

درمان‌های مبتنی بر پذیرش و  
ذهن آگاهی برای کودکان و نوجوانان  
راهنمای متخصصان

# فهرست

پیشگفتار.....	۹
سخن ناشر.....	۱۱
خوانندگان محترم.....	۱۳
<b>بخش ۱: مسائل اساسی در ارزیابی و درمان.....</b>	<b>۱۷</b>
فصل ۱: پذیرش و ذهن آگاهی برای کودکان و نوجوانان: وقتشه!.....	۱۹
فصل ۲: درمان های رفتاری موج سوم برای کودکان و نوجوانان: فرآیندها، چالش ها و تمهیدات آینده.....	۳۰
فصل ۳: ارزیابی و سنجش فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی در کودکان.....	۵۳
<b>بخش ۲: کاربرد برای جمعیت های خاص.....</b>	<b>۷۷</b>
فصل ۴: درمان اضطراب با ذهن آگاهی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان.....	۷۹
فصل ۵: پذیرش و پای بندی برای درمان درد مزمن اطفال.....	۱۰۷
فصل ۶: رفتاردرمانی دیالکتیک برای نوجوانان دارای ویژگی های مرزی.....	۱۳۴
فصل ۷: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان سنین مدرسه.....	۱۶۲
فصل ۸: درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی برای اختلالات بیرونی ساز دوران کودکی.....	۱۸۹
فصل ۹: پذیرش، تصویر بدنی و سلامتی در نوجوانان.....	۲۱۶
<b>بخش ۳: ادغام کردن پذیرش و ذهن آگاهی در بافت های اجتماعی بزرگ تر.....</b>	<b>۲۴۷</b>
فصل ۱۰: فرزندپروری ذهن آگاهانه: فرآیند جستجوی قیاسی.....	۲۴۹
فصل ۱۱: ادغام درمان مبتنی بر پذیرش و پای بندی در مراقبت اولیه اطفال.....	۲۶۹
فصل ۱۲: نقش مشاوره رفتاری در ارتقای پذیرش در مدارس.....	۲۹۹
راهنمای اصلی برای استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی و پذیرش برای کودکان و نوجوانان.....	۳۲۳
واژه نامه انگلیسی به فارسی.....	۳۲۵
واژه نامه فارسی به انگلیسی.....	۳۲۷

# پیشگفتار

تدوینی به موقع و بی نظیر از جدیدترین رویکردهای موج سوم رفتاری به منظور آموزش پذیرش و پایبندی و ذهن آگاهی به جمعیت جوان تر

- دکتر زیندل وی. سگال، پروفیسور روان پزشکی و روانشناسی دانشگاه تورتو و نویسنده کتاب طریقت ذهن آگاهی در افسردگی

کتاب حاضر از نظر کاربرد درمان های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی در مشکلات جسمانی و روان شناختی کودکان و نوجوانان کاملاً برجسته است. این کتاب از نظر فراهم کردن اطلاعات جامع، گسترده و کاربردی در درمان های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهانه کودکان و نوجوانان تأثیرگذار و بی نظیر است. مطالب کتاب به شیوه ای واضح، جامع و بر مبنای به روزترین و معتبرترین منابع گردآوری شده است. تمرکز اصلی کتاب بر کاربرد درمان های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی برای جمعیت های خاص (از جمله کودکان مضطرب، اختلالات برون سازی، دردهای مزمن و غیره) و همچنین در زمینه های اجتماعی گسترده (والدین، معلمان، محیط های مراقبت اولیه از جمله مدرسه) است. در کل این کتاب به شیوه ای منحصر به فرد و عالی تمام مسائل کلیدی را پوشش می دهد و امروزه می تواند منبعی معتبر و مهم برای متخصصان سلامت روان کودک باشد. مطالعه این کتاب برای متخصصان سلامت روان و متخصصان سلامت کودک علاقه مند به درک و کاربرد درمان های ذهن آگاهانه در بالین و پژوهش، توصیه می شود.

- دکتر آنت ام. لاگرکا، پروفیسور روان شناسی و روان پزشکی کودک دانشگاه میامی و ویراستار مجله مشاوره و روان شناسی بالینی

برای خوانندگان علاقه مند به درمان های پذیرش و ذهن آگاهی در کودکان و نوجوانان، کتاب حاضر قطعاً بر فرآیندهای کنونی و افق فکری حاضر، متمرکز است.

