Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 1/ No. 2/ Autumn 2014
Page: 47-57

Efficacy of narrative therapy in reducing depressive symptoms in women20 to40yearsin Sanandaj*

Rastgari M K[1], Moradi O[2]
1. Masters student in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Kurdistan

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University of Sanandaj, Kurdistan, Iran
(Correspondence), Email:moradioma@gmail.com

Abstract
Introduction: Depression is a common disorder among women. The present study examined the effectiveness of narrative therapy on reducing depression symptoms in women20 to40yearsof Sanandaj have been made.
Methods: The study design of pre-test - post-test nonequivalent control group was carried out. The study sample included all women 20 to 40 years with symptoms of depression, counseling centers and psychiatric clinics in Sanandaj was 2014. 8 sessions of 60 min ¬ experimental group and individual therapy "narrative therapy" groups. In order to analyze the test data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).
Findings: The findings of the study showed that ¬ narrative therapy reduces the severity of depressive symptoms in the treatment group overall dimensions, emotional, cognitive, and physical and compared with the control group.
Conclusion: The results of this study, the effect of the narrative therapy reducing symptoms and overall health as well as emotional symptoms, cognitive and physical depression in women20 to40yearswasapproved.
Key words: narrative therapy, depression, women

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال اول، شماره ۲، پاییز/ ۱۳۹۳
صفحات: ۵۷-۴۷

اثربخشی روایت‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی زنان ۲۰ تا ٤٠ سال شهر سنندج

محمّد کاظم رستگاری[1]، امید مرادی[2]
۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کردستان، کردستان، ایران
۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، کردستان،ایران (مولف مسئول)
Email: moradioma@gmail.com

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از اختلالات شایع در بین زنان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روایت درمانی بر کاهش علائم افسردگی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال شهر سنندج صورت گرفته است.

روش: روش انجام این پژوهش، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل نامعادل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال با علائم افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و مطب‌های روانپزشکی شهر سنندج در سال ۱۳۹۳ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه تعداد ۲۰ نفر از زنان با علائم و خصوصیات بالینی افسردگی، با استفاده از پرسشنامه BDI انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) قرار داده شدند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، به صورت فردی تحت درمان "روایت درمانی" (Narrative Therapy) قرار گرفتند و گروه کنترل هم جلسات بدون ساختار و متفاوت با مداخلات گروه آزمایش را دریافت کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان دادند که روایت‌درمانی باعث کاهش شدت علائم افسردگی گروه آزمایش در نمره کل و ابعاد عاطفی، شناختی و فیزیکی در مقایسه با گروه کنترل شد.

نتیجه‌گیری: نتایج به‌دست آمده از این پژوهش، تأثیر مداخله‌ی روایت درمانی را بر کاهش علائم کلی و نیز علائم عاطفی، شناختی و فیزیکی افسردگی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال سنندج را مورد تأیید قرار داد.

کلید واژه‌ها: روایت درمانی، افسردگی، زنان

.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

مقدمه

اختلالات خلقی گروهی از اختلالات بالینی هستند که مشخصه‌ی آنها، عدم احساس تسلط و کنترل می‌باشد، و در نتیجه فرد مبتلا، رنج و ناراحتی شدیدی را تحمل می‌کند. این طبقه از اختلالات شامل اختلالات افسردگی، دوقطبی و مانیک است، یکی از شایعترین اختلالات خلقی، اختلال افسردگی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). در جدیدترین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ملاکهای تشخیصی افسردگی شامل موارد زیر است: خلق افسرده، فقدان لذت یا کاهش شدید علایق، کاهش یا افزایش پنج درصدی وزن، اختلال در خواب به صورت بیخوابی و یا پرخوابی، بیقراری و یا کندی روانی حرکتی، خستگی و یا کاهش انرژی، احساس گناه و بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، افت تمرکز و تردید و دودلی و افکار عودکننده راجع به مرگ یا خودکشی. این علائم بر عملکرد اجتماعی شغلی و سایر جنبه‌های مهم زندگی فرد تأثیرگذار است (DSM-5, 2013). دادستان به نقل از چاپلین[1] افسردگی را اینگونه تعریف می‌نماید:" سقوط غیر قابل توجیه تنود[2] حیاتی: این حالت در قلمرو بدنی با خستگی دائم آشکار می‌شود، در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقّت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مالیخولیایی که با هشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی واکنش همراه است، متجلی می‌شود" (دادستان، ۱۳۹۱). افسردگی در بین اختلالات روانی دارای بیشترین شیوع طول عمر۱۷٪، و میزان بروز ۱/۱٪ برای مردان و ۱/۸۹٪ برای زنان است. شیوع افسردگی در همه‌ی فرهنگ‌ها در زنان دو برابر مردان است. ازجمله دلایل تفاوت شیوع بین زنان و مردان را به تفاوتهای هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت در دریافت فشارهای روانی- اجتماعی و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده می‌دانند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

