

ارائه پروتکل روان‌پویایی شن‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت در نوجوانان داغ‌دیده

شرمین روبن زاده^۱، علیرضا عابدین^۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۱۷

تاریخ وصول: ۹۳/۱۲/۸

چکیده

از دست دادن عزیزی که فرد با او رابطه عمیقی داشته است به مثابه سقوط در گودالی بی‌انتهای، احساس ناخوشایندی است که می‌تواند باعث سوگ در فرد شود. این واکنش‌ها بسته به چگونگی رخداد حادثه، اعتقادات اجتماعی، فرهنگی و به‌طور کلی مضمون و معنای که مرگ از دید افراد دارد متفاوت است. یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر فقدان، نوجوانان هستند. احساس تعلق داشتن در این دوره از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. سوگ می‌تواند فرضیات شخص درباره جهان (انطباق معنوی)، ارتباط با دیگران و هویت شخصی (دنیایی درونی) را برهم زند. از این‌رو انجام اقداماتی برای التیام زخم‌های ناشی از فقدان، ضروری است. در میان رویکردهای گوناگون بازی‌درمانی، یکی از بهترین درمان‌ها داغ‌دیدگی برای نوجوانان است. بازی‌درمانی، هوشیارسازی و کلامی‌ساختن آن چیزی است که ناهشیار و غیرکلامی است. شن‌درمانی، نوعی از بازی‌درمانی است که برای افراد فرصتی را فراهم می‌کند تا خود را خلاقانه و به‌صورت غیرکلامی بیان کنند. با توجه به این‌که تفاوت‌های فرهنگی در حل و فصل این فرآیند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، لازم است نظریات گوناگون حل فرآیند سوگ مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرند تا پروتکل شن‌درمانی برای نمونه ایرانی حاصل شود. بدین منظور ۲۵ نفر از افرادی که ظرف دو ماه تا دو سال گذشته یکی از بستگان درجه یک خود را ازدست‌داده بودند به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های تجربه سوگ و فهرست صفات و آزمون محقق ساخته دست‌نوشته رؤیا و داستان زندگی من و شخص متوفی را تکمیل کردند. در نهایت از طریق ادغام داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها (آمار توصیفی و استنباطی) و نظریات مرتبط با حل فرآیند سوگ پروتکل مدون برای کاهش تجربه شدت سوگ تهیه گردید.

واژگان کلیدی: نوجوانان، سوگ، شن‌درمانی گروهی

۱. دانشجوی دوره دکترای روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس shermizr26@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

مقدمه

ماتم، اوج اندوه انسانی بهایی است که باید به خاطر دوست داشتن پرداخت. دوست داشتن و ماتم دو روی یک سکه‌اند زیرا هر آنچه که انسان به آن دل می‌بندد، هر لحظه ممکن است از دست برود. هر عشقی را مرگی و هر مرگی را ماتمی از پی است. از دست دادن عزیزی که فرد با او رابطه عمیقی داشته است به مثابه سقوط در گودالی بی‌انتهای احساس ناخوشایندی است که می‌تواند باعث سوگ در فرد شود. سوگ، یک پدیده انسانی همگانی (کاولز و راجرز، ۱۹۹۱)، بسیار شخصی (اوستویز، سولومون، گرین ۱۹۸۴؛ پارکز، ۱۹۸۵) و چندبعدی است (آوریل ۱۹۶۸؛ لیندمان، ۱۹۴۴) و اثر جامعی بر فرد داغدار دارد. این واکنش‌ها بسته به چگونگی رخداد حادثه (هروود، ۲۰۰۲)، اعتقادات اجتماعی، فرهنگی و بطور کلی مضمون و معنای که مرگ از دید افراد دارد متفاوت است (پژوه، ۱۳۸۳). در سال‌های اخیر موضوع مرگ، مورد تأمل جدی در مباحث میان‌فرهنگی و انسان‌شناختی نیز قرار گرفته است (رایین، ۲۰۰۳). یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر در برابر فقدان نوجوانان هستند. احساس تعلق داشتن در این دوره از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چراکه نوجوان به دنبال شکل‌دهی هویت ایگو^۲ در خود هستند. احساسی که به انسان می‌گوید کیست و جایگاه وی در نظام اجتماعی کجاست (ماسن، ۱۹۹۰؛ یاسایی، ۱۳۸۰). این احساس نوین بطور طبیعی سبب داغ‌دیدگی نوجوانی^۳ می‌شود زیرا با مرگ کودکی و تولد بزرگ‌سالی همراه است. در این دوران نیروهای شناختی نوجوان نیز دستخوش تحول می‌شوند و او را به سمت آرمان‌گری و مدینه فاضله پیش می‌برند. نوجوان به صورت یک رؤیابین درمی‌آید که نظریه‌هایی برای برپا کردن یک دنیا بهتر می‌خواهد بسازد (فدایی، ۱۳۸۷). حال اگر در چنین شرایطی فقدان رخ دهد نوجوان دچار نوعی افکار جادویی می‌شود. او ممکن است رخدادهای روی داده را حاصل آرزوی اجابت شده خود بداند و احساس گناه کند؛ بنابراین هر نوع تجربه‌ی فقدان در این دوره‌ی انتقالی^۴ تأثیر مضاعفی دارد (مولایی، ۱۳۸۸). از این رو

