

## فهرست مطالب

۱۷	..... سخن مترجم
۱۹	..... پیشگفتار نویسنده
۲۳	..... سپاسگزاری

### بخش اول - مبانی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک

۲۷	..... فصل ۱ - مروری بر درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک
۲۸	..... درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) چیست؟
۲۹	..... دوره معمول درمان
۳۱	..... پایه‌های نظری و تاریخی
۳۳	..... ویژگی‌های کلیدی PCIT
۴۲	..... نحوه استفاده از چاپ دوم این کتاب:
۴۴	..... منابع
۴۹	..... فصل ۲ - پژوهش‌های انجام شده بر PCIT
۴۹	..... پژوهش‌های نخستین PCIT
۵۰	..... ابتکارات پژوهش‌های اخیر
۵۷	..... پیشنهاداتی برای جهت‌گیری‌های پژوهشی آینده
۶۱	..... منابع
۶۳	..... فصل ۳ - جلسه ارزیابی پذیرش و جهت‌گیری درمان
۶۴	..... چه کسانی باید در جلسه پذیرش یا ورودی شرکت کنند؟
۶۶	..... رویکردی با یک مجموعه انعطاف‌پذیر
۶۷	..... مصاحبه ورودی نیمه ساخت‌یافته
۶۸	..... سیاهه رفتار کودک آبرگ (ECBI)
۷۰	..... فرم تجدیدنظر شده سیاهه رفتار دانش‌آموز ساتر-آبرگ (ESBI-R)
۷۰	..... نظام رمزگذاری دوجانبه تعامل والد-کودک III (DPICS - III)
۷۵	..... پیوستن به والدین و برانگیختن آنها
۷۹	..... درمیان گذاشتن نتایج آزمون با والدین
۸۰	..... توضیح «فرزندپروری تخصصی»

۸۰	معرفی PCIT به والدین و کودکان
۸۲	انتظارات ما جهت حضور مراجعان
۸۳	کاستن از موانع درمان
۸۴	توضیح اولین تکالیف منزل
۸۴	خلاصه
۸۵	منابع
۸۷	<b>فصل ۴ - آموزش تعامل کودک-مدار</b>
۸۷	مروری بر جلسه آموزش
۸۹	مروری بر جزوه تکالیف منزل
۹۰	ارائه اهداف تعامل کودک-مدار
۹۰	توضیح تکالیف ۵ دقیقه‌ای منزل در هر روز
۹۲	مجاب کردن والدین شکاک برای CDI
۹۶	توضیح قانون مهم اجازه دادن به هدایتگری کودک
۹۶	آموزش مهارت‌های "پرهیزی" در تعامل کودک-مدار
۱۰۱	آموزش مهارت‌های "انجام‌دانی" در تعامل کودک-مدار
۱۱۱	استفاده از توجه راهبردی
۱۱۲	استفاده از نادیده گرفتن انتخابی
۱۱۷	اداره کردن رفتار از هم‌گسیخته‌ای که نمی‌توان نادیده گرفت
۱۱۷	سرمشق‌سازی مهارت‌ها به‌طور ترکیبی
۱۱۸	نقش‌گذاری‌های تعامل کودک-مدار
۱۱۹	اسباب‌بازی‌های مناسب برای تعامل کودک-مدار
۱۲۱	کار با خانواده‌های تک‌والدی و دو‌والدی
۱۲۱	خواهر و برادران متحد
۱۲۲	انطباق CDI با سطح رشدی کودک
۱۲۳	حل مسئله موضوعات تدارکاتی (لوجستیک) به همراه والدین
۱۲۴	تعیین تکالیف منزل برای تعامل کودک-مدار
۱۲۴	منابع
۱۲۵	<b>فصل ۵ - هدایت و آموزش تعامل کودک-مدار</b>
۱۲۶	مروری بر یک جلسه هدایت و آماده‌سازی معمولی

۱۲۸	دائر کردن جلسه آموزش .....
۱۲۸	مرور و واریسی تکالیف منزل .....
۱۳۰	عدم همکاری والدین در انجام تکالیف منزل CDI .....
۱۳۵	مشاهده و ثبت مهارت‌های تعاملی کودک- مدار .....
۱۳۷	آموزش مهارت‌های «انجام‌دانی» و «پرهیزی»: نکته‌هایی برای درمانگران .....
۱۵۴	جمع‌بندی پایان جلسه و تعیین تکالیف منزل .....
۱۵۴	پیشرفت جلسات هدایت و آماده‌سازی CDI .....
۱۵۷	منابع .....
<b>۱۵۸</b>	<b>فصل ۶ - آموزش تعامل والد - مدار .....</b>
۱۵۸	علت اساسی اینکه چرا کودکان خردسال باید مطابق دستورات والدین عمل کنند .....
۱۶۰	سازمان‌دهی جلسه آموزش PDI .....
۱۶۰	اهمیت ثبات، پیش‌بینی‌پذیری و دنبال کردن .....
۱۶۱	اهمیت به خاطر سپردن نمودارهای PDI (مانند: استفاده از کلمات دقیق) .....
۱۶۲	منطق استفاده از «تمرین‌های پیروی کردن» .....
۱۶۳	دستورالعمل‌های مؤثر دادن .....
۱۷۱	تمرین نحوه صدور دستورات مؤثرتر .....
۱۷۱	تعیین فرمان‌برداری .....
۱۷۴	تمجید فرمان‌برداری .....
۱۷۶	اساس منظم کردن کودک با محروم‌سازی روی صندلی .....
۱۷۷	هشدار محروم‌سازی .....
۱۷۹	موضوعات منطقی مرتبط با محروم‌سازی .....
۱۸۰	آوردن کودک به محل محرومیت .....
۱۸۲	اگر کودک در مسیر محل محرومیت پیروی کرد چه کنیم؟ .....
۱۸۳	اگر کودک خودش را در محرومیت قرار داد چه کنیم؟ .....
۱۸۴	طول مدت محرومیت .....
۱۸۵	بدرفتاری‌های رایجی که در محروم‌سازی باید نادیده گرفته شوند .....
۱۸۶	محرومیت تا زمانی که از دستورالعملی پیروی نشده است پایان نمی‌یابد .....
۱۸۷	استفاده از دستورالعمل دوم برای آموزش بیشتر اطاعت و پیروی .....
۱۸۸	استفاده از بازی‌درمانی برای کاهش سطح خشم کودک .....

۱۸۹	رفتاری که نمی‌توان آنها را در دوره محرومیت نادیده گرفت.....
۱۹۵	نقش‌گذاری و جمع‌بندی و اتمام کار.....
۱۹۷	منابع.....
۱۹۸	<b>فصل ۷ - هدایت و آموزش تعامل والد - مدار.....</b>
۱۹۸	خلاصه‌ای از یک جلسه معمولی هدایت و آموزش PDI.....
۱۹۹	آماده‌سازی برای جلسات هدایت و آموزش PDI.....
۲۰۰	بررسی و مرور تکالیف.....
۲۰۲	مشاهدات و ثبت مهارت‌های تعامل والد-مدار.....
۲۰۳	معیار تسلط بر مهارت‌های تعامل والد-مدار.....
۲۰۴	خط‌مشی کلی برای هدایت و آموزش PDI.....
۲۱۸	پرسش و پاسخ تصریح‌کننده‌ای که والدین در ادامه جلسه خواهند داشت.....
۲۲۲	تکلیف منزل.....
۲۲۲	منابع.....
۲۲۴	<b>فصل ۸ - پیشرفت از طریق جلسات تعامل والد-مدار.....</b>
۲۲۹	نخستین جلسه هدایت و آموزش PDI.....
۲۴۰	دومین جلسه هدایت و آموزش PDI.....
۲۴۱	سومین جلسه هدایت و آموزش PDI.....
۲۴۵	چهارمین جلسه هدایت و آموزش PDI.....
۲۴۹	پنجمین جلسه هدایت و آموزش PDI.....
۲۵۳	ششمین جلسه هدایت و آموزش PDI.....
۲۵۵	هفتمین جلسه هدایت و آموزش PDI و پس از آن.....
۲۵۷	جلسه پایانی و فارغ‌التحصیلی.....
۲۶۲	نتیجه‌گیری.....
۲۶۲	منابع.....
	<b>بخش دوم - تعدیل‌ها و انطباق‌هایی بر درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک</b>
۲۶۶	<b>فصل ۹ - کودکان کم‌سن‌وسال‌تر.....</b>
۲۶۷	"تفاوت‌های معنی‌دار در تجربه روزانه کودکان کم‌سن و سال آمریکایی".....
۲۷۴	کاربست تعامل کودک-مدار با کودکان کم‌سن‌وسال.....
۲۷۶	تعدیل و انطباق تعامل کودک-مدار و تعامل والد-مدار برای نوپایان.....

۲۸۰	..... نمونه موردی
۲۸۳	..... پیشگیری و درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک
۲۸۴	..... منابع
<b>۲۸۶</b>	<b>..... فصل ۱۰ - کودکان بزرگسال تر</b>
۲۸۷	..... موضوعات مرتبط با سطح رشدی کودک
۲۸۷	..... انطباق‌های انجام شده از سوی مرکز علوم بهداشتی دانشگاه اوکلاهما برای کودکان بزرگسال
۲۸۸	..... نگرانی‌های برخاسته از مطالعات «SAMHSA» در مورد PCIT برای کودکان بزرگسال تر
۲۹۰	..... تعدیل و انطباق CDI برای کودکان بزرگسال تر
۲۹۶	..... تعدیل و انطباق PDI برای کودکان بزرگسال تر
۲۹۷	..... بخش آموزش شیوه دستور دادن (CT)
۳۰۴	..... محروم‌سازی به همراه طرح چارت تشویقی (TIC)
۳۰۷	..... چارت برچسب محروم‌سازی
۳۱۱	..... طرح محروم‌سازی همراه با تعلیق امتیازات (TSP)
۳۱۳	..... جایگزین‌های طرح TSP برای کودکانی که بی‌نهایت پرخاشگر و نافرمان هستند
۳۱۴	..... نتیجه‌گیری
۳۱۶	..... منابع
<b>۳۱۸</b>	<b>..... فصل ۱۱ - خواهران و برادران</b>
۳۱۹	..... ورود خواهران و برادرانی که مشکلات رفتاری از هم‌گسیخته دارند
۳۲۰	..... ورود خواهران و برادران بدون مشکلات رفتاری
۳۲۰	..... آموزش خواهر یا برادر بزرگسال تر به عنوان مراقب کودک
۳۲۱	..... هدایت و آموزش مستقیم کودکان جهت کاهش ناسازگاری خواهر و برادر
۳۲۲	..... بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکانی مانند اسپرگر با آموزش مستقیم
۳۲۳	..... استفاده از بازی که نیازمند همکاری است
۳۳۰	..... نتیجه‌گیری
<b>۳۳۲</b>	<b>..... فصل ۱۲ - طیف اختلالات در خودماندگی</b>
۳۳۵	..... شباهت‌های نظری PCIT با درمان‌های برخوردار از پشتوانه تجربی برای ASD
۳۳۶	..... تعامل کودک-مدار
۳۳۷	..... کار با رفتارهای کلیشه‌ای و تکراری در خلال CDI
۳۳۸	..... تعامل والد-مدار