علت‌های مختلفی برای این اختلال در نظر گرفته شده است از جمله می‌توان به عوامل زیستی: نقش دو عصب رسانه مؤثر نوراپی نفرین و سروتونین؛ و عوامل اجتماعی- روانی: شامل عوامل روانکاوانه و روانپویشی، تاثیر وقایع پراسترس زندگی، و عوامل شناختی اشاره نمود (کاپلان و سادوک،۲۰۱۰؛ ترجمه ارجمند؛ رضاعی؛ فغانی جدیدی، ۱۳۹۱). در تبیین این اختلال، رویکرد روانپویشی به آشفتگی ارتباط نوزاد- مادر در خلال مرحله‌ی دهانی، اعتقاد دارد و افسردگی را واکنشی علیه فقدان در نظر می‌گیرد و نیز در رویکرد شناختی، افسردگی نتیجه‌ی تحریف‌های شناختی است (اتکینسون و همکاران، ۲۰۰۰؛ ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۵). بررسی روان‌بنه‌های شناختی افراد افسرده، زمینه‌های سه‌گانه‌ی شناختی را آشکار می‌سازد، این زمینه‌های سه‌گانه شامل؛ دیدگاه منفی نسبت به خود، افکار منفی درباره‌ی محیط پیرامونی و دیدگاه منفی نسبت به آینده هستند (دادستان، (۱۳۹۱).

تلاش و کوشش روانشناسان برای فهم اختلالات خلقی و نحوه‌ی شکل گیری و درمان آن منجر به شکل‌گیری نظریات و روشهای درمانی مختلفی در حوزه‌های زیستی و روانی- اجتماعی گردیده است. لذا مداخله‌ی درمانی مؤثر باید همزمان وضعیت زیستی و روانی- اجتماعی فرد را در نظر بگیرد (هالجین؛ ویتبورن، ۲۰۰۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰). غیر از درمان دارویی و بستری نمودن بیمار در افسردگی حاد، شواهد رو به تزاید به مؤثر بودن درمان روانپویشی، شناخت درمانی با تاثیر بر درمان شناخت‌های معیوب بیمار، درمان بین فردی و رفتار درمانی در کاهش و اصلاح رفتارهای غیر انطباقی فرد اشاره دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

در دهه‌های اخیر روانشناسی و به تبع آن روان‌درمانی شاهد ظهور الگوهای غیرمتعارف، امّا رو به رشدی بوده است. این الگوها متأثر از وضعیت پست