-
1. Harwood
 2. Ego Identify
 3. Adolescent Bereavement
 4. Transitional Stage

انجام اقداماتی برای التیام زخم‌های ناشی از فقدان، ضروری هست. در میان رویکردهای گوناگون بازی‌درمانی، یکی از بهترین درمان‌ها داغ‌دیدگی برای نوجوانان است. بازی‌درمانی، یکی از بهترین درمان‌ها داغ‌دیدگی برای نوجوانان است. بازی‌درمانی، هوشیارسازی و کلامی ساختن آن چیزی است که ناهشیار و غیرکلامی است (هانت^۱، ۲۰۱۰). بازی یک ابزار طبیعی است که کودکان از طریق آن می‌توانند خودشان را بیان کنند. بازی موجب برانگیخته شدن افکار و کسب تجربیات می‌گردد (جکسون، ۱۹۹۹).

در مواردی نیز بازی می‌تواند نقش درمانی داشته باشد. بازی‌درمانی یکی از رایج‌ترین شیوه‌هایی است که اغلب روانشناسان بالینی، روان تحلیل‌گران و مشاوران برای درمان مشکلات عاطفی کودکان و نوجوانان به کار می‌برند (برتمن^۲، ۲۰۰۷). بازی در درمان کودکان و نوجوانان یک وسیله و ابزار ارتباطی است که با کلمات یعنی وسیله ارتباط بزرگ‌سالان قابل مقایسه است (شیاسی، ۱۳۸۷). انواع بازی و اسباب‌بازی‌ها کلمات کودکان هستند و اگر آن‌ها به‌دقت انتخاب شوند، می‌توانند فرصتی برای آنان فراهم آورند تا احساسات و مشکلات خود را همان‌گونه که تجربه کرده‌اند بیان دارند (هانت، ۲۰۱۰). معمولاً بازی‌درمانی در غالب گروه صورت می‌گیرد، چراکه اشخاص با درد مشترک درک مناسب‌تری از شرایط یکدیگر دارند و به‌گونه‌ای کارآمدتر می‌توانند به یکدیگر یاری برسانند (شن^۳، ۲۰۰۲).

شن‌درمانی، نوعی از بازی‌درمانی است که برای افراد فرصتی را فراهم می‌کند تا خود را خود را خلاقانه و به‌صورت غیرکلامی بیان کنند. شن‌درمانی فرآیندی است که امکان دسترسی به ناهشیار و بیان احساسات را بدون استفاده از کلمات فراهم می‌کند. در حال حاضر این شیوه درمانی یک روش مؤثر در کار با کودکان و نوجوان محسوب می‌شود (جینی^۴، ۲۰۰۹). از آنجایی که تفسیر و استفاده از نمادها جزء جدانشدنی فرآیند شن‌درمانی است، اکثریت دیدگاه‌هایی که در شن‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد فرافکن است

-
1. Hunt
 2. Bertman
 3. Shen
 4. Jayne

(جکسون^۱، ۱۹۹۹؛ کستلونا و دانفرنس^۲، ۲۰۰۵). مارتین کالف (۱۹۹۳) اعتقاد دارد که شن‌درمانی سبب فراتر رفتن از هدف‌های صرف رفتاری شده و امکان یک اکتشاف درونی را برای مراجع فراهم می‌کند. در واقع این درمان یک تجربه منحصر به فرد برای هر شخص است، چراکه مفاهیم فردی و فرهنگی در آن اهمیت خاص دارد (کامرون^۳، ۲۰۰۳؛ چیلی^۴، ۱۹۹۸؛ کانینگام^۵، ۱۹۹۷).

در مشاوره با نوجوانان داغ‌دیده، شن‌درمانی فضایی امن را ایجاد می‌کند. چنین فضایی برای افراد داغ‌دیده فرصت روبرو شدن با احساسات غیرقابل تحمل مانند غمگینی، ترس و آشفتگی بودن را فراهم می‌کند. داستان در جعبه شن ساخته می‌شود و بعد از آن احساسات کودک نسبت به آن مورد کاوش قرار می‌گیرد.

بنابر مطالب ذکر شده این گونه می‌توان گفت، فقدان هر عزیز، ماتمی را از پی است. دردی زائدالوصف که بنابر توانایی‌های فردی و ویژگی‌های فرهنگی عکس‌العمل‌های گوناگون در انسان‌ها بر می‌انگیزد. کودکان و نوجوانان به دلیل اقتضای سنی در برابر فقدان آسیب‌پذیرتر هستند. بطور کلی، تحقیقات متنوعی در راستای شناسایی راهکارهایی در جهت التیام زخم‌های ناشی از فقدان در جهان صورت گرفته، ولیکن در ایران علی‌رغم آمار بالا مرگ‌ومیر تحقیقات چندانی در این راستا انجام نشده است. با توجه به این که تفاوت‌های فرهنگی در حل و فصل این فرآیند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هست، لازم است نظریات گوناگون حل فرآیند سوگم و پرسشنامه‌های تکمیل‌شده توسط افراد داغ‌دیده مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرند تا پروتکل شن‌درمانی برای نمونه ایرانی حاصل شود.

روش پژوهش

به منظور بررسی تعیین مؤلفه‌های داغ‌دیدگی و ساخت بسته‌ی آموزشی یک پژوهش پیمایشی انجام شده است.

-
1. Jackson
 2. Castellana & Donfrancesco
 3. Cameron
 4. Chiaia
 5. Cunningham

جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه: جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه نوجوانان ۱۶ تا ۲۲ شهر تهران است که در ظرف دو ماه تا دو سال گذشته یکی از بستگان درجه یک خود را ازدست داده‌اند. به منظور بررسی متغیرها و دست‌یابی به داده‌ها، نمونه‌ای بالغ بر ۲۴ نفر که ملاک‌های شرکت در تحقیق را داشته باشند، توسط روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انتخاب خواهد شد. این ملاک‌ها عبارت‌اند از این که تجربه سوگ به علت مرگ یکی از بستگان درجه یک (شامل والدین، همشیرها، نیاکان) باشد، این تجربه در ظرف دو ماه و حداکثر در دو سال گذشته بوده باشد. این ملاک به این دلیل مورد توجه است که واکنش‌های حاد سوگ در طول دو ماه اول ظاهر می‌شوند (بارت و اسکات، ۱۹۸۹). از طرفی به دلیل آن که در افراد با فرهنگ‌ها و خصوصیات متفاوت نشانگان داغ‌دیدگی، به میزان قابل ملاحظه‌ای متفاوت است و طبق ادبیات پژوهش در برخی یک تا سه سال طول می‌کشد، ملاک حداکثر دو سال در نظر گرفته شد تا هم امکان یافتن آزمودنی تسهیل گردد، هم این که مدت زمان بیشتر در یادآوری خاطرات تداخل ایجاد کند (مهدی‌پور، ۱۳۸۵). ملاک دیگر این است که از زمان تجربه فقدان تا پایان پژوهش، تحت دارودرمانی و یا روان‌درمانی برای سوگ قرار نگیرند.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته دارای دو قسمت است. قسمت اول دربرگیرنده سؤالاتی درباره خصوصیات شخصی فرد همچون جنسیت، تأهل و میزان تحصیلات است. قسمت دوم این پرسشنامه برای بررسی اطلاعاتی درباره فقدان رخ داده شده مانند نسبت با متوفی، مدت زمان تجربه شده از تجربه فقدان، نوع مرگ (قابل انتظار یا ناگهانی) و علت مرگ (بیماری، طبیعی، تصادف؛ خودکشی، قتل و سایر سوانح) است.

پرسشنامه تجربه سوگ (GEQ^۱): این پرسشنامه یک ابزار اندازه‌گیری خود گزارش‌دهی است که توسط بارات و اسکات (۱۹۸۹) ساخته شده است. این ابزار مشتمل است بر ۵۵ سؤال که برای ۱۱ عامل سوگ طراحی شده است. عوامل عبارت‌اند از: واکنش

1. Grief Experience Questioner (GEQ)

جسمانی^۱، واکنش عمومی سوگواری^۲، جستجو برای یافتن توضیح^۳، از دست دادن حمایت^۴، برچسب خوردن^۵، احساس گناه، مسئولیت^۶، شرم^۷، طرد^۸، رفتار خود تخریبی^۹ و واکنش‌های منحصربه‌فرد^{۱۰}. آزمودنی‌ها روی یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای پاسخ خود را مشخص می‌کنند. بارت و اسکات (۱۹۸۹)، در تحقیق خود نشان داده‌اند که ضریب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۷ است. ضریب آلفا کرونباخ برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها بدین صورت است: واکنش‌های جسمانی ۰/۷۹، واکنش‌های کلی سوگ ۰/۶۸، تلاش برای یافتن توضیح ۰/۶۸، از دست دادن حمایت ۰/۸۶، برچسب خوردن ۰/۸۸، احساس گناه ۰/۸۹، مسئولیت ۰/۸۸، شرم ۰/۸۳، طرد ۰/۸۷، رفتار خود تخریبی ۰/۷۹ و واکنش‌های منحصربه‌فرد ۰/۷۶. مطالعه مهدی‌پور (۱۳۸۵)، نشان می‌دهد که فرم فارسی GEQ از همسانی درونی مناسب برخوردار است. وی (۱۳۸۵)، جهت به دست آوردن اعتبار این تست از شیوه‌های اعتبار تصنیف و همسانی درونی استفاده کرده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ است. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها بدین ترتیب که ترک / طرد ۰/۷۱، بدنامی ۰/۴۲، تلاش برای یافتن توضیح ۰/۸۴، احساس گناه ۰/۸۶، واکنش‌های جسمانی ۰/۷۷، قضاوت شخص و دیگران در مورد دلیل فوت ۰/۴۰، رفتار خود تخریبی ۰/۷۸، خجالت و شرمندگی ۰/۶۰ (مهدی‌پور، ۱۳۸۵).

آزمون فهرست صفات (ACL): پرسشنامه آزمون فهرست صفات، دربرگیرنده ۳۰۰ صفت است. این مقیاس اولین بار توسط موسسه ارزیابی شخصیت برکلی (۱۹۴۹) ساخته شد. گاف و همکاران (۱۹۵۸) بعدها با اضافه کردن سیستم فشارهای موری (۱۹۳۸) آن را گسترش دادند. این آزمون ۳۷ ویژگی را تحت پنج گروه کلی مقیاس‌های نحوه برخورد^{۱۱}،

1. somatic reaction
2. general grief reaction
3. search for explanation
4. loss of social support
5. stigmatization
6. responsibility
7. shame
8. rejection
9. Self - Distractive behavior
10. unique reaction
11. Modus Operandi scales

نیاز^۱، موضوع^۲، تحلیل تبادلی^۳ و مقیاس منطقی - خلاقیت^۴ می‌سنجد. امروزه متخصصان این آزمون را برای توصیف ویژگی‌ها و نگرش‌های افراد مورد استفاده قرار می‌دهند. به‌علاوه این ابزار به افراد برای ارزیابی خصوصیات و نگرش خود یا دیگران کمک می‌کند. این آزمون از آن جهت که ویژگی‌های کلی، بارز و برجسته را مشخص می‌کند، منحصر به فرد است. گاف^۵ و همکاران به نقل از عابدین (۱۹۹۳) ضریب آلفای کرونباخ را در مردان ۰/۵۶ تا ۰/۹۵ با میانه ۰/۷۵. متغیر بوده است، برای زنان این گستره از ۰/۵۳ تا ۰/۹۴ و میانه ۰/۷۵ به دست آمده است. همبستگی پیش‌آزمون - پس‌آزمون نیز از ۰/۳۴ تا ۰/۷۷ و با میانه ۰/۶۵ ارزیابی شده است. در ایران نیز بر جهت بررسی ابعادی چند از شخصیت و هویت اقلیت یهود (روبن‌زاده، ۱۳۸۸) و قومیت ترک (مطیعی، ۱۳۸۸) از این ابزار استفاده شده است.

آزمون دست‌نوشته رؤیا: در این قسمت از آزمودنی خواسته می‌شود سه مورد از برجسته‌ترین رؤیاهایی که عزیز از دست‌رفته اخیراً دیده‌اند را یادداشت کنند.

داستان زندگی من و شخص متوفی: در این قسمت آزمودنی داستانی کوتاه درباره خود و شخص از دست‌رفته یادداشت کردند. این داستان منعکس‌کننده وقایع، خاطرات، افکار، خواسته‌ها و احساسات میان آن دو نفر بود.

شیوه اجرا: به منظور اجرای پژوهش حاضر، نخست آگهی‌هایی در سطح شهر تهران توزیع گشت تا افراد واجد شرایط شرکت در طرح پژوهشی شناسایی شوند. از این میان ۲۴ نفر انتخاب شدند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. سپس با بررسی مؤلفه‌های پرسشنامه‌های تکمیل شده و مطالعه برنامه‌های تهیه شده در کشورهای دیگر، همچنین تشکیل یک گروه متمرکز از متخصصین، بسته‌ی آموزشی تهیه شد.

-
1. Need
 2. Topical scales
 3. Transactional Analysis Scale
 4. Origence- Intellectence scales
 5. Gough

یافته‌های پژوهش

جهت بررسی اطلاعات جمعیت شناختی ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد.

جدول ۱. جدول توزیع فراوانی آزمودنی با توجه به علت فوت

علت فوت	کهنوت سن	بیماری	تصادف رانندگی	سایر سوانح	خودکشی	قتل
۵	۱۱	۶	۱	۱	۰	۰

جدول ۲. جدول توزیع فراوانی نوجوانان با میزان حمایت رسمی و غیررسمی دریافت شده برای سوگ

میزان حمایت دریافت شده زیاد متوسط کم

۸ ۱۰ ۵

همان‌گونه که در جدول اول و دوم نشان داده شده است، بیشترین علت مرگ، بیماری

است و میزان حمایت دریافت شده از دید افراد زیاد است.

در جدول سوم تست فهرست صفات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۳. فهرست صفات افراد داغ‌دیده

میانگین	انحراف استاندارد	
۵۱۹۵/۴۶	۸/۸۶۸۳	تعداد کل صفات
۶۸۸۳/۴۵	۷/۱۱۰۵	تعداد صفت مطلوب
۰۱۳۰/۴۸	۶/۱۳۳۳	صفت نامطلوب
۴۴۱۶/۴۲	۷/۴۹۴۷	ارتباط
۶۲۳۴/۴۶	۰۳۲۸/۸	پیشرفت
۲۲۰۸/۴۶	۰۰۵۹/۸	تسلط
۲۷۲۷/۴۹	۶۸۰۵/۷	پشتکار
۵۰/۳۱۱۷	۲۹۹۱/۸	نظم جویی
۹۶۱۰/۴۴	۶۵۰۲/۸	روابط میان فردی
۹۰۹۱/۴۹	۱۳۲۵/۷	حمایت‌گری فرزندپروری

۷/۷۷۷۵	۳۳۷۷/۴۹	پیوندجویی
۹/۷۵۴۵	۸۱۸۲/۵۱	دگرجنس‌خواهی
۱۰/۸۱۱	۶۶۲۳/۴۶	نمایشگری
۲۱۰/۱/۷	۷۴۰۳/۴۶	خودمختاری
۱۵۵۵/۹	۷۹۲۲/۴۷	پرخاشگری
۸/۵۲۸۳	۲۸۵۷/۴۱	نیاز به تغییر
۷/۶۱۵۱	۳۳۷۷/۴۳	یاری کردن
۷/۹۳۱۰	۶۸۸۳/۵۸	خواری‌طلبی
۸/۵۹۸۲	۱۲۹۹/۵۰	تمکین
۱۰/۳۷۲	۰۳۹۰/۵۰	آمادگی برای مشاوره
۱۰/۴۳۵	۷۵۳۲/۴۲	خودکنترلی
۸/۹۲۴۷	۴۴/۱۸۱۸	اعتمادبه‌نفس
۴۶۹۰/۸	۴۵۹۶/۴۵	انطباق‌پذیری
۸/۲۶۸۹	۶۸۸۳/۵۱	خود ایده‌آل
۱۰/۱۶۶	۱۲۹۹/۴۴	شخصیت خلاق
۷/۸۰۵۳	۱۵۵۸/۴۳	قدرت رهبری
۱۰/۱۵۵	۰۶۴۹/۵۰	نگرش زنانه
۷/۳۱۰۷	۰۰۰۰/۴۶	نگرش مردانه
۷/۵۷۲۰	۵۶/۹۲۲۱	والد انتقادی
۷/۱۱۸۷	۵۴/۸۵۷۱	والد حمایت‌گر
۸/۷۲۶۲	۴۹۳۵/۴۷	بالغ

