

طراحی مدل تلفیقی بازی درمانگری خانوادگی برای درمان مشکلات برونی سازی شده کودکان: یک پژوهش کیفی

مریم بیات^۱، سید کاظم رسول زاده طباطبایی^{۲*}، محمدعلی بشارت^۳، علی عسگری^۴

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. استاد گروه روان شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: به دلیل محدودیت‌ها و نارسایی‌های هر یک از دو روش بازی درمانگری و خانواده درمانگری به تنهایی در درمان مشکلات کودکان، پژوهش حاضر با هدف تلفیق دو مدل خانواده درمانگری و بازی درمانگری برای درمان مشکلات برونی سازی شده کودکان بر پایه پژوهش کیفی و تحلیل محتوا انجام شد.

روش: اطلاعات لازم برای تدوین محتوا، فنون و ساختار مدل تلفیقی از دو منبع به دست آمد. نخست، رویکردهای اصلی خانواده درمانگری و بازی درمانگری مرور شد و مفاهیم و مؤلفه‌های اصلی و نیز فنون هر رویکرد استخراج شد و اشتراک‌های بین رویکردها به دست آمد. در مرحله بعدی، با ۱۰ نفر از متخصصان حیطه خانواده و کودک، ۱۴ کودک مبتلا به مشکلات برونی سازی شده و والدین آن‌ها در مورد علل و عوامل خانوادگی مشکلات برونی سازی شده و نیز آنچه باید در مداخله مورد توجه قرار گیرد، مصاحبه شد.

نتایج: با استفاده از اطلاعات به دست آمده مدل بازی درمانگری خانوادگی در قالب ۸ جلسه تدوین شد که در بخش نخست هر جلسه کل خانواده و در بخش دوم والدین بدون حضور کودک شرکت داشتند. محتوای جلسه‌های خانواده ارتقای خودپروی و تفکیک خود در اعضا، صمیمت خانواده و اصلاح شیوه‌های مختلف پیام‌رسانی و بهبود تعامل اعضا، مدیریت هیجان خشم و اعمال انضباط و محتوای جلسه والدین آشنا کردن والدین با ویژگی‌ها و نیازهای کودک، برخی مهارت‌های ارتباط با کودک (کلامی، غیر کلامی، زمان کیفی) و ایجاد هماهنگی بین والدین بود. مهم‌ترین فنون مورد استفاده در این شیوه تلفیقی، بازی، فعالیت و نمایش به عنوان قالب اصلی، پرسشگری، بازتاب دادن احساسات و رفتار، نام‌گذاری مجدد، ردگیری و هدایت از راه پیروی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: فعالیت‌ها و بازی‌های مورد استفاده در هر جلسه و نیز محتوای هر جلسه به تفکیک معرفی شده‌اند. مبنای تلفیق، ویژگی‌های مدل بازی درمانگری خانوادگی طراحی شده و شباهت‌ها و تفاوت‌های آن با رویکردهای مشابه مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: خانواده درمانگری، بازی درمانگری، بازی درمانگری خانوادگی، مشکلات برونی سازی شده.

*Email: rasoolza@modares.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی
بالینی
و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۲، پیاپی ۲۹
پائیز و زمستان ۱۳۹۶
صص: ۶۴۰-۵۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۱۸

Biannual Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 2, Serial 29

Autumn & Winter
2017-2018

pp.: 51-64

مقدمه

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روان‌درمانگری به سمت رویکردی یکپارچه در درمان پیش می‌رود [۱]. عوامل مختلفی موجب شکل‌گیری جنبش یکپارچه‌سازی و گسترش آن شده است که از آن میان می‌توان به تعداد زیاد نظریه‌ها و رویکردها در مشاوره و روان‌درمانگری و ناکافی بودن هر یک از رویکردها به تنهایی در درمان همه مراجعان و مشکلاتشان، فقدان موفقیت هیچ از یک از رویکردها در تبیین مناسب آسیب‌شناسی روانی و شخصیت و نیز رشد و اهمیت درمان‌های کوتاه‌مدت و متمرکز اشاره کرد. یکپارچه‌سازی از نارضایتی از یک رویکرد درمانگری به تنهایی آغاز می‌شود و با اشتیاق به نظر افکندن به خارج از مرزهای یک رویکرد به‌منظور فهمیدن اینکه چه چیزی می‌توان از شیوه‌های دیگر آموخت، همراه می‌شود. نتیجه نهایی چنین وضعیتی تقویت اثربخشی، کارآمدی و قابلیت کاربرد روان‌درمانگری است [۱]. نیاز به تلفیق و یکپارچه‌سازی رویکردهای درمانی در روان‌درمانگری کودک به‌طور قابل توجهی احساس می‌شود. برای مثال می‌توان به درمان مشکلات برونی‌سازی کودکان اشاره کرد. مداخله‌های خانواده‌محور یکی از مهم‌ترین شیوه‌های روان‌درمانگری مشکلات برونی‌سازی کودکان است که اثربخشی آن‌ها در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است [۲، ۳]. با این حال، انتقادهای چندی نیز به مداخله‌های خانوادگی وارد شده است. برای مثال مشخص شده است در درمان بسیاری از مشکلات کودک تنها مادر درگیر و در درمان حاضر می‌شود. معمولاً در این شرایط مادر کمک و حمایت کمی از طرف همسر خود دریافت می‌کند، در نتیجه انجام وظایفی که در خلال آموزش والدین به او واگذار می‌شود، دشوار می‌گردد [۴]. از این رو، اغلب توصیه می‌شود در درمان‌های اختلال‌های رفتاری مؤلفه‌هایی که منجر به دریافت حمایت اجتماعی بیشتر مادر از طرف همسر و یا دیگران می‌شود، گنجانده شود [۲]. افزون بر این، در مواردی که در شیوه انضباطی و اعمال روش‌های تربیتی بین والدین ناهماهنگی جدی وجود دارد، حضور یکی از والدین به تنهایی کافی نیست و باید هر دو والد وارد فرایند تغییر و درمان شوند [۵]. مسئله قابل توجه دیگر، کنار گذاشتن کودکان در بسیاری از جلسه‌های روان‌درمانگری خانوادگی است. به اعتقاد برخی خانواده‌درمانگران نه تنها رفتار والدین بر کودک تأثیر می‌گذارد بلکه ویژگی‌ها و رفتارهای کودک نیز والدین را متأثر ساخته و آن‌ها را وادار به واکنش متقابل می‌کند [۴]. از این رو حتماً باید کودکان را نیز در جلسه‌های درمان وارد کرد.

با این حال، نتیجه پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که اغلب خانواده‌درمانگران یا به‌طور کلی کودک را در جلسه‌های

درمانگری وارد نمی‌کنند و یا اگر وی را می‌پذیرند، اغلب از شرکت دادن فعال وی در روند کار خودداری می‌کنند و کودکان بیشتر در نقش یک شنونده منفعل باقی می‌مانند [۶، ۷، ۸، ۹]. این مسئله به خصوص در مورد کودکانی که مشکلات رفتاری یا برونی‌سازی دارند در مقایسه با کودکانی که مشکلات هیجانی یا درونی‌سازی (مثل، اضطراب و افسردگی) دارند رایج‌تر است و کودکان دسته اول به‌احتمال بیشتری از جلسه کنار گذاشته می‌شوند [۹، ۱۰]. کنار گذاشتن کودکان برخلاف مفروضه‌های اصلی رویکردهای سیستمی زیربنای خانواده‌درمانگری و تأکید خانواده-درمانگران پیشرو در مورد ضرورت وارد کردن کودکان در جلسه‌های خانوادگی است [۱۱]. متفاوت بودن وهله تحولی کودک از بزرگسالان دلیل دیگری است که حضور هم‌زمان کودک و والدین را در جلسه درمان دشوار می‌سازد زیرا یافتن شیوه‌ای که هم برای کودک قابل فهم باشد و هم برای والدین بیش از اندازه ابتدایی و پیش‌پاافتاده به نظر نرسد، برای بسیاری از درمانگران چالش مهمی محسوب می‌شود [۱۰]. با آنکه بسیاری از خانواده‌درمانگران ضرورت حضور کودک در جلسه‌ها را می‌پذیرند اما مهارت‌های لازم برای تعامل با کودک (مانند بازی، شوخی، استفاده از تمثیل و غیره) را نمی‌دانند. در این صورت مبنای تصمیم‌گیری بسیاری از خانواده‌درمانگران برای وارد کردن کودکان در جلسه درمان راحتی آن‌ها با کودک و ترجیح‌های شخصی آن‌هاست [۱۲].

