

# کمک به کودکان آزار دیده و آسیب دیده

تلفیق رویکردهای مستقیم و غیر مستقیم

تألیف

الیانا گیل

پیشگفتار

جان برییر

ترجمه

مهروزاد فراهتی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی

دانشگاه علم و فرهنگ

با مقدمه

دکتر غلامعلی افروز

استاد ممتاز دانشگاه تهران

  
GUILFORD  
(با مجوز رسمی ترجمه)

 کتاب ارجمند



سرشناسه: گیل الیانا، ۱۹۴۸ م. Gill, Eliana  
عنوان و نام پدیدآور: کمک به کودکان آزار دیده و  
آسیب دیده: تلفیق رویکردهای مستقیم و غیر مستقیم /  
نویسنده الیانا گیل؛ پیشگفتار از جان برییر؛ مترجم مهرزاد  
فراحتی.  
مشخصات نشر: کتاب ارجمند، ۱۳۹۱.  
مشخصات ظاهری: ۲۶۴ ص، قطع: وزیری  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۷۷-۱  
وضعیت فهرست نویسی: فیبا  
عنوان اصلی: Helping abused and traumatized children:  
integrating directive and nondirective approaches,  
c2006  
موضوع: کودک آزاری - درمان، بازی درمانی  
شناسه افزوده: برییر، جان، مقدمه نویس.، Briere, John.  
فراحتی، مهرزاد، ۱۳۶۳ - مترجم  
رده بندی کنگره: ۱۳۹۱ گ۹ ۸۶ک/۵۰۷ RJ  
رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹۱۶۵۳  
شماره کتابشناسی ملی: ۲۷۲۷۷۳۱

الیانا گیل  
کمک به کودکان آزار دیده و آسیب دیده:  
تلفیق رویکردهای مستقیم و غیر مستقیم  
مترجم: مهرزاد فراحتی  
فروست: ۱۷۳  
ناشر: انتشارات کتاب ارجمند  
صفحه آرا: فاطمه نویدی  
طراح جلد: احسان ارجمند  
چاپ: سامان، صحافی: روشنگر  
چاپ اول، خرداد ۱۳۹۲، ۱۱۰۰ نسخه  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۷۷-۱  
www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و  
هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از  
این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه  
کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

#### مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲  
شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارگریب، تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۳۱۱  
شعبه مشهد: پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش، تلفن ۸۴۴۱۰۱۶-۵۱۱  
شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۱۱۱  
شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۱۳۱  
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰  
شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند، تلفن ۷۲۸۲۰۴۴-۸۳۱

بها: ۱۳۰۰۰ تومان

copyright@ 2006 The Guilford Press, A Division of Guilford Publications, Inc

مجوز رسمی کپی رایت ترجمه فارسی این کتاب از سوی انتشارات گیلفورد به  
کتاب ارجمند واگذار شده است.

تقديم به

پدر و مادر عزيزم



## فهرست

۷.....	مقدمه‌ای بر ترجمه فارسی
۸.....	پیشگفتار
۱۱.....	مقدمه نویسنده

### بخش اول. ساختاری برای کار بالینی

۱۷.....	فصل ۱. اصول اساسی برای کار با کودکان آزاردیده و آسیب‌دیده
۳۵.....	فصل ۲. رهنمودهایی برای ارزیابی منسجم
۶۷.....	فصل ۳. رهنمودهایی برای درمان منسجم
۸۵.....	فصل ۴. درمان‌های بیانگرانه
۱۱۴.....	فصل ۵. درمان شناختی- رفتاری
۱۳۹.....	فصل ۶. خانواده‌درمانی و بازی‌درمانی خانوادگی
۱۶۹.....	فصل ۷. مسائل ویژه

### بخش دوم. چهار نمونه موردی

۱۹۳.....	فصل ۸. اسکاتی، قصر و محافظ شاهزاده
۲۱۱.....	فصل ۹. کارلا در جستجوی مادر گمشده‌اش
۲۲۶.....	فصل ۱۰. خطر در حیات خلوت
۲۳۹.....	فصل ۱۱. جادوگر، نوزاد و حشره
۲۵۱.....	سخن پایانی
۲۵۳.....	منابع



## مقدمه‌ای بر ترجمه فارسی

کودکان سرمایه‌های پر برکت امروز و فردای هر جامعه‌ای هستند. آفرینشِ مطلوب‌ترین بستر برای شکوفایی وجود کودکان از مهمترین رسالت‌های مادران فهیم و پدران بصیر می‌باشد. در واقع، فراهم نمودن زمینه‌های بایسته و شایسته رشد و تحول شخصیت متعادل و متعالی فرزندان سالم، صالح، پویا و خلاق مسئولیتی است سترگ و ارزشمند، بدون تردید ایفای چنین رسالت خطیری در شرایط پر تلاطم عصر حاضر در گستره جهان کاری بسیار سخت و دشوار است.

وجود برخی تعارضات عاطفی و روانی در خانواده، به مثابه اصلی‌ترین بنای دلبستگی ناایمن و رشد نامطلوب شخصیت فرزندان است. گستره روزافزون فرآورده‌های الکترونیکی و سهولت ارتباطات مجازی و بالطبع در مواردی تقویت غیرمعارف تمایلات نفسانی و کشش‌های غریزی، کاهش چشمگیر آغاز تجربه سن بلوغ جنسی در نوجوانان، برانگیختگی‌های هیجانی، تهییج‌طلبی و رفتارهای تهاجمی برخی از معاشران و اطرافیان کودکان از جمله مؤلفه‌های قابل توجهی هستند که بعضاً می‌توانند زمینه آزارهای عاطفی، روانی - زیستی و جنسی کودکان را فراهم نموده و بهداشت روانی کودکان را متزلزل نماید.

امروزه، تلاش برای حُسن تأمین نیازهای اساسی کودکان، اطمینان از حاکمیت دلبستگی ایمن در محیط خانواده، تقویت امنیت روانی و نشاط درونی، سرزندگی و مهارت اجتماعی، پاسداری از سلامت جسمانی و روانی کودکان در شرایط و موقعیت‌های گوناگون یک بصیرت مضاعف و عزم روزافزونی را می‌طلبد.

کتاب حاضر که توسط سرکار خانم دکتر گیل با اندوخته‌ای از تجارب ارزشمند حرفه‌ای در حوزه کودکان آزر دیده تألیف گردیده و توسط پژوهشگر و محقق توانا سرکار خانم مهرزاد فراهتی با دقت لازم به زبان فارسی ترجمه شده است، منبع بسیار ارزشمندی است که می‌تواند برای همه پژوهشگران حوزه کودک و خانواده، اولیاء و مربیان و دانش‌پژوهان روان‌شناس کودک مفید و مؤثر واقع گردد. از خالق مهربان، سلامت و توفیقات روزافزون سرکار خانم فراهتی و همه خادمان صدیق و پرتلاش عرصه فرهنگ و پاسداری از حریم پرصلابت خانواده را مسألت دارد.

**دکتر غلامعلی افروز**

استاد ممتاز دانشگاه تهران

## پیشگفتار

در چند دهه اخیر شاهد افزایش چشمگیری در دانش خود درباره تأثیرات آسیب بر کودکان و نوجوانان بوده‌ایم، ما به این موضوع پی برده‌ایم که کودک‌آزاری و غفلت والدین و دیگر سرپرستان و نیز، قربانی شدن توسط همسالان و بزرگسالان در جامعه، می‌تواند منجر به بروز پیامدهایی شود، از اضطراب و افسردگی، دلبستگی نایمن والد-کودک و استرس پس آسیبی گرفته تا پرخاشگری، مشکلات بین فردی، اختلالات خوردن، مصرف مواد مخدر و رفتارهای خودآسیب‌رسان. در حقیقت، پیراه نیست که بگوییم قرار گرفتن در معرض آسیب و مواجه شدن با غفلت عاطفی یکی از علل اصلی اختلال روانشناختی غیرارگانیک در کودکان و نوجوانان آمریکای شمالی است.

با وجود این در عین حال، روز به روز متوجه این موضوع شده‌ایم که هیچ چیز به سادگی مطالعه گذرای منابع تحقیقاتی نیست. به عنوان مثال، ما اکنون می‌دانیم میزان بروز علائم مرتبط با آسیب از سوی کودک یا نوجوان، یکی از عملکردهای پیچیده شماری از متغیرهایی است که بالقوه در تعامل هستند. این موارد به طور دقیق عبارتند از: (۱) عوامل مستعدکننده، مانند نورویبولوژی ابتدایی کودک، کیفیت دلبستگی والدینی کودک، متغیرهای اجتماعی وسیع‌تر نظیر تجربه نسبی کودک در مورد تبعیض نژادی یا قومی، فقر و کاهش منابع و تأثیرات فرهنگ یا خرده فرهنگ‌ها بر ادراک و برداشت کودک از خودش، دیگران و طبیعت مشکلات و سختی‌ها (۲) ویژگی‌ها و خصوصیات آسیب، از جمله نوع، میزان، مدت و سن مواجه شدن با آسیب، که تجارب چندگانه، زود هنگام و طولانی مدت آزار و غفلت برون خانوادگی در زمره آسیب‌زاترین موارد قرار دارند و (۳) متغیرهای پس آسیبی، مانند میزان کلی حمایت خانوادگی و اجتماعی، توانایی کودک برای بیان عواطف و هیجانات و کمک خواستن، امنیت نسبی در برابر خشونت یا بدرفتاری بیشتر، وجود یا عدم وجود درمان روانشناختی مناسب.

