

کودکان نافرمان

برنامه آموزش والدین

راهنمای روان‌شناسان بالینی برای ارزیابی و درمان مشکلات رفتاری و نافرمانی کودکان

نویسنده: راسل ا. بارکلی

مترجمان

دکتر حمید علیزاده (دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی)

حبیبه‌السادات سجادی (کارشناس ارشد مشاوره)

ویراستاری: گروه علمی رشد



WWW.Ketab.ir

بارکلی، راسل ا.، ۱۹۴۹ - م. (Barkley, Russell A.)

کودکان نافرمان: برنامه آموزش والدین: راهنمای روان‌شناسان بالینی برای ارزیابی و درمان مشکلات رفتاری و نافرمانی کودکان /

نویسنده راسل ا. بارکلی؛ مترجمان حمید علیزاده حبیبیه السادات سجادی؛ ویراستاری گروه علمی رشد

مشخصات نشر: تهران: رشد، ۱۳۹۲. مشخصات ظاهری: ۳۳۶ ص: جدول، نمودار.

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۲۸۰۲-۸۷-۶ وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: عنوان اصلی: Defiant children: a clinician's manual for assessment and training, c1997.parent

یادداشت: کتابنامه. یادداشت: نمایه. موضوع: رفتار والدین. موضوع: کودکان - ناهنجاری‌های رفتاری

موضوع: رفتار درمانی کودکان - سرپرستی موضوع: والدین و کودک

موضوع: کودکان - ناهنجاری‌های رفتاری - درمان شناسه افزوده: علیزاده، حمید، ۱۳۴۶ - مترجم

شناسه افزوده: سجادی حبیبیه السادات، مترجم شناسه افزوده: انتشارات رشد

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ک ۲ ب ۷۵۵ / ۷ / HQ رده‌بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹ شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۰۹۴۳۱

حق چاپ محفوظ است

کودکان نافرمان

برنامه آموزش والدین

راهنمای روان‌شناسان بالینی برای ارزیابی و درمان مشکلات رفتاری و نافرمانی کودکان

نویسنده: دکتر راسل ا. بارکلی

مترجمان: دکتر حمید علیزاده - حبیبه‌السادات سجادی

ویراستاری: گروه علمی رشد

چاپ اول: بهار ۱۳۹۲ - شمارگان: ۲۰۰۰ نسخه

چاپ و صحافی: آژین



انستیتوت رشد

مرکز نشر و پیش‌کتاب‌های روان‌شناسی و تربیتی

ساختمان مرکزی: خیابان انقلاب، خیابان دانشگاه، خیابان شهدای زاندارمری، شماره ۴۱، تلفن: ۶۶۴-۰۴۴۰۶
فروشگاه: خیابان انقلاب، روبروی در اصلی دانشگاه تهران، شماره ۱۲۳۲، تلفن: ۶۶۴۹۸۳۸۶ - دورنگار: ۱۸۱ ۶۶۴۹۷

تهران - ۱۳۹۲

قیمت: ۱۲۲۰۰ تومان

فهرست

۱۳	..... سخن مترجمان
۱۵	..... مقدمه
۱۵	..... اهداف برنامه
۱۷	..... این برنامه برای چه نوع کودکانی مناسب است؟
۱۹	..... اهداف این برنامه
۱۹	..... نتایجی که از این برنامه انتظار می‌رود
۲۲	..... حفظ دستاوردهای درمان در طی زمان
۲۳	..... تعمیم دستاوردهای درمان به همه موقعیت‌ها
۲۴	..... پیش‌بینی‌کننده‌های موفقیت و شکست
۲۵	..... عوامل مربوط به کودک
۲۷	..... عوامل مربوط به والدین
۳۰	..... عوامل مربوط به درمانگر
۳۰	..... ساختار کتاب
۳۱	..... بازنگری‌هایی در برنامه اولیه
۳۴	..... خلاصه

بخش ۱: اطلاعات پیش‌نیاز برای استفاده از برنامه ۳۵

۳۷	..... فصل ۱: مبنای منطقی برنامه
۳۷	..... تعریف خودسری

۴۰	چه زمانی درمان قابل توجه است؟
۴۴	درجات خودسری / نافرمانی
۵۰	شیوع رفتار خودسرانه / متمردهانه
۵۱	مبنای منطقی درمان خودسری / نافرمانی
۵۱	نسبت بالای ارجاعات کلینیکی
۵۲	سطوح بالای تعارض خانوادگی
۵۶	شیوع موقعیتی
۵۷	تأثیرات بر ریست بوم اجتماعی خانواده
۵۹	پیش‌بینی انواع پیامدهای رشدی منفی
۶۱	پیش‌درآمد درمان مؤثر مشکلات دیگر
۶۱	جنبه‌های مهم تعاملات نابهنجار والدین - کودک
۶۷	علل خودسری / نافرمانی در کودکان
۶۷	ارتباط والد - کودک
۶۸	ویژگی‌های کودک
۶۹	ویژگی‌های والدین
۷۰	عوامل زمینه‌ای
۷۲	خلاصه
۷۳	فصل ۲: ارزیابی بالینی کودکان نافرمان
۷۳	موضوعات ارزیابی
۷۵	روش‌های ارزیابی
۷۵	قبل از ارزشیابی
۷۷	مصاحبه با والدین
۷۸	اطلاعات جمعیت‌شناختی
۷۸	نگرانی‌های عمده والدین
۷۹	بررسی حوزه‌های اصلی رشد
۸۰	سوابق مدرسه، خانواده، و درمان
۸۰	بررسی اختلال‌های کودکی
۸۸	مصاحبه با کودک
۹۰	مصاحبه با معلم
۹۱	مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار کودک برای گزارش‌های والد و معلم
۹۶	مقیاس‌های خودسنجی درجه‌بندی رفتار برای کودکان

۹۷	..... مقیاس‌ها و پرسشنامه‌های رفتار انطباقی
۹۸	..... ارزیابی رابطه با همسالان
۹۸	..... ارزیابی خودسنجی والد
۱۰۰	..... اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در والدین
۱۰۲	..... ناسازگاری زناشویی
۱۰۳	..... افسردگی و درماندگی عمومی روانی والدین
۱۰۴	..... استرس والدین
۱۰۵	..... خلاصه روش‌های ارزیابی
۱۰۵	..... الزامات درمان
۱۰۶	..... مسائل قانونی و اخلاقی
۱۰۹	..... غربالگری خانواده‌ها برای آموزش والدین
۱۱۰	..... معقول بودن تکالیف خانگی و روش‌های آموزشی
۱۱۲	..... خلاصه
۱۱۳	..... فصل ۳: ملاحظات عملی در آموزش والدین
۱۱۳	..... ملاحظات عملی و سازمان‌دهی آموزش
۱۱۳	..... مشارکت پدر در آموزش
۱۱۴	..... آموزش در کلینیک یا خانه؟
۱۱۵	..... آموزش خانواده، گروهی یا فردی؟
۱۱۶	..... مهار خودسری والدین
۱۱۷	..... ملاحظات بالینی و سبک‌شناختی
۱۲۲	..... برنامه‌ریزی جلسات
۱۲۲	..... خلاصه
۱۲۳	..... فصل ۴: رئوس کلی برنامه آموزش والدین
۱۲۳	..... مفاهیم زیربنایی آموزش مدیریت کودک
۱۲۳	..... فوری ساختن پیامدها
۱۲۴	..... اختصاصی ساختن پیامدها
۱۲۴	..... همخوان ساختن پیامدها
۱۲۵	..... قبل از تنبیه برنامه‌های تشویقی بچینید
۱۲۶	..... بدرفتاری را پیش‌بینی و برای آن برنامه‌ریزی کنید
۱۲۶	..... تشخیص دهید که تعاملات خانوادگی متقابل است

۱۲۷	..... ترتیب مراحل در برنامه
۱۳۱	..... ترتیب فعالیت‌ها در هر جلسه
۱۳۲	..... خلاصه

بخش ۲: رهنمودهایی برای درمانگران در اجرای برنامه ۱۳۳

۱۳۵	..... مرحله ۱: چرا کودکان بد رفتاری می‌کنند
۱۳۵	..... اهداف
۱۳۵	..... ابزار مورد نیاز
۱۳۶	..... خطوط کلی مرحله
۱۳۶	..... تکلیف منزل
۱۳۶	..... مرور وقایع از زمان ارزشیابی
۱۳۶	..... ارزیابی مجدد رفتار مخمل کودک
۱۳۷	..... بحث آزاد در مورد دیدگاه‌های والدین درباره علل بد رفتاری
۱۳۸	..... ارایه الگویی برای فهم بد رفتاری کودک
۱۳۸	..... ویژگی‌های روان‌شناختی کودک
۱۴۱	..... ویژگی‌های والدین
۱۴۲	..... پیامدهای موقعیتی
۱۴۴	..... وقایع استرس‌زای خانوادگی
۱۴۵	..... تعامل متقابل بین این عوامل
۱۴۶	..... هدف درمان: طراحی «بهترین تطابق»
۱۴۶	..... نیاز به محیط اجتماعی مصنوعی
۱۴۸	..... تکلیف منزل
۱۴۹	..... مرحله ۲: بذل توجه!
۱۴۹	..... اهداف
۱۴۹	..... ابزار مورد نیاز
۱۵۰	..... خطوط کلی مرحله
۱۵۰	..... تکلیف منزل
۱۵۱	..... ارایه مبنای منطقی ایجاد مهارت‌های توجه
۱۵۲	..... طرح اهداف جلسه
۱۵۳	..... مرور بروشور والد
۱۵۶	..... واکنش‌های متعارف والدین به روش‌ها

۱۵۸	.....	سرمشق‌دهی و تمرین روش‌ها
۱۵۹	.....	تکلیف منزل
۱۶۱	.....	مرحله ۳: افزایش پیروی و بازی مستقل
۱۶۱	.....	اهداف
۱۶۱	.....	ابزار مورد نیاز
۱۶۲	.....	خطوط کلی مرحله
۱۶۲	.....	تکلیف منزل
۱۶۳	.....	گسترش مهارت‌های توجه از بازی به پیروی
۱۶۴	.....	صدور فرمان‌های اثربخش
۱۶۵	.....	برقراری دوره‌های آموزش پیروی
۱۶۶	.....	واکنش‌های معمول والد به روش‌ها
۱۶۷	.....	بحث در مورد رفتار مخل کودکان
۱۶۸	.....	توزیع و تشریح بروشور بازی مستقل
۱۶۹	.....	الگودهی و تمرین توجه به بازی مستقل
۱۷۰	.....	واکنش‌های معمول والدین به توجه به بازی مستقل
۱۷۱	.....	افزایش نظارت والدین بر فعالیت‌های کودکان
۱۷۱	.....	تکلیف منزل
۱۷۳	.....	مرحله ۴: وقتی تحسین کافی نیست: ژتون و امتیاز دادن
۱۷۳	.....	اهداف
۱۷۳	.....	ابزار مورد نیاز
۱۷۴	.....	خطوط کلی مرحله
۱۷۴	.....	تکلیف منزل
۱۷۵	.....	ارزیابی مجدد رفتار مخل کودک
۱۷۵	.....	ضرورت برنامه‌های پاداش‌دهی خاص
۱۷۷	.....	مزایای نظام ژتون / امتیاز دادن
۱۷۸	.....	برقرار کردن برنامه ژتونی در خانه
۱۸۱	.....	برقرار کردن روش امتیاز دادن در خانه
۱۸۲	.....	هشدارهایی در شروع برنامه
۱۸۴	.....	واکنش‌های معمول والدین
۱۸۶	.....	تکلیف منزل

