

مشاوره با والدین خردسالان پرخاشگر

یک رهیافت درمانی تلفیقی^۱

روزانه منا و سارا لندی

دکتر احمد به‌پژوه، استادیار دانشگاه تهران

چکیده

در این مقاله، به طور فشرده عوامل موثر در کودک، والدین و تعامل والدین - کودک به منظور علت‌شناسی پرخاشگری در خردسالان بررسی شده و انواع رهیافت‌های درمانی نقد و تبیین شده است. در هر رهیافت درمانی، مؤلفه‌های کودک، والدین و تعامل والدین - کودک شناسایی شده و برای نشان دادن دیدگاه درمانی مورد نظر، یک نمونه و مراجع ارائه شده و سپس از روش مصاحبه‌ی منظم برای مقوله‌بندی ادراک مادر و تجربیات ذهنی او از فرزندش و رابطه‌ی والدین استفاده شده است. در پایان، ارتباط ادراک مادر از رابطه با فرزندش، رفتار والدین و رفتار کودک مورد بحث قرار گرفته است.

واژگان کلیدی: پرخاشگری، خردسالان، ادراک والدین، تعامل والدین - کودک، درمان [رهیافت‌های درمانی].

1. Menna, Rosanne and Landy, Sarah (2001). Working with Parents of Aggressive *Clinical Preschoolers: An Integrative Approach to Treatment*; *Journal of Psychology*, Vol. 57 (2), 257-269.

مقدمه

در حال حاضر، تعداد بیشماری از کودکان خردسال و دانش‌آموزان پیش‌دبستانی با رفتارهای پرخاشگرانه به در مانگاه‌ها و مراکز مشاوره ارجاع داده می‌شوند. این گونه کودکان، به ویژه هنگامی که نشانه‌های پرخاشگری شدید در آنان وجود داشته باشد در معرض خطر گسترش اختلال کرداری هستند؛ از این رو، در سال‌های اخیر، اکثر پژوهشگران بر اهمیت یافتن روش‌های مناسب برای مشاوره با این قبیل کودکان و والدین آنان تأکید داشته‌اند.

باور ما این است که ادراک والدین از کودک و رابطه‌ی آنان با او، نقش اصلی را در ایجاد مشکلات رفتاری کودک ایفا می‌کند؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود ارائه‌ی روش‌های مداخله‌گرانه‌ی تلفیقی، رشدی و روان‌پویایی روش‌های رفتاری همراه با راهبردهای متنوع، که والدین را قادر می‌سازد رفتار فرزندشان را اصلاح کنند، مورد تأکید قرار گیرد. در این مقاله ارتباط ادراک مادر از کودک، اسنادهای به کار رفته در رابطه‌ی مادر با فرزندش، رفتار مادر و نیز رفتار کودک مورد بحث قرار گرفته است. همچنین، در مصاحبه‌ای با مادر، چگونگی ادراک وی از کودک و تجربیات ذهنی‌اش از او و رابطه‌ی آنان ارائه شده و نیز کاربرد مصاحبه به منزله‌ی یک ابزار ارزیابی مورد تأکید قرار گرفته است.

کودکانی که مشکلات عاطفی، مانند پرخاشگری، دارند، به سهولت شناخته می‌شوند. این‌گونه کودکان در هنگام ناکامی و شکست به سرعت برآشفته می‌شوند. اگر مراقبان از آنها بخواهند که نظم را رعایت کنند و مزاحم هم‌سالان نشوند، پرخاشگرانه رفتار می‌کنند و آرام کردن چنین کودکانی بسیار دشوار است. اغلب در این قبیل کودکان، تسلیم‌ناپذیری مزمن، پرخاشگری شدید، مشاجره و لجابت، عدم توانایی در مهار خود یا نظم‌دهی عواطف منفی، به ویژه خشم، مشهود است. این‌گونه ویژگی‌ها که تعارض شدیدی میان والدین و کودک ایجاد می‌کنند، مانع برقراری رابطه با هم‌سالان می‌شوند و کودک را در یادگیری ناتوان می‌سازند. اگر چه این نشانه‌ها به طور پایدار و شدید مشهودند، ولی مسیر شناسایی این‌گونه مشکلات اولیه تا رفتارهای ضداجتماعی بعدی، واضح و شفاف نیست. در پیشینه پژوهشی، تعدادی از عوامل مؤثر یا خطر سازی که مشکلات رفتاری ایجاد می‌کنند شناسایی شده‌اند (برای نمونه: فرینگتون، ۱۹۸۷؛ آفورد و همکاران، ۱۹۸۶؛ سیفر و سامراف، ۱۹۸۷). ممکن است بعضی از ویژگی‌ها در کودک و برخی در والدین، شدید باشد؛ در هر صورت، چنانچه عوامل مؤثر از هر دو ناحیه (کودک و والدین) نقش داشته باشند، تعامل میان والدین و کودک به تدریج و به طور فزاینده‌ای منفی و تعارض‌آمیز می‌گردد. در این

1 . Noncompliance

2 . Tantrum

3 . Farrington

4 . Offord

5 . Seifer & Sameroff

وضعیت، درجه‌ای از عدم موفقیت در رشد به وجود می‌آید و والدین و خود کودک به عنوان پدیده‌هایی منفی، درونی می‌گردند. افزون بر این، پدر یا مادر، به تدریج، کودک را مهارناپذیر تصور می‌نمایند و با او به صورتی منفی و نادرست برخورد می‌کنند. در این شرایط، یک چرخه‌ی طرد و دفع ایجاد می‌شود؛ بنابراین، برای موفقیت درمان باید هر سه عامل کودک، والدین و تعامل والدین-کودک را در نظر گرفت. در مقاله‌ی حاضر، پیشینه‌ی پژوهشی این گونه عوامل مورد بررسی قرار می‌گیرد؛ و سپس یک الگوی درمانی ارائه می‌شود که در آن، ادراک والدین، رابطه‌ی والدین-کودک و رفتار کودک را مورد توجه قرار می‌دهد.

عوامل خطر ساز مؤثر در پرخاشگری از جانب کودک

بسیاری از پژوهش‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که عوامل مربوط به کودک، مؤثرترین نقش را در تعیین و شکل‌دهی رفتار او ایفا می‌کنند؛ از این رو، تلاش برای یافتن علت‌های ارثی یا زیستی ضرورت می‌یابد. عواملی مانند ناهنجاری‌های جسمانی، اختلالات هورمونی و ناهنجاری‌های قطعه‌ی پیشانی مغز به عنوان علت‌های احتمالی ذکر شده‌اند. همچنین بررسی مزاج خردسالان نشان داده است که احتمال ابتلا به مشکلات رفتاری در کسانی که مشکلات مزاجی دارند، بیشتر است (لی و بیتز، ۱۹۸۵).

گروه دیگری از پژوهشگران دریافته‌اند که رفتار

کودکان خردسال در سال‌های پیش از دبستان، با کیفیت یا امنیت دلبستگی کودکان شیرخواره و نوپا به مراقبان اولیه‌شان (مادر) ارتباط دارد؛ به طوری که کودکان نوپایی که در دوران دلبستگی، احساس ناامنی می‌کرده‌اند، احتمال دارد از نظر پذیرش، نزدیکی یا راحتی از سوی مادر یا مراقبان‌شان با مشکلاتی روبرو باشند (اریکسون و همکاران، ۱۹۸۵؛ گرین برگ و همکاران، ۱۹۹۲). کودکان شیرخواره و نوپا، براساس راحت و آسوده بودن، راهبردهای «خود آرامش بخشی» را یاد می‌گیرند. احتمالاً آن گروه از کودکانی که در دوره‌ی رابطه‌ی دلبستگی، برای تنظیم عواطف خود یاری نشده‌اند، مشکلات رفتاری بیش‌تری دارند، زیرا نتوانسته‌اند روش‌های مؤثر برای مهار محرک‌ها و عواطف را فراگیرند. تحقیقات نشان داده است که کیفیت یا امنیت دلبستگی با کیفیت تعامل‌های اولیه‌ی کودک با مراقبش (مادر)، عدم حساسیت والدین و طرد کودک از سوی والدین ارتباط دارد.

پژوهشگران دریافته‌اند که کودکان پرخاشگر و تسلیم‌ناپذیر تمایل دارند دنیا و اطرافیان خود را غیرقابل اعتماد و حتی ترسناک تصور کنند. آنها همچنین مایل‌اند مفهوم پرخاشگری را در شبکه‌ی تعامل‌های اجتماعی، که گاهی حضور ندارند، تعبیر و تفسیر کنند (کریک و دوج، ۱۹۹۴؛ دوج و همکاران، ۱۹۸۶). کودکان پرخاشگر، به جای همکاری با دیگران، همواره تصور می‌کنند که طرد شده‌اند

1 . Erickson

2 . Greenberg

3 . Crick & Dodge

و در نتیجه، پرخاشگرانه عمل می‌کنند. در طول زمان، این گونه ادراک‌ها در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند؛ زیرا کودکان پرخاشگر به این قبیل ادراک‌ها آگاهی ندارند و تحت تأثیر محتوای افکار و فرایندهای اسنادی در دسترس قرار می‌گیرند. به رغم وجود این گونه یافته‌های پژوهشی، به کار برد این یافته‌ها در شناخت رشد و درمان مشکلات رفتاری کودکان توجه چندانی نشده است. این وضعیت تأسفانگیز است؛ زیرا اسنادها نقش کلیدی در شکل‌دهی تجربیات ذهنی کودک از روابط ایفا می‌کنند. افزون بر این، شناخت ادراک‌ها و اسنادهای کودک، یکی از حوزه‌های مهم درمان، به ویژه درمان کودکان و خانواده‌های مسئله‌دار محسوب می‌شود.