معنا و مفهوم این متغیرهای تعاملی گوناگون برای نوجوانی که از آسیب جان سالم به در می‌برد و برای افرادی که او را درمان می‌کنند، حائز اهمیت است. زیرا هر کودکی، تاحدی از نظر زیست‌شناختی، روان‌شناختی، درک محیط خانوادگی، موقعیت اجتماعی، سابقه آسیب‌دیدگی و تجربه پس از قربانی شدن متفاوت است، این احتمال هم وجود دارد که هر کودکی به طرز متفاوتی، علائم بیمارگونه را بروز دهد. کودکی که قبلاً در یک محیط پرورشی محبت‌آمیز و فاقد آزار و اذیت، دارای روابط دلبستگی مثبتی بوده، محیط اجتماعی مساعد را تجربه کرده و توسط فردی، غیر از والدین خود، دچار آسیب‌دیدگی نسبتاً محدودی شده است، ممکن است فقط اضطراب، استرس پس آسیبی زودگذر و یا دوره‌ای کوتاه از انزوای اجتماعی را تجربه کند. کودک دیگری که توسط سرپرستانی بی‌خیال، بی‌توجه و یا آزاردهنده و در محیطی آکنده از فقر و محرومیت اجتماعی بزرگ شده و با تجارب آسیب‌زای مکرری در داخل و خارج از چارچوب خانواده مواجه شده است، امکان دارد دچار افسردگی شدید و یا اختلال فشار روانی پس آسیبی شود، روی به مصرف مواد مخدر آورد و در



مقاطععی به فکر خودکشی بیفتند یا دست به پرخاشگری بزنند. مسلماً، این دو سناریو نیازمند راهبردهای مداخله‌ای متفاوتی هستند، زیرا درمان باید به علائم، سبب‌شناسی، مسائل اجتماعی و سبک‌های شخصیتی متفاوتی در هر مورد پردازد. در اولین نمونه، نظام خانواده باثبات، هماهنگ و حمایت‌کننده است. درمانگر می‌تواند به راحتی والدین و سایر اعضای خانواده را در کمک به کودک درگیر کند و برنامه درمان می‌تواند نسبتاً ساده و مستقیم باشد. به‌منظور تکمیل و تقویت بازی‌درمانی، هنردرمانی و گفتگو‌درمانی می‌توان (با توجه به سن کودک) از خانواده‌درمانی استفاده کرد که در آن کودک تشویق می‌شود خاطرات رویداد آسیب‌زا را پردازش کند تا جایی که این رویداد دیگر هیچ علائم بیمارگونه‌ای بروز ندهند. چون کودک توسط نشانه‌های پس‌آسیبی مغلوب نشده و دارای سابقه توانایی اعتماد و تکیه کردن به بزرگسالان می‌باشد، احتمال دارد بدون گوش به زنگی افراطی، اجتناب یا اختلال عملکردی درگیر فرآیند درمان شود. چنانچه همه شرایط با هم برابر باشند، پیش‌بینی و تشخیص فوری برای این کودک می‌تواند مطلوب و مساعد باشد.

متأسفانه، بیشتر درمانگرانی که به مسائل و مشکلات نوجوانان آسیب‌دیده می‌پردازند، بیشتر احتمال دارد که سناریوی دوم را مشاهده کنند: کودک یا نوجوانی پر از علائم در محیطی نسبتاً نامطلوب و غیرحمایتگر (اگر خشن نباشد) که یاد گرفته است از طریق اجتناب و یا توسط پاسخ‌های نمایشی با آسیب مقابله کند. به‌علاوه، چون این کودک یاد گرفته که بزرگسالان می‌توانند خطرناک باشند و هم‌چنین دلبستگی عاطفی، دستورالعملی برای رهایی بالقوه است، این دومین کودک ممکن است به آسانی اجازه شکل‌گیری یک رابطه درمانی معنی‌دار را ندهد، چه برسد به این‌که مشارکت کامل در تجارب پیاپی از آسیب‌پذیری در چارچوب شکلی مقتدرانه داشته باشد. درمان این کودک بیش از موارد دیگر باید ارتباطی او را مورد بررسی قرار دهد. درمانگر باید امنیت قابل توصیف، ثبات و استحکام رابطه و هماهنگی صمیمانه را برای او تأمین کند و امکان دارد به موازات تأثیرگذاری پاسخ‌های آسیب تحریک‌شده او بر فرآیند درمان، ناگزیر شود در برابر کودک صبوری بسیاری از خود نشان دهد. افرون بر این، اهداف چندگانه درمان در چنین مواردی (مانند سال‌های آزار جنسی کودکی و یا غفلت عاطفی و یا تجارب قربانی شدن توسط همسالان در یک محیط اجتماعی دائماً خطرناک) الزاماً موجب پیچیدگی و اغلب، گسترش فرآیند درمان خواهد شد.

البته، همان‌طور که در این کتاب نشان داده شده است، این موضوع به این سادگی هم نیست. هیچ سناریوی دومی فی‌نفسه وجود ندارد. وقتی آسیب‌پذیری‌های مستعدکننده تعاملی و چندگانه و رویدادهای آسیب‌زای پیچیده در همان کودک با هم تلاقی پیدا می‌کنند، غالباً نه هیچ پیامد علامت‌داری برای تشخیص وجود دارد و نه هیچ راهنمای درمانی جامعی که بتوان برای راهنمایی بدان مراجعه کرد، بلکه درمان باید براساس ارزیابی فعلی از آسیب‌ها و توانایی‌های روانشناختی خاص کودک و نیز سبک دلبستگی و ارتباط او، متناسب با شرایط هر کودک ایجاد شود. اگرچه تمام درمان‌های مؤثر احتمالاً دربرگیرنده یک رابطه درمانی خوب، اعتباریابی عاطفی، پردازش مبتنی بر مواجهه با خاطرات آسیب، و فعالیت مجدد شناخت‌های مختل می‌باشد، اما نحوه دستیابی به این اهداف (زمان‌بندی، موقعیت، شدت و اهمیت آنها) لزوماً از کودکی به کودک دیگر متغیر خواهد بود. در این خصوص، نه می‌توان "جنگل"

درمان را نادیده گرفت و نه "درختان" آن را. هدف ما دوگانه است: (۱) فراهم کردن درمانی عقلانی و مبتنی بر اجزاء که منعکس‌کننده تحقیقات تجربی فعلی و نیز تجربه بالینی است و (۲) بررسی علائم، نیازها، آسیب‌پذیری‌ها و شخصیت فردی کودک.

در چارچوب این شناخت و درک فزاینده از پیچیدگی‌های آسیب و درمان است که فصل‌های کتاب الیانا گیل شکل می‌گیرند. دکتر گیل در مقام یک اندیشمند آگاه، واقع‌بین و عمل‌گرا که سال‌ها تجربه کار با کودکان آزاردیده را دارد، منبعی منسجم از درمان کودکان و نوجوانان آسیب‌دیده را در اختیار مخاطبان قرار می‌دهد. همان‌طور که برای هر رساله بالینی جدیدی ضرورت دارد، این کتاب طیف وسیعی از رویکردهای درمانی را در بر می‌گیرد و شامل اطلاعات مفصل و مفیدی در خصوص ارتباط بالقوه میان شیوه‌های معتبر آزمایشی و درمان بیانگرانه می‌باشد. یکی از بخش‌هایی که به همان اندازه در این کتاب اهمیت دارد، توجه واقعی نویسنده به تجربه حقیقی کودک آسیب‌دیده است. دکتر گیل در تشخیص نیروها و انطباق‌های اثرگذار بر تجربه فعلی کودک آسیب‌دیده و پاسخ او به درمان و نیز، بیان نیاز به مداخلات خلاقانه و هوشمندانه‌ای که هم مستلزم فناوری هستند و هم انسانیت، تبخیر دارد.

#### **دکتر جان برییر**

دانشیار روان‌پزشکی و روان‌شناسی  
دانشکده پزشکی کک  
دانشگاه کالیفرنیا جنوبی

## مقدمه

من در سراسر جریان افشاسازی آزار جنسی کامیلا توسط پدرش، معاینه پزشکی او، دستگیری پدرش، شهادت در دادگاه، محاکمه پدرش و طلاق متعاقب والدینش با او کار می‌کردم. در تمام این مدت، او به شدت به پدرش وفادار بود، کاملاً امیدوار مانده بود و در برابر احساس گناه و شرمساری مقاومت می‌کرد. در نهایت، روزنه‌های امید باز شدند و همراه با آن، بهبودی حاصل شد. در آخرین جلسه‌مان، ما نگاهی به گذشته و همه اتفاقات رخ داده انداختیم، او آهی از ته دل کشید و به نجوا گفت: «ما از کوه‌های زیادی عبور کردیم.» من جواب دادم: «ممنونم، از این‌که به من اعتماد کردی ممنونم»، درحالی‌که از توانایی او در توصیف سختی انجام درمان حیرت‌زده بودم، بابت این‌که در طول این فرآیند ترمیمی کنارش بودم قدردانی کردم. من این کتاب را برای کامیلا و صدها کودک دیگری نوشته‌ام که به من نشان داده‌اند می‌توانند آسیب‌های شدید خود را التیام بخشند، کودکانی که مرا متأثر کرده‌اند و منبع الهام فراوانی برای من بوده‌اند.

از زمانی که کتاب قدرت شفابخش بازی<sup>۱</sup> را در سال ۱۹۸۴ نوشتم، چندین رویداد شخصی و حرفه‌ای بسیار مهم در زندگی من رخ دادند. من به ساحل شرقی نقل مکان کردم و دو فرصت برایم به وجود آمد که تفکر خلاقانه و به دنبال آن، فعالیت مرا تحریک کرد و آن را وسعت بخشید. نخست، من در دوره هنردرمانی دانشگاه جورج واشنگتن ثبت‌نام کردم و بعد از سال‌ها پیگیری این آموزش رسمی، تبدیل به یک هنردرمانگر رسمی شدم. این تجربه آموزشی منجر به تقویت بُعد حرفه‌ای و شخصی زندگی من شد. به علاوه، بعد از چندین سال تدریس و سخنرانی در داخل و خارج از کشور، مشتاق شدم که مستقر شوم و توجه خود را بر توسعه برنامه درمانی آزار جنسی متمرکز کنم، برنامه‌ای که مشتمل بر درس‌های متعددی که طی سال‌ها آزمون و خطا یاد گرفته بودم، باشد. از سر خوش‌اقبالی، مرکز اینووا کلار<sup>۲</sup> را پیدا کردم. این مرکز، مکانی برای درمان رفتاری کودکان و نوجوانان، واقع در فیرفاکس ایالت ویرجینیا بود. این مرکز وابسته به بیمارستان اینووا فیرفاکس، مرکز یکی از بهترین برنامه‌های پرستاران آزمایشنده آزار جنسی (SANE)<sup>۳</sup> در ایالات متحده بود. مرکز اینووا کلار امتیازی دریافت کرده بود تا یک برنامه درمانی برای کودکان آزار دیده جنسی ترتیب دهد و مدیران آن شروع به جستجو و یافتن یک هماهنگ‌کننده در سطح کشور کرده بودند. من نزدیک‌شان بودم و خوشبختانه یکدیگر را پیدا کردیم. از همان ابتدا برای من واضح بود که مدیران اینووا کلار یک مرکز درمانی

---

1- The Healing Power of Play  
2- Inova Kellar Center  
3- Sexual abuse nurse examiner

تأسیس کرده‌اند که طیف وسیعی از خدمات با کیفیت بالا را به کودکان و خانواده‌هایشان ارائه می‌دهد. علاقه و میل آنها به درمان آزار جنسی با تعهدشان به رفع خلاءهای موجود در خدمات اجتماعی مطابقت داشت. آنها فرصت زیادی در اختیار من گذاشتند تا برنامه خدمات درمانی کودکان آزار دیده (ACTS)<sup>۱</sup> را توسعه دهم، این برنامه اکنون وارد هشتمین سال پایه‌گذاری خود شده و تحت مدیریت شایسته خانم سارا استودت بریگز<sup>۲</sup> می‌باشد. با توجه به این‌که من به تازگی جذب مطالعه هنرهای بیانگرانه<sup>۳</sup> که مکمل فعالیت‌های پیشین من با کودکان بود شده بودم، فرصت طراحی یک برنامه درمانی درست به موقع و در زمانی مناسب به من داده شد.

در طول ۳۳ سال فعالیتیم در زمینه پیشگیری و درمان کودک‌آزاری، چیزهای زیادی از مراجعان کودک خود آموخته‌ام، خصوصاً یاد گرفته‌ام هر کودکی را به مثابه شخصی منحصر به فرد ملاقات کنم که نیازهایش به موازات شناخت من از او آشکار می‌شوند. من هیچ برنامه یا دستورالعملی برای کارم ندارم، جز این‌که از طریق مشاهده و گوش دادن، حضور عاطفی و هیجانی و سعی در شناخت ادراکات، احساسات و رفتارهای کودکان، کاری کنم که احساس راحتی و امنیت کنند. بعد از وقوع این فرآیند، تلاش می‌کنم به بهترین شکل، نیازهای آنها را برطرف سازم. برخی کودکان صحبت کردن را انتخاب می‌کنند، بعضی بازی و طراحی کردن و عده‌ای هم کتاب خواندن، نوشتن یادداشت‌های روزانه یا دیدن فیلم (ویدیو) را بر می‌گزینند. درمان برای کودکان مختلف معانی متفاوتی دارد و من تا حد امکان از خود انعطاف‌پذیری نشان می‌دهم.

من انعطاف‌پذیری کودکان آزار دیده و نیز پیچیدگی و سادگی‌ای را که با آن فرآیند بهبودی خود را نمایان می‌سازد، ارج می‌نهم. تمرکز کردن بر انجام کار درست، استفاده از جدیدترین تجهیزات، طرح سؤالات درست و یا ارائه روشن‌ترین توصیه‌ها، وسوسه‌انگیز است، اما غالباً مهم‌ترین کمکی که می‌توانم بکنم، بهره‌گیری از لحظات سرنوشت‌ساز است که ناگزیر می‌شوم خود را کنار بکشم و به کودکان اجازه دهم هر کاری که فکر می‌کنند برای کمک به خودشان ضرورت دارد، را انجام دهند. هر چه مسن‌تر می‌شوم، اعتماد به این فرآیند و آرام انتظار کشیدن آسان‌تر می‌شود. اضطراب و تنش‌های دوران جوانی من مدتهاست که به پایان رسیده است.

من کاملاً از فشارهای رایج برای تسریع مراقبت‌های بهداشت روان و کوتاه‌تر کردن هر چه ممکن فرآیند درمان به خاطر کاهش هزینه آگاه هستم. بیش از این نمی‌توانم مخالفت خود را با این رویکرد اقتصادی ابراز کنم. من حین سخنرانی پیرامون مسئله درمان کودکان آزار دیده، متوجه جریانی در سؤالات مخاطبان در خصوص نحوه انجام فعالیت‌های مرتبط با آسیب در زمان کوتاه‌تر شدم. فکر می‌کنم این جریان اشتباه است. باید کاملاً به این موضوع اعتقاد داشته باشیم که بهبود آسیب‌های روان-شناختی زمان می‌برد، و باید هر مقدار زمانی را که کودکان برای دستیابی به احساس کنترل و امنیت فردی لازم دارند به آنان بدهیم. طول دوره درمان قابل پیش‌بینی نیست، چون تجربه هر کودک و پاسخ

1- Abused Children's Treatment Services

2- Sarah Stoudt Briggs

3- Expressive arts

او به آن تجربه متفاوت است. ما این تفاوت را به خوبی در مدت زمان بهبود مشکلات جسمی می‌بینیم. من نگران این هستم که زمانی که به فشارهای بیرونی از طریق طراحی رویکردهای درمانی‌ای که عمدتاً بر دوره‌های کوتاه‌تر متمرکز هستند، پاسخ می‌دهیم، باعث رواج تفکری خطرناک در مراقبت‌های بهداشت روانی شویم. این پاسخ، کوتاه‌بینانه، سطحی و بالقوه خطرناک به نظر می‌رسد. من اعتقاد دارم که کارکردن با آسیب زمان می‌برد، البته نه استفاده نسنجیده یا بی‌دقت از زمان، و نه یک میزان دقیق و از پیش تعیین شده، بلکه استفاده ساختمان‌د و هدفمند از زمان.

در صفحات بعد، یک الگوی درمانی را ارائه می‌کنم که مبتنی بر کار و تحقیق خودم در مرکز اینووا کلار است. این الگو در جریان بلوغ حرفه‌ای من شکل گرفته و نشانگر ادغام چند نظریه‌ی مبنایی است. زمینه کار را در بخش اول کتاب ارائه می‌کنم و اجرای این نظرات را در بخش دوم با مثال توضیح می‌دهم.

با وجود این که من هم اکنون در یک مرکز بالینی چندفرهنگی واقع در شهر اسپرینگ فیلد ایالت ویرجینیا مشغول به کار هستم، اما سعادت این را داشتم که با یکی از اعضای برجسته برنامه مرکز درمان کودکان آزاردیده در اینووا کلار ملاقات کنم و این شخص را در اتخاذ تصمیمات خود شرکت دادم و با او پیوسته درباره نحوه بهبود کیفیت و کمیت خدمات مان گفتگو کردم. بسیاری از نظرات کارکنان مرکز درمان کودکان آزاردیده در این کتاب مورد تأکید قرار گرفته‌اند. من خصوصاً مدیون لطف سارا استودت بریگز، سیلوینا هاپکینز، کریستن لاندبرگ و ویرجینیا هوئیسی و نیز همه همکارانی که طی این سال‌ها بر اندیشه‌های من تأثیر گذاشتند، هستم. این همکاران عبارتند از کای واشنگتن، لیزا رایت، هالی وارن، کریستی هالت، صوفیا تراولا، هنری استریبینگ، و وس اسمیت. هم‌چنین، باید از کارآموزان برجسته مرکز درمان کودکان آزاردیده، یعنی میشل وارد، سیندی ماتیس، دیانا برمودز، ارین مورگان، باری آلوارز، سونگ هان، مونیکا ناوا، هالی بوینک و کیتی شپلی تشکر کنم. در پایان، باید عرض کنم این افتخار بزرگ نصیب من شد که همکاری نزدیک و صمیمانه‌ای با بت ایدینگز (و کارکنان فوق‌العاده او)، ناظر واحد آزار جنسی در مرکز مراقبت‌های کودکان در فیرفاکس ایالت ویرجینیا و هم‌چنین سو براون (و کارکنان بی‌نظیر او)، مدیر دوره پرستاران آزمایشنده آزار جنسی در بیمارستان اینووا فیرفاکس داشته باشم. همکاری نزدیک و احترام متقابل مان این امکان را به ما می‌داد که خدمات مطلوبی به خانواده‌های مراجعه‌کننده عرضه کنیم.

سؤالی که اغلب از من می‌پرسند این است: «چطور در حین انجام این کار همواره خوش‌بینی یا امیدواری خود را حفظ می‌کنید؟» پاسخ من؟ این یک چالش مداوم است و نیازمند ارزیابی مستمر و اقدام آگاهانه می‌باشد. برای من مایه تأسف بوده است که شاهد باشم برخی همکاران طی گذشت سال‌ها حرفه خود را تغییر داده‌اند، روابط صمیمانه خود را بر هم زده‌اند، دچار مشکلات ناشی از مصرف الکل شده‌اند و در مقاطعی افسردگی و خستگی مفرط را تجربه کرده‌اند. این مسائل، یادآورهایی می‌باشند که نشان می‌دهند درمانگران در برابر عوامل تنش‌زا و مقتضیات شاهد بودن و درک هیجانات دردناک دیگران، آسیب‌پذیر هستند.

من اطلاعات مندرج در این کتاب را با تواضع فراوان در اختیار علاقمندان گذاشته‌ام. گاهی از احترام حرفه‌ای که دریافت کرده‌ام و تعداد افرادی که به سخنان من گوش می‌دهند، حیرت‌زده می‌شوم. این هم یک مسئولیت است و هم افتخاری که من با توجه بسیار، پذیرای آن هستم. امیدوارم عقاید و نظرات من، سکوه‌های پرشی برای خلاقیت بالینی باشد. از مراجعانم و شما به خاطر اعتمادتان سپاسگزارم. من با احترام، پذیرای آن هستم.

**الیانا گیل**

## بخش اول

---

### ساختاری برای کار بالینی





## اصول اساسی برای کار با کودکان آزاردیده و آسیب‌دیده

هدف این کتاب، تأکید بر ضرورت و کاربرد یک رویکرد منسجم و یکپارچه برای کارکردن با کودکان، به‌ویژه آن‌هایی است که مورد سوءاستفاده و آسیب روانی قرار گرفته‌اند. این رویکرد محدودیت‌های زبانی و شناختی کودکان و سطوح مختلف رشد آن‌ها را مدنظر قرار می‌دهد، هم‌چنین چالش‌های بالینی که به فراوانی توسط مقاومت کودکان نسبت به فرآیند درمان نشان داده می‌شود، خود این چالش‌ها اغلب ناآشنا هستند و کودکان کمتر به دنبال آن می‌باشند. به‌علاوه کودکانی که مورد آزار و اذیت فیزیکی یا جنسی (به‌ویژه جنسی) قرار گرفته‌اند، اغلب از صحبت کردن در مورد آسیب‌های احساسی و جسمانی‌شان به شدت خودداری می‌کنند. این صحیح است که کودکان یا درون خانواده‌هایشان مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند یا خارج از آن، ولی زمانی که این آسیب‌ها به دست مراقبین محبوب و مورد اعتماد انجام می‌شوند، تعارض و تضاد حاصله ممکن است توانایی و یا تمایل کودکان را به بیان اندیشه‌ها و احساسات سخت به خطر اندازد.

زندگی حرفه‌ای من در حال حاضر وارد ۳۳ سال می‌شود و در طول این دوره با هزاران کودکی که مورد آزار و اذیت قرار گرفته (و خانواده‌ها یا مراقبان‌شان) به طور کوتاه‌مدت یا بلندمدت کار کرده‌ام. من ارزیابی ماهیت منحصربه‌فرد هر کودک، اعضای خانواده‌اش و فرآیند بهبودی آن‌ها را مورد تأکید قرار داده‌ام. به دلیل هویت و فردیت مراجعین، به شدت معتقدم که متخصصینی که در چند تئوری و رویکرد تبخّر دارند، در درگیر کردن و نگهداشتن کودکان و خانواده‌هایشان در درمان موفق‌تر خواهند بود. پس از توصیف یک ارزیابی جامع (فصل ۲)، اهداف درمان را خلاصه می‌کنم (فصل ۳). سپس تلفیق درمان‌های بیانگرانه (هنر، بازی و ماسه، در فصل ۴ بحث می‌شود) را تشویق می‌کنم که برای درگیر کردن کودکان غیرکلامی و بسیار مقاوم، هم‌چنین درمان شناختی‌رفتاری (CBT) برای کودکانی که کلامی هستند و می‌توانند در این نوع درمان شرکت کنند، طراحی شده‌اند (فصل ۵). من این رویکردها را انحصاری و تنها شیوه درمان نمی‌دانم، بلکه معتقدم که آن‌ها تکمیلی و متقابلاً سودمند هستند. البته، درمان کودکان بدین معنا است که آن‌ها درون خانواده، جامعه و سیستم‌های فرهنگی‌شان مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. بنابراین، فصل ۶ جنبه ضروری کار سیستماتیک با کودکانی که مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند، را توضیح می‌دهد؛ چون روابط و تبادل بین فردی آنها می‌تواند پیچیده شود. کار

با این مجموعه افراد می‌تواند مستلزم موضوعات خاصی شود، مانند بازی پس‌آسیبی<sup>۱</sup> و پاسخ‌های تفکیکی در بسیاری از کودکانی که مورد آزار قرار گرفته‌اند؛ این چالش‌های بالینی استثنایی در فصل ۷ بررسی می‌شوند. بخش دوم این کتاب، چهار مثال از موارد بالینی را برای تشریح امکان کار منسجم برای نتایج بهتر پیشنهاد می‌دهد.

کار من بر پایه چند تئوری اساسی استوار است، هم‌چنین عقاید خاصی که با ملاقات کودکان آسیب‌دیده و خانواده‌هایشان به دست آمده است؛ همه افرادی که به دلیل حوادث مشابه در زندگی‌شان تحت درمان قرار گرفته‌اند و همه کسانی که واقعاً متمایز هستند. این عقاید، کار درمانی را بر مبنای نیازهای مراجعین در مراحل مختلف درمان گزارش داده و هدایت می‌کنند. این عقاید و رویکردهای بعدی به طور منظم ارزیابی می‌شوند و ممکن است بر اساس اطلاعات تجربی در حال ظهور، تجربه بالینی مداوم یا نیازهای متغیر یک کودک و خانواده، کم و بیش مورد تأکید یا استفاده قرار گیرند. من در این مرحله از زندگی‌ام تحت تأثیر شدید عوامل زیادی قرار گرفته‌ام از جمله: تئوری آسیب روانی (با موفقیت کم و بیش)؛ وجه مشترک درمان‌های بیانگرانه و CBT؛ مشاهدات خودم و دیگران در مورد تأثیرات ثابت قابل توجه انعطاف‌پذیری؛ شواهد و مدارک بسیار درباره تأثیرات استرس شدید یا مزمن بر عصب زیست‌شناسی کودکان (هم‌چنین اطلاعات آینده در مورد احتمال نتایج عکس این تأثیرات) و در رابطه با کار ضمنی و سیستماتیک. در پایان، این کار به تصدیق و پردازش منظم و ثابت واکنش‌های متقابل نیاز دارد و این پردازش ارتباط ضروری با پیشرفت و ایجاد شیوه‌های مسئولانه مراقبت از خود دارد.

## نظریه آسیب روانی:

### اهمیت ارزیابی وجود آسیب روانی و پیامدهای آن

کلمه (و مفهوم) آسیب روانی توسط زبان مادری متداول در حوزه‌هایی استفاده شده است که امروزه اغلب برای امتحان گرفتن، کوتاه کردن مو، سخنرانی کردن، مسافرت، خرید در مغازه‌های شلوغ و به طور معمول، دیگر رخداد‌های این جهان به کار برده می‌شود. زمانی که از این واژه به طور گسترده در مثال‌های فوق استفاده می‌شود، به نظر می‌رسد هدف از برقراری ارتباط، توصیف موارد تنش‌زا، طاقت‌فرسا یا آزاردهنده باشد. این استعمال بیش از حد و نادرست از واژه "آسیب"، معنای صحیح آن را کم‌رنگ می‌کند و پیام مورد نظر آن را از بین می‌برد.

در حوزه سوءاستفاده و غفلت از کودکان، واژه‌های "آزار و اذیت"<sup>۲</sup> و "آسیب"<sup>۳</sup> همواره به جای یکدیگر مورد استفاده قرار می‌گیرند، گویی با یکدیگر مترادف هستند. در عوض، من معتقدم لازم است بین این واژگان و مفاهیم ناشی از آن‌ها تمایز قائل شده (و به طور هدفمند از آن‌ها استفاده شود) زیرا

1- Posttraumatic play

2- Abuse

3- Trauma

ممکن است افراد آسیب دیده، نسبت به افرادی که دچار فشار روانی حاد شده‌اند اما از آسیب روانی طولانی مدت رنج نبرده‌اند نیازهای درمانی متفاوتی داشته باشند.

در ابتدا، به تعریف رویداد آسیب‌زا<sup>۱</sup> که در متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویراست چهارم (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۰۰) آمده است، اشاره می‌کنیم:

"رویدادی که دربردارنده تهدید به مرگ یا آسیب جدی یا خطرانی دیگر برای انسجام فیزیکی است؛ یا مشاهده رویدادی که دربرگیرنده وقوع مرگ یا آسیب جدی و یا خطر انسجام فیزیکی فردی دیگر است؛ یا آگاهی از مرگ غیرمنتظره یا مرگ فجیع، آسیب جدی یا خطر مرگ یا آسیب یکی از اعضای خانواده یا دیگر دوستان نزدیک.

وندل کولک<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) اشاره می‌کند که مسئله بسیار مهم در تعریف آسیب و حل آن، عبارت است از عدم کنترل ناتوان‌کننده که افراد، مخصوصاً کودکان، آن را تجربه می‌کنند (به عبارت دیگر، او بر جنبه پدیدارشناختی تأکید می‌کند). این عدم کنترل پیامدهای بسیار مهمی دارد:

"...چنانچه فشار شدید باشد یا وقتی مراقبین خود، عامل این فشار باشند، کودکان قادر نخواهند بود برانگیختگی خود را کنترل کنند. این مسئله باعث تضعیف توانایی آن‌ها در بررسی، ادغام و طبقه‌بندی رویداد در حال وقوع می‌شود." در مرکز فشار روانی آسیب‌زا، ضعف در توانایی جهت تنظیم حالات درونی وجود دارد. اگر این فشار کاهش نیابد نه تنها احساسات، عواطف و شناخت‌ها نمی‌توانند با یکدیگر مرتبط شوند، بلکه این موارد به اجزای حسی تفکیک می‌گردند و در نتیجه، این کودکان نمی‌توانند درک کنند که چه اتفاقی در حال رخ دادن است و قادر نخواهند بود برنامه‌ای مناسب تدوین و اجرا کنند (وندل کولک، ۲۰۰۵).

اثرات رویدادهای آسیب‌زا می‌توانند اغلب برای مدت‌های طولانی تداوم پیدا کنند و درعین حال، نوسان داشته باشند؛ امکان دارد در رفتارهای بیمارگونه مرتبط با اختلال فشار روانی پس‌آسیبی (PTSD)<sup>۳</sup> منعکس شوند، حتی اگر فرد تمام معیارهای لازم برای تشخیص قاعده‌مند این نوع اختلال را نداشته باشد. به‌ویژه ممکن است این اثرات با قرار گرفتن فرد در معرض دیگر محرک‌های تنش‌زا (محرک‌هایی که رویدادهای اصلی را به یاد افراد آسیب‌دیده می‌آورند)، تشدید شوند.

بین افرادی که شاهد رویدادهای آسیب‌زا بوده‌اند، تنوع بسیار زیادی در نوع و میزان تجارب و تأثیرات آسیب‌زا و نیز کنترل کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت آسیب وجود دارد. مثلاً تیر<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) بین آسیب‌های تک‌رویدادی<sup>۵</sup> (نوع اول) و آسیب‌های مزمن<sup>۶</sup> (نوع دوم) تمایز قائل می‌شود. هم‌چنین، میان رویدادهای آسیب‌زا که در زمره "بلایای طبیعی" قرار دارند مانند طوفان، زلزله یا سیل؛ رویدادهای اتفاقی مثل تصادفات خودرو؛ ایجاد رعب و وحشت در بین گروه‌ها، شکنجه‌های سیاسی و اعمال بین فردی تجاوز و آسیب‌رسانی میان افراد ناآشنا (تجاوزات اتفاقی)، افراد آشنا (تجاوزات بین دوست‌ها) و

1- Traumatic event  
3- Posttraumatic stress disorder  
5- Single-event traumas

2- Van der Kolk  
4- Terr  
6- Chronic traumas

اعضای خانواده (زنا با محارم) اختلافات فاحشی وجود دارد. برخی منابع جدید نیز از توصیف گروه مختلفی تحت عنوان "ساده" و "پیچیده" برای انواع اختلال فشار روانی پس‌آسیبی یا استرس پس از سانحه (PTSD) استفاده می‌کنند. دغدغه ایجاد تمایز بین انواع تأثیرات آسیب‌زا در کودکان به‌گونه‌ای است که وندر کولک (۲۰۰۵) به تازگی یک اصطلاح جدید جهت معرفی مفهومی متفاوت از تعاریف معاصر ارائه نموده است. به نظر او، "اختلال آسیب‌رشدی عبارت است از ابتلای مکرر یا مزمن به یک یا چند نوع از آسیب‌های بین فردی رشدی مغایر، اختلال در کنترل عاطفی و رفتاری، ویژگی‌ها و انتظارات دائماً متغیر و اختلال کارکردی" (۲۰۰۵). در این کتاب به "آسیب بین فردی رشدی مغایر"<sup>۱</sup>، آن‌طور که منظور وندر کولک است، می‌پردازیم؛ به عبارت دقیق‌تر، به بررسی آسیبی که در نتیجه آزار و اذیت کودکان (به‌خصوص آزار جنسی کودکان) روی می‌دهد، خواهیم پرداخت. با وجود این، باید خاطرنشان کرد که اعمال بین فردی آزار و اذیت و غفلت از کودکان در بافت وسیع‌تری صورت می‌گیرند که می‌تواند دربرگیرنده محرک‌های تنش‌زای دیگر مانند سوء‌مصرف مواد مخدر، نزاع‌های خانوادگی یا محرک‌های تنش‌زای محیطی (فقر، ظلم اجتماعی و غیره) باشد.