- مرحله ۵: محروم‌سازی! و دیگر روش‌های انضباطی ۱۸۷
- اهداف ۱۸۷
- ابزار مورد نیاز ۱۸۷
- خطوط کلی مرحله ۱۸۷
- تکلیف منزل ۱۸۸
- اجرای رویه جریه ۴ ۱۸۹
- آماده کردن والدین برای استفاده از محروم‌سازی ۱۹۰
- آموزش رویه محروم‌سازی به والدین ۱۹۱
- سننلی باید کجا گذاشته شود؟ ۱۹۲
- کودک چه مدت باید در محروم‌سازی باقی بماند؟ ۱۹۳
- اگر کودک بدون اجازه سننلی را ترک کرد چه باید بکنیم؟ ۱۹۵
- ترندهای برخی کودکان برای اجتناب / فرار از محروم‌سازی ۱۹۶
- استفاده از محروم‌سازی برای کودکان که پرخاشگری فیزیکی می‌کنند ۲۰۰
- واکنش‌های معمول والدین به رویه ۲۰۰
- محدودیت‌های استفاده از محروم‌سازی در هفته اول ۲۰۲
- الگودهی رویه ۲۰۳
- تکلیف منزل ۲۰۴
- مرحله ۶: تعمیم محروم‌سازی به دیگر بدرفتاری‌ها ۲۰۵
- اهداف ۲۰۵
- خطوط کلی مرحله ۲۰۵
- تکلیف منزل ۲۰۵
- مرحله ۷: پیش‌بینی مشکلات: مدیریت کودکان در مکان‌های عمومی ۲۰۷
- اهداف ۲۰۷
- ابزار مورد نیاز ۲۰۷
- خطوط کلی مرحله ۲۰۸
- تکلیف منزل ۲۰۸
- ارزیابی مجدد رفتار مخمل کودک ۲۰۸
- پیش‌بینی مشکلات ۲۰۹
- توزیع و مرور بروشور والد ۲۰۹
- بررسی استفاده از رویه در مکان‌های عمومی مختلف ۲۱۳

۲۱۴	مدیریت سراسیمگی والدین
۲۱۵	پیش‌بینی بدرفتاری در حین گذر از فعالیت‌های عمده
۲۱۵	تکلیف منزل
۲۱۷	مرحله ۸: بهبود رفتار در مدرسه از خانه: کارت گزارش روزانه رفتار در مدرسه
۲۱۷	اهداف
۲۱۷	ابزار مورد نیاز
۲۱۷	خطوط کلی مرحله
۲۱۸	تکلیف منزل
۲۱۸	بررسی رفتار مدرسه‌ای کودک
۲۱۹	برقرار کردن کارت گزارش روزانه رفتار در مدرسه
۲۲۱	تکلیف منزل
۲۲۳	مرحله ۹: رفع مشکلات رفتاری آینده
۲۲۳	اهداف
۲۲۳	ابزار مورد نیاز
۲۲۳	خطوط کلی مرحله
۲۲۵	توزیع و مرور بروشور والد
۲۲۵	به پرسش گرفتن والدین با مشکلات رفتاری فرضی
۲۲۶	تکلیف منزل
۲۲۷	مرحله ۱۰: جلسه توان‌افزایی و ملاقات‌های تکمیلی
۲۲۷	اهداف
۲۲۷	ابزار مورد نیاز
۲۲۸	خطوط کلی مرحله
بخش ۳: ابزارهای سنجش ۲۳۱	
۲۳۲	دستورالعمل‌های کلی برای تکمیل پرسشنامه‌ها (فرم ۱)
۲۳۴	اطلاعات کودک و خانواده (فرم ۲)
۲۳۵	سابقه رشدی و پزشکی (فرم ۳)
۲۳۸	مقیاس درجه‌بندی اختلالات رفتاری مغل - فرم والد (فرم ۴)
۲۴۰	مقیاس درجه‌بندی اختلالات رفتاری مغل - فرم معلم (فرم ۵)

- ۲۴۱ پرسشنامه موقعیت‌های خانگی (فرم ۶).
- ۲۴۲ پرسشنامه موقعیت‌های مدرسه‌ای (فرم ۷).
- ۲۴۳ چگونگی برای ارزشیابی کودک خود آماده شوید (فرم ۸).
- ۲۵۴ مصاحبه بالینی - فرم گزارش والد (فرم ۹).
- ۲۸۱ مقیاس درجه‌بندی رفتار بزرگسال - خودسنجی رفتار جاری (فرم ۱۰).
- ۲۸۲ مقیاس درجه‌بندی رفتار بزرگسال - خودسنجی رفتار کودکی (فرم ۱۱).

بخش ۴: بروشورهای والدین - ۲۸۳

- ۲۸۵ بروشور والد برای مرحله ۱: شرح ویژگی‌های کودک و والد.
- ۲۸۶ بروشور والد برای مرحله ۱: فهرست مشکلات خانواده.
- ۲۸۹ بروشور والد برای مرحله ۲: توجه به رفتار خوب فرزندان در بازی.
- ۲۹۲ بروشور والد برای مرحله ۳: توجه به اطاعت فرزند خود.
- ۲۹۳ بروشور والد برای مرحله ۳: دادن فرمان‌های اثربخش.
- ۲۹۴ بروشور والد برای مرحله ۳: توجه به بازی مستقل.
- ۲۹۶ بروشور والد برای مرحله ۴: روش ژتون / امتیازدهی خانگی.
- ۲۹۹ بروشور والد برای مرحله ۵: محروم‌سازی!
- ۳۰۳ بروشور والد برای مرحله ۷: پیش‌بینی مشکلات - مدیریت کودکان در مکان‌های عمومی.
- ۳۰۷ بروشور والد برای مرحله ۸: استفاده از کارت گزارش روزانه رفتار در مدرسه.
- ۳۱۴ بروشور والد برای مرحله ۹: مدیریت مشکلات رفتاری آینده.
- ۳۱۵ نامنامه.
- ۳۱۹ نمایه موضوعی.
- ۳۲۳ منابع.

سخن مترجمان

همان گونه که کانت گفته است «تربیت» سخت ترین کار عالم است. اغلب، کودکان به والدین سپرده می شوند بدون آنکه حتی ساعتی برای آن آموزش دیده باشند. ناکارآمدی والدین در تعامل با فرزندان و نیز مشکلات زیستی و عصب شناختی کودکان از سوی دیگر، ممکن است شرایط بسیار دشواری را به وجود بیاورد که تظاهر آن به شکل مشکلات رفتاری و به ویژه مشکلات برون نمود و نافرمانی باشد. این کودکان معمولاً الگویی از رفتارهای عدم مشارکت و همکاری، سرپیچی از مقررات، خشم و زودرنجی، حساس بودن، سرزنش دیگران، کینه نوزی و حس انتقام جویی را نشان می دهند که متأسفانه در صورت عدم پیگیری و مداخله بهنگام ممکن است این مشکلات تا سال های نوجوانی و بزرگسالی باقی بماند.

گاهی متخصصان به والدین می گویند که «نگران نباشید، این دوران پشت سر گذاشته می شود!»، «همه کودکان دو سه ساله همین طور هستند!»، «این رفتارها در این دوره سنی طبیعی است!» بدین ترتیب، خیال والدین راحت می شود و کودک در شرایطی بی سازمان، بی مقررات و فاقد مدیریت لازم بزرگ می شود که جز پیچیده تر شدن مشکلاتش پیامد دیگری ندارد. البته

قصد نداریم بگوییم که هر کودکی که مشکل ارتباطی و نافرمانی دارد الزماً «اختلال» دارد ولی هر نوع حس عدم همکاری، نافرمانی و بی‌اعتنایی به مقررات باید مورد توجه جدی قرار بگیرد. این توجه در گام نخست جستجوی «آموزش والدین» و یادگیری نحوه مدیریت و تعامل صحیح با کودک است. تا زمانی که والدین آموزش‌های لازم را دریافت نکنند نمی‌توانند در حل مشکلات فرزندان و مسایل تربیتی آنها موفق باشند.

برای آموزش والدین، رویکردهای متعددی وجود دارد. در برخی از رویکردها (مانند برنامه استپ)، مدیریتی شناختی و تعاملی پیشنهاد می‌شود و اصولاً با استفاده از تکنیک‌های رفتاری مانند تنبیه، پاداش و تقویت مخالفت می‌شود. در مقابل، در روش‌های آموزش والدین رفتاری، مانند برنامه‌ای که در این کتاب ارایه می‌شود، و نیز برنامه مدیریت والد (PMT) که به حل مشکلات موجود در خانه و مدرسه کمک می‌کنند از اصول روان‌شناسی یادگیری استفاده می‌شود. در واقع، برنامه‌های آموزش والدین رفتاری از لحاظ نظری زیربنای رفتاری و یادگیری دارند و از تکنیک‌های یادگیری مبتنی بر تحلیل تکلیف و شرطی‌سازی کنشگر استفاده می‌کنند. پژوهش‌های بسیاری نیز در مورد اثربخشی و کارآمدی این برنامه‌ها برای مداخله و کاهش مشکلات رفتاری در کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال‌های رشدی فراگیر و مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان ذهنی صورت گرفته است.

برنامه آموزش والدینی که راسل بارکلی تهیه و تدوین کرده است و اینکه ترجمه آن در دست شماست در بسیاری از کشورهای دنیا و در بسیاری از پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. امید است که این برنامه در ایران نیز مورد استفاده روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مشاوران، والدین و پژوهشگران قرار بگیرد.

در پایان از زحمات گروه علمی رشد برای ویراستاری و نیز زحمات آقای دکتر محمود گلزاری و آقای مختار صحرائی در پیگیری و به چاپ رساندن این اثر سپاسگزاری و قدردانی می‌کنیم. همچنین از خانم فاطمه حائمی سرشت که در استخراج نمایه موضوعی همکاری داشتند، تشکر می‌نماییم.