کودکان پرخاشگر و تسلیم‌ناپذیر پیش‌دبستانی، اغلب در برخی از حوزه‌های رشدی، نارسایی یا تأخیر نشان می‌دهند (سیس‌چتی و همکاران، ۱۹۹۰؛ گرینسپن، ۱۹۸۵). این‌گونه نارسایی‌ها شامل عدم توانایی در مهار محرک‌ها، ناتوانی در حرکت از افکار خودمحوری به افکار دیگراندیش و داشتن ظرفیت محدود برای همدلی و یگانگی است. همچنین کودکان پرخاشگر، اغلب هنگام فشار روانی، فاقد ظرفیت لازم برای استفاده از بازی و زبان خیالی به منظور تأخیر انداختن خشنودی خود هستند. برخی از روان‌شناسان، رشد بهنجار این‌گونه توانایی‌ها و ظرفیت‌ها و ضرورت حل این‌گونه مسائل رشدی برای نظم بخشیدن به محرک‌ها و تکانه‌ها را توضیح داده‌اند. یکی از هدف‌های درمان، ارائه‌ی اطلاعات

لازم به والدین درباره‌ی توانایی‌های رشدی کودک در این دوره‌ی سنی و آموزش به آنان درباره‌ی روش‌های فرزندپروری است که امکان دارد به رشد و پرورش بهنجار کودک منجر شود.

عوامل خطر ساز مؤثر در پرخاشگری از جانب والدین

برداشت و ادراکی که والدین از فرزند خود دارند، به طور معناداری بر تعامل‌های آنان با فرزندشان و در نتیجه، بر رفتار کودک تأثیر می‌گذارد؛ برای مثال، رابطه‌ی میان افسردگی مادر و ادراک مادر از مشکلات رفتاری کودک، به خوبی در پیشینه‌ی پژوهشی ذکر شده است (کارو و همکاران، ۱۹۹۳؛ فیلد، ۱۹۹۲؛ کوچاناسکا و همکاران، ۱۹۸۷). بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که این گونه ادراک‌ها تحریف شده و تغییر شکل داده‌اند؛ برای نمونه، مادران افسرده، به احتمال زیاد، مشکلات رفتاری فرزند خود را به وراثت یا حوادث دیگری نسبت می‌دهند که به احساس تسلیم شدن و عدم توانایی در ایفای نقش خود منجر می‌شود. مطالعات متعددی نیز نشان داده است که اسنادهای والدین بدرفتار، نقش مهمی در تعیین شیوه‌ی فرزندپروری آنان دارد؛ برای مثال، این قبیل والدین، به اشتباه، انگیزه‌ی اعمال کودک را رفتاری مغرضانه می‌دانند که از روی عمد طراحی شده است تا والدین را آزار دهد. هم‌چنین، ممکن است انتظارهای نابجا و غیرواقعی از کودک، می‌تواند به واکنش‌های شدید والدین

1 . Carro

2 . Field

3 . Kochanaska

و تنبیه‌های شدید کودک منجر شود. به نظر می‌رسد که انتظارات‌های والدین از فرزندشان، نقش مهمی در برقراری رابطه با کودک دارد و در نتیجه در رفتار کودک و ادراک او از خود و دیگران مؤثر است. با وجود این، از نظر تجربی، توجه اندکی به تجربیات ذهنی والدین از فرزندشان معطوف شده است. چگونگی ادراک والدین از فرزندشان و تفسیر و تجربیات ذهنی والدین، به فرایند درمان مفهوم معناداری می‌بخشد. براساس توصیف والدین از نشانه‌های رفتاری فرزندشان و برداشت آنها از این نشانه‌ها، درمانگر خواهد توانست زمینه‌ی اصلی تعارض و اضطراب والدین را شناسایی کند.

عوامل خطر ساز مؤثر در پر خاشگری بر اساس تعامل والدین - کودک اکثر پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیت رابطه‌ی مراقب - کودک (والدین - کودک) یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در گسترش مشکلات رفتاری کودک محسوب می‌شود. مشاوران متعددی گزارش داده‌اند که ادراک والدین از رابطه‌ی خود با فرزندانشان بر توانایی واکنش دلسوزانه و قابل پیش‌بینی آنان نسبت به کودکان، تأثیر می‌گذارد (اشترن، ۱۹۸۹). نظریه‌پردازان دلبستگی برای باورند که این قبیل ادراک‌ها یک صافی ایجاد می‌کند که از آن طریق، رابطه‌ی والدین - کودک شناخته شده و نسبت به آن واکنش داده می‌شود. فقدان عاطفه‌ی پدر و مادری، طرد کودک، بی‌توجهی در تربیت کودک و منفی‌گرایی والدین نسبت به کودک، موجب رشد الگوهای

رفتار خصومت‌آمیز در کودک می‌شود (پاترسون^۱ و همکاران، ۱۹۹۲). هرچه طرف‌ها در سنین پایین‌تری صورت گیرد، احتمال افزایش پرخاشگری بیشتر می‌شود.

مادرانی که دارای کودک پرخاشگر هستند، در مقایسه با مادرانی که کودک عادی دارند، اشتیاق کم‌تری به موفقیت کودک خود نشان می‌دهند؛ از این رو، در مطالعات انجام شده بر روی والدینی که فرزندشان مشکل دارد، ملاحظه شد که اغلب از نظر سبک فرزندپروری و نظم و انضباط، عدم شناخت و ناهماهنگی میان‌شان وجود دارد. این گونه والدین در مقایسه با والدین هماهنگ، بیشتر مایل به تنبیه کودکان خود هستند؛ به بیان دیگر، در خانواده‌ی ناهماهنگ، نظم و انضباط همواره به شکل ناهماهنگی صورت می‌گیرد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که در تشخیص روان‌شناختی مشکلات رفتاری کودکان خردسال، مطالعه‌ی ویژگی‌های روابط والدین-کودک و تعامل میان آنان مورد مطالعه قرار گیرد؛ برای مثال، درمانگران و مشاوران از طریق شناسایی برداشت‌های والدین از روابط خود با فرزندشان، قادر خواهند بود به ارتباط برداشت‌های ذهنی والدین و میزان تأثیرگذاری آنها در رفتار کودک پی ببرند.

راهبردهای درمانی سنتی

راهبردهای درمانی^۲ موفق برای کودکان و نوجوانان، راهبردهایی هستند که بر مشکلات رفتاری ناشی از

تعامل‌های والدین - کودک (مانند راهبرد آموزش والدین، رفتار درمانگری خانواده) یا آموزش مهارت‌های حل مسئله و آموزش مهارت‌خشم در کودکان تکیه می‌کنند (بارنت، ۱۹۹۵؛ کمپل، ۱۹۹۰؛ گلیک و گلدشتاین، ۱۹۸۷؛ گوردون و آربوت نات، ۱۹۸۷؛ کازدین، ۱۹۹۱). تحقیقات نشان داده است که درمان کودکان و نوجوانان خانواده‌های علاقه‌مند، توانمند و دارای شرایط اجتماعی - اقتصادی متوسط که مشکلات رفتاری فرزند آنان در حد نیمه شدید بوده (نه شدید) بیش‌تر موفق و مؤثر بوده است.

با وجود مدارکی دالّ بر موفقیت راهبردهای مداخله‌گرانه‌ی بهنگام در بهبودبخشی پیامدهای رفتاری و شناختی در کودکان بزرگ‌تر، درباره‌ی تأثیر این گونه برنامه‌ها بر کودکان خردسال دارای مشکلات رفتاری، پیشینه‌ی پژوهشی اندکی وجود دارد. افزون براین، تقریباً تمام مطالعات ارزیابی در مورد کودکان بزرگ‌تر انجام شده است. به استثنای چند پژوهش که نشان می‌دهد، رهیافت‌های درمانی مورد استفاده برای کودکان خردسال مشابه همان رهیافت‌های درمانی به کار رفته برای کودکان بزرگ‌تر بوده است. اگرچه رهیافت‌های شناختی گوناگون تا حدی برای کودکان در سنین مدرسه مؤثر بوده، لیکن این گونه رهیافت‌ها در مورد کودکان خردسال، به دلیل سطح رشد شناختی آنان، کم‌تر اثرگذار

1 . Barnett

2 . Campbell

3 . Glick & Goldstein

4 . Gordon & Arbuthnot

5 . Kazdin

بوده است.

