

روان‌درمانی کودکان

دکتر محمدرضا محمدی^۱ / فرزاد مومنی^۲

چکیده:

در جریان روان‌درمانی کودک از دو جنبه مورد توجه قرار می‌گیرد: به عنوان فردی مستقل و همین کودک به عنوان عنصری از خانواده، مدرسه و اجتماع. زیگموند فروید، آنا فروید، ملانی کلاین، وینی کات و ویرجینیا آکس لاین از پیشگامان روان‌درمانی کودکان هستند. برای روان‌درمانی کودکان درمانگر باید در زمینه مراحل رشد کودکان از جنبه‌های گوناگون شناختی - عاطفی - اجتماعی و اختلالات شایع دوران کودکی دانش لازم را داشته باشد. در نخستین جلسه مصاحبه با کودک جهت روان‌درمانی، درمانگر باید علت مراجعه کودک را به او توضیح دهد و بعد بگوید که چه کمکی می‌تواند به کودک بنماید. به نظر آنا فروید، کودکان به خاطر نابالغ بودن، اضطراب، کم حوصلگی، محرومیت از تداعی آزاد، نمی‌توانند همانند بزرگسالان در جلسات درمان حاضر شوند.

درمانگر باید متوجه مسئله انتقال در جلسه درمان باشد. چرا که بچه‌ها با درمانگر همانند والدین خود تماس برقرار می‌کنند. مانند روان‌درمانی بزرگسالان، کودک را باید تشویق کرد تا احساسات خود را به صورت کلامی یا عملی بروز دهد. درمانگر باید نقشی که والدین در روند درمان دارند، توجه خاص مبذول دارد. اصل صراحت و رازداری، استفاده از وسایل بازی جهت ایجاد رابطه بهتر با کودک، و کمک به کودک که بتواند افکار و احساسات خود را از طریق بازی، تقاضای بروز دهد و این نیز دارای اهمیت ویژه‌ای است. مهمترین هدف تفسیر رفتار کودکان کاهش اضطراب و ایجاد زمینه‌ای است تا کودکان بتوانند از دنیای خود دید واقع‌بینانه‌تری داشته باشند. برخلاف روان‌درمانی بزرگسالان، پایان روان‌درمانی کودکان با واگذاری مسئولیتهای درمانی به والدین خاتمه می‌پذیرد. بسته به نوع و شدت مشکلات

^۱ فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان - رئیس مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی، تلفن: ۵۴۷۵۳۵
^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و روانشناسی تربیتی، روانشناس بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه، تلفن: ۵۴۷۵۳۵

کودکان می‌توان از رواندرمانی کوتاه مدت و یا رواندرمانی حمایتی بلند مدت استفاده کرد. رواندرمانی برای کودکان با اختلالات واکنشی، مشکلات خانوادگی و کودکانی که از تجربه‌های دردناک گذشته در رنج بوده، شیوه مفیدی برای درمان می‌باشد. پژوهشهای همپ و میلر ۱۹۷۸، کالوین ۱۹۸۱، بارت ۱۹۷۸، لویس ۱۹۶۳، هینکه و استراسمن ۱۹۹۵ و رایس ۱۹۹۶، اضطرابی می‌باشد. ولی با توجه به نوع و شدت اختلال، میزان کارایی رواندرمانی در نوسان بوده است.

واژه‌های کلید: رواندرمانی کودک، کودک انتقال، تداعی آزادی، تفسیر، بازی، نقاشی

مقدمه:

در جریان رواندرمانی، کودک به دو لحاظ مورد توجه قرار می‌گیرد: نخست، کودک به عنوان موجودی مستقل و مجرد و دوم، همین کودک به عنوان عضوی از اعضای خانواده و شاید هم مدرسه و اجتماع. بدون توجه به نوع و چگونگی درمان، روانپزشک و روانشناس یا هر شخصی که در مقام درمانگر با کودک روبرو می‌شود نسبت به پدر و مادر و همین‌طور آموزگاری که برای نخستین بار متوجه ناراحتی او شده است نسبت به مدرسه مسئولیت دارد. با این حال درمانگر باید به خود کودک نیز به عنوان شخصیتی مجرد توجه داشته باشد. به عبارت دیگر، درمانگر باید رشد و تکامل آتی کودک را مورد توجه قرار دهد، و در صورت لزوم تغییراتی واقعی در محیط زندگی، در منزل و در مدرسه به وجود آورد. با این حساب درمانگر سوای نقشی که به عنوان رواندرمانگر دارد، نقش مدافع و متحد کودک ظاهر می‌شود. وقتی بیمار بودن کودک محو گردید برای او درمانی تجویز می‌شود، (اصلاح رفتار، آموزشهای اصلاحی، خانواده درمانی، رواندرمانی و فردی یا گروهی یا دارودرمانی) برخورد و ارتباط با کودک باید به گونه‌ای باشد که او زبان درمانگر را فهمیده، بتواند با استفاده از درمان به بهبود لازم برسد.

این ارتباط درمانی با کودک مبتنی بر اصول کلی رواندرمانی کودک است که کلیه اشخاص که با درمان روانی کودک سر و کار دارند، اعم از پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی، آموزگار، روانشناس، یا درمانگرها حرفه‌ای باید آن را رعایت کنند. در سی سال گذشته، ویژگی مهم رواندرمانی کودک ابداع روشهای درمانی چندجانبه بوده است.

