان بر اساس درمان‌پذیری آنها، مفید است.

اشاره‌های کلی: روش شناسایی جوانان بر اساس درمان‌پذیری آنان را می‌توان بخشی از تحقیقات مرتبط با نتایج درمان به حساب آورد. در چهارچوب یک پژوهش می‌توان، جوانان را بر اساس درمان‌پذیری تقسیم‌بندی کرد و نمونه مورد مطالعه، نوع درمان و ویژگی‌های مددجویان را مورد شناسایی قرار داد. سپس گروه انتخاب شده را بر اساس درجه درمان‌پذیری به زیرگروه‌هایی دسته‌بندی کرد تا پیش‌بینی نتیجه درمان بر پایه درمان‌پذیری در هر مورد روشن گردد. البته یکی از موضوع‌های مهم، شناسایی عواملی است که به درمان‌پذیری مربوطند. نتایج تحقیقات در مورد مسائل بالینی دیگر ممکن است به موضوع فعلی کمک کند. برای مثال، کودکانی که دچار افسردگی یا اختلالات اضطرابی هستند، به احتمال قوی اولیایی مشابه خود دارند (لاست^۱، فرانسیس^۲، هریسن، کزدین، و استراوس^۳، ۱۹۸۷؛ استرابر^۴ و کارلسون، ۱۹۸۲). ممکن است کودکانی با علایمی مشابه با بیماری کودکان مذکور، که تاریخچه خانوادگی متفاوتی داشته باشند، درمان‌پذیری بیشتری نشان دهند.

اگر در حال حاضر شناسایی علایم بسیار مشخص در تحقیقات دشوار است، ولی متغیرهای کلی‌تری وجود دارند که بر اساس آنها می‌توان موقتاً افرادی را انتخاب کرد که درمان‌پذیری آنها زیاد است. الگوهای ناپهنجاری خانوادگی، وقوع حوادث پراسترس و بدخلقی، برخی از متغیرهایی هستند که به شروع علایم بیماری و تداوم آنها مربوط می‌شوند. این عوامل، هشداردهنده تمام اختلالات نیستند، ولی به‌طور کلی تا حدی قادر به پیش‌بینی وقوع بیماری‌های عمده طولانی‌مدت هستند. به همین دلیل، ممکن است این عوامل نقاط عطفی برای شناسایی جوانانی باشند که درمان‌پذیرند (کارلسون و اِرلز، ۱۹۸۷؛ جانسون، ۱۹۸۶).

الگوی مداخله گسترده

توصیف: گستره و طیف مشکلات بالینی، با توجه به مقدار تأثیر آنها بر جنبه‌های مختلف زندگی کودک می‌تواند متفاوت باشد. برخی از مسائل، نسبتاً محدود هستند (مانند شب‌اداری و تیک) و بنابراین می‌توان با روشی مشخص و تعریف‌شده، به درمان آنها پرداخت. مشکلات دیگر نیز تا حدی تعریف‌شده و محدودند، ولی امکان دارد بر فعالیت‌های مختلف فرد اثر بگذارند. برای

1. Last

2. Francis

3. Strauss

4. Strober

مثال، اضطراب جدایی^۱ ممکن است سبب ماندن کودک در منزل و انزوای اجتماعی وی شود. زمانی که اضطراب کاهش می‌یابد، رفتن به مدرسه و آمیختن با همکلاسی‌ها برای کودک جنبه درمانی دارد. درمان اضطراب ممکن است تأثیر گسترده‌ای بر سایر کنش‌های فرد باقی بگذارد. اما مشکلات دیگر، به‌لحاظ ماهیت، بسیار گسترده هستند. تقریباً تمامی کنش‌های عادی کودک در ارتباط با ناپه‌نجاری او (از قبیل اختلال رشدی فراگیر، عقب‌ماندگی ذهنی شدید) قرار دارند. لزومی ندارد به رفتارهای خیلی شدید اینگونه کودکان بنگریم تا متوجه مشکلاتی شویم که تأثیراتی مداوم دارند. برای مثال، رفتار ضداجتماعی کودک به فعالیت‌های او در منزل و مدرسه، ارتباط او با بزرگسالان و همسالان، فرایندهای شناختی رفتاری مربوط به روابط اجتماعی و عملکرد تحصیلی تعمیم می‌یابد. در کاربرد درمان متداول، از روش مداخله درمانی خاصی برای تغییر برخی از رفتارهای مهم کودک یا ساختارهایی که در آن زندگی می‌کند، استفاده می‌شود. تعارض‌های روانی، عزت نفس، فرایندهای شناختی و سایر رفتارها، ابعاد مختلف درمان را نشان می‌دهند. آن جنبه از رفتار کودک که هدف اصلی درمان است، از لحاظ نظری و بالینی محور اساسی مشکلات کودک را تشکیل می‌دهد. ولی با توجه به گستره نارسایی‌ها و تداومشان (مانند رفتارهای ضداجتماعی)، محدوده بیشتر درمان‌ها به اندازه کافی وسیع نیست.

در ادامه بحث در مورد مثال مربوط به رفتار غیراجتماعی، از روش‌های درمانی مختلف و گستره تأثیر آنها چه انتظار منطقی می‌توان داشت؟ برای مثال، هرگاه روان‌درمانی فردی تغییرات مهمی در برخی از جنبه‌های روانی فرد ایجاد کند، آیا می‌توان انتظار رفتار پرخاشگرانه کمتر، رفتار اجتماعی سالم‌تر در مدرسه، و پیشرفت نمره‌های درسی یا کاسته شدن از عصبانیت را نیز داشت؟ ارتباط بین پیشرفت رفتاری در روان‌درمانی فردی به نحوی که در روش‌های روان‌پویشی و مراجع‌محوری تعریف می‌شود و تغییراتی که در رفتارهای ضداجتماعی کودکان و نوجوانان رخ می‌دهد، هنوز به صورتی مشخص و عینی معلوم نشده است. همچنین، در مورد آموزش مهارت‌های اجتماعی (یعنی روشی که مستقیماً بر رفتار بین فردی تأکید دارد)، انتظار تغییر در قلمروهایی مانند کنش‌های شناختی، نمره‌های درسی، و عصبانیت، غیر منطقی به نظر می‌رسد. البته ممکن است در رفتار اجتماعی معمولی پیشرفت‌هایی حاصل شود، ولی الزاماً با تغییرات در سایر قلمروهای رفتاری همراه نخواهد بود.

یک پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده این است که محدوده کاربرد روش‌های درمانی برای مسائل معمولی را به محدوده‌های گسترده‌تری از مسائل بالینی و گروه‌ها و کودکان و نوجوانان گسترش دهیم. شاید لازم باشد به درمان به «سبک توازنی»^۱ روی آورد که در آن، چندین درمان مستقل وجود دارند که در یک برنامه درمانی کلی، درهم تنیده و با یکدیگر همراه می‌شوند. در درمان، بخش‌های مختلف مرتبط با ناسازگاری کودک را می‌توان مورد توجه قرار داد (مثلاً در مورد خانواده، آموزش و خانواده‌درمانی و برای کودک، روان‌درمانی فردی و گروهی). افزون بر این، ممکن است جنبه‌های مختلف نابهنجاری‌های رفتار کودک، به درمان‌های خاصی نیاز داشته باشد (مانند دارودرمانی برای جلوگیری از رفتار پرخاشگرانه، راهنمایی تحصیلی و روش‌های تغییر رفتار برای محیط کلاس و محیط اجتماعی).

یکی از جوانب این امر که مستلزم توجهی ویژه برای استفاده از الگوی گسترده می‌باشد، پیشرفت تحصیلی است. مشکلات تحصیلی غالباً دلیل اصلی ارجاع کودکان به کلینیک‌های روانی است (گیلبرت، ۱۹۵۷). کودکانی که برای درمان مسائل عاطفی ارجاع می‌شوند، غالباً دچار دشواری‌هایی در امر تحصیل هستند که این امر، در نمردهای درسی و سطح پیشرفت آنها در خواندن، نوشتن و ریاضی منعکس می‌شود^۲. برای برخی از نارسایی‌های بالینی (مانند شب‌ادراری و تیک)، پیشرفت تحصیلی ممکن است مشکلی نباشد. برای نارسایی‌های دیگر (مانند اختلال توجه - بیش‌فعالی، اختلال سلوک^۳) بسیار محتمل است که کودک عملکرد تحصیلی مطلوبی در مدرسه نداشته باشد.

عدم پیشرفت تحصیلی یکی از مهمترین و شاید فراموش‌شده‌ترین نارسایی‌هایی است که در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی قرار می‌گیرد. اهمیت آن وقتی روشن می‌شود که بدانیم پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که بر مبنای عدم پیشرفت تحصیلی در کودکان می‌توان احتمال وقوع نارسایی‌های روانی را پیش‌بینی کرد و دیگر اینکه نارسایی‌های روانی، پیش‌بینی‌کننده عدم پیشرفت تحصیلی بیشتر در آینده خواهد بود (باکمن^۴، جانستون،

1. modular fashion

^۱. در DSM III-R چندین اختلال رشدی فراگیر گنجانده شده که حوزه‌های تحصیلی در زمینه‌های خواندن، نوشتن، و ریاضیات را شامل می‌شود (اختلال در خواندن، زبان بیانی نوشتاری، و ریاضی). اما این واقعیت که این اختلال‌ها، شناخته شده‌اند و تشخیص داده می‌شوند، ضرورتاً به معنای آن نیست که آنها به‌درستی و به صورتی خاص، در طرح‌های درمانی در نظر گرفته می‌شوند.

2. conduct disorder

3. Bachman

اوملی^۱، ۱۹۷۸، هابز؛ ۱۹۸۲). در حال حاضر، نتایج پژوهش‌ها، رابطه بین عدم پیشرفت تحصیلی و رخداد بیماری‌ها را در آینده دور و همچنین نحوه درمان آنها را به روشنی پیش‌بینی نمی‌کند، ولی پیشرفت تحصیلی در پایان درمان، تداوم بهبودی در تحصیل و رفتار کودک را پیش‌بینی می‌کند (بانن^۲، استیونز^۳، گلن‌ویک^۴، ۱۹۸۶). این موضوع نسبتاً روشن است که نارسایی تحصیلی شامل خواندن و نوشتن نیز می‌شود و این مشکلات با سایر مسائل رفتاری (مانند نشان دادن واکنش شدید) همبستگی دارد (نگاه کنید به کلاریتزیو^۵ و مکوی^۶، ۱۹۸۳). تأثیر گسترش درمان روانی اجتماعی به محیط مدرسه، هنوز به روشن شدن عنوان موضوع نیاز دارد. با وجود این، بر اساس تحقیقات موجود، هرچند ناقص، مصلحت این است که در مورد کودکانی که پیشرفت مطلوبی در مدرسه ندارند، از روش‌های مشخص مداخله تحصیلی استفاده کنیم.

مثال: به تازگی نیاز به مداخله گسترده برای کودکان افسرده نیز مورد مطالعه قرار گرفته است. نشانه‌های افسردگی (مانند احساس غم، بی‌میلی به فعالیت، و احساس بی‌ارزشی) با مصرف داروهای سدحلقه‌ای به نحو مؤثری درمان شده است. ولی پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که کودکان افسرده به نحو محسوسی در ارتباط با مادر و همسالان خود، به ویژه در مقایسه با کودکان غیرافسرده و کودکان سالم مشکل دارند (بوئیخ - آنتیک و همکاران، ۱۹۸۵ الف، ۱۹۸۵ ب). پس از بهبود افسردگی با استفاده از دارو، رابطه بین کودک با مادر و همسالان، همچنان ناپه‌نجا باقی می‌ماند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که رابطه اجتماعی ناسالم که غالباً با افسردگی همراه است، ممکن است با استفاده از دارو بهبود نیابد، ولی شاید بتوان با کاربرد نوعی از درمان‌های دیگر که بیشتر به مهارت اجتماعی و روابط بین فردی توجه دارد، طیف وسیعی از علایم ناپه‌نجاری را درمان کرد. در واقع، پژوهش در مورد افسردگی با بزرگسالان نشان داده که درمان روانی اجتماعی (مانند روان‌درمانی بین فردی) و دارودرمانی، غالباً نتایجی منحصر به فرد و مکمل یکدیگر در برطرف کردن علایم بیماری به دست می‌دهد (کلرمن و شیکتر^۷، ۱۹۸۲).

درباره محدوده نارسایی‌های مربوط به رفتار ضداجتماعی کودکان اطلاعاتی بیش از افسردگی در دست است. برای ناپه‌نجاری‌های محدود غالباً مداخله‌های روانی مشخص، به

1. O'Malley

2. Baenen

3. Stephens

4. Glenwick

5. Clarizio

6. McCoy

7. Klerman & Schechter

اندازه لازم کاربرد دارند. برای مثال، آموزش اداره کودک به اولیا متمرکز بر رابطه کودک-اولیاست و فایده اصلی آن درمان رفتارهای انحرافی است. بسیاری از مشکلات درون خانواده (مانند انواع آسیب‌ها و اختلاف‌های خانوادگی) معمولاً درمان نمی‌شوند، اگرچه ممکن است با درمان کودک ارتباط داشته باشند. موضوع بدیهی دیگر این است که آموزش اولیا، برای بهبود مهارت‌های اجتماعی و توانایی ارتباط بین فردی آنها تنها بر کودکان متمرکز نیست. اگرچه در الگوی فکری‌ای که برنامه آموزش اداره کودک برای اولیا، بر اساس آن تهیه می‌شود، بر استعداد‌های کودک در پاسخ‌دادن به محیط تأکید نمی‌شود، اما شواهد کافی وجود دارد که چنین کودکانی بالقوه در ایجاد ارتباط بین فردی مشکل دارند (داج، ۱۹۸۵؛ اسپوواک و همکاران، ۱۹۷۶). بنابراین درمان را می‌توان به نحوی گسترش داد که شامل قلمروهای دیگر مشکلات کودک نیز بشود.

اکثر درمان‌ها طیف و کاربرد نسبتاً محدودی دارند. این وضع، چندین ویژگی مطلوب دارد. خوشبختانه تکنیک‌های ویژه، تأثیراتی خاص بر حیطه برخی از واکنش‌ها می‌گذارند و لازم نیست با تبلیغ، مفیدبودن آنها در رفع مشکلات کودک و خانواده اثبات شود. از سوی دیگر، بسیاری از مشکلات بالینی چندبعدی هستند و می‌توان این پرسش را مطرح کرد که آیا یک روش ویژه به تنهایی قادر است یک مشکل بالینی را که دارای ابعاد مختلفی است، درمان کند؟ این دلیل، برای کاربرد روش «تفنگ ساچمه‌ای»^۱ در درمان یا به کاربردن روشی نامشخص و تلفیقی سست عنصر یا برعکس، منطقی نیست. این مشکل به روشی منطقی و عینی برای انتخاب درمان‌هایی با طیف وسیع و گسترده نیاز دارد تا بتواند با نارسایی‌های چندبعدی مقابله کند.

اشاره‌های کلی: فکر استفاده از درمان چندبعدی موضوع جدیدی نیست. در واقع پژوهشگران بالینی از مدت‌ها پیش، ابعاد پیچیده و مختلف مسائل کودکان و خانواده‌های آنها را شناسایی کرده و خانواده‌درمانی، ارائه خدمات جامعه‌نگر و مشاوره شغلی را، به‌علاوه درمان مستقیم، برای نارسایی‌های کودک و خانواده پیشنهاد کرده‌اند (گلیک^۲، ۱۹۷۲). برخی برنامه‌های درمانی به‌طور معمول چنین خدمات متعددی را ارائه می‌دهند. به‌عنوان مثال، برنامه‌های بستری کردن کودکان نابهنجار غالباً شامل روش‌های مداخله درمانی بسیار گسترده است (برای مثال موسیقی، هنر، درمان‌های تفریحی). این برنامه‌ها بدون توجه به فایده آنها اجرا می‌شود (کزدین، ۱۹۸۵).

1. gunshot approach: منظور از این اصطلاح آن است که همانند تفنگ ساچمه‌ای که می‌تواند پخش شود و به هدف‌های متعددی اصابت کند، الگوی گسترده نیز چنین ماهیتی دارد. (مترجم)

2. Glick

نمونه‌های دیگری از درمان گسترده وجود دارد که در آنها تعدادی از عناصر درمانی انتخاب، و به صورت منسجم اجرا می‌شود. نمونه‌ای از این رویکرد، برنامه ماسیمو^۱ و شور^۲ (۱۹۶۳، ۱۹۶۷) است که در آن، روان‌درمانی، به ایجاد اشتغال و تحصیل برای نوجوانان ضدا اجتماعی توجه دارد. همچنین در «تحقیق کمبریج - سامرویل بر کودکان و نوجوانان»، جوانان بزهکار، تحت مشاوره فردی و خانوادگی، آموزش تحصیلی، برنامه جامعه‌نگر، درمان روان‌پزشکی و دارویی قرار گرفتند (پاورز^۳ و ویتمر^۴، ۱۹۵۱). این مطالعات نشان‌دهنده برخی از کوشش‌هایی است که برای ایجاد درمان‌های همد جانبه صورت گرفته است، ولی آنها الگویی برای هدایت پژوهش‌های آینده نخواهند بود. این تحقیقات و پژوهش‌های مانند آنها که به ارزشیابی درمان‌های چندبعدی نیاز دارند، دارای مشکلاتی هستند.

اول اینکه وجود عناصر مختلف، سبب ایجاد بی‌نظمی و نیازهای یک جانبه می‌شود. تمام افراد از همه عناصر یک درمان بهره‌مند نمی‌شوند یا حتی به یک میزان مشابه از همان درمان استفاده نمی‌کنند. فردی کردن درمان کار مطلوبی است، ولی تصمیم اصلی این است که درمان برای چه کسی و در چه زمانی انجام شود و چرا. ثانیاً عناصر درمان به ندرت به نحوی توصیف می‌شوند که اجازه دهد تا تحقیق بالینی و آزمایشی تکرار شود. بالاخره، موضوع‌هایی همچون اهمیت عناصر مختلف درمان‌های گسترده و ارزیابی کافی مشکلات متعدد، روشن نشده‌اند، به نحوی که نمی‌توان مطمئن بود که این درمان بخصوص مورد آزمایش واقع شده یا درباره عناصر مختلف آن پژوهش کافی به عمل آمده است یا خیر. در حقیقت ارزیابی اهمیت درمان در مورد درمان‌های چندبعدی بسیار لازم است، زیرا در این روش، مداخله‌های درمانی غیر علمی بسیار زیاد رخ می‌دهد. پیچیدگی درمان و یکسان نبودن توانایی درمانگران برای ارائه درمان، مداخله‌های درمانی را از لحاظ علمی مورد تردید قرار داده است.

نیاز بالقوه به روش مداخلات گسترده، دلیلی بر آن نیست که تکنیک‌های مختلف و متنوع، به دلیل جاذبه شخصی و اعتبار صوری آنها برگزیده شوند. برای دقت و تمرکز هرچه بیشتر، لازم است درمان‌ها بر مبنای بهترین مفاهیم نظری و شواهد، انتخاب شوند. درمان‌هایی که برای این کار برگزیده می‌شوند، باید به دلایل محکمی انتخاب شوند. در حال حاضر، بسیاری از درمان‌ها از مبنای نظری قدرتمندی برخوردار نیستند. همراه ساختن تکنیک‌های مختلف، بدون در نظر گرفتن اینکه با چه هدفی تدوین شده‌اند و اینکه به چه صورتی باید اجرا شوند، می‌تواند خود بر پیچیدگی مشکل بیفزاید.

1. Massimo
3. Witmer

2. Powers

تمایلی به رد روش نهفته در شیوه مداخله گسترده وجود دارد که به عدم قطعیت در نتایجی که می‌توان به آنها دست یافت، مربوط می‌شود. در پایان این نوع درمان، نمی‌توان به درستی روشن کرد که چه عنصر (یا عناصری) موجب تغییر شده است. شاید تمام عناصر درمانی، لازم نبوده‌اند، یا اینکه اساساً پیچیدگی مداخله درمانی، لزومی نداشته است. پاسخ‌های متفاوتی به این‌گونه پرسش‌ها داده شده است. روش مداخله درمانی گسترده، برای شرایطی که درمان‌های محدود و ساده برای حل آنها کفایت کنند، به کار نمی‌رود. این روش، برای شرایطی نتایج درمانی دربر دارد که مشکلات بالینی پیچیده و چندبعدی وجود داشته باشند و لازم باشد تا روش‌های مشخص و تعریف شده مؤثری برای آنها یافت شود. در اینگونه موارد، نخستین کار آن است که تغییری بالینی به وجود آید. درمان چندبعدی و گسترده، نقطه عطفی برای دستیابی به حداکثر تغییر درمانی است. در این رابطه منطق زیربنایی روش گسترده، بسیار شبیه الگوی مداخله قوی است. در مداخله گسترده، اولویت اساسی، نشان دادن تغییرات اولیه است. زمانی که در پی روش گسترده تغییراتی به بار می‌آید، شایسته است که از طریق روش جداسازی، به تحلیل تک تک اجزای سازنده آن بپردازیم.

