

The effects of narrative therapy based on cognitive-behavioral perspective on symptoms of depression and dysthymic disorders in children

Fatemeh Shahabizadeh*
Fatemeh Khajeamani**

Introduction

One of the common psychiatric disorders in childhood and teenage age group is depression; therefore, the use of therapeutic measures to increase the participatory motivation of children with depression disorder is necessary. On the other hand, children's cognitive and linguistic limitations and their low motivation to participate in the process increase the importance of narrative therapy as a useful method in counseling and treatment. Thus, this study was conducted to evaluate the efficacy of narrative therapy based on cognitive behavioral approach in depression symptoms and dysthymic disorders of primary school children.

Method

Research method: This is an experimental method with pretest-posttest control group design.

Population: The population consisted of all third and fourth grade girls with depression disorders in Yazd city during the school years of 2013 to 2014.

Sampling method: In this research, the available sampling method was used due to some problems which collaboration of some school teachers and parents. An elementary school in Yazd was selected from a list of all elementary schools. In a meeting with parents of third and fourth grade students, the parent form of CSI-4 (Children Symptom Inventory) was completed by 110 parents. Ninety questionnaires were returned. Twenty six students were identified with depression symptoms and high depressed mood by the parents, and they were selected according to the criteria of the questionnaire. Then, they were

* Assistant professor, department of psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. *Corresponding Author:* f_shahabizadeh@yahoo.com

** Master of clinical psychology, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

randomly assigned to experimental and control groups.

Instruments

The instrument used in this study was Children Symptom Inventory (CSI-4), the parent form. The Children Symptom Inventory (CSI-4) is a common screening tool for psychiatric disorders, based on diagnostic and statistical guidelines for mental disorders for screening 18 behavioral and emotional disorders in children aged 5 to 12 years old. These disorders include Hyperactive Disorder (AD/HD), Oppositional Defiant Disorder (ODD), Conduct Disorder (CD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), Social Phobia (SP), Separation Anxiety Disorder (SAD), Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Special Phobia (SI), Major Depression Disorder (MDD), Dysthymia, Schizophrenia (SC), Pervasive Developmental Disorder (PPD), Asperger and Vocal and Motorcycle Tick (Sprafkin, Gadow, Salisbury and Loney, 2002). In the present study, the scales of major depression and dysthymia were studied.

Kind of intervention

Narrative therapy based on cognitive behavioral perspective was conducted on the experimental group for 12 sessions, each lasting 45 minutes. Also, the data were analyzed using the analysis of covariance. In the narrative therapy sessions, the main axis of the story was focused on self-awareness skills, identifying inefficient thoughts, problem-solving skills, relaxation education, positive reinforcement, positive self-esteem training, anger control, and identifying the positive and negative emotions of children. Moreover, in order to increase the level of attention and motivation in children, complementary activities, including playing and painting, were also used. The structure of narrative therapy sessions was designed based on the Meichenbaum cognitive approach.

Results

The results of covariance analysis showed that narrative therapy based on cognitive behavioral perspective has significantly reduced the high and mild depressed students' mood.

Conclusion

Based on the results of this study, narrative therapy, as an effective method, can be used to reduce the symptoms of depression in children.

Keywords: narrative therapy, cognitive-behavioral, symptoms depression, dysthymic disorder, primary school girls

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۹/۲۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۲/۲۵

دست آوردهای روان‌شناختی
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۸
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۱
ص: ۳۹-۵۸

اثربخشی قصه‌درمانی شناختی- رفتاری بر علایم افسردگی و افسرده‌خویی کودکان دبستانی

فاطمه شهابی‌زاده*

فاطمه خواجه‌امانی**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی قصه‌درمانی شناختی- رفتاری بر علایم افسردگی و افسرده‌خویی کودکان دبستانی انجام شد. طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود، بدین منظور ۲۶ دانش‌آموز با نشانگان افسرده‌خویی و علایم افسردگی به شیوه در دسترس از بین دانش‌آموزان دختر پایه سوم و چهارم ابتدایی دارای اختلال افسردگی شهر یزد در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ انتخاب و به‌طور تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و گواه قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه علایم مرضی کودکان (CSI-4)، فرم والدین بود. مداخلات مربوط به قصه‌درمانی بر روی گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انجام و داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی قصه‌درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش علایم افسردگی و افسرده‌خویی را معنادار نشان داد. بنابراین قصه‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری می‌تواند کاهش‌دهنده اختلالات خلقی کودکان باشد.

کلید واژگان: قصه‌درمانی، شناختی- رفتاری، علایم افسردگی، افسرده‌خویی، دانش‌آموزان دختر ابتدایی.

* دانشیار، دانشکده روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول)

f_shahabizadeh@yahoo.com

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

مقدمه

از جمله اختلالات شایع روان‌پزشکی در رده سنی کودکی و نوجوانی، اختلال افسردگی می‌باشد. تا دهه ۱۹۶۰ کمتر روان‌شناسی پیرامون افسردگی کودکان به عنوان یک اختلال مستقل و مشخص به‌طور جدی سخن می‌گفت یا مطلب می‌نگاشت (Lofkowitz & Burton, 1978). ولی در دهه ۱۹۷۰ با معرفی علایمی نظیر، گریه و زاری، احساس ناخوشنودی، کناره‌جویی، تحریک‌پذیری، اعتماد به نفس پایین و شکایات جسمانی پایدار، نشانگان افسردگی مطرح شد (Lang & Tisher, 1978). Shaffer et al. (1996) در پژوهشی روی کودکان ۹ تا ۱۷ سال در یک دوره شش ماهه، نتیجه‌گیری کردند که شیوع افسردگی بیشتر از ۶٪ می‌باشد (با ۴/۵٪ اختلال افسردگی عمده). به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان می‌دهد ۱۰٪ تا ۱۵٪ از کودکان و نوجوانان در هر زمانی برخی از حالات خلق افسرده را تجربه می‌کنند (Paxton, Valois, Watkins, Huebner & Drane, 2007). پژوهش‌ها نشان داده است با وجود تشابه افسردگی کودکی با بزرگسالی، افسردگی کودکی نسبت به افسردگی بزرگسالی طیف وسیعی از نشانه‌ها را شامل می‌شود. علاوه بر این، افسردگی در کودکان و نوجوانان همبود بیشتری با سایر اختلالات روانی دارد (Carlson, 2000). ویژگی‌های اصلی افسردگی در کودکان شامل: تغییر در میزان خلق که بسیار بیشتر و پایدارتر از احساس غم طبیعی است، بی‌حوصلگی و بی‌قراری فزاینده در رفتار، کاهش فعالیت، کم‌حرفی و گاهی گریه‌های شدید، تغییراتی در نگرش مبنی بر احساس بی‌ارزشی و کاهش عزت‌نفس، احساس بی‌کفایتی، اشتغالات فکری مبنی بر بی‌کفایتی و تمرکز توجه بر خود، و احساس خود عیب‌جویی. همچنین در تغییرات فیزیکی، بسیاری از کودکان دچار آشفتگی‌هایی در خوردن و خوراک و خواب می‌شوند (Oster & Montgomery, 1996). به هر حال یکی از موضوعات مهم در درمان اختلالات افسردگی کودکان یا 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 درصدد درمان او بر می‌آیند. بدین ترتیب کودکان انگیزه کمتری برای همکاری در فرایند درمان دارند و ایجاد رابطه درمانی با کودک کاری دشوار است (Beidel & Turner, 2005). روان‌درمانی برای کودکان (Park & Goodyer, 2000) و بزرگسالان (Seif & Mohammadi, 2016؛ Adibi, Sepahvandi & Gholamrezaei, 2018) دارای اختلال افسردگی مطلوب گزارش شده است اما شواهد نشان داده است روان‌درمانی

بیش از دارودرمانی مفید واقع شده است.

از طرفی، به کارگیری تدابیر درمانی که بتواند انگیزه بیشتری برای مشارکت فعال کودکان دارای اختلالات افسردگی فراهم آورد، ضروری به نظر می‌رسد. کودکان خردسال مهارت‌های کلامی کمتر رشدیافته‌ای دارند و از طرفی محدودیت‌های شناختی و زبانی کودکان و همچنین انگیزش پایین آن‌ها برای مشارکت در فرآیند درمان سبب شده که قصه‌درمانی^۱ به عنوان یک روش عالی در مشاوره و درمان مطرح شود. قصه‌درمانی افراد را جدا از مشکلاتشان در نظر می‌گیرد و مبتنی بر این فرض است که افراد از توانایی‌ها و مهارت‌های لازم برخوردارند تا مشکلات خود را حل کنند و زمام زندگی خویش را در دست گیرند. قصه‌درمانی، روایت و باز روایت داستان‌های افراد درباره زندگی خودشان است که به آن‌ها کمک می‌کند به مشکلات خود، معنایی متفاوت ببخشند و مهارت حل مسأله خود را بهبود دهند (Kabanyane, 2009). Zimmerman and Beaudion (2002) بیان می‌کنند تخصص قصه درمانگر در حل مشکلات نیست و یا در دانستن اینکه چگونه مردم باید زندگی خود را زندگی کنند، بلکه قصه زمینه ایجاد تغییر را فراهم می‌کند.

ترکیب قصه‌درمانی با درمان شناختی- رفتاری (CBT)^۲ می‌تواند الگوهای تفکر نادرست که شامل نقص در میانجی‌های شناختی و تحریف‌ها، هم در محتوای شناختی و هم در فرآیند شناختی است، را تغییر دهد. درمان شناختی- رفتاری بر این پایه استوار است که احساسات ما تحت سلطه «افکار» ما راجع به موقعیت انسان‌ها و حوادث زندگی ما هستند نه تحت تأثیر این مسائل به خودی خود. CBT روی تغییر نحوه تفکر ما تمرکز دارد، با یاد گرفتن «تفکر متفاوت» فرد می‌تواند مهارت‌هایی را یاد بگیرد تا بتواند با زندگی بهتر سازگاری کند (Little, 2004). در کودکان فرایند شناسایی و ارزیابی افکار آن‌ها از طریق قصه‌درمانی تسهیل می‌شود. داستان به هر شکلی که بیان شود، در شنونده و خواننده اثر می‌گذارد که استدلال‌ات عقلی نمی‌تواند به شیوه کلامی چنین اثری داشته باشد. از طرفی دیگر انتخاب زبان قابل فهم متناسب با سطح شنونده از طریق داستان‌گویی راحت‌تر خواهد بود. به هر حال در قصه‌درمانی عنصر مهمی که به قصه‌ها و تمثیل‌ها نیروی نفوذ و تأثیر می‌بخشد، عنصر تطابق‌یابی است. تطابق‌یابی

1- narrative therapy

2- cognitive-behavioral therapy

یک فرایند ناخودآگاه ذهنی است؛ وقتی کودکان به داستانی گوش می‌دهند آنچه را می‌شنوند با خاطرات خود پیوند می‌دهند (Roshan, 1997).

مقالات متعددی در زمینه اثربخشی قصه‌درمانی بر کاهش اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال استرس پس از سانحه (Alghamdia, Hunta & Thomasb, 2015)، اختلالات خوردن (Pugh, 2015)، بی‌اشتهایی روانی (Torres & Guerra, 2002) و بهبود ارتباطات (Chae & Kim, 2015) انجام شده است. افزون بر این یافته‌های پژوهش نیز نشان داده است که قصه‌درمانی در کاهش اضطراب کودکان (Rahmani & Moheb, 2010)، اضطراب جدایی (Sheybani, Karami, Momeni, Mohammadi & Shahbazirad, 2015) و علایم افسردگی (Yoosefi & Delavar, 2006) تأثیر قابل‌توجهی دارد. اما تفاوت پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌های انجام شده، این است که جلسات قصه‌درمانی هیچ‌یک از پژوهش‌های صورت گرفته مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری نبوده است. به هر حال مطالعه Yoosefi Looyeh (2014) Kamali, Ghasemi and Tonawanik با رویکرد شناختی- رفتاری، تنها اثربخشی بازی‌درمانی را بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان نشان داد. لذا پژوهش حاضر با توجه به ضرورت درمان زودهنگام اختلال افسردگی در کودکان و اهمیت اتخاذ شیوه‌هایی جهت مداخله برای بازگرداندن کودکان به فضای اجتماعی، تعامل با همسالان و همچنین کاربری شیوه‌ای مؤثر و در عین حال جذاب و انعطاف‌پذیر برای مداخله در این اختلال انجام گرفته است. بر این اساس فرضیه‌های این پژوهش به صورت زیر تدوین شد:

۱. قصه‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش علایم افسردگی کودکان دبستانی مؤثر است.
۲. قصه‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش اختلال افسرده‌خویی کودکان مؤثر است.

روش پژوهش

نوع پژوهش حاضر شبه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و با نمونه در دسترس است. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر پایه سوم و چهارم ابتدایی شهر یزد در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ می‌باشد. در این پژوهش به دلیل

مشکلات مربوط به اجرای طرح که مستلزم همکاری مؤثر معلمان مدرسه و والدین می‌باشد از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. فهرست کلیه مدارس ابتدایی در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و یک مدرسه ابتدایی آماده به همکاری در ناحیه ۱ یزد انتخاب و در جلسه اولیاء و مربیانی که والدین دانش‌آموزان پایه‌های سوم و چهارم در آن حضور داشتند فرم والد پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 به همه والدین که شامل ۱۱۰ نفر بودند، داده شد و ۹۰ پرسشنامه عودت داده شد. در مجموع ۲۶ نفر از دانش‌آموزانی که مطابق با ملاک پرسشنامه، علایم افسردگی و خلق افسرده بالایی توسط والدین گزارش شده بود، انتخاب شدند. سپس کل ۲۶ نفر به‌طور تصادفی در ۲ گروه (۱۳ نفر در گروه آزمایشی و ۱۳ نفر در گروه گواه) تقسیم و گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای طی دو ماه، تحت آموزش برنامه قصه‌درمانی قرار گرفتند و یک هفته پس از پایان برنامه قصه‌درمانی مجدداً والدین هر دو گروه آزمایشی و گواه پرسشنامه علائم مرضی کودکان را پر نمودند. لازم به ذکر است در تمام جلسات کودکان حضور داشتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) (Children Symptom Inventory): پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) از ابزارهای غربالگری رایج برای اختلالات روان‌پزشکی و مقیاس درجه‌بندی رفتار است که براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۵ تا ۱۲ سال ساخته شده است. نسخه اولیه پرسشنامه را Sprafkin, Loney and Gadow در سال ۱۹۸۴ براساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تهیه کردند و بعدها به دنبال تجدید نظر در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در سال ۱۹۸۷ نسخه CSI-3-R آن نیز ساخته شد. در سال ۱۹۹۴ با انتشار چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، CSI-4 با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدید نظر شد. آخرین ویرایش پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) همانند نسخه‌های قبلی دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلالات رفتاری تنظیم شده که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را در

بر می‌گیرد. این اختلالات مشتمل است بر کاستی توجه- بیش‌فعالی (ADHD)^۱، اختلال لجبازی- نافرمانی (ODD)^۲، اختلال سلوک (CD)^۳، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۴، هراس اجتماعی (SP)^۵، اختلال اضطراب جدایی (SAD)^۶، اختلال وسواس فکری و عملی (OCD)^۷، هراس مشخص (SI)^۸، اختلال افسردگی اساسی (MDD)^۹، اختلال افسرده‌خویی^{۱۰}، اسپیکزوفرنی (SC)^{۱۱}، اختلال‌رشدی فراگیر (PDD)^{۱۲}، اختلال آسپرگر^{۱۳} و تیک‌های صوتی و حرکتی می‌باشند (Sprafkin, Gadow, Salisbury & Loney, 2002). در پژوهش حاضر دو اختلال علایم افسردگی و اختلال افسرده‌خویی مجموعاً ۷ سؤال مورد بررسی قرار گرفت. به دو شیوه، نمره‌گذاری انجام شد؛ شیوه‌ی نمره برش غربال‌کننده و شیوه نمره بر حسب شدت نشانه‌های مرضی. در روش غربال‌کننده، شیوه نمره‌گذاری با جمع زدن تعداد عباراتی که با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات پاسخ داده‌اند، به دست می‌آید. در صورت پاسخ به عبارات با گزینه‌های هرگز و بندرت نمره صفر و در صورت پاسخ به عبارات با گزینه‌های گاهی اوقات و بیشتر اوقات نمره یک داده می‌شود. نقطه برش هر یک از علایم افسردگی و افسرده‌خویی ۳ می‌باشد. در روش نمره‌گذاری شدت علامت گزینه‌های هرگز، بندرت، گاهی اوقات و بیشتر اوقات به ترتیب با کدهای ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند که از حاصل جمع نمرات عبارات، نمره شدت علامت به دست می‌آید. در مرحله اول از شیوه غربالگری استفاده شد و در مرحله تحلیل نتایج از شیوه شدت علایم بهره گرفته شد. ضمناً از حاصل جمع نمرات عبارات، نمره شدت علامت به دست می‌آید. روایی ابزار مذکور در مطالعه

- 1- hyper activity disorder
- 2- oppositional defiant disorder
- 3- conduct disorder
- 4- generalized anxiety disorder
- 5- social phobia
- 6- separation anxiety disorder
- 7- obsessive compulsive disorder
- 8- special phobia
- 9- major depression disorder
- 10- distymic
- 11- schizophrenia
- 12- pervasive developmental disorder
- 13- asperger

Gadow and Sprafkin (2007) تأیید شد. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر پایایی دو خرده‌مقیاس علایم افسردگی و افسرده‌خویی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۶۹ به دست آمد که حاکی از پایایی مناسب است.

شرح جلسات قصه درمانی: جلسات قصه‌درمانی با بیان قصه‌هایی که در آن محور اصلی داستان بر مهارت‌های خودآگاهی، شناسایی افکار ناکارآمد، مهارت‌های حل مسأله، آموزش تن آرامی، تقویت مثبت، آموزش خودگویی‌های مثبت، کنترل خشم، شناسایی هیجانات مثبت و منفی کودکان تأکید شده است، برگزار و به منظور افزایش سطح توجه و ایجاد انگیزه بیشتر در کودکان، فعالیت‌های مکملی از جمله بازی و نقاشی نیز استفاده شد. داستان‌ها (Parirokh & Majdi, 2009) طی ۱۲ جلسه (۲ روز در هفته) برای کودکان و با اولویت‌بندی خودشناسی، بهبود تصویر بدنی، باور به پذیرش خود و دیگران، خودارزشمندی، پذیرش اجتماعی، افزایش ارتباط، شناخت ترس و الگوهای مقابله با ترس‌ها، بیان شد. ساختار جلسات قصه‌درمانی ارائه شده از روش شناختی- درمانی (Meichenbaum 1977) پیروی می‌کند که شامل سه مرحله خودنگری، مرحله شروع گفتگوی درونی، و مرحله سوم یادگیری مهارت‌های جدید می‌باشد.

جلسه اول: جلسه اول با هدف معارفه و آشنایی آزمودنی‌ها با درمانگر برگزار شد و از کودکان خواسته شد تا در مورد تجربیات خود درباره قصه‌هایی که تاکنون شنیده‌اند توضیح دهند. سپس قوانین کلی گروه از قبیل: ساعت شروع و اتمام جلسه، تعهد دادن آزمودنی‌ها به اینکه رازدار یکدیگر باشند، دوستی با یکدیگر، مسئولیت‌پذیری، انجام تکالیف و ... بیان و در آخر جلسه نیز برای ارتباط بیشتر میان اعضای گروه و درمانگر، یک بازی گروهی انجام شد.

جلسه دوم (شناسایی انواع هیجان‌ها): در این جلسه درمانگر (قصه‌گو) با استفاده از کتاب قصه‌ی احساس‌های تو (من خوشحالم، من غمگینم، من عصبانیم، من نگرانم) و در قالب مثال‌های داستانی کوتاه (مانند: وقتی به مسافرت می‌روم، وقتی مامان و بابا باهم دعوا می‌کنند، وقتی ...) به بیان مبانی شناختی- رفتاری و نحوه اثرگذاری فرآیندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری برهم و همچنین تمایز قائل شدن بین هیجان، رفتار، و فکر و شناسایی انواع مختلف

هیجان‌ات پرداخته و در این رابطه از تصاویر هیجانی مختلف استفاده شد. در پایان جلسه، از کودکان سؤالاتی در مورد اینکه چه هیجان‌هایی داریم؟ از کجا می‌آیند؟ از کجا می‌فهمیم که هیجانی شده‌ایم؟ و ... پرسیده شد. تکلیف خانگی: چند مورد از اتفاقاتی که در شما انواع هیجان‌ات (مثبت یا منفی)، احساسات و افکار مختلف ایجاد کرده را در جدول بنویسید.

جلسه سوم (شناسایی افکار منفی): ابتدا به بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل پرداخته و سپس مانند جلسه قبل داستان‌هایی از کتاب احساس‌های تو انتخاب و با استفاده از تکنیک ایفای نقش و بیان موقعیت‌های فرضی مانند دعوت به یک مهمانی، از تک تک کودکان خواسته شد تا آن موقعیت‌ها را بازی و افکار و احساسات خود را در هر موقعیت بیان کنند. در آخر نیز تکلیف خانگی توزیع شد. تکلیف خانگی: افکار و احساسات و هیجان‌ات مختلف را در قالب صورتک‌هایی نقاشی کنید.

جلسه چهارم (خودنگری): بعد از بررسی تکالیف خانگی در این جلسه داستان سنگ ماهی مهربان با هدف شناسایی نقاط قوت و ضعف خود و پذیرش خود همان‌گونه که هستیم ارائه و نظرات کودکان در مورد شخصیت قصه پرسیده و سپس از کودکان خواسته شد در مورد افراد دور و بر و یا موارد تاریخی و ... که با وجود داشتن نقصی به موفقیت رسیده‌اند صحبت کنند. تکلیف خانگی: چه قسمت‌هایی از بدنتان را دوست دارید، یا دوست ندارید؟ چه احساسی در مورد آن‌ها دارید؟

جلسه پنجم (خودنگری): ابتدا به بررسی تکالیف خانگی پرداخته شد و سپس داستان پروانه سفید (پروانه‌ای که پس از آرزوی تغییر رنگ بالش دچار مشکل بزرگی می‌شود) با هدف باور پذیرش از سوی خود و دیگران و عدم احساس حقارت بیان شد و بعد از قصه از کودکان سؤالاتی در مورد، احساسات و افکار پروانه قبل و بعد از رسیدن به آرزویش چه بود؟ کسی رو می‌شناسید که از قیافه یا از رفتار خودش رضایت نداشته باشد؟ شما در مورد اون ویژگی فرد چی فکر می‌کنید؟ پرسیده شد. تکلیف خانگی: چند ویژگی مثبت و منفی خود را بنویسید.

جلسه ششم (شروع کردن گفتگوی درونی تازه): در این جلسه پس از بررسی تکالیف خانگی، داستان خفاش کوچولو با هدف خودباوری و استفاده از توانایی‌های خود تعریف، و تکنیک توقف فکر و آموزش خودگویی‌های مثبت آموزش داده شد. در انتهای داستان از کودکان

سؤالاتی در زمینه خودگویی‌های مثبت شخصیت اصلی قصه (خفاش) و اینکه این افکار چه نتیجه‌ی مثبتی برای وی داشت؟ و اگر شما به جای پرنده بودید چگونه به خفاش کمک می‌کردید تا ترس و نگرانی وی کم شود پرسیده شد. هدف درمانگر از آموزش گفتگوی درونی به کودکان این بود که آنها تفکرات غیرواقعی خود را بشناسند و دریابند در شرایط و موقعیت‌های مختلف می‌توانند با تبدیل و تکرار عبارات مثبت، اطمینان‌بخشی و احساس خوبی نسبت به خود و توانایی‌هایشان داشته باشد. تکلیف خانگی: مقابل هر جمله منفی، جمله‌ای مثبت بنویسید

جلسه هفتم (شروع کردن گفتگوی درونی تازه): بعد از بررسی تکالیف خانگی، داستان گل همیشه قرمز با محوریت رفع اندوه و با هدف اینکه افزایش ارتباط با دیگران باعث نشاط بیشتر می‌شود، گفته شد و در انتهای داستان از کودکان سؤال شد آگه شما بجای پروانه (دوست گل) بودید، چگونه گل قرمز را دلداری می‌دادید؟ پاسخ‌ها مورد بحث قرار گرفت. تکلیف خانگی: وقتی تنها هستید، اوقات تنهایی خود را چگونه پر می‌کنید؟

جلسه هشتم (شروع کردن گفتگوی درونی تازه): بعد از بررسی تکالیف خانگی، داستان علی دوچرخه سواری می‌کند با محور غلبه بر ناامیدی ارائه و در انتهای داستان از کودکان سؤالاتی در زمینه شخصیت اصلی داستان و افکار مثبت و منفی وی و ارایه راه‌حل‌های جدید به وی پرسیده و جواب‌ها مورد بحث قرار گرفت. تکلیف خانگی: وقتی در زندگی به مشکلی برخورد می‌کنید نسبت به آن چه واکنشی نشان می‌دهید؟

جلسه نهم (یادگیری مهارت‌های جدید): بعد از بررسی تکالیف خانگی، داستان جغد و دارکوب، با محور کنترل خشم ارائه و با استفاده از تکنیک‌های حل مسئله و مدیریت خشم، و با پرسیدن این سؤال از کودکان که اگر به جای حیوانات جنگل بودید، چگونه به جغد و دارکوب کمک می‌کردید تا مشکلشان را حل کنند؟ نظرات هر یک از آنها پرسیده و در پایان جلسه، آموزش فنون کنترل بر خود به منظور کاهش احتمال رفتارهای پرخاشگرانه، راه‌های کنار آمدن با مشکل و پیامدهای رفتار پرخاشگرانه و تغییر شیوه رویارویی با مشکلات صحبت شد. تکلیف خانگی: چند مورد از نتیجه‌ای که موقع خشم و عصبانیت گرفته‌اید را بنویسید.

جلسه دهم (یادگیری مهارت‌های جدید): بعد از بررسی تکالیف خانگی، داستان هیولایی به نام تلپ با هدف شناخت عامل ترس و مواجهه با ترس‌ها تعریف و در انتها نیز با استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی شیوه برخورد با ترس‌ها آموزش داده شد. تکلیف خانگی: چند

مورد که بخاطر ترس از موفق نشدن در آن، به سراغش نرفته‌اید را بنویسید.

جلسه یازدهم (یادگیری مهارت‌های جدید): بعد از بررسی تکالیف خانگی، داستان جغد کوچک ترسو، با محور شجاعت و با هدف ارائه الگوهای مقابله با ترس ارائه و سپس با این سؤال که فکر می‌کنید وقتی ما نگران هستیم چه راه‌های دیگری می‌تواند به ما کمک بکند تا آرام شویم؟ پرسیده، پس از شنیدن نظرات کودکان، تکنیک تن آرامی آموزش داده شد. تکلیف خانگی: چند کاری که اول از انجام دادن آنها نگران بودید ولی بعد موفق به انجام آن شدید را بنویسید.

جلسه دوازدهم: بعد از بررسی تکالیف خانگی از کودکان خواسته شد در مورد داستان‌های تعریف شده در طی جلسات قصه‌گویی و نتایج آن‌ها بحث و گفتگو کنند و مطالب توسط درمانگر جمع بندی و جلسه با انجام یک بازی دسته جمعی شاد و دادن هدیه به اعضای گروه به پایان یافت.

یافته‌ها

با توجه به داده‌های جمعیت شناختی، از کل افرادی که (۲۶ نفر) مورد بررسی قرار گرفته اند، ۳۸٪ کلاس چهارم و ۶۲٪ کلاس سوم بودند و مادران نیز دارای ۱۵٪ تحصیلات ابتدایی، ۱۹٪ دارای تحصیلات سیکل، ۴۶٪ تحصیلات دیپلم، ۱۲٪ تحصیلات لیسانس و ۸٪ دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد هر یک از اختلالات افسرده‌خویی و شدید را به تفکیک گروه در نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

Table 1.
Mean and Standard Deviation for Major Depression and Dysthymia

Group		Pre-Test	Post-Test	Pre-Test	Post-Test
		Mean	Mean	Standard Deviation	Standard Deviation
Major Depression	Control Group	6.38	6	3.28	3.21
	Experiment Group	5.32	4.69	2.89	2.81
Dysthymia	Control Group	6.84	6.53	3.16	3.2
	Experiment Group	5.76	4.46	3.47	2.27

در بررسی مفروضه نرمال بودن در جدول ۲، چون سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین داده‌ها مفروضه نرمال بودن را زیر سؤال نبرده‌اند.

Table 2.
Tests of Normality for Major Depression and Dysthymia

Group	Pre-Test	Post-Test	Pre-Test	Post-Test
	Major Depression		Dysthymia	
Significance Level	0.921	0.747	0.580	0.463
Kolmogoroff-Smirnoff Test	0.552	0.678	0.778	0.852

در بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از طریق آزمون لوین، چون سطح معنی‌داری افسردگی شدید ($F_{(df=24,1)} = 3/11$, $P=0/09$) بیشتر از $0/05$ به دست آمد، بنابراین داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبردند. افزون بر این در بررسی همگنی ضرایب رگرسیون، در جدول ۳ چون مقدار سطح معنی‌داری از نظر آماری معنی‌دار نیست. بنابراین، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می‌کنند.

Table 3.
Homogeneity of Regression Coefficients for Mmajor Depression

Source	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Significance Level
Intercept	0.21	1	0.21	0.41	0.52
Group * Major Depression	0.1	1	0.1	0.2	0.65
Error	11.46	22	0.52		

با توجه به جدول ۴ برای پیش‌آزمون و سطح معنی‌داری آن ($0/001$) می‌توان چنین بیان داشت که مقدار F معنی‌دار است ($p<0/05$) و بنابراین قصه‌درمانی شناختی توانسته است به‌طور معنی‌داری افسردگی شدید را کاهش دهد. لذا ۳۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های افسردگی شدید گروه آزمایشی مربوط به اثربخشی قصه‌درمانی می‌باشد.

Table 4.
Tests of Between-Subjects Effects for Effectiveness of Narrative Therapy on Major Depression

Source	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Significance Level	Partial Eta Squared
Intercept	0.22	1	0.22	0.44	0.51	0.019
Pretest Major Depression	207.2	1	207.2	412.00	0.001	0.94
Group	0.512	1	0.512	1.01	0.001	0.32
Error	11.56	23	0.51			

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف در جدول ۲ غیرمعنادار شد که حاکی از نرمال بودن توزیع است، افزون بر این در بررسی آزمون لوین، چون سطح معنی‌داری افسرده‌خویی ($P=0/36$, $F_{(df=24,1)}=0/43$) بیشتر از $0/05$ به دست آمد، بنابراین داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبردند. در جهت تحلیل کواریانس افسرده‌خویی، فرض همگنی ضرایب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت، با توجه به جدول ۵ چون مقدار سطح معنی‌داری از نظر آماری معنی‌دار است بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی نمی‌کند. به منظور برطرف کردن ناهمگنی شیب رگرسیون از تبدیل لگاریتمی استفاده شد. نتایج در ادامه جدول نشان داده شده است.

با توجه به جدول ۶ مقدار F معنی‌دار است ($p<0/05$) لذا قصه‌درمانی مؤثر بوده است و ۱۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های افسردگی خفیف گروه آزمایش مربوط به اثربخشی قصه‌درمانی می‌باشد.

Table 5.
Homogeneity of Regression Coefficients for Dysthymia with and without Logarithmic Transformation

	Source	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Significance Level
Before Logarithm	Intercept	0.133	1	0.133	0.36	0.552
	Group*Dysthymia	3.502	1	3.502	9.59	0.005
	Error	8.026	22	0.365		
After Logarithm	Intercept	0.238	1	0.238	4.919	0.037
	Group*Dysthymia	2.297	1	2.297	0.001	0.998
	Error	1.065	22	0.04		

Table 6.
Tests of Between-Subjects Effects for effectiveness of narrative therapy on dysthymia

Source	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	Significance Level	Partial Eta Squared
Intercept	0.246	1	0.246	5.175	0.033	0.184
Pretest Dysthymia	742.11	1	742.11	246.497	0.001	0.915
Group	0.209	1	0.209	4.38	0.048	0.16
Error	1.096	23	0.048			
Total	71.567	26				

خوش‌بینانه‌تری را جانشین الگوهای غیرارادی و افکار خودویرانگر کند و این امر می‌تواند طرز رفتار و نوع احساسات کودک را تغییر دهد (Sheybani et al., 2006).

رویکرد شناختی از نظر Meichenbaum در سه مرحله خودنگری، شروع گفتگوی درونی و یادگیری مهارت‌های جدید قرار دارد. رویدادهای شناختی به تصاویر ذهنی و افکار مشخص و روشنی اطلاق می‌شود که Meichenbaum آنها را نوعی گفتگوی درونی توصیف می‌کند. این گفتگوها خارج از کنترل شیخ‌اند و اسنادها، انتظارات و ارزیابی‌هایی از خویش و تکلیف یا افکار و تصاویر ذهنی نامربوط به تکلیف را با هم ترکیب می‌کند و در این شرایط ویژگی غیرقابل کنترل آن در موقعیت‌های پراسترس و ناراحت‌کننده بیشتر جلوه‌گر می‌شود (Meichenbaum & Goodman, 1971؛ Hatzi Georgiadis, Zourbanos, Mpoupaki & Theodorakis, 2009). در این پژوهش کودکان از طریق قصه‌ها (توالی ارایه قصه‌ها از نظم رویکرد Meichenbaum تبعیت می‌کرد) و عملکرد شخصیت‌های داستانی و تحلیل آن‌ها به کمک درمانگر از چگونگی چنین فرایندهایی آگاه می‌شدند. رویکردهای شناختی- رفتاری بدنبال تغییر رفتار و حذف اثرات منفی شناخت‌های آسیب‌دیده فرد، است. طبق گفته Meichenbaum با استفاده از این خودگویی‌های درونی می‌توان کنترل رفتارهای خود را بالا برد. بر همین اساس در این پژوهش سعی شده است با استفاده از قصه‌درمانی شناختی- رفتاری براساس نظریه Meichenbaum علایم افسردگی در کودکان کاهش یابد؛ در پژوهش حاضر سعی پژوهشگران بر این بوده گفتگوهای درونی را از حالت خودکار و ناخودآگاه خارج نموده و کودکان را از این گفتگوها آگاه سازند تا آن‌ها را به چالش بطلبند و با استفاده از شواهد عینی عدم صحت آن‌ها را روشن سازد و به کمک خود کودک تفکرهای صحیح را جایگزین آن‌ها نمایند و به آن‌ها آموزش دهند در موقعیت‌هایی که دچار نگرانی و تنش می‌شوند مراقب این گفتگوهای درونی بوده و از به کار بردن عبارات منفی در این گفتگوها پرهیز کنند. Meichenbaum در همین زمینه اظهار می‌دارد که «تغییر رفتار و شناخت از طریق توالی فرآیندهای میانجی روی می‌دهد که تعامل گفتار درونی، ساختارهای شناختی، رفتارها و نتایج ناشی از آن‌ها را در بر دارند». او فرآیند سه مرحله‌ای تغییر را توصیف می‌کند که به موجب آن این سه جنبه در هم تنیده هستند. در مرحله خودنگری، مشاهده افکار خود احساسات و هیجانات صورت می‌گیرد، گفتگوهای درونی با

خودگویی‌ها و خیالبافی‌های منفی مشخص می‌شوند. طی درمان و ارایه قصه‌هایی مبتنی بر محتوای گفتگوی درونی، ساختارهای شناختی جدیدی کسب می‌شود که باعث می‌شود مشکلات با دید تازه‌ای نگریسته شود. در مرحله شروع کردن گفتگوی درونی تازه، کودک با توجه به عملکرد شخصیت‌های قصه یاد می‌گیرد به رفتارهای ناسازگارانه خود توجه کند و به فرصت‌هایی برای گزینه‌های رفتاری سازگارانه پی ببرد. در این مرحله کودک آنچه به خود می‌گوید به حرکت درآوردن زنجیره رفتاری تازه‌ای که با زنجیره‌ی رفتارهای ناسازگارانه آن‌ها مغایر است. گفتگوی درونی تازه وظیفه راهنما را برای رفتار جدید بر عهده دارد، این فرآیند به نوبه خود بر ساختارهای شناختی تأثیر می‌گذارد (Meichenbaum, 1972). کودک در عین حال تمرکز خود را روی گفتن جملات تازه و مشاهده کردن و ارزیابی پیامدها ادامه می‌دهند. به هر حال یکی از دلایل اثربخشی این روش درمانی را می‌توان اصلاح اسنادهای کودکان در این خودگویی متأثر از اتفاقات قصه دانست و پرسش و پاسخی که بعد از قصه صورت می‌گرفت. سؤالاتی با این مضمون که نظرتان درباره داستان چیست؟ کدام قسمت قصه را بیشتر دوست داشتید؟ چرا؟ کجای قصه برایتان جذابیت نداشت؟ اگر جای شخصیت داستانی بودید، چه رفتاری انجام می‌دادید؟ اگر جای حیوانات جنگل بودید چه توصیه‌ای به شخصیت داستانی می‌کردید؟ و منجر به شروع گفتگوی درونی تازه‌ای با خود می‌شود و آگاه شدن از وجود چنین گفتگوهایی منجر به اصلاح محتویات آن‌ها نیز همراه است. به هر حال با این خودگویی‌ها کنترل رفتار درونی شده و فرد رفتار خود را کنترل می‌کند و تکرار و تمرین، در درونی‌سازی آن‌ها از طریق تلقین مفید واقع می‌شود. در این پژوهش، درون‌مایه مشترک تمام قصه‌ها، کشف ویژگی‌های مثبت و توانمندی‌های درونی بوده است، پایان مثبت و توأم با شادی این قصه‌ها فرصتی را برای آزمودنی‌ها فراهم کرد تا به درک جدیدی از خویشتن و احساس توانمندی دست پیدا کنند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رو به رو بوده است که از جمله می‌توان نمونه‌گیری در دسترس و عدم استفاده از مصاحبه بالینی و استفاده از ابزار خودگزارشی اشاره نمود. افزون بر این، عدم وجود مرحله پیگیری به علت محدودیت زمانی و محدود شدن تعمیم‌پذیری نتایج به سنین دیگر از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به اثربخشی قصه‌درمانی

شناختی - رفتاری بر افسردگی کودکان، به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود اثربخشی قصه‌درمانی در گروه‌های سنی مختلف دختران و پسران تکرار و همچنین با توجه به نتایج این پژوهش، همزمان با قصه‌درمانی برای کودکان، مداخله آموزشی نیز برای والدین صورت گیرد تا هماهنگی بازخوردهای محیط درمان و خانه افزایش یابد.

References

- Alghamdia, M., Hunta, N., & Thomasb, T. (2015). The effectiveness of narrative exposure therapy with traumatic firefighters in Saudi Arabia: A randomized controlled study. *Behavior Research and Therapy*, 66, 64-71.
- Adibi, S. H., Sepahvandi, M. A., & Gholamrezaei, S. (2018). The effectiveness of mind fullness-based cognitive group therapy on depression & anxiety in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Psychological Achievements*, 25(1), 129-146. [Persian]
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2005). *Childhood Anxiety Disorders: A guide to research and treatment*. New York: Routledge.
- Chae, Y., & Kim, J. (2015). Case study on narrative therapy for Schizophrenic adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 53-53.
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (2007). *The symptom inventories: An annotated bibliography* [On-line]. Available: www.checkmateplus.com.
- Crane, W. C. (2005). *Theories of development concepts and applications*. Translation: Gholareza Khoenejad & Ali Reza Rajae (1384). Tehran: Roshd Publications. [Persian]
- Carlson, G. A. (2000). The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *J. Affect Disord*, 61, 3-8.
- Cashin, A., Browne, G., Bradbury, J., & Mulder, A. M. (2013). The effectiveness of narrative therapy with young people with autism. *Journal of Child and Adolescent Mental Health Nursing*, 26(1), 32-41.
- Hatzigeorgiadis, A., Zourbanos, N., Mpoumpaki, S., & Theodorakis, Y. (2009). Mechanisms underlying the self-talk-performance relationship: The effects of motivational self-talk on self-confidence and anxiety. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(1), 186-192.
- Kabanyane, N. E. (2009). *The psycho-educational use of narrative therapy among Nguni speaking children*. Dissertation for the Degree of Master of Education-with Specialization in Guidance and Counseling, University of South Africa, Pretoria.

- Karami, J., Momeni, K., Mohammadi, F., & Shahbazirad, A. (2015). The effectiveness of narrative therapy for reducing symptoms of separation anxiety in children. *JPEN*, 1(3), 48-56. [Persian]
- Lang, M., & Tisher, M. (1978). *The children depression scale*. Melbourne: Australia council for Edu Res.
- Little, N. (2004). *Cognitive behavior therapy: Abstract to feeling better*. InskGHT. journal.com.
- Lofkowitz, M. M, & Burton, N. (1978). Childhood depression: A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85, 716-726.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Fassnacht, D. B., Machado, P. P., & Inês, S. (2014). Long-term effects of psychotherapy on moderate depression: A comparative study of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Affective Disorders*, 167, 64-73.
- Meichenbaum, D. H. (1972). Cognitive modification of test anxious college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 370-380.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves. A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- Oster, G. D., & Montgomery, S. S. (1996). *Moody or depressed: The masks of teenage depression*. Self Help & Psychology (Internet).
- Parirokh, M., & Majdi, Z. (2009). *Stories a tool for reducing the psychological problems of children*. Tehran: Librarian Publishing. [Persian]
- Paxton, R. J., Valois, R. F., Watkins, K. W., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2007). Sociodemographic differences in depressed mood: Results from a nationally representative sample of high school adolescents. *Journal of School Health*, 77, 180-186.
- Park, R. J., & Goodyer, I. M. (2000). Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. *Eur Child Adolese Psychiatry*, 9, 147-161.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 39, 30-41.
- Prasko, J. (2010). Narrative cognitive behavioral therapy psychosis. *Activitas Nerrosa Superior Redirivva*, 52(2), 135-146.
- Roshan, A. (1997). *Storytelling, how to help children use the story*. Translation: Bhzad. Yazdani and Mozghan Emadi (1385). Tehran: Arian. [Persian]

- Rahmani, P., & Moheb, N. (2010). The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children: a comparative study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 23-27.
- Seif, F., & Mohammadi, N. (2016). The effectiveness of individual and group cognitive-behavioral therapies on depression decrease and ejection fraction increase in coronary heart disease. *Journal of Psychological Achievements*, 23(1), 1-22. [Persian]
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K., Davies, M., Piacentine, J., Schwab-Stone, M.E., et al. (1996). The nimh diagnostic interview schedule for children version. (DISC), depression, acceptability. Prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Sheybani, S., Yoosefi, A., & Delavar, A. (2006). The effect of narrative therapy on depression of children. *Research on Exceptional Children* 6(4), 893-916. [Persian]
- Sprafkin, J., Gadow, K. D., Salisbury, H., & Loney, J. (2002). Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: Parent checklist in clinically referred boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(4), 513-24.
- Sprafkin, J., Loney, J., & Gadow, K. D. (1984). Reliability and validity of a DSM-III-based checklist for disruptive behavior disorders. Unpublished data. Reported in Gadow and Sprafkin (1994), *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Torres, S., & Prista Guerra, M. (2002). Application of narrative therapy to anorexia nervosa: A case study. *Revisra portuguesa de psicossomation*, 49(1), 141-156.
- Vromans, L. P., & Schweitzer R. D. (2011). Narrative therapy for adults with a major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy Research*, 21(1), 4-15.
- Yoosefi Looyeh, M., Kamali, K., Ghasemi, A., & Tonawanik, P. (2014). Treating social phobia in children through group narrative therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 16-20 [Persian]
- Zimmerman, J. L., & Beaudoin, M. N. (2002). Cats under the stars: A narrative story. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(1) 31-40.

