

روان‌درمانی کوتاه‌مدت مشارکتی با کودکان

روان‌درمانی کوتاه‌مدت مشارکتی با کودکان

تألیف

متیو دی سلکمن

ترجمه

دکتر انوشه امین‌زاده



GUILFORD

(با مجوز رسمی ترجمه)



Copyright © 2010 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.



سرشناسه: سلکمن، متیو دی، ۱۹۵۷-م.
Selekman, Matthew D.
عنوان و نام پدیدآور: روان‌درمانی کوتاه‌مدت مشارکتی با کودکان/
تألیف متیو دی. سلکمن؛ ترجمه انوشه امین‌زاده.
مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۲.
مشخصات ظاهری: ۲۸۸ ص. وزیری.
شابک: ۳-۳۳۹-۲۰۰-۶۰۰-۹۷۸-۶۰۰
یادداشت: عنوان اصلی: Collaborative brief therapy
with children, c2010.
موضوع: درمان متمرکز بر راه‌حل برای کودکان، روان‌درمانی
کوتاه‌مدت، روان‌درمانی خانواده
شناسه افزوده: امین‌زاده، انوشه، ۱۳۴۶-، مترجم
رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۲ اس ۵۵/۵۴۳ RJ
رده‌بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹۱۴۲
شماره کتابشناسی ملی: ۳۳۰۹۶۹۶

متیو دی. سلکمن
روان‌درمانی کوتاه‌مدت مشارکتی با کودکان

ترجمه: دکتر انوشه امین‌زاده
فروست: ۳۹۶
ناشر: کتاب ارجمند
صفحه‌آرایی: معصومه دلنواز
مدیر هنری: احسان ارجمند
ناظر چاپ: سعید خانکشلو
چاپ: سامان، صحافی: روشنگر
چاپ اول، بهمن ۱۳۹۳، ۱۱۰۰ نسخه
شابک: ۳-۳۳۹-۲۰۰-۶۰۰-۹۷۸-۶۰۰

این اثر، مشمول قانون حمایت 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.

www.arjmandpub.com

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۸۲۰۴۰
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶
شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳-۳۳۳۳۲۸۷۶
شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱-۳۲۲۲۷۷۶۴
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰
شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۵۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:
ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک
ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک
ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست

۹.....	درباره نویسنده.....
۱۱.....	مقدمه.....
۱۳.....	تشکر.....
۱۵.....	مقدمه مترجم.....
۱۷.....	۱- بسط احتمالات.....
۱۷.....	رویکرد درمانی کوتاهمدت مشارکتی مبتنی بر توانایی‌ها با کودکان.....
۱۷.....	مقدمه: افسانه‌هایی درباره کودکان و درمان آن‌ها.....
۲۳.....	کودکان برتر: چگونه پژوهش‌های انجام شده در زمینه تاب‌آوری می‌توانند سطح عملکرد بالینی ما را ارتقاء بخشند.....
۲۳.....	روان‌شناسی مثبت‌نگر: بررسی آن‌چه که برای افراد مناسب است و توانمند ساختن آنها برای تسری این موارد به زندگی خود.....
۲۷.....	استنتاج مدل درمانی ترکیبی مبتنی بر حل مسئله برای کودکان و نوجوانان: رویکرد روان‌درمانی مشارکتی کوتاهمدت مبتنی بر توانایی‌ها.....
۳۰.....	کاربرد رویکرد درمانی مشارکتی کوتاهمدت مبتنی بر توانایی‌ها با کودکان.....
۳۳.....	خاموشی فکر: آموزش به کودکان برای دستیابی به صلح درونی از طریق مراقبه به شیوه ذهن‌آگاهی و تمرین‌های مربوط به آن.....
۴۵.....	۲- جلسه ارزیابی مشارکتی مبتنی بر توانایی‌های خانواده.....
۵۵.....	فراخوان ارزیابی دقیق مراجعان از تغییرات خود- تولید شده پیش از درمان.....
۵۶.....	مروری بر جلسه ارزیابی خانواده.....
۵۷.....	التزام به دیدگاه بودا، با یک چرخش.....
۵۸.....	تعریف کردن و روشن کردن مسئله.....
۶۳.....	معنادار ساختن و بیرون کشیده داستان مراجع.....
۶۳.....	تعیین مشتری (مشتریان) واقعی برای تغییر.....
۷۳.....	همکاری در نگارش داستان جدیدی برای خانواده.....
۷۹.....	مشارکت در ساخت برنامه نظام‌مند تغییر.....
۸۹.....	بازنگری اصلاحی.....
۹۲.....	جلسه بازاندیشی بعد از ارزیابی.....
۹۵.....	۳- مصاحبه برای تغییر.....
۹۷.....	ترغیب کودک و خانواده به همکاری مشترک برای ایجاد واقعیت‌هایی در آینده.....

مصاحبه برای تغییر کردن ۹۸
نتیجه ۱۱۱

۴ - یافتن برازندگی..... ۱۱۳

راهنمای طراحی، انتخاب و اجرای تجربه درمانی..... ۱۱۳
مؤلفه‌های کلیدی برای حداکثر برازندگی در طراحی و انتخاب تجربه درمانی ۱۱۳
راهبردهای مولد ایده برای حل خلاقانه مشکل ۱۱۵
تکالیف درمانی مبتنی بر حل مسئله: استانداردهای قدیمی که مفید هستند ۱۲۸
تجربه‌های درمانی در روان شناسی مثبت‌نگر ۱۳۱
تکنوازی و بازی کردن مشتاقانه و معنادار..... ۱۳۱
نتیجه ۱۳۷

۵- ملاقات جورج کنجکاو با دکتر سوس ۱۳۹

راهبردهای هنر و بازی درمانی خانواده ۱۳۹
تجربه‌های درمانی مهم در هنر و بازی درمانی خانواده ۱۴۰
بازی حرکت ماریپیچ خانواده ۱۴۰
راهبردهای بازی و هنر درمانی برای بیرونی‌سازی ۱۵۸
تجسم خلاق ۱۶۵
ذهن به عنوان مهمان‌خانه: استفاده از مراقبه و دیگر تمرین‌های مربوط به ذهن‌آگاهی ۱۷۱
تفسیر: یک اخطار ۱۷۵
نتیجه ۱۷۶

۶ - بهترین را در کودکان به بار آورید..... ۱۷۷

یک رویکرد والدینی راه‌حل‌محور ۱۷۷
قوانین راهنما در والدگری راه‌حل‌محور ۱۷۸
کودک منعطف: صفات کلیدی که کودکان نیاز دارند تا برومند شوند ۱۸۱
تجربه‌ها و راهبردهای مهم درمانی ۱۹۱
مبتنی بر والدگری راه‌حل‌محور ۱۹۱
قوانین برای والدین بنیادگرا: تاکتیک‌های مقاومت منفعل و بدون خشونت گاندى ۱۹۹

۷- بهینه‌سازی همکاری درمانی در جلسه دوم و جلسات بعد..... ۲۰۱

گروه بهتر ۲۰۲
گروه با عقاید مختلط ۲۰۳
گروه بدون تغییر ۲۰۸
گروه بدتر ۲۱۰
پوشاندن در پشتی: راهبردهای ساختاری برای مدیریت لغزش‌ها و عقب‌گردهای خانواده ۲۱۷

نتیجه ۲۱۹

۸- از سیاه‌چاله‌های درمانی تا احتمالات ۲۲۱

نحوه برخورد با معماهای بفرنج و پیچیده در درمان کودک ۲۲۱

سیاه‌چاله‌های درمانی: راه‌های گیر افتادن ۲۲۲

گریز به سوی واقعیت‌های عملی ۲۲۸

مثال‌های موردی ۲۳۲

۹- رویکرد درمانی مشارکتی کوتاه‌مدت مبتنی بر توانایی‌ها و فراسوی آن ۲۵۵

موضوعات و دلالت‌های مهم برای آینده ۲۵۵

موضوعات مهم کتاب ۲۵۵

دلالت‌هایی برای آینده ۲۵۶

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۲۵۹

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۲۶۵

منابع ۲۷۱

درباره نویسنده

متیو دی. سلکمن، ام اس دبلویو، خانواده درمان گر، مشاور در زمینه درمان فردی اعتیاد و عضو هیأت مدیره یاوران در راه حل های مشارکتی (www.partners4change.net) - شرکتی بین المللی در زمینه مشاوره و آموزش خانواده درمانی در اوآنستون ایلینویز - است. وی مشاور مورد تأیید انجمن زوج و خانواده درمانی آمریکا نیز می باشد. آقای سلکمن جایزه واتر اس. روزنبری در سال های ۱۹۹۹، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۶ از بیمارستان کودکان در دنور کُلرادو را برای نقش مهمی که در حیطه روان درمانی و علوم رفتاری داشت، دریافت کرد. وی مقالات متعدد و ۵ کتاب تخصصی در زمینه خانواده درمانی منتشر کرده است: کتاب راهنما در درمان نوجوانان و جوانان خود- آسیب رسان: رویکرد درمانی کوتاه مدت مشارکتی مبتنی بر توانایی؛ کار با نوجوانان خود- آسیب رسان: رویکرد درمانی کوتاه مدت مشارکتی مبتنی بر توانایی؛ گذرگاه های تغییر: درمان کوتاه مدت با نوجوانان مشکل دار (چاپ دوم)؛ درمان کودکان با تمرکز بر راه حل: مهار توانایی های خانواده برای تغییر منظم؛ و رویکردهای خانواده درمانی با نوجوانان معتاد به مواد مخدر (ویرایش کتاب به همراهی توماس سی. تاد). آقای سلکمن کارگاه هایی در خارج از ایالات متحده در کانادا، مکزیک، آمریکای جنوبی، اروپا، سنگاپور، اندونزی، هنگ کنگ و استرالیا در زمینه رویکرد خود با عنوان درمان کوتاه مدت مشارکتی مبتنی بر توانایی با کودکان و نوجوانان چالش دار برگزار کرده است.

