

اثربخشی روایت درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی

- یاسر رضایپور میرصالح، دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران
- مهدی شمالی احمدآبادی *، دکتری روان‌شناسی، سازمان آموزش و پرورش، اردکان، یزد، ایران
- عاطفه برخورداری احمدآبادی، کارشناسی، روان‌شناسی عمومی، واحد میبد، دانشگاه پیام نور، یزد، ایران
- سید علیرضا عمارتی، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
- الهه اکبریان ترک‌آباد، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۶ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۹ - ۱۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر اثربخشی روایت درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی بود.

روش: این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه‌آزمایشی و با بکارگیری طرح پیش‌آزمون-پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری متشکل از تمام مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۱۳۹۸ - ۱۳۹۹ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (آزمایشی و گواه) جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک (۱۹۶۱) و احساس کهتری یائو و همکاران (۱۹۹۷) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پاسخ دادند. گروه آزمایشی مداخله روایت درمانی را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفته ۲ جلسه دریافت کردند، در صورتی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را طی مدت زمان انجام پژوهش دریافت نکرد. در پایان نیز داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و احساس کهتری گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه، در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری پیدا کرده و این کاهش در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده است ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش، روایت درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: احساس کهتری، افسردگی، روایت درمانی، کم توان ذهنی، مادران

* Email: Mahdi_shomali@yahoo.com

مقدمه

مواجه می‌شوند، احساس کهتری را تجربه می‌کنند (۱۳). اما آنچه در خصوص احساس کهتری مادران کودکان کم توان ذهنی دارد شدت احساس کهتری و بروخوردی است که این افراد با این احساس دارند. براساس نظر آدلر در حالی که گروهی از مادران در صدد جبران کهتری ایجاد شده برمی‌آیند اما گروهی نیز جبران کاذب یا انحرافی را در پیش می‌گیرند و دچار عقده حقارت می‌شوند که نتیجه آن طیف وسیعی از پاسخ‌های رفتاری و هیجانی مانند احساس گناه، مقایسه، احساس مسئولیت، انکار، خشم، اندوه، شرم‌ساری، سرخوردگی و ترس خواهد بود (۳) و پیامدهای رفتاری و هیجانی منفی نیز به صورت یک چرخه تکرار شونده، احساس کهتری را تشديد خواهد کرد (۱۴، ۱۵).

پیامدهای رفتاری و هیجانی منفی ناشی از احساس کهتری می‌تواند به افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی منجر شود (۱۶). از افسردگی به عنوان سرماخوردگی روح یاد می‌شود و میزان شیوع آن برای زنان بین ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان بین ۵ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (۲). افسردگی از شایع‌ترین واکنش‌هایی است که مادران کودکان کم توان ذهنی به شرایط خاص زندگی‌شان نشان می‌دهند (۱۷). این مادران با تجربه مکرر احساس بی‌ارزش بودن، خستگی روانی، احساس گناه، اختلال در عملکرد جسمی (۱۸) دچار اختلالات مختلفی از جمله اضطراب و افسردگی می‌شوند (۱۹). نتیجه مطالعه گوگی، کومار و دوری (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که مادران دارای کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، افسردگی و اضطراب بالاتری دارند. فاست و سیور^۱ (۲۰۰۸) نیز نشان دادند احساس غم و اندوه و افسردگی در بین مادران دارای کودک کم توان ذهنی بیشتر است (۲۱، ۲۰). تیسم و محسین^۲ (۲۰۱۳) نیز معتقدند که والدین دارای کودکان کم توان ذهنی افسردگی و اضطراب بیشتری را نسبت به والدین دارای کودک عادی تجربه می‌کنند و میزان افسردگی و اضطراب مادران نیز بیشتر از پدران است (۲۲).

عدم مداخله مناسب و به موقع در احساس کهتری و افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی می‌تواند پیامدهای منفی زیادی چون کودک‌آزاری، پرخاشگری، مشکلات زناشویی،

کم توانی ذهنی^۳ زیرمجموعه اختلالات عصبی-رشدی^۴ به شمار می‌رود که در آن رشد و تحول صحیح مغز و دستگاه عصبی در دوران رشد کودک با مشکل مواجه می‌شود (۱). براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ میزان شیوع معلولیت ذهنی در حدود ۱٪ بوده (۲) و مشخصه اصلی این اختلال نقص‌هایی در توانایی‌های ذهنی همچون استدلال، حل مسئله، یادگیری از تجربه و هوش پائین است (۳). کودکان کم توان ذهنی مشکلات زیادی را برای خانواده‌ها و اطرافیانشان به همراه دارند (۴). از آنجایی که این کودکان در یادگیری توانایی لازم را ندارند، والدین با دشواری‌های زیادی در رابطه با تربیت و آموزش آنان مواجهند (۵) و این شرایط مشکلات زیادی را در ابعاد روانی، جسمانی، اقتصادی و اجتماعی به خانواده‌های این کودکان تحمیل می‌کند (۶، ۷). از سوی دیگر با توجه به اینکه وظیفه اصلی نگهداری از کودک بر عهده مادر است، بنابراین مادران کودکان کم توان ذهنی مشکلات بیشتری را در رابطه با فرزند خود متتحمل می‌شوند (۸) به طوری که مادران کودکان کم توان ذهنی هیجانات منفی زیادی را همچون غم، خشم، سوگ و گریه را گزارش می‌دهند (۹).