الگوی بیماری مزمن^۱

الگوی بیماری مزمن، آخرین الگویی است که به‌عنوان الگوی نهایی پژوهش درباره روش‌های روان‌درمانی، به ارائه مقدماتی نیاز دارد. در روان‌شناسی و سایر علوم اجتماعی، نوعی تلقی ناخوشایند از الگوی «پزشکی»^۲ آسیب‌شناسی یا نابهنجاری رفتار وجود دارد. در این الگو سعی می‌شود علل ایجاد یک نابهنجاری بخصوص تعیین شود و روشی درمانی برای آن ارائه شود و پیش‌بینی گردد که در آینده، روند بیماری چگونه خواهد بود. در واقع، در رشته پزشکی، الگوهای مختلفی از بیماری، آسیب و نابهنجاری وجود دارد (باس^۳، ۱۹۶۶). انتخاب یکی از این الگوها دشوار نیست (برای مثال عفونت میکروبی^۴، بیماری ویروسی، بحران‌ها^۵) و نیز مشکل نیست که نشان دهیم چگونه این الگو به کلی برای درمان مجموعه نابهنجاری‌های رفتاری خاصی نامناسب است. ما در اینجا علاقه‌مندی خاصی به بحث گسترده‌تر درباره الگوی پزشکی و نقاط ضعف و قوت آن نداریم (کزدین، ۱۹۷۸ الف).

1. chronic disease model

3. Buss

5. trauma

2. medical model

4. bacterial infection

تحقیقات نشان می‌دهد که برخی از مشکلات (مانند اختلال سلوک، نارسایی توجه - بیش‌فعالی، و افسردگی زیاد) ممکن است عوارض و تبعاتی داشته باشد که تمام عمر به طول انجامد. الگوی معمولی و متداول ممکن است نتواند راهبردهایی نهایی برای شناسایی مداخله درمانی مؤثر ارائه دهد، ولی یک الگو از بین الگوهای متعدد وجود دارد که ممکن است رویکرد مناسبی برای شناسایی و گسترش درمان‌های روانی اجتماعی باشد و آن الگوی بیماری مزمن است. البته بیماری‌های مزمن بسیارند و در اینجا نیز ممکن است آنها را بر اساس سبب‌شناسی، روند بالینی و پاسخی که به الگوهای مختلف درمان می‌دهند، بتوان طبقه‌بندی کرد.

در بین بیماری‌های مختلف، «دیابت شیرین»^۱ تاحدی به دلیل اینکه می‌تواند به اختلالات رفتاری و پرتحرکی مربوط باشد، شناخته شده است. این مشکلات ممکن است در برخی از کودکان و نوجوانان از بدو تولد تا بزرگسالی ادامه یابد. دیابت شیرین، اختلالی مربوط به سوخت و ساز کربوهیدرات‌ها^۲ است که نتیجه تولید ناکافی یا عدم استفاده از انسولین است. معمولاً دیابت نوعی بیماری مزمن شناخته شده است که درمان آن قطعی نیست. درمان آن بر اساس این فرضیه استوار است که بیمار دچار حالتی است که به توجه و مراقبت و درمان مداوم نیاز دارد.

اساس الگوی تحقیق درباره روان‌درمانی این است که یک روش مداخله روانی را برای مدت خاصی (مثلاً چند هفته یا ماه) اجرا می‌کنیم تا درمان صورت گیرد و امیدوار شویم که تغییراتی حاصل می‌گردد. برای بسیاری از متخصصان، این الگو شبیه یکی از الگوهای پزشکی نامناسب است؛ برای مثال، الگوی عفونت میکروبی که در آن از پادزهر (مثلاً آنتی‌بیوتیک) استفاده می‌شود و انتظار می‌رود که مشکل از بین برود (یعنی بیماری درمان شود). در واقع این الگو حتی برای یک بیماری جسمانی دشوار مانند دیابت نیز نامناسب است، زیرا هرگاه درمان مطلوب (مثلاً انسولین) به مدت محدودی استفاده شود، پس از خاتمه درمان، نمی‌توان از آن انتظار درمان قطعی داشت. شاید ارزشمند باشد که بعضی از انواع ناپهنجاری‌های دوران کودکی را بیماری‌های مزمنی تلقی کنیم که به مداخله درمانی، کنترل دایمی، و ارزیابی در تمام عمر نیاز دارند. برای مثال، اختلال سلوک^۳ را می‌توانیم به‌عنوان یک ناپهنجاری دوران کودکی در نظر بگیریم که الگوی بیماری مزمن، برای آن مناسب است. اول از این جهت که از تحقیقات مربوط به

1. diabetes mellitus

2. Carbohydrate Metabolism

3. conduct disorder

اختلال سلوک چنین نتیجه‌گیری شده که این نابهنجاری از لحاظ رشد و تکامل، بسیار شبیه بیماری‌های مزمن است. همچنین نارسایی هم در دوران کودکی (مانند تأثیر در رفتار مربوط به مدرسه و خانه، ارتباط بین فردی، جنبه‌های شناختی، و تحصیلی در کودک) و هم در دوران بزرگسالی (سازگاری روان‌شناختی، اجتماعی، و شغلی) تأثیر وسیعی بر فرد دارد.

دوم اینکه در واقع تعدادی روش‌های درمانی وجود دارد که می‌تواند تغییراتی در رفتار ضداجتماعی به وجود آورد. بسیاری از درمان‌های رفتاری مانند آموزش مهارت‌های اجتماعی و برنامه‌های تشویق و تنبیه، در تغییر رفتار مؤثرند (کزدین، ۱۹۸۵). برنامه‌های جامع رفتاری برای کودکان و نوجوانان ضداجتماعی (مانند برنامه مرکز پیشرفت در کانزاس^۱) به ویژه در هنگام اجرا، بسیار مؤثرند (کایریگین^۲، براکمان^۳، اتواتر^۴، و ولف^۵، ۱۹۸۲). ولی این برنامه‌ها بدطور کلی، به ویژه هنگامی که مدت درمان کوتاه بوده، تأثیر درازمدتی نداشته است. این واقعیت که درمان‌های مبتنی برالگوهای متداول فقط در زمانی که درمان ادامه دارد سبب تغییرات چشمگیر می‌شوند، بدین معنا تفسیر شده است که آنها موفق نبوده‌اند (یعنی اینکه این درمان‌ها خوب هستند، اما نه به اندازه کافی). از سوی دیگر، این درمان‌ها از دیدگاه الگوی بیماری مزمن مؤثر هستند و فقط باید تداوم داشته باشند تا نتیجه مطلوب را به دست دهند.

ما در اینجا نیازی به ادامه مقایسه دیابت با برخی از اختلالات روانی یا روانی اجتماعی نمی‌بینیم، ولی مطرح کردن دیابت کمک می‌کند تا بدالگویی توجه کنیم که دیدگاهی بسیار متفاوت از پژوهش‌های متداول درباره درمان اختلال کودکی، ارائه می‌دهد. همچنین، جنبه‌ای جالب از درمان دیابت وجود دارد که ممکن است مناسب باشد. بر اساس این الگو، بیماری دیابت یا مرض قند غالباً باید تحت درمان مداوم با «انسولین» باشد. ولی تحقیقات اخیر در پیوند اعضای بدن نشان می‌دهد که ممکن است برای تعدادی از افراد، درمان قطعی وجود داشته باشد. گرچه پیش‌بینی اینکه این روش در چند سال آینده تا چه اندازه می‌تواند مؤثر باشد دشوار است، نکته‌ای که باید درک کرد این است که استفاده از یک الگوی بیماری مزمن برای برخی از اختلالات روانی، به معنای اعتقاد قطعی به آن نیست. در این الگو، بر تداوم توجه، کنترل رفتار و کشش فرد تا زمانی که روش مداخله روانی بهتر، کوتاه‌تر و مؤثرتری یافت شود، تأکید می‌شود.

1. Achievement Place program initiated in Kansas

2. Kirigin

3. Braukmann

4. Atwater

5. Wolf

نتیجه‌گیری

در این فصل پنج الگوی متفاوت که می‌توان از آنها در درمان کودکان به‌گونه‌ای مؤثر استفاده کرد، مطرح شد. الگوی درمان متداول، روشی است که به‌رهوری آن در اکثر پژوهش‌های مربوط به نتایج درمان مشاهده می‌شود. مطرح کردن این الگو به سبب بی‌اهمیتی آن نبود، ولی این الگو در واقع می‌تواند به پرسش‌های بسیاری درباره درمان و عواملی که به کفایت آنها یاری می‌دهد، پاسخ گوید. شیوه‌های مشخصی در درون الگوی متداول مورد توجه قرار گرفت؛ از جمله، درمان مجموعه‌ای، تجزیه‌ای (اجزایی)، سازنده، پارامتریک (تغییر اجزای درمانی)، مطابقتی، و راهبرد تنوع رابطه درمانگر و درمانجو. گرچه این شیوه‌ها دارای محدودیت‌هایی هستند، اما الگوی متداول، به اندازه کافی در رابطه با روان‌درمانی کودکان مورد بررسی قرار نگرفته است. نارسایی‌هایی سبب شده است که در برخی موارد، نتایج مطلوبی از این الگو به دست نیاید. حتی با پیشرفت روش‌شناسی، الگوهای دیگری نیز وجود دارند که باید به آنها به‌طور جدی توجه کرد. این الگوها می‌توانند شناسایی الگوهای مداخله درمانی را بسیار تسریع کنند. در این باره، چند الگو ارائه شد که شامل «الگوی مداخله قدرتمند»، «الگوی مداخله گسترده»، «الگوی درمان‌پذیری» و «الگوی بیماری مزمن» بودند.

می‌توان این بحث را مطرح کرد که این الگوها چندین بار مورد آزمایش قرار گرفته و نمونه‌هایی نیز در این زمینه ارائه شده‌اند. برای مثال، تحقیقات انجام شده مربوط به پیشگیری را که در آنها بر کودکان و نوجوانان پرخطر و مداخله‌جو در جامعه تأکید شده و خدمات زیادی به رفع مشکلات کودکان کرده است، می‌توان به الگوهای درمان‌پذیری و گسترده مربوط دانست. ولی تحقیقات معدودی بر اختلالات دارای تعریف عملیاتی، پژوهش‌هایی درباره عوامل شناخته شده مربوط به پیش‌آگهی‌های طولانی‌مدت، تلفیق بخش‌های مختلف درمان به نحوی منطقی، و ارزیابی تأثیر هر یک بر نارسایی‌های فردی، متمرکز بوده است. کوتاه سخن اینکه، الگوها به نحوی که بر مسائل مطرح شده، منطبق باشند، اجرا شده است.

بر همین منوال، الگوی بیماری مزمن، به نحوی که در مسائل مربوط به بهداشت روانی مطرح می‌شود، روش جدیدی نیست؛ مشکلات بهداشت روانی از قبل هم بر اساس همین دیدگاه مطرح می‌شده است (مانند روش درمان گروه‌الکلی‌های بی‌نام^۱ در زمینه درمان مشروب‌خواران، نارسایی‌های کودکی مانند اختلال سلوک و اختلال نارسایی

1. Alcoholics Anonymous

توجه - فزون جنبشی). یک جنبه اساسی این الگو که هنوز اجرا نشده، این است که به منظور کنترل درجه سازگاری کودک از طریق استفاده از اطلاعات برای اجرای مجدد درمان، پیشرفت او را به نحو متناوب (برای مثال در منزل، مدرسه و جامعه) ارزیابی کنند. در واقع روش کلیدی در درمان دیابت، ارزیابی توانایی کنترل بیمار بر مقدار گلوکز در خون خود است. اینکه آیا درمان باید اضافه یا کم شود یا تغییری اساسی کند، به نتیجه‌ای بستگی دارد که ارزیابی نشان می‌دهد. ارزیابی پیشرفت کودک و نوجوان، مشکلی برای استفاده از روش‌های دیگر ایجاد نمی‌کند. قبل از اعمال الگوی «بیماری مزمن» که مستلزم درمان طولانی مدت است، آزمایش‌های بیشتری برای استفاده از درمان فشرده در چهارچوب الگوهای متداول و سایر الگوهای درمانی، ضرورت دارد. در حال حاضر، اطلاعات کمی در مورد درمان اختلالات کودکان و نوجوانان وجود دارد. در فصل ۴، چند روش امیدوارکننده مورد بحث قرار گرفت که شامل آموزش اولیا، خانواده‌درمانی فعال، و آموزش مهارت‌های لازم برای حل مسائل زندگی بود. حتی در مورد بهترین روش درمانی، تعداد آزمایش‌های کنترل شده در گروه‌های بالینی تحت درمان، بسیار اندک است. در مورد تعداد زیادی از روش‌های بالینی دیگر، بخش عمده داده‌ها، توصیفی و نه آزمایشی است (شِفر و همکاران، ۱۹۸۲، ۱۹۸۴، ۱۹۸۶؛ شِفر و میلمن، ۱۹۷۷).

با توجه به کمبود پژوهش و محدودیت‌های روش تحقیق در این مطالعات، واضح است که ترک الگوی متداول، واکنشی زودرس خواهد بود. از سوی دیگر، صلاح نیست که در این برهه از زمان، آزمون و پژوهش در مورد هر الگوی درمانی به تعویق افتد. نگاهی به وضع درمان‌های موجود، الگوهای جدید آزمایش و پژوهش را بسیار ضروری می‌سازد.

فصل هفتم

پیشنهادها و جهت‌گیری‌های آینده

در فصل‌های قبل، وضع فعلی پژوهش درباره نتایج روان‌درمانی کودک مورد بحث قرار گرفت. دلایل مستند مبتنی بر مرور نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی، متاآنالیز، مطالعات انفرادی در زمینه نتایج درمانی، و برنامه‌های تحقیقاتی، امیدوارکننده بود. افزون بر آن، مشکلات محتوایی و روش‌شناختی‌ای نیز که مانع پیشرفت تحقیقات می‌شوند مورد بحث قرار گرفت. در جریان ارائه دلایل و شواهد، طبیعی است که تفسیرهای نویسنده، بر نتایج به‌دست آمده تأثیر بگذارند. هدف، گردآوری شواهد برای اثبات این فرضیه بود که وضع کنونی تحقیق درباره روان‌درمانی کودک، زیاد مطلوب نیست و اینکه جهت‌گیری‌های پژوهشی مفید، در آینده ضرورت دارد. هدفی که شاید کاملاً تحقق نیافته باشد این است که در تحقیقات مربوط به نتایج روان‌درمانی، تصویر نسبتاً روشنی از وضع موجود به‌دست آمده باشد. در این فصل تلاش می‌شود نکات اصلی در مجموعه منسجمی ارائه شود، به این نحو که به پژوهشگرانی که در زمینه نتایج درمان کودک کار می‌کنند، پیشنهادهایی ارائه شود.

پیشنهادها و موضوع‌ها

نظریه‌ها و پژوهش‌های اساسی در زمینه نابهنجاری کودک

تأکید بر چند موضوع مشخص، سبب ایجاد و شناسایی درمان‌های مفید می‌شود. تحقیقات بهتر در مورد نتایج درمان، برای ارائه درمان‌های مؤثر ضرورت دارد، ولی چنین پیشرفت‌هایی منوط به توجه به برخی از موضوع‌های اساسی است. نظریه و تحقیق در ماهیت نابهنجاری‌های

کودکی، بسیار مورد نیاز است. در این رابطه، نظریه، به مفهوم‌سازی^۱ چگونگی ایجاد مسائل ناپهنجار و عواملی که سبب بروز و درمان آن می‌شود، اشاره دارد. انتظار پروراندن نظریه‌های خارق‌العاده‌ای که در زمینه یک الگوی مفهومی خاص (مانند روان‌پویشی یا رفتارگرایی) برای تبیین آسیب‌شناسی یا حتی یک اختلال خاص به کار رود، منطقی نیست. نظریه‌های گسترده، زمینه‌ای برای تبیین مسائل فراهم می‌آورند، ولی به ندرت باعث ایجاد فرضیه‌های قابل سنجش^۲ می‌شوند.

شاید ارائه «خرده‌نظریه‌ها»^۳ در این زمینه مفیدتر باشد، بدین معنا که الگوها یا تبیین‌هایی که به منظور روشن کردن یک یا چند عنصر ناپهنجاری خاص ارائه می‌شوند، مطلوب‌ترند. در نظر اول، یک خرده‌نظریه فقط می‌کوشد تأثیر سلسله عوامل محدود و مشخصی را بر یک پدیده خاص تشریح کند. «خرده‌نظریه‌ها» که گسترده‌شان محدود است، قابلیت سنجش بیشتری دارند و رد و قبول یا تغییرشان آسان‌تر است.

برای مثال، پترسون (۱۹۸۶) الگوهای مختلفی برای تبیین چگونگی ایجاد و روشن شدن رفتارهای ضداجتماعی در کودکان ارائه کرده است. او برای تشریح پیدایش رفتار ضداجتماعی کودک در خانه که بر خودپنداره کودک، روابط او با همسالان، و رقابت تحصیلی وی اثر می‌گذارد، و همچنین به عواملی که بر چگونگی روش تربیتی خاص اولیای کودک تأثیر می‌نهد، توجه کرده است. به الگویی توجه کنیم که نشان می‌دهد کودک چگونه در آغاز، رفتار ضداجتماعی را می‌آموزد. بر اساس این الگو، رفتار ضداجتماعی از طریق ارتباطات بین فردی مداوم در خانواده، آموخته می‌شود. در آغاز اولیا با روش ملایم غیرمؤثری، کودک را برای رفتارهای نامطلوبی مانند عدم اطاعت، نق‌زدن و اذیت کردن تنبیه می‌کنند. در این الگو، باور بر این است که چنین ارتباطی میان اولیا و کودک، به رفتار خشن‌تر بین آنها منجر می‌شود. از جمله تأثیرات سوء این‌گونه ارتباط، تقویت ناخواسته رفتارهای زورگویانه کلامی و جسمانی کودک است. اولیا ندانسته، با تسلیم شدن به توقعات کودک، رفتار خشن او را تقویت می‌کنند. تشدید فزاینده این نوع ارتباط کودک و اولیا، اعمال انضباط غیرمؤثر و تسلیم اولیا به خواسته‌های زورگویانه کودک، سطح تنش و رفتار غیراجتماعی و پرخاشگرانه وی را افزایش می‌دهد. انضباط غیرمؤثر از سوی اولیا که

1. conceptualization
3. mini-theories

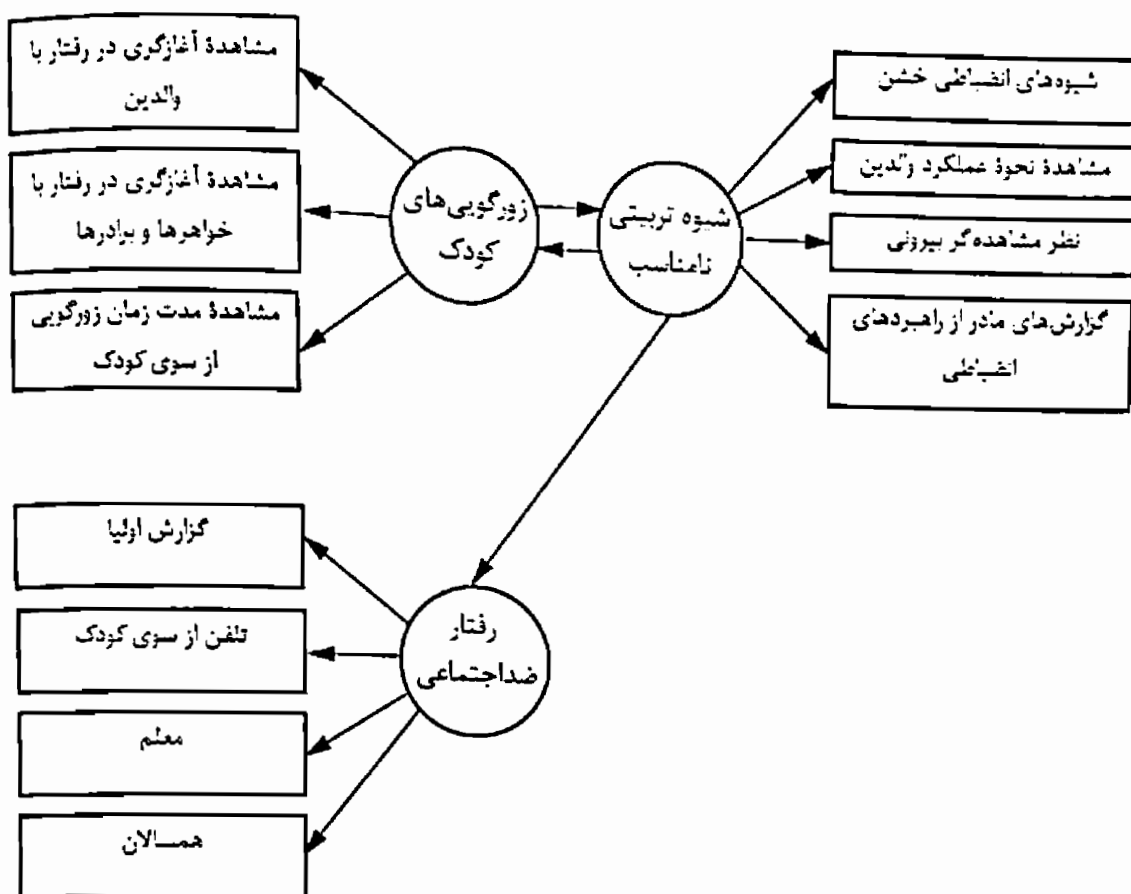
2. testable hypotheses

به‌صورت تهدیدهای افراطی، آزار جسمانی و توجه به رفتارهای بی‌اهمیت صورت می‌گیرد، به‌نحوی آشکار، در ایجاد رفتار ضداجتماعی کودک از طریق الگوگیری و تقویت مستقیم رفتار تأثیر می‌گذارد.

