

## مقایسه روایت‌های زندگی افراد افسرده و مضطرب با افراد عادی

هدف:

مریم اسماعیلی نسب<sup>۱</sup>

دانشگاه علامه طباطبائی

« » .

دکتر حسین اسکندری

دانشگاه علامه طباطبائی

روش:

دکتر احمد برجعلی

دانشگاه علامه طباطبائی

Scl-90-R

یافته‌ها:

نتیجه‌گیری:

### مقدمه

نقش فرآیندهای زبانی، همچون استعاره و روایت در ساخت، انتقال، پردازش و تغییر و اصلاح معنای رویدادهاست. بر اساس این رویکرد افراد تمایل دارند زندگی خود را یک داستان در نظر بگیرند تا بتوانند به زوایای مختلف آن در یک کل یکپارچه هویت بخشند. راه دستیابی به داستان زندگی افراد در درجه اول اظهارات خودشان است که آن را روایت می‌نامیم و در تعامل مراجع و درمانگر بر دقت و غنای آن افزوده می‌شود. وایت (به نقل از کلی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰) می‌گوید: «روایت‌ها اظهارات افراد در

از دهه ۱۹۸۰، رویکرد جدیدی به شخصیت و روان درمانی، به نام نظریه روایت<sup>۲</sup> به تدریج در حال گسترش است. این رویکرد تحت تأثیر نظریه‌های سازه‌گرا<sup>۳</sup> است که معتقدند واقعیت در درون هر یک از ما و به شیوه‌ای منحصر به فرد ساخته می‌شود که این خود حاصل فرهنگ، زبان و جهان‌بینی ماست (پروچسکا و نورکراس، ترجمه فارسی، ۱۳۸۱). از سوی دیگر، تأکید اصلی این رویکرد بر

2- narrative theory  
4- Kelly

3 - constructive theory

۱- نشانی تماس: تهران، دهکده، دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی.

E-mail: esmaeilynasab@yahoo.com

است که آیا می‌توان به روایاتی با مختصات ویژه در گروه‌های مختلف بالینی یا افراد دارای شرایط خاص دست یافت؟ و به‌خصوص در گروه‌های بالینی افسردگی و اضطراب (که از اختلالات شایع روانشناختی محسوب می‌شوند) چه روایاتی مطرح است؟ بررسی پیشینه تحقیق، به مطالعه‌ای که به طور خاص به این موضوع پرداخته باشد، دست نیافت، ولی در سایر گروه‌ها مطالعاتی صورت گرفته است. از جمله کروگر<sup>۹</sup> (۲۰۰۳) از بررسی نوجوانانی که آزار جنسی دیده بودند، دریافت که آنها نوعی هویت قربانی را شکل می‌دهند و یا برنز<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۰) با استفاده از فرم مصاحبه مک‌آدامز<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۱) (که در این پژوهش نیز مورد استفاده قرار گرفته است) با بررسی روایت‌های زندگی افراد میانسال و مسن کم درآمد دریافت که افراد علی‌رغم عدم تغییر شرایط سخت زندگی با افزایش سن نگاه مثبت‌تری به زندگی دشوار خود پیدا می‌کنند و از ارائه یک روایت طوفان و مشغولیت، به گزارش یک روایت راندن آرام و واضح تغییر جهت می‌دهند.

مرکز مطالعات زندگی فولی<sup>۱۲</sup> (۱۹۹۹) به نوع روایت ویژه‌ای به نام پیامد رهایی‌بخش اشاره می‌کند و از آن به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت نام می‌برد. پیامد رهایی‌بخش عبارت است از دریافت خوب از رخداد بد. به این معنی که رویداد یا شرایط بد (از نظر هیجانی منفی) به پیامد خوب (از نظر هیجانی مثبت) تبدیل می‌شود. به عنوان نمونه، مرگ همسر به کسب بینش قوی نسبت به زندگی منجر می‌شود. در این پژوهش نیز بررسی پیامد رهایی‌بخش در روایت‌ها مورد توجه قرار گرفت. دو عنصر دیگر در بررسی روایات‌ها از تلاش مک‌آدامز<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۱) به دست آمد که عبارت‌اند از: عاملیت<sup>۱۳</sup> که بیانگر وجود موجود زنده به عنوان یک فرد است و باورهای روانشناختی همانند قدرت، نیرو، تسلط و خودمختاری را دربرمی‌گیرد و مشارکت هم‌دلانه<sup>۱۴</sup> که تعلق فرد به یک گروه بزرگتر را نشان می‌دهد و در برگیرنده ویژگی‌هایی مانند عشق، دوستی، صمیمیت، تعلق داشتن و اتحاد است. شنک<sup>۱۵</sup> (۱۹۹۸) در

مورد تجارب خود در زندگی‌شان است و این اظهارات حاصل تفسیرهای آنهاست؛ تفسیرهایی که آنها را نسبت به خودشان حساس می‌کند و از طریق آن به تجارب خود از دنیا معنی می‌دهند. در این رویکرد پیش از آنکه بر خود رویدادها تأکید شود، بر ساختار کلی روایت فرد و نحوه ارتباط هر رویداد با روایت فرد تمرکز می‌گردد. بر این اساس نمی‌توان افراد را بر پایه رویدادهای زندگی‌شان طبقه‌بندی کرد و رویدادهای منفی زندگی لزوماً آسیب‌زا نیستند، بلکه آسیب‌زایی زمانی رخ می‌دهد که روایتی که رویدادها در آن سازمان یافته‌اند رهایی‌بخش<sup>۱</sup> نباشد و فرد را محدود کند. به نظر روییز<sup>۲</sup> (۱۹۹۷) وقتی فرد انعطاف لازم را نداشته باشد تا رویدادهای منفی و آسیب‌زا را با روایت خود یکپارچه سازد، دچار روان‌آزردگی می‌شود. بنابراین هم‌چنان که گفته شد نه خود رویداد و منفی و مثبت بودن آن، بلکه معنای آن برای فرد و جایگاه آن در روایت وی تعیین‌کننده وضعیت روانشناختی اوست.

اصول رویکرد روایت و به تبع آن روایت‌درمانی در حوزه روانشناسی مسئله جدیدی نیست و در قالب رویکردهایی مانند روانکاوی نمود یافته است. در واقع حتی می‌توان گفت که قدمت روایت به قدمت خود روانشناسی است اما همچنان که گفته شد تنها از دهه ۱۹۸۰ به بعد شکل رسمی به خود گرفت. رایگلی<sup>۳</sup> ذکر می‌کند که وایت<sup>۴</sup> و اپسون<sup>۵</sup> به عنوان دو خانواده‌درمانگر از بنیان‌گذاران اصلی روایت‌درمانی به شمار می‌روند؛ با این حال، به عقیده هر دوی آنها کارشان به شدت بر کار نظریه‌پردازان پیشین متکی بوده است (به نقل از سایبرهگن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲).

امروزه در بسیاری پژوهش‌ها، روایت‌درمانی به عنوان درمانی برخاسته از رویکرد روایت و مستقل از خانواده‌درمانی مورد بررسی قرار گرفته است. از آن جمله می‌توان به پژوهش هیناتسو<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) در زمینه بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر کاهش افسردگی گروهی از نوجوانان اشاره کرد. اورکات<sup>۸</sup> (۲۰۰۳) نیز به بررسی این درمان در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری پرداخت. گامی مهم و اساسی در روایت‌درمانی تشخیص روایات افراد از خود، زندگی و رویدادهای آن است که تشخیص این روایات معمولاً از طریق مصاحبه امکان‌پذیر می‌باشد. سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود، این

1- redemptive  
3 - Reigly  
5- Epsen  
7- Hinatsu  
9- Kruger  
11- McAdams  
13- agency  
15- Shenk

2- Ruize  
4- White  
6- Siebehagen  
8 - Orcutt  
10- Burns  
12 - Foley center for the study of lives  
14- communion

