

تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش علایم افسردگی در کودکان افسرده

شهرناز شیبانی*، دکتر مجید یوسفی لوبه** و دکتر علی دلاور***

پذیرش نهایی: ۸۵/۱۰/۲۰

تجدید نظر: ۸۵/۸/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۵/۶/۲۷

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش علایم افسردگی کودکان بوده است.
روش: بدین منظور در چهارچوب روش پژوهشی نیمه‌آزمایشی ۵ نفر از دانش‌آموزان افسرده پایه چهارم و پنجم ابتدایی در پژوهش شرکت داده شدند. طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بدون گروه کنترل بوده است. پرسشنامه علائم مردمی کودکان مورد استفاده قرار گرفت. پس از انجام پیش‌آزمون برنامه قصه‌درمانی به مدت ۲۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (دوبار در هفته) اجرا شد و در پایان پس‌آزمون انجام شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که افسردگی تمام آزمودنیها در پایان برنامه درمانی کاهش یافت. علاوه بر این قصه‌درمانی بر درمان اختلالهای همبود شامل اختلالهای اضطرابی و لجبازی و نافرمائی مؤثر بوده است. نتیجه‌گیری: قصه‌درمانی علایم افسردگی، اضطراب و هراس را در کودکان افسرده کاهش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: قصه‌درمانی، افسردگی کودکان

* کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی مرکز خدمات مشاوره‌ای آرمش

** استاد بار دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکزی (Email: m_usefi@iauctb.ac.ir)

*** استاد دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

در سالهای اخیر وجود افسردگی در کودکان و نوجوانان نه تنها محجز دانسته شده است، بلکه نظر بر این است که افسردگی کودکی می‌تواند مشکلات جدی برای سلامت عمومی ایجاد کند (لامارین، ۱۹۹۵). به گونه‌ای که پژوهشها نشان داده است که شناسایی افسردگیهای کودکی و نوجوانی می‌تواند احتمال بیماریهای روانی دیگر، ناراحتیهای شدید، رفتارهای ناسازگارانه و حتی مرگ و میر کودکان و نوجوانان را کاهش می‌دهد (ریو، ۲۰۰۰). برخی کودکان نشانه‌های کلاسیک افسردگی شامل غمگینی، اضطراب، بی‌قراری و مشکلاتی در خوردن و خوابیدن را نشان می‌دهند. در حالی که برخی دیگر از کودکان افسرده مشکلات و دردهای جسمانی را نشان می‌دهند که به درمانهای متداول پاسخ نمی‌دهند. هر چند که تشخیص افسردگی به مصاحبه و نوع ابزارهای سنجش نیز بستگی دارد (دواال، ۲۰۰۱).

پژوهش نشان داده است با وجود تشابه افسردگی کودکی با بزرگسالی، افسردگی کودکی نسبت به افسردگی بزرگسالی طیف متفاوتی از نشانه‌ها را شامل می‌شود، علاوه بر این که افسردگی در کودکان و نوجوانان همبودی بیشتری با سایر اختلالهای روانی دارد (کارلسون، ۲۰۰۰). با وجود انواع افسردگی کودکان و نوجوانان، اختلال افسردگی اساسی از مهم‌ترین مواردی است که در خصوص کودکان مطرح می‌شود و همانند اختلال افسردگی اساسی بزرگسالان ناتوان‌کننده است (ریان، ۲۰۰۳). به گونه‌ای که کارکردهای فرد در کوتاه‌مدت یا درازمدت دچار آسیب می‌شود (میرزا و مایکل، ۱۹۹۶). در واقع افسردگی اساسی کودکی اختلال خلقی عودکننده‌ای است که به‌طور قابل ملاحظه‌ای با رشد بهنجار کودک تداخل می‌کند و به گونه‌ای فزاینده با خطر رفتارهای خودکشی همراه می‌شود (بیرماهر، آربلایز و برنت، ۲۰۰۲).

مطابق با DSM-IV تشخیص افسردگی کودکان زمانی داده می‌شود که در یک یا چند دوره دو هفته‌ای شواهدی دال بر تغییر کارکرد نشان بدهد. از جمله اینکه کودک افسرده ممکن است تحریک‌پذیر یا بی‌علقه شود و از خیلی چیزها لذت نبرد یا هر دو حالت را

داشته باشد. در ضمن کودک باید حداقل چهار مورد از نشانه‌های زیر را تقریباً هر روز داشته باشد و برخی از کارکردهای مهم او مختص شود :

- (۱) لاغر شدن و نرسیدن به وزن مورد انتظار
- (۲) اختلال در خواب (پرخوابی یا بی‌خوابی)
- (۳) کندی یا تحریک روانی - حرکتی شدید
- (۴) خستگی یا کم‌انرژی بودن
- (۵) احساس بی‌ارزش بودن یا احساس گناه بی‌جا و افراطی
- (۶) افت توانایی تفکر، تمرکز و تصمیم‌گیری
- (۷) افکار تکراری در مورد مرگ و خودکشی (شروع در گوردون ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۵).

علاوه بر اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خوبی نیز از جمله اختلالهای خلقی یک قطبی نسبتاً پایداری است که اغلب در کودکی بروز می‌کند (پارک و گودییر، ۲۰۰۰). افسرده‌خوبی کودکی دارای نشانه‌های افسردگی خفیف حداقل به مدت یک سال در کودکی و نوجوانی است که با حداقل دو مورد از نشانه‌های زیر همراه باشد : اشتهاهی کم یا پرخوری، انرژی کم و خستگی، احساس بی‌ارزشی، تمرکز کم یا ضعیف در تصمیم‌گیری و احساس نامیدی (زارب، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۳). افسردگی کودکی ممکن است به عوامل شیمیایی، زیستی، ژنتیکی و عوامل روان‌شناختی از جمله روان‌پویایی، شناختی، رفتاری، فشارهای روانی زندگی و عوامل محیطی - اجتماعی یا ترکیبی از موارد فوق مربوط باشد (دواو، ۲۰۰۱، تروکسلر و گرگ، ۱۹۷۷). به طور کلی حدود ۲ درصد کودکان پیش از سن بلوغ و حدود ۵ تا ۸ درصد نوجوانان دچار افسردگی هستند و طیف بالینی این اختلال را از غمگینی ساده تا افسردگی اساسی یا اختلال دو قطبی در برمی‌گیرد (سون سی و کریچنر، ۲۰۰۰).

درمان کودکان و نوجوانان افسرده یکی از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی عمومی است. با توجه به میزان مرگ و میر شدید ناشی از اختلال افسردگی اساسی

نوجوانی، بازبینی ادبیات مربوط برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری بهنظر می‌رسد (میلین، واکر و جو، ۲۰۰۳). در این خصوص، هرچند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی) می‌تواند مشکلات روانی - اجتماعی آتی را به طور چشمگیری کاهش دهد (لامارین، ۱۹۹۵). روان درمانی و دارو درمانی برای کودکان و نوجوانان دارای اختلالهای افسردگی مفید تشخیص داده شده است. هرچند شواهد نشان می‌دهند که روان‌درمانی برای اغلب کودکان افسرده مقدم بر دارو درمانی است (پارک و گودیر، ۲۰۰۰). با این حال مجموعه‌ای از درمانهای روان‌شناختی شامل درمان حمایتی، درمانهای بینش‌مدار، بازی‌درمانی، رفتاردرمانی، خانواده‌درمانی و حتی روان‌درمانی والدین و آموزش‌های بهداشتی مانند پیشگیری از فشار روانی زیاد به کودکان به دلیل ضعف عملکرد یادگیری یا تنزل به کلاس پایین‌تر یا انتقال از یک مدرسه به مدرسه دیگر سودمند شناخته شده است؛ (لانگ ویلر و لیندن، ۱۹۹۳، نیسن، ۱۹۸۶). با وجود این، اخیراً درمانهای شناختی - رفتاری، درمان انتخابی برای اختلالهای افسردگی کودکان و نوجوانان تلقی می‌شوند (کامپتون و همکاران، ۲۰۰۴). البته برخی اشاره کرده‌اند درمانهای شناختی - رفتاری برای افسردگی با شدت متوسط در کودکان و نوجوانان مفید است و این نوع درمان برای افسردگی‌های شدید هنوز توصیه نمی‌شود (هرينگتون، ويتاکر، شبریج و کمبل، ۱۹۹۸). در درمان شناختی - رفتاری، درمانگر در جهت تشخیص افکار منفی کودک و درک نحوه و علت تأثیرگذاری آنها بر احساسات اندوهناک او کار می‌کند. درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شیوه ارزیابی مجدد رویدادها و دیدن آنها را از زاویه‌ای متفاوت و مثبت‌تر بیاموزد و الگوهای منطقی‌تر و خوش بینانه‌تر را جانشین اگوهای غیرارادی و افکار خود ویرانگر کند و این امر می‌تواند طرز رفتار و نوع احساسات کودک را تغییر دهد (فالسلر و دومس ترجمۀ پارسا، ۱۳۸۷). علاوه بر این، از جمله درمانهای روان‌شناختی افسردگی، روان‌درمانی روان‌پویشی است که طی آن درمانگر با استفاده از روش‌های مختلف به کودک افسرده کمک می‌کند تا افکار، احساسات و تخیلات خود را ابراز کند و رابطه بین احساسات و هیجانهای ناخودآگاه و عملکردهایش را دریابد. یکی از این

روشها گوش کردن به قصه یک کودک است. ترغیب کودک افسرده به شرح دادن قصه خودش به هر طریقی که می‌تواند بسیار درمان کننده است و می‌تواند در تسکین بخشیدن به نشانه‌های افسردگی مؤثر واقع شود (فالسلر و دومس ترجمه پارسا، ۱۳۸۴). این فن در متون پژوهشی قصه‌درمانی^۱ نامیده می‌شود. در واقع قصه‌درمانی در سالهای اخیر به صورت یکی از روش‌های بازی درمانی^۲ کودکان مطرح شده است (آراد، ۲۰۰۴). البته استفاده از قصه‌درمانی به مثابه یک فن درمانی ابعاد گستره‌های دارد و تنها به درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان ختم نمی‌شود. در قصه‌درمانی فرض بر این است که تغییر در زبان و ادبیات قصه‌های زندگی خود به تغییر در معانی زندگی فرد منجر می‌شود و تغییر در قصه‌زندگی فرصت‌های جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می‌کند (دساشیو، ۲۰۰۵).

قصه‌درمانی با مفروضه‌های پست مدرنیسم یا فرانگرایی همخوانی دارد. پست مدرنیسم از این عقیده حمایت می‌کند که هیچ حقیقت مطلقی وجود ندارد، بلکه به نظر و دیدگاه ما بستگی دارد (دون، ۱۹۹۸). در دنیای پست مدرن قصه‌و داستان فضای آزادی برای عمل کردن به حساب می‌آیند؛ به همان سادگی که داستان فرصتی برای ابتکار عمل دوباره فراهم می‌آورد، قصه‌گو نکاتی را در درمی‌باید که در تجربه‌های شخصی او، در پیوند داستانش با داستانهای دیگران و نیز در پیوند داستانش با داستانهای بزرگتری از فرهنگ و انسانیت ریشه دارد، درک اینکه همهٔ ما شخصیت‌هایی در داستان یکدیگر هستیم و این داستانها ما را در عمل پیش می‌برند (پری، ۱۹۹۱). به همین دلیل است که رویکردهای داستانی به روان درمانی بر این تأکید دارند که قصه‌ها در چگونگی رفتار و واقعیت‌های ما نقش مؤثری ایفا می‌کنند (استرند، ۱۹۹۷). قصه‌ها به ما راه حل‌هایی ارائه می‌کنند که غیرمنتظره و شگفت‌انگیزند و در عین حال شدنی و مثبت هستند. قصه‌ها به ما امکان می‌دهند تا از قفس تعارض‌هایمان رهایی پیدا کنیم (پزشکیان، ۱۹۹۶).

بر این اساس رویکردهای داستانی به رواندرمانی با این ایده همگرایی دارد که درمان اساساً نوع ویژه‌ای از گفت‌و‌گوی خلاق توانمندی مراجع را آشکار می‌سازد و به او جرئت و شهامت تغییر کردن می‌دهد (فارلانگر، ۱۹۹۹).

قصه‌درمانگران به جای نظریه‌های شخصیت و آسیب‌شناسی روانی، ما را ترغیب می‌کنند که به قصه‌ها متکی باشیم. قصه‌درمانگران مانند منتقدان ادبی می‌توانند به ما کمک کنند درباره اینکه کی هستیم، کی بوده‌ایم و چه می‌توانیم باشیم، معانی جدیدتر و تعبیرهای جدید ابداع کنیم (پروجاسکا و نورکراس، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۱). از این نظر آسیب‌شناسی روانی نمونه‌ای از قصه‌های زندگی است که از مسیر اصلی خارج شده است و رواندرمانی تمرینی برای ترمیم و بازسازی قصه‌زنندگی تلقی می‌شود (هاوئرد، ۱۹۹۱^۵). این نکته نیز قابل توجه است که ظرفیتها و قابلیتها افراد در معناده‌ی و بازسازی قصه‌زنندگی در فرایند درمانی متفاوت است (استرند، ۱۹۹۷).

Shawahd پژوهشی نشان می‌دهد که در استفاده از روش قصه‌درمانی رویه‌های متنوعی وجود دارد. در اینجا به برخی از این رویه‌ها اشاره می‌شود :

۱) در برخی پژوهشها چگونگی معناده‌ی مراجع به رویدادهای زندگی و حتی خودش مورد توجه قرار می‌گیرد. اینکه فرد خود و تجربه‌های شخصی و اجتماعی اش را چگونه معنا می‌کند. در این گونه پژوهشها قصه‌درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا به صورت‌بندی جدیدی از رویدادهای مشکل‌زا بپردازد و با تغییرات زبانی - نمادی برای رویدادها معانی جدیدی بسازد (مانتیگل، ۲۰۰۴؛ دساشیو، ۲۰۰۵).

۲) در برخی دیگر از پژوهشها، قصه‌گویی توسط مراجع به میل خودش و گفتگویی بین قصه‌درمانگر و مراجع و شناسایی تعارضهای مراجع از اختلال قصه و نیز چگونگی رویارویی وی با مشکلات مدنظر است (برای نمونه برتر، بیر و کیلها فنر، ۱۹۹۹).

۳) عده‌ای از پژوهشگران نیز از شیوه قصه‌سازی و قصه‌گویی توسط قصه‌درمانگر استفاده می‌کنند. بدین ترتیب که قصه‌درمانگر در خلال قصه‌هایی که می‌گوید به مراجع کمک می‌کند تا از خودش و دیگران و نیز مشکلات و شیوه‌های رویارویی با آنها درک

بهتری به دست آورد (برای نمونه اشنایدر و داب، ۲۰۰۵؛ انگس^۷، لویت^۸ و هاردک^۹، ۱۹۹۹).

همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که قصه‌درمانی هم در موقعیتهای فردی و هم در موقعیتهای گروهی قابل اجراست (برای نمونه شیجماتسو، ۲۰۰۰؛ زیمرمن و دیکرسن^{۱۰}، ۱۹۹۴). از نظر گروه سنی مناسب برای قصه‌درمانی، پژوهش نشان می‌دهد که هم بزرگسالان و هم کودکان می‌توانند از روش قصه‌درمانی بهره‌مند شوند (برای نمونه اشنایدر و داب، ۲۰۰۵؛ دراکر، ۱۹۹۸). با وجود این، شاید بتوان گفت که به دلیل شرایط خاص دوره کودک، از نظر توانایی‌های شناختی، کودکان می‌توانند از روش قصه‌درمانی استفاده بیشتری کنند. در واقع مجاورت و نزدیکی کودکان به رویدادهای مهم بین فردی در زندگی روزمره و غوطه‌ور بودن آنها در جنبه‌های حسی و عینی تجربه‌ها موجب می‌شود که این رویدادها نفوذ قوی‌تری در قصه‌های زندگی آنها داشته باشند (ترد، ۱۹۹۲). استفاده از قصه‌درمانی در روان‌درمانی کودکان با کار ریچارد گاردنر^{۱۱} در ۱۹۷۱ شروع شد. وی از فن قصه‌گویی متقابل استفاده کرد. در این فن از کودک خواسته می‌شود قصه‌ای دارای آغاز، میانه و پایان بگوید. سپس درمانگر موضوعات روان‌تحلیل‌گرانه مرتبط با مسائل کودک را انتخاب می‌کند و در قصه‌ای مشابه قصه‌کودک به کار می‌برد و آن را برای کودک بیان می‌کند. در این قصه، درمانگر راه حل‌های سالم‌تر و کاملتری را برای رویارویی با مشکلات ارائه می‌کند (گاردنر، ۱۹۹۳ به نقل از آرد، ۲۰۰۴).

بر همین اساس هدف از پژوهش حاضر استفاده از قصه‌درمانی برای درمان افسردگی کودکان بوده است.

روش جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در پژوهش حاضر تأثیر متغیر آزمایشی (قصه‌درمانی) بر متغیرهای وابسته (افسردگی و اختلال‌های همبود) در چارچوب روش پژوهش شبه‌آزمایشی مورد بررسی قرار گرفته است.

به دلیل مشکلات مربوط به اجرای طرحهای آزمایشی که مستلزم همکاری مؤثر اولیای مدرسه و والدین است، به ناچار از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این ترتیب که با هماهنگی یک مدرسه ابتدایی دخترانه، نخست مقیاس افسرده‌خوبی فرم معلم پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI4) بر روی همه دانشآموزان پایه چهارم و پنجم اجرا شد. سپس ۵ نفر از دانشآموزانی که مطابق با فرم معلم دارای افسرده‌خوبی بودند انتخاب شدند، آن گاه برای اطمینان از افسرده‌خوبی این کودکان و شناسایی اختلالهای همبود آن، فرم والد پرسشنامه مذکور به طور کامل بر روی آنها اجرا شد که هر ۵ کودک از نظر والدین نیز دارای افسرده‌خوبی بودند.

ابزار

برای شناسایی کودکان افسرده از پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI4 استفاده شد. این پرسشنامه نوعی مقیاس درجه‌بندی رفتار است که نخستین بار در ۱۹۸۴ اسپیرافکین و گادو آن را براساس طبقه بندی DSM-IV ساختند و در ۱۹۹۴ پس از چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی تجدید نظر شد. (CSI4) دو فرم والد و معلم دارد؛ روایی و پایایی این پرسشنامه بر روی ۶۸۰ نفر از دانشآموزان ۶ تا ۱۴ ساله شهر تهران بررسی شده است و نتایج، نشانگر معتبر بودن شاخصهای روایی و پایایی این پرسشنامه در حیطه‌های مورد سنجش بوده است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۱).

ابزار دیگر مورد استفاده در پژوهش شامل سلسله کتابهای قصه‌کودکان، کارت‌های کلمات و اشیاء بوده است. کتابهای کارت‌های اشیایی که برای جلسات درمانی استفاده شده‌اند عبارت‌اند از:

کتابهای قصه

- ۱) احساسهای تو، من خوشحالم. نویسنده: کارن برایانت مول، ترجمه قاسم کریمی.
- ۲) درخت کوچولو. نویسنده: جویس، س، میلز، ترجمه حمید علیزاده.

- (۳) باغ همسایه. نویسنده: جرداداری شیدل، ترجمه مجید عمیق.
- (۴) کوتوله‌ها در دهکده. نویسنده: بینا، ترجمه حسن ناصری.
- (۵) فرانکلین در صحنه. نویسنده: پولت بورژوا، ترجمه رؤیا سلیمی مرند.
- (۶) احساسهای تو، من غمگینم. نویسنده: برایان موزس، ترجمه قاسم کریمی.
- (۷) حسنی و گل خندان، داستان لانه ام کجاست؟ نوشته: مژگان شیخی.
- (۸) من عصبانی هستم. نویسنده: آلتنا، ترجمه: متین پدرامی.
- (۹) احساسهای تو، من نگرانم. نویسنده: برایان موزس جن، ترجمه: قاسم کریمی.
- (۱۰) آهوی گردن دراز، نوشته جمشید سپاهی.
- (۱۱) رختخوابی برای شیر. نویسنده: دایان ردفیلد ماسی، ترجمه: مژگان حمیدیان.
- (۱۲) حسنی و گل خندان، داستان میخ، ارزن و سنگ. نوشته: مژگان شیخی.
- (۱۳) فرانکلین فوتیال بازی می‌کند. نویسنده: پولت بورژوا، ترجمه رؤیا سلیمی مرند.
- (۱۴) الاغی روی پل. نویسنده: بانوراما جافا، ترجمه: سرور پوریا.
- (۱۵) خفاش کوچولو و یک قصه‌دیگر. نوشته: مژگان شیخی.
- (۱۶) تارزان در قبیله گوریل‌ها. نویسنده: ویکتوریا ساکسون، ترجمه: مجتبی حیدرزاده.

کارت کلمات

فهرست کلمات نوشته شده بر روی کارت‌ها عبارت بودند از: پدر، مادر، برادر، خواهر، دوست، معلم، درس، خانه، خواب، خستگی، لذت، غذا، غمگین، خوشحال، مردن، بازی، مهمانی، مسابقه، خجالت، نگرانی، عصبانی، موفقیت، شکست، تنها، شب، آرزو، ترس، هیولا، جادوگر، نماز، جنگل.

اشیاء

وسایل استفاده شده عبارت‌اند از: عروسک، اینه، دسته کلید، عینک آفتابی، سگ پلاستیکی.

طرح پژوهش

در پژوهش حاضر از طرح پژوهشی پیش آزمون - پس آزمون بدون گروه کنترل استفاده شده است. هرچند که این طرح پژوهشی را به سختی می توان طرح آزمایشی نامید، ولی استفاده از این طرح به خصوص هنگامی مناسب تشخیص داده شده که آزماینده می کوشد در یک ویژگی مقاوم در برابر تغییر یا بسیار ثابت شده، (مانند افسردگی) تغییرایجاد کند (گال، برگ و گال، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۳). پیش آزمون شامل اجرای مقیاس افسرده خوبی پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم معلم) و اجرای فرم والد همین پرسشنامه به طور کامل بوده است. پس از اجرای پیش آزمون و اخذ شرح حال و معاینه وضعیت روانی آزمودنی ها به طور گروهی طی ۲۴ جلسه (۶۰ دقیقه ای - ۲ جلسه در هفته) قصه درمانی انجام شد و یک هفته پس از آخرین جلسه درمانی پس آزمون اجرا شد. در برنامه درمانی از فنون قصه درمانی زیر استفاده شد :

۱- بازی با کلمات احساسی

در این روش با استناد به روش کدادسن (به نقل از کدادسن و شفر، ترجمه صابری و وکیلی ۱۳۸۲)، از کودکان خواسته شد احساسات مختلف را شناسایی کنند و نام ببرند و سپس درمانگ آنها را بر روی تکه کاغذهایی می نوشت و با آنها قصه ای می ساخت و بیان می کرد و پس از بحث و گفت و گو با کودکان در مورد آن قصه نوبت به کودکان می رسید که قصه ای را با همان کلمات احساسی تعریف و احساساتشان را بیان کنند.

۲- قصه گویی با کلمات دارای بار عاطفی مثبت

در این روش درمانگ با استفاده از کلمات، مفاهیم و پدیده های دارای بار عاطفی مثبت، قصه هایی را قبلاً انتخاب و در جلسه برای کودکان بازگو می کرد، سپس همراه با کودکان جنبه های مختلف قصه را به بحث و بررسی می گذاشت. در این گفت و گو بر رویدادهای

خواشایند، جنبه‌های مثبت مربوط به موضوعات و راه حل‌های مؤثر به کار برده شده در قصه، تمرکز می‌شد.

۳- قصه‌گویی با کلمات دارای بار عاطفی قدرت و نیرومندی

در این روش با استناد به روش قصه‌گویی متینگلی (به نقل از کdasن و شفر، (ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲) از میان کتابهای قصه‌کودکان، قصه‌هایی که دارای کلمات و مفاهیم با مضمون قدرت، نیرومندی، انرژی و تحرک بودند، برای جلسات درمان استفاده شد. قصه‌ها در جلسات درمان برای کودکان خوانده می‌شد و پس از آن جنبه‌های اصلی و مهم قصه با کودکان مورد بحث قرار می‌گرفت.

۴- کلمه قصه مرا حدس بزن

در این روش با استناد به روش قصه‌گویی ماری ریپ به نقل از کdasن و شفر (ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲) هر کودک از میان کارتھایی که کلماتی بر روی آن نوشته شده کارتی را انتخاب می‌کرد و با آن کلمه قصه‌ای می‌ساخت که دارای مقدمه، میانه و پایان بود. (این کلمات با زمینه‌های مربوط به مشکلات آنها مرتبط بوده است)، سایر کودکان ضمن شنیدن قصه‌کودک باید کلمه اصلی قصه‌او را حدس می‌زدند در پایان درمانگر پیامهای درمانی قصه‌کودک را می‌گرفت و با خود کودک در آن مورد بحث و بررسی می‌کرد.

۵- قصه‌درمانی با استفاده از استعاره‌ها

در این روش با استناد به شیوه جمشید امروستی به نقل از کdasن و شفر (ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲) در کاربرد استعاره‌ها و داستان پردازی در روان‌درمانی کودکان ابتدا آزماینده بر مبنای اطلاعات به دست آمده از شرح حال و معاینه وضعیت روانی نیازهای فردی، تعارضها، نگرانیها و عوامل فشارزا را در هر یک از آزمودنیها شناسایی و پس از آن داستانهایی خلق می‌کند که قهرمانان آنها مشکلاتی مشابه مشکلات آزمودنیها داشته باشند. به گونه‌ای که قهرمان داستانها مهارت‌ها و روشهای رویارویی جدیدی را برای غلبه با مشکلات

به کار می‌برند. پایان همه داستانها همیشه مثبت و پر از موفقیت است و به جای ضعفها و نامیدیها بر توانمندی، قدرت و امیدواری و راه حلها تأکید می‌شود.

۶- قصه‌درمانی با استفاده از اشیا

در این روش با استناد به روش جکی کی. فرد ریکسون به نقل از کdasن و شفر (ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲) به شناسایی تعارضات و نوع احساسات کودک پرداخته می‌شود. در این روش اشیا را روی میز برای کودکان می‌چینند و سپس از آنها می‌خواهند داستانی بگویند که در داستانشان یکی از این اشیا به کار رفته باشد. شرایط داستانهایی که کودکان باید بگویند عبارت‌اند از: داستان جالب باشد؛ جنبه آموزشی داشته باشد؛ همه بتوانند آن را تکرار کنند و به سؤالات جواب دهند. درمانگر جهت گفت‌و‌گو را به سمت تعارضها یا احساسات ناراحت‌کننده کودکی که داستان را بیان کرده سوق می‌دهد و بر راه حل‌هایی متمرکز می‌شود که به این کودک در حل مشکلات و تغییر شیوه برخورد با مشکلات کمک کند.

یافته‌ها

نمودهای آزمودنیها در فرم والد پرسشنامه (CSI4) نشان می‌دهد که در پیش آزمون هر ۵ آزمودنی علاوه بر افسرده‌خوبی، در برخی موارد مطابق با نمره برش هر اختلال، اختلال‌های اضطراب فراگیر، لجبازی و نافرمانی، اضطراب جدایی و هراس اجتماعی را به صورت همبود نشان داده‌اند (جدول ۱).

نمره برش اختلال‌های افسردگی^۳، اضطراب فراگیر^۳، لجبازی و نافرمانی^۴، اضطراب جدایی^۳ و هراس اجتماعی^۳ است. موارد در ستون پیش‌آزمون در جدول ۱ نشانگر وجود آن اختلال در هر آزمودنی است. نتایج مقایسه میانگینهای وابسته با آزمون ^t نشان می‌دهد که میزان افسرده‌خوبی و اختلال‌های همبود آن در آزمودنیهای مورد مطالعه (براساس گزارش فرم والد) پس از درمان کاهش معنادار داشته است.

تأثیر قصه درمانی بر کاهش علایم افسردگی در٪/۹۰۵

جدول ۱ - مقایسه نمره افسرده خوبی و اختلالهای همبود در دوره پیش و پس از درمان (فرم والد)

هراس اجتماعی		اضطراب جدایی		لجبازی و نافرمانی		اضطراب فراگیر		افسرده خوبی		نوع اختلال
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	آزمون آزمونیها	
۱	۲	۱	۳*	۰	۴*	۲	۵*	۱	۳*	۱
۰	۱	۰	۰	۰	۲	۰	۳*	۱	۳*	۲
۰	۰	۰	۰	۱	۴*	۰	۳*	۱	۳*	۳
۱	۳*	۲	۴*	۰	۱	۰	۳*	۱	۳*	۴
۱	۲	۰	۱	۱	۴*	۲	۳*	۱	۳*	۵
۰/۶	۱/۶	۰/۶	۱/۶	۰/۴	۳	۰/۸	۳/۴	۰/۶	۳	میانگین
-۳/۱۶*		-۲/۲۳۲*		-۵/۰۹۹*		-۶*		-۲/۲۳۲*		آزمون t

* P < 0/01 ** P < 0/05

جدول ۲ - مقایسه نمره افسرده خوبی آزمونیها در دو مرحله پیش و پس از درمان (فرم معلم)

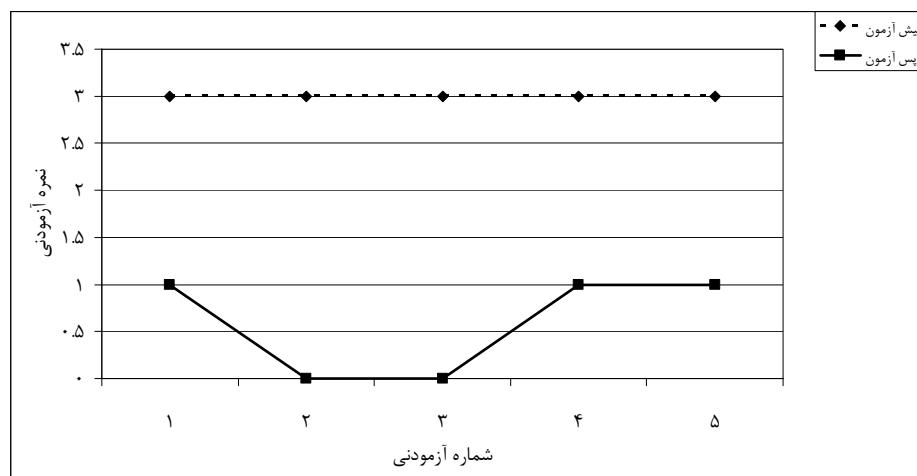
پس از درمان	پیش از درمان	ردیف آزمونیها
۱	۴	۱
۰	۳	۲
۲	۵	۳
۱	۴	۴
۳	۶	۵
۱/۴	۴/۴	\bar{X}
-۱۵*		آزمون t

* P < 0/01

نتیجه آزمون مقایسه میانگینهای واسته در مورد نمره افسرده خوبی آزمونیها پیش و پس از درمان (براساس گزارش فرم معلم) کاهش معنادار داشته است. همسویی نتایج به

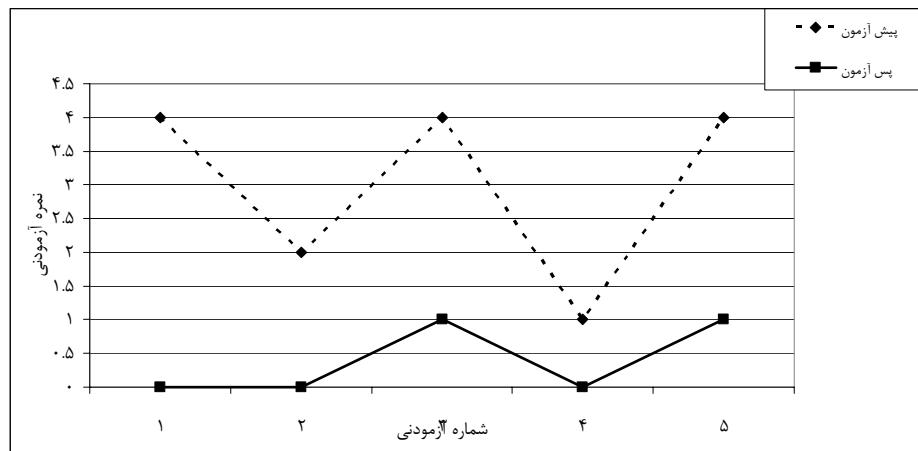
دست آمده در خصوص کاهش برجسته میزان افسرده‌خوبی آزمودنیها براساس گزارش والد و معلم قابل ملاحظه است.

نمودار ۱ و ۲ نشانگر افسرده‌خوبی آزمودنیها پیش و پس از درمان در فرم والد و فرم معلم است. نمودار ۳ نشانگر نمره اضطراب فراگیر، نمودار ۴ نشانگر نمره لجباری و نافرمانی، نمودار ۵ نشانگر نمره اضطراب جدایی و نمودار ۶ نشانگر نمره هراس اجتماعی آزمودنیها پیش و پس از درمان در فرم والد است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، پس از اجرای برنامه درمانی هیچ یک از آزمودنیها اختلال‌های مذکور را نداشتند.