در اوایل دوران توجه به روان‌درمانی کودک، کودک معمولاً هفته‌ای یکبار ملاقات می‌شد و برای درمان او بیشتر از روشهای تحلیل روانی و روشهای درمانی بی‌رهنمود و نیز بیمار محور درمانی مبتنی بر اصول راجرز با رعایت موقعیت پدر و مادر استفاده می‌شد. کمی دیرتر از روشهای گروه‌درمانی برای کودک و در مواردی برای پدر و مادر نیز استفاده شد. (فولکز و آنتونی^۱ ۱۹۵۷) روشهای اصلاح رفتاری و شیوه‌های خانواده درمانی که از دهه ۱۹۵۰ شروع شد. در دهه ۱۹۷۰ با استقبال گسترده روبرو گردید. درمان والدین به امید آنکه فرزندان خانواده غیرمستقیم از بهبود آنها منتفع شوند، همیشه مدنظر بوده است، مشورت با اشخاص در حرفه‌های دیگر نیز که امروزه بیش از پیش مورد توجه روانشناسان و درمانگرهای متخصص کودکان قرار دارد، مبتنی بر این نقطه نظر است که اشخاصی که در کار مراقبت از کودک دخالت دارند (مانند آموزگاران، پرستاران و مراقبین کودک) می‌توانند در صورت دریافت کمک درباره کودکان ناراحت و والدینشان اطلاعات بیشتری به دست آورده، مهارتهای درمانی خود را برای سرپرستی از کودکان افزایش دهند. (مک اولی^۲ و مک اولی^۳ ۱۹۷۷، پاترسون^۴ ۱۹۹۴).

در حالی که روان‌درمانی تحلیلی و شیوه‌های درمانی بی‌رهنمود به طور ضمنی یا تحلیلی به رشد ناشناختی یا عاطفی کودک و نیز به دلایل روانی اختلال او توجه دارند. روشهای رفتاری با نگرش دیگری با موضوع برخورد می‌کنند. اصول زیربنای این شیوه‌های درمانی دقیقاً در مورد بزرگترها و کودکان هر دو به یک شکل صدق می‌کند. در عمل رفتاردرمانی برای کودکان اغلب از ناحیه والدین یا آموزگاران انجام می‌شود. توجه به این نکته ضرورت دارد که رفتاردرمانی مستلزم تغییر قابل ملاحظه‌ای در محیط زندگی کودک است. روشهای خانواده درمانی نیز با توجه به تأثیری که روی کودک می‌گذارد قابل بررسی است. (هنیکه و استراس من^۴ ۱۹۹۵)

تاریخچه:

بعد از تحلیل روانی زیگموند فروید روی هانس ۶ ساله و پس از آنکه پدر این کودک به عنوان درمانگر برای برخورد با هراس استفاده شد. (زیگموند فروید ۱۹۵۹) آنا فروید در وین و کمی دیرتر ملانی کلاین در لندن نظریه‌ها و روشهایی برای تحلیل روانی مستقیم بچه‌ها ابداع

^۱Foulkes and Anthony

^۲Mcauley

^۳Patterson

^۴Heinke and Strassman

کردند. این دو روانشناس معتقد بودند که بسیاری از اختلالات روانی کودکان ناشی از تضادهای روان رنجور ناخودآگاه است و اینکه این اختلالات در اثر خویشتن‌نگری و خودآگاهی و بینش و نیز کمک گفتاری که بالیدگی نفس را تسهیل می‌کند از بین می‌روند هر دو روانشناس معتقد بودند که بینش خود به خود ایجاد نمی‌شود و اینکه کودک با برقراری ارتباط با درمانگر، چه در بازی و چه با کلمات به تکرار تضادهای اولیه خود را آشکار می‌سازد و اینکه تفسیر احساسات، افکار و انگیزه‌ها، غلبه بر تضادها و بالیدگی را امکان‌پذیر می‌سازد.

ملانی کلاین (۱۹۶۳ و ۱۹۶۱) نخستین کسی بود که اتاقی را از اسباب‌بازیهای کوچک برپا کرد. کلاین رفتار بچه‌ها را در این اتاق زیر نظر می‌گرفت و معتقد بود که درمانگر باید مضامین بازی بچه‌ها را درک کند و از موقعیتهای منحصر به فرد زندگی و تجربه‌های خصوصی هر یک از بیماران آگاه بوده و گوش به زنگ اضطرابات، احساسات و روابط عینی موجود در بازی کودک باشد. (کلاین ۱۹۶۳ و ۱۹۶۲)

آنا فروید (۱۹۴۶) نقطه نظر کلاین درباره انتقال کودک را بسط داد. به نظر او درمانگر نه تنها رفتار کودک را تحت نظر می‌گیرد، بلکه در ارتباط با او در نقش یک شخص حقیقی و حتی یک آموزش دهنده ظاهر می‌شود. به اعتقاد او فرایند تحلیل روانی منحصر به فرد نیست، بلکه روشهای متداول و مناسب تربیت کودک نیز به خویشتن‌نگری و بینش در زمینه‌سازی انگیزه و احساس کودک کمک می‌کند. (آنا فروید ۱۹۶۴)

دونالد وینی کات، روانکاو و متخصص بیماریهای کودکان روشی برای درمان کودکانی که از اختلالات نوروتیک رنج می‌بردند ابداع کرد. پدر و مادر باید مسئله را آن طور که بود شرح می‌دادند از زمان شروع ناراحتی و سابقه آن حرف می‌زدند.

آنگاه با خود کودک مصاحبه مفصلی انجام می‌داد و برای ایجاد ارتباط بهتر با او از ترفندهای خاصی استفاده می‌کرد، هر یک از طرفین باید شکل ترسیم شده را تکمیل می‌نمود و بعد برایش اسمی می‌گذاشت. (وینی کات ۱۹۷۱)

کتاب دو جلدی ویرجینیا آکس لاین (۱۹۷۱-۱۹۶۷) رواندرمانی بی‌رهنمود کارل راجرز را در مورد کودکان توضیح می‌دهد. آکس لاین معتقد است که هر فرد برای خود شکوفایی امکانات بالقوه‌ای دارد و هدف او از بازی‌درمانی این است که نیروهای درمانی موجود در هر کودک را آزاد کند. خانم آکس لاین معتقد است که حتی بدون دخالت پدر و مادر هم کودک می‌تواند به کمک بازی‌درمانی با رسیدن به بینش و درک خود، قوی‌تر شده و در برابر شرایط

ناموفق ایستادگی نماید. خانم آکس لاین هشت اصل ساده را برای درمانگرانی که از روش بی‌رهنمود می‌خواهند استفاده کنند، توصیه کرده است:

- ۱- ایجاد سریع رابطه‌ای گرم و دوستانه با کودک.
- ۲- پذیرفتن تمام و کمال کودک به همان شکل که هست.
- ۳- آسان‌گیری بر کودک به طوری که بتواند آزادانه احساسات خود را در رابطه با درمانگر بیان کند.

- ۴- توجه به احساسات کودک و منعکس کردن آن به خود او.
- ۵- احترام عمیق و توانایی‌های کودک در حل مسائل خود و واگذار کردن مسئولیت انتخاب و ابتکار به او.
- ۶- هدایت نکردن رفتار و گفتار کودک، کودک ابتکار عمل را بدست گیرد و درمانگر از او تبعیت کند.

- ۷- تعجیل نکردن برای تسریع فرآیند درمان.
- ۸- وضع کردن محدودیت به اندازه‌ای که به کار درمان کمک کند و کودک را با مسئولیت‌هایی که در قبال رابطه خود دارد آشنا سازد. به اعتقاد آکس لاین درمانگر باید از هر اقدامی که وابستگی کودک نسبت به او را افزایش دهد خودداری نماید. (آکس لاین ۱۹۷۱ و ۱۹۶۹).

جنبه‌های عملی روان‌درمانی کودکان

(۱) کیفیات درمانگر: ویژگی‌های شخصی

گرچه کالوین و همکارانش معتقد بودن که برون‌گرایی، ابراز وجود کردن و صراحت داشتن بیش از همدردی و دلسوزی درمانگر به نتیجه مطلوب می‌رسد اما نباید فراموش کنیم که نظرات آنها مربوط به گروه‌درمانی برای کودکان بوده است (کالوین، گارساید، نیکل، مک‌میلان، ولستن هلم و لیتج^۱ ۱۹۸۱). سه ویژگی دیگری که برای روان‌درمانگرها لازم است، یعنی احترام، همدردی، و گرمی اختلافی وجود ندارد.

¹ Kolvin, Garside, Nicol, Mac Millan, Wolsten Holme, Letch

(تر اگس کارخوف^۱ ۱۹۶۷) درمانگرهای شاغل در رواندرمانی کودک باید به علم و اطلاع کافی در زمینه برخورد با کودک تجهیز شوند.

۲) خصوصیات درمانگر: دانش تخصصی برای درمان کودک

از آنجایی که بچه‌ها نمی‌توانند به خوبی بزرگترها، افکار و احساسات خود را بازگو کنند، همدردی دقیق و واقعی تنها در صورتی امکانپذیر می‌شود که بتوان درباره حوادث و شرایط زندگی کودک حدس درست زد. لازمه رسیدن به این موقعیت وجود دانش شناختی و احساسی از رشد کودک است که این هر دو در حال حاضر در حال تکوین است. برای مثال کودکان زیر هفت سال، حوادث زندگی خود را به شدت شخصی سازی می‌کنند، آنطوری که اگر پدری بعد از مشاجره با زنش خانه را ترک کند، کودک زیر هفت سال، احتمالاً دلیل ترک پدر را در رفتار خود جستجو می‌کند و پیش خود می‌گوید "اگر پدرم مرا بیشتر دوست می‌داشت مرا ترک نمی‌کرد." در این سالها درک روابط منطقی دشوار است و بچه‌ها براساس مشاهدات خود استدلال نمی‌کنند. در عین حال باید توجه داشته‌باشیم که زمان حوادث نه تنها روی طرز فکر بچه‌ها تاثیر می‌گذارد، بلکه عواطف و احساسات آنها رانیز مشخص می‌سازد. برای مثال اگر کودک ۱۲ ساله‌ای تحت مراقبت گروهی قرار گیرد، افق دید او افزایش می‌یابد. اما اگر همین اتفاق در دو و سه سال نخست زندگی او بیفتد، احساسش را به گونه‌ای منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد. از آن گذشته کودکان کم سال، اطلاعات موثقی از سابقه زندگی خود ندارند، گاهی لازم است برای اطلاع بیشتر از آنچه کودک می‌گوید، با پدر و مادر او به صحبت نشست.

۳) نخست جلسه مصاحبه

بچه‌ها اغلب از سوی والدین خود یا به درخواست آموزگاران یا مقامات دادگاه، به رواندرمانگر رجوع می‌کنند. به عبارت دیگر این بزرگترها هستند که اغلب متوجه گرفتاری کودک می‌شوند، اصولاً کودکان کم سال، به خصوص کودکان زیر هفت سال یا هشت سال که در زمینه شناختی هنوز نابالغ هستند، نمی‌توانند خود را آنطور که هستند ملاحظه کنند. یکی از نخستین وظایف درمانگر این است که علت مراجعه را به او توضیح دهد و مسئله‌اش را مطرح سازد و بعد بگوید که چه کمکی از او ساخته است. درمانگر به کودک نشان می‌دهد که به نقطه نظرهای او احترام می‌گذارد و حاضر است که با او به صراحت لازم صحبت کند.

