

تأثیر روایت‌درمانی مواجهه‌ای بر نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در کودکان (مطالعه موردی)

مریم چراغ سپهر، مهناز خسروجاوید، سید موسی کافی و مهناز فلاحی^۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۳/۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۱۵

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه، مشکلات بسیاری برای کودکان ایجاد می‌کند. این پژوهش، با هدف بررسی اثربخشی روایت‌درمانی مواجهه‌ای در درمان کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد.

روش: طرح پژوهش، طرح چند خط پایه بود. جامعه‌ی آماری، ۵۲ کودک ۶-۵ ساله‌ای بودند که در بخش ترومای بیمارستان پورسینای رشت سال ۱۳۹۲ (از ابتدا تا پایان فروردین ماه) بستری شده بودند. با توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-7 و طبق نظر پزشک متخصص، تعداد ۳ کودک ۵ ساله‌ی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس درجه‌بندی هفتگی اختلال استرس پس از سانحه والد-کودک و مقیاس بی‌میلی استفاده شد. روایت‌درمانی مواجهه‌ای، به مدت ۱۲ جلسه‌ی هفتگی اجرا و مرحله‌ی پیگیری نیز ۳ ماه پس از درمان دنبال شد. داده‌ها با درصد بهبودی و ضریب تغییرپذیری کوهن تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اثر روایت‌درمانی مواجهه‌ای، بر اهداف درمان (تجربه‌ی مجدد، اجتناب و بی‌حسی و بیش‌انگیختگی) معنادار است.

نتیجه‌گیری: روایت‌درمانی مواجهه‌ای، با تأکید بر نقاط تکیه‌گاهی، از بین بردن داستان آکنده از مشکل و بازنویسی داستان آسیب‌زا می‌تواند سبب بهبود نشانگان کودک گردد.

کلیدواژه‌ها: روایت‌درمانی مواجهه‌ای، اختلال استرس پس از سانحه، کودکان

شبه‌وی رجاع‌دهی به این مقاله: چراغ‌سپهر، مریم، خسرو جاوید، مهناز، کافی، سید موسی، و فلاحی، مهناز. (۱۳۹۳). تأثیر روایت‌درمانی مواجهه‌ای بر نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در کودکان (مطالعه موردی). *دوفصلنامه‌ی روانشناسی بالینی کودک و نوجوان*. ۱۲(۱): ۵۶-۴۱.

۱. نویسنده‌ی مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان (baransepehr@yahoo.com)

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان

۴. دکتری روانشناسی تربیتی

مقدمه

مرکز ملی مطالعات اختلال استرس پس از سانحه^۱ (۱۹۹۹؛ نقل از شرینگا، پیبلز، کوک و زانه، ۲۰۰۱) بروز این اختلال در جمعیت کودکان را ۲۵ تا ۹۵ درصد اعلام کرده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در کودکان کم‌سن، ارزیابی علائم اختلال استرس پس از سانحه بر اساس سن تکامل آنان، معتبرتر از معیارهای منطبق بر مبنای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است؛ زیرا این علائم در کودکان اساساً متفاوت از بزرگسالان است. طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال استرس پس از سانحه، از زیرمجموعه‌ی اختلالات اضطرابی خارج شده و در زیرمجموعه‌ی طبقه‌ی تشخیصی جدیدی با عنوان اختلالات مرتبط با ضربه و عوامل تنش‌زا قرار گرفته است و در آن، شاخه‌ی مستقلی برای تشخیص و ارزیابی این اختلال در کودکان ۶ سال و کمتر به وجود آمده است. مواجهه با سوانح آسیب‌زا مانند تصادف، زلزله، بیماری‌هایی که خطر مرگ و در کل رویدادهای آسیب‌زایی که کودک را در معرض آسیب جدی و یا خشونت جنسی قرار می‌دهند، خطر ایجاد اختلال استرس پس از سانحه را در کودکان افزایش می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا؛ ۲۰۱۳). افزایش میزان تنیدگی در دوران کودکی می‌تواند سبب تسریع به وجود آمدن بسیاری از بیماری‌های روانی و جسمی در فرد شود (هینمن؛ ۲۰۰۴).