نمونه‌ای از الگوی مورد بحث در شکل ۱-۷ مشاهده می‌شود. دایره‌ها ساختار گرایش‌ها، و پیکان‌ها جهت تأثیر را نشان می‌دهند، و مستطیل‌ها نشان‌دهنده شیوه‌های مشخصی هستند که ساختارها به وسیله آنها سنجیده می‌شوند. برای مثال، تعریف رفتار ضداجتماعی با میزان‌هایی که توسط اولیا، مربیان، همسالان و گزارش خود کودک تنظیم شده است، صورت می‌گیرد. پترسون با ارزیابی آماری از نمونه‌های مختلف، مشاهده کرد که ارتباط میان سازه‌ها، با این الگو هماهنگ است. الگوهای دیگری نیز در رویکرد پترسون وجود دارند که می‌توانند تأثیر وقایعی مانند عوامل استرس‌زا را بر روش‌های انضباطی مادر و تقویت آن نوع از رفتار کودک را که سبب ادامه اعمال ضداجتماعی از سوی او می‌شوند، تبیین^۱ کنند.

مزایای الگوها، همان ارزیابی مستقیم تأثیرات مشخصی است که رفتار پرخاشگرانه را در کودک شدت می‌بخشد. به دلیل محدودبودن ابعاد این الگوها، بر آنها انتقاد وارد است. در این الگوها، بسیاری از عواملی که ممکن است بر رفتار کودک اثر بگذارد، حذف شده است (مانند وراثت). همچنین چگونگی تشدید رفتار ضداجتماعی در خانه (مثلاً به دلیل عدم توافق والدین یا وجود خشونت در خانواده)، به صورت کامل تحلیل نشده است. ولی این الگو، عوامل شناخته‌شده مؤثرتری را که باعث رفتار پرخاشگرانه می‌شوند، مستقیماً در یک نظم و نظام منطقی قرار داده است، به‌نحوی که در این زنجیره عوامل، معلوم می‌شود رفتار پرخاشگرانه چگونه شکل می‌گیرد و تداوم پیدا می‌کند. پس می‌توان گفت که محدودکردن توجه و تمرکز بر متغیرهایی خاص، نه تنها نقطه‌ای منفی محسوب نمی‌شود، بلکه نقطه مثبتی نیز به حساب می‌آید. این الگو قادر است با شناسایی یک سلسله از عوامل مؤثر، بر فرایندهای خاصی تمرکز کند و تأثیر آنها را به‌دقت ترسیم کند. زمانی که بدین ترتیب، مصالح ساختاری مهیا شود، می‌توان آنها را به‌عوامل تأثیرگذار دیگری که قانونمندی کلی الگو به آنها بستگی دارد، تعمیم داد.

۱. ارتباط بین سازه‌های مختلف را می‌توان از طریق همبستگی‌های آماری که اعتبار و جهت تأثیر الگو را نشان می‌دهد، به‌صورت کمی درآورد. خواننده علاقه‌مند می‌تواند به نوشته پترسون (۱۹۸۶) که در آن داده‌هایی کمی برای حمایت از الگوهای ارائه شده، آورده شده است، مراجعه کند. برای اطلاع بیشتر در مورد الگوهای تحلیلی آماری به لی (۱۹۷۵)، کنی (۱۹۷۹) و بتلر (۱۹۸۰)، نگاه کنید. (مترجم)



شکل ۷-۱: الگوی ایجاد رفتار ضداجتماعی در کودک بر اساس روش‌های انضباطی و رفتار زورگویانه کودک (اقتباس از ج. ر. پترسون، ۱۹۸۶) الگوهای عملکرد برای تبیین رفتار ضداجتماعی روان‌شناسان آمریکایی (۴۱، ۴۳۲-۴۴۴).

درباره استفاده از چنین الگوهایی به‌طور کلی و نیز نقش آنها در تسریع پیشرفت آسیب‌شناسی روانی کودک و درمان مربوط به آن، چند نکته اساسی قابل ذکر است. نخست اینکه این‌گونه الگوها را می‌توان مستقیماً ارزیابی کرد. تحلیل آماری از نوع همبستگی می‌تواند آزمون‌هایی برای سنجش درجه تأثیر پذیری عوامل به دست دهد. تحلیل‌ها نشان نمی‌دهند که یک متغیر علت و دیگری معلول است، بلکه نشان می‌دهند که داده‌های یک سلسله از متغیرهای خاص با الگوی مورد نظر تطبیق دارد یا خیر. در مورد کار پترسون، الگو بر اساس چند آزمون ساخته شده قرار دارد و چگونگی تأثیرات خاص و جهت آنها را به صورت عینی تعیین می‌کند و قابل تکرار است. در حال حاضر وجود الگوهای خاص برای تحلیل متغیرها، ضرورت آنی ندارد. نکته اساسی، بذل توجه به نیاز به نظریه‌ها و تحقیقات بیشتر و گسترده در مورد مسائل کودکان است. فعالیت نظری، زیربنای ایجاد روش‌های عملی، به ویژه در درمان مشکلات کودک را فراهم می‌سازد. بدون اندیشیدن به فرایندهای مهم در مسائل بالینی و آزمودن مستقیم این فرایندها، طرح‌های پژوهشی در این زمینه، آینده روشنی نخواهند داشت.

شناسایی مشکل

بحث‌های زیادی در مورد شناسایی و تشخیص مشکلات دوران کودکی شده است. این بحث‌ها نشانگر موضع‌گیری‌های متفاوت به ویژه در روش و تشخیص است. برای مثال، در تعیین وظایف و عملکرد متخصصان (مثلاً روانپزشکان در مقابل روان‌شناسان) می‌توان به روش بالینی در برابر روش‌های چندمتغیره اشاره کرد. برای استفاده از یک روش تشخیص نارسایی کودکان نیازی به موافقت کامل، وجود ندارد. البته استفاده از یک روش میزان شده هنگام بحث و تبادل نظر در مورد نابهنجاری کودکان، مطمئناً می‌تواند وجه اشتراکی را در این زمینه برای متخصصان مختلف ایجاد کند. لیکن پیشرفت در مطالعات مربوط به کودکان لزوماً به اتفاق نظری غیرواقعی در تشخیص نابهنجاری‌های کودکان بستگی ندارد. دو روش عمده موجود برای توصیف نارسایی‌های روانی عبارت‌اند از: روش تشخیص بالینی، و استفاده از معیارهایی که درجات و ابعاد شدت بیماری‌ها را تعیین می‌کند. البته تحقیقاتی که از هر دو روش بهره می‌برند، نتایج بهتری هم به دست می‌دهند. زمانی که مشخصات روش تشخیصی و سایر ارزشیابی‌ها مشخص باشد و ابزاری که توسط آنها اطلاعات به دست می‌آید استاندارد باشد، تفسیر یافته‌ها و انسجام آنها در یک مجموعه متون تحقیقی، بسیار آسان‌تر است.

جدا از تشخیص در انجام تحقیقات، در اختیار داشتن داده‌های توصیفی بیشتر درباره مشکلات بالینی و ویژگی‌های کودکان و خانواده‌های آنها ضروری است. در حال حاضر، نیازی به موافقت تمام متخصصان در زمینه مجموعه آزمون‌هایی که در تمامی تحقیقات مربوط به نتایج درمان به کار می‌رود، احساس نمی‌شود. کوشش‌هایی برای استاندارد کردن ابزارهای سنجش در تحقیقات مربوط به روان‌درمانی بزرگسالان صورت گرفته است (واسکاوا^۱ و پارلاف، ۱۹۷۵) ولی به دلیل اینکه توافقی در مورد انتخاب ابزار سنجش خاصی که بتواند برای تمام بیماران و روش‌های درمانی مختلف به یکسان عمل کند و مفید واقع شود وجود نداشته، این کوشش‌ها با موفقیت محدودی همراه بوده است (بیوتلر و کراگو، ۱۹۸۳؛ کالاتکین^۲ و جانسون، ۱۹۸۳). ممکن است پژوهشگران کودک در این زمینه که لازم است ارزیابی‌هایی برای شناسایی رفتار کودک در خانه، مدرسه، یا شناختن رفتارهای نابهنجار و رفتار اجتماعی وی صورت گیرد، توافقی اصولی داشته باشند.

تاکنون هیچ الگوی روشن یا پیشنهاد قابل قبولی برای تهیه ابزارهای ارزیابی‌ای که بتواند رفتارهای مختلف کودک را از جهات متفاوت بررسی کند، وجود نداشته است، به جز آخنباخ (۱۹۸۵؛ آخنباخ و همکاران، ۱۹۸۷) که نوعی ارزیابی چندمحوری پیشنهاد کرده است که چند بعد از رفتار کودک را می‌سنجد. دلیل اصلی ایجاد این الگو این است که بارها نشان داده شده که صحت گزارش‌های کودکان، اولیا، مربیان و حتی دست‌اندرکاران بهداشت روانی کودکان بسیار مورد تردید است (آخنباخ و همکاران، ۱۹۸۷). علت این همبستگی کم می‌تواند بی‌اعتبار بودن گزارش‌های فردی باشد. ولی مطالعات چندبعدهی نشان می‌دهد که اطلاعات حاصل از منابع مختلف (کودک، اولیا، مربیان، و کارشناسان بهداشت روانی) دارای نوعی اعتبار درونی هستند و با برخی از معیارها نیز همبستگی آماری دارند (آخنباخ و همکاران، ۱۹۸۷؛ کزدین، زیرچاپ - ب). این همبستگی پایین نشانگر این واقعیت است که رفتارهای کودک، بسته به شرایط زمانی و مکانی و گزارشگران مختلف، بسیار متغیر است.

الگویی که آخنباخ پیشنهاد کرده است شامل پنج محور مختلف از روش‌های ارزیابی می‌شود. محور ۱: گزارش‌های اولیا؛ محور ۲: گزارش‌های مربیان؛ محور ۳: ارزیابی شناختی؛ محور ۴: ارزیابی جسمانی؛ محور ۵: ارزیابی مستقیم کودک. جدول ۱-۷ نشانگر محورهای مختلف و سنجش احتمالی هریک از محورهاست. ارزیابی‌های مختلف در جدول، خودگویای معیارهای متفاوتی برای رسیدن به هدف‌های فعلی است. ارائه الگویی کلی، بیشتر از ابزار اندازه‌گیری مذکور در بالا مورد نظر ماست. این الگو روش نظام‌داری برای شناسایی قلمروهای مختلفی که برای ارزیابی نتایج درمان کودک لازم است، ارائه می‌دهد.

یکی از فواید آشکار این الگو، کوشش برای انجام ارزیابی عمیق از رفتارهای کودک است. البته به راحتی می‌توان کمبود برخی از بخش‌های ارزیابی را در این الگو، که می‌توانند در ارزیابی بعضی از مسائل بالینی مفید باشند، مشاهده کرد. ولی اساس ارزیابی در این الگو، روش‌های موجود در ارزیابی نتایج روان‌درمانی کودک است. معمولاً در روش‌های سنتی، بخش‌های محدودی از رفتار کودک ارزیابی می‌شود. الگوی کنونی بخش‌هایی را مورد بررسی قرار می‌دهد که ممکن است به پیشرفت تحقیقات مربوط به درمان کودک کمک کند.

جدول ۱ - ۷: نمونه‌ای از ارزیابی چندمحموری

محور ۵	محور ۴	محور ۳	محور ۲	محور ۱	دامنه سنی
ارزیابی مستقیم کودک مشاهده ضمن انجام آزمون رشد	ارزیابی جسمی آزمایش پزشکی آزمایش اعصاب ۳	ارزیابی شناختی ازمونی بیتی ۲	گزارش معلم	گزارش اولیا پرسش‌نامه رشد کودک تاریخچه رشد و تحول مینه‌سوتا ۱ مصاحبه با اولیا	۲-۳ سالگی
مشاهده ضمن مصاحبه به هنگام بازی فرم مشاهده مستقیم (DOF) ۶	آزمایش وزن آزمایش پزشکی آزمایش اعصاب	ازمونهاى هوش مانند مقیاس استعدادهای کودکان مکاریتی ۵ آزمون‌های ادراکی - حرکتی آزمون‌های زبان و گفتار	گزارش مدرسه مصاحبه با آموزگار	سیاهه رفتارهای کودک (CBCL) ۴ تاریخچه رشد و تحول مصاحبه با اولیا	۲-۵ سالگی
DOF مصاحبه کلینیکی نیمساختاری برای کودکان (SCIC) فرم مشاهده SCIC فرم خودسنجی SCIC	آزمایش وزن آزمایش پزشکی آزمایش اعصاب	ازمونهاى هوش مانند WISC-R آزمون‌های پیشرفت تحصیلی آزمون‌های ادراکی- حرکتی آزمون‌های زبان و گفتار	فرم گزارش آموزگار (VTRI) گزارش مدرسه مصاحبه با آموزگار	CBCL تاریخچه رشد و تحول مصاحبه با اولیا	۶-۱۱ سالگی
خودسنجی نوجوان (YSR) ۸ مصاحبه بالینی مقیاس‌های خودپنداره آزمون‌های شخصیت	آزمایش وزن آزمایش پزشکی آزمایش اعصاب	ازمونهاى هوش مانند WISC-R WAIS-R آزمون‌های پیشرفت تحصیلی آزمون‌های زبان و گفتار	TRF گزارش مدرسه مصاحبه با آموزگار	CBCL تاریخچه رشد و تحول مصاحبه با اولیا	۱۲-۱۸ سالگی

از انتخاب: تم، ام، (۱۹۸۵) ارزیابی و دست‌بندی آسیب‌شناسی کودکان و نوجوانان. بوری هیوز، کالیفرنیا: سیج.

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Minnesota Child Development Inventory | 2. Bayley Infant Scales |
| 3. neurological exam | 4. Child Behavior Checklist (CBCL) |
| 5. McCarthy Scales of Children's Ability | 6. Direct Observation Form (DOF) |
| 7. Teacher's Report Form (TRF) | 8. Youth Self Report (YSR) |

درمان‌ها

مفهوم‌سازی درمان: تذکر چند مطلب در زمینه مطالعات مربوط به نتایج درمان ضروری است. شاید مهم‌ترین نقص در این زمینه، فقدان مفاهیم اساسی باشد. ما کمبودی در روش و تکنیک نداریم، ولی در مفاهیم علمی محدودیت داریم؛ مفاهیمی که به ما نشان دهد که چه عناصری از درمان مورد نیاز است و آنها چگونه با مسائل بالینی خاص، ارتباط دارند. مفاهیم موجود غالباً به قدری کلی هستند که قابل ارزیابی نیستند. بسیاری از تکنیک‌ها، به نحوی خود را در پس پرده این مفاهیم کلی پنهان می‌کنند. ولی این پنهان ماندن، کوتاه‌مدت است و این تکنیک‌ها و تفاسیر آنها اگر با تحقیقات اصولی و جدید حمایت نشوند، با تغییرات زمان و شرایط، تزلزل می‌یابند. فایده اساسی ارائه مفاهیم علمی جدید، عرضه کردن راه‌های درک فعالیت‌های موجود است و اینکه چرا و چگونه باید از آنها حمایت کرد.

آزمون‌های پرتوان‌تر درمان: جدا از مفهوم‌سازی نسبت به آنچه که در روش‌های آزمایش بالینی موجود است، آزمون‌های قدرتمندتری از درمان وجود دارند. شاید اساسی‌ترین پرسش در این زمینه این است که ما قادر به درمان مؤثر چه نوع نابهنجاری‌ای هستیم. ارائه فهرستی از آنچه که درمان اجتماعی روانی قادر است انجام دهد و اینکه این فهرست مورد توافق اکثر کارشناسان باشد، دشوار است. به جای تکیه بر فهرست روش‌های موجود، غالب نویسندگان مایلند که از روش‌های دیگری (مانند درمان‌های خانوادگی، رفتاری، روان‌پویشی) یا تکنیک‌هایی (مانند بازی‌درمانی و مهارت‌آموزی اجتماعی) استفاده کنند. این استراتژی ممکن است در سایر زمینه‌ها، از جمله در درمان پزشکی خنده‌آور باشد، زیرا در آن علاقه بسیار کمی نسبت به تهیه فهرست روش‌هایی وجود دارد که احتمال دارد در آینده بدون توجه به مفید بودنشان برای درمان بیماری خاصی (مانند بیماری‌های سینه‌پهلو، سرطان و آپاندیس)، از آنها استفاده شود. مشکل اساسی در درمان‌های اجتماعی روانی برای کودکان، کمبود تحقیقات علمی درباره نتایج این درمان‌هاست.

بسیار مفید است که درمان‌های امیدوارکننده را (که بر اساس معیارهای مفهومی، عینی و بالینی مشخص می‌شوند)، تحت آزمایش‌های علمی منظم قرار دهیم و آنگونه درمان‌هایی را که اساس علمی محکمی دارند، تأیید کنیم. البته این مطلب قابل بحث است که چه نوع درمان‌هایی امیدوارکننده و چه نوع از آنها، قوی‌ترین هستند. این بحث‌ها نباید موجب تأخیر در ادامه مطالعات شوند. در این زمینه، نیاز به توافق اکثریت کارشناسان نیست، چرا که آزمون‌های قوی

در مورد هر نوع درمانی مفید هستند، حتی اگر در آزمودن نوع درمان‌ها، اتفاق نظر نباشد. به‌طور کلی برای ارزیابی تعداد زیادی از درمان‌های موجود که ادعای مؤثر بودن آنها می‌شود، آزمون‌های بسیار معتبری مورد نیاز است.

ما باید بدانیم که تا چه حد قادریم مشکل بالینی خاصی را درمان کنیم. البته هدف این نیست که محدودیت روش درمانی خاصی را در حال حاضر تعیین کنیم، بلکه باید بتوانیم آینده آن را نیز پیش‌بینی کنیم. ولی اگر به روشنی ندانیم که محدودیت‌های یک روش در حال حاضر چیست، بدون شک حدود دیدگاه ما برای آینده آن روش نیز، چندان روشن نخواهد بود.