¹Truax C.B and Carkhuff

بسیاری از بچه‌ها مسائل خود را مطرح می‌کنند، آنها خوب می‌دانند که در این زمینه با پدر و مادر یا آموزگاران خود اختلاف نظر دارند، با این حال نیازی به تغییر خود احساس نمی‌کنند. در برخورد با این کودکان و به خصوص کودکان بزهکار، درمانگر باید روحیه مثبتی در کودک ایجاد کند و اسباب خشنودی واقعی او را فراهم سازد. شاید لازم باشد که درمانگر با ایجاد تجربه‌های مثبت برای کودک، امکان درمان او را فراهم سازند. (سندلر ۱۹۸۰)^۱

۴) نقش درمانگر

مهمترین ویژگیهای روان‌درمانی کودک، رابطه میان درمانگر و کودک و طرز ارتباط میان آنها است. این ویژگیها از نابالغ بودن کودک و وابستگی واقعی او به بزرگترها ناشی می‌شود. آنا فروید معتقد است که روان‌درمانی کودک، به خاطر اضطراب، کم حوصلگی و ابراز دلتنگی و این مهم که ترجیح می‌دهد به جای حرف، فعالیت و پویایی داشته باشد و چون از تداعی آزاد محروم است، کار دشوارتری است. از آن گذشته دخالت‌های غیرقابل اجتناب پدر و مادر هم اغلب بر گرفتاری‌ها می‌افزاید. (سندلر ۱۹۸۰)

الف) انتقال

آنا فروید (۱۹۴۶) به دو تفاوت عمده انتقال در روان‌درمانی کودک نسبت به بزرگسالان اشاره داشت. نخست وقتی بچه‌ها با درمانگر مانند والدین خود تماس برقرار می‌کنند، احساسات مشابهی را به او انتقال می‌دهند و متعاقباً از او واکنش مشابه دارند. پدر و مادر در حال حاضر وجود دارند و موضوعی مربوط به گذشته نیستند. دوم، درمانگر هر اندازه هم که بی‌طرف ظاهر شود، در حکم یک بزرگتر و بالغ است و در نتیجه تا همین اندازه تحت نفوذ و آموزشهای او قرار دارد. درمانگر در حکم یک شخص کمکی ظاهر می‌شود که راه بزرگ شدن و برخورد با مسائل را به کودک می‌آموزد. در عین حال در حکم الگویی است که کودک می‌تواند از او استفاده کند.

ب) تعیین محدودیتها

مانند روان‌درمانی بزرگترها، کودک را باید تشویق کرد تا احساسات خود را به طور کلامی، عملی و یا در بازی بروز دهد. باید به کودک کمک کرد احساسات خود را درک و تحمل کند و بر آنها مسلط گردد. درمانگر در عین حال که از ابراز احساسات و تمنیات کودک، استقبال می‌کند. به گونه‌ای ظاهر می‌شود که انگار قصد حفظ ایمنی و سلامت کودک را دارد. در اصل

به او پیامی را مخابره می‌کند: "نمی‌گذاریم به خودت یا به من لطمه بزنی یا اتفاق را به هم بریزی... اگر آنقدر عصبانی هستی که نمی‌توانی خود را کنترل کنی به تو کمک می‌کنم تا لطمه‌ای وارد نکنی."

اغلب اوقات اظهار نظر درباره احساس کودک و تصدیق عواطف و احساسات و حقانیت او کافی است که از خرابکاری کودک جلوگیری آورد. اما گاه درمانگر به اجبار باید عملاً از اقدام کودک جلوگیری به عمل آورد تا او مجدداً خویشتن داری خود را باز یابد. این روش از شدت اضطراب کودک می‌کاهد و بدون ایجاد شرمندگی و خجالت، او را در موقعیت مسئولیت‌پذیری رفتارارش قرار می‌دهد. در عین حال به کودک آموزش می‌دهد که بدون ابراز خصومت، کنترل خود را در دست داشته باشد.

ج) رابطه درمانگر با والدین

درمانگر، نه تنها نسبت به کودک، بلکه نسبت به پدر و مادر او مسئولیت دارد. از آن گذشته رسیدگی به کودک و حضور او در جلسات رواندرمانی صرف نظر از خود او با انگیزه پدر و مادرش در ارتباط مستقیم است. سرانجام اگر قرار باشد کودک تغییر کند، پدر و مادر باید بتوانند این موقعیت را تحمل کنند. بسیاری از والدین به حمایت درمانگر احتیاج دارند و همین طور تعداد زیادی از آنها باید در کنار فرزندشان تحت درمان قرار گیرند. (اغلب اوقات، بخصوص وقتی که مسئله موجود، تضاد واقعی و خصومت شخصی میان پدر و مادر کودک را نشان می‌دهد، دوره‌ای برای رواندرمانی کودک و پدر و مادر او به کمک روان‌انگه‌های مختلف توصیه می‌شود.) مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان اغلب اوقات ناشی از تضادهای خانوادگی و اختلالات شخصیتی پدر و مادر است. بنابراین انتخاب مناسبترین روش درمانی و به خصوص اینکه آیا مجموعه خانواده به رواندرمانی نیاز دارد یا تنها کودک باید تحت رواندرمانی قرار گیرد، مستلزم یک قضاوت جدی است. در عین حال، اگر قرار باشد تنها به کودک رسیدگی شود، باید دید که تحمل والدین او در برخورد با موقعیت تا چه اندازه است.

د) صراحت و رازداری

درمانگر در برخورد با کودک، مانند درمان بزرگترها باید صراحت داشته باشد. درمانگر باید به کودک تفهیم کند که می‌تواند بدون هر گونه ترس و اضطراب درباره موضوعات مهم حرف بزند. اما همیشه باید سطح شناخت کودک را در نظر گرفت. باید توجه داشت که کدام

جنبه‌های حادثه ممکن است روی او تاثیر بگذارد. هدف این نیست که معنای جزئیات حوادث زندگی را برای کودک تشریح کنیم، بلکه باید شرایطی فراهم آوریم که کودک بتواند افکار و احساسات خود را به راحتی بازگو کند. این امر به خصوص در مواقعی که در خانواده راز مهمی وجود دارد، مانند به فرزند پذیرفته شدن کودک یا جایگزینی شدن مادرش در اوایل دوران زندگی کودک یا به زندان رفتن پدر و غیره حائز اهمیت زیاد است. بچه‌ها اغلب از این حوادث اطلاع دارند، اما جرات ابراز آنرا ندارند. درمانگر باید دقیقاً بداند که پدر و مادر در این زمینه چه اطلاعاتی را به کودک منتقل کرده‌اند. شاید لازم باشد که درمانگر برای انتقال اطلاعات بیشتر پدر و مادر کودک به آنها کمک کند.