۳۴۰	..... نگرانی‌هایی در مورد محروم‌سازی
۳۴۲	..... محدودیت‌های بالینی
۳۴۴	..... تعدیل و انطباق PCIT: پیام‌رسانی و مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی
۳۴۸	..... مطالعه موردی
۳۵۱	..... نتیجه‌گیری
۳۵۲	..... منابع
۳۵۶	<b>فصل ۱۳ - بدرفتاری جسمی با کودک</b>
۳۵۸	..... نکاتی که باید در مورد این جمعیت دانست
۳۶۰	..... نگرانی‌های رایج مربوط به موارد ارجاع شده
۳۶۴	..... تعدیل‌ها و نیازهای درمانی منحصربه‌فرد خانواده‌های با پیشینه CPA
۳۶۶	..... موضوعات عمومی درمان
۳۷۰	..... ارزیابی
۳۷۵	..... درمان
۳۷۵	..... ترکیب اهداف آموزشی اضافی با یکدیگر
۳۷۷	..... تعدیل‌ها و انطباق‌های اختصاصی PDI
۳۸۱	..... شرح یک مورد
۳۸۹	..... نتیجه‌گیری
۳۹۰	..... منابع
۳۹۱	<b>فصل ۱۴ - اختلالات اضطرابی</b>
۳۹۱	..... اختلال اضطراب جدایی
۳۹۴	..... پروتکل CARD برای انطباق PCIT به منظور درمان SAD
۳۹۷	..... پژوهش‌های مربوط به پیامد درمان
۳۹۹	..... اضطراب فراگیر
۳۹۹	..... ارتقای PCIT برای کودکان خردسال مبتلا به اضطراب فراگیر
۴۰۱	..... مورد الکساندر اچ
۴۱۱	..... منابع
۴۱۳	<b>فصل ۱۵ - اختلال بیش‌فعالی - کمبود توجه</b>
۴۱۴	..... اجرای PCIT با کودکانی که ADHD تشخیص داده شده‌اند
۴۱۵	..... آموزش‌هایی درباره ADHD

منابع.....	۴۳۳
<b>فصل ۱۶ - کودکان بسیار پرخاشگر و تهاجمی.....</b>	<b>۴۳۵</b>
مورد ماریو.....	۴۳۶
خطرات CDI برای کودکان انفجاری.....	۴۳۶
تعدیل و انطباق CDI برای کودکان انفجاری.....	۴۳۸
تعدیل ها و انطباق های PDI.....	۴۴۳
نتیجه گیری.....	۴۴۳
منبع.....	۴۴۶
<b>فصل ۱۷ - کشمکش های زناشویی.....</b>	<b>۴۴۷</b>
تشویق هر دو والدین به شرکت در درمان.....	۴۴۸
فنون ارزیابی.....	۴۴۹
ترکیب درمان زناشویی با PCIT.....	۴۵۳
پایان درمان.....	۴۵۹
منابع.....	۴۶۱
<b>فصل ۱۸ - والدینی که در زندگی خود با عوامل فشارزای شدید روبرو هستند.....</b>	<b>۴۶۳</b>
راهبردهایی برای کار با خانواده های مواجه با چند عامل تنیدگی، در PCIT.....	۴۶۶
طلاق.....	۴۶۸
سوء مصرف مواد.....	۴۷۲
خشونت همسر.....	۴۷۷
خانواده های کم درآمد.....	۴۸۳
کلام آخر.....	۴۸۷
منابع.....	۴۸۹
<b>فصل ۱۹ - کودکان و خانواده های متعلق به اقلیت های قومی.....</b>	<b>۴۹۱</b>
آموزش والدین، PCIT، اصلاح و تعدیل آن برای اقلیت های قومی.....	۴۹۱
PCIT با گروه های اسپانیایی زبان.....	۴۹۲
اجرای PCIT با آمریکایی های بومی.....	۴۹۸
اجرای PCIT با آمریکایی های آفریقایی تبار.....	۵۰۲
بررسی اعتبار اجتماعی.....	۵۰۴
نتیجه گیری و پیشنهادات نهایی برای درمانگران.....	۵۰۶

منابع.....	۵۰۷
<b>فصل ۲۰ - درمان مبتنی بر تعامل کارکنان - کودک</b> .....	۵۰۹
خط پایه.....	۵۱۳
ویدیوی SCIT در بازی کودک- مدار.....	۵۱۳
جلسهٔ تعلیم تعامل کودک- مدار همراه با مربی.....	۵۱۴
رمزگذاری و آموزش تعامل کودک- مدار.....	۵۱۴
ویدیوی SCIT در تعامل کارمند- مدار.....	۵۱۵
جلسهٔ تعلیم تعامل کارمند- مدار با مربی.....	۵۱۵
رمزگذاری و آموزش تعامل کارمند- مدار.....	۵۱۵
جلسات آموزش در محیط (رادیوی دوطرفه با گوشی برای کارمند).....	۵۱۵
یافته‌های پس از مداخله.....	۵۱۷
نتیجه‌گیری.....	۵۱۸
منابع.....	۵۱۸
<b>فصل ۲۱ - درمان مبتنی بر تعامل معلم- کودک برای کلاس‌های پیش‌دبستانی</b> .....	۵۱۹
پشتوانه‌های پژوهشی.....	۵۱۹
ایجاد رابطهٔ درمانی با آموزگار.....	۵۲۰
شکل و ساختار آموزش.....	۵۲۰
هدایت و آموزش TCIT.....	۵۲۱
تعامل کودک- مدار در TCIT.....	۵۲۱
معیار تسلط بر TCIT.....	۵۲۳
مرحلهٔ تعامل معلم- مدار.....	۵۲۴
مشاوره به منظور پیگیری.....	۵۲۶
منابع.....	۵۲۶
<b>فصل ۲۲ - مشاورهٔ مدرسه</b> .....	۵۲۷
ارزیابی.....	۵۲۸
برقراری رابطهٔ حسنه با معلم و اعتباربخشی او.....	۵۳۰
مداخلات کلاسی.....	۵۳۵
طرح آموزش فردی (IEP) و بخش ۵۰۴ از جلسات انطباقی.....	۵۳۵
یادداشت‌های مدرسه - خانه.....	۵۳۷



۵۳۸	برگه‌های پیگیری رفتار.....
۵۴۹	نتیجه‌گیری.....
۵۴۸	منابع.....
۵۵۱	<b>فصل ۲۳ - PCIT مبتنی بر منزل: از آزمایشگاه تا محل زندگی.....</b>
۵۵۱	مزایای بالینی.....
۵۵۴	«توصیه‌های» بالینی.....
۵۵۸	نتیجه اینکه.....
۵۵۸	منابع.....
۵۵۹	<b>فصل ۲۴ - وضعیت PCIT در گوشه و کنار دنیا.....</b>
۵۶۱	تعدیل PCIT برای کشورهای جدید.....
۵۶۳	موضوعات بین‌المللی مربوط به PCIT.....
۵۶۶	نتیجه‌گیری.....
۵۶۷	منابع.....
۵۶۹	<b>فصل ۲۵ - مسائل مربوط به آموزش.....</b>
۵۷۰	هیئت مشورتی ملی PCIT.....
۵۷۰	حداقل صلاحیت‌های حرفه‌ای لازم برای اجرای PCIT.....
۵۷۱	درمانگر شدن: حداقل‌های آموزشی.....
۵۷۵	تبدیل شدن به یک مربی برای PCIT در آژانس: حداقل ضرورت‌های آموزشی.....
۵۷۵	تبدیل شدن به یک مربی ماهر برای PCIT: حداقل ضرورت‌های آموزشی.....
۵۷۶	مخارج شروع یک برنامه PCIT.....
۵۷۹	منابع.....
	<b>پیوست‌ها</b>
۵۸۱	پیوست ۱ - برگه رمزگذاری DPICS-III- برگرفته شده.....
۵۸۱	CDI رمزگذاری مهارت‌های انجام‌دانی.....
۵۸۱	CDI رمزگذاری مهارت‌های اجتنابی.....
	فرمان‌برداری کودک (رمزگذاری در جلسه پذیرش یا پس از آن تنها در جایگاه دستورات بالا).....
۵۸۲	.....
۵۸۳	پیوست ۲ - برگه تکلیف CDI در منزل.....
۵۸۴	پیوست ۳ - مهارت‌های PRIDE.....