تأثیرات اضافی درمان: برای اینکه بتوانیم از عوامل بسیار متنوع و مختلفی که بر درمان اثر می‌گذارند، آگاهی یابیم، ممکن است توجه روزافزونی لازم داشته باشیم. ارائه بحثی کلی در این زمینه، چندان مفید نیست، زیرا عوامل مشخصی که باید مورد بررسی قرار گیرند، به‌ناپهنجاری بالینی و نوع درمان بستگی دارند. شاید منطقی باشد که درجه مفید بودن درمان را به عوامل متعدد و گوناگونی مربوط بدانیم که برخی از آنها برای ایجاد تغییرات اساسی در بیمار بسیار ضروری‌اند.

البته نقش بعضی از عوامل، به‌نحوی روشن در ایجاد تغییر در روان‌درمانی مشهود است. در درمان بزرگسالان، نقش بیمار، درمانگر و نحوه ارتباط بین آن دو، عوامل اساسی را تشکیل می‌دهند. گرچه این عوامل را در مورد کودک نیز باید بررسی کرد، ولی ممکن است آنها تأثیرات متفاوتی بر کودک بگذارند. مثلاً عوامل مربوط به زندگی اولیا را باید در ارتباط با کودک ناسازگار و منحرف مورد توجه خاص قرار داد. برای نمونه، تحقیقات نشان داده‌اند که ارتباطات اجتماعی مثبت مادر در بیرون از منزل، با رفتار منفی وی با کودک و درجه ناسازگاری او ارتباط دارد (والر، ۱۹۸۰). بسیار محتمل است که در درمان کودک، ما نیازمند شناسایی و برخورد با مسائل مادر، جدای از مسائل کودک و خانواده باشیم. این نظریه فقط نشان‌دهنده آن موضع‌گیری قدیمی نیست که کودک، منعکس‌کننده مشکلات خانواده و نحوه همانندسازی اوست. بلکه پیشنهاد ما مبتنی بر شواهد اخیر دال بر این است که بخش‌های مشخصی از زندگی خارج از منزل اولیا، ممکن است تأثیر مستقیمی بر زندگی و رفتار کودک داشته باشد. اینکه چه قسمت‌هایی از زندگی اولیا بر چه نوع مشکل کودک تأثیر می‌گذارند و چگونه باید آنها در درمان مطرح شوند، هنوز روشن نیست. ولی بررسی تمامی عواملی که بر اولیا به‌عنوان یک زوج و بخشی از خانواده تأثیر دارند و در درمان قابل مطالعه علمی و عینی هستند، ضرورت دارد.

تجدید تحقیقات^۱

منظور از تجدید یک تحقیق، تکرار آن است. هدف تجدید این است که بدانیم آیا نتایج به‌دست آمده از شرایط مستقل و جداگانه، همانند تحقیق اولیه است (اسمیت، ۱۹۷۰). گرچه یک محقق می‌تواند پژوهش گذشته خود را در مطالعاتی جدید تکرار کند، ولی استحکام تکرار تحقیق در این است که شخصی دیگر یا گروه دیگری از پژوهشگران، چنین کاری را در شرایط متفاوتی انجام دهند. دلیل این امر البته روشن است، زیرا اگر همان شخص با همان شرایط، تحقیق را تکرار کند، ممکن است برخی از عوامل ناشناخته در شرایط پژوهش اصلی، مانند ویژگی‌های دموگرافیک یک نمونه آماری و غیره، در نتیجه تحقیق اثر بگذارد.

با وجود اینکه تجدید یک تحقیق امری ارزشمند است، معلوم نیست چرا این موضوع در زمینه روان‌درمانی کودک، چندان که باید مطرح نیست. در نوشته‌های مربوط به درمان کودکان، ما مطلب زیادی نمی‌دانیم و مطمئن نیستیم که به چه یافته‌هایی می‌توانیم به‌عنوان داده‌های علمی معتبر، تکیه کنیم. به عبارت دیگر، تجدید و تکرار مکرر تحقیق، اساس یقینی است که یک دانشمند در مورد صحت یک تحقیق می‌تواند داشته باشد. در واقع بدون تجدید و تکرار، دانشمند فقط می‌تواند بر پایه اعتقادی صرف و غیرعلمی، اظهار نظر کند. این نوع ایمان کلی به نتایج تحقیق، اساس محکمی برای ایجاد اصول قانونمند و درمان مطمئن نیست. هر چه تعداد تحقیقات مجدد و مکرر بیشتر باشد، نیاز کمتری به ایمان صرف در اعتقاد به رابطه درمان با تغییرات در بیمار، وجود دارد. اگر دو روش متفاوت، نتایج مشابهی برای درمان یک نابهنجاری داشته باشند، آن روشی که در نتیجه تجدید یا تکرار در مطالعات مختلف تایید شده است، ارجحیت علمی^۲ دارد.

۱. تجدید انواع مختلف دارد. دو نوع شایع ولی متفاوت عبارتند از: تجدید مستقیم و تجدید نظام‌دار. تجدید مستقیم به‌گوشش برای تکرار پژوهش اصلی بدون کمترین تغییر در آن شرایط و روش‌ها اشاره دارد. این نوع تجدید در حد امکان باید با اصل تحقیق مطابقت داشته باشد. تجدید نظام‌دار به‌گوشش برای تکرار آزمایش یا وضع قبلی از طریق تغییر عمده و آگاهانه برخی از عناصر پژوهش اولیه اشاره دارد. هدف بعضی از این تغییرات مانند ویژگی‌های نمونه‌های آماری یا نوع درمان این است که معلوم شود آیا نتایج تحقیق اولیه هنوز هم پایدار هستند یا نه. (مترجم)

۲. گرچه اصول تجدید و تکرار غالباً مورد تأیید است، اغلب مسائلی وجود دارد که مغل تجدید یا تکرار تحقیقات هستند. مثال، معمولاً پژوهشگران تحقیقات خود را برای چند مجله علمی ارسال می‌کنند. یکی از معیارهای بررسی پژوهش‌ها این است که بررسی‌کنندگان معمولاً از پژوهشگران انتظار دارند که تحقیق آنها واجد اطلاعات جدید و نوآوری‌هایی در آن رشته باشد. اگر تحقیق، پژوهشی قبلی را تجدید یا تکرار

در نوشته‌های مربوط به روان‌درمانی کودک مانده تنها به بررسی پرسش‌های جدید نیاز داریم، بلکه ضروری است از فهرست آن ابعادی از روان‌درمانی که از بین ابعادی متعدد، دارای داده‌های علمی معتبر هستند، آگاه باشیم. درخواست تجدید و تکرار، از بسیاری جهات نیاز به‌زمان دارد. اکثر روش‌ها هنوز مورد بررسی پژوهشی اولیه قرار نگرفته‌اند. البته پیش از اینکه ادعایی در مورد اعتبار و فایده نتایج هرگونه درمان اعلام گردد، لازم است شواهد علمی تأییدکننده آن نیز ذکر شود. پس از آزمایش یک روش، تجدید و تکرار آن قبل از آنکه به مرحله عمل و بهره‌برداری برسد، ضرورت دارد.

طرح‌ریزی، اجرا، و ارزیابی نتایج تحقیق

بحث‌های قبلی به پژوهش‌های کلی در ارتباط با روان‌درمانی کودک اختصاص داشت. گرچه استراتژی‌های کلی موجب تسریع پیشرفت می‌شود، برای بررسی موارد انفرادی خاص، پیشرفت‌های بیشتری در زمینه روش تحقیق مورد نیاز است. اصولی کلی در تحقیقات وجود دارد که موجب توافق نظر بین محققان در مسائلی مانند اعتبار لازم برای یک تحقیق می‌شود^۱ (کوک و کمبل^۲، ۱۹۷۹). ولی چگونگی برخورد با این اصول در پژوهش به‌هیچ وجه روشن نیست. برای مثال، در تحقیقات مربوط به درمان، عواملی که باید بر اساس آنها روش تحقیق مناسب انتخاب شود غالباً مورد بحث و مشاجره قرار می‌گیرد. آنچه به‌نظر می‌رسد در یک پژوهش به‌عنوان عامل جنبی منظور شود در پژوهشی دیگر به‌صورت مؤلفه اصلی درمان به حساب می‌آید.

گرچه دشوار است که یک روش تحقیق کلی را برای ارزیابی روش‌های بالینی توصیه کرد، رهنمودها و اصولی وجود دارد که اگر به‌نحوی از آنها تبعیت شود، احتمال بهبود کیفیت پژوهش

→ کند معمولاً به‌عنوان اینکه نوآوری در آن وجود ندارد، مورد انتقاد قرار می‌گیرد. خطر این رویکرد این است که ما نمی‌توانیم به درستی بدانیم که تحقیقات قدیمی تا چه اندازه قابل اعتمادند و اطلاعات به‌دست آمده در آنها تا چه اندازه معتبر هستند.

۱. کوک و کمبل (۱۹۷۹) به‌چهار نوع روایی اشاره کرده‌اند. *روایی نتایج آماری* به‌گسترده‌گی نتایج درباره تأثیر متغیر مستقل (مانند درمان) که توسط شواهد آماری و آزمایشی به‌دست می‌آید، اشاره دارد. زمانی که وجود تأثیر محرز شد می‌توان از *روایی درونی* استفاده کرد. این روایی به‌گسترش متغیر مستقل (مانند درمان) تا عوامل غیراصولی (مانند رشد یا ارزیابی مکرر توسط آزمون‌های مختلف) اشاره دارد. *روایی بیرونی* به‌اینکه نتایج به‌دست آمده تا چه حد قابل تعمیم به‌جمعیت‌ها، شرایط، زمان و سایر قلمروها (مانند مسائل بالینی، فرهنگ) باشد، دلالت دارد. و بالاخره، *روایی ساختاری* به‌گسترش روش‌های عملیاتی در هر آزمایش که قابل تعمیم در ساختارهای دیگر نیز باشد، گفته می‌شود. روایی ساختاری به‌بررسی رابطه بین تغییر دادن عوامل آزمایشی و نتایج حاصل از آن می‌پردازد.

مربوط به نتایج درمان بالا می‌رود. در اینجا به جای راهنمایی بدون اساس، خطوط رهنمودین به صورت پرسش‌هایی مطرح می‌شود که پژوهشگر باید در انجام تحقیق سعی کند به آنها پاسخ دهد. به منظور جلوگیری از پیمودن مسیر خطا در تحقیق، پژوهشگر باید پیش از انجام پژوهش، چند پرسش را برای خود مطرح کند و سپس پاسخ آنها را در متن تحقیق خود بگنجانند.^{۳*} در جدول شماره ۷-۲ تعدادی پرسش‌های مفید مطرح شده که مشروح آنها در زیر آمده است.

ویژگی‌های نمونه

اگر معیارهای مشخصی برای تشخیص نابهنجاری‌ها در انتخاب نمونه به کار گرفته شوند، بررسی‌های ما وضع مطلوب‌تری می‌یابند. پژوهشگران، غالباً این معیار را که بیمار از سوی متخصصان ارجاع شده است مورد استفاده قرار می‌دهند، ولی این معیار برای شناخت مشکل بیمار بی‌فایده است. زمانی می‌توان به پیشرفت علمی دست یافت که معیارهای مشخص و روشنی برای وارد کردن یا حذف کردن بیمار در نمونه مورد نظر وجود داشته باشد. برای توصیف رفتار بیمار، استفاده از یک نظام تشخیصی معین مانند DSM یا رتبه‌بندی روی یک مقیاس خطی دوقطبی می‌تواند سودمند باشد. انتظار اینکه پژوهشگران مختلف از یک معیار مشابه در مورد یک مشکل بالینی استفاده کنند، غیرمنطقی است، ولی در هر مطالعه‌ای انتظار منطقی این است که معیارهایی مشخص و عملیاتی وجود داشته باشد.

جدول شماره ۷-۲: پرسش‌های منتخبی که باید در طرح‌ریزی پژوهش‌های مربوط به نتایج روان‌درمانی کودک مطرح شود

ویژگی‌های نمونه

- ۱- این نمونه بر اساس چه معیارهایی از نابهنجاری انتخاب شده است؟
- ۲- این معیارها بر چه اساسی عملیاتی شده‌اند؟
- ۳- آیا می‌توان روش انتخاب در اصول و عمل را، تجدید و تکرار کرد؟
- ۴- ویژگی‌های بیمار و جمعیتی که کودکان و خانواده‌ها از آن انتخاب شده‌اند، چیست؟

*. پرسش‌هایی که در اینجا مطرح شده‌اند، نشان‌دهنده نقاط ضعف متون مربوط به روان‌درمانی کودک هستند. در هر پژوهش دقیق و سنجیده، باید به چندین پرسش اساسی پاسخ داده شود. برای دربر گرفتن دامنه تمام جنبه‌های کار، تلاشی صورت نمی‌گیرد. کوک و کمبل (۱۹۷۹) و کراتول (۱۹۸۵)، تمامی مسائلی را که باید در هر بررسی در نظر گرفته شوند، ذکر کرده‌اند.

۵- چرا این کودکان انتخاب شده‌اند یا مورد مطالعه قرار گرفته‌اند؟
 آیا این نمونه با توجه به نابهنجاری بالینی یا ویژگی‌های فردی و جمعیتی، همگن یا ناهمگن است؟

درمانگرها

- ۱- چه کسی به‌عنوان درمانگر انتخاب شده است و چرا؟
- ۲- آیا می‌توان در طرح فعلی، تأثیر یک درمانگر را به‌عنوان یک عامل (به‌گونه طرح تحلیل عاملی^۱) در نظر گرفت یا آنکه ارزیابی آن، در شرایطی خاص مطرح می‌شود؟
- ۳- آیا درمانگرها به‌اندازه کافی آموزش دیده‌اند؟ ملاک این آموزش چه بوده است؟
- ۴- آیا می‌توان کمیت و کیفیت کارآموزی و پایداری تأثیر درمان را سنجید؟

درمان

- ۱- چه ویژگی‌هایی از مسائل بالینی یا وضع کودکان، اولیا و خانواده، این درمان بخصوص را مفید می‌کند؟
- ۲- آیا یک نمونه مورد مطالعه از این درمان، نماینده کل درمان است؟
- ۳- آیا این بررسی آزمونی قوی برای ارزیابی درمان است؟ این روش، بر چه اساس به‌عنوان روشی قوی شناخته شده است؟
- ۴- آیا این درمان در دفترچه‌ای تدوین شده و خطوط آن کاملاً روشن گردیده است؟
- ۵- آیا درمان همان‌طور که مورد نظر بوده انجام شده است؟ (ارزش روش درمانی، حین درمان آزمایش می‌شود ولی ارزیابی، پس از اتمام درمان صورت می‌گیرد).
- ۶- آیا می‌توان درجه صداقت درمانگر را در انجام اصول و روش‌های درمانی، در دفترچه درمان کدگذاری کرد؟
- ۷- چه معیاری برای اتمام روان‌درمانی وجود دارد؟ (مثلاً انجام تعداد معینی جلسه درمانی)

ارزیابی

- ۱- اگر پیش‌بینی می‌شود که برخی از فرایندهای مرتبط با کودک (مانند اولیا، خانواده، و محیط) همراه با درمان کودک تغییر می‌کنند، آیا سنجش آنها لازم است؟
- ۲- اگر درمان، تأثیر مورد انتظار را بر این فرایندها برجا می‌گذارد، ابزار سنجش چگونه آن را در رفتار افراد می‌سنجد؟ گروه‌های مختلف چگونه در این زمینه‌ها متفاوت هستند؟
- ۴- آیا آزمون‌های ارزیابی نتایج درمان آنقدر که بتوانند دیدگاه‌ها، روش‌ها و قلمروهای متفاوت فعالیت را بسنجند، تنوع سنجش دارند؟
- ۶- آیا نتایج درمان در مقاطع مختلف، پس از اتمام آن سنجیده می‌شود؟

کلیات

- ۱- آیا تحقیقات موجود آزمون فعلی را ارزشمند می‌داند؟
- ۲- با مقایسه این روش با سایر روش‌ها یا با متآنالیزهای دیگر، احتمال دارد اندازه اثر آن در چه حد به دست آید؟
- ۳- با در نظر گرفتن مقدار تأثیر درمان، نمونه‌ای به چه تعداد مورد نیاز است که بتوان به کمی آن، آزمون پر قدرتی برای سنجش قدرت درمان (مثلاً، قدرت ۸۰) به دست آورد؟
- ۴- چه مقدار احتمال فرسایش درمانی طی درمان، یا پس از خاتمه آن، و ضمن پیگیری وجود دارد؟
- ۵- با پیش‌بینی از دست‌دادن بیماران، آیا آزمون موجود به اندازه کافی قوی هست که تفاوت بین گروه‌ها را در این زمینه ارزیابی کند؟

تعیین ویژگی‌های یک نمونه آماری، از روشن کردن نوع نابهنجاری و معیار‌گزینش، فراتر است. فرد و متغیرهای جمعیت شناختی‌ای^۱ شامل سن، جنس، وضع اجتماعی اقتصادی، هوش و پیشرفت در زندگی نیز از این ویژگی‌ها محسوب می‌شوند. این ویژگی‌ها غالباً به ماهیت نابهنجاری بالینی مربوط می‌شوند و ممکن است بر نتایج درمان اثر بگذارند. بنابراین، باید این ویژگی‌ها مشخص شوند تا اینکه برای دیگران روشن شود که درمان چگونه انجام شده و چه کسی مورد درمان قرار گرفته است. در مورد درمان کودک، غالباً ارزیابی متغیرهای مربوط به خانواده و اولیا حایز اهمیت بسیار است. در بین عوامل اساسی، ارزیابی آسیب‌شناسی اولیا، وضع تأهل و وقایع زندگی بسیار اهمیت دارند. البته تعداد عواملی که می‌توانند بر کودک اثر بگذارند، بی‌شمارند. بنابراین، داده‌های اساسی و عواملی که ظاهراً جنبی هستند، ولی در اساس نقش بسیار مهمی در ایجاد نابهنجاری‌ها و نیز در درمان کودک دارند، باید معلوم شوند. آنچه باید از آن حذر داشت، توصیف ناقص و کوتاه و سرسری از وضع کودکان است (مثلاً گفته شود که کودکان شامل دانش‌آموزان سال سوم و چهارم بودند که به طبقات پایین و متوسط تعلق داشتند).

با توجه به ماهیت نابهنجاری بالینی و بیمار و متغیرهای جمعیت شناختی، پژوهشگر باید بداند که نمونه‌های مورد انتخاب او «همگن»^۲ یا «ناهمگن»^۳ هستند. گروه نسبتاً همگن، به افرادی اشاره دارد که بر حسب دامنه محدودی از متغیرها در زمینه مسائل بالینی یا وضع بیمار و ویژگی‌های جمعیت شناختی انتخاب می‌شوند. نمونه ناهمگن شامل بیمارانی است که مشکلات بالینی فردی و جمعیتی بسیار متنوع و متفاوتی دارند.

1. demographic

2. homogeneous sample

3. heterogenous sample

زمانی نمونه همگن انتخاب می‌شود که پژوهشگر معتقد باشد که درمان، به مشکل بخصوص یا گروه خاصی از بیماران مربوط است یا اینکه او مایل است متغیرهای آزمایش را با محدود کردن تفاوت‌های فردی، محدود نگاه دارد. از سوی دیگر، پژوهشگر ممکن است معتقد باشد که درمان یک نوع مشکل (مثلاً اضطراب در برابر ناپه‌نجاری‌ها در تغذیه) یا گروه خاصی از جوانان (مثلاً پسرها در برابر دخترها، یا کودکان در مقابل نوجوانان) مؤثرتر از انواع دیگر است. در این مورد، نمونه ناهمگن‌تری انتخاب می‌شود.

همگن بودن در برابر ناهمگن بودن، همواره مسئله‌ای کمی است. یک پژوهشگر لاجرم محدودیت‌هایی در مورد نمونه مورد مطالعه خود قائل می‌شود. بنابراین، ممکن نیست جوانانی از هر سن (مثلاً ۱۸-۲ ساله) یا دارای تمام مشکلات موجود (مانند اختلالات اضطرابی، جنون، اختلال رفتار)، برای هر تحقیقی در نظر گرفته شوند. ولی برای انتخاب بیمار و ویژگی‌هایی که باید یا نباید تغییر کنند، لازم است دلایل دقیقی ارائه شوند تا پژوهش با احتیاط و دقت کامل طرح‌ریزی شود.