بجز موارد استثنایی نباید میان درمانگر و کودک صراحت حاکم باشد. درست مانند روان‌درمانی بزرگترها، جلسات درمان کودک باید از خلوت برخوردار باشد. نتیجه بازی کودک باید در اتاق بازی باقی بماند و پدر و مادر از آن باخبر نشوند، از آن گذشته صحبت‌های کودک باید پیش درمانگر محرمانه تلقی شود و در اختیار والدینش گذاشته نشود. کلیه صحبت‌های کودک در حکم راز بوده و اگر عواقب مخربی برای کسی نداشته باشد و باید میان او و درمانگر محفوظ باقی بماند در صورت لزوم موضوع با والدین در میان گذاشته شود و از قبل با کودک هماهنگ شده باشد.

هم‌بجاده رابطه درمانی

اصول مربوط به پذیرفتن عاری از انتقاد و عدم تخطی و تجاوز به حریم کودک بیمار درست به اندازه روان‌درمانی اشخاص بالغ صدق می‌کند. اما در ارتباط به کودک، به جای سؤال بیشتر باید توضیح داد. باید توجه داشت که کودک در مقایسه با بزرگترها علم و اطلاع کمتری دارد، فهم و درکش کمتر است و از مهارت‌های اجتماعی کمتری برخوردار است، البته سن و سالش هم به اندازه بزرگترها نیست.

سؤال مستلزم پاسخ است ممکن است که کودک جواب به سؤال را نداند و یا این که نداند چگونه باید جواب دهد. به همین دلیل بهتر است که بجای سؤال از جملات غیر استهفامی استفاده کنیم. در این صورت، کودک در موقعیتی قرار می‌گیرد که پاسخ بهتری ارائه کند و یا در صورت لزوم، از کنارش بی‌تفاوت نگذرد. اگر شدت و نگرانی و دلواپسی کودک به قدری باشد که نتواند حرفی بزند، سکوت او به حساب شکست و ناتوانی‌اش گذاشته نمی‌شود. درمانگر باید با کمال راحتی اطلاعات دریافتی از پدر و مادر را با کودک در میان

بگذارد، اما برعکس تا رضایت کودک را جلب نکرده، نباید مطلبی را درباره کودک به پدر و مادر انتقال دهد و در این صورت هم بهتر است که انتقال اطلاعات به پدر و مادر در حضور کودک انجام گیرد.

برای تشویق کودک به صحبت، بهتر است که درمانگر روی یک صندلی به ارتفاع صندلی کودک بنشیند. حتی اگر کودک روی ماسه‌ها در حال بازی باشد، بهتر است که درمانگر روی یک صندلی کوچک در حد و اندازه کودک بنشیند و با او صحبت کند. تا پایان درمان مانند برخورد با بزرگترها در جریان رواندرمانی درمانگر باید از افشای اطلاعات خصوصی خود به کودک بیمار خودداری کند. افشای حقایق مربوط به زندگی خصوصی و خانوادگی درمانگر کمکی به درمان کودک نمی‌کند. برعکس کودک به خاطر مقایسه فوری وضع خانواده درمانگر با اوضاع خانوادگی خودش در موقعیت نامناسب قرار می‌گیرد. کودک باید آزادانه بتواند خانواده دیگران را به هر شکل که دوست دارد، در نظر مجسم کند. (آدامز^۱ ۱۹۸۲)

(و) کمک به کودک برای ابراز افکار و احساسات خود

لازمه این کار، فراهم بودن مواد و فرصتی است تا کودک بتواند به طور غیرمستقیم از طریق بازی با اسباب‌بازیهای کوچک و پرداختن به فعالیتهای خلاق از نوع نقاشی کردن، خطکشی کردن و خمیربازی، با درمانگر ارتباط برقرار کند. سؤال درباره خاطرات اوایل زندگی، اینکه سه آرزوی خود را بگوید، وقتی بزرگ شد می‌خواهد چه کاره شود و چه خوابهایی ببیند همگی کودک را تشویق می‌کنند تا درباره زندگی خود حرف بزند. در عین حال اگر درمانگر بتواند به درستی آنچه را در ذهن کودک می‌گذرد حدس بزند، به انتقال اطلاعات از ناحیه او کمک می‌کند.

با هر کودک به اقتضای سن و سال او باید رفتار کرد. کودکان دو و سه ساله اغلب در بازی با آب و ماسه و اسباب‌بازیهای کوچک، مانند انسانها و حیوانات باسوهلت بیشتری با درمانگر همکاری کرده و اطلاعات بیشتری بروز می‌دهند. کودکان کمی بزرگتر به نقاشی و بازی با خمیر و درست کردن خانه‌های عروسکی علاقمندند. اما حتی در این سن و سال هم بسیاری از بچه‌ها در مواقعی به بازیهای مخصوص اطفال علاقه نشان می‌دهند. صحبت بیشتر را ترجیح دهند، هر چند در این حالت نیز اغلب آنها نقاشی و بازی با خمیر را ترجیح می‌دهند. قدم زدن

¹Adams P.L

نیز به خصوص برای درمان بچه‌های بزرگتر و خجالتی موثر واقع می‌شود (رایزمن^۱ ۱۹۷۳، آکس لاین ۱۹۷۱ و ۱۹۶۷)

(ز) تفسیر

تفسیر، باید به گونه‌ای باشد که احساسات مثبت کودک (عزت نفس) در خودش را افزایش داده، در عین حال مانند تحلیل روانی به ایجاد بینش در او کمک کرده، موانع بازدارنده روانی‌اش را از بین ببرد.

