پژوهش در حیطه کودکان استثنایی/ سال ششم، شماره ۴، ۱۳۸۵/۹۱۶-۸۹۳
Research on Exceptional Children, 2006, Vol.6, No. 4, 893-916

تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش علایم افسردگی در کودکان افسرده

شهناز شیبانی، دکتر مجید یوسفی لویه **و دکتر علی دلاور****

تاریخ دریافت: ۸۵/۶/۲۷ تجدید نظر: ۸۵/۸/۲۵ پذیرش نهایی:۸۵/۱۰/۲۰

چکیده

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

واژه‌های کلیدی : *قصه‌درمانی، افسردگی کودکان*

* کارشناس ارشد روان شناسی کودکان استثنایی مرکز خدمات مشاوره‌ای آرمش
** استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی‌تهران مرکزی (Email: m_usefi@iauctb.ac.ir)
*** استاد دانشگاه علامه طباطبایی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

مقدمه

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

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

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

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

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

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

نوجوانی، بازبینی ادبیات مربوط برای دستیابی به بهترین گزینه‌های درمانی ضروری به‌نظر می‌رسد (میلین، واکر و جو، ۲۰۰۳).در این خصوص، هرچند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی) می‌تواند مشکلات روانی ـ اجتماعی آتی را به طور چشمگیری کاهش دهد (لامارین، ۱۹۹۵).

روان درمانی و دارو درمانی برای کودکان و نوجوانان دارای اختلالهای افسردگی مفید تشخیص داده شده است. هرچند شواهد نشان می‌دهند که روان‌درمانی برای اغلب کودکان افسرده مقدم بر دارو درمانی است (پارک و گودیر،۲۰۰۰). با این حال مجموعه‌ای از درمانهای روان‌شناختی شامل درمان حمایتی،درمانهای بینش‌مدار، بازی‌درمانی، رفتاردرمانی، خانواده‌درمانی و حتی روان‌درمانی والدین و آموزشهای بهداشتی مانند پیشگیری از فشار روانی زیاد به کودکان به دلیل ضعف عملکرد یادگیری یا تنزل به کلاس پایین‌تر یا انتقال از یک مدرسه به مدرسهٔ دیگر سودمند شناخته شده است؛ (لانگ ویلر و لیندن، ۱۹۹۳، نیسن، ۱۹۸۶). با وجود این، اخیراً درمانهای شناختی ـ رفتاری، درمان انتخابی برای اختلالهای افسردگی کودکان و نوجوانان تلقی می‌شوند (کامپتون و همکاران، ۲۰۰۴). البته برخی اشاره کرده‌اند درمانهای شناختی ـ رفتاری برای افسردگی با شدت متوسط در کودکان و نوجوانان مفید است و این نوع درمان برای افسردگیهای شدید هنوز توصیه نمی‌شود (هرینگتون، ویتاکر، شبریج و کمبل،۱۹۹۸). در درمان شناختی ـ رفتاری، درمانگر در جهت تشخیص افکار منفی کودک و درک نحوه و علت تأثیرگذاری آنها بر احساسات اندوهناک او کار می‌کند. درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شیوهٔ ارزیابی مجدد رویدادها و دیدن آنها را از زاویه‌ای متفاوت و مثبت‌تر بیاموزد و الگوهای منطقی‌تر و خوش بینانه‌تر را جانشین الگوهای غیرارادی و افکار خود ویرانگر کند و این امر می‌تواند طرز رفتار و نوع احساسات کودک را تغییر دهد (فاسلر و دومس ترجمهٔ پارسا،۱۳۸۷). علاوه بر این، از جمله درمانهای روان‌شناختی افسردگی، روان‌درمانی روان‌پویشی است که طی آن درمانگر با استفاده از روشهای مختلف به کودک افسرده کمک می‌کند تا افکار، احساسات و تخیلات خود را ابراز کند و رابطه بین احساسات و هیجانهای ناخودآگاه و عملکردهایش را دریابد. یکی از این