- دکتر بروس اف. کورپیتا، پروفیسور روان شناسی بالینی در گروه روان شناسی دانشگاه کالیفرنیا، لس آنجلس و نویسنده کتاب درمان شناختی رفتاری اختلالات اضطرابی کودکان

کتاب نوآورانه هیز و گرکو دربارهٔ درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی کودکان و نوجوانان برای دانشجویان و دانشگاه‌ها منبعی جدید و ارزشمند است. خوانندگان از پوشش گسترده و کاربرد خلاقانه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در جمعیت‌های خاص (اختلالات اضطرابی، درد مزمن و غیره) و محیط‌های متعدد (مهدکودک‌ها و مدارس) قدردانی خواهند کرد. این کتاب مبنایی برای کاربرد بالینی و پژوهشی در حیطه‌های بدیع و مهم است.

- دکتر دنیس دروتر، پروفیسور روان‌پزشکی کودک و مدیر مرکز ارتقا خود

مدیریتی در علوم رفتاری و روان‌شناسی بالینی در بیمارستان و مرکز

پزشکی کودکان سین سیناتی

این کتاب پیشگامانه گام مهمی در توسعه درمان‌های مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی در کودکان و نوجوانان است. کتاب حاضر بسیاری از چالش‌های مفهومی در انتقال این رویکرد از بزرگسالان به کودکان و خانواده‌هایشان را برجسته می‌سازد. فصول پیش رو دامنه وسیعی از مشکلات کودکان و مشکلات محیطی را پوشش می‌دهند و شامل مثال‌هایی غنی دربارهٔ نحوه به‌کارگیری این رویکرد هستند. کتاب مذکور موردعلاقه بسیاری از متخصصان و دانشجویان رشته‌های مختلف که قصد دارند کارشان را به حوزه‌های جدید و خلاقانه گسترش دهند قرار خواهد گرفت. با توسعه و آزمودن درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی در علوم تجربی، امکان پیشرفت رویکردهای حاضر در زمینهٔ درمان‌های خانواده، کودکان و به‌طور وسیع‌تر، در زمینهٔ تغییرات فرهنگی به‌وجود می‌آید.

- دکتر اریک جی. مش، پروفیسور روان‌شناسی در دانشگاه کالگری

# بخش ۱

مسائل اساسی در ارزیابی و درمان

# فصل ۱

## پذیرش و ذهن آگاهی برای کودکان و نوجوانان: وقتشه!

استیون سی. هیز  
لاری ا. گرکو

پدید آمدن حوزه‌ای جدید بسیار هیجان‌انگیز است و در طول سال‌های گذشته در درمان‌های موج سوم رفتاری و شناختی (هیز، ۲۰۰۴) مانند درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی (ACT) (هیز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹)، رفتاردرمانی دیالکتیک<sup>۱</sup> (DBT) (لینهان، آرمسترانگ، ۱۹۹۳)، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۲</sup> (MBCT) (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۳</sup> (MBSR) (کاباتزین، ۱۹۹۴) شاهد آن بوده‌ایم. این روش‌ها از مدل‌های درمان شناختی رفتاری سنتی در درمان رویدادهای خاص (مانند تجارب درونی مثل افکار، احساسات و حس‌های بدنی) متمایز شدند و درمان‌های مبتنی بر پذیرش از جمله آنهایی که در این کتاب توصیف شده‌اند، به جای هدف‌گیری و تلاش مستقیم برای تغییر محتوا، فراوانی و شکل افکار و احساسات، به دنبال تغییر عملکرد پدیده‌های درونی و کاهش تأثیرات رفتاری آنها هستند.

اکنون شاهد این هستیم که این روند گام دیگری در جهت کاربرد این شیوه‌ها برای کودکان و نوجوانان و خانواده‌ها برداشته است. به طور گسترده کتاب‌های اصلی در مورد مداخلات مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی در بزرگسالان چندین سال وجود داشته است اما کتاب حاضر نخستین کتابی است که در مورد کاربرد این روش‌ها در مورد کودکان و نوجوانان نوشته شده است. کار در زمینه پذیرش و

---

1. Dialectical behavioral therapy  
2. Mindfulness-based cognitive therapy  
3. Mindfulness-based stress reduction

پای‌بندی در کودکان همچنان در دوره طفولیت خود است. اثربخشی و کارآمدی رویکردهای موج سوم رفتاری به‌طور تجربی برای دامنه وسیعی از اختلالات بالینی بزرگ‌سالی اثبات‌شده است (بائر، ۲۰۰۳؛ گراسمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ هیز و همکاران، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر مطالعات اثربخشی و روش‌شناسی در باب متعادل‌سازی، متناسب‌سازی و ادغام رویکرد پذیرش در رفتاردرمانی کودکان و نوجوانان آغاز شده است. این نه‌تنها بدین معنی است که مطالعات پژوهشی در حال انجام هستند بلکه به این معناست که این حوزه در حال آماده شدن برای چالش‌های عملی، مفهومی، تکنیکی و فلسفی است که باید به آنها پرداخته شود.

