

رویکرد رفتاری در مصاحبه بالینی با کودک

فرهاد طارمیان - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مصاحبه بالینی با مراجع کننده اولین گام در هر نوع ارتباط تشخیصی - درمانی است که صرفاً محدود به حیطه علوم روانپزشکی و روانشناسی نیست، با این حال دارای ویژگیها و ظرافتهای خاصی در قلمرو آسیب شناسی روانی خصوصاً آسیب شناسی روانی کودک است. گاردنر^۱ (۱۹۸۵؛ به نقل از واینر^۲، ۱۹۹۱) می گوید: "مصاحبه اولیه با کودک باید درک عمیقی از مشکلات او را به دنبال داشته باشد و باعث برقراری رابطه مطلوب با کودک و خانواده او شود، در غیر اینصورت موفقیت کمی در انتظارمان است."

مصاحبه با کودک را می توان با اهداف و رویکردهای متفاوتی انجام داد مثلاً در مصاحبه مبتنی بر روان تحلیل گری (روانکاری)^۳ بررسی گذشته فرد علی الخصوص سالهای اول زندگی یا شناسایی مکانیسمهای دفاعی مورد استفاده و دسترسی به تعارضها و کشمکشهای ناخود آگاه وی مدنظر مصاحبه گر است در حالیکه در مصاحبه و ارزیابی رفتاری بررسی متغیرها و عوامل محیطی حاکم بر رفتار و تقویت کننده های آن رفتار هدف مصاحبه گر

است. در این مقاله سعی بر این است تا مهمترین نکات و خصایص ارزیابی رفتاری تشریح شود؛ هدف هر نوع ارزیابی رفتاری شناسایی رفتار مشکل آفرین، متغیرهای کنترل کننده آن و تعیین نقش و اثر مداخله درمانی است. ارزیابی رفتاری کودک نیز از این قاعده مستثنی نیست. در واقع ارزیابی کودک نوعی فرضیه آزمایی در مورد ماهیت مشکل، علل آن و آثار متفاوت برخاسته از درمان است. در مصاحبه رفتاری با کودک به منظور بررسی مشکل او می توان از چند منبع اطلاعاتی و از فنون متفاوت استفاده کرد ولی این به آن معنا نیست که در مورد هر کودکی همه تکنیکها و روشهای ارزیابی بکار رود بلکه تعداد و نیز نوع روشهای لازم برای ارزیابی را عوامل متفاوتی نظیر نحوه ارجاع کودک یا کارایی هر روش تحت تأثیر قرار می دهد. از آنجاکه دوران کودکی و نوجوانی همراه با تغییرات جسمی و روانی است، لذا در این نوع ارزیابی، روانشناس بالینی و روان پزشک باید با هنجارهای رشدی^۴ آشنایی کامل داشته باشند.

1. Gardner

2. Wiener

3. psychoanalytic

4. developmental norms

در زمانی نه چندان دور تنها فن ارزیابی کودک، ارزیابی در دهه اخیر (دهه ۱۹۸۰)، مجموعه متنوعی مشاهده رفتار وی بود ولی با رشد سریع این حوزه از روشهای ارزیابی به وجود آمده که عبارتند از:

۱- روشهای غیر مستقیم: ^۱	۲- روشهای مستقیم: ^۲
- مصاحبه رفتاری	- مشاهده در محیط طبیعی
- مقایسه‌های درجه‌بندی رفتار	- مشاهده تعامل کودک - والدین در محیط مصنوعی
- خود سنجی	- بازی نقش

یک - روشهای غیر مستقیم

الف - مصاحبه رفتاری^۳:

مهمترین گام در هر نوع ارزیابی کودکان، مصاحبه با منبع ارجاع کودک است که معمولاً معلم یا والدین او هستند. مصاحبه یکی از روشهای مناسب برای شناسایی رفتار نابهنجار کودک، درک متغیرهای موقعیتی رفتار و آشنا نمودن آموزگار یا والدین با نوع ارزیابی درمانی است که بکار خواهد رفت. معمولاً مصاحبه رفتاری کودک به صورت مصاحبه‌های بی ساختار^۴ است که اطلاعات بدست آمده همسو با اهداف درمانگر است. از آنجا که چنین مصاحبه‌ای به دلیل تفاوت عقاید درمانگران به طرق متفاوت صورت می‌گیرد، تحلیل روان سنجی چنین مصاحبه‌ای تقریباً غیر ممکن است. ولی چون این نوع مصاحبه رفتاری رایجترین روش ارزیابی کودک است، اصول این مصاحبه تشریح می‌شود.

مصاحبه‌های بی ساختار

بهتر است پیش از مصاحبه با کودک یا والدین او صحبت شود زیرا اینکار باعث می‌شود تا مسیر و جهت مصاحبه و همچنین نوع سوالاتی که باید در مصاحبه با کودک پرسیده شود مشخص گردد (پوپ^۵ و همکاران، ۱۹۸۸) مصاحبه بی ساختار معمولاً با سوالات باز و توضیحی شروع می‌کند (نظیر: کودکان چه کارهایی می‌کنند که باعث نگرانی شما شده است؟ کودکان چه مشکلی دارد؟) در پاسخ به این سوالات معمولاً والدین مسئولیت مختلفی را در مورد کودکان توضیح می‌دهند ولی مشکل را به خوبی مشخص نمی‌کنند. لذا در چنین مواقعی وظیفه درمانگر کمک به پدر و مادر است تا رفتار نابهنجار کودک خود را هر چه بیشتر دقیق توضیح دهند. بهتر است در مصاحبه با والدین از «مدل قیف»^۶ استفاده شود. در این روش درمانگر ابتدا اطلاعات کلی در مورد سوالات «کدام

۱. direct methods

2. direct methods

3. behavioral interview

۴. unstructured

5. POPE et al

6. funnel model

ویژگیهای خانواده وی بدست می آورد. سپس در مورد مسائلی که والدین آنها را مشکلات کودک خود می دانند، پرس و جو می شود. بعد از آنکه زمینه های کلی مشکل های کودک مشخص شد باید اطلاعات دقیق تر و جزئی تری در مورد ماهیت اصلی رفتارهای مشکل آفرین کودک فراهم شود. این اطلاعات در مورد فراوانی بروز رفتار مشکل آفرین، شدت، دوام، متغیرهای پیش آیند^۱ و پی آمدهای^۲ محیطی و نهایتاً نقش والدین در حفظ و ادامه رفتار کودک است. همچنین توصیه می شود تا از والدین در مورد مهارت ها و توانائیهای کودک سوالاتی پرسیده شود.

با استفاده از طرح سوالات باز و گسترده (فرزند شما در ماه گذشته چند بار دعوا کرده است؟ کج خلقی و عصبانیت فرزند شما چقدر طول می کشد؟) می توان به مناسب ترین و مهمترین رفتار مشکل آفرین که ناراحتی و پریشانی کودک و خانواده اش را بوجود آورده دست یافت و به تغییر یا اصلاح آن اقدام نمود. یکی دیگر از ویژگیهای مهم مصاحبه بی ساختار شناسایی شرایط و موقعیتهایی است که سبب رفتار نامطلوب کودک می شود. شاید در این قسمت به دلیل ناآگاهی والدین از نقش موقعیت و محیط در ایجاد رفتار نامطلوب، نتوان به آسانی عوامل محیطی را روشن نمود لذا در چنین مواردی آشنا نمودن