درمانگرها یا کارآموزها

پرسش‌های مربوط به درمانگر در جدول ۲-۷ به ویژگی‌های درمانگرها و دلایل انتخاب آنان اشاره دارد. علت یا علل اینکه چرا درمانگرها یا کارآموزان بخصوصی انتخاب می‌شوند، به ندرت مطرح شده است. بسیار محتمل است که دلایل انتخاب درمانگرها، آسان بودن انتخاب یا در دسترس بودن آنها به علت فعالیت در طرحی مشترک یا جهت‌گیری خاص افراد باشد. انتخاب به علت سهولت دسترسی (مانند درمانگران دانشجوی و شاغل به تحصیل در دوره‌های عالی) ماهیتاً نامطلوب نیست، ولی افرادی که در دسترس هستند تا فعالیت روان‌درمانی انجام دهند، ممکن است دارای مهارت‌های ویژه، دیدگاه‌ها یا وضع خاصی باشند که در کلیت روان‌درمانی تأثیر بگذارند. تأکید بر مشخصات ویژه درمانگرانی که انتخاب می‌شوند امر مهمی است، زیرا معمولاً انتخاب این افراد بر اساس روش تصادفی^۱ صورت نمی‌گیرد و آنها الزاماً هم نماینده جامعه درمانگرهای موجود نیستند.

به‌طور کلی مطلوب آن است که ویژگی‌های درمانگرانی که باید با بیماران خاص به‌درمان بپردازند، مشخص شود. ابعاد این ویژگی‌های مناسب، بسیار متنوع است، ولی غالباً تجربه، مقدار

آموزش یا کارآموزی، سن و جنس را شامل می‌شود. در برخی از مطالعات بر نوع ناپه‌نجماری، نوع جمعیت، روش درمانی، نژاد و قومیت تأکید می‌شود (کونستانینو^۱، مالگادی^۲ و راگلر^۳، ۱۹۸۶). البته یک بخش مهم، سطح آموزش و کارآموزی است. داشتن معیار مشخصی که بر اساس آن، کفایت درمانگر برای اجرای روش‌های لازم در پژوهش مشخص شود (مانند گذراندن یک درس یا دوره خاص)، حایز اهمیت است. بسیار با ارزش است که هرچه بیشتر در مورد تجربه درمانی روان‌درمانگر مطلع شویم و بدانیم که این تجربه چگونه می‌تواند در نتایج پژوهش مؤثر باشد. در مطالعات معمولی، شناخت درمانگران بر اساس تجربه، گرایش فکری و حرفه‌ای، و درجه علمی و حرفه‌ای صورت می‌گیرد. این، عملی مطلوب است ولی داشتن اطلاعات بیشتر درباره مهارت‌های خاص، برای درمانگر نیز ضروری است. برای تجدید و تکرار موفقیت‌آمیز یک پژوهش، اطلاع از تأثیری که ویژگی‌های درمانگران و جزئیات آموزش آنها بر فرایند درمان می‌گذارد، بسیار مهم است.

طرح تحقیق باید به نحوی باشد که امکان ارزیابی تأثیر درمانگر را بر نتایج درمان فراهم سازد. اگر هر درمانگر به تمام شرایط عمل کند، نتایج را می‌توان توسط طرح تحلیل عاملی آزمود. تحلیل آماری می‌تواند تفاوت مؤثر بودن را در درمانگران مختلف یا این را که کدام درمانگر در مقایسه با سایر همکاران خود، در چه نوع روش درمانی بیشتر موفق بوده است، نشان دهد.

غالباً درمانگران مختلف، روش و شرایط متفاوتی را در درمان اعمال می‌کنند. دلیل این امر این است که هر درمانی مستلزم مهارت‌های خاصی است و ممکن است هر درمانگری برای چند نوع درمان آموزش ندیده باشد. بنابراین درمانگر «الف» و «ب» و «ج» از روش درمانی ۱ و درمانگر «د»، «ه»، «و» از روش درمانی ۲ استفاده می‌کنند. پژوهشگر می‌تواند برای هر درمان بخصوص، تأثیر درمان را ارزیابی کند («الف» در برابر «ب» در برابر «ج» برای درمان ۱). ارزشیابی درمانگران حتی اگر طرح تحلیل عاملی نتواند (به صورت آماری) عوامل مؤثر در درمان را به نحوی مستقل و جدا تفکیک کند، مهم است.

درمان

پرسش‌های قابل طرح در درمان، به مفهوم‌سازی^۴ مسائل بالینی می‌انجامد. درمان، بالقوه دربرگیرنده سلسله مفاهیمی است که به ناپه‌نجماری‌های بالینی خاص و نحوه درمان آنها مربوط

1. Costantino

2. Malgady

3. Rogler

4. conceptualization

می‌شود. ارتباط بین وسایل، اهداف، و فرایند درمانی بین آنها باید روشن و عینی بیان شود. احتمال زیادی وجود دارد که پژوهشگر نتواند ارتباط بین مفاهیم زیربنایی مسائل بالینی، روش‌های درمانی، و فرایندهای میانجی را که باعث ایجاد تغییر در درمان می‌شوند، بدروشنی دریابد. اهمیت فرایند مشخص کردن این عوامل از آن روست که باعث می‌شود نقاط مبهم، روشن شوند. فاصله بین فرایندهای مفهومی، سبب ایجاد اندیشه‌ها و فرضیه‌هایی می‌شود. اینکه در درمان بهتر، چه نیازهایی وجود دارد و چه عواملی می‌تواند پیشرفت تکنیک‌های جدید را تسریع کند، از این موارد است. چند پرسش درباره نوع درمان اهمیت دارد، به ویژه پرسش‌هایی در مورد نوع درمانی که پژوهشگر مایل به تحقیق درباره آن است و اینکه قابلیت ارزیابی آن چقدر است و تا چه حد می‌توان آن را تجدید و تکرار کرد.

ارزیابی

پرسش‌هایی که طی ارزیابی مطرح می‌شوند و در جدول ۷-۲ نشان داده شده‌اند، شامل موضوع‌های مهم و مربوط به درمان هستند. بسیار ضروری است که فرایندهای جاری در درمان، مشخص و ارزیابی شوند تا عواملی که سبب‌ساز تغییر در روان‌درمانی هستند، روشن گردند. ارزشیابی این فرایندها به عنوان صفات یا باورها و عزت نفس، اگر عواملی محوری باشند، می‌توانند اطلاعات بسیار گرانبهایی به دست دهند. جدا از ارزشیابی نتایج درمان، پژوهشگر می‌تواند همبستگی بین عوامل درمانی را در جریان درمان با تغییرات نهایی در آخر درمان به دست آورد. در واقع تحقیق می‌تواند هم آزمونی برای الگوی تغییرات درمانی، و هم معیاری برای بخش نتایج باشد.

شناخت فرایندهایی که طی درمان منجر به تغییر می‌شوند، فوق‌العاده مهم است، ولی می‌توان از یک جهت آن را فرایندی ثانوی محسوب کرد. ضروری است نشان دهیم که درمان، تغییرات رفتاری مهمی ایجاد کرده است. تعداد معدودی درمان برای کودکان و نوجوانان وجود دارد که تجدید یا تکرار شده باشد. هنگامی که درمان مؤثری انجام می‌شود، تحلیل فرایندهای آن بسیار مهم است.

البته منطقی است که از فرایند درمان حتی قبل از شروع آن، درکی داشته باشیم. روشن است که فهم فرایندهای درمان زیربنایی برای مشکل بالینی به، تعیین اینکه این نکات در درمان رعایت می‌شوند، کمک می‌کند. بعد از آنکه درمان مورد نظر مشخص شد، فرایندهای مربوط به آن، اهمیت می‌یابند. با وجود این، مهمترین هدف باید این باشد که درمان مؤثر، از اولویت

بالینی برخوردار باشد. درمانی که از نظر نتایج درمانی مورد مطالعه واقع نشود، به لحاظ علمی قابل دفاع نیست. به دلیل موفقیت برنامه‌های پژوهشی مشتمل بر تکنیک‌های مختلف درمانی (مانند آموزش اولیا، درمان فعال خانواده، آموزش مهارت‌های مسئله‌گشایی که در فصل ۴ مورد بحث قرار گرفت)؛ و همچنین تا حدی هم به دلیل اینکه داده‌های تحقیق در جریان درمان، با تحقیقات بعد از خاتمه درمان همخوانی داشته و به تکمیل یکدیگر کمک کرده‌اند، اطلاعات جالبی از روان‌درمانی به دست آمده است. به این ترتیب، پژوهش بر فرایند جاری درمان و نتایج آن در هم آمیخته‌اند و یکدیگر را تأیید می‌کنند.

پرسش‌های محوری در مورد ارزیابی، به مجموعه ابزارهای سنجش نتایج درمان و به کاربردن این مجموعه ابزار طی زمان مربوط می‌شود. درباره ارزیابی نتایج درمان، مطالب بسیاری نوشته شده است (برای مثال، لامبرت و همکاران، ۱۹۸۳) که در اینجا مجال مطرح کردن یا خلاصه کردن آنها نیست. کافی است بگوییم که لازم است چندین حوزه از عملکرد فرد که مبنای ارجاع بالینی بوده، برگزیده شوند. علاوه بر این، لازم است فعالیت‌های اجتماعی فرد نیز سنجیده شوند. سازگاری نهایی کودک ممکن است فقط در کاسته شدن علایم بیماری او تجلی نیابد، بلکه افزون بر آن، به درستی جای گرفتن کودک در زندگی روزمره نیز حایز اهمیت بسیار است. زمان ارزیابی نیز اهمیت دارد. لازم است هر زمانی که امکان داشته باشد، مجموعه ابزار ارزشیابی قبل از درمان به کار برده شود. داده‌های حاصل از اجرای این ابزار آزمایش، بر توانایی تحلیل آماری برای شناخت تفاوت‌های بین روش‌های درمانی می‌افزاید. ارزیابی پس از درمان، برای به دست آوردن نتایج درمان صورت می‌گیرد. پیگیری ارزیابی، نشانگر ثبات روش حاصل از آن در مقایسه با دیگر روش‌های مورد مطالعه است. مطالعات مربوط به تکنیک‌های مختلف که در بالا ذکر شد، نشان می‌دهد که نتیجه‌گیری‌های مربوط به تأثیرات درمان‌های مختلف، طی زمان بسیار متغیر است. موقعیت‌های ارزشیابی مختلف (برای مثال، بلافاصله پس از درمان، و ارزشیابی پیگیری ۱ سال و ۲ سال بعد) در عین اینکه ضرورت دارند، بسیار مشکل به دست می‌آیند.

اشاردهای کلی

پرسش‌های دیگری نیز در این زمینه وجود دارند که در جدول ۲-۷ مطرح شده‌اند و به موضوع‌های کلی مربوطند. این پرسش‌ها، شامل ارائه استدلال برای تبیین پژوهشی خاص می‌شود و اینکه این استدلال، در کجای نظریه و تحقیق و خدمات درمانی در زمان حاضر

می‌گنجد. ارزشیابی دقیق محتوای پرسش‌های مربوط به تحقیق، بر اتخاذ تصمیم‌های مشخص درباره تحقیق (برای مثال تعداد و مدت زمان جلسات درمانی) و نیز ویژگی‌های اساسی تحقیق (مانند انتخاب نوع درمان و شرایط کنترل شده) اثر می‌گذارد.

پرسش‌های دیگر، مربوط به توانایی آماری است. توانایی پژوهش برای شناسایی تفاوت‌ها، امری بسیار ضروری است. تأثیرات احتمالی را که یک درمان ایجاد می‌کند می‌توان به صورت‌های مختلف ارزیابی کرد. متاآنالیزهایی که تأثیر میزان درمان، نوع مشکلات بالینی، و ارزشیابی را نشان می‌دهند، یکی از منابع اصلی هستند. از داده‌های به دست آمده از نمونه مورد نیاز، به آسانی برای شناخت تفاوت بین شرایط مختلف، استفاده می‌شود (کوهن، ۱۹۷۷). به دلیل اینکه آزمون‌های بسیار محدودی برای ارزیابی شرایط درمانی کودک موجود است و این مطالعات بسیار پرهزینه و طولانی هستند، طرح آنها باید به ایجاد آزمون‌های بسیار پرتوان منجر شود.

پژوهشگران بالینی به این پرسش و سایر پرسش‌های مطرح شده در جدول ۲-۷، پاسخ‌های یکسانی نمی‌دهند. استنباط مفاهیم مختلف از درمان و پژوهش، به نتایج متغیر و متفاوتی در روش‌های تحقیق می‌انجامد. فایده پرسش‌های مطرح شده، در ارائه پاسخ به آنها نیست، بلکه در آنجاست که باعث افزایش دقت و عینیت فرایند تحقیق می‌شود. توجه به پرسش‌ها نه تنها سبب پیشرفت در پژوهش‌های بعدی می‌شود، بلکه تسهیلاتی در امر تجدید و تکرار پژوهش و فعالیت بالینی فراهم می‌سازد.

موضوع‌های حرفه‌ای

از بحث‌های قبلی که در فصل‌های پیشین طرح شدند، چنین برمی‌آید که یا تحقیقات کافی نبوده‌اند یا آنکه پژوهش‌هایی که منجر به تأیید روان‌درمانی‌های مفید برای کودکان باشد، به اندازه لازم وجود نداشته است. الگوهای مختصری هم که راهنمای تحقیقات در این زمینه باشد، مورد بررسی قرار گرفت. اگر اینها مهمترین مشکلات تحقیق در روان‌درمانی بود، یافتن راه حل آسان می‌شد. تحقیقات بهتر و بیشتری را می‌توان به طور طبیعی انجام داد و الزاماً نیازی به ایجاد نوآوری‌های مفهومی، روش‌شناختی، و فن‌آوری نیست. ولی برداشت اصلی این کتاب این است که پیشرفت کاملاً کند بوده و تاکنون تعداد بسیار کمی تحقیقات علمی سطح بالا برای روشن شدن ابعاد روان‌درمانی کودک به انجام رسیده است. شاید این روند پیشرفت آهسته، امری طبیعی باشد و برای دریافت پاسخ این پرسش‌ها باید صبر پیشه کرد. ولی می‌توان برخی از عوامل مغل و منفی را که بازدارنده پیشرفت، و مانع از روند طبیعی روان‌درمانی هستند، شناسایی کرد.

افسانه‌ها، گفته‌های نیمه‌حقیقت و تکراری^۱ در درمان

فرضیه زیرساز این کتاب این است که پژوهش، موضوعی تعیین‌کننده و در حقیقت محوری برای بد دست آوردن پاسخ به پرسش‌های مربوط به روان‌درمانی کودکان و نوجوانان است. در بین متخصصان حرفه‌ای، باورهایی درباره ماهیت و اهداف روان‌درمانی کودکان و نوجوانان وجود دارد که مغایر با بهر دوری از تحقیقات در این زمینه است. این باورها شامل تعدادی افسانه، گفته‌های نیمه حقیقت و سخن‌های قدیمی تکراری درباره درمان است. ارزش این باورها در این است که موانع انجام تحقیق در روان‌درمانی کودک و نوجوانان را گوشزد می‌کند. این موانع تاحدی منعکس‌کننده دیدگاه حرفه‌ای دوگانه‌ای است که بین متخصصان در این زمینه وجود دارد. موضوع مهمتر اینکه بسیاری از مطالب مطرح شده و مشکلات موجود، نوع پژوهش‌های انجام‌شده را نشان می‌دهد و نیاز به تدوین گونه‌ای از تحقیقات و مطالعاتی را متذکر می‌شود که مسائل بالینی را مستقیماً مورد بررسی قرار دهد.

«درمان امری بسیار پیچیده است»: پیچیدگی درمان‌های اجتماعی روانی و مشکلات مربوط به آنها، به‌عنوان یکی از دلایل دشواری و ناممکن بودن تحقیقات در مسائل بالینی ذکر شده است. ناپهنجاری‌های روانی (بالینی) ارتباطات متقابل بین جنبه‌های مختلف زندگی شخصی را شامل می‌شود (برای مثال، خانواده، دوستان، مدرسه، و حرفه). هدف تحقیق، عملیاتی کردن، ساده کردن و تعریف عوامل مؤثری است که ارزیابی آنها مهم و مقدور است. ولی با در نظر گرفتن پیچیدگی درمان، تحقیق ممکن است غلط‌انداز شود و مسائل بالینی را بیش از حد جلوه دهد. به این دلایل، پژوهش‌ها اغلب نامربوط، سطحی و تصنعی به نظر می‌رسند.

نگرانی ذکر شده در بالا بر اساس این واقعیت است که ارزیابی درمان در چهار چوب طرح تحقیق، سبب ایجاد شرایطی تصنعی می‌شود که در متن و محتوای فعالیت درمانی وجود ندارد. هنگامی که جنبه‌هایی از مسائل بالینی و درمان برای مطالعه تعیین می‌شوند، ویژگی‌های آنها به سرعت تغییر می‌کند؛ آنچنان که پدیده‌های مورد بررسی، به آنچه که واقعاً در درمان می‌گذشته است، شباهتی نخواهد داشت. بنابراین برخی معتقدند که مطالعه درمان‌های اجتماعی روانی، در چهارچوب طرح تحقیقی غیرممکن است.

آزمایش بالینی باعث می‌شود که بعضی از عوامل مداخله‌گر در جلسات درمانی، با شرایط درمان در اصل جلسات، متفاوت و متغیر شود و این عوامل مداخله‌گر ممکن است سبب شوند

1. myths, half-truths, and therapy clichés

پژوهش در ابعاد مختلف از ماهیت فعالیت بالینی دور شود. این ابعاد عبارتند از: کیفیت و روند جلسات درمان مورد بررسی، نحوه انتخاب بیماران، انتظارات بیمار از درمان، و ویژگی‌های درمانگر (کز دین، ۱۹۷۸ ب).

برای مثال، در زمینه تحقیق در مورد نتایج درمان معمولاً بیماران به دلیل مشکل یا نارسایی خاصی انتخاب می‌شوند. درمان آنها، پس از این مرحله شروع می‌شود. در تحقیقات مربوط به تشخیص، باید موضوع درمان به شدت مورد تأکید و توجه باشد. تغییر در هر یک از این ابعاد بر اساس توقعات بیمار، ممکن است در ارزشیابی درمان تأثیر بگذارد. اگرچه این استراتژی برای هدف تحقیق قابل درک است، بیش از نیمی از بیماران (حداقل در مورد بزرگسالان)، طی درمان از لحاظ اهمیتی که به بیماری خود می‌دهند، تغییر می‌کنند (سورنسون^۱، گورساج^۲ و مینتز^۳، ۱۹۸۵). در کارهای بالینی در مقابل تحقیقات بالینی، نوسان در مشکلات اصلی و درمانی نه تنها مسئله نیست، بلکه قابل انتظار نیز هست. هنگام پیدایش مسائل جدید و تغییر وضع بیمار، نقطه تمرکز درمان و نیز روش درمانی به آسانی تغییر می‌کند. این شرایط معمولاً با وضع نسبتاً ثابت و قالبی طرح تحقیق تفاوت دارد. نکته مهمی که باید مدنظر داشت این است که روش برخورد با مسائل بیمار در کلینیک، با برخورد در یک طرح پژوهشی متفاوت است. بنابراین پژوهش نمایانگر همان وضع و شرایطی نیست که در کلینیک وجود دارد. تکنیک‌های مشخصی که در فعالیت‌های بالینی استفاده می‌شوند، متفاوت و احتمالاً پیچیده‌تر از روش‌هایی هستند که در تحقیق نتایج درمانی به کار برده می‌شوند. در درمان کودکان هنوز هم، از روش‌های کلاسیک (مانند روان‌درمانی پویایی و روان‌درمانی ارتباطی) بیشتر استفاده می‌شود (کوچر و پدولا، ۱۹۷۷؛ سیلور و سیلور^۴، ۱۹۸۳؛ توما و پرت، ۱۹۸۲). هنوز تعداد قلیلی مطالعه درباره نتایج درمان موجود است (کیسی و برمن، ۱۹۸۵؛ وایز و همکاران، ۱۹۸۷) در تحقیق، از مداخله‌های درمانی شناختی و رفتاری، به صورتی عملیاتی‌تر از شرایط درمانی در کلینیک، می‌توان بهره‌مند شد.