در مقابل رویکردهای خانواده‌محور و خانواده‌درمانگری، رویکردهای بازی‌درمانگری قرار دارند که اغلب والدین را از درمان کنار می‌گذارند. به باور بیلی و سوری [۱۳]، حذف والدین از درمان به معنای تحمیل همه بار مشکل بر دوش کودک است و بدین معناست که در چهارچوب خانواده تنها کودک واجد مشکل است و می‌بایست تغییر کند. در این موارد درمان موجب تقویت رابطه درمانگر و کودک می‌شود در حالی که مسئله اصلی ارتباط معیوب والدین و کودک است. به باور برخی دیگر از مؤلفان، دیدن کودک در درمان به تنهایی موجب نادیده گرفتن عوامل بافتاری و رابطه‌ای می‌شود که در بسیاری از موارد نقش مهمی در علت‌شناسی مشکلات کودک دارد. بدین ترتیب تمرکز در درمان بر حذف نشانه‌ها خواهد بود تا عوامل ایجادکننده نشانه‌ها. مسئله قابل توجه دیگر در این زمینه آن است که حتی در صورت درمان موفق فردی، نمی‌توان نسبت به بهبود مشکلات ارتباطی و رابطه‌ای در خانواده و نیز ادامه یافتن دستاوردهای کسب شده در آینده اطمینان داشت زیرا احتمالاً عوامل ایجادکننده و یا ابقا کننده بافتاری مشکل هنوز پابرجا هستند [۱۴].

نتایج دو پژوهش فراتحلیل در زمینه بازی‌درمانگری [۱۵]،

هر دو روش و نیز خلأهایی که روان‌درمانگران در درمان مشکلات کودکان با هر یک از این دو روش با آن مواجه می‌شوند، در سال‌های اخیر سبب شکل‌گیری اندیشه‌هایی برای تلفیق این دو روی آورد شده است. بازی درمانگری خانوادگی^۳ حرکتی برای پوشش دادن خلأها و کمبودهای هر یک از دو روی آوردهای خانواده‌درمانگری و بازی درمانگری و در عین حال استفاده از ظرفیت‌های هر یک است. به رغم آنکه از مباحث مربوط به ضرورت و زمینه‌های شکل‌گیری بازی درمانگری خانوادگی بیش از دو دهه می‌گذرد، این رویکرد هنوز به سوی یک مدل درمانگری یکپارچه پیش نرفته است و تنها به معرفی پراکنده برخی ابداع‌ها و بازی‌های قابل استفاده برای والدین و کودک محدود مانده است. در نتیجه در به‌کارگیری این روش سؤال‌ها و ابهام‌های زیادی مطرح است. نخست آنکه جایگاه کودک، والدین و درمانگر مشخص نیست. آیا باید والدین و کودک در همه جلسه‌ها و یا تنها در برخی جلسه‌ها با هم حضور داشته باشند؟ برای مثال با آنکه برخی از خانواده‌درمانگران طرفدار شرکت دادن مستقیم کودکان در فرایند خانواده‌درمانگری هستند اما در عین حال نسبت به حضور کودک در برخی از مباحث خانوادگی هشدار داده‌اند و معتقدند پرداختن به مسائل حل‌نشده قبلی و رای مسائل کودک، مسائل زناشویی، در میان گذاشتن برخی موضوعات با کودک که نیازمند هماهنگی بین والدین است یا گسستگی زیاد بین اعضا باید در جلساتی بدون حضور کودک انجام شود [۱۳].

تعیین دقیق بازی و فعالیت‌هایی که برای والدین و کودک به‌طور هم‌زمان قابل استفاده باشد، نحوه کاربرد مناسب و به‌جای فعالیت‌ها و رای سلیقه، ترجیح‌های شخصی و یا خلاقیت درمانگر [۱۰] و از همه مهم‌تر شیوه به‌کارگیری بازی‌ها در فرهنگ خانواده‌های ایرانی مسائل قابل توجهی است که این پژوهش به دنبال روشن کردن آن است. در نهایت باید ساختار و چهارچوب شیوه بازی‌درمانگری خانوادگی از جمله تعداد تقریبی جلسه‌ها، ترتیب حضور هر یک از اعضا در جلسه، نحوه و ترتیب طرح موضوع‌ها، بازی‌ها و فعالیت‌های مورد استفاده برای هر موضوع تعیین شود.

روش

نوع پژوهش

برای دستیابی به مدل تلفیقی بازی‌درمانگری خانوادگی از شیوه تلفیق بر اساس عوامل مشترک^۴ استفاده شد. منطق

[۱۶] نیز نشان داد از میان متغیرهای مورد بررسی، تنها تعداد جلسه‌های بازی‌درمانگری و شرکت والدین در طرح درمان به‌عنوان مؤلفه‌های اثرگذار بر میزان اثربخشی معنادار هستند. بدین معنا که هرچه دوره درمانگری طولانی‌تر و تعداد جلسه‌ها بیشتر باشد و نیز والدین در فرایند بازی‌درمانگری دخیل شوند، اثربخشی بازی‌درمانگری افزایش می‌یابد. این یافته‌ها سبب گرایش بیشتر به رویکردهایی شد که از والدین بهره بیشتری در درمان می‌برند. یکی از این رویکردها بازی-درمانگری والدینی^۱ [۱۷] است. در این شیوه والدین اصول اصلی بازی‌درمانگری کودک محور را فرامی‌گیرند و تحت نظارت درمانگران زمان‌هایی را برای کاربرد این اصول در بازی با فرزند خود اختصاص می‌دهند. با اینکه در این شیوه والدین در فرایند بازی‌درمانگری به‌طور مستقیم درگیر هستند اما کودک حضور مستقیمی و بی‌واسطه‌ای در درمان ندارد بلکه کسی است که درمانگر و والدین در مورد او صحبت می‌کنند [۱۸]. از این رو با آنکه بازی‌درمانگری والدینی کمک شایان توجهی به بهبود ارتباط والد و کودک می‌کند و مشکلاتی که احتمالاً ناشی از ارتباط معیوب والد و کودک است را برطرف می‌سازد اما مجال پرداختن به پویایی‌های درون خانوادگی (برای مثال رابطه بین والدین و یا والدین و سایر فرزندان را ندارد) و نیز مواردی که لازم است صدای کودک به‌طور مستقیم شنیده شود را ندارد.

در یک مدل دیگر با نام درمان مبتنی بر دل‌بستگی کل خانواده^۲ [۱۹] که به تازگی ارائه شده است همه اعضای خانواده در درمان حضور دارند و تسهیل ارتباط و بهبود پیوندهای عاطفی بین اعضا، صمیمیت، حمایت و مراقبت مهم‌ترین محورهای درمان در نظر گرفته شده‌اند. این مدل به‌طور خاص برای خانواده‌هایی که سرپرستی فرزندی را به عهده گرفته‌اند طراحی شده است، از این رو همان‌گونه که از نامش پیداست بر دل‌بستگی به‌عنوان مهم‌ترین عامل برای ایجاد پیوند فرزند جدید در خانواده تأکید شده است. این مدل را می‌توان ماحصل گسترش مدل بازی‌درمانگری مبتنی بر دل‌بستگی به سطح خانواده دانست که محدود بودن آن به بهبود پیوندهای دل‌بستگی مجالی برای پرداختن به موضوع‌های مهم دیگری در حیطه مشکلات برونی‌سازی (مانند انضباط و قانون) را ندارد. بدین ترتیب، با وجود آنکه شواهد مستحکمی در اثربخشی درمان‌های خانواده‌محور و کودک‌محور (بازی‌درمانگری) در دست است اما هر یک دارای نارسایی‌هایی قابل توجهی هستند که دامنه اثرگذاری آن‌ها را در بسیاری از موارد محدود می‌کند [۱۴]. انتقادهای وارد به

^۳ family play therapy

^۴ common factor

^۱ filial therapy

^۲ whole family therapy

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه کودکان

متغیر	n	%
جنس		
دختر	۸	۵۷٪
پسر	۶	۴۳٪
سن		
۸-۶	۷	۵۰٪
۱۰-۸	۶	۴۳٪
> ۱۰	۱	۷٪
ترتیب تولد		
تک فرزند	۷	۵۰٪
اول	۴	۲۸٪
دوم	۲	۱۴٪
آخر	۱	۷٪
تحصیلات پدر		
دیپلم	۷	۵۰٪
لیسانس	۷	۵۰٪
تحصیلات مادر		
دیپلم	۴	۲۸٪
لیسانس	۱۰	۷۲٪

ابزارهای پژوهش

به منظور گردآوری داده‌های لازم برای تدوین مدل درمانگری تلفیقی برای درمان مشکلات برونی‌سازی کودکان، از چهار منبع به شرح زیر استفاده شد:

مرور رویکردهای اصلی خانواده‌درمانگری و بازی‌درمانگری: از بین رویکردهای خانواده‌درمانگری رویکردهای روان‌تحلیل‌گری^۲، بوون^۴، انسان‌نگر^۵، تجربه‌نگر^۶، ساختارنگر^۷، راهبردنگر^۸، سیستمی میلان^۹ و شناختی-رفتاری و از بین رویکردهای بازی‌درمانگری، رویکردهای روان‌بویشی، مبتنی بر دل‌بستگی^{۱۰}، آدلری، روابط موضوعی^{۱۱}، کودک‌محور^{۱۲}، والدینی، گشتالتی و شناختی-رفتاری از حیث مؤلفه‌ها و مفاهیم اصلی و نیز فنون درمانگری مورد بررسی قرار گرفتند و پس از خلاصه‌سازی و جمع‌بندی مفاهیم و فنون هر رویکرد، همگرایی‌های بین رویکردهای خانواده‌درمانگری و بازی‌درمانگری به دست آمد.