مقدمه

اهداف برنامه

این کتاب با چند هدف نوشته شده است. نخست اینکه در کتاب حاضر دستورالعمل‌های جامعی برای ارزیابی بالینی کودکان نافرمان یا دچار مشکلات رفتاری ارائه می‌شود. برای این منظور، مجموعه‌ای از فرم‌های مصاحبه و مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار فراهم شده که به کار متخصصان بالینی در چنین ارزیابی‌هایی می‌آید. می‌توان در صورت لزوم و با در نظر گرفتن بعضی محدودیت‌ها از این فرم‌ها فتوکپی گرفت (برای اطلاع از جزئیات، صفحهٔ کپی‌رایت را ببینید). بعضی از فرم‌ها نیز برای ارزشیابی دوره‌ای پاسخ‌های کودک و والد به برنامهٔ درمانی در طول آموزش و در مدت کوتاهی پس از اتمام آن (ارزشیابی پس از درمان) طراحی شده است. هدف دوم و مرتبط‌تر با موضوع کتاب ارائهٔ روش‌هایی گام‌به‌گام برای به اجرا درآوردن برنامه‌ای بسیار مؤثر و معتبر به لحاظ تجربی به منظور آموزش بالینی والدین برای مدیریت کودکان دچار مشکلات رفتاری است. در آماده‌سازی قالب ارائهٔ هر گام از برنامه دقت زیادی شده است تا در اجرای برنامهٔ آموزشی بیشترین استفادهٔ عملی را داشته باشد. سوم آنکه در این کتاب راهنما،

تعدادی جزوه مخصوص والدین برای استفاده آنان در روند اجرای برنامه ارایه شده است. این جزوه‌ها شامل فرم‌هایی است که والد پر می‌کند و نیز دستورالعمل‌هایی برای استفاده در هر جلسه از برنامه دارد مطالب این جزوه‌ها آسان و مختصر است، ولی نباید از آنها بدون آموزش درمانگر کارآموده کودک / خانواده استفاده کرد.

توجه داشته باشید که این کتاب و برنامه‌ای که در آن شرح داده می‌شود برای استفاده افرادی نیست که دانش و مهارت‌های لازم در تأمین سلامت روانی برای کودکان دچار مشکلات رفتاری و خانواده‌هایشان را ندارند. متخصصانی که از این برنامه استفاده می‌کنند باید در زمینه‌های رشد کودک، آسیب‌شناسی روانی کودک، تکنیک‌های یادگیری اجتماعی و اصلاح رفتار، و دیگر اقدامات بالینی لازم با خانواده‌ها آموزش کافی دیده باشند. خلاصه آنکه این برنامه جانشینی برای آموزش بالینی عمومی یا اعمال دقیق قضاوت بالینی و اصول اخلاقی در برخورد با کودکان دچار مشکلات رفتاری و خانواده‌هایشان نیست. در متناسب ساختن این روش‌ها با ویژگی‌های فردی هر کودک خاص و خانواده‌اش، همواره باید نهایت دقت به عمل آید.

هدف این کتاب راهنما معرفی منابع عملی در حوزه برنامه‌های آموزش والدین یا تحقیقات مربوط به کودکان دارای مشکلات رفتاری نیست. این گونه منابع و نیز رویکردهای مشابه دیگر به آموزش والدین در مجموعه‌های متعددی به خوبی معرفی شده‌اند (نک. دانجل^۱ و پالستر^۲، ۱۹۸۴؛ فورهند^۳ و مک ماهون^۴، ۱۹۸۱؛ مَش^۵ و بارکلی^۶، ۱۹۸۹؛ زیر چاپ؛ مَش، همرلینک^۷ و هندی^۸، ۱۹۷۶؛ مَش، هندی و همرلینک، ۱۹۷۶؛ پاترسون^۹، ۱۹۸۲؛ پاترسون، رید^{۱۰} و دمشیون^{۱۱}، ۱۹۹۲؛ پاترسون، رید، جونز^{۱۲} و کانگر^{۱۳}، ۱۹۷۵؛ ولز^{۱۴} و فورهند، ۱۹۸۵). ممکن است خواننده بخواهد قبل از پذیرفتن این رویکرد خاص، به این منابع و منابع دیگر مربوط به اجرای برنامه‌های آموزشی مراجعه کند (سفر و بریزمایستر^{۱۵}، ۱۹۸۹). در عوض، کتاب حاضر به این منظور تألیف شده که راهنمای بالینی اجرای رویه‌هایی باشد که منحصراً با این ترتیب خاص از روش‌های مدیریت رفتار کودک متناسب‌باند.

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1. Dangel | 2. Polster |
| 3. Forehand | 4. McMahan |
| 5. mash | 6. Barkley |
| 7. Homerlynck | 8. Handy |
| 9. Patterson | 10. Reid |
| 11. Dishion | 12. Jones |
| 13. Conger | 14. Wells |
| 15. Schaefer & Briesmeister | |

این برنامه برای چه نوع کودکانی مناسب است؟

این برنامه، مانند هر رویه بالینی دیگر، طراحی نشده است که روشی عمومی باشد و همه کودکان را قطع نظر از مشکلاتشان با نگرانی‌های خانواده‌شان دربرگیرد. این برنامه به خصوص برای کودکانی در نظر گرفته شده است که خودسری، نافرمانی، مخالفت، لجبازی یا رفتار اجتماعی خصمانه را به تنهایی یا همراه با اختلال‌های دیگر کودکی بروز می‌دهند. این کودکان را اغلب دچار اختلال‌های «برون‌نمود» یا «برون‌ریزی» می‌شناسند و ممکن است برچسب‌های کلی‌تر پرزحمت، نافرمان یا پرخاشگر را به آنان بزنند یا تشخیص‌های بالینی دقیق‌تری برایشان بدهند: اختلال نافرمانی (ODD)، اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD)، اختلال سلوک (CD)، اختلال رشدی فراگیر ناهنجار، یا حتی اختلال دوقطبی که شروع آن از نوجوانی است، به شرط آنکه خودسری یا نافرمانی مشکل ابتدایی کودکان باشد. همچنین این برنامه کاملاً برای کودکان دچار تأخیر رشدی خفیف (عقب‌ماندگی ذهنی) کاربرد دارد که خودسری یا نافرمانی کودک برای والدین مشکل‌ساز است. به رغم خاص بودن این برنامه به جمعیت‌هایی از کودکان که نگاه بالینی به آنها شده است، کاربرد بخش‌هایی از آن می‌تواند در حل مشکلات رفتاری خفیف موقعیتی در کودکان بهنجاری که خانواده‌هایشان برای درمان عمومی‌تر فرزندپروری، زناشویی یا خانوادگی در نظر گرفته شده‌اند بسیار سودمند باشد. به خصوص، کودکانی که بخشی از واکنش‌های سازگاری آنان نسبت به جدایی یا طلاق والدین ایجاد زحمت، «برون‌ریزی» یا نافرمانی است، اغلب به روش‌های این برنامه خوب پاسخ می‌دهند. خلاصه آنکه در مواردی که کودکانی در گوش دادن و پیروی کردن از فرمان‌ها یا تقاضاهای والدین، یا پیروی کردن از قوانین خانه یا همسایگی مسأله دارند، اجرای این برنامه کاملاً مفید خواهد بود.

برنامه برای کودکانی طراحی شده است که سطح رشد زبانی یا رشد عمومی شناختی آنان حداقل در حد کودک ۲ ساله و سن زمانی‌شان بین ۲ تا ۱۲ سال باشد. اگرچه امکان اجرای برنامه برای کودکان ۱۸ ماهه هم وجود دارد، موفقیت آن تا حد زیادی به سطح رشد دریافت زبانی کودک بستگی دارد چرا که وی باید ظرفیت درک فرمان‌ها، جهت‌دهی‌ها و راهنمایی‌های والدین را داشته باشد. کودکان زیر ۲ سالی که رشد زبانی تأخیری دارند با موفقیت کمتری به این برنامه پاسخ خواهند داد، یا خانواده‌های آنها نسبت به خانواده‌هایی که فرزندان‌شان چنین تأخیرهایی ندارند به آموزش طولانی‌تر و تمرین بیشتری نیاز خواهند داشت. همچنین، می‌توان برخی قسمت‌های برنامه را (به جز محروم کردن)، بسته به سطح رشد اجتماعی و شدت مشکلات رفتاری، برای کودکان ۱۳ ساله و بزرگ‌تر اجرا کرد. پیش‌نوجوانان نابالغی را که رفتار خودسرانه

خفیف تا متوسط دارند می‌توان با ایجاد اصلاحات مناسبی در این برنامه که پاسخگوی سطح بالاتر رشد ذهنی و تمایل آنان به خودمختاری و مشارکت در روند تصمیم‌گیری خانواده در مورد رفتارشان باشد، به خوبی درمان کرد. اما، برای کودکان بزرگ‌تر از ۱۳ سال، برنامه رفتاری خانواده‌درمانی را پیشنهاد می‌کنم که آرتور رابین^۱ (۱۹۷۹، ۱۹۸۱، ۱۹۸۴) به همراه شارون فاستر^۲ (رابین و فاستر، ۱۹۸۹) طراحی کرده‌اند یا برنامه فورگاتچ^۳ و پاترسون (۱۹۸۷) را که مشابه آن است. آن برنامه‌ها بسیار بیشتر از این برنامه آموزش والد بر آموزش مهارت‌های حل مسأله، ارتباط و حل تعارض به خانواده متمرکزند.

اجرای برنامه حاضر برای خانواده‌های تک‌والدی و همین‌طور دووالدی، خانواده‌هایی که سطح درآمد یا تحصیل پایینی دارند، یا حتی خانواده‌های آزرگر موفقیت‌آمیز بوده است، هرچند محدودیت‌هایی که در بالا ذکر شد در اینجا نیز وجود دارد. حتی در مواردی که در خانواده آزرگر، کودک نافرمانی نمی‌کند، می‌توان با به‌کارگیری این برنامه والدین را به روش‌های انسانی‌تر و مؤثرتر برای اداره روزانه چنین کودکی مجهز کرد.