راسمن، ترجمه فارسی، ۱۳۸۱). برای انجام پژوهش، از میان افراد افسرده و مضطرب ۲۰ تا ۴۰ ساله که تحصیلات آنها حداقل دیپلم بود و به چند کلینیک بهداشت روان و مطب خصوصی در نقاط مختلف شهر تهران مراجعه کرده بودند، هفت نفر از گروه افسرده (چهار زن و سه مرد) و پنج نفر از گروه مضطرب (دو زن و سه مرد) انتخاب شدند. این افراد به وسیله روانپزشک یا روانشناس تشخیص افسرده یا مضطرب دریافت کرده بودند و نتیجه SCL-90-R نیز با آن هماهنگ بود. تقریباً همه افراد انتخاب شده فقط در مقیاس مورد نظر، یعنی افسردگی یا اضطراب نمره بالاتر از نمره برش گرفته بودند و در سایر مقیاس‌ها نمره آنها پایین‌تر از نمره برش بود. گروه مقایسه که پنج نفر بودند از میان افراد عادی انتخاب شدند و در هیچ یک از مقیاس‌ها نمره بالاتر از نقطه برش نگرفته بودند. سپس محتوای پژوهش برای آنها توضیح داده شد و در مورد زمان و نحوه اجرا صحبت و رضایت آنها جلب گردید. مصاحبه‌ها ضبط و سپس به طور دقیق و کلمه به کلمه روی کاغذ آورده شد.

همان‌طور که گفته شد، در این پژوهش برای انتخاب نمونه علاوه بر تشخیص بالینی از آزمون SCL-90-R استفاده شد. در بررسی انجام شده در ایران تمامی مقیاس‌های این آزمون از پایایی بالاتر از ۰/۷۰٪ برخوردار بودند و در بررسی روایی همزمان  $r=0/61$  به دست آمد که نشان دهنده ضریب روایی نسبتاً بالایی می‌باشد (میرزایی، ۱۳۵۹).

برای گردآوری روایات زندگی افراد از فرم تجدیدنظرشده مصاحبه داستان زندگی مک‌آدامز (۲۰۰۱) استفاده شد. مصاحبه فوق دربرگیرنده تعدادی سؤال باز پاسخ است که به‌طور خلاصه عبارت‌اند از: ۱) فصل‌های زندگی، ۲) اتفاقات مهم (تجربه اوج که خوشایندترین لحظه زندگی فرد است؛ تجربه افت که ناخوشایندترین لحظه زندگی فرد است؛ تغییر مسیر عمده زندگی؛ اولین خاطره مهم زندگی و خاطرات مهم دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی)، ۳) مهمترین چالش زندگی، ۴) افراد مهم و تأثیرگذار در زندگی (مثبت و منفی)، ۵) به یادماندنی‌ترین و مهمترین داستان دیده یا شنیده شده (قهرمانان داستان فرد)، ۶)

بررسی پیامد رهایی بخش نشان داد که یک زن روستایی به دلیل تأکید بر استقلال داشتن، رابطه با سایرین و میهن پرستی توانسته است با وجود مشکلات فراوان، زندگی شادی را پشت سر گذارد. در پژوهش دیگری نیز مک‌آدامز بر اهمیت پیامد رهایی بخش در سلامت تأکید داشت. وی به پژوهش روایات زندگی به وسیله دو گروه با درجه زایندهگی بالا (۴۰ نفر) و پایین (۳۰ نفر) پرداخت. این گروه شامل ۳۸ زن و ۳۲ مرد ۲۵ تا ۷۲ ساله با میانگین سنی ۴۸/۵ بود. بررسی و مقایسه قهرمانان روایت زندگی دو گروه نشان داد که قهرمانان داستان‌های افراد دارای زایندهگی بالا این ویژگی‌ها را دارند: ۱) خشود بودن از زندگی خانوادگی، ۲) حساس بودن به رنج دیگران، ۳) داشتن ثبات قدم در طول زندگی، ۴) دریافت خوب از رخدادهای بد و ۵) هدفمندی برای منافع جامعه و آینده آن (به نقل از لیتل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

همان‌طور که مشخص شد در این پژوهش‌ها به نوعی بر سه عامل پیامد رهایی بخش، عاملیت و مشارکت همدلانه تأکید شده است. البته همچنان که اشاره شد پژوهشی که به طور خاص به افسردگی و اضطراب پیردازد، یافت نشد. در ایران نیز تا زمان اجرای این پژوهش اساساً این رویکرد مطرح نگردیده، بنابراین پشتوانه تحقیقی نیز ندارد. بنابراین انگیزه طرح حوزه‌های جدید روانشناسی از یک سو و نیز اهمیت مطالعه افسردگی و اضطراب به عنوان دو اختلال رایج، سبب در نظر گرفته شدن این دو گروه گردید.

بر این مبنای و بر اساس مطالعه دو اختلال، فرضیه‌های اصلی پژوهش عبارت‌اند از: ۱) گروه غیربالینی نسبت به افراد مضطرب و افسرده روایات رهایی بخش بیشتری دارند؛ ۲) افراد مضطرب بیشتر از افراد افسرده روایات رهایی بخش دارند؛ ۳) میزان عاملیت در گروه غیربالینی بیش از افراد مضطرب و افسرده است؛ ۴) عامل مشارکت همدلانه در گروه غیربالینی قوی‌تر از افراد مضطرب و در افراد مضطرب قوی‌تر از افراد افسرده است.

## روش

این پژوهش از نوع کیفی بود که در آن از داستان‌ها، سوابق تاریخی و ... برای گردآوری داده‌ها استفاده می‌شد (مارشال و

تجزیه و تحلیل داده‌های روایت‌های زندگی نمونه پژوهش، اطلاعاتی در مورد سه عنصر مهم در روایت‌ها یعنی پیامد رهایی‌بخش، مشارکت همدلانه و عاملیت به دست داد که میانگین و انحراف معیار سه گروه در جدول ۱ آمده است.

مقایسه دو به دو میانگین‌ها، بین میانگین افسرده و عادی ( $p < 0/001$ )، عادی و مضطرب ( $p < 0/001$ )، و افسرده و مضطرب ( $p < 0/05$ )، با اطمینان ۹۵٪ در عامل پیامد رهایی‌بخش تفاوت معنی‌دار نشان داد.

مقایسه دو به دو میانگین‌های مربوط به عاملیت نیز نشان داد که در سطح اطمینان ۹۵٪ بین گروه‌های عادی و افسرده ( $p < 0/001$ ) و نیز گروه‌های عادی و مضطرب ( $p < 0/001$ ) تفاوت معنی‌دار است ولی بین گروه‌های افسرده و مضطرب تفاوت معنی‌دار وجود ندارد.

سایر یافته‌های حاصل از روایت‌ها که به صورت کیفی مورد بررسی قرار گرفته، در قسمت بحث آورده خواهد شد.

## بحث

این پژوهش کوشید تا به طور مختصر رویکرد روایت را معرفی و کارکرد آن را در فهم و تشخیص افسردگی و اضطراب بررسی کند. همانطور که گفته شد پژوهشی که مستقیماً به این موضوع پرداخته باشد یافت نشد، بنابراین در این بخش ضمن بررسی فرضیه‌ها درباره پژوهش‌های مرتبط بحث می‌شود. در این رویکرد، دریافت مثبت از رخداد‌های منفی، از عناصر مهم در ساخت روایت کارآمد است که فرضیه‌های اول و دوم پژوهش را تشکیل می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده فرضیه‌های اول و دوم پژوهش تأیید می‌شوند؛ یعنی میزان پیامدهای رهایی‌بخش از افراد عادی به اضطرابی و از اضطرابی به افسرده کاهش می‌یابد. به عبارتی همان‌طور که مصاحبه‌های افراد نیز نشان داد، رویدادهای ناخوشایند به طور قابل توجه در زندگی همه افراد وجود داشته‌اند، اما گروه عادی و تا حدودی گروه مضطرب توانسته‌اند برای مقابله با رویدادهای منفی راهی رشددهنده بیابند و به درکی رهایی‌بخش دست یابند. این یافته در گروه غیربالینی با آنچه شنک (۱۹۹۸) در مطالعه خود به دست آورده بود، مطابقت دارد. به این معنی که