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

روشها گوش کردن به قصهٔ یک کودک است. ترغیب کودک افسرده به شرح دادن قصه خودش به هر طریقی که می‌تواند بسیار درمان کننده است و می‌تواند در تسکین بخشیدن به نشانه‌های افسردگی مؤثر واقع شود (فاسلر و دومس ترجمهٔ پارسا، ۱۳۸۴). این فن در متون پژوهشی قصه‌درمانی[۱] نامیده می‌شود. در واقع قصه‌درمانی در سالهای اخیر به صورت یکی از روشهای بازی درمانی[۲] کودکان مطرح شده است (آراد، ۲۰۰۴). البته استفاده از قصه‌درمانی به مثابهٔ یک فن درمانی ابعاد گسترده‌ای دارد و تنها به درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان ختم نمی‌شود. در قصه‌درمانی فرض بر این است که تغییر در زبان و ادبیات قصه‌های زندگی خود به تغییر در معانی زندگی فرد منجر می‌شود و تغییر در قصه‌زندگی فرصتهای جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می‌کند (دساشیو[۳]، ۲۰۰۵).

قصه‌درمانی با مفروضه‌های پست مدرنیسم یا فرا نوگرایی همخوانی دارد.پست مدرنیسم از این عقیده حمایت می‌کند که هیچ حقیقت مطلقی وجود ندارد، بلکه به نظر و دیدگاه ما بستگی دارد (دون[۴]، ۱۹۹۸). در دنیای پست مدرن قصه‌و داستان فضای آزادی برای عمل کردن به حساب می‌آیند؛ به همان سادگی که داستان فرصتی برای ابتکار عمل دوباره فراهم می‌آورد، قصه‌گو نکاتی را درمی‌یابد که در تجربه‌های شخصی او، در پیوند داستانش با داستانهای دیگران و نیز در پیوند داستانش با داستانهای بزرگ‌تری از فرهنگ و انسانیت ریشه دارد، درک اینکه همهٔ ما شخصیتهایی در داستان یکدیگر هستیم و این داستانها ما را در عمل پیش می‌برند (پری، ۱۹۹۱). به همین دلیل است که رویکردهای داستانی به روان درمانی بر این تأکید دارند که قصه‌ها در چگونگی رفتار و واقعیتهای ما نقش مؤثری ایفا می‌کنند (استرند، ۱۹۹۷). قصه‌ها به ما راه‌حلهایی ارائه می‌کنند که غیرمنتظره و شگفت انگیزند و در عین حال شدنی و مثبت هستند. قصه‌ها به ما امکان می‌دهند تا از قفس تعارضهایمان رهایی پیدا کنیم (پزشکیان، ۱۹۹۶).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

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

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

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

۲) در برخی دیگر از پژوهشها، قصه‌گویی توسط مراجع به میل خودش و گفتگویی بین قصه‌درمانگر و مراجع و شناسایی تعارضهای مراجع از اختلال قصه‌و نیز چگونگی رویارویی وی با مشکلات مدنظر است (برای نمونه برت، بی‌یر و کیلها فنر[۶]، ۱۹۹۹) .

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

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

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

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

ابزار

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

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

کتابهای قصه

۱) احساسهای تو، من خوشحالم. نویسنده: کارن برایانت مول، ترجمه قاسم کریمی.

۲) درخت کوچولو. نویسنده: جویس، س، میلز، ترجمه حمید علیزاده .

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

کارت کلمات

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

اشیاء

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

طرح پژوهش

در پژوهش حاضر از طرح پژوهشی پیش آزمون ـ پس آزمون بدون گروه کنترل استفاده شده است. هرچند که این طرح پژوهشی را به سختی می‌توان طرح آزمایشی نامید، ولی استفاده از این طرح به خصوص هنگامی مناسب تشخیص داده شده که آزماینده می‌کوشد در یک ویژگی مقاوم در برابر تغییر یا بسیار تثبیت‌شده، (مانند افسردگی) تغییرایجاد کند (گال، برگ وگال، ترجمه نصر و همکاران،۱۳۸۳). پیش‌آزمون شامل اجرای مقیاس افسرده‌خویی پرسشنامه علائم مرضی کودکان (فرم معلم) و اجرای فرم والد همین پرسشنامه به طور کامل بوده است. پس از اجرای پیش‌آزمون و اخذ شرح حال و معاینه وضعیت روانی آزمودنی‌ها به طور گروهی طی ۲۴ جلسه (۶۰ دقیقه‌ای ـ ۲ جلسه در هفته) قصه‌درمانی انجام شد و یک هفته پس از آخرین جلسه درمانی پس‌آزمون اجرا شد. در برنامه درمانی از فنون قصه‌درمانی زیر استفاده شد :

۱- بازی با کلمات احساسی

در این روش با استناد به روش کداسن (به نقل از کداسن و شفر، ترجمه صابری و وکیلی ۱۳۸۲)، از کودکان خواسته شد احساسات مختلف را شناسایی کنند و نام ببرند و سپس درمانگر آنها را بر روی تکه کاغذهایی می‌نوشت و با آنها قصه‌ای می‌ساخت و بیان می‌کرد و پس از بحث و گفت‌وگو با کودکان در مورد آن قصه نوبت به کودکان می‌رسید که قصه‌ای را با همان کلمات احساسی تعریف و احساساتشان را بیان کنند.

۲- قصه‌گویی با کلمات دارای بار عاطفی مثبت

در این روش درمانگر با استفاده از کلمات، مفاهیم و پدیده‌های دارای بار عاطفی مثبت، قصه‌هایی را قبلاً انتخاب و در جلسه برای کودکان بازگو می‌کرد، سپس همراه با کودکان جنبه‌های مختلف قصه را به بحث و بررسی می‌گذاشت. در این گفت‌وگو بر رویدادهای

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

۳- قصه‌گویی با کلمات دارای بار عاطفی قدرت و نیرومندی

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

۴- کلمه قصهٔ مرا حدس بزن

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

۵- قصه‌درمانی با استفاده از استعاره‌ها

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

۶- قصه‌درمانی با استفاده از اشیا

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

یافته‌ها

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

نمره برش اختلالهای افسردگی۳، اضطراب فراگیر۳، لجبازی و نافرمانی۴، اضطراب جدایی۳ و هراس اجتماعی۳ است. موارد در ستون پیش‌آزمون در جدول ۱ نشانگر وجود آن اختلال در هر آزمودنی است. نتایج مقایسهٔ میانگینهای وابسته با آزمون t نشان می‌دهد که میزان افسرده‌خویی و اختلالهای همبود آن در آزمودنیهای مورد مطالعه (براساس گزارش فرم والد) پس از درمان کاهش معنادار داشته است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

جدول ۱ ـ مقایسه نمره افسرده‌خویی و اختلالهای همبود در دوره پیش و پس از درمان(فرم والد)

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

* P < ۰/۰۱ ** P < ۰/۰۵

جدول ۲ - مقایسهٔ نمره افسرده‌خویی آزمودنیها در دو مرحلهٔ پیش و پس از درمان (فرم معلم)

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

* P < ۰/۰۱

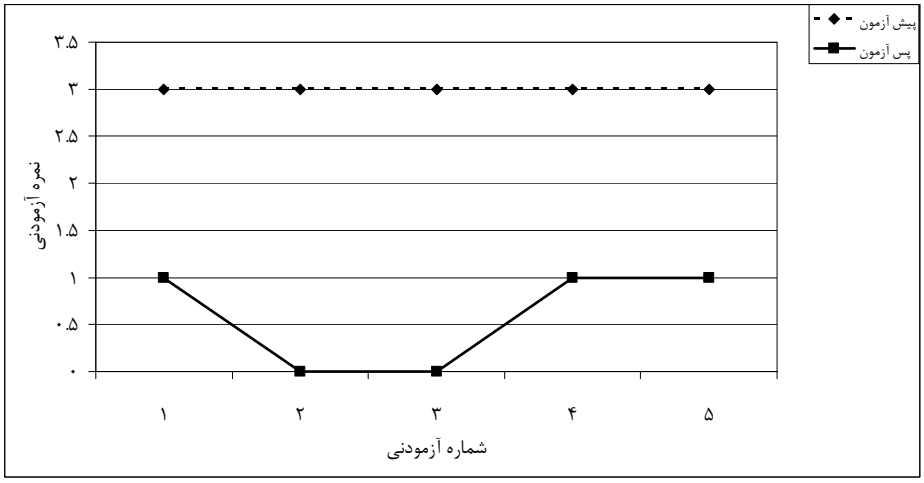
نتیجهٔ آزمون مقایسهٔ میانگینهای وابسته در مورد نمرهٔ افسرده‌خویی آزمودنیها پیش و پس از درمان (براساس گزارش فرم معلم) کاهش معنادار داشته است. همسویی نتایج به

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

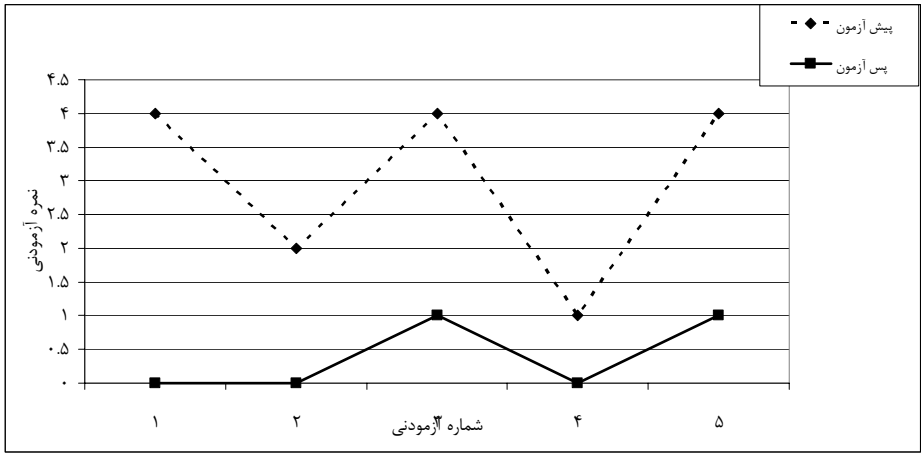
نمودار ۱ و ۲ نشانگر افسرده‌خویی آزمودنیها پیش و پس از درمان در فرم والد و فرم معلم است. نمودار ۳ نشانگر نمره اضطراب فراگیر، نمودار ۴ نشانگر نمره لجبازی و نافرمانی، نمودار ۵ نشانگر نمرهٔ اضطراب جدایی و نمودار ۶ نشانگر نمرهٔ هراس اجتماعی آزمودنیها پیش و پس از درمان در فرم والد است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود،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



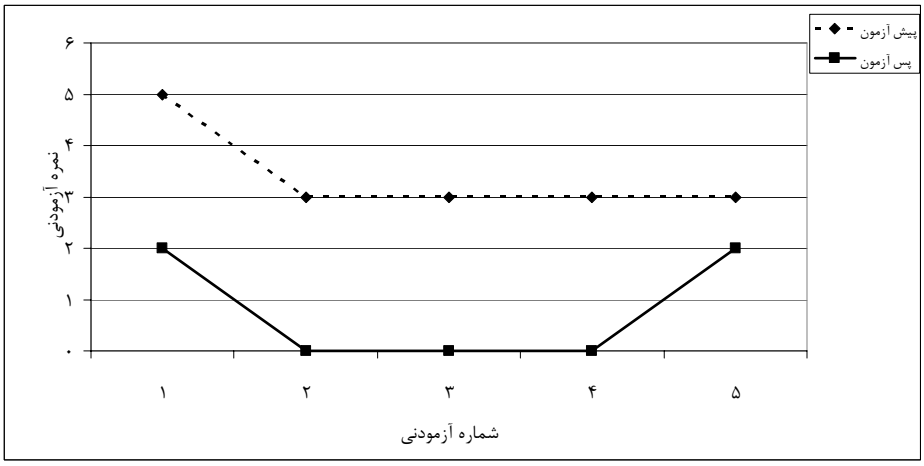
نمودار ۱ – نمودار نمره افسرده خویی آزمودنیها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]



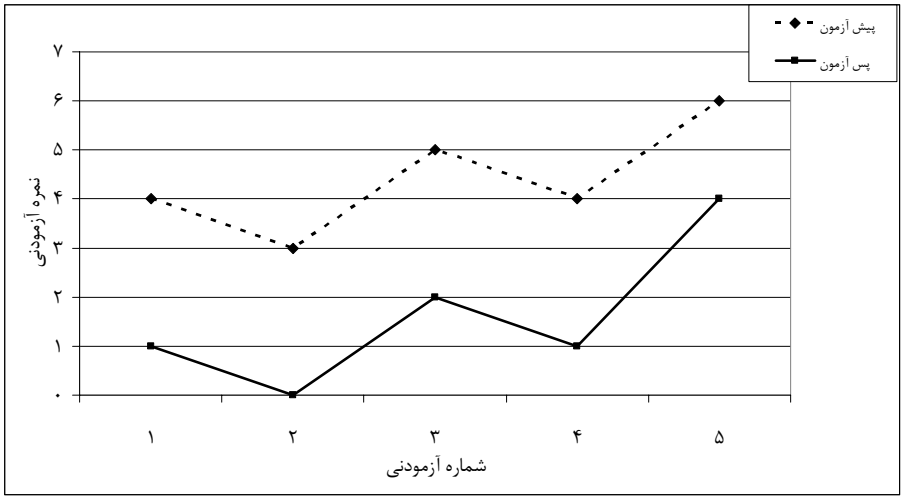
نمودار ۲ – نمودار نمره افسرده‌خویی آزمودنیها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم معّلم)



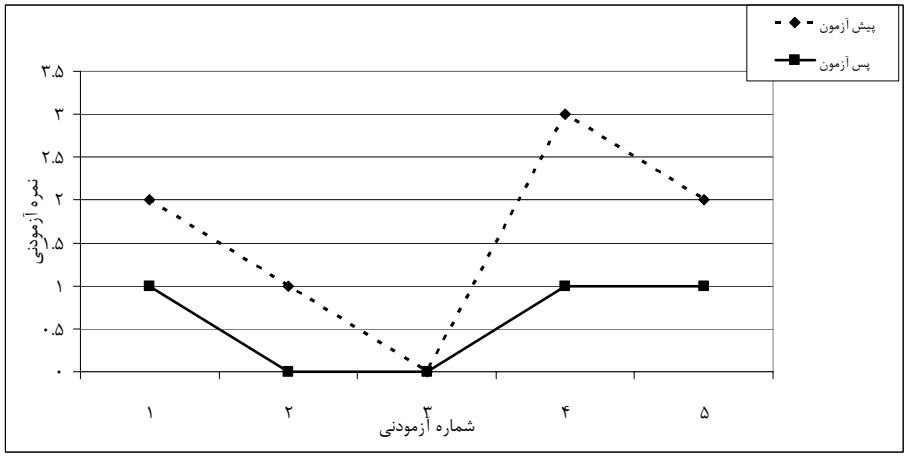
نمودار ۳ – نمودار نمره *اضطراب فراگیر* آزمودنی‌ها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]



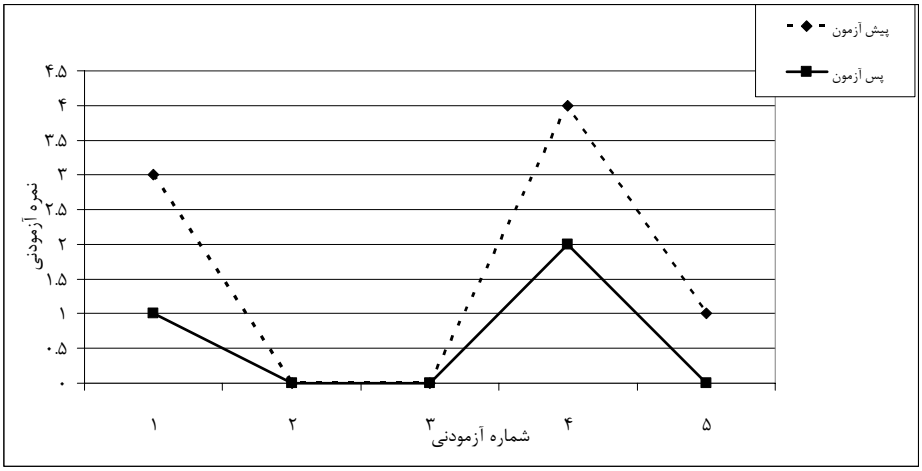
نمودار ۴– نمودار نمره *لجبازی و نافرمانی* آزمودنی‌ها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)



نمودار ۵ – نمودار نمره *اضطراب جدایی* آزمودنی‌ها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]



نمودار ۶ – نمودار نمره *هراس اجتماعی* آزمودنی‌ها پیش و پس از آزمون در پرسشنامه CSI4 (فرم والد)

بحث و نتیجه‌گیری

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

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

کرده است. در قالب این داستانها، شهرزاد قصه‌گو در مقام درمانگر قصه‌هایی بیان می‌کند که به مسائل پادشاه بیمار مربوط است و بدین طریق او را درمان می‌کند. رویکردهای داستانی طی سالهای اخیر در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی برای درک رفتار انسان فراگیر شده است. تغییر دادن افکار انسان به مثابهٔ نمونه‌هایی از بسط قصه‌ها تلویحات گسترده‌ای را برای بسیاری از قلمروهای روان‌شناسی هم در سطح نظری و هم در سطح پژوهشی در برداشته است (هوارد، ۱۹۹۱). با وجود اینکه پژوهش در خصوص رویکردهای قصه‌درمانی تنها در حدود سه دهه اخیر فراگیر شده است، پژوهشگران مختلف بر اثربخشی قصه‌درمانی برای بیماران دارای اختلالهای روانی و افزایش خودآگاهی تأکید داشته‌اند (شاپیرو و راس[۱۴]،۲۰۰۲ ؛ کستنباوم، ۲۰۰۳). از جمله این پژوهشها می‌توان به استفاده از رویکردهای قصه‌درمانی در درمان الکلیسم (کامینسکی[۱۵]، زابینو[۱۶]، تیز[۱۷] و کاسما[۱۸]، ۱۹۹۶)، خانواده درمانی (می[۱۹]، ۲۰۰۵)، درمان لکنت (دیلالو و همکاران، ۲۰۰۲)، درمان زنانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند (دراکر، ۱۹۹۸)، کمک به هویت‌یابی؛ نوجوان (مورفی، شیجماتسو، ۲۰۰۰)، و حتی استفاده از قصه‌درمانی در برنامه‌های شغلی و سازمانی (بارت و همکاران، ۱۹۹۹، دنینگ، ۲۰۰۴) اشاره کرد.

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

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

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

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

یادداشتها

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

.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

منابع

پروچاسکا، جیمزاو و نورکراس، جان.سی. (۱۳۸۱). **نظریه‌های روان‌درمانی**، ترجمه یحیی سیدمحمدی،. تهران: انتشارات رشد.

تامپسون، چارلز ل. و رودلف، لینداب (۱۳۸۴). **مشاوره با کودکان**، ترجمه جواد طهوریان. تهران: انتشارات رشد.

زارب، ژانت.م (۱۳۸۳).**ارزیابی و شناخت-رفتار درمانی نوجوانان**. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی،. تهران:

شرودر، کارولین اس و گوردون، بتی ان (۱۳۸۵). **سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی**. ترجمه مهرداد فیروزبخت ، تهران: انتشارات دانژه

فاسلر، دیوید جی و دومس، لین اس (۱۳۸۴). **کمکم کن، غمگینم (راهنمای پیشگیری و درمان افسردگی در کودکان و نوجوانان)**. ترجمه نسرین پارسا. تهران: انتشارات رشد.

کداسن، هایدی وشفر، چارلز (۱۳۸۲). **برگزیده‌ای از روشهای بازی درمانی**. ترجمه سوسن صابری و پریوش وکیلی. تهران : انتشارات آگاه و ارجمند.

کیزرلینک، لینده فن (۱۳۸۱) . **مقابله با ترس : چگونه با تعریف داستان ترس را از فرزندان خــود دور کنیم** . ترجمه سید حسن ناصری. مشهد : به نشر .

.گال، مردیت، بورگ، والتر و گال، جویس،. (۱۳۸۳). **روشهای تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی**، (جلد دوم). ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. تهران : انتشارات دانشگاه شهید

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

بهشتی و سمت.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۱). **بازی‌درمانی در درمان کودکان مبتلا به اختلال رفتاری**. وزارت آموزش و پرورش: سازمان آموزش و پرورش استثنایی، پژوهشکده کودکان استثنایی

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

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

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

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

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

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

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

Desocio, J.E. (2005). "Assessing self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy". *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*.

Doan, R.E. (1998). "The king is dead: long live the king: Narrative therapy and practicing what we preach". *Family Process* 37, 379-85.

Drauker, CB. (1998). "Narrativetherapy for women who have lived with violence". *Arch Psychiatr Nurs*, 12, 162-8.

Furlonger, B.F. (1999)."Narrativetherapy and children with hearing impairments". *Am Ann Deaf*, 144, 325-33.

Harrington , R , Whittaker , J , Shoebridge , P .& Campbell , F .(1998) . "Systematic review of Efficacy of cognitive behavior therapies in childhood and adolescent depressive disorder". *B M J* . 316,1559-63 .

Hanney,L& Kozlowska, K. (2002). "Healing traumatized children: Creating illustrated story books in family therapy". *Family Process*, 41, 37-65.

Howard, G.S.(1991). "Culture tales.A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy". *American Psychol***,** 46, 187-97.

Kestenbaum, C.J. (2003). "Memory , narrative and the search identity in psychoanalytic psychotherapy: a second chance". *Journal of Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*, 31, 647-61.

Lamarine , RJ .(1995) . "Child and adolescent depression" . *J Sch Health* , 65, 390-3 .

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

Langwieler , G . & linden , M .(1993) . "Therapist individuality in the diagnosis and treatment of depression" . *J Affect Disorder*, 27, 1-11 .

Mirza , KA .& Michael , A . (1996). "Major depression in children and adolescents". *Br J Hosp Med* . 55, 57-61 .

Milin, R , Walkers , Chow J . (2003). "Major depressive disorder in adolescence : a brief review of the recent treat ment literature". *Jpsychiatry* , 48, 600-6 .

Muntigl, P. (2004). "Ontogenes in narrative therapy: a linguistic-semiotic examination of client change". *Family Process*, 43, 109-31.

Murphy-Shigematsu, S. (2000). "Cultural psychiatry and minority identities in Japan:a constructivist narrative approach to therapy". *Psychiatry*,63, 371-84.

Nissen .G . (1986). "Treatment for depression in children and adolescents". *Psychopathology* ,19,156-61 .

Park, RJ & Goodyer, IM . (2000)."Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence". *Eur child Adolese psychiatry* **,** 9, 147-61 .

Parry, A. (1991). "A Universe of stories". *Family Process*, 30, 37-54.

Pataki , CS & Carlson, GA. (1995). "Childhood and Adolescent Depression : a review" *Harv Rev Psychiatry* , 3,140-51 .

Pezeshkian, N. (1996) . "Oriental stories as tools in psychotherapy". New Delhi: *Sterling Publisher's Pvt*. Ltd.

Reeve,A.(2000)."Recognizing and Treating anxiety and Depression in Adolescents" : Normal and abnormal responses". *Med Clin North Am* , 84, 891-905 .

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]

Ryan, ND . (2003). "Child and Adolescent Depression : short – term treatment effectiveness and longterm opportunities". *J Methods psychiatr Res* , 12, 44-53 .

Son, SE & Kirchner J.T . (2000) ."Depression in children and adolescents". *Am Fam Physician* , 62, 2297-308 , 2311-2 .

Strand, P.S. (1997). "Toward a developmentally informed narratives therapy". *Family Process*, 36 , 325-39.

Schneider, P.and Dube, Rv. (2005). "Story presentation effects on children's retell content". *Am J Speech Lang Pathol*, 14 , 52-60.

Shapiro, J& Ross, V.(2002). "Applications of narrative theory and therapy to the practice of family**".** *Family Medicin*, 34 , 96-100.

Troxler, MA& Grogg, SE. (1997). "Guid to family practitioners for the diagnosis and treatment of depression in children and adolescents". *J Am osteopath Assoc*, 97 , 280-50.

Trad, P.V. (1992). "Use of developmental principles to decipher the narrative of preschool children". *J Am Acad Child Adolese Psychiatry*, 31 , 581-92.

Zimmerman, J.L.and Dickerson, V.C.(1994). "Using a narrative metaphor: implications for theory and clinical practice". *Family Process*, 33, 233-45.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-19]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.4.4.3]