در حالی که برنامه مطمئناً می‌تواند در حکم شکل اولیه مداخله والدین کودکان نافرمان خوداتکا باشد، و اغلب این چنین است، می‌توان آن را در کنار اشکال دیگر درمان نیز به کار گرفت که در اختیار والدین یا خانواده‌های نگرانی قرار می‌گیرد که از قضا کودک بدرفتار هم دارند. بسیاری از درمان‌گران اجرای یک برنامه رفتاری آموزش والد را در کنار مشاوره زناشویی، در زمانی که اختلال بر سر اداره کودک تبدیل به یک مسأله می‌شود، بسیار سودمند یافته‌اند (در مورد این بحث، نک. ساندرز^۴، ۱۹۹۶). یا در کنار روان‌درمانی بزرگسالان مضطرب، افسرده یا ناسازگار از جهات دیگر که مشکلاتی نیز در اداره رفتار کودکانشان دارند. همچنین می‌توان برنامه را در حکم بخشی از مجموعه درمانی بزرگ‌تر برای کودکان پرخاشگر به لحاظ اجتماعی، متعارض یا دچار مسائل رفتاری به کار برد، کودکانی که ممکن است خود از اضافه شدن آموزش مستقیم کودک به مهارت‌های حل مسأله اجتماعی بهره‌مند شوند (کازدین^۵، اسولت^۶، داوسون^۷، فرنچ^۸ و یونیس^۹، ۱۹۸۷؛ کازدین، سیگل^{۱۰} و باس^{۱۱}، ۱۹۹۲).

1. Arthur Robin
3. Forgatch
5. Kazdin
7. Dawson
9. Unis
11. Bass

2. Sharon Foster
4. Sanders
6. Esveldt
8. French
10. Siegel

اهداف این برنامه

برنامه حاضر اهداف معدودی دارد اما در نیل به آنها در اکثر خانواده‌ها بسیار کارآمد عمل می‌کند. این اهداف عبارت‌اند از:

۱. ارتقای مهارت‌های مدیریتی و توانایی والدین در حل مشکلات رفتاری کودک، به خصوص رفتار خودسرانه یا نافرمانی.
۲. افزایش آگاهی والدین درباره علل رفتار خودسرانه در کودکی و اصول و مفاهیمی که زربنای یادگیری اجتماعی چنین رفتاری هستند.
۳. افزایش میزان سرور کودک از فرمان‌ها، رهنمودها و قوانین والدین.
۴. افزایش همدانگی در خانواده از طریق بیشتر کردن استفاده والدین از توجه مثبت و نتایج دیگر برای فرزندان؛ پیش‌بینی راهنمایی، قوانین و آموزش روشن برای آن کودکان، اعمال تنبیه فوری، عادلانه و منصفانه برای رفتار نامناسب کودک؛ و تکیه فراگیر بر رفتار تربیتی قاعده‌محور.

نتایج که از این برنامه انتظار می‌رود

تعداد قابل ملاحظه‌ای از تحقیقات مؤید کارایی رویه‌های توصیف شده در اینجا هستند (آناستوپولوس^۱، شلتون^۲، دوپل^۳ و گاورمون^۴، ۱۹۹۳؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ مک ماهون و فورهند، ۱۹۸۴؛ پاترسون، ۱۹۸۲؛ پاترسون، دیشیون و چمبرلین^۵، ۱۹۹۳؛ پاترسون و همکاران، ۱۹۹۲؛ شاندرز، ۱۹۹۶؛ وبستر-استراتون^۶، ۱۹۸۲؛ وبستر-استراتون و اشپیتزر^۷، ۱۹۹۶). در تأیید هر رویه‌ای، مطالعاتی منتشر شده است که نشان می‌دهند این رویه‌ها یا روش‌های مدیریت رفتار بسیار مشابهی که والدین اتخاذ می‌کنند در بهبود پیشگیری رفتار کودک نقش دارند، رویه‌هایی شامل (۱) ارتقای مهارت‌های توجه انتخابی والدین (آیبرگ^۸ و رابینسون^۹، ۱۹۸۲؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ کلی^{۱۰}، امبری^{۱۱} و بائر^{۱۲}، ۱۹۷۹؛ پاترسون،

1. Anastopoulos
3. DuPaul
5. Chamberlain
7. Spitzer
9. Robinson
11. Embry

2. Shelton
4. Guevremont
6. Webster-Stratton
8. Eyberg
10. Kelley
12. Baer

۱۹۸۲؛ پولارد^۱، وارد^۲ و بارکلی^۳؛ پیسترمن^۳ و همکاران، ۱۹۸۹؛ رابرتز^۴، ۱۹۸۵؛ وبستر و استراتون، هالینس ورت^۵ و کولپاکف^۶، ۱۹۸۹)، (۲) اصلاح فرمان‌دادن‌های والدین (بلوم^۷، ویلیامز^۸، فرایمن^۹، و کریستوفرسن^{۱۰}، ۱۹۹۵؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ گرین^{۱۱}، فورهند و مک ماهون، ۱۹۷۹؛ پارتسون، ۱۹۸۲؛ رابرتز، مک ماهون، فورهند و هامفریز^{۱۲}، ۱۹۷۸؛ ویلیامز و فورهند، ۱۹۸۴)، (۳) اصلاح رفتار بازی انفرادی کودکان (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ پولارد و همکاران، ۱۹۸۲؛ واهلر^{۱۳} و فاکس^{۱۴}، ۱۹۸۰)، (۴) استفاده والدین از محروم کردن (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ بین^{۱۵} و رابرتز، ۱۹۸۱؛ دی^{۱۶} و رابرتز، ۱۹۸۲؛ آیبیرگ و رابینسون، ۱۹۸۲؛ فورهند، مک ماهون، ۱۹۸۱؛ پاترسون، ۱۹۸۲؛ پیسترمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ رابرتز، هاتزن-واهلر^{۱۷} و بین، ۱۹۸۱؛ رابرتز و همکاران، ۱۹۷۸؛ استرای هورن^{۱۸} و وایدمن^{۱۹}، ۱۹۸۹؛ واهلر و فاکس، ۱۹۸۰؛ بستر-استراتون و همکاران، ۱۹۸۹)، همچنین (۶) طرح‌ریزی والدین و برنامه‌ریزی فعالیت به‌منظور پیشگیری از بروز مشکل، به ویژه قبل از ورود به مکان‌های عمومی (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ پیسترمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ ساندرز و کریستن سن^{۲۰}، ۱۹۸۴؛ ساندرز و داد^{۲۱}، ۱۹۸۲؛ ساندرز و گلین^{۲۲}، ۱۹۸۱).

با وجود این، میزان موفقیت، از میان عوامل دیگر از درجه، ماهیت و شدت آسیب روانی کودک و خانواده تأثیر زیادی می‌پذیرد (نک. «پیش‌بینی کننده‌های موفقیت و شکست» در ادامه). اجرای این برنامه برای کودکانی که مشکل عمده آنها خودسری یا مخالفت است و خانواده‌های آنها بدکاری جدی ندارند، معمولاً رفتار و تبعیت کودک را در دامنه‌ای قرار می‌دهد که برای کودکان آن گروه سنی، بهنجار در نظر گرفته می‌شود. تجربه من نشان می‌دهد که فرمانبرداری کودکان مبتلا به اشکال جدی‌تر آسیب روانی رشدی، مانند اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، یا

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1. Pollard | 2. Ward |
| 3. Pisterman | 4. Roberts |
| 5. Hollinsworth | 6. Kolpacoff |
| 7. Blum | 8. Williams |
| 9. Friman | 10. Christophersen |
| 11. Green | 12. Humphreys |
| 13. Wahler | 14. Fox |
| 15. Bean | 16. Day |
| 17. Hatzembuehler | 18. Strayhorn |
| 19. Weidman | 20. Christensen |
| 21. Dadds | 22. Glynn |

اختلال رشدی فراگیر نابهنجار، که طبیعتاً مزمن هستند، می‌تواند با اجرای این برنامه افزایش یابد. با وجود این، ممکن است کودکان بسیاری بعد از درمان، در مقیاس‌های درجه‌بندی رفتار کودک، همچنان در درجه بالاتری از رفتار تکانشی و بی‌توجهی نسبت به کودکان بهنجار قرار گیرند، به‌ویژه اگر قبل از درمان میزان معناداری از نشانه‌های اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی را دارا باشند. (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ جانستون^۱، ۱۹۹۲). نگرشی که در مورد چنین کودکانی اتخاذ می‌شود آن است که به والدین آموزش داده شود تا به جای «درمان کردن» مشکلات کودک، با آن مشکلات کنار بیایند؛ با این حال برنامه می‌تواند نقش خودسری کودک در تشدید مشکلات مختلف او و نیز در ماندگی خانواده را به حداقل برساند.

کودکان بالاتر از ۱۲ سال با کسانی که به شدت نسبت به دیگران پرخاشگر و تهاجمی‌اند را نباید برای این برنامه در نظر گرفت. آنها اغلب پاسخ نمی‌دهند یا واکنشی که نسبت به رویه‌ها نشان می‌دهند منجر به تشدید تعارضات در خانواده می‌شود. در موارد نادری، ممکن است رفتار مخرب، پرخاشگرانه یا حتی تهاجمی نوجوان تشدید شود و حتی درمان‌گویی مشتری نسبت به دوره پیش از درمان در خانواده ایجاد کند (بارکلی، گاورمون، آناستوپولوس و فلچر^۲، ۱۹۹۲). کودکان بزرگ‌تری که سال‌های بیشتری رفتار زورگویانه را به طرز مؤثری به کار گرفته‌اند (به‌خصوص رفتاری که شامل مقاومت بدنی و کلامی، هر دو باشد)، نافرمانی و مشکلات رفتاری‌شان شدیدتر است، ممکن است اختلال روانی آشکارتری داشته باشند، و خاستگاه آنان خانواده‌های گسیخته‌تر و آسیب‌دیده‌تری باشد (دیشیون و پاترسون، ۱۹۹۲؛ پاترسون و همکاران، ۱۹۹۲) بنابراین، ممکن است کودکان بزرگ‌تر از برنامه‌های آموزش والدین نفع کمتری ببرند، هرچند این قاعده شامل همه کودکان بزرگ‌تر و خانواده‌های آنها نمی‌شود (بارکلی، گاورمون و همکاران، ۱۹۹۲؛ دیشیون و پاترسون، ۱۹۹۲). کودکان بزرگ‌تر و نوجوانانی که شدیداً پرخاشگر و نافرمان هستند ممکن است با استفاده از این روش‌ها بهتر درمان شوند: درمان‌های چندگانه و فشرده‌تر داخل کلینیکی (پاترسون و همکاران، ۱۹۹۳)، شکل‌های چندسیستمی درمان در خانه (مان^۳، بوردوین^۴، هنگلر^۵ و بلاسک^۶، ۱۹۹۰)، یا مراقبت موقت در خانه دیگر، برنامه‌های بیمارستانی روزانه، امکانات درمان پناهگاهی، یا بستری کردن کودک در واحدهای روان‌پزشکی، که در نتیجه آن می‌توان والدین را طبق این برنامه آموزش داد تا برای بازگشت فرزندان به خانه آماده شوند.