۱۰/۱۷۱	۵۹۷۴/۴۶	کودک آزاد و رها
۷/۲۷۷	۴۹۳۵/۴۹	کودک سازش‌پذیر
۷/۸۸۷۹	۸۷۰۱/۵۰	خلاقیت بالا، هوش پایین
۷/۱۳۴۱	۱۵۵۸/۴۳	خلاقیت بالا، هوش بالا
۷/۷۳۵۵	۰۵۱۹/۴۷	خلاقیت پایین، هوش پایین
۸/۴۰۱۶	۹۳۵۱/۴۸	خلاقیت پایین، هوش بالا

نتایج جدول فهرست صفات نشان می‌دهد نیاز به خواری‌طلبی، والد انتقادی و حمایت‌گری در این افراد بیشتر از نیازهای دیگر است. همچنین انطباق‌پذیری، خود ایده‌آل و اعتمادبه‌نفس در این افراد کم است. در جدول چهارم پرسشنامه تجربه سوگ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۴. تجزیه و تحلیل پرسشنامه تجربه سوگ

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
جستجوی توضیح	۲۷/۱	۷/۲
احساس گناه	۲۲/۱۲	۷/۴۳
برچسب خوردن	۱۰/۰۲	۴/۰۶
ترک / طرد	۱۲/۷۵	۴/۵۱
خجالت / شرمندگی	۶/۸	۲/۶۶
واکنش بدنی	۸/۰۸	۳/۲۸

نتایج جدول پرسشنامه تجربه سوگ نشان می‌دهد که به ترتیب جستجوی توضیح، احساس گناه و ترک طرد بیشترین میانگین را کسب کرده‌اند. در کنار یافته‌های حاصل از تحلیل آماری داده‌ها، تحلیل محتوای دست‌نوشته رؤیا و داستان زندگی من و شخص متوفی ارائه‌شده در گروه نشان داد برخی موضوعات مشترک در بین اعضای گروه وجود دارند.

نیاز به پیوند جویی، حمایت و کنترل موضوعات اصلی و مشترک در آزمون‌های ارائه شده بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

مجموعه حاضر پروتکل روان‌پویایی شن‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت در نوجوانان داغ‌دیده است. پروتکل فوق از تلفیق استراتژی‌های سوگ‌درمانی، شن‌درمانی، پرسشنامه‌های تجربه سوگ، فهرست صفات و دست‌نوشته رؤیا ساخته شده است. این مجموع درمانی شامل ده جلسه نود دقیقه‌ای است که در طی آن پنج فاز درمانی طی می‌گردد.

مرحله اول شامل ایجاد اتحاد درمانی است، چراکه نوجوان مأوای گرمی را که بطور طبیعی جهت ساختن هویت ایگو و ایجاد احساس کنترل نیاز دارد را با فقدان ازدست‌داده است (فدایی، ۱۳۸۷). در این مرحله معرفی مینیاتورها توسط هر یک از اعضاء گروه نقش کلیدی را بازی می‌کند. داستان هر مینیاتورها بخشی از رابطه فرد با متوفی را جلوه گر می‌کند. انعکاس این رابطه‌ها سبب به وجود آمدن فضای مشترک بین اعضاء گروه و درنهایت حس همدلی بین آنان می‌گردد.

در مرحله دوم شن‌درمانی نوجوان شروع به ترسیم خویشتن خود قبل و بعد از این اتفاق می‌کند تا با تغییرات حاصل از این رخداد مواجه گردد و توانایی خارج شدن از شوک و انکار را داشته باشد.

پس از ترسیم، در مرحله سوم نوجوان شروع به بازگو کردن داستان خود قبل و بعد از این حادثه می‌نماید تا با مشاهده عینی و ملموس قبل و بعد از این اتفاق و رهنمودهای درمانگر تغییرات حاصل از سبک زندگی خود را بشناسد. احساس شایع در این مرحله اضطراب و ترس است، چراکه مراجع گمان می‌کند قدرت تحمل احساسات حاصل از این رخداد را ندارد. درمانگر از طریق زیر سؤال بردن و مواجه کردن مراجع با سبک زندگی ناکارآمد خود در نهایت سبب می‌شود شخص سپر دفاعی را که برای حس نکردن احساسات ایجاد کرده است بر زمین اندازد.

در مرحله چهارم فرآیند شن‌درمانی تلاش می‌شود فضایی امن برای بازنمود کردن احساسات حاصل از این رخداد بر روی شن ایجاد شود. بدین ترتیب که از افراد خواسته

می‌شود «احساسات حاصل از این رخداد» یا «احساسات حاصل از تغییرات من را بر روی شن» ترسیم کنند. درمانگر با ایجاد فضای حمایتی به مراجع کمک می‌کند تا بایستد و به احساسات خود نگاه کند، آنان را شناسایی کند و بتواند این احساسات را از هم تفکیک کند. احساس شایع در این فضا احساس خشم و افسردگی و گناه است.

در مرحله پنجم، اقداماتی برای بازسازی معنا^۱ صورت گیرد. شخص به کمک جعبه شن و مینیاتورها معنایی را که برای خود یافته است را ترسیم می‌کند. او بدین ترتیب می‌تواند راهی جهت بازپس‌گیری انرژی خود از فرد متوفی پیدا کند و سپس لیدو خود را روی روابط جدید سرمایه‌گذاری کنند تا کارآمدی و سلامت خود را بازیابد (لگان^۲، ۲۰۰۹).

منابع

- خسروی، زهره. (۱۳۷۴). *روان‌درمانی داغ‌دیدگی*. تهران: نقش هستی دلاور، ع. (۱۳۸۳). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، چاپ شانزدهم. تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- رابین، ج. ام. (2001). *مرگ، سوگواری و خاک‌سپاری*، مطالعه‌ای میان فرهنگی. مترجم: سارا موسوی (۱۳۸۳). *نامه انسان‌شناسی*، دوره اول، شماره ۵، ۱۳۸۳، ص ۲۱۹-۲۲۲.
- کامات، م (۲۰۰۱). *فلسفه زندگی و مرگ*، مترجم: احمد بیات (۱۳۸۳). تهران: انتشارات بهجت تهران.
- مارنات، گ (۱۹۹۹). *راهنمای سنجش روانی: برای روان‌شناسان بالینی*، مشاوران و روان‌پزشکان، مترجم: مهدی نیکخو (۱۳۸۶). تهران: انتشارات رشد.
- مهدی‌پور، س. (۱۳۸۵). *تعیین اعتبار و روایی پرسشنامه تجربه سوگ در نمونه ایرانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی شهیدبهشتی.
- مولایی، ا. (۱۳۸۸). *تأثیر فیلم درمانی گروهی بر کاهش شدت تجربه سوگ نوجوانان دختر داغ‌دیده ۱۷-۱۹ ساله شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی شهید بهشتی.

نیوتون، م (۱۹۹۸). *سرنوشت روح*، محمود دانایی (۱۳۸۶). تهران: انتشارات مرسل، کاشان.
 هاسل، بت. مارنوپاجین. (۱۹۹۵). *مشاوره گروهی با کودکان داغ‌دیده*. مترجم: نسترن
 ادیبراد (۱۳۸۳). تهران: انتشارات رشد.
 ودن، جی، ویلیام. (۱۸۸۶). *مشاوره و درمان سوگ*. مترجم: مهرداد فیروزبخت (۱۳۷۷).
 تهران: انتشارات ابجد.
 وردن، ویلیام (۱۳۷۷). *رنج و التیام در سوگواری و داغ‌دیدگی*، ترجمه فاند، م؛ تهران:
 انتشارات طرح نو.

- Alexander, F. (1961). *The scope of psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Bonime, W. (1986). *Collaborative dream interpretation*. *Journal of the American Academy of psychoanalysis*, 14, 15-26.
- Bonime, W. & Bonime, F. (1962). *The Clinical use of Dreams*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). *The making and breaking of flectional*. Israel: Brettler.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness And Depression (Attachment and Loss)*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Ciffone, J. (2010). *Crisis Bereavement Group Intervention Guidelines for School Social Workers*. *IASSW School Social Work Journal*, 22 (2), 1-22.
- Davis, C. G. (2001). *The tormented and the transformed: Understanding responses to loss and trauma*. In R. A. Neimeyer, (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association, 137-155.
- Dewld, P. (1972). *Assessment of structural change*. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 20, 119-132.
- Dillon, D. p. (2008). *Sand Therapies: Sand play and Sand tray*. Mining Report. Retrieved from [http:// www.bapt.baboa.com](http://www.bapt.baboa.com).
- Doland, A. (2008). *Ego State Differences in University Students by Gender, Race, & College Major*: *Journal of psychiatry psychology and Mental Health*, 2 (1), 25-32.
- Engel, G. L. (1961). *Is grief a disease? A challenge for medical research*. *Psychosomatic Medicine*, 23, 18-22.
- Pulver, S.E. (1990). *Dreams in New Perspective: The Royal Road Revisited*: edited by Myron L. Glucksman, M.D. and Silas L. Warner, M.D. Human Sciences Press, New York, 1987, 152 pp. \$27.95. *Amer. Acad. Psycho anal*, 18:525-528.
- Geis, H. K. Whitthesey, S. W. Mc Donald, N. B. & Smith, K. L. (1998). *Bereavement loss in childhood. Stress in children*, 7 (1), 73- 84.

- Gilbert, K. (1996). We have had the same loss, why don't we have the same grief? Loss and differentiated grief among families. *Death studies*, 20, 269-283.
- Glucksman, M. L. (2001). The dream, psychodynamic informative instrument. *Journal of psychotherapy practice and research*, 10 (4), 223-230.
- Glucksman, M. L. (1988). The use of successive dream to facilitate and document change during treatment. *Journal of the American Academy of psychoanalysis*, 16, 47-70.
- Glucksman, M. L. (2004). Using Dream to assess clinical change during Treatment. *Journal of American academy of Dynamic psychiatry*, 32 (2), 345-356.
- Greenberg, R. & Pearlman, C. (1993). An integrated approach to dream theory: Contributions from sleep research and clinical practice. In A. Moffitt, M. Kramer, & R. Hoffmann (Eds.), *The Functions of Dreaming* (pp. 363-380). Albany: State University of New York Press.
- Harwood, D. Hawton, K. Hope, T. & Jacoby, R. (2002). The grief experiences needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: A descriptive and case control study. *Journal of Affective Disorder*, 72, 185-194.
- Jacobs, S. Nelson, J. & Zisook, S. (2000). Treating depression of bereavement with antidepressants: A pilot study. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 501-510.
- Jayne, L (2009). Sand play for children grief, Child grief. Retrieved from [http://: www. Insight psychology.com](http://www.insightpsychology.com).
- Kalff, D. (2009). Introduction n to sand play Therapy. *Journal of sand play Therapy*, 1(1), 45-52.
- Kramer, M. (1993). The selective mood regulatory function of dreaming; an update and revision, *The function of Dreaming*, (pp 139-195). Albany: State University of New York Press.
- Kramer, M. & Roth, T. (1977). Dream translation. *American annals of psychiatry related & Discipline*, 15, 336-351.
- Lindeman, C. J. (1994). A meta- analysis of estimated effect size for group versus individual controlled treatments. *International journal of group psychotherapy*, 36 (2), 171-201.
- Mendelsohn, R. M. (1990). *The Manifest Dream and ITS use in Therap. NJ, Jason Aronson Journal*, 32, 345-358.
- Neimeryer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy & process of reconstruction. *Death Studies*, 24,541-557.
- Neimeryer, R. A. (2001). The language of loss: Grief therapy as a process meaning reconstruction. In R.A. Neimeryer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington DC: American psychological Association.

- Palombo, S. R. (1984). Deconstructing the manifest Dream. *Journal of the American psychoanalysis Association*, 32 (2), 405-420.
- Para, E. (2009). *Group Counseling for Complicated Grief: A Literature Review. Graduate Journal of Counseling Psychology*, 1 (2), 320-328.
- Parkes, C. M. (2001). A historical overview of the scientific study of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 25-45). Washington, DC: American Psychological Press.
- Parkes, C. M. (1988). Bereavement as a psychosocial transition: process of adaption to change. *Journal of social issues*, 44 (3), 53-65.
- Parkes, C. M. Stroebe, M. S. Hansson, R. O. Stroebe, W. & Schut, H. (Eds.) (2001) A Historical overview of the scientific study of bereavement. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, & care* (pp. 25-45). Washington, DC: American Psychological Association.
- Parkes, C. M. (2001). *Studies of grief in adult life*. England: Rutledge publications.
- Parkes, C. M. & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from Bereavement*. New York: Basic Books.
- Saul, L. (1972). *Psychodynamically Based Psychotherapy*. New York: Science House.
- Seligman, M. (2007). *The Optimistic Child*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Solmon, G. (1995). *The motion picture prescription- Watch this movie and call me in the mourning*. Santa Rosa, C A: Aslan Publishing.
- Warner, S.L. (1987) Manifest dream analysis in contemporary practice, in *Dreams in New Perspective: The Royal Road Revisited*, edited by Glucksman ML, Warner SL. (pp 97-117). New York: Human Sciences Press.
- Wolfe, B. & Doka, K. (2010). *Praise for grief counseling & grief counseling & grief therapy*. New York: Spring Publish.
- Wolfelt, A. (1989). *Helping Children Cope with Grief*. Muncie, IN: Accelerated Development.
- Zisook, S. & Kendler, K. S. (2007). Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychological Medicine*, 37, 779-794.