آینده احتمالی، (۷) طرز فکر شخصی و (۸) موضوع محوری زندگی. در پژوهش‌های کیفی، داده‌ها به دو صورت کمی (کدگذاری) و کیفی تجزیه و تحلیل می‌شوند که در این پژوهش از هر دو آنها استفاده گردید. بررسی روایت‌ها در دو مرحله صورت گرفت. در مرحله اول بر اساس فرم کدگذاری عناصر رهایی‌بخش (مرکز مطالعات زندگی فولی، ۱۹۹۹)، عاملیت و مشارکت همدلانه (مک‌آدامز، ۲۰۰۱) همه روایت‌ها بررسی شدند. برای این کار و محاسبه پایایی نمره‌گذاری، دو کدگذار به طور مجزا کدگذاری را انجام دادند و به پایایی ۶۰٪ دست یافتند که از نظر آماری قابل قبول است (دلاور، ۱۳۷۶). سپس نتایج با استفاده از تحلیل واریانس یک‌طرفه مقایسه شد که بعضی از جداول آن در ادامه آمده است. توضیح آنکه طبق نظر فرگوسن (ترجمه فارسی، ۱۳۸۰) می‌توان در شرایط مصاحبه و آزمایش که امکان آزمون تعداد نمونه زیاد وجود ندارد، به شرط استفاده از مقیاس فاصله‌ای و عدم تفاوت بیش از دو واحد بین گروه‌ها (که در این پژوهش صادق است) تحلیل واریانس به کار برد.

در مرحله دوم، بخش‌های مختلف روایات از جمله فصل‌های زندگی، نقطه اوج، تغییر مسیر مهم و داستان‌های مهم بررسی شدند.

## یافته‌ها

میانگین سنی گروه عادی (شامل سه نفر متأهل و دو نفر مجرد) ۲۷ سال، گروه افسرده (شامل سه نفر متأهل، سه نفر مجرد و یک نفر مطلقه) ۲۹ سال و گروه مضطرب (که همگی مجرد بودند) ۲۴ سال بود. افراد نمونه نیز حداقل دیپلم و حداکثر لیسانس داشتند.

**جدول ۱- میانگین و انحراف معیار گروه‌های عادی، افسرده و مضطرب در عوامل رهایی‌بخش، عاملیت و مشارکت همدلانه**

گروه‌ها	میانگین* (انحراف معیار)	میانگین* (انحراف معیار)	میانگین* (انحراف معیار)
عادی	۹ (۲/۱۲)	۱۱/۸ (۳/۴۲)	۷/۸۰ (۳/۱۱)
افسرده	۲ (۱/۵۳)	۳/۸۶ (۱/۶۸)	۵/۲۹ (۳/۰۹)
مضطرب	۴/۲ (۰/۴۵)	۵/۴ (۲/۳۰)	۵/۲۰ (۲/۳۹)

\* تفاوت میانگین‌های سه گروه، معنی‌دار است ( $p < 0/05$ ).

رخدادهای منفی زندگی الزاماً سبب بیماری و ناامیدی نمی‌شود، بلکه معنای آن رویداد در روایت کلی فرد تعیین کننده است.

بررسی تجارب اوج، یعنی خوشایندترین رویدادهای زندگی افراد نشان داد که افراد عادی نسبت به دو گروه دیگر و نیز افراد مضطرب نسبت به افراد افسرده، رخدادهای خوشایند بیشتری نشان داده‌اند. از این داده دو مضمون قابل تصور است. نخست آنکه اگرچه رخداد ناخوشایند در زندگی همه افراد وجود دارد، داشتن تجارب خوشایند می‌تواند تعدیل کننده مناسبی به حساب آید. به عبارت دیگر، آنچه متمایز کننده افراد سالم از بیمار است داشتن تجارب خوشایند در کنار اجتناب‌ناپذیر بودن تجارب ناخوشایند است؛ برای مثال، افراد افسرده هیچ تجربه اوجی را مطرح نمی‌کردند. اما نظریه‌هایی نیز وجود دارد که این مسئله را بیش از هر چیز به سوگیری توجه افراد روان‌آزرده نسبت می‌دهند که هر دو مضمون در جای خود قابل توجه است.

در رویکرد روایت که برخاسته از ایده‌های پست‌مدرنیسمی است، فرد نقش فعالی در ساخت روایات دارد که تحت عنوان عاملیت مطرح است (لی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). عاملیت که مک‌آدامز (۲۰۰۱) آن را همراه با مشارکت همدلانه از عناصر مهم در روایات زندگی افراد می‌دانست، در برگیرنده چهار ویژگی اصلی است که شامل موارد زیر می‌باشد: احساس تسلط بر خود و اعتماد به نفس، داشتن تجربه موفقیت در یک مسئله یا مرحله‌ای از زندگی، تجربه انجام کاری به نفع سایرین و داشتن یک احساس ارتباط معنوی عمیق با یک قدرت برتر.

از این بعد و بر اساس نتایج، میزان عاملیت در گروه عادی بیشتر از دو گروه دیگر بود. ولی بین افراد افسرده و مضطرب تفاوتی یافت نشد که بر این اساس فرضیه سوم پژوهش نیز تأیید می‌گردد. این امر نشان می‌دهد که گروه مضطرب با وجود روایات رهایی‌بخش بهتر نسبت به افسرده‌ها احساس عاملیت بر زندگی خود ندارند و اگرچه کمتر ناامیدند، کارآمدی آنها زیاد نیست. به خصوص داشتن یک ارتباط معنوی عمیق از مواردی بود که به طور برجسته در روایت‌های زندگی افراد عادی دیده می‌شد. آنها بر باورهای مذهبی و ارتباط با خداوند که به آنها یک تکیه‌گاه قوی بخشیده است تأکید خاصی داشتند و از آن به عنوان یک نقطه

عطف در زندگی یا آرمان خود یاد کرده‌اند.

در عامل مشارکت همدلانه بین سه گروه تفاوت معنی‌داری دیده نشد که بر این اساس فرضیه چهارم رد می‌شود. به عبارت دیگر، اگرچه گروه غیربالینی روایت‌های رهایی‌بخشی و عاملیت بیشتری دارند، بر خلاف انتظار چندان بر تجربه تعاملات گروهی تأکید نمی‌کنند.

علاوه بر آنچه در قالب فرضیه‌ها مطرح شد، روایات زندگی افراد و مصاحبه، داده‌های دیگری نیز به دست داد که به مهم‌ترین آنها اشاره می‌کنیم:

همه افراد به اهمیت داستان‌هایی که شنیده، دیده و یا خوانده‌اند در ساختار روایت زندگی خود واقف بودند. در پژوهش حاضر مشخص شد قهرمانان داستان‌های افراد عادی و مضطرب در مقایسه با افراد افسرده دارای ویژگی‌های زیر بودند و از این لحاظ بین گروه‌های عادی و مضطرب تفاوتی دیده نشد:

- ۱) تسلط بر خود و بینش عمیق به زندگی
- ۲) انگیزه و تلاش برای کسب مقام و موقعیت بهتر
- ۳) مسئولیت‌پذیری و تلاش برای بهبود وضع دیگران
- ۴) احساس نیرومندی تحت حمایت یک مرجع قدرت (به خصوص خداوند متعال)

در واقع بر اساس نتایج قبلی، این ویژگی‌ها در افراد عادی دیده شد که نشان می‌دهد با توجه به کمتر بودن این ویژگی‌ها در افراد مضطرب و ذکر آنها به عنوان ویژگی قهرمانان داستان‌هایشان، افراد مضطرب خواهان چنین ویژگی‌هایی هستند. از سوی دیگر، از این جهت انگیزه‌ای در افراد افسرده دیده نمی‌شود. یادآوری این نکته لازم است که مک‌آدامز (به نقل از لیتل، ۲۰۰۰) نیز در بررسی قهرمانان داستان‌های افراد دارای زاینده‌گی زیاد به پاره‌ای نتایج مشابه دست یافت، با این تفاوت که در پژوهش حاضر، از نظر روایت رهایی‌بخش بین قهرمانان داستان‌های افراد سه گروه تفاوت آماری دیده نشد؛ اگرچه به نظر می‌رسد قهرمانان داستان‌های افراد عادی تصور رهایی‌بخش بیشتر و مشارکت همدلانه قوی‌تری داشتند.