1. Johnston
3. Mann
5. Henggeler

2. Fletcher
4. Borduin
6. Blasko

احتمال دارد والدین دارای حداقل تحصیلات دبیرستانی و میزان اندکی درماندگی شخصی یا خانوادگی، در کسب و به کار گرفتن مهارت‌ها و دانشی که در این برنامه آموزش داده می‌شود کاملاً خوب عمل کنند. همچنین این دسته از والدین بیشتر احتمال دارد که رضایت بالایی از رویه‌های آموزشی داشته باشند (کالورت^۱ و مک ماهون، ۱۹۸۷؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ مک ماهون و فورهند، ۱۹۸۴؛ پاترسون، ۱۹۸۲؛ ساندرز، ۱۹۹۶؛ وبستر - استراتون و اشپیتزر، ۱۹۹۶). بزرگسالان دیگر با والدینی که دریافت‌کننده مستقیم آموزش‌اند، در مطالعه روش‌های رایج شده در این برنامه، سطوح بالایی از پذیرش را ابراز می‌دارند (کالورت و مک ماهون، ۱۹۸۷؛ کازدین، ۱۹۸۰؛ مک ماهون، تیدمان^۲، فورهند و گریست^۳، ۱۹۸۴؛ ساندرز، ۱۹۹۶؛ وبستر - استراتون و اشپیتزر، ۱۹۹۶). این والدین نه تنها بهبود رفتار کودک را گزارش می‌کنند (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ برنال^۴، کلینرت^۵ و شولتز^۶، ۱۹۸۰؛ دابی^۷، اولیری^۸ و کافمن^۹، ۱۹۸۳؛ آبیگ و رابینسون، ۱۹۸۲؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ پاترسون، چمبرلین و رید، ۱۹۸۲؛ پیسترمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ پولارد و همکاران، ۱۹۸۳)، بلکه تغییراتی را در مشاهده مستقیم رفتارشان (پاترسون، ۱۹۸۲؛ پاترسون و همکاران، ۱۹۸۲) و نگرش‌های بهتری را نسبت به فرزندانشان به نمایش می‌گذارند (فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ مک ماهون و فورهند، ۱۹۸۴؛ وبستر - استراتون و همکاران، ۱۹۸۶). والدینی که مهارت‌های مدیریت رفتار کودک را فرامی‌گیرند پیشرفت‌های زیر را نیز گزارش می‌کنند: افزایش مهارت‌های فرزندپروری، کاهش تنش فرزندپروری، و تقویت حس اعتماد به نفس و توانایی فرزندپروری (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ پیسترمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ اسپاکارلی^{۱۰}، کاتلر^{۱۱} و پنمن^{۱۲}، ۱۹۸۲؛ اشپیتزر و وبستر - استراتون، ۱۹۹۱)؛ رفتار بهتر خواهر و برادرها (آبیگ و رابینسون، ۱۹۸۲؛ هامرمن و فورهند، مک ماهون و رابرتز، ۱۹۷۸)؛ و عملکرد بهتر زناشویی و خانوادگی (فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱).

حفظ دستاوردهای درمان در طی زمان

تعدادی از مطالعات به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که بعد از پایان درمان، تا چه زمانی همچنان والدین و کودکان تعاملات بهبودیافته با یکدیگر نشان می‌دهند. خاطر نشان شده است

1. Calvert
3. Griest
5. Klinnert
7. Dubey
9. Kaufman
11. Cotler

2. Tiedemann
4. Bernal
6. Schultz
8. O' Leary
10. Spaccarelli
12. Penman

که بهبود رفتار کودک، رفتار والد و نگرش‌های والدین نسبت به فرزندانشان در طی دوره‌های زمانی ۳ ماهه تا ۴/۵ سال و حتی ۹ سال بعد از خاتمه درمان حفظ شده است (دابی و همکاران، ۱۹۸۳؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ مک ماهون و فورهند، ۱۹۸۴؛ پاترسون، ۱۹۸۲؛ پاترسون و همکاران، ۱۹۹۲؛ پاترسون و فلایشمن^۱، ۱۹۷۹؛ پیسترمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ اشتراین^۲، استیل^۳، الیس^۴ و تیم^۵، ۱۹۸۲؛ وبستر-استراتون، ۱۹۸۲؛ وبستر-استراتون و همکاران، ۱۹۸۹). با وجود این، در چندین مطالعه خاطر نشان شده است که نسبت به مهارت‌های دیگری که در برنامه آموزش داده می‌شود، کمتر احتمال دارد که والدین در پیگیری، به استفاده از مهارت‌های توجه مثبت به رفتار موافق، اجتماع کودک ادامه دهند (پاترسون، ۱۹۸۲؛ وبستر-استراتون، ۱۹۸۲؛ وبستر-استراتون و همکاران، ۱۹۸۹). به‌رغم این تضعیف مهارت‌های توجه مثبت والدین بعد از خاتمه درمان، دستاوردهای مربوط به رفتار کودک در پایان درمان همچنان در طی دوره‌های پیگیری تا ۴/۵ سال بعد حفظ می‌شود. وجود این انبوه مطالعات که بازتاب‌دهنده حفظ دستاوردهای درمان در طی زمان است دلگرم‌کننده است اما این نتیجه همه مطالعات تحقیقی در حوزه آموزش والدین نیست؛ تعدادی از مطالعات چنین تأثیرات بلندمدتی را در آموزش رفتاری والدین نشان نداده‌اند (برنال و همکاران، ۱۹۸۰؛ استرای هورن و وایدمن، ۱۹۹۱)، این امر مبین آن است که دستاوردهای پایدار همیشه برای همه اشکال آموزش رفتاری والد معیار نیستند.

تعمیم دستاوردهای درمان به همه موقعیت‌ها

ممکن است این فکر در درمانگران، و نیز اولیای مدرسه، ایجاد شود که شرکت والدین در برنامه‌های آموزش رفتاری در مطب متخصصان بهداشت روانی یا حتی در خانه‌های والدین به بهبود رفتار کودک در مدرسه منجر خواهد شد. متأسفانه، در اکثر مطالعات، این تعمیم دستاوردهای درمان به موقعیت‌های مدرسه مشاهده نشده است (هورن^۶، یالونگو^۷، گرین برگ^۸، پاکارد^۹ و اسمیت-وینبری^{۱۰}، ۱۹۹۰؛ هورن، یالونگو، پوپوویچ^{۱۱}، و پرادوتو^{۱۲}، ۱۹۸۷؛ مک ماهون و

1. Fleischman
3. Steele
5. Timm
7. Jalongo
9. Packard
11. Popovich

2. Strain
4. Ellis
6. Horn
8. Greenberg
10. Smith-Winberry
12. Peradotto

فورهند، ۱۹۸۴؛ پاترسون، ۱۹۸۲)، اگرچه دست کم یک مطالعه چنین تعمیمی را نشان داده است (استرای هورن و وایدمن، ۱۹۹۱). در برخی مطالعات کودکانی، یا حداقل زیرمجموعه‌ای از چنین کودکانی، مشاهده شده‌اند که والدین آنها برای بهبود رفتار مدرسه‌ای آموزش دیده‌اند، اما درست مثل کودکان بسیار دیگری در همان مطالعات، یا تغییری در رفتار مدرسه‌ای دیده نشد یا اینکه بدتر شدن معنادار چنین رفتاری با آموزش والد مرتبط بود (فایرستون^۱، کلی، گودمن^۲ و دیوی^۳، ۱۹۸۱؛ مک ماهون و فورهند، ۱۹۸۴). با وجود این، هیچ یک از مطالعاتی که تعمیم آثار درمان را بر موقعیت‌های مدرسه مشاهده نکردند، مشکلات رفتاری مدرسه‌ای را مستقیماً به عنوان بخشی از برنامه آموزش والد هدف قرار ندادند. در نتیجه، درمانگرانی که از برنامه‌های قدیمی آموزش رفتاری والدین استفاده می‌کنند نباید این فکر را در والدین یا اولیای مدرسه ایجاد کنند که احتمال تعمیم دستاوردها به رفتار کودک در مدرسه وجود دارد. این امر یکی از دلایلی است که مؤلف در این چاپ به منظور کمک به والدین جلسه‌ای را اضافه کرده است تا آنان با اصلاح رفتار و عملکرد مدرسه‌ای فرزندانشان از طریق استفاده از برنامه‌های پاداش خانگی، معلمان را یاری دهند. مشخص شده است که چنین رویه‌هایی به بهبود درجه‌بندی معلم از رفتار مدرسه‌ای و بهبود عملکرد در انجام تکالیف خانگی منجر می‌شود (اتکسون^۴ و فورهند، ۱۹۷۸).

پیش‌بینی‌کننده‌های موفقیت و شکست

نتایج تحقیق انجام شده در مورد این برنامه حاکی از آن است که بالغ بر ۶۴ درصد یا بیشتر از خانواده‌های کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و / یا کودکانی که از نظر بالینی نافرمانی شدید دارند ممکن است انتظار داشته باشند که با اجرای این برنامه (آناستوبولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ پیسترمن و همکاران، ۱۹۸۹؛ کویچی^۵، ویلر^۶ و بوله^۷، ۱۹۹۶) و برنامه‌هایی مشابه آن (برنال و همکاران، ۱۹۸۰؛ دیشیون و پاترسون، ۱۹۹۲؛ وبستر - استراتون و همکاران، ۱۹۸۹) تغییر چشمگیر بالینی یا بهبود (بهنجارسازی) در کودکانشان دیده شود. درصد بالاتر بهبود در میان کوچک‌ترها (زیر ۶ سال) و کودکانی دیده می‌شود که شدت اختلال در آنها از نظر بالینی کمتر است (دیشیون و پاترسون، ۱۹۹۲؛ وبستر - استراتون، ۱۹۸۲). اما نمی‌توان انتظار داشت که همه خانواده‌ها از یک چنین برنامه آموزش

1. Firestone

2. Goodman

3. Davey

4. Atdeson

5. Quici

6. Wheeler

7. Bolle

رفتاری والدین بهره‌مند شوند. تحقیقات انجام شده در مورد برنامه‌های مشابه نشان می‌دهد که عوامل چندی در ناکارآمدی برنامه نقش دارند (تعداد جلسات حضور، کامل نکردن آموزش یا بازنگشتن برای پیگیری، کاهش سطح بهبود تعارضات میان والدین و کودک). مریبان والدین باید چنین عواملی را مبنایی موجه در نظر بگیرند تا براساس آن خانواده‌ها را رده‌بندی کنند: کسانی که به جای آموزش فردی (تعداد بیشتر عوامل خطر ساز) برای آموزش گروهی والدین (احتمال زیاد پاسخ‌دهی) در نظر گرفته می‌شوند، یا حتی کسانی که به آنها آموزش والدین پیشنهاد می‌شود و کسانی که ممکن است ابتدا نیاز به درمان دیگر و متمرکزتر بر والدین داشته باشند (هولدن^۱، لاوینی^۲ و کامرون^۳، ۱۹۹۰).

عوامل مربوط به کودک

تنها تعداد کمی از ویژگی‌های کودک را با کارآمدی برنامه‌های آموزش والدین مرتبط دانسته‌اند. همان‌طور که پیش‌تر ذکر شد، یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های نسبتاً پایدار تقلیل کارآمدی آموزش والدین، سن کودک است. در مقایسه با کودکان مدرسه‌رو که احتمال بهبودشان تا اندازه‌ای کمتر است (۵۰ تا ۶۴ درصد) و نیز در مقایسه با نوجوانان (۲۵ تا ۳۵ درصد) (بارکلی، گاورمون و همکاران، ۱۹۹۲)، ظاهراً کودکان پیش‌دبستانی (زیر ۶ سال) بالاترین میزان پاسخ‌دهی مثبت (۶۵٪) را به برنامه‌های آموزش رفتاری والدین دارند (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۳؛ دیشیون و پاترسون، ۱۹۹۲؛ اشتراين و همکاران، ۱۹۸۲؛ اشتراين، یانگ^۴ و هورویتس^۵، ۱۹۸۱). با وجود این، این اثر سن عملاً ممکن است یک تابع لاکتال وارونه یا خمیده باشد، به این معنی که در گروه سنی پیش‌دبستانی، میزان بالاتر افت والدین و درجات کمتر پاسخ‌دهی با سنین پایین‌تر کودکان مرتبط می‌شود (هولدن و همکاران، ۱۹۹۰) و حتی در دامنه سنی دبستان، در یک مطالعه منفرد این نتیجه به دست آمده است که تأثیر سن بر پاسخ‌دهی درمانی متضاد آن چیزی است که در بالا ذکر شد، یعنی این احتمال بیشتر است که والدین کودکان کوچک‌تر درمان را پیش از موقع متوقف کنند (فایرستون و ویت^۶، ۱۹۸۲). هوش بالاتر یا سن عقلی در کودکان نیز کاملاً با پاسخ بهتر به آموزش والدین به پایدار و والدین تا پایان برنامه آموزش والدین مرتبط بوده است (فایرستون و ویت، ۱۹۸۲).

1. Holden
3. Cameron
5. Horowitz

2. Lavigne
4. Young
6. Witt

در برخی مطالعات ذکر شده است که شدت مشکلات رفتاری و نافرمانی کودکان، بالاخص، با اثر بخشی محدودتر درمان و احتمال بیشتر کناره گیری پیش از موقع والدین از آموزش همبستگی دارد (دوما^۱، ۱۹۸۴؛ هولدن و همکاران، ۱۹۹۰). اما این رابطه را می توان گونه دیگری بیان کرد، یعنی به شکل رابطه میان استرس والدین، درماندگی زناشویی و آسیب روانی والدین با شدت مشکلات کودک (ویستر - استراتون و هاموند^۲، ۱۹۹۰). یعنی در اینجا شدت مشکلات کودک صرفاً نشانه ای است برای عوامل مهم تر والدینی (نک. جلوتر) که علت واقعی متوقف کردن پیش از موقع آموزش یا پاسخ مثبت ندادن به آموزش از جانب والدین است.

همان طور که در بالا ذکر شد، نباید انتظار داشت کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی و نافرمان که والدینشان این برنامه آموزشی را می گذرانند در نتیجه اجرای این برنامه بهبود یابند یا همه مشکلات رفتاری شان رفع شود و به حالت عادی برگردند. براساس تحقیقات، در نتیجه اجرای این برنامه، نشانه های اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی فقط تا اندازه ای بهبود می یابند یا اصلاً بهبود نمی یابند. در حالی که احتمال اصلاح رفتار خصمانه و نافرمانی در بیشترین حد است (آناستوپولوس و همکاران، ۱۹۹۲؛ جانستون، ۱۹۹۲). همچنین، برای آنکه کامل تر به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی همراه با نافرمانی در کودک پرداخته شود، ممکن است افزودن داروی محرک یا درمان دارویی دیگری به مجموعه درمانی آرایه شده برای چنین کودکانی ضرورت یابد (فایرستون و همکاران، ۱۹۸۱). زمانی که از داروی محرک برای کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی استفاده می شود، ممکن است درمانگران دریابند که گنجاندن برنامه آموزش والدین گاه فایده بیشتر چندانی برای خانواده ها ندارد (ابیکف^۳ و هکتمن^۴، ۱۹۹۵؛ فایرستون و همکاران، ۱۹۸۱؛ هورن و همکاران، ۱۹۹۱). با فرض اینکه ثابت شده داروهای محرک در زمره اثربخش ترین درمان ها برای این کودکان است (مارکلی، ۱۹۹۰؛ رایپورت^۵ و کلی، ۱۹۹۳؛ اسوانسون^۶، مک بارنت^۷، کریستیان^۸ و ویگال^۹، ۱۹۹۵). روان شناسان بالینی باید به مجرد تشخیص اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی در مورد این درمان با والدین گفت و گو کنند. با وجود این، برخی والدین تمایل دارند تا بعد از انجام آموزش منتظر بمانند.

1. Dumas

2. Hammond

3. Abikoff

4. Hechtman

5. Rapport

6. Swanson

7. McBurnett

8. Christian

9. Wigal

بنابراین، در این چاپ، برنامه اولیه آموزش والد را این طور اصلاح کرده‌ام که در جلسه آخر برنامه با والدینی که انتخاب شده‌اند تا منتظر شروع چنین درمانی باشند، درباره این موضوع گفت و گو شود. درمانگرانی که خواهان اطلاعات بیشتری درباره داروشناسی روانی کودکان دارای اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی هستند، می‌توانند به منابع متعددی مراجعه کنند: وری^۱ و امان^۲ (۱۹۹۳)، زیر چاپ)، وایس^۳ (۱۹۹۲)، گرین هیل^۴ و آزن^۵ (۱۹۹۱)، و بارکلی (۱۹۹۰) و نیز شماره بهار ۱۹۹۰ سال ۱ (شماره ۱) مجله داروشناسی روانی کودک و نوجوان.

عوامل مربوط به والدین

والدینی که نسبتاً جوان‌تر از میانگین سنی افرادی هستند که خواهان آموزش‌اند، هوش کمتری دارند و / یا سطح تحصیلاتشان پایین‌تر از دبیرستان است، و از طبقه اجتماعی پایین‌تری هستند، معمولاً به اندازه دیگران به موفقیت نمی‌رسند (دوما، ۱۹۸۴؛ فایرستون و ویت، ۱۹۸۲؛ هولدن و همکاران، ۱۹۹۰؛ نپ^۶ و دلوتی^۷، ۱۹۸۹؛ وبستر-استراون و هاموند، ۱۹۹۰). با وجود این، در مطالعات مربوط به آموزش رفتاری والدین همیشه آثار زیان‌بخش جایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر ذکر نشده است (مک ماهون و فورهند، ۱۹۸۴؛ راجرز^۸، فورهند، گریست، ولز و مک ماهون، ۱۹۸۱). در یک مطالعه نیز به وجود ارتباط میان گروه قومی خانواده با انصراف از درمان یا پیشرفت کندتر در طی آموزش پی بردند، و اینکه گروه‌های اقلیت بیشتر از گروه اکثریت با این مشکلات روبرو هستند (هولدن و دیگران، ۱۹۹۰). اما مشخص شد که طبقه اجتماعی نیز همین رابطه را با پیشرفت اندک در طول درمان دارد و ممکن است با توجه به تصویر متفاوت گروه‌های قومی در میان طبقه اجتماعی، این عامل، و نه گروه قومی، عملاً این تفاوت را در میان گروه‌های قومی به وجود آورده باشد. همان‌طور که می‌توان انتظار داشت، مشخص شده که تعداد جلساتی که عملاً والدین در برنامه آموزش حضور می‌یابند یا اثربخشی درمان مرتبط است (اشترین و همکاران، ۱۹۸۱).

بهره‌برداری اندک از آموزش و میزان بالای انصراف به ویژه در میان والدینی (مادرانی) دیده می‌شود که از نظر اجتماعی منزوی و از گروه بزرگسالان همسال جدا شده‌اند و با خانواده گسترده خود تعاملات آزارنده دارند (دوما، ۱۹۸۴؛ دوما و واهلر، ۱۹۸۳؛ سالزینگر^۹، کاپلان^{۱۰} و آرتمیف^{۱۱}،

- | | |
|---------------|--------------|
| 1. Werry | 2. Aman |
| 3. Weiss | 4. Greenhill |
| 5. Osmon | 6. Knapp |
| 7. Deluty | 8. Rogers |
| 9. Salzinger | 10. Kaplan |
| 11. Artemyeff | |

۱۹۸۳؛ واهلر، ۱۹۸۰؛ واهلر و آفتن^۱، ۱۹۸۰). حتی وقتی که در مدیریت کودک چنین والدینی بهبود مشاهده می‌شود و تعارضات میان والد-کودک کاهش می‌یابد، احتمال بازگشت آنان به وضعیت سابق بعد از پایان آموزش بیشتر است (دوما و واهلر، ۱۹۸۳؛ واهلر، ۱۹۸۰؛ واهلر و آفتن، ۱۹۸۰). دوما و واهلر (۱۹۸۳) نشان داده‌اند که جدا ماندن مادر (انزوا) همراه با وضعیت نامطلوب اجتماعی-اقتصادی حدود ۵۰ درصد از واریانس اثربخشی درمان را توجیه می‌کند. به این معنی که این عوامل می‌توانند به ویژه در طی مرحله پیش از درمان مهم باشند که در آن درمانگر احتمال پاسخ‌دهی مثبت خانواده به آموزش رفتاری والد را ارزیابی می‌کند. با این حال، امکان دارد که با درگیر شدن و آموزش بیشتر درمانگر، تأمین زمان بیشتر برای تمرین (نپ و دلوتی، ۱۹۸۹)، و توجه به اثرهای اجتماعی مادران قبل یا حین آموزش (دادز و مک هیو^۲، ۱۹۹۲؛ دوما و واهلر، ۱۹۸۳؛ واهلر، کارتور^۳، فلایشمن و لمبرت^۴، ۱۹۹۳)، این خانواده‌ها بتوانند به پیشرفت‌های معناداری در اداره کودک دست یابند.

به نظر نمی‌رسد که والدین دچار مشکلات جدی آسیب روانی (روان‌پریشی، افسردگی شدید، وابستگی به مواد/الکل، و غیره) در برنامه‌های این‌چنینی آموزش والد خوب عمل کنند (پاترسون و چمبرلین، ۱۹۹۲). آنها شروع به مقاومت در برابر آموزش و تکالیف منزل می‌کنند و به نظر می‌رسد در طول دوره درمان همین‌طور باقی می‌مانند. همچنین، والدینی که نگرش منفی و درماندگی بیشتر یا مهار خشم ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند نوعاً به چنین برنامه‌های آموزشی پاسخ مثبت نمی‌دهند یا احتمال ترک درمان در آنها بیشتر است (فرانکل^۵ و سیمونز^۶، ۱۹۹۲). شاید تأمین آموزش مهارت‌های مؤثرتر حل مسأله (فایفتر^۷، ژوریل^۸، براون^۹، اتشاید^{۱۰} و کلی، ۱۹۹۸؛ پرینز^{۱۱} و میلر^{۱۲}، ۱۹۹۴؛ اسپاکارلی^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۲) یا مدیریت خشم قبل یا در کنار آموزش مدیریت کودک به والدین در افزایش کارایی برنامه‌های آموزش والدین مفید باشد (در مورد این بحث، نک. گلداستین^{۱۴}، کلر^{۱۵} و ارن^{۱۶}، ۱۹۸۵؛ ساندرز، ۱۹۹۶).

1. Afton

3. Cartor

5. Frankel

7. Pfiffner

9. Brown

11. Prinz

13. Spaccarelli

15. Keller

2. McHugh

4. Lambert

6. Simmons

8. Jouriles

10. Etscheidt

12. Miller

14. Goldstein

16. Erne

در دهه‌ای که در پیش است، احتمال می‌رود که در تحقیقات مربوط به آموزش والدین، به رابطه میان اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی والدین با اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودک و پاسخ‌دهی والدین به آموزش توجه بیشتری مبذول شود. معلوم شده که اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در کودکان از زمینه‌آرثی بالایی منشأ می‌گیرد (در مورد این بحث، نک. بارکلی، ۱۹۹۶)، و به طور متوسط در ۲۵ درصد بستگان درجه یک احتمال وجود این اختلال گزارش شده است. این بدین معنی است که حداقل ۵۰ درصد احتمال دارد که یکی از والدین زیستی کودک دچار این اختلال، خود مبتلا به این اختلال باشند. در بیش از ۶۵ درصد این کودکان ممکن است این اختلال با اختلال نافرمانی مقابله‌ای همراه باشد، و حتی مدیریت کودکانی که چنین نیستند نیز احتمالاً نسبت به کودکان بهنجار دشوارتر است، که این مسأله اختلال کودکی را به عاملی مشترک در میان کودکانی تبدیل می‌کند که به خانواده‌هایشان گذراندن یک دوره برنامه آموزش رفتاری والدین مانند این برنامه توصیه می‌شود. این امر حاکی از آن است که نه تنها احتمال معناداری وجود دارد مبنی بر اختلال داشتن کودکی که کانون کوشش‌ها برای آموزش والدین است، بلکه ممکن است یکی از والدین کودک نیز دچار اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی باشد. اوانز^۱، والانو^۲ و پلم^۳ (۱۹۹۴) آثار زیبایی را که ممکن است اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی والدین بر فرایند آموزش آنان داشته باشد بررسی کرده و حتی نشان داده‌اند که درمان آن با داروی محرک می‌تواند در تسهیل پاسخ مثبت والد به دوره آموزشی سودمند باشد. به همین دلایل، ابزارهای ارزیابی به این چاپ افزوده شده است تا روان‌شناسان بالینی را در بررسی وجود اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی کودکی و این اختلال در والدین در خانواده‌ها یاری دهد.

میزان اختلاف زناشویی نیز پیش‌بینی‌کننده کاهش اثربخشی این برنامه (فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱) و سایر برنامه‌های (پاترسون، ۱۹۸۲؛ ویستر - استراتون و هاموند، ۱۹۹۰) آموزش والدین است. شاید بهتر باشد قبل از ارائه آموزش مدیریت کودک به این دسته از والدین یا در کنار آن برای آنان امکان درمان زناشویی (دادز، شوارتز^۴ و ساندروز، ۱۹۸۷) یا مشاوره طلاق فراهم شود تا به حل مشکلات زناشویی آنها کمک کند. همان‌طور که می‌توان انتظار داشت، اینکه آیا خانواده در زمان آموزش کامل است (والدین در کنار هم‌اند) یا نه نیز پیش‌بینی‌کننده پاسخ به برنامه‌های آموزش والدین است، پاسخ خانواده‌های تک‌والدی به برنامه آموزشی به خوبی خانواده‌های دووالدی نیست (اشترین و همکاران، ۱۹۸۱، ۱۹۸۲؛ ویستر - استراتون و هاموند، ۱۹۹۰). میزان استرس زندگی در سال‌های گذشته نیز ممکن است با کاهش کارایی آموزش والدین مرتبط باشد (ویستر - استراتون و هاموند، ۱۹۹۰).

عوامل مربوط به درمانگر

اخیراً به نقشی که عوامل مربوط به درمانگر می‌توانند در موفقیت برنامه‌های آموزش رفتاری والدین ایفا کنند توجه فزاینده‌ای شده است. مدت‌هاست که اهمیت چنین عواملی در مطالعات مربوط به نتایج حاصل از روان‌درمانی بزرگسالان (گارفیلد^۱ و برگن^۲، ۱۹۸۶) و اخیراً در تحقیقات مربوط به روان‌درمانی کودکان (کریستس-کریستوف^۳ و مینتز^۴، ۱۹۹۱؛ کازدین، ۱۹۹۱) شناخته شده است. محققان چندی، به ویژه تیم تحقیقی پاترسون در مرکز یادگیری اجتماعی اورگون در امریکا، این موضوع را در ارتباط با آموزش رفتاری والدین بررسی کرده‌اند. به نظر نمی‌رسد درمانگران کارآموز به اندازه درمانگران با تجربه‌تر در نگه داشتن والدین در برنامه‌های آموزش تبحر داشته باشند (فرانکل و سیمونز، ۱۹۹۲). به علاوه، در میان درمانگران با تجربه، کسانی که به والدین آموزش می‌دهند و با آنها روبرو می‌شوند بیشتر احتمال دارد که با مقاومت شدیدتر والدین در برابر آموزش مواجه شوند تا درمانگرانی که در فرایند آموزش نقش تسهیل‌کننده حامی را دارند (پاترسون و فورگاج، ۱۹۸۵). مقاومت ممکن است هم در داخل جلسه در پاسخ به رویه‌های رسمی آموزش و هم نسبت به تکالیف منزل ابراز شود (پاترسون و چمبرلین، ۱۹۹۲). پاترسون و چمبرلین (۱۹۹۲) گزارش می‌کنند که آموزش‌دهندگانی که با خانواده‌های کودکان شدیداً ضداجتماعی کار می‌کنند باید انتظار داشته باشند که در شروع درمان با مقاومت اکثر خانواده‌ها مواجه شوند، و احتمال دارد این مقاومت تا اواسط دوره درمان همچنان افزایش یابد. این مقاومت در موارد خفیف‌تر و در خانواده‌هایی که بچه‌های کوچک‌تری دارند، ممکن است در طی دوره درمان وجود داشته باشد و بیش از پایان درمان رفع شود. در موارد حادتر، احتمال دارد مقاومت در سطح بالا ادامه یابد، که حکایت از تغییرات کمتر در مهارت‌های مدیریتی والدین نسبت به کودکانشان و نیز در مجموع نتایج کمتر مثبت دارد. احتمال دارد چنین مقاومتی در مانگر را وادار به رفتارهای مقابله‌ای کند که، همان‌طور که در بالا ذکر شد، می‌تواند مقاومت را در طرف مقابل نیز افزایش دهد. بنابراین، درمانگری که در عین فراهم کردن تسهیلات و حمایت از والدین به منظور ترغیب آنان به پذیرش تغییر رفتاری، در جهت دستیابی به سطح مطلوبی از آموزش و مقابله با مقاومت والدین تلاش می‌کند، باید در یک بازی دقیق و دوجانبه برنده شود (پاترسون و چمبرلین، ۱۹۹۲).

ساختار کتاب

این راهنمای آموزشی از چهار بخش تشکیل شده است: در بخش اول اطلاعاتی درباره زمینه این برنامه، پایه نظری و تحقیقی آن، روش‌های ارزشیابی کودکان لجباز و نافرمان قبل و بعد از

درمان، و انواع اطلاعات پیش‌نیاز ارایه می‌شود تا قبل از پذیرش این برنامه درمانی مد نظر قرار گیرد. در بخش دوم آموزش‌های مفصلی برای اجرای هر یک از جلسات برنامه گنجانده شده است. شاید روان‌شناسان بالینی بخواهند که نه تنها خود کاملاً با آموزش‌های بخش دوم آشنا شوند بلکه هنگام آموزش خانواده‌ها نیز محتوای هر مرحله را مرتباً مرور کنند. در این بخش، هر مرحله با خلاصه‌ای از مطالبی شروع می‌شود که در آن مرحله آموزش داده می‌شود، به قسمی که روان‌شناسان بالینی کارآموده در اجرای این برنامه فقط لازم است در طی جلسه آموزشی با خانواده به این خلاصه مراجعه کند. بخش سوم شامل ابزار ارزیابی است که برای ارزشیابی کودکان و خانواده‌هایشان قبل و بعد از درمان بسیار مفیدند. بخش چهارم دربرگیرنده بروشورهایی است برای استفاده در هر مرحله از برنامه. (توجه داشته باشید که بخش‌های ۳ و ۴ در پیوستی به زبان اسپانیایی هم گنجانده شده‌اند که می‌توان از ناشر تهیه کرد؛ نک. نکته ۸ در ادامه).

بازنگری‌هایی در برنامه اول

شاید خوانندگانی که با نسخه اولیه این برنامه آشنایی دارند (بارکلی، ۱۹۸۷) بخواهند از اصلاحاتی که در چاپ دوم اعمال شده آگاه شوند. بخش عمده این تغییرات در زیر فهرست شده است:

۱. در بخش مقدمه (بالا) و نیز فصل ۱ «مبانی منطقی برنامه» نقل‌قول‌های بسیار زیادی از منابع تحقیقی ذکر شده که کارایی برنامه و اجزای آن را به اثبات می‌رسانند. این کار بدین منظور انجام گرفته که درمانگران بتوانند با اطمینان بیشتری به منابع تجربی مؤید این برنامه و روش‌های آن مراجعه کنند. همچنین در این عرضه شواهد، تقویت ادعاهای مطرح شده در کتاب راهنمای اولیه که برای آنها استناداتی ارایه نشده بود نیز مد نظر بوده است. سرانجام اینکه برای روان‌شناسان بالینی که با مؤسسات سرپرستی مدیریت شده یا دیگر شرکت‌های بیمه برای تأیید این خدمات و پرداخت حق‌الزحمه‌های کلینیکی اجرای برنامه آموزشی مذاکره می‌کنند ممکن است اسناد به منابع تحقیقات بالینی در زمینه کارایی مسلم آموزش رفتاری والد ضرورت یابد تا بتوانند با بازپرداخت هزینه‌ها از جانب این شرکت‌ها، از بیمار خود حمایت کنند. فتوکپی گرفتن از قسمت‌های مناسب این راهنما (صفحه کپی‌رایت را برای آگاهی از محدودیت‌ها ببینید) و ارائه آنها به شرکت‌های مذکور می‌تواند در حمایت از این مذاکرات سودمند باشد.
۲. ابزارهای ارزیابی به‌طور گسترده بازبینی شده و گسترش یافته تا دربرگیرنده اطلاعات جمعیت‌شناختی، سوابق رشدی / پزشکی و فرم‌های کامل‌تر مصاحبه با والدین باشد که در اجرای ارزیابی‌های کودکان نافرمان کارایی بسیار زیادی دارد. به ویژه، مصاحبه با والدین

روزآمد شده تا شامل بررسی همه آن اختلال‌های کودکی و نشانه‌هایشان باشد که به احتمال زیاد مرتبط با نافرمانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای یا اختلال سلوک در کودکان در نظر گرفته می‌شوند. در این مصاحبه، نشانه‌ها و ملاک‌های تشخیص این اختلال‌ها براساس معیارهایی است که در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شرح داده شده است (DSM-IV؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). استفاده از این مصاحبه می‌تواند به تعیین تشخیص‌های بالینی برای اکثر کودکان ارجاعی کمک کند. مقیاس‌های جدید درجه‌بندی رفتار کودک که اضافه شده‌اند نشانه‌های سه اختلال رفتاری آزارشی^۱ یا مختل‌کننده را از چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (یعنی ADHD، ODD و CD) طابق گزارش والدین و دو اختلال (ADHD و ODD) را از روی گزارش معلم مستقیماً ارزیابی می‌کنند.

همچنین پرسشنامه‌های موقعیت‌های خانه و مدرسه باز هم ارایه شده‌اند تا به شناسایی موقعیت‌های خاصی که رفتار مختل‌کننده در آنجا بروز می‌کند کمک کنند، بخشی با هدف کمک به برنامه‌ریزی درمان و نیز برای به دست آوردن برداشتی از شیوع مشکلات رفتاری کودکان. مقیاسی نیز برای ارزیابی نشانه‌های اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی در والدین کودکان به همراه دستورالعمل‌هایی برای نمره‌گذاری و تفسیر این مقیاس‌ها ارایه داده شده است.

۳. در این چاپ، مراحل قبلی ۳ (افزایش اطاعت) و ۴ (کاهش مختل‌کنندگی) در یک جلسه واحد (مرحله ۳) ترکیب شده‌اند. این کار براساس تجربه بالینی ما صورت گرفته است مبنی بر اینکه می‌توان هر دوی این مراحل را به راحتی در چارچوب یک جلسه آموزشی واحد با والدین پوشش داد.

۴. یکی کردن مراحل ۳ و ۴ به ما امکان اضافه کردن مرحله جدیدی (مرحله ۸ کنونی) را داده که مربوط به کارت‌های گزارش روزانه رفتار در مدرسه است. والدین با استفاده از این کارت‌ها می‌توانند معلمان را در بهبود بخشیدن به رفتار و عملکرد تحصیلی کودک در کلاس یاری دهند. از دیگر موارد تجدید نظر در این چاپ، افزوده شدن یک بروشور جدید برای والد و انواع متعدد کارت‌های مفید گزارش روزانه رفتار در مدرسه است. روشن است که این مرحله اختصاص به کودکان مدرسه‌رو دارد و در مورد کودکان پیش‌دبستانی می‌توان از آن صرف‌نظر کرد.

۵. آموزش روش تنبیه ملایم و مختصر کودکان به والدین با زدن به پشت آنها در زمانی که بدون اجازه از محل تعیین شده برای گذراندن محرومیت فرار می‌کنند از این چاپ حذف

شده است. آن رویه بخش مؤثری از این برنامه بود تا اینکه در دهه ۱۹۶۰، در دانشگاه علوم بهداشتی اورگون، فکر برنامه اولیه «دومرحله‌ای» به ذهن دکتر کنستانس هانف^۱ رسید و به مطالعه آن پرداخت، و دیگران با تکرار این برنامه به آن استمرار بخشیدند (بارکلی ۱۹۸۱، ۱۹۸۷؛ فورهند و مک ماهون، ۱۹۸۱؛ رابرتز، ۱۹۸۲). با وجود این، طی ۳۰ سال گذشته، نگرش‌های اجتماعی نسبت به استفاده از تنبیه بدنی برای کودکان، حتی دن ملایم به پشت، تغییر کرده است، چنانکه به طور فزاینده‌ای مقبولیت خود را نزد والدین از دست می‌دهند (هفر^۲ و کلی، ۱۹۸۷)، به‌خصوص در مورد کودکان مدرسه‌رو (سوکلار^۳ و اشتاین^۴، ۱۹۹۵). گرایش مشابهی نیز در میان درمانگرانی که با خانواده‌های کودکان دارای مشکل رفتاری کار می‌کنند پیدا شده است (وبستر - استراتون و همکاران، ۱۹۸۹) به این معنی که انزجار فزاینده‌ای نسبت به آموزش چنین روش‌هایی به والدین در آفاق دیده شده است. این روند می‌تواند تا حدی مبتنی بر این عقیده باشد که استفاده از تنبیه بدنی برای کودکانی که خود ممکن است پرخاشگر باشند، صرفاً الگویی برای پرخاشگری بیشتر به کودک می‌دهد و ممکن است این تغییر نگرش تا حدودی برخاسته از مطالعاتی باشد که نشان می‌دهند تنبیه بدنی از جانب والدین همبستگی معناداری (هرچند نه خیلی زیاد) با سطح پرخاشگری کودکان دارد، و به نظر می‌رسد که چنین باشد (استراسبرگ^۵، داج^۶، پتی^۷ و بیتس^۸، ۱۹۹۴). هرچند که چنین همبستگی‌هایی نمی‌تواند مؤید وجود رابطه علت و معلولی باشد، چه بسا این عقیده که استفاده والدین از تنبیه بدنی برانگیزاننده رفتار کودک است کاملاً برای والدین و نیز در علوم بالینی اثبات شده باشد. عوامل بسیاری چنین روابطی را توجیه می‌کنند، که به همین سبب مشکل می‌توان همبستگی را ملاک وجود رابطه مستقیم علت و معلولی میان تنبیه ملایم والدین و پرخاشگری کودک دانست. یافته‌های پژوهشی درباره جهت تأثیرات در این رابطه ابهام دارند و مشخص نشده که در مورد استفاده همسان والدین از تنبیه بدنی ملایم مصداق داشته باشد، مثل روش زدن مختصر به پشت که در برنامه اولیه آموزش داده می‌شد. آن مطالعات در اکثر تحلیل‌های خود از دیگر عوامل مهم والدینی و خانوادگی (مثل عقاید منفی والدین درباره تنبیه، ناهماهنگی والدین در استفاده از

1. Constance Hanf
3. Socolar
5. Strassberg
7. Petit

2. Hefer
4. Stein
6. Dodge
8. Bates

- نتایج رفتار، اختلال شخصیت ضداجتماعی، افسردگی، اختلال زناشویی و غیره) این داده‌ها را ثابت نگاه نداشته‌اند، که می‌تواند در رابطه بین تنبیه والدین و پرخاشگری کودک تأثیرگذار باشد (Larzeler^۱، ۱۹۹۶؛ سوکولار و اشتاین، ۱۹۹۵). با این همه، کاهش پذیرش اجتماعی این روش اداره کردن کودک، خود توجیه‌کننده حذف آن از این برنامه است، البته به شرط آنکه برای مهار فرار از محرومیت یک جانشین غیربدنی وجود داشته باشد. خوشبختانه آن جانشین پیدا و مشخص شده که به همان اندازه کارآمد است (دی و رابرتز، ۱۹۸۲)، و بنابراین در اینجا جانشین روش قبلی شده است. این روش شامل استفاده از محدودیت است، مثل فرستادن کودک به اتاقش و بستن و قفل کردن در اتاق در صورت لزوم برای جلوگیری از فرار از محرومیت.
۶. مرحله هشتم برنامه اولیه (مهار خودسری در مکان‌های عمومی) اکنون در مرحله ۷ گنجانده و گسترش داده شده تا برگیرنده استفاده از مراحل «بلند فکر کردن - پیش‌اندیشی کردن» والدین در جاهایی علاوه بر مکان‌های عمومی باشد. این مرحله همچنین شامل استفاده از «فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده، به عنوان اقدام پیشگیرانه است تا احتمال بروز مشکلات رفتاری در کودک را در موقعیت‌های قریب‌الوقوع خانگی و عمومی از بین ببرد.
۷. محتوای برخی از بروشورهای والدین مطابق تغییرات بالا و نیز به منظور دربرگرفتن اطلاعات و رویه‌های مفید بیشتر تا حدی اصلاح شده است. در چند مورد، عبارات این بروشورها اصلاح شده است تا به روشنی بیان شود که والدین هنگام به کار گرفتن رویه مورد بحث در خانه چگونه باید آن را پیاده کنند.
۸. سرانجام اینکه ترجمه اسپانیایی ابزارهای ارزیابی و بروشورهای والدین پیوست مستقل این راهنماست که می‌توان آن را از ناشر تهیه کرد.

خلاصه

رویه‌هایی که در این راهنما شرح داده می‌شود به‌ویژه برای خانواده‌هایی طراحی شده که کودکان خودسر، نافرمان یا لجباز در دامنه سنی ۲ تا ۱۲ سال دارند. روش‌ها برای استفاده روان‌شناسان بالینی برخوردار از تجربه‌ای مناسب است که برای ارائه خدمات روان‌شناختی به خانواده‌های کودکان نافرمان آموزش کافی دیده‌اند. این رویه‌ها بسیار مؤثرند اما، در میان دیگر عوامل، موفقیت‌آمیز بودن کاربرد آنها وابسته به این عوامل است: ماهیت و شدت مشکلات کودک، سن کودک، میزان و شدت آسیب روانی والدین و خانواده، و سطح هوش و انگیزش والدین برای به کارگیری این روش‌ها. اگر این برنامه درست آموزش داده شود، می‌تواند در کاهش یا رفع مشکلات رفتاری کودکان به طور معناداری مؤثر باشد.