مقدمه

قبل از ۱۹۹۷ کتابی در زمینه روان‌درمانی کوتاه‌مدت با کودکان و خانواده‌های‌شان انتشار پیدا نکرده بود. با دیدن این شکاف در ادبیات و با حرکت کمپانی‌های بزرگ بیمه در جهت سلامت روانی مدیریت شده من خواستم نه تنها این شکاف را پر کنم بلکه کتابی تمرین‌محور در زمینه درمان کوتاه‌مدت هدف‌محور، برای درمان‌گرانی که با کودکان در بخش‌های مختلف کار می‌کنند فراهم کنم. در کتاب قبلیم با عنوان درمان کودکان با تمرکز بر راه‌حل: مهارت‌توانایی‌های خانواده برای تغییر منظم، بر اهمیت دیدن مشکلات کودکان به شیوه‌های بومی شده مبتنی بر توانایی تأکید کردم. آن کتاب بهترین مؤلفه‌های درمان سنتی کودک، رویکردهای سیستمی خانواده برای کودکان و تکنیک‌ها و راهبردهای گسترده‌ای از بازی و هنر درمانی خانواده را ترکیب کرد. هم‌چنین نشان داده شد که چه‌طور می‌توانیم به توانایی‌ها، منابع و تاب‌آوری‌های اعضای خانواده به منظور قدرت بخشیدن به آنها برای حل سریع مشکلات‌شان دست پیدا کنیم. اگرچه یافته‌های مهم پژوهشی در زمینه علم اعصاب بین فردی، پیامدهای روان‌درمانی و مطالعات روان‌شناسی مثبت‌نگر در این کتاب مطرح نشدند.

خوشبختانه ۱۳ سال بعد انتشارات گیلفورد این فرصت را برای من فراهم آورد تا در سطح وسیعی به بازبینی و توسعه کتاب قبلی پردازم. کتاب جدید شامل تازه‌ترین ایده‌های درمانی من برای کار با کودکان و خانواده‌های‌شان می‌باشد؛ آخرین یافته‌ها از علم اعصاب بین فردی، پیامدهای روان‌درمانی و یافته‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر که می‌توانند تمرین‌های بالینی ما را پربارتر کنند؛ و چهار بخش جدید در زمینه آموزش مهارت‌های والدینی، کار مشارکتی با اعضای مدرسه و متخصصین اطفال و پیشنهادات عملی برای رهایی از توقف در درمان و خلق احتمالات در رابطه با کودکانی که وضعیت پیچیده و چالش‌برانگیزی دارند، ارائه شده است. هم‌چنین سه ویژگی خاص کتاب جدید عبارتند از مثال‌های بالینی فرهنگی متعدد، شش مثال بالینی کامل و طرح اولیه برنامه نظام‌مند تغییر می‌باشند. هر یک از شش مثالی که به طور کامل ارائه شده‌اند به گونه‌ای نوشته شده‌اند که خوانندگان احساس می‌کنند که در اتاق درمان همراه من و مراجع نشسته‌اند و تمام فرآیند درمان را همان‌طور که هست تجربه می‌کنند.

با طراحی اولیه برنامه نظام‌مند تغییر از مراجعان جدید دعوت می‌شود که در اولین جلسه به طور کامل مسئولیت تصمیم‌گیری در مورد اهداف‌شان را به عهده بگیرند و این که تمایل دارند از کدام توانایی و منبع کلیدی‌شان در راه رسیدن به این اهداف استفاده کنند؛ از میان فهرست بخش‌ها و تجربه‌های درمانی مورد علاقه خود یکی را انتخاب کنند، مشخص کنند که تمایل دارند چه کسانی در جلسات درمانی

حضور داشته باشند و تعداد جلسات را تعیین کنند. از آنجایی که این یک طرح درمانی مراجع محور است، منعطف بوده و در طی زمان شکل می‌گیرد. برنامه نظام‌مند تغییر، موفقیت مراجع را در درمان به حداکثر می‌رساند و می‌تواند به میزان زیادی از احتمال انصراف زودهنگام مراجع بکاهد به خصوص با مراجعانی که گذشته طولانی از درمان را با خود دارند.

امید من این است که کتاب جدیدم برای دانشجویان فارغ‌التحصیل و هم‌چنین روان‌شناسان تازه‌کار و ورزیده، ابزارها و راهبردهای درمانی مفیدی فراهم کند؛ این ابزارها به گونه‌ای هستند که می‌توانند بلافاصله حتی در رابطه با کودکانی که شرایط بسیار چالش‌برانگیزی دارند، به کار گرفته شوند.

تشکر

می‌خواهم از چند نفر به خاطر نقش مهمی که در تحول حرفه‌ای من و بحث‌های مطرح شده در این کتاب داشته‌اند تشکر کنم. در ابتدا و قبل از همه می‌خواهم از مایکل وین - دیویس برای نشان دادن چندین راه میان‌بر به من برای قدرت دادن به مراجعان و هدایت سریع آنها به «سرزمین احتمالات» تشکر کنم. می‌خواهم از استیو دیشیزر و اینسو کیم‌برگ تشکر کنم چرا که برای من چندین تجربه آموزشی استثنایی در مرکز درمانی کوتاه‌مدت در میلواکی فراهم کردند. خاضعانه، قدردانی همیشگی خودم را به مایکل وایت برای معرفی شیوه درمانی خلاقانه بیرونی‌سازی مشکل ابراز می‌کنم. در نهایت، آخرین تشکر خود را به هری گولیشین و هارلن اندرسن تقدیم می‌کنم چرا که من را در معرض ایده‌های درمانی پسا‌مدرن به خصوص راه‌های مؤثر برای همکاری با خانواده‌هایی که از سربازان قدیمی درمان هستند قرار دادند و از همه متخصصانی که فعالانه با زندگی خانوادگی مراجعان درگیر می‌باشند نیز قدردانی می‌کنم. یک تشکر بزرگ از جیم نگوت ویراستارم در انتشارات گیلفورد دارم که از من خواست این کتاب را بنویسم.

و در آخر می‌خواهم از همسرم، آسا که همیشه محبوب و پشتیبانم بوده است و هم‌چنین هانا، فرشته کوچک و دیگر عشق من که مدام به یاد من می‌آورد که زمانی را روزانه به بازی و خنده اختصاص دهم، تشکر کنم.

مقدمه مترجم

در طول تحصیلات خود و نیز سالیانی که برای حل مشکلات کودکان و خانواده‌هایشان با آنها کار کرده‌ام کتاب‌های بسیار مفیدی را در این زمینه خوانده‌ام. اما به تدریج به این نتیجه رسیده‌ام که در کتاب‌های مختلف در زمینه حل مشکلات کودکان، مطالب در حال تکرار شدن هستند. در حالی که برای ارتقاء کیفیت کارم، به دنبال راه‌کارهای جدید بودم، گم‌شده خویشتن را در کتاب روان‌درمانی کوتاه‌مدت مشارکتی با کودکان یافتیم که حدوداً سه سال پیش، از نمایشگاه کتاب خریدم. پس از خواندن این کتاب متوجه متمایز بودن آن از سایر کتاب‌ها شدم، اما مجالی برای ترجمه آن نبود. تا این که چند ماه قبل به پیشنهاد جناب آقای دکتر ارجمند که همواره از توصیه‌های ارزشمند ایشان بهره‌مند شده‌ام به ترجمه این کتاب مشغول گشتم. زمانی که دوباره این کتاب را می‌خواندم، هر صفحه‌ای از کتاب را که ترجمه می‌کردم احساسم این بود که در جلسه مشاوره با کودکان و خانواده‌هایشان راهکارهای جدید و مؤثری در اختیار دارم که می‌تواند در من به عنوان درمان‌گر توانایی بیشتر و در مراجعان رضایت خاطر بیشتری ایجاد کند؛ بنابراین در این کار جدی‌تر شدم. امیدوارم همکاران محترم و روان‌شناسان پرتلاشی که با کودکان و خانواده‌هایشان سر و کار دارند هیجان و خوشحالی‌ای را که من در یک‌سال گذشته از طریق به‌کارگیری روش‌های پیشنهادی این کتاب تجربه کردم و هنوز هم ادامه دارد بتوانند شخصاً تجربه کنند. لازم است از خانم راحله محمدی به خاطر ویرایش بخش‌هایی از کتاب قدردانی کنم. از دوستانی نیز که مرا از پیشنهادات تکمیلی و یا کاستی‌هایی که در زمینه ترجمه وجود دارد مطلع سازند سپاسگزار خواهم بود.