## چالش‌های مشترک

برخی از این چالش‌ها بین بالینگران و دانشمندان علاقه‌مند به حوزه پذیرش و پای‌بندی بزرگسالان مشترک است. با ظهور و تحول سریع نسل سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری، علوم بالینی تجربی پا به حیطه‌ای گذاشتند، حیطه‌ای که در گذشته «کمتر تجربی» دانسته می‌شد یا حتی دانشمندان و متخصصان را در پرداختن به علوم طبیعی محدود می‌کرد. بنابراین مسائل پای‌بندی، ذهن‌آگاهی، ارزش، معنویت، شفقت و بخشش پا به عرصه گذاشتند. فرآیند درمان نقش مهمی در محتوا دارد و رابطه مراجع و درمانگر مؤلفه اساسی درمان است. با گسترش تمرکز بر مفاهیم «پیش‌علمی»<sup>۱</sup> در فرآیند درمان و تأکید مجدد بر رابطه درمانی چالش‌های بالینی و اخلاقی نمایان می‌شوند که پاسخگویی به آنها نیازمند سال‌ها زمان است.

## مفاهیم علمی و پیش‌علمی

مفاهیم پای‌بندی و ذهن‌آگاهی از سنت‌های مذهبی و معنوی ظهور کرد. گرچه در تمام مذاهب چنین مسائلی اهمیت دارد اما واضح است که تأکید مذهب شرقی بر پای‌بندی و ذهن‌آگاهی بیشتر است. وارد کردن علم غربی به مرکز این سنت‌ها دشوار است. بودائیسیم، تائوئیسم و سایر سیستم‌های مشابه پیش‌علمی هستند و وقتی به حال خود رها می‌شوند، مفاهیم علمی محسوب نمی‌شوند. هرچند وادار کردن آن‌ها به ساخت نظریه‌ها و روش‌ها که مطابق با مفاهیم علمی باشند، بی‌حرمتی به‌نظر می‌رسد اما این وظیفه‌ای است که باید انجام شود. برخی فکر می‌کنند که با تعریف صرف بودائیسیم به عنوان یک علم می‌توان از این امر صرف نظر کرد، اما این کار زمانی شدنی است که علم به خودی خود مجدد تعریف شود و برای آن باید هزینه زیادی پرداخت شود.

این مسئله را می‌توانید به وضوح در تعریف دقیق ذهن‌آگاهی ببینید. کاهش استرس مبتنی بر

ذهن‌آگاهی از جمله اولین برنامه‌هایی بود که روش‌های شرقی مانند مدیتیشن و یوگا را در درمان درد مزمن<sup>۱</sup> و بیماری ادغام می‌کند. به نظر می‌رسد MBSR که در کلینیک‌های سراسر دنیا ارائه می‌شود، برای طیف وسیعی از مشکلات، از جمله استرس و شکایت‌های روان‌تنی مفید باشد (گراسمن و همکاران، ۲۰۰۴). جان کابات-زین مبتکر MBSR، ذهن‌آگاهی را این‌گونه تعریف می‌کند: «توجه به شیوه‌ای خاص: از روی هدف، در لحظه فعلی و بدون قضاوت» (کابات-زین، ۱۹۹۴، ص ۴). مفهوم پردازی DBT از ذهن‌آگاهی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌ها است که «فرآیند عمدی مشاهده، توصیف و مشارکت در واقعیت بدون قضاوت، در لحظه و همراه با اثربخشی» را شامل می‌شود (دیمیدجیان و لینهان، ۲۰۰۳، ص ۲۳۰). آلن مارالت آن را چنین تعریف می‌کند: «توجه کامل فرد به تجربه حاضر به صورت لحظه به لحظه» (مارالات و کریستلر، ۱۹۹۹، ص ۶۸). لانگر، ذهن‌آگاهی را به عنوان «یک حالت ذهنی انعطاف‌پذیر توصیف می‌کند که در آن ما به طور فعالی درگیر زمان حال هستیم و متوجه چیزهای جدیدی می‌شویم و نسبت به زمینه حساس هستیم. این مساله از بی‌فکری<sup>۲</sup> متمایز است. «زمانی که ما به جای عمل بر اساس زمان حال بر اساس حسی عمل می‌کنیم که حاصل رفتار ما در گذشته است، ما در یک دیدگاه سخت و غیر منعطف گیر افتاده‌ایم و از روش‌های جایگزین شناخت غافل هستیم» (لانگر، ۲۰۰۰، ص ۲۲۰). بیشاپ و همکاران (۲۰۰۴، ص ۲۳۲) ذهن‌آگاهی را در دو بخش تعریف می‌کنند: (۱) «خودتنظیمی توجه به گونه‌ای که بر تجربه اکنون متمرکز باشد، در نتیجه سبب افزایش شناخت مجدد رویدادهای ذهنی در لحظه حال می‌شود»؛ (۲) «جهت‌گیری خاصی نسبت به تجربیات فرد در لحظه حاضر، جهت‌گیری که با کنجکاو، گشودگی و پذیرش مشخص می‌شود».