در مقابل، روش بازی درمانی با رهیافت‌های گوناگون، مانند روش غیرمستقیم که در آن، رابطه‌ی درمانگر و کودک و ابراز احساسات کودک بیش‌ترین اهمیت را دارد، بیش‌تر مورد استفاده قرار گرفته است. هم‌چنین روش تحلیل رفتار که در آن، تفسیر رفتار کودک در بازی اساس تغییر تلقی می‌شود، مورد توجه بوده است. با وجود استفاده‌ی گسترده از روش بازی درمانی، درباره‌ی تأثیرگذاری این روش بر کودکانی که در مراکز مشاوره، دارای مشکلات رفتاری شناخته می‌شوند، مطالعات کنترل شده‌ی اندکی صورت گرفته است.

دیگر رهیافت‌های درمانی مورد استفاده برای کودکان خردسال دارای مشکلات رفتاری، شامل رهیافت‌هایی می‌شود که بر والدین متمرکز است. این قبیل رهیافت‌ها بر آموزش والدین مبنی بر تقویت رفتارهای مطلوب و نادیده گرفتن رفتارهای نامطلوب تکیه می‌کنند. سه نوع برنامه‌ی اساسی برای آموزش والدین کودکان خردسال وجود دارد:

الف) برنامه‌های آدلری^۱ که در شناخت هدف رفتارهای نادرست به والدین کمک می‌کند، به ایجاد فضای خانوادگی صمیمانه تکیه می‌نماید و پیامدهای منطقی مهار رفتار را مورد استفاده قرار می‌دهد؛

ب) برنامه‌های مراجع‌محور^۲ که بر آموزش والدین از نظر برقراری رابطه‌ی مؤثر و کارآمد تمرکز می‌کند؛

ج) برنامه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری که بر

رفتارهای قابل مشاهده و عوامل موجود در محیط که بر رفتار کودک اثر می‌گذارد، تکیه می‌کند و فنون لازم برای مهار کردن این گونه رفتارها را به والدین آموزش می‌دهد. صرف نظر از توجه به برنامه‌های مهار و اداره‌ی رفتار، به برنامه‌های آموزش والدین مبنی بر این که چگونه با فرزندشان بازی کنند یا چگونه مداخله‌های مستقیم، با تکیه بر حفظ عزت نفس و «ابراز خود» فرزندشان، داشته باشند، توجه اندکی معطوف شده است. پژوهش‌های انجام شده نشان داده است که در ارزیابی‌های پی‌گیری، کودکان درمان شده تمایل به رفتار بهتری دارند (گرین برگ و سپلتز، ۱۹۸۸؛ ریکل و همکاران، ۱۹۷۹؛ وبستر-ستراتون، ۱۹۹۷). این گونه یافته‌ها، بر این دلالت دارند که آن گروه از والدینی که بر تعامل‌های عاطفی و شناختی با فرزندشان و فنون انضباطی تأکید می‌کنند، موفق‌ترند. با توجه به اقدام‌های درمانی گوناگون، هر یک از رهیافت‌های ذکر شده، بر مؤلفه‌ی نظام تعاملی والدین - کودک تمرکز می‌کنند. در هر یک از رهیافت‌های درمانی، کانون اقدام درمانی متغیر است و مداخله در تمرکز بر کودک، والدین یا تعامل والدین کودک در نوسان است؛ برای مثال، در رفتار درمانگری یا شناخت درمانگری، نقش ادراک مادر مورد غفلت واقع شده یا دست کم گرفته شده است. این وضعیت به آن دلیل است که اقدام درمانی بیش‌تر بر ماهیت رفتار آشکار کودک و تغییر آن تکیه می‌کند و در مقابل، به ادراک مادر از کودک، از خود و از تعاملش با کودک توجه ندارد. تغییر در روابط، اساس

1 . Greenberg & Speltz

2 . Rickel

3 . Webster-Stratton

تغییر در رفتار آشکار کودک قلمداد می‌شود. در برنامه‌های مداخله‌گرانه‌ی روان‌پویایی، نقش والدین و ادراک والدین از کودک، محور اساسی به شمار می‌آید و توجه اصلی بر ماهیت و ایجاد تغییرات لازم در این‌گونه ادارک‌ها متمرکز است. غالباً در رهیافت‌های درمانی روان‌پویایی، رفتارهای آشکار تعاملی کم‌تر مورد توجه قرار می‌گیرد؛ در مقابل، در رهیافت‌های درمانی رفتارگرایانه احتمالاً ادراک مادر یا کودک بیشتر مورد غفلت واقع می‌شود.

در مجموع، راهبردهای درمانی طرح‌ریزی شده برای کودکان خردسال دارای مشکلات رفتاری، اندک است و راهبردهای موجود بیش‌تر تمایل دارند بر کاهش نشانه‌های خارجی یا ارتقای دانش و اطمینان والدین، از طریق استفاده از رهیافت‌های رفتاری و شناختی با والدین تکیه کنند. این وضعیت هم‌چنین پیشینه‌ی پژوهشی گسترده‌ای را که مشکلات ارتباطی والدین - کودک را محور رشد مشکلات رفتاری می‌شمارد، مورد غفلت قرار داده است. افزون بر این، غالباً پیشینه‌ی پژوهشی مربوط به دل‌بستگی که ارتباط میان تعامل‌های ناهم‌زمان والدین - کودک، ناکامی‌های رشدی و مشکلات رفتاری را مورد شناسایی قرار داده، در برنامه‌های درمانی موجود نادیده گرفته شده است. این شرایط موجب شده است که نیاز به بررسی مؤلفه‌ی عاطفی تعامل والدین - کودک، ادراک والدین از فرزندشان و ناکامی‌های رشد کودک مورد بی‌توجهی واقع شود. شایان ذکر است که برای موفقیتِ درمان در طول زمان،

بررسی تأثیر عوامل گوناگون در نظام تعاملی ضرورت دارد.

ما رفتارهای نامطلوب را نه تنها راهی برای جلب توجه می‌دانیم، بلکه آنها را به منزله‌ی تلاشی برای افزایش و مهار مجاورت فیزیکی و روان‌شناختی والدین، که کودک فقدان آن را تجربه کرده است می‌پنداریم. نظر به این که کودک راهبردهای مناسبی را برای جلب توجه و افزایش مجاورت کسب نکرده است، با بروز الگوهای رفتاری نامناسب، موجب تداوم چرخه‌ی دایمی طرد می‌شود. نشانه‌های اساسی پرخاشگری و تسلیم‌ناپذیری شدید، حاصل ادراک‌های منفی‌ای است که در بروز رفتارها مشارکت می‌کنند؛ از این رو، تغییر این‌گونه ادراک‌ها برای بهبود طولانی مدت در وقوع نشانه‌ها، ضروری دانسته شده است. در این مقاله، تعامل والدین - کودک را برحسب پنج عامل مؤثر و فرایندهای وابسته به یکدیگر در نظام تعاملی والدین - کودک در نظر می‌گیریم. این عوامل مؤثر عبارت‌اند از:

الف) قابلیت‌های رشدی کودک؛

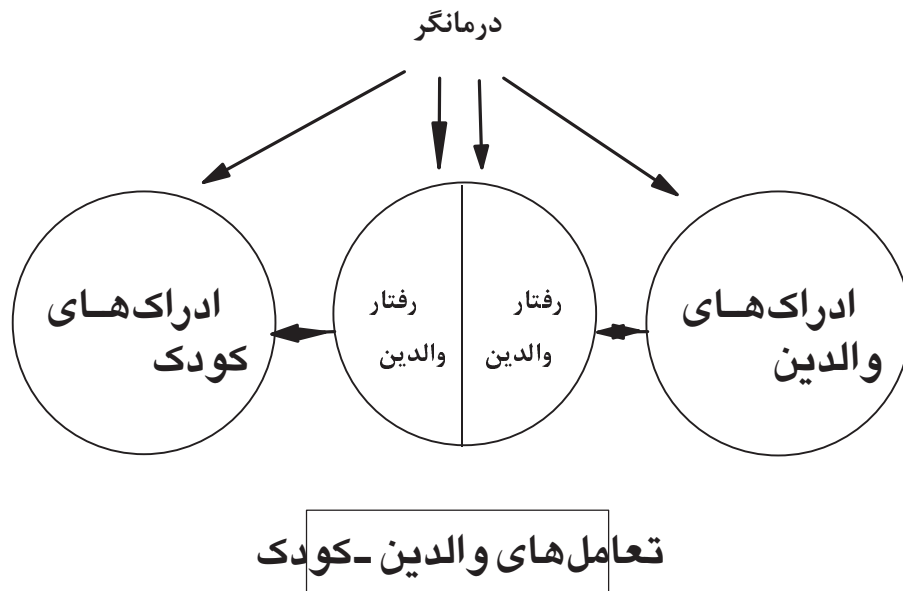
ب) تجربه‌ی والدین از نظر فرزندپروری در خانواده‌ی اصلی خود؛

ج) تعامل والدین - کودک؛

د) ادراک‌های کودک درباره‌ی خود و دیگران؛

ه) ادراک‌های والدین درباره‌ی خود و دیگران (لندی و منا، ۱۹۹۸). بنابراین، برنامه‌های مداخله‌گرانه باید به تمام این عوامل بپردازد و برای پرداختن به این‌گونه عوامل، اقدام‌های درمانی باید بر ادراک‌های مادر از خود و

فرزندش متمرکز شود. به طور معمول، ممکن است مداخله‌های درمانی معطوف به ادراک‌های مادر، کیفیت تعامل‌های والدین-کودک و مشکلات نظم‌دهی عاطفی کودک یعنی پرخاشگری را تغییر دهد (نمودار ۱).