الف) مصاحبه با متخصصان: مصاحبه با متخصصان به صورت ساختارنا یافته و از دو بخش اصلی تشکیل شده بود: نخست بررسی علل و عوامل مرتبط با مشکلات برونی‌سازی در خانواده‌های ایرانی و دوم ویژگی‌های خانواده‌های ایرانی که باید در درمان مدنظر قرار گیرند. هر مصاحبه به صورت انفرادی و در مدت زمانی بین ۳۰ تا ۸۰ دقیقه انجام شد.

ب) مصاحبه با کودکان: مصاحبه با کودک ابتدا

این روش آن است که مشابتهای در مؤثر بودن درمان بسیار مهم‌تر از عوامل منحصر به فرد است که موجب تمایز بین رویکردها می‌شود و نتیجه آن دستیابی به درمان‌های مؤثرتر و مقرون به صرفه‌تر است [۱]. بدین منظور یک مطالعه اکتشافی بر پایه طرحی کیفی به ویژه از نوع تحلیل محتوا به کار گرفته شد تا مبانی نظری و عملی رویکردهای بازی‌درمانگری و خانواده‌درمانگری از یک سو و عوامل و زمینه‌های شکل‌دهنده مشکلات برونی‌سازی کودکان و نیز ویژگی‌ها و تعامل‌های خانواده‌های این کودکان و انتظارات از درمان با در نظر گرفتن جنبه‌های فرهنگی از سوی دیگر استخراج شوند و مورد بررسی محتوایی قرار گیرند.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش را متخصصان و درمانگران حیطه خانواده و کودک شاغل در شهر تهران در سال ۹۲ و نیز کودکان ۶-۱۱ ساله مبتلا به مشکلات برونی‌سازی و والدین آن‌ها که در سال ۹۲ به مراکز مشاوره کودک یا مطب روان‌پزشک کودک مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند.

ب) نمونه آماری: از جامعه متخصصان و درمانگران، ۱۰ نفر به صورت غیرتصادفی (داوطلبانه) انتخاب شدند و مصاحبه ساختارنا یافته‌ای با آن‌ها انجام شد. از این تعداد ۶ نفر استاد دانشگاه و ۴ نفر درمانگر بودند که بین ۵ تا ۲۳ سال سابقه کار داشتند. از جامعه کودکان مبتلا به مشکلات برونی‌سازی نیز ۱۴ کودک که در فهرست رفتاری کودک^۱ (فرم والدین) در مقیاس برونی‌سازی نمره‌شان در محدوده بالینی بود ($T > 68$) و در مصاحبه بالینی انجام شده توسط روان‌شناس بالینی کودک یا روان‌پزشک کودک، مشکلات برونی‌سازی آن‌ها محرز بود، به شیوه غیرتصادفی برای انجام مصاحبه انتخاب شدند. حجم گروه نمونه بر اساس قاعده اشباع^۲ تعیین شد بدین معنا که بعد از آنکه سه مصاحبه آخر یافته جدیدی به یافته‌های قبلی نیفزود، نمونه‌گیری پایان یافت. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه کودکان در جدول ۱ قابل مشاهده است.

7 strategic
 8 structural
 9 Milan systemic model
 10 theraplay
 11 object relation
 12 child-centered

1 Child Behavior checklist - (CBCL)
 2 saturation
 3 psychoanalytic
 4 Bowen
 5 humanistic
 6 experiential

از یکدیگر (گسستگی یا بیگانگی)، نیاز به تفکیک خود و خودپیروی، شیوه‌های مختلف تعامل، ارتباط یا پیام‌رسانی بین اعضا و شناسایی قواعد حاکم بر خانواده مفاهیم مشترکی هستند که در بسیاری از رویکردها درباره آن صحبت شده است.

جدول ۲. مفاهیم اساسی خانواده‌درمانگری

مقوله	مفهوم	رویکردها
نیازها	با هم بودن و تفکیک خود ^۸ و خود فاش سازی ^۹ و	بوون، ساختارنگر، انسان‌نگر
	خود فاش سازی ^۹ و	بوون، ساختارنگر، انسان‌نگر و
	فرافکنی خانواده ^{۱۰}	انسان‌نگر و تجربه‌نگر
فرایندها	انتقال چندنسلی ^{۱۱}	بوون، روان‌پویشی
	جایگاه فرد در خانواده	بوون، روان‌پویشی
	گسل عاطفی ^{۱۲}	بوون
	نحوه تعامل اعضا و کارکردهای مکمل ^{۱۳}	راهبردنگر، ساختارنگر، سیستمی، ساختارنگر، روان‌پویشی
کارکردها	قواعد حاکم بر خانواده	سیستمی، راهبردنگر، انسان‌نگر، شناختی - رفتاری
	شناختی	ساختارنگر، راهبردنگر
	قدرت	ساختارنگر، راهبردنگر
	نظام عاطفی خانواده ^{۱۴}	بوون
ساختار	مثلث‌سازی ^{۱۵}	بوون، ساختارنگر
	خرده‌نظام‌ها ^{۱۶}	ساختارنگر، انسان‌نگر
	مرزها ^{۱۷}	ساختارنگر، انسان‌نگر
	سازمان‌مرتب‌های ^{۱۸}	ساختارنگر
	انعطاف‌ناپذیری	ساختارنگر
	ائتلاف و تبانی ^{۱۹}	ساختارنگر، انسان‌نگر

چنانکه در جدول ۳ دیده می‌شود رویکردهای مختلف در بسیاری از موارد فنون مشترکی را به کار می‌گیرند. برای مثال می‌توان استفاده از بازی، نمایش و مجموعه‌ای از فعالیت‌هایی که نیازمند تحرک بدنی هستند را در رویکردهای ساختارنگر، راهبردنگر، تجربه‌نگر و انسان‌نگر به وضوح مشاهده کرد. نام‌گذاری مجدد مشکل در خدمت حفظ نظام خانواده فنی است که رویکردهای پیام‌رسانی و راهبردنگر، رویکرد سیستمی میلان و رویکرد ساختارنگر از آن استفاده زیادی می‌کنند.

رویکردهای راهبردنگر، ساختارنگر، انسان‌نگر و تجربه‌نگر

به‌صورت ساختارنیافته با هدف بررسی ادراک کودک از رفتارهای خود و ارتباط با سایر اعضا انجام شد و سپس مصاحبه‌ای ساختارنیافته شامل خودپیروی و وضعیت انضباط و وضع قوانین و ابعاد مختلف آن انجام شد. مصاحبه با کودک پیش از مصاحبه با والدین انجام شد و به‌طور متوسط بین ۲۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید.

ج) مصاحبه با والدین: مصاحبه با والدین ابتدا به‌صورت ساختارنیافته با هدف بررسی ادراک والدین از علل مشکلات برونی‌سازی فرزندشان و نیز انتظارات و خواسته‌های آن‌ها از درمان انجام شد. در گام بعدی مصاحبه‌ای ساختارنیافته انجام شد که سؤالات آن از بررسی پیشینه نظری مرتبط با مشکلات برونی‌سازی و نیز مصاحبه با متخصصان به دست آمده بود. این بخش شامل خودپیروی و وضعیت انضباط و وضع قوانین و ابعاد مختلف آن بود. مصاحبه با والدین با حضور هر دو والد انجام شد و به‌طور متوسط بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید.

د) فهرست رفتاری کودک: این مقیاس که توسط والدین تکمیل می‌شود دارای گویه ۱۱۲ و ۸ عامل است که مجموع نمره عامل نادیده‌گرفتن قوانین و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برونی‌سازی را تشکیل می‌دهد. نمره‌گذاری مقیاس در طیف سه‌درجه‌ای (از نادرست = ۰ تا کاملاً درست = ۲) انجام می‌شود. این مقیاس از اعتبار و روایی بالایی در نسخه اصلی برخوردار است [۲۰]. در نمونه ایرانی ضرایب آلفای نادیده‌گرفتن قوانین، رفتار پرخاشگرانه و عامل برونی‌سازی شده به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۸۷ قرار دارد. اعتبار آزمون - بازآزمایی (در فاصله بین ۵ تا ۸ هفته) نیز برای سه عامل مذکور به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۹۴ و ۰/۹۷ بود [۲۱].

نتایج

پس از مرور رویکردهای خانواده‌درمانگری و بازی‌درمانگری، مفاهیم و فنون اصلی استخراج شد که در جدول ۲ تا ۵ آورده شده است. در ادامه نیز یافته‌های حاصل از مصاحبه با متخصصان، والدین و کودکان در جدول ۶ و ۷ قابل مشاهده است.

همان‌گونه که در جدول ۲ قابل مشاهده است نیاز به با هم بودن و صمیمیت (و یا وحدت و انسجام) در برابر دور بودن

⁸ complementarity

⁹ family emotional system

¹⁰ triangulate

¹¹ sub-system

¹² boundaries

¹³ hierarchical organization

¹⁴ coalition

¹ intimacy

² differentiation of self

³ autonomy

⁴ self-disclosure

⁵ family projection

⁶ multigenerational transmission

⁷ emotional cutoff

سعی می‌شود کودک با یادگرفتن نحوه پاسخ دادن به محرک‌های بیرونی و نیز یادگیری برخی مهارت‌ها و قابلیت‌ها با دنیای بیرون سازگار شود مانند آنچه در مدل شناختی-رفتاری یا آدلری دنبال می‌شود.

نیز به‌طور مشترک تلاش می‌کنند با ردگیری مضامین، ارزش‌ها و نمادهای هر خانواده راهی را برای شناخت الگوها و قواعد خانواده و نیز تغییر خانواده بگشایند.

جدول ۳. فنون اصلی خانواده‌درمانگری

فنون	رویکردها
بحث کردن	بوون، روان‌پویشی
پیوستن به خانواده ^۱	ساختارنگر
نمایش و بازی نقش	ساختارنگر، راهبردنگر، شناختی-رفتاری، انسان‌نگر و تجربه‌نگر
بازگویی ^۲ و نام‌گذاری مجدد مشکل ^۳	ساختارنگر، راهبردنگر، سیستمی، شناختی-رفتاری
ردگیری ^۴ نمادهای زندگی خانواده	ساختارنگر، راهبردنگر، انسان‌نگر، تجربه‌نگر
مداخلات تناقضی ^۵	راهبردنگر، سیستمی و ساختارنگر
پرسشگری چرخه‌ای ^۶	سیستمی
تجویز مراسم خانوادگی	سیستمی، راهبردنگر، ساختارنگر
آموزش مهارت‌ها	شناختی-رفتاری، راهبردنگر
قرارداد درمانی ^۷	شناختی-رفتاری
سرمشق‌دهی	تجربه‌نگر، انسان‌نگر، شناختی-رفتاری
مواجهه و اغراق ^۸	تجربه‌نگر، انسان‌نگر
تفسیر	روانپویشی

جدول ۴. مفاهیم اساسی بازی‌درمانگری

مفاهیم	رویکرد
رفع تعارض‌های اصلی و مکانیسم‌های دفاعی سازش‌نیافته	روان‌تحلیل‌گری، آدلری
کاهش اضطراب	روان‌تحلیل‌گری
یکپارچه کردن جنبه‌های مختلف روان	روان‌تحلیل‌گری، گشتالتی
حس تعلق و اهمیت (نحوه غلبه کودک بر احساس کهنتری)	آدلری
ادراک کودک از واقعیت (یا زمینه پدیداری ^۹ یا سبک زندگی کودک)	روابط موضوعی، آدلری، روان‌تحلیل-گری، گشتالت، کودک‌محور
انطباق با کودک ^{۱۰}	روابط موضوعی
دستیابی به ثبات موضوع	روابط موضوعی
استقلال و خودپیری	روابط موضوعی، کودک‌محور، گشتالت، والدینی
ساختار ^{۱۱} (قوانین، مرزها و نظم در کارهای روزمره)	روابط موضوعی، مبتنی بر دل‌بستگی
چالش (نیاز کودک به غلبه بر چالش و پذیرفتن خطر)	مبتنی بر دل‌بستگی
مراقبت ^{۱۲}	روابط موضوعی، مبتنی بر دل‌بستگی
درگیربودن عاطفی ^{۱۳} (پذیرش بی‌قید و شرط، پاسخگو بودن هیجانی، صمیمیت و نزدیکی)	دل‌بستگی، روابط موضوعی، کودک-محور، آدلری، والدینی
بهبود پیوند والد و کودک	دل‌بستگی، روابط موضوعی، والدینی
تماس ^{۱۴} (بودن در لحظه با همه بخش‌های ارگانیزم)	گشتالت
خودآگاهی	گشتالت، کودک‌محور، روان‌تحلیل-گری
خود توانمندسازی ^{۱۵}	گشتالت، کودک‌محور
خودمراقبتی ^{۱۶}	شناختی-رفتاری، گشتالت
شناخت و اصلاح افکار ناکارآمد	شناختی-رفتاری
آموزش مهارت‌های مقابله، اجتماعی، مقابله و حل مسئله	شناختی-رفتاری، آدلری
خود نظارت‌گری ^{۱۷}	شناختی-رفتاری، کودک‌محور، گشتالت

چنانکه در جدول ۴ دیده می‌شود، به رغم تفاوت‌های مفهومی رویکردهای مختلف بازی‌درمانگری، غیر از رویکرد شناختی-رفتاری که کاملاً رهنمودی و ساختاریافته به حساب می‌آید در سایر رویکردها بر برداشت کودک از واقعیت و ادراک وی و نیز پذیرش کودک و پاسخگویی هیجانی به وی تأکید شده است. از زاویه‌ای دیگر می‌توان در سرتاسر نظریه‌های بازی‌درمانگری دو دسته هدف کلی را بازشناسی کرد. در هدف نخست، کوشش می‌شود فضایی برای کودک فراهم شود که بتواند آزادانه جنبه‌های مختلف خود را کشف کند. در اینجا بر خودپیری و خوداکتشافی تأکید زیادی می‌شود. هدف دوم، بهبود ارتباط با دنیای بیرون است که به گونه‌های مختلف دنبال می‌شود. یا مشخصاً بر بهبود رابطه با والدین تأکید می‌شود و از والدین نیز کمک گرفته می‌شود (مانند نظریه مبتنی بر دل‌بستگی و نظریه والدینی) و یا تلاش می‌شود از طریق اصلاح چهره درونی والدین، رابطه کودک با افراد بیرونی ترمیم شود (مانند نظریه روابط موضوعه) و یا

در جمع‌بندی فنون مورد استفاده هر یک از رویکردهای بازی‌درمانگری که در جدول ۵ قابل مشاهده است، بیشترین اشتراک بین رویکردها در استفاده از شیوه‌های مختلف هنری و بیانی، فنون استعاری، بازتاب دادن و ردیابی موضوعها و مضامین بازی بود.

مصاحبه با متخصصان: در مصاحبه با متخصصان درباره علل مشکلات برونی‌سازی شده کودکان (جدول ۶)، شش

¹⁰ attunement
¹¹ structure
¹² nurturing
¹³ engagement
¹⁴ contact
¹⁵ self-enhancing
¹⁶ self-nurturing
¹⁷ self-monitoring

¹ joining
² reframing
³ relabeling
⁴ tracing
⁵ paradoxical intervention
⁶ circular questioning
⁷ therapeutic contracts
⁸ encounter and exaggeration
⁹ phenomenal field

مقوله کلی به دست آمد که در این میان مقوله عوامل ارتباطی فراوانی را داشتند. بیشترین فراوانی و مقوله عوامل مربوط به کودک کمترین

جدول ۵. فنون بازی درمانگری

فنون	رویکرد
سرمشق دهی ^۱	شناختی-رفتاری، والدینی
تقویت رفتار	شناختی-رفتاری
پسخوراند دادن نقاط مثبت و قوت خانواده	مبتنی بر دل بستگی
بازتاب دادن ^۲ احساسها	کودک محور، آدلری، روابط موضوعی، روان تحلیل گری، والدینی
نام گذاری مجدد مشکل	مبتنی بر دل بستگی
تکالیف خانگی	مبتنی بر دل بستگی، والدینی
ردیابی، مشاهده الگوها و مضامین بازی	آدلری، روابط موضوعی، کودک محور، روان تحلیل گری
ترغیب ^۳	آدلری
محدودیت گذاری ^۴	کودک محور، روابط موضوعی، والدینی
پرسشگری	آدلری
شیوه های هنری و بیانی ^۵ مانند انواع نقاشی ها	آدلری، گشتالت، کودک محور، شناختی-رفتاری، روان تحلیل گری
تفسیر	آدلری، گشتالت، روان تحلیل گری
داستان گویی دوجانبه ^۶	آدلری، گشتالت
استعاره ^۷	آدلری، گشتالت، روان تحلیل گری، شناختی-رفتاری
بازی نقش	آدلری، شناختی-رفتاری
بازی های ساخت یافته ^۸	آدلری، شناختی-رفتاری
دعوت ^۹	روابط موضوعی
ایجاد ثبات در رفتارها و بازخوردها	روابط موضوعی
گفتگوی مثبت با خود ^{۱۰}	گشتالت، شناختی-رفتاری
مشارکت در بازی کودک	کودک محور
برون ریزی ^{۱۱}	گشتالت، روان تحلیل گری، روابط موضوعی، کودک محور

جدول ۶. مقوله بندی عوامل به دست آمده از مصاحبه با متخصصان

مقوله	زیرمقوله	فراوانی	مقوله	زیرمقوله	فراوانی
عوامل مربوط به کودک	سخت مزاجی	۳	فقدان مهارت های فرزند پروری	انضباط و قاطعیت	۵
	اختلال بی توجهی/فزون کنشی	۴		حل مسئله	۳
عوامل ارتباطی	پایین بودن کمیت و کیفیت تعامل والد و کودک	۱۲	بازخوردها و باورهای والدین	توقف رشد شخصی	۱
	عدم شناخت نیازهای ارتباطی کودک	۸		وقف فرزند شدن	۲
	فقدان وضوح و ثبات نقش های والدینی	۶		تعریف والد خوب بودن	۲
	قرار گرفتن کودک بین والدین	۳		شیوه های والدگری آموخته شده	۴
عوامل مربوط به والدین	دل بستگی نایمن	۴	ساختار خانواده	آشناختگی سلسله مراتب/مرزهای مبهم	۵
	افسردگی	۵		قدرت در دست کودک	۴
	کمال گرایی	۵		عدم همخوانی زوجین	۵
	کم تحمل و تحریک پذیر بودن	۹		نامتوازن بودن نقش ها و مسئولیت ها	۷
	فزون حمایتگری	۳			
	خستگی و فرسودگی	۷			
	فقدان هویت مستقل	۲			

7 metaphor

8 games

9 invitation

10 positive self-talking

11 abreaction

1 modeling

2 reflecting

3 encouragement

4 limit setting

5 expressive

6 mutual story telling

جدول ۷. مقوله‌های به دست آمده از مصاحبه با والدین و کودک

مقوله	زیرمقوله	فراوانی پاسخ کودکان	فراوانی پاسخ والدین
رابطه	تعامل غیرکلامی (لحن صحبت و حالت چهره)**	۱۴	۱۱
	پایین بودن تعامل کلامی**	۹	۸
	عدم ثبات و پیش‌بینی‌پذیر بودن رفتار والدین*	۹	-
	نیاز به حقوق برابر*	۸	-
	گذراندن وقت کیفی با والدین**	۸	۱۲
	احساس نادیده گرفته شدن*	۴	-
	عدم احترام نزد دیگران*	۴	-
	اعتماد*	۳	-
	عدم درک درست نیازها، ویژگی‌های کودک	-	۹
ویژگی‌های والدین	بی‌حوصلگی، درگیری‌های ذهنی و خستگی روانی**	۶	۱۲
	فقدان وقت مفید والدین برای خود*	-	۱۱
	نا توانی در کنترل خشم*	-	۸
	مقایسه کودک با شرایط خود*	-	۴
خودپیروی	فقدان حریم شخصی	۱۰	۱۱
	محدودیت انتخاب‌های شخصی	۷	۸
	وادار کردن کودک به انجام برخی امور	۸	۱۰
	واکنش‌های منفی والدین در قبال استقلال و آزادی کودک	۵	۹
انضباط	بازخورد منفی به قانون	۱۱	-
	نامشخص، متغیر یا نامتناسب بودن پیامد سرپیچی یا تبعیت از قانون	۱۲	۱۳
	نامتناسب بودن تعداد قوانین	-	۷
	شیوه نادرست وضع قوانین (عدم وضوح و شفافیت)	-	۱۱
	مبنای نامناسب وضع قوانین	-	۱۰
عدم همخوانی والدین	قاطعیت*	-	۹
	عدم نفی دیگری در حضور کودک*	-	۳
	حمایت از دیگری در حضور کودک*	-	۴
	تعدیل موضع والد دیگر (تکمیل نقش دیگری)*	-	۶
	نامتوازن بودن مسئولیت‌ها*	-	۱۰

* موارد حاصل از مصاحبه اکتشافی (ساختارنا یافته) با کودک یا والدین

کمترین جلسه‌ها به دست آید. در نهایت تعداد مطلوب جلسه‌ها بین ۶ تا ۱۰ جلسه ذکر شد.

مصاحبه با والدین و کودکان: نتیجه مصاحبه با والدین و کودکان در جدول ۷ قابل مشاهده است. چنانکه دیده می‌شود زیرمقوله‌های رابطه (شامل تعامل غیرکلامی، پایین بودن تعامل کلامی، عدم ثبات و پیش‌بینی‌پذیر بودن رفتار والدین، نیاز به حقوق برابر و گذراندن وقت کیفی با والدین)، خودپیروی (شامل فقدان حریم شخصی، وادار کردن کودک به

در مورد قسمت دوم مصاحبه، همه متخصصان معتقد بودند باید ابتدا روی پدر و مادر کار کرد و زمانی را صرف دادن اطلاعات، آموزش برخی مهارت‌های اولیه، تغییر و اصلاح بازخوردها و باروهای والدین و یا ایجاد برخی تغییرات ساختاری و کارکردی در خود والدین و رابطه آن‌ها کرد و سپس کودکان را در درمان وارد کرد. در عین حال همه متخصصان بر این نکته متفق‌القول بودند که تعداد جلسه‌های مداخله باید کوتاه باشد و تلاش شود بیشترین نتایج در

نیاز به با هم بودن و صمیمیت، نیاز به تفکیک خود و خودپیروی و شیوه‌های مختلف تعامل، ارتباط یا پیام‌رسانی بین اعضا سه مفهومی مشترکی است که در بسیاری از رویکردها درباره آن صحبت شده است. در بین نظریه‌های بازی‌درمانگری نیز در اغلب رویکردها بر پذیرش کودک، پاسخگو بودن هیجانی و صمیمیت تأکید شده است و دست-کم دو هدف کلی افزایش خودپیروی و خوداکتشافی کودک و نیز بهبود ارتباط کودک با دنیای بیرون و اعضای خانواده و افزایش سازش‌پذیری را در اغلب رویکردها می‌توان مشاهده کرد. این شباهت مبنایی برای تلفیق در نظر گرفته شد بدین معنا که تفکیک خود و خودپیروی و بهبود ارتباط اعضای خانواده با هم از طریق افزایش صمیمیت و اصلاح شیوه‌های پیام‌رسانی و رابطه بین فردی محورهای مفهومی اصلی درمان در نظر گرفته شد.

مؤلفه‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها از دو زاویه بررسی شد: نخست، مواردی که در صحبت‌های والدین و کودک به صورت اکتشافی حاصل شدند. این موارد از آنجا حائز اهمیت بودند که نشان‌دهنده ادراک افراد از مشکلاتشان و علل آن‌ها بود. این ادراک‌ها چه درست و چه نادرست منعکس‌کننده واقعیت فاعلی از دیدگاه کودک یا والدین بود که مبنای رفتار یا عمل قرار می‌گیرد و می‌توان چنین فرض کرد که تغییر در رفتار هر فرد و نیز روابط و مناسباتی که منجر به شکل‌گیری و تداوم مشکل می‌شوند بدون در نظر گرفتن درک آن‌ها از موضوع قابل دستیابی نخواهد بود [۲۲، ۲۳، ۲۴]؛ بنابراین همه مواردی که در بخش مصاحبه ساخت‌نیافته از دید کودک و والدین آن‌ها استخراج شد وارد مدل درمانی شدند که در مورد کودکان شامل بیشتر مؤلفه‌های مربوط به رابطه (لحن صحبت، حالت چهره، تعامل کلامی، احساس نادیده گرفته شدن، احترام نزد دیگران، اعتماد، نیاز به حقوق برابر، عدم ثبات و پیش‌بینی‌پذیر بودن رفتار والدین) و خستگی و بی‌حوصلگی والدین و برای والدین دربرگیرنده برخی مؤلفه‌های مربوط به رابطه (فقدان وقت کیفی با کودک، محدودیت ارتباط کلامی، نیاز کودک برای خوب حرف زدن با او)، برخی از ویژگی‌های والدین (مانند بی‌حوصلگی، درگیری‌های ذهنی و خستگی روانی؛ فقدان وقت کیفی شخصی؛ ناتوانی در کنترل خشم، مقایسه کودک با شرایط خود)، عدم همخوانی والدین بر سر موارد تربیتی (قاطعیت، عدم نفی دیگری در حضور کودک، حمایت از دیگری در حضور کودک، تعدیل موضع والد دیگر- تکمیل نقش دیگری-، نامتوازن بودن مسئولیت‌ها) بود.

دوم، بررسی عوامل مشترک به دست آمده از مصاحبه با هر سه گروه متخصصان، والدین و کودکان که شامل گذراندن

انجام برخی امور) و انضباط (شامل بازخورد منفی به قانون، نامشخص، متغیر یا نامتناسب بودن پیامد سرپیچی یا تبعیت از قانون) فراوان‌ترین مواردی بودند که بسیاری از کودکان در بخش اول مصاحبه به آن‌ها اشاره کردند.

در مصاحبه با والدین نیز برخی زیرمقوله‌های رابطه (شامل تعامل غیرکلامی، پایین بودن تعامل کلامی، گذراندن وقت کیفی با والدین)، ویژگی‌های والدین (شامل بی‌حوصلگی، درگیری‌های ذهنی و خستگی روانی، فقدان وقت مفید والدین برای خود و ناتوانی در کنترل خشم)، همه زیرمقوله‌های خودپیروی، انضباط (شامل نامشخص، متغیر یا نامتناسب بودن پیامد سرپیچی یا تبعیت از قانون، نامتناسب بودن تعداد قوانین، شیوه نادرست وضع قوانین (عدم وضوح و شفافیت)، مبنای نامناسب وضع قوانین) عدم همخوانی بین والدین (در زمینه‌های قاطعیت و نامتوازن بودن مسئولیت‌ها) فراوان‌ترین موارد بودند. در مورد انتظارات از درمان، والدین اغلب خواهان آن بودند که هم‌زمان هم با کودک و هم با خودشان کار شود. در مورد علت مشکلات کودک اطلاعات دقیق و سپس در مورد نحوه رفتار با کودک راهکارهای مشخص داده شود. بسیاری از والدین مایل بودند کودک نیز حتماً در فرایند درمان شرکت داده شود و روانشناس کودک را نیز ببیند و همکاری او را جلب کند. تعداد کمتری از والدین نیز ترجیح می‌دادند تنها با کودک کار شود و معتقد بود چنانچه کودک تغییر کند و سازگارتر شود، آن‌ها نیز می‌توانند روابطشان را تنظیم کنند. بیشتر والدین اعلام کردند از انجام فعالیت و بازی در جلسه‌ها استقبال خواهند کرد به شرط آنکه فعالیت‌های دشواری نباشد و دقیقاً بدانند از آن‌ها چه انتظاری می‌رود. در نهایت بیشتر والدین مناسب‌ترین تعداد جلسه‌ها را بین ۵ تا ۱۰ جلسه اعلام کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

در طراحی این مدل درمانگری از بین انواع شیوه‌های تلفیق از رویکرد عوامل مشترک استفاده شد. بدین منظور مفاهیم و فنون مشترک رویکردهای مختلف خانواده‌درمانگری و بازی‌درمانگری استخراج شد و در ارتباط با عوامل به دست آمده از مصاحبه‌ها قرار گرفت تا با ویژگی‌های خانواده‌های ایرانی هماهنگ شود و به بیشترین مشکلات و انتظارات افراد از درمان پوشش دهد. در نهایت محتوا، فنون و ساختار مدل بازی‌درمانگری خانوادگی به شرح زیر تدوین شد:

محتوا: برای تدوین محتوا از یافته‌های حاصل از استخراج مفاهیم نظری خانواده‌درمانگری و بازی‌درمانگری و نیز مصاحبه با متخصصان، کودکان و والدینشان استفاده شد. همان‌طور که در بررسی مفاهیم خانواده‌درمانگری دیده شد،

مباحث هر جلسه، تکالیف خواسته شده را در خانه و تا زمان جلسه بعدی انجام دهند.

جدول ۸. فنون بازی‌درمانگری خانوادگی

فنون	موارد استفاده
بازتاب دادن احساسات و رفتار	ایجاد رابطه درمانی، کمک به اعضا برای حساس بودن به حالت‌های خود (خودآگاهی) و سایر اعضا (همدلی)
توجه به تغییرات کوچک رفتار اعضا و پس‌خوراندادن	کمک به اعضا برای حساس بودن و شناخت تغییرات خود و سایر اعضا- به چالش کشیدن الگوهای تکراری بین اعضا و تسهیل و تسریع تغییرات
پرسشگری	ایجاد بینش نسبت به روابط و رویدادها- به چالش کشیدن الگوهای ارتباطی تکراری
بازگویی و نام‌گذاری مجدد	تغییر نگرش و تفسیر افراد درباره مسئله
پیوستن به خانواده	ایجاد ارتباط درمانی با خانواده و پذیرفته شدن در آن- حفظ خانواده در فضای درمانی تا دستیابی به هدف‌های موردنظر
ردگیری نمادها و مضامین خانواده و هدایت از راه پیروی	کاهش مقاومت خانواده، هماهنگی بیشتر با خانواده و پذیرفته شدن در آن- حفظ خانواده در فضای درمانی تا دستیابی به هدف‌های موردنظر
استعاره‌ها	بیان برخی مفاهیم به‌صورت عینی و قابل فهم
بازی‌ها و فعالیت‌های ساخته‌یافته	پرداختن به موضوع یا مفهومی خاص به‌صورت عینی و قابل فهم و یا آموزش و تمرین یک مهارت در قالب بازی

بازی‌های ساخت‌یافته در هر جلسه بسته به هدف و موضوع جلسه طراحی و یا از منابع دیگری اقتباس شده‌اند (جدول ۸). در طراحی و انتخاب این فعالیت‌ها چندین ملاک مورد توجه قرار گرفته است: نخست آنکه فعالیت‌های فراکن به دلیل آنکه نیازمند تجربه و آموزش زیادی است سایر استفاده‌کنندگان از این روش نمی‌توانند در کوتاه‌مدت بر آن‌ها مسلط شد؛ بنابراین تلاش شد فعالیت‌هایی انتخاب شوند که اغلب ساختارمند بوده و اجرای آن‌ها نسبتاً ساده باشد. دوم آنکه، دغدغه قابلیت استفاده آسان از این بسته درمانی در موقعیت‌ها و چهارچوب‌های مختلف سبب شد فعالیت‌ها و بازی‌هایی طراحی و انتخاب شوند که نیازمند وسیله و تجهیزات خاصی نبوده و یا تنها به وسایل بسیار ساده‌ای مانند کاغذ، مداد رنگی و قوطی نیاز داشته باشند که در همه مراکز مشاوره و کلینیک‌ها یافت می‌شوند. سوم آنکه فعالیت‌ها و بازی‌ها متناسب با فرهنگی ایرانی انتخاب و طراحی شدند و پس از اجرا بر روی چند خانواده و اطمینان از تناسب آن‌ها با خانواده‌های ایرانی در مدل قرار گرفتند.

ساختار: از آنجا که در عوامل به دست آمده، بسیاری از متغیرها مربوط به والدین بود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر مسائل کودک تأثیر می‌گذارند، ضرورت وجود جلسه‌هایی با والدین و بدون حضور کودک به‌منظور کار بر روی این موارد اجتناب‌ناپذیر می‌نمود. در مصاحبه‌های انجام

وقت کیفی با والدین از عوامل مربوط به رابطه و بی‌حوصلگی، درگیری‌های ذهنی و خستگی روانی و ناتوانی در کنترل خشم از مؤلفه‌های مربوط به ویژگی‌های والدین، تعداد قوانین و پیامد سرپیچی از قوانین از مؤلفه‌های مربوط به انضباط بودند. افزون بر این لحن صحبت و میزان تعامل کلامی، دو موردی بودند که در گفته‌های والدین و کودکان مشترک بودند اما متخصصین اشاره واضح و مشخصی به آن‌ها نکردند. عوامل مشترک از آنجا قابل توجه هستند که نشانگر همسویی‌ها و اشتراک دیدگاه افراد است. به خصوص آن بخش از عوامل مشترک بین والدین و کودک می‌تواند دیدگاه و برداشت مشترک هر دو طرف مسئله را از یک موضوع نشان دهد. در یک فضای ارتباطی، هر فردی برداشت خود را وارد میدان می‌کند و بر اساس برداشت و ذهنیت خود رفتار طرف مقابل را درک و به آن واکنش نشان می‌دهد [۲۶، ۲۵]؛ بنابراین یکی از نقاط آغاز درمان هماهنگ کردن برداشت افراد، نزدیک کردن دیدگاه آن‌ها به یکدیگر و یا دست کم کمک به افراد برای درک واقعیت از دیدگاه طرف مقابل است. این مرحله می‌تواند گاهی بسیار سخت و طولانی باشد و زمان زیادی را از مداخله به خود اختصاص دهد. در این زمینه، اتکا بر روی عوامل مشترک از دیدگاه والدین و کودک به‌عنوان دو سر تعاملی ناهموار و پرچالش می‌تواند نقطه مناسبی برای مداخله در نظر گرفته شود که زمان زیادی برای هماهنگ شدن دو طرف بر سر موضعی واحد را طلب نمی‌کند [۲۸، ۲۷].

فنون: فنون مشترک رویکردهای مختلف که قابلیت ترکیب با یکدیگر و به‌کارگیری هم‌زمان را داشتند در جدول ۸ معرفی شده‌اند. فنون مورد استفاده بیشتر از چهار رویکرد اصلی خانواده‌درمانگری ساختارنگر، راهبردنگر، رفتارنگر و سیستمی و رویکردهای بازی‌درمانگری کودک‌محور، آدلری و مبتنی بر دل‌بستگی اقتباس شده است. قالب اصلی جلسه بازی، فعالیت یا نمایش است که از آن برای بازسازی تعارض خانواده و وانمود کردن نشانه‌ها و واکنش‌های هر یک از افراد خانواده در برابر آن و نیز شیوه اصلاح آن‌ها و یا آموزش مهارت‌های جدید استفاده خواهد شد. همه فنون ذکر شده در جدول ۸ نیز در خلال بازی یا نمایش به کار گرفته می‌شوند. برای حفظ ارتباط با کودک و قابل فهم کردن موضوع‌ها، در جلسه‌های خانوادگی از جملات کوتاه و کاملاً عینی و مثال‌های مناسب و ملموس و استعاره‌های مناسب برای بحث در مورد موضوع‌های مختلف استفاده می‌شود و همواره توجه می‌شود که ارتباط کودک با روند جلسه‌ها از دست نرود و سطح زبانی جلسه فراتر از ظرفیت کودک نباشد. در انتهای هر جلسه نیز تکالیفی برای هر یک از اعضا یا کل خانواده تعیین می‌شود و از اعضا خواسته می‌شود در ادامه