اگرچه آزار جنسی کودکان اغلب در منابع پیرامون آزار و اذیت و غفلت از کودکان مورد تأکید قرار گرفته است، تمام اشکال بدرفتاری با کودکان می‌توانند بالقوه آسیب‌زا باشند: آزار فیزیکی، آزار جنسی، غفلت یا به مخاطره انداختن و هر دو نوع فعال و منفعلانه آزار و اذیت عاطفی. همه این موارد برای رشد و بقای کودکان خطرناک هستند و ممکن است کودکان به عواقب آن‌ها دچار شوند، خواه این عواقب جدی اما کوتاه مدت، خواه طولانی و مداوم باشند. آنچه به یک فرد امکان می‌دهد به عملکرد طبیعی خود بازگردد، درحالی‌که دیگری یک زندگی توأم با مشکلات حاد دارد، موضوعی است که حدس و گمان زیادی درباره آن وجود دارد و مطالعات فراوانی بر روی آن صورت گرفته است (و احتمال دارد منشأ بحث و تحقیق در سال‌های بعد باشد). با وجود این، در حال حاضر واضح است که کودکان آسیب‌دیده، زیرمجموعه کودکانی هستند که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند و واکنش‌های این کودکان به سوءاستفاده کاملاً متفاوت از هم می‌باشند. همان‌طور که اودونوهو فانتی و الیوت<sup>۲</sup> (۱۹۹۸) اشاره می‌کنند، "با وجود این‌که می‌دانیم آزار جنسی کودکان می‌تواند تأثیرات بالینی معنی‌داری برای آن‌ها داشته باشد، ماهیت دقیق این اثرات، چه در سندروم‌هایی وجود داشته باشند یا خیر، میزان بروز آنی یا مؤخر مشکلات و عواملی که باعث کاهش شدت این اثرات می‌گردند، تا حد زیادی ناشناخته و نامعلوم است". بنابراین، به درمانگران توصیه می‌شود هنگام سنجش و ارزیابی تأثیر آسیب، بلافاصله قضاوت نکنند. برخی متخصصان آسیب‌شناس معمولاً در همه موارد، انتظار حداکثر آسیب را دارند، درحالی‌که ممکن است دیگران بیشتر تمایل داشته باشند واکنش‌های آسیب‌زا را به صورت گذرا و کنترل‌پذیر ببینند. این انتظارات و فرض‌ها، واکنش‌های بالینی را تحت تأثیر قرار خواهند داد.

1- Developmentally adverse interpersonal trauma  
2- O'Donohue Fanetti & Elliott

به دلیل متنوع بودن واکنش‌های کودکانی که مورد بدرفتاری قرار گرفته‌اند، باید این کودکان را به دقت مورد ارزیابی قرار داد، به نحوی که نیازهای فردی (یا خانوادگی) آن‌ها تک تک مورد شناسایی قرار گیرند. به عنوان مثال، سابقه آزار و اذیت خیلی شدید و مزمز یک کودک ممکن است دغدغه‌های بزرگ‌تری را نشان دهد؛ با وجود این، امکان دارد این کودک دارای ویژگی‌های شخصیتی باشد که موجب بروز واکنش‌های مثبت و سازنده از سوی افراد پیرامون وی شود و در نتیجه کودک این فرصت را داشته باشد که روابط محکم و مورد اعتمادی برقرار کند که بتواند در فرآیند بهبود مفید واقع شود. کودک دیگری که در گذشته تجربه‌ای مشابه یا حتی تجربه‌ای نه چندان شدید داشته است، امکان دارد باعث بروز واکنش‌های منفی از سوی مراقبین و هم‌سالان شود و در نتیجه، ممکن است در برقراری روابط صمیمانه و نزدیک با دیگران دچار مشکل گردد؛ این مشکل امکان دارد توانایی او در اعتماد به دیگران یا دستیابی به پیوند عاطفی را به مخاطره اندازد. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد برخی کودکان دارای منابعی درونی جهت غلبه بر دشواری‌های آغازین هستند و بنابراین، پیش‌بینی مشکل آن‌ها اغلب بهتر از پیش‌بینی کودکانی است که از چنین منابعی برخوردار نیستند. کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، ممکن است براساس عوامل متعدد دیگری نیز به طور متفاوتی از یکدیگر زندگی کنند که من در ادامه، به توصیف برخی از این عوامل خواهم پرداخت.

به منظور توضیح بیشتر نیاز به ارزیابی‌های جامع کودکانی که در گذشته مورد سوءاستفاده یا غفلت قرار گرفته‌اند، می‌توان چنین تصور کرد که آزار و اذیت یا غفلت (یعنی عامل تنش‌زا) خود می‌تواند به طور بالقوه موجب آسیب فراوانی شود. بسته به درک افراد از رویدادها، راهبردهای مقابله‌ای، منابع (درونی و بیرونی) موجود و دیگر خصوصیات مؤثر آن‌ها در مدیریت کلی تجربه، اشخاص مختلف ممکن است محرک‌های تنش‌زا را به گونه‌های مختلف در نظر بگیرند و امکان دارد پیامدها نیز بسیار متنوع باشند (جدول ۱-۱).

این خصوصیات نیز به نوبه خود تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارند از قبیل سن، توانایی‌های شناختی، محرک‌های تنش‌زای پیشین و راهبردهای مقابله‌ای قبلی، تفاوت‌های خلقی و تفاوت‌های کیفی در انگیزش، نگرش و انعطاف‌پذیری. تغییرات پیش آمده در فرآیند مغز و توانایی مدیریت و بهبود عملکرد مغز نیز عامل بسیار مهم و تعیین‌کننده‌ای در میزان تداوم یا شدت تأثیر بالقوه آسیب است.

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، تحقیقات نشان داده‌اند که چندین دسته از عوامل مختلف با زیاد یا کم بودن میزان تأثیر آسیب در ارتباط هستند. علاوه بر متغیرهای مربوط به کودکان (نوع، میزان و مدت قرار گرفتن در معرض آسیب، سن کودک، سطوح قبلی عملکرد، حمایت فرد مراقب و سابقه آسیب‌های قبلی)، این عوامل دربرگیرنده متغیرهای مربوط به آسیب (نوع، میزان و مدت قرار گرفتن در معرض آسیب، مشاهده رویداد آسیب‌زا، تعداد و میزان سختی‌ها و محرک‌های تنش‌زای ثانویه)، متغیرهای مربوط به مراقب (آسیب‌شناسی روانی گذشته و حال، سابقه آسیب)، متغیرهای مربوط به

جدول ۱-۱. ویژگی‌های فردی‌ای که ممکن است بر میزان زیاد یا کم تأثیر آسیب‌زای عامل تنش‌زا (آزار یا غفلت) اثرگذار باشند

تأثیر آسیب‌زای کم	تأثیر آسیب‌زای زیاد
راهبردهای مقابله رشد و توسعه می‌یابند.	ناتوانی برای مقابله تداوم می‌یابد.
راهبردهای مقابله موفقیت‌آمیز هستند.	راهبردهای مقابله یا وجود ندارند یا موفقیت‌آمیز نیستند.
منابع درونی موجود هستند.	منابع درونی موجود نیستند.
منابع بیرونی موجود هستند.	منابع بیرونی موجود نیستند.
فرد به توانایی بیانی دست می‌یابد.	توانایی بیان کردن وجود ندارد.
علائم کاهش می‌یابند.	علائم پایدار می‌مانند.
امیدواری افزایش می‌یابد.	درماندگی تداوم می‌یابد.
کنترل فردی حاصل می‌شود.	کنترل فردی وجود ندارد.
بحران وجودی را می‌توان حل کرد.	بحران وجودی را نمی‌توان حل کرد.
آسیب را می‌توان برطرف کرد.	آسیب را یا نمی‌توان برطرف کرد یا به گونه‌ای منفی برطرف می‌شود.

رابطه مراقب و کودک (کیفیت رابطه، درک کودک) و متغیرهای زمینه‌ای (وضعیت اقتصادی اجتماعی، فشار روانی فعلی زندگی، حمایت‌های خانواده) هستند (باسکویت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). شرایط کودکان هر چه باشد، هرگز نباید توانایی آن‌ها در بررسی طبیعی آسیب را کوچک شمرد. لازم است خاطر نشان شود که هیچ دو کودکی کاملاً یکسان نیستند؛ درک آن‌ها از یک رویداد مشابه ممکن است کاملاً متفاوت باشد و توانایی آن‌ها جهت مقابله را نمی‌توان به آسانی پیش‌بینی کرد. حداقل دو محرک اولیه وجود دارند که می‌توانند طی رویدادهای تنش‌زا پدید آیند که در قسمت‌های بعد به ذکر این دو مورد خواهیم پرداخت.

### غلبه بر آسیب: سائق‌های غریزی کودکان

به نظر می‌رسد کودکان با استفاده از دو سائق بنیادی که می‌توانند رفتارهایشان را هدایت کنند، بر آسیب‌های هیجانی خود غلبه می‌کنند. نخستین سائق، تسلط شدن بر آنچه که دردناک یا گیج‌کننده است می‌باشد، یعنی بازیافتن احساس کنترل و تسلط. دومین سائق، دوری از هیجان‌نا آرام‌کننده و در نتیجه آن، عدم سعی و تلاش جهت درگیر شدن در کار درمانی است.

وقتی کودکان توسط میل به تسلط یافتن بر عوامل تنش‌زای خود هدایت می‌شوند، نخستین رویکردشان، مقابله مستقیم با مشکلات است. این کودکان سعی می‌کنند درکی از موقعیت‌شان به دست

1- Bosquet

آورند و به دنبال فرصت‌هایی هستند تا بتوانند بر احساساتی نظیر آشفتگی، درماندگی و یأس فائق آیند. "تسلط بیش از هر چیز، یک تجربه فیزیکی است: احساس مسئول بودن، آرامش و توانایی درگیر شدن در تلاش‌های متمرکز به منظور دستیابی به اهداف" (وندركولک، ۲۰۰۵). بنابراین، هنگامی که کودکان به وسیله سائق تسلط ترغیب می‌شوند امکان دارد به گفتگوهای درباره دغدغه‌هایشان بپردازند، یا ممکن است به انجام فعالیت‌های نمایشی مبادرت ورزند تا آنچه را که برایشان بسیار اهمیت دارد، به صورت نمادین نشان دهند.

به عنوان مثال، یک پسر نوجوان که مورد آزار و اذیت جسمی و جنسی قرار گرفته بود به دفتر من آمد، یک عروسک گول‌پیکر ترسناک پیدا کرد و از آن جهت حمله‌ور شدن به گونه‌ای بی‌رحمانه به یک عروسک کوچک استفاده کرد. سپس، یک عروسک ابرقهرمان یافت که دو برابر آن عروسک گول‌پیکر ترسناک بود و از آن به منظور ترساندن و تعقیب کردن عروسک گول‌پیکر استفاده نمود. این پسر که از سخن گفتن درباره تجربه وحشتناک خود طفره می‌رفت، به این نحو خود را به طور نمادین در معرض آنچه که از آن می‌ترسید (به شکل هیولای ترسناک) قرار داد و به عروسک کوچک که در بازی حضور داشت، حمله کرد (احساس یگانگی و تطبیق با آسیب‌پذیری و درماندگی خود) و سپس ابرقهرمان (پلیس، پدر یا مادر و یا چهره یک جادوگر) را پیدا کرد تا خطر را دور کند. او ضمن انجام این کار به تدریج، احساس آسیب‌پذیری و ترس خود را قبول کرد و در عین حال، از منابع (احتمال مراقبت) جهت کمک به خود به منظور مبارزه با عامل تنش‌زا بهره برد. توانایی او جهت انجام این کار در چنین بازی نمادینی موجب شد تا بتواند بر توالی رفتار و پیامد تسلط یابد و این موضوع بی‌تردید به او امکان می‌داد که بلافاصله احساس توانمندی بیشتری کند. البته رفتارهای نمایشی مانند این نمونه بهتر است با نظارت والدین یا سرپرستان و آموزش‌های آن‌ها ادامه پیدا کنند تا تلاش‌ها در محیط کودکان صورت گیرند و آنان بتوانند از این طریق به کسب تجربه در زمینه تسلط و کنترل ادامه دهند.

دومین سائق غریزی در کودکانی که مورد آزار قرار گرفته‌اند، اجتناب از مسائل دردناک یا سرپوش گذاشتن بر روی آن‌هاست. کودکان می‌توانند به چند طریق این کار را انجام دهند: می‌توانند از فکر کردن به آزار یا سخن گفتن راجع به آن سر باز زنند، می‌توانند از کلیه محرک‌هایی که یادآور آزار هستند اجتناب کنند، می‌توانند از تعامل با دیگران امتناع ورزند و نیز، می‌توانند از استفاده از وسایل بازی و نمایشی که آن‌ها را به یاد افراد یا مسائل مرتبط با آزار می‌اندازند، خودداری کنند. این گونه کودکان ممکن است واکنش‌های "بی‌حرکتی" را شکل داده باشند که نیاز به برانگیختگی دارند.

بسیاری از کودکانی که مورد آزار و سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، صرفاً اظهار می‌دارند: "وقتی درباره آن (آزار) فکر می‌کنم، احساس بدی به من دست می‌دهد؛ به همین دلیل، نه راجع به آن فکر می‌کنم و نه حرف می‌زنم." این موضوع برای من کاملاً معنادار است: اگر دردی وجود داشته باشد که در ارتباط با افکاری خاص باشد، پرهیز از این افکار (و احساسات) به نفع خود فرد است. با این وجود، اگر کودکان الگوهای انعطاف‌ناپذیر اجتناب را شکل دهند، مشکلاتی پدید خواهد آمد. در این مواقع، سرکوبی صورت می‌گیرد بدون آنکه احساسات و افکار غیرقابل تحمل یا دردناک فرد کنترل شوند.

اگرچه سرکوبی (تصمیم آگاهانه برای نگه داشتن چنین احساسات یا افکاری در حافظه) می‌تواند فوراً کودکانی را که مورد آزار قرار گرفته‌اند را آرام کند، اما برای حفظ این آرامش، نیازمند تلاش‌های پایدار است و شناخت و تسلطی را که کودکان جهت فائق آمدن بر درد خود، متمرکز شدن بر حال و بازیافتن عملکرد طبیعی‌شان نیاز دارند، در اختیار آن‌ها قرار نخواهد داد. وقتی کودکان بزرگ‌تر به من می‌گویند که نمی‌خواهند درباره‌ی آزار فکر کنند یا می‌خواهند آن را فراموش کنند، من بر موافقت خود با این کار تأکید و به آن‌ها توصیه می‌کنم که بهترین راه برای فراموش کردن خاطرات ناراحت‌کننده، این است که نخست آن‌ها را قبول و درک کنیم؛ به آنان هشدار می‌دهم که سعی در دوری از خاطرات دردناک و کنار گذاشتن آن‌ها می‌تواند اثر یک "دیگ زودپز" را داشته باشد که به این خاطرات (و افکار، هیجانات و احساسات مرتبط با آن) امکان می‌دهد همواره زنده و قدرتمند باقی بمانند. به‌خصوص خاطراتی که بدون هیچ پردازشی سرکوب می‌شوند، ممکن است بعدها به گونه‌ای غیرمنتظره و مانند یک دیگ زودپز بدون رگلاتور منفجر شوند و احساس درماندگی و آسیب‌پذیری کودکان (در پاسخ به زمان‌بندی و شدت خاطرات ناخواسته) را تجدید کنند.

زمانی که کودکان آمادگی ندارند درباره‌ی این‌که مورد آزار قرار گرفته‌اند حرفی بزنند، بهتر است آن‌ها را وادار به این کار نکنیم. اگر آنان از بیرون احساس فشار کنند، پاسخ‌هایشان یا سنجیده و سطحی خواهند بود (که هدف از بروز چنین پاسخی، ارضا کردن است) یا خشمگینانه و مقاوم (که هدف از این نوع پاسخ، سرد رفتار کردن با دیگران یا احتمالاً، افزایش میل آنان به اجتناب است). به نظر می‌رسد وقتی کودکان مانع هر گونه بحث یا پردازش خاطرات دردناک می‌شوند یا فعالانه در برابر چنین کاری مقاومت نشان می‌دهند، واقعاً قادر نخواهند بود ایده‌هایی را که به راستی برایشان مفید است منسجم کنند؛ اما شاید بتوانند جملاتی را، بدون معنای واقعی یا درک آن‌ها، به ذهن بسپارند یا تکرار کنند. من اعتقاد دارم باید به کودکان فرصتی داد که بتوانند با شیوه و سرعت درماني خاص خود به تسلط دست یابند. با وجود این‌که عدم به‌کارگیری کامل انکار و اجتناب مهم است، اما این موضوع نیز به همان اندازه اهمیت دارد که باید فرصت زیادی به کودکان داد تا بتوانند با سرعت خاص خود و از طریق انواع شیوه‌های ارتباطی (رفتار، بازی، زبان گفتاری یا غیرگفتاری)، داستان‌های خود را (به‌طور کلامی و چه غیرکلامی) بازگو کنند.

کودکان ممکن است، علاوه بر اجتناب آشکار، از روش‌های دیگر نیز جهت سرکوب کردن خاطره‌ی یک رویداد آسیب‌زا استفاده کنند. دوست بسیار خوب من و دو فرزند او چند سال پیش دچار یک سانحه اتومبیل شدند. فرزند بزرگ او از خودرو به بیرون پرتاب و دچار جراحت شدیدی شد، درحالی‌که فرزند کوچک‌تر وی، بدون کوچک‌ترین خراشی، جان سالم به در برد. به خاطر دارم، بلافاصله بعد از آن سانحه با فرزند کوچکش صحبت کردم و او "ماجرای" تصادف را به‌طور کامل، با شور و هیجان و با سرعت تعریف می‌کرد. او این کار را بی‌وقفه برای چند هفته انجام می‌داد؛ با وجود این، وقتی داستان را تعریف می‌کرد، شدت لحن او کاهش یافته بود و به نظر می‌رسید، با رویدادهای حقیقی ارتباطی نداشت، گویی داستان فیلمی را که دیده است بازگو می‌کند یا انگار که این



اتفاق برای فرد دیگری رخ داده است نه خود او یا خانواده‌اش. مدت بسیار زیادی طول کشید تا این کودک بتواند این تجربه را منسجم کند، یعنی به تدریج توانست رویداد را هر زمانی که می‌خواهد به یاد آورد، توالی زمانی رویداد را سازماندهی کند و آن را به شکل روایت در بیاورد، همان احساساتی را داشته باشد که موقع شرح واقعه برخوردار بود، هیجانان خود را مانند اعمال خود بروز دهد و در نهایت، اجازه ندهد احساسی که هنگام فکر کردن درباره این واقعه یا بازگو کردن آن به وی دست می‌دهد، او را از پای در بیاورد. تعاریف سریع، تکراری، پرشور و هیجان و کلمه به کلمه او (که تقریباً ۳ هفته بعد از روی دادن واقعه ادامه داشت)، روشی دیگر برای اجتناب از چیزی بود که او را از پای در آورده بود و به علاوه، مانعی بود که موجب می‌شد او نتواند این حادثه را منسجم و باور کند. طی این مدت، خاطرات او از سانحه، نامنظم و پراکنده ماند (یعنی احساسات از جزئیات دیداری جدا بودند) تا وی را از تأثیر احساساتی مانند درماندگی و گناه زنده ماندن حفظ کند.

در عین حال، نمونه‌ای دیگر از اجتناب را، هایدن، پسر بیچه ۱۰ ساله‌ای نشان داد که توسط یک مرد بالغ و قابل اعتماد (کشیش کلیسای جوانان) مورد تجاوز قرار گرفته بود و هرگز نمی‌توانست این موضوع را برای کسی عنوان کند. او در عین حال به خاطر سن و مرحله تکاملش، روزها و شب‌های بی‌شماری درباره این اتفاق فکر می‌کرد. او به خاطر این‌که با آن مرد مقابله نکرده بود، فرار نکرده بود، به پدر و مادر خود نگفته بود و زمانی که آن شخص او را نوازش می‌کرد، وی تحریک می‌شد، به خودش سرکوفت می‌زد و خود را سرزنش می‌کرد. هایدن شروع کرد و همین رفتار تجاوزگرانه را با جیم، برادر ۴ ساله‌اش تکرار نمود؛ او برنامه‌ریزی می‌کرد تا جیم را منزوی کند. او به جیم می‌گفت که به کسی نگوید، وگرنه..... جیم بعد از دومین اتفاق به مادرش گفت؛ سپس هایدن انکار کرد، برادرش را جلوی مادرش کتک زد و خود، "شرمگین شد"، به اتاقش بازگشت، در را قفل کرد و ساعت‌ها آنجا ماند.

والدینش راجع به این وضعیت بحث کردند، متوجه شدند که هایدن اخیراً دلمدمی و منزوی شده است و تصمیم گرفتند او را برای ارزیابی وضعیتش نزد یک درمانگر ببرند. هایدن هم‌چنان سر حرف خود بود و چنین اظهار می‌داشت که برادرش دروغ می‌گوید و حرف‌های جیم "چرند" است! وقتی من متوجه مقاومت هایدن شدم، به او زمان و فضای کافی دادم. در نهایت، زمانی که هایدن شرح حال خود را می‌نوشت، اسلحه را هم اضافه کرد چون "آدم‌های بد همه جا هستند". این کار موجب شد او از آدم بدی سخن بگوید به نام اسکات که قبلاً عضو گروه کلیسایی او بوده است. هایدن نمی‌توانست اضطراب و آشفتگی ناشی از رفتار تجاوزگرانه اسکات در قالب رابطه خاص و در محیط مذهبی را تحمل کند. او احساس می‌کرد که خود، کاری نادرست انجام می‌دهد و تا جایی که می‌توانست، افکار و احساسات خویش را سرکوب می‌کرد. به هر حال، هایدن قادر نبود این افکار و احساسات تنش‌زا را پردازش کند و نمی‌توانست از خود محافظت کرده یا بر حمایت‌های بیرونی (والدین) تکیه کند، شروع کرد و آنچه را که قادر نبود تحمل کند به نمایش درآورد. هایدن عمداً تصمیم نگرفته بود همان رفتار تجاوزگرانه را با برادرش تکرار کند. و مدت‌ها بعد در حین فرآیند درمان، ناگهان جرقه‌ای فوق‌العاده

در وجود او پدید آمد: "وقتی جیم را مورد آزار و اذیت قرار می‌دادم، سعی داشتم به کسی بگویم که چه اتفاقی افتاده است." او افزود: "من قصد نداشتم او را آزار دهم یا کاری کنم که احساس بدی به وی دست بدهد." با این حال، بعداً او از ته دل از جیم عذرخواهی و از او تشکر کرد که ماجرای آزار و اذیتش را به پدر و مادرشان گفته است. وضعیت هایدن چند سازه روانی را نشان می‌دهد: سرکوب، وسواس تکرار و ارتباط از طریق رفتار یا به نمایش درآوردن آنچه را که نمی‌توان بیان کرد. بنابراین، افکار و احساسات غیرقابل تحمل می‌توانند آگاهانه توسط کودکان بزرگ‌تر سرکوب شوند؛ با وجود این، چون آن افکار و احساسات، درک و پردازش نشده‌اند، معمولاً از طریق رفتار و به وسیله اعمال بروز می‌کنند تا گفتار.

این دو سائق و وسیله دفاعی، یعنی تسلط و اجتناب می‌توانند جداگانه یا با هم ظاهر شوند و اغلب به‌طور متناوب در طی جلسات یا بین جلسات درمان ظهور می‌کنند. هم‌چنین، متغیرهای دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند بر این مسئله که کدام سائق، شیوه کمابیش مهم عملکرد می‌شود، تأثیر بگذارند. چون امکان دارد کودکان با یک سائق اولیه (در مورد تسلط یا اجتناب) تحت فرآیند درمان قرار بگیرند، لازم می‌دانم آن‌ها را با رویکرد خود آشنا کنم، نه برعکس. لذا در جواب این سؤال که "شما چه نوع درمانگر کودکی هستید؟" یا "چه نوع درمانی برای این کودکان بهتر است؟"، پاسخ من این است که من رویکرد خود را با هر کودک مراجعه‌کننده‌ای سازگار می‌کنم. از بعضی جهات، این کار بسیار دشوارتر از آن است که به شیوه‌ای یکسان با همه کودکان کار شود یا فرض شود که کودکان پاسخ‌های خاصی می‌دهند یا نمی‌دهند.

## وجه مشترک درمان‌های بیانگرانه و شناختی - رفتاری

### درمان‌های بیانگرانه

فرض زیربنایی درمان‌های کلامی اغلب بدین صورت مطرح می‌شود که "حرف زدن با دیگران موجب می‌شود احساس بهتری داشته باشید." من همیشه این گفته را جسورانه می‌دانم چرا که حرف زدن درباره مشکلات گاهی می‌تواند موجب مراجعان احساس بدتری پیدا کنند و بیشتر آشفتگی، بیقرار و اساساً، مضطرب شوند. صحبت کردن به‌علاوه می‌تواند باعث شود یک مشکل، واقعی‌تر، گزیرناپذیرتر و جدی‌تر از قبل جلوه کند، دقیقاً به این دلیل که به گفتار تبدیل و به دیگران منتقل می‌شود. علاوه بر این، مسائل بین‌فرهنگی مشکل‌سازی درباره "حرف زدن" وجود دارد؛ از همه مهم‌تر این که افرادی که دارای فرهنگ خاصی هستند، ممکن است به‌محض آشکار کردن یک دغدغه پنهان (مخصوصاً درباره اعضای خانواده) بیشتر احساس ناراحتی کنند؛ امکان دارد بعد از طرح موضوع از عنوان کردن آن احساس خیانت کنند یا ناگزیر شوند در خصوص نحوه درک واکنش‌های شنونده به آنچه گفته شده است حرف بزنند. در بین مسائل و دغدغه‌های عمومی، گاهی اشخاص با هر پیش‌زمینه فرهنگی، بعد از آشکار کردن رازها یا بحث درباره نگرانی‌ها و دغدغه‌های خصوصی، امکان دارد احساس فقدان و

کنترل کنند؛ ممکن است احساس کنند فریب خورده‌اند، بیش از حد در معرض خطر قرار گرفته‌اند یا احساس تنفر یا ترس کنند، گویی کنترل چیزی و صفاپذیر را از دست داده‌اند. هم‌چنین، امکان دارد به محض این‌که دیگران از افکار خصوصی آن‌ها آگاه شوند، احساس فقدان کلی یا اندوه کنند.

البته، صحبت کردن می‌تواند تا حد زیادی مایه آسایش خاطر نیز بشود، خصوصاً اگر مراجعان معتقد باشند چنانچه چیزی بگویند و دریابند که همواره پای فاش کردن رازهایشان ایستاده‌اند، دنیای پیرامون‌شان از هم فرو می‌ریزد. برخی کودکان با حرف زدن احساس توانمندی کرده و به تدریج، شروع به تنظیم تن و شدت صدایشان می‌کنند و به نظر می‌رسد از طریق حرف زدن، احساس آزادی می‌کنند. گاهی ممکن است تن صدای خود را بالا ببرند و هیجان بیشتری را با آن درآمیزند.

ارتباط کلامی اساساً عبارت است از بیرونی ساختن یک مشکل به وسیله کلمات. توانایی استفاده از ارتباط کلامی بر مبنای سن زمانی، تکامل مغز، توانایی‌های زبانی و ترغیب به سخن گفتن یا "نگه داشتن زبان" پیش‌بینی می‌شود. تفاوت‌های فرهنگی در فرزندپروری امکان دارد به استفاده کودکان از سبک ارتباطی اولیه کمک کند، یعنی والدین یا فرزندان خویش را تشویق می‌کنند که درباره مسائل شخصی خود حرف بزنند یا آن‌ها را از این کار باز می‌دارند. خلق و خو و خصوصیات شخصیتی کودکان نیز در تعیین سبک‌های ارتباطی اولیه نقش دارند. من اخیراً با کودکی کار می‌کردم که تشویق (تقریباً مجبور) شده بود که هم در خانه و هم در مدرسه بیشتر صحبت کند، اما با وجود این، در برابر این شیوه اولیه ارتباط مقاومت می‌کرد و در عوض، تصمیم گرفته بود از ارتباط بیانگرانه و غیرکلامی استفاده کند. این مسئله امکان دارد بسته به سن، اعتماد به نفس و تجارب بعدی تغییر کند.

ارتباط بیانگرانه بسیار وسیع‌تر از زبان است، چون نخستین شیوه ارتباط نوزاد با جهان است. نوزادان و کودکان تازه‌راه‌افتاده خیلی زودتر از آن‌که زبان باز کنند، شروع به برقراری ارتباط می‌کنند. زبان اشاره، کافی و ارزشمند است. زبان کلامی یکی از اشکال بسیار پیچیده‌تر ارتباط می‌باشد، چرا که فرض بر این است که گوینده و شنونده معانی یکسانی را به واژگان نسبت می‌دهند و نیز، شنونده همه اختلافات ظریف متناقض یا تأکیدات عنوان‌شده توسط ارتباط غیرکلامی، تن، شدت صدا و استفاده فردی و خاص از زبان را درک می‌کند.

من به عنوان یک درمانگر کودک و خانواده خیلی زود متوجه شدم که اگر می‌خواهم با کودکان کار کنم، باید منابع ارتباطی و شیوه‌های برقراری ارتباط خود را توسعه دهم. درمان‌های بیانگرانه، بیرونی‌سازی وسیع یا محدود، ساده یا پیچیده، آگاهانه یا ناآگاهانه و پردازش‌شده یا پردازش‌نشده را ممکن می‌سازند و به ما امکان می‌دهند به آنچه که در هر ساعت از هر روز در ذهن یک کودک اتفاق می‌افتد، نگاهی گذرا داشته باشیم.

هنگام کار با کودکان بهتر است از استعاره‌ها یا نمادهایی استفاده کنیم که آن‌ها خود شکل می‌دهند، بی‌آنکه سعی داشته باشیم بلافاصله تعبیری واقعی‌تر از آن‌ها ارائه دهیم. مثلاً من از یک پسر بچه ۸ ساله خواستم که "تصویری از خودش بکشد". او یک درخت، یک تخته‌سنگ بزرگ و یک سنجاب که پشت آن تخته‌سنگ بود کشید (او دم سنجاب را از یک طرف تخته‌سنگ بیرون گذاشت و سپس

عنوان کرد که "سنجاب پشت تخته سنگ است". بعد از این طراحی، روش های بسیار زیادی بود که می شد از آنها برای بررسی وضعیت این کودک استفاده کرد. توجه کنید چگونه سؤالات یا جملات زیر می توانند پاسخ های مختلفی از این کودک بیرون بکشند:

"چرا سنجاب پشت تخته سنگ مخفی شده؟" (نیاز به پاسخ است.)  
 "این سنجاب باید خیلی ترسیده باشه." (نشانگر هیجانی است که امکان دارد کودک، آمادگی تأیید آن را نداشته باشد.)  
 "اوه، با تصویری که طراحی کردی می تونم ببینم از این که اینجا هستی واقعاً احساس ناراحتی می کنی و خجالت می کشی." (این جمله به کودک می گوید که چه احساسی دارد، که ممکن است باعث شود او دلیلی برای مخالفت، دفاع یا احساس خطر و ناراحتی داشته باشد.)

به دست دادن همه این تعابیر که هدایت کننده سؤالات و جملات فوق هستند، کاری قابل قبول و منطقی است و برخی درمانگران بالینی به راحتی چنین کاری را انجام می دهند. با این وجود، وقتی این تعابیر مختلف مستقیماً با کودک در میان گذاشته می شوند، کم کم از استعاره ای که کودک شکل داده بود فاصله می گیرند و ناگهان او را مجبور به بررسی پاسخ های درمانگر بالینی می کنند. گذشته از این، امکان دارد تعبیرات باعث شوند کودکان با پس بکشند. در مثال فوق، احتمالاً تخته سنگ نقش یک مانع را داشته است، چیزی که این کودک احتمالاً در این لحظه نیز به آن احتیاج داشت. اظهار نظر مستقیم ممکن است موجب شود کودک احساس کند نیاز دارد حتی خیلی بیشتر از خود مراقبت کند. دقت کنید چگونه جملات یا سؤالات زیر ممکن است پاسخی متفاوت را بیرون بکشند (اگر خود را جای آن پسر بچه ۸ ساله ای که این طراحی را کشید بگذارید، نتیجه می دهد):

"سنجاب از این که پشت اون تخته سنگه چه احساسی داره؟"  
 "نظر سنجاب درباره این که درختی در آن حوالی قرار داره چیه؟"  
 "سنجاب در اوقات فراغت خود چی کار می کنه؟"  
 "چه مدت اون تخته سنگ جلوی این سنجاب بوده؟"  
 "وقتی سنجاب از پشت اون تخته سنگ نگاه می کنه، چه چیزی می بینه؟"

توجه کنید، این سؤالات بیانگر "علت" نیستند بلکه برای ابراز علاقه به استعاره ای که کودک شکل داده بود مطرح شده اند. اگرچه ممکن است تفسیر این طراحی مورد حدس و گمان واقع شود، اما بسط و توسعه این استعاره به منظور شناخت بیشتر کودک می تواند مفیدتر باشد. بدترین مورد سناریو می تواند از دست دادن این کودک باشد، چون یک درمانگر بالینی احساس می کرد باید بی هیچ توجهی به معنای استعاره کودک نسبت به او فوراً عمل کند یا به فعالیت خود ادامه دهد.

هنگام کار با کودکان، ارزش درمان‌های بیانگرانه (خصوصاً بازی درمانی<sup>۱</sup>، هنردرمانی<sup>۲</sup> و شن‌درمانی<sup>۳</sup>) را نمی‌توان بیش از حد مورد تأکید قرار داد. با وجود این‌که بیشتر متخصصینی که با کودکان کار می‌کنند، تعدادی اسباب‌بازی و ابزار هنری در اتاق خود دارند، اما همه افراد حرفه‌ای به‌منظور نهایت بهره‌گیری از درمان‌های بیانگرانه آموزش‌های خاص را ندیده‌اند. منابع موجود در این حوزه طی سال‌های اخیر پدید آمده است (فصل ۴) و در سرتاسر کتاب به‌طور کامل‌تر شرح داده شده‌اند. با این حال، به بیان ساده‌تر، درمان‌های بیانگرانه فرصت‌هایی را به وجود می‌آورند که به‌طور چشمگیری، دیدگاه‌های درمانی را بسط و توسعه می‌دهند، خصوصاً در کار با کودکانی که مورد سوءاستفاده و بی‌توجهی قرار گرفته‌اند. حرف آخر، این است که کودکان می‌توانند از طریق درمان‌های بیانگرانه (نمادها، بازی و نمایش، تصاویر هنری، داستان‌گویی، حرکات موزون و موسیقی) به اشکال جایگزینی برای به تصویر کشیدن و سامان بخشیدن دنیای درونی خود دست یابند. در بازی درمانی (اسباب‌بازی یا مینیاتور)، کودکان می‌توانند با اشیاء یا نمادها احساس نزدیکی کنند، افکار و احساسات خود را بر روی این اشیاء یا نمادها به تصویر بکشند و سپس، به‌نحوی امن و حفاظت‌شده و با در نظر گرفتن مکانسیم‌ها و سرعت عملکرد، مسائل سخت، دردناک یا تضادبرانگیز را مورد پردازش (بررسی) قرار دهند. گاهی پردازش در سطح داده‌های ناخودآگاه و با استفاده از نمادها یا استعاره‌ها صورت می‌گیرد؛ گاهی نیز پردازش، شناختی و منطقی است.

### درمان شناختی - رفتاری (CBT)

از اوایل دهه ۹۰ تاکنون، شیوه درمانی شناختی - رفتاری، مخصوصاً در مورد کودکانی که مورد آزار جنسی واقع شده‌اند، به‌خوبی مورد مطالعه قرار گرفته است و مطالعات موجود عمیقاً حاکی از آن است که این رویکرد برای کودکانی که به‌قدر کافی بزرگ هستند و از توانایی‌های کلامی کافی جهت استفاده از آن برخوردارند، کارآمد و بارز است (فصل ۵). رویکرد درمان شناختی - رفتاری به بررسی مشکلات رفتاری احتمالی می‌پردازد که می‌توانند در نتیجه تأثیرات منفی خطاهای شناختی بر عواطف و احساسات به وجود آیند، یعنی مسائلی که هم اختلالات رفتاری را دربرمی‌گیرند و هم اختلالات عاطفی را. به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری موجب آرامش و راهنمایی کودکانی می‌شود که مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند و احتمال دارد متأثر از تجاربی شوند که بر توانایی‌های آنان جهت درک درست موقعیت، غلبه بر هیجانات‌شان یا دستیابی به پاسخ‌های صحیح رفتاری تأثیر می‌گذارند. هر دو رویکرد بیانگرانه و درمان شناختی - رفتاری می‌تواند مفید باشد، هم برای کودکان مورد آزار و هم برای درمانگران بالینی که باید تصمیم بگیرند کدام یک از این دو رویکرد (یا چه ترکیبی از آن دو) را برای کار با کودکان به‌طور موردی و با توجه به نیازهای فردی آن‌ها مورد استفاده قرار دهند.

1- Play Therapy  
2- Art Therapy  
3- Sand therapy

در نهایت، این مطلب را بازگو می‌کنم که تدوین یک برنامه درمانی همیشه چالشی بی‌نظیر است و بسته به خصوصیات منحصر به فرد کودک، خلق و خو، علایق، استعدادها، جنسیت، فرهنگ، سن و مرحله تکامل او متغیر خواهد بود. تعیین چگونگی استفاده از رویکردهای مختلف، "هنر" درمان است. هر کودک یک "بوم" جدید ارائه می‌دهد و هم‌چنان که ارتباط درمانی برقرار می‌شود و تفاهم عمیق‌تر می‌شود، محتوا و فرآیند درمان شکل می‌گیرد.

## دیگر مسائل دخیل در درمان

### تمرکز بر بهبودپذیری<sup>۱</sup>

همان‌طور که قبلاً دربارهٔ تشخیص بهتر برای کودکان دارای خصوصیات شخصیتی مثبت اشاره‌هایی داشتیم و همان‌گونه که دیگر منابع داخلی حکایت می‌کنند، من همواره تحت‌تأثیر نقش بهبودپذیری (کلایمِس - دوگن و کندزیورا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰) و انگیزه‌دهنده‌های ذاتی انسان (مانند غریزه بقا) بوده‌ام که می‌تواند از کودکان در برابر تأثیرات دیگر عوامل تنش‌زای قدرتمند محافظت کند. افراد آسیب‌دیده به طور اجتناب‌ناپذیری ناگزیر به تن دادن به عوامل تنش‌زای زندگی‌شان نیستند؛ آن‌ها می‌توانند با برخورداری از درجات مختلف حمایت‌های درمانی (بسته به شرایط و نیازهایشان) این عوامل تنش‌زا را مدیریت، تحمل و بر آن‌ها غلبه کنند. با وجود این، برنامه‌های سفت و سخت درمانی یا گرایش‌های بالینی می‌توانند کودکان مراجعه‌کننده را محدود کنند یا آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهند. بنابراین، معقول‌ترین رویکرد بالینی، رویکردی است که شامل یک ارزیابی ساخت‌مند، هدف‌مند و جامع باشد (این موضوع در فصل ۲ مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت).

### نقش نورویبولوژی (عصب زیست‌شناسی)

یافته‌های اخیر همواره بر نیاز به شناخت نورویبولوژی در تلاش جهت بررسی میزان تأثیر عوامل تنش‌زای شدید و یا مزمن بر کودکان تأکید دارند. خصوصاً، فشار عصبی اولیه به شکل بدرفتاری‌های دوره کودکی "باعث بروز رویدادهای نورویبولوژیکی می‌شود که می‌توانند موجب تغییرات طولانی‌مدت در تکامل مغز شوند" (تایچر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). داده‌های بیشتر و بیشتری نشان می‌دهند که بی‌شک سوءرفتار در دوران کودکی می‌تواند تأثیرات منفی پایداری بر تکامل و عملکرد مغز کودک داشته باشد (تایچر، ۲۰۰۲). به گفتهٔ استاین<sup>۴</sup> و کندال (۲۰۰۴)، "تجارب کودکی از طریق فرآیندی تحت عنوان نمونه‌برداری ژن که بر نحوهٔ فعال شدن ژن‌ها اثر دارد، بر رشد مغز تأثیر می‌گذارند". تأثیرات خاص فشارهای عصبی مزمن بر مغز که تاکنون تشخیص داده شده‌اند، عبارتند از

1- Resiliency  
2- Klimes-Dougan & Kendziora  
3- Teicher  
4- Stien