

السلامة للجميع

راهنمای عملی رفتار در ماه مسناختی برای کودکان
قربانی تروما و سوء استفاده

مؤلف:

ژاکلین، اس. فیدر و کوین، آر. رونان

دارای نشان دونکن اینز

مترجم:

سروه محمدزاده

سرشناسه	: فدر، چکلین اس. ۱۹۵۴ - م.
عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای عملی رفتار درمانی شناختی برای کودکان قربانی تروما و سوء استفاده/مؤلف ژاکلین اس. فیدر، کوین آر. رونان؛ مترجم سروه محمدزاده.
مشخصات نشر	: تهران: انتشارات راه دکتري: سنجش و دانش، ۱۳۹۸.
مشخصات ظاهر:	: ۱۲۷ ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۲۴۱-۱۷۴-۹
وضعیت فهرست نویسی	: فیا
یادداشت	عنوان اصلی: Cognitive behavioural therapy for child trauma and abuse : a step-by-step approach ۲۰۱۰
یادداشت	: کتاب حاضر نخستین کتاب در زمینه «درمان شناختی- رفتاری اختلال استرس پس از سانحه: راهنمای گام به گام درمان» ویدئوهای آموزشی و سوءاستفاده در کودکان و نوجوانان" با ترجمه‌ی جعفر حسنی، محمد دره‌رج، فاطمه آیت‌اللهی توسط انتشارات کتاب ارجمند: ارجمند در سال ۱۳۹۵ منتشر شده است.
عنوان دیگر	: درمان شناختی- رفتاری اختلال استرس پس از سانحه: راهنمای گام به گام درمان رویدادهای آسیب‌زا و سوءاستفاده در کودکان و نوجوانان
شناسه افزوده	: رونن، کوین آر. ۱۹۶۰ - م.
شناسه افزوده	: Ronan, Kevin R
شناسه افزوده	: محمدزاده، سروه، ۱۳۶۴ - مترجم
رده بندی کنگره	: ۵۰۵RJ
رده بندی دیویی	: ۹۲۸۹۱۴۲/۶۱۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۷۵۷۷۴۷

عنوان: راهنمای عملی رفتار درمانی شناختی برای کودکان قربانی تروما و سوء استفاده

مترجم: سروه محمدزاده

ناشر: انتشارات سنجش و دانش

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۸

صفحه آرائی: مهدیه مخبري

طراح جلد: مهتاب دوستی

ناظر: نسرين خانی

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

«کلیه حقوق برای مؤلف محفوظ است»

بهاء: ۲۵۰۰۰۰ ریال

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱.....	مقدمه
۱.....	پژوهش و رشد
۳.....	امنیت کودک و درگیری والد /مراقب
۴.....	اصول و فلسفه کار
۴.....	ملاحظات فردی
۸.....	اجزای ضروری شناخت دینی رفتار
۸.....	تمرکز بر مفهوم سازی شناخت رفتار
۱۰.....	بازنگری وپایه
۱۰.....	مرحله اول: تقویت روانی اجتماعی
۱۱.....	مرحله دوم: مهارت های مواجهه ای (طرح استار)
۱۲.....	مرحله سوم: پردازش آسیب (مواجهه تدریجی)
۱۷.....	تمرکز درمانگر
۲۰.....	مرحله اول :تقویت روانشناختی
۲۰.....	مرحله اول: آگاهسازی والد/ مراقب از درمان
۲۰.....	هدف
۲۰.....	ساختار جلسه
۲۲.....	مرحله اول
۲۲.....	جلسه اول
۲۲.....	هدف
۲۳.....	ساختار جلسه

۲۸	خلاصه و بازخورد
۲۸	مرحله ۱ جلسه دوم: روابط
۲۸	هدف
۲۹	ساختار جلسه
۳۳	جلسه سوم: جدول زمانی
۳۳	هدف
۳۸	مرحله دوم
۳۸	جلسه والدین / راقبان
۳۸	هدف
۳۸	ساختار جلسه
۴۰	مرحله دوم
۴۰	جلسه چهارم: احساسات
۴۰	اهداف
۴۱	ساختار جلسه
۴۵	مرحله دوم
۴۵	جلسه پنجم: واکنش های بدنی
۴۵	اهداف
۴۶	ساختار جلسه
۵۰	مرحله دوم
۵۰	جلسه ششم: افکار
۵۰	اهداف
۵۱	ساختار جلسه