برخلاف برداشت ساده اندیشان، برخی از کارآموزان کم تجربه، تفسیر صحبت‌های کودک از سوی درمانگر باید اسباب تسکین او را فراهم سازد و در حکم وسیله‌ای برای پرده‌برداری و افشای تمنیات کودک قرار نگیرد. دو اثر عمده تضادهای نساآگاه بزرگترها و کودکانی که از اختلالات نوروتیک رنج می‌برند، خشم و دیگری اشتیاق جنسی است، در روان‌درمانی کودک (برخلاف تحلیل روانی) آدامز ۱۹۸۲، بار دیگر توجه ما را قبل از هر چیز به عصبانیت کودک جلب می‌کند. مشغله‌های جنسی بزرگترها ممکن است که کودک را گیج و اغفال کرده و به وابستگی بیشتر او کمک کند. البته این بدان معنا نیست که کنجکاوی اغنا نشده جنسی کودک را تصدیق نماییم.

تفسیرهای مرتبط با انتقال، نقش مهمی در روان‌درمانی کودک ایفا می‌کند. در شروع جلسه خاطر نشان کردن این مسئله از سوی درمانگر که "البته برای تو صحبت با کسی که هنوز خوب او را نمی‌شناسی دشوار است" رابطه میان کودک و درمانگر را به عنوان یک موضوع قابل بحث مطرح می‌سازد.

ممکن است کودکان به مدرسه نرفته و یا کودکان واقع در سالهای نخست مدرسه نسبت به درمانگر حالت خصمانه بگیرند، ممکن است نگرانی خود از پدر و مادر سختگیرشان را به درمانگر و فراق‌کنی نمایند. وظیفه درمانگر است که پیوسته در مقام اصلاح طرز تلقی کودک بکوشد و مسئولیت را بر عهده گیرد و رفتار فعلی او را به تجربه‌های گذشته‌اش ارتباط دهد. بسیاری از پرخاشگرهای مربوط به دوران کودکی در واقع آزمایش محبت پدر و مادر است. کودک می‌خواهد بداند تا چه اندازه بدرفتاری او را می‌پذیرند و او را در مقام فرزند حفظ می‌کنند.

شاید مهمترین هدف تفسیر رفتار کودکان کاهش اضطراب آنها باشد. وظیفه درمانگر فراهم ساختن شرایطی است تا کودک از دنیای خود برداشت واقع بینانه‌تری بیابد. نشانه‌های عصبی - روانی حتی در بزرگترها ریشه در دوران کودکی دارد که تفکر هنوز پیش‌بینی و جانگرایانه است. (پیازه و این هلدر ۱۹۶۹) و تفاوت میان افکار و خواسته‌ها و عمل هنوز مشخص نیست. درمانگر کودک باید به تکرار به کودک خاطر نشان سازد که قتل و خونریزی روی ماسه‌های بازی او هر چه هست مربوط به بازی است و مصداق عملی ندارد و افکار و عبارات کودک هر قدر بد باشد، خطری متوجه کسی نمی‌کند. (آدامز ۱۹۸۲)

ی) پایان درمان

برخلاف درمان اشخاص بالغ، رواندرمانی کودک با واگذار کردن مسئولیتهای درمانی به پدر و مادر خاتمه می‌پذیرد. درمانگر باید بکوشد تا بین کودک و والدینش ارتباط صریحتر برقرار نماید تا نیازهای بعدی کودک که همراه با رشد او مطرح می‌شود بهتر برآورده گردد. این امر بدین مفهوم است که پدر و مادر باید فرزند خود را بهتر درک کنند. در واقع بسیاری از والدین فرزندان خود را صرفاً به همین دلیل به روپنزشک و یا روانشناس معرفی می‌کنند.

اغلب اوقات وقتی پدر و مادر از شخصیت سالمی برخوردار هستند، درمانگر می‌تواند بعد از چند جلسه درمان، در حکم واسطه‌ای میان پدر و مادر قرار گیرد و کودک را در موقعی قرار دهد که در حضور پدر و مادر حرف بزند، اما این طرز برخورد تنها در صورت رضایت کودک باید انجام گیرد.

در عین حال درمانگر باید مطمئن شود که پدر و مادر از شکیبایی لازم برخوردارند و پذیرای صحبتهای فرزندان خود هستند. در پایان برنامه درمان، درمانگر می‌تواند با اطمینان خاطر دادن به کودک که او را فراموش نمی‌کند و در وقت لزوم می‌تواند با او تماس بگیرد و برایش کارت پستال

بفرستد و غیره، جلسه درمان را به خیر و خوشی به اتمام برساند.

طول مدت درمان

اغلب برنامه‌های رواندرمانی هفته‌ای یکبار است. مگر آنکه شدت ناراحتی کودک به قدری باشد که بستری شدن او در بیمارستان را ایجاب کند. (تحمیل برنامه‌های درمانی کوتاه مدت برای پدر و مادر ساده‌تر است، در زمینه منابع نیروی انسانی با صرفه‌تر بوده، تاثیرش به اثبات رسیده است.)

روان‌درمانی کوتاه مدت باید کانونی را به عنوان هدف در نظر بگیرد. لازمه ابتکار این کار ارزیابی دقیق شرایط کودک، نوع بیماری و تشخیص منشا بیماری روانی و موقعیت روانی پدر و مادر اوست. هدف درمان می‌تواند کاهش اضطراب کودک دو، سه ساله کم خواب، یا کودک شش ساله‌ای که به جای مطالبه پول از نامادری خود دزدی می‌کند، یا کمک به یک دانش‌آموز دوازده ساله برای ایجاد این باور که رفتارهای مخالفت‌آمیز او علت افسردگی مادرش نیست. در شرایط معلولیت‌های آموزشی یا جسمانی نه چندان جدی و در شرایطی که امکان فشار مزمن وجود داشته باشد. تماس بلند مدت‌تر با درمانگر می‌تواند برای کودک و والدین او مفید واقع شود. کودکان بزرگتر که تحت تاثیر ناراحتی‌های خانوادگی هستند. (روان پریش بودن مادر، محروم بودن از پدر یا مادر)، همچنین کودکانی که از کمی اعتماد به نفس رنج می‌برند و نمی‌توانند به راحتی با اشخاص ارتباط برقرار نمایند، می‌توانند از روان‌درمانی حمایتی بلند مدت بهره بیشتری ببرند. (کالوین ۱۹۸۱).

کودکان نیازمند به روان‌درمانی

با توجه به انواع مختلف روان‌درمانی کودک و در شرایطی که هنوز نمی‌دانیم کدام شیوه، در چه شرایطی برای کدام بیمار بهترین نتیجه را عاید می‌کنند، انتخاب روش درمانی برای هر کودک و خانواده او به نظر دلخواهی می‌رسد.

با این حال متخصصین امور روانی در این زمینه هم عقیده هستند که اغلب کودکان محتاج روان‌درمانی با اختلالات واکنشی روبرو هستند. اگر با نشانه‌های احساسی یا رفتاری، تنها نسبت به تغییرات محیطی حساسیت نشان دهند. مثلاً اگر کودک به تغییرات شیوه‌های برخورد آموزگار خود واکنش نشان دهد، در این صورت خانواده‌درمانی و والد‌درمانی یا مشورت با آموزگار ممکن است شیوه مناسب درمان باشد.

اگر اختلال دلایل عمیق‌تری داشته باشد و از تجربه‌های دردناک گذشته نشات گرفته باشد منجر به استفاده زیاد از مکانیسم‌های دماغی و تغییرات شخصیتی شده باشد و بخصوص اگر ناراحتی کودک روان رنجوری تشخیص داده شود، روادمانی انفرادی برای کودک لازم خواهد بود، هر چند ممکن است در کنار روان‌درمانی انفرادی بر حسب مورد از خانواده‌درمانی، مشورت با والدین یا آموزگار، اصلاح رفتار و تجویز داروهای ضدافسردگی استفاده شود. بدیهی است که روان‌درمانی کوتاه مدت برای کودکان روان‌رنجور و کودکانی که از اختلالات عاطفی رنج می‌برند و به لحاظ ساختاری با مشکل جدی روبرو نیستند، مناسب است و برای

کودکان در خود مانده (اوتیستیک)، کودکان با هوشبهر پایین حتی مرزی و آنهایی که با آسیب مغزی روبرو هستند مناسب نیست. (ولف و باریو^۱ ۱۹۷۹)

پژوهش در مورد اثر بخشی رواندرمانی کودکان

بررسیهای بسیاری جالبی در زمینه رواندرمانی کودک توسط هینکه و استرانسمن ۱۹۹۵، بارت همپ و میلر^۲ ۱۹۷۸ و کالوین ۱۹۸۱ صورت گرفته است. با توجه به مطالعات کنترل شده، شواهدی در دست است که رواندرمانی کودک، بخصوص در بلند مدت و در شرایط فشرده یا طول‌المدت اثرات مثبت به جای می‌گذارد. با این حال این سؤال که برای درمان انواع مختلف بیماریهای روانی کودکان چه شیوه‌ای موثرتر واقع می‌شود هنوز بدون جواب مانده است. (شافر^۳ ۱۹۹۸)

هلن ویتمر^۴ و همکارانش (به نقل بارت ۱۹۷۸) به این نتیجه رسیدند که ۲۵٪ از کودکانی که در کلینیکهای روانی تحت مراقبت قرار می‌گیرند در جریان برنامه درمان، خود را با شرایط جمعی تطبیق می‌دهند و ۵۱٪ نیز به طور نسبی معالجه می‌شوند لویت^۵ ۱۹۶۳ در پی مطالعات خود به این نتیجه رسیده بود که درصد بهبود کودکان تحت رواندرمانی و آنهایی که بدون مراجعه رواندرمانگر به خودی خود بهبود می‌یابند تفاوت زیادی ندارد. با توجه به مطالعات بارت در هر گروه حدود یک سوم کودکان بیمار درمان می‌شوند، یک سوم آنها نیز بطور نسبی بهبود می‌یابند و بالاخره یک سوم آخر بدون تغییر باقی می‌ماند.

اما کالوین ۱۹۸۱ در تکذیب کامل میزان موفقیت لویت صحبت می‌کند. به اعتقاد کالوین ۱۹۸۱ درصد بهبود با توجه به نوع بیماری متفاوت است. به اعتقاد او ناراحتی روانی اغلب بچه‌ها در ارتباط با رشد و تکامل آنهاست و در این زمینه ۵۴٪ کودکان بیمار بهبود پیدا می‌کنند، میزان بهبود در سایر زمینه‌ها از این قرار است: ناراحتیهای نوروتیک ۱۵٪، اختلالات مرکب ۲۰٪، رفتارهای ضد اجتماعی ۳۱٪ با این حساب ارائه یک رقم واحد در زمینه میزان بهبود کودکان روانی کار درستی نیست، زیرا درصد انواع بیماریهای روانی در کودکان با هم تفاوتی چشمگیری دارند.

¹Wolff and Bartow

²Barrett, Hampe, Miller

³Schaffer

⁴Helen Witmer

⁵Levitt

در مطالعه نیوکاسل، (روان‌درمانگرهای متخصص در امور کودکان نتایج بسیار مثبت شیوه‌های مستقیم درمانی با کودکان صحبت می‌کنند) براساس یک بررسی پیگیرانه که هیجده ماه پس از آغاز برنامه‌های درمانی صورت گرفت، روان‌درمانی گروهی بی‌رهنمود کوتاه مدت، درصد بهبود کودکان جامعه ستیز و کودکان با اختلالات عاطفی را از ۲۹٪ و ۱۹٪ برای کودکانی که تحت معالجه قرار گرفته بودند، به ترتیب به ۳۵٪ و ۳۷٪ افزایش داد. رقم بهبود در پایان سال سوم به ترتیب ۵۶ و ۵۳ درصد بود. کارایی این شیوه درمانی به اندازه رفتاردرمانی (برای کودکان سالهای آخر دبستان) و استفاده از شیوه‌های کمک آموزشی مخصوص کلاس درس برای کودکان سالهای نخست دبستان بود. گروه‌درمانی تا حدود زیاد از شیوه مشورت با پدر و مادر و مشورت با آموزگار، بدون گرفتن تماس با دانش‌آموز نتایج بهتری بدست داد. (کالوین ۱۹۸۱) هینکه و استراسمن ۱۹۹۵ با مقایسه کودکان ۹ ساله‌ای که هفته‌ای یکبار و هفته‌ای چهار بار مورد روان‌درمانی قرار گرفته بودند به این نتیجه رسیدند که درصد بهبود کودکانی که هفته‌ای چهار بار مورد درمان قرار گرفته بودند در زمینه‌های مهارت خواندن به انعطاف‌پذیری و رابطه با دوستان همسال بیشتر از گروه نخست بود.

رایت مولیز و پولاک^۱ (۱۹۹۸) همگام با بررسی هینکه و استراسمن (۱۹۷۵) و دستاوردها نیوکاسل (کالوین ۱۹۸۱) تاکید می‌کنند که فایده نسبی روان‌دمانی کودک تنها یک یا دو سال بعد از پایان درمان مشخص می‌شود. این نویسندگان همچنین مدارکی ارائه می‌دهند که برنامه‌های درمانی بلند مدت (۳۰ جلسه و بیشتر) در مقایسه با برنامه‌های درمانی کوتاه مدت، از کارایی بیشتر برخوردارند.

نتیجه‌گیری:

اصول کلی حاکم بر روان‌درمانی کودکان با روان‌درمانی بزرگسالان یکسان است. اما چهار چوب عملی آن بخاطر فرآیندهای رشد شخصیت در کودکان و نیز از آن جهت که کودکان به والدین (خود و همین‌طور به شبکه‌ای از سایر بزرگترها درکار مراقبت از آنها نقش دارند متکی و وابسته هستند، متفاوت است پاداش روان‌درمانی کودکان بسیار استثنایی است.) اما این نقطه نظر که روان‌درمانی کودک مانع بیماری روانی در سالهای بلوغ و بزرگی آنان می‌شود بی‌اساس است. روان‌درمانی کودک نمی‌تواند مانع از بروز اختلالات روانی و روان بلوغ او گردد. با این

¹Wright, Moelis, and Pollack

حال امکان کاهش شدت و طول زمان پریشانی در دوران کودکی امتیاز مهمی است و امکان تاثیر گذاردن روی زندگی بچه‌ها و خانوادهايشان بسيار زياد است.

REFERENCES:

1. Adams, P.L (1982) *Apprimer of child psychotherapy* (anded). Little Brown, Boston
2. Axline, V.M (1969). *Playtherapy*, chapter 7, pp73-7, Ballantine newyork.
3. Axline, V.M (1969). *Debs: Insearch of self*. Penguin. London.
4. Barrett C.L. Hamp L.E and miller L. (1978). *Reaserch pn psychotherapy whit children*, chapter 11 pp 411-35.
5. Foulkes, S.H. and Anthony E.T. (1957) *Group psychotherapy: the psychoanalytic approach* pp. 169-88 penguin books, London.
6. Frued, A(1946). *Treatment of children*. Imgo publishing company London.
7. Frued,S. (1959). *Analysis of aphobid in a five-years old boy* (1909). In *collected papers*, Vol.3. Hogarth press, london.
8. Heincke, C.M. and Strossman L.M. (1995). *Toward more effective research on child psychotherapy* , A.M. Acad child psychait . 561-88
9. Holmes, D.S. and urie R.S. (1997). *Effects of preparing children for psychotherapy* T. consult. Clin psychology 43. 311-18
10. Klein, M. (1961) *Narrative of child analysis*. Hogarth press for the intitute of psychoanalysis, London.
11. Klein, M (1963) *The psychoanalysis of children*. Hogarth press for the institute of psychoanalysis, London.
12. Kolvin, I. Gavside, R.F. Nicol, A.R.,Mac mllian, A, Wolstenholme, F, and leitch, (1981) *help startsher: the maladjusted child in the ordinary school*. Tavistak pubil cation, London.
13. Levitt E.E. (1963) *psychotherapy with children, afurther, valuation behov. Res. Therapy*, 45-51.
14. Mcauley, R. and Mcauley, P. (1977). *Child behavior problems an empirical approach to management*. Mac Millan, london.
15. Patterson, G.R. (1994). *Intervention for boys whit conduct problems multiple setings, treat ment and criteria*. T consult. clin psychology A_ 471_81
16. Reisman T.M (1973). *Principles of psychotherapy with children*. Wiley interscience, NewYork.
17. Sandler. T. Kennedy, it and tyson, R.L. (1980) *the tecnique of child psychoanilysis: discussions with Anna Frued*. Hogarth, London.
18. Schaffer, D. (1998). *Notes on psychotherapy research among children and adoles cents* J.Am. Acade. Child psychait 23,552-61.
19. Truex, C.B. and carkhuff, R.R. (1967) *Toward effective connselling and psychotherapy: training and practice*. Aldine, chicago.
20. Winnicott, D.W. (1971) *Terapeutic consultations in child psychiatry basic*, NewYork.
21. Wolffs, and Barlow A. (1979) *Schizoid personality in childhood: a comparative study to schizoid, autistic and normal children*, J child psychol, psychiat 20,29_46.
22. wright, D.M, Moelis, I and pollack L.T. (1996) *the outcome of individual psychotherapy: in cremenets at follow-up*, J child psychol-psychiat. 17,175-85