رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۹، شماره پیاپی ۶۶، آذر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(9), 2021

اثربخشی روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور بر تاب‌آوری دختران با خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی[۱]

The effectiveness of the narrative therapy emphasizing on innovative moments on resilience in girls with non-suicidal self-harm

امین تقی پور
دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان-شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر حسین قمری گیوی (نویسنده مسئول)
استاد مشاوره، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر علی شیخ‌الاسلامی
دانشیار، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
دکتر علی رضایی شریف
دانشیار مشاوره، گروه مشاوره، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

Amin Taghipour
Ph.D Student. Department Of Counseling, Faculty Of Education And Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
Dr. Hossein Ghamarikivi *
Professor, Department Of Counseling, Faculty Of Education And Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
h_ghamari@uma.ac.ir
Ali Sheykholeslami
Associate Professor, Department Of Counseling, Faculty Of Education And Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
Ali Rezaeisharif
Associate Professor, Department Of Counseling, Faculty Of Education And Psychology, University Of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روایت‌درمانی با تاکید بر لحظات نوآور بر تاب‌آوری در دختران نوجوان دچار خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ دانش‌آموزان دختر دچار خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی در دورهٔ متوسطهٔ مدارس شهرستان بناب در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ بود. به این منظور پس از اجرای پرسشنامهٔ خودآسیب‌زنی عمدی گراتز (DSHI)، (۲۰۰۱) و مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC)، (۲۰۰۳)، ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دارای سابقهٔ رفتارهای خودآسیب‌زنی با تاب‌آوری پایین، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش و گواه) گمارده شدند. گروه آزمایش در معرض ۱۰ جلسهٔ روایت درمانی با اقتباس از برنامهٔ وایت و اپستون (۱۹۹۰) قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله و نیز یک ماه بعد از آن، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. با توجه به ماهیت پژوهش، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه (آنکوا) تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور، بر افزایش تاب‌آوری تاثیر معنادار و مثبت داشت ($p <$ ۰/۰۱). با توجه به یافته پژوهش حاضر، می‌توان گفت روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور، روش

Abstract

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of narrative therapy with emphasis on innovative moments on resilience in adolescent girls with non-suicidal self-harm. This research is a quasi-experimental type and a post-test pre-test design with an experimental and control group. The statistical population included all female students with non-suicidal self-harm in the secondary schools of Bonab city in the academic year of 2019-20. For this purpose, after administering Gratz's (2001) intentional self-harm questionnaire (DSHI), and Connor-Davidson's (2003) resilience scale (CD-RISC) 30 students with a history of self-harming behaviors and low resilience were selected with a Purposeful sampling method and randomly assigned into two groups. (Experiment and Control). The experimental group was exposed to 10 sessions of narrative therapy based on the White and Epston (1990) program, and the control group did not receive any intervention. After the intervention and one month later, a post-test was performed for both groups. Due to the nature of the research, the data were analyzed using a one-way analysis of covariance (ANCOVA). Findings showed that narrative therapy with emphasis on innovative moments had a significant and positive effect on increasing resilience ($p <$0.01). According to the findings of the present study, it can be said that narrative therapy with emphasis on innovative moments, is a suitable

۱ این مقاله مستخرج از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول می‌باشد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

مداخله‌ای مناسبی برای افزایش تاب‌آوری در دختران با خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی است.

واژه‌های کلیدی: *روایت درمانی، لحظات نوآور، تاب‌آوری، خود آسیب‌زنی بدون قصد خودکشی*

intervention method to increase resilience in girls with self-harm without suicidal ideation.

Keywords: *Narrative therapy, innovative moments, resilience, non-suicidal self-harm*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت :خرداد ۱۴۰۰** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : آذر ۱۴۰۰**

مقدمه

در طول دوره‌های مختلف زندگی، دورهٔ نوجوانی به عنوان یک دورهٔ بحرانی از زندگی محسوب می‌گردد. در این دوره یک مجموعه از عوامل مرتبط به هم، شامل عوامل زیستی، روانی و اجتماعی منجر به تغییرات مشخصی در شکل ظاهری بدن و همچنین هیجانات و عواطف می‌گردد. افراد در دورهٔ نوجوانی حساس می‌شوند، هیجانات شدیدی دارند، احساس تنش در آن‌ها وجود دارد و رفتارهای پرخاشگرانه و ناسازگارانه در آن‌ها دیده می‌شود. چنانچه در این دوره، خصوصیات نوجوانی نادیده گرفته شوند، با خطر احتمالی پدید آمدن بسیاری از رفتارهای ناسالم همراه خواهد بود (تام، تولویسته، تونیسار،[1] ۲۰۲۱). یکی از رفتارهای ناسالم خطرزا در دورهٔ نوجوانی، رفتارهای خودآسیب-زنی بدون قصد خودکشی[2] است که در این دوره بیشتر از سایر دوره‌های زندگی شایع است. خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی در دنیا به یکی از پدیده‌های مهم به ویژه در دوران نوجوانی تبدیل شده است. پدیدهٔ مذکور، همهٔ گروه‌های سنی را تحت تأثیر قرار داده است، پژوهش‌های انجام شده، به طور مداوم اوج خودآسیب‌زنی را در میانه‌های دورهٔ نوجوانی نشان داده‌اند (هاوتون، ساندرس و کانر،[3] ۲۰۱۲). خودآسیب‌زنی، بدین معنی می‌باشد که فرد به طور آگاهانه‌ای به بدن خود آسیب برساند، به گونه‌ای که به مرگ منجر نشود اما آثار آن باقی بماند. در گذشته این مطرح بود که فرد با آسیب زدن به خودش به نوعی می‌خواهد مطرح شود (نوبخت، داله، ۲۰۱۷). مطالعات نشان داده‌اند که رایج‌ترین نوع خودآسیب‌زنی، ایجاد جراحت در پوست با یک وسیلهٔ تیز است. انواع دیگر آن خراش انداختن، سوزانیدن، بلعیدن سم، فروبردن چیزی در حلق یا تراشیدن موی سر است (نوبخت، داله، ۲۰۱۷).