1. Chaplin
2. Tonus

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

مدرن هستند. این وضعیت جایگزین دوران مدرن است و از ویژگی‌های بارز آن نقد عقل و واقعیت است. نظریه پردازان این وضعیت وجود واقعیت عینی را نفی می‌کنند و به فراروایت‌های مسلط یا نظریه‌های علمی که در دوران مدرن قطعی انگاشته می‌شوند، بدگمانند (کنوبلاخ، راسخ، ۱۳۹۱). در این وضعیت تمامی بنیان-های مدرنیسم و نیز هر آنچه را که مدرنیسم به آن ملتزم است مورد حمله واقع می‌شود (لش، ۱۹۹۲؛ ترجمه گیوه چیان، ۱۳۹۰). روایت‌درمانی بازتابی درمانی از وضعیت پست مدرن است، چراکه به تمامی الزامات هستی شناسانه‌ی پست مدرن ملتزم است. از این منظر واقعیت‌ها مستقل از فرایندهای مشاهده‌ای وجود ندارند، هرگونه آگاهی از واقعیت بر مبنای زبان استوار است، دانش به زمان و فرهنگ وابسته است، و شناختهای پذیرفته شده یا سازه‌های اجتماعی بر زندگی اجتماعی تاثیرگذار هستند،آگاهی ما از واقعیت به صورت اجتماعی ساخته می‌شود و لذا تغییر (درمان) با ساختارشکنی قدرت قصه‌های فرد بیمار شروع و بعد به سمت ساختن معنای تازه‌ای از زندگی پیش می‌رود (کری،۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲). روایت درمانی را ساخت‌زدایی داستانهای کهنه و آفرینش داستانی تازه تعریف کرده‌اند (پروچاسکا؛ نورکراس، ۲۰۰۷؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱). و از دیدگاه وایت[3]روایت درمانی عبارت است از بکارگیری مجموعه روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختارشکنی و بازنویسی این داستانها توسط خود فرد و با کمک درمانگران است (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). شواهد عصب‌روانشناختی، با استفاده ازفرایند تصویر برداری از مغز این احتمال را مطرح می‌کند که مناطق فرونتال و تمپورال و مناطق کمربندی که از حافظه حمایت می‌کنند، مناطق درگیر درک روایت و روابط علّی- معلولی روایت هستند (ریموند، ۲۰۰۴). از نگاه پست مدرن "واقعیت" یک سازه‌ی اجتماعی است (مهدیزادگان؛ آتش‌پور،۱۳۹۰).کنشهای انسان روایتهای اویند و ما خود را در یک طرح داستانی روایت می‌کنیم و مراد از روایت از منظر فیلسوفانی که به این مساله پرداخته‌اند؛ اینست که روایت خالق "واقعیت" است و معنای وجود انسانی خود چیزی روایی است و "حقیقت" در گفتار متجلّی می‌شود (وریج‌کاظمی، ۱۳۸۳). "ما زندگی خود را بر اساس قصه‌هایی که در مورد خودمان می‌گوییم و دیگران در مورد ما می-گویند، می‌سازیم. این قصه‌ها در واقع، واقعیت را شکل می‌دهند، زیرا آنچه را که می‌بینیم، احساس می‌کنیم، انجام می‌دهیم، می‌سازند و تشکیل می‌دهند. قصه‌هایی که به آنها اعتقاد داریم از گفتگوها در موقعیت‌های اجتماعی و فرهنگی بوجود می‌آیند (کری،۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲). مشکل، داستانی است که نیازمند دوباره تألیف شدن از طریق گفتگوی درمانی است (وایت، ۱۹۹۵). باید برای حل مشکلاتمان داستان‌های کهنه را ساخت‌زدایی کنیم و داستان‌های جدیدی بسازیم. ابتدا باید آگاه شویم که چقدر از داستان ما بر اساس موعظه‌های حاکم در خانواده‌ها و جوامع‌مان ساخته شده‌اند. برای ساختن داستانی جدید به کلمه‌ها، تصاویر ذهنی و معانی جدید نیازمندیم. وقتی که زبان ما غنی‌تر شود، تجربه ما نیز غنی‌تر خواهد شد. اگر زندگی ما خیلی پوچ، مقید یا بی‌رمق باشد، علت این است که زبان ما بسیار محدود است (پروچاسکا؛ نورکراس،۲۰۰۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۱). به طورکلی روایت درمانگران به مراجعین کمک می‌کنند به جای تمرکز بر داستانهای سرشار از مشکل و بیهوده، توجه خود را به سمت داستانهای پسندیده که آنها را به سمت هویت و زندگی بهتر می‌کشاند، هدایت نمایند (گلدنبرگ؛ گلدنبرگ، ۲۰۰۰؛ ترجمه حسین شاهی براواتی؛ نقشبندی، ۱۳۹۲). بررسی روایت‌های افراد افسرده نشان داده است که این افراد گرایش به منفی‌بافی و بدبینانه نگاه‌کردن به دنیا را دارند (روبرتسون، ۲۰۰۵). مرور ادبیّات و پیشینه تحقیقات انجام شده در داخل و خارج کشور پیرامون موضوع تحقیق مؤید اثربخشی این شیوه‌ی درمانی می‌باشد؛ در پژوهشی که توسط دست

3. White

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

باز؛ یگانه فرزند؛ از خوش و شعایی، در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت نتایج حاصله مؤید تأثیر روایت درمانی گروهی بر کاهش علائم افسردگی و احساس تنهایی زنان سالمند می‌باشد. در تحقیقی که توسط بساک نژاد (۱۳۹۱) انجام گرفت اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن در دانشجویان دختر نشان داده‌شد. همچنین در تحقیقی که توسط روزدار (۱۳۹۰) بر روی بیماران افسرده‌ی شهر شیراز با استفاده از رویکرد روایت‌درمانی انجام گرفت، نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی روایت‌درمانی در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی، بویژه در افراد با افسردگی خفیف و متوسط بود. نتایج پژوهش لوپز (۲۰۱۴) اثربخشی روایت‌درمانی را در کاهش شدید علائم افسردگی متوسط در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری نشان می‌دهد. همچنین در پژوهش لینت و شوایتزر (۲۰۱۱) که در ارتباط با تأثیر روایت‌درمانی بر اختلال افسردگی اساسی صورت گرفت، نتایج حاصله بر بهبود علائم و عملکرد بهتر فرد به میزان معناداری اشاره دارد و در پژوهش وگا (۲۰۱۴) اثر بخشی روایت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیماران مبتلا به سرطان مورد تأیید قرار گرفت. این پژوهش نیز در راستای پاسخ دادن به سؤالات؛ ۱. آیا روایت درمانی علائم افسردگی کلی، ۲. علائم عاطفی، ۳. علائم شناختی و ۴. علائم فیزیکی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال سنندج را کاهش می‌دهد؟ انجام گرفت.

با توجه به‌اینکه افسردگی به عنوان یک اختلال بالینی می‌تواند در افراد جامعه علی‌الخصوص در زنان عوارض نامناسب فردی، خانوادگی و اجتماعی؛ همانند خلق افسرده، فقدان لذت، کاهش شدید علایق، اختلال در وزن و اشتها، اختلال در خواب، بیقراری و یا کندی روانی‌حرکتی، خستگی، کاهش انرژی، احساس گناه و بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، افت تمرکز و تردید و دودلی و افکار عودکننده راجع به مرگ یا خودکشی، تعارضات خانوادگی و مشکلات و ناسازگاریهای شغلی به وجود آورد (DSM-5, 2013)؛ لذا ضروری است که در خصوص کاهش این علائم مداخلاتی صورت گیرد. به همین سبب این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی روایت درمانی بر کاهش علائم افسردگی در زنان انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل نامعادل است. جامعه‌ی آماری، شامل تمامی زنان افسرده‌ی مراجعه-کننده به مراکز درمانی شهر سنندج بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه تعداد ۲۰ نفر از زنان با علائم و خصوصیات بالینی افسردگی از بین جامعه‌ی آماری انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه و به صورت فردی تحت درمان روایت‌درمانی قرار گرفتند امّا گروه کنترل تحت جلسات بدون ساختار و متفاوت با گروه آزمایش قرار داده شدند. ویژگی‌های مدّ نظر برای انتخاب گروه نمونه شامل این موارد بود: داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛ دارا بودن تحصیلات بالای دیپلم؛ وجود علائم افسردگی در ارزیابی تشخیصی با آزمون افسردگی بک و فرد متعهد به شرکت در تمام جلسات باشد. یافته‌ها با استفاده از SPSS-19 در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل گردیدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افسردگی بک ۴ استفاده گردید. این پرسشنامه از نوع مداد – کاغذی و شامل ۲۱ سوال است، از این مقیاس می‌توان برای تشخیص و ارزیابی کارایی درمان استفاده کرد و برای نخستین بار به وسیله بک معرفی و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت (بک، ۱۹۷۹). این مقیاس علاوه بر نمره‌ی کلی، بعد عاطفی را با سؤالاتی در زمینه‌های: غمگینی، نارضایی، احساس گنهکاری، بیزاری از خود، گریه‌کردن، تحریک‌پذیری و کناره‌گیری اجتماعی، بعد شناختی را با سؤالاتی در زمینه‌های: بدبینی، احساس شکست خوردگی، انتظار

4. Beck Depression Inventory

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

مجازات، اتهام به خود، خودکشی، ناتوانی در تصمیم گیری و تغییر خودپنداشت و بعد فیزیکی را با سوالاتی در حوزه‌های: دشواری در کار، بی‌خوابی، خستگی پذیری، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، خودبیمارانگاری و فقدان لیبید و(پایین بودن سطح انرژی) می‌سنجد. از پاسخ دهنده خواسته می‌شود که گویه‌هایی که شدت نشانه‌ها رااز نمره‌ی صفر تا سه بیان می‌دارند، علامت-گذاری کند. هدف این پرسشنامه سنجش میزان افسردگی از کمترین حد یعنی نمرات کمتر از ۱۰ تا افسردگی شدید یعنی نمرات بالای ۳۰ است. ضریب ثبات درونی این نسخه ۷۳ تا ۹۲٪ با میانگین ۸۶٪ و ضریب آلفا برای بیماران ۸۶٪ و برای غیر بیماران ۸۱٪ گزارش شده است (بک، ۱۹۸۸).

طرح مداخله

برای اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای هریک از افراد گروه نمونه جلسه‌ای به منظور آشنایی با اهداف درمان، مصاحبه‌ی اولیه، پیش آزمون، توافق و اخذ تعهد مبنی بر شرکت در تمامی جلسات درمانی برگزار و سپس مداخله درمانی در قالب جلسات انفرادی و به صورت هفتگی و در ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اعمال گردید. طرح درمان (جدول ۱) همسو با برنامه‌ی درمانی مایکل وایت و اپستون ۵ اجرا شد (وایت و اپستون، ۱۹۹۰).

5. White & Epeston

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

جدول ۱: سر فصل محتوای جلسات روایت درمانی

جلسات	موضوعات کاری برمبنای برنامه درمانی(طرح درمان)
اول	ارزیابی جامع، رابطه‌ی حسنه، آشنایی با روایت‌درمانی، نمونه‌کار، روایت زندگی و شرح داستانهای مشکل دار؛
دوم	عینیت بخشی و برونی‌سازی مشکل، نامگذاری مشکل، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی؛
سوم	ادامه‌ی استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آنها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی؛
چهارم	فاز تخریب: ساختارشکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل؛
پنجم	فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره‌ی جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی؛
ششم	غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معنادهی آن به آینده؛
هفتم	فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخ‌گویی به سوالات و باز نویسی داستانهای گذشته؛
هشتم	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه‌ی داستان، پس‌آزمون و پایان درمان.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد بیست نفر از زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله که دارای علائم افسردگی بودند مورد مطالعه قرار گرفتند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) قرار داده شدند. میانگین سن گروه آزمایش ۳۰/۸ و گروه کنترل ۳۱/۷ سال، سطح تحصیلات کارشناسی دارای بیشترین فروانی، و نسبت شغلی برابر در بین مشاغل آزاد، خانه‌داری و کارمند در دو گروه مشاهده می‌شد و بیشتر افراد گروه نمونه را خانم‌های متاهل تشکیل می‌دادند، تقریباً هر دو گروه دارای وضعیت دموگرافیک برابری بودند. بررسی‌های LYD۶ افراد گروه نمونه نشان‌دهنده‌ی سابقه‌ی دارا بودن علائم افسردگی با میانگین ۱۸ ماه است. در بررسی توصیفی میانگین نمره‌ی‌کل افسردگی در پیش‌آزمون و پس-آزمون گروه آزمایش با تغییری معنادار همراه بود امّا این تغییر در گروه کنترل مشاهده نگردید (جدول ۲). در سطح استنباطی برای سنجش اثر بخشی روایت‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی بین گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، جهت مشخص شدن همگنی واریانسها از آزمون آماری لون ۷ استفاده گردید، که در تمامی آزمونها سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ بود، لذا این نتیجه حاصل گردید که واریانس‌ها همگن بوده و قادر به انجام آزمون تحلیل کوواریانس می‌باشیم (فرگوسن، یوشیو تاکانه؛ ترجمه دلاور؛ نقشبندی، ۱۳۹۰). با توجه به نتایج به‌دست آمده در سطح استنباطی از سؤال اوّل پژوهش (جدول ۳) با معنی‌داری بدست آمده‌ی $p\leq ۰/۰۰۱$ این نتیجه حاصل می‌شود؛ که روایت‌درمانی بر کاهش علائم کلی افسردگی تأثیرگذار بوده‌است. همچنین برای سؤال دوّم پژوهش (جدول ۴) با توجه به معنی‌داری بدست آمده $p\leq ۰/۰۲۵$ این نتیجه حاصل می‌شود که روایت‌درمانی بر کاهش علائم عاطفی تأثیر داشته‌است. بررسی سؤال سوم (جدول ۵) تأثیر روایت‌درمانی را بر کاهش علائم شناختی با توجه به معنی‌داری در سطح $p\leq ۰/۰۰۱$ نشان می‌دهد و نیز نتیجه بدست آمده در بررسی سؤال چهارم یعنی تأثیر روایت‌درمانی بر کاهش علائم فیزیکی در سطح معنی‌داری $p\leq ۰/۰۰۱$ را شاهد بودیم (جدول۶).

6. Years lived with disability

7. Leven,s Test

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کلی افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

شاخص	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
متغیر	پیش آزمون	آزمایش	۱۰	۲۸/۹۰	۸/۱۰
		کنترل	۱۰	۲۸/۲۰	۱۰/۵۲
نمره‌ی کلی افسردگی	پس آزمون	آزمایش	۱۰	۸/۴۰	۶/۵۰
		کنترل	۱۰	۲۶/۰۰	۱۰/۰۴

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه جهت بررسی معناداری تفاوت‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر نمره‌ی کلی افسردگی

متغیر	منبع نمرات	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی DF	مجذور میانگین ها MS	F	معنی داری	ضریب اتا
نمری کلی افسردگی	گروه	۱۶۴۷,۶۳۷	۱	۱۶۴۷,۶۳۷	۴۵,۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
	پیش آزمون	۶۶۸,۹۱۹	۱	۶۶۸,۹۱۹	۱۸,۳۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۹
	خطا	۶۱۹,۴۸۱	۱۷	۳۶,۴۴۰			

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه جهت بررسی معناداری تفاوت‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر نمره‌ی عاطفی

متغیر	منبع نمرات	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی DF	مجذور میانگین ها MS	F	معنی داری	ضریب اتا
نمره‌ی عاطفی	گروه	۲۳۷,۳۶۴	۱	۲۳۷,۳۶۴	۴۳,۴۴۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
	پیش آزمون	۶۶۸,۹۱۹	۱	۳۲,۸۲۷	۶,۰۰۹	۰/۰۲۵	۰/۲۶۱
	خطا	۶۱۹,۴۸۱	۱۷	۵,۴۶۳			

جدول ٥: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه جهت بررسی معناداری تفاوت‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر نمره‌ی شناختی

متغیر	منبع نمرات	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی DF	مجذور میانگین ها MS	F	معنی داری	ضریب اتا
نمره‌ی شناختی	گروه	۱۹۹,۸۷۰	۱	۱۹۹,۸۷۰	۲۲,۸۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
	پیش آزمون	۱۴۴,۰۶۹	۱	۱۴۴,۰۶۹	۱۶,۴۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
	خطا	۱۴۸,۵۳۱	۱۷	۸,۷۳۷			

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

جدول۶: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه جهت بررسی معناداری تفاوت‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر نمره‌ی فیزیکی

متغیر	منبع نمرات	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی DF	مجذور میانگین ها MS	F	معنی داری	ضریب اتا
نمره‌ی فیزیکی	گروه	۱۱۶,۲۷۱	۱	۱۱۶,۲۷۱	۱۹,۶۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶
	پیش آزمون	۴۷,۸۸۷	۱	۴۷,۸۸۷	۸,۰۹۱	۰/۰۱۱	۰/۳۳۲
	خطا	۱۰۰,۶۱۳	۱۷	۵,۹۱۸			