«دشواری‌های پژوهش»: باور دیگر این است که انجام تحقیق درباره انواع مختلف درمان، بسیار مشکل است و به آسانی نمی‌توان از آن به‌عنوان محملی برای به‌دست‌آوردن داده‌های اساسی استفاده کرد. برای انجام چنین تحقیقی، منابع بسیاری لازم است. مثلاً در دسترس بودن تعدادی درمانگر برای انجام درمان، افرادی برای گردآوری اطلاعات به‌دست آمده از ارزیابی، ادامه تماس با بیماران، و گردآوری داده‌های پیگیری، از این موارد هستند. این کارها از لحاظ

1. Sorenson

2. Gorsuch

3. Mintz

4. Silver & Silver

زمانی و مالی مقرون به‌صرفه نیستند. حمایت‌های مالی از سوی دولت یا بخش خصوصی معمولاً منابع اصلی این‌گونه تحقیقات است و بدون این نوع حمایت‌ها، ممکن است نتایج تحقیقات درباره درمان نه تنها به‌دشواری به‌دست آید، بلکه در حقیقت غیرممکن شود.

در واقع، طرح‌های تحقیقاتی بسیاری برای ارزیابی تکنیک‌های درمان وجود دارد. مطالعات بزرگ و گسترده که شامل گروه‌های متفاوتی از بیماران و فعالیت‌های وسیع تحقیقاتی با هزینه زیاد باشد، فقط یکی از انواع طرح تحقیقاتی است. هدف اساسی پژوهش‌های بالینی، ارزیابی نظام‌دار و منظم نتایج درمان و نیز آزمودن عواملی است که به نتایج درمان کمک می‌کند. با انواع ارزیابی‌های مختلف می‌توان به‌این هدف رسید. اکثر این تحقیقات، شامل مطالعات خیلی گسترده نیستند. در اینجا سه نوع از آنها مطرح می‌شود. نخست، گردآوری نظام‌دار و ارزیابی اطلاعات از پرونده‌های کلینیکی بیماران را می‌توان به‌منظور روشن کردن تأثیر روش‌های درمانی مختلف به‌کار برد (گارفیلد، ۱۹۸۰). از موارد مختلف بیماری‌ها می‌توان برای تحقیق در کاربرد انواع درمان‌ها برای انواع بیماری‌ها استفاده کرد. گرچه اطلاعات به‌دست آمده، از گذشته بیمار است، ولی داده‌های نظام‌دار به‌دست آمده از این طریق، می‌تواند اطلاعات مفیدی درباره درمان به‌ما بدهد. دوم، مطالعه موردی در کار درمانی می‌تواند تأثیر درمان را بر یک بیمار نشان دهد. این روش بارویکرد «روایتی»^۱ که در گزارش‌ها به‌کار می‌رود؛ متفاوت است. در روش مطالعه موردی، ارزیابی وضع بیمار قبل از درمان، ضمن آن و پس از درمان، اطلاعاتی بسیار غنی‌تر از روش روایتی در اختیار ما قرار می‌دهد (کزدین، ۱۹۸۱). و بالاخره یک سلسله طرح‌های آزمایشی وجود دارند که از آنها برای تحقیق درباره درمان موردی می‌توان بهره‌جست (بارلو^۲، هیز^۳، و نلسون^۴؛ ۱۹۸۴؛ کزدین، ۱۹۸۲). این طرح‌ها بررسی عملی و دقیق مطالعات موردی را میسر می‌سازند.

وظیفه تحقیق این است که تبیین‌های آن بر سایر انواع تبیین برای تشریح نتایج درمان، ارجحیت داشته باشد. روش‌های مختلف ارزیابی و کنترل که هسته مرکزی روش تحقیق هستند، به صورت‌های مختلفی به‌این اهداف دست می‌یابند (کوک و کمبل، ۱۹۷۹). راه‌های دیگری که قبلاً به‌صورت گذرا مطرح شدند، می‌تواند تا حدی به‌عنوان روش‌های جایگزین روش تحقیقات کلان به‌کار روند (کزدین، ۱۹۸۰ ب). استفاده از تکنیک‌های مختلف می‌تواند دانشی علمی و نظام‌دار را برای مطالعه همه‌جانبه و علمی درمان‌های مختلف در شرایط متفاوت ارائه دهد.

1. anecdotal case

2. Barlow

3. Hayes

4. Nelson

«درمان هنر است»: باور دیگر این است که درمان هنر است تا نوعی مهارت و روش علمی. مهارتِ درمانگر، تجربه، بصیرت و بینش وی، عواطف و قضاوت صحیح او، جنبه‌هایی از درمان هستند که امکان بررسی کاملاً دقیق علمی آنها میسر نیست. همچنین پیدایش فرایندهای خاص در روان‌درمانی مانند روابط ویژه بین بیمار و درمانگر، بیشتر شبیه نوعی هنر خلاقه است تا کاربرد تکنیک.

البته در این فرضیه که روان‌درمانی یک هنر است، حقیقتی نهفته است. بدون شک در افراد استعدادها و خلاقیت‌هایی وجود دارد که ماورای مهارت‌های بالینی و علمی‌ای هستند که آنها آموخته‌اند. شناخت خلاقیت و بصیرت برخی از درمانگرها، کارچندان دشواری نیست (رایک^۱، ۱۹۴۸). ولی این امر با این گفته که فرایند درمان، در کل هنر است، بدون آنکه ویژگی‌ها و صفت‌های آن مشخص شوند، بسیار متفاوت است. استعدادهای هنری ظاهراً ماورای کسب مهارت‌های علمی مشخص از طریق آموزش و یادگیری است. این نوع مهارت‌های علمی که باید از طریق یادگیری به دست آیند، ممکن است بسیار ظریف و دارای سطوح پیچیدگی مختلف باشند که بدون استفاده از روش‌های علمی و تحلیلی دقیق، ویژگی‌های نامشخص خلاقانه به نظر برسند که چندان با رویکرد علمی مرتبط نباشند (باگنتال^۲، ۱۹۸۷).

مهم این است که براین نکته که روان‌درمانی نوعی فن‌آوری است یا فقط کاربرد تعدادی روش‌ها و تکنیک‌های خاص، زیاد تکیه نکنیم. وظیفه اصلی و اولیه ما این است که آن مهارت‌ها، تکنیک‌ها و ویژگی‌های درمانگر را که محور اساسی درمان است، مشخص و ارزیابی کنیم. برطرف کردن ابهامات درمان، راه را برای ارزیابی عینی هموار می‌سازد. تمرکز بر مهارت‌ها، تکنیک‌ها و فرایندهای علمی ناقص، نمایانگر هنرمند بودن فرد درمانگر نیست. شکی نیست که درمانگرهایی وجود دارند که در جریان درمان، خلاق هستند و از استعدادهای فوق‌العاده‌ای برخوردارند. این وضع در رشته‌های دیگر نیز وجود دارد. بررسی این امر که روان‌درمانگرهای بااستعداد و خلاق، در روان‌درمانی چگونه فعالیت می‌کنند، ممکن است سبب آشکارشدن و کشف ابعاد جدیدی در روان‌درمانی شود. ولی این امر، متفاوت از آن برداشت و نتیجه‌گیری است که تمام جریان روان‌درمانی، فقط «هنر» است و نباید روش‌ها و ارزیابی‌های علمی را در مورد آن به کار برد.

«هرکسی، یک فرد است»: یک موضوع دیگر که غالباً علیه مفیدبودن تحقیق مطرح می‌شود، مسئله «فردیت» افراد است. این تفاوت‌های فردی را باید در درمان در نظر گرفت. تحقیق غالباً بدرچسب‌های تشخیصی میزان شده برای انتخاب بیمار متکی است و سپس برنامه ظاهراً سخت و یکنواختی برای تمام افراد طرح‌ریزی می‌شود. تفاوت‌های فردی مسئله‌ای است که در کار بالینی بسیار مورد توجه است، ولی در تحقیق نادیده گرفته می‌شود.

تفاوت‌های فردی بیماران و شرایط زندگی آنها که در شرایط درمانی مطرح می‌شود، همواره از اهمیت خاصی برخوردارند. این واقعیت‌ها، بازدارنده کاربرد بالقوه اصول، استراتژی، و روند تحقیق نیستند. کاربرد داروها و روش‌های پزشکی مختلف (مانند استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها یا جراحی) برای اختلالات متفاوت (مانند سینه‌پهلو یا انفارکتوس میوکارد) براین فرضیه استوار نیست که افراد، دارای اختلال کاملاً مشابهی هستند یا پاسخ آنها به درمان شبیه یکدیگر است. چه برای مسائل پزشکی و چه روان‌شناختی، می‌توان درمان‌های مختلف را بررسی کرد و نشان داد که قادرند به تعدادی از افراد و رفع مشکلات آنها کمک کنند. جستجو و شناسایی موفقیت‌آمیز این نوع درمان‌ها، مستلزم انکار تفاوت‌های فردی نیست. ممکن است دلیل اصلی تکیه براین گفتار که «هرکسی یک فرد است»، نوعی دلیل تراشی باشد که مانع بررسی درمان‌ها یا بیماری‌های متفاوت می‌شود.

در واقع، اعتقاد به تفاوت‌های فردی، به‌گونه‌ای نظام‌دار در تحقیقات مربوط به درمان مدنظر قرار می‌گیرد، ولی شیوه‌های آن مشخص نیست. نخستین قدم این است که بیماری‌های مختلف جسمی یا روان‌شناختی را شناسایی کنیم. این تقسیم‌بندی اولیه که «تمام مردم» بیمار یا مسئله‌دار، تحت یک عنوان یا طبقه‌بندی قرار گیرند، شروع بدرسمیت شناختن تفاوت‌های فردی است. در طی زمان این تفاوت‌ها جزئی‌تر می‌شوند و این امر نشان می‌دهد که ممکن است درمان مناسب برای یک گروه، برای گروه دیگر مناسب نباشد. به تدریج تفکیک‌های بیشتری صورت می‌گیرد، به نحوی که نوع درمان، به تناسب نوع بیماری در نظر گرفته می‌شود. در عمل، روشن نیست که آیا شناسایی درمان‌های مناسب، با به رسمیت شناختن هر فرد به‌عنوان یک واحد کاملاً اختصاصی و جدا از دیگران، ملازمت دارد یا خیر.

اشاره‌های کلی: باورهایی که در این فصل ارائه شدند، اهمیت فراوانی برای پیشرفت این رشته دارند. این باورها نشانگر «گفته‌های نیمه حقیقت» هستند. این باورها بدین دلیل در اینجا مطرح شدند و مورد پذیرش قرار گرفتند که اساس آنها در واقعیت است. شاید بتوان این موضوع را

چنین توجیه کرد که درمان مشکلات کودکان، بسیار پیچیده و چند جانبه است. البته به دلیل پیچیدگی قضیه یا تفاوت‌های فردی در پاسخ به درمان، نباید از تحقیق در این باره دست کشید؛ بلکه به‌ویژه به دلیل پیچیده بودن درمان، تمام جوانب آن باید تحت مطالعه و تحقیقات علمی و دقیق قرار گیرند. اگر مسائل بالینی مربوط به درمان‌های اجتماعی روانی و نتایج درمان‌ها آنقدر پیچیده نبودند، ممکن بود بتوانیم بدون اینکه الزاماً از ضوابط ظریف و دشوار تحقیق استفاده کنیم، به پاسخ‌هایی دست بیابیم. توجه به آن سوی قضیه نیز حایز اهمیت است. تحقیقاتی که در تمام موارد پیچیدگی درمان انجام شده است، تفاوت‌های فردی که ممکن است در نتایج آنها مؤثر باشد، در نظر گرفته نشده است (کوهن، اش‌رست و سارجنت^۱، ۱۹۸۶). برخی از استراتژی‌های پژوهشی (مانند اینکه درمان مورد مطالعه، نمایانگر درمانی است که در کلینیک به کار برده می‌شود)، شناسایی درمان‌های قوی، و انتخاب بیمارانی که در تأثیرپذیری درمان متفاوت هستند، کوشش‌هایی است که برای افزایش کیفیت شناخت پیچیدگی‌های درمان صورت می‌پذیرند.

«برداشت» از ارزیابی

افسانه‌ها، گفته‌های نیمه حقیقی و حرفهای تکراری، نشان‌دهنده برداشت کلی یا نگرشی نسبت به فعالیت‌های بالینی هستند، به‌ویژه زمانی که تحقیقات و ارزیابی‌ها، ارزش یکسانی نداشته باشند. یافته‌های تحقیقی در واقع اساس تصمیم‌گیری در درمان محسوب نمی‌شود. در حقیقت بازدارنده اصلی پیشرفت تحقیقات در زمینه درمان کودک، کمبود این تحقیقات یا کیفیت آنها نیست. این نارسایی‌ها دشمنان محسوسی هستند که می‌توان مستقیماً به آنها حمله کرد. موضوع مهم‌تر و گسترده‌تر، برداشت یا نگرش کلی است. پژوهش و یافته‌های آن معیار مناسبی برای ارزشیابی نیست و ارزیابی درمانگر نیز برای نتیجه‌گیری کفایت نمی‌کند. برداشت یا نگرش کلی را می‌توان مربوط به توجه به کیفیت کارآموزی درمانگران دانست. تکنیک‌هایی که برای آموزش کارآموزان روانپزشکی یا روان‌شناسی بالینی به کار برده می‌شود، عمدتاً بیش از آنکه درباره نوع خاصی از درمان و نتایج آن باشند، بر رویکرد یا فلسفه درمان استوارند. برای مثال، تحقیقات نشان داده‌اند که بسیاری از درمان‌های مختلف، به برطرف کردن اختلالات اضطرابی در بزرگسالان منجر می‌شود (راچمن و ویلسون، ۱۹۸۰). در برنامه کارآموزی دستیاران روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی که در نهایت به کار درمانی می‌پردازند، این تکنیک‌ها را منظور نمی‌کنند.

لحظه‌ای تصور کنید که تحقیقات موردی یا پژوهش‌های کلی در زمینه درمان از نظر درمانگرها، در برنامه آموزشی و کارآموزی دستیاران، موضوعی اساسی برای انتخاب بیمار یا تکنیک‌های درمانی در نظر گرفته نمی‌شود. این طرز تلقی نه تنها نشان‌دهنده نظر منفی این افراد در مورد فایده و کاربرد تحقیق در نتایج درمان است، بلکه از دید آنها پرسش‌های مطرح‌شده در تحقیقات بی‌ارتباط با درمان محسوب می‌شود و موضوعی را روشن نمی‌کند (کوهن و همکاران، ۱۹۸۶).

موضوع‌های مربوط به کارآموزی

ممکن است موضوع‌هایی در زمینه کارآموزی حرفه‌ای وجود داشته باشد که سبب جلوگیری از پیشرفت روش‌های پژوهشی درباره نتایج درمان کودکان شود. برای مثال، یکی از این موضوع‌ها، مشخصات کارآموزی بالینی در انواع مختلف روش‌های روان‌درمانی است. معمولاً کارآموزی شامل کلاس‌های درسی و کارورزی با نظارت استاد است. در این تجربه کارورزی، برای مهارت‌هایی که برای انجام کار لازمند، معیارهای روشنی وجود ندارد. ارزیابی یک بررسی نشان داد که کمتر از ۲۰ درصد از کلینیک‌های روان‌شناسی سعی می‌کنند تا مهارت‌هایی را که به کارآموزان خود آموخته‌اند و همچنین صحت و دقت و کارایی آنها را از طریق انجام پژوهش‌های لازم، مورد ارزیابی قرار دهند (کزدین و همکاران، ۱۹۸۶). برای مثال، یک بررسی نشان داد که کمتر از ۲۰ درصد از کلینیک‌های روان‌شناسی سعی می‌کنند تا مهارت‌های آموخته شده به کارآموزان خود را ارزیابی کنند (استیونسون و نورکراس^۱، ۱۹۸۳). در سطح کارورزی روشن نیست که کارآموز چه کارهایی باید انجام دهد تا عمل درمان به‌وجه مطلوبی صورت گیرد و یا اینکه آیا آموزش‌های عملی‌ای که قرار است مهارت‌های درمانی لازم را به کارآموز بیاموزد، واقعاً این آموزش‌ها را انتقال می‌دهد یا نه. به‌علاوه، مشخص نیست که کفایت و کارایی فرد در درمان چگونه ارزیابی می‌شود.

موضوع کارآموزی بالینی مسئله بسیار مهمی است. دلیل بحث از چنین مطلبی در اینجا آن است که حتی در حین آموزش، عقیده اکثریت بر این است که روان‌درمانی نیازی به بررسی تحقیقی و مطالعه علمی دقیق ندارد و معیار درمانگر خوب، قضاوت بالینی و نه داده‌های پژوهشی است. در سطح کارآموزی، مسائل مختلفی وجود دارد. یکی از موضوع‌های بسیار بدیهی این است که در واقع نمی‌دانیم چه چیزی را آموزش می‌دهیم. اگر مهارت‌های درمانی

مشخص، دقیقاً شناسایی و ارزیابی نشده باشند، عدم ارزشیابی و مشخص کردن عوامل درمانی به وسیله تحقیقات دقیق و کنترل شده، غالباً این برداشت مصطلح ولی غلط را که «درمان فقط هنر است»، تقویت می‌کند و از پیشرفت تحقیقات و مطالعات علمی در این زمینه جلوگیری می‌کند. حال نظری به مسائل پژوهشی مشابه، در کارورزی بیندازیم. در چهارچوب این بحث، آموزش تحقیق^۱، به آموزش پژوهشگرانی که می‌خواهند درباره درمان کودک تحقیق انجام دهند، اشاره دارد. برنامه انجام پژوهش در این زمینه روشن است: دروسی که شامل طرح تحقیقاتی و آمار باشند، از دروس اساسی محسوب می‌شوند. در اینجا تأکید بر اصولی علمی است که بیشتر از تجربه‌های بالینی، شامل آموزش‌های نظری و تحقیقاتی است.

ماهیت آموزش تحقیقات به گونه‌ای است که ممکن است از شناسایی یا پیشرفت امور درمانی جلوگیری کند. مثلاً در روان‌شناسی بالینی، دانشجویان تحصیلات عالی که برنامه کارآموزی را می‌گذرانند، معمولاً در کلینیک یا بیمارستانی که بیماران مختلف به آنجا ارجاع می‌شوند، یک دوره انترنی را می‌گذرانند، کارورزان، در این یک‌سال کارآموزی که غالباً هم شامل «چرخش»^۲ در بخش‌های مختلف است، قادر به تشخیص پدیده‌های بالینی به صورت عمیق نمی‌شوند. به همین دلیل، عملاً تحقیق درباره تجارب بالینی و شناخت مسائل آن مقدور نیست. بنابراین، بدون تجربه بالینی گسترده و عمیق، پرسش‌هایی که در مورد آنها مطرح می‌شود، و روش طرح آنها در شرایط بالینی، ممکن است باعث شود تا فاصله موجود بین تحقیقات بالینی و تجربه‌های کلینیکی بیشتر شود و ماهیت ارزیابی علمی و پژوهشی درمان، با فعالیت‌های درمانی درون کلینیک و بیمارستان محل اشتغال کارآموز، بسیار متفاوت شود.

موضوع‌های مربوط به آموزش و کارآموزی، نگرانی‌های حرفه‌ای گسترده‌ای ایجاد کرده است که محدوده آن، به ماورای پدیده درمان کودک گسترش می‌یابد. ذکر این مطالب به این دلیل در اینجا اهمیت دارد که آموزش کارآموزان ممکن است به نحوی باشد که از رشد و تکامل روش‌ها و برنامه‌های مؤثر در درمان کودک جلوگیری کند. جدایی راه و روش متخصصان این حرفه (درمانگر در مقابل محقق)، در بدترین شکل آن، بدین معنا است که غالب افرادی که به درمان می‌پردازند، نه به تحقیق علاقه‌مندند، نه آن را مربوط به کار خود می‌دانند، و نه به یافته‌های تحقیقاتی در کار بالینی استناد می‌کنند. از سوی دیگر پژوهشگری که در امر درمان کودک دست به تحقیق می‌زند ممکن است قادر به درک مطالب بالینی نباشد و نتواند از مسائل بالینی و درمان،

به نحوی که قابلیت کاربرد داشته باشد، ارزیابی اصیل و واقعی به عمل آورد. اینها مشکلات جدی و مزمنی هستند که این رشته به آنها دچار است.

