

درمان شناختی - رفتاری کودکان و نوجوانان

با راهبردهای وابسته به CBT و تمرین‌های موردی بالینی

فهرست

- درباره ویراستار ۹
- درباره مؤلفین ۱۱
- پیشگفتار ۱۷
- پیشگفتار مترجم ۱۹
- فصل یک: کار با افراد کم سن ۲۱
فیلیپ سی. کندال
- فصل دو: درمان اختلال اضطراب اجتماعی ۳۴
آنه ماری آلبانو، لاورن هافمن
- فصل سه: درمان اختلال وسواسی - اجباری ۶۳
مارتین ای. فرانکلین، ساره اچ. موریس، سیمونه بادزین
- فصل ۴: درمان اختلال اضطراب فراگیر ۸۱
الیزابت ای. گوش، راجل بروکلند، مگان ولنسکی
- فصل ۵: درمان افسردگی ۱۰۲
جان اف. کاری، آلیسون ای. مییر
- فصل ۶: درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۱۲۶
کیشی کیلا پی. میتچل، داستین ای. پارادینی، جان ای. لاجمن
- فصل ۷: تشریح شناخت‌ها در خانواده‌درمانی چندبُعدی ۱۴۲
سینتیا ال. درو، هلاورد ای. لیدل
- فصل ۸: درمان شناختی کودکان و نوجوانان دارای اختلال طیف اتیسم ۱۶۷
روجلویو جی. مرکادو، هیلاری ای. کرتز، هانا ای. فرانک، مگان ولنسکی، کاتر ام. کرنس

۱۸۸.....	فصل ۹: شناخت و مدیریت بهتر اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی
	آرتور دی. آناستویپولوس، ساره آر. اوروکه، آلیسون سی. برای
۲۱۱.....	فصل ۱۰: درمان اختلالات خوردن
	کریستین ام. کالبرت، کریستین اندرسون، واینه ای. باورز، دنیل لی گرنج
۲۵۸.....	فصل ۱۱: مشکلات مهارت‌های تحصیلی
	متیو کی. بارنز، ملیسا کولانگ-چافین، ربکا کانیو
۲۸۰.....	فصل ۱۲: خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری
	نورمن بی. اپستاین، استفن ایی. اسکلزینگر، هادانگ کیم
۳۰۵.....	پیوست: ابزارها، مداخلات و برنامه‌ها
۳۱۱.....	واژه‌نامه: انگلیسی به فارسی
۳۱۵.....	واژه‌نامه: فارسی به انگلیسی
۳۱۹.....	منابع

فصل یک

کار با افراد کم سن

فیلیپ سی. کندال

آیا در عبارت «کتاب موردی تأییدشده توسط یافته‌های تجربی»

ناهماهنگی وجود دارد؟

روان‌شناسی مدت‌هاست می‌کوشد تا به افراد نیازمند، مراقبت‌های بهتری ارائه دهد. یک فرا تحلیل اولیه (اسمیت و گلاس، ۱۹۷۷) داده‌های مربوط به اثرات درمان روان‌شناختی را خلاصه کرده است، نتایج این فرا تحلیل شواهد قانع‌کننده‌ای از سودمندی درمان‌های روان‌شناختی برای مؤلفین کتاب فراهم کرده است. کارهای قبلی اثربخشی شیوه‌های درمان روان‌شناختی اختلالات کودکان و نوجوانان را بارها تأیید کرده‌اند (ویسز و همکاران، ۲۰۱۷). این تأیید در مدت ۴۰ سال بارها صورت گرفته است.

در یک بستر تاریخی، پژوهش‌های زیادی درصدد پاسخ به این سؤال بوده‌اند که آیا روان‌درمانی برای کودکان و نوجوانان مفید بوده است یا نه؟ کازین (۲۰۰۰) نشان داد بیش از ۱۵۰۰ مطالعه تجربی که به صورت مقاله منتشر شده‌اند، اثربخشی روان‌درمانی کودکان را تأیید کرده‌اند. علی‌رغم حمایت‌های پژوهشی در مورد اثربخشی روان‌درمانی کودکان و نوجوانان، فعلاً در نقطه‌ای هستیم که نمی‌توانیم به این سؤال کیسلر (۱۹۶۶) و پاول (۱۹۶۷) پاسخ صریح بدهیم: چه نوع شیوه درمانی، توسط چه کسی و تحت چه شرایطی بیشترین اثر را بر درمان اختلالات ویژه کودکان و نوجوانان داشته است؟ پژوهش‌ها مؤثر بودن راهبردهای درمانی برای مشکلات روانی کودکان و نوجوانان را تأیید کرده‌اند. در حقیقت همین کتاب موردی شیوه‌های درمانی تأییدشده را ارائه کرده است.

آیا در عبارت «کتاب موردی تأییدشده توسط یافته‌های تجربی» ناهماهنگی وجود دارد؟ «کتاب موردی» [اشاره به همین کتاب است] یک سری از جزئیات نظری را با مثال‌های توصیفی و روشنگرانه

در کنار محدودیت‌های شیوه‌های درمانی تشریح می‌کند. آیا «کتاب موردی» و «یافته‌های تجربی» را می‌توان در کنار هم قرار داد و یا این دو از هم جدا هستند؟ آیا آن‌ها باهم هماهنگ هستند؟ در حقیقت این مفاهیم ظاهراً ناهماهنگ خیلی هم هماهنگ هستند. شما در حقیقت در فصولی از کتاب مواد نظری غنی همراه با توصیف موارد ویژه که با استفاده از رویکردهای علمی تجربه بنیان درمان شده‌اند را پیدا خواهید کرد.

چه درمان‌هایی از حمایت تجربی برخوردار هستند؟ بحث موضوع به این مهمی فراتر از ظرفیت این کتاب است اما موارد مهم به نحو احسن در کتاب گنجانده شده‌اند؛ با این حال لازم است شواهد موردنیاز برای برجسب «شیوه‌های درمانی تجربه بنیان» از کفایت کافی برخوردار بوده و مورد تصدیق قرار گیرند. برجسب، شاخص معنی داری است که ارزیابی‌های علمی، کاربرد این شیوه‌های درمانی را حمایت می‌کنند (هالون و بک، ۲۰۱۳).

برای نمونه برجسب‌های زیر مورد استفاده قرار می‌گیرند (بعد از چامبلس و هالون، ۱۹۹۸).

۱. یک شیوه‌ی درمانی کاملاً تثبیت شده که به دو روش زیر مورد حمایت قرار گرفته باشد: (الف) دو یا چند طرح گروهی کیفی انجام شده توسط پژوهشگران مختلف با برتری نسبت به قرص دارونما، دارونمای روان‌شناختی یا یک درمان دیگر؛ اثربخشی خود را نشان داده باشند و یا با استفاده از مطالعات با قدرت آماری کافی، نتایجی معادل درمان قبلی ایجاد کرده باشند و (ب) به واسطه یکسری از طرح‌های مطالعاتی تک-آزمودنی که در آن اثربخشی طرح‌های تجربی و هم‌چنین مقایسه یک روش مداخله با روش دیگر به اثبات رسیده باشند. در هر دو روش مطالعه بایستی خصایص نمونه‌های مراجع‌کننده مشخص شده باشند و از درمانی استفاده شود که توسط دستورالعمل‌های راهنما هدایت شده باشد.
۲. یک شیوه‌ی درمانی احتمالاً مؤثر که در آن (الف) با اجرای حداقل دو مطالعه که در آن اثربخشی شیوه‌های درمانی روی گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل در فهرست انتظار باشد. (ب) حداقل دو مطالعه که در آن‌ها ملاک‌های درمانی توسط یک پژوهشگر تثبیت شده باشد و یا تنها یک مطالعه خوب که در آن اثربخشی ملاک‌های درمانی به اثبات رسیده باشد. (ج) در دو یا بیشتر از دو مطالعه کیفی که اثربخشی آن‌ها به اثبات رسیده باشد ولی ناهمگنی نمونه‌های بالینی کاملاً رعایت نشده باشد و (د) یک سری مطالعات تک آزمودنی که در آن‌ها ملاک درمان به‌خوبی به اثبات رسیده ولی هنوز به آن اندازه مورد تأیید قرار نگرفته است که به‌عنوان شیوه درمانی تثبیت شده مورد استفاده قرار گیرد.
۳. بالاخره، طرح‌های درمان تجربی که هنوز اثربخشی آن‌ها به واسطه داده‌های زیاد مورد تأیید قرار نگرفته است.

وقتی مداخله‌ای را روی کودکان و نوجوانان اجرا می‌کنیم در واقع آن‌ها روش‌هایی هستند که قبلاً برچسب «موردحمایت تجربی» و ملاک‌های دقیق و معقول را به شایستگی دریافت کرده‌اند. یکی تحولات اخیر در واژه‌شناسی، ظهور اصطلاح «تمرین مبتنی بر شواهد در روان‌شناسی» است. این شیوه علم و تمرین را با عبارات ارزیابی روان‌شناختی، مفهوم‌سازی و مداخله ادغام می‌کند. در این بافتار، درمان شناختی-رفتاری^۱ یک شیوه درمانی مبتنی بر شواهد ارائه می‌دهد که از حمایت تجربی کافی برخوردار است. شواهد و یافته‌های موجود در تأیید تجربی کاربرد CBT برای کودکان و نوجوانان فراتر از ظرفیت این فصل هست ولی شما می‌توانید در این مورد به منابع دیگر (برای مثال کندال، ۲۰۱۲ الف؛ ویسز و کازدین، ۲۰۱۷؛ ویسز و همکاران، ۲۰۱۷) مراجعه کنید. محتوای ویرایش اخیر کتاب که توسط متخصصین باتجربه کار بالینی تألیف شده است، مواد موردی و راهبردهای بالینی را جهت پیاده‌سازی شیوه‌های درمان مبتنی بر شواهد و با حمایت تجربی ارائه می‌دهد.

نیاز به اطلاع از موارد تحولی

درمان‌های روان‌شناختی برای کودکان و نوجوانان زمانی مؤثر خواهند بود که موقع اجرا، ملاحظات تحولی در نظر گرفته شوند. این حیطه‌های کلیدی را در نظر داشته باشید: (۱) شروع درمان (۲) مشاوره مناسب سن (۳) سطوح متفاوت درک شناختی، هیجانی و اجتماعی (۴) نقش والدین و (۵) سبک درمانگر.

شروع درمان

کودکان و نوجوانان برخلاف بزرگسالان به ندرت متقاضی دریافت خدمات روان‌شناختی هستند. در مقابل والدین، متخصصین کودک، معلمان و یا سایر مؤسسات اجتماعی؛ منبع ارجاع کودکان و نوجوانان هستند. این موضوع در مرحله «ورود به درمان» حساس و بااهمیت است که کودکان و نوجوانان ممکن است مشتاق نباشند و یا نتوانند مشکلات خود را طرح نمایند. درمانگران بایستی شرایطی را جهت ترغیب آن‌ها در جلسه درمان به وجود آورند. کار ایدئالی که در جلسه اول می‌توانیم انجام دهیم هدف‌گذاری این مورد است که: «کودک/نوجوان برای جلسه دوم حضور فعال داشته باشد». همچنین بهتر است برقراری رابطه متناسب با سن کودک؛ مثل بازی، قدم زدن در محل، صحبت در فضای مجازی و انجام فعالیت‌های انتخابی توسط خود کودک/نوجوان در نظر گرفته شوند. والدین وقتی کودک و نوجوانشان را جهت خانواده‌درمانی به درمانگاه می‌آورند، اغلب بر مشکل کودک

متمرکز می‌شوند (نگاه کنید به اپستاین، اسکلیزنگر و کیم، فصل ۱۲ کتاب)، کودک در این شرایط به دلیل این که ممکن است مورد انتقاد و یا سرزنش قرار گیرد چندان تمایلی به حضور در جلسه نخواهد داشت. یک تکلیف مهم و حساس برای درمانگر خانواده در ایجاد ارتباط همدلانه با کودک نشان دادن علاقه به افکار و احساسات، به حداقل رساندن زمان شکایت والدین از کودک و تعیین اهداف مثبت (شامل تغییر در خانواده مطابق میل کودک) است.

آماده‌سازی متناسب با سن

فعالیت‌های جذاب و سرگرم‌کننده می‌توانند روش مناسب و مؤثری برای تسهیل اجرا CBT در افراد کم سن باشند. این فعالیت‌ها زمینه همکاری بین مراجع و درمانگر را فراهم ساخته و یادگیری محتوای درمان را تقویت می‌کنند. بازی‌ها علاوه بر جنبه آگاهی‌دهی به درمانگر اجازه می‌دهند تا انتظارات، باورها و مهارت‌های مقابله‌ای کودک را مشاهده نماید. این فعالیت‌ها شامل برنامه‌های هنری، نقش‌آفرینی، آواز، بازی‌های روی تخته و بازی‌های کامپیوتری است. درمانگران برای مثال در برنامه گربه مقابله‌گر^۱ در درمان اختلالات اضطرابی (کندال و هدکه، ۲۰۰۶ الف، ۲۰۰۶ ب) از فعالیت هنری «نقاشی بدن» توسط کودک استفاده می‌کنند. این فعالیت به کودک کمک خواهد کرد تا قسمت‌هایی از بدن خود که در آن احساس اضطراب می‌کند را شناسایی کند.

کامپیوترها، نظام رسانه‌ای معاصر در کمک به درمان هستند. برای مثال یک برنامه کامپیوتری شامل ۱۲ الگو، مهارت‌های مقابله‌ای یک فرد کم سن مثل نوجوان و یا کودک ۶ تا ۱۰ ساله‌ای که از اضطراب رنج می‌برد را تقویت می‌کند و اضطراب آن‌ها را کاهش می‌دهد (خانا و کندال، ۲۰۱۰).

سطح درک شناختی، هیجانی و اجتماعی کودک و نوجوان

رسش کودکان و نوجوانان با توجه به این که در یک حد نیست، بنابراین لازم است جهت اجرا هر نوع برنامه درمانی از جمله CBT در مورد رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی آن‌ها اطلاعات کافی داشته باشیم. بازسازی شناختی مورد استفاده برای بزرگسالان ممکن است برای کودکان قابل فهم نباشد، برای مثال در یک فرایند ممکن است باور غلط کودک یا نوجوان جنبه تنبیهی در نظر گرفته شود تا یک فرصت اکتشافی. بچه‌ها ممکن است به رسش کافی شناختی نرسیده باشند و یا از نظر کلامی نتوانند افکار منطقی و یا غیرمنطقی را تشخیص دهند. به همین طریق آن‌ها نمی‌توانند مفید و یا غیرمفید بودن افکار و یا غمگینی و راهبردهای مقابله‌ای خود را تشخیص دهند. پیش‌بینی پیامدهای احتمالی ممکن است برای افراد کم سن دشوار باشد اما آن‌ها می‌فهمند که رویدادها شانس «کوچک» و «بزرگی» برای وقوع دارند و آن‌ها را می‌توان برای جمع‌آوری شواهد و «سرنخ‌ها» در مورد احتمال وقوع یک نتیجه

راهنمایی کرد. گوش، بروکلند و ولنسکی (فصل ۴ کتاب) کاربرد این فرایند در مورد تجارب ترس از صدمه و آسیب در کودکان را به وضوح تشریح کرده‌اند. برای مثال برخی از والدین فن‌های والدگری را که مناسب سطح تحولی کودک نیست به کار می‌برند (برای مثال ارائه دلایل پیچیده به کودک برای رفتار دلخواه). درمانگر لازم است ملاحظات تحولی را نه تنها برای راهنمایی، ارزیابی و مداخله خود بلکه برای آموزش والدین هم در نظر داشته باشد (نگاه کنید به اپستاین، اسکلیزنگر و کیم، فصل ۱۲ کتاب).

درمانگرانی که با کودکان و نوجوانان کار می‌کنند با آگاهی از فراز و نشیب‌های تحول طبیعی معمولی و بسیاری از مسائل «موقتی متنوع» که نیازمند توجه‌اند اما ممکن است بدون تشخیص باشند بسیار سود می‌برند. تشخیص مسائل تحولی در کارکردهای اجتماعی، در توانایی شناختی و یا آگاهی هیجانی می‌تواند به پایش اولیه منجر شود. کودک با چالش‌های مختلفی در دوران رشد خود مواجه شده و در دوره نوجوانی عملکرد تحصیلی‌اش مهم تلقی می‌شود. نیازهای تحولی و مسائل اجتماعی در صورت نیاز و در صورت لزوم می‌توانند بخشی از اهداف CBT شوند. برای مثال مباحث CBT در مورد کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم را ملاحظه کنید (مرسادو، کراتز، فرنک، ولنسکی و کارن، فصل ۸ کتاب). به عنوان مثال به بحث CBT برای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم (مرکادو، کرتز، فرانک ولنسکی و کرنس، فصل ۸، این جلد) و اختلالات خوردن (کالبرت اندرسون، بوورز و لی گرنج، فصل ۱۰، این جلد) مراجعه کنید.

نقش والدین

برخی از موضوعات از جمله این حقیقت که کودکان و نوجوانان کاملاً مستقل نیستند بایستی در والدگری توسط والدین در نظر گرفته شوند. والدین می‌توانند به عنوان یک مشاور (برای مثال ارائه اطلاعات در مورد علائم و تخریب^۱)، یک همکار (برای مثال آوردن کودک به درمان و یا کمک به اجرا فن‌های درمانی) و یا کمک به مراجع در فرایند درمان، نقش‌آفرینی کنند (کندال ۲۰۱۲ ب، اپستاین و همکاران، فصل ۱۲ کتاب، رو و لیدل فصل ۷ کتاب).

ماهیت و مزایای حضور والدین در CBT ویژه کودکان کاملاً به نوع مشکل و سن کودک وابسته است (برای مثال کالبرت و همکاران، فصل ۱۰ کتاب). هنگامی که والدین از ابتدا درگیر هستند، کودکان کوچک‌تر ممکن است سود بیشتری ببرند اما در مورد نوجوانان وقتی والدین به‌طور منظم در درمان شرکت نمی‌کنند، آن‌ها سود بیشتری کسب می‌کنند. آموزش والدین به عنوان مؤلفه‌ی اصلی درمان در مورد برخی از مشکلات رفتاری مخرب و هم‌چنین همراهی آن‌ها در فرایند درمان ضروری است. به عبارت دیگر حضور والدین در CBT جهت درمان اضطراب کودک پررنگ‌تر ولی در نوجوانان

کم‌رنگ‌تر است. برخلاف تنوع نقش‌های والدین در درمان، با آموزش آن‌ها درباره رشد کودک، سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای می‌توان به مزایای زیادی دست‌یافت. برای مثال افسانه‌های اضطراب کودک در «برنامه آموزش برخط والدین در مورد کودک مضطرب» (نگاه کنید به www.CopyingCatParents.com) در رویکرد مراقبت پلکانی می‌تواند گام اولیه در شناسایی مشکلات کودک باشد.

سبک درمانگر

درمانگر CBT وقتی با کودکان و نوجوانان کار می‌کند نقش‌های مختلف از جمله تشخیص‌دهنده، مشاور و مربی را ایفاء می‌کند. درمانگر به‌عنوان تشخیص‌دهنده، جهت مفهوم‌سازی درمان از روش‌های چندگانه، ارزیابی‌های چندگانه در علامت‌شناسی بیماری کودک و کارکرد او (کودک) در حوزه‌های مختلف استفاده می‌کند. درمانگر به‌عنوان مشاور با کودکان و والدین جهت تعیین اهداف درمان همکاری می‌کند. به‌عنوان یک مربی، اطلاعاتی را در مورد اختلال و دوره درمان ارائه می‌کند. این موضوع می‌تواند در نقش درمانگر به‌عنوان مربی برای کودکان کم سن مؤثر واقع شود (اما نه به‌عنوان یک مربی غربالگری بلکه به‌عنوان فردی که آموزش می‌دهد و فرصت‌هایی را برای یادگیری و اجرا فراهم می‌سازد) (کندال ۲۰۱۲ ب، پودل و همکاران. ۲۰۱۳). مربیگری کمک می‌کند درمانگر اطلاعاتی را به دست آورد، فرصت‌هایی را برای یادگیری فراهم سازد، مهارت‌های مقابله‌ای را آموزش دهد و فرصت‌هایی را جهت تمرین مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های واقعی فراهم سازد. در رویکردهای خانواده‌درمانی این یک واقعیت است که اعضاء کلیدی در یک اتاق هستند (نگاه کنید به اپستاین و همکاران. فصل ۱۲ کتاب).

مؤلفه‌های گویا در درمان‌های روان‌شناختی مؤثر برای افراد کم سن

همان‌طور که در این کتاب موردی خواهید دید بسیاری از مؤلفه‌های اصلی درمان‌های مؤثر برای کودکان و نوجوانان با بازنگری‌های مناسب مجدداً برای حل مشکلات مختلف اجتماعی، رفتاری، شناختی و هیجانی ارائه می‌شوند (نگاه کنید به اِرنریچ می و چو، ۲۰۱۴؛ نانگل و همکاران. ۲۰۱۶). بعضی از راهبردهای اساسی مثل کمک‌های بصری، فعالیت‌های سرگرم‌کننده و استعاره‌های مناسب سن شبیه راهبردهای هستند که در مورد بزرگسالان بکار برده می‌شوند. توجه داشته باشید برخی از مؤلفه‌های اصلی درمان (مثل حل مسئله، آموزش مؤثر، بازسازی شناختی، الگوبرداری و نقش‌آفرینی، وابستگی‌های رفتاری و تن آرامی) که در کتاب تشریح شده‌اند، انحصاری نیستند که صرفاً در مورد خاصی بکار گرفته شوند بلکه آن‌ها باهم دیگر تعامل داشته و بر همدیگر اثر می‌گذارند. چندین مؤلفه‌ی درمان گویا (به‌عنوان مثال حل مسئله، آموزش عاطفی، تغییر شناختی، الگوبرداری و ایفای

نقش، وابستگی‌های رفتاری و تن آرامی) توضیح داده شده است اما توجه داشته باشید که این فهرست جامع نیست و این مؤلفه‌ها جدا و یا تنها اجرا نمی‌شوند بلکه آن‌ها به هم پیوسته‌اند و باهم بکار گرفته می‌شوند.

حل مسئله

فرآیند حل مسئله راه‌حل‌های بالقوه‌ای را برای یک مشکل ایجاد می‌کند و به‌طور نظام‌مند مؤثرترین پاسخ را تعیین می‌کند (دیزوریلا و گولدفرید، ۱۹۷۱). راهبردهای اصلی حل مسئله برای کودکان و نوجوانان (نگاه کنید به آناستوپولوس، اوروکه و برای، فصل ۹ کتاب و کالبرت و همکاران، فصل ۱۰ کتاب) عموماً همان‌هایی هستند که در مورد بزرگسالان (نزو، فریدمن، فادیس و هودس، ۱۹۹۸) و خانواده (اپستاین و همکاران، فصل ۱۲ کتاب) هم بکار برده می‌شوند. افراد کم سن با یک سری مراحل آشنا می‌شوند که در هنگام مواجهه با یک مشکل به آن‌ها مراجعه می‌کنند. گام‌های حل مسئله برای کودکان ممکن هست به‌صورت سرواژه^۱ درست شده باشند. برای مثال در درمان پرخاشگری به کودک و یا نوجوان گفته می‌شود خونسردی خود را حفظ کن و سرواژه **مطاعو** را بکار ببر (نلسون و فینچ، ۲۰۰۸). مکث کن: روی مشکل (آگاهی از موقعیت)؛ طرحی کن: آنچه را که می‌توانی انجام دهی (ارائه راه‌حل‌های مختلف)؛ ارزیابی کن: آنچه بهترین راه‌حل هست (انتخاب طرحی برای اقدام)؛ عمل کن: روی طرحی که انتخاب کرده‌ای؛ واکنش نشان بده: که آیا کار انجام شده است؟ (خودارزیابی). سایر شیوه‌های درمانی با توجه به نوع خاص اختلال، از انواع متنوع گام‌های حل مسئله‌ی استفاده می‌کنند و آن‌ها را برای یک اختلال خاص تنظیم می‌کنند. درمانگر در ابتدا به کودک کمک می‌کند تا راه‌حل‌هایی ارائه دهد و نتیجه راهبردهای انتخاب‌شده را پردازش کند. همان‌طور که کودکان و نوجوانان فرآیند حل مسئله را تکرار می‌کنند و آن را در موقعیت‌های مختلف بکار می‌برند، فکر کردن را یاد خواهند گرفت و مسائل خود را در آینده بهتر حل خواهند کرد (گوش، فلانری-اسکلرودر، مارو و کامپتون، ۲۰۰۶).

حل مسئله در کنار سایر شیوه‌های مختلف در درمان کودکان و نوجوانان دارای مشکلات سلامت روانی بکار گرفته می‌شود. کودک با مشکل پرخاشگری باور دارد که رفتار پرخاشگرانه‌اش وسیله‌ای جهت رسیدن به هدف دلخواهش است (لاچمن و دودج، ۱۹۹۴). بخش مهم ترغیب کودکان پرخاشگر در حل مسئله، کمک به آن‌ها در تشخیص مزایا و معایب طرح بالقوه اقدام و انتخاب یکی از آن‌ها با بهترین پیامد است (نگاه کنید به لاچمن، پاول، باکسمیر و جیمنز-کامارگو، ۲۰۱۱؛ میتچل، پارادینی و لاچمن فصل ۶ کتاب). حل مسئله یک رویکرد متعادل است که مزایای بالقوه یک راه‌حل غیرمولد یا غیرعملی و همچنین مزایای راه‌حل مناسب‌تر را تصدیق می‌کند. درمانگر در حل مسئله تجربه کودکی