

تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلالهای اضطرابی دانش آموزان مضطرب پایه چهارم ابتدایی

*معصومه یوسفی لویه^۱، دکتر علی دلاور^۲، دکتر مجید یوسفی لویه^۳

پذیرش نهایی: ۵/۲۷/۸۷

تجدید نظر: ۳/۲۷/۸۷

تاریخ دریافت: ۱۳/۸/۸۶

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلالهای اضطرابی و اختلال همبود در کودکان (۱۰-۹ ساله) بوده است. روش: بدین منظور در چارچوب روش پژوهشی نیمه آزمایشی ۱۴ نفر از دانش آموزان دختر پایه چهارم ابتدایی دارای اختلالهای اضطرابی به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. طرح پژوهشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI4) مورد استفاده قرار گرفت. پس از انجام پیش‌آزمون، برنامه قصه‌درمانی به مدت ۱۴ جلسه (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه- دوبار در هفتگه) برای گروه آزمایشی اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که نشانه‌های اختلالهای اضطرابی و اختلال همبود در کل آزمودنیها پس از قصه‌درمانی کاهش معنادار داشته است. نتیجه‌گیری: قصه‌درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلالهای اضطرابی در کودکان مضطرب شده است؛ بنابراین می‌توان قصه‌درمانی را به مثابه یک فن اثربخش برای درمان اختلالهای اضطرابی کودکی به کار برد.

واژه‌های کلیدی: قصه‌درمانی، اختلالهای اضطرابی کودکی

مقدمه

اضطرابی کودکی^۱ با نگرانیهای معمولی کودکان متفاوت است، ولی پژوهش سیلورمن، لاگرکا و واسرشتین (۱۹۹۵) نشان داده است که اضطراب کودکان با نگرانیهای آنها رابطه معنادار دارد. بیشترین نگرانی متبادل در کودکان ۷-۱۲ ساله به سه حیطه مدرسه، سلامتی و آسیب شخصی مربوط است. میزان شیوع این اختلالها با سن افزایش می‌یابد و این اختلالها در دختران بیش از پسران شایع است (ایساو، ۲۰۰۰؛ به نقل از بیدل و ترنر، ۲۰۰۵). نکته مهم در درک اختلالهای اضطرابی کودک این است که این اختلالها به ندرت به تنها‌یی بروز می‌کند. در واقع

به طور کلی اختلالهای اضطرابی از اختلالهای نسبتاً شایع دوره کودکی به شمار می‌رود (بیدل و ترنر، ۲۰۰۵) از جمله اختلالهای اضطرابی شایع در دوره کودکی، اختلال اضطراب فراگیر است که سن شروع آن پایین است، سیر مزمن دارد و میزان بالایی از همبودی را با سایر اختلالهای روان شناختی نشان می‌دهد (کسلر، کلر و ویچن، ۲۰۰۱)، همچنین اختلال اضطراب جدایی و اختلال اضطراب اجتماعی به مثابه یک اختلال شدید و شایع شناخته شده‌اند (کارت رایت، هتان، هاگز و پرتر، ۲۰۰۳؛ بیدل، فرل، آلفانو و یگانه، ۲۰۰۱). با وجود اینکه اختلالهای

۱۹۹۰ با ظهور پژوهش‌هایی، شیوه‌های درمانی مختلف توصیف شد و کارآیی درمانی آنها در خصوص اختلالهای اضطرابی دوران کودکی مستند شد (اولندايك و همکاران، ۱۹۹۴ به نقل از کنдал نجاریان و داوودی، ۱۳۸۴). در میان درمانهای روان شناختی شواهد پژوهشی کافی مبتنی بر اثربخشی مداخله‌های رفتاری و شناختی - رفتاری برای اضطراب وجود دارد (بیدل و ترنر، ۲۰۰۵) برای نمونه برنشتین، لیان، ایگان و تنسیون (۲۰۰۵)، هادسون، درسنی و تایلر (۲۰۰۵)، و وود، پیاستنی، ساتام-گراو، چو و سیگمن (۲۰۰۶) بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بهویژه به شیوه گروهی و با تمرکز بر خانواده و آموزش گروهی والدین در درمان کودکان مضطرب تأکید کردند.

با وجود این، یکی از موضوعهای مهم در درمان اختلالهای اضطرابی کودکان با هر اختلال دیگر این است که این کودکان به ندرت خود جویای درمان هستند و اغلب، بزرگسالان وجود پریشانی را در کودک شناسایی می‌کنند و در صدد درمان او برمی‌آیند. بدین ترتیب کودکان انگیزه کمتری برای همکاری در فرایند درمان دارند و ایجاد رابطه درمانی با کودک کاری دشوار است (بیدل و ترنر، ۲۰۰۵). از این نظر، به کارگیری تدبیر درمانی که بتواند انگیزه بیشتری برای مشارکت فعل کودکان دارای اختلالهای اضطرابی یا هر اختلال دیگر فراهم آورد، ضروری به نظر می‌رسد. این در حالی است که رایت، کلوم، رودمن و فبرارو (۲۰۰۰) بر اثر بخشی رویکرد کتاب‌درمانی به مثابة روش درمانی فشرده که در افزایش انگیزه مراجعت برای شرکت فعل در فرایند درمان نقش دارد، تأکید کرده‌اند. رایت و همکارانش از کتاب‌درمانی برای درمان افراد با حمله‌های وحشت‌زدگی استفاده کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در فراوانی وقوع حمله‌های وحشت‌زدگی، شناختهای زمینه‌ساز، اضطراب انتظاری، اجتناب و افسردگی کاهش چشمگیر داشته‌اند. جانس (۲۰۰۲)

بسیاری از کودکانی که ملاکهای تشخیصی یک اختلال اضطرابی را نشان می‌دهند، اغلب نشانه‌هایی از سایر اختلالهای اضطرابی را نیز دارند. افرون بر این بسیاری از کودکانی که نشانه‌هایی از یک یا چند اختلال اضطرابی را دارند، ممکن است به جز اضطراب، مشکلات عاطفی و رفتاری دیگری هم داشته باشند. با توجه به تظاهرات بالینی اختلالهای اضطرابی، الگوی سه‌محوری لانگ در سال ۱۹۶۸، یک مفهوم‌سازی مسلط و پذیرفته شده است. در این الگو، اضطراب (شامل اضطراب کودکان، نوجوانان و بزرگسالان) سه محور را در بر می‌گیرد که عبارت‌اند از: واکنشهای فیزیولوژیک و بدنی، آشفتگیهای ذهنی و شناختی و واکنشهای رفتاری. سردرد و معده درد از شایع‌ترین شکایتهای جسمانی است. سایر نشانه‌های جسمانی شامل تعزیق، دشواری در تنفس، سرگیجه، کرختی یا گزگز کردن دستها یا پاها، دردهای قفسه سینه، تهوع، دردهای عضلانی و شکایت جسمانی مبهم مانند گلودرد است. شایان ذکر است که کودکان بزرگ‌تر بیشتر از خردسالان شکایتهای جسمانی دارند. در نشانگان بالینی اختلالهای اضطرابی کودکان، شناختهای منفی و غیر انتباقی جزء پایدار اختلال تلقی نمی‌شود؛ زیرا کودکان تا پیش از ۶ یا ۷ سالگی نمی‌توانند شناختهای منفی خود را شناسایی و ابراز کنند. شناختهای کودکان مضطرب ممکن است از نظر محتوا، شدت، فراوانی و کنترل پذیری متفاوت باشد. واکنشهای رفتاری اضطراب کودکان شامل رفتارهای اجتنابی، ترسوبی، قشقرق راه انداختن و نیز رفتارهای تکراری یا تشریفاتی است (بیدل و ترنر، ۲۰۰۵).

