

Efficacy of narrative therapy in reducing depressive symptoms in women 20 to 40 years in Sanandaj*

Rastgari M K¹, Moradi O²

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 women 20 to 40 years of 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 women 20 to 40 years was approved.

Key words: narrative therapy, depression, women

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

اثربخشی روایت‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال شهر سنندج

محمد کاظم رستگاری^۱، امید مرادی^۲

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 (مؤلف مسئول)

Email: moradioma@gmail.com

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از اختلالات شایع در بین زنان است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روایت‌درمانی 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 پیش‌آزمون-پس‌آزمون 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 "روایت‌درمانی" (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 راه 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 روایت‌درمانی 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: روایت‌درمانی، افسردگی، زنان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

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 علائق، 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^۱ افسردگی را اینگونه تعریف می‌نماید: "سقوط غیر قابل توجیه تنود^۲ حیاتی: این حالت در قلمرو بدنی با خستگی دائم آشکار می‌شود، در قلمرو شناختی به صورت پراکندگی دقت و مشکل کوشش فکری و در قلمرو عاطفی به شکل حالتی مالیخولیایی که با هشیاری فرد نسبت به ناتوانمندی و اکنش همراه است، متجلی می‌شود" (دادستان، ۱۳۹۱). افسردگی در بین اختلالات روانی دارای بیشترین شیوع طول عمر ۱۷٪، و میزان بروز ۱/۱٪ برای مردان و ۱/۸۹٪ برای زنان است. شیوع افسردگی در همه‌ی فرهنگ‌ها در زنان دو برابر مردان است. از جمله 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 می‌

دانند (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 رسنه مؤثر نوراپی نفرین و سروتونین؛ و عوامل اجتماعی- روانی: شامل عوامل روانکاوانه و روانپوشی، تاثیر وقایع پراسترس زندگی، و عوامل شناختی اشاره نمود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰؛ ترجمه ارجمند؛ رضاعی؛ فغانی جدیدی، ۱۳۹۱). در تبیین این اختلال، رویکرد روانپوشی 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 شکل‌گیری 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 (هالچین؛ ویتبورن، ۲۰۰۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰). غیر از درمان دارویی و بستری نمودن بیمار در افسردگی حاد، شواهد رو به تزايد به مؤثر بودن درمان روانپوشی، 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 روان- درمانی شاهد ظهور الگوهای غیرمتعارف، اما رو به رشدی بوده است. این الگوها متأثر از وضعیت پست

1. Chaplin
2. Tonus

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 بنیان‌های 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 هستی‌شناسانه‌ی 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 شناخته‌های پذیرفته شده یا سازه‌های اجتماعی بر زندگی اجتماعی تاثیرگذار هستند، آگاهی ما از واقعیت به صورت اجتماعی ساخته می‌شود و لذا تغییر (درمان) با ساختار شکنی 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^۳ روایت درمانی عبارت است از بکارگیری مجموعه روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختار شکنی و بازنویسی این داستانها توسط خود فرد و با کمک درمانگران است (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). شواهد عصب‌روانشناختی، با استفاده از فرایند 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 علی- 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 متجلی می‌شود (وریج کاظمی، ۱۳۸۳). "ما زندگی خود را بر اساس قصه‌هایی که در مورد خودمان می‌گوییم و دیگران در مورد ما می‌گویند، 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 جوامع مان ساخته شده‌اند. برای ساختن داستانی جدید به کلمه‌ها، تصاویر ذهنی و معانی جدید نیازمندیم. وقتی که زبان ما غنی تر شود، تجربه ما نیز غنی تر خواهد شد. اگر زندگی ما خیلی پوچ، مقید یا بی‌رسم باشد، علت این است که زبان ما بسیار محدود است (پروچاسکا؛ نورکراس، ۲۰۰۷؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱). به طور کلی 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 نگاه کردن به دنیا را دارند (روبرتسون، ۲۰۰۵). مرور ادبیات 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

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^۰ پس آزمون با گروه کنترل نامعادل است. جامعه‌ی آماری، شامل تمامی زنان افسرده‌ی مراجعه‌کننده 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 اما گروه کنترل تحت جلسات بدون ساختار و متفاوت با گروه آزمایش قرار داده شدند. ویژگی‌های مد 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 گناهکاری، بی‌زاری از خود، گریه کردن، تحریک‌پذیری و کناره‌گیری اجتماعی، بعد شناختی را با سؤالاتی در زمینه‌های: بدبینی، احساس شکست خوردگی، انتظار

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 داده شد. 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 لویز (۲۰۱۴) اثربخشی روایت‌درمانی را در کاهش شدید علائم افسردگی متوسط در مقایسه با درمان شناختی‌رفتاری نشان می‌دهد. همچنین در پژوهش لیت 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 روایت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیماران مبتلا به سرطان مورد تأیید قرار گرفت. این پژوهش نیز در راستای پاسخ دادن به سؤالات؛ ۱. آیا روایت‌درمانی 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 به اینکه 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 علائق، اختلال در وزن و اشتها، اختلال در خواب، بیقراری و یا کندی روانی حرکتی، 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

4. Beck Depression Inventory

مجازات، اتهام به خود، خودکشی، ناتوانی در تصمیم‌گیری 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 را از 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، پیش‌آزمون، 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).