نمودار ۱. حوزه‌های مداخله‌ای در نظام تعاملی والدین-کودک

الگوی تلفیقی مداخله‌گرانه

هر کودک یک تصویر ذهنی از خود، دیگران و رابطه‌اش با دیگران دارد. از دیدگاه رشدی، نگاه کودک به خود دربرگیرنده‌ی ترکیبی از قابلیت‌های رشدی گوناگون است که شامل برقراری رابطه‌ی دلبستگی، استقرار احساس تبحر، تنظیم و مهار واکنش‌های هیجانی و نیز توانایی برقراری ارتباط و نمادسازی، تنظیم محرک‌ها،

همدلی^۱ و رفتارهای مطلوب اجتماعی می‌شود. مشکلات رفتاری هنگامی رخ می‌دهد که کودک در حل موفقیت‌آمیز برخی از این قبیل تکالیف یا امور رشدی که برای تنظیم هیجانی و مهار رفتاری نقش اساسی دارند، با ناکامی و شکست روبه‌رو می‌شود. مؤلفه‌ی مهم در احساس کودک از قابلیت‌های خود، به تجربه‌ی او از سبک فرزندپروری والدینش مربوط می‌شود. این موضوع بدان جهت اهمیت دارد که نقش حیاتی و مهم والدین در رشد این قبیل قابلیت‌ها عامل مؤثر به حساب می‌آید.

ادراک‌های والدین از خود و از دیگران تحت تأثیر تغییرات ناشی از تعامل والدین و کودک و نیز تحت تأثیر تغییرات حاصل از مؤلفه‌های شناختی و عاطفی ادراک‌های کودک و والدین قرار دارد؛ از این رو، لازمه‌ی ایجاد قابلیت‌های رشدی جدید در کودک، ایجاد تغییرات در ادراک‌های خود است. همچنین احتمال دارد ایجاد تغییرات در مادر یا پدر از طریق آگاه شدن از تجربیات فرزندپروری خود و از طریق کاربرد قابلیت‌های ضروری برای تربیت فرزند صورت پذیرد. با بحث درباره‌ی این گونه مسائل، والدین آگاه می‌شوند که چگونه باورها و رفتارها و سبک فرزندپروری کنونی آنان تحت تأثیر سابقه‌ی خانوادگی خود (پدر و مادر خود) قرار دارد. این گونه بحث‌ها به والدین کمک می‌کند در باره‌ی تکرار یا عدم تکرار الگوهای رفتاری گذشتگان (پدر و مادر خود) بصیرت لازم را کسب کنند. همچنین والدین را قادر می‌سازد تا رفتارهای نامطلوب خود و چرخه‌های

1 . Empathy

نادرست سبک‌های فرزندپروری بین‌نسلی^۱ را تغییر دهند. از طریق تشویق والدین به بحث درباره‌ی دیدگاه‌های خود، امکان دارد تأثیراتی بر ادراک‌های مادر یا پدر از خود، از دیگران و به ویژه بر ادراک‌های آنان از فرزندشان به وجود آید. برای این منظور، ضرورت دارد مداخله‌های رفتاری با رهیافت‌های رشدی و روان‌پویایی تلفیق شود و در هم آمیزد.

در مرحله‌ی نخست درمان، آشنایی والدین با فنون اصلاح رفتار ضرورت دارد (برای مثال، استفاده از روش محروم‌سازی^۲ یا تهیه‌ی یک جدول و کشیدن ستاره یا گذاشتن علامت مثبت به منظور پاداش رفتارهای مطلوب) و باید توصیه‌هایی به والدین ارائه نمود و درباره‌ی چگونگی محدود کردن رفتار فرزند، به آنان کمک کرد (برای مثال، اقدام لازم به هنگام بروز رفتار نامطلوب، داشتن ثبات و حفظ انضباط به طریق مشخص برای بروز رفتارهای خاص، و عدم واکنش‌های ناهمسان و رفتار صادقانه با کودک).

در مرحله‌ی دوم درمان، ضرورت دارد کودکان و والدین در زمینه‌هایی که بیش‌ترین مشکل را دارند، آموزش ببینند و رشد کنند. همان‌طور که پیش‌تر یادآور شدیم، غالباً کودکان خردسال با پرخاشگری شدید، در برخی از جنبه‌های رشدی (مانند مهار هیجان‌های منفی در رفتار، همدلی و خودنمایی) نارسایی‌ها یا تأخیرهایی را نشان می‌دهند. برنامه‌ای درمانی به طور شفاف برای مادران طرح‌ریزی می‌شود تا بتوانند قابلیت‌های رشدی مورد نیاز کودکان برای تنظیم عواطف را کسب کنند. هم‌چنین

1 . Intergenerational

2 . Time-out

به والدین آموزش داده می‌شود تجربه‌هایی را که برای فرزندشان ضرورت دارد، فراهم کنند تا آنان بتوانند رفتارهای خود را بهبود بخشند؛ برای مثال، یکی از بهترین راه‌های تشویق کودکان به صحبت درباره‌ی هیجان‌های خود و شناخت آنها، این است که تصاویر گوناگون از چهره‌هایی که بیانگر احساسات خاصی است به کودک نشان داده و سپس از او پرسیده شود چه زمانی امکان دارد همان احساس را داشته باشند و در آن شرایط، برای کودک یا بزرگسالی که همان احساس را دارد، چه اتفاقی رخ می‌دهد. اجرای این گونه تمرین‌ها، در اغلب موارد کودک را قادر می‌سازد تا به روش‌های رشد بهنجار دست یابد. همچنین اجرای این قبیل تمرین‌ها، به والدین کمک می‌کند تا این گونه مهارت‌ها را در فرزندشان ایجاد کنند و در اغلب موارد برای نخستین بار به فرزندشان یاد بدهند که خود را بشناسد. والدین از طریق بحث‌ها و تمرین‌های گروهی، تشویق می‌شوند تا تجربه‌ها و امور مورد علاقه‌ی دوران کودکی خود درباره‌ی امور رشدی را کشف و شناسایی کنند. (مثلاً این که پدر و مادرشان) چگونه آنان را تربیت می‌کردند، با هیجان‌های آنها چگونه برخورد می‌کردند و هنگام بروز مسئله، چگونه با آن روبه‌رو می‌شدند و آن را حل می‌نمودند؟ بنابراین، زمانی که راهبردهای مقابله با هیجان‌های منفی (مانند خشم و لج‌بازی) مورد بحث قرار می‌گیرند، والدین ترغیب می‌شوند درباره‌ی شیوه‌های برخورد با هیجان‌ها و احساسات در گستره‌ی رشد خود توضیح دهند و همچنین تشویق می‌شوند که آن راهبردها را ادامه دهند یا بهبود بخشند (برای مثال، آیا هنگام بروز هیجان‌های

منفی، آن هیجان‌ها نادیده گرفته می‌شدند؟ آیا همه جیغ می‌کشیدند و فریاد می‌زدند؟ آیا در باره‌ی آن هیجان‌ها بحث و گفت‌وگو می‌شد؟). در بحث گروهی سالم، امکان دارد والدین از طریق ایفای نقش با دیگر بزرگسالان، راهبردهای جدید را تجربه کنند. این گونه تجربیات گروهی، می‌تواند مهارت‌های اجتماعی والدین را بهبود بخشد و در نتیجه، موجب ارتقای تعامل آنان با فرزندشان شود. از طریق بحث کردن درباره‌ی این گونه امور، والدین آگاه می‌شوند که چگونه شیوه‌های فرزندپروری و ادراک‌های کنونی آنان تحت تأثیر تجربیات فرزندپروری والدین خود در گذشته است. این گونه بحث‌ها و آگاهی‌ها، به والدین کمک می‌کند تا درباره‌ی تکرار یا عدم تکرار همان الگوهای رفتاری بصیرت لازم را به دست آورند و نیز آنان را قادر می‌سازد رفتارهای نامطلوب را تغییر دهند و اصلاح کنند.