اختلالهای اضطرابی کودکی می‌تواند به اختلال روان شناختی جدی‌تری منجر شود و اغلب بدون مداخله‌های درمانی مناسب به خودی خود و به مرور زمان از بین نمی‌رود. بر خلاف این تصور قدیمی که اضطراب کودکان به خودی خود بطریف می‌شود، بسیاری از کودکان مضطرب، بدون برخورداری از درمان از اختلال خود رهایی نمی‌یابند. در اواخر دهه

کتابهای مقدس انجیل و قرآن برای آموزش شیوه‌های درست زندگی و کشف حقایق استفاده از استعاره‌ها، روایتها و قصه‌های اقوام و مردمان مختلف است (کراوفورد، بروان و کراوفورد، ۲۰۰۴).

ما زندگی را بر مبنای قصه‌هایی که آنها را زندگی می‌کنیم یا قصه‌هایی که می‌گوییم معنا می‌کنیم. در واقع، معنی زندگی ما بر این اساس شکل می‌گیرد که چگونه رویدادها را در یک توالی معنادار به هم ربط دهیم و چگونه احساس به خود را بنا می‌نهیم و آن را بخشی از شرح حال خود می‌کنیم (نی می‌بر، ۱۹۹۵ به نقل از دیاللو، نی می‌بر و میننگ، ۲۰۰۲). در واقع قصه‌ها چارچوبی برای خود پدید آیی و نیز آموزش و ارتقای خودفهمی و کارآیی در روابط بین شخصی فراهم می‌آورند (دین، ۱۹۹۸). با وجود اینکه مطالعه در خصوص جنبه‌های مختلف قصه‌ها عمدتاً به قلمرو روان شناسی شناختی مربوط است، علوم عصب شناختی نیز در شناسایی فرایندهای مرتبط با این توانایی (درک و تولید قصه‌ها) پیشرفت‌هایی به دست آورده‌اند. به نظر می‌رسد درک قصه‌ها مستلزم فعالیت شبکه‌ای از نواحی کمربندی، پیشانی و گیجگاهی در مغز است، کارکردهای خاص مرتبط با این نواحی با فرایندهای مطرح شده در الگوهای شناختی درک مطلب، همخوانی دارد. علاوه بر اینکه به نظر می‌رسد همین نواحی در مغز برای قصه‌سازی نقش اساسی دارند (ریموند، ۲۰۰۴).

رویکردهای داستانی به روان‌درمانی برگرفته از فلسفه‌های پست مدرن است؛ این دیدگاه بر اهمیت زبان مشترک در سازه‌های اجتماعی تأکید دارد و چنین فرض می‌کند که رفتارهای فرد، روابط، اشتیاقها و انتظارات او از سازه‌های اجتماعی "خود" که از طریق زبان مشترک شکل می‌گیرد، ناشی می‌شود. بر این اساس دیدگاه فرد به خودش و واقعیت بیشتر نوعی بازنمایی انتخابی است؛ به این معنی که فرد همه تجربه‌های زندگی‌اش را در قصه زندگی خود وارد نمی‌کند، بلکه تنها برخی از این تجربه‌ها را مورد توجه

نیز تأثیر کتاب‌درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری را بر اضطراب سلامت بیماران بررسی کرد، نتایج نشان داد سطح اضطراب بیمارانی که تحت تأثیر برنامه کتاب درمانی قرار داشتند، با وجود مشکل جسمانی بارز، در حد چشمگیری کاهش یافت. البته تامپسون و رودلف (ترجمه طهوریان، ۱۳۸۴) دو فن کتاب‌درمانی و قصه‌درمانی^۲ را در میان فنون روان‌تحلیلی مطرح کرده‌اند. با وجود تفاوت‌هایی در هر دو فن، شباهت‌هایی نیز بین آنها وجود دارد؛ از جمله اینکه در هر دو فن، از قصه‌هایی حاوی ماجراهای و شخصیت‌هایی شبیه به ماجراهای کودکانی که برای حل مشکلات خود نزد مشاور آمده‌اند، استفاده می‌شود و کودکان ترغیب می‌شوند تا افکار و احساسات خویش را ابراز کنند.

علاقه درمان‌گران به استفاده از قصه‌گویی با کار ریچارد گاردنر در ۱۹۷۱ شروع شد. وی از فن قصه‌گویی متقابل در روان‌درمانی کودک استفاده کرد. در این فن از کودک خواسته می‌شود که قصه‌ای دارای آغاز، میانه و پایان بگوید. سپس درمان‌گر موضوعات روان‌تحلیل‌گرانه مرتبط با مسائل کودک را انتخاب می‌کند و در قصه‌ای مشابه قصه کودک به کار می‌برد و آن را بیان می‌کند، در این قصه، درمان‌گر راه حل‌های سالم‌تر و بالغ‌تری را برای رویارویی با مشکلات عرضه می‌کند (آراد، ۲۰۰۴ به نقل از یوسفی‌لوبه و متین، ۱۳۸۵).

اصطلاح قصه‌گویی ممکن است این موضوع را به ذهن ما متبادر کند که قصه‌ها بخشی از ارتباط جدی محسوب نمی‌شوند، بلکه تنها برای سرگرمی هستند. در حالی که قصه‌ها به ما می‌گویند که در این جهان چگونه باشیم و به ما فرصت می‌دهند تا دیدگاهمان را به واقعیت تغییر دهیم؛ به عبارت دیگر داستان مبین باورهای ما درباره خودمان هستند. استفاده از قصه و داستان و روایت برای آموزش و شناساندن حقیقت، شیوه‌هایی درست زندگی، اخلاقیات و روش‌های دستیابی به کمال و موفقیت به اندازه تاریخ بشر قدمت دارد به گونه‌ای که حتی یکی از رویکردهای مهم

ارائه راه حل‌هایی برای مشکلات، کمک به افراد برای شناخت خودشان، پروراندن ایده‌ها و افزایش انگیزش، مدیریت روابط درمانی، تثبیت رهنمودها، کاهش دادن مقاومت، چارچوب‌دهی و ساخت‌دهی مجدد مشکلات، بازسازی الگو، الگوسازی شیوه‌ای از ارتباط برقرار کردن، یادآوری قابلیتهای افراد و حساسیت زدایی از ترس‌های افراد.

محدودیتهای شناختی و زبانی کودکان از یک سو و انگیزش پایین آنها برای مشارکت در فعالیتهای روان‌درمانی از سوی دیگر و ارزش‌های بنيادین قصه‌درمانی موجب شده است که قصه‌درمانی به مثابه یکی از روش‌های عالی در مشاوره و روان‌درمانی کودکان مطرح شود (تمپسون و روولف، ترجمه طهوریان، ۱۳۸۴). بر همین اساس هدف از پژوهش حاضر تعیین کارآمدی قصه‌درمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب کودکان دارای اختلال‌های اضطرابی بوده است.

روش

جامعه نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش از نوع کاربردی و روش آن نیمه‌آزمایشی است که طی آن تأثیر یک متغیر یک آزمایشی (قصه‌درمانی) بر متغیر وابسته (اضطراب و اختلال‌های همبود) در قالب طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بررسی شده است.

جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر پایه چهارم ابتدایی بود که دارای دست‌کم یکی از اختلال‌های اضطرابی (اضطراب فراگیر، اضطراب جدایی و هراس اجتماعی) بودند و در سال تحصیلی ۸۵-۸۶ در مدارس ابتدایی شهر تهران تحصیل می‌کردند.