که از فرم بلند مصاحبه استفاده گردید که اگرچه اطلاعات فراوانی به دست داد، اما زمان مصاحبه را طولانی و گروه کمتری را بررسی کرد. با این حال با اجرای تنها بخش‌هایی از مصاحبه می‌توان به نتایج قابل توجهی در یک گروه بزرگتر دست یافت. به‌عنوان مثال، برنز (۲۰۰۰) تنها قسمت اول مصاحبه، یعنی فصول زندگی را بررسی کرد و در مورد افزایش نگاه مثبت به زندگی با افزایش سن نتایج جالبی به دست آورد. از دیگر محدودیت‌های این تحقیق عدم دسترسی به منابع بود.

همان‌طور که این پژوهش به کسب دیدگاه عمیق‌تری نسبت به گروه‌های افسردگی و اضطراب و نیز اهمیت دوره‌هایی مانند دوره نوجوانی در همه گروه‌ها منجر شد، مقایسه سایر گروه‌ها نیز می‌تواند جالب باشد. از سوی دیگر گفته شد که دستیابی به روایات، نخستین گام در روایت‌درمانی است. در بررسی‌های دیگر می‌توان جنبه درمانی را هرچه بیشتر مورد توجه قرار داد. امروزه از این حوزه به‌خصوص در زمینه پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد بسیار استفاده می‌شود که به تنهایی (پترسون<sup>۱</sup>، بال<sup>۲</sup>، پراپست<sup>۳</sup>، دیتنگر<sup>۴</sup> و دت‌ویلر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵) و در کنار سایر درمان‌ها (گاترمن<sup>۶</sup> و رودس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵) مؤثر بوده است.

### سپاسگزاری

بر خود لازم می‌دانیم که از یکایک روانشناسان، به ویژه خانم دکتر مریم بختیاری و روانپزشکان و مسئولان کلینیک‌های آنها که در این پژوهش به ما یاری رساندند و نیز مراجعانی که با وجود طولانی بودن زمان مصاحبه در این طرح شرکت کردند، تشکر کنیم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۶/۲۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱/۱۵

1- Peterson  
3- Propst  
5- Detwiler  
7- Rudes

2- Bull  
4- Dettinger  
6- Guterman

سؤال بسیار اساسی در مصاحبه که اتفاقاً برای مصاحبه‌شوندگان نیز بسیار جالب بود، به مرحله‌ای از زندگی بازمی‌گشت که تغییر مسیر مهمی در زندگی فرد ایجاد شده بود. نکته جالب توجه آن بود که اغلب تغییر مسیرهای عمده افراد (چه مثبت و چه منفی) در دوره نوجوانی رخ داده بود. روان‌تحلیل‌گران نیز با تأکید بر اهمیت این دوره، از آن به عنوان فرآیند ثانوی جدایی - تفرّد نام می‌برند (دادستان، ۱۳۷۶). لذا از این دوره می‌توان به عنوان مرحله‌ای برای جبران ناکامی‌های گذشته بهره گرفت.

تمامی انسان‌ها در زندگی خود افراد مهمی دارند که تأثیرات مثبت یا منفی عمده‌ای بر زندگی آنها گذاشته‌اند. وقتی در این پژوهش از افراد در مورد شخصیت‌های مهم زندگیشان (مثبت یا منفی) سؤال شد، گروه عادی اغلب افراد با تأثیرات مثبت را معرفی می‌کردند که بیشتر شامل همسر، دوستان، معلم و به طور کلی افراد خارج از خانواده اصلی بود، در حالی که مهمترین افراد گروه اضطرابی و افسرده اعضای خانواده آنها بودند، اگرچه بین آنها تفاوت‌های عمده‌ای نیز وجود داشت؛ به این ترتیب که در گروه افسرده، خانواده مهمترین نقش منفی را ایفا می‌کرد و بیشتر از همه یک عامل اجبار و محدودکننده بود، اما در گروه مضطرب، خانواده هم تأثیر مثبت دارد و هم منفی. به عبارت دیگر، افراد مضطرب نسبت به خانواده عواطف دوسوگرایانه‌ای دارند؛ یعنی ضمن اینکه خانواده برای آنها مأمن و پناهگاه است، عامل مشکلات اصلی نیز به شمار می‌آید (مانند دختری که مادرش را تنها همدم و مونس واقعی خود می‌داند و در عین حال، او را عامل عدم پیشرفت اساسی خود معرفی می‌کند).