در مرحله‌ی سوم درمان، بهبود بخشی کیفیت تعامل‌های والدین - کودک، محور اصلی درمان به شمار می‌آید. پیش‌بینی می‌شود که تغییر در تعامل‌های والدین - کودک در دراز مدت، آثار پایداری بر ادراک‌ها و احساسات والدین از کودک و تا حدی از خود خواهد داشت. در مرحله‌ی چهارم درمان، ملاحظه می‌شود بسیاری از والدین که تحت درمان قرار می‌گیرند، از دوران کودکی خود مشکلات مزمن و مسائل حل نشده‌ای دارند که بر شیوه‌ی فرزندپروری کنونی آنان، آثار بازدارندگی به جا گذاشته است. در طول درمان، والدین تشویق می‌شوند مسائل حل نشده‌ی خود را در گذشته درباره‌ی اموری مانند مهار و تنظیم هیجان‌های منفی و به ویژه خشم،

روابط معنادار به خصوص با پدر و مادر خود و تجربیات حاصل از خشونت و بدرفتاری را واریسی و کشف کنند. انتظار می‌رود این‌گونه بحث‌ها باعث شوند تا خاطره‌های منفی از تجربیات فرزندپروری در گذشته، به قسمت آگاه ذهن والدین منتقل شود و در نتیجه، با ادراک‌ها و اسنادهای آنان تلفیق شود. این وضعیت می‌تواند بر ادراک‌های والدین از خود و دیگران تأثیر مطلوبی بر جا گذارد، اگر چه پیش‌بینی می‌شود تأثیر آن بر کودک کم‌تر باشد.

در این بخش از مقاله، یک مورد بالینی را به منظور نشان دادن رابطه‌ی میان ادراک‌های مادر از فرزندش و مفهوم‌سازی روابط والدین-کودک، نشانه‌شناسی رفتار کودک و تغییرات پس از درمان ارائه می‌کنیم.

یک مثال بالینی

شرح حال مشورت‌جو و شناسایی مسئله
خانم احمدی مادر جواد پنج ساله است. او همراه فرزندش به دلیل تسلیم‌ناپذیری و پرخاشگری شدید به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. جواد دو خواهر کوچک‌تر از خود به نام‌های زهرا، سه ساله و نرگس، هشت ماهه، دارد. جواد نسبت به زهرا پرخاشگر است و گاهی با او با خشونت و بیرحمانه برخورد می‌کند. خانم احمدی در مصاحبه درباره‌ی گذشته‌ی جواد گفته است که او بچه‌ی آرام و شادی بود، به خوبی می‌خوابید و به خوبی غذایش را می‌خورد. خانم احمدی وقتی درباره‌ی مراحل حساس رشد جواد صحبت می‌کرد، گفت: «او در

۱. با توجه به فرهنگ ایرانی اسامی تغییر یافته‌اند (م).

تمام مراحل رشد، بی نظیر بود». مادر ادامه داد که جواد از نظر جسمانی رشد خیلی خوبی داشت و به سرعت زبان باز کرد. جواد حدود نه ماهگی راه افتاد و همیشه غان و غون می کرد. او واقعاً به سرعت رشد کرد.

ارزیابی رشدی نشان داد که جواد از هوش بالای متوسط برخوردار است و کاملاً می تواند از زبان کلامی برای بیان خشم و ناکامی اش استفاده کند. جواد در ظاهر ناراحت و مضطرب به نظر می رسید. خانم احمدی احساس می کرد که نمی تواند از عهده ی او برآید. زمانی که جواد خشمگین و پرخاشگر می شود، مادرش با او درباره ی رفتارش صحبت می کند. مادر قوانین خانواده را که بر در یخچال نصب شده است یادآور می شود (مانند: لگد زدن ممنوع، دعوکردن ممنوع، جیغ کشیدن ممنوع، نق نق کردن ممنوع و مواردی نظیر اینها). مادر گزارش می کند که گاهی او هم نسبت به جواد عصبانی می شود و او را تنبیه می کند: «نه همیشه، بلکه گاهی جواد را کتک می زنم».

خانم احمدی موافقت کرد در برنامه ی مخصوص مادرانی که فرزند خردسال پرخاشگر دارند، شرکت کند. برنامه ی مورد نظر برای بیست هفته پیش بینی شده و شامل شش مادر دیگر و یک درمانگر بود. برنامه ی درمان، هفته ای یک بار برگزار می شد. خانم احمدی در تمام جلسات حضور یافت و در طول درمان در اجرای برنامه ی مداخله گرانه مشارکت داشت.

معرفی بیش تر مشورت جو پیش از درمان

برای شناخت بیش تر مشکلات رفتاری جواد و بررسی

عینی تغییرات رفتاری او پس از درمان، از خانم احمدی درخواست شد پرسش‌نامه‌ی فهرست بررسی رفتار کودک^۱ را تکمیل کند (آخن باخ و ادل بروک، ۱۹۹۱). نمرات جواد در مقیاس‌های فرعی رفتارهای بزهکاری و پرخاشگری در مقیاس مذکور، پیش از آغاز درمان، او را در دامنه‌ی بالینی نمود و هشت صدک قرار داده بود. این نتایج حاکی از آن است که خانم احمدی جواد را به عنوان یک کودک پرخاشگر، خارج از کنترل و به شدت تسلیم‌ناپذیر می‌پندارد.

به منظور عینیت بخشیدن به ادراک‌ها و تجربیات ذهنی خانم احمدی درباره‌ی جواد و رابطه‌ی او با فرزندش، از وی درخواست شد که پرسش‌نامه‌ی الگوی مؤثر در مصاحبه با کودک^۲ را تکمیل کند (زینه و همکاران، ۱۹۹۳). تحقیقات نشان داده است که پرسش‌نامه‌ی الگوی مؤثر در مصاحبه با کودک در موقعیت‌های بالینی وسیله‌ی مفیدی است. دلیل این امر آن است که برای ارزیابی رسمی از ادراک‌ها و تجربیات ذهنی والدین درباره‌ی فرزند و روابط آنان با فرزندشان اطلاعات مناسبی را فراهم می‌کند (زینه و بنویت، ۱۹۹۵). بدین منوال، مشاوران و متخصصان بالینی می‌توانند در مصاحبه به محتوای هیجانی و جنبه‌های گوناگون آن دست یابند (مانند: فضای عاطفی، حساسیت مادر و مشارکت والدین). تفاوت‌های موجود در این گونه مصاحبه‌ها، فایده‌ی شناخت ادراک‌های والدین از

1 . Child Behavior Checklist (CBCL)

2 . Achenbach & Edelbrock

3 . Working Model of the Child Interview (WMCI)

4 . Zeaneh

5 . Zeaneh & Benoit

فرزندشان را برای مشاوران و متخصصان بالینی آشکار می‌سازد. اجرای مصاحبه‌ی مذکور و پرسش‌نامه‌ی فهرست بررسی رفتار کودک در سه زمان متفاوت، مشاور را قادر می‌سازد تغییرات به وجود آمده در ادراک‌های خانم احمدی از فرزند و رابطه‌اش با او را بررسی کند.

محتوای مصاحبه‌های اجرا شده، براساس فضای هیجانی رتبه‌بندی می‌شود. فضای عاطفی از نظر شادی، احساس افتخار، خشم، یأس، اضطراب، احساس گناه و بی‌تفاوتی ارزیابی می‌شود. مصاحبه‌ها نیز از نظر کیفی و محتوا، مانند مشروح بودن ادراک‌ها، آمادگی برای تغییر، میزان مشارکت، پذیرش کودک، مشکل کودک و حساسیت مادر رتبه‌بندی می‌شوند.

منظور از مشروح بودن ادراک‌ها آن است که توصیف‌های ارائه شده درباره‌ی کودک به عنوان یک فرد و رابطه‌ی والدین با کودک تا چه حد مبسوط و دقیق است. آمادگی برای تغییر، به میزان انعطاف‌پذیری والدین از نظر انطباق و پذیرش اطلاعات جدید درباره‌ی کودک، شیوه‌ی فرزندپروری و رابطه‌ی والدین با کودک مربوط می‌شود. میزان مشارکت، از طریق بررسی میزان اشتغال ذهنی والدین و دل‌مشغولی‌های آنان درباره‌ی کودک مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. منظور از پذیرش کودک، میزان پذیرش وی از سوی والدین و تمام چالش‌ها و مسئولیت‌هایی است که از نظر مراقبت کودک ضرورت دارد. مشکل کودک، ادراک والدین را از کودک از نظر میزان دشواری مراقبت از او یا برقراری رابطه با وی، مورد بررسی قرار می‌دهد. در بخش حساسیت مادر، این موضوع که تا چه حد مادر به نیازهای کودک واقف است،

میزان تجربیات عاطفی وی و کیفیت پاسخ‌گویی به آن نیازها مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

پیش از درمان، فضای عاطفی منفی بر مصاحبه‌ی خانم احمدی سایه افکنده بود. در طول مصاحبه، فضای خشم‌آلود در ارتباط با توصیف فرزند (جواد) و رابطه‌اش با او، تا حد زیادی آشکار بود. بر فضای مصاحبه، احساس گناه، اضطراب، یأس و ناامیدی نیز حاکم بود. در مصاحبه، فضای هیجانی شادی مشاهده شد، اما احساس افتخار دیده نشد.

در مصاحبه با خانم احمدی احساس می‌شد که او از نظر تمرکز بر فرزندش و رابطه با وی مشکل دارد. به نظر می‌رسید که ذهن او با نگرانی‌های گوناگون دیگری در جدال است که بر توصیف او از جواد مزاحمت ایجاد می‌کنند. برخی از نگرانی‌های مادر بر جنبه‌های خاصی از رفتار جواد تکیه داشت و برخی از آنها مربوط به جواد نبود. به نظر می‌رسید که خانم احمدی قادر نبود به طور کامل بر جواد به عنوان یک فرد تمرکز کند. فضای عاطفی مسلط بر ادراک‌های مادر از جواد و رابطه‌اش با او فقط خشم بود.

پاسخ‌های خانم احمدی در مصاحبه، موجب شناسایی محورهای مرکزی موفقیت در برنامه‌های مداخله‌گرانه شد. پاسخ‌های مادر بیانگر نقاط قوت و ضعف در ادراک‌های او از فرزند و رابطه‌اش با او بود. توصیف خانم احمدی درباره‌ی جواد به عنوان یک فرد و رابطه‌اش با او، موجز و پر مایه بود. با وجود این، مادر بیش‌تر درباره‌ی رفتار و شخصیت جواد صحبت می‌کرد و کم‌تر درباره‌ی احساسات وی اظهار نظر می‌نمود. شدت درگیری مادر، از

احساس شفاف‌تری از دل‌مشغولی مادر نسبت به فرزندش حکایت می‌کرد. با وجود این، ذهن خانم احمدی ظاهراً با نگرانی‌های دیگری اشغال شده بود، به طوری که به نظر می‌رسید تا حدی از جواد فاصله گرفته است. مادر از نظر پذیرش کودک، حساسیت مراقبت، مشکل کودک و آمادگی برای تغییر در سطح پایینی قرار داشت. نام‌برده عدم رضایت خود را نسبت به جواد از نظر تعارض ناشی از مراقبت از او و خشم در پاسخ به نیازهای رفاهی وی آشکار ساخت. با توجه به حساسیت مراقبت، خانم احمدی از نظر تشخیص نیازهای جواد و پاسخ به آن دچار مشکل شده بود. این موضوع نیز در رتبه‌بندی رفتار توسط مادر منعکس گردیده بود.

از نظر آمادگی برای تغییر، خانم احمدی نمره‌ی اندکی به دست آورده بود. پاسخ‌های او به وضوح بیانگر انعطاف‌پذیری از نظر درونی‌سازی اطلاعات جدید درباره‌ی فرزندش، شیوه‌ی فرزندپروری و رابطه‌ی او با فرزندش بود. پاسخ‌های او دال بر این بود که می‌تواند به خوبی اطلاعات جدید را تحمل کند.

برنامه‌ی درمان

خانم احمدی از نظر شدت رفتار پرخاشگری فرزندش، احساس درماندگی و نگرانی می‌کرد. تمرکز بر این گونه رفتارهای سطحی، مانع شناخت او از توانایی‌های بالقوه‌ی جواد می‌شد و در نتیجه، موجب می‌گردید رفتارهای فرزندش را مهار کند و واکنش‌های تنبیهی از خود نشان دهد. تلاش‌های خانم احمدی در ایجاد محدودیت برای جواد، موجب می‌شد منابع درماندگی

جواد مورد غفلت واقع شود و در نتیجه، رفتار پرخاشگری او شدت یابد. مادر به شدت تلاش می‌کند جواد را به نظم و ترتیب عادت دهد و بعضی روزها که انرژی و حوصله‌ی لازم را داشت، درست عمل می‌کرد و جواد به آموزش‌های وی توجه می‌کرد، ولی هنگامی که مادر واقعاً خسته بود، کنترل خود را از دست می‌داد و جواد را تنبیه می‌کرد. برای جواد مهم بود بداند که مادرش قادر است امور زندگی را اداره کند و به علایق او توجه نماید.

در طول دوره‌ی درمان، برای خانم احمدی تکنیک‌های گوناگون در نظر گرفته شده بود تا در مهار رفتارهای جواد به او کمک کند (مانند: محروم‌سازی، ارائه‌ی گزینه‌ها و انتخاب‌های گوناگون و آماده‌سازی). این موضوع بسیار حایز اهمیت بود؛ زیرا زمانی که مادر نمی‌توانست اطاعت جواد را جلب کند، محتمل بود به تنبیه بدنی متوسل شود؛ برای مثال، در باره‌ی آماده‌سازی، خانم احمدی یاد گرفت که از طریق توضیح قبلی در باره‌ی وقوع یک روی داد و آماده‌سازی کودک، می‌توان از بروز برخی رفتارها پیش‌گیری کرد.

از طریق ارائه‌ی گزینه‌ها و انتخاب‌های گوناگون به کودک، خانم احمدی یاد گرفت که بیش‌تر کودکان خردسال احساس ناتوانی می‌نمایند و فکر می‌کنند که تحت ترحم بزرگسالان واقع شده‌اند؛ برای مثال، زمانی که شما تقاضای کودک یا فعالیت او را با گفتن یک «نه» ناگهانی و غیرمنتظره متوقف می‌کنید، موجب احساس درماندگی در کودک می‌شوید. در مقابل، چنان‌که انتخاب‌های قابل قبول به کودک عرضه شود، او احساس خوشایندی خواهد داشت؛ مثلاً، اگر جواد بگوید که مایل نیست به خانه‌ی

عمه‌اش برود، به جای این که فریاد بکشید و به او بگویید که «شما باید بروید» و دعوا را شروع کنید، بهتر است گاهی او را در مسئولیت‌های فرعی قرار دهید؛ مانند این که کدام اسباب‌بازی را با خود می‌بری یا در کجای اتومبیل می‌نشینی. با این شیوه‌ی برخورد امکان دارد به فرو نشاندن خشم جواد کمک کنید و موجب شوید که او بیش‌تر احساس مسئولیت کند. خانم احمدی در گذشته از روش محروم‌سازی استفاده نکرده بود. در دوره‌ی درمان، مادر آموخت که روش محروم‌سازی، روش مناسبی است که جواد برای مهار کردن احساساتش می‌تواند به کاربرد تا به او مدتی آرامش ببخشد. برخی از والدین برای یک دوره‌ی زمانی مشخص، از ساعت‌های زنگ‌دار استفاده می‌کنند. در هر حال، از نظر رشد مهارت خود تنظیمی، توصیه می‌شود اجازه دهید جواد خود تصمیم بگیرد چه زمانی آماده است تا نسبت به رفتارش آگاه شود. این روش موجب می‌شود جواد مسئولیت رفتارهای خودش را بپذیرد.

همراه با این روش‌ها، توصیه‌های عملی درباره‌ی محدود کردن موقعیت و برقراری نظم به خانم احمدی ارائه شد. خانم احمدی فهرستی از قوانین را بر در یخچال نصب کرده بود. اگر چه این فکر خوبی بود، ولی او همیشه این قوانین را رعایت نمی‌کرد؛ مثلاً، خانم احمدی گاهی در مقابل فریاد جواد تسلیم می‌شد و گاهی تسلیم نمی‌شد، بعضی روزها او را به خاطر یک رفتار یکسان تنبیه می‌کرد و گاهی تنبیه نمی‌کرد. او بدون روشن ساختن قوانین رفتاری، فرزندش را تنبیه می‌کرد. به خانم احمدی پیشنهادهای انضباطی زیر عرضه شد: «در برخورد با

جواد به طریق هماهنگ و پایدار عمل کن و او را هر بار به روش یکسان برای رفتار یکسان عادت بده، هنگامی که رفتار نامطلوبی از او سر می‌زند فوری اقدام کن، واکنش‌های ضد و نقیض از خود نشان نده، در برخی از موقعیت‌ها سعی بر استدلال کن و توضیح بده، قوانین و پیامدهای رفتار را قابل فهم و شفاف بیان کن و در مقابل پیامدهای رفتار، عادلانه و عاقلانه واکنش نشان بده».

خانم احمدی به سرعت و به خوبی، روش‌های اصلاح رفتار را یاد گرفت. او این قبیل تکنیک‌های جدید را در خانه با فرزندش به کار خواهد برد و در باره‌ی اثربخشی آنها گزارش خواهد داد. در طول دوره‌ی درمان، در مانگر نه تنها بر کاربرد تکنیک‌های رفتاری گوناگون تکیه کرد، بلکه بر تفسیر انگیزه‌هایی که در ورای رفتارهای کودک وجود دارد نیز توجه داشت؛ برای مثال، کودک به این دلیل این گونه رفتار می‌کند که می‌خواهد مرا عصبانی نماید یا این که دچار ناکامی شده است و نمی‌داند چگونه احساس ناکامی خود را بروز دهد. با حمایت‌های انجام شده از خانم احمدی و تمرین‌های به عمل آمده از سوی او، مادر روش‌های جدیدی برای مهار شیطننت و پرخاشگری جواد یاد گرفت و از گذراندن اوقات آرام با او گزارش داد.

در طول دوره‌ی درمان، برای خانم احمدی فرصت‌هایی فراهم شد تا به کندوکاو بپردازد که در خانواده‌ی پدر و مادری او چگونه با تسلیم‌ناپذیری کودک و مسئله‌ی انضباط برخورد می‌کردند. در خانواده‌ی خانم احمدی، پدرش نظم و انضباط را حاکم می‌کرد. او پدرش را مردی صمیمی اما ناشکیبا توصیف می‌کرد. پدرش رفتارهای بد و نامطلوب را نمی‌توانست تحمل کند؛ او (خانم احمدی)

فوری تنبیه می‌شد و به طور معمول به اتاقتش فرستاده می‌شد و گاهی پدر، او را با کمر بندش تنبیه می‌کرد. پدرش آمادگی شنیدن هیچ‌گونه توضیحی را در باره‌ی رفتارش نداشت. خانم احمدی خود را به عنوان یک بچه‌ی بسیار مطیع توصیف می‌کرد. او گفت که در دوران کودکی می‌ترسید که مبادا کسی سر او داد بکشد یا او را تنبیه کند؛ از این رو، خانم احمدی اظهار داشت که این شرایطی نیست که او برای فرزندش (جواد) می‌خواهد. خانم احمدی اضافه کرد که او نمی‌خواهد فرزندش از او بترسد. خانم احمدی ادعان کرد که او جنبه‌هایی از رابطه‌ی خود با پدرش را به رابطه‌ی خود با فرزندش فرافکنی کرده است. در طول دوره‌ی درمان، خانم احمدی آگاهانه این دو نوع رابطه را از یکدیگر تفکیک کرد و متوجه شد که باید با برقراری حدود مشخص و جدی با پرخاشگری جواد برخورد کند. بدیهی است برقراری حدود مشخص و جدی با پاسخ‌گویی به نیازهای جواد و آرامش او در هم آمیخته است. تعیین حدود مشخص از سوی مادر به جواد هشدار می‌دهد که ضرورتی ندارد که وی توانایی مادرش را برای مهار رفتار و مراقبت از پسرش آزمایش کند.

در طول دوره‌ی درمان، تغییری اساسی رخ داد و آن هنگامی بود که خانم احمدی در باره‌ی رشد هیجان‌ها و مهار تکانش‌ها و اداره‌ی اضطراب در کودکان خردسال به آگاهی لازم دست یافت. او آموخت که از عهده‌ی موقعیت‌های برانگیزنده‌ی هیجان‌های شدید برآمدن، برای همه‌ی کودکان، به ویژه کودکان چهار ساله، بسیار دشوار است؛ زیرا ترس‌ها و سر و صداها به طور معمول تثبیت شده‌اند و آنان بر هیجان‌ها و تکانش‌های منفی

کنترل بیش‌تری دارند؛ در غیراین صورت، کودکان به طور معمول به بروز رفتار در محیط خود می‌پردازند. خانم احمدی تشخیص داد که مورد فرزندش با این وضعیت مطابقت دارد. او متوجه شد که او باید به فرزندش یاد بدهد که چگونه هیجان‌های خود را کنترل کند و آنها را به طریق قابل قبول ابراز نماید. بدیهی است مادر نخست باید تلاش کند در زمینه‌ی واکنش‌های خود نسبت به فرزندش، به ویژه در زمینه‌ی پرخاش و خشم، کنترل لازم را به دست آورد؛ از این‌رو، تعدادی قانون ساده به خانم احمدی عرضه شد: «نخست این که هرگز عصبانی نشو و در نتیجه، فریاد نکش، جیغ نزن و تنبیه کردن جواد را آغاز نکن. دوم این که هرگز در مقابل آنچه جواد از طریق کج خلقی می‌خواهد به دست آورد، تسلیم نشو. در غیر این صورت (یعنی تسلیم شدن) کج خلقی‌های جواد افزایش خواهد یافت. سوم این که او را از موقعیت دور کن و به او (هم‌چنین به خودت) اجازه بده تا آرامش یابد (روش محروم‌سازی).

خانم احمدی تشخیص داد که او آمادگی پذیرش هیجان‌های منفی فرزندش را ندارد. او متوجه شد که در مقابل احساسات خشم‌آلود فرزندش احساس ناآرامی می‌کند و در نتیجه، قادر نیست آنها را نادیده بگیرد و گاهی فرزندش را تنبیه می‌کند. او هم‌چنین درک کرد که در کمک به فرزندش در بازیابی کنترل رفتار و بازگرداندن موقعیت به فضای مثبت مشکل دارد. خانم احمدی شناخت دقیق‌تری درباره‌ی موقعیت فرزندش در مسیر رشد و احساس او از دنیای پیرامونش به دست آورد؛ برای مثال، او دریافت که اگر کودک خردسالی کنترل رفتارش را از

دست بدهد، چقدر می‌تواند خطرناک باشد. در خانه‌ی پدر و مادر خانم احمدی در دوران رشد او، احساسات منفی، مانند خشم و اندوه نادیده گرفته می‌شد و او یاد گرفته بود که آنها را واپس بزند. با وجود این، او از فرزندانش خواسته بود که درباره‌ی احساسات خود آزادانه صحبت کنند. خانم احمدی شروع به پذیرش احساسات خشم و اندوه جواد کرد و به او اجازه داد درباره‌ی آنها حرف بزند. وی توانست از طریق صحبت کردن در این زمینه، رفتارش را بهبود دهد و تجربیات خشم آلود دوران کودکی خود را با گروه مادران در میان بگذارد.

بهبودهای قابل ملاحظه‌ای در ادراکها و عواطف خانم احمدی ایجاد شد. این قبیل تغییرات احتمالاً بیش‌تر به احساس جدید از قابلیت و شایستگی مادری مربوط می‌شد. احساسات مثبت، از طریق درمان، بهبود و ارتقا یافت. این تغییرات موجب شد خانم احمدی فرزندش را در وضعیت تازه‌ای درک کند. مادر به نیازهای جواد حساس شد و در نتیجه، جواد حس همکاری بیش‌تری از خود نشان داد. به عنوان بخشی از درمان، درمانگر تجربیات مادر و اسنادهای مربوط به فرزندش را بررسی نمود، حمایت‌های لازم را تدارک دید و با مادر پیش از تلاش برای هرگونه تغییر رفتاری در تعامل با فرزندش، همدلی کرد. هم‌زمان در فرایند درمان، پیش از آن که مادر بتواند حمایت‌های لازم را برای فرزندش فراهم کند، ضرورت داشت خانم احمدی به بازنگری در شیوه‌ی فرزندپروری و نگاه دوباره به خود بپردازد.

دو هفته پس از پایان درمان (یعنی بعد از بیست هفته)، خانم احمدی مجدداً پرسش‌نامه‌ی فهرست بررسی رفتار کودک و پرسش‌نامه‌ی الگوی مؤثر در مصاحبه با کودک را تکمیل کرد. یافته‌های به دست آمده در پرسش‌نامه‌ی فهرست بررسی رفتار کودک نشان داد که نمرات جواد از نظر مسائل مربوط به پرخاشگری، تسلیم‌ناپذیری و آسیب‌های ناشی از کنترل، به طور معناداری کاهش یافته است.

در مصاحبه‌ی پایانی با خانم احمدی، فضای عاطفی مثبت غلبه داشت. فضای خشم‌آلود در ارتباط با توصیف جواد و رابطه‌ی مادر با او دیگر وجود نداشت. بر سراسر مصاحبه، فضای عاطفی شاد و احساس افتخار حاکم بود. احساس گناه و یأس دیگر وجود نداشت و احساس اضطراب به حداقل رسیده بود.

مصاحبه‌ی خانم احمدی منسجم و تا حدی روشن و واضح بود. رابطه‌ی خانم احمدی با فرزندش صمیمی‌تر شده بود و کمتر احساس انقباض، گرفتگی، پیچیدگی یا دل‌مشغولی اضطراب‌آمیز وجود داشت. مادر، به طور واقعی، رابطه با پسرش را دوست می‌داشت و عزیز می‌شمرد. به عنوان یک پیامد، مادر می‌توانست جلوه‌های مثبت و منفی فرزندش و رابطه‌ی مادر-کودک را آزادانه و واضح مورد بررسی قرار دهد. برخی از محدودیت‌ها در احساسات مادر نسبت به فرزند یا رابطه‌اش با او وجود داشت. به نظر می‌رسید خانم احمدی تا حدی از درگیری با فرزندش فاصله گرفته است.