نتیجه‌گیری

پیشرفت در پژوهش‌های مربوط به روان‌درمانی کودک، فقط از یک فرایند یا روش یا بینش نشأت نمی‌گیرد. در صورت طرح استراتژی پژوهشی چندبعدی و گسترده، می‌توان پیشرفت در این زمینه را سرعت بخشید. روشن‌تر و مشخص‌تر بگوییم: چنانچه به نکات زیر توجه شود، تحقیقات در مورد روان‌درمانی کودک می‌تواند، سرعت و عمق بیشتری یابد:

- ۱- الگوها و تحقیقات بیشتری در مورد نارسایی‌های روانی کودکان به آزمایش گذاشته شود.
- ۲- مفاهیم بیشتری درباره‌ی درمان روشن‌گردد، به نحوی که مسائل درمانی بالینی و روش‌های آن، در ارتباط نزدیک با بیماری، مورد درمان قرار گیرد.
- ۳- به منظور بررسی و سنجش فعالیت و کارکرد کودک در ابعاد مختلف، ارزشیابی گسترده‌ای صورت پذیرد.
- ۴- آزمون‌هایی قوی‌تر، یعنی روش‌های آماری بهتری برای آزمودن درمان‌های مختلف ارائه شود.
- ۵- آزمون‌هایی به منظور سنجش درمان‌های قوی‌تر و عمیق‌تر تدارک دیده شود.
- ۶- سنجش و ارزشیابی تأثیر رابطه کودک، اولیا، و خانواده که به نتایج مفید در درمان کودک کمک می‌کند، به گونه‌ای منسجم صورت گیرد.
- ۷- روش‌شناسی پیشرفته‌تری برگزیده شود، به صورتی که بهتر بتواند ویژگی‌های بیمار، درمانگر، و خصوصیات روش درمانی، و منطق زیربنای تصمیمات در درمان را روشن سازد.
- ۸- برای تکرار و تجدید تحقیقات به منظور روشن کردن پایایی و ثبات یک روش درمانی، کوشش به عمل آید.

هرگاه برخی مسائل خاص حل شوند، به‌طور قطع به‌امر پیشرفت تحقیقات درباره‌ی درمان کودک کمک می‌کنند. ولی در این زمینه، موضوع‌هایی بسیار بزرگتر، کلی‌تر، و گسترده‌تر وجود دارند که اهمیت آنها از بررسی و توصیه درباره‌ی مسائل مشخص بیشتر است. یکی از این مسائل عمده، دیدگاه و علاقه متضادی است که در قلمرو روان‌درمانی کودک وجود دارد. اطلاعات روایتی، برداشت‌ها، تجارب و قضاوت بالینی، دیدگاه‌های نظری و فرضیه‌های آزموده نشده،

همچنان بر اتخاذ تصمیمات درمانی سایه افکنده‌اند. در حقیقت، این‌گونه قضاوت‌ها، اساس آموزش روش‌های درمانی به کارآموزان و دستیاران در این رشته، و نیز اساس انتخاب روش درمانی برای بیمار یا بیماری خاص، و بالاخره معیار اصلی در ارزشیابی درمان با فرد بیمار هستند. هنوز هم توجه به روش‌ها (مانند روش روان‌پویشی، رفتاری، تلفیقی)، بیش از داده‌های علمی است. شاید دلیل این امر، احساس امنیت بیشتری است که در وفاداری به روش درمانی خاصی، به فرد متخصص دست می‌دهد. این احساس به‌ویژه در مورد روش التقاطی یا تلفیقی بیشتر مشهود است، به گونه‌ای که متخصص می‌گوید (من روشی را به کار می‌برم که کاربرد داشته باشد) و آن درمانی را که به نظرش بد می‌آید رد می‌کند. در مقابل، پژوهش را اساس انتخاب روش درمانی قرار دادن، باعث دردسر می‌شود. داده‌های تحقیق همواره ضد و نقیض هستند و مورد تفسیرهای مختلف قرار می‌گیرند و گاهی تحلیل می‌شوند و نتیجه‌گیری از آنها بسیار دشوار است. ولی انسانی‌ترین، حساس‌ترین و متعهدترین روش بالینی آن است که به نحوی عملی و عینی نشان دهد چه نوع درمانی، برای چه نوع کودکانی و تحت چه شرایطی مؤثر است. قدم اول این است که بدانیم چه داده‌هایی معلوم و کدام نامعلوم است و شروع به شناسایی اطلاعات مورد نیاز خود کنیم. هدف اصلی ما، شناخت قلمروهایی است، که در آنها با جهل و نبود اطلاعات علمی مواجهیم، و نیز اینکه به نوعی، بر سر رسیدن به پاسخ‌های اساسی، که به تسریع شناسایی بهترین و موثرترین روش روان‌درمانی کودک منجر شوند، به توافق برسیم.

نامنامه

آدائل، ۵۰	آبراموویتز، ۶۵
ادواردز، ۲۰	آخنباخ، ۳۵، ۳۹، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۱۶، ۱۱۷،
ادلبروک، ۴۴، ۱۰۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۲۸	۱۶۳، ۱۶۲، ۱۲۸
ارلز، ف.، ۱۴۵	آدامز، ۱۴۴
آرلینسکی، ۳۱، ۱۴۰، ۱۴۱	آدلمن، ۴۶، ۴۷
آرواشل، ۱۱۵	آرباتنات، ۹۵
ازولت - داوسون، ۹۵، ۱۱۵	آریزمندی، ۱۱۴
اشپیتسر، ۲۷، ۳۲، ۳۸	آزرین، ۴۵
اسپیواک، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۱۱۸، ۱۴۹	آکسلاین، ۵۱
آنت، ۱۲۷	آکساندر، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۱۳۷
استانکار، ۱۲۰	آلن، ۲۵
استرابر، ۱۴۵	آلندیک، ۸۹، ۱۰۹
استراپ، ۱۱۵	آلیک، ۵۶
استراو، ۵۹	آنافروید، ۵۱
استراوس، ۱۴۵	آیبرگ، ۸۷
استرین، ۸۸	آیزنک، ۲۲، ۵۴
استیپلز، ۱۰۷	آیزنبرگ، ج.، ج.، ۲۴
استین بروک، ۵۹	آیزنبرگ، ل.، ۵۵
استیونز، ۱۴۸	آبراین، ۱۲۰
استیونسون، ۱۸۲	آتواتر، ۱۵۳

براون، ا.د.، ۱۱۰	اسٹون، ۱۰۷، ۱۲۵
براون، ج.، ۵۹	اسمیت، م.ل.، ۲۲، ۵۴، ۵۸، ۵۹، ۶۰
برگر، ۲۴، ۱۲۰	اسمیت، ن.س.، جونپور، ۱۶۶
برگین، ۲۰، ۲۷	اشتراسمان، ۵۶
برلند، ۸۸	اُشر، ۱۱۸
بری، ۶۶، ۱۳۵	اُشرست، ۱۰۸، ۱۱۰، ۱۲۷، ۱۸۱
بریس مایستر، ۲۸	اکمن، ۱۲۵
بش، ۹۴، ۹۶، ۱۰۹	اُیری، ۱۲۲
بک، س.، ۸۵	الیس، ۹۳، ۱۰۷
بکر، ۱۰۷	انڈیکات، ۳۲، ۳۸
بلاک، ۵۳، ۷۴	اوملی، ۱۴۸
بمیس، ۱۱۱	اینوی، ۲۶
بنتلر، ۱۵۹	ایوانز، ۱۱۱
بورکھارت، ۶۷	بارت، ۴۴، ۵۶
بوی، ۱۰۷	بارتون، ۹۰، ۹۲
بیولتر، ۱۱۴، ۱۶۱	بارچ، ۹۶
بی، ین، ۱۳۵	بارلو، ۱۷۸
پائولوسکاس، ۵۰، ۶۵	باس، ۱۵۱
پارسونز، ۹۰، ۹۲، ۱۳۷	باستین، ۴۶
پارکر، ۱۱۸	باکمن، ۱۴۷
پارلاف، ۲۲، ۳۱، ۱۰۸، ۱۶۱	باگنتال، ۱۷۹
پاورز، ۱۵۰	بام، ۸۷
پاول، ۲۰	بان، ۳۳
پترسون، ج.ر.، ۴۴، ۸۵، ۱۲۷	بانن، ۱۴۸
پترسون، و.، ۱۲۰، ۱۲۵	برادی، ۵۹
پدولا، ۴۹، ۹۸، ۱۱۰، ۱۷۷	برائسول، ۹۳، ۹۴، ۹۶، ۹۷، ۱۰۹
پراوت، ۲۸	براکمان، ۱۵۳
پرت، ۹۸، ۱۱۰، ۱۷۷	برت، ۲۶
پریولو، ۵۹، ۶۴	براون، د.ت.، ۲۸

دادز، ۱۰۶، ۸۸، ۲۸	پلات، ۹۳
داش، ۵۹	پوئیخ - آنتیک، ۱۴۸، ۱۱۵
داگلاس، ۲۶	پولاک، ۱۲۰
دالکان، ۱۱۶	پیترسون، ۳۲
داوز، ۵۹	پینساق، ۶۷
دِ جولیو، ۲۱	تبریزی، ۱۱۵
درگر، ۳۲	تراپین، ۲۶
دِروبیس، ۱۰۹	ترامونتانا، ۶۸، ۵۷
دِزن، ۶۸، ۶۷	تسویلینگ، ۲۸
دورِن وِند، ۲۳	تِلن، ۴۶
دولینگر، ۴۶	تیر، ۱۰۴
دوماس، ۱۱۵، ۸۸	توما، ۱۷۷، ۱۱۰، ۹۸، ۶۵
دویت، ۶۸، ۶۷، ۶۵	توپلینگ، ۲۴
دیفنباخر، ۱۲۰	تیزارد، ۲۴
دیلکس، ۶۷	تیلور، ۴۷
دیلرتو، ۱۲۵، ۱۰۷	جانستون، ۴۸
دیویدسون، ۵۹	جانسون، ل.، ۲۸
رابینز، ۳۲	جانسون، ج. ه.، ۷۴، ۵۳، ۲۸
رابینز، ل. ن.، ۱۲۱، ۵۷	جانسون، س. م.، ۸۷
راتر، ۱۰۳، ۷۹، ۵۷، ۲۴	جانسون، ر.، ۱۱۵
رازین، ۲۲	جانسون، م.، ۱۶۱
راسبوری، ۲۸	جنسن، ۱۰۴
راسی، ۱۲۴	ج. کلرمن، ۴۰
راش، ۱۲۵	جکوبسون، ۱۲۰
راکمن، ۱۲۰، ۶۵، ۵۴، ۲۲	جورج، ۱۳۵
راگلر، ۱۷۲	چیمبرز، ۱۱۵، ۳۸
رانکورلو، ۱۱۵	چیمبرلین، ۸۷
رایت، ۱۲۰	خان، ۱۲۵
رایک، ۱۷۹	داج، ۱۴۹، ۹۳

شفر، ۲۸، ۵۳، ۶۶، ۷۴	ردنر، ۱۰۸
شکتر، ۱۴۸	رمزی - کلی، ۶۵، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۳۶
شلتون، ۱۲۰	روان شناسان آمریکایی، ۱۶۰
شوارتس، ۸۸	روان شناس آمریکایی، ۲۷
شور، م. ف.، ۱۵۰	روباک، ۱۰۷
شور، م. ب.، ۹۳، ۹۴	روپر، ۱۲۱
شیاوو، ۹۲	روتاتوری، ۱۱۸
شیکولا، ۸۷	روزن، ۳۳
شیهان، ۱۲۵	روزنتال، ۱۲۵
فاکس، ج. ج.، ۸۸	رونستراف، ۱۲۷
فاکس، ر. م.، ۴۵	رید، ۸۷
فالت، ۱۲۷	رینولدز، ۶۶
فاوست، ۴۸	سارتریس، ۳۸
فرانسیس، ۱۴۵	سارجنت، ۱۸۱
فرانکلین، ۱۲۵	سازمان بهداشت جهانی، ۳۳
فرایدلند - باندز، ۴۶	ساندرز، ۸۸
فرنج، ۹۵، ۱۳۱	سوبوتکا، ۶۵
فلایشمن، ۸۷، ۱۲۵	سودر، ۲۴، ۲۶
فلمان، ۸۰، ۸۳، ۱۲۴، ۱۳۸	سورنسون، ۱۷۷
فو، ۵۰	سوگای، ۱۰۹
فورمن، ۱۲۵	سولوویتز، ۱۲۵
فورهند، ۴۸، ۸۷، ۸۸، ۱۲۷	سیچل، ۲۸
فیتون، ۲۸	سیگل، ۲۸
فیلیپز، ۱۰۸	سیلور، ب. ج.، ۱۷۷
فینر، ۳۲	سیلور، ل. ب.، ۱۷۷
کادوشین، ۵۷	سینگر، ۱۳۷
کاراسو، ۲۰	شاپیرو، د.، ۵۹، ۶۱
کارلسون، ۴۶، ۱۴۵	شاپیرو، د. آ.، ۵۹، ۶۱
کاری، ۹۶	شرودر، ۵۹

کلا ریتزیو، ۱۴۸	کاستلو، ۱۱۶
کلاین، ۹۲	کاسر - بوید، ۴۷
کلرمن، ۱۴۸	کاکس، ۲۴
کمبل، ۱۶۸، ۱۶۷	کالاتکین، ۱۶۱
کمپ، ۱۰۹، ۹۶، ۹۴	کلاس، ۱۱۶
کمیسیون بهداشت روانی رئیس جمهور ۲۳	کالوین، ۸۰، ۶۵
کمیسیون مشترک بهداشت روانی کودکان ۲۳	کانتول، ۴۶
کنت، ۱۲۲	کانوور، ۱۱۶
کندال، ۱۲۷، ۱۰۹، ۹۶، ۹۵، ۹۴، ۹۳	کایریگین، ۱۵۳
کنگره ایالا متحده، دفتر ارزیابی فن‌آوری	کپلینگر، ۸۰
۴۷، ۲۳، ۲۲	کراپلین، ۳۲
کنی، ۱۵۹	کراتوچویل، ۱۱۱، ۶۶، ۵۳
کنیتزر، ۲۴	کراتول، ۱۶۸
کنیس‌کرن، ۶۷	کراس، ۱۸۲، ۱۴۱، ۱۲۵
کوئی، ۱۱۰، ۴۲، ۴۰، ۲۵	کراگو، ۱۶۱، ۱۱۴
کوواچ، ۱۲۵، ۶۵، ۵۰	کرامر، ۳۳
کوپتا، اس. م.، ۱۴۱، ۱۴۰	کراوس، ۱۴۰، ۳۱
کوپر، ۳۸	کرنی، ۱۰۹، ۸۹
کوئریل، ۱۲۴	کرونباخ، ۲۰
کوچر، ۱۷۷، ۱۱۰، ۹۸، ۴۹	کریستنین، ۲۱
کورتیس، ۱۲۵	کریستول، ۱۰۷
کورسینی، ۷۴، ۵۳	کریگهد، ۱۲۰
کوک، ۱۷۸، ۱۶۸، ۱۶۷	کزدین، ۸۵، ۷۹، ۶۶، ۵۸، ۵۴، ۴۷، ۳۵، ۳۱
کول، ۹۶	۸۷، ۸۸، ۹۵، ۹۶، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۱۱
کولوین، ۲۵	۱۱۵، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۷، ۱۳۴
کومپاس، ۴۶	۱۳۷، ۱۳۸، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۹، ۱۵۱، ۱۵۳
کونستانینو، ۱۷۲	۱۶۲، ۱۷۸، ۱۸۲
کوهن، ۱۸۲، ۱۸۱، ۱۷۵، ۱۲۶، ۱۲۴، ۱۲۳	کزدین. آ. ای.، ۱۳۱
کیسلر، ۱۰۳	کلاتز، ۵۶

لامبرت، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۱۱۵، ۱۷۴	کیسی، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۵، ۶۸
لامپرون، ۹۶	۸۵، ۹۸، ۱۱۰، ۱۲۶، ۱۴۰
لانگ، ۸۷، ۱۲۷	کینگزلی، ۱۲۰
لانگنر، ۲۴	گارد، ۶۶
لاهی، ۱۰، ۶۵	گارفیلد، ۱۷، ۲۰، ۲۷، ۵۴، ۶۴، ۱۷۸
لریر، ۲۶	گومار، ۲۷
لندمن، ۵۹	گرازیانو، ۴۸
لوبورسکی، ۱۳۷	گراهام، ۲۳، ۲۴، ۱۰۵
لوتنشلاگر، ۴۸	گرتسن، ۲۴
لورد، ۲۸	گیرشام، ۹۵
لووایس، ۱۴۰، ۱۴۲	گرمین، ۶۷، ۶۸
لویت، ۲۵، ۳۱، ۴۴، ۵۴، ۵۶، ۱۳۵	گرونبرگ، ۵۵
لویین، ۱۲۰	گریست، ۸۷، ۸۸، ۱۰۶
لی، ۱۵۹	گلاس، ۲۲، ۵۶، ۵۸، ۵۹، ۶۰
لیبرمن، ۱۲۵	گلفند، ۳۲، ۱۲۱
لیدیگیت، ۵۰	گلنویک، ۱۴۸
ماتسون، ۱۱۸	گلیک، ۱۴۹
مارون، ۱۲۵	گنشاایمر، ۵۹
ماستین، ۶۷	گوردون، ۹۵
ماسیمو، ۱۵۰	گورساج، ۱۷۷
ماکسول، ۵۹	گوند، ۲۳، ۹۸، ۱۱۰
ماهلر، ۴۵	گولدمن، ۵۵
مالگادی، ۱۷۲	گیلبرت، ۱۴۷
مانک، ۲۵، ۴۱، ۴۲	گیلر، ۱۰۳
مایر، ۵۹	گیلمور، ۸۷
مایکلسون، ۶۴، ۱۰۹	ل. آلن، ۴۳
مجله روان‌شناسان آمریکایی، ۱۴۱	لاپوز، ۲۵
مجله مشاوره و روان‌شناسی بالینی، ۹، ۲۷	لاست، ۱۴۵
مش، ۴۸	لاکمن، ۹۶

وست، ۱۰۸	مک‌فارلین، ۱۰۵، ۴۳، ۴۲، ۲۵
ولز، ک. س. ۸۷	مک‌کانگی، ۱۱۶
ولز، ر. آ.، ۶۷، ۶۸، ۸۵	مک‌کورد، ۵۰
ولف، ۱۵۳	مک‌مائن، ۸۸
وُندن‌باس، ۱۱۱	مکوی، ۱۴۸
وود، ۱۰۹	موئلیس، ۱۲۰
وودارسکی، ۸۰	مورلند، ۸۷، ۸۵
وونشده - هیتسیش، ۲۳	موریس، ر. ج.، ۶۶
ویال - وال، ۱۲۵	موریس، س. ب.، ۹۱
ویپل، ۱۰۷	میدور، ۶۵
ویتمر، ۱۵۰	میلر، ل. س.، ۱۲۸، ۱۰۵، ۵۹، ۴۴
ویتمور، ۲۴	میلر، ت. ی.، ۲۲
ویز، ۵۶	میلمن، ۱۵۵، ۷۴، ۶۶، ۵۳، ۲۸
ویس، ۵۶	مینتز، ۱۷۷
ویلتز، ۸۷	مؤسسه ملی بهداشت روان، ۲۰
ویلسون، ۱۱۸، ۱۱۵، ۱۰۷، ۶۵، ۵۴، ۲۲	نلسون، ۱۷۸
۱۸۱، ۱۳۷، ۱۲۷، ۱۲۰	نوبل، ۱۰۵
ویلیامز، ۵۵، ۲۷	نورتن - فورد، ۱۲۷
وینگ، ۳۸	نورکراس، ۱۸۲
هابز، ن.، ۱۴۸	نیکولسون، ۱۲۰
هابز، س. آ.، ۶۵	نیومن، ۱۳۹
هاجسون، ۱۲۰	واسکاو، ۱۶۱
هادلی، ۱۱۵	والتر، ۸۷
هارتمن، ۱۲۱	والر، ۱۶۵، ۱۱۵، ۸۸، ۴۸
هاروی، ۵۹	والش، ۴۶
هاریس، ۱۲۵	وایت، ۱۱۰
هاکزر، ۵۰	واینر، ۶۸
هالون، ۱۱۱	وری، ج. س.، ۴۲، ۲۵
هوارد، ۱۴۱، ۱۴۰، ۱۳۹، ۵۹، ۳۱	وری، ج. ن.، ۲۸

هوروویتس، ۸۸	هاول، ۱۱۶
هوگدال، ۱۲۷	هایمبرگ، ۱۰۷
هونزیک، ۴۳، ۲۵	هاینیکه، ۱۳۶، ۱۲۱، ۱۲۰، ۶۵، ۵۶، ۵۵
هیز، ۱۷۸	هیرت، ۵۹
هیگان، ۵۰	هیرسن، ۱۴۵، ۷۴، ۵۳
یانگ، ۸۸	هریانیک، ۳۸
یو، ۱۲۵	هریسون، ۶۶، ۲۷
یورکستون، ۱۰۷	هرینک، ۷۴، ۵۳، ۲۰
یول، ۲۴	هلیسل، ۱۱۸
یونیس، ۱۳۱، ۹۵	همپ، ۱۰۵، ۴۴
ییتون، ۱۱۰، ۱۰۸	هود - ویلیامز، ۵۵

نمایه موضوعی

- عملکرد تحصیلی، ۱۳۶-۱۳۵، ۱۴۶
اجرای درمان نگاه کنید به
یکپارچه سازی درمان
سن، ۳۲، ۴۵-۴۲
روند بروز رفتار، ۳۲، ۴۵-۴۲
تأثیرات درمان، ۱۰۵
الگوی درمان پذیری، ۱۴۴-۱۴۳
توصیف، ۱۴۴-۱۴۳
مثال ۱۴۵-۱۴۴
بی‌اشتهایی عصبی، ۳۷
رفتار ضد اجتماعی، ۸۳-۸۰
اختلال در مهارت‌های ریاضی، ۳۷
اختلال در تلفظ شمرده، ۳۷
ارزیابی، ۱۹
واکنش‌های درمان‌جو به درمان، ۱۱۹-۱۱۸
شباهت شاخص‌های مختلف، ۱۹
تشخیصی، ۳۸
چندمحوری، ۱۶۳-۱۶۳
- گزارش والدین، ۴۸-۴۷
گزارش شخصی، ۱۱۵
زمان، ۱۳۱-۱۱۹
پیامد درمان، ۲۱، ۱۱۶-۱۱۵
اختلال نارسایی توجه/فزون‌جنبشی، ۳۵، ۴۰
اختلال اوتیستیک (درخودماندگی)، ۳۵، ۳۷
درمان شدید، ۱۴۳-۱۴۰
اصلاح رفتار نگاه کنید به رفتاردرمانی
رفتاردرمانی، ۶۰
الگوی مداخله گسترده، ۱۵۱-۱۴۵
اصول، ۱۴۸-۱۴۶
نشانه‌های، ۱۴۹-۱۴۸
پراشتهایی عصبی، ۳۷
سیاهه رفتار کودک، ۱۱۷
افسردگی کودکان نگاه کنید به افسردگی
رشد کودک،
سن، ۲۴
مراحل، ۳۲

بریده‌گویی، ۳۷	روان‌درمانی کودک، ۲۶-۲۹
قهر (تحمیل)، ۸۵	پیشرفت محدود در، ۲۶-۲۸
آموزش مهارت‌های شناختی مسئله‌گشایی، ۹۳-۹۶	موانع پژوهش در، ۳۱-۵۱
پیش‌زمینه و منطق، ۹۳	همچنین نگاه کنید به روان‌درمانی اختلالات دوران کودکی، ۳۱، ۲۳
ارزشیابی، ۹۶-۹۷	عمده‌ترین انواع مشخص‌شده، ۳۵-۳۸
شواهد مربوط به نتایج درمانی، ۹۴-۹۵	مورد غفلت قرار گرفتن، ۳۲-۳۳
فرایندهای شناختی، ۹۱	شیوع، ۲۳-۲۴
و رفتار آشکار، ۹۳	کودکان،
درمان جامعه‌گرا ۸۴-۸۰	نیازهای بهداشت روانی، ۲۲-۲۳
پژوهش [به صورت] مقایسه‌ی نتایج، ۱۰۸	حمایت از حقوق، ۵۰-۵۱
شیوه‌ی درمانی تطبیقی، ۱۳۷	خدمات موجود برای، ۲۴-۲۵
مبانی نظری درمان، ۱۰۸-۱۰۹	الگوی درمان بیماری‌های مزمن، ۱۵۱-۱۵۳
اختلال سلوک، ۳۵	۱۵۴-۱۵۵
روایی ساختاری، ۱۶۷	اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن، ۳۶
درمان سازنده، ۱۳۵	شیوه تأثیر تنوع رابطه مراجع - درمانگر، ۱۲۷-۱۳۸
گروه‌های گواه، ۵۵	درمان مراجع‌محوری، ۵۱، ۶۰، ۹۸
الگوی پژوهشی در مورد نتایج درمان، ۱۳۳-۱۳۸	واکنش‌های مراجع به درمان، ۱۱۸-۱۱۹
توصیف، ۱۳۳	فعالیت‌های بالینی، ۹۶-۹۷
شیوه‌های درمانی، ۱۳۵-۱۳۸	مسائل بالینی،
اختلال در هماهنگی حرکتی، ۳۸	و رشد کودک، ۲۵
افسردگی، ۴۵-۴۶	تنوع، ۳۵-۳۸
ملاحظات مربوط به رشد نگاه کنید به رشد کودک تشخیص اختلالات کودکی، ۲۱، ۳۱-۳۵	شیوع، ۲۳-۲۴
تشخیص نابهنجاری، ۱۶۷-۱۶۹	ارجاع برای، ۴۶-۴۷
	معناداری بالینی، ۱۲۶-۱۲۷
	در مقابل معناداری آماری، ۱۲۶-۱۲۷

اختلال هویت جنسی در کودکی، ۳۶	رویکردهای چندمتغیری، ۳۹
گروه طرفدار پیشرفت روان‌پزشکی، ۳۳	راه‌نمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)، ۲۱، ۴۰-۳۳
گروودرمانی، ۲۶	DSM I، ۲۱، ۳۳، ۳۴
الگوی مداخله قدرتمند، ۱۴۳-۱۳۹	DSM II، ۲۱، ۳۴
توصیف، ۱۴۰-۱۳۹	DSM III، ۲۱، ۳۴
مثال، ۱۴۲-۱۴۰	DSM III-R، ۳۴
کوشش‌های درمانی، ۱۴۰-۱۳۹	DSM-IV، ۳۵
فزون‌جنبشی نگاه کنید به اختلال نارسایی توجه/فزون‌جنبشی	شیوه درمانی تجزیه کردن، ۱۳۵
شناسایی نابهنجاری بالینی، ۱۰۳-۱۰۱	اختلالاتی که نخستین بار در اوایل کودکی، خردسالی، یا نوجوانی ظاهر می‌شوند، ۳۸-۳۵
ارجاع کودکان، ۴۷-۴۶	مدت درمان، ۷۸، ۸۸
موارد بالینی در، ۱۰۳-۱۰۱	اندازه اثر، ۵۸، ۶۴-۶۱
روان‌درمانی بینشی، ۹۸	اثربخشی درمان، ۲۲-۲۰، ۶۸-۵۳
روایی درونی، ۱۶۷	خموشی انتخابی، ۳۷
طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ۳۳	ارزیابی روان‌درمانی، ۲۲-۱۷
نابهنجاری‌های درونی‌شده، ۶۱، ۷۸-۷۶	نکات مهم و موانع، ۱۸۰-۱۷۳
مهارت‌های شناختی حل مشکلات بین‌فردی، ۹۶-۹۳، همچنین نگاه کنید به آموزش مهارت‌های شناختی مسئله‌گشایی	اختلال در زبان بیانی، ۳۷
فرایند روانی درون فردی، ۷۸	اختلال در نگارش بیانی، ۳۷
بزهکاران جوان، ۹۲-۹۰	روایی بیرونی، ۱۶۷
رسش، ۴۶-۴۲	رفتارهای نابهنجار بیرونی، ۶۱، ۷۶، ۸۵
و مشکلات رفتاری، ۲۵-۲۴، ۹۲-۹۰	تأثیرات فراتر از درمان، ۴۹-۴۸
و ارزشیابی درمان، ۴۴-۴۲	خانواده‌درمانی، ۲۶، ۵۰-۴۸
الگوی پزشکی، ۱۵۱	خانواده‌درمانی کارکردی، ۹۳-۹۰
تجویز دارو، ۱۹	پیشینه و منطق زیربنایی، ۹۱-۹۰
عقب‌ماندگی ذهنی، ۳۵	ویژگی‌های، ۹۱
مت‌آنالیز، ۵۴	ارزشیابی، ۹۳-۹۲
اثرات آسیب‌شناسی کودک ۶۴-۶۰	شواهد مربوط به نتایج، ۹۲

- نتیجه‌گیری از، ۵۷-۶۰
- تعریف، ۵۸
- اندازه اثر، ۵۸، ۶۱-۶۳
- محدودیت‌های، ۶۴-۶۵
- روش‌شناسی مطالعات پیامدی، ۵۶-۵۷
- ۹۹-۹۸، ۱۰۱-۱۳۰
- موضوع‌های مربوط به ارزیابی، ۱۱۵-۱۲۱
- موضوع‌های مربوط به مراجع، ۱۰۱-۱۰۷
- نکات مهم، ۱۶۶-۱۷۴
- ویژگی‌های نمونه، ۱۶۷-۱۷۱
- موضوع‌های مربوط به درمانگر، ۱۱۲-۱۱۵
- موضوع‌های مربوط به درمان، ۱۰۷-۱۱۱
- الگوی پژوهشی در مورد نتایج درمان، ۱۲۳-۱۵۳
- الگوی درمان‌پذیری، ۱۴۳-۱۴۵
- الگوی مداخله‌گسترده، ۱۴۵-۱۵۱
- الگوی بیماری مزمن، ۱۵۱-۱۵۳
- الگوی متداول درمان، ۱۳۳-۱۳۸
- الگوی مداخله‌قدرتمند، ۱۳۹-۱۴۲
- رویکردهای چندمتغیری به تشخیص، ۳۸-۴۰
- الگوهای ثابت برگرفته، ۳۸-۴۰
- ارزیابی چندمحوری، ۱۶۱-۱۶۳
- افسانه‌ها، گفته‌های نیمه‌حقیقت و تکراری در درمان، ۱۷۶-۱۸۰
- هرکسی، یک فرد است، ۱۸۰
- دشواری‌های پژوهش، ۱۷۷-۱۷۸
- درمان، هنراست، ۱۷۹
- درمان، امری بسیار پیچیده است، ۱۷۶-۱۷۷
- بازنگری روایتی از روان‌درمانی، ۵۴-۵۶
- اهمیت تاریخی، ۵۴-۵۶
- بازنگری‌های روایتی متمرکز، ۶۵-۶۸
- اختلال جنسی از نوع نارضایتی جنسیتی، ۳۶
- فزون جنبشی (بیش‌فعالی)، ۳۵، ۴۰. همچنین
- نگاه کنید به اختلال نارسایی
- توجه/فزون جنبشی
- اختلال نافرمانی-لجبازی، ۳۵
- نتایج،
- ارزیابی، ۱۱۵-۱۲۱
- پیگیری، ۱۱۹-۱۲۱
- اختلال اضطراب مفرط، ۳۵
- شیوه تغییر اجزای درمانی، ۱۳۶
- متخصصان، ۴۹
- تعاملات والد-فرزند، ۸۵-۸۶، ۹۰-۹۲
- آموزش اداره کردن کودکان به اولیا، ۸۵-۹۰
- سابقه و منطق زیربنایی، ۸۵-۸۶
- ویژگی‌های، ۸۶-۸۷
- عواملی که بر نتایج تأثیر می‌گذارند، ۸۸
- ارزشیابی کلی، ۸۹-۹۰
- والدین،
- آسیب‌شناسی روانی، ۴۸
- درجه‌بندی به وسیله، ۴۸
- و درمان، ۴۸-۵۰
- هرزه‌خواری (پیکا)، ۳۶
- توان آزمون، ۱۲۲-۱۲۶
- شیوع اختلالات رفتاری، ۲۳-۲۶
- پیشگیری، ۲۶

اختلال در زبان دریافتی، ۳۷	فرایندهای تغییر نگاه کنید به فرایندهای
پیشنهادهایی برای تحقیق، ۱۵۷-۱۵۸	درمانی موضوع‌های حرفه‌ای، ۱۷۵-۱۸۲
نظریه‌ها و پژوهش‌های اساسی در زمینه	افسانه‌ها، گفته‌های نیمه حقیقت و تکراری
نابهنجاری کودک، ۱۵۷-۱۶۰	درمان، ۱۷۶-۱۸۰
خرده نظریه، ۱۵۸	پژوهش در مقابل کاربرد، ۱۷۶-۱۷۷،
توصیف نارسایی‌های روانی، ۱۶۱	۱۸۰-۱۸۲
تأثیرات اضافی درمان، ۱۶۵	برداشت، از ارزیابی، ۱۸۱-۱۸۲
تجدید، ۱۶۶-۱۶۷	کارآموزی، ۱۸۲-۱۸۴
آزمون‌های پرتوان‌تر درمان، ۱۶۴-۱۶۵	رویکردهای امیدوارکننده در درمان، ۷۵-۹۸
ارجاع کودکان برای درمان، ۴۶-۴۷	کارکرد اجتماعی مطلوب، ۱۱۶-۱۱۸
تله تقویت، ۸۵-۸۶	ارزیابی، ۱۱۶-۱۱۸
روان‌درمانی ارتباطی، ۹۸	ارتباط با علایم، ۱۱۷
تجدید تحقیقات، ۱۱۶-۱۶۷	روش روانکاوی، ۱۳۶
معرف بودن درمان، ۱۰۷-۱۰۸	روان‌درمانی پویایی، ۱۷۷
کودکان بستری، ۱۱۷	روان‌درمانی
بازنگری پژوهش‌های مربوط به درمان،	تعریف، ۱۷-۱۹
۵۳-۵۴	اهداف در مقابل ابزار، ۱۸
بازنگری‌های متمرکز، ۶۵-۶۸	پژوهش، ۲۸-۲۹
متاآنالیز، ۵۷-۶۵	روش‌ها، ۲۰-۲۲. همچنین نگاه کنید به
بازنگری‌های روایتی، ۵۴-۵۶	شیوه‌های درمانی
اختلال نشخوار نوزادی، ۳۶	شیوه‌های روانی-اجتماعی، ۱۹
سیاهه رفتار در مدرسه، ۱۲۸	بازنگری کمی نگاه کنید به بازنگری روایتی از
گزارش ۱۱۵-۱۱۶	روان‌درمانی
تفاوت با سایر گزارش‌ها، ۱۱۵-۱۱۶	بازنگری کیفی نگاه کنید به متاآنالیز
اختلال اضطراب جدایی، ۳۵	اختلال دلبستگی واکنشی دوران نوزادی و
تفاوت‌های جنسیتی، ۱۰۵-۱۰۶	اوایل کودکی، ۳۶-۳۷
مددکاری، ۸۱	اختلال در خواندن، ۳۷

رویکردها به (درباره)، ۱۴۸-۱۳۸
 یکپارچگی، ۱۱۱-۱۰۸
 موضوع‌های مطرح در ارزیابی، ۵۱-۳۱
 فهرست درمان‌های در دسترس، ۷۳-۶۹
 متغیرهای تعدیل‌کننده، ۵۵، ۱۰۷-۱۰۳
 معترف بودن، ۱۰۸-۱۰۷
 طرح‌های تحقیقاتی برای ارزیابی، ۱۷۸
 اختصاصی بودن، ۱۱۰-۱۰۸
 آزمون‌های پر قدرت برای، ۱۴۳-۱۳۹
 یکپارچگی درمان، ۱۱۱-۱۰۸
 نوشتارهای راهنمای درمان، ۸۹
 فرایندهای شناختی، ۹۱
 اجرای درمان، ۱۱۹
 فنون درمانی، ۱۹، ۶۲، ۶۴
 رفتار درمانی، ۶۰
 درمان مراجع محوری، ۵۱، ۶۰، ۹۸
 درمان جامعه‌گرا، ۸۴-۸۰
 خانواده‌درمانی، ۶۰
 درمان گروهی، ۶۲، ۶۵
 روان‌درمانی بینشی، ۹۸
 آموزش اداره کردن کودکان به اولیا، ۹۰-۸۵
 مهارت‌های شناختی مسئله‌گشایی،
 ۹۷-۹۳
 روش روانکاوی، ۱۳۶
 روش روان‌پویشی، ۱۳۷
 روان‌درمانی ارتباطی، ۹۸
 درمان مبتنی بر مدرسه، ۸۰-۷۶
 «پرسش نهایی» روان‌درمانی، ۲۲-۲۰
 تصور همگنی، ۱۰۳
 اختصاصی بودن درمان، ۱۱۰-۱۰۸
 بهبودی خود به خود، ۵۶-۵۴
 روایی نتیجه آماری، ۱۶۷
 رفتار کلیشه‌ای یا اختلال عادت، ۳۷
 آزمایش سنت لویس، ۸۳-۸۰
 مؤثر بودن درمان، ۱۴۰-۱۳۹
 قدرت، ۱۴۰-۱۳۹
 کوشش‌های درمانی، ۱۴۰-۱۳۹
 لکنت زبان، ۳۷
 نشانه‌ها، ۱۹
 رفتارهای اجتماعی مطلوب، ۱۱۸-۱۱۷
 کاهش، ۱۱۷-۱۱۶
 جایگزین، ۲۱
 رویکرد سیستمی، ۹۰
 کوشش درمانی، ۱۴۰-۱۳۹
 ارتباط درمانی، ۱۸
 ویژگی‌های درمانگر، ۱۱۵-۱۱۴
 و ارزشیابی درمان، ۱۱۶-۱۱۵
 درمانگر، ۱۱۵-۱۱۲
 تجربه، ۸۱
 ارزیابی تأثیر، ۱۷۲-۱۷۱
 آموزش، ۱۱۳-۱۱۲
 زمان‌بندی، ارزیابی پیگیری، ۱۲۱-۱۱۹
 اختلال توره، ۳۶
 آموزش، ۱۱۳-۱۱۲
 موضوع‌های مربوط به، ۱۱۳، ۱۸۴-۱۸۲
 اختلال تیک گذرا، ۳۶
 نارضایتی جنسیتی، ۳۶
 درمان، ۱۶۹، ۱۷۱، ۱۷۶

روان‌درمانی کودک، رشته‌ای است که در مقایسه با روان‌درمانی بزرگسالان، نوپاتر است. در کتاب حاضر، که به لحاظ بازنگری کلی در این حوزه، به کتابی کلاسیک تبدیل شده، به‌طور خلاصه موضوعات، مسائل، و استراتژی‌های مرتبط با این رشته مطرح شده‌اند. در این کتاب که بر مبانی پژوهش مبتنی است، بر همه‌گیرشناسی، تشخیص روان‌شناختی، و ارزیابی هر روش، تأکید شده است. مباحث اصلی این کتاب را وضعیت فعلی درمان، ضرورت و شیوه‌های پژوهشی، و پیشنهادهایی برای ایجاد الگوهای عملی و پژوهشی در این حیطه، تشکیل می‌دهند. نویسندۀ کتاب، «گذر دین»، از صاحب‌نظران باسابقه در زمینه آموزش، پژوهش، و سردبیری مجله‌های علمی - پژوهشی در این حیطه است.



انشادات رشد

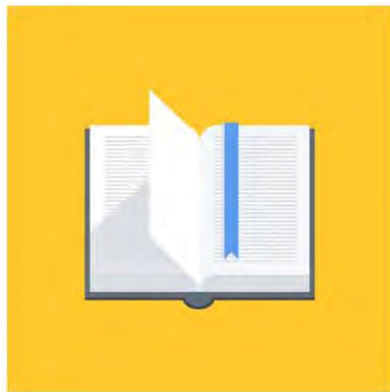
مرکز نشر و پخش
کتاب‌های روان‌شناسی و تربیتی

ساختمان
خیابان انقلاب، ۱
خیابان شهدای
شماره ۴۱ تلف
فرو
خیابان انقلاب، ۱

دانشگاه تهران، شماره ۱۲۳۲
تلفن: ۶۶۴۹۸۳۸۶
دورنگار: ۶۶۴۹۷۱۸۱
www.roshdpublication.com



9789647537603



آیا می‌دونستید لذت مطالعه و درصد یادگیری با کتاب‌های چاپی بیشتره؟
کارنیل (محبوب‌ترین شبکه موفقیت ایران) بهترین کتاب‌های موفقیت فردی
رو برای همه ایرانیان تهیه کرده

از طریق لینک زیر به کتاب‌ها دسترسی خواهید داشت

www.karnil.com

با کارنیل موفقیت سادست، منتظر شما هستیم

 Karnil  Karnil.com