احساس ناتوانی و کمبود در مادران کودکان کم توان ذهنی می‌تواند به احساس کهتری^۶ در آنها منجر شود. مفهوم احساس کهتری را آدلر^۷ مطرح کرد. آدلر معتقد بود احساس کهتری نیروی برانگیزنانده‌ای است که در رفتار انسان‌ها وجود دارد. به نظر وی انسان بودن همراه با احساس کهتری است؛ چراکه این حالت در تمامی انسان‌ها مشترک بوده و نشانه نابهنجاری به حساب نمی‌آید (۱۰). احساس کهتری شامل عواطف و احساساتی است که افراد به صورت مداوم آن را به اشکال گوناگون تجربه می‌کنند (۱۱) و باوری عمیق، دائمی و غیرواقعی در خصوص پایین بودن توانایی‌های عقلی و جسمی است که نتیجه آن کاهش سطح ارزش‌ها و همچنین نارزندۀ سازی فرد خواهد بود. (۱۲).

به طور کلی مادران انتظار دارند فرزندشان همچون سایر کودکان سالم باشند، اما زمانی که با تولد یک فرزند ناتوان

1. Intellectual Disability

2. neurodevelopmental disorders

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(dsm-5)

4. Inferiority Feeling

5. Adler

6. Faust & Scior

7. Tabassum & Mohsin

در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که اختصاصاً بر تأثیر روایت درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی مشاهده نشد. اما نتایج مطالعات مختلفی حاکی از اثربخشی مداخله روایت درمانی است. برای مثال سانگ و چیو^۱ (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان دادند که روایت درمانی بر پرخاشگری، افسردگی و تاب آوری نوجوانان با اختلال سلوك مؤثر است (۳۲). همچنین نتایج مطالعات رستگاری و مرادی (۱۳۹۳) (۲۷)، داسیلوا و همکاران (۲۰۱۹) (۲۸)، مونتسانو، گوکالوس و فیشس^۲ (۲۰۱۷) (۳۳)، کلویتر، گاروارد و وايس^۳ (۲۰۱۷) (۳۴) حاکی از تأثیر روایت درمانی بر افسردگی است. آنچه در خصوص پژوهش‌های عنوان شده حائز اهمیت است، این است که این پژوهش‌ها در جامعه‌ای غیر از مادران دارای کودک کم توان ذهنی (برای مثال: سانگ و چیو، ۲۰۱۷) و مرتبط با جامعه پژوهش حاضر نیست. همچنین این پژوهش‌ها در روش اجرا، متغیرها و ابزارهای استفاده شده نیز با پژوهش حاضر متفاوت بوده و اهداف این پژوهش را در بر نمی‌گیرد. لذا با توجه به خلاصه پژوهشی موجود، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر روایت درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران دارای کودک کم توان ذهنی انجام شد.

روش اجرای پژوهش

این مطالعه با رویکرد کمی و به روش نیمه‌آزمایشی و با به کارگیری طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری متشکل از تمام مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۹۹ بود. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. به این صورت که ابتدا با کسب معرفی‌نامه از دانشگاه و ارائه آن به آموزش و پرورش شهرستان کاشان و اخذ مجوز و معرفی نامه از این اداره، اقدامات اولیه در خصوص کسب اطلاعات از جامعه و همچنین تعیین زمان و مکان اجرای پژوهش مشخص شد. سپس از اداره آموزش و پرورش اطلاعات اولیه در خصوص تعداد کودکان کم توان ذهنی که در مدارس این شهرستان در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۹۸ مشغول به تحصیل بودند اخذ شد که برابر با این آمار تعداد ۱۴۰ کودک کم توان ذهنی در مدارس استثنایی این شهرستان مشغول به تحصیل بودند. در مرحله بعد پژوهشگر به مراکز مشاوره تخصصی مشاوره و روان‌شناسی

احساس تنهایی و خودکشی را به دنبال داشته باشد. از این رو ضرورت دارد تا در خصوص این مادران مداخلات درمانی مناسبی صورت گیرد. از سوی دیگر اگرچه نظریه‌های روان‌شناسی در خصوص علت احساس کهتری و افسردگی نگاه‌های متفاوتی دارند اما در دیدگاه پُست مدرن که هدف آن نقد عقل و واقعیت است، مشکلات روانی افراد ریشه در واقعیتی است که افراد برای خود ساخته‌اند (۲۳). در روایت درمانی که بازتابی درمانی از پُست مدرن به شمار می‌رود و تمامی الزامات هستی‌شناسانه پُست مدرن نیز در نظر گرفته شده است، واقعیت‌ها مستقل از فرایندهای مشاهده‌ای وجود ندارد؛ آگاهی‌های افراد از واقعیت بر مبنای زبان استوار و دانش آنها نیز به زمان و فرهنگ وابسته است و بر اساس این دیدگاه، شناخت‌های پذیرفته شده یا مفاهیم اجتماعی بر زندگی تأثیرگذارند و درمان نیز حاصل ساختارشکنی قدرت قصه‌های مراجعان و ایجاد معنایی تازه از زندگی خواهد بود (۲۴). در روایت درمانی با شکستن ساختارهای قدرت قصه‌ها، گفتن، گوش دادن، دوباره بازگو کردن و دوباره شنیدن داستان‌ها تأکید می‌شود (۲۵)، در این حالت با بازنویسی عناصر اصلی روایت‌های زندگی به فرد کمک می‌شود تا داستان‌های خود را تغییر دهد (۲۶).