بحث

پژوهش حاضر که با هدف بررسی اثر بخشی روایت‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال صورت گرفت، نشان داد که علائم افسردگی افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش پیدا کرده است. این نوع مداخله از پتانسیل انسان برای روایت‌سازی سود می جوید و مشکلات موجود در زندگی را به وجود مشکل در زبان و استعاره‌ها تأویل می‌نماید. زبان و استعاره مکان خلق واقعیّات هستند، واقعیّاتی که ما آنها را زندگی می‌کنیم. در این رویکرد آدمی بیش از آنکه محصول محیط و شرایط باشد، محصول "خود" است زیرا ما خود را به صورت روایت درک می‌کنیم و دلیل آنچه که در اطراف ما رخ می‌دهد، در خود ماست و هر انسانی ادامه‌ی روایت خویش است. درمان فرایند انتقال از یک روایت به روایتی دیگر است، روایت فرد افسرده؛ غمگین، پوچ و خسته است و روایت‌درمانی با تخریب مولفه‌های فوق به بازسازی روایتی شاد، امیدوار و پرانرژی کمک می‌نماید. نتایج این پژوهش را می‌توان با نتایج تحقیقات دستباز (۱۳۹۳)؛ روزدار (۱۳۹۰)؛ لوپز و همکاران (۲۰۱۴)؛ وگا و همکاران (۲۰۱۴)؛ لنیت و شوایتزر (۲۰۱۱)؛ کانها و اسپینولا (۲۰۱۲)، نظیری، قادری و زارع (۱۳۸۹) همخوان دانست. زندگی در وضعیت پسامدرن نیازمند روشهای مداخله‌ای متناسب با خود است لذا تکرارپذیری نتایج مطالعات مختلف مؤید این دلیل می‌باشد؛ که روایت‌درمانی قائم به انسان و فارغ از ویژگی‌ها و انتظارات دوران مدرن است. این مداخله در یک فرایند سازمان یافته و در سه فاز نمایان می‌شود؛ فاز تخریب؛ فاز بازسازی و فاز تثبیت، در فاز تخریب از داستان فرد که در واقع مشکل اوست ساختار شکنی می‌گردد، در فاز بازسازی مراجع با کمک درمانگر به آفرینش داستانی فارغ از مشکل می‌پردازند و سپس در فاز تثبیت مراجع داستان جدید را زندگی خواهدکرد (فریدمن؛ کامز، ۱۹۹۶). در این پژوهش سطح تحصیلات به عنوان متغیر کنترل لحاظ گردید لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهنده در مطالعات بعدی جهت تعمیم پذیری بیشتر، اثر این متغیر را حذف نماید.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش مؤید اثر بخشی روایت‌درمانی در کاهش علائم افسردگی زنان است. روایت‌درمانی به عنوان درمانی پست‌مدرن و غیر تهاجمی، متناسب و سازگار با حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی گوناگون است و توان پاسخگویی به نیازهای درمانی جامعه را داراست. در این راستااین رویکرد درمانی می‌تواند اثری چشمگیر و غیر قابل انکار برکاهش علائم عاطفی مانند: غمگینی، بی‌نشاطی و دلسردی؛ علائم شناختی مانند: احساس بی-فایدگی، خلاء و نومیدی و علائم فیزیکی مانند: اختلال در اشتها، خستگی، مشکلات خواب و کمبود انرژی زنان افسرده داشته باشد.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

تشکر و قدردانی

پیمودن این راه مرهون تمامی عزیزانی که در این پژوهش مرا یاری نمودند، از استاد محترم راهنما، مرکز مشاوره تخصصی کودک و نوجوان، مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی دانش‌آموزان کردستان، مطب‌های روانپزشکی سنندج و خانم‌های شرکت‌کننده در این پژوهش نهایت سپاسگزاری را دارم.

منابع فارسی

اتکینسون، ریتا ال؛ اتکینسون، ریچارد سی؛ اسمیت، ادوارد ای؛ بم، داریل ج؛ هوکسما، سوزان نولن. (۲۰۰۰). زمینه روانشناسی هیلگارد. مترجمان، براهنی، محمد نقی و همکاران. تهران: رشد. ۱۳۸۵.

بساکنژاد، سودابه؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ حسنی، محدثه؛ نرگسی، فریده. (۱۳۹۱). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر نگرانی از بدریختی بدن در دانشجویان دختر. فصلنامه علمی پژوهشی (روانشناسی سلامت). شماره ۲: ۵ تا ۱۱.

پروچاسکا، جیمز؛ نورکراس، جان. (۲۰۰۷). نظریه‌های روان‌درمانی (نظام‌های روان‌درمانی). ترجمه، سیدمحمدی، یحیی. تهران: روان. ۱۳۹۱. ویراست ششم، چاپ سوم.

دادستان، پریرخ. (۱۳۷۶). روانشناسی مرضی تحوّلی: از کودکی تا بزرگسالی. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت). ۱۳۹۱.

روزدار، ابراهیم. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر کاهش شدت نشانه‌های افسردگی در بیماران افسرده شهر شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

فرگوسن، جرج ا؛ یوشیوتاکانه. (۱۹۸۹). تحلیل آماری در روانشناسی و علوم تربیتی. چاپ نهم. ترجمه، دلاور، علی؛ نقشبندی سیامک. تهران: ارسباران. ۱۳۹۰.

کاپلان و سادوک. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه، رضاعی، فرزین. تهران: ارجمند. ۱۳۸۷. ویراست دهم. چاپ اول.

کاپلان و سادوک. (۲۰۱۰). دستنامه روان‌پزشکی بالینی. ترجمه، ارجمند، محسن؛ رضاعی، فرزین؛ فغانی جدیدی، نادیا. تهران: کتاب ارجمند. ۱۳۹۱. ویرایش پنجم. چاپ سوم.

کری، جرالد. (۲۰۱۳). نظریه‌ها و کاربست مشاوره و روان-درمانی. ترجمه، سید محمدی، یحیی. تهران: ارسباران. ۱۳۹۲. ویراست نهم. چاپ دهم.

کنوبلاخ، هوبرت. (۱۳۹۱). مبانی جامعه شناسی معرفت. ترجمه، راسخ، کرامت اله. تهران: نشر نی. چاپ دوم.

گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۰). خانواده درمانی. ترجمه، حسین شاهی براواتی، حمیدرضا؛ نقشبندی، سیامک. تهران: روان. ۱۳۹۲. چاپ دوازدهم.

مهدیزادگان، ایران؛ آتش‌پور، سیدحمید. (۱۳۹۰). بازشناسی حوزه‌های اصلی روان‌درمانی پست‌مدرن. فصلنامه‌ی تازه‌های روان‌درمانی. (۶۱ و۶۲) ۱۷: ۶۹ تا ۹۶.

نظیری، قاسم؛ قادری، زهرا؛ زارع، فاطمه. (۱۳۸۹). اثربخشی رویکرد روایت‌درمانی در کاهش افسردگی زنان مرودشت. فصلنامه زن و جامعه. (۲)۱: ۶۵ تا ۷۸.

وریج کاظمی، عباس. (۱۳۸۳). جامعه‌شناسی تاریخی: روایت، تاریخ و جامعه‌شناسی. پژوهشنامه‌ی علوم انسانی و اجتماعی. (۱۴) ۴: ۱۶۱ تا ۱۷۷

هالجین، ریچارد پی؛ ویتبورن، سوزان کراس. (۲۰۰۳). آسیب شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالهای روانی (جلد دوم). ترجمه، سیدمحمدی، یحیی. تهران: روان. ۱۳۹۰. چاپ نهم.

منابع انگلیسی

Beck A T, Rush A J, Shaw B F, Emery D. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford, Perss. 1979.

Beck a T. Steer R A. Garbin G M. Psychometric properties of the beck depression inventori: Twenty – five years of evaluation. Journal Clinical Psychology Review. 1988: (8):80.

Cunha C A C, Spinola J. The Emergence of Innovative Moments in Narrative Therapy for Depression: Exploring Therapist and Client Contributions. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome 2012, Vol. 15, No. 2, 62–74.

Dastbaaz Anvar; Yeganehfarzand Seyyed Hadi; Azkhosh Manoochehr, PhD; Shoaee Fatemeh. 2014. The Effect of Group Counseling "Narrative Therapy"

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]

to reduce Depression and Loneliness among older women. Iranian Rehabilitation Journal. Vol.12, No.20, Original Article

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5thEd. American psychiatric association. Library of congress-in-publication data.2013; 156.

Freedman J, combs G. Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities. Publisher: W.W. Norton Company. 1thEd. New York: 1996.

Lynette P, Schweitzer R D. [Narrative therapy for adults with a major depressive disorder]. Journal Psychotherapy Research.2011; 21(1):4-15.

Lopes R T, Conclaves M, Machado P. Sinai D, Bento T, Salgado J.[Narrative Therapy vs. Cognitive -Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial].Journal Psychotherapy Research. Published online. 2014; 2-5.

Raymond A. The neuropsychology of narrative: Story comprehension, Story production and their interrelation. Journal Neuropsychologia. 2004(42); 1414-15.

Robertson A, Venter C, Botha K. Narratives of Depression. Journal of Psychology. SouthAfrican.2005; vol. 35(2): 331-345.

Vega Rodrigurs, perez Bayon, Tarrero Palao, Liria Fernandez. 2014. Mindfulnesss-baed Narrative Therapy for Depression in Cancer. Clinical Psychology & Psychotherapy. Volume 21, Issue 5. Pages 411–419

White M & Epeston D. Narrative means to therapeutic ends. New York: W. Norton. 1990.

White M. Re-authoring lives: Interviews and essay. Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications.1995.

White M & Epeston D. Narrative Means to Therapeutic Ends. New York: Publisher W. W.Norton.1990.

*این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی آقای محمّد کاظم رستگاری جهت اخذ درجه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات کردستان می‌باشد

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.2.6.3]