مفهوم پردازی‌های متعدد ذهن‌آگاهی از نظر سطح تحلیل متفاوت هستند. آنها به طور متنوعی روی فرایندهای روان‌شناختی، نتایج، تکنیک‌ها یا روش‌های کلی تمرکز می‌کنند (هیز و ویلسون، ۲۰۰۳). اصطلاحاتی که در این تعاریف گنجانده شده‌اند، اغلب خود اصطلاحات علمی فنی نیستند یا اگر چنین باشند، بحث برانگیز هستند و از نظر معنا مورد توافق نیستند. این فهرست دلهره آور است و شامل اصطلاحاتی مانند توجه، هدف، قصد، لحظه حاضر، تجربه، حالت ذهنی، رویدادهای ذهنی، افکار، احساسات، قاضی نبودن و گشودگی است. هر یک از اینها می‌تواند سال‌ها کانون بحث و جدال باشد. یک تعریف علمی مدرن از ذهن‌آگاهی که مبتنی بر یک نظریه آزمایش‌پذیر باشد و در آن همه اصطلاحات به خوبی تعریف شوند و مورد تحقیق قرار بگیرند مورد نیاز است (هیز، ۲۰۰۲). برخی از آنها ارائه شده‌اند (فلچر و هیز، ۲۰۰۵) اما همانطور که کتاب حاضر نشان خواهد داد هنوز توافق حاصل نشده است.

## تمرکز بر فرآیند

تمرکز بر فرآیند تغییر آن‌هم زمانی که متمایل به علوم تجربی شده است، آسان نیست. براساس اتحادیه غذا و دارو، در طول سی سال گذشته بر مطالعات تصادفی به‌خوبی کنترل‌شده پروتکل‌های درمان‌های روانی اجتماعی بسیار تأکید شده است و این رویکرد سبب غفلت از فرآیند تغییر زیربنایی در آن شده است. مطالعه عوامل زیربنایی فرآیند تغییر در روش‌های درمان شناختی رفتاری سنتی مدتی است مورد بررسی قرار گرفته است اما توسط مطالعات تحلیل عوامل میانجی (لانگمور و ول، ۲۰۰۷) و مؤلفه‌ای (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶) حمایت نشده است. خوشبختانه به نظر نمی‌رسد این موضوع در مورد نسل سوم درمان‌های شناختی رفتاری صادق باشد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) اما حوزه تجربی دانش بالینی همچنان با جهت‌گیری فرآیندهای جزء به کل راحت نیست.

## رابطه درمانی

رابطه درمانی نشان‌دهنده مسائلی مشابه آنچه مطرح شده است. برخی اوقات این برداشت وجود دارد که اتحاد درمانی با نتیجه بالینی همبسته است (هورات، ۲۰۰۱) اما این جمله به معنای فهم چگونگی ارتقا ارتباط درمانی نیست (پیرسون و هیز، ۲۰۰۷). بنا بر دلایل زیر انجام کار آزمایشی بر ارتباط درمانگر-مراجع آهسته بوده است: تعریف رابطه درمانی، سنجش آن، مفهوم‌پردازی و اصلاح آن دشوار است و صرفاً با اذعان به اهمیت این رابطه مشکل حل نمی‌شود.

## چالش‌های منحصربه‌فرد

چالش‌های یک متخصص بالینی یا پژوهشگر برای به کار بردن درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی با کودکان منحصراً مربوط به جمعیت هدف است. یک چالش آشکار این است که چگونه روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌گونه‌ای متناسب با سن به کار ببریم؟ چندین فصل را به این موضوع می‌پردازیم. این مشکلات نامحسوس‌تر از آن هستند که بتوان آنها را شناسایی کرد. با این وجود بیابید به تعدادی از این چالش‌های مفهومی و عملی و مسائل مرتبط با درمان کودکان و نوجوانان بپردازیم.

## تضعیف آنچه می‌خواهید ایجاد کنید

ذهن‌آگاهی و پذیرش غلبه انواع خاصی از قوانین زبانی یا شیوه تفکر را تضعیف می‌کند. حل مسئله معمول انسان متمرکز بر آینده و حالت ذهنی قضاوتی است. درواقع آنها سبک‌های تفکری هستند که ذهن‌آگاهی به دنبال مهار آنها است. فرآیند تفکر عادی منجر به قضاوت و اجتناب از افکار و

احساسات دشوار می‌شود، بنابراین این فرآیند بسیار اهمیت دارد زیرا پذیرش و پای‌بندی برای مقابله با آن طراحی شده است.