براساس روایت درمانی، داستان زندگی هر فرد تحت تأثیر افراد مختلفی است (۲۵) و روایت‌های زندگی اغلب چیزی است از سوی فرد و یا اطرافیان وی دیکته شده است (۲۷). بر این اساس احساس کهتری و افسردگی حاصل روایت ناکارآمدی است که مادران کودکان کم توان ذهنی در خصوص خود، زندگی و فرزندشان ساخته‌اند (۲۸) چراکه مادران دارای کودک کم توان ذهنی ممکن است یک الگوی اجتنابی را بواسطه شرایط ویژه‌ی فرزند خود آغاز کنند که به انزوای آنها از جامعه و افسردگی منجر شود (۲۹) در واقع روایت این مادران از زندگی‌شان بر احساس کهتری و انزوا استوار شده و رفتارهای طفره‌آمیز حاصل از این روایت پیامدهایی چون افسردگی را درپی دارد (۳۰). از آنجاکه ساختارشکنی در قصه‌های این افراد و کمک به آنها برای ایجاد روابطی جدید و معنایی تازه از زندگی می‌تواند به بهبود مشکلات روانی آنها منجر شود (۳۱). بنابراین روایت درمانی یکی از مداخلاتی است که می‌تواند در بهبود احساس کهتری و افسردگی در مادران کودکان کم توان ذهنی مورد استفاده قرار گیرد.

1. Sung & Yeon

2. Montesano, Gonçalves & Feixas

3. Cloitre, Garvert & Weiss

اجام آن بررسی و همچنین راهکارهایی جهت بهبود انجام تکالیف ارائه می شد. در ادامه پروتکل مبتنی بر روایت درمانی به گروه آزمایشی ارائه و افراد تجارب خود را در قالب بحث گروهی مطرح می کردند. در پایان جلسه نیز پس دریافت بازخوردی کوتاه از جلسه تمرين هایی همسو با محتواي جلسه به اعضای گروه ارائه می شد. در طول مدت انجام پژوهش گروه گواه هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسه هشتم نیز مجددآز هر دو گروه خواسته شد تا به پرسشنامه های مذکور مجددآپاسخ دهند. در نهایت پس از گذشت دو ماه از آخرین جلسه، دوره پیگیری انجام شد و هر دو گروه در مرحله پیگیری به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. داده با استفاده از نرم افزار spss24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تحلیل آماری قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی نیز شامل: نداشتن بار مالی و قانونی، عدم تضاد مفاهیم مورد آموزش با نظام ارزشی مراجعان، بی نام بودن پرسشنامه ها، محظمانه ماندن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش در هر دو گروه آزمایشی و گواه بود.

ابزار پژوهش

□ پرسشنامه احساس کهتری: مقیاس کهتری یائو و همکاران (۱۹۹۷) (۳۶)، دارای ۳۴ گویه شامل افکار منفی است که به طور مکرر به وسیله ییمارانی که از اختلال های اضطرابی (به ویژه هراس اجتماعی و وسواس- بی اختیاری) رنج می برند، گزارش شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهنی است که ۱۷ گویه آن ارزیابی فرد از کهتری خویش و ۱۷ گویه دیگر آن کهتری مرتبط با قضاوتهای دیگران را می سنجد. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه ای آن را رویدادهای منفی نظری ضعف، خستگی، اشتباہ و انتقاد و ۱۵ گویه دیگر با رویدادهای مثبت نظری ارزشمندی، موققیت و تحسین مرتبطند و ۴ گویه دیگر معنکس کننده اصول موضوعه بی قید و شرط هستند. ضریب اعتبار مقیاس کهتری برای پژوهش یوسفی، مظاہری و ادھمیان (۱۳۸۷) از طریق بازآزمایی $= ۰/۷۶$ و مظاہری و ادھمیان (۱۹۹۰) از طریق آلفای کرونباخ $= ۰/۸۹$ به دست آمد. همچنین همبستگی نمره های مقیاس کهتری با پرسشنامه افسردگی بک و استیر (۱۹۸۷) و پرسشنامه اضطراب بک و استیر (۱۹۹۰) در گروه هراسی به ترتیب $= ۰/۵۵$ و $= ۰/۳۷$ به دست آمد.

وابسته به آموزش و پرورش شهرستان کاشان مراجعه کرده و مسئولان این مراکز را در جریان روند پژوهش قرار داد. در ادامه پس از ارائه توضیحاتی در خصوص نحوه انجام پژوهش، شیوه کار، موانع احتمالی و ضررورت انجام آن، از آنها خواسته شد تا ضمن اعلام فراخوانی از مادران کودکان کم توان ذهنی دعوت نمایند تا در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این مرحله برای تمامی ۱۴۰ خانواده دارای کودک کم توان ذهنی پیامک دعوت شرکت در جلسه توجیهی ارسال شد و در نهایت ۷۳ نفر در جلسه توجیهی شرکت کردند. پس از برگزاری جلسه ۳۹ نفر اعلام کردند تمایل و شرایط لازم برای شرکت در جلسات را ندارند. از ۳۴ نفر باقی مانده مصاحبه انفرادی صورت گرفت و مشخص شد تنها ۲۴ نفر معیارهای ورد به پژوهش را دارند که در نهایت این افراد پس از توجیه تکمیلی به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری (آزمایشی و گواه) جایگزین شدند. به گروه گواه این اطمینان داده شد که پس از اتمام دوره آموزشی گروه آزمایشی، جلسات آموزشی برای آنها نیز برگزار خواهد شد. ملاک های ورود نمونه به پژوهش شامل داشتن آمادگی شناختی برای فهم آموزش ها و علاوه مندی به شرکت در جلسات آموزشی، عدم ابتلا شرکت کنندگان به اختلالات حاد روانی و عدم شرکت در پژوهش هم زمان و همچنین ملاک خروج نمونه از پژوهش هم غیبت بیش از ۲ جلسه، بیماری، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و عدم پاییندی به قوانین گروه بود. پس از انتخاب گروه های آزمایشی و گواه، و ارائه توضیحاتی در خصوص اهمیت و نحوه صحیح پاسخگویی پرسشنامه ها، هر دو گروه در مرحله پیش آزمون به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند.