چنانچه در مرور رویکردهای خانواده‌درمانگری دیده شد بهبود ارتباط، شیوه‌های پیام‌رسانی، افزایش صمیمیت و باهم بودن اعضا و ترغیب خودپیروی به‌طور مشترک در اغلب رویکردها تکرار شده است و می‌توان مشکلات مختلف را در چهارچوب آن‌ها مفهوم‌پردازی کرد و در درمان روی آن‌ها متمرکز شد. در مقابل برخی از محتواها به‌صورت اختصاصی محدود به مشکلات برونی‌سازی بودند که در این پژوهش شامل انضباط، هیجان خشم و نحوه کنترل آن بود. در حیطه فنون نیز مواردی مانند پرسشگری چرخه‌ای، شناسایی و بازخورد دادن، برچسب مثبت زدن، بازتاب دادن فنون کلی بودند که در همه جلسات و برای به‌کارگیری این مدل در مورد مشکلات مختلف دوره کودکی قابل استفاده هستند. برخی از استعاره‌های استفاده شده در این مدل و بازی‌های ساخت‌یافته با هدف و موضوع مشخص به‌صورت اختصاصی برای مشکلات برونی‌سازی طراحی شد. با در نظر گرفتن این موارد، ذکر دو نکته ضروری به نظر می‌رسد: نخست آنکه در اجرای این مدل درمانگری ترتیب و میزان تأکید بر موضوعه‌ای مطرح شده در جلسات برای همه خانواده‌ها الزاماً یکسان نخواهد بود. انتخاب موضوعها و محتواهایی که باید در هر جلسه بدان پرداخته شود بر اساس ارزیابی اولیه هر خانواده امکان‌پذیر می‌شود. برای مثال ممکن است در یک خانواده تعامل غیرکلامی و در خانواده‌ای دیگر شیوه‌های پیام‌رسانی معیوب و متناقض از اولویت بیشتری برخوردار باشد. به رغم این تفاوت‌ها باید به اجرای سه مرحله اصلی پایبند بود: مرحله اول، ایجاد ارتباط درمانی با همه اعضا و نیز روشن شدن علل مشکلات؛ مرحله دوم، بهبود ارتباط اعضا، افزایش صمیمیت و اصلاح شیوه‌های پیام‌رسانی و در مرحله آخر مسئله انضباط، ساختار و قانون. مرحله اول ضامن حضور همه اعضا در درمان و نیز مشخص شدن موضوعها در ادامه و هدفمند شدن جلسات بعدی می‌شود. همچنین تمرکز بر بهبود رابطه مقدم بر مسئله انضباط خواهد بود و به نظر می‌رسد پرداختن به موضوعه‌ای مربوط به حیطه انضباط را تسهیل خواهد کرد. دومین نکته قابل توجه آن است که می‌توان پیش‌بینی کرد که پرداختن به برخی از موضوعها در بعضی خانواده‌ها بیش از زمان پیش‌بینی شده در مدل به طول انجامد. برای مثال این احتمال وجود دارد پرداختن به موضوع کنترل خشم بیش از یک یا دو جلسه به درازا کشد. این مدل قابلیت آن را دارد که بسته به شرایط و نیاز هر خانواده و ارزیابی درمانگر تا بیش از هشت جلسه اجرا شود. در این صورت درمانگر باید در انتخاب و طراحی بازی‌ها و فعالیت‌ها انعطاف و خلاقیت داشته باشد. در نهایت در باید به ویژگی‌های بازی‌درمانگری خانوادگی طراحی شده و شباهت‌ها و تفاوت‌های آن با رویکردهای

شده با متخصصین نیز، تأکید بر نقش والدین و شروع مداخله بر روی آن‌ها مورد توافق همگانی بود؛ اما برگزاری جلسه‌های مجزا برای والدین پیش از وارد کردن کودکان به دلیل افزایش تعداد جلسه‌ها در تقابل با خواسته بسیاری از والدین و توصیه اغلب متخصصین مبنی بر کوتاه بودن طول درمان و تعداد جلسه‌ها بود. نکته قابل تأمل دیگر آن بود که برگزاری چندین جلسه با والدینی که برای مشکلات فرزندشان مراجعه کرده‌اند، مرجع و کانون مشکل را به‌طور غیرمستقیم از کودک و یا روابط موجود در خانواده به والدین منتقل می‌کند. این مسئله می‌تواند با اصول خانواده‌درمانگری مبنی بر دیدن نقش همه اعضا و تعامل‌های آن‌ها در شکل‌گیری مشکلات و معضلات خانوادگی در تناقض قرار گیرد [۱۴، ۲۹، ۳۰]. از سوی دیگر در برخی از موارد والدین نسبت به این وضعیت دچار ابهام می‌شوند و توجیه ضرورت وجود جلسه‌هایی برای پرداختن به مسائلی که شاید از دید آن‌ها ربط مستقیمی به مسائل کودک ندارد، دشوار می‌نمایند. در نتیجه ساختار جلسه‌ها به‌صورت ۸ جلسه و هر جلسه شامل دو بخش تعریف شد: در بخش نخست هر جلسه ابتدا کل خانواده وارد فضای درمان شوند و بازی‌ها و فعالیت‌های مشترک مربوط به هر بخش را دنبال کنند. در این بخش کل خانواده درگیر خواهد بود و تمرکز بر بهبود ارتباط و یا مطرح کردن مهارت‌هایی است که مخاطب آن‌ها همه اعضای خانواده هستند. در بخش دوم، والدین بدون حضور کودک در فضای درمان حضور دارند. در این بخش دو کار انجام می‌شود، نخست مرور آنچه در قسمت نخست گذشت و تکمیل مباحث مطرح شده در صورت لزوم (زیرا حضور کودک مجال گفتگو و بحث‌های کلامی را محدود می‌کند) و دوم مواردی مربوط به ویژگی‌های والدین که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر مشکلات کودک تأثیرگذارند؛ بنابراین این بخش بیشتر مبتنی بر صحبت کردن و در صورت لزوم انجام برخی فعالیت‌های ساده خواهد بود. دیدن کل خانواده در ابتدا امکان مشاهده بهتر الگوهای ارتباطی و سبک‌های عاطفی خانواده را فراهم می‌کند و کاربرد فنون ردگیری نمادها و مضامین زندگی خانواده و هدایت از راه پیروی را ممکن می‌سازد. درمانگر می‌تواند با استفاده از مثال‌های عینی که از مشاهده رفتار خانواده به دست آورده است مباحث موردنظرش را مطرح کند. این امر خواسته والدین مبنی بر ارائه راهکارهای عینی و دقیق را تأمین می‌کند.

در طراحی این مدل باید بین دو دسته محتوا و فنون کلی و اختصاصی تمایز ایجاد کرد. محتوا و فنون کلی که محدود به مشکل خاصی نیستند بدین معنا که در بسیاری از آسیب‌شناسی‌های کودکی قابل بررسی هستند. برای مثال

بازی‌درمانگری والدینی بر ایجاد فضایی برای آنکه والدین رفتار درمانگر در قبال کودک را مشاهده کنند، تأکید شده است.

سرانجام باید یکی از ویژگی‌های قابل توجه این مدل را در نظر گرفتن عوامل فرهنگی در طراحی این مدل دانست. یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها داده‌هایی را در اختیار گذارد که منعکس‌کننده حیطه، دامنه و عوامل زمینه‌ساز مشکلات برونی‌سازی در فرهنگ ایرانی بود. افزون بر این دغدغه‌ها و انتظارات والدین از درمان وجه دیگری از تفاوت‌های فرهنگی در حیطه درمان را روشن ساخت و در نهایت اجرای مقدماتی فعالیت‌ها و بازی‌ها موجب برخی تغییر و تعدیل‌ها در مدل نهایی شد که به نظر می‌رسید نتیجه آن با فرهنگ خانواده‌های ایرانی سازگارتر است. بدین ترتیب امید است که در نظر گرفتن عوامل فرهنگی در طراحی مدل از ابتدا سهولت کاربرد و اثربخشی بیشتر این مدل نسبت به مدل‌هایی که بدون در نظر گرفتن چنین عواملی ترجمه و مورد استفاده قرار می‌گیرند را در پی داشته باشد.

در پایان باید یادآور شد فنون کلی و بسیاری از محتواها و فنون معرفی شده در این مدل در درمان مشکلات مختلف کودکان قابل استفاده است اما همان‌طور که گفته شد برخی از محتواها و فنون مختص مشکلات برونی‌سازی شده بودند و استفاده از آن برای سایر مشکلات دوره کودکی مستلزم در نظر گرفتن نشانه‌ها و یا برخی از عوامل اختصاصی مربوط به آن مشکلات است. از سوی دیگر این مدل برای سنین ۶ تا ۱۲ سال طراحی شده است، در نتیجه استفاده از آن برای سنین پایین‌تر محدودیت دارد و نیازمند در نظر گرفتن ویژگی‌های سنی و منطبق کردن بازی‌ها و فعالیت‌ها با سنین مورد نظر است.