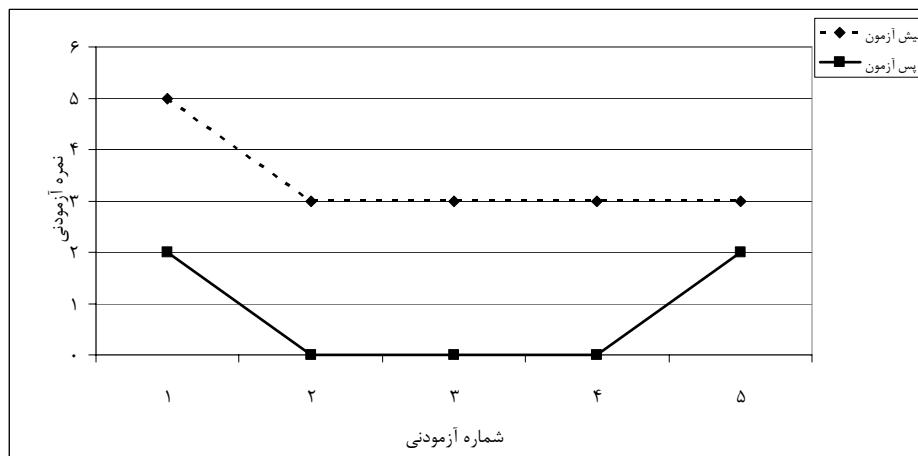


نمودار ۱ - نمودار نمره افسرده خوبی آزمودنیها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)

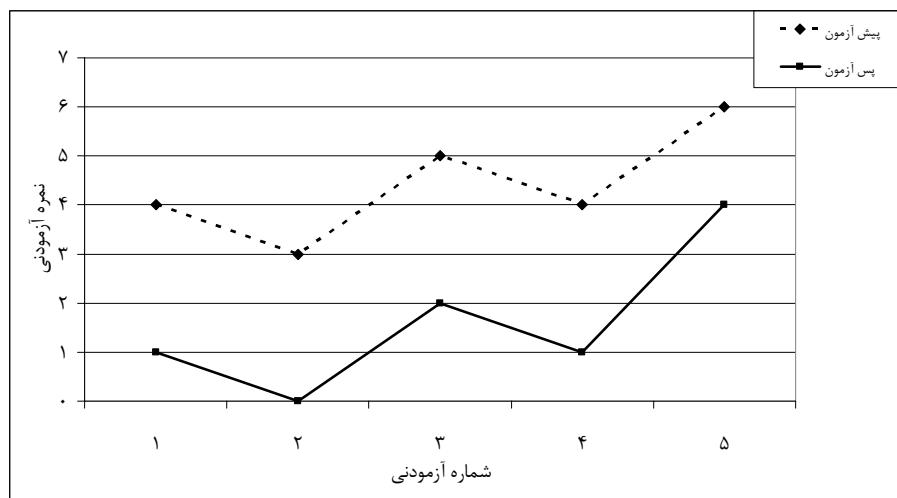
تأثیر قصه درمانی بر کاهش علایم افسردگی در٪۹۰



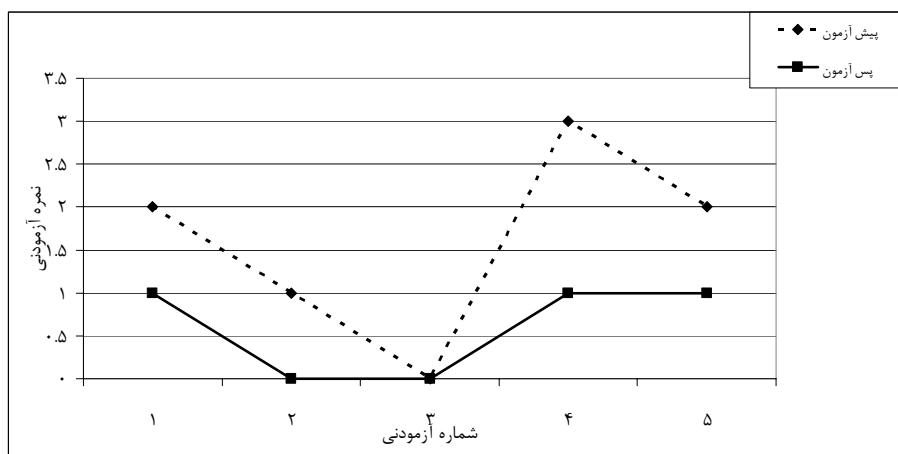
نمودار ۲ - نمودار نمره افسردگی خوبی آزمودنیها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم معلم)



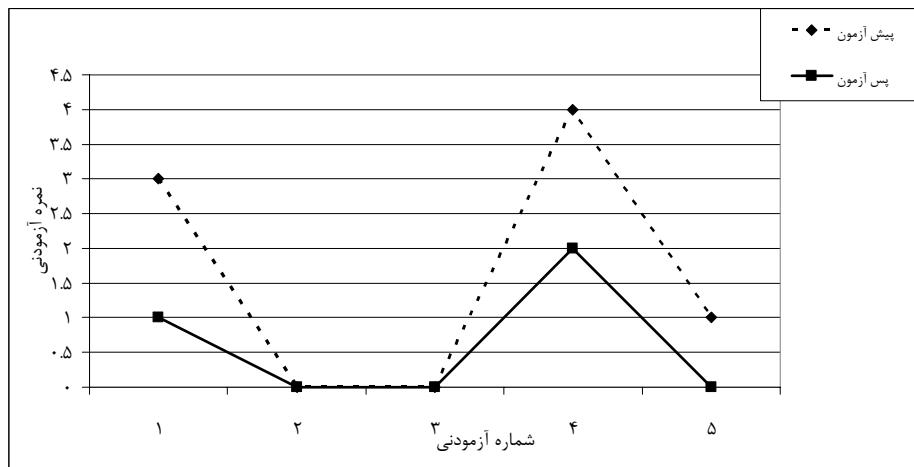
نمودار ۳ - نمودار نمره/اضطراب فراگیر آزمودنی‌ها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)



نمودار ۴- نمودار نمره/جیازی و تأثیرگذاری آزمودنی‌ها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)



نمودار ۵- نمودار نمره/خطرباب جدا/بی آزمودنی‌ها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)



نمودار ۶ - نمودار نمره هراس/جتماعی آزمودنی‌ها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)

بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلالهای روانی کودکان و نوجوانان است که فراوانی آن با سن افزایش می‌یابد، با اختلالهای اضطرابی و رفتاری همزیستی دارد و ممکن است پیامدهای جدی مانند غیبت از مدرسه و افت تحصیلی و حتی خطر خودکشی همراه باشد (پاتاکی و کارلسون، ۱۹۹۵؛ کارلسون، ۲۰۰۰). به همین دلیل بازبینی ادبیات مربوط به افسردگی کودکی برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد (مالبین^{۱۲} و اکروچو^{۱۳}، ۲۰۰۳). پژوهش حاضر کوشیده است تا اثر بخشی یکی از این گزینه‌های درمانی یعنی قصه‌درمانی را در درمان افسردگی کودکی مورد بررسی قرار دهد.

استفاده از استعاره‌ها، قصه‌ها و قصه‌گویی، داستان‌پردازی و افسانه‌ها به عنوان شیوه درمانی پدیده‌ای سنتی است (کدان و شفر ترجمۀ صابری و وکیلی، ۱۳۸۲). برای نمونه نصرت پزشکیان (۱۹۹۶) در کتابی به نام «قصه‌های شرقی به عنوان ابزاری در روان درمانی» به طور تفصیلی به جنبه‌های مختلف استفاده از قصه‌های شرقی از جمله داستان هزار و یکشنب در روان‌درمانی اشاره

کرده است. در قالب این داستانها، شهرزاد قصه‌گو در مقام درمانگر قصه‌هایی بیان می‌کند که به مسائل پادشاه بیمار مربوط است و بدین طریق او را درمان می‌کند. رویکردهای داستانی طی سالهای اخیر در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی برای درک رفتار انسان فraigیر شده است. تغییر دادن افکار انسان به مثابه نمونه‌هایی از بسط قصه‌ها تلویحات گستردگی را برای بسیاری از قلمروهای روان‌شناسی هم در سطح نظری و هم در سطح پژوهشی در برداشته است (هوارد، ۱۹۹۱). با وجود اینکه پژوهش در خصوص رویکردهای قصه‌درمانی تنها در حدود سه دهه اخیر فraigir شده است، پژوهشگران مختلف بر اثربخشی قصه‌درمانی برای بیماران دارای اختلالهای روانی و افزایش خودآگاهی تأکید داشته‌اند (شاپیرو و راس، ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۳؛ کستنباوم، ۲۰۰۳). از جمله این پژوهشها می‌توان به استفاده از رویکردهای قصه‌درمانی در درمان الکلیسم (کامینسکی^{۱۵}، زابینو^{۱۶}، تیز^{۱۷} و کاسما^{۱۸}، ۱۹۹۶)، خانواده درمانی (می^{۱۹}، ۲۰۰۵)، درمان لکنت (دیاللو و همکاران، ۲۰۰۲)، درمان زنانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند (دراکر، ۱۹۹۸)، کمک به هویت‌یابی؛ نوجوان (مورفی، شیجماتسو، ۲۰۰۰)، و حتی استفاده از قصه‌درمانی در برنامه‌های شغلی و سازمانی (بارت و همکاران، ۱۹۹۹، دنینگ، ۲۰۰۴) اشاره کرد.

کارکرد قصه‌درمانی به ویژه برای کودکان بسیار برجسته‌تر می‌شود؛ زیرا آنها نمی‌توانند به سادگی افکار و احساساتشان را شناسایی و ابراز کنند. به همین دلیل قصه‌درمانی به صورت یکی از روش‌های عالی مشاوره و روان درمانی کودکان مطرح شده است (تامپسون و روولف، ترجمه طهوریان، ۱۳۸۴). زمانی که کودکان به قصه‌گوش فرا می‌دهند یا قصه‌ای نیمه تمام را تکمیل می‌کنند خود را در نقش قهرمان قصه‌قرار می‌دهند و در واقع به سمت تعارضهای خودشان می‌روند. آنها ممکن است مهارت‌ها و راه حل‌هایی را که شخصیت‌های قصه به کار می‌برند، به طور ناهوشیار برای رویارویی با مشکلات خود امانت گیرند. این امر موجب می‌شود آنها بتوانند بر گذشته و ناکامیهای پیشین خود فایق آیند و آاینده خود را پرمumentar بیابند (کدان و شفر، ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲، کیزولینک ترجمه ناصری، ۱۳۸۱). در خصوص کلارآیی و اثربخشی قصه‌درمانی در مشکلات روان‌شناختی کودکان پژوهش‌های متعددی انجام شده است که ازان جمله می‌توان به استفاده از قصه‌درمانی برای کاهش اضطراب و افزایش احساس مسلط بودن و شایستگی و امیدواری در کودکان (هنی و کوزلوفسکا، ۲۰۰۲)، برای کمک به کودکان دارای والدین مبتلا به اختلال عاطفی (فوج و

بردلی، ۱۹۹۶)، در درمان اختلال سلوک (آرد، ۲۰۰۴) و در کار با کودکان ناشنوا یا نیمه شنوا (فارلانگر، ۱۹۹۹) اشاره کرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که استفاده از فنون مختلف قصه‌درمانی می‌تواند به درمان افسردگی کودکان منجر شود. برخی از این فنون عبارت‌اند از: کمک به کودکان افسرده برای افزایش خودآگاهی هیجانی از طریق شناسایی احساسات و هیجانهای قهرمان قصه‌ها و ساختن قصه‌هایی با کلمات احساسی و ابراز احساساتشان در خلال قصه‌ها، گوش فرادادن کودکان افسرده به قصه‌هایی با مضامین قدرت، نیرومندی، انرژی و تحرک، گفت‌و‌گو با کودکان افسرده درباره پیامهای درمانی، قصه‌هایی که می‌گویند یا می‌شنوند و نیز گوش فرا دادن کودکان افسرده به قصه‌هایی که بیانگر مشکلاتی مشابه مشکلات آنان است و در عین حال به راه حل‌های مؤثر و نتایج مثبت و خوشایند خاتمه می‌یابند.

در این پژوهش به کارگیری فنون مذکور نه تنها موجب درمان افسردگی کودکان مورد مطالعه شد بلکه به درمان اختلالهای همبود از جمله اختلالهای اضطرابی (شامل اضطراب فراغیر، اضطراب جدایی و هراس اجتماعی) و لج بازی و نافرمانی منجر شده است. این یافته‌ها بر شناسایی و به کارگیری قصه‌ها و داستانهای شفایخش سنتی و بومی ایرانی و اسلامی در فعالیتهای آموزشی، تربیتی و درمانی برای بهینه‌سازی فرایند تحول روان‌شناختی درمان و ارتقای سلامت روان کودکان و نوجوانان تأکید دارد.

یادداشت‌ها

- | | |
|----------------------|-----------------|
| 1) Narrative therapy | 2) play therapy |
| 3) Desocio | 4) Doane |
| 5) Howard | 6) Kielhofner |
| 7) Angus | 8) Levitt |
| 9) Hardtke | 10) Dicherson |
| 11) Richard Gardner | 12) Mablin |
| 13) Akrocho | 14) Ross |
| 15) Caminski | 16) Zabino |
| 17) Tiz | 18) Casma |
| 19) Mee | |

منابع

- بروچاسکا، جیماو و نورکراس، جان.سی. (۱۳۸۱). **نظریه‌های روان‌درمانی**، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: انتشارات رشد.
- تامپسون، چارلز. و روبلف، لینداب (۱۳۸۴). **مشاوره با کودکان**، ترجمه جواد طهوریان. تهران: انتشارات رشد.
- زارب، ژان.م (۱۳۸۳). **از زیبایی و شناخت-رفتار درمانی نوجوانان**. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی، تهران:
- شرودر، کارولین اس و گوردون، بتی ان (۱۳۸۵). **سنجهش و درمان مشکلات دوران کودکی**. ترجمه مهرداد فیروزیخت ، تهران: انتشارات دانڑه
- فالر، دیوید جی و دومس، لین اس (۱۳۸۴). **کمک کن، غمگینم (راهنمای پیشگیری و درمان افسردگی در کودکان و نوجوانان)**. ترجمه نسرین پارسا. تهران: انتشارات رشد.
- کدان، هایدی و شفر، چارلز (۱۳۸۲). **برگزیده‌های از روش‌های بازی درمانی**. ترجمه سوسن صابری و پریوش وکیلی. تهران : انتشارات آگاه و ارجمند.
- کیزرلینک، لینده فن (۱۳۸۱) . **مقابله با ترس : چگونه با تعریف داستان ترس را از فرزندان خود دور کنیم** . ترجمه سید حسن ناصری. مشهد : به نشر .
- گال، مردیت، بورگ، والتر و گال، جویس، (۱۳۸۳). **روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی**، (جلد دوم). ترجمه احمد رضا نصر و همکاران. تهران : انتشارات دانشگاه شهید روحانی

بهشتی و سمت.

محمد اسماعیل، الهه (۱۳۸۱). بازی درمانی در درمان کودکان مبتلا به اختلال رفتاری. وزارت آموزش و پرورش: سازمان آموزش و پرورش استثنایی، پژوهشکده کودکان استثنایی

Angus, L., Levitt, H. And Hardtke, K .(1999) . "The narrative process coding system:research application and implications for psychotherapy". *Practice*, 55 ,1255-70.

Arad, D.(2004). "If your mother were an animal, what animal would she be? Creating play stories in family therapy: the Animal Attribution story-telling technique". *Family Process*.

Barret, L., Beer, D.and Kielhofner, G.(1999). "The importance of volitional narrative in treatment: An ethnographic case study in a week program. *Work*, 12 , 79-92.

Carlson , GA .(2000) . "The challenge of diangnosung depression in childhood and adolescence". *J. Affect Disord* , 61, 3-8 .

Compton , SN , March , JS , Brent , D , Albano , Weersing R , & Curry, J. (2004) . "Cognitive behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorder in children and adolescents : an evidence- bosed medicin review" . *J Am Acad child Addesc Pschiatry* , 43, 930-59.

Dhavale , Hs . (2001) ." Depression in childhood and adolescents". *J Indian Med Assoc* , 99,34-5 ,38 .

-
- Desocio, J.E. (2005).** "Assessing self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy". *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*.
- Doan, R.E. (1998).** "The king is dead: long live the king: Narrative therapy and practicing what we preach". *Family Process* 37, 379-85.
- Drauker, CB. (1998).** "Narrativetherapy for women who have lived with violence". *Arch Psychiatr Nurs*, 12, 162-8.
- Furlonger, B.F. (1999).** "Narrativetherapy and children with hearing impairments". *Am Ann Deaf*, 144, 325-33.
- Harrington , R , Whittaker , J , Shoebridge , P .& Campbell , F .(1998) .** "Systematic review of Efficacy of cognitive behavior therapies in childhood and adolescent depressive disorder". *B M J* . 316,1559-63 .
- Hanney,L& Kozlowska, K. (2002).** "Healing traumatized children: Creating illustrated story books in family therapy". *Family Process*, 41, 37-65.
- Howard, G.S.(1991).** "Culture tales.A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy". *American Psychol*, 46, 187-97.
- Kestenbaum, C.J. (2003).** "Memory , narrative and the search identity in psychoanalytic psychotherapy: a second chance". *Journal of Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 31, 647-61.
- Lamarine , RJ .(1995) .** "Child and adolescent depression" . *J Sch Health* , 65, 390-3 .

-
- Langwieler , G . & linden , M .(1993)** . "Therapist individuality in the diagnosis and treatment of depression" . *J Affect Disorder*, 27, 1-11 .
- Mirza , KA .& Michael , A . (1996)**. "Major depression in children and adolescents". *Br J Hosp Med* . 55, 57-61 .
- Milin, R , Walkers , Chow J . (2003)**. "Major depressive disorder in adolescence : a brief review of the recent treat ment literature". *Jpsychiatry* , 48, 600-6 .
- Muntigl, P. (2004)**. "Ontogenes in narrative therapy: a linguistic-semiotic examination of client change". *Family Process*, 43, 109-31.
- Murphy-Shigematsu, S. (2000)**. "Cultural psychiatry and minority identities in Japan:a constructivist narrative approach to therapy". *Psychiatry*,63, 371-84.
- Nissen .G . (1986)**. "Treatment for depression in children and adolescents". *Psychopathology* ,19,156-61 .
- Park, RJ & Goodyer, IM . (2000)**."Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence". *Eur child Adolesc psychiatry* , 9, 147-61 .
- Parry, A. (1991)**. "A Universe of stories". *Family Process*, 30, 37-54.
- Pataki , CS & Carlson, GA. (1995)**. "Childhood and Adolescent Depression : a review" *Harv Rev Psychiatry* , 3,140-51 .
- Pezeshkian, N. (1996) .** "Oriental stories as tools in psychotherapy". New Delhi: *Sterling Publisher's Pvt. Ltd.*
- Reeve,A.(2000)**."Recognizing and Treating anxiety and Depression in Adolescents" : Normal and abnormal responses". *Med Clin North Am* , 84, 891-905 .

-
- Ryan, ND . (2003).** "Child and Adolescent Depression : short – term treatment effectiveness and longterm opportunities". *J Methods Psychiatr Res* , 12, 44-53 .
- Son, SE & Kirchner J.T . (2000) .**"Depression in children and adolescents". *Am Fam Physician* , 62, 2297-308 , 2311-2 .
- Strand, P.S. (1997).** "Toward a developmentally informed narratives therapy". *Family Process*, 36 , 325-39.
- Schneider, P.and Dube, Rv. (2005).** "Story presentation effects on children's retell content". *Am J Speech Lang Pathol*, 14 , 52-60.
- Shapiro, J& Ross, V.(2002).** "Applications of narrative theory and therapy to the practice of family". *Family Medicin*, 34 , 96-100.
- Troxler, MA& Grogg, SE. (1997).** "Guid to family practitioners for the diagnosis and treatment of depression in children and adolescents". *J Am osteopath Assoc*, 97 , 280-50.
- Trad, P.V. (1992).** "Use of developmental principles to decipher the narrative of preschool children". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 , 581-92.
- Zimmerman, J.L.and Dickerson, V.C.(1994).** "Using a narrative metaphor: implications for theory and clinical practice". *Family Process*, 33, 233-45.