همین‌که کودکان شروع به صحبت کردن می‌کنند، آنها شروع می‌کنند به استخراج قوانین و قواعد عینی یا انتزاعی از تجارب و تعاملاتی که با جامعه کلامی-اجتماعی خود دارند (مانند والدین، معلم، همسالان و همشیره‌ها). آنها نیاز دارند تا دربارهٔ آینده و پیامدهای احتمالی رفتارشان فکر کنند و به صورت تحلیلی و قضاوتی ویژگی رویدادها را مقایسه کنند. بسیاری از قواعد و قوانین برای سنین مدرسه ضروری و سازگارانه هستند. بر همین اساس زمانی که تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش را برای کودکان طراحی می‌کنیم چالش‌های خاصی به وجود می‌آیند. به عنوان مثال با توجه به اهمیت تحول فرآیندهای حل مسئله چه زمانی و چگونه به کودکان آموزش دهیم که به قواعد کلامی به طور انعطاف پذیر پاسخ دهند؟ این مسائل برای کودکان و موفقیت‌های آنها در محیط‌ها و شرایط مختلف چالشی هستند. پیامدهای احتمالی آموزش به کودکان در مورد «کنترل زبان» به ویژه در مدت اولیه رشد زبان چیست؟ ما هنوز جواب این سؤالات را نمی‌دانیم و همچنین با وجود اجرا تکنیک‌ها برای کودکان، نادیده گرفتن این سؤالات ناخوشایند خواهد بود. این قبیل سؤالات می‌توانند فرصتی را برای فهم عمیق‌تر فرآیندها و ساختارهای نظری فراهم کنند. به منظور متعادل‌سازی تکنیک‌ها که هم در کنترل کلامی ایجاد و هم مهار می‌شوند، نیازمند فهم عمیق‌تر این مسئله هستیم که تفکر به خودی خود چگونه کار می‌کند؟

این گفته زن کوآن «آیا یک سگ طبیعت بودایی دارد؟» ما را به فکر فرو می‌برد که ذهن‌آگاهی برای از بین بردن کنترل شناختی نیست، چراکه یک موجود بدون کلام نمونهٔ کامل آگاهی و ذهن‌آگاهی است. در عوض، برای آموختن شیوه جدید تفکر مشترک میان آگاهی نوزاد و حیوان مفید است. ضروری است که این تمرین و کیفیت آگاهی را با روش‌های متداول‌تر تفکر تحلیلی مطابقت دهیم. برای محقق ساختن این هدف باید روش‌های کودک دوستانه‌ای ایجاد کرد تا حالت ذهنی (شیوه تفکر) را تحت کنترل بهتر محیطی قرار دهیم. آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش به کودکان باید به گونه‌ای گسترش یابد تا تعارض بین شیوه‌های تعامل کلامی با محیط اطراف کودکان ایجاد نشود. برای پیدا کردن این تعادل باید دربارهٔ ذهن‌آگاهی بیشتر بدانیم؛ بنابراین، به نظرمی‌رسد که کار با کودکان احتمالاً یک نظریهٔ علمی را در حوزه ذهن‌آگاهی به وجود بیاورد و حتی اکنون به دنبال مسیری است که اولین بار به وسیلهٔ متخصصان و محققان روان‌درمانی بزرگسال ایجاد شد.

### آنچه را می‌گوییم انجام دهید نه آنچه را انجام می‌دهیم

ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که صریحاً یا ضمناً آموزش می‌دهد که عمیقاً آسیب زدن، خوب

نیست. در فرهنگ غربی، اغلب ابراز هیجان توصیه می‌شود. در واقع بزرگسالان از کودکان می‌خواهند کاری را انجام دهند که خود آنها نمی‌دانند این کار چگونه انجام می‌شود. برای مثال والدی به کودک خود می‌گوید «گریه کردن را تمام کن». این عبارت عملاً به کودک می‌گوید «چون من با دیدن ناراحتی تو قادر به کنترل ناراحتی خود نیستم، تو خودت را کنترل کن چون من نمی‌توانم خودم را کنترل کنم». کودکان در چنین شرایطی یاد می‌گیرند ساکت باشند، خود را سرکوب کنند و پیام‌های اجتناب هیجانی و کنترل را درونی کنند. متأسفانه، کودکانی که در حال اجتناب یا محدود کردن هیجانات خود هستند، در بزرگسالی از والدین خود بهتر نخواهند بود. در واقع وقتی ما به تاریخچه شخصی خود برمی‌گردیم، آرزو می‌کنیم که ای‌کاش به‌عنوان کودک یاد گرفته بودیم (مستقیماً یا با مثال بزرگسال) که آسیب دیدن و آسیب‌پذیر بودن خوب است و نیازی نیست از تجارب خود پنهان شویم، مهم نیست چقدر این تجارب دردناک و غیرقابل تحمل باشند و اینکه ما در درد و رنج خود تنها نیستیم.