در مجموع به نظر می‌رسد محتوای عمده روایت زندگی سه گروه نمونه عبارت بودند از:

گروه غیر بالینی: امید و انعطاف‌پذیری، عاملیت؛ افراد مضطرب: تردید، شانس و ابهام، فقدان عاملیت؛ افراد افسرده: اجبار، محدودیت، ناامیدی و فقدان عاملیت.

در باب محدودیت‌های این پژوهش ذکر این نکته لازم است

### منابع

پروچسکا، ج. و نور کراس، ج. (۱۳۸۱). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه ی. سید محمدی. تهران: انتشارات رشد.

- دادستان، پ. (۱۳۷۶). *روانشناسی مرضی تحوّل: از کودکی تا بزرگسالی*. جلد اول، چاپ دوم. تهران: انتشارات سمت جلد.
- دلاور، ع. (۱۳۷۶). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.
- فرگوسن، ج. (۱۳۸۰). *تحلیل آماری در روانشناسی و علوم تربیتی*. ترجمه ع. دلاور و س. نقشبندی. چاپ دوم. تهران: انتشارات ارسباران.
- مارشال، ک.، و راس‌من، گ. ب. (۱۳۸۱). *روش تحقیقی کیفی*. ترجمه ع. پارسائیان و س. م. اعرابی. تهران: انتشارات دفتر نشر پژوهش‌های فرهنگی.
- میرزایی، ر. (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

Burns, A. (2000). *Chapters of our lives: Life narratives of low-income midlife and older woman*. 7<sup>th</sup> Australian Institute of Family Studies Conference.

Foley center for the study of lives (1999). *Coding narrative accounts of autobiographical scenes for redemption sequences*. Northwestern University.

Guterman, J. T., & Rudes, J. (2005). A narrative approach to strategic eclecticism. *Journal of Mental Health Counseling*, 27, (1), 1-12.

Hinatsu, M. (2003). *A narrative approach to adolescent depression*. The University of Manitoba: Canada.

Kelly, T. L. (1998). *Towards a common sense deconstruction in narrative therapy*. Australia: Portland State University.

Kruger, D. C. (2003). *A research into cross cultural, narrative therapy to adolescents who have been sexually abused*. The University of Pretoria: South Africa.

Lee, C. (2004). Agency and purpose in narrative therapy; Questioning the postmodern rejection of metanarrative. *Journal of Psychology and Theology*, 32 (3), 221-231.

Little, B. R. (2000). *Personality psychology: Having, doing and beings in context*. Radcliffe Institute for Advanced Study, Carleton University and Murray Research Center.

McAdams, D. P. (2001). *Coding autobiographical episodes for themes of agency and communion*. Revise Northwestern University.

Orcutt, S. R. (2002). *A creative approach helping children deal with anger*. Alliant International University: San Francisco Bay.

Petersen, S., Bull, C., Propst, O., Dettinger, S., & Detwiler, L. (2005). Narrative therapy to prevent illness-related stress disorder. *Journal of Counseling and Development*, 83, 41-47.

Ruize, A. (1997). Narrative in post-rationalist cognitive therapy. Translated by S. Aronsohn Available: <http://www.inteco.cl/post-rac/inarrat.htm>.

Shenk, D. (1998). Subjective realities of rural older women's lives. *Journal of Women and Aging*, 10 (4), 7-24.

Sieberhagen, S. (2002). *Narrative therapy: A brief history and discussion*. Rand Afrikaans University.