تغییرات معناداری در جهت مثبت در نمرات خانم احمدی از نظر آمادگی برای تغییر، پذیرش فرزند و

حساسیت به مراقبت از فرزند ملاحظه شد. مصاحبه‌ی خانم احمدی از آمادگی وی برای پذیرش اطلاعات جدید درباره‌ی فرزند، رشد کودک و کاربرد اطلاعات از سوی مادر حکایت می‌کرد. هم‌چنین مادر مراتب سپاس‌گزاری خود را از دریافت این قبیل اطلاعات درباره‌ی فرزند خود و رابطه‌اش با او ابراز کرد.

نمرات خانم احمدی نیز بر پذیرش فرزند و قبول تمام مسئولیت‌هایی که برای مراقبت از او لازم است، دلالت داشت. او به وضوح احساس خوشحالی و شادمانی خود را از نظر مراقبت از فرزند ابراز می‌کرد. تعارض یا خشم در پاسخ به نیازهای رفاهی جواد دیگر وجود نداشت. مادر بیش‌تر قادر شده بود نیازهای جواد و کیفیت پاسخ‌گویی به آنها را تشخیص دهد. او جواد را به عنوان فردی که انواع حالت‌های هیجانی و نیازهای زیستی را تجربه می‌کند، بهتر درک می‌کرد و به این‌گونه حالت‌ها و نیازها بیش‌تر توجه می‌نمود.

خانم احمدی هم‌چنین از نظر مراقبت و برقراری رابطه با جواد احساس راحتی می‌کرد. این‌گونه تغییرات در احساسات مادر، در پاسخ‌های او به «فهرست بررسی رفتار کودک» منعکس شده بود. نمرات جواد در فهرست مذکور از دامنه‌ی بالینی «خیلی پرخاشگر و تسلیم‌ناپذیر» به «پسری که می‌توان به راحتی با او کنار آمد و هیچ‌گونه مشکل رفتاری، پرخاشگری و تسلیم‌ناپذیری بروز نمی‌دهد»، تغییر یافت.

یک سال بعد نیز فضای عاطفی مثبت در مصاحبه‌ی خانم احمدی حاکم بود. یک بار دیگر فضای عاطفی شادی و احساس افتخار در سراسر مصاحبه دیده می‌شد. افزون

بر این، میزان احساس افتخار مادر نسبت به فرزندش بیش‌تر شده بود. خشم، یأس و ناامیدی، احساس گناه یا حالت بی‌تفاوتی، در توصیف مادر از فرزندش و یا در رابطه‌ی مادر با او وجود نداشت. احساس اضطراب به حداقل خود رسیده بود.

خانم احمدی از نظر حساسیت به مراقبت و پذیرش کودک پیش‌رفت خوبی از خود نشان می‌داد و از مراقبت از جواد احساس شادمانی می‌کرد. او به طور مستمر نیازها و تجربیات هیجانی جواد و کیفیت پاسخ‌های خود به آنها را درک می‌کرد. مادر، به طور مستمر و به سهولت، از جواد مراقبت و با او رابطه برقرار می‌کرد. یک بار دیگر این وضعیت در نمرات مادر در «فهرست بررسی رفتار کودک» منعکس شد، به طوری که نمره‌ی جواد از نظر رفتارهای بزهکاری و پرخاشگری در دامنه‌ی نمرات عادی قرار گرفت.

توصیه‌های پایانی

این مطالعه‌ی موردی نشان می‌دهد که چگونه روی‌کرد درمان تلفیقی، از تکنیک‌های اداره‌ی رفتار و روش‌های انضباطی استفاده می‌کند و ادراک‌ها و تجربیات هیجانی رابطه‌ی مادر - کودک را مورد توجه قرار می‌دهد. نمونه‌ی گزارش شده در این مقاله، نشان می‌دهد که بررسی نظام ارتباطی مادر - کودک می‌تواند در بهبود رابطه‌ی عاطفی و احساس خرسندی ناشی از تعامل میان مادر و کودک از اهمیت خاصی برخوردار باشد.

با ارائه‌ی پیش‌رفت‌های چشم‌گیر مشاهده شده، معلوم می‌شود که بررسی فرایندی که این‌گونه تغییرات مثبت

در آن رخ داده، حائز اهمیت است. با ارائه‌ی راهبردها و تکنیک‌های انضباطی به خانم احمدی، او توانست قابلیت‌های خاصی را در فرزندش ایجاد کند. هم‌زمان، او با رشد کودک در دوره‌ی پیش‌دبستانی آشنا شد و توانست تجربیات گذشته‌ی خود و تجربیات فرزندپروری پدر و مادر خود را مورد بررسی قرار دهد. کسب آگاهی جدید درباره‌ی رشد کودک و بررسی تجربیات گذشته نگاه مادر را نسبت به خود و فرزندش تغییر داد. شرکت مادر در بیست جلسه‌ی گروهی نیز موجب شد تا شناخت مادر افزوده شود و روش‌های فرزندپروری را بیاموزد و در نتیجه، او قادر شد که به تدریج، بهتر، دلسوزانه‌تر و مطمئن‌تر نسبت به فرزندش واکنش نشان دهد. بدین ترتیب رفتار فرزندش بهبود و چرخه‌ی تعارض آمیز در تعامل مادر-کودک به طور مستمر کاهش یافت.

منابع

- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1991). *Manual for the child behavior checklist*. Burlington, VT: University of Vermont Press.
- Barnett, W.S. (1995). Long - term outcomes of early childhood programs: Analysis and recommendations. *The Future of Children*, 5(3), 25 -50.
- Campbell, S.B. (1990). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. NY: Guilford Press.
- carro, M.G., Grant, K.E., Gotlib, T.H., & Compas, B.E. (1993). Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5 (4), 467 - 579.
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, O. (1990). Contributions form the study of high risk populations to the understanding of the development of emotion regulation. In K. Dodge & P.J Garber (Eds.), *The development of emotion regulation*. New York: Cambridge University Press.
- Crick. N.R.. & Dodge. K.A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., McClasky, C.L., & Brown, M.M. (1986). Social competence in children. *Monographs for the Society for Research in Child Development*, 51 (25. Serial No. 413).
- Erikson, M., Sroufe, L.A., & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschoolers in a high risk sample. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing pints in attachment theory*, *Monographs of the Society of Child Development*, 50, (1-2, Serial 209).
- Farrington, D. P. (1987). Early precursors of frequent offenders. In J. Q. Wilson &

- G. C. Loury (Eds.) From children to citizens: Vo, III. Families, schools, and delinquency prevention. New York: Springer - Verlag.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66.
- Glick, B., & Goldstein, A.P. (1987). Aggression replacement training: Counseling and violence [Special Issue]. *Journal of Counseling and Development*, 65(7), 356-362.
- Gordon, D.A., & Arbuthnot, J. (1987). Individual, group, and family interventions. In H.C. Quay (Ed.) *Handbook of juvenile delinquency*. New York: Wiley.
- Greenberg, M.T., & Speltz, M.L. (1988) Contributions of attachment theory to the understanding of conduct problems during the preschool years, In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greenberg, M.T., Speltz, M.L., Deklyen, M., & Endriga, M.C. (1992). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems: A replication. *Development and Psychopathology*, 3, 413-430.
- Greenspan, S.I. (1985). Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood. In J. Bel-sky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kazdin, A.E. (1991). Aggressive behavior and conduct disorder. In T.R. Kratochwill & R.J. Morris (Eds.), *The practice of child therapy*. New York: Pergamon Press.
- Kochanska, G., Radke-Yarrow, M., Kuczynska, L., & Friedman, S.L. (1987). Normal and affectively ill mothers' beliefs about their children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 345-350.
- Landy, S., & Menna, R. (1998). A study to evaluate the efficacy of a treatment model for preschoolers with behavioral problems. National Research and Development Program (NHRDP) Grant 6066-486-102, Health Canada.
- Lee, C.L., & Bates, J.E. (1987). Mother-child interactions at two years and perceived difficult temperament. *Child Development*, 56, 1314-1324.

- Offord, D.R., Alder, R., & Boyle, M. (1986). Prevalence and sociodemographic correlates of conduct disorder. *American Journal of Social Psychiatry*, vi (4), 272-278.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Rickel, A.U., Smith, R.L., & Sharp, K.C. (1979). Description and evaluation of a preventative mental health program for preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7(1), 101-112.
- Seifer, R., & Sameroff, A.J. (1987). Multiple determinants of risk and invulnerability. In E.J. Anthony & G.J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.
- Stern, D.N. (1989). The representation of relationship patterns: Some developmental considerations. In A. Sameroff & R. Emde (Eds.), *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach* (pp.52-69). New York: Basic Books.
- Webster-Stratton, C. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (1), 93-109.
- Zeanah, C., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview on infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 539-554.
- Zeanah, C., & Benoit, D., & Barton, M. (1993). Working model of the child interview. Unpublished manuscript. Providence, RI: Brown University.