جدول ۱: سر فصل محتوای جلسات روایت درمانی

جلسات	موضوعات کاری بر مبنای 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 ساختار شکنی؛
چهارم	فاز تخریب: ساختار شکنی 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 معنادگی 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

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 اول پژوهش (جدول ۳) با معنی‌داری بدست آمده‌ی ۰/۰۰۱ p این نتیجه حاصل می‌شود؛ که روایت‌درمانی بر کاهش علائم کلی افسردگی تأثیر گذار بوده‌است. همچنین برای سؤال دوم پژوهش (جدول ۴) با توجه به معنی‌داری بدست آمده ۰/۰۲۵ p 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 ۰/۰۰۱ p نشان می‌دهد و نیز نتیجه بدست آمده در بررسی سؤال چهارم یعنی تأثیر روایت‌درمانی بر کاهش علائم فیزیکی در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ p را شاهد بودیم (جدول ۶).

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 فراوانی، و نسبت شغلی برابر در بین مشاغل آزاد، خانه‌داری و کارمند در دو گروه مشاهده می‌شد و بیشتر افراد گروه نمونه را خانم‌های متأهل 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 نمره‌ی کل افسردگی در پیش‌آزمون و پس-آزمون گروه آزمایش با تغییری معنادار همراه بود اما 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

7. Leven,s Test

6. Years lived with disability

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کلی افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

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

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

متغیر	منبع نمرات	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی DF	مجدور میانگین‌ها MS	F	معنی داری	ضریب اتا
نمره‌ی کلی افسردگی	گروه	۱۶۴۷,۶۳۷	۱	۱۶۴۷,۶۳۷	۴۵,۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۷
	پیش‌آزمون	۶۶۸,۹۱۹	۱	۶۶۸,۹۱۹	۱۸,۳۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱۹
	خطا	۶۱۹,۴۸۱	۱۷	۳۶,۴۴۰			

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راه جهت بررسی معناداری تفاوت‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر نمره‌ی عاطفی

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

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راه جهت بررسی معناداری تفاوت‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر نمره‌ی شناختی

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

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه جهت بررسی معناداری تفاوت‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر نمره‌ی فیزیکی

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

بحث

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 خواهد کرد (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 راستا این رویکرد درمانی می‌تواند اثری چشمگیر و غیر قابل انکار بر کاهش علائم عاطفی مانند: غمگینی، بی‌نشاطی و دل‌سردی؛ علائم شناختی مانند: احساس بی‌فایده‌گی، خلاء و نومیدی و علائم فیزیکی مانند: اختلال در اشتها، خستگی، مشکلات خواب و کمبود انرژی زنان افسرده داشته باشد.

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 می‌جوید و مشکلات موجود در زندگی را به وجود مشکل در زبان و استعاره‌ها تأویل می‌نماید. زبان و استعاره مکان خلق واقعیات هستند، واقعیاتی 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)؛ لویز و همکاران (۲۰۱۴)؛ وگا و همکاران (۲۰۱۴)؛ لیت و شواپتر (۲۰۱۱)؛ کانه و اسپینولا (۲۰۱۲)، نظیری، قادری و زارع (۱۳۸۹) همخوان دانست. زندگی در وضعیت پسمدرن نیازمند روشهای مداخله‌ای متناسب با خود است لذا تکرارپذیری نتایج مطالعات مختلف مؤید این دلیل می‌باشد؛ که روایت‌درمانی قائم به انسان

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.

بساکنزاد، سودابه؛ مهربانی زاده هنرمند، مهناز؛ حسینی، 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، پریخ. (۱۳۷۶). روانشناسی مرضی تحولی: 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، جرالذ. (۲۰۱۳). نظریه‌ها و کاربردها و مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه، سید محمدی، یحیی. تهران: ارسباران. ۱۳۹۲. ویراست نهم. چاپ دهم.

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

گلدنبرگ، ایرنه؛ گلدنبرگ، هربرت. (۲۰۰۰). خانواده‌درمانی. 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 و ۶۲): ۱۷ تا ۶۹.

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

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

هالچین، ریچارد پی؛ ویتورن، سوزان کراس. (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی 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, Peress. 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; Azkhash Manoochehr, PhD; Shoaee Fatemeh. 2014. The Effect of Group Counseling "Narrative Therapy"

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. Mindfulness-baed Narrative Therapy for Depression in Cancer. Clinical Psychology & Psychotherapy. Volume 21, Issue 5. Pages 411° 419

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

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