



استناد به این مقاله: یاوند حسنی، اصغر؛ فرحبخش، کیومرث؛ شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۴(۱)، ۹۴-۷۱

## بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان

اصغر یاوند حسنی<sup>۱</sup>، کیومرث فرحبخش<sup>۲</sup>، عبدالله شفیع آبادی<sup>۳</sup>  
دریافت: ۱۳۹۱/۶/۱۷ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۰

### چکیده

هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نوجوانان بود. برای دستیابی به این منظور از روش تحقیق نیمه تجربی با شمای طرح سه گروهی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده شد. جامعه تحقیق دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه منطقه سرود همدان بودند. با استفاده از پرسشنامه *SCL-90-R*، تعداد ۳۰ دانش‌آموز دارای اختلالات رفتاری مختلط انتخاب شدند و با جایگزینی تصادفی در ۳ گروه ۱۰ نفری قرار گرفتند. با انتخاب تصادفی یک گروه به‌عنوان گروه کنترل و دو گروه دیگر به‌عنوان گروه آزمایشی، مداخله‌های قصه درمانی و درمان شناختی-رفتاری را دریافت نمودند. دو طرح درمانی برای مداخلات پی‌ریزی شده بود. برای درمان شناختی-رفتاری طرحی مبتنی بر طرح شناخت درمانی گروهی مایکل فری که با انجام تغییراتی طرح‌ریزی شده بود. طرح قصه درمانی، طرحی ترکیبی بر اساس روش گیل مورتون و روش دکتر برنز بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که در حالت کل هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری افسردگی، اضطراب، خصومت، فویبا، افکار پارانوییدی، حساسیت در روابط متقابل، وسواس-اجبار و روان‌پریشی در سطح  $P < 0/01$  مؤثر هستند. مقایسه جداگانه ابعاد مختلف نشان داد که قصه درمانی بر کاهش افسردگی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اختلال اضطراب و افسردگی در سطح  $P < 0/05$  تأثیر مثبتی دارند.

**کلیدواژه‌ها:** قصه درمانی، درمان شناختی-رفتاری، اختلالات رفتاری

<sup>۱</sup>. کارشناسی ارشد از دانشگاه علامه طباطبایی، asyavand@gmail.com

<sup>۲</sup>. استاد دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

<sup>۳</sup>. استاد دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

## مقدمه

فرایند اختلالات رفتاری امروزه توجه متخصصان روان‌شناسی، مشاوران و صاحب‌نظران تعلیم و تربیت را بیش از پیش به خود اختصاص داده است. آنان معتقدند که در بین دانش‌آموزان عده‌ای وجود دارند که علی‌رغم برخورداری از هوش طبیعی و حتی بالاتر قادر به یادگیری مطالب آموزشی نیستند. با مشخص شدن تأثیر مثبت کاربرد روانشناسی در برطرف کردن مشکلات یادگیری، علاقه روزافزون و فزاینده‌ای نسبت به کاربرد مشاوره و روان‌درمانی در کمک به کودکان و نوجوانان ایجاد شده است. Boor and Robert (۲۰۰۲) عقیده دارند که نقش‌های سنتی مشاوره که قبلاً توسط افراد غیرمتخصص به کار گرفته می‌شد، دیگر جایگاهی ندارند. اولیاء نیز واقف هستند که اگر حل مشکلات روانی فرزندان‌شان توسط افراد متخصص انجام گیرد، بهتر خواهد بود و از همه مهم‌تر این که نوجوانان نیز به حقوق خود مبنی بر استفاده از خدمات مشاوره‌ای آگاهی یافته‌اند.

اگر نگاهی به سال‌های گذشته بیندازیم، متوجه می‌شویم همانند روش‌های تدریس، مدل‌ها و نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی دچار دگرگونی و تغییر می‌شوند. رویکردهای سنتی مشاوره‌ای جای خود را به رویکردهایی جدی‌تر و کارا تر می‌دهند و تحقیقات در زمینه کشف مناسب‌ترین روش‌ها همچنان ادامه دارد. در زمینه رویکردهای مشاوره‌ای هدف از تحقیقات انتخاب رویکردها و روش‌هایی است که با کارایی بهتر، هزینه‌ها را کاهش دهد و با پایین آوردن تعداد جلسات، امر مشاوره را تسهیل بخشند.

مدل درمان شناختی-رفتاری (CBT)<sup>۱</sup> در مورد کودکان و نوجوانان در کنار توجه به اهمیت فرایندهای یادگیری و تأثیرگذاری الگوهای اجتماعی محیط زندگی به مرکزیت فرایند پردازش اطلاعات و تجربه احساسات در افراد اهمیت زیادی می‌دهد (Kendal, 2007).

با این توضیحات، اصطلاح ترکیب شناختی-رفتاری نشان‌دهنده ارتباط شناخت و رفتار متمرکز بر احساس و مراحل اجتماعی برای تغییر خواهد بود تحقیقات بر روی اضطراب کودکان و نوجوانان به عامل خود گویی، علامت‌های تهدیدی در محیط و موازنه بین آن‌ها در کنار نتایج شناختی اشاره دارند. کاملاً مشخص شده است که کودکان مضطرب بر روی پردازش جنبه‌های تهدیدآمیز موقعیت‌ها متمرکز می‌شوند (Kendal, 2007). در این راستا آموزش روش آرام‌سازی و آموزش شناختی در کاهش علائم اضطراب نوجوانان نتیجه مثبتی دارد (Winterdyk, 2008). تمرکز برنامه درمانی Satrk & etal (۱۹۸۷) در مورد کودکان افسرده قبل از پرداختن به شناخت‌ها و فرآیندهای مهم، بر تقویت مثبت قرار دارد. کودکان

وسواسی ارزیابی‌های کاذبی نسبت به احساس مسئولیت دارند. انتظارات فزاینده‌ای مبنی بر وقوع رویدادهای بد در کنار همجواری فکر و عمل در آن‌ها دیده می‌شود (Stalard, 2005). تحقیقات Alcázar & etal (۲۰۰۸) و Whittal., Robichaud, Thordarson, & McLean (۲۰۰۸) نشان می‌دهند که درمان شناختی-رفتاری در اختلال وسواس-اجبار کودکان تأثیر مثبتی دارد. Sukolsky, & Kassinoe (۲۰۰۴) اعلام می‌کنند که کودکان دارای اختلال خصومت، واقعه را تهدیدآمیز، ترسناک و تحریک‌آمیز تفسیر می‌کنند. به این طریق هیجان خشم در آن‌ها به وجود می‌آید، اما با وجود استفاده از فنون آموزش مهارت‌های حل مسئله، مداخلات ترکیبی و دیگر فنون شناختی به کار گرفته شده، تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر درمان خصومت و پرخاشگری در حد متوسطی هست. Mosayebi Chenarbon (۲۰۰۷) در تحقیق خود به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان پسر متوسطه اشاره کرده است.

Beck (۱۹۷۶) بیان می‌کند که بیماران مبتلا به هیستری (جسمانی کردن)، بیماری خاصی را در ذهن خود تصور می‌کنند و از این تجربه حسی برای اثبات وجود آن بیماری کمک می‌گیرند. در کمک به این افراد Khodayari & Abedini (۲۰۰۴) فنون آموزش حل مسئله، برقراری ارتباط مؤثر، مقابله کارآمد و جرئت ورزی را مناسب اعلام کرده‌اند. Koronk & soyendel (۲۰۰۰) و Lesley & etal (۲۰۰۶) از تحقیقات خود نتیجه‌گیری می‌کنند که درمان شناختی-رفتاری علی‌رغم ناتوانی در رفع علائم فیزیکی در اختلال جسمانی کردن، می‌تواند فواید زیادی داشته باشد.

Beck (۱۹۷۶) بیان می‌کند که بیمار پارانویایی گمان می‌کند که دیگران به عمد از او سوءاستفاده می‌کنند و در حق او بی‌عدالتی می‌شود. مضمون اصلی اندیشه آن‌ها این است که حق با من است، دیگران اشتباه می‌کنند. Prochaska (۲۰۰۷) گزارش می‌دهند که ۲۰٪ از بیماران پارانویایی خیلی خوب به درمان شناختی-رفتاری جواب می‌دهند و ۴۰٪ رشد خوبی دارند. امیر پور (2009)، به اثربخشی تلفیق فنون شناختی-رفتاری کاهش اضطراب و دارودرمانی در درمان عقاید پارانویید و هذیان‌های گزند و آسیب بیماران مبتلا به روان‌پریشی، اشاره دارند.

تأکید درمان شناختی مستقیماً بر روی محتویات افکار و طرز فکر کردن بیماران روان ریش متمرکز است. نتیجه‌گیری اشتباه از امور و روش غلط در تصمیم‌گیری در کنار باورهای غیرمعمول (وهم و پندار) و پایه اسنادی نامناسب در کنار جلب توجه همراه با تخیلات در بیماران وجود دارد. در مورد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال روان‌پریشی تمام فرا تحلیل‌ها با احتیاط نتیجه‌گیری می‌کنند که

شواهد مثبت خوبی وجود دارند ولی قطعاً به تحقیقات درمانی دقیق‌تر و مقایسه‌ای بیشتر نیازمندیم (Turkington, 2008).

در روان‌شناسی از سه جنبه مختلف به "قصه" نگاه شده است: (۱) ابزار تشخیصی، (۲) ابزار آموزشی و (۳) به‌مثابه یک فن درمانی. کاربرد رویکرد قصه درمانی در مدارس با توجه بر هدف فوق می‌تواند نتایج خوبی به بار آورد. در این مورد به مسائل زیر اشاره می‌شود.

(۱) طرح آسان و غیرمستقیم مسائل به کودک و نوجوان و درگیر کردن نا هوشیار مراجع در امر یادگیری.

داستان به هر شکلی که بیان شود (مثل، فیلم، نمایشنامه، نظم)، در شنونده و خواننده اثری می‌گذارد که استدلال‌ات عقلی نمی‌توانند دارای چنان اثری باشند. از طرف دیگر انتخاب زبان قابل‌فهم متناسب با سطح شنونده از طریق داستان‌گویی راحت‌تر خواهد بود (Mahdavi, 2007).

در قصه درمانی عنصر مهمی که به قصه‌ها و تمثیل‌ها نیروی نفوذ و تأثیر می‌بخشد، عنصر "تطابق یابی" است. تطابق یابی یک فرآیند ناخودآگاه ذهنی است. وقتی بچه‌ها به داستانی گوش می‌دهند، آنچه را که می‌شنوند با خاطرات خود پیوند می‌دهند. آن‌ها می‌کوشند تا تجربیات فعلی از داستان را با وقایعی از گذشته خود در ذهن مرتبط کنند (Roshan, 1997).

(۲) یک وسیله ارزیابی در جهت کشف و تخلیه هیجانات در جریان مشاوره. دانش‌آموزان آمیزه‌های بسیار پیچیده‌ای از احساسات و نظرات را در مورد روابط و تجربیات خود دارند. این پیچیدگی ممکن است طوری عمل کند که آن‌ها حتی در صورت تمایل به همکاری نیز موفق به بیان تجربیات خود نشوند. تحقیقات نشان می‌دهد که قصه‌گویی و قصه‌سازی، بازی با اسباب‌بازی، نمونه‌های کوچک اشیاء، وسایل و ابزار هنری در جلسه مشاوره باعث می‌شود که آمیزه‌های تلنبار شده رهاشده و ذره‌ذره در اندازه‌های قابل‌مهار موردبررسی قرار گیرند (Barvik, 2000).

آنچه در روان‌درمانی‌ها مهم است، تخلیه هیجانی است. بعد از فریاد همه‌ی رویکردهای روان‌درمانی معتقد هستند که حداقل نصف درمان این است که مراجع تجربه‌های احساسی‌اش را در جلسه درمان برون‌ریزی کند؛ اما در قصه درمانی تخلیه هیجانی به چه صورتی اتفاق می‌افتد؟

Barvik (۲۰۰۰) در مورد چگونگی تخلیه هیجانی و کارکرد قصه‌ها این‌طور می‌نویسد: "روان‌درمانی‌های قصه محور فضای خلاقانه‌ای را در چهارچوبی ساختمند ایجاد می‌کنند که در آن از طریق کاربرد استعاره عواطف و احساسات مورد کندوکاو قرار می‌گیرند. بچه‌هایی که در اوایل زندگی

خود تجربیات دشوار و تکان‌دهنده‌ای داشته‌اند اغلب سعی می‌کنند تا آنچه را که برایشان در اوایل زندگی افتاده بیان کنند. آن‌ها از این طریق روش‌های دیگری را برای برآمدن از عهده درد و رنج پیدا می‌کنند. این روش بیان تجربیات باعث تخلیه هیجانی در کودک می‌شود.

Rousseau., Bagilishya., & Nicole (2003) به تأثیر قصه‌گویی در جهت ایجاد ارتباط بین خانه و مدرسه، ارتباط بین زمان حال و گذشته و در کل به امکان تلفیق دنیای کودکان اشاره می‌کنند. آن‌ها قصه‌ها را عامل افزایش آگاهی در انسان می‌دانند.

Giuseppe, Robert, Malgady and Lloyd (۱۹۸۵) اعلان می‌کنند که "کنتودرمانی" تهدید را کاهش می‌دهد. مهارت‌های شناختی مربوط به قضاوت اجتماعی را بالا برده و بر روی رفتارهای پرخاشگری مشاهده شده در موقعیت نقش بازی کردن تا حدودی مؤثر است.

Painter, Lora (۱۹۹۹) از تحقیقات خود نتیجه گرفته‌اند که قصه درمانی و آموزش رفتاری به والدین در مورد "نافرمانی نوجوانان"، تکرار و فراوانی نافرمانی را پایین می‌آورد و آموزش مهارت‌های اجتماعی برای دامنه گسترده‌ای از مشکلات رفتاری، از جمله رفتارهای برون‌گرا، پرخاشگری و درونی کردن اختلال‌ها مؤثر می‌باشد. Prochaska & Noor crass (۲۰۰۷) و Parker & Ampler (۲۰۰۶) به تأثیر داستان‌های استعاره‌ای در کاهش دادن نکات منفی و احساسات منفی مراجعان اشاره می‌کنند

Kurtz and Kim (۲۰۰۸) به تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی در درمان اسکیزوفرنی و کاهش نکات منفی و احساسات منفی درباره ارتباطات اشاره دارند. Atkinson and Horne, B. (۲۰۰۲)، اعلان می‌کنند که کسب یک بینش درست، برای بهبود صحیح در اسکیزوفرنی، یک نقطه عطف محسوب می‌شود. در درمان اختلال جسمانی کردن استفاده از تلقین مفید به نظر می‌رسد. بیماران تبدیلی به‌ویژه تلقین‌پذیرند. از نظر برخی از درمانگران، زمانی که به شیوه مقتدرانه و آمرانه به بیمار گفته شود که نشانه‌ها از بین خواهند رفت، به بهبودی دست می‌یابند (Atkinson & Horne, B., 2002)

### جامعه، نمونه و روش نمونه

جامعه آماری این تحقیق شامل ۷۲۳ دانش‌آموز پسر مقطع متوسطه منطقه سرد رود همدان بود که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در این منطقه مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از روش انتخاب خوشه‌ای از

یک لغت اسپانیایی به معنی قصه درمانی می‌باشد. Cuento Therapy<sup>1</sup>

میان ۵ دبیرستان و ۲ هنرستان موجود در منطقه، هنرستان کشاورزی امام موسی کاظم (ع) انتخاب گردید که ۱۵۲ دانش‌آموز در آن مشغول به تحصیل بودند.

### ابزار تحقیق

از تست SCL-90-R به‌عنوان وسیله غربالگری اختلالات کل دانش‌آموزان استفاده شد و به این طریق ۵۰ دانش‌آموز دارای اختلال رفتاری، انتخاب شدند. در مرحله دوم مصاحبه‌ای با این ۵۰ دانش‌آموز به عمل آمد و به این طریق ۳۰ دانش‌آموز علاقه‌مند به شرکت در جلسات که اختلال رفتاری مختلطی داشتند، انتخاب شدند.

افراد منتخب به‌صورت جایگزینی تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۰ نفری جایگزین شدند. یک گروه به‌عنوان گروه کنترل و دو گروه برای انجام مداخلات درمانی.

چک‌لیست نشانه‌های بیماری SCL-90-R شامل ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علائم بیماری است که مراجع برحسب شدت آن‌ها را در دامنه‌ای از صفر تا چهار درجه‌بندی می‌کند. نشانه‌ها دربرگیرنده ۹ بعد متفاوت اختلال جسمانی کردن، فوبی، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی می‌باشند (Khodayari Fard & Parand, 2009).

تحقیقات انجام‌شده درباره ساختار تک عاملی SCL-90-R، مشخص می‌کند که آزمون، سطح کلی درماندگی جاری را به‌طور مؤثری تشخیص می‌دهد. نتایج همچنین بر این دلالت دارند که SCL-90-R نسبت به تغییرات محسوس از نظر بالینی حساسیت نشان می‌دهد ((Marnat, 2003).

روش شناختی-رفتاری و قصه درمانی دو سطح متغیر مستقل بودند که در طی ۱۲ جلسه مشاوره‌ای به‌صورت دو جلسه در هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه بر گروهی هدف ارائه شدند. بعد از اجرای درمان از شرکت‌کنندگان پس تستی به عمل آمد. نتایج به‌دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه مورد مقایسه قرار گرفتند. هر جا که بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد با استفاده از آزمون تعقیبی، مداخله درمانی/مداخلات درمانی مؤثر در کاهش اختلالات رفتاری مشخص شدند.

### روش اجرا

#### تکنیک‌های به‌کاررفته در درمان شناختی-رفتاری

روال کلی جلسات درمانی شامل ارائه دو یا سه سخنرانی در مورد موضوعات مختلف در کنار ارائه مثال‌ها و انجام عملی تکنیک‌ها و مصاحبه با اعضاء گروه بود. در پایان هر جلسه تکالیفی متناسب با

موضوعات هر جلسه داده می‌شد تا در خانه کار شود و تمرینات در جلسه بعدی بررسی می‌شد. در کنار این کارها برای هر جلسه اقدامات خاصی به اجرا درمی‌آمد که در جدول شماره ۱ به آن‌ها اشاره می‌شود.

### جدول شماره ۱: محتوای اختصاصی جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	موضوعات و تکنیک‌های آموزش داده شده
۱	خوش آمدگویی و معرفی اعضای به یکدیگر/ بیان ساختار و قوانین جلسات/ اخذ تعهد درمانی، سخنرانی الف: رفتارها ریشه در افکار دارند/ جدول سه ستونی ثبت رویدادها، باورهای مرتبط با آن‌ها، پیامد احساسی، سخنرانی ب: آموزش ریلکسیشن و تمرین عملی (این تمرین در تمام جلسات بعدی انجام می‌شد).
۲	سخنرانی الف: افکار خود آیند و طرزشناسایی آن‌ها/ تمرینات عملی، سخنرانی ب: خطاهای شناختی/ ارائه مثال‌های فرضی و مشخص کردن خطاها، سخنرانی ج: مقاومت در درمان.
۳	سخنرانی الف: محتوای شناختی افسردگی و اضطراب، محتوای شناختی شیفتگی، سخنرانی ب: طرح‌واره‌ها و باورهای اصلی و آموزش پیکان عمودی/ تمرینات و مثال‌ها، سخنرانی ج: آموزش فن مصون‌سازی در مقابل استرس و انجام عملی آن.
۴	سخنرانی الف: محتوا شناختی و سواس فکری-عملی، اختلال جسمانی کردن و اسکیزوفرنی، سخنرانی ب: چگونگی تشخیص مشکل از طریق استفاده از جدول "گزارش روحیه روزانه" با ارائه چند مثال.
۵	سخنرانی الف: محتوای شناختی در اختلالات خصومت، بدگمانی، فوبیا و روان‌پریشی، سخنرانی ب: آموزش فن مصون‌سازی در مقابل استرس.
۶	سخنرانی الف آموزش فن پیکان عمودی پیشرفته، سخنرانی ب: روش دسته‌بندی کردن باورهای اصلی بر اساس محتوا، عمومیت و شدت.
۷	سخنرانی الف: معرفی مقیاس رتبه‌بندی ذهنی SUD و رتبه‌بندی باورها بر اساس آن، سخنرانی ب: آموزش فن و کیل مدافع.
۸	سخنرانی الف: آیا به بابائونل معتقدید: باورها را می‌توان تغییر داد، سخنرانی ب: تحلیل سودمندی باورها.
۹	سخنرانی الف: تحلیل همسانی، خلاصه ب: روش استاندارد تحلیل باور و آزمایش باورها.
۱۰	سخنرانی الف: «بازداری قشری اختیاری» <sup>۱</sup> (VCI)، سخنرانی ب: ایجاد باور مخالف.
۱۱	سخنرانی الف: تغییر ادراکی، سخنرانی ب: مفهوم‌سازی مشکل مراجع.
۱۲	سخنرانی الف: آموزش روش توقف فکر ولپی، سخنرانی ب: تداوم تغییر، انجام مراسم اختتامیه.

<sup>۱</sup>. Voluntary cortical inhibition



قصه درمانی در قالب دو بخش ارائه می‌شد. در بخش اول متناسب با اختلالات افراد، داستان منتخبی از کتاب 101 داستان شفابخش برای نوجوانان نوشته Burns (۲۰۰۵) که توسط محقق ترجمه شده بودند، استفاده می‌شد.

بخش دوم شامل داستان سازی به روش Gilmorton (۲۰۰۰) بود. با پیشنهاد درمانگر قرار شد که افراد داستانی تخیلی با هدایت درمانگر در طی جلسات درمانی بنویسند. موضوع داستان، شروع یک سفر دریایی و بازگشت به خانه بود که در جلسات مختلف فصول مختلفی از داستان نوشته می‌شد. مضمون هر داستان طوری بود که همانند یک سفر واقعی امکان همکاری میان افراد یا جدایی از یکدیگر را فراهم می‌نمود. هر هفته فصل جدیدی از داستان گشوده می‌شد.

Gilmorton (۲۰۰۰) از این روش داستان سازی در جهت کشف مشکلات کودکان استفاده کرده است. او با در پیش گرفتن رویکرد روانکاوی استعاره‌های مطرح شده را تفسیر می‌کند، ولی درمانگر در قصه درمانی این استعاره‌ها را تفسیر نمی‌کند. او با پی بردن به یک سری از مشکلات با استفاده از فنون مختلف، سعی می‌کند آگاهی افراد را بالا ببرد و با ایجاد فرصتی، بچه‌ها در مورد تخلیه هیجانی کمک کند. او فن‌های متنوعی برای انجام این کار در اختیار دارد:

### داستان‌های ساخته شده از طریق همکاری

درمانگر از نوجوان می‌خواهد داستانی را که دارای نقطه شروع، میانه و پایانی که هرگز تاکنون نشنیده است، بسازد. درمانگر سؤالات خلاقانه‌ای را به صورت پیام‌های کلی برانگیزنده (مثل، بعداً چه اتفاقی افتاد؟) توضیحات دقیق (اسم او چی بود؟)، انعکاس‌ها (ظاهراً ترسیده) یا خلاصه‌ها (بله، او تصمیم گرفته است که از کوه بالا رود، غار را پیدا کند و از سه تا اژدها رد شود را می‌پرسد (Stallard, 2005)).

### داستان سازی متقابل

کودک داستانی درباره موضوعی می‌گوید. درمانگر شخصیت‌های داستان و تعارضات داستان را تعیین می‌کند. وی همان داستان را در قالبی که بیان کننده شیوه‌های بهتر کنار آمدن با مشکل است را ارائه دهد، به کودک بیان می‌کند (Kaduson & Heidi, 1988). تعویض چارچوب یا شکل‌دهی مجدد در این روش درمانگر بایان داستان مراجع در قالبی جدید که معنای وسیع‌تری به برداشت مراجع اضافه می‌کند، محدوده فکر شخص را وسعت می‌بخشد و معنای گسترده‌تری از عادات‌ها و روش‌ها را بیان می‌کند (Roshan, 1997).



## جدول ۲: محتوای اختصاصی جلسات قصه درمانی

شماره	محتوی
۱	<p>(۱) خوش آمد گویی، معرفی ساختار جلسات و قوانین اصلی، معرفی شرکت کنندگان به یکدیگر؛</p> <p>(۲) نقل داستان "قلب رازگو": انباشته شدن و عدم درک و پردازش اطلاعات و مبتلا شدن به اختلال روانی در انسان؛</p> <p>(۳) تکلیف: شما نیز داستانی را پیدا کنید که در آن شخصی دچار بیماری روانی، به صورت غیرعادی عمل می کند.</p>
۲	<p>(۱) ارائه داستان منتخب: "چیزی را که می خواهید رشد کند، پرورش دهید"؛</p> <p>(۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: مقدمه؛ درمانگر به بچه ها می گوید، ما می خواهیم به یک سفر دریایی برویم و درباره اتفاقات این سفر داستانی بنویسیم. عنوانی برای این داستان انتخاب کنید. (۱) نام سه وسیله ای را که می خواهید با خود به سفر ببرید (۲) پاراگرافی در مورد مراسم خداحافظی و افراد حاضر در مراسم بدرقه بنویسید (۳) سه توصیه محرمانه را در داخل پاکتی قرار دهید و به یک شخص مورد اعتماد بسپارید.</p> <p>(۳) ارائه تکلیف: شما اگر جای پیرمرد قصه گو بودید این داستان را چگونه و از زبان چه حیوانی مطرح می کردید؟ داستان خود را بنویسد.</p>
۳	<p>(۱) ارائه داستان منتخب: "در جستجوی خوشبختی"؛</p> <p>(۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل اول: در این سفر با چه چیزهایی ممکن است روبرو شویم؟ با چه افرادی روبرو خواهیم شد؟ شرایط آب و هوایی جدید چگونه خواهد بود؟ پاراگرافی در مورد هر کدام بنویسید.</p> <p>(۳) تکلیف: داستانی با توجه به مفهوم و قالب داستان "در جستجوی خوشبختی" بنویسید.</p>
۴	<p>(۱) ارائه داستان منتخب: "پرواز به افق های جدید"؛</p> <p>(۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل دوم: چیزی در درون آب کشتی در حال حرکت است و مسافران در عرشه به تماشای دریا و اطراف مشغول هستند. ناگهان شخصی فریاد می زند که در زیر آب چیزی دیده می شود. شرکت کنندگان باید پاراگرافی در مورد چیزی که در زیر آب می بینند، بنویسند.</p> <p>(۳) تکالیف جلسه بعد: تجربه ای از زندگی گذشته خود را در قالب داستان "پرواز به افق های جدید" بنویسد.</p>
۵	<p>(۱) ارائه داستان منتخب: "خوب است اما کامل نیست"؛</p> <p>(۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل سوم: صندوق اسرارآمیزی پیدا می شود از بچه خواسته می شود که درباره ماهیت صندوق و محتوای آن، مالک آن، طرز باز کردن قفل ها و این که آیا آن را باز کنیم یا نه، صحبت کنند و مطالب خود را در دفتر خود یادداشت نمایند.</p> <p>(۳) تکالیف: تجربه ای از زندگی خود را در قالب داستان "خوب است اما کامل نیست" بازنویسی کنید.</p>
۶	<p>(۱) ارائه داستان منتخب: "تغییر دادن الگوهای رفتاری"؛</p> <p>(۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل چهارم: "ضرورت تغییر"، شب است و کشتی در حال حرکت که به ناخدا خیر می دهند که کشتی دیگری در مسیر حرکت آن ها قرار گرفته است و هر چه به آن کشتی علامت می دهند توجهی به آن نمی شود. آن ها هر چه سریع تر باید اقدام کنند، وگرنه کشتی ها به هم تصادف خواهند کرد. افراد پاراگرافی درباره اقدامات مناسب برای جلوگیری از خطر بنویسند. بعد از انجام بحث گروهی خواهند نوشت.</p> <p>(۳) تکالیف: (۱) داستان منتخب را درباره حیوان دیگری به غیر از زاغ، بازنویسی کنید. (۲) سعی کنید با حیوانی مثل گربه، کبوتر و ... که از شما فرار می کند، دوستی برقرار کنید و نتیجه را گزارش دهید.</p>
۷	<p>(۱) ارائه داستان منتخب: گاهی اوقات چیزهای وحشتناکی اتفاق می افتد؛</p> <p>(۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره ها: فصل پنجم: تعدادی ایمیل از خانواده ها بچه ها رسیده است. افراد باعجله برای</p>

<p>دریافت و خواندن نامه خود به اتاق کامپیوتر می‌روند. بچه‌ها باید چک کنند که نامه‌ای به آن‌ها رسیده است یا نه، در صورت دریافت نامه، پاراگرافی درباره محتوای نامه بنویسند. بر روی این نامه‌ها بحث گروهی انجام خواهد شد. تکالیف جلسه بعد: (۱) داستان استیو را برای کسی را در زندگی از کسی را ازدست‌داده است و یا پدر و مادرش از هم جداشده‌اند، تعریف کنید. (۲) به کسی که روزی با او دوست بودید ولی دیگر او را نمی‌بینید، نامه‌ای بنویسید. احساسات خود را در یک پاراگراف شرح دهید.</p>	
<p>(۱) ارائه داستان منتخب: دوست شدن و نگاه داشتن دوستی؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره‌ها: فصل ششم: یک رویا: دریا آرام است و کشتی در حال حرکت و مسافران در خواب هستند. یکی از این افراد در حال دیدن خوابی است. رویای او را حدس بزنید و درباره آن پاراگرافی بنویسید. (۳) تکالیف: (۱) درباره چگونگی ارتباط اولیه با نزدیک‌ترین دوست خود، پاراگرافی بنویسید. (۲) با او مصاحبه‌ای کنید و نظرات او در مورد خودتان را در بنویسید.</p>	۸
<p>(۱) ارائه داستان منتخب: دستگیره را رها نکن؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره‌ها: فصل هفتم: رسیدن به یک جزیره اسرارآمیز: به مسافران خبر داده می‌شود که به خاطر اتفاقات گذشته، زمان زیادی ازدست‌رفته است و مواد غذایی و آب شیرین برای ادامه سفر تمام شده است. آن‌ها به ناچار باید در جزیره اسرارآمیزی که در نزدیکی آن‌ها قرار دارد پیاده شوند افراد باید پاراگرافی را درباره این جزیره اسرارآمیز بنویسند. (۳) تکالیف: مورچه‌ای را پیدا کرده و آن را تا رسیدن به لانه‌اش تعقیب نمایید. جملاتی را که مورچه هنگام کار کردن با خود تکرار می‌کند را در پاراگرافی خلاصه نمایید.</p>	۹
<p>(۱) ارائه داستان منتخب: هیجانانگیز ریشه در افکار دارند؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره‌ها: فصل هشتم: یک راز: ناخدا رو به مسافران می‌کند و با صدای بلندی می‌گوید: توجه کنید، این جزیره باوجود داشتن امکانات عالی از جهت مواد غذایی و شرایط خوب آب و هوایی، یک جزیره طلسم شده است. هر کس باید در سریع‌ترین زمان ممکن امکانات موردنیاز خود را جمع‌آوری کند و به کشتی برگردد. مسافران در جزیره پیاده می‌شوند. افراد باید درباره اتفاقات جزیره پاراگرافی بنویسند. (۳) تکالیف: شما نیز داستانی را بنویسید که نشان دهد که هیجانانگیز ما ریشه در افکار ما دارند.</p>	۱۰
<p>(۱) ارائه داستان منتخب: بگذارید جو آن را انجام دهد؛ (۲) قصه سازی و کار بر روی استعاره‌ها: فصل آخر: رسیدن به مقصد: سرانجام کشتی به مقصد می‌رسد و در اسکله‌ای لنگر می‌اندازد. مسافران کارهای زیادی دارند که باید انجام دهند. هرکسی به دنبال کار خود می‌رود تا سریع‌تر خود را برای برگشت به خانه آماده کند. افراد باید در مورد احساسات و کارهای مدنظرشان پاراگرافی بنویسند. (۳) تکالیف: در مورد مهارتی که فکر می‌کنید نسبت دیگران آن را بهتر انجام می‌دهید، پاراگرافی بنویسید. (۲) در ابتدا چگونه بودید و از چه طریقی به این مهارت رسیده‌اید؟ پاراگراف دیگری بنویسید.</p>	۱۱
<p>(۱) مرور برنامه: کمک به شرکت‌کنندگان تا به بازمینی و بازنویسی داستان خود بپردازند. (۲) پیگیری و ارزیابی درمان: کسب پس‌خوراند از شرکت‌کنندگان درباره برنامه و انجام ارزیابی.</p>	۱۲

**یافته‌ها**

۳۰ آزمودنی با دامنه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال که مبتلا به اختلالات رفتاری مختلط (میانگین ۴ اختلال رفتاری برای هر مراجع) بودند در این تحقیق شرکت داشتند. میانگین و واریانس نمرات گروه‌ها در حالت کل و به صورت ابعاد نه‌گانه جهت مقایسه تفاوت میانگین‌ها و واریانس قبل و بعد از اجرای مداخلات درمانی در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳: نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل برای اختلالات نه‌گانه**

نوع اختلال	گروه	نوع مداخله	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
			تعداد	میانگین	واریانس استاندارد	تعداد	میانگین	واریانس استاندارد
حالت کل	آزمایش	قصه درمانی	۳۰	۱۴/۵۲	۳۵/۱۲	۳۰	۱۱/۶۸	۲۶/۴۹
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۳۰	۱۴/۶	۵۲/۴۷	۳۰	۱۱/۶۷	۳۷/۰۵
	کنترل	-	۳۰	۱۱/۶۷	۳۷/۰۵	۳۰	۱۳/۸۳	۳۴/۰۵
جسمانی کردن	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۱۶/۴	۱۷/۸	۱۰	۱۳/۳	۳۸/۴۵
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۱۰	۱۶/۲	۴۹/۲۸	۱۰	۱۳	۳۴/۱۷
	کنترل	-	۱۰	۱۳	۲۷/۵۵	۱۰	۱۳/۲	۳۴/۰۱
وسواس- اجبار (ob)	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۱۹/۸	۱۲/۱۸	۱۰	۱۴/۷	۱۶/۶۸
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۱۰	۲۰/۱	۴۴/۵۴	۱۰	۱۸/۱	۳۱/۵۵
	کنترل	-	۱۰	۱۸/۸	۳۱/۰۶	۱۰	۱۵/۲	۲۸/۶۲
حساسیت در روابط	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۱۲/۹	۲۲/۱	۱۰	۱۱/۳	۱۶/۶۸
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۱۰	۱۶/۱	۲۷/۸۷	۱۰	۱۵/۱	۲۱/۸۷
	کنترل	-	۱۰	۱۴/۱	۱۴/۵۴	۱۰	۱۵	۱۴
افسردگی	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۲۱/۳	۲۲/۱	۱۰	۱۵/۱	۳۰/۵۴
	آزمایش	شناختی-رفتاری	۱۰	۲۱/۶۰	۴۶/۴۹	۱۰	۱۴/۱	۳۱/۴۳
	کنترل	-	۱۰	۲۰/۱	۲۷/۴۳	۱۰	۲۱/۷	۳۳/۵۶
اضطراب	آزمایش	قصه درمانی	۱۰	۱۴/۹	۱۶/۳۲	۱۰	۱۰/۱	۲۱/۴۳

۱۷/۳۴	۸/۸	۱۰	۴۹/۲۹	۱۶/۲	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۳۹/۷۹	۱۶/۳	۱۰	۱۸۷	۱۵/۲	۱۰	-	کنترل	
۲۱/۴۳	۱۰/۱	۱۰	۱۶/۳۲	۱۰/۴	۱۰	قصه درمانی	آزمایش	خصومت
۱۸/۵۴	۶/۸	۱۰	۲۴/۷	۸/۴	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۱۶/۰۱	۱۱/۷	۱۰	۲۵/۲۹	۱۱/۲	۱۰	-	کنترل	
۱۰/۲۳	۷/۳	۱۰	۱۶/۲۲	۸	۱۰	قصه درمانی	آزمایش	فویا
۱۴/۷	۶/۴	۱۰	۱۳/۶	۶/۵	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۲۱/۶۵	۷/۱	۱۰	۱۷/۰۶	۷/۲	۱۰	-	کنترل	
۶/۷۷	۹/۱	۱۰	۱۸/۶۷	۱۰/۳	۱۰	قصه درمانی	آزمایش	افکار پارانوییدی
۱۴/۵	۸/۵۴	۱۰	۱۷/۶	۱۱/۳	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۳۱/۸۷	۱۰/۹	۱۰	۱۴/۵۴	۱۰/۱	۱۰	-	کنترل	
۱۶/۵۴	۱۵/۹	۱۰	۳۱/۵۵	۱۷	۱۰	قصه درمانی	آزمایش	روان‌پریشی
۱۵/۱۵	۱۴/۴	۱۰	۲۱/۳	۱۵	۱۰	شناختی-رفتاری	آزمایش	
۱۰/۲۳	۱۴/۳	۱۰	۱۳/۹	۱۴/۸	۱۰	-	کنترل	

از آنجاکه در این تحقیق از داده‌های آزمون پیش‌تست و پس‌تست، استفاده می‌شد، در جهت از بین بردن تأثیرات متغیر پیش‌تست از آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد. چهار مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس گروه‌ها و همگنی شیب رگرسیون در بین گروه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 به شرح زیر انجام گرفت.

۱- بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات

۲- بررسی مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها

برای بررسی دو مفروضه فوق از آزمون‌های کالموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن

توزیع نمرات و برای مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد و نتایج زیر به دست آمد.

## جدول شماره ۴: خلاصه نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرف و آزمون لون

آزمون لون				آزمون کالموگروف-اسمیرف		
P	df2	df1	آماره	متغیرها	مقدار p	نوع اختلال
۰/۹۹۰	۲۷	۲	۱/۳۸۷	پس تست	۰/۵۷۶	جسمانی کردن
۰/۲۶۷	۲۷	۲	۰/۰۰۹	پیش تست	۰/۹۶۸	
۰/۷۷۶	۲۷	۲	۰/۲۵۶	پس تست	۰/۴۸۳	وسواس - اجبار
۰/۱۷۴	۲۷	۲	۱/۸۶۴	پیش تست	۰/۹۲۷	
۰/۶۹۶	۲۷	۲	۰/۳۶۷	پس تست	۰/۶۵۰	حساس بودن
۰/۴۸۴	۲۷	۲	۰/۷۴۲	پیش تست	۰/۹۸۸	
۰/۹۸۲	۲۷	۲	۰/۰۱۸	پس تست	۰/۷۸۰	افسردگی
۰/۳۲۸	۲۷	۲	۱۰/۱۶۳	پیش تست	۰/۹۷۸	
۰/۸۱۷	۲۷	۲	۰/۲۰۴	پس تست	۰/۹۰۰	اضطراب
۰/۱۴۴	۲۷	۲	۲/۰۸۵	پیش تست	۰/۹۷۸	
۰/۸۱۹	۲۷	۲	۰/۸۱۹	پس تست	۰/۹۲۶	خصوصیت
۰/۷۱۸	۲۷	۲	۰/۷۸۱	پیش تست	۰/۸۲۶	
۰/۴۲۱	۲۷	۲	۰/۸۹۳	پس تست	۰/۴۲۵	فوبیا
۰/۹۵۸	۲۷	۲	۰/۰۴۳	پیش تست	۰/۹۹۲	
۰/۴۳۷	۲۷	۲	۰/۸۵۵	پس تست	۰/۲۲۵	افکار پارانوییدی
۰/۸۵۹	۲۷	۲	۰/۱۵۳	پیش تست	۰/۹۶۷	
۰/۸۶۵	۲۷	۲	۰/۱۴۶	پس تست	۰/۷۹۰	روان پریشی
۰/۵۸۶	۲۷	۲	۰/۵۴۴	پیش تست	۰/۹۷۲	
۰/۶۹۱	۲۷	۲	۰/۳۷۱	پس تست	۰/۱۳۸	کل
۰/۳۵۷	۲۷	۲	۱/۰۴۳	پیش تست	۰/۹۱۵	

با بررسی نتایج جدول ۴ مشخص می شود که سطوح معنی داری p همگی از ۰/۰۵ بیشتر هستند و مفروضه های نرمال بودن و همگنی واریانس ها برقرار است. برای بررسی مفروضه همگنی رگرسیون، تحلیل واریانس یک طرفه انجام گرفت و نتایج زیر به دست آمد.

## جدول شماره ۵: خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی همگنی شیب رگرسیون

p	f	م. مجذورات	df	ss	منابع تغییرات	اختلال
۰/۵۷۱	۰/۶۸۲	۲۳/۳۶۶	۳	۷۰/۰۹۷	تعامل گروه و پیش آزمون	جسمانی کردن
۰/۰۸۳	۲/۴۸۰	۵۵/۹۸۳	۳	۱۶۷/۹۴۹	تعامل گروه و پیش آزمون	وسواس
۰/۰۲۰ *	۳/۹۰۴	۵۹/۶۹۷	۳	۱۷۹/۰۹۰	تعامل گروه و پیش آزمون	حساسیت
۰/۰۹۴	۲/۳۶۵	۸۵/۸۱۷	۳	۲۵۷/۴۵۱	تعامل گروه و پیش آزمون	افسردگی

۰/۱۰۰	۲/۳۰۳	۸۲/۵۷۱	۳	۲۴۷/۷۱۳	تعامل گروه و پیش‌آزمون	اضطراب
۱/۳۹۶	۱/۰۳۰	۲۰/۴۹۵	۳	۶۱/۴۸۵	تعامل گروه و پیش‌آزمون	خصومت
۰/۷۱۸	۰/۴۵۲	۷/۰۰۱	۳	۲۱/۰۰۲	تعامل گروه و پیش‌آزمون	فوبیا
۰/۵۶۳	۸/۶۹۶	۸/۶۰۸	۳	۲۵/۸۲۳	تعامل گروه و پیش‌آزمون	افکار پارانویید
۰/۰۰۳ *	۶/۰۶۵	۵۳/۹۹۷	۳	۱۶۱/۹۹۱	تعامل گروه و پیش‌آزمون	روان‌پریشی
۰/۰۰ *	۷/۶۰۶	۲۶۹/۲۲۰	۳	۸۰۷/۶۶۱	تعامل گروه و پیش‌آزمون	کل اختلالات

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که برای اختلالات حساسیت در روابط، اختلال روان‌پریشی و مجموع کل اختلالات، مقدار  $d$  به‌دست‌آمده کوچک‌تر از مقدار  $۰/۰۵$  می‌باشد. در مورد این سه گروه به‌ناچار از آزمون  $t$  مستقل برای نمونه‌های زوجی پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده می‌کنیم و در مورد بقیه گروه‌ها تحلیل کواریانس را انجام می‌دهیم.

جدول شماره ۶: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر روش شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر اختلالات نه‌گانه رفتاری

ردیف	نوع اختلال	منابع تغییرات	م. مجذورات	درجه	م. مجذورات	f	p
۱	جسمانی کردن	اثر پیش‌آزمون	۶۹/۹۹۳	۱	۶۹/۹۹۳	۲/۰۴۵	۰/۸۶۷
		اثر گروه	۹/۷۹۰	۲	۴/۸۹۵	۰/۱۴۳	۰/۸۶۷
		خطا	۸۸۹/۸۰۷	۲۶	۳۴/۲۲۳		
۲	وسواس-اجبار	اثر پیش‌آزمون	۶۲/۸۲۷	۱	۸۲۷/۸۲۷	۲/۵۹۵	۰/۱۱۹
		اثر گروه	۵۶/۰۸۴	۲	۲۸/۰۴۲	۱/۱۵۹	۰/۳۲۹
		خطا	۶۲۸/۸۷۳	۲۶	۲۴/۱۸۷		
۳	افسردگی	اثر پیش‌آزمون	۵۱/۱۱۴	۱	۵۱/۱۱۴	۱/۶۴۳	۰/۲۱۱
		اثر گروه	۹۶/۵۷۰	۲	۱۸۴/۵۰۶	۵/۹۳۱	۰/۰۰۶
		خطا	۸۰۸/۷۸۶	۲۶	۳۱/۱۰۷		
۴	اضطراب	اثر پیش‌آزمون	۱۰۰/۲۱۲	۱	۱۰۰/۲۱۲	۳/۴۳۶	۰/۰۰۸
		اثر مداخله درمانی	۳۳۹/۲۹۹	۲	۱۶۹/۶۴۹	۵/۸۱۶	۰/۰۰۸
		خطا	۷۵۸/۳۸۸	۲۶	۲۹/۱۶۹		
۵	خصومت	اثر پیش‌آزمون	۱۶/۷۶۱	۱	۱۶/۷۶۱	۰/۹۹۰	۰/۳۲۹
		اثر گروه	۹۶/۵۷۰	۲	۴۸/۲۸۵	۲۸/۸۵۱	۰/۰۷۶
		خطا	۴۴۰/۳۳۹	۲۶	۱۶/۹۳۶		

۰/۳۱۶	۱/۰۴۷	۱۶/۲۴۲	۱	۱۶/۲۴۲	اثر پیش‌آزمون	فوییا	۶
۰/۹۳۱	۰/۰۷۲	۱/۱۱۹	۲	۲/۲۳۹	اثر مداخله درمانی		
		۱۵/۵۰۶	۲۶	۴۰۳/۱۵۸	خطا		
۰/۲۳۴	۱/۴۸۲	۱۷/۰۵۷	۱	۱۷/۰۵۷	اثر پیش‌آزمون	افکار پارانوییدی	۷
۰/۲۲۸	۱/۵۶۴	۱۸/۰۰۴	۲	۳۶/۰۰۸	اثر گروه		
		۱۱/۵۰۹	۲۶	۲۹۹/۲۴۳	خطا		
			۳۰	۳۰۵۵/۰۰۰	کل		

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که مقدار p برای اختلالات افسردگی و اضطراب کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. برای تشخیص این‌که تفاوت بین چه گروه‌هایی قرار دارد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده می‌کنیم.

#### جدول شماره ۷: خلاصه نتایج آزمون‌های تعقیبی مقایسه‌های زوجی بونفرونی

ردیف	نوع اختلال	تعامل‌ها	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
۱	اضطراب	قصه درمانی با درمان شناختی-رفتاری	۱/۳۰۰	۱/۰۰
		قصه درمانی با گروه کنترل	-۶/۲۰۰	۰/۰۶۲
		شناختی-رفتاری با گروه کنترل	* ۷/۵۰۰	۰/۰۱۸
۱	افسردگی	قصه درمانی با درمان شناختی-رفتاری	۱/۰۰۰	۱/۰۰
		قصه درمانی با گروه کنترل	* -۶/۶۰۰	۰/۰۴۳
		شناختی-رفتاری با گروه کنترل	* -۷/۶۰۰	۰/۰۱۷

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۷ مشخص می‌شود که تأثیر مثبت قصه درمانی بر روی اختلال افسردگی و تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر دو اختلال افسردگی و اضطراب می‌باشد.

#### جدول شماره ۸: خلاصه نتایج آزمون تی (t) برای مقایسه تأثیر درمان‌ها

ردیف	نوع اختلال	تعامل‌های پیش‌تست و پس‌تست	تفاوت میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنی‌داری
۱	مجموع اختلالات نه‌گانه	قصه درمانی	۲/۸۷۵	۴/۸۵۵	۸۹	۵/۶۲۳	* ۰/۰۰۰۱
		شناختی-رفتاری	۲/۹۳۳	۴/۴۱۹	۸۹	۶/۲۹۸	* ۰/۰۰۰۱
		کنترل	-۰/۱۱۱	۷/۵۵۹	-۰/۱۳۹	۸۹	۰/۸۸۹



۰/۳۳۳	۱/۰۲۲	۹	۴/۹۴۹	۱/۶۰۰	قصه درمانی	حساسیت بین فردی	۱
۰/۲۸۶	۱/۱۳۴	۹	۲/۷۸۹	۱/۰۰۰	شناختی-رفتاری		
۰/۶۳۸	-۰/۴۸۹	۹	۵/۸۲۰	-۰/۹۰۰	کنترل		
۰/۱۹۳	۱/۴۰۸	۹	۲/۴۷۰	۱/۱۰۰	قصه درمانی	روان‌پریشی	۱
۰/۵۵۵	۰/۶۱۲	۹	۳/۰۹۸	۰/۶۰۰	شناختی-رفتاری		
۰/۷۷۶	۰/۲۹۴	۹	۵/۳۸۰	۰/۵۰۰	کنترل		

نتایج جدول شماره ۸ می‌رساند که در حالت کلی درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری نه‌گانه در سطح  $(P < .01)$  مؤثر هستند اما درمان‌ها بر کاهش معنی‌دار دو اختلال خصومت بین فردی و روان‌پریشی در سطح  $(P < .05)$  مؤثر نیستند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در حالت کل درمان شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری جسمانی کردن، وسواس، حساسیت بین فردی، خصومت، افسردگی، اضطراب، افکار پارانوئیدی، فوبیا و روان‌پریشی مؤثر بودند. با توجه به جدول شماره ۸ و معنی‌دار بودن درمان‌ها در سطح  $0/0001$  و نزدیکی تفاوت میانگین‌های پیش‌تست و پس‌تست برای درمان‌های شناختی-رفتاری و قصه درمانی (شناختی-رفتاری با تفاوت میانگین  $2/933$  و قصه درمانی با تفاوت میانگین  $2/875$ )، هیچ‌کدام از درمان‌ها بر دیگری برتری خاصی ندارند. درمانگر با توجه به تشخیصی که از مراجع به عمل می‌آورد می‌تواند درمان موردنظر را انتخاب کند. مثلاً اگر مراجع دارای مقاومت زیادی است، قصه درمانی را به کار ببرد و اگر مراجع داوطلب درمان است و مقاومتی ندارد از روش شناختی-رفتاری استفاده کند.

در حالت خاص هرچند درمان شناختی-رفتاری بر روی تک اختلالات مؤثر نبوده‌اند ولی باز تفاوت میانگین‌ها در پیش‌تست و پس‌تست نسبت به گروه کنترل قابل توجه است. احتمالاً با تغییراتی در طرح درمانی و افزایش تعداد جلسات درمانی بتوان به نتایج درمانی مثبتی رسید.

نتیجه به‌دست آمده از مقایسه جداگانه ابعاد نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر روی اختلالات افسردگی و اضطراب تأثیر مثبتی دارد درحالی‌که تأثیر مثبت قصه درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری افسردگی است.

نتیجه مثبت درمان شناختی-رفتاری در مورد اختلال افسردگی با نتیجه تحقیق Akund makkeei (۱۹۹۷) و Georgi (۲۰۰۲) که شناخت درمانی گروهی را به روش بک برای درمان افسردگی نوجوانان

کار برده‌اند هم‌خوانی دارد. شناسایی شناخت‌های منفی و تصحیح آن‌ها با استفاده از فنونی مثل، استفاده از جدول گزارش روحیه روزانه و آموزش خطاهای شناختی و آموزش روش حل مسئله در این تحقیق مدنظر بود. Stallard (۲۰۰۵) اشاره‌ای به تحقیقات Shobrige (۱۹۸۸) و Stark & etal (۱۹۸۷) دارند. آن‌ها موفق شده‌اند با شناسایی شناخت‌های منفی و تصحیح آن‌ها با استفاده از فنونی مثل، استفاده از جدول گزارش روحیه روزانه و آموزش خطاهای شناختی و آموزش روش حل مسئله افسردگی کودکان و نوجوانان را درمان کنند.

نتیجه مثبت درمان شناختی-رفتاری در مورد اختلال اضطراب کودکان و نوجوانان با نتایج تحقیقات Winterdyk & etal (۲۰۰۸) و Stallard (2005) هم‌خوانی دارد. محتوای درمان همانند محتوای درمان این محققان یعنی انجام آموزش روانی طی چندین جلسه و سپس تغییر جهت به سوی بعد هیجانی انجام می‌گیرد.

تأثیر درمان در کاهش اختلال حساسیت در روابط متقابل معنی‌دار نبود. هرچند نتایج فرا تحلیلی که توسط Sukolsky, Kassinoe, & Gorman (۲۰۰۴) انجام گرفته است، نشان می‌دهند که تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال خصومت با وجود معنی‌دار بودن، در حد متوسطی است.

نتیجه درمان در مورد اختلال فوبیا مثبت نبود. به نظر Feliu, Bornas, Xavier & Llabresi (۲۰۰۸) در درمان فوبیاهای خاص، روش حساسیت‌زدایی زنده باید انجام پذیرد درحالی‌که مداخله درمانی بر اساس طرح درمان فری، به صورت آموزش گروهی ارائه می‌شود، انجام مواجهه سازی به صورت زنده مدنظر نیست.

درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار پارانویید مثبت نبود. به نظر Freeman & Garety (۲۰۰۶) مسئله مهمی که در تطبیق درمان شناختی-رفتاری برای درمان سوءظن و افکار پارانوییدی باید در نظر قرار گیرد، این است که درمان کوتاه‌مدت مناسب نمی‌باشد. حداقل مدت درمان ۶ ماه باشد و به صورت هفتگی ادامه یابد. تعداد ۱۲ جلسه و کارکرد گروهی در مقایسه با زمان ۶ ماهه عامل مهمی در کسب نتیجه ضعیف می‌باشد.

در این تحقیق تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر روی اختلال وسواس-اجبار مثبت نبود. این نتیجه با نتیجه فرا تحلیل Meca, Conesa, & martinez (۲۰۰۸) که دلالت بر عدم قطعیت درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اختلال وسواس-اجبار دارد، همخوانی دارد و همسو با نتیجه آن‌هاست. هرچند نتایج تحقیقات Barrett, Farrell, & Boulter (۲۰۰۲) کارایی انفرادی درمان شناختی-رفتاری در مورد اختلال

وسواس-اجبار، کودکان را مثبت گزارش می‌کنند، اما تنها یک آزمایش کنترل‌شده با استفاده از پروتکل جلسه‌ای به نام "رهایی از وسواس فکری-عملی با استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری" گزارش شده است.

در این تحقیق تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال جسمانی کردن، مثبت نبود. Lesly & etal (۲۰۰۶) نیز اعلام می‌کنند که تحقیقات گوناگون نشان‌دهنده عدم تأثیر قاطع درمان‌ها بر اختلال جسمانی کردن هستند هرچند که در بعضی از تحقیقات از جمله تحقیقات Kroenke & Swindle (۲۰۰۰) و Khodayari & Abedini (۲۰۰۰) نتیجه درمان تا حدودی مثبت اعلام شده است.

همچنین کاربرد مداخله شناختی-رفتاری در این تحقیق نتیجه مثبتی بر کاهش اختلال روان‌پریشی نداشت. هرچند نتایج تحقیقات Atkinso & Hornbe (۲۰۰۲) و نتایج تحقیقات Bechdolf (۲۰۰۴) در کنار تحقیقات Turkington (۲۰۰۸) تا حدودی مبین تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال روان‌پریشی می‌باشد؛ اما در مورد تأثیر مثبت درمان تمام فرا تحلیل‌ها با احتیاط نتیجه‌گیری می‌کنند ما قطعاً به تحقیقات دقیق‌تر و مقایسه‌ای نیازمند هستیم.

### بحث و نتیجه‌گیری قصه درمانی

قصه درمانی در کل بر کاهش اختلالات نه‌گانه رفتاری تأثیر مثبتی داشت. مقایسه جداگانه ابعاد نشان داد که قصه درمانی بر کاهش اختلال افسردگی نیز مؤثر است. این نتیجه با نتایج تحقیقات Giuseppe, Alizahe Fard (۱۹۸۵), & Lloyd (۲۰۰۶) و Karimi Nasa (۲۰۱۰) در مورد کاهش اختلال افسردگی همخوانی دارد. جیوسپی و همکاران از "کونتو درمانی" به‌عنوان روشی برای کاهش اضطراب تهدید و قالب دهی جدید به افسانه‌هایی نقل‌شده از طرف والدین به کودکان استفاده کرده‌اند. Alizahe Fard (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که کاربرد استعاره درمانی برای افراد دوزبانه دارای روان رنجوری افسردگی نتیجه‌بخش است.

قصه درمانی در این تحقیق تأثیر معنی‌داری بر کاهش اختلال، اضطراب، فوبیا، اختلال جسمانی کردن، اختلال وسواس-اجبار، اختلال حساسیت در روابط متقابل، اختلال افکار پارانوییدی، اختلال خصومت و روان‌پریشی نشان نداد. برای تبیین این نتایج به موارد زیر اشاره می‌شود.

(۱) تأثیرات مثبت قصه درمانی در برخی از تحقیقات به خاطر تلفیق قصه درمانی با انواع دیگری از

درمان‌ها بوده است.

تحقیق Painter, Cook, & Silverman (۱۹۹۹) در مورد تأثیرات قصه درمانی و آموزش رفتاری به والدین در مورد "نافرمانی نوجوانان"، به دو صورت انجام گرفته است. در حالت اول یک دوره قصه درمانی با یک دوره آموزش رفتاری دنبال می‌شود و در حالت دوم درمان عکس حالت اول انجام می‌گیرد. Bucholz, Brady, & Michael (۲۰۰۸) در مورد تأثیر "تدریس مهارت‌های مثبت کاری با مداخله شناختی مبتنی بر ادبیات"، بر روی افرادی که در یادگیری انجام فعالیت‌های کاری بدون کمک دیگران مشکل دارند، پرداخته‌اند.

۲) تفاوت‌های افراد از لحاظ جنسیت، سن و فرهنگی ممکن است که منجر به نتایج مختلف شده باشند.

تحقیق Sabbaghyan (۲۰۰۴) در مورد بررسی تأثیر قصه‌گویی بر میزان پرخاشگری کودکان دختر و پسر سال اول و دوم ابتدایی بوده است. تحقیق Parker & Vample (۲۰۰۶) نیز بر روی زنان مبتلابه مشکلات در رفتار با دیگران، انجام گرفته است.

۳) در برخی از قصه‌های درمانی‌ها از قصه به عنوان یک روش مستقیم آموزش استفاده شده است؛ یعنی قصه‌ها بعد از بیان تفسیر شده‌اند. در این تحقیق قصه‌های نقل شده تفسیر نمی‌شدند و احتمالاً در کوتاه‌مدت نتیجه مثبتی کسب نشده است. تحقیق Beidel, Turner & Yong (۲۰۰۶) نیز نشان‌دهنده تأثیر درمانی بعد از گذشت ۳، ۴ و ۵ سال است.

۴) در بیشتر تحقیقات قصه درمانی گروه مورد مداخله اختلال رفتاری مختلط نداشته‌اند در صورتی که گروه مورد مداخله درمانی در این تحقیق از اختلالات مختلط رفتاری رنج می‌بردند. با جمع‌بندی نتایج به دست آمده از تحقیقات خارجی و داخلی به این نتیجه می‌رسیم که قصه درمانی بر درمان انواع اختلالات تأثیر غیرمستقیم دارد. تأثیری که در نتیجه بالا رفتن آگاهی، یادگیری بیشتر مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی به وجود می‌آید و معمولاً گذشت زمان موجب ایجاد ارتباط و شکسته شدن حالت انزوای شخصی و بهبودی در شخص می‌شود. اختلالات بسیار مهم می‌باشد. تأثیری که با گذشت زمان باشد احتمالاً باثبات‌تر نیز خواهد بود.

بهرتر است که قصه درمانی و درمان شناختی-رفتاری به صورت التقاطی توسط مشاوران و درمانگران مورد استفاده قرار گیرند تا هم از تأثیرات فوری درمان شناختی رفتاری بهره‌مند شوند و هم از تأثیرات بلندمدت قصه درمانی.

### محدودیت‌ها

- ۱) پژوهش حاضر از نظر هم‌تا کردن آزمودنی‌ها از نظر هوش، وضعیت اقتصادی و از نظر طول مدت‌زمان مورد تعقیب با محدودیت همراه بوده است.
- ۲) محدودیت مربوط به جامعه تحقیق: جامعه مورد تحقیق با توجه به این که یک منطقه را شامل می‌شد، گسترده نبود لذا در تعمیم نتایج حاصل از تحقیق باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

### پیشنهادات

یافته‌های این تحقیق در سطح کاربردی می‌تواند حائز اهمیت باشد. با اتکا به نتایج مطالعه می‌توان به مشاوران مدارس توصیه کرد که از این دو روش با توجه به متناسب بودن با سیستم آموزش در مدارس استفاده کرد و به دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری کمک نمود.



## منابع

- اتکینسون، ماری و هورن بی، گری (۲۰۰۲). بهداشت روانی در مدارس. ترجمه: اکبر رهنما، محمد فریدی (۱۳۸۸). تهران: انتشارات آبیژ.
- استالارد، پل (۲۰۰۵). کاربرد CBT برای کودکان و نوجوانان. ترجمه احمد برجعلی، صمیمه کتابی، فاطمه اکبری فرخودی (۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد فرهنگ.
- امیر پور، لیلیا (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی تلفیق فنون شناختی - رفتاری در کاهش اضطراب و دارو درمانی در درمان عقاید پارانوئید، هذیان های گزند و آسیب بیماران مبتلا به روان پریش. پایان نامه کارشناسی دانشکده علوم تربیتی و روان پزشکی مشهد.
- آخوند مکه‌ای، زهره (۱۳۷۶). تاثیر شناخت درمانی گروهی به روش بک برای درمان افسردگی نوجوانان دختر ۱۵-۱۷ ساله شاهین شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی دانشکده علوم تربیتی.
- بارویک، نیک (۲۰۰۰). مشاوره بالینی در مدرسه. ترجمه: محمد رضا اسم خانی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات دانژه.
- بک، آرون تی (۲۰۰۰). شناخت درمانی و مشکلات روانی. ترجمه: مهدی قراچه داغی (۱۳۶۹). تهران: انتشارات ویس.
- پروچسکا، جیمز و نور کراس، جان (۲۰۰۷). نظام‌های روان درمانی. ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات روان.
- خالقی دلاور، فائزه (۱۳۸۷). بررسی اثر بخشی گروه درمانی بر مبنای روش شناختی فری بر کاهش افکار خود آیند منفی دانش آموزان دختر افسرده منطقه ۱۲ آموزش و پرورش شهر تهران. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- خدایاری فرد، محمد و پرند، اکرم (۱۳۸۸). ارزیابی و آزمونگری روانشناختی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- روشن، آرتور (۱۹۹۷). قصه گویی، چگونه از داستان برای کمک به کودکان استفاده کنیم. ترجمه: بهزاد یزدانی و مؤرگان عمادی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات آرین.
- شجاعی، ستاره (۱۳۸۶). شیوع اختلال‌های رفتاری در دانش آموزان دوره ابتدایی استان فارس. فصلنامه کودکان استثنایی. ۲ (۳)، (۲۲۶-۲۲۷).
- علیزاده فرد، سوسن (۱۳۸۸). مقایسه کاربرد و اثربخشی استعاره‌های زبان اول و زبان دوم در فرایند استعاره درمانی افراد دو زبانه دارای روان رنجوری افسردگی. پایان نامه دکتری تخصصی دانشگاه علامه طباطبایی.
- فری، مایکل (۱۹۵۴). راهنمای عملی شناخت درمانی. ترجمه: مسعود محمدی و رابرت فرنام (۱۳۸۴). تهران: انتشارات رشد.

- کریمی نسب، افسانه (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی قصه‌درمانی بر کاهش افسردگی کودکان سرطانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی مشهد.
- گراث مارنات، گری (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان. ترجمه: حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.
- گرچی، صادق (۱۳۸۱). میزان شیوع افسردگی و تاثیر شناخت‌درمانی گروهی بر کاهش آن در بین دانش‌آموزان پسر دبیرستان‌ها و هنرستان‌های منطقه قرچک. پایان‌نامه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم تهران.
- مسیبی چناربن، حسین (۱۳۸۶). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر فن خود‌گویی در کاهش هراس اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- یوسفی لویه، معصومه (۱۳۸۶). تاثیر قصه‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی دانش‌آموزان پایه چهارم ابتدایی. فصلنامه کودکان استثنایی، سال ۸(۱)، (۲۸۱-۲۹۵).
- Atkinson, M., and Horne, B., (2002). Mental health for schools. Translation: Akbar Rahnema, Mohammad Farid (1388). Tehran: Ayzh.
- Stallard, Paul (2005). The use of CBT for children and adolescents. Translation: Ahmad Borjali, Smyeh Ketabi, Fatima Akbari Frkhvdy (1388). Tehran: Rshdeh Farhang.
- Amir Poor, Laila (1388). The effect of combining cognitive - behavioral techniques for reducing anxiety and medication in the treatment of paranoid ideations, persecutory delusions and psychosis in vulnerable patients. Thesis, School of Medical Sciences, Mashhad mental training.
- Akhund Makkeei, Zohreh. (1376). Effect of cognitive therapy for depression using the Beck method in adolescents of 15-17 years of Shahin Shahr. Thesis, Faculty of Education.
- Barvik, Nick (2000). Clinical counseling in schools. Translation: Mohammad Reza Esm Khani (1387). Tehran: Danzhhh.
- Beck, Aaron T. (2000). Cognitive therapy and mental health problems. Translation: Mehdi karacheh Daghi (1369). Tehran.
- Prochaska, James and Noor Cross, John (2007). Systems of psychotherapy. Translation: Seyyed Yahya Mohammad (1387). Tehran: Ravan Press.
- Kalleghi Delaware, Faezeh. (1387). The effect of group therapy on the basis of methodological Ferry to reduce negative thoughts of depressed female students in Tehran Region 12 Education. Thesis, University of Allameh Tabatabai.
- Khodayarifard, Mohammad. Parand, Akram. (1388). Psychological evaluation and polygraph examiner. Tehran: Tehran University Press.
- Roshan, Arthur (1997). Storytelling, how to help children use the story. Translation: Behzad. Yazdani and Mozghan. Emadi (1385). Tehran: Arian.
- Shojaei, Setareh (1386). The prevalence of behavioral disorders in primary school students in the province. Journal of Pediatric Astsnayy. 2 (3), (226-227).
- Alizadeh Fard, Sosan. (1388). Comparison of the effectiveness of the tropes in the first language and second language Metaphor Therapy in Bilingual with depressive neurosis. PhD thesis, University of Allameh Tabatabai.



- Free, Michal (1954). Practical Guide to Cognitive Therapy. Translation: Masood. Mohammadi and Robert Farnam (1384). Tehran: Roshed.
- Karimi Nasab, Afsaneh (1389). Effectiveness of narrative therapy on depression in children with cancer. MS Thesis, School of Education, Mashhad.
- Marnat Gras, Gary (2003). Psychological Evaluation Guidelines for clinical psychologists know, counselors and psychiatrists. Translation: Hasan Pasha Sharifi and Mohammad Reza Nykkho (1387). Tehran: Roshed.
- Georgi, Sadegh. (1381). Prevalence and impact of cognitive therapy on reducing depression among students and schools Psrdbyrstanha Qarchak area. Thesis, Tarbiat Moallem University of Tehran.
- Mosayebi Chenarbon, Hossein. (1386). Cognitive therapy seems to reduce the social phobia by self talking. Thesis of Allameh Tabatabai University.
- Loyeh Yousefi, Masoomeh. (1386). Narrative therapy impact in reducing symptoms of anxiety disorders in students of fourth grade. Journal of Exceptional Children, Vol 8 (1), (281-295).
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M. & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1005-1014.
- Bechdorf, A, Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., & Pukrop, R. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 110, 21-28.
- Beidel, D.C., Turne, S.M., & Yong, B.J (2006). Social effectiveness therapy for children: Five years later. *Behavior Therapy*. 37, 416, 425.
- Bucholz, Jessica L., Brady, Michael P (2008). Teaching Positive Work Behavior with Literacy-Based Behavioral Interventions: An Intervention for Students and Employees with Developmental Disabilities. *Teaching Exceptional Children*, 41, 50-55.
- Burns. George W. (2005). 101 Healing Stories for Kids and Teens: *Using Metaphors in Therapy New Jersey*: by John Wiley & Sons, Inc., Hoboken
- Choy, Y, Fyer, A, J., & lipsitz, J. D. (2007). Treatmeant of specific phobia in adults. *Cinical Psychology Review*, 27, 266-286.
- Denis G.Sukolsky, D.G, Kassinoe, H. & Gorman B.S (2004). Cognitive-behavioral therapy for children and adollesent: *A meta-analysis Aggression & violent Behavioral*. 9, 247-269.
- Freeman, D., Freeman, J. and Garety, P. (2006). Overcoming paranoid and suspicious thoughts. *Advances in Psychiatric Treatment* 12, 404-415
- Giuseppe, C., Robert, G. Malgady, M., and Lloyd H. (1986). Cuento therapy: A culturally sensitive modality for Puerto Rican children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 639-645.
- Kendall, Philip C. (2007). The role of self-Statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(3), 380-389.
- Kurt Kroenke, Ralph Swindle. (2000). Cognitive-Behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: *A Critical Review of Controlled Clinical Trils*, 69,205-215.

- Lesley A. Allen, Robert L. Woolfolk, Javier I. Escobar, Michael A. Gara, Robert M. Hamer. (2006). Cognitive-Behavioral therapy for somatization disorder. *A Randomized Controlled Trial*, 166, 1512-1518.
- Matthew M. Kurtz, and Kim T. Mues (2008). Social skills training for schizophrenia. A meta-analysis of controlled research. *Consulting and Clinical Psychology*. 76, (3), 491-504
- Rosa-Alcazar, A. I., Sanchez-Meca, J., Gomez-Conesa, A., & Marin-Martinez, F. (2008) Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1310-1325.
- Tortella-Feliu, Miquel, Bornas, Xavier & Llabres, Jordi (2008). Computer-Assisted Exposure Treatment for Flight Phobia. International. *Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 4(2)
- Turkington, D., Senskey, T., Scott, J., Barenes, t.r.e, Nuru, U., Siddle, R., Hammond, K., Samarase, kara, N., & Kingdom, D. (2008). A randomized controlled trail of cognitive- behavioral therapy for persistent symtoms in schizopernia: *A five year follow up. Schizopernia Research*, 97. 1-7.
- Whittal, M. L., Robichaud, M., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2008). Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 1003-1014.
- Winterdyk, J., Ray, H., Lafave, L., Flessati, Sonya, Huston, Michael, Danelesko, Elaine AND Murray, Christina. (2008). The Evaluation of Four Mind/Body Intervention Strategies to Reduce Perceived Stress among College Students. *College Quarterly*. 1, 11.