در ترجمه کتاب، تا حدودی از قالب ترجمه آزاد پیروی نموده‌ام و به توضیح مفاهیم اصلی اهمیت بیشتری داده‌ام. بر همین منوال، ارائه فصل‌های ۸، ۹ و ۱۰ از اصل کتاب را که موضوع مجزایی را واکاوی می‌کنند، برای پرهیز از حجیم شدن جلد اول کنار گذاشتم.

انوشه امین‌زاده

دی ماه ۱۳۹۲

بسط احتمالات

رویکرد درمانی کوتاه‌مدت مشارکتی مبتنی بر توانایی‌ها با کودکان

آنچه موجب شکوفایی نبوغ انسان‌ها می‌شود و در کار به آنها الهام می‌بخشد، داشتن ایده‌ای جدید نیست، بلکه این باور است که آنچه قبلاً گفته شده کافی نبوده است.

-یوژین دلاکرویکس

مقدمه: افسانه‌هایی دربارهٔ کودکان و درمان آن‌ها

جان اف کندی بر این باور بود که: "بزرگترین دشمن حقیقت، دروغ (که عمدی، ساختگی و تقلبی است) نمی‌باشد، بلکه افسانه است که ماندگار، نافذ و غیرواقعی است" (در داوس، ۱۹۹۴، ص ۷). درمان‌گران باورهای تضعیف‌کنندهٔ ترسناکی دربارهٔ روش‌ها و رویکردهای درمانی مناسب برای کودکان دارند. درمان‌گران کودک معتقدند که رویکرد خانواده درمانی، توجه کافی به ملاحظات تحولی و مشکلات روانی مراجعان کودک ندارد. از سوی دیگر خانواده درمان‌گران بر این باورند که نشانه‌های مرضی کودکان بیانگر عدم عملکرد صحیح خانواده و ساختارهای آسیب دیده یا الگوهای تعاملی مشکل‌دار هستند. باور دیگری که بسیار مورد قبول درمان‌گران می‌باشد این است که درمان کودکان باید طولانی مدت باشد. در این فصل ابتدا بعضی از افسانه‌های موجود در مورد کودکان و درمان آنها را زیر سؤال خواهیم برد و نشان خواهیم داد که چرا درمان کوتاه‌مدت مشارکتی مبتنی بر توانایی‌ها می‌تواند مدل درمانی مؤثری برای کار بالینی با کودکان و خانواده‌هایشان باشد. در ادامه نیز یافته‌های مهم پژوهشی در مورد کودکان معطف و حوزهٔ در حال رشد روان‌شناسی مثبت‌نگر را ارائه خواهیم کرد که از ابزارها، راهبردها و مؤلفه‌های درمانی مهمی حمایت‌های عملی گسترده‌ای به عمل آورده‌اند و موجب ارتقاء این رویکرد درمانی نیز شده‌اند. در خاتمه مؤلفه‌های عمدهٔ رویکرد درمان کوتاه‌مدت مشارکتی برای کودکان را مرور خواهیم کرد.

"کودکان خردسال را باید از جلسات درمانی خارج کنیم"

تقاضای درمان‌گران از والدین مبنی بر این که کودکان خود را در طی جلسات درمانی در خانه به پرستار

بسپارند یا در اتاق انتظار در محل امنی برای بازی کردن بگذارند، کار چندان نامتعارفی نیست. گروهی از خانواده درمان‌گران معتقدند، جلسات خانواده درمانی برای کودکان از لحاظ روانی صدمه زنده است (و این موضوع از طرف بعضی والدین نیز حمایت می‌شود) چرا که آنها در این‌گونه جلسات به شدت آشفته می‌شوند. بسیاری نیز معتقدند که کودکان به علت محدودیت‌های تحولی نمی‌توانند در بحث‌های درمانی مشارکت داشته باشند یا بفهمند درباره چه چیزی صحبت می‌شود.

با تمام این اوصاف دلایل بسیار خوبی برای این که کودکان در جلسات خانواده درمانی شرکت کنند وجود دارد. از طریق بازی و کارهای هنری کودکان، ما می‌توانیم از مشکلاتی در خانواده اطلاع پیدا کنیم که از طریق ارتباطات کلامی کمتر می‌توان به آنها رسید (بیلی، ۲۰۰۰؛ زیلباخ، برگل و گاس، ۱۹۷۲). اغلب، بازی و کارهای هنری کودکان نشان دهنده دیدگاه آنها درباره خود و روابط معنادار در میان افراد خانواده است. بازخوردی که والدین و خواهر و برادرهای بزرگ‌تر درباره بازی‌ها و کارهای هنری کودک می‌دهند، می‌تواند موجب آشکارشدن باورهای اشتباه خانواده در زمینه تعامل با یکدیگر و تعاملات غیرمفید کودک-والد شود. کیت و ویتاکر (۱۹۹۴) بر این باورند که بازی وسیله‌ای برای شرح واقعیت موجود در خانواده است. زیرا کودکان جریانی خودکار و بازیگونه را به جلسه درمانی تزریق می‌کنند و به عنوان یاور درمان‌گر به والدین آموزش می‌دهند که چگونه دوباره نقش خود را بازی کنند. بالاخره حضور کودکان در جلسه خانواده درمانی فرصتی برای درمان‌گر فراهم می‌کند تا مدل ارتباطی مثبت، غنی شده و بازیگونه‌ای برای والدین شکل گیرد.

"کودکانی که در فرایند رشد آسیب می‌بینند، در نهایت بزرگسالانی مشکل‌دار خواهند شد"

بدون شک برخی از کودکانی که به طرق مختلف از طریق والدین صدمه دیده‌اند یا فقدان‌های دردناک را تجربه کرده‌اند، زخم‌های احساسی برداشته‌اند که آنها را در باقی عمر به دفعات به یاد می‌آورند. ادبیات مربوط به آسیب‌دیدگی روانی پر از مثال‌هایی درباره اثرات زیانبار حادثه‌های آسیب‌زا بر کنش‌های فردی و بین فردی کودکان می‌باشد. در دهه‌های گذشته، موضوع تاب‌آوری کودکانی که حوادث آسیب‌زای متعددی را در زندگی تجربه کرده‌اند ولی توانسته‌اند بزرگسالانی با سلامت روانی باشند به میزان کمی توسط پژوهشگران مورد توجه قرار گرفته است. گارمزی (۱۹۹۱) افراد منعطف را با این ویژگی مشخص کرده است "حفظ عملکرد مناسب به رغم دخالت هیجان‌ات" و نیز در توضیح بعضی باورهای شایع در زمینه آسیب‌های ناشی از تجاوز جنسی، ترپر و بارت (۱۹۸۹) متذکر شده‌اند "این باور که تجاوز جنسی منجر به مشکلات احساسی جدی خواهد شد بنیان همه درمان‌ها شده است، به طوری که بیشتر درمان‌گران احتمالاً این موضوع را بدون هیچ شکمی باور دارند و مبنای روند درمانی خود قرار می‌دهند. پژوهش‌ها در زمینه اثرات بلندمدت تجاوز جنسی کودکان نتایج مختلفی را نشان داده‌اند" (ص. ۱۱). گارمزی (۱۹۹۳) معتقد است که پژوهش‌های طولی کافی در تأیید این موضوع که افراد

بزرگسال متجاوزگر، در کودکی مورد تجاوز قرار گرفته‌اند انجام نشده است. در اینجا به دو پژوهش مهم که موضوع آنها مربوط به بزرگسالانی با عملکرد سالم می‌باشد ولی قبلاً در گروه نجات‌یافتگان از آسیب‌دیدگی جسمی و روانی بوده‌اند، اشاره می‌کنم.

موسکوویتز (۱۹۸۳) مطالعه‌ای اکتشافی به منظور بررسی گروهی از نجات‌یافتگان هولوکاس انجام داد تا دریابد که چه‌طور با چنین تجربه جهنمی در اردوگاه‌های نازی در جنگ جهانی دوم کنار آمدند. هیچ یک از آزمودنی‌های وی از پا در نیامده و خودکشی نکرده بودند و حتی معتاد به الکل یا مواد مخدر و یا مبتلا به بیماری‌های روانی نشده بودند. او متذکر شد که "محکم بودن روح و بزرگی شأن آنها یکی از علل تحمل و پایداری آنها بوده است" (ص ۱۲۳). موسکوویتز بعدها افزود: "به رغم شدیدترین محرومیت‌ها در اوایل کودکی، این افراد نه تنها حریص نبودند بلکه حس طلبکارانه نسبت به دیگران نیز نداشتند. هیچ‌کدام این باور را نداشتند که جهان به خاطر همه رنج‌هایی که آنها کشیدند مدیون آنهاست و در مقابل، در تمام زندگی نسبت به دیگران احساس دلسوزی داشتند" (ص ۲۳۳).

فستینگر (۱۹۸۳) ۲۷۷ کودک در شهر نیویورک را که از اوایل کودکی تا جوانی در پرورشگاه نگهداری شده بودند، مورد بررسی قرار داد. بیشتر این کودکان زمانی که رها شده بودند از لحاظ جسمی و روحی صدمه دیده بودند، والدین معتاد یا از لحاظ روانی مریض داشتند یا یکی از والدینشان را از دست داده بودند. تقریباً ۶۹ درصد این نمونه، در دوره کودکی در سه یا چهار پرورشگاه نگهداری شده بودند. همه این ۲۷۷ جوان با آزمودنی‌های مربوط به یک تحقیق ملی که در مؤسسه پژوهش‌های اجتماعی در دانشگاه میشیگان انجام شده بود، مقایسه شدند و نتایج نشان داد: گرچه آزمودنی‌هایی که در پرورشگاه زندگی می‌کردند پیشرفت‌های علمی پایین‌تری داشتند اما در میزان استخدام، برخورداری از علائم سلامتی، ارزشیابی‌های شخصی از احساسات خود، امید به آینده و احساس شادی شبیه به گروه عادی بودند. فستینگر در گزارش خود مطرح کرد که آزمودنی‌های پرورشگاهی علاقه به مطالعه داشتند و حتی گاهی سخاوتمندانه داستان زندگی خود را برای کمک به دیگران بیان می‌کردند.

در این دو پژوهش مشخص نشد که افراد پرورشگاهی تحت چه سیستم حمایتی، چنین مقاومت بالایی را در برابر عوامل متعدد آسیب‌زای زندگی در دوران کودکی نشان دادند. احتمالاً بدون این سیستم‌های حمایتی همچون سیستم‌های حمایتی اجتماعی شایسته و رشددهنده (گارمزی، ۱۹۹۴)، زندگی آزمودنی‌ها در بزرگسالی می‌توانست شکل دیگری داشته باشد. من در ادامه این بخش در مورد مؤلفه‌های حمایتی مؤثر در فرایند سازگاری بحث خواهم کرد و به نتایج پژوهش‌های مربوط به تاب‌آوری که می‌توانند به عملکرد بالینی ما در ارتباط با مراجعان کمک کنند اشاره خواهم نمود.

زمانی که با کودکان آسیب‌دیده کار می‌کنیم در واقع می‌خواهیم به آنها یاد دهیم که چه‌طور کنترل زندگی خود را در دست بگیرند و این که برای رسیدن به چنین هدفی داشتن نگرشی خوش‌بینانه و تعمیم آن به حیطه‌هایی که در آن توانمند هستند، الزامی است. احترام به سیستم‌های دفاعی آنها و ایجاد فضایی برای بیان مشکلاتشان به شرط آن‌که آمادگی آن را داشته باشند نیز از سایر عوامل تسهیل‌کننده

می‌باشند. به عنوان یک درمان‌گر لازم است به این حقیقت حساس باشیم که نقشه‌ها و راه‌هایی که برای تعامل با مراجع انتخاب می‌کنیم مشخص می‌کند که ما چه می‌خواهیم ببینیم. اگر مدل ما بر اساس یافتن مشکلات موجود در عملکرد افراد شکل گرفته باشد ما به طور خودکار نقص‌ها را می‌بینیم و می‌توانیم به صورت تخصصی وارد حوزه رفع این نواقص و در نتیجه بازپروری فرد شویم. از سوی دیگر با تعمیم دادن توانمندی‌های مراجع و آنچه به خوبی در زندگی آنها در حال جریان است، می‌توانیم به این کودکان کمک کنیم تا پیشگویی‌های خود-کامبخش مثبتی را برای زندگی خود داشته باشند.

"کودکان در جریان طرح درمان و فرایند حل مسئله به جای این که دیده شوند باید شنیده شوند"

بیشتر اوقات صدای کودکان در جریان درمان و برنامه‌ریزی تحصیلی مدرسه شنیده نمی‌شود. معمولاً زمانی که یک خانواده برای درمان مراجعه می‌کند، خواسته‌های والدین مرکز توجه درمان قرار می‌گیرند، و در این بین خواسته‌ها و اهداف کودک از جمله تغییراتی که وی دوست دارد در رفتار والدین ایجاد شود از نظر دور می‌ماند. ما شاهد این معضل حتی در مواقعی که کودک‌آزاری صورت گرفته است، هستیم؛ بدین معنا که اغلب اهداف و طرح‌های درمانی برای کودک و خانواده وی توسط درمان‌گر، مددکار اجتماعی و دیگر افرادی که در سیستم بزرگ سلامت خدمات ارائه می‌کنند، طراحی می‌شود. معمولاً در گردهمایی مسئولین بخش‌های مختلف تربیتی مدرسه، کودکان به طور کامل از تصمیم‌گیری در مورد قرار گرفتن آنها در "طرح آموزش فردی" کنار گذاشته می‌شوند و اگر خیلی خوشبخت باشند صرفاً در پایان فرایند، برای شنیدن این که سال تحصیلی آنها با توجه به خدمات خاصی که دریافت خواهند کرد، چه سمت و سویی خواهد داشت، دعوت می‌شوند. در چنین شرایطی نه تنها کودکان هیچ نقشی در طرح آموزش فردی ندارند، بلکه هیچ فرصتی برای اظهار نظر کردن درباره نتایج ارزیابی روان‌شناس مدرسه که معمولاً در جلسه مسئولین مدرسه مورد بحث و استناد قرار می‌گیرد را نخواهند داشت.

زمانی که با کودکان و والدینشان کار می‌کنم از کودکان می‌خواهم اهداف و انتظاراتشان را از درمان مطرح کنند و اغلب مشاهده می‌کنم بعضی از آنها اهداف خاصی را در ذهن خود برای والدینشان دارند (برای مثال کم‌تر داد بزنند). به عقیده من، هم به اهداف کودکان و هم به اهداف والدین باید توجه کرد. برای کمک به کودکی که توسط والدین یا دیگران برچسب "بچه بد" را خورده است، بر اساس تجربه به والدین پیشنهاد می‌کنم به مدت یک هفته وقتی اطراف کودک هستند رفتارهای فرشته‌گونه‌ی "کودک خوب" را نگاه کنند. پس از آن اغلب والدین متوجه می‌شوند که این فرشته کوچولو، در وادار کردن آنها به دیدن رفتارهای یک کودک مشکل‌ساز خبره شده است. این تجربه درمانی به والدین کمک می‌کند تا دریابند که مشکلات اساساً نسبی هستند و در نتیجه، این باور که تنها راه دیدن کودک، توجه به مشکلات وی است نیز زیر سؤال می‌رود. در نهایت هر زمان که مقدور باشد سعی می‌کنم کودک را در جلسات مشارکتی با مسئولین مدرسه و افرادی که برای کمک کردن به وی نقش دارند، شرکت دهم. با شنیدن صدای مستقیم کودکان در این جلسات مشارکتی، اعضای مدرسه و دیگر متخصصین درگیر در مسئله

متوجه نیازها، نگرش‌ها و امیدهای خاص آنها می‌شوند و متعاقب آن در هر آنچه که در تعامل با وی کمک کننده هستند یا نیستند نیز تجدید نظر می‌کنند.

پژوهشگران در مطالعه‌ای اکتشافی در مورد کودکانی که از طریق خانواده درمانی به مشکلاتشان رسیدگی می‌شد، دریافتند که آنها می‌خواهند کاملاً در جلسات خانواده درمانی شرکت داشته باشند، حرف‌هایشان در بحث‌ها شنیده شود و به طور معناداری در جریان حل مشکل قرار گیرند. همچنین این کودکان از درمان‌گرانی که با آنها برخوردی گرم و صمیمی داشتند و به آنها توجه کردند، بسیار سپاسگزار بودند (استیس، روزن، مک‌کالم، کلمن و هرمان، ۱۹۹۶). پژوهش‌هایی نیز از اهمیت حرف‌های معنادار کودکان در فرایند درمان حمایت کرده‌اند.

"مشکلات مزمن و حاد کودک نیاز به راه‌حل‌های بزرگ و پیچیده دارند"

در پژوهش قبلی خود (سلکمن، ۲۰۰۵) فرایند تکاملی که در طی آن مراجعی "سخت" می‌شود را بیان کردم. نوعاً مواردی که سخت خوانده می‌شوند درمان مشابهی دریافت می‌کنند (واتزالویک، ویکلند و فیچ، ۱۹۷۴) و در جریان این درمان، مشکل خانواده و کودک پیچیده و تشدید می‌شود به طوری که مراجع مجموعه‌ای از برچسب‌ها و یا علائم موجود در چهارمین مجموعه تجدید نظر شده تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) را بدون ارتباط با مشکل اصلی دریافت می‌کند. در زمینه فرایند برچسب‌گذاری، ویتگنشتین (۱۹۶۳) به ما در مورد عمل نسنجیده و ناپخته‌ای که موجب می‌شود فعالیت‌های انسانی که اساساً ناقص می‌باشند، پدیده‌ای کامل در نظر گرفته شوند، هشدار می‌دهد. اگر به عنوان درمان‌گر مرتکب چنین عملی شدید، شما بیماری مراجع را تحریف کرده‌اید. به عبارت دیگر زمانی که کودک برچسبی خورد که مشکل یا اختلال خاصی دارد ناگهان جریان کار به این صورت می‌شود که راه دیگری برای فکر کردن درباره او وجود ندارد- در گذشته، حال و آینده.

وقتی با کودکان و خانواده‌هایی که شکست در درمان را تجربه کرده‌اند، کار می‌کنید بسیار مهم است که بدانید آنها چه چیزی را در مورد درمان‌گران قبلی یا درمان‌هایشان دوست نداشته‌اند تا شما مرتکب همان اشتباهات نشوید. من با این خانواده‌ها مانند گروهی از متخصصین برخورد می‌کنم و از آنها سؤال‌های زیر را می‌پرسم:

- "شما قبل از من با تعداد زیادی از متخصصین آشنا شده‌اید، آنها به چه مواردی در ارتباط با وضعیت شما توجه نکردند؟"
- "آیا در مورد درمان‌گران قبلی چیزی وجود داشت که آن را دوست نداشتید؟ مایلم دوباره همان اشتباهات را مرتکب نشوم."
- "اگر من بخواهم با خانواده دیگری مانند شما کار کنم پیشنهاد شما برای این که بتوانم به آنها کمک کنم چیست؟"
- "اگر قبلاً با یک درمان‌گر عالی کار کردید این فرد چه کاری کرد که شما آن را بسیار مفید یافتید؟"

● (این جمله را با مراجعانی که برچسب "به درمان جواب نمی‌دهد" خورده‌اند، مطرح می‌کنیم) "در مسیری که به دفتر من می‌آمدید آیا به راه‌هایی که ممکن است موجب انحراف من از مسیر اصلی مشکل شما شوند، فکر کردید؟ بعضی از این راه‌ها را می‌توانید برایم بگویید؟"

تعیین اهداف کوچک اما دست‌یافتنی، در خانواده‌هایی که درمان در موردشان سخت جواب می‌دهد بسیار مفید خواهد بود. با اعضای خانواده در مورد اولین چیزی که می‌خواهند تغییر کند، گفتگو کنید، بعضی از این خانواده‌ها با درمان‌گران قبلی اهدافی را تعیین و درمان خاصی را دنبال کرده‌اند که موفقیت‌آمیز نبوده است. در این شرایط ممکن است، یا درمان‌گر به درستی اهداف خانواده را متوجه نشده یا اهداف مراجعان خیلی جاه‌طلبانه بوده است مانند درخواست درمان همه مشکلات به طور همزمان. هنگامی که مشکل، توقعات جاه‌طلبانه مراجعین باشد خوب است که هدف کلی را به هدف‌های کوچک‌تر تقسیم کنیم و با گروه‌های کوچک‌تر در خانواده یا با تک‌تک افراد به طور جداگانه کار کنیم (سلکمن، ۲۰۰۵).

"درمان‌گر بیش از والدین کودک در والدگری تخصص دارد"

تصور اغلب درمان‌گران در برخورد با والدین و کودکان این است که از تخصص بیشتری برخوردار هستند. نیافتادن در این‌گونه تله‌ها، کار دشواری است. یک درمان‌گر هرچه بیشتر از دانش و درمان‌های خاص یک رویکرد درمانی که به وی اطمینان خاطر و آرامش می‌دهند، استفاده کند اعتماد به نفس بیشتری پیدا می‌کند (نزدیک به اعتماد به نفس بیش از حد) و در نتیجه به شیوه‌ها و مدل‌های درمانی خود بیشتر وابسته می‌شود. پالمارینی (۱۹۹۴) هشدار می‌دهد "ما باید نسبت به اعتماد به نفس بیش از حدمان محتاط باشیم چرا که باعث می‌شود احساس کنیم در حیطه تخصصی خود بهترین هستیم و این حالت می‌تواند اثرات تخریبی زیادی داشته باشد." (ص. ۱۱۹). تعداد زیادی از مدل‌های والدگری معروف وجود دارد که درمان‌گرها آنها را نقشه کار خود برای آموزش والدین قرار داده‌اند مانند آموزش اثربخش والدین (پت؛ گردون، ۱۹۷۰)، آموزش نظام‌مند برای والدگری مؤثر (استپ؛ دینک‌میر و مک‌کی، ۱۹۸۹) و والدگری فعال (پاپ‌کین، ۲۰۰۷). گروهی از درمان‌گران بر این باورند که در مقایسه با والدین کودک اطلاعات بیشتری برای کمک به مراجع کوچک خود که رفتارهای صحیح را فراموش کرده است، دارند (کوت، ۱۹۷۱) یا می‌توانند به نحو بهتری به وی کمک کنند تا مشکلات درونی خود را حل کند. همین تفکر در درمان‌گران باعث می‌شود به ندرت والدین را در بازی یا فعالیت‌های کودک در شرایط بازی درمانی دخالت دهند.

بحث من این است که هدف ما به عنوان متخصص باید این باشد که توانمندی‌های والدین را بیرون بکشیم. هر نوع موفقیتی که قبلاً والدین در حل مشکلات رفتاری داشته‌اند باید به عنوان مدلی برای موفقیت‌های فعلی و آینده مورد بهره‌برداری قرار گیرد. در تمام شرایط سختی که والدین با آنها مواجه بوده‌اند زمان‌هایی وجود داشته است که توانسته‌اند به خوبی رفتارهای فرزندانشان را مدیریت کنند و از این کار بسیار لذت برده‌اند. لازم است مانند کارآگاه کلمبو و خانم مارپل درباره آن‌چه والدین چه در

زمان بروز مشکل و حل و فصل آن و چه زمان‌های بدون مشکل انجام داده‌اند، تحقیق کنیم. راه‌حل‌های والدین و راه‌های مقابله‌ای آنها با مشکلات می‌توانند مانند بلوک‌های ساختمانی در ساختار فرایند حل مسئله مورد استفاده قرار گیرند. همچنین در جلسه اول، اختصاص زمان کافی به تشخیص توانمندی‌ها و استعدادهای والدین می‌تواند برای درمان‌گران اطلاعات مفیدی را فراهم کند و در شکل‌گیری راهبردهای بالقوه حل مسئله نیز مؤثر باشد. در نهایت چرا والدین در جلسات هنر درمانی و بازی درمانی شرکت داده نمی‌شوند در حالی که با شرکت والدین، استرس خانواده کاهش می‌یابد، ارتباطات بین اعضای خانواده بیشتر می‌شود و والدین و کودکان یاد می‌گیرند که چگونه با راه‌های جالب و سرگرم‌کننده مشکلات و دعوای بین خود را حل کنند.

کودکان برتر: چگونه پژوهش‌های انجام شده در زمینه تاب‌آوری می‌توانند سطح عملکرد بالینی ما را ارتقاء بخشند

از سال‌ها پیش موضوعی با عنوان "بیماری آمریکا" (پیل، ۱۹۸۵) مطرح شده که منجر به طرح مباحثی در حوزه مراقبت از سلامت روان شده است (موضوع فوق با عنوان "اختلال روز" همچنان در برنامه‌های تلویزیونی مطرح می‌باشد). در مقابله با این موضوع، ولین (ولین، اُهانلن و هافمن، ۱۹۹۵) عنوان کرد که "ما نیاز به فهرستی از کلمات برای بر شمردن توانمندی‌های انسان داریم تا از آنها در برابر کلماتی که برای نام‌گذاری اختلال‌ها در DSM-IV به کار برده شده‌اند، استفاده کنیم و بدین ترتیب از حساسیت ملی در زمینه اختلال‌های رایج در جامعه بکاهیم." ولین (ولین و ولین، ۱۹۹۳) و گروهی از روان‌شناسان و روان‌پزشکان شایستگی روانی - اجتماعی کودکان در معرض خطر بالا را در طی سه دهه گذشته بررسی کرده‌اند. این پژوهشگران دریافته‌اند بیشتر کودکان مورد مطالعه، در زمان رویارویی با سختی و حوادث استرس‌زا به سرعت از حادثه مزبور عقب می‌کشیدند و یا مخالفت خود را در برابر بی‌عدالتی ابراز می‌کردند (آنتونی و کهلر، ۱۹۸۷؛ هاگرتی، شرود، گارمزی و راتر، ۱۹۹۴؛ ولین و ولین، ۱۹۹۳).

در جدول ۱-۱ خلاصه‌ای از سه عامل حمایتی مطرح شده در مطالعه این پژوهشگران در مورد کودکان در معرض خطر بالا که در فقر و محیط‌های خانوادگی با عوامل استرس‌زای زیاد و با ویژگی‌های رایج مانند خشونت، والدین الکلی، اعتیاد به مواد مخدر، طلاق و بیماری روانی والدین زندگی می‌کردند، ارائه شده است. بعد از مرور این عوامل به بحث در مورد این که چگونه می‌توانیم این عوامل حمایتی را در کار درمانی با کودکان و خانواده‌هایشان استفاده کنیم، برمی‌گردیم.

افراد خلاق و مؤثر در حل مسائل

یکی از مهم‌ترین یافته‌ها در مطالعات مروری در مورد کودکان در معرض خطر بالا این است که آنها توانمندی بالایی در حل مسئله دارند. این کودکان به جای این که "واکنشی" و بدون فکر با مسائل و بحران‌ها مقابله کنند به طور "کارآمد"، "کاردان"، "خلاق" و "عملگرا" رفتار می‌کنند (آنتونی، ۱۹۸۷؛ گارمزی، ۱۹۸۱،

۱۹۹۴؛ مستن، بست و گارمزی، ۱۹۹۰؛ مستن و گارمزی، ۱۹۸۵؛ ورنر، ۱۹۸۷ الف، ۱۹۸۷ ب؛ ورنر و اسمیت، ۱۹۸۲، ۱۹۹۲؛ ولین و ولین، ۱۹۹۳). بیشتر این کودکان مقابله با مشکلات را مبارزه‌ای می‌دانند که بدون هیچ شکی در آن پیروز می‌شوند- یافته فوق اشاره به دید خوش‌بینانه در این کودکان دارد (داینر و دوک، ۱۹۷۸؛ دوک، ۱۹۷۵؛ سلیگمن، ریویچ، جیکوکس و گیلهام، ۱۹۹۵). از شیوه‌های حل بحران و مشکلات در این کودکان می‌توان به این موارد اشاره کرد: یافتن محیطی آرام مانند کلیسا، صرف وقت با دوستان نزدیک یا افرادی که برای آنها الهام‌بخش هستند، شرکت در فعالیت‌های ورزشی یا فعالیت‌های خلاق دیگر (آنتونی، ۱۹۸۴، ۱۹۸۷؛ مستن و دیگران، ۱۹۹۰؛ ولین و ولین، ۱۹۹۳).

آنتونی (۱۹۸۷) به دو نوع شایستگی شناختی در کودکان معطف اشاره می‌کند: شایستگی سازنده و شایستگی خلاق. شایستگی سازنده، به معنای توانایی اتخاذ رویکرد عینی و عملی در کارها و حل مسائل است. به عنوان مثال این کودکان در زمان انجام کارها استقلال و اعتماد به نفس دارند. شایستگی خلاق در کودکانی دیده می‌شود که توانایی گذر از راه‌های عملی و عینی و رسیدن به راه‌های جدید و انتزاعی برای حل مسائل دارند.

در جلسه اول ارزیابی خانواده، برای این که بتوانم از این عامل حمایتی در عملکرد بالینی بهره لازم را ببرم سعی می‌کنم بفهمم کودک و والدینش در برخورد با مشکلات در گذشته و برای مقابله با مشکلات فعلی چه کارهایی انجام داده‌اند. بعضی از کودکان تصاویر ذهنی از تجربه‌های موفق خود در حل مشکلات دارند و من از این تصویرهای ذهنی برای قدرتمند کردن آنها جهت حل مشکلات

جدول ۱-۱ عوامل حمایتی مهم در کودکان معطف

عوامل فردی	عوامل خانوادگی	عوامل بیرون از خانواده
سبک توصیفی خوش‌بینانه	والدین مراقب و حمایت کننده	سیستم‌های حمایتی (بستگان، دوستان، همسایگان و افراد مهم دیگر که در زندگی الهام‌بخش هستند)
شوخ طبیعی	روابط والد- فرزند قوی	فعالیت‌های مذهبی
خود-کارآمدی	منازعات خانوادگی اندک	تجارب مدرسه‌ای موفق
مهارت‌های اجتماعی قوی	سبک‌های تئبینی خوش‌بینانه والدینی	
توانمندی شناختی		
خلق و خوی سالم		
خود-کفایتی آشکار		
قوی هیکل		
حس یکپارچگی		
پشتکار		
انجام فعالیت‌های خلاقانه		
باهوش		
مهارت‌های حل مسئله قوی		
مدیریت خوب هیجان‌ات		
حس خود- آگاهی قوی		

فعلی استفاده می‌کنم. همچنین اطلاع از کارهایی که والدین در جهت کمک به فرزندانشان برای غلبه بر استرس‌های زندگی و حل موفقیت‌آمیز مشکلات گذشته انجام داده‌اند نیز بسیار مفید خواهد بود. راهبردهای موفقیت‌آمیز حل مسئله، می‌تواند در حل مشکلات فعلی نیز سودمند باشد. زمانی من با کودکی برخورد کردم که جعبه پیروزی را ابداع کرده بود. او روی برگه‌های کاغذ، مراحل رسیدن به موفقیت‌های شخصی، پیشرفت‌ها و تلاش‌های خود را جهت حل مسائل در مدرسه، خانه و نیز موفقیت در رویدادهای ورزشی یا انجام فعالیت‌های خلاقانه هنری خود را می‌نوشت و در جعبه موفقیت می‌انداخت. این جعبه به صورت کارنامه موفقیت و مهارت برای کودک و خانواده‌اش درآمده بود. اگر کودکی از طرف پدر، مادر یا شخص ارجاع دهنده با برچسب "دارای توانمندی‌های ضعیف در حل مسئله" ارجاع داده شود، من به همراه کودک و والدینش، علایق، استعدادها و مهارت‌های وی را که می‌تواند در ادامه کار مورد استفاده قرار گیرند، جستجو می‌کنم. برای مثال، اگر کودک استعداد خوبی در درس علوم دارد و از لحاظ تحصیلی نیز در این حیطه عملکرد مطلوبی داشته است، با او درباره علوم و کاشفان این علم صحبت می‌کنم و این که آنها چگونه مشکلاتشان را حل می‌کردند. سپس از کودک می‌خواهم برخی از این راهبردهای مفید و تأیید شده در حل مسائل را برای مقابله با مشکلاتی که با آنها مواجه است به کار گیرد. بازی نقش در شرایطی مانند وضعیت مشکل‌دار کودک، می‌تواند به عنوان تکنیک ایجاد مهارت، جهت آموزش به کودکان برای اتخاذ راهبردهای جدید حل مسئله به کار گرفته شود. چنانچه به کودک نقش شریک و دوستی را بدهیم که قادر است راهبردهای مؤثر حل مسئله را بیشتر از درمان‌گر ارائه کند بسیار مفید خواهد بود.

مهارت‌های اجتماعی قوی

عامل حمایتی دیگر در کودکان معطف مهارت‌های اجتماعی قوی است. بسیاری از پژوهشگرانی که کودکان در معرض خطر بالا را بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که این کودکان مهارت و زرنگی خاصی برای ایجاد و حفظ روابط با دوستان، همسایگان، روحانیون و دیگر بزرگسالان دارند. آنها نه تنها در ایجاد سیستم‌های حمایتی برای خودشان توانمند هستند بلکه، می‌توانند به راحتی در مواقع بحرانی به یک دوست، والد یا فرد بزرگسال دیگر دسترسی داشته باشند (آنتونی، ۱۹۸۴، ۱۹۸۷؛ گارمزی، ۱۹۹۴؛ مستن و همکاران، ۱۹۹۰؛ کافمن و گرونباوم، کهلر و گامر، ۱۹۷۹؛ ولین و ولین، ۱۹۹۳). از سوی دیگر مهارت این کودکان در جرأت‌ورزی، به لحاظ بالینی نقش مهمی در جلوگیری از بروز افسردگی در آنها دارد (گارمزی، ۱۹۸۱، ۱۹۹۴؛ هاسر، آلن و گلدن، ۲۰۰۶؛ مستن و همکاران، ۱۹۹۰؛ مستن و گارمزی، ۱۹۸۵؛ سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۵). آنتونی (۱۹۸۴، ۱۹۸۷) نتایج پروژۀ تحقیقاتی خطر سنت لوئیس در مورد کودکان آمریکایی - آفریقایی شهرنشین نشان داد که این کودکان معمولاً به دنبال ایجاد رابطه با فردی الهام‌بخش و دارای جذبه روحانی در جامعه خود می‌باشند تا به آنها نیرو ببخشند، از آنها حمایت کند و بتواند اثرات طولانی مدت مثبتی بر زندگی آنها داشته باشد.

اکثر پژوهشگران مشاهده کرده‌اند، که توانمندی‌های اجتماعی کودکان منعطف به آنها کمک می‌کند اعتماد به نفس خود را بالا ببرند و در فعالیت‌های مدرسه هم موفق باشند (گارمزی، ۱۹۹۴؛ مستن و همکاران، ۱۹۹۰؛ ورنر و اسمیت، ۱۹۸۲، ۱۹۹۲) و بیشتر نیازهای عاطفی این کودکان از طریق رابطه با همسایگان، معلمان، روحانیون، والدین و دوستان ارضا می‌شود.

از لحاظ بالینی می‌توانیم مهارت‌های اجتماعی کودک را با مشارکت دادن دوستان نزدیک، افراد الهام‌بخش و دیگر افراد مهم زندگی وی در جلسات درمانی به عنوان مشاور ارتقاء بخشیم. این مشاوران می‌توانند به درمان‌گر، کودک و والدین نظریات جالبی ارائه کنند تا بتوانند با شرایط استرس‌زا کنار آمده و مشکلات را حل کنند. برای کودکانی که مهارت‌های اجتماعی ضعیفی دارند می‌توان مهارت‌های جرأت‌ورزی را از طریق بازی نقش آموزش داد. دوستان کودک نیز می‌توانند در تمرین‌های بازی نقش شرکت داده شوند و برای جلوگیری از بازگشت به حالت اولیه در بین جلسات خانوادگی حضور یافته و نقش گروه حمایتی را ایفا نمایند (سلکمن، ۲۰۰۵، ۲۰۰۹).

مراقبان مسئول و حمایت‌کننده

نتایج بیشتر پژوهش‌ها در مورد کودکان در معرض خطر بالا، باور بسیاری از دانشمندان علوم اجتماعی و متخصصان سلامت روان مبنی بر عدم حضور بزرگسالانی حمایت‌کننده و مسئول در زندگی این کودکان را به چالش کشیده‌اند. در حقیقت کودکان منعطف مورد بررسی در بیشتر این مطالعات توجه قابل ملاحظه‌ای از طرف مراقبان مسئول در سال‌های اولیه رشد و دوران کودکی خود دریافت کرده بودند. حتی کودکانی که والدین مبتلا به بیماری روانی یا الکلی و معتاد داشتند زمان‌هایی را که والدین آنها بسیار با محبت و حمایت‌کننده و پاسخ‌گوی نیازهای آنها بودند را به یاد می‌آوردند (آنتونی، ۱۹۸۷؛ بلولر، ۱۹۷۸؛ هافمن و همکاران، ۱۹۷۹؛ ولین و ولین، ۱۹۹۳). در بعضی موارد یکی از افراد فامیل، دوست بزرگسال خانوادگی یا والد غیر بیمار نقش مراقب اصلی را برای این کودکان ایفا کرده بود. کافمن و همکاران (۱۹۷۹) بر این باور بودند که والد سالم نقش بسیار مهمی در کمک به کودکان در معرض خطر بالا در مقابله با استرس‌های زندگی دارد. بیشتر بزرگسالان مسئول و حمایت‌کننده در این مطالعات سبک خوش‌بینانه والدینی داشتند (سلیگمن و همکاران، ۱۹۹۵). این والدین توجه مثبت بی‌قید و شرطی نسبت به فرزندانشان نشان می‌دادند، منعطف بودند و به آنها یاد می‌دادند که چگونه یک اشتباه را کاملاً کنار گذاشته و از بقیه تجربه‌ها جدا کنند و با بدبینی مبارزه نمایند (موری و فورتین‌بری، ۲۰۰۶؛ آنتونی، ۱۹۸۷؛ بلولر، ۱۹۷۸؛ گارمزی، ۱۹۹۴؛ کافمن و همکاران، ۱۹۷۹؛ ولین و ولین، ۱۹۹۳).

یافته‌های پژوهشی فوق از لحاظ بالینی و به طور تجربی حمایت شده‌اند، بنابراین لازم است به والدین آموزش دهیم که تا چه اندازه داشتن یک سبک خوش‌بینانه والدینی اهمیت دارد و چه قدر این شیوه می‌تواند در شکل‌گیری دیدگاه و رفتار خوش‌بینانه کودکان در برخورد با وقایع استرس‌زای زندگی مؤثر باشد (موری و فورتین‌بری، ۲۰۰۶). در حقیقت، سلیگمن و همکاران (۱۹۹۵) در پروژه

تحقیقاتی تاب‌آوری پن نشان دادند که خوش‌بینی والدین و معلم‌ها عامل حمایتی مهمی در کاهش خطر افسردگی و اضطراب کودکان است. همچنین این پژوهشگران دریافتند آموزش مهارت‌های مباحثه - به معنای شیوه‌های خاص مبارزه با تفکرات خود- شکننده و افکار نامعقول که در زمان حوادث استرس‌زا و منفی به طور خودکار تولید می‌شوند- به کودکان کمک می‌کند تا افکار خوش‌بینانه داشته و مشکلات احساسی را تجربه نکنند و در مقایسه با گروه کنترل پیشرفت‌های درسی بهتری داشته باشند. والدین را موظف کنید که رفتارهای کودک را دنبال کنند و رفتارهای "صحیح" و مسئولانه وی را بیابند؛ سؤال‌هایی در مورد موفقیت‌های گذشته والدین در برخورد با فرزندشان داشته باشید و از والدین بخواهید برون دادهای درمانی مثبتی را تصور کنند که می‌توانند در ایجاد حال و هوای خوش‌بینانه درمانی برای کودک و خانواده مؤثر باشد. برای خانواده‌هایی که عادت دارند بیش از حد بر جنبه‌های منفی متمرکز شوند، بلافاصله توصیه می‌کنم که جعبه‌تجربین را درست کنند (سلکمن، ۲۰۰۶، ۲۰۰۹). روزانه همه اعضای خانواده موظف هستند در مورد دیگر اعضای خانواده جنبه‌های مثبت و تعریف‌کردنی را روی کاغذی بنویسند و از شکاف ایجاد شده بالای یک جعبه‌کفش به درون آن بیاندازند. موقع شام، افراد خانواده با چشم بسته کاغذی را که بر روی آن تعریف و تمجید از دیگری نوشته شده است، بیرون می‌آورند و آن را بلند می‌خوانند. جعبه‌تجربین به کاهش سرزنش کردن و دید منفی در خانواده کمک می‌کند و حال و هوای مثبتی در خانواده ایجاد می‌کند. پدربزرگ‌ها و مادربزرگ‌ها و افراد مهم دیگر خانواده و دوستان نزدیک در شبکه‌دوستان کودک نیز می‌توانند به عنوان مشاوران متخصص در جلسات شرکت کنند و در بین جلسات حمایت‌های مضاعفی داشته باشند.

خبر خوب این است که کودکان- حتی اگر در محیط‌های اجتماعی و خانوادگی با احتمال خطر بالا بزرگ شده باشند- می‌توانند بر خلاف تجربه‌های بد در زندگی به زندگی خود ادامه دهند. برخی از کودکان انعطاف‌پذیر به دنیا می‌آیند، در حالی که گروهی دیگر مهارت ایجاد یک سیستم حمایت‌کننده و نیروبخش برای خودشان خارج از چارچوب خانواده را کسب می‌کنند. پژوهش‌ها در زمینه کودکان منعطف راهکارهای بسیاری پیش روی درمان‌گران قرار داده‌اند تا بتوانند به استحکام روابط در خانواده و توانمند ساختن کودکان برای رسیدن به موفقیت فراتر از چارچوب خانواده کمک کنند.

روان‌شناسی مثبت‌نگر: بررسی آن‌چه که برای افراد مناسب است و توانمند ساختن آنها برای تسری این موارد به زندگی خود

همراه با درمان کوتاه‌مدت مبتنی بر حل مسئله، "روان‌شناسی مثبت‌نگر" عمدتاً بر آن‌چه که برای افراد مناسب است، تأکید دارد. مارتین سلیگمن، میهالی سیکسزنت‌میهایلی، کریستفر پیترسون و باریبارا فردریکسون از پیشگامان و پژوهشگران اولیه این حرکت انقلابی جدید بودند که بر مفهوم خوبی

در رشته روان‌شناسی تمرکز کردند (فردریکسون، ۲۰۰۶، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹؛ کاشدان، ۲۰۰۹؛ اسنایدر و لیز، ۲۰۰۷؛ پیترسون، ۲۰۰۶؛ پیترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴؛ کیز و هیدت، ۲۰۰۳؛ سلیگمن، ۲۰۰۲). این پژوهشگران از خود پرسیدند "چرا ما تا به حال افرادی را که در دنیا به پیشرفت‌هایی دست یافته‌اند را مطالعه نکرده‌ایم تا رمز و راز آنها را در دست‌یابی به زندگی پرمعنا، مولد و با رضایت خاطر بفهمیم". پیترسون و سلیگمن (۲۰۰۴) یک قدم جلوتر برداشتند و در پژوهش خود ۲۴ توانایی و ۶ خصلت عمده انسانی را مشخص کردند. این پژوهشگران برای تشخیص و تعریف این توانمندی‌ها و خصلت‌ها به دقت و به صورت متمرکز نوشته‌های فیلسوفان بزرگ، رهبران روحانی و افراد تاریخی را مرور کردند. پیترسون (۲۰۰۶) دو ابزار طراحی کرد که بر روی اینترنت قابل دستیابی است (www.viastrengths.org), این ابزارها علاوه بر مشخص کردن ۵ توانمندی اصلی، امکان شناسایی ۱۹ توانایی بالقوه را در هر فرد فراهم می‌کنند. نسخهٔ مربوط به بزرگسالان این پرسشنامه، ارزش‌ها در عمل: طبقه‌بندی توانایی‌ها نام دارد. نسخهٔ مربوط به کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان این پرسشنامه (که بسیار ساده‌تر است) با نام فهرست توانمندی‌ها برای جوانان انتشار یافته است. بر مبنای تجربهٔ بالینی، من بعد از ایجاد یک رابطهٔ صمیمانه با مراجع جدید، از والدین و کودکان (۱۰ سال به بالا) می‌خواهم که به این پرسشنامه‌ها در اینترنت پاسخ دهند و پنج توانایی بسیار مهم و عمده و ۱۹ توانایی دیگر خود را تعیین و در جلسه بعد بیاورند. فواید استفاده از این پرسشنامه سه چیز است:

۱. از توانمندی‌های مهم مراجع که در جلسهٔ اول به آنها اشاره‌ای نکرد یا قبل از درمان به آنها پی نبرده بود اطلاعاتی به دست می‌آوریم و آنها را برجسته و قدرتمند می‌سازیم.
۲. از توانمندی‌های نهفته‌ای در مراجع اطلاع می‌یابیم که وی می‌تواند شروع به استفادهٔ گسترده از آنها در زندگی خود کند.
۳. زمانی که پنج توانمندی عمده و توانمندی‌های پنهان مراجع آشکار شدند، می‌توانیم مانند یک خیاط برنامهٔ درمانی خود را متناسب با اهداف وی طراحی کرده، برش زده، متناسب کرده و اجرا کنیم.

سیکسزنت‌میهایلی (۱۹۹۰، ۱۹۹۷) در مطالعه‌ای بر روی هنرمندان و دیگر افراد خبره که غرق در کارشان می‌شوند و بسیار احساس مولد بودن می‌کنند، مشاهده کرد که در همهٔ آنها یک احساس مشترک وجود دارد که وی آن را "جریان" نامید. "جریان" بخشی از تجربه کاری آنها بود، بدین معنا که متخصصان در حین انجام کار، گذر زمان را فراموش می‌کردند و به همه چیزهای دیگر که در اطراف آنها در همان لحظه در جریان بود، بی‌توجه بودند. درست مانند راهبان بودایی که سال‌ها به انجام مراقبه می‌پردازند، هنگامی که این متخصصان به عمیق‌ترین مرحلهٔ آرام‌سازی می‌رسیدند احساس رهایی از زمان و نیروانا را تجربه می‌کردند و همواره معتقد بودند که بهترین بخش از کار خود را در مرحلهٔ جریان انجام داده‌اند. من در کار خودم با کودکان مایلم بدانم فعالیت‌های مهم در مرحلهٔ جریان آنها چیست و اگر والدین و کودکان انجام دادن این کارها را به خصوص به عنوان راهی برای سازگاری با استرس‌های

زندگی مفید می‌دانند از آنها می‌خواهم که این فعالیت‌ها را افزایش دهند. فعالیت‌های مرحله‌جریان می‌تواند شکل‌های مختلفی مانند ساختن شیء از روی مدل و سازه‌های مختلف، نواختن یک ساز، پایکوبی و دیگر کارهای هنری داشته باشد.

فردریکسون (۲۰۰۶، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹) ارائه‌کننده نظریه گسترش و ساخت هیجان‌ات مثبت در پژوهش‌های خود نشان داد که هیجان‌ات مثبت، هم دید افراد را نسبت به اعمال مثبت و هم هشیاری آنها را نسبت به گستره وسیعی از افکار و اعمال تقویت می‌کند. هیجان‌ات مثبت، فکر و قلب ما را باز می‌کنند تا نسبت به دیگران سخاوتمند باشیم، ریسک‌های مثبت بیشتری در زندگی داشته باشیم و در حل مسائل خلاق‌تر و بهتر عمل کنیم. کمی کوشش در جهت افزایش هیجان‌ات مثبت روزانه، می‌تواند منجر به بالا رفتن سیستم ایمنی بدن ما شود (فردریکسون، ۲۰۰۹). در زمان کار با والدین آنها را تشویق می‌کنم تا محیط مثبت و خوش‌بینانه‌ای در خانه ایجاد کنند و هر روز موفقیت فرزندانشان را در خانه یا مدرسه جشن بگیرند و به آنها این آگاهی را می‌دهم که احساسات مثبت چه نقش مهمی در ارتقاء توانایی کودکانشان برای حل بهتر مسائل ایفا می‌کند.

روانشناسان مثبت‌نگر چند روش درمانی برای کاهش هیجان‌ات منفی، افزایش شادی، حفظ تفکر مثبت در برخورد با وقایع استرس‌زای زندگی و کمک به افراد برای داشتن تجارب پرمعنا و مفید در زندگی طراحی کرده‌اند. من معمولاً دو فعالیت مربوط به روان‌شناسی مثبت‌نگر را در رابطه با کودکان به کار می‌برم که عبارتند از "تو در بهترین قصه‌ات" و "یک روز خیلی عالی برای خودت طراحی کن" (پیتسون، ۲۰۰۶؛ سلیگمن و دین، ۲۰۰۳). اولین روش بدین صورت است که کودک قصه‌ای کوتاه (سه یا چهار پاراگراف) در مورد کاری که در گذشته دور یا نزدیک به طور کامل انجام داده (و به آن افتخار می‌کند) بنویسد. من دوست دارم به طور عملی به کودکان در مورد تفکر واسطه‌ای و تفکر گذرگاهی آموزش دهم (مک‌درموت و اسنایدر، ۱۹۹۹). هدف در تفکر واسطه‌ای این است که کودک خودش را برای رسیدن به یک غایت یا هدف خاص فعال می‌کند. تفکر واسطه‌ای می‌تواند گفتگوی درونی مفید با خود یا تصویرسازی ذهنی باشد یا دعوت از یک دوست نزدیک تا با تشویق کردن، فرد را برای انجام کاری برانگیزد- تقریباً مانند هواداران در مسابقات ورزشی که تیم مورد علاقه خود را تشویق می‌کنند. تفکر گذرگاهی، دانستن مراحل صحیح رسیدن به یک هدف یا غایت است. بعد از این که کودک در "داستان تو در بهترین قصه‌ات"، از موفقیت‌های خود نوشت، من دو مازیک با رنگ‌های مختلف به او می‌دهم که زیر تفکرات واسطه‌ای و گذرگاهی خود را خط بکشد و داستان را به جلسه بعد بیاورد. در زمانی که داستان را با هم مطالعه می‌کنیم، درمان‌گر به کودک کمک می‌کند بفهمد که چه طور می‌تواند با استفاده از تفکر واسطه‌ای و گذرگاهی به اهداف دیگرش برسد یا تغییر دیگری در زندگیش ایجاد کند. در تمرین "یک روز عالی برای خودت طراحی کن" به کودک کمک می‌شود یک سناریوی خود-کامبخش مثبت، در رابطه با خودش بنویسد. شب قبل، کودک بهترین روز خود را طراحی می‌کند. برای این تمرین نیاز است که تصمیم بگیریم چه کارهایی ضروری است انجام شود، چه فعالیت‌های لذتبخش

و معناداری می‌خواهد انجام دهد و نیاز دارد چه کسی را ببیند تا احساسات مثبت را در وی راه بیندازد و روحیه خوبی به او بدهد. هر چه نقشه کودک برای رسیدن به موفقیت عینی‌تر و واضح‌تر باشد با احتمال بیشتری می‌تواند بخش اعظم این وقایع و نه همه آن را به مرحله عمل برساند. در پایان هر روز کودک بر اساس یک مقیاس ۱ تا ۱۰ که ۱ برای بدترین روز و ۱۰ برای بهترین روز اختصاص می‌یابد (در فصل ۴ جزئیات بیشتری در مورد این مقیاس گفته خواهد شد) مشخص می‌کند که آیا روز خوب یا بدی داشته است. بهتر است این تمرین به مدت دو هفته انجام شود تا کودک و والدین زمان کافی داشته باشند تا به الگوی خاصی برای روزهای خوب برسند (برای مثال چه فعالیت‌ها و افرادی می‌توانند در ایجاد هیجان‌ات مثبت نقش داشته باشند تا مثلاً روزی با مقیاس ۶ یا حتی بهتر شکل گیرد، یا برعکس چه فعالیت‌ها و افرادی باید حذف شوند). به کودک و والدین اخطار می‌کنیم که به رغم تمام اهداف خوبی که مد نظر ما است، رویدادهای غیر منتظره زیادی می‌توانند اتفاق بیافتند که ما را از رسیدن به اهدافمان و انجام کارهایی که برای یک روز طراحی کرده بودیم، بازدارند. باید تأکید کنیم آن‌چه که مهم است تلاشی است که انجام شده و روزهای با مقیاس پایین نشان‌دهنده عدم توانایی و یا تلاش کم کودک نیست. در نهایت، ضروری است که یک "نقشه ب" همراه با کودک و والدین طراحی کنیم. هر زمان که روز کودک با جریان‌ات منفی همراه بود به راه‌هایی که می‌تواند چنین روزی را نجات دهد، فکر کند. با این کار کودک تشویق می‌شود بهتر فکر کند و برای مدیریت سودمند چنین وضعیتی آمادگی بیشتری پیدا کند و در آینده تاب‌آوری بیشتری را نشان دهد.

استنتاج مدل درمانی ترکیبی مبتنی بر حل مسئله برای کودکان و نوجوانان: رویکرد روان‌درمانی مشارکتی کوتاه‌مدت مبتنی بر توانایی‌ها

مانند همه مدل‌های درمانی، رویکرد درمانی کوتاه‌مدت مبتنی بر حل مسئله برای گروه‌های مختلف کودکان و نوجوانان، به رغم انجام بحث‌های دقیق در مورد تمام شیوه‌های درمانی درون مدل، دارای محدودیت‌هایی است. از سال ۱۹۸۶ که از مدل درمانی کوتاه‌مدت مبتنی بر حل مسئله استفاده کرده‌ام، به نتایج بالینی بسیار خوبی دست یافته‌ام، به عنوان مثال زمانی که این مدل را در شکل خالص خودش در ارتباط با گروهی خاص از کودکان و نوجوانان به کار بردم، به تغییراتی که مد نظر والدین آنها بود دست نیافتم با وجود این که از مشارکت بستگان برای حل مشکل بهره بردم و در مورد اهداف قابل دسترس نیز بحث کردم. همچنین، وقتی مجبور بودم از مدل‌های اولیه بسیار قانونمند استفاده کنم و خودم را به سؤال‌ها و تکالیف درمانی مشخص آنها محدود کنم و هیچ آزادی برای به کارگیری سایر رویکردهای درمانی و یا عقاید خلاقانه و تجربه‌های درمانی خود نداشتم، احساس خفگی می‌کردم. قبل از بحث در مورد وضعیت سه مراجع که برای کار با آنها گسترش مدل اصلی و ترکیب آن با سایر رویکردهای خانواده یا فرد درمانی ضروری به نظر می‌آمد، قصد دارم بعضی از محدودیت‌های درمان کوتاه‌مدت مبتنی بر حل مسئله با کودکان را بیان کنم.