۵۸۶.....	پیوست ۴ - اسباب‌بازی‌های پیشنهادی برای تعامل کودک - مدار
۵۸۶.....	جزوه والد
۵۸۷.....	تفنگ اسباب‌بازی، شمشیر اسباب‌بازی، سرخپوست و کابوی اسباب‌بازی، شخصیت‌های ابرقهرمان
۵۸۸.....	پیوست ۵
۵۸۹.....	پیوست ۶
۵۹۱.....	پیوست ۷ - فرمان‌برداری کودک با دستور یا هشدار
۵۹۲.....	پیوست ۸ - محروم‌سازی برای کودکانی که روی صندلی می‌مانند
۵۹۳.....	پیوست ۹ - فرار از محرومیت
۵۹۴.....	پیوست ۱۰
۵۹۵.....	پیوست ۱۱ - برگه تکلیف منزل PDI
۵۹۶.....	پیوست ۱۲ - اداره مشکلات رفتاری آتی
۵۹۹.....	پیوست ۱۳
۶۰۰.....	پیوست ۱۴ - نظام سطح‌بندی روز آفتابی
۶۰۲.....	اگر کودکی در سومین سطح ابری قرار دارد چه می‌شود؟
۶۰۲.....	اگر کودکی در سومین سطح آفتابی قرار دارد چه می‌شود؟
۶۰۲.....	استفاده درست از نظام سطح
۶۰۲.....	مشکلات رایج نظام سطح‌بندی
۶۰۵.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۶۰۵.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

## سخن مترجم

همواره هر والدی بر آن است که در تربیت فرزند خود مؤثر باشد و بعضاً می‌خواهد فرزند را بر اصول و ایده‌های شخصی خود پرورد؛ در این راستا نظام‌های تربیتی علاوه بر پاسخ به نیاز دولت‌ها برای تربیت عناصر موفق، درصدد بوده‌اند خانواده‌ها را نیز در این مورد یاری رسانند. در هر عصری دیدگاه‌های فلسفی خاصی در تعلیم و تربیت کودک مدنظر بوده است؛ اما در یک‌صد سال گذشته دو دیدگاه نظری جامع روان‌پویشی و رفتارگرایی خاستگاه شیوه‌های اصلاح و تغییر رفتار و یا به عبارتی درمان کژ رفتاری‌های کودکان بوده‌اند.

درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) درمانی است که بر سه دیدگاه نظری دل‌بستگی (جان بالبی، دهه ۱۹۷۰ میلادی)، یادگیری اجتماعی (آلبرت بندورا دهه ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی) و شرطی‌سازی کنشگر (بوروس ف. اسکینر، در میانه قرن بیستم میلادی) متکی است و از حمایت تجربی کافی برخوردار است این رویکرد مداخله‌ای برای کودکان کم‌سن‌وسال با اختلالات عاطفی و رفتاری پیشنهاد شده است و تأکید بر بهبود کیفیت رابطه والد و کودک و تغییر الگوهای تعاملی میان این دو دارد.

PCIT نخستین بار توسط دکتر شیلا آپیگ برای کمک به کودکانی که رفتار ازهم‌گسیخته و ویرانگر داشتند و منجر به مشکلات جدید در خانه و مدرسه می‌شد، ابتکار و پیشنهاد شد. این کودکان معمولاً با رفتارهای مشکل‌سازی چون بی‌اعتنائی، نافرمانی، ناتوانی در پیروی از دستورالعمل، پرخاشگری بیش‌ازحد و متجاوز از سن خود دیده می‌شوند. با تغییر و بازسازی تعامل میان والد و کودک، رفتار ازهم‌گسیخته کاهش یافته و باعث بهبودی روابط کودک با خانواده‌اش و نیز با دیگر افراد جامعه می‌شود. والدین برای افزایش توجه مثبت به رفتارهایی که می‌خواهند تشویق کنند و روش‌های انضباطی خاص یادگیری برای پاسخ به رفتارهای نامطلوب، مهارت‌های خاصی را فرامی‌گیرند. پژوهش‌ها حاکی است، PCIT به‌طور مؤثر رفتار ویرانگر را در این کودکان به محدوده عادی می‌آورد. کودکان یاد می‌گیرند که چگونه به کنترل رفتار مشکل‌ساز خود بپردازند، و پدر و مادر تنش بسیار کمتری را در مدیریت رفتار کودکان تجربه کنند. این برنامه برای کودکان بین ۷-۲ سال مؤثر است، و معمولاً ۱۴ تا ۱۷ جلسه در هفته به طول می‌انجامد.

مطالعات پیامدی انجام شده بر PCIT همواره نشان داده‌اند که این مداخله رفتارهای فرزندپروری مثبت را افزایش می‌دهد و پس از درمان رفتارهای فرزندپروری منفی کاهش می‌یابد، و با گذشت زمانی طولانی پس از پایان درمان نتایج پایدار می‌ماند.

اگرچه PCIT ابتدا در آمریکا پیشنهاد شد لکن متخصصان و گروه‌های تخصصی که با کودکان کار می‌کنند از گوشه و کنار دنیا داوطلب فراگیری فنون این رویکرد مداخله‌ای مؤثر و تعدیل و تطبیق فرهنگی آن با جامعه خود شده‌اند. نویسنده این اثر کاربردی و ارزشمند روند رشد جهانی این رویکرد را در فصل ۲۴ ذکر کرده است. بر این اساس می‌توان گفت PCIT یک چهره بین‌المللی یافته که با اهدافی جهانی چون (۱) توانمندسازی والدین برای ایجاد تغییراتی که به پرورش ارتباط مطمئن با فرزندان خود منجر خواهد شد. (۲) بهبود زندگی کودکان و خانواده‌ها در سراسر جهان از طریق ارائه شیوه‌های دقیق ارزیابی و درمان مبتنی بر تجربه. (۳) فعالیت‌های پژوهشی و نوآوری‌های بالینی توسعه‌یافته توسط جامعه PCIT. (۴) پرورش و گسترش تخصص شبکه‌ای از درمانگران PCIT محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی و... به ترویج عملکرد سالم خانواده منجر می‌شود.

چریل بادیفورد مک نیل و تونی ل. همبری کیگین که خود از دانش‌آموختگان کلاس شیلا آبرگر هستند نه تنها در این کتاب راهنما فنون و دقایق این رویکرد مداخله‌ای را معرفی کرده‌اند که با اشاره به پشتوانه‌های پژوهشی، کاربردی این شیوه را برای گروه‌های خاص دیگری همچون کودکان بیش‌فعال، درخودمانده، اضطرابی، مورد بدرفتاری، و درگیر با کشاکش‌های زناشویی والدین و... موردتوجه قرار داده‌اند.

به‌جاست از همکاری صمیمانه و بی‌دریغ سرکار خانم نازیبا جانقربان که علاقه‌مندی بی‌حد ایشان به این متن باعث همراهی ایشان با من شد، و همسر و یگانه فرزندم که وقت با من بودن را برای برگردان این اثر، با من به وام گذاشتند و حمایت مؤسسه خدمات تخصصی روان‌شناختی بامداد (اصفهان) قدردانی نمایم. امیدوارم طبع این نوشته بر سابقه خوش مدیریت محترم انتشارات ارجمند بیفزاید و ما را از این همکاری روسپید خارج سازد.

مایه خرسندی است که خوانندگان عزیز اعم از افراد حرفه‌ای در حوزه سلامت روان، دانشجویان تحصیلات تکمیلی رشته‌های تخصصی روان‌شناسی، ما را از نقطه نظرات اصلاحی خود بی‌نصیب نکنند. شایان ذکر است، پانویست صفحات از جانب بنده بوده و مسئولیتی متوجه سایر عناصر مؤثر در پدیدایی اثر نمی‌باشد.

سید بدرالدین نجمی - تابستان ۱۳۹۵

## پیشگفتار نویسنده

### چرا اقدام به تدوین دومین ویرایش بالینی بسط یافته شد؟

نخستین ویرایش کتاب *درمان مبتنی بر تعامل والد- کودک*، در سال ۱۹۹۵ به عنوان بخشی از مجموعه‌ای با نام «موضوعاتی در روان‌شناسی بالینی کودک» به چاپ رسید. همچون نخستین کتاب نوشته شده درباره PCIT، منظور از طراحی این کتاب تدوین یک راهنمای بالینی با نگرشی آسان درباره چگونگی اجرای درمان بود. زمانی که اقدام به نگارش نخستین کتاب شد، PCIT تنها در چند آزمایشگاه پژوهشی روان‌شناسی بالینی کودک به کار می‌رفت. ما با داشتن موفقیت بزرگ در این رویکرد درمانی در کار بالینی مان، احساس کردیم که نیاز مبرمی به دسترسی بیشتر خانواده‌ها به PCIT است. امید ما بر این بود که درمان توسط متخصصان سلامت روان با جهت‌گیری‌های نظری متفاوت مورد استقبال قرار گیرد. در حقیقت این کتاب- همراه با تلاش پژوهشی برنامه‌دار شایلا آبرگ- علاقه زیادی را به وجود آورد و به عنوان تسهیل‌کننده‌ای برای بیش از یک دهه انتشار سریع و ارزیابی تجربی PCIT به کار گرفته شد.

در سال ۲۰۰۸ شرایط به شدت تغییر کرد. PCIT به جای اینکه فقط در درمانگاه‌های دانشگاهی در چند ایالت موجود باشد، هم‌اینک در کل کشور در اختیار خانواده‌ها و محیط‌های بهداشت روان، دفاتر خصوصی، درمانگاه‌های وابسته به بیمارستان‌ها و برنامه‌های سرآغاز ارائه می‌شود. علاوه بر روان‌شناسان بالینی کودک، کسانی که PCIT را ارائه می‌کنند شامل مددکاران اجتماعی، مشاوران، درمانگران ازدواج و خانواده، بازی درمانگران و دیگر متخصصان با مدرک فوق‌لیسانس می‌باشند. برای مثال تنها در کالیفرنیا تقریباً ۱۰۰ مؤسسه PCIT را ارائه می‌دهند و حتی یک واحد متحرک PCIT را در طول ۳۵ پای وین‌بگو<sup>۱</sup> ارائه می‌دهد. علاوه بر ارائه گسترده در ایالات متحده، PCIT هم‌اینک در کشورهای زیادی چون نروژ، استرالیا، هنگ‌کنگ، روسیه، کره جنوبی، انگلستان، نیوزیلند، تایوان و کانادا در دسترس است. همچنین اساس محکم تجربی PCIT به شدت رشد کرده و منجر به تشخیص آکادمیک و دولتی شده است. PCIT اخیراً به عنوان یک برنامه مبتنی بر شواهد توسط گروهی از متخصصان و مؤسسات ایالتی و فدرال شامل پروژه بهترین اقدامات مؤسسه کافمن<sup>۲</sup>، جامعه روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان<sup>۳</sup> و شبکه ملی تنیدگی آسیب‌زای کودک<sup>۴</sup>، شناخته شده است.

1. Winnebago
2. Kauffman Foundation's Best Practices Project
3. Society of Clinical Child and Adolescent Psychology
4. National Child Traumatic Stress Network

در نتیجه انتشار سریع PCIT اطلاعات بیشتری با توجه به کاربردهای بالینی و اثربخشی درمانی گسترش یافت. دامنه PCIT با گزارش‌های انتشار یافته کاربردی‌اش با گروهی از کودکان غیر از کودکان پیش‌دبستانی نافرمان گسترش یافت. PCIT بیانگر نتایج امیدبخشی در رابطه با قربانیان بدرفتاری، کودکان مضطرب، کودکان با ADHD و آنهایی است که ناتوانی‌های رشدی دارند. حجم وسیعی از داده‌های تجربی درباره PCIT توسعه یافته است. از آنجایی که در نخستین کتابمان سه پاراگراف به توصیف ادبیات پژوهشی پیامدی اختصاص داده شده ویرایش جدید نیازمند یک فصل کامل برای بررسی پربار بودن داده‌های پیامدی موجود است. هدف ما در دومین ویرایش درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک، گردآوری این اطلاعات جدید پژوهشی و بالینی در یک کتاب مرجع ارزشمند برای درمانگران و پژوهشگران است.

### سازمان دومین ویرایش کتاب

دومین ویرایش کتاب به طور گسترده به دو بخش تقسیم شده است. ما در بخش نخست، اساس PCIT را آن‌گونه که توسط دکتر شیلا آبرگ تدوین شده است توصیف کرده‌ایم و در مورد دستورالعمل ۱۹۹۹ او با نام «PCIT: فهرست یکپارچه و مواد خام جلسات»، عمیقاً پیشنهاد می‌کنیم که درمانگران به دستورالعمل دکتر آبرگ دست‌یافته و برای هدایت هر جلسه از درمان آن فهرست را به کار گیرند. اخیراً فهرست منسجم درمان و اصول دیگر جلسات، برای دانلود در پایگاه اینترنتی شیلا آبرگ ([www.pcit.org](http://www.pcit.org)) در دسترس قرار گرفته است. با توجه به نخستین بخش از دومین ویرایش، شما متوجه می‌شوید که این قسمت از کتاب به خوبی متن اصلی PCIT ما را با برخی اصلاحات مهم جمع‌آوری کرده است. قابل توجه است که ما برای انعکاس پروتکل درمانی مبتنی بر پژوهش درمان اخیر که در آزمایشگاه دکتر آبرگ در دانشگاه فلوریدا استفاده می‌شد متن را به‌روزرسانی کرده‌ایم. برای مثال معیار تسلط دکتر آبرگ، از زمان انتشار کتاب اصلی تغییر کرده است. همچنین هم‌اکنون استفاده از اتاق پشتیبان محروم‌سازی برای آموزش ماندن کودکان روی صندلی محرومیت، یک فعالیت استاندارد است. مهم است که هم متخصصان و هم پژوهشگران از تغییرات پروتکل درمان آگاه باشند و اقداماتشان را مطابق آن به‌روزرسانی کنند.

مهم است متخصصان بدانند که تغییرات اعمال شده توسط دکتر آبرگ بر اساس اصول ثابت و نظری است. با گذشت یک دهه از انتشار PCIT، ما درمانگران زیادی را دیده‌ایم که بر اساس ترجیحات و تجارب شخصی تغییرات خودشان را در رویه‌ها اعمال می‌کنند. در بسیاری از موارد درمانگران استنتاج‌هایی را از درمان به عمل آورده‌اند که به PCIT استاندارد شباهت کمی داشته است.

وقتی چنین اتفاقی می‌افتد معمولاً تأثیر PCIT کم می‌شود و یافته‌های پژوهشی مربوطه، برای کار در درمانگاهشان فاقد کاربرد می‌گردد.

ما راجع به خطر تحریف درمان متوجه شدیم که در نظر گرفتن یک قیاس قایقرانی می‌تواند مفید باشد. اجازه دهید فرض کنیم که پروتکل مبتنی بر پژوهش دکتر آبرگ «قایق مادر» است که خارج از منطقه فلوریدا لنگر انداخته است. به منظور تهیه درمانی که شبیه لنگر شاهد-مدار است، برای درمانگران داشتن دانش درباره پایبندی به پروتکل درمان مهم است. ممکن است تأثیرات جمعی تغییرات کوچک چندگانه در پروتکل درمانی (یعنی از خط بیرون زدن) منجر به انحراف اساسی شود به نحوی که درمانگران در منطقه مکزیک ویرایشی از PCIT را ارائه دهند که تقریباً هیچ شباهتی به پروتکل «قایق مادر» که نزدیک فلوریدا لنگر انداخته ندارد. خطر اجازه خروج از خط بیشتر این است که درمان جدید ممکن است به خوبی PCIT استاندارد کار نکند. نهایتاً انحراف‌های زیاد می‌تواند تلاش‌های ما برای انتشار این درمان قوی برای خانواده‌ها را از بین ببرد. وقتی درمانگران درمان‌های غیر مؤثر را تحت نام PCIT ارائه دهند، جایگاهمان به عنوان یک مداخله مبتنی بر شواهد از بین می‌برند. بنابراین، بخش یک این کتاب به عنوان لنگر PCIT ما کار می‌کند که درمانگران را به ارائه PCIT با بیشترین انسجام درمانی تشویق می‌کند.

دومین بخش از کتاب فراتر از اصول PCIT رفته و نمونه‌های بالینی غنی از اینکه چگونه شخص می‌تواند PCIT را برای طیفی از کودکان و والدین درگیر در شرایط مختلف بسط دهد، ارائه می‌کند. برای مثال، ما در بخش دوم درباره کاربرد PCIT برای جمعیت خاص غیر از پیش‌دبستانی‌های با اختلال نافرمانی مقابله‌ای که توسط پروتکل استاندارد در بخش یک ارائه شده گفتگو می‌کنیم. ما برای اینکه پیشرفت‌های اخیر در کاربرد PCIT به عنوان یک مدل پیشگیری برای بچه‌ها و نوپایان را توضیح دهیم هیجان‌زده‌ایم. ما همچنین کارهای جالبی که در اصلاح PCIT برای کودکان سن دبستانی و خواهران و برادران انجام شده است را نشان داده‌ایم. پروتکل PCIT به منظور کمک به کودکان دچار اختلالات اضطرابی توسعه یافت و بررسی شد. مثلاً ما برای نشان دادن مرحله رویاروی افزوده شده به PCIT که دونا پینکوس<sup>۱</sup> «تعامل شجاعانه-مدار» نام نهاده است، یک نمونه موردی را برای خواننده آورده‌ایم. پژوهش‌های معتبری که موفقیت PCIT در کاهش بروز آینده فرزندان پروری توأم با بدرفتاری را نشان می‌دهد در این بخش از کتاب ارائه شده است. ما خط‌مشی‌های بالینی خاصی را برای کار با والدینی که مشکل کنترل خشم دارند و کودکان‌شان با آسیب روبه‌رو بوده‌اند، برشمردیم. به علاوه، بخش دوم کتاب دیدگاه‌ها و ابزارهای مفیدی را برای کار با خانواده‌های با تفاوت‌های فرهنگی و مواجهه با چند مشکل، برای متخصصان فراهم می‌آورد. همچنین در این بخش رویکردهای جدید استفاده از PCIT در محیط‌های مختلف مانند موقعیت‌های درمانی اقامتی، مدارس و خانه‌ها را خلاصه

---

1. Donna Pincus

کرده‌ایم. کتاب با گفتگویی دربارهٔ مسائل آموزشی شامل کمترین شرایط و مهارت‌های لازم برای معرفی شخص به عنوان درمانگر PCIT پایان می‌یابد.

#### افرادی که در تدوین این کتاب مشارکت داشته‌اند

وقتی از ما دعوت شد که دومین ویرایش کتاب *درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک* را بنویسیم، درگیر این موضوع شدیم که آیا کل کتاب را خودمان بنویسیم یا آن را به صورت کتابی ویرایش شده و مجموعه‌ای از فصولی که توسط همکارانمان در PCIT نوشته شده فراهم آوریم. از یک سو، از یکی از خوانندگان شنیدیم که نقطه قوت کتاب اصلی PCIT این بود که با گفتار بالینی نوشته شده بود. آنها از اینکه زبان کتاب زبانی است که ما حقیقتاً در تعامل با مراجعان به کار می‌بریم، قدردانی کرده‌اند. ما می‌خواستیم که در ویرایش بسط داده شده لحن بالینی عملی را حفظ کنیم. از سوی دیگر مایل بودیم مختصری از کارهای انجام شده برای جمعیت خاص را ارائه دهیم. ما در برخی از مثال‌ها احساس کردیم بهتر است تعدادی از فصول توسط شخصی نوشته شود که در این کار تخصصی ماهر است. دست آخر تصمیم گرفتیم که بهترین حالات دو رویکرد را با نوشتن بیشتر کتاب توسط خودمان، درحالی‌که از برخی متخصصان برای شرکت در بخش‌های خاص دعوت می‌کنیم ترکیب کنیم. بنابراین مراتب سپاس خود را از این همکاران اعلام می‌داریم: کارلا آنهالت<sup>۱</sup>، آس بورس<sup>۲</sup>، ژاکوئین بورگو<sup>۳</sup>، گاس دایموند<sup>۴</sup>، کیمبرلی پ. فولی<sup>۵</sup>، متیو گولدفاین<sup>۶</sup>، امی د. هرسشیل<sup>۷</sup>، جاشوا ماس<sup>۸</sup>، اشلی تمپل<sup>۹</sup>، جنیفر د. تیانو<sup>۱۰</sup>، استفان واگنر<sup>۱۱</sup>، لیزا م. وار<sup>۱۲</sup> و آن کریستین ورممدال<sup>۱۳</sup>. به علاوه می‌خواهیم از ملانی نلسون<sup>۱۴</sup> برای خواندن چندین بخش از این کتاب و دادن بازخورد باارزش دربارهٔ انسجام درمان تشکر کنیم.