مرحله دوم ۵۶

جلسه هفتم: مواجهه فعال و حل مسئله ۵۶

اهداف ۵۶

ساختار جلسه ۵۶

مرحله دوم ۶۱

جلسه هشتم: سرعت و پاداش ها ۶۱

اهداف ۶۱

ساختار جلسه ۶۲

مرحله سوم ۶۷

جلسه والدین / مراقبان ۶۷

ساختار جلسه ۶۷

مرحله سوم ۶۹

جلسه نهم: مقدمه ای بر مواجهه خیالی (تجسمی) ۶۹

اهداف ۶۹

ساختار جلسه ۶۹

مرحله سوم ۷۵

جلسات ده تا سیزده ۷۵

مواجهه تدریجی ۷۵

اهداف ۷۵

فعالیت جلسه ۷۶

مرحله چهارم ۸۳

جلسه والدین / مراقبان ۸۳

۸۳	هدف
۸۳	ساختار جلسه
۸۵	مرحله چهارم
۸۵	جلسات چهارم و پانزده: ملاحظات ویژه
۸۵	هدف
۸۶	فعالیت جلسه
۹۳	مرحله چهارم
۹۳	جلسه شانزده: پیشگیری از عود و اتمام
۹۳	هدف
۹۴	ساختار جلسه
۹۹	نمودار پاداش
۹۹	کاربرگ دیگران
۱۰۰	تراپ
۱۰۱	برنامه استار
۱۰۴	نمودار احساسات
۱۰۵	دیاگرام بدن
۱۰۷	افکار مردم
۱۰۷	طرح استار
۱۰۹	تکلیف خودیاری ۱
۱۱۰	تکلیف خودیاری ۲
۱۱۱	تکلیف خودیاری ۳
۱۱۲	تکلیف خودیاری ۴

۱۱۳	تکلیف خودیاری ۵
۱۱۵	تکلیف خودیاری شماره ۶
۱۱۷	تکلیف خودیاری شماره ۷
۱۱۹	فعالیت خودیاری شماره ۸
۱۲۱	تکلیف خودیاری ۹
۱۲۲	طرح استاز من

www.ketab.ir

مقدمه

کتاب حاضر راهنمای عملی گام به گام درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب برای کودکان و نوجوانان کم سن و سالی (۹ تا ۱۵ سال) است که نشانه های اختلال استرس پس از سانحه را به دنبال کودک آزاری یا رفتارهای مرتبط با آسیب را تجربه کرده اند. روش گام به گام در یک ساختار شانزده جلسه ای جهت انطباق با نیازهای فردی هر کودک در فرایند درمان آماده شده است. چهار جلسه برای مراقبان/والدین و یک جلسه برای جهت گیری و معرفی آغاز هر مرحله از درمان در نظر گرفته شده است.

پژوهش و روند

الگوی درمان حاضر اساساً توسط متخصصان بالینی در دنیای واقعی برای درمان کودکانی که به چند روش مورد آزار و تروما کودک آزاری قرار گرفته اند طراحی شده است (فیدر و رونان، ۲۰۰۴). الگوی اولیه برپایه (۱) مرور ادبیات پژوهش کودک آزاری و آسیب به کودکان با نگاه خاص به پیشرفت های حرفه ای و تن روانشانسان در افزایش تاثیر درمان (۲) مفهوم سازی بالینی کودک آزاری و آسیب به کودکان (۳) روی بر رشته آسیب شناسی روانی و سایر الگوهای نظری مرتبط (۴) مروری بر تجارب مستند الحوهای تن درمانی و پژوهش های تجربی اخیر مرتبط با پیشرفت و اثربخشی الگوی درمان در این حوزه (فیدر، ۲۰۰۸) آماده شد. مبنای درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب الگوی بومی و حمایت های تری در درمان اضطراب کودکان (کندال و دیگران، ۱۹۹۲؛ کندال، کین، هوارد و سیکولند، ۱۹۸۹) و اختلال استرس پس از سانحه ناشی از آزارجنسی (دبلینگر و هفلین، ۱۹۹۸) و چند مطالعه موردی که نتایج حاصل امید بخش داشته اند، می باشد (فیدر و رونان، ۲۰۰۹، ۲۰۰۸).

شواهد تجربی برای اثربخشی شناخت درمانی رفتاری در درمان اختلال استرس پس از سانحه و سایر نشانه های مرتبط با اضطراب در کودکان بیش از سایر روش های رواندرمانی

است (کوهن، برلینر و مارچ، ۲۰۰۰؛ کامپتون و دیگران، ۲۰۰۲) و شناخت درمانی متمرکز بر آسیب برای درمان ترومای ناشی از کودک آزاری به صورت ویژه توصیه شده است (ساندرز، برلینر و هانسون، ۲۰۰۱). داده های تجربی از اثربخشی شناخت درمانی رفتاری متمرکز بر آسیب برای طیفی از مسائل آسیب زا حمایت می کنند (کوهن و دیگران، ۲۰۰۴؛ دبلینگر و ستافر و استیر، ۲۰۰۱؛ کینگ و دیگران، ۲۰۰۰، مارچ و دیگران، ۱۹۹۸). این روش درمانی، آموزش روانی و آموزش مهارت های مواجهه ای را از طریق مداخلات رفتاری از قبیل ابراز هیجانات و آرامسازی، به عنوان مداخلات شناختی مانند خودگویی مواجهه ای حل مسئله با هم یکپارچه و ترکیب می کنند. فنون مواجهه تدریجی برای بررسی فرایند آسیب سودمند هستند. مداخله به شکل ابتلا به عنوان درمان فردی آغاز می شود و با جلسات والدین/مراقب برای آموزش روانی و حمایت کودکان و به میم آموخته های کودکان به بافت زندگی واقعی همراه می شود.

ساختار گام به گام ۱۶ جلسه ای، کتاب مداخلات شناختی رفتاری ای برای درمان اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان الهام گرفته که نویسنده دوم کتاب جزو تیم درمان بوده است (کندال و دیگران، ۱۹۹۲، کندال و دیگران، ۱۹۸۹؛ ریان و دیگران، ۱۹۹۸). این الگوی مداخله ای بر اکتساب و تمرین مهارت های مواجهه ای برای بهبود مدیریت نشانه های اضطرابی توسط کودک تمرکز می کند. یک ملاحظه ویژه در انطباق این روش بر روی نشانه های اختلال استرس پس از سانحه از سانحه جهت گیری کنونی و آینده عوامل تهدید کننده اختلال استرس پس از سانحه است. در حالی که اختلالات اضطرابی بیشتر با وقایع گذشته مرتبط هستند. کودکی مبتلا به اختلال اضطراب پس از سانحه علایم و عوارض آن را در زمان حال تجربه میکند (اهلرز و کلارک، ۲۰۰۰). برای مناسب سازی عناصر برنامه اضطراب برای مداخله کنونی کودکان آسیب دیده، مهارت مدیریت نشانه ها و پردازش تجربیات تهاجمی کودک در زمان حال اضافه شده اند.

ملاحظه مهم دیگر در توسعه این برنامه درمانی بافت روانشناختی کودکان آسیب دیده است. تجربیات آسیب اغلب بر روابط کودکان با والدینشان، اعضای خانواده، همسالان و سایر بزرگسالان مرتبط با زندگیشان از قبیل پلیس، فعالان اجتماعی، و سایر حرفه های کمک رسان تاثیر داشته باشد. کودکان آزار دیده ممکن است برای تامین امنیت تحت مراقبت موقت یا دائم قرار بگیرند. جدا کردن از والدین نه تنها منجر به آسیب دیگری برای این کودکان می شود، بلکه مستلزم شکل دادن روابط جدید با مراقبان است. بخش اولیه درمان به تقویت بافت روانشناختی کودک به عنوان پایه ای برای مداخلات بعدی درمان اختصاص داده می شود.

قطعا تجارب دلبستگی کودک می تواند بر رشد رابطه با درمانگر تاثیر بگذارد و زمان سپری شده به وسیله درمانگر به کاوش و تقویت بافت روانشناختی کودک می شود و می تواند فرصت های فراوانی را برای تکمیل رابطه درمانی ایجاد کند. برنامه حاضر صرفا برای ملاحظات مربوط به دلبستگی نیست، بلکه معتقد است تسهیل رابطه درمانی مثبت برای کودکان مفید خواهد بود. بعضی از کودکان ممکن است تجارب کمی از روابط دلبستگی ایمن داشته باشند علاوه بر تجربه دلبستگی کودک. چند عامل بافتاری دیگری تواند بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب برای کودک و خانواده فراهم کند. این عوامل شامل امنیت کودک، درگیری والد/مراقب در درمان، ملاحظات فرهنگی و درمان مناسب بر مبنای تجارب فردی کودک و پاسخ به آسیب می باشند.

امنیت کودک و درگیری والد/مراقب

برای این که درمان مربوط به کودک اثربخش باشد ضروری است که کودک در محیط امن قرار گرفته باشد و حمایت برای فرایند درمان در خارج از اتاق درمان ادامه یابد. والد/مراقب در جلسات درمان اطلاعاتی درباره عناصر درمان و پیشرفت دریافت می کنند. حضور در جلسات فرصتی برای پرسیدن پرسش ها و دریافت پاسخ فراهم می کند. این جلسات شامل آموزش روانی درباره تاثیر تجربیات آسیب بر کودک، مهارت های مواجهه، تشویق به

حمایت از کودک برای به کار بردن و تمرین این مهارت ها در منزل و پشتیبانی از کودکان در طول مراحل درمان می باشد. درمانگر باید با مدرسه کودک و هر نهاد و سازمان مرتبط با کودک به عنوان یک ضرورت و برای بهبود نتایج درمان ، ارتباط برقرار کند.

توجه داشته باشید با وجود آن که برنامه درمانی حاضر والدین/ مراقبان را درگیر می سازد ، به عنوان مداخله بزرگسالان طراحی نشده است. انتظار می رود که مداخلات متنوع دیگر برای کودکان دارای والد متخلف یا غیر متخلف در کنار این برنامه درمانی با خدمات مناسب به کار گرفته شود.

اصول و فلسفه کار

از آنجایی که کودک نمی تواند جدا از بافت زندگی ادرک و فهمیده شود لازم است بالینگران درباره بستر وبافتی که درمان در آن رشد کرده و اصولی که روش را رهنمون می شود آگاه باشند. برنامه گام به گام درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب در اساس برنامه ای تعاملی و مشارکتی و مجموعه ای از استراتژی های مولد تغییر می باشد. الگوی شناختی درمانی نه تنها تکنیک ، بلکه اجزای ضروری تغییر را نیز فراهم می آورد. کلید اصلی درمان ، رابطه درمانی است. مشارکت و مراقبت فعال از عناصر اصلی و مهمترین عامل پیش بینی کننده موفقیت این برنامه درمانی است. مشارکت، همگامی خانوادگی، درمانگر، کودک و سایر منابع حمایتی مرتبط با کودک را می طلبد.

ملاحظات فرهنگی

در صورتی که درمانگر و کودک دارای مولفه های فرهنگی متفاوت باشند لازمست درمانگر تفاوت های فرهنگی را در نظر گرفته و به تفاوت ها احترام بگذارد. شناسنامه فرهنگی و قومی کودک و والدین احتمالاً بر اظهارات بالینی کودک و پاسخ به درمان تاثیر خواهد گذاشت. مثلاً چه احساسات، افکار و رفتارهایی به عنوان کارکرد اجتماعی یا بافت فرهنگی کودک تسهیل و

بهبود می یابند؟ آیا کودک و یا خانواده تجربه به حاشیه رانده شدن، در معرض پیشداوری بودن را داشته است؟ چگونه این تجارب بر بیان و اظهار نشانه ها تاثیر گذاشته است؟ کودک و والد او درباره خود، دیگران و جهانی که به وسیله تجارب فرهنگی اش شکل گرفته چه باوری دارند؟ آیا مشکل کنونی کودک از تفاوت های نژادی، کوچ، مهاجرت، و بی عدالتی اجتماعی تاثیر پذیرفته است؟ این تجارب قطعاً می تواند بر پیشرفت کودک در درمان تاثیر بگذارد. هرچند درمان حاضر باهدف لحاظ کردن عوامل ذکر شده طراحی نشده است، اما انتظار می رود که درمانگر به صورت مشترک هم با کودک و هم با والدین برای شناسایی استراتژی های مثبت جهت رویا رویی با این موقعیت های محیطی مضر و احترام به تاریخچه و دیدگاه فرهنگی بلامداد

در اتاق درمان درمانگر نیاز دارد از تفاوت های فردی و فرهنگی که می تواند بر روابط درمانی تاثیر بگذارد آگاه باشد. مثلاً خانواده ها و گروه های فرهنگی ممکن است دیدگاه های متفاوتی نسبت به اطاعت از منابع قدرت داشته باشند. دیدگاه کودک و خانواده ها به اهمیت و نقش درمانگر می تواند بر پاسخشان به درمان تاثیر بگذارد. فرهنگ می تواند زبانشناسی و سایر موارد عرفی از قبیل آهنگ کلام، ارتباط چشمی و نقش نوبتی در مکالمه را شکل دهد. کودکان داستانهایشان را به گونه های متفاوتی روایت می کنند. درمانگر به تقویت ارتباط درمانی و مداخلات متناسب نیاز دارد. درمان حاضر به عنوان بسته ای در دنیای کودک و خانواده اش مورد استفاده قرار می گیرد. توجه درمانگر به بافت فرهنگی - و علایق مراجع است و احترام به تفاوت های فرهنگی قطعاً در تسهیل درمان نقش خواهد داشت.

پژوهش ها تاثیر توجه و احترام به تفاوت های فرهنگی مراجع را بر بهبود و تسریع فرایند

درمان تایید کرده اند. (فیدر، ۲۰۰۸، موروپاینگا، فیدرو برکینگ، ۲۰۰۴)

روی هم رفته، تجارب بالینی و پژوهشی نشان داده اند توجه و احترام به تفاوت های فرهنگی در استفاده از شناخت درمانی متمرکز بر آسیب با کودکان و خانواده های بومی کوچک و گروه های مهاجر منجر به تسریع و تسهیل رابطه درمانی و کاهش علایم می شود

آسیب و سخنرانی های مرتبط با آزار در کودکان

وقایع آسیب زاد دامنه وسیعی از یک حادثه رانندگی تا سوء رفتار و مسامحه را دربرمی گیرد. (فیدر و رونان، ۲۰۰۹). پژوهش ها نشان داده اند که کودکان در بیشتر مواقع قربانی بیش از یک حادثه آسیب زاد می شوند (فینکل هور و دیگران، ۲۰۰۵) تاب آوری کودکان تعیین می کند که پس از تجربه آسیب چه نشانه هایی خواهند داشت. نشانه های آسیب زاد در کودکان ممکن است طفیفی از پاسخ های بیجان، علایم بدنی، و پاسخ های شناختی و رفتاری را در بگیرد. "تر" موارد زیادی از آسیب های کودکان را یافت که با موارد زیر شناخته می شوند. ۱- ترس های مخصوص به آسیب. ۲- خسارات موی ادراک شده تکراری بینایی یا سایر حواس ۳- رفتارهای تکراری و ۴- نگرش های تغییر یافته درباره دیگران، جنبه های مختلف زندگی و آینده (تر، ۱۹۹۱). تر بین نوع اول آسیب که به دنبال وقوع یک باره آسیب ایجاد شده و نوع دوم آسیب که به دنبال وقایع دیرپا یا تکراری ایجاد شده به یز قابل می شود. دفعی و تدریجی بودن، تکرار و عدم تکرار واقعه آسیب زا باید در فرایند درمان دبط گرفته شود.

نشانه ها و علایم اختلال اضطراب پس از سانحه در کودکان در جوانان مشابه این اختلال در بزرگسالان است که شامل نشانه های اصلی تجربه مجدد، اجتناب / فراری، برانگیختگی فیزیولوژیکی فزاینده می باشد (دیویس و سیگل، ۲۰۰۰). چهارمین راهنمای ویرایش شده تشخیصی اختلالات روانپزشکی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) بی قراری یا آشفتگی، دیدن کابوس درباره حادثه و یا تهدیدهایی علیه خود و دیگران. (نه لزوما درباره خود واقعه ضربه زاد) که ممکن است منجر به برونریزی آسیب به صورت تکراری شود از جمله علایم کودکان پس از تجربه آسیب است.

اختلال اضطراب پس از سانحه دیرپا(مزمن) در کودکان قربانی سوء رفتار با ناامیدی، گناه، بیش برانگیختگی، اجتناب، اختلال در حافظه و پردازش اطلاعات نگرش های منفی مرتبط با آزار و سبک هاس مواجهه ای اجتنابی مرتبط می باشد.(کوهن و مانارینو، ۱۹۹۶، لینینگ و کیرنی، ۲۰۰۴) کودکانی که به شدت آسیب دیده اند ممکن است معیارهای اختلال پس از سانحه را نداشته باشند و ممکن است نشانه هایی از قبیل اضمحلال گسیختگی، اختلال خلقی، و الگوی اختلال شخصیت و تجزیه ای را نشان دهند(پری و دیگران، ۱۹۹۵)

اختلالات روانشناختی همبود بخصوص سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی و مسایل مشابه در کودکان آسیب دیده و آزاردیده عمومیت دارد(لینینگ و کیرنی، ۲۰۰۴)

شواهد بالینی حاکی از تاثیر تجارب آسیب زای کودکی بر رشد مغز می باشند.(نمیرف، ۲۰۰۴). آسیب تکرار شونده شبیه مواردی که در کودک آزاری اتفاق می افتد می تواند منجر به بیش انگیزختگی هیجانی شود(مانند تجربه یک رویداد ضربه زاد) و/یا محرومیت از تحریک حسی (مانند دست زدن به نقطه یا مسامحه) ممکن است منجر به الگوی مقاومی از بیش انگیزختگی یا تجزیه شوند(پری و دیگران، ۱۹۹۵) به علاوه عوامل زیادی ممکن است بر پاسخ به آسیب تاثیر بگذارند.(مک فارلن و یهودا، ۲۰۰۰). سبب شناسی و مرور اختلال اضطراب پس از سانحه و تاثیرات مربوط به آسیب در کودکان احتمالا کارکرد پیچیده ای آگاهی از مراحل رشدی، تجارب قبلی، خلق و خو، کارکردهای خانوادگی، والدگری، سبک های مواجهه ای کودک در درک اختلال استرس پس از سانحه در کودکان آسیب دیده کمک کننده خواهد بود. نگاه ساده و خطی به اختلال اضطراب پس از سانحه، پیچیدگی پاسخ های مرتبط با آسیب را ناچیز می شمارد و موجب یک طرح درمان ساده و ناقص خواهد شد.(فیدر ورونان، ۲۰۰۹). روش شناخت درمانی رفتاری می تواند پیچیدگی های ذاتی کاربالینی با تظاهرات آسیب را نشان دهد این روش حامی طرح درمان های انعطاف پذیر و متمرکز بر تجارب فردی می باشد.

اجزای ضروری شناخت درمانی رفتاری

اجزای ضروری شناخت درمانی رفتاری در برنامه حاضر عبارتند از:

تمرکز بر مفهوم سازی شناختی رفتاری

درمانگر یک طرح درمان درحال تکمیل را برای کودک و مشکلش از دیدگاه شناختی رفتاری ایجاد می کند: مثلاً برجسته سازی اتفاقات زندگی، ارزیابی تجارب و تعاملاتی که منجر به بقاء مشکل می شود، و برافکار، احساسات، رفتارها و تجارب فردی کودک تمرکز می کند، همگی در نظر گرفته می شوند.

تاکید پدیدارشناسانه بر تجارب کودک تمرکز اصلی درمان است. درمانگر دنیای را از چشمان کودک می بیند و با کودک از دیدگاه او رویداد را بررسی می کند.

ماهیت مشارکتی روابط درمانی. هدف کلی درمانگر پرورش ارتباطی برابر و تعاملی با کودک است. تیمی متشکل از درمانگر و حامیان، مراقبان کودک در خلال جلسه و تکالیف خانگی داده های خام را گردآوری می کند تا درمانگران آنها را بررسی کنند. مهارت های مورد نیاز درمانگر برای درمان اثربخش عبارتند از: باصالت، کرون و مدلی، مهارت های چالشی و تقویت کننده تلاش های کودک برای تغییر آزاد و مستقیم.

درگیری فعالانه کودک: کودک از طریق انجام تکالیف خانگی به صبر و فعالیت در سراسر درمان درگیر می شود.

استفاده از پرسش های سقراطی و اکتشاف هدایت شده: به جای تفسیر فعالیت ها و افکار کودک، درمانگر برای اکتشاف داده های کودک از سوالات بازپاسخ استفاده می کند (که سوالات سقراطی گفته می شوند). اکتشاف هدایت شده شامل گوش دادن همدلانه، خلاصه سازی زیاد، و پرسیدن پرسش های ترکیبی و تحلیلی می باشد.