از آنجا که اجرای طرح به همکاری والدین و اولیای مدرسه در خصوص در اختیار قرار دادن دانش‌آموزان، فضا و امکانات مورد نیاز بستگی داشته است، ناگزیر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ بدین منظور با هماهنگی یک مدرسه ابتدایی دخترانه آماده

و تعبیر قرار می‌دهد و برخی دیگر را از آگاهی دور نگه می‌دارد. فرد بر مبنای باورهایش درباره خود و دیدگاه دیگران به او، به رویدادهای خاص توجه می‌کند و آنها را در داستان زندگی (قصه‌های خود) به هم می‌آمیزد. برخی از این قصه‌ها به طور جدی تواناییهای فرد را محدود، او را دلتنگ و خودتخریبی را در او تقویت می‌کنند. از این نظر، تغییر در زبان و ادبیات قصه‌های خود به تغییر در معانی زندگی فرد منجر می‌شود و تغییر در قصه زندگی فرستهای تازه‌ای برای رفتار کردن و برقراری رابطه با دیگران فراهم می‌کند (دساشیو، ۲۰۰۵). به همین دلیل است که می‌توان اظهار کرد قصه‌های افراد درباره خودشان می‌تواند مبین مشکلات روانی آنها و نیز موضوعاتی باشد که برای آنها اهمیت دارد (سامر، ۲۰۰۳).

قصه‌درمانی به مثابه یک رویکرد درمانی پست مدرن با دیدگاه‌های روان‌درمانی مدرن، تفاوت اساسی دارد. بر خلاف این نوع روان‌درمانیها که در سازه‌های مدرنیست از جمله دانش، قدرت، حقیقت، تجربه، استدلال، خود و هویت ریشه دارد، دیدگاه پست مدرن که مبانی قصه‌درمانی را شکل داده است، به جای به کارگیری این مفاهیم، آنها را زیر سؤال برده است. بر این اساس، خود یا هویت ثابت و مشخص یا اساسی وجود ندارد، بلکه خود و هویت تنها در چارچوب فعالیتهای عقلانی، فرهنگی و زبانی شکل می‌گیرد. در واقع قصه‌ها از طریق زبان و تعامل‌های اجتماعی موجود در بافت‌های اجتماعی و تاریخی خاصی انتقال پیدا می‌کنند. قصه‌ها بازنمایی ساده رویدادهای زندگی نیستند، بلکه آنها ما را می‌سازند و به زندگی و روابط ما شکل می‌دهند. به همین دلیل است که قصه‌درمانی به "تجربه زندگی" متمرکز است (براون و آگوستا، ۲۰۰۷).

بارکر (۱۹۹۶) به نقل از کراوفورد و همکاران (۲۰۰۴) ارزش‌های بنيادین استفاده از استعاره‌ها، قصه‌ها و روایتها را در روان‌درمانی از کارزیگ در سال ۱۹۸۰ چنین برشموده است. طرح کردن نکات مهم،

نشان می‌دهد که این پرسشنامه به مثابه ابزار سنجش اختلالهای رفتاری و هیجانی در کودکان ایرانی، از پایایی نسبی خوبی در فرم والدین برخوردار است و به صورت یک ابزار غربالگری اختلالهای رفتاری و هیجانی در کودکان، می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد (محمداسماعیل، ۱۳۸۳).

ابزارهای دیگر مورد استفاده در پژوهش حاضر، کارتهای کلمه‌های احساسی مانند نگران و گریان؛ کارتهای کلمه‌های قصه‌سازی مانند خانه و جادوگ؛ جعبه دکمه‌ها و اشیایی مانند عروسک و کلید برای قصه‌سازی و قصه گویی بوده‌اند.

روش اجرا

پس از نمونه‌گیری و اجرای پیش‌آزمون، آزمودنیهای پژوهش (۱۴ نفر) به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. پس از اخذ شرح حال و معاینه وضعیت روانی، گروه آزمایشی به مدت ۱۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی ۷ هفته (۲ جلسه در هفته) تحت تأثیر برنامه قصه‌درمانی قرار گرفتند. برنامه مداخله ۵ روز پس از اجرای پیش‌آزمون، به شیوه گروهی اجرا شد. در جلسه اول پس از برقراری رابطه عاطفی با آزمودنیها درباره برنامه به صورت بازی، قصه‌گویی، قصه‌خوانی و گفت‌وگویی دو سویه در مورد مسائل و مشکلات شخصی و روزمره زندگی و شناسایی افکار و احساسات و عملکردهایشان توضیح داده شد. مدت و زمان برنامه و شرایط و مقررات شرکت در جلسه به طور مشروح برای آزمودنیها بیان شد. ۵ روز پس از آخرین جلسه درمانی پس‌آزمون اول و ۱۶ روز بعد پس‌آزمون دوم برای سنجش پایداری نسبی تغییرات برای گروه کنترل و آزمایشی اجرا شده در برنامه درمانی از فنون قصه‌درمانی زیر استفاده شد:

۱. بازی با کلمات احساسی^۴

هدف از این فن افزایش هشیاری و آگاهی آزمودنیها در مورد احساسات و هیجانهایشان بوده

به همکاری فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) در مورد کل دانش‌آموزان پایه چهارم اجرا شد، سپس ۱۴ نفر از دانش‌آموزانی که مطابق با ملاک پرسشنامه دارای اختلالهای اضطرابی (اضطراب فراغی، اضطراب جدایی، هراس اجتماعی) بودند، در پژوهش شرکت داده شدند. این ۱۴ نفر به طور تصادفی به دو گروه (۷ نفر در گروه آزمایشی، ۷ نفر در گروه کنترل) تقسیم شدند. شایان ذکر است که چون تمام آزمودنی‌ها از یک منطقه و یک مدرسه و یک پایه انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه واگذار شدند، فرض بر این است که به شیوه واگذاری تصادفی متغیرهای مزاحم کنترل شده و دو گروه همتا شده‌اند.

ابزار

در پژوهش حاضر از فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)^۳ استفاده شد، این پرسشنامه، یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ اسپیرافکین و گادو آن را براساس طبقه‌بندی DSM-III ساختند و در ۱۹۹۴ با چاپ چهارم DSM-IV با تغییرات اندکی مورد تجدید نظر قرار گرفت و با نام CSI-4 منتشر شد. همانند فرم‌های قبلی دو فرم والد و معلم داشت. فرم والدین دارای ۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالهای رفتاری تنظیم شد و فرم معلم ۷۷ سؤال دارد که برای ۹ گروه عمده از اختلالهای رفتاری را در بر می‌گیرد. در ایران نیز پژوهش توکلی‌زاده (۱۳۷۵) به نقل از محمداسماعیل (۱۳۸۳) با هدف کلی تعیین میزان شیوع اختلالهای رفتار ایدایی و کاستی توجه، بر روی ۴۰۰ دانش‌آموز دبستان شهر گناباد، (۲۰۰ پسر و ۲۲۸ دختر) انجام گرفته است. همچنین محمد اسماعیل (۱۳۸۳) طی یک هنغاریابی مجددً شاخصهای روایی و پایایی این پرسشنامه را بر روی تعداد ۶۸۰ دانش‌آموز ۶-۱۴ سال مورد مطالعه قرار داده است. نتایج پژوهش در زمینه بررسی پایایی CSI-4 با روش اجرای مجدد آزمون

(مانند خانوده، پدر، مادر، صبر، جادوگر، جنگل، تنهايی، ترس، غم و انواع احساسات) بر روی آن نوشته شده است، انتخاب می‌کند، این کلمه‌ها به مشکلات کودکان مربوط است. سپس از کودکان خواسته می‌شود با آن کلمه قصه‌ای بسازند که آغاز، میانه و پایان داشته باشد و بعد آن قصه را برای سایر کودکان بگویند. سپس سایر کودکان در سه بار یا کمتر باید کلمه اصلی قصه او را حدس بزنند و در پایان درمان گر پیامهای درمانی قصه کودک را می‌گیرد و با خود کودک مورد بحث و گفت‌و‌گو قرار می‌دهد. این فن طی ۲ جلسه (جلسات پنجم و ششم) به کار برده شده است.

۴. فن قصه‌گویی با اشیاء^۴

هدف از این فن کمک به کودکان در شناسایی تعارضها و احساسات دردنگ خود و ابراز آنهاست. در این فن با استناد به فردیکس (به نقل از کدادسن و شفر ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲)، اشیایی (مانند ماشین، موبایل پلاستیکی، عروسک، اردک پلاستیکی، دسته کلید، رختخواب، عروسک) را روی میز برای کودکان می‌چینیم و سپس از آنها می‌خواهیم قصه‌ای جالب و آموزشی بگویند که در قصه‌هایشان یکی از این اشیاء به کار رفته باشد. قصه‌ها می‌بایست به گونه‌ای باشند که سایر افراد گروه بتوانند آن را تکرار کنند و به سؤالهایی که درمان گر طرح می‌کند، پاسخ دهند. درمان گر جهت گفت‌و‌گو را به سمت تعارضها یا احساسات دردنگ کودکی که قصه را بیان کرده، سوق می‌دهد. سپس با کمک افراد گروه راه حلها و پیامدها را شناسایی می‌کند و بر راه حلها یی متمرکز می‌شود که به کودک قصه‌گو در حل مشکلاتش و تغییر شیوه روبارویی با مشکلات او کمک کند. این فن طی ۳ جلسه (جلسات ۷، ۸، ۹) به کار برده شد.

۵. فن قصه‌درمانی با استفاده از استعاره‌ها^۵

هدف از این فن متوجه ساختن کودک به امکانات جدید، تواناییها و پیشنهادهایی است که می‌تواند

است. در این فن با استناد به روش هایدی جرارد کادوسان (به نقل از کدادسن و شفر ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲)، از کودکان خواسته می‌شد با گوش دادن به موقعیتهای فرضی که درمان گر می‌گوید (برای مثال وقتی نمره پایین می‌گیری چه احساسی داری) احساسات مختلف را شناسایی کنند و نام ببرند. سپس درمان گر نام احساسات مختلف را بر روی کارتهایی می‌نوشت و با آنها قصه‌ای می‌ساخت و بیان می‌کرد و پس از بحث و گفت و گو با کودکان در مورد آنها، نوبت به کودکانی می‌رسید که قصه‌ای را با همان کلمات احساسی بسازند و بیان کنند و آنگاه احساس خود را در مورد قصه‌ای که از خودشان و از یکدیگر شنیده‌اند ابراز کنند. این فن در ۳ جلسه نخست به کار برده شده است.

۲. روش جعبه دگمه‌ها^۶

هدف از این فن، افزایش توانایی آزمودنیها در برقراری ارتباط کلامی و ابراز احساسات و افکار خود است. این فن با استناد به روش جوان ال کوک (به نقل از کدادسن و شفر ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲)، به مثابة ابزاری به کار برده می‌شود که نشانه گفته‌ها و عقاید متفاوت و احتمالاً دلخواه است. آزمودنی تشویق می‌شود دکمه را بازبینی کند و سپس دکمه‌ای را که احساس می‌کند حرفي برای گفتن دارد انتخاب کند و علت انتخاب خود را توضیح دهد و سپس آن را روی (تکه پارچه ای) لباس خویش وصل کند. در واقع در این فن آزمودنیها تشویق می‌شوند احساسات و افکار خویش را از زبان دکمه‌ها بیان کنند. این فن طی یک جلسه (جلسه چهارم) به کار برده شده است.

۳. کلمه قصه مرا حدس بزن^۷

هدف از این فن دستیابی به افکار، احساسات، مسائل و مشکلات اساسی و شیوه‌های کنار آمدن کودکان (۶-۷ ساله تا اوایل نوجوانی) با آن مشکلات است. در این فن با استناد به روش ریپ (به نقل از کدادسن و شفر ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲)، هر کودک، کارتی را از میان کارتهایی که کلمه‌هایی

آزمودنیها داشته‌اند، قصه‌ها به گونه‌ای تنظیم می‌شوند که قهرمان قصه‌ها، مهارت‌ها و شیوه‌های رویارویی تازه‌ای را برای غلبه بر مشکلات به کار می‌برند. پایان همه قصه‌ها همیشه مثبت و پر از موفقیت است و به جای ضعفها و ناامیدیها بر توانمندی، قدرت و امیدواری و راه حل‌های اثر بخش تأکید شده است. این فن طی ۵ جلسه (جلسات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴) به کار برده شد.

به پایانی خوش منجر شود و امید و خوشبینی ایجاد کند. در این فن با استناد به جمشید امروستی (بهنفل از کدانس و شفر ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲)، ابتدا درمان گر 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 می‌کند و پس از آن قصه‌هایی را می‌سازد که قهرمانان آنها مشکلاتی مشابه مشکلات

جدول ۱- نمره‌های اختلالهای اضطرابی آزمودنیهای گروه آزمایشی و کنترل در پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) در مراحل مختلف پژوهش

گروه کنترل			گروه آزمایشی			نوع اختلال اضطرابی	آزمودنی
پس‌آزمون دوم	پس‌آزمون اول	پیش‌آزمون	پس‌آزمون دوم	پس‌آزمون اول	پیش‌آزمون		
۳	۳	۳	.	.	۳	اضطراب فرآگیر	۱
۳	۳	۳	.	.	۳	اضطراب جدایی	۲
۴	۴	۴	.	.	۳	اضطراب فرآگیر	۳
۴	۰	۴	.	.	۳	اضطراب فرآگیر	۴
۳	۳	۴	۲	۱	۳	اضطراب فرآگیر	۵
۴	۳	۳	۱	۱	۳	هراس اجتماعی	۶
۴	۴	۴	۱	۱	۴	هراس اجتماعی	۷
۳.۵۷	۲.۸۵	۳.۵۷	۰.۵۷	۰.۴۲	۳.۱۴	میانگین	

جدول ۲- نمره‌های اختلال همبود آزمودنیهای گروه آزمایشی و کنترل در پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) در مراحل مختلف پژوهش

گروه کنترل			گروه آزمایشی			نوع اختلال همبود	آزمودنی
پس‌آزمون دوم	پس‌آزمون اول	پیش‌آزمون	پس‌آزمون دوم	پس‌آزمون اول	پیش‌آزمون		
-	-	-	.	۱	۴	لجبازی و نافرمانی	۱
۴	۴	۴	-	-	-	لطفی	۲
-	-	-	۱	۱	۴	لجبازی و نافرمانی	۴
۳	۳	۴	-	-	-	لجبازی و نافرمانی	۵
-	-	-	۰	۲	۵	لجبازی و نافرمانی	۶
۱.۴	۱.۴	۱.۶	۰.۲	۰.۸	۲.۶	میانگین	

نشان داده شده است. نمره برش اختلالهای اضطراب فرآگیر، هراس اجتماعی و اضطراب جدایی هر کدام ۳ است.

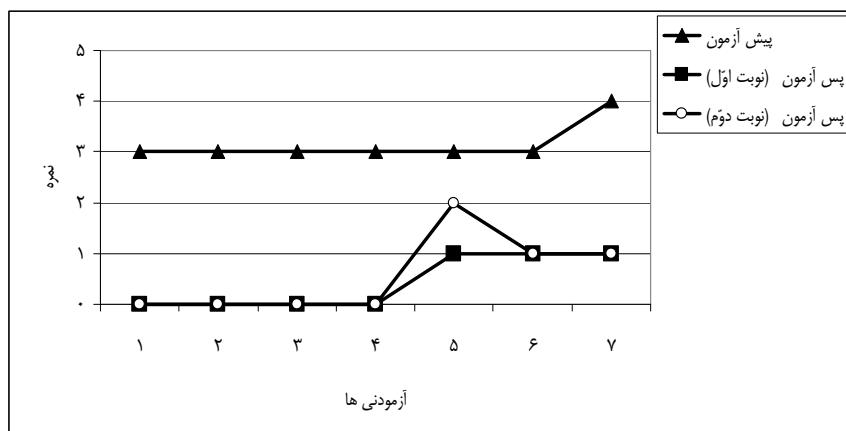
جدول ۱ نشان می‌دهد که آزمودنیهای هر دو گروه پیش از اجرای برنامه درمانی نشانه‌های حداقل یک

یافته‌ها

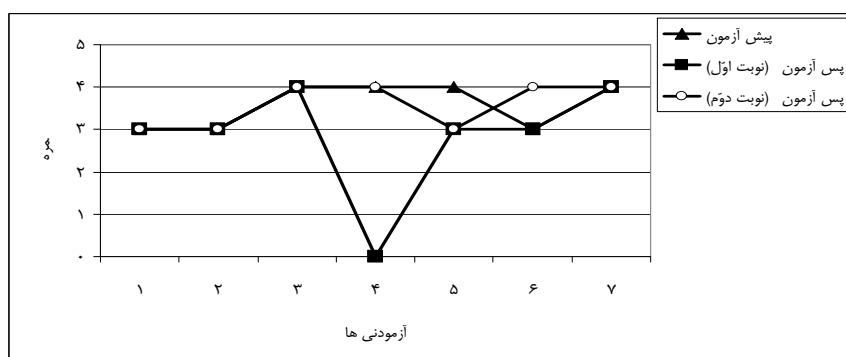
نمره‌های مربوط به پرسشنامه CSI-4 (فرم والد) در گروه آزمایشی و گروه کنترل در کودکان دارای اختلالهای اضطرابی در سه نوبت اجرا (پیش‌آزمون، پس‌آزمون اول و پس‌آزمون دوم)، در جدولهای ۱ و ۲

را داشته‌اند در حالی که آزمودنیهای گروه آزمایشی پس از درمان در نشانه‌های اختلال همبود کاهش چشمگیری داشته‌اند.

اختلال اضطرابی را دارا بودند. این در حالی است که پس از درمان گروه آزمایشی کاهش نشانه‌ها را داشته است. جدول ۲ نشان می‌دهد که پیش از اجرای برنامه درمانی، سه نفر از آزمودنیهای هر گروه اختلال همبود



نمودار ۱- نمودار نمره‌های پرسشنامه CSI-4 در کودکان دارای اختلالات اضطرابی (گروه آزمایشی)



نمودار ۲- نمودار نمره‌های پرسشنامه CSI-4 در کودکان دارای اختلالات اضطرابی (گروه کنترل)

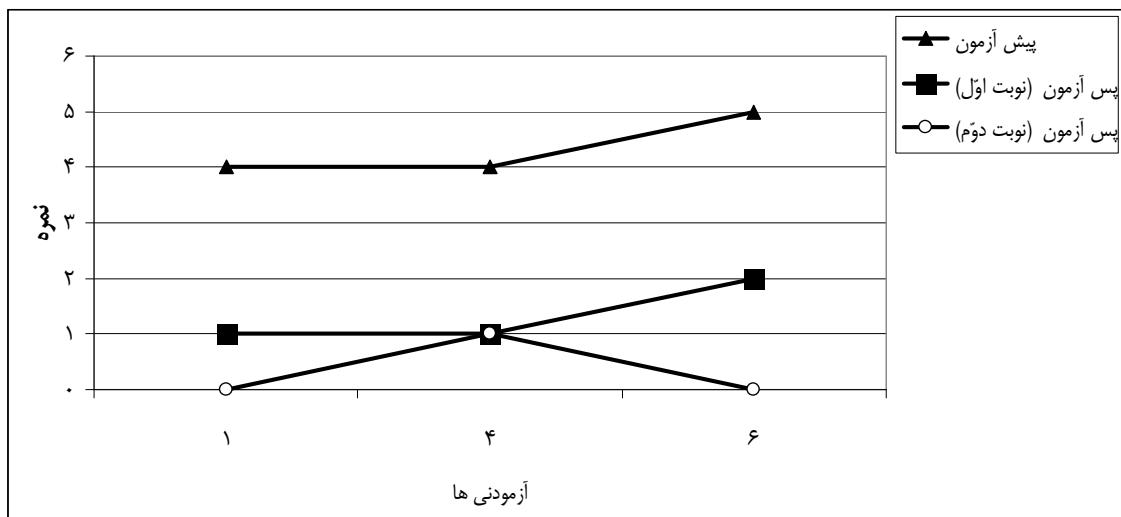
را داشته‌اند، این در حالی است که آزمودنیها پس از درمان در نشانه‌های اختلال همبود کاهش چشمگیری داشتند.

نمودار ۴ نشان می‌دهد که آزمودنیهای گروه کنترل در سه نوبت اجرای آزمون (CSI-4) (پیش آزمون، پس آزمون اول، پس آزمون دوم) اختلال همبود را دارا بودند.

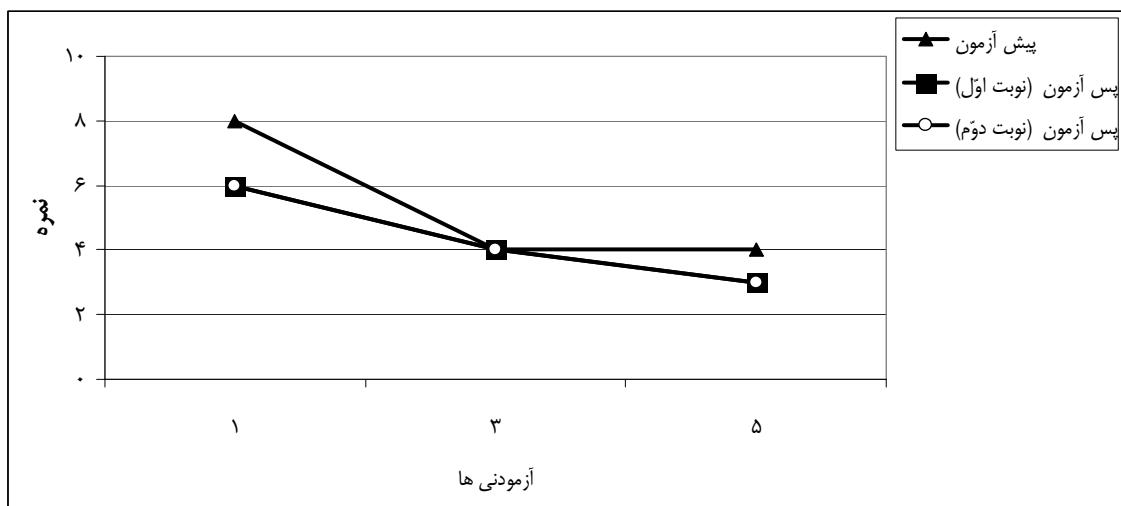
نتایج تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پیش آزمون، پس آزمون اول و پس آزمون دوم در گروههای آزمایشی و کنترل در جدول ۳ آمده است.

نمودار ۱ نشان می‌دهد که آزمودنیهای گروه آزمایشی پیش از اجرای برنامه درمانی نشانه‌های حداقل یک اختلال اضطرابی را دارا بودند. این در حالی است که پس از درمان گروه آزمایشی کاهش نشانه‌ها را داشته است. نمودار ۲ نشان می‌دهد که آزمودنیهای گروه کنترل در سه نوبت اجرای آزمون (CSI-4) (پیش آزمون، پس آزمون اول و پس آزمون دوم) نشانه‌های حداقل یک اختلال اضطرابی را داشتند.

نمودار ۳ نشان می‌دهد که آزمودنیهای گروه آزمایشی پیش از اجرای برنامه درمانی اختلال همبود



نمودار ۳. نمودار نمره‌های پرسشنامه CSI-4 در کودکان دارای اختلالات همبود لجیازی-نافرمانی (گروه آزمایشی) *



نمودار ۴. نمودار نمره‌های پرسشنامه CSI-4 در کودکان دارای اختلالات همبود لجیازی-نافرمانی و خلقی (گروه کنترل)

جدول ۳- خلاصه تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکرر روی یک عامل (آزمودنیهای دارای اختلالات اضطرابی)

F	میانگین مجددرات	درجه آزادی	مجموع مجددرات	منبع تغییر
			۴۸.۹۷۶	بین آزمودنیها
۵۳.۶۵۱**	۴۰.۰۲۴	۱	۴۰.۰۲۴	R (سطرها - گروه آزمایشی و گروه کنترل)
	۰.۷۴۶	۱۲	۸.۹۵۲	
			۴۶.۶۶۷	درون آزمودنیها
۲۳.۰۲۳**	۱۱.۱۴۳	۲	۲۲.۲۸۶	C (ستونها - پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲)
۱۳.۱۸۴**	۶.۳۸۱	۲	۱۲.۷۶۲	C*R (کنش مقابل سطر و ستون)
	۰.۴۸۴	۲۴	۱۱.۶۱۹	
		۳۶	۹۵.۶۴۳	C*S/R
				کل (T)

** P < 0.01

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی توکی (سه نوبت اجرای آزمون در آزمودنیهای دارای اختلالهای اضطرابی)

فاصله اطمینان ۹۵ درصد		سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین		نوبت اجرای آزمون (ب)	نوبت اجرای آزمون (الف)
حد بالا	حد پایین			(الف - ب)			
۲.۹۸	۰.۴۵	۰.۰۰۶	۰.۵۱۸	*	۱.۷۱	پس آزمون (نوبت اول)	پیش آزمون
۲.۵۵	۰.۰۲	۰.۰۴۵	۰.۵۱۸	*	۱.۲۹	پس آزمون (نوبت دوم)	
-۰.۴۵	-۲.۹۸	۰.۰۰۶	۰.۵۱۸	*	-۱.۷۱	پیش آزمون	پس آزمون (نوبت اول)
۰.۸۳	-۱.۶۹	۰.۶۸۹	۰.۵۱۸		-۰.۴۳	پس آزمون (نوبت دوم)	
-۰.۰۲	-۲.۵۵	۰.۰۴۵	۰.۵۱۸	*	-۱.۲۹	پیش آزمون	پس آزمون (نوبت دوم)
۱.۶۹	-۰.۸۳	۰.۶۸۹	۰.۵۱۸		۰.۴۳	پس آزمون (نوبت اول)	

تفاوت میانگینها در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

نتیجه می‌گیریم که میانگین نمره‌های آزمون بین دو نوبت اجرا پس از قصه‌درمانی با یکدیگر تفاوت معنادار آماری ندارند ولی میانگین این دو نوبت اجرا به طور معناداری با میانگین نمره‌های پیش آزمون تفاوت معنادار آماری دارد؛ به عبارت دیگر میانگین نمره‌های پس آزمون (اختلالهای اضطرابی) به طور معناداری پایینتر از نمره‌های پیش آزمون هستند.

* تأثیر کنش متقابل سطر و ستون (گروه آزمایشی و گروه کنترل - پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲) با توجه به اینکه F محاسبه شده ($13/184$) بزرگ‌تر از F جدول با سطح احتمال خطأپذیری ۰/۰۱ و درجات آزادی ۱ و ۱۲ (۹/۳۳) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین نمره‌های آزمودنیهای دو گروه آزمایشی و کنترل بدون در نظر گرفتن عامل تکرارشده در ستون (سه نوبت اجرای آزمون) با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود؛ به عبارت دیگر میانگین نمره‌های پرسشنامه CSI-4 در گروه کنترل به طور معناداری بالاتر از گروه آزمایشی است.

* تأثیر ستون (پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲) با توجه به اینکه F محاسبه شده ($23/0.23$) بزرگ‌تر از F جدول با سطح احتمال خطأپذیری ۰/۰۱ و درجات آزادی ۲ و ۲۴ (۵/۶۱) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین کل آزمودنیهای در سه نوبت اجرای آزمون بدون در نظر گرفتن عامل قرار گرفته شده در سطر (گروه آزمایشی و گروه کنترل) با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود.

برای مقایسه دو به دو میانگینها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. با توجه به نتایج آزمون تعقیبی توکی و همچنین زیر گروههای استخراج شده، با اطمینان ۹۹ درصد نتیجه می‌گیریم که میانگین نمره‌های آزمون بین دو نوبت اجرا پس از قصه‌درمانی در گروه آزمایشی با یکدیگر تفاوت معنادار آماری ندارند ولی میانگین این دو نوبت اجرا به طور معناداری با میانگین نمره‌های پیش آزمون در گروه آزمایشی و همچنین هر سه نوبت

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی توکی و همچنین زیر گروههای استخراج شده، با اطمینان ۹۵ درصد

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی توکی و همچنین زیر گروههای استخراج شده، با اطمینان ۹۹ درصد نتیجه می‌گیریم که میانگین نمره‌های آزمون بین دو نوبت اجرا پس از قصه‌درمانی در گروه آزمایشی با یکدیگر تفاوت معنادار آماری ندارند ولی میانگین این دو نوبت اجرا به طور معناداری با میانگین نمره‌های پیش آزمون در گروه آزمایشی و همچنین هر سه نوبت

نظر به کارگیری فنونی که موانع ارتباطی کودکان و درمان‌گر را مرتفع سازد از اهمیت بسزایی برخوردار است و این امر با توجه به آنچه فارلانگ (۱۹۹۹) به نقل از یوسفی لویه و متین، (۱۳۸۵) آورده، همخوانی دارد. از نظر فارلانگ رویکردهای داستانی درمان را نوع ویژه‌ای از گفت و گو می‌دانند که قابلیتها، شایستگیها و راه حلها را از خود کودک فرا می‌خواند و طی آن کودک توانمندی خود را تجربه و جرئت و شهامت تغییر را پیدا می‌کند و بدین ترتیب بهتر می‌تواند مشکلاتش را مدیریت کند. این پژوهش با اتکا به فنون قصه‌درمانی (که در بخش شیوه اجرا به تفصیل آمده است) و با استفاده از شیوه‌های غیرمستقیم در یک تعاملی مؤثر و گفت و گویی خلاق و دو جانبی درمان‌گر و کودک نسبت به رفع این دشواریها در روان‌درمانی کودکان اقدام کرده است.

بر این اساس، در پژوهش حاضر در فرایند قصه‌درمانی تلاش بر این بود که کودکان نسبت به احساسات و افکار هشیاری و آگاهی بیشتری پیدا کنند؛ نسبت به مشکلات و مسائل مهم خود و شیوه‌های رویارویی خودشان با مشکلات شناخت به دست آورند؛ با تعارضها و احساسات دردناکشان روبه رو شوند و آنها را ابراز کنند؛ ضمن گفت و گو درباره مشکلات و ناراحتیهایشان به توانایی و امکانات و راه حل‌های جدید بیندیشند و سناریوهای عمل مؤثر و سودمند برای ساختن قصه‌های جدید خلق کنند. شایان ذکر است که داولینگ و زتر (۲۰۰۵) نیز اشاره کرده‌اند در فرایند قصه‌درمانی می‌توان کودکان را تشویق کرد قصه‌های متفاوتی با سناریوی جدید بسازند، به گونه‌ای که نوع عملکرد در آن قصه‌ها پیامدهای مؤثرتری برای آنها به همراه داشته باشد و در این رابطه می‌توان از کودکان خواست پیامدهای مختلف قصه‌ها را تصور کنند تا عامل بودن خودشان را در درون قصه‌ها احساس کنند. در پژوهش حاضر نیز همین شیوه مد نظر قرار گرفته بود. در همه مراحل درمان بر نقش فعال درمان‌گر و کودکان در بحث و

اجرا در گروه کنترل تفاوت معنادار آماری دارد؛ به عبارت دیگر میانگین نمره‌های پس‌آزمون در گروه آزمایشی (پس از قصه‌درمانی) به طور معناداری پایین‌تر از میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در گروه مورد نظر و همچنین پایین‌تر از میانگینهای نمره‌های گروه کنترل که قصه‌درمانی در مورد آنها اعمال نشده، است. همچنین داده‌های مربوط به اختلال همبود در آزمودنیها در سه نوبت اجرای آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۱ و پس‌آزمون ۲) با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر روی یک عامل مورد بررسی قرار گرفت که به دلیل محدودیت، جدولهای مربوطه حذف شد و تنها به آوردن خلاصه نتایج اکتفا می‌شود. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر روی یک عامل و آزمون تعقیبی توکی و زیر گروههای استخراج شده نشان داد که میانگین نمره‌های آزمون بین دو نوبت اجرا پس از قصه‌درمانی در گروه آزمایشی با یکدیگر تفاوت معنادار آماری ندارند ولی میانگین دو نوبت اجرای پس‌آزمون با میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در گروه آزمایشی و همچنین با میانگین نمره‌های هر سه نوبت اجرا در گروه کنترل تفاوت معنادار آماری دارد؛ به عبارت دیگر، میانگین نمره‌های پس‌آزمون در گروه آزمایشی به طور معناداری پایین‌تر از میانگین نمره‌های پیش‌آزمون در گروه مورد نظر و همچنین پایین‌تر از میانگین نمره‌های گروه کنترل است.

بحث و نتیجه‌گیری

روان‌درمانی کودکان در مقایسه با بزرگسالان همواره با مشکلاتی روبروست که کار درمان‌گری را با دشواری مواجه ساخته است. مهم‌ترین این مشکلات عبارت است از: سطح پایین هشیاری و آگاهی کودکان نسبت به احساسات و هیجانهایشان، محدودیت توانایی کودکان در برقراری ارتباط کلامی با درمان‌گر، محدودیت توانایی کودکان در شناسایی مشکلات خود و نیز راهبردهای رویارویی و تواناییها و امکاناتشان برای حل تعارضها و کنار آمدن با این مشکلات. از این

آزمودنیها بوده است. آزمودنیهای پژوهش در یک مدرسه مذهبی مشغول به تحصیل بودند و خانواده‌های آنها نیز از بافت مذهبی نسبتاً شدیدتر از حد معمول جامعه برخوردار بودند و این موضوع در فرایند کار به ویژه نوع تعارضهای والد - کودک و چگونگی حل مسئله لحاظ شده بود. در همین زمینه برخی پژوهشگران از جمله کیلینگ و نیلسون (۲۰۰۵) و نووی (۲۰۰۶) نیز تأکید دارند در به کارگیری رویکرد قصه‌درمانی در روان‌درمانی کودک و بزرگسال و خانواده می‌باشد به بافت فرهنگی توجه ویژه‌ای داشته باشیم.

نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده کاهش چشمگیر نشانه‌های اضطراب در کودکان دارای اختلالهای اضطرابی بوده است. شایان ذکر است که پیش از درمان، از نظر نشانه‌های اختلالهای اضطرابی، یک آزمودنی دارای دو اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی، دو آزمودنی دارای دو اختلال اضطراب فراگیر و هراس احتلال اضطراب جدایی، دو آزمودنی دارای دو احتلال اضطراب جدایی و هراس اجتماعی، یک آزمودنی دارای اختلال اضطراب جدایی و یک آزمودنی دارای اختلال اضطراب فراگیر بوده است. پس از درمان و نیز طی دوره تعقیبی بسیار کوتاه، هیچ یک از این آزمودنیها دارای اختلال اضطرابی نبوده‌اند. افزون بر این سه آزمودنی اختلال لجبازی و نافرمانی را به صورت همبود با اختلال اضطرابی نشان می‌دادند که پس از درمان هیچ یک از آزمودنیها اختلال همبود را نداشتند.

پژوهش‌های مختلف بر اثربخشی رویکردهای داستانی در درمان کودکان دارای اختلالهای روان‌شناسخی تأکید کرده‌اند. از جمله می‌توان به استفاده از قصه‌گویی و قصه‌درمانی برای کاهش اضطراب و افزایش احساس تسلط، شایستگی و امیدواری در کودکان (هانی و کوزلوفسکا، ۲۰۰۲ به نقل از شیبانی و همکاران، ۱۳۸۵). برای تغییر راهبردهای رویارویی کودکان دارای اختلال یادگیری

گفت و گوی خلاق و پرسشگری هدفمند درمان گر برای تبیین موضوعات، مشکلات، احساسات و افکار و نحوه رویارویی با موقعیتهای اضطراب را تأکید می‌شد. دیاللو، نمیر و منینگ (۲۰۰۲) فرایند قصه‌درمانی را بدین ترتیب توصیف کرده‌اند: بردن مشکل شامل به تصویر کشیدن چگونگی تأثیر مشکل بر زندگی فرد و نیز تأثیر فرد بر مشکل با شناسایی، خود شرح حال نگاری و ساختار زدایی، شامل بحث کردن درباره مشکل به صورت روش و واگذاری مسئولیت مشکل به فرد، تدوین قصه‌ای که مشکل را بهتر توصیف کند؛ و ارزیابی، ترمیم و تعمیم دادن شامل خلق کردن قصه‌ای که مشکل را به طور مختصر نشان دهد، در میان گذاشتن قصه با دیگران در یک گروه و استفاده از بازخورد دیگران و درمان گر برای بازنویسی قصه. در استفاده از رویکرد قصه‌درمانی رویه‌های متنوعی در ادبیات موضوعی وجود دارد که از جمله آنها عبارت‌اند از: کمک به مراجع در معناده‌ی دوباره به رویدادهای زندگی و صورت بندی جدیدی از رویدادهای مشکل زا، قصه‌گویی توسط مراجع و گفت و گو بین درمان گر و مراجع و شناسایی تعارضهای مراجع از خلال قصه و قصه‌سازی و قصه‌گویی توسط درمان گر به منظور کمک به مراجع برای درک بهتر خودش و دیگران و نیز درک بهتر مشکلات و شیوه‌های رویارویی با آنها (شیبانی، یوسفی لویه و دلاور، ۱۳۸۵).