والدین با اصول کلی و مقدماتی نظریه رفتاری ضروری است. سوالات درمانگر در این قسمت باید اولاً مختص محیطی باشد که رفتار مشکل آفرین در آن بروز می کند (آیا این رفتارها بیشتر در خانه روی می دهد یا در مدرسه؟) و ثانیاً در مورد عوامل پیش آیند و پس آیند باشد (معمولاً قبل از رفتار نامطلوب کودک شما چه اتفاقی رخ می دهد؟ و یا در برابر رفتار مشکل آفرین کودکان چه عکس العملی دارید؟). نکته مهم آنکه در ارزیابی رفتاری کودک و در مصاحبه بالینی با او هیچگاه نباید عوامل عضوی^۳ را فراموش نمود. در مصاحبه بالینی با کودک باید در مورد رفتار مورد انتظار والدین و توانائیها و رفتارهای مورد پسند کودک پرسش بعمل آید. (کودک شما چه مواقعی آن طوری است که شما می خواهید؟). علاوه بر آگاهی از توانائیها و شایستگی های کودک، طرح چنین پرسشهایی باعث می شود که دیدگاه منفی والدین از کودک تا حدودی متزلزل شود. در مصاحبه بی ساختار باید در مورد تقویت کننده های مثبت و فعالیتهای مورد علاقه کودک اطلاعاتی بدست آورد (مثلاً با طرح پرسشی مثل کودک شما بعد از آنکه از مدرسه برگشت چه کاری دوست دارد بکند؟ آیا تلویزیون نگاه می کند؟). همچنین می توان به والدین فهرست تقویت کننده های مثبت را داد تا از این طریق

1. Antecedents 2. consequents

3. organic

فهرست کاملی از تقویت کننده‌های مورد نظر کودک را بدست آورد (هرسن و بلاک، ۱۹۸۸).

بخشی از زمان مصاحبه بی‌ساختار را باید به بررسی سایر زمینه‌های مشکل‌آفرین که والدین به دلایل مختلفی آنها را ذکر نکرده‌اند اختصاص داد (آیا مشکل دیگری در خانواده وجود دارد که تاکنون در مورد آن صحبت نشده؟). طرح چنین سوالاتی زمینه‌های خاصی را که علاوه بر رفتار کودک باید بررسی شوند روشن می‌کند (مثلاً اختلافات پدر و مادر). موارد بسیاری وجود دارد که رفتار مشکل‌زای کودک ناشی از وجود نقص و نارسایی در روابط خانوادگی است.

بعد از مصاحبه با والدین باید مصاحبه کاملی نیز (به تنهایی) با کودک به عمل آید. البته شرط لازم برای مصاحبه بالینی با کودک آن است که حداقل ۷ سال سن داشته باشد. مهمترین عامل در مصاحبه بالینی موفق برقراری تفاهم و ارتباط^۱ است. احترام به کودک و استفاده از زبان و تکلم قابل درک در ایجاد این رابطه بسیار موثرند (تورف^۲ و اولسن^۳، ۱۹۹۰). مصاحبه با کودک را می‌توان با طرح این پرسش شروع کرد: فکر می‌کنی چه باعث شد که پدر و مادر ترا اینجا بیاورند؟ از آنجا که کودک اغلب احساس می‌کند که وی باعث مشکلات خانواده شده است درمانگر باید به او بفهماند که در بروز مشکل فعلی فرد خاصی مقصر نیست و در جریان درمان اکثر اعضای خانواده شرکت خواهند داشت. مصاحبه با کودک این امکان را فراهم می‌آورد که

پیش از شروع درمان از مهارت‌ها و کمبودهای اجتماعی او مطلع شویم. کودک دائماً از این می‌ترسد که مبادا اسرار او برملا شوند لذا بهتر است در یک جلسه عمومی با افراد خانواده لزوم حفظ حرمت و اسرار کودک بیان شود. در جدول زیر فهرستی از زمینه‌هایی که باید در مصاحبه بالینی و ارزیابی رفتاری کودک توسط درمانگر بررسی شوند، مشاهده می‌گردد.

زمینه‌هایی که باید در مصاحبه با کودک مورد ارزیابی قرار گیرند (واینر ۱۹۹۱، تورفه و اولسن ۱۹۹۰)

سنین کودکی و نوجوانی

علت مراجعه	کودک مشکل اصلی خود را چه می‌داند؟ آیا کودک علت مراجعه را مشکل خود می‌داند.
علائق	کودک چه کارهایی دوست دارد انجام دهد؟ (اوقات بیکاری) چه کارهایی را می‌خواهد به تنهایی انجام دهد؟ چه کارهایی را با دوستان؟ و چه کارهایی را با خانواده؟
مدرسه	کودک در مدرسه به چه چیزهایی بسیار علاقمند است؟ به چه چیزهایی علاقه ندارد؟ نظر او در مورد معلمانش چیست؟ وضعیت تحصیلیش چگونه است؟
همکلاسان	دوست دارد با چه کسی بازی کند؟ دوستان او چه کسانی هستند؟ اگر با دوستانش باشد دوست دارد چه کارهایی بکند؟ از چه کاری بدش می‌آید؟ بهترین دوستش کیست؟ دوستانش از او بزرگترند یا کوچکتر؟
خانواده	رابطه کودک با والدین چگونه است؟ خانواده چه کارهایی را انجام می‌دهند که کودک به آن علاقمند است؟ چه کاری عصبانیش می‌کند؟ روابط او با خواهر و برادرش چگونه است؟ آنها چه کاری می‌کنند که به آن علاقمند است یا عصبانیش می‌کند؟
ترسها و نگرانیها	کودک از چه چیزهایی می‌ترسد؟ چه چیزهایی او را عصبانی و ناراحت می‌کنند؟ در مورد چه مسائلی دلوایش است؟ آیا بدون دلیل مضطرب و نگران می‌شود؟
خودانگاره	کودک در مورد خود چه مسائلی را می‌پسندد و از چه مواردی بیزار است؟ چه کارهایی را بهتر از همکلاسانش انجام می‌دهد؟ خود را چگونه می‌پندارد؟ آیا بنظر او دیگران او را دوست دارند؟
خلق و احساسات	چه چیزهایی کودک را غمگین و خوشحال می‌کند؟ این احساسات به چه میزان در کودک پدید می‌آیند؟ چه چیزهایی او را بسیار عصبانی می‌کند؟ در صورت عصبانیت چه کار می‌کند؟ آیا دعوا می‌کند؟
مسائل جسمی	آیا کودک سردرد یا معده درد دارد؟ آیا دردهای بدنی دیگری وجود دارد؟ میزان و دفعات دردها به چه نحوه است؟ معمولاً واکنش کودک در برابر آنها چیست؟
اختلال تفکر	آیا کودک صدایی را می‌شنود یا اشیایی را می‌بیند که برایش جالب یا عجیب باشند؟ آیا احساس می‌کند که فکر او توسط دیگران کنترل می‌شود؟
امیدها و آرزوها	کودک دوست دارد در زندگی و بزرگسالی چه کار کند؟ چه مشاغلی را می‌شناسد؟
تخیلات	تخیلات و رویاهای کودک چه هستند؟ بیشتر در چه مورد خیال پردازی می‌کند؟ سه آرزوی مهم کودک چیست؟

نوجوانی

ارتباط با جنس مخالف

آیا نوجوان با جنس مخالف ارتباط دارد؟ ارتباط او به چه میزان است؟ آیا در

برقراری ارتباط محدودیت دارد؟ نظر او در مورد جنس مخالف چیست؟

مواد مخدر و الکل

آیا نوجوان تاکنون از مواد نشئه‌آور استفاده کرده است؟ از چه چیزهایی؟ آیا

این کار را با دوستانش انجام می‌دهد؟

مصاحبه ساخت‌دار^۱

مصاحبه‌های ساخت‌دار شامل مجموعه‌ی پیش ساخته‌ای از سوالات هستند که به ترتیب از کودک یا پدر و مادر او پرسیده می‌شوند. این سوالات در مورد نشانه‌ها و علائم بیماری‌ها می‌باشند. در واقع این نوع مصاحبه نقطه مقابل مصاحبه بدون ساخت است. مصاحبه‌های ساخت‌دار را می‌توان در پژوهشهای همه گیرشناسی^۲ نیز بکار برد. مشکل اصلی این نوع مصاحبه این است که احتمال دارد کودکان معنای سوالات را بخوبی درک نکنند و یا این که با دادن پاسخهای منفی بخواهند هر چه زودتر به مصاحبه پایان دهند (کاپلان و سادوک^۳، ۱۹۹۵). یک نمونه

از این نوع مصاحبه جدول ارزیابی و سنجش کودک^۴ است که توسط هوگز و همکارانش^۵ در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است. این مصاحبه ساخت دار دارای ۷۵ سوال در ۱۱ زمینه مختلف است و برای کودکان ۷ تا ۱۲ ساله قابل اجرا است. برخی از زمینه‌های مورد بررسی عبارتند از: مدرسه، دوستان، خانواده، ترسها، خلق و احساس، شکایات جسمی و اختلالات تفکر. همچنین می‌توان با اجرای این مصاحبه به تشخیصهایی بر مبنای طبقه‌بندی بیماریهای روانی ارائه شده در سال ۱۹۸۰ (دی.اس.ام.تری)^{۶*} دست یافت.

1.structured interview

2.epidemiological research

3.Kaplan & sadock

4.Child assessment Schedule

5. Hooges et al

6.D.S.M.III

* راهنمایی تشخیصی و آماری

بیماریهای روانی که در سال ۱۹۸۰ توسط انجمن روانپزشکان امریکا تدوین و تهیه شده است.

ب - مقیاسهای درجه‌بندی رفتاری

به منظور تکمیل اطلاعات بدست آمده از مصاحبه رفتاری اکثر درمانگران از والدین یا آموزگاران می‌خواهند تا مقیاسهای درجه‌بندی رفتار را بلافاصله قبل یا بعد از اولین جلسه مصاحبه تکمیل نمایند. معمولاً مقیاسهای درجه‌بندی رفتار، فهرستی از رفتار و صفات خاص را شامل می‌شوند (مثل دعا کردن) که ارزیاب (پدر و مادر و آموزگار) به سادگی و با توجه به رفتار کودک آنها را مشخص می‌کند. در اغلب موارد این مقیاسها در کمتر از ۱۵ دقیقه تکمیل می‌شوند. استفاده از این مقیاسها هم از نظر غربال اولیه و هم بررسی نتایج درمانی بسیار سودمند است. نتایج بدست آمده از این مقیاسها باید با هنجارهای موجود مقایسه شوند و در صورتیکه رفتار کودک در دامنه بهنجار قرار نداشت ارزیابی‌های دقیق‌تر و مداخلات رفتاری بیشتری انجام گیرد. معمولاً در پایان درمان نیز برای بررسی آثار درمان بار دیگر مقیاس‌های بکار رفته در ابتدای درمان بکار می‌برند تا سودمندی روش درمانی مشخص گردد (پوپ و همکاران^۱، ۱۹۸۸).

در ادامه یک مقیاس از این نوع معرفی می‌شود:
۲- پرسشنامه رفتار کودک آی برگ

این پرسشنامه را آی برگ وراس^۳ در سال ۱۹۷۸ ساختند و شامل ۳۶ سوال در مورد رفتارهای مشکل‌آفرین کودکان علی‌الخصوص کودکان مبتلا به «اختلال سلوک»^۴ است. بعضی از مواد این پرسشنامه در مورد درگیری کودک با والدین، داد و فریاد کردن و بگومگو با والدین است. والدین باید رفتار کودک را بر اساس مقیاسی از ۱ تا ۷ در دو بعد فراوانی و شدت رفتار، درجه‌بندی کنند (اسکات، ۱۹۸۹). در زیر نمونه‌ای از سوالات این پرسشنامه آمده است:

۱- طرز رفتار وی در سر سفره غذا نا مطلوب است
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷
(هرگز بندرت گاهی اغلب همیشه)
این رفتار برای شما مشکل‌آفرین است بله خیر
۲- با دوستان هم سن و سال خود کتک‌کاری می‌کند
۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷
(هرگز بندرت گاهی اغلب همیشه)
این رفتار برای شما مشکل‌آفرین است بله خیر

ج - خودسنجی^۵ و ابزار آن

پرسشنامه‌های خود سنجی اخیراً در مجموعه ابزار

1. Pop et al

2. Eyberg child behavior inventory

3. Ross

4. Conduct Disorder

5. self report

و روشهای ارزیابی کودک جای گرفته است. پرسشنامه‌های خودسنجی وسایلی راحت و ارزان برای غربال کودکان نیازمند به درمان هستند و اطلاعاتی کلی در مورد توانمندیها و نقایص رفتاری کودک فراهم می‌کنند. معمولاً به زبان قابل درک کودکان تنظیم شده‌اند و توسط درمانگر برای کودک خوانده می‌شوند. می‌توان آنها را در جلسات اولیه به منزله روشی مکمل برای ارزیابی دقیق بکار برد ولی نباید از آنها جهت تشخیص استفاده کرد. فینچ و راجرز^۱ (۱۹۸۴) می‌گویند که پرسشنامه‌های خودسنجی‌ای که از نظر روان سنجی معتبر باشند، اطلاعات سودمندی را در زمینه طراحی روش درمان و ارزیابی آثار مداخله درمانی بدست می‌دهند (به نقل از تورفه و اولسن، ۱۹۹۰). فرم‌های خودسنجی به سه دسته عمده تقسیم می‌شوند:

۱- مهارت‌های اجتماعی^۲:

یک نمونه پرسشنامه مربوط به ارزیابی مهارت اجتماعی کودکان که از اعتبار روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است مقیاس تعایل به عمل کودکان^۳ نام

دارد. این مقیاس در سال ۱۹۷۹ توسط دلتی^۴ ساخته شد و برای بررسی نحوه پاسخ و واکنش عملی کودک در موقعیتهایی مثل عدم موفقیت و ناکامی، از دست دادن چیزی با ارزش و یا کشمکشها و درگیریها با همسالان بکار می‌رود. دارای سه خرده مقیاس پرخاشگری، ابراز وجود (قاطعیت^۵) و اطاعت است. یکی از ویژگیهای خاص این مقیاس بررسی موقعیتهای تعارض برانگیز بین فردی است (هاگز^۶، ۱۹۸۸). نمونه‌ای از سوالات این مقیاس به صورت زیر است:

۱- برای آب خوردن در صف منتظری، یکی از همکلاسیهات ترا از صف بیرون می‌کند و جملوی تو می‌ایستد چکار می‌کنی؟

الف - او را به عقب هل می‌دهی

ب - به او می‌گویی «تو حق نداری این کار را بکنی»

ج - به آخر صف می‌روی

۲- ترسها

یکی از ابزار نسبتاً موفق و معتبر در ارزیابی

1. Finch & Rogers

2. social skills

3. Children's action tendency scale

4. Deluty

5. assertiveness

6. hughes

ترس‌های کودکان، فهرست بررسی ترس کودکان^۱ است که در سال ۱۹۶۸ توسط شیرونا کامورا^۲ ساخته شد. این فهرست شامل ۸۰ ماده مربوط به موارد مختلف ترسهای کودکان مثل دعوا کردن یا ترس از اسلحه است. کودک روی یک مقیاس عددی شدت ترس خود را مشخص می‌کند

۳- افسردگی

در سالهای اخیر افسردگی در کودکان توجه بسیاری از پژوهشگران و درمانگران را به خود جلب کرده است. هر چند که افسردگی و تعریف آن در کودکان هنوز هم کاملاً روشن نیست ولی عده‌ای به وجود آن معتقدند و ابزاری را نیز در این زمینه تهیه کرده‌اند. یکی از رایجترین ابزار خودسنجی در این ارتباط، پرسشنامه افسردگی کودکان^۳ است که توسط کوواکس^۴ در سال ۱۹۸۰ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۷ ماده است و هر ماده متشکل از ۳ جمله می‌باشد. این جملات نشانه‌های افسردگی را (مثلاً اختلال در خواب) در دامنه‌ای از وضعیت پنج‌گانه تا

شدیداً نابهنجار توصیف می‌کنند. کودک موظف است هر یک از جملاتی را که به بهترین وجه بیانگر حالات وی در دو هفته اخیر هستند، مشخص کند (هاگز، ۱۹۸۸). نمونه‌ای از سوالات این پرسشنامه در زیر آمده است.

الف - بعضی وقتها غمگینم الف - اکثر کارها را

درست انجام می‌دهم

ب - اکثر اوقات غمگینم ب - اغلب کارها را

اشتباه انجام می‌دهم

ج - همیشه غمگینم ج - هر کاری را اشتباه

انجام می‌دهم

به اعتقاد هرسن و بلاک (۱۹۸۸) در حال حاضر این پرسشنامه بهترین ابزار برای بررسی مشکلات عاطفی کودکان است و می‌تواند به عنوان ابزاری برای تفکیک کودکان دچار مسائل عاطفی استفاده شود.

دو - روشهای مستقیم

1. fear Survey Schedule for children (FSSC)

2. Scherer & Nakamura

3. Children's Depression Inventory (CDI)

4. Kovacs

در حال حاضر سه روش مستقیم (مشاهده‌ای)^۱

برای ارزیابی رفتار کودک وجود دارد که عبارتند از:

الف - مشاهده رفتار در محیط طبیعی^۲

از آنجاکه بسیاری از رفتارهای کودکان و بزرگسالان

در محیطهای طبیعی رخ می‌دهد، بنابراین اولین قدم

در ارزیابی مشاهده‌ای، باید رفتارهایی را دربرگیرد

که با مشکل فعلی کودک ارتباط مستقیم دارند. اگر

والدین نمی‌توانند عوامل پیش‌آیند و پس‌آیند رفتار

کودک خود را شناسایی کنند، درمانگر باید متوجه

عوامل موجود در محیط کودک شود. این عوامل

اغلب با کجرویهای رفتاری کودکان در ارتباطند.

مثلاً امر و نهی بیش از اندازه والدین با نافرمانی

کودکان در ارتباط است یا آنکه مهر و محبت

مشروط آموزگار با رفتارهای مخرب^۳ کودکان. در

مشاهده طبیعی درمانگر در زمانهایی خاص به

مشاهده غیر رسمی کودک می‌پردازد. سپس رفتار

کسانی را که کودک با آنها تعامل دارد، بصورت یک

داستان در می‌آورد، نهایتاً می‌تواند این داستان را

تبدیل به عوامل پیش‌آیند، پاسخهای کودک و

پی‌آمدهای آن کند تا از این طریق فرضیاتی را در

مورد عوامل کنترل‌کننده رفتار کودک شکل دهد.

زمانی که رفتار هدف (مشکل‌آفرین)، شناسایی شد

روشی را باید برای جمع‌آوری و ثبت اطلاعات

مشاهده‌ای انتخاب کرد. اگر درمانگر صرفاً

می‌خواهد که عوامل پیش‌آیند، پاسخها و پی‌آمدها را

ثبت کند، آسان‌ترین روش انتخاب رمزها و

نشانه‌هایی برای هر فرد و رفتار اوست. مثلاً مادر و

پدر و کودک با رمزهای «م»، «پ»، «ک» و «دستور»

اطاعت، نافرمانی و تعریف با رمزهایی مثل «د»، «ا»،

«ن»، «ت» مشخص می‌شوند.

ب - مشاهده در محیطهای مصنوعی (متشابه)^۴

در سالهای اخیر، مشاهده مستقیم تعامل کودک -

والدین در کلینیک درمانی، رواج یافته است. معمولاً

یکی از والدین با کودک در اتاق بازی که مجهز به

انواع اسباب‌بازی و وسایل سرگرمی برای سنین

مختلف است به بازی می‌پردازد و مشاهده‌گر در

اتاق دیگر و از طریق آینه یک طرفه رفتارهای هدف

را مشاهده می‌کند. در این روش نیز می‌توان همانند

روش مشاهده در محیط طبیعی از سیستم رمزگردانی

استفاده نمود. یکی از این سیستم‌ها، سیستم دو

عضوی رمزگردانی تعامل کودک - والدین است.^۵

این سیستم شامل ۲۲ مقوله رفتاری در مورد کودک و

1. observational 2. natural setting 3. disruptive

4. analog setting 5. dyadic Parent - child interaction system

والدین است و شامل رفتارهای منفی کودک (ناقرمانی، تق‌زدن، فریادزدن) و عوامل پیش‌آیند و پس‌آیند والدینی (مثل دستورات مستقیم، اظهارات سرزنش‌کننده) می‌باشد.

ج - بازی نقش^۱

علاقه روزافزون به مسئله آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان، نحوه اندازه‌گیری و ارزیابی این مهارت را به منزله مسئله‌ای جدید پیش روی محققان قرار داده است. یکی از فنون ابداعی برای بررسی مهارت اجتماعی کودکان ایفای نقش در موقعیتهای پیش‌ساخته در کلینیک است. در این حالت کودکان مجبورند تا به ایفای نقش در برخی از موقعیتهای قراردادی (مثلاً بازی کردن با سایر کودکان و اعتراض یکی از آنها در مورد رعایت نوبت) بپردازند. پس از ضبط ویدئویی، مجدداً نوار

مربوط مشاهده می‌گردد و واکنشها و پاسخهای کودک را بدقت بررسی می‌کنند. در این وضعیت مشاهده‌گر یا درمانگر به دنبال نشانه‌های رفتاری حاکی از قاطعیت و اعتماد به نفس می‌گردد (مثلاً ارتباط چشمی، بلندبودن صدا و پافشاری کودک بر خواسته‌هایش) و اهمیت چنین رفتارهایی را برای کودک توضیح می‌دهد.

در پایان می‌توان چنین گفت که روشهای غیرمستقیم ارزیابی رفتاری کودک، روشهایی آسان، سریع و با قابلیت اجرایی بالایی هستند که توسط آنها می‌توان به این سوال پاسخ داد که آیا رفتار کودک در دامنه بهنجار کودکان همسال خود قرار دارد یا ندارد. روشهای غیرمستقیم علی‌رغم آن که اجرایشان مشکل و پرهزینه است ولی اطلاعات لازم را جهت طراحی نحوه مداخله درمانی فراهم می‌کند.

فهرست منابع:

1. Bellack, A.S., & Herson, H. (1988). Behavioral assessment. A practical Handbook. Third edition. Pergamon press. Great Britain .
2. Hughes, J.N. (1988). Cognitive behavior therapy with children in schools. Pergamon press, Great Britain

3. Kaplan, H.I., & Sadock, B.J., (1995). Comprehensive textbook of psychiatry. Vol.2. Sixth edition. William & Wilkins, Baltimore. USA .
4. Pope, A.W., Mc Hale, S.M & Craighead, W.E., (1988). Self-esteem enhancement with children and adolescents. Pergamon press, Great Britain .
5. Scott, M. (1989). A Cognitive behavioral approach to client's problems. Routledge, London and Newyork .
6. Thorpe, G.L & Olson, S., L., (1990). Behavior therapy. Allyn and Bacon, Boston, USA ,
7. Wiener, J.M., (1991). Textbook of child and adolescence psychiatry. American academic press. washington DC. USA .