وقتی پذیرش و ذهن‌آگاهی به بافت‌های فرهنگی وارد می‌شوند که از کنترل هیجانی حمایت می‌کنند، کودکان اساساً یاد می‌گیرند که چگونه چیزی را درست انجام دهند که بسیاری از بزرگسالان آن محیط نمی‌دانند چگونه انجام دهند. اگر این به‌درستی قابل مدیریت و اجرا نباشد، ممکن است کودکان پیام‌های متعارضی دریافت کنند برای مثال بعضی از بزرگسالان از آنها می‌خواهند هیجانات خود را سرکوب کنند درحالی‌که سایر بزرگسالان ابراز هیجانی را توصیه می‌کنند. به همین دلیل روان‌درمانی کودک و نوجوان از روان‌درمانی بزرگسال یا از رابطه درمانی نمی‌تواند جدا باشد. هنگام کار کردن با جوان‌ترها، در نظر گرفتن بافت‌های اجتماعی مثل خانواده‌ها، مدارس، همسایگان و جوامع و مداخله در آن ضرورت دارد. این فرآیند می‌تواند درون رابطه درمانی شروع شود، اما این مسئله برای ما به‌عنوان درمانگران تعیین‌کننده است که تصدیق کنیم که می‌دانیم عمیقاً رنج بردن شبیه چیست و ذهن‌آگاهی و پذیرش درد روان‌شناختی خود را الگوسازی کنیم. بدون انجام این کار، هنوز در حال ایجاد نمونه غم‌انگیز دیگری از «آنچه را می‌گویم انجام دهید نه آنچه را انجام می‌دهم» هستیم.

### سؤال در مورد آنچه یک نفر نمی‌داند

ارزیابی پذیرش و ذهن‌آگاهی یک حوزه در حال توسعه پژوهشی است و در حال حاضر دامنه وسیعی از ابزارها برای بزرگسالان (بایر، اسمیت و آلن ۲۰۰۴، هیز، استراسالو همکاران ۲۰۰۴) و کودکان سنین مدرسه (گریکو، لامبرت، بایر، فصل ۳ این کتاب را ببینید) در دسترس است. چالش‌های زیادی در ارزیابی شیوه‌های ذهن‌آگاهی با استفاده از خودسنجی وجود دارد (بایر، اسمیت، هاپکینز، تونی، ۲۰۰۶) که این چالش‌ها، اغلب اوقات هنگام سروکار داشتن با کودکانی افزایش می‌یابند که نمی‌توانند بخوانند یا نمی‌توانند گزارش‌های درستی از تجارب درونی خود ارائه دهند. در آن زمان،

مشخص نیست که ما چگونه در غیاب خودسنجی، اندازه‌گیری فرآیندهای پذیرش و ذهن‌آگاهی در کودکان را آغاز کنیم.

مشابه سایر چالش‌های اینچنینی، این مشکل فرصت مهمی را در اختیار ما قرار می‌دهد. کار با کودکان زمینه را برای گسترش دیدگاه ارزیابی مناسب فرآیندهای ذهن‌آگاهی، ایجاد خواهد کرد که باعث می‌شود این حوزه فراتر از خودسنجی برود. واضح است که تقاضای خودسنجی از کودکان خیلی کوچک دربارهٔ حالات ذهنی آنها، منفعت محدودی خواهد داشت. این حوزه نمی‌داند که چگونه ذهن‌آگاهی را از نظر رفتاری ارزیابی کند، اما باید یاد بگیرد. این حوزه باید بداند که آیا روش‌های عصب زیستی در ارزیابی ذهن‌آگاهی در کودکان، قابل اطمینان و مفید هستند.

چنین سؤالاتی درک ما را از لایه‌های زیستی این فرآیندها عمق می‌بخشد. مسائل ارزیابی کودکان، ما را به سطوح مختلف تجزیه و تحلیل می‌برد. برای مثال ما باید یاد بگیریم که چگونه ذهن‌آگاهی را درون بافت روابط والد-فرزند و دانش آموز-معلم ارزیابی کنیم. ما باید یاد بگیریم که فرزند پروری آگاهانه یا آموزش آگاهانه رفتاری شبیه چیست؟ اگر قصد داشته باشیم که پذیرش و ذهن‌آگاهی را در کلاس‌ها و جوامع بزرگ‌تر ادغام کنیم، باید تعریف کنیم که این فرآیند شبیه چیست و تعیین کنیم چگونه آنها را در سرتاسر بافت‌های اجتماعی فرهنگی وسیع‌تر اندازه‌گیری کنیم. این مسائل مکرراً در مورد سازه‌های مرتبط همچون شفقت به خود، بخشش، سرزندگی لحاظ خواهد شد.

### ایجاد یک فرهنگ آگاه‌تر

درمان پذیرش و ذهن‌آگاهی بزرگسالان با تمرکز بر مسائل بالینی شروع می‌شود. درمان پذیرش و ذهن‌آگاهی در کودکان همان فرآیندها را نشان می‌دهد. اگر پذیرش و ذهن‌آگاهی برای درد، اضطراب و افسردگی کودکان به کار برده شود، می‌تواند از مشکلات کودکان جلوگیری کند. مهم نیست یک نفر از کجا شروع می‌کند، بلکه آنچه به جدل پایان می‌بخشد، این است که چگونه یک فرهنگ آگاه‌تر ایجاد کنیم که شبیه فرآیند طبیعی است. دیدن محدود شدن روش‌ها و مسائل ایجادشده در ذهن‌آگاهی و پذیرش به کلینیک دشوار است.

مسائل فرهنگی بزرگسالان به شیوه‌ای مغرضانه کار با کودک را دشوار می‌کند. این یک جنبه هیجان‌انگیز از درمان پذیرش و ذهن‌آگاهی با کودکان است. طراحی و مدیریت تغییر فرهنگی دشوار است اما تأثیری دارد که هیچ مجموعه‌ای از روش‌های روان‌درمانی (مهم نیست چقدر زیاد استفاده شوند) نمی‌توانند ایجاد کنند. در اینجا، مسئله دربارهٔ چیز جدیدی نیست بلکه تمرکز کردن بر استعداد غیرقابل انکار علوم بالینی تجربی برای تأثیر گذاشتن بر تغییر فرهنگی اهمیت دارد. علوم بالینی نقش و صدای مهمی در فرهنگ دارند. افزودن این صدا به مکالمه، باعث می‌شود گفتگو از مسائل معنوی به

مسائل مربوط به سلامتی، تندرستی و آموزش گسترش یابد. با ایستادن در رأس این موضوعات، افق تغییرات فرهنگی گسترده قابل‌رؤیت است حتی اگر هنوز به اینجا نرسیده باشد.

### مسائل تکنیکی

**یکپارچگی درمان:** ظاهراً بسیاری از درمان‌های بزرگسالان که از روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی استفاده می‌کنند، مستقل و خودکفایی هستند (کابات-زین ۱۹۹۴)، درحالی که چنین روش‌هایی به‌عنوان قسمتی از مدل کلی، به‌طور اختصاصی به‌روش‌های رفتاری سنتی مربوط می‌شوند (هیز و همکاران ۱۹۹۹). واضح است که در کار بالینی با کودکان، ما نیاز داریم یاد بگیریم چگونه روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی را با درمان‌های موجود کودک ادغام کنیم. همچنان ما شاهد جنبش‌هایی در مسیر ادغام برنامه‌های کودکان و نوجوانان از جمله ادغام پذیرش، ذهن‌آگاهی و آموزش والدین یا پذیرش، ذهن‌آگاهی و مدیریت وابستگی<sup>۱</sup> یا پذیرش، ذهن‌آگاهی و آموزش مهارت‌ها هستیم. این مسئله در مورد ذهن‌آگاهی و پذیرش بزرگسال هم صدق می‌کند و همه این‌ها با یکدیگر نظریه‌ها و فناوری‌های یکپارچه‌تر را ایجاد می‌کنند.

**روش‌های جدید مداخله:** کار با کودکان، بالینگران و پژوهشگران را به‌روش‌های جدید مداخله سوق می‌دهد. اخیراً روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی با روش‌های مناسب کودکان مثل بازی کردن یا قصه گویی مورد استفاده قرار می‌گیرند. در نتیجه این ابتکارات بالینی با کودکان، مشاهده‌ای که دانشمندان بالینی تجربی برای اولین بار با بازی‌های ویدیویی، نقاشی کردن، آواز خواندن، نمایشنامه و... کار می‌کنند، فراتر از تصور نیست. اگر ارزش‌های علمی از ابتدا ملاک بررسی قرار نگیرند، این کار می‌تواند حوزه ما را گسترش دهد.

**جمعیت‌ها و روش‌ها:** روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی تأثیر و کاربرد وسیعی دارند. به همین جهت، پژوهشگران و بالینگران معمولاً ذهن خود را از این سؤال که آیا جمعیت‌های خاصی وجود دارند که این روش‌ها برای آنها مناسب یا نامناسب باشد، دور می‌کنند. از لحاظ بالینی، شاید بعضی مسائل واضح‌تر باشند و در مورد کودکان نتوان از آنها چشم‌پوشی کرد. برای مثال، کودک مبتلابه اختلال سلوک، بر اساس اینکه چگونه با درد هیجانی خود چالش می‌کند، به‌طور چشمگیری از کودک منزوی متفاوت است. کودک مبتلابه اختلال سلوک ممکن است مراجع قدرت را سرزنش کند، از مسئولیت شخصی فرار کند و قراردادهای اجتماعی مهم را نقض کند. کودک منزوی معمولاً ارزش‌های شخصی

مهم خود را تغییر می‌دهد تا تأیید بزرگسالان مهم زندگی خود را به دست آورد. حتی اگر روش‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش در مورد هر دو کودک، به یک شکل اجرا شوند، بعید است که بتوانیم از برخی مسائل اجتناب کنیم مثل اینکه چگونه نظم بخشی کلامی بهتری ایجاد کنیم در حالی که در عین حال بر واقعیت کلامی کمتر تأکید می‌کنیم. وقتی بر این چالش‌ها چیره شویم، درک ما از پذیرش و ذهن‌آگاهی غنی خواهد شد.

## اهداف و ساختار این کتاب

کتاب حاضر بر کاربرد درمان برای جمعیت کودک و نوجوان در موقعیت‌های پزشکی، مدرسه، خانوادگی و فردی تمرکز دارد. قسمت اول کتاب به طور عمده بر این موضوعات متمرکز است، فصل دوم دیدگاهی مفصل‌تر در مورد بعضی از فناوری‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش که در مورد کودکان بررسی شده و در حال توسعه هستند ایجاد می‌کند و فصل سوم به مسائل مربوط به ارزیابی فرآیندهای مرتبط با جوانان می‌پردازد. این فصل‌های آغازین، بستری تخصصی و عقلانی برای کاربرد درمان در بقیه بخش‌های کتاب فراهم می‌کنند.

قسمت دوم، کاربرد روش‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش را برای جمعیت‌های گوناگون بررسی می‌کند: MBCT برای اضطراب، ACT برای درد اطفال، DBT برای نوجوانان مبتلابه و ویژگی‌های مرزی، MBSR برای کودکان ۴ تا ۶ سال و والدین آنها، ACT برای اختلالات بیرونی‌سازی کودکی و پذیرش برای تصویر بدن و سلامتی در نوجوان استفاده می‌شود. درمان کردن دامنه وسیعی از مشکلات با کمک پذیرش و ذهن‌آگاهی، دشوار است. قرار نیست کتاب حاضر یک کتاب جامع و کامل باشد. در عوض، قصد ما فراهم کردن دامنه کافی از مثال‌هایی است که دانشجویان، کارآموزان و پژوهشگران جسور بتوانند با آگاهی از چالش‌های ممکن و تدابیر برای مواجهه با این چالش‌ها، این روش‌ها را امتحان کنند.

قسمت سوم کتاب به این مساله می‌پردازد که چگونه پذیرش و ذهن‌آگاهی به موقعیت‌ها و بافت‌های جدید از جمله: برنامه‌های آموزش والدین، مراقبت اولیه و مدارس گسترش می‌یابند. مشابه بخش دوم این کتاب، هدف این قسمت نیز فراهم کردن محتوای کافی و مثال‌هایی است که خواننده بتواند به سهولت این روش‌ها را با راهکارها و پژوهش‌های خود تطبیق دهد. با تمرکز بر بافت فرهنگی اجتماعی گسترده‌تر، امیدواریم پژوهشگران و کارآموزانی که در حال اجرای این روش‌ها هستند را برای حرکت به سمت تغییر در مقیاس‌های بزرگ‌تر تشویق کنیم.

در نهایت، انتظار داریم که این فصول به‌جای پاسخ، سؤال فراوان ایجاد کنند و این همان زمان هیجان‌انگیزی است که یک حوزه جدید متولد می‌شود. این کتاب یک حس شگفتی ایجاد می‌کند، چرا

که این رشته علمی در حال یادگرفتن این مطلب است که چگونه روش‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی را برای برآورده کردن نیازهای کودکان، بزرگسالانی که دربارهٔ کودکان نگران‌اند و بزرگسالانی که بعداً نگران خواهند شد، تطبیق دهد.

## منابع

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125–143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*, 191–206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27–45.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241.
- Dimidjian, S. D., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 658–670.
- Dimidjian, S. D., & Linehan, M. M. (2003). Mindfulness practice. In W. O'Donohue, J. Fisher, & S. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 229–237). New York: Wiley.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy, 23*, 315–336.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.). (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford.
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (in press). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*.
- Grossman, P., Neimann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35–43.
- Hayes, S. C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 58–66.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639–665.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1–25.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy, 35*, 35–54.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*, 553–578.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 161–165.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 365–372.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Langer, E. J. (2000). Mindful learning. *Current Directions in Psychological Science, 9*, 220–223.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060–1064.

- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971–974.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173–187.
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67–84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pierson, H., & Hayes, S. C. (2007). Using acceptance and commitment therapy to empower the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *the therapeutic relationship in cognitive behavior therapy* (pp. 205–228). London: Routledge.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.