منابع

- 1- Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (2005). Handbook of Psychotherapy Integration (2ed Ed.). Oxford University Press.
- 2- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. Journal of Family Therapy, Vol 31, pp. 3-45.
- 3- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. Journal of Family therapy, Vol 36, pp.107-157.
- 4- Rober, P. (2010). Being there, experiencing and creating space for dialogue: about working with children in family therapy. Journal of Family Therapy, Vol 30, pp. 465-477.

بازی‌درمانگری والدینی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی کل خانواده اشاره کرد. در بازی‌درمانگری خانوادگی کودک به‌طور مستقیم در درمان حضور دارد و امکان دریافت ادراک کودک از روابط خانوادگی و احساس‌ها و دیدگاهش در مورد مسائل مختلف وجود دارد. ایجاد زمینه‌ای برای کودک در بیان خودش می‌تواند والدین را در فهم بهتر مشکلات و مسائل کمک کند و زمینه‌ای برای ارتباط متقابل بیشتر فراهم کند. این مورد یکی از تفاوت‌های عمده این مدل با بازی‌درمانگری والدینی است که در آن کودک حضور مستقیم و بی‌واسطه‌ای ندارد و همواره از او به‌عنوان شخص سوم صحبت می‌شود. این مسئله می‌تواند بر تشخیص دقیق کانون مشکل و جلب همکاری کودک در روند تغییر و درمان تأثیرگذار باشد.

یکی دیگر از ویژگی‌های مدل بازی‌درمانگری خانوادگی امکان بررسی مشکلات کودک در چهارچوب و بافت کل خانواده است. به دلیل آنکه خانواده در درمان شرکت می‌کند امکان مشاهده و بررسی پویایی‌های درون خانوادگی که تنها محدود به روابط والد و کودک نیست و به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر مشکلات کودک تأثیرگذار است، وجود دارد. در نتیجه صورت‌بندی مشکلات کودک می‌تواند همه‌جانبه‌تر و دقیق‌تر باشد. این مورد یکی دیگر از تفاوت‌های این مدل با بازی‌درمانگری والدینی است که در آن بیشتر بر رابطه والد و کودک تمرکز می‌شود. در این مدل تعارض‌ها و اختلاف‌های والدین با یکدیگر، فرافکنی‌ها، مثلث‌سازی‌ها، ائتلاف‌ها یا تبنانی‌ها ممکن است به‌راحتی مجال بروز نیابند و یا در صورت آشکار شدن، امکان پرداختن به آن‌ها مورد توجه قرار نگرفته است.

امکان مشاهده خانواده از نزدیک و در جریان تعامل یا انجام یک فعالیت یکی دیگر از مزایای بازی‌درمانگری خانوادگی، است که می‌تواند فرایند تشخیص را دقیق‌تر و متعاقب آن طرح‌ریزی درمان را اختصاصی‌تر و ثمربخش‌تر کند. این مسئله در هر دو مدل بازی‌درمانگری والدینی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی کل خانواده نیز مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر حضور والدین در درمان نیز فرصتی برای مشاهده رفتار و تعامل درمانگر با کودک را فراهم می‌کند. این امکان هنگام آموزش یک مهارت و یا نحوه مواجهه درمانگر با یک رفتار مشکل‌ساز حائز اهمیت است زیرا در برخی موارد به رغم تلاش درمانگران برای آموزش نحوه برخورد با کودک، والدین در عمل نمی‌توانند به‌خوبی از عهده انجام آنچه فراگرفته‌اند برآیند. در بسیاری از رویکردهای روان‌آموزشی و درمانی مشاهده رفتار هدف اولین گام آموزش و ایجاد تغییر در نظر گرفته می‌شود. از این رو در مدل درمان مبتنی بر دل‌بستگی کل خانواده و برخی از انواع

- 17- Vanfleet, R. (2011). Filial therapy: what every play therapist should know? *British Association of Play Therapy: Vol 67*, pp. 18-24.
- ۱۸- مصطفوی، سعیده، شعیری، محمدرضا، اصغری مقدم، محمدعلی، محمودی قرایی، جواد (۱۳۹۱). تأثیر آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک (CPRT) مطابق با الگوی لندرث به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال نوزدهم، شماره ۷، صص ۳۳-۴۲.
- 19- Weir, K. N., Lee, S., Canosa, P., Rodrigues, N., McWilliams, M., & Parker, L. (2013). Whole family Theraplay: Integrating family systems theory and Theraplay to treat adoptive families. *Adoption Quarterly*, 16(3-4), pp.175-200.
- 20- Achenbach, T.M. & Rescorla, L. A. (2001). ASEBA school age forms profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- ۲۱- مینایی، اصغر (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام مبتنی بر تجربه آشناباخ (ASEBA). تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی. (تاریخ انتشار اثر اصلی ۲۰۰۱).
- 22- Jensen, T. M. & Howard, M.O. (2015). Perceived Stepparent-Child Relationship Quality: A Systematic Review of Stepchildren's Perspectives. *Marriage & Family Review: Vol 51*, pp.127-141.
- 23- Murray, K. W., Dwyer, K. M., Rubin K.H, Knighton-Wisor, S., Booth-LaForce C. (2014). Parent-child relationships, parental psychological control, and aggression: maternal and paternal relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, Vol 43, pp. 1361-73.
- 24- Piña-Watson, B. & Castillo, L.G. (2015). The Role of the perceived parent-child relationship on Latina adolescent depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, Vol 32, pp. 309-315.
- 25- Izquierdo-Sotorrío, E., Holgado-Tello, F.P. & Carrasco, M.Á. (2016). Incremental validity and informant effect from a multi-method perspective: Assessing relations between parental acceptance and children's behavioral problems. *Front. Psychology*, Vol 7, pp. 664- 675.
- 26- Weitkamp, K., Daniels, J., Rosenthal, S., Romer, G. & Wiegand-Grefe, S. (2013). Health-related quality of life: cross-informant agreement of father, mother, and self-report for children and adolescents in outpatient psychotherapy treatment. *Child and Adolescent Mental Health*, Vol 18, pp. 88-94.
- ۵- کجباف، محمد باقر، عربی سامانی، حمیدرضا، امیری، شعله، کهنوجی، رخساره (۱۳۹۰). اثربخشی خانواده درمانی شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان خانواده‌های در معرض طلاق. *روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، سال هجدهم، شماره ۴، صص ۱-۸.
- 6- Lobatto, W. (2002). Talking to children about family therapy: a qualitative research study. *Journal of Family Therapy*. Vol 24, pp. 330-343.
- 7- Lund, L.K., Zimmerman, T.S., Haddock, S.A. (2002). The theory, structure, and techniques for the inclusion of children in family therapy: a literature review. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol 28, pp. 445-54.
- 8- Andolfi, M., & Mascellani, A. (2013). Teen voices. Tales of family therapy. San Diego, CA: Wisdom Moon Publishing.
- 9- Andolfi, M. (2016). How to give voice to children in family therapy. Origins and Originality in Family Therapy and Systemic Practice: European Family Therapy Association Series, pp.143-168.
- 10- Moore, L., & Seu, I.B. (2011). Giving children a voice: children's positioning in family therapy. *Journal of Family Therapy*, Vol 33, pp. 279-301.
- 11- Minuchin, S. (2012). Reflections on Children in Family Therapy: An Interview with Salvador Minuchin. In Sori, C.F. *Engaging Children in Family Therapy: Creative Approaches to Integrating Theory and Research in Clinical Practice*. (pp. 134-151). New York: Routledge.
- 12- Sori, C.F., & Sprenkle, D. H. (2004). Training family therapist to work with children and families: A modified Delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol 30, pp. 479-495.
- 13- Bailey, C. E., & Sori, C. F. (2005). Involving parents in children's therapy. In C. E. Bailey (Ed.), *Children in therapy: Using the family as a resource* (pp. 475-502).
- 14- Sori, C.F. (2012). *Engaging Children in Family Therapy: Creative Approaches to Integrating Theory and Research in Clinical Practice*. New York: Routledge.
- 15- Bratton, S.C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The Efficacy of play therapy with children: A Meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 36, pp. 376 -390.
- 16- Lebalnc, M. & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counseling Ps psychology quarterly*. Vol 14, pp. 149 -163.

- 27- Lewin, A. B., Peris, T. S., De Nadai, A. S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2012). Agreement between therapists, parents, patients, and independent evaluators on clinical improvement in pediatric obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, Vol 80, pp. 1103-1107.
- 28- Rubin, D.H., Althoff, R.R., Walkup, J.T. et al. (2013). Cross-Informant Agreement on Child and Adolescent Withdrawn Behavior: A Latent Class Approach. *Child Psychiatry Human Development*, Vol 44, pp. 361-376.
- 29- Andolfi, M. (2016). *Multigenerational family therapy*. London: Routledge.
- 30- Taibbi, R. (2007). *Doing family therapy: Craft and creativity in clinical practice* (2nd Ed.). New York: Guilford.