مشکلات روانشناختی توأم با اختلال استرس پی از سانحه، سبب به وجود آمدن رشد نابهنجار روانی کودک می‌گردد و کودک را از نظر روانی در بن‌بستی عاطفی و هیجانی قرار می‌دهد. چنین کودکانی نه تنها در رشد روانی، جسمانی، اجتماعی و

1. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder

2. Scheeringa, Peebles, Cook & Zeanah

3. Sexual Violence

4. American Psychiatric Association

5. Heyneman

تحصیلی با مشکلات فراوانی مواجه هستند، بلکه خانواده و جامعه نیز از داشتن فردی مولد و مؤثر محروم خواهند ماند. از طرف دیگر اختلالات جسمانی و روانی ناشی از اختلال استرس پس از سانحه، بار سنگینی را بر دوش نظام درمانی کشور تحمیل می‌کند که همه‌ی این نکات، نشان‌دهنده‌ی ضرورت انجام هرچه بیشتر پژوهش در زمینه‌ی رویکردهای جدید در درمان این اختلال است (تریانفی و ریزا، ۲۰۰۹). یکی از این روش‌های درمانی، روایت‌درمانی مواجهه‌ای‌آمی باشد که از ترکیب روایت‌درمانی و رویکرد شناختی-رفتاری پدید آمده است (شائر، نیونر و البرت، ۲۰۰۵).

روایت‌درمانی توسط وایت و اپستون^۴ (۱۹۹۰) که هر دو خانواده‌ی درمانگر بودند، از درون‌بافت معرفت‌شناسی پسامدرن-سازه‌گرایی اجتماعی^۵ به وجود آمده است. بر اساس معرفت‌شناسی پسامدرن-سازه‌گرایانه‌ی اجتماعی، واقعیت و دانش، به عنوان محصول و فرآورده‌ی بافت تاریخی و فرهنگی که ما در آن زندگی می‌کنیم در نظر گرفته می‌شود (اسمیت، ۱۹۹۷). در اصول رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای، شرکت‌کننده با همکاری درمانگر، به ساخت شرح حالی دقیق و به ترتیب وقوع زمانی از زندگی خویش می‌پردازد. این شرح حال زندگی، توسط درمانگر ثبت شده و در هر خوانش بعدی مورد اصلاح قرار می‌گیرد. اصلی‌ترین نقطه‌ی تمرکز درمان آن است که گزارش کلی چندپاره‌ی مربوط به تجربیات رویداد آسیب‌زا، به روایتی منسجم تبدیل شود. در خلال بحث در مورد تجربیات رویداد آسیب‌زا، درمانگر در مورد واکنش‌های فعلی هیجانی، فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری فرد سؤال می‌پرسد و در مورد مشاهدات مربوطه، به کاوش و

1. Trionfi & Reese

2. Narrative Exposure Therapy

3. Schauer, Neuner & Elbert

4. White & Epston

5. Postmodern epistemology - social constructivism

6. Smith

بررسی می‌پردازد. در این راستا، شرکت‌کننده تشویق می‌شود زمانی که در حال گزارش نمودن رویدادهای آسیب‌زاست، سعی کند دوباره آنها را در تخیل خویش مجسم نماید، به گونه‌ای که گوئی در حال تجربه‌ی مجدد رویداد آسیب‌زا می‌باشد. بحث و گفتگو در مورد رویداد آسیب‌زا، تنها در صورتی خاتمه می‌یابد که واکنش‌های هیجانی ارائه شده و گزارش شده توسط بیمار، مورد پذیرش خود شخص قرار گیرد (نیونر، کاتانی، روف، شائر، شائر و البرت، ۲۰۰۸).

کاتز^۲ (۲۰۱۳)، کوهن، برلینر و ماناریو^۳ (۲۰۱۱)، روف، شائر، نیونر، کاتانی، شائر و البرت (۲۰۱۰)، هالورسن و استنمارک^۴ (۲۰۱۰)، شال^۵ البرت و نیونر (۲۰۰۹)، کاتانی، کویلادوی^۶، روف، شائر، البرت و نیونر (۲۰۰۹)، نیونر و همکاران (۲۰۰۸) و بیچسکو^۷ نیونیر، شائر و البرت (۲۰۰۷)، به منظور اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در کودکان، پژوهش‌هایی را انجام دادند. یافته‌های آنان نشان می‌دهد که این رویکرد درمانی، بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه مؤثر بوده و پس از چندین ماه، روند بهبودی اختلال ادامه داشته است.

با توجه به این که ایران از نظر شرایط جغرافیایی و اقلیمی دچار مشکلات طبیعی مانند زلزله و سیل است (برای مثال زلزله‌ی بم و رودبار و سیل مازندران) و همچنین به دلیل بالابودن میزان تصادفات رانندگی در ایران، به نظر می‌رسد که شرایط لازم برای ایجاد اختلال استرس پس از سانحه در کودکان فراهم است. متأسفانه آمار دقیقی در مورد میزان تصادف کودکان، کودک‌آزاری و وجود اختلال استرس پس

1. Catani, Ruf

2. Katz

3. Cohen, Berliner & Mannarino

5. Halvorsen & Stenmark

6. Schaal

7. Kohiladevy

8. Bichescu

از سانحه در کودکان ایرانی در دسترس نیست و از آنجایی که تاکنون هیچ پژوهشی درباره‌ی رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای بر کودکان مبتلا به این اختلال در ایران انجام نشده، هدف از پژوهش حاضر پاسخ به این پرسش است که: «آیا روایت‌درمانی مواجهه‌ای، در درمان کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، از اثربخشی لازم برخوردار است یا خیر؟».

روش

روش تحقیق: روش این پژوهش، از نوع آزمایشی با طرح چند خط پایه بود. بر اساس این روش، رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای، به عنوان متغیر مستقل و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

شرکت‌کنندگان در پژوهش: جامعه‌ی آماری پژوهش، شامل ۵۲ کودک ۵ تا ۶ ساله‌ای بود که در قسمت ترومای بیمارستان پورسینای رشت در سال ۱۳۹۲ به دلیل آسیب جسمانی بر اثر تصادف با وسایل نقلیه، بیماری‌های بدخیم طولانی‌مدت، سوختگی و یا هر نوع آسیبی که منجر به اختلال در عملکرد جسمانی و روانی شده بود، بستری شده و از مدت آسیب وارده به آنان یک ماه گذشته بود. جهت انتخاب نمونه‌ها، از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. از این تعداد، برای ۱۵ کودک بر اساس نظر پزشک متخصص، تشخیص اختلال استرس پس از سانحه داده شد. طبق شرایط ورود به پژوهش حاضر، این ۱۵ کودک مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت تعداد ۳ کودک دارای اختلال استرس پس از سانحه انتخاب شدند.

معیارهای ورود و خروج عبارت بودند از: کودکان ۶ - ۵ ساله دارای اختلال استرس پس از سانحه بر مبنای تشخیص پزشک متخصص و مقیاس درجه‌بندی هفتگی اختلال استرس پس از سانحه‌ی والد - کودک، بهنجار بودن هوش کودک به منظور درک مفاهیم رویکرد درمانی، عدم وجود اختلالات دیگر در کودک و عدم دریافت درمان‌های دارویی و غیردارویی در طول جلسات درمان توسط کودک.

انبار گردآوری داده‌ها: در این پژوهش، پرسشنامه‌ی زیر برای جمع‌آوری

داده‌ها استفاده شد:

الف- پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناسی: این پرسشنامه‌ی

پژوهشگر ساخته، برای کسب اطلاعات جمعیت‌شناختی والدین کودکان مانند سن، جنسیت، نوع حادثه‌ی آسیب‌زا، میزان تحصیلات، میزان درآمد و وضعیت اشتغال، به کار رفت.

ب- آزمون ماتریس‌های رنگی پیشرونده‌ی ریون: فرم اول آزمون

ماتریس‌های پیشرونده‌ی ریون در سال ۱۹۳۸ و فرم دوم آن در سال ۱۹۴۷ توسط پن‌رز و ریون تهیه شده است. فرم دوم این آزمون، برای کودکان سنین ۵ تا ۱۱ سال است که شامل ۳۶ سؤال می‌باشد. این سؤالات به ۳ بلوک A، B و AB که هر بلوک ۱۲ سؤال را شامل می‌شود، تقسیم می‌گردد. به هر پاسخ صحیح، یک نمره داده می‌شود. با در نظر گرفتن جمع کل نمرات و سن آزمودنی‌ها، بهره‌ی هوشی و رتبه‌ی درصدی بر اساس جدول هنجاریابی شده محاسبه می‌گردد. کرمی (۱۳۹۰) این آزمون را در نمونه‌ی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله‌ی تهرانی هنجاریابی کرد. در پژوهش حاضر، نمرات بهره‌ی هوشی کودکان با توجه به نتایج پژوهش کرمی (۱۳۹۰) محاسبه گردید. طبق آزمون ریون، بهره‌ی هوشی ۹۰-۱۱۰ در طبقه‌ی متوسط قرار می‌گیرد.

ج- مقیاس درجه‌بندی هفتگی اختلال استرس پس از سانحه‌ی

والد-کودک: این مقیاس، نخستین بار توسط پیبلز و شرینگا در سال ۱۹۹۶ ساخته شد و پس از تجدید نظرهایی در آن، در سال ۲۰۰۷ دوباره انتشار یافت. این مقیاس، ۱۰ سؤال دارد که بر مبنای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تجدیدنظر شده تهیه گردیده است و سه زیرمجموعه‌ی اصلی نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در کودکان را می‌سنجد که آن نشانگان، شامل تجربه‌ی مجدد (سؤالات ۴، ۷ و ۱۰)، اجتناب و بی‌حسی (سؤالات ۳، ۶ و ۹) و برانگیختگی

بسیار (سؤالات ۱، ۲، ۵ و ۸) می‌باشد (پبیلز و شرینگا، ۲۰۰۷، نقل از شرینگا، آمایا جکسون و کوهن، ۲۰۱۰) و بر اساس درجه‌بندی لیکرت نمره‌گذاری شده و شامل ۵ گزینه (خیلی شدید، شدید، بدون تغییر، شدت کم، خیلی کم) می‌باشد. روایی محتوایی پرسشنامه‌ی منطبق با معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه، بر مبنای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تجدید نظر شده و توسط متخصصان روانشناسی مورد تأیید قرار گرفت.

۵- مقیاس بی‌میلی: این مقیاس، به منظور بررسی نمودن دلایل بی‌میلی و مقاومت والدین و کودک برای عدم حضور در جلسات درمانی و قطع درمان، از جلسه‌ی دوم تا جلسه‌ی یازدهم به والدین ارائه شد. برای این که والدین بتوانند شدت بی‌میلی خود را بیان نمایند، طبق برنامه‌ی درمانی شرینگا و همکاران (۲۰۱۰)، درمانگر هر سؤال را به صورت مقیاسی ۱ تا ۱۰ درجه‌ای بیان می‌نمود و سپس از آنان می‌خواست که شدت بی‌میلی خود را مشخص نمایند. همچنین دلایل آنان به منظور حل مشکلات مورد بحث قرار گرفت. نمره‌ی این مقیاس، در روند تحلیل داده‌های پژوهش هیچ تأثیری نداشت.

روش مداخله: رویکرد درمانی برای هر کدام از آزمودنی‌ها، شامل جلسات درمانی بر مبنای رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای، طی ۱۲ جلسه‌ی هفته‌ای یک بار و هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه برای کودک و والدین اجرا شد که در هر جلسه، مدت زمان یک ساعت به کودک و نیم ساعت به والدین اختصاص داده شد. در هر جلسه، پس از خوشامدگویی به والدین و کودک و پذیرایی از آنان، به درمان اختلال استرس پس از سانحه پرداخته شد. درمانگر در هر جلسه، به ترتیب شروع به بررسی شدت رویداد آسیب‌زا در کودک نموده و راهکارهایی همچون آرامش‌آموزی و مواجهه‌ی تخیلی را به کودک آموخته، سپس همین راهکارها را نیز با والدین تمرین نموده است. درمانگر با کمک نقاط تکیه‌گاهی، سعی دارد

¹. Amaya-Jackson

هسته‌ی رویداد آسیب‌زا را بین برده و به کودک در ساختن داستانی نو از زندگی خویش یاری رساند. درمانگر، از عروسک برای اجرای تئاتر، کتاب داستان، کارتون، کتاب رنگ آمیزی، مداد رنگی و دفتر نقاشی برای آموزش کودک استفاده نموده است. در هر جلسه، تکالیف جلسات قبل به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه با کودک و والدین مرور شده و در پایان هر جلسه، تکلیفی به والدین برای کار در منزل با کودک محول می‌گردد. در پایان هر جلسه، میل مقاومت برای عدم شرکت در جلسات درمانی با والدین مورد گفتگو قرار گرفت (شرینگا و همکاران، ۲۰۱۰).
شرح مراحل مداخله در جدول (۱) آورده شده است:

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی کودک و والدین با اختلال استرس پس از سانحه	ارائه توضیحاتی در مورد اختلال استرس پس از سانحه و پیامدهای روانی و اجتماعی آن در کودک و خانواده
دوم	کاهش مقاومت تقابلی در کودک و ارائه‌ی برنامه‌ی انضباطی جدید	ساختن برنامه‌ی انضباطی جدید برای کودک، به کمک والدین
سوم	آموزش شناخت احساسات و شدت آن به کودک	بررسی شدت رویداد آسیب‌زا در زندگی کودک و میزان درک کودک از آن، بررسی تأثیر این رویداد در زندگی خانواده
چهارم	آموزش آرامش‌آموزی به کودک و والدین	آموزش آرامش‌آموزی به کودک و والدین، بررسی رویدادهای آسیب‌زا در زندگی گذشته‌ی والدین
پنجم	بیان داستان رویداد آسیب‌زا، ایجاد هماهنگی در داستان کودک و خانواده از رویداد، استفاده از آرامش‌آموزی در لحظات اضطراب‌آمیز	شرح رویداد آسیب‌زا از زبان کودک و والدین به‌طور جداگانه، تهیه‌ی لیست ترس‌های کودک و تمرین آرامش‌آموزی با کودک درباره‌ی کمترین محرک ترسناک کودک.
ششم	کاهش بار منفی مفاهیم داستان کودک از رویداد آسیب‌زا و تمرین آرامش‌آموزی.	بیان داستان رویداد آسیب‌زا از زبان کودک و تأکید بر نقاط تکیه‌گاهی و روشن زندگی کودک و تمرین آرامش‌آموزی با کودک درباره‌ی محرکی با شدت ترس متوسط.
هفتم تا نهم	کاهش بار منفی مفاهیم داستان کودک از رویداد آسیب‌زا و تمرین آرامش‌آموزی و مواجهه‌ی تخیلی. در جلسات هفتم تا نهم، این مفهوم به شیوه‌های متفاوتی آموزش داده شد.	جلسه‌ی هفتم: بیان داستان آکنده از مشکل کودک از زبان خودش، پرونی‌سازی اختلال، مواجهه‌ی تخیلی در لحظه‌ی اوج اضطراب کودک و تمرین آرامش‌آموزی با کودک درباره‌ی محرکی با شدت ترس متوسط. جلسه‌ی هشتم: بیان داستان آکنده از مشکل کودک از زبان خودش، پرونی‌سازی اختلال، مواجهه‌ی تخیلی

<p>در لحظه‌ی اوج اضطراب کودک و تمرین آرامش‌آموزی با کودک درباره‌ی محرکی باشد ترس متوسط.</p> <p>جلسه نهم: بیان داستان آکنده از مشکل کودک از زبان خودش، برونی‌سازی اختلال، مواجهه‌ی تخیلی در لحظه‌ی اوج اضطراب کودک و تمرین آرامش‌آموزی با کودک درباره‌ی بیشترین محرک ترسناک کودک.</p>	
<p>بازسازی داستان کودک با عناصر جدید، مواجهه‌ی تخیلی در لحظه‌ی اوج اضطراب کودک و تمرین آرامش‌آموزی با کودک درباره‌ی بیشترین محرک ترسناک کودک.</p>	<p>ایجاد روایتی تازه از داستان آکنده از مشکل کودک و تمرینات آرامش‌آموزی و مواجهه‌ی تخیلی</p>
<p>آموزش معنای آبنده به کودک، بیان وجود خطرات در زندگی و استفاده از راهکارهای آرامش‌زا در لحظات اضطراب‌آمیز، بررسی کل جلسات درمانی با والدین</p>	<p>پیشگیری از بازگشت داستان رویداد آسیب‌زا</p>
<p>جشن گرفتن برای کودک در حضور والدین و دوستان کودک به منظور تقدیر از زحمات کودک و غلبه وی بر اختلال و شکست دادن آن.</p>	<p>اعطای مدرک موفقیت</p>

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش، پس از انتخاب نمونه و پیش از شروع

برنامه‌ی مداخله، هدف پژوهش برای والدین به طور کامل توضیح داده شد و هماهنگی لازم جهت تعیین محل، زمان و ساعات انجام مداخله با والدین هماهنگ شد و با اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده صرفاً در جهت اهداف پژوهش مورد استفاده قرار خواهد گرفت و این اطلاعات، در اختیار فرد دیگری قرار نگرفته و ادامه‌ی همکاری ایشان در طول پژوهش، داوطلبانه و اختیاری خواهد بود. برای والدین مراجع اول، دوجلسه قبل از درمان، برای والدین مراجع دوم، سه جلسه قبل از درمان و برای والدین مراجع سوم، چهار جلسه قبل از درمان، طرح خط پایه اجرا شد. در جلسه‌ی دوم مراجع اول، مراجع دوم وارد درمان شد و در جلسه‌ی سوم مراجع اول، مراجع سوم وارد طرح درمان گردید. بنابراین مراجع اول، دارای دو خط پایه و دوازده جلسه‌ی درمانی، مراجع دوم دارای سه خط پایه و دوازده جلسه‌ی درمانی و مراجع سوم دارای چهار

خط پایه و دوازده جلسه‌ی درمانی بود. برای هر سه مراجع، سه مرحله مطالعه‌ی پیگیری یک ماهه نیز انجام گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از درصد بهبودی و ضریب تغییرپذیری کوهن استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که سیر نمرات آزمودنی از جلسه‌ی اول تا جلسه‌ی دوازدهم نزولی است که این امر، حاکی از درمان آزمودنی‌ها و اثربخشی رویکرد بر آنان می‌باشد. میانگین درصد بهبودی آزمودنی اول، دوم و سوم، به ترتیب در مقیاس درجه‌بندی هفتگی اختلال استرس پس از سانحه‌ی والد-کودک، ۷۲/۵۲، ۷۲/۵۰ و ۷۲/۱۶ می‌باشد. میزان تغییرپذیری کوهن نیز بالاتر از ۰/۵ می‌باشد که نشانگر تغییر فراوان آزمودنی‌ها و تأثیرگذاری رویکرد درمانی بر آنان می‌باشد.

نمرات نشانگان اختلال استرس پس از سانحه (نشانگان تجربه‌ی مجدد، نشانگان علائم اجتناب‌ناپذیر و بی‌حس‌کننده و نشانگان بیش‌انگیختگی) برای هر کدام از آزمودنی‌ها، در مقیاس درجه‌بندی هفتگی اختلال استرس پس از سانحه‌ی والد-کودک در جدول (۱) به ترتیب ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان استرس پس از سانحه

آزمودنی	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	میانگین پیگیری	انحراف استاندارد	میانگین درصد بهبودی پیگیری	میزان تغییرپذیری کوهن
۱	۴۵/۵	۲۷/۴۱	۱۲/۵	۸/۳۶	۷۲/۵۲	-۲/۱۶
۲	۴۱/۳	۲۷/۰۹	۱۲/۵	۷/۱۲	۷۲/۵۰	-۲
۳	۴۸/۵	۲۸/۵۳	۱۳/۵	۹	۷۲/۱۶	-۲/۰۱

جدول ۲: شاخص میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان تجربه مجدد

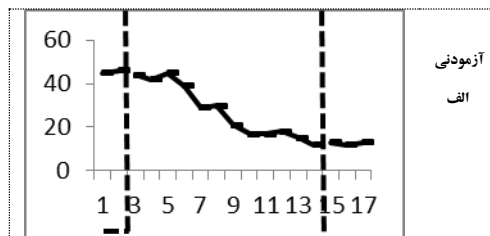
آزمودنی	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	میانگین پیگیری	انحراف استاندارد	میانگین درصد بهبودی پیگیری	میزان تغییر پذیری کوهن
۱	۱۴	۸	۴	۲/۴۱	۷۱٪	-۲/۵
۲	۱۴	۷/۹۱	۳/۶۶	۲/۵	۷۳٪	-۲/۴
۳	۱۵	۹/۰۸	۳	۲/۸	۸۰٪	-۲/۱

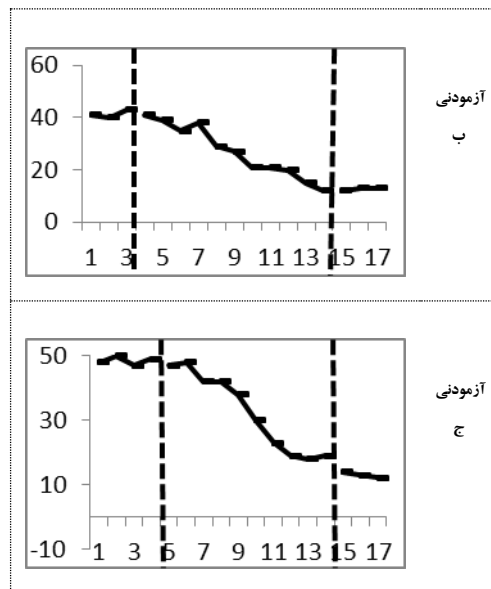
جدول ۳: شاخص میزان تغییر پذیری نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان علائم اجتناب‌ناپذیر و بی‌حس‌کننده

آزمودنی	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	میانگین پیگیری	انحراف استاندارد	میانگین درصد بهبودی پیگیری	میزان تغییر پذیری کوهن
۱	۱۵	۹	۴/۳	۳/۰۳	۶۶٪	-۱/۹
۲	۱۳	۷/۹۱	۴/۳	۲/۱۱	۶۶٪	-۲/۴
۳	۱۵	۹/۷۵	۵/۳	۲/۴۳	۶۴٪	-۲/۱

جدول ۴: شاخص میزان تغییر پذیری نمرات آزمودنی‌ها در نشانگان علائم بیش‌انگیختگی

آزمودنی	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	میانگین پیگیری	انحراف استاندارد	میانگین درصد بهبودی پیگیری	میزان تغییر پذیری کوهن
۱	۱۶/۵	۹/۰۸	۴/۳	۳/۰۱	۷۳٪	-۲/۴
۲	۱۴/۳	۹/۱۶	۴/۳	۳/۲۵	۶۹٪	-۱/۵
۳	۱۸/۵	۱۰/۷۵	۴/۶	۳/۸	۷۴٪	-۲/۳۰





نمودار ۱: روند بهبودی آزمودنی‌ها در مقیاس درجه بندی هفتگی اختلال استرس پس از سانحه والد-کودک

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی کارایی و اثربخشی روایت‌درمانی مواجهه‌ای در درمان کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. مقایسه‌ی نمرات مراجعان، حاکی از آن است که روایت‌درمانی مواجهه‌ای، در کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه موفق بوده است. اطلاعات به دست آمده از این پژوهش، همانند یافته‌های کاتز (۲۰۱۳)، کوهن و همکاران (۲۰۱۱)، راف و همکاران (۲۰۱۰)، هالورسن و استتمارک (۲۰۱۰)، شال و همکاران (۲۰۰۹)، کاتانی و همکاران (۲۰۰۹)، نیونر و همکاران (۲۰۰۸) و بیچسکو و همکاران (۲۰۰۷)، تأثیر رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را نشان می‌دهد. در رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای، شرکت‌کننده با همکاری درمانگر، به ساخت شرح حالی دقیق و به ترتیب وقوع زمانی از زندگی خویش می‌پردازد. شیوه‌ی روایت‌درمانی مواجهه‌ای، دارای دو نقطه‌ی تمرکز است. هدف

اول در این شیوه آن است که با استفاده از مواجهه‌ی درمانی، یعنی مواجهه کردن بیمار با خاطرات مربوط به رویداد آسیب‌زا، از شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه در آنان کاسته شود و هدف دوم، ساخت یک روایت دقیق از رویداد و پیامدهای ناشی از آن است (پاین، ۲۰۰۳).

در این پژوهش، سه نشانگان اصلی اختلال شامل تجربه‌ی مجدد، بی‌حسی و اجتناب، و بیش‌انگیختگی مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله‌ی درمان، رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای توانست علائم مربوط به تجربه‌ی مجدد را کاهش دهد. نشانگان تجربه‌ی مجدد در کودکان مبتلا به استرس پس از سانحه (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) به صورت بازی‌های تکراری در مورد رویداد آسیب‌زا و یا جنبه‌هایی از آن، و نشانگان بی‌حسی و اجتناب، به شکل از دست دادن مهارت‌های تازه توسعه‌یافته مانند آموزش توالی رفتن، بروز می‌یابد. در هر سه کودک، این نشانگان به شدت بارز بود. نتایج به دست آمده نشان داد که روایت‌درمانی مواجهه‌ای می‌تواند در کاهش این نشانگان تأثیر به‌سزایی داشته باشد. در این شیوه‌ی درمانی، با مواجهه نمودن تدریجی کودک با رویداد آسیب‌زا و رویدادهای آسیب‌زای مشابه، به وی کمک شد تا به صورت تدریجی از میزان حساسیتش نسبت به عوامل آسیب‌زا کاسته شود و کودک بتواند با برانگیختگی کمتری با آن عوامل روبرو گردد.

آخرین نشانگانی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، کابوس‌های کودک بود. چرا که در کودکان ممکن است رؤیاهای هولناک بدون محتوای مشخص وجود داشته باشند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). هر سه کودک، دچار کابوس‌های شبانه به همراه مشکلات خواب از جمله سخت به خواب رفتن و در خواب ماندن بودند. یکی دیگر از قسمت‌های کتابچه‌ی درمانی، به تنظیم

فهرستی درباره‌ی ترسناک‌ترین رویدادهای رخ داده برای کودک می‌پرداخت. درمانگر، به کمک کودک و والدین، تنظیم این فهرست را آغاز نمودند و به ترتیب از ضعیف‌ترین محرک ترسناک تا قوی‌ترین محرک ترسناک فهرست را انتخاب و در هر جلسه‌ی درمانی کودک را با آن مواجه کردند.

به طور کلی، روایت‌درمانی مواجهه‌ای با روبرو کردن کودک با شرایط آسیب‌زا می‌تواند از بار معنایی منفی رویداد آسیب‌زا کم کرده و در همان حال ایجاد یک روایت مناسب و تازه از دیدگاه جدیدی که کودک از حادثه‌ای که برایش اتفاق افتاده را سبب شود و به افکار کودک انسجام بخشد. از سویی دیگر، رویکرد روایت‌درمانی مواجهه‌ای، با آگاهی دادن به والدین درباره‌ی مسائل مربوط به کودکان و جلوگیری از تثبیت خاطرات مرتبط با رویداد آسیب‌زا در ذهن آنان در مراحل اولیه‌ی آسیب، به کودکان کمک می‌کند تا راهبردهای مقابله با مسئله‌ی آسیب‌زا را فرا بگیرند (پاین، ۲۰۰۳).

از جمله محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر، محدودیت تعداد نمونه و مدت زمان مطالعه‌ی پیگیری بوده است. لذا در این پژوهش، با استناد به برنامه‌ی درمانی شرینگا و همکاران (۲۰۱۰) که از این مقیاس‌ها با توجه به مطابقت با ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه‌ی کودکان در DSM استفاده کرده بودند و همچنین تأیید اعتبار محتوایی مقیاس‌ها براساس نظر متخصصان روانشناسی، به امکان استفاده از آنها اکتفا گردید.

با توجه به نتایج، پیشنهاد می‌شود ضمن آگاهی‌بخشی به والدین در زمینه‌ی اختلال استرس پس از سانحه، بستر مناسبی به‌ویژه برای پیشگیری در سطح خانواده و جامعه از سوی متخصصان فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در ایران از رویکرد درمانی روایت‌درمانی مواجهه‌ای، به‌ویژه در مناطقی که در معرض رویدادهای آسیب‌زا هستند، استفاده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه‌ی جناب آقای دکتر یوسف‌زاده، ریاست بیمارستان پورسینای شهر رشت، مرکز ترومای بیمارستان پورسینا و همچنین مسئول محترم واحد شکایت، سرکار خانم مرضیه چراغ‌سپهر که در اجرا و مراحل انجام این پژوهش، امکانات لازم را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

کریمی، ابوالفضل. (۱۳۹۰). *اندازه‌گیری هوش کودکان: آزمون ریون رنگی*. تهران: انتشارات روان‌سنجی.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2212–2220.

Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and tsunamis: A comparison between exposure therapy and meditation–relaxation. *BMC Psychiatry*, 9, 22, 37.

Cohen, J., Berliner, L., & Mannarino, A.P. (2011). *Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children Affected by Sexual Abuse or Trauma*. Issue brief.

Halvorsen, J., & Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 10, 111–128.

Heyneman, E.K. (2004). Recurrent nightmare, aggressive doll play, separation anxiety and witnessing domestic violence in a 9 year old girl. *Journal development and behavioral pediatrics*, 25, 419–22.

Katz, C. (2013). The narratives of abused children who have survived attempted filicide. *Child Abuse & Neglect*, 37, 762–770.

Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (Kid NET): From neurocognitive theory to field

- intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 641–664.
- Payen, M. (2006). *Narrative Therapy*. Second edition. An Introduction for Counselors.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative Exposure Therapy for 7 to 16 year olds — A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 110, 1203 – 1225.
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 298–306.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy. A short term intervention for traumatic stress disorders after war, *Terror or Torture*, 36, 436 – 455.
- Scheeringa, M S., Peebles., D C., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 52-60.
- Scheeringa ,MS., Amaya-Jackson, L., & Cohen, J. (2010). Preschool PTSD Treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 8, 853-960.
- Smith, C. (1997). *Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches*. New York, NY: Guilford Press.
- Trionfi ,G., & Reese, E. (2009). A Good Story: Children With Imaginary Companions Create Richer Narratives. *Child Development*, 80, 1301–1313.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.