- 
1. karla Anhalt
  2. Ase Bjorseth
  3. Joaquin Borrego
  4. Gus Diamond
  5. Kimberly P. Foley
  6. Matthew Goldfine
  7. Amy D. Herschell
  8. Joshua Masse
  9. Ashley Tempel
  10. Jennifer D. Tiano
  11. Stephanie Wagner
  12. Lisa M. Ware
  13. Anne Kristine Wormdal
  14. Melanie Nelson



## سپاسگزاری

بیشتر آنچه را ما درباره کار با خانواده‌های کودکان پیش‌دبستانی یاد گرفته‌ایم حاصل ملاقات با هزاران والد و کودکی است که ما در PCIT دیده‌ایم. ما مرهون این خانواده‌ها هستیم. اگر عشق همیشه جاری و تشویق همسران ما، دکتر دن مک نیل و تیم کیگین نبود انرژی و منابع کافی برای تکمیل این کتاب برایمان باقی نمی‌ماند. ما بردباری آنها را در مراقبت از کودکانمان در حالی که در باد و طوفان، خراشیدگی قرینه چشم، سانحه تصادف اتومبیل، آسیب کمر و خیلی بحران‌های مراقبت از کودک کار می‌کردیم، قدردانی می‌کنیم. همچنین، ما می‌خواهیم از کودکان شگفت‌انگیزمان دنی (۱۳ ساله)، ویل (۱۰ ساله)، مالی (۱۳ ساله)، سین (۱۰ ساله) و پاتریک (۱۰ ساله) برای اینکه وقت با مادر بودنشان را به ما دادند و این تلاش را در طول سال گذشته حمایت کردند تشکر کنیم.

نهایتاً باید گفت این کتاب هرگز بدون سرپرستی و حمایت مربی و همکاران شیلا آبرگ تمام نمی‌شد. ما امیدواریم این کتاب در باب کار او حق مطلب را ادا کند. دکتر آبرگ برای همه برجستگی‌های PCIT مایه اعتبار است و ما مسئولیت همه کاستی‌های این کتاب را می‌پذیریم.

مورگانتون، ویرجینیای غربی چریل بادی فورد مک نیل  
مسا، آریزونا تونی ل. همبری - کیگین

## منابع

- Bahl, A. B., Spaulding, S. A., & McNeil, C. B. (1999). Treatment of noncompliance using parent-child interaction therapy: A data-driven approach. *Education and Treatment of Children, 22*, 146-156.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for parent training*. New York: Guilford.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development, 37*(4), 887-907.

- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), 43–88.
- Campbell, S. B. (1990). *Behavior problems in preschool children*. New York: Guilford Press.
- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschoolers: Clinical and developmental issues*. New York, NY: Guilford Press.
- Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard to manage preschoolers: Adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 871–889.
- Eyberg, S. M. (n.d.). *Theoretical underpinnings of PCIT*. Retrieved April 3, 2008, from <http://www.pcit.org>
- Eyberg, S. M. (1988). Parent-child interaction therapy: Integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy*, 10, 33–46.
- Eyberg, S. M. (1999). *Parent-Child Interaction Therapy: Integrity Checklists and Session Materials*. Retrieved April, 2, 2008, from [www.pcit.org](http://www.pcit.org)
- Eyberg, S. M. (2004). The PCIT story (part 1): Conceptual foundations of PCIT. *PCIT Pages: The Parent-Child Interaction Therapy Newsletter*, 1, 1–2.
- Farrington, D. P. (1995). The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 929–964.
- Forehand, R. L., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child: A clinician's manual to guide parent training*. New York: Guilford Press.
- Forehand, R. L., & Wierson, M. (1993). The role of developmental factors in planning behavioral interventions for children: Disruptive behavior as an example. *Behavior Therapy*, 24, 117–141.
- Goldfine, M. E., Wagner, S. M., Branstetter, S. A., & McNeil, C. B. (2008). Parent-child interaction therapy: An examination of cost-effectiveness. *Journal of Early and Intensive Behavioral Interventions*, 5, 119–141.
- Greco, L. A., Sorrell, J. T., & McNeil, C. B. (2001). Understanding manual-based behavior therapy: Some theoretical foundations for parent-child interaction therapy. *Child and Family Behavior Therapy*, 23, 21–36.
- Hanf, C. A. (1969). *A two-stage program for modifying maternal controlling during mother-child (M-C) interaction*. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Vancouver, Canada.
- Kinzynski, L., Kochanska, G., Radke-Yarrow, M., & Girnius-Brown, O. (1987). A developmental interruption of young children's noncompliance. *Developmental Psychology*, 23, 799–806.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Hart, E. L., Frick, P. J., Applegate, B., Zhang, Q., et al. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 83–93.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1–41.
- McGee, R., Partridge, F., Williams, S., & Silva, P. A. (1991). A twelve-year follow-up of preschool hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 224–232.
- McMahon, R. J., & Forehand, R. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McNeil, C. B., Filcheck, H. A., Greco, L. A., Ware, L. M., & Bernard, R. S. (2001). Parent-child interaction therapy: Can a manualized treatment be functional? *The Behavior Analyst Today*, 2, 106–114.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Schroeder, C. S., & Gordon, B. N. (1991). *Assessment and treatment of childhood problems*. New York: Guilford.
- Webster-Stratton, C., Reid, J. M., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105–124.

بخش اول

**مبانی درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک**



# فصل ۱

## مروری بر درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک

کریستوفر پسر بچه ۳ ساله‌ای که با بی‌احتیاطی اطراف اتاق می‌دوید و صندلی‌ها و میزها را واژگون می‌کرد، لحظه‌ای ایستاد و لینکولن لگ<sup>۱</sup> را به صورت مادرش زد و فریاد کشید: «غرغروی احمق! الآن می‌کشمت! احمق» مادرش بعد از بیدار شدن از چرتی کوتاه، پسرش را درحالی که با چاقوی آشپزخانه بالای سرش می‌پلکاید، پیدا می‌کند. مادر کریستوفر قبلاً توسط ناپدری‌اش مورد بدرفتاری قرار گرفته بود و اکنون در رابطه خشونت‌باری با همسرش به سر می‌برد. کریستوفر شاهد کشمکش‌ها و رویارویی‌های زیادی بین والدینش بوده است. نمونه‌ای از این درگیری‌ها وقتی بود که پدرش گلوی مادرش را فشرده، گلدانی را به طرف دیوار پرتاب و متلاشی کرده و به همراه مادر با فریاد حرف‌های ناشایست و ناسزایی را با هم ردوبدل می‌کردند. کریستوفر هم در خانه و هم نسبت به بچه‌های دیگر در مهدکودک پرخاشگری حادی را نشان می‌داد. مادرش احساس می‌کرد که کنترلی بر زندگی‌اش ندارد و کم‌ارزش است، و مشکلات رفتاری پسرش را به عنوان شاهدهی مضاعف بر بی‌کفایتی شخصیش تعبیر می‌نمود.

آقای چنگ که مهندس شیمی و همسرش متصدی پذیرش یک مرکز دندانپزشکی بود، دختر ۵ ساله‌ای داشتند که در خانه ارباب منش، نافرمان، پررو و بی‌ادب بود. خانم چنگ با چشمانی پر از اشک گفت: "من نمی‌فهمم که چه کاری را اشتباه انجام می‌دهیم. معلمش می‌گوید او در مدرسه خوب است." این والدین اذعان نمودند که آنها تمایل داشتند «سلا» را برای خواسته‌هایش مثل اسباب‌بازی و شکلات لوس کنند. آنها می‌گفتند با نه گفتن به سلا او شروع به جروبحث می‌کرد، پاهایش را به زمین می‌کوبید، در را به هم می‌زد و حتی به آنها آب دهان پرتاب می‌کرد.

رفتار سلا زندگی اجتماعی‌اش را مخدوش می‌کرد. والدین، دیگر او را به خانه دوستانشان نمی‌بردند چون آنها به خاطر صحنه‌هایی که او ایجاد می‌کرد خجالت‌زده می‌شدند. به علاوه از آنجاکه

۱. Lincoln Log نوعی اسباب‌بازی کودکان مشتمل بر قطعات چوبی شکافدار در رنگ‌های مختلف و با ضخامت تقریباً ۲ سانتیمتر که می‌توان با آنها ساختمان‌ها و داربست‌هایی را بنا کرد. این مجموعه در سال ۱۹۱۶ توسط John Lloyd Wright اختراع شد. (م.)

2. Sela

معلم کلاس مدرسه چینی از کج خلقی سلا در حضور مادرش ابراز نگرانی نمود، خانم چنگ شرکت داوطلبانه در آن کلاس را در آخر هفته‌ها متوقف کرد.

آنتونیو که با خوش‌شانسی از آسیب در به آتش کشیدن درخت کریسمس دور انداخته‌شده همسایه با فندک، جان سالم به دربرده بود، در سن ۶ سالگی به دنبال آتش‌سوزی آپارتمان، به خاطر خرابکاری با پلیس درگیر شد. در موقعیتی دیگر، او بعد از پرتاب یک سنگ به طرف کامیون در حال حرکت، با ماشین پلیس به خانه آورده شد. راننده ماشین را متوقف کرده بود و وقتی آنتونیو از گفتن اسم و آدرس خانه‌اش امتناع کرده بود، پلیس را خبر کرد. وقتی پلیس از او سؤال کرده بود، ابتدا او اصرار داشت که از مریخ آمده است و روی کره زمین خانه‌ای ندارد. مادر آنتونیو زن جوان و درهم‌ریخته‌ای بود که برای حمایت از چهار فرزندش دو شغل داشت. او اغلب مجبور بود با قفل کردن درب خانه، بچه‌های کوچک‌ترش را تحت مراقبت پسر بچه ۱۳ ساله خود قرار دهد. بزرگ‌ترین دلواپسی مادر ترس از این بود که آنتونیو مانند پدرش که مدتی را برای سرقت در زندان بسر می‌برد، منحرف شود. نهایتاً بعد از یک هفته واقعاً بد که آنتونیو در حال دزدیدن پول از کشوی میز معلمش دستگیر شد و یا همستر خواهرش را در توالی انداخت، مادرش در پی چاره‌جویی برآمد.

خانواده‌های ذکر شده نمونه‌هایی از مراجعه‌کنندگانی هستند که برای آموزش والدین ارجاع داده می‌شوند (لطفاً برای آگاهی از حقوق «اصل رازداری حرفه‌ای» مراجعه‌کننده در این کتاب نوشته پاورقی را ملاحظه کنید)<sup>۱</sup>. احساس مشترکی که همه این والدین بیان می‌کردند این بود که: "من عاشق فرزندم هستم اما خیلی دوستش ندارم". والدین مذکور اغلب در نقش خود به عنوان پدر یا مادر احساس عجز و بی‌کفایتی می‌کنند و تصدیق می‌نمایند که خشم، یأس و افسردگی با توانایی‌شان برای تربیت فرزندان کوچک‌شان تداخل می‌نماید. رویکرد درمانی توصیف شده در این کتاب، درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک<sup>۲</sup> (PCIT) است که برای خانواده‌های دارای کودکان با مشکلات رفتاری آزاردهنده، طراحی شده است. ما درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک را به عنوان چهارچوبی اساسی برای درمان بسیاری از رفتارهای ازهم‌گسیخته و آشفته در کودکان ۳ تا ۶ ساله، از نظر می‌گذرانیم.

## درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (PCIT) چیست؟

۱. ما، در این کتاب نمونه‌های موردی زیادی را ارائه کردیم. همه این نمونه‌های موردی ساختگی بوده و ترکیبی از مراجعه‌کنندگان زیادی هستند که ما در طی کارمان با آنها سر و کار داشته‌ایم. ما از اسم واقعی هیچ مراجعه‌کننده‌ای استفاده نکرده‌ایم. همچنین، نمونه‌های موردی به‌دقت انتخاب شدند به‌گونه‌ای که هیچ اطلاعات مشخصی (مانند نام خانوادگی واقعی، نشانی، سابقه پزشکی خاص یا غیرمعمول) ارائه نشده باشد. ما از مراجعانمان که تجارب باارزشی را برای ما فراهم کردند و خوشبختانه منجر به ایجاد PCIT برای خوانندگان کتاب حاضر شد، سپاسگزاریم.

### 2. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک (PCIT) یک برنامه مبتنی بر پژوهش است که توسط دکتر «شیلا آبرگ» برای آموزش رفتاری والدین تدوین شده است. در این برنامه که شامل کار با والدین و فرزندان کوچکشان (سنین ۳ تا ۶ سال) می‌شود، درمانگر پدر یا مادر را طی یک تعامل واقعی با کودک آموزش داده و آماده می‌سازد. بیشتر اوقات، درمانگر از پشت یک آینه یک‌طرفه آموزش می‌دهد و از طریق یک وسیله کمک شنیداری مثل میکروفون داخل گوش با پدر یا مادر ارتباط برقرار می‌کند. والدین با دو دسته مهارت آماده می‌شوند. در تعامل کودک‌مدار (CDI)، والدین یاد می‌گیرند برای ارتقای رابطه کودک - والدین از مهارت‌های بازی‌درمانی سنتی استفاده کنند. مهارت‌های CDI شامل جایزه، تقلید، بازتاب، توصیف، اشتیاق و فراهم ساختن توجه وابسته است. در تعامل والد‌مدار (PDI)، والدین مهارت‌هایی را برای بهبود فرمان‌برداری کودک و کاهش رفتارهای آشفته او یاد می‌گیرند. مهارت‌های PDI شامل صدور فرامین خوب، تشویق فرمان‌برداری، محروم‌سازی با روی صندلی قرار گرفتن به خاطر نافرمانی و ایجاد قوانین معتبر در خانه می‌شود. درمان PCIT یک مداخله کوتاه‌مدت است که اغلب به دوازده جلسه یک‌ساعته هفتگی نیاز دارد. اگرچه مدت این درمان کوتاه است اما PCIT به زمان محدود نمی‌شود. پیشرفت از طریق برنامه درمانی بر اساس تبحر در مهارت است (که از طریق نظام رمزگذاری میزان شده‌ای تعیین می‌شود). بنابراین طول درمان در بین خانواده‌ها متغیر است. نتیجه PCIT زمانی حاصل می‌شود که والدین هم در مهارت‌های تعامل کودک-مدار (CDI) و هم در مهارت‌های تعامل والد‌مدار (PDI) متبحر شوند و رفتار کودک در محدوده طبیعی بهبودی یابد.

## دوره معمول درمان

PCIT همیشه با یک جلسه ارزیابی پیش از درمان آغاز می‌شود که در آن طی یک مصاحبه، اطلاعاتی درباره پیشینه و مشکلات حاضر جمع‌آوری می‌گردد، پرسشنامه‌هایی اجرا می‌شوند و درمانگر نمونه‌ای از چگونگی رابطه والدین و کودک با همدیگر را (یا شاید با یک فیلم ویدئویی) مشاهده می‌کند. با توجه به نتایج ارزیابی و طراحی درمان، یا در پایان جلسه ارزیابی پیش از درمان و یا در «جلسه جداگانه‌ای با جهت‌گیری درمان» بازخوردی برای خانواده‌ها تهیه می‌شود. دوره معمول درمان برای خانواده توصیف می‌شود و بر راه‌هایی که PCIT می‌تواند نگرانی‌های خاصی که آنها را برای درمان آورده، و هر حوزه اضافی دیگری که ممکن است در نتیجه ارزیابی به دست آمده باشد، تأکید می‌کند. درمان با CDI آغاز می‌شود. یک جلسه آموزشی که در آن درمانگر فقط با والدین ملاقات می‌کند و به آنها اصول CDI را آموزش می‌دهد، ترتیب داده می‌شود و در آن از سخنرانی آموزشی، بحث و گفتگو، سرمشق‌سازی زنده و نقش‌گزاری استفاده می‌گردد. والدین شرکت‌کنندگان فعالی هستند که به

خلق سؤالات مهم و پردازش چگونگی تناسب اصول بحث شده با فلسفه فرزندپروری خودشان تشویق می‌شوند. بعد از جلسه آموزش، برای چندین جلسه تعلیم مهارت‌های CDI والدین و بچه‌ها با همدیگر دیده می‌شوند. تعداد خاص جلسات موردنیاز به این بستگی دارد که والدین با چه سرعتی قادر به آموختن مهارت‌ها و ماهیت مشکلات فعلی کودک هستند، اما ما دریافته‌ایم که بیشتر خانواده‌ها بعد از تقریباً ۴ جلسه آموزش برای رفتن به مرحله انضباطی آماده می‌شوند. معیار مهارت مقدماتی، درمانگر و خانواده را برای تصمیم بر سر زمان حرکت به سوی مؤلفه انضباطی PCIT کمک می‌کند.

پس از کسب مهارت در معیار CDI مراقبین به صورت تنها، و به منظور یادگیری اصول مرحله انضباط درمان دوباره در جلسه‌ای درمانگر را ملاقات می‌کنند. جلسه آموزش PDI شامل اطلاعات آموزشی، بحث و گفتگو و نقش‌گزار است. در جلسات بعد، والدین دوباره همراه با کودکان برای چندین جلسه آموزش مهارت‌های مستقیم دیده می‌شوند. این جلسات در موقعیت درمانگاه و شاید در محیط بسط یافته جامعه (مانند مغازه خواروبارفروشی) برای افزایش تعمیم بین موقعیتی شروع می‌شوند. درمان با «جلسه درجه‌بندی» که در آن همه مشکلات موجود رفع شده‌اند یا به صورت قابل توجهی بهبود یافته‌اند نتیجه‌گیری می‌شود. بر اساس درجه‌بندی به عمل آمده، والدین یک گواهینامه و بچه‌ها جایزه‌ای (مانند یک روبان آبی) جهت تأیید موفقیت‌شان دریافت می‌کنند. ما دریافته‌ایم که بیشتر خانواده‌ها پس از تقریباً ۶ جلسه انضباطی به اهداف درمانی‌شان دست می‌یابند.

پس از درمان یک جلسه ارزیابی برگزار می‌شود که در آن سنجه‌های اجرا شده در قبل از درمان، تکرار می‌شود. در پایان این جلسه، به بهبودی‌های مشاهده شده خانواده، از قبل تا پس از درمان بازخوردی داده می‌شود. این جلسه به والدین کمک می‌نماید تا تشخیص‌شان از بهبودی را که طی چندین هفته درمان به صورت تدریجی اتفاق افتاده است، یکپارچه سازند. برای بیشتر خانواده‌ها، دوره کامل درمان می‌تواند تقریباً در ۱۲ جلسه اجرا شود (جدول ۱-۱ را ملاحظه کنید)، که با فلسفه درمان کوتاه‌مدت که مورد توافق بسیاری از سازمان‌های حفظ سلامت است سازگار می‌باشد. معمولاً یک جلسه حمایت‌کننده برای سه ماه بعد برنامه‌ریزی می‌شود، که در صورت نیاز ممکن است زودتر برگزار شود. ممکن است جلسات تحکیم‌کننده اضافی جهت افزایش ماندگاری مهارت‌های والدین و یا بیان مشکلاتی که کودک در زمان رویارویی با چالش‌های جدید در مرحله رشد روبرو می‌شود برنامه‌ریزی شود.



مرحله ۱	ارزیابی کارکرد کودک و خانواده قبل از درمان (۱ تا ۲ جلسه)
مرحله ۲	آموزش مهارت‌های تعامل کودک-مدار (۱ جلسه)
مرحله ۳	هدایت و آماده‌سازی مهارت‌های تعامل کودک-مدار (۳ تا ۴ جلسه)
مرحله ۴	آموزش مهارت‌های تعامل والدمدار (۱ جلسه)
مرحله ۵	هدایت و آماده‌سازی مهارت‌های تعامل والدمدار (۴ تا ۶ جلسه)
مرحله ۶	ارزیابی کارکرد کودک و خانواده پس از درمان (۱ تا ۲ جلسه)
مرحله ۷	جلسه حمایت‌کننده (در صورت نیاز)

## پایه‌های نظری و تاریخی

PCIT تدوین شده توسط دکتر شیلا آبرگ حاصل پیشینه گسترده او در زمینه نظریه کنشگر، روان‌درمانی سنتی کودک و رشد نخستین کودک بود (آبرگ، ۱۹۸۸). پایه‌های نظری PCIT بر کار دیانا بامریند (۱۹۶۶، ۱۹۶۷) در خصوص شیوه‌های فرزندپروری استوار است. شیلا آبرگ تأثیر کار بامریند را بر تکوین PCIT در قطعه انتخاب شده زیر توصیف می‌کند:

بامریند اهمیت نشست‌های والدین جهت نیازهای دوجهی کودکان را برای پرورش و محدودیت-ها به اثبات رسانید و آنها را از جمله موارد فرزندپروری تلقی نمود. تحقیقات او نشان می‌دهد که به منظور ارتقای پی‌آمدهای مطلوب برای کودک، ما باید بر ارتقای شیوه‌های فرزندپروری مطلوب و روابط متقابل والد-کودک تمرکز کنیم. PCIT هم از نظریه دل‌بستگی و هم از نظریه یادگیری اجتماعی به منظور دستیابی به شیوه‌ی فرزندپروری مقتدرانه بهره جسته است. نظریه دل‌بستگی بر این نکته تأکید دارد که حساسیت و پاسخ‌گویی والد، پایه‌ای است برای این حس کودک که بداند پدر یا مادر در زمان نیاز پاسخ خواهند داد. بنابراین، کودکان خردسالی که والدین‌شان گرمی بیشتری نشان می‌دهند، و به رفتارهای کودک پاسخ‌گو و حساس هستند، بیشتر احتمال دارد که در روابط احساس امنیت نموده و در تنظیم رفتاری و هیجانی خود موفق‌تر باشند.

آبرگ تأکید نموده است که دو وجه شیوه فرزندپروری مقتدرانه بامریند، پرورش و زمان محدود، با دو مرحله درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک (تعامل کودک-مدار و تعامل والدمدار) هم‌تراز است. درحالی‌که آبرگ در مفهوم‌سازی اثرات مرحله کودک-مدار برنامه، به سختی از نظریه دل‌بستگی بیرون می‌آید، هنگام مفهوم‌سازی جنبه والدمدار از برنامه PCIT (محدود به موقعیت)، به نظریه یادگیری اجتماعی به‌ویژه نظریه اجبار و تهدید پاترسون<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) اشاره می‌نماید. بر اساس این نظریه رفتار آشفته کودک از طریق تقویت برخاسته از والدین مانند توجه منفی و دادن امکان فرار از تقاضا به کودک پرورش پیدا می‌کند و ماندگار می‌شود. در مرحله دوم PCIT به والدین یاد داده می‌شود،

1. Patterson's coercion theory

درحالی که از روابط متقابل خشونت‌بار و اجبار با کودک دوری می‌کنند محدودیت‌ها را تعیین و پی‌آمدهای پایدار را ایجاد کنند.

اگر بخواهیم درباره پیشینه تاریخی این برنامه صحبت کنیم، باید بگوییم که دکتر آبرگ (۲۰۰۴) به شدت تحت تأثیر کار همکارش دکتر کانستنس هانف<sup>۱</sup> بود؛ کسی که مدل عاملی دومرحله‌ای<sup>۲</sup> را برای تغییر و اصلاح رفتار دشوار بچه‌های خردسالی که معلولیت چندگانه داشتند بسط داد (هانف، ۱۹۶۹). در مرحله نخست درمان فن تقویت افتراقی به مادران آموزش داده می‌شد. به بیانی دیگر، آنها می‌آموختند که به رفتارهای مثبت فرزندشان توجه کنند و رفتارهای منفی را نادیده بگیرند. در مرحله دوم، والدین یاد می‌گرفتند که دستورالعمل‌هایشان واضح باشد، و فرمان‌برداری را به طور منظم با تمجید پاداش دهند و محرومیتی را برای نافرمانی در نظر بگیرند. شاید خوشایندترین وجه رویکرد هانف این بود که او با والد و کودک در کنار یکدیگر کار می‌کرد و مهارت‌های والدین فوراً رهبری می‌شد. آبرگ یکی از چندین محقق است که جنبه‌های اصلی مدل هانف را ارزیابی و بسط داده است (مانند بارکلی، ۱۹۸۷؛ فورهند و مک ماون، ۱۹۸۱؛ مک ماون و فورهند، ۲۰۰۳؛ ویستر - استرتون، رید و هموند، ۲۰۰۴).

اگرچه رویکرد هانف تغییرات رفتاری سریع و مشخصی را ایجاد نمود، آبرگ تشخیص داد که بازی‌درمانی سنتی نیز برای خانواده‌ها با تأکید بر ایجاد یک رابطه درمانی گرم و مطمئن، فرصت بیشتری فراهم می‌آورد. او فهمید، درست همان‌طور که می‌شود به والدین مهارت‌های عملی توجه افتراقی را آموزش داد، می‌توان درحالی که کودک بازی را هدایت می‌کند، مهارت‌های بازی‌درمانی سنتی را با ایجاد توجه کامل، توصیف فعالیت‌های بازی، بازتاب و بسط بر اساس گفته‌های کودک و تقلید به والدین آموخت. PCIT در سال ۱۹۷۴ زمانی که شیلا آبرگ اولین آزمون اثربخشی مدل را به رشته تحریر درآورد، پا به عرصه وجود گذاشت (آبرگ، ۲۰۰۴).

فنون مدل عاملی و بازی‌درمانی سنتی توسط آبرگ در یک چهارچوب استوار رشدی (تحولی) ادغام شد. به این معنی که PCIT در بافتی از موقعیت‌های بازی دوتایی به طور گسترده شکل می‌گیرد؛ زیرا که "بازی نخستین واسطه‌ای است که کودکان از طریق آن مهارت‌های حل مسئله را کسب می‌کنند و کار با مشکلات رشدی را یاد می‌گیرند (آبرگ، ۱۹۸۸، صفحه ۳۵). چشم‌انداز رشدی برای مهیا ساختن PCIT مؤثر ضروری است. بسیاری از مشکلاتی که بین والد-کودک پیش می‌آید به کشمکش‌های رشدی برای استقلال یا انتظارات نامناسب والدین در جریان رشد کودک، مربوط می‌شود.

1. Constance Hanf  
2. two-stage operant model

## ویژگی‌های کلیدی PCIT

کار همزمان با والد و کودک: از نظر ما درگیری مستقیم مراقبین با هر کار درمانی که با کودک پیش‌دبستانی انجام می‌شود، مورد انتقاد است. والدین تأثیر بسیار زیادی بر رشد هیجانی و رفتاری فرزندان خردسال‌شان دارند و برخی از فعالیت‌های والدین ممکن است باعث تشدید مشکلات فرزندان‌شان شود. بر اساس گفته آیرگ (۱۹۸۸، صفحه ۳۵):

..... بسیاری از مشکلات رفتاری که کودکان خردسال نشان می‌دهند از طریق تعاملات نخستین با والدین‌شان ایجاد می‌شود. حتی در آن نمونه‌هایی که مشکلات کودک به نظر می‌رسد از ویژگی‌های زیستی مثل سرشت سخت و دشوار، نقص عصب‌شناختی مشکوک به آسیب‌های رشدی درخودماندگی، و بیش‌فعالی کودک نشأت گرفته باشد، خیلی از مشکلات رفتاری به نظر می‌رسد که با الگوهای رابطه متقابل والد و کودک تشدید می‌شود (صفحه ۳۵).

همان‌گونه که والدین ممکن است بر رفتار کودک‌شان و یا رابطه والد و کودک تأثیر منفی داشته باشند، آنها قادر خواهند بود به طرق مثبتی بر کودکان پیش‌دبستانی‌شان تأثیر بگذارند. در اوان کودکی، والدین مرکز دنیای کودک هستند، آنها را پرورش می‌دهند، تغذیه می‌کنند، امنیت‌شان را تأمین می‌کنند و برای آنها فرصت‌های یادگیری را فراهم می‌نمایند. کودکان سنین پیش از دبستان از لحاظ شناختی به اندازه کافی که بتوانند به طور مستقل استدلال کنند، و بر همسالان‌شان تأثیر زیادی داشته باشند با تجربه نیستند. والدین در هیچ زمان دیگری در کودکی یا نوجوانی، آن‌گونه که در سنین پیش از دبستان تأثیرگذاری فوق‌العاده و نافذ بر فرزندان دارند، قادر به تأثیرگذاری نیستند. در اواخر کودکی و نوجوانی تأثیر والدین به دلیل تأثیر قابل‌توجه همسالان، دوستان و معلمان، و نیاز به استقلال که یک خصیصه رشدی است تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد. قدرت درمانگر برای تأثیر بر کودک خردسال به شیوه رابطه درمانی یک‌به‌یک در مقایسه با قدرت والدین برای ایجاد تغییر از طریق رابطه متقابل‌شان با فرزندان ناچیز و کم‌رنگ است.

گاهی اوقات والدینی که ما با آنها کار می‌کنیم نسبت به اینکه نمی‌توانند فرزندان‌شان را برای یک ساعت درمان "سحرامیز و خیره‌کننده" در هفته با ما رها کنند اظهار ناامیدی می‌کنند و در این حال انتظار دارند که مشکلات‌شان حل شود. ما به این والدین توضیح می‌دهیم که آنچه ما می‌توانیم در یک ساعت درمان فردی کودک در هفته انجام دهیم در مقایسه با آنچه که والدین می‌توانند در خانه به عنوان درمانگر برای کودک‌شان در هر روز هفته انجام دهند، خیلی کم و ناچیز است. ما همچنین به برخی از والدین کمک می‌کنیم تا این واقعیت اقتصادی که درمان فردی بسیار طولانی و پرهزینه است را تشخیص دهند. درحالی‌که بیشتر مشکلات کودکان خردسال می‌تواند در زمانی نسبتاً کوتاه با استفاده مؤثر از PCIT درمان شود.

رهبری مستقیم تعامل والد - کودک: به نظر ما، خصیصه‌ای که PCIT را خیلی مؤثر می‌کند استفاده از آموزش و هدایت<sup>۱</sup> مستقیم روابط متقابل والد - کودک است. در رویکردهای غیرمستقیم، مهارت‌ها به صورت فردی به والدین آموزش داده می‌شود، تا در خانه تمرین کنند و در جلسه درمانی بعدی هرگونه مشکلی را گزارش دهند. رهبری مستقیم دوتایی نسبت به شیوه غیرمستقیم فواید زیادی دارد. اولین مزیت رهبری مستقیم این است که خطاهای والدین قبل از اینکه در یک هفته تمرین در خانه تثبیت شود به سرعت تصحیح می‌شود. دوم اینکه هر کودک چالش منحصر به فردی را نشان می‌دهد و درمانگر خلاقانه می‌تواند از شیوه آموزش مستقیم استفاده کند تا به محض اینکه مشکلی پیش آمد آن را اصلاح کند و مدل خوبی را برای والدین جهت مهارت حل مشکل ایجاد نماید. سوم اینکه بسیاری از والدین بدون تشویق اولیه و حمایت مربی (درمانگر) اعتماد به نفس لازم برای کار بست مهارت‌های جدید را ندارند. چهارم اینکه چون درمانگر می‌تواند مهارت‌های فرزندپروری را با تقریب‌های متوالی از پاداش شکل دهد، رهبری مستقیم موجب یادگیری سریع‌تری می‌شود؛ و پنجم اینکه والدین همیشه گزارش دقیقی از رفتار خودشان یا کودکان‌شان نمی‌دهند. اتکا به گزارش والد از مهارت‌های به کار بسته شده و پاسخ کودک می‌تواند موجب درک نادرست از پیشرفت درمان شود.

ما اغلب وقتی که می‌خواهیم اهمیت رهبری مستقیم را به والدین توضیح دهیم، آن را با بازی تنیس مقایسه می‌کنیم. اغلب به والدین می‌گوییم:

یادگیری مهارت جدید چالش‌انگیز است. برای مثال بازی تنیس را در نظر بگیرید. فرض کنید شما می‌خواهید مهارت‌هایتان را در بازی تنیس افزایش دهید. آیا به نظر شما منطقی است که مربی تنیس‌تان را هفته‌ای یکبار در دفترش ملاقات کنید و درباره بازی تنیس‌تان بحث کنید؟ نه، این کارگر نیست. مربی تنیس باید ضربات شما را مشاهده کند و نسبت به اینکه چگونه با پشت یا روی راکت ضربه بهتری بزنید، به شما بازخورد فوری بدهد و لازم است شما تمرینات بیشتری برای ضربات داشته باشید. بنابراین شما به طور طبیعی وقتی در بازی واقعی قرار بگیرید بهتر یاد می‌گیرید. این مشابه فرزندپروری است. حرف زدن بر سر فرزندپروری در دفتر کارم چیز زیادی به شما یاد نمی‌دهد چون من باید شما و فرزندتان را در کنار هم در حین عمل ببینم. سپس من می‌توانم شما را برای به کارگیری مهارت جدید آماده کنم. وقتی کودک شما آقای پوتیتو هد را به شما پرتاب می‌کند، فریاد می‌زند، آب دهان پرتاب می‌کند، سرپیچی می‌کند و به شما می‌گوید "خفه شو"، من به شما یاد می‌دهم که دقیقاً چه کار کنید و چه بگویید. شما این فرصت را دارید که مهارت‌های خاصی را در درمانگاه بیشتر و بیشتر

۱. coaching منظور هدایت عملیات آموزش داده شده است؛ به نحوی که در عمل، مهارت فرد تحت آموزش اصلاح شود. مثل یک مربی ورزش که با نظارت و رهبری اصلاحی فعالیت‌های ورزشکار خود را تصحیح می‌نماید. (م)

تمرین کنید تا آنها به صورت عادت درآیند. سپس وقتی شما در زندگی واقعی، در موقعیتی خارج از دفتر من در حال ایفای نقش پدری یا مادری هستید این مهارت‌ها به طور طبیعی ظهور می‌کنند.

آموزش مستقیم و آماده‌سازی والدین هنر PCIT تلقی می‌شود و در آن نقش محوری دارد. تقریباً هر درمانگر مبتدی می‌تواند روش اجرای PCIT را به سرعت یاد بگیرد و مهارت‌های اصلی توضیح داده شده در فصل ۴ و ۵ را آموزش دهد. در هر حال، وجه چالش‌برانگیز و خلاقانه این درمان، تشخیص کیفیت‌های دقیق روابط متقابل والد- کودک است که روابط انطباقی یا بدکار والد- کودک را به نمایش می‌گذارد، و سپس آن مشاهدات را به راهبردهای مؤثر و حساس رهبری از نظر بالینی برگردان می‌کند. ما دریافته‌ایم که هر چه بیشتر PCIT را اجرا کنیم چیزهای بیشتری در مورد خانواده‌ها می‌آموزیم و بیشتر به گنجینه‌های رهبری خود اضافه می‌کنیم. در فصل ۵ و ۷ تصویری از اینکه چگونه یک درمانگر ماهر در زمینه PCIT ممکن است به چیزی فراتر از مهارت‌های معیار در PCIT دست بزند و به والدین مجموعه‌ای از روابط متقابل پیچیده را آموزش دهد، ارائه می‌دهیم. (مانند تشخیص و کار در حد سطح رشد کودکشان، استفاده از حرکات دست و صورت و کیفیت صدا، تشویق خودمختاری کودک در هنجارهای رشدی، حمایت از خودباوری و تلاش برای حل مسئله، تقلیل خشم و کج خلقی).

*استفاده از داده‌ها برای هدایت درمان:* اگرچه PCIT یک برنامه دارای دستورنامه یا راهنمای اجرا است و برای هر جلسه اهداف مشخصی دارد، اما برخوردار از رویکردی چون یک کتاب آشپزی نیست (باهل، اسپالدینگ، و مک نیل، ۱۹۹۰؛ گرکو، سورل و مک نیل، ۲۰۰۱؛ مک نیل، فیل چک، گرکو، ویر و برنارد، ۲۰۰۱). درمان برای هر کودک و خانواده به صورت خاص طراحی شده و بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده در هر جلسه تنظیم می‌شود. روابط متقابل والد - کودک در ابتدای هر جلسه رمزگذاری می‌شود تا پیشرفت خانواده به سمت معیار تسلط از پیش تعیین شده مشخص شود. این اطلاعات بر هدایت رهبری در آن جلسه تأکید می‌کند. برای مثال، یکی از معیارهای تسلط PDI این است که ۷۵ درصد فرامین خانواده باید "مؤثر" باشد (مانند عبارت‌های مستقیم و مثبت). چنانچه در بین رمزگذاری مشخص شود که والدی به مقدار زیاد از فرامین غیرمستقیم استفاده کرده است، درمانگر بر آموزش و رهبری افزایش استفاده از فرامین مستقیم تمرکز می‌کند. والدین باید قبل از پیشرفت به مرحله PDI درمان، بر معیارهای CDI مسلط شده باشند؛ و برای اینکه بتوانند درمان را به پایان رسانند، باید معیارهای تسلط بر مهارت‌های PDI را خوب یاد گرفته باشند. بنابراین، اگرچه PCIT اغلب یک مداخله کوتاه‌مدت است اما محدود به زمان نمی‌باشد. تعداد جلسات ممکن است بین خانواده‌ها بسیار متغیر باشد لکن سعی می‌شود هر خانواده بهترین تعداد جلساتش را دریافت کند.

توجه و حساسیت نسبت به مسائل رشدی: بسیاری از کودکان خردسال طی دوران رشد طبیعی خود حالت‌های نافرمانی، پرخاشگری و رفتارهای بیش فعالانه را نشان می‌دهند. در بسیاری از کودکان،

مشکلات رفتاری در حدود سن سه‌سالگی به اوج می‌رسد و در طی سال‌های باقیمانده پیش از دبستان تقلیل می‌یابد. ماهیت مشکلات رفتاری که معمولاً از سوی نمونه‌های پیش‌دبستانی دیده می‌شوند مشخصاً مربوط به موانع رشدی خاصی است که کودک با آن روبه‌رو شده است (فورهند و ویرسون، ۱۹۹۳). برای مثال کودکان در سن ۲ یا ۳ سالگی، به دنبال استقلال و خودمختاری هستند. وقتی که آنها درگیر این تکالیف رشدی هستند، ممکن است هنگام ناکامی در انجام یک کار، نسبت به والدین نافرمان و بدقلق شوند. برای یک کودک سه‌ساله خیلی مهم است که خودش بدون کمک والدین کارها را انجام دهد. این نیاز رشدی می‌تواند موجب رویارویی شدید والد - کودک شود. والدینی که مانع از ریختن آب‌میوه روی زمین توسط کودک می‌شوند یا آنها را از انجام کارها منع می‌کنند، تابستانی موردعلاقه‌اش را در سرمای زمستان بپوشد، ممکن است چنین نیازهای استقلال‌طلبانه مستقیمی را زیاد تجربه کنند.

میزان فرمان‌برداری کودک در جریان رشد طبیعی به عنوان تابعی از چگونگی اندازه‌گیری آنها، متغیر است؛ لیکن اغلب پیش‌دبستانی‌ها حدود ۵۰ تا ۷۰ درصد از تقاضاهای والدین‌شان را اطاعت می‌کنند (شرودر و گوردن، ۱۹۹۱). زمانی که کودکان پیش‌دبستانی توانایی زبانی بیشتری پیدا می‌کنند، طبیعت نافرمانی آنها از مبارزه ساده مستقیم به مذاکره پیچیده‌تر و سپس امتناع یا به تعویق انداختن اطاعت تغییر می‌کند (کینزینسکی، کوکانسکا، ردکی - یارو، و گیرونوس - بروان، ۱۹۸۷). بهانه‌هایی که برای اطاعت نکردن از درخواست‌های والدین می‌شنویم اغلب بازتاب بهانه‌هایی است که بچه‌ها از والدین شنیده‌اند، مانند: «نمی‌توانم، سرم درد می‌کند»، «وقت ندارم»، «الآن خیلی گرفتارم» یا «بعدازاینکه بازی کردم انجام می‌دهم».

انتظار می‌رود کودکان خردسال، در سن ۴ تا ۵ سالگی شروع به بازی دسته‌جمعی با بچه‌های دیگر کنند. در این سن رفتارهای مسئله‌سازی مانند خشونت، ناتوانی در تقسیم چیزها و سختی در رعایت نوبت تا حدی طبیعی است. وقتی کودکان پیش‌دبستانی یاد می‌گیرند احساساتشان را تنظیم کنند و از شیوه‌های ماهرانه مذاکره زبانی برای حل مشکلات استفاده نمایند، خشونت‌شان نسبت به بچه‌های دیگر کاهش می‌یابد. این تجارب حیاتی پیش از دبستان در یادگیری چگونگی تعامل مؤثر با همسالان، زمینه را برای سازگاری اجتماعی در کودکستان و اوایل دبستان آماده می‌کند.

ما از طریق PCIT، نکاتی را در مورد انتظارات مناسب رشدی به والدین آموزش می‌دهیم. بعضی وقت‌ها متوجه می‌شویم که والدین نسبت به آنچه کودک‌شان باید انجام دهد انتظارات غیرواقعی دارند (مانند اینکه یک کودک پیش‌دبستانی اتاقش را خودش به طور مستقل تمیز کند). بعضی وقت‌ها ما متوجه می‌شویم که والدین بیش‌ازاندازه کارهای کودک‌شان را انجام می‌دهند و باعث اختلال در رشد مهارت‌های خودیاری متناسب با سن می‌شوند (مانند پوشاندن لباس به بچه ۴ ساله). یک مربی PCIT