پروتکل جلسات روایت درمانی همسو با برنامه درمانی وايت، ويچايا و اپستون^۱ (۱۹۹۰) (۳۵)، طراحی و پس از بررسی توسط ۶ نفر از خبرگان حوزه روان شناسی در دانشگاه های اردکان و بیزد و انجام اصلاحات لازم، مورد استفاده قرار گرفت. برای اجرای جلسات مداخله، ابتدا برای افراد گروه نمونه جلسه ای به منظور آشنایی با اهداف درمان، مصاحبه اولیه، پیش آزمون، توافق و دریافت تعهد مبنی بر شرکت در تمامی جلسات درمانی برگزار شد. گروه آزمایشی پس از توجیه در خصوص قوانین، زمان و مکان جلسات و سایر توضیحات لازم، مداخله روایت درمانی را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و هر هفتة ۲ جلسه دریافت کردند. در ابتدای جلسات تکالیف ارائه شده در جلسه قبل بررسی و موانع

1. White, Wijaya & Epston

است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه از روایی مطلوبی برخوردار است. ثبات درونی این ابزار ۷۳٪ تا ۹۲٪ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۸). نتایج پژوهش بک، استیر و براون (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (۳۹). فتنی (۲۰۰۳)، نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است (۴۰). خلاصه جلسات روایت درمانی همسو با برنامه وايت، ويچايا و اپستون (۱۹۹۰) در جدول (۱) آرائه شده است.

□ **پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II):** از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای ارزیابی حالات افسردگی است و به عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به شکلی گستره به کار گرفته شده است و دارای ۲۱ ماده چهار گزینه‌ای با مبنای نمره‌گزاری صفر تا ۳ می‌باشد که درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین و علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. بنابراین کمترین امتیاز صفر و بیشترین ۶۳ خواهد بود. تقسیم‌بندی درجات افسردگی به ترتیب افسردگی جزئی (عدم افسردگی) (نمرات بین ۰-۱۳)، افسردگی خفیف (۱۴-۱۹)، افسردگی متوسط (۲۰-۲۸) و افسردگی شدید (۲۹-۶۳) می‌باشد. نسخه بازنگری شده این پرسشنامه در مقایسه با نسخه نخست، بیشتر با DSM-IV همخوان

جدول (۱) خلاصه جلسات روایت درمانی مبتنی بر برنامه وايت، ويچايا و اپستون (۱۹۹۰)

جلسه	شرح جلسات
یکم	آشنایی، برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی گروه، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات اعضا از جلسات، ارائه توضیحاتی درخصوص روایت درمانی، بررسی علل افسردگی و احساس کهتری در زندگی، شرح چند داستان مشکل‌دار و ارزیابی نظر اعضا، ارائه تکلیف و اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی تکالیف، گفتگو درخصوص ویژگی‌های کودکان کم‌توان ذهنی، ارزیابی تجارت‌بیت و منفی اعضا در خصوص تربیت فرزند کم‌توان ذهنی، بررسی نقش داستان‌های اعضا در خصوص زندگی و بررسی مشکلات اعضا با محوریت افسردگی و احساس کهتری، بررسی روایت‌های اعضا در خصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف و دریافت بازخورد در خصوص جلسه
سوم	بررسی تکالیف، بررسی وضعیت اعضا در خصوص علائم افسردگی تأثیرپذیری آن از روایت‌های موجود زندگی، عینیت‌بخشی و برونوی‌سازی مشکلات، نامگذاری مشکلات، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی، بررسی روایت‌های اعضا در خصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی در قالب آموزش ارائه شده در جلسه، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
چهارم	بررسی تکالیف، ادامه‌ی استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آنها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی، عملی کردن این آموزش‌ها در مورد روایت‌های اعضا در خصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
پنجم	بررسی تکالیف، فاز تخریب: ساختارشکنی از مشکل توسط استثنایات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل، تمرین عملی این آموزش‌ها در مورد روایت‌های اعضا در خصوص زندگی و تولد فرزند کم‌توان ذهنی، ارائه تکلیف، گرفتن بازخورد
ششم	بررسی تکالیف، فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره‌ی جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی، انجام عملی آموزش‌های ارائه شده، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکالیف، غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معناده‌ی آن به آینده، انجام عملی آموزش‌های ارائه شده؛ ایجاد امادگی برای اتمام جلسات، ارائه تکلیف
هشتم	بررسی تکالیف، فاز ثبتیت: زندگی در داستان جدید، پاسخگویی به پرسش‌ها و بازنویسی داستان‌های گذشته، بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه‌ی داستان، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون

یافته ها

مادران شرکت کننده در گروه آزمایشی سطح تحصیلات دانشگاهی ۱۶/۷ (درصد)، ۷ نفر دیپلم و سیکل ۵۸/۳ (درصد)، و ۳ نفر سطح تحصیلات ابتدایی ۲۵ (درصد) داشتند. چهار نفر از مادران شرکت کننده در گروه گواه سطح تحصیلات دانشگاهی ۳۳/۳ (درصد) ۷ نفر سطح تحصیلات دیپلم و سیکل ۵۸/۳ (درصد) و ۱ نفر سطح تحصیلات ابتدایی ۸/۴ (درصد) داشتند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک مراحل اجرای آزمون در جدول (۲) ارائه شده است.

میانگین و انحراف معیار سن در مادران شرکت کننده در گروه آزمایشی به ترتیب ۳۷/۱۲ و ۴/۱۴، و در مادران شرکت کننده در گروه گواه به ترتیب ۳۵/۸۷ و ۳/۷۶ بود. میانگین و انحراف معیار سن کودک نیز در گروه آزمایشی به ترتیب ۸/۴۴ و ۳/۲۹ و در گروه گواه به ترتیب ۸/۰۸ و ۲/۵۱ بود. همه مادران گروه آزمایشی و گواه فقط یک کودک ناتوان ذهنی داشتند. دو نفر از

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک مراحل اجرای آزمون

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۹۸	۱۷/۹۲	۲/۰۱	۱۸/۶۷	۳/۳۹	۳۵/۳۳	آزمایشی	افسردگی
۳/۸۲	۳۴/۵۸	۴/۱۵	۳۵/۸۳	۲/۸۰	۳۵/۰۳	گواه	
۶/۲۷	۷۱/۳۳	۸/۱۳	۷۰/۱۶	۷/۲۱	۹۰/۰۸	آزمایشی	
۷/۳۶	۸۹/۳۳	۸/۹۱	۹۰/۵۸	۸/۴۵	۹۰/۹۱	گواه	

بررسی تأثیر روایت درمانی افسردگی و احساس کهتری مادران دارای کودک ناتوان ذهنی بود. قبل از انجام آزمون اندازه‌گیری مکرر برای آزمون این فرضیه‌ها، پیش‌فرضهای این آزمون شامل نرم‌البودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، و همگنی شیب واریانس‌ها مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد تأثیر متغیر مستقل بر دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله اندازه‌گیری در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۲)، به میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و احساس کهتری مادران شرکت کننده در پژوهش به تفکیک گروه آزمایشی و گواه و به تفکیک مراحل اجرای آزمون اختصاص یافته است. براساس یافته‌های جدول نمرات آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه با کاهش زیادی همراه بوده است، در حالی که شاهد چنین تغییری در گروه گواه نیستیم. به منظور بررسی معناداری این تغییرات از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. فرضیه‌های پژوهش،

جدول (۳) نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد تأثیر متغیر مستقل بر دو گروه آزمایشی و گواه در سه مرحله اندازه‌گیری

مجذور اتا	معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	گروه × عامل	متغیر
۰/۷۶	۰/۰۰۱	۶۸/۳۱	۵۹۵/۵۰	۲	۱۱۹۱/۰۰	مفروضه کرویت	افسردگی
۰/۷۶	۰/۰۰۱	۶۸/۳۱	۶۰۱/۶۱	۱/۹۸	۱۱۹۱/۰۰	گرینهاوس-گیسر	
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۳۵/۵۱	۶۸۴/۰۴	۲	۱۳۶۸/۰۸	مفروضه کرویت	احساس کهتری
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۳۵/۵۱	۸۴۹/۲۹	۱/۶۱	۱۳۶۸/۰۸	گرینهاوس-گیسر	

اثر نیز همین موضوع را نشان می‌داد. با توجه به این یافته‌ها، فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اینکه روایت درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی مؤثر است، تأیید می‌شود و با توجه به تغییرات نمرات می‌توان نتیجه گرفت که روایت درمانی موجب کاهش افسردگی و احساس کهتری شده است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای تعیین پایداری اثر مداخله بر متغیرهای وابسته در جدول (۴) ارائه شده است.

پیش‌فرض هم خوانی ماتریس کوواریانس خطأ مورد نیز بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که تمامی مقادیر Δ کرویت غیرمعنادار است و این پیش‌فرض نیز تأیید می‌شود. با این وجود، علاوه بر گزارش مقادیر F با درجه آزادی معمول، از نتایج مربوط به معناداری گرینه‌ها-گیسر نیز استفاده شد. نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول (۳) نشان می‌دهد که تمامی مقادیر F هم در افسردگی و احساس کهتری معنادار است ($p < 0.01$). هرچند مقادیر F در افسردگی بسیار بیشتر از احساس کهتری بود، اندازه‌های

جدول (۴) نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای تعیین پایداری اثر مداخله بر متغیرهای وابسته

پس آزمون-پیگیری			پیش آزمون-پیگیری			پیش آزمون-پس آزمون			خرده مقیاس متغیر
معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	
۰/۷۷۶	۰/۸۶۲	۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳	۸/۹۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۰	۷/۹۱۷	افسردگی
۱/۰۰	۱/۵۲۶	۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۸۶	۱۰/۱۶۷	۰/۰۰۱	۱/۲۳۱	۱۰/۱۲۵	منبع کنترل

اعضای گروه آزمایشی از نظر آماری معنادار بوده است. نتیجه به دست آمده در این بخش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش داسیلوا و همکاران (۲۰۱۹)، سانگ و چیو (۲۰۱۷) (۳۲)، موتتسانو، گوکالوس و فیشس (۲۰۱۷) (۳۳)، کلویتر، گاروارد و وایس (۲۰۱۷) (۳۴) و همچنین رستگاری و مرادی (۱۳۹۳) (۲۷) که نشان دادند روایت درمانی بر افسردگی مؤثر است، همسو بود. اگرچه این پژوهش‌ها (برای مثال سانگ و چیو، ۲۰۱۷) در روش پژوهش، ابزار و جامعه با پژوهش حاضر متفاوت بودند، اما نتایج این مطالعات نیز حاکی از اثربخشی روایت درمانی بر افسردگی بود.

در تبیین یافته‌های این بخش می‌توان اذعان کرد که افراد افسرده همواره از عدم احساس لذت، خلق پائین، احساس گناه و سایر علائم این اختلال گلایه دارند. آنها از این مسئله شکایت دارند که روابط اجتماعی‌شان کاهش یافته و علاقه‌ای برای ارتباطات اجتماعی ندارند. این مسئله بخصوص در مورد مادران کودکان کم توان ذهنی که ممکن است تصور کنند به دلیل داشتن فرزند معلول جایگاه خود را از دست داده‌اند و همچنین احساس گناه ناشی از به دنیا آوردن فرزند کم توان ذهنی، می‌تواند شدت بیشتری داشته باشد. براساس مبانی روایت درمانی داستانی که این مادران از زندگی خود ساخته‌اند

برای تعیین تفاوت نمرات متعیله‌های وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به منظور مشخص کردن پایداری اثر روایت درمانی در پس‌آزمون، از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد (جدول ۴). نتایج این آزمون نشان می‌دهد که در همه متغیرها تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین تفاوت بین پیش‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0.01$) که نشان می‌دهد تأثیر روایت درمانی در کاهش افسردگی و احساس کهتری در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است و این درمان اثر پایداری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف اثربخشی روایت درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد پس از اجرای مداخله مبتنی بر روایت درمانی کاهش معناداری در افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی ایجاد شده است. به این معنا که نمره‌های افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی در پایان مرحله مداخله به اندازه‌ای که از نظر آماری معنادار محسوب می‌شود، کاهش یافته بود. نتایج حاصل از مرحله پیگیری نیز نشان داد که ماندگاری بهبودی ایجاد شده برای

مسئله را مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت یکی از روایت‌های زندگی مادران کودک کم توان ذهنی، احساس کهتری ناشی از داشتن فرزند ناتوان است. براساس نظر آدلر اگرچه احساس کهتری نیروی برازنگی‌اندۀ زندگی است اما انسان‌ها در برخورد با آن متفاوت رفتار می‌کنند. آدلر معتقد است در حالی که برخی کهتری ایجاد شده را جبران می‌کنند، اما عده‌ای نیز دچار عقده کهتری می‌شوند (۱۵). بر این اساس اگرچه مادران کودکان کم توان ذهنی به دلیل داشتن فرزند ناتوان، احساس کهتری را تجربه می‌کنند، اما بسته به اینکه چه روایتی را برای زندگی خود ایجاد کرده باشند، برخورد متفاوتی با این کهتری ایجاد شده خواهند داشت. در مداخله روایت درمانی، روایت‌های افراد از زندگی‌شان بررسی و اصلاح می‌شود (۲۸) این مداخله از ظرفیت افراد برای روایت‌سازی بهره می‌گیرد و مشکلات زندگی را در مشکلات ناشی از زبان و استعاره‌ها می‌داند. در این دیدگاه زبان و استعاره مکان ایجاد واقعیت‌های زندگی هستند، واقعیت‌های که اغلب افراد با آنها زندگی می‌کنند. در جلسات آموزشی، اعضای گروه آزمایشی آموختند چگونه استعاره‌های مشکل‌دار زندگی خود را شناسایی و اصلاح نمایند. در این مداخله افراد آموختند ییش از آنکه محصول محیط و شرایط زندگی‌شان باشد، محصول خود هستند و مشکلاتشان را باید در خودشان جستجو کنند. از نظر روایت درمانی، فرآیند درمان، مبتنی بر انتقال از یک روایت به روایت دیگر است، روایت مادری حقیر و درمانده به روایت فردی که کمبودهای زندگی‌ش را جبران می‌کند. از این‌رو با تغییر در روایت‌های اعضای گروه آزمایشی، احساس کهتری در آنها نیز کاهش یافت.

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد روایت درمانی بر احساس کهتری و افسردگی مادران کودکان کم توان ذهنی تأثیر معناداری دارد. این نتایج، ضمن ایجاد افقی روشن و عملی برای درمانگران، می‌تواند راهنمایی مؤثری جهت طراحی الگوهای درمانی کارآمد و بهبود مشکلات مادران کودک کم توان ذهنی، به خصوص در مؤلفه‌های افسردگی و احساس کهتری باشد. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه مداخله‌ای روایت درمانی به عنوان یکی از درمان‌های حمایتی والدین کودکان کم توان ذهنی، از سوی مراکز روان‌درمانی و حمایتی به مادران کودکان کم توان ذهنی ارائه شود. ارائه آموزش‌های ضمن خدمت به روان‌درمانگران، مشاوران و یا مددکاران مرتبط با مراکز آموزشی کودکان کم توان ذهنی، در زمینه دانش افزایی

محتوایی مبتنی بر احساس گناه، مقایسه، سرزنش خود و باورهای ناکارآمدی دارد که پیامد آن برای این مادران افسردگی و احساس کهتری بوده است. روایت درمانی مداخله‌ای است که در یک فرایند سازمان یافته و در سه فاز تخریب، بازسازی و تثبیت نمایان شده و به افراد کمک می‌کند تا روایت‌های زندگی‌شان را به‌گونه‌ای بازنگری و تغییر دهند که نتایج بهتری را در زندگی برای آنها به دنبال داشته باشد (۲۹). همسو با اهداف روایت درمانی بسته آموزشی ارائه شده به این مادران به‌گونه‌ای طراحی شد تا در وله اول آموزش‌هایی را در سه فاز تخریب، بازسازی و تثبیت دریافت و براساس آن، روایت‌هایی که از داشتن فرزند کم توان ذهنی برای خود ساخته بودند را در جهت یک زندگی بهتر اصلاح نمایند. از این‌رو محتوای جلسات پیشتر تمرینات عملی در جهت آموزش‌های ارائه شده بود. به منظور تثبیت این آموزش‌ها نیز در پایان هر جلسه تکالیفی هم‌سو با آموزش‌های ارائه شده به هریک از اعضا ارائه شد به‌طوری که هم‌زمان تغییرات شناختی و رفتاری را برای اعضا در پی داشته و آنها بتوانند پیامدهای این تغییرات را در زندگی خود مشاهده نمایند. بنابراین اعضای گروه آزمایشی در فاز تخریب از روایت زندگی خود که در واقع مشکل آنها بود ساختارشکنی کردن، در فاز بازسازی نیز با کمک درمان‌گر به آفرینش داستانی فارغ از مشکل زندگی‌شان که همان مشکلات ناشی از فرزند کم توان ذهنی بود، پرداختند و سپس در فاز تثبیت آموختند که با داستان جدید خود زندگی کنند. از این‌رو تغییر زیادی در باورها و رفتارهای آنها در زندگی به وجود آمد. آنها توانستند روابط خود با اطرافیان‌شان را بهبود بخشنند. روابطی که با توجه به روایت تمامی آنها از زندگی مبنی بر اینکه «چون من فرزند کم توان ذهنی دارم باید از اجتماع دور باشم»، به شدت آسیب‌دیده و باعث شده بود که تنها ای و اجتناب از اجتماع را برگزینند و به افسردگی در آنها منجر شود. لذا با تغییر روایت اعضای گروه آزمایشی و در نتیجه بهبود روابط اجتماعی و همچنین کاهش احساس تنها، افسردگی در آنها نیز کاهش یافت.

نتیجه دیگر پژوهش نیز حاکی از این بود که روایت درمانی بر کاهش احساس کهتری مادران کودک کم توان ذهنی مؤثر است. بدین معنا که نمره‌های ابعاد احساس کهتری مادران کودک کم توان ذهنی در پایان مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری، کاهش یافته بود. نتایج حاصل از مرحله پیگیری نیز حاکی از این بود که ماندگاری تغییرات ایجاد شده معنادار بود. در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که اختصاصاً این

8. Faramarzi S, Karamimanesh V, Mahmoudi M. Meta-Analysis of effectiveness of psychological interventions in mental health of families with children with mental disabilities (2012-2013). Clinical Psychology Studies. 2013;4(13):89-106. [Persian]
9. Maryami N, Ahmadian H. The effectiveness of resilience training on happiness of mothers with mentally disabled children in Qorveh. J Educ Psychol Sci Stud. 2015;1(1):32-42. [Persian]
10. Schultz D, Schultz SA. Theories of Personality, translated by Yahya Seyed Mohammadi, twenty. Tehran: Viraish Publications; 2012.
11. Payam R, Agdasi A. The relationship between the mental health and the inferiority complex with social anxiety among female students. 2017. [Persian]
12. Ryckman RM. Theories of personality: Cengage Learning; 2012.
13. Sayadi G, Golmohammadian M, Rashidi A. The effectiveness of schema therapy on the feeling of inferiority among the adolescent girls of divorced families. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2017;7(1):89-100. [Persian]
14. Hasper J. Management of inferior feelings and addictive behaviors. Available at: 2Twww alfredadler.edu//Hasper. 2013;20.
15. Shahverdi j, ahmadi sm, sadeghi k, bakhtiari m, rezaei m, veisy f, et al. A comparative study of the level of mental health, happiness, inferiority feelings, marital satisfaction and marital conflict in fertile and infertile women in Kermanshah. 2015. [Persian]
16. Akça F, Özyürek A. Zihinsel Yetersizlikten Etkilenmiş ve Normal Gelişen Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Sıkıntıyı Tolere Etme, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeyleri/The Distress Toleration Status, Depression, Anxiety and Stress Levels of Parents Who Have Normally Developed Children and Who Have Intellectual Disability Children. Journal of History Culture and Art Research. 2019;8(1):347-61.
17. Das A, Jain P, Kale VP. A cross-sectional study to assess anxiety and depression in parents of children with intellectual disability. Indian J Psychiatry. 2018;60(1):S125.
18. Emerson E. Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. Journal of Intellectual Disability Research. 2003;47(4-5):385-99.
19. Arnaud C, White-Koning M, Michelsen SI, Parkes J, Parkinson K, Thyen U, et al. Parent-reported quality of life of children with cerebral palsy in Europe. Pediatrics. 2008;121(1):54-64.
20. Azar M, Badr LK. Predictors of coping in parents of children with an intellectual disability: comparison between Lebanese mothers and fathers. Journal of pediatric nursing. 2010;25(1):46-56.

در روایت درمانی، می‌تواند به ارائه مداخلات درمانی بهتر برای این مادران، کمک کند. تعداد کم حجم نمونه، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر چون وضعیت اجتماعی و اقتصادی و محدود شدن جامعه پژوهش به مادران کودکان کم توان ذهنی شهرستان کاشان از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که می‌تواند روی نتایج تأثیرگذار باشد و لزوم احتیاط در تعمیم نتایج را نشان می‌دهد.

تضاد منافع

نویسنده‌گان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافعی با یکدیگر ندارند.

References

1. Taghizadeh S, Narimani M, Sadeghi Hashjin G, Basharpoor S. The effectiveness of visual perception training on improving attention in students with ADHD. Journal of School Psychology. 2018;7(1):102-20. [Persian]
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co; 1988.
3. Gogoi RR, Kumar R, Deuri SP. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of children with intellectual disability. Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences. 2017;8(1):71-5.
4. Rassouli M, Yaghmaei F, Mohajeri S, Ghodssi-Ghassemabadi R, Mehrabi Y, Naderlou M, et al. The correlation between the quality of life of mothers of children with special needs and their demographic characteristics in Tehran, Iran. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2018;6(2):72-9. [Persian]
5. Panshi, R, Ghazanfari, A, Sharifi, T. The Effectiveness of Training Problem-Solving Skills on Depression and Anxiety in Mothers of Children with Mental Retardation. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2017;15(4):420-6. [Persian]
6. Gilson KM, Davis E, Johnson S, Gains J, Reddihough D, Williams K. Mental health care needs and preferences for mothers of children with a disability. Child: care, health and development. 2018;44(3): 384-91.
7. Dillon-Wallace JA, McDonagh SH, Fordham LA. How stable is the well-being of Australian mothers who care for young children with special health care needs? Journal of Child and Family Studies. 2014;23(7):1215-26.

21. Faust H, Scior K. Mental health problems in young people with intellectual disabilities: the impact on parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2008;21(5):414-24.
22. Tabassum R, Mohsin N. Depression and anxiety among parents of children with disabilities: a case study from developing world. *International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies*. 2013;3(5):33-40.
23. Koganei K, Asaoka Y, Nishimatsu Y, Kito S. Women's Psychological Experiences in a Narrative Therapy-Based Group: An Analysis of Participants' Writings and Beck Depression Inventory—Second Edition. *Japanese Psychological Research*. 2021;63(4):466-75.
24. Raghuraman S, Stuttard N, Hunt N. Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021;28(1):1-23.
25. Savickas ML, Porfeli EJ. Career Adapt-Abilities Scale: Construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *Journal of vocational behavior*. 2012;80(3):661-73.
26. Fox J, Erlandsson L-K, Shiel A. A systematic review and narrative synthesis of occupational therapy-led interventions for individuals with anxiety and stress-related disorders. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2019;35(2):179-204.
27. Rastgari MK, Moradi O. Efficacy of narrative therapy in reducing depressive symptoms in women 20 to 40 years in Sanandaj. *Shenakht journal of psychology & psychiatry*. 2014;1(2):47-57. [Persian]
28. da Silva RA, de Azevedo Cardoso T, Mondin TC, Reyes AN, de Lima Bach S, de Mattos Souza LD, et al. Is Narrative Cognitive Therapy as Effective as Cognitive Behavior Therapy in the Treatment for Depression in Young Adults? *The Journal of nervous and mental disease*. 2017;205(12):918-24.
29. Yoosefi N, Karimipoor B. Effectiveness of training the Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) on the Self-Efficacy and Frustration Tolerance in Parents of physical-motor disabled children. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2018;8(30):113-32. [Persian]
30. Mohammadi M, Zahrakar K, Jahangiri J, Davarniya R, Shakarami M, Morshedi M. Assessing the efficiency of educational intervention based on Gottman's model on marital intimacy of women. *Journal of Health*. 2017;8(1):74-84. [Persian]
31. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy: Nelson Education. Tehran: Roshd; 2015.
32. Yoo SJ, Choi YH. Effects of Group Narrative Therapy on Aggression, Depression and Resilience in Adolescents with Conduct Disorder Tendency. *Journal of the Korean Society of School Health*. 2017;30(2):124-35.
33. Montesano A, Gonçalves MM, Feixas G. Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy research*. 2017;27(1):112-26.
34. Cloitre M, Garvert DW, Weiss BJ. Depression as a moderator of STAIR Narrative Therapy for women with post-traumatic stress disorder related to childhood abuse. *European journal of psychotraumatology*. 2017;8(1):1377028.
35. White M, Wijaya M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*: WW Norton & Company; 1990.
36. Yao S, Cottraux J, Martin R, Mollard E, Guerin J, Hanauer M, et al. Inferiority, guilt and responsibility in OCD, social phobias and controls. *Psychotherapies Cognitive e Comportamental*. 1997;3(2):210-1.
37. Yousefi R, Mazaheri MA. Inferiority Feeling in Social Phobia and Obsessive Compulsive Disorder Patients. *Quarterly journal of developmental psychology*. 2008;5(17):63-8. [Persian]
38. Dabson K, Mohammad KP. Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. 2007. [Persian]
39. Beck A, Steer R, Brown G. *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. Google Scholar. 2014.
40. Fata L. Established structures of meaning and emotional states of cognitive processing of emotional information: a comparison of two conceptual framework: Thesis in Persian]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2003.