در پژوهش حاضر نیز در فرایند قصه‌درمانی از رویه‌های قصه‌گویی توسط مراجع و گفت و گو بین درمان گر و مراجع و بحث کردن درباره مشکل به صورت واضح و واگذاری مسئولیت مشکل به فرد، در میان گذاشتن قصه با دیگر اعضای گروه و استفاده از بازخورد دیگران و درمان گر برای بازگویی قصه با صورت بندی جدیدی از رویدادهای مشکل زا و شیوه‌های حل مسئله موفق استفاده شد.

نکته قابل توجه دیگر در فرایند قصه‌درمانی اجرا شده در این پژوهش جنبه‌های خاص بافت فرهنگی

شیبانی، شهناز. یوسفی لویه، مجید. دلاور، علی. (۱۳۸۵). تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی در کودکان افسرده. تهران: فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ششم، شماره ۴، ص ۹۱۶-۸۹۳.

کدادسن‌هايدی؛ شفر، چارلز (۱۳۸۲). برگزیده‌ای از روش‌های بازی درمانی، ترجمه، سوسن صابری و پریوش وکیلی. تهران: آگه، ارجمند.

کندال، فلیپ سی. (۱۳۸۴). روان‌شناسی مرضی کودک. ترجمه بهمن نجاریان و ایران داودی، تهران: رشد.

محمد اسماعیل، الهه. (۱۳۸۳). بررسی اعتبار، روائی و تعیین نقاط برش اختلالهای پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) بر روی دانش‌آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی و راهنمایی شهر تهران. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی. یوسفی لویه، مجید. متین، آذر. (۱۳۸۵). تأثیر قصه‌درمانی بر راهبردهای روبارویی کودکان با مشکلات یادگیری. تهران: فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی. سال ششم. شماره ۲، ص ۶۲۲-۶۰۴.

Beidel DC, Ferrell C, Alfano CA, and Yeganeh R. (2001). *The Treatment of Childhood Social Anxiety Disorders*. Psychiatr Clin North AM, 24: 831-46.

Beidel, D.C. and Turner, S. M. (2005). *Childhood Anxiety Disorders: A Guide to Research and Treatment*. New York: Routledge.

Bernstein, GA. Layne, AE, Egan, EA, and Tennison, DM (2005). School – based interventions for anxious children. *J AM acad Child Adolesc Psychiatr*, 44: 1118-27.

Brown,C. and Augusta – Scott,T. (2007). *Narrative therapy: making, meaning, making lives*. Thousand oaks: Sage. Publications, Inc.

Cartwright – Hatton S, Hodges L. and Porter J. (2003). Social Anxiety In Childhood: The Relationship With Self And Observer Rated Social Skills. *J child psychiatr*, 44: 737-42.

Crawford, R. Brown, B. and Crawford, P. (2004). *Storytelling in Therapy*. Cheltham: Nelson Thomas, LTD.

(یوسفی لویه و متین، ۱۳۸۵)، برای بهبود شناخت اجتماعی کودکان با ناتوانی‌های هوشی (اسلامی، ۱۳۷۹) و برای درمان افسردگی کودکان (شیبانی و همکاران، ۱۳۸۵) اشاره کرد. از این نظر نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثر بخشی قصه‌درمانی در درمان اختلالهای اضطرابی کودکان و اختلالهای همبود، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد.

پژوهش حاضر از نظر همتا کردن آزمودنیها از نظر شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی خانواده، از نظر طول مدت زمان دوره تعقیبی که کمتر از حد معمول بوده است، از نظر شرکت دادن آزمودنیها پسر در برنامه درمانی به دلیل محدودیتهای اجتماعی و نیز تعداد آزمودنیها پژوهش، با محدودیت مواجه بوده است.

با وجود این ، یافته‌های پژوهش حاضر همخوان با سایر پژوهش‌های مورد بحث، بر سودمندی کار بالینی متکی بر فنون قصه‌درمانی در روان‌درمانی کودکان تأکید دارد. افزون بر این توجه بر جنبه‌های بومی و فرهنگی به ویژه آثار شفابخشی قصه‌های کهن سرزمین ما می‌تواند زمینه‌های مناسبی برای پژوهشگران فراهم آورد.

یادداشت‌ها

- 1) childhood anxiety disorder
- 2) narrative therapy
- 3) the feeling word game
- 4) child symptom inventory
- 5) the box of buttons technique
- 6) the guess my word story game
- 7) story telling with objects
- 8) metaphors

منابع

اسلامی، فرزانه. (۱۳۷۹). تأثیر آموزش درک دیدگاه بر افزایش توانایی در کودکان با ناتوانی هوشی خفیف. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی. تامپسون، چارلز. روبلف، لیندا ب. (۱۳۸۴). مشاوره با کودکان، ترجمه جواد طهوریان. تهران: رشد.

- Dean, RG. (1998). A narrative approach to groups. *Clinical Social Work Journal.* 26 : 23-37.
- Desocio JE. (2005). Accessing self – development thought narrative approaches in child and adolescent psychotherapy. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs,* 18: 53-61.
- Dilollo, A. Neimeyer, RA, and Maning, WH. (2002). A personal construct psychology view of relaps: indications for a narrative therapy component to stuttering treatment. *J Fluency Disord.* 27: 19-40, quiz 41-2.
- Dowling, E. and Xetere, A. (2005). Narrative concepts and therapeutic challenges. In A. *Vetere and E. Dowling narrative therapies with children and their families: a practitioner's guide to concepts and approaches.* London: Routledge.
- Hudson J L., Devencyc. and Taylor L. (2005). Nature, assessment, and treatment of generalized anxiety disorder in children. *Pediatr Ann;* 34: 97-106.
- Janes, FA. (2002). The role of bibliotherapy in healthy anxiety: an experimental study. *Br J Community Nurs,* 7: 498-504.
- Keeling, ML. and Nielson, LR. (2005). Indian woman's experience of a narrative intervention using art and writing. *Contemporary Family Therapy.* 27:435-452.
- Kessler RC, Keller MB, and Wittchen HU. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorders. *Psychiatr Clin North AM,* 24: 19-39.
- Nwoye, A. (2006). A narrative approach to child and family therapy in africa. *Contemporary Family Therapy.* 28: 1-23.
- Raymand, A. M. (2004). The neuropsychology of narrative: story comprehension, story production and their interrelation. *Neuropsychology.* 42: 1414-1434.
- Rustin, M. and Rustin, M. (2005). *Narratives and fantasies, in a. Veter and e. Dowling. Narrative therapies with children and their families: a practitioner's guide to concepts and approaches.* London: Routledge.
- Silverman, WK., Lagreca, AM. and Wasserstein, S. (1995). What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Develop.* 66: 671-86.
- Sommer R. (2003). The use of autobiography in psychotherapy. *J Clin Psychol,* 59: 197-205.
- Wood, J. J. , Piacentini, JC. , Southam- Geraw, M. , Chu, BC., and Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Adolesc Psychiatr,* 45: 314-21.
- Wright, J. , Clum, GA. Roodman, A. , Febbraro, GA. (2000). A biblio therapy approach to relapse prevention in individuals with panic attacks, J. *Anxiety Disord.* 14: 483-99.