اکثر افرادی که به خود آسیب می‌زنند، بین ۱۱ تا ۲۵ سال سن دارند همچنین خود آسیب‌زنی، یک موضوع مهم و بحرانی و منعکس کنندهٔ وجود پریشانی عاطفی و هیجانی در افراد خود آسیب‌زن است (هولی و فرانکلین،[4] ۲۰۱۸). طبق گزارش سازمان سلامت جهانی، بررسی‌های صورت گرفته در جوامع مختلف، بیان‌گر این است که شیوع کلی اختلالات سلامت روان در بافت‌های فرهنگی و ملی گوناگون، حدود ۲۰ درصد می‌باشد (وینبرگ و همکاران، ۲۰۱۷). چندین مطالعه اخیر هم، حاکی از این است که میزان شیوع اختلالات فردی (یعنی افسردگی، اضطراب) در میان نوجوانان رو به فزونی است (وینسپر[5] و همکاران، ۲۰۲۰). رفتارهای پرخاشگرانه و خودآسیب‌زنی، در میان دختران نوجوان نرخ شیوع بیشتری دارد (استانیکه،[6] ۲۰۲۱). از جمله عللی که این رفتار، در میان دختران بیشتر مشاهده می‌شود، می‌تواند این باشد که دختران در مقایسه با پسران بیشتر خشم خود را درون‌ریزی کرده و بدن خود را هدف پرخاشگری قرار می‌دهند (قربانی، سالمی خامنه، متحدی، ۱۳۹۷). در آسیب‌شناسی مرضی، این رفتارها به طور معمول، به عنوان نشانه‌های تعدادی از اختلالات روانی به ویژه اختلالات شخصیت مرزی، اختلالات فراگیر رشد و اختلال کنترل تکانه در نظر گرفته می‌شدند، اما در سال‌های اخیر به دلیل افزایش شیوع این رفتارها و نیز افزایش تحقیقاتی که به این موضوع پرداخته‌اند، پیشنهاد طبقه تشخیصی با عنوان نشانگان خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی داده شده است (استانیکه، ۲۰۲۱). خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی شامل رفتارهایی می‌شود که آگاهانه، مستقیم، بدون انگیزهٔ خودکشی، توسط خود فرد با هدف آسیب به بافت‌های بدن انجام می‌شوند و جزو آداب و رسوم فرهنگی هم به حساب نمی‌آیند (ناک،[7] ۲۰۰۵).

1 Tamm, Tulviste, Tõnissaar
2 Non-Suicidal Self-Harm
3 Hawton, Saunders and O'Connor
4 Holley & Franklin
5 Vasper
6 Stanicke
7 Nock

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

شیوع رفتارهای خود آسیب‌زنی بدون قصد خودکشی به تدریج و با افزایش سن و انتقال از دورهٔ کودکی به نوجوانی افزایش می‌یابد. در کودکان با سن ۱۰ تا ۱۲ سالهٔ جمعیت عادی، نرخ شیوع این رفتارها ۷ درصد گزارش شده است. این در حالی است که در دورهٔ نوجوانی و در دانش‌آموزان دورهٔ متوسطه، بین ۱۳ تا ۲۱ درصد (باروکاس، جنس، دیویس، اوپنهیمر، تکنو و همکاران،[1] ۲۰۱۱) و در بررسی دیگری ۱۳ تا ۳۳/۲ درصد (جیکوبسن، گلود،[2] ۲۰۰۷) و نیز شیوع این نوع از رفتارها در جمعیت دانشجویان، بین ۱۲ تا ۳۸ درصد گزارش شده است (گراتز،[3] ۲۰۰۶). نتایج تحقیقات مختلف در ایران، حاکی از شیوع خودآسیب‌زنی بدون خودکشی بین ۳/۴ تا ۴۰/۵ درصد بوده است (ایزکیان، میرزاییان، حسینی، ۲۰۱۸).

انجام رفتارهای خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی، معمولاً برای بیان یک احساس درونی است. گاهی افرادی که به این کار دست می‌زنند احساس می‌کنند که نسبت به تنش‌های درونی‌شان قابلیت کنترل پیدا کرده و از رفتارهای خودآسیب‌زنی به عنوان شیوه‌ای برای کسب سازگاری استفاده می‌کنند (نوبخت، داله، ۲۰۱۷). این در حالی است که یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان که باعث سازگاری موثر با عوامل خطر می‌شود تاب‌آوری است (دنکلا، ۲۰۲۰). روانشناسی سلامت در پی کمک به انسان‌ها برای سازگار شدن با مسائل و مشکلات است که تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین موضوعات آن به شمار می‌رود (گارمزی و مستن، ۱۹۹۱؛ به نقل از تقی‌پور و جوانمرد، ۲۰۱۷).

تاب‌آوری در اصطلاح چنین تعریف می‌شود: نوعی حالت توسعه‌پذیر در فرد که بر اساس آن قادر است در رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و تعارض‌های زندگی و حتی در رویدادهای مثبت پیشرفت و مسئولیت بیشتر به تلاش بیشتر ادامه دهد و برای دستیابی به موفقیت از پای ننشیند (نینان،[4] ۲۰۰۹؛ به نقل از مستن،[5] ۲۰۲۱). سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند (کار،[6] ۲۰۰۴؛ به نقل از مستن، ۲۰۲۱). نتایج پژوهشی در مورد ارتباط میان رفتارهای خودآسیب‌زن و تاب‌آوری نشان داد که نوجوانان با تاب‌آوری بالا، به احتمال کمتری دست به رفتارهای خود آسیب‌زنی می‌زنند (آرتوچ گرید و همکاران، ۲۰۱۷). تاب‌آوری معمولاً در مباحث مرتبط با دوران تحول، بحران و دیگر شرایط ناگوار مورد توجه قرار می‌گیرد. (هولی و فرانکلین، ۲۰۱۸) پژوهش در زمینهٔ تاب‌آوری در جمعیت نوجوانان بسیار ضروری است چرا که این افراد در معرض آسیب قرار دارند و اغلب درگیر رفتارهای پرخطر و خود آسیب‌زنی می شوند (آهرن،[7] ۲۰۰۷؛ به نقل از محبی، فلسفی‌نژاد، قمری کیوی، خدابخشی کولایی؛ ۱۴۰۰). روایت زندگی افرادی که دچار رفتارهای خودآسیبی می‌باشند سرشار از تجربه‌های اندوه، شکست، عدم اعتماد به نفس، خود بیمارانگاری، شک و تردید می‌باشد (ایوانس،[8] ۲۰۱۸). مطالعات روانشناسی نشان می‌دهد که دختران در بیان داستان زندگی خودشان، اغلب خودشان را محکوم کنند به همین دلیل دختران شرایط مساعدتری برای تجربهٔ هیجان‌های منفی و در نهایت آسیب‌زنی به خود دارند (نظیری، قادری، زارع، ۱۳۸۹؛ به نقل از تقی‌پور، قمری، شیخ‌الاسلامی و رضایی شریف، ۱۴۰۰).

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد افراد تاب‌آور، سلامت روان و مهارت‌های خود نظم‌بخشی بالاتری دارند و احتمال درگیر شدن آن‌ها در رفتارهای خود آسیب‌زنی کمتر است (فدردی، آزاد و نعمتی، ۲۰۱۰). تاب‌آوری غالباً در مباحث مرتبط با دوران تحول یا گذار و سایر شرایط ناگوار مورد توجه قرار می‌گیرد. لذا پژوهش در زمینهٔ تاب‌آوری در جمعیت نوجوانان بسیار ضروری است چرا که این افراد در معرض آسیب هستند و در رفتارهای پرخطر مثل خود آسیب‌زنی درگیر می‌شوند (اوپنیکس،[9] ۲۰۲۱).

به منظور مداخله و پیشگیری از پدیدآیی رفتارهای خود آسیب‌زن، رویکردهای مختلفی به کار گرفته شده است که یکی از آن‌ها روایت‌درمانی است. روایت‌درمانی نوعی از مداخلات است که به ترمیم و بازسازی خاطرات و داستان‌های منفی پرداخته و می‌کوشد داستان-های مثبت و جدیدی از زندگی افراد را بسازد. رویکرد روایت‌درمانی از جمله رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی است که اپستون و وایت (۲۰۰۰) آن را مطرح کرده‌اند. این شیوه‌ی درمانی براساس نظر متخصصان از جمله درمان‌های کوتاه‌مدت و جامع است (وایت،[10] ۲۰۰۰).

1 Barrocas, Jenness, Davis, Oppenheimer, Technow
2 Jacobson, Gould
3 Gratz
4 Nenan
5 masten
6 Carr
7 Ahern
8 Evans
9 Openieks
10 white

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

وایت (۲۰۰۰) بر این باور است که با ساختارشکنی داستان‌های بدبینانه و دادن اعتماد به نفس ماندگار به مراجعان، می‌توان دستورالعمل با ثباتی برای تغییر کردن به وجود آورد و هویت‌های شکسته خورده را به وضعیت قهرمانی تغییر داد (منک و زمنی، ۲۰۱۹). مطابق نظر مورگان[1] پیربادیان و آب خضر (۱۳۹۶)، روایت‌درمانی ظرفیت مناسبی برای مداخلات روانشناختی با نوجوانان دارد، زیرا به آنها کمک می‌کند که مهارت‌ها، شایستگی‌ها، ارزش‌ها و توانایی‌های خود را بشناسند و ارتباط خودشان با مشکل را تغییر بدهند (دستباز، ۲۰۱۳).

در رابطه با روایت‌درمانی، گنچالوز، ماتوس و سانتوس[2](۲۰۰۹)، به منظور مشخص کردن لحظات نوآور سبکی ویژه و کاربردی ارائه داده‌اند. آن‌ها بر این باورند که فرآیند تغییر در مراجعان، با پدیدآیی لحظات نوآور از طریق بیرونی کردن روایت‌های مشکل‌دار حاصل لحظات نوآور زمانی اتفاق می‌افتند که مراجع، متفاوت از الگوی مشکل‌دار قبلی فکر، احساس و رفتار نماید (تقی‌پور، قمری‌کیوی، شیخ-الاسلامی، رضایی شریف، ۱۴۰۰). گنچالوز، ماتوس و سانتوس (۲۰۰۹)، پنج لحظهٔ نوآور را مشخص کرده‌اند که در طول روایت درمانی در افکار و رفتار مراجعان پدید می‌آیند. این لحظات نوآور عبارتند از: ۱. عمل[3](رفتارهای خاص در برابر مسائل موجود) ۲. بازتاب[4](فرآیندهایی که نشانگر درک موضوعات جدیدی هستند که باعث ایجاد تغییر در الگوهای مشکل‌ساز می‌شوند (به عنوان مثال، افکار، اهداف، پرسش از خود، شک‌ها)، ۳. مقابله[5](نقد کردن شیوهٔ قبلی و مشکل‌دار تفکر و احساس و رفتار یا به عبارتی، رویارویی با سبک زندگی ناکارآمد)، ۴. بازمفهوم‌سازی[6](درمانجو نه تنها افکار و رفتارهای خارج از روایت مسئله‌ساز را آشکار می‌کند بلکه فرایندهای دخیل در آن را نیز درک می کند)، ۵. اقدام مطابق تغییر[7](رجوع مراجع به اهداف، تجربیات، فعالیت‌ها یا طرح‌هایش، به عنوان پیش بینی نتیجهٔ تغییر). در فرآیند پژوهش برای هر لحظهٔ نوآور، یک کد عددی به ترتیب از ۱ تا ۵ داده می‌شود و آن اظهارات و جملاتی از اعضا که حاکی از پدیدآیی لحظات نوآور است مقابل کد مربوطه نوشته می‌شود. این جدول از اولین جلسه تا آخرین جلسه، مقابل دید اعضا قرار می‌گیرد تا خود آن‌ها نیز از فرآیند تغییر در طول درمان روایتی آگاهی داشته باشند (تقی‌پور، قمری‌کیوی، شیخ‌الاسلامی، رضایی شریف، ۱۴۰۰).

بر اساس بررسی شواهد پژوهشی، اثربخشی روایت‌درمانی بر مهارت مقابله با استرس همسران معتاد (مشاوری، لطیفی، ۲۰۱۹)، امید به زندگی و شادکامی (چنگیزی، پناه علی، ۱۳۹۵)، ارتقاء تاب‌آوری در بزرگسالانی که در دوران کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند (فرانسیس لوغلین و روسکا[8] ۲۰۲۰)، تقویت مهارت‌های مقاومت و بقا در کودکان مدرسه ای قربانی جنگ و خشونت (سمخوانی، قمری، پویامنش، ۲۰۲۰)، بهبود بهزیستی روانشناختی و پریشانی همسران معتادان (خدایاری‌فرد و سهراب‌پور، ۲۰۱۸)، ارتقاء سرسختی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان رحم (امین‌الرعایا، بختیاری، نعمتی، تقوی‌زاده، ۲۰۱۹) موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوار کننده‌ای به همراه داشته است.

با اینکه پژوهش‌های بسیاری در زمینهٔ اثربخشی روایت درمانی در داخل و خارج کشور صورت گرفته، ولی تا آن‌جا که پژوهشگران بررسی حاضر مطلع هستند، اثربخشی روایت درمانی بر تاب‌آوری دختران مورد بررسی قرار نگرفته است و از طرفی، در حین اجرای پروتکل‌های مختلف، به ویژه پروتکل روایت درمانی، ظهور لحظات نوآور که بیانگر وقوع تغییرات درمانی است، مورد توجه پژوهشگران واقع نشده است. بر همین اساس و با توجه به بروز و شیوع پدیدهٔ خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی در جامعهٔ ما و همبودی سایر اختلال‌های روان‌شناختی در بین دختران مذکور و نقش محوری و مهم متغیر تاب‌آوری در این پدیده، این تحقیق، با هدف بررسی اثربخشی روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور بر تاب‌آوری دختران دچار خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را کلیهٔ دانش‌آموزان دختر دورهٔ متوسطهٔ شهرستان بناب در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ تشکیل می‌دادند. برای انتخاب نمونه

1 Mrgan
2 Gnc,alves, Matos & Santos
3 Ation
4 Reflection
5 Rotest
6 Reconceptualization
7 Rrforming change
8 Francis Laughlin & Rusca

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

ابتدا از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند از بین مدارس دورهٔ متوسطهٔ شهر بناب سه مدرسه انتخاب شدند، پرسشنامه‌های خودآسیب‌زنی عمدی گراتز (DSHI[1])، (۲۰۰۱) و مقیاس تاب‌آوری کانر– دیویدسون (CD-RISC[2])، بین دانش‌آموزان این مدارس توزیع شد، سپس ۳۰ نفر از دانش‌آموزان که در مقیاس خودآسیب‌زنی عمدی گراتز (۲۰۰۱) نمرهٔ بالاتر از ۵ و در مقیاس تاب‌آوری، نمرهٔ پایین‌تر از ۵۰ کسب کرده بودند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

در طی یک جلسه مصاحبهٔ مقدماتی با تک تک اعضای، ملاک‌های ورود و خروج از گروه تشریح گردید و احراز این ملاک‌ها در جلسهٔ مذکور و از طریق خود گزارش‌دهی اعضا مشخص شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- هم‌زمان با شرکت در این مطالعه، از خدمات روانشناختی و روان‌درمانی دیگری استفاده نکنند. ۲- در طی پژوهش، در هیچ‌گونه مشاورهٔ گروهی دیگری شرکت نکند. ۳- هم‌زمان با اجرای این پژوهش، تحت درمان دارویی روانپزشک نباشند. همچنین ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱- عدم رضایت برای ادامهٔ شرکت در پژوهش. ۲- داشتن بیش از دو جلسه غیبت. در پژوهش حاضر، تمام دانش‌آموزان شرکت کننده در گروه‌های آزمایش و گواه در تمامی جلسات پژوهش شرکت کردند و افت آزمودنی وجود نداشت. لازم به ذکر است در ابتدای کار مشاوره‌ای حاضر، رضایت تمامی شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب شد.

ابزار سنجش

پرسشنامهٔ خودآسیب‌زنی عمدی: در پژوهش حاضر، به منظور اندازه‌گیری متغیر خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی، پرسشنامهٔ خود آسیبی عمدی گراتز (۲۰۰۱) به کار گرفته شد. این پرسشنامه در بین پژوهشگران، بیشترین توجه و بررسی را به خود جلب نموده است. این پرسشنامه، شامل هفده گویه در مورد انواع رفتارهای خودآسیب‌زنی عمدی شایع (زدن به سر و صورت، خراش انداختن و سوراخ کردن پوست، سوزاندن، حک نوشته و عکس روی پوست و ...) است. در هر عبارت دربارهٔ مدت زمان و تدوام این رفتارها طی یک سال اخیر پرسش می‌شود. برای مثال از آزمودنی سوال می‌شود، آیا در طی یک سال گذشته، آن رفتار خاص را انجام داده است یا خیر، اگر پاسخ مثبت است، چند بار انجام داده، یک یا چند بار؟ نمره‌گذاری این پرسشنامه به شکل بلی (نمرهٔ ۱)، خیر (نمرهٔ ۰) است. گراتز (۲۰۰۱) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۲ و ضریب پایایی آن را بعد از دو هفته (آزمون و بازآزمون)، ۰/۶۸ محاسبه نموده است. در ایران نیز در پژوهش پیوسته‌گر (۱۳۹۲)، ابتدا مقیاس از انگلیسی به فارسی برگردانده شده و سپس با بهره‌گیری از روش ترجمهٔ معکوس، متن فارسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شده و سپس با بهره‌گیری از روش ترجمهٔ معکوس، متن فارسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. در نهایت با مقایسهٔ دو متن پرسشنامه اصلاحات لازم انجام و فرم نهایی تهیه شد. نتیجهٔ مطالعهٔ مقدماتی در میان ۴۰ دانش‌آموز دختر نشان داد که مقیاس از پایایی مقبولی برای دختران دانش‌آموز بهره‌مند است (روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۱) روایی محتوایی آزمون از طریق نظرخواهی از متخصصان علوم تربیتی و روان‌شناسی احراز شد. آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۳۶ گزارش شد.

مقیاس تاب‌آوری کانر– دیوید سون: این مقیاس دارای ۲۵ سوال است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) آن را با هدف اندازه‌گیری قابلیت مقابله با فشار و تهدید با مرور منابع پژوهشی (۱۹۷۹– ۱۹۹۱) در حوزهٔ تاب‌آوری تهیه کردند. برای هر سوال، درجه‌بندی پنج گزینه‌ای (به صورت هرگز تا همیشه) در نظر گرفته شده است که از صفر (هرگز) تا چهار (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه، به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی است که می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار رود. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصلهٔ ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. داس با ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی کافی را نشان داده است (وایزرمن و بک، ۱۹۹۷؛ به نقل از محمدی، ۱۳۸۴) و بک (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخی معادل ۰/۸ را گزارش کرده است (به نقل از محمدی، ۱۳۸۴). این مقیاس را در ایران، محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی کرده است. برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر عبارت با نمرهٔ کل مقوله‌ها محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس نیز ۰/۸۹ به د ست آمد (محمدی، ۱۳۸۴). محا سبهٔ ضریب همب ستگی هر نمره با نمرهٔ کل، به غیر از گویهٔ ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. بعد از آن، گویه‌های مقیاس به روش مولفه‌های اصلی، تحلیل عاملی شدند. مقدار KMO برابر با ۰/۸۷ و مقدار خی‌دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام دادن تحلیل عامل را نشان دادند (محمدی، ۱۳۸۴). آلفای کرونباخ گزارش گزارش شده در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۹۱ بود.

1 Deliberate Self Harm Inventory
2 Connor-Davidson resilience scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

پس از اجرای یک جلسهٔ توجیهی، پژوهشگر، ۳۰ نفر دانش‌آموز انتخاب شده را به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم نمود. سپس جلسات مداخله‌ای روایت درمانی بر اساس یک طرح از پیش تعیین شده، به مدت ۱۰ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه به صورت آموزشی در قالب مباحثه و گفتگو، سخنرانی، پرسش و پاسخ برای دانش‌آموزان گروه آزمایش اجرا شد و دانش‌آموزان گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکردند. طرح مداخله‌ای با اقتباس از برنامهٔ درمان وایت و اپستون (۱۹۹۰) نوشته شده است.

همان‌طور که در مقدمه اشاره شد، در طی روند جلسات مداخله‌ای روایت درمانی، ظهور لحظات نوآور مورد توجه پژوهشگران قرار گرفتند و در حین اجرای جلسات، به اعضای گروه آزمایش بازخورد داده شدند. این در واقع کاربست سیستم کدگذاری لحظات نوآور (IMCS[1]) گنچالوز، ماتوس و سانتوس (۲۰۰۹) می‌باشد که پژوهشگران در طول اجرای پروتکل روایت درمانی از این سیستم کدگذاری استفاده نمودند. این سیستم کدگذاری به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا تغییرات زنجیروار و جدید را در فرایند جلسات، دنبال کند. وقتی که درمان گروهی موثر واقع می‌شود، انتظار می‌رود این تغییرات در واکنش‌ها، انگیزه‌ها و گفت و گوی مراجع در طی دورهٔ مداخلهٔ درمانی مشخص شود و مشاهده گردد. یک IM یا لحظهٔ نوآور در هر زمانی که الگوی مشکل‌دار قبلی به چالش کشیده شود و یک شیوهٔ جدید فکر و احساس و عمل کردن پدید آید که متفاوت از عملکرد قبلی باشد، اتفاق می‌افتد. سیستم کدگذاری لحظات نوآور (IMCS)، این امکان را می‌دهد که پژوهشگر بتواند لحظات نوآور (IMs)، که به صورت زنجیروار در طی جلسات درمانی پدید می‌آیند را مشخص و به مراجعانش بازخورد بدهد.

پس از اتمام جلسات، هر دو گروه برای مشخص نمودن نمرات پس‌آزمون، مجدداً با استفاده از پرسشنامهٔ خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی و پرسشنامهٔ تاب‌آوری کانر– دیویدسون مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی و با نرم‌افزار SPSS_۲۴ صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه (آنکوا) استفاده شد. خلاصهٔ برنامه مداخله‌ای در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات روایت درمانی با اقتباس از درمان وایت و اپستون (۱۹۹۰) و گنچالوز و همکاران (۲۰۰۹)

جلسه	محتوای جلسات	IM
مقدماتی	آشنایی با تک‌تک شرکت کنندگان و مصاحبهٔ اولیه، بیان اهداف تشکیل جلسات درمانی، قواعد گروه توسط پژوهشگر	
اول	معرفی روایت‌درمانی، گسترش دادن مفهوم داستان زندگی، ارائهٔ قوانین گروه، آشنایی با سیستم کدگذاری لحظات نوآور	
دوم	بررسی روایت‌ها و آغاز برون‌سازی: مروری بر جلسهٔ پیشین و همچنین در این جلسه روایت‌های مشکل‌دار زندگی آزمودنی‌ها بررسی و به جزئیات زبان مراجعان به طور دقیق گوش داده شد. در نهایت به منظور پی بردن به استعاره‌های خود (آغاز برون‌سازی) به آن‌ها تکلیف داده شد که استعاره‌های خود را از خویش، محیط و اطرافیان و به طور کلی از مشکل بنویسند.	عمل
سوم	شرح داستان مشکل‌دار با جزئیات و به صورت کامل توسط اعضای گروه، نام‌گذاری مشکل و استعاری‌سازی و نام‌گذاری مشکل مشترک	عمل
چهارم	ادامهٔ نام‌گذاری مشکل و استعاره‌سازی و راهبردهای آن که در نهایت به جمع‌بندی مباحث پرداخته شد و به افراد تکلیف داده شد که ترفندهای استفاده شده توسط مشکل که باعث نفوذ بر روی آن‌ها شده است را پیدا کرده و بنویسند	بازتاب
پنجم	آغاز مرحلهٔ تشخیص نفوذ مشکل روی افراد و ارتباط‌های آن‌ها و پرسش‌های تاثیرگذار	بازتاب
ششم	کامل کردن تشخیص نفوذ مشکل روی افراد و ارتباط‌های آن‌ها و ساخت‌شکنی	مقابله
هفتم	تشخیص نفوذ افراد بر مشکل و توانمندی‌های آن‌ها و نام‌نویسی به مشکل	بازمفهوم-سازی
هشتم	بررسی پیامدهای منحصربه فرد	بازمفهوم-سازی

1 Innovative Moments Coding System

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

نهم	بازنویسی روایت زندگی پس از مرور و بررسی مشکلات در رابطه با خود، محیط، اطرافیان، ارتباط‌ها و رفتارها در مواقعی که افراد قادر به غلبه بر مشکل شده بودند، بحث گروهی شکل گرفت	عمل مطابق تغییر
دهم	خلاصه و نقد: مرور کل جلسات و بازخورد افراد در مورد جلسات ارائه شد و سپس اعضا راجع به احساسات خود صحبت کردند	عمل مطابق تغییر

یافته‌ها

گروه نمونه شامل ۳۰ نفر از دختران با خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی در سال ۱۳۹۹ با میانگین سنی ۱۶/۸ در گروه آزمایش و ۱۶/۶ در گروه گواه بود. داده‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای هر کدام از گروه‌ها در جدول شمارهٔ ۲ ذکر شده است. نتایج جدول شمارهٔ ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون گروه گواه تغییر چندانی نداشته اما نمرات پس آزمون گروه آزمایش تفاوت قابل ملاحظه‌ای را نسبت به پیش‌آزمون نشان داده‌اند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرهٔ تاب‌آوری گروه آزمایش و گواه

شاخص تاب‌آوری گروه‌ها	میانگین			انحراف معیار		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
گروه آزمایش	۵۲/۳۲	۶۱/۹۸	۶۱/۶۷	۴/۸۸	۸/۴۵	۸/۴۳
گروه گواه	۵۱/۲۲	۵۰/۴۹	۴۹/۹	۶/۶۳	۶/۱۳	۶/۴۶

برای بررسی تاثیر مداخله از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید که ابتدا باید برابری واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیونی و توزیع نرمال به عنوان پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره بررسی شوند. برای بررسی همگونی واریانس دوگروه در مرحلهٔ پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتیجه آزمون لوین معنادار بود ($P<۰/۰۵$) اما باتوجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم پوشی کرد. آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش‌آزمون تاب‌آوری با متغیر مستقل (روش درمان) در مرحلهٔ پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون با متغیر مستقل معنی‌دار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیون است. این مفروضه در ارتباط با مرحلهٔ پس‌آزمون است (پس‌آزمون: تاب‌آوری، $p>۰/۰۵$)؛ بنابراین مفروضهٔ همگونی ضرایب رگرسیون تایید شد. نهایتا نتایج آزمون کالموگراف- اسمیرنف نشان داد که توزیع داده‌ها طبیعی است، چرا که آزمون ذکر شده در مورد داده‌های پژوهش معنی‌دار نبود ($p>۰/۰۵$) و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع داده‌ها تایید شد. با برقراری پیش‌فرض‌ها، حال به اجرای آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره می‌پردازیم که نتایج آن در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره تاثیر روایت درمانی بر تاب‌آوری در مرحلهٔ پس‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	F	معناداری	ضریب بتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۷۵۳/۴۲	۱	۲۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۶۷
گروه	۲۱۴۴/۹۲	۱	۴۱/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۷۸

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره اثر روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور بر تاب‌آوری در مرحلهٔ پس‌آزمون را نشان می‌دهد. همچنین طبق داده‌های جدول ۶، مشاهده می‌شود که تفاوت تاب‌آوری بین گروه آزمایش و گواه معنی‌دار است ($P<۰/۰۰۰۱$). در نتیجه می‌توان گفت که روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور موجب ارتقاء تاب‌آوری آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است.

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره تاثیر روایت درمانی بر تاب‌آوری در مرحلهٔ پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است در این مرحله نیز برای آزمون داده‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری، مجدداً از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه (آنکوا) استفاده شد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر روایت درمانی بر تاب‌آوری در مرحلهٔ پیگیری

منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	F	معناداری	ضریب بتا	توان آماری
پس‌آزمون	۲۱۴۴/۹۲	۱	۴۱/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۷۸
گروه	۲۱۸۴/۶۱	۱	۴۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۰/۷۶

جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره تاثیر روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور بر تاب‌آوری در مرحلهٔ پیگیری را نشان می‌دهد. بر اساس داده‌های مندرج در جدول ۴، مشاهده می‌شود که بین تاب‌آوری گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود ندارد ($P<۰/۰۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور بر تاب‌آوری در دختران نوجوان دچار خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی انجام شد. طبق یافتهٔ این پژوهش، روایت‌درمانی گروهی با تاکید بر لحظات نوآور، تاثیر معنادار و مثبتی بر تاب‌آوری دختران دچار خودآسیبی بدون قصد خودکشی داشته است و این یافته، با نتیجهٔ مطالعهٔ عمادی، یزدخواستی و مهرابی (۱۳۹۴)، فرانسیس لوغلین و روسکا (۲۰۲۰)، سمخوانی، قمری، پویامنش (۲۰۲۰)، خدایاری‌فرد و سهراب‌پور (۲۰۱۸)، امین‌الرعایا، بختیاری، نعمتی، تقوی‌زاده (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. می‌توان چنین تبیین کرد که تاب‌آوری یک قابلیت درونی برای رشد محسوب می‌شود که در انسان به صورت یک ارگانیسم وجود دارد و نیز می‌تواند در یک شرایط خاص محیطی از حالت بالقوه به حالت بالفعل تبدیل شود و در موقعیت‌های تنش‌زای شدید، شایستگی اجتماعی، شغلی و تحصیلی او ارتقا یابد (سیمونسن، ۲۰۱۰؛ به نقل از عمادی، یزدخواستی و مهرابی، ۱۳۹۴).

روایت درمانی از طریق ایجاد یک شرایط محیطی مساعد، در پی ساخت دادن به تجارب افراد است. زمانی که یک تجربه، ساختار می‌یابد، پیامدهای هیجانی ناشی از آن بیشتر قابل کنترل خواهند شد. چیزهایی که باعث ناراحتی می‌شود، فقط حوادث آسیب‌زا نیستند که فرد به آن‌ها نسبت می‌دهد، لذا ساخت دادن به آن‌ها و بیان تصاویر و هیجانات در قالب کلمات روشن، چگونگی فکر کردن به حوادث آسیب‌زا را تغییر می‌دهد که در نهایت به حذف تدریجی افکار مخل منجر می‌شود. علاوه بر این، کارکرد صرف گزارش درماندگی‌های هیجانی در قالب کلمات، سلامت روانی و فیزیکی را افزایش می‌دهد (مورگان، ۲۰۰۰؛ به نقل از تقی‌پور، قمری، شیخ‌الاسلامی و رضایی شریف، ۱۴۰۰). بنابراین روایت درمانی با ارتقای سلامت روانی فرد، منجر به افزایش تاب‌آوری افراد گروه شده است.

در تبیینی دیگر می‌توان به این نکته توجه کرد که عوامل تنش‌زا بیشتر در سنین ۱۵ الی ۲۵ سالگی تجربه می‌شود و در این بین دختران، بیشتر از پسران در معرض رفتارهای خود آسیب‌زنی و افکار آن قرار می‌گیرند. از طرفی در سنین مختلف مخصوصاً در این بازهٔ سنی، تاب‌آوری عاملی محسوب می‌شود که به افراد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور زندگی کمک کرده و آن‌ها را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی مصون نگه می‌دارد. به عبارتی سازهٔ تاب‌آوری، از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری به عمل آورده و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد (مستن، لوک، نلسون و استالورثی،[1] ۲۰۲۱). تاب‌آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر تنیدگی و از بین بردن اثرات روانی آنها است (کیلگور، تیلور، کلونان، دایلی،[2] ۲۰۲۰). روایت درمانی با بیرونی کردن مشکل، این ظرفیت را دارد که به افراد کمک کند تا خود را در برابر حوادث و مشکلات تنش‌زای زندگی، منفعل تلقی نکنند و این حالت زمانی قابل دسترسی است که بتوان خود را از مشکل جدا دانست. اگر روایت درمانی تنها یک شعار داشته باشد، آن عبارت خواهد بود از: شخص هرگز مشکل نیست، بلکه مشکل، مشکل است (مورگان، ۲۰۰۰؛ به نقل از تقی‌پور، قمری، شیخ‌الاسلامی و رضایی شریف، ۱۴۰۰). با چنین روندی روایت درمانی سبب می‌شود مراجعان در مواقع تنش‌زا از طریق افزایش تاب‌آوری، بهتر بتوانند بر مشکلاتشان فائق آیند.

همچنین بررسی روایت‌های زندگی افرادی که به خود آسیب می‌زنند نشان می‌دهد که آن‌ها معنای استوار و با ثباتی برای زندگی ندارند و روایت‌های زندگی‌شان سرشار از تجربیات تنش‌زا است که به گونه‌ای خود را در آن غیرفعال می‌یابند. با توجه به این که استفاده

1 Masten, Lucke, Nelson & Stallworthy
2 Kilgore, Taylor, Cloonan & Dailey

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

از زبان نقش بسزایی در روایت‌درمانی دارد و از آن نظر، زبان نه تنها نشان‌دهنده و توصیف کنندهٔ آن‌چه ما تجربه می‌کنیم است، بلکه نقش فعالی در ساخت تجارب ما بازی می‌کند و بنابراین، در معنادهی به حوادث نقش بسیار فعالی دارد (پروچسکا و نورکراس، ۱۳۸۱؛ به نقل از تقی‌پور، قمری، شیخ‌الاسلامی و رضایی شریف، ۱۴۰۰). اشخاص می‌توانند با استفاده از زبان در روایت‌درمانی نسبت به هیجان‌هایشان آگاهی و فهم و پذیرش ایجاد کنند. همین آگاهی و توانش پذیرش هیجان‌ها به انجام رفتارهای هدفمند و بازداری رفتارهای تکانشی در زمان تجربهٔ هیجان‌های منفی و به کار بردن راهبردهای انعطاف‌پذیر و تعدیل شدت رفتارها یا تاخیر پاسخ‌های هیجانی منجر می‌شود که همهٔ این قابلیت‌ها از ویژگی‌های افراد تاب‌آور می‌باشد (دولمان[1] ۲۰۲۰). پژوهش‌های بی‌شماری نشان می‌دهند که تاب‌آوری عامل مهمی در تعدادی از گروه‌های در معرض خطر چون جوانان به حساب آمده و نقش میانجی بسیار مهمی را در بروز یا عدم بروز بسیاری از اختلال‌های روانی از خود نشان می‌دهد (لوغلین و روسکا، ۲۰۲۰؛ کوباچ، کارلیال، البرت، اسچمیت و ربجانت[2] ۲۰۲۱).

یکی از ویژگی‌های نوجوانان با تاب‌آوری پایین این است که نمی‌توانند مشکل را از هویت‌شان جدا کنند و حتی ممکن است خود و مشکلات‌شان را با یک نام بخوانند. در فرآیند روایت درمانی، مشکلات به عنوان مسائلی که باید حل شوند، تلقی نمی‌شوند، بلکه به عنوان بخشی از یک داستان یا روایت مورد توجه قرار می‌گیرند. همین فرآیند بازنویسی مجدد یا بازمفهوم‌سازی روایت زندگی، افراد را قادر می‌سازند تا مشکلات خود را بیرونی کنند و در قبال آن‌ها منفعل نباشد (کیلگور، تیلور، کلونان، دایلی، ۲۰۲۰).

همچنین پژوهش پیوسته‌گر (۲۰۱۵)، نشان داده که بین هیجان منفی و مهارت کم در کنترل آن‌ها با رفتارهای آسیب به خود رابطه معناداری وجود دارد و در بحث سلامت روان، مولفه‌های مذکور، با تاب‌آوری پایین و عدم توان کنترل و تنظیم هیجانات، همراه می‌باشد. روایت‌درمانی این امکان را برای شخص فراهم می‌کند تا بر اساس دیدگاه تازه و عاری از مشکل، به توصیف خویشتن و روابط خود بپردازد. فرد با اتخاذ این دیدگاه تازه می‌تواند واقعیات مربوط به خود را بیابد. در حالی که وقتی توجیهات سرشار از مشکل را برای زندگی خود داشت، نمی‌توانست آن‌ها را درک کند (گلدنبرگ، ۲۰۱۲). لذا استفاده از رویکرد روایت‌درمانی باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد در افراد خودآسیب‌رسان بدون قصد خودکشی شد و این یافته، با نتیجه مطالعهٔ گودکیس و لاو[3](۲۰۱۷)، مبنی بر اثربخش بودن روایت‌درمانی بر تقویت و پرورش داستان‌های جدید و کارآمد زندگی توسط نوجوانان، و پژوهش تقی‌پور، قمری، شیخ‌الاسلامی و رضایی شریف مبنی بر اثربخش بودن روایت درمانی بر راهبردهای نظم‌جویی هیجان، منطبق و همسو می‌باشد.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت مثل عدم همتاسازی آزمودنی‌ها در بعضی متغیرها مانند شغل، طبقهٔ اجتماعی، وضعیت اقتصادی خانواده‌های دانش‌آموزان، نمونه‌گیری غیر تصادفی (هدفمند)، حجم کم نمونه که موجب می‌شود تعمیم نتایج با احتیاط انجام شود. این پژوهش فقط بر گروه دختران متمرکز بود، برای تحقیقات آتی، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی برروی گروه پسران نیز انجام گیرد. علاوه بر این در پژوهش‌های آتی آزمودنی‌ها همتا گردند و از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. همینطور پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی روش مداخله‌ای حاضر بر روی گروه با حجم نمونه کافی انجام گیرد.

منابع

امین‌الرعایا، رضوان؛ بختیاری، فاطمه؛ نعمتی، علی؛ تقوی‌زاده، سیدابراهیم. (۲۰۱۹). *مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روایت‌درمانی بر بهبود آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان رحم.* پژوهش های کاربردی در مشاوره، ۴(۲)، ۶۵-۴۳.

ایزکیان، ساره؛ میرزاییان، بهرام؛ حسینی، سید حمزه. (۲۰۱۸). *بررسی شیوع خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان و جوانان ایرانی.* تعالی بالینی, ۸(۲), ۱۴-۲۵.

پروچسکا، جیمز؛ نورکراس، جان؛ ترجمهٔ یحیی سیدمحمدی. (۱۳۸۱). *نظریه‌های روان‌درمانی (نظام‌های روان‌درمانی).* ویراست ششم ۲۰۰۷.

پیوسته‌گر، مهرانگیز. (۱۳۹۲). *شیوع رفتار خودآسیبی عمدی و رابطهٔ آن با احساس تنهایی و سبک دلبستگی در دانش‌آموزان دختر.* فصلنامهٔ مطالعات روانشناختی دانشگاه الزهرا، دورهٔ ۹، شمارهٔ ۳، ۲۹-۵۱.

تقی‌پور، امین؛ قمری کیوی، حسین؛ شیخ‌الاسلامی، علی؛ رضایی شریف، علی. (۱۴۰۰). *اثربخشی روایت‌درمانی با تاکید بر لحظات نوآور، بر تاب‌آوری دختران نوجوان با خودآسیب‌زنی بدون قصد خودکشی.* فصلنامهٔ علمی پژوهشی علوم روانشناختی. شمارهٔ ۱۰۸.

1 Dolman
2 Kobach, Carleial, Elbert, Schmitt & Robjant
3 Godcase & Love

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

چنگیزی، فرشته؛ پناه علی، امیر. (۱۳۹۵). *اثربخشی روایت درمانی گروهی بر میزان امید به زندگی و شادکامی سالمندان شهر تبریز*. آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)، دورهٔ ۲۵، شمارهٔ ۳۴، ۷۶- ۶۳.

عمادی، زهرا؛ یزدخواستی، فریبا؛ مهرابی، حسینعلی. (۱۳۹۴). *بررسی اثربخشی روایت درمانی گروهی بر سازگاری با طلاق والدین، تاب آوری و مشکلات رفتاری-هیجانی دختران والدین مطلقه دوره ابتدایی شهر اصفهان*. فصلنامه علمی پژوهشی شناخت، ۲(۳)، ۹۹-۸۱.

قربانی، سارا؛ سالمی خامنه، علیرضا؛ متحدی، علیرضا. (۱۳۹۷). *بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان، عاطفه مثبت و منفی، رفتار پرخاشگرانه و خودزنی دانش‌آموزان دختر ۱۳ تا ۱۶ ساله. مجله علمی- پژوهشی سازمان نظام پزشکی*. دوره ۳۶، شماره ۴.

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی. تهران.

محبی، زهرا؛ فلسفی‌نژاد، محمدرضا؛ قمری کیوی، حسین؛ خدابخشی، کولایی؛ آناهیتا. (۱۴۰۰). *تدوین و اعتباریابی روی‌آورد مداخله‌ای یکپارچه‌نگر برای خودآسیبی بدون خودکشی، دشواری تنظیم هیجان، رابطه مادر- دختری و افکار خودکار منفی دختران نوجوان*. فصلنامهٔ علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۲۰ (۱۰۸).

مشاوری، لطیفی. (۲۰۱۹). *اثربخشی روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد*. فصلنامهٔ علمی و پژوهشی اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۸)، ۱۱۸-۱۰۳.

مورگان، آلیس؛ پیربادیان، گیتا؛ آب خضر، پیمان. (۱۳۹۶). *پیش درآمدی بر روایت درمانی. تهران-ایران. نشر شورآفرین*. صص. ۴. شابک ۹۷۸-۶۰۰-۱-۶۳-۸۰۵۵.

Ahern, N. (2007). *Resiliency in adolescent college students*.

Artuch-Garde, R., González-Torres, M. D. C., de la Fuente, J., Vera, M. M., Fernández-Cabezas, M., & López-García, M. (2017). *Relationship between resilience and self-regulation: a study of Spanish youth at risk of social exclusion.* Frontiers in psychology, 8, 612.

Barrocas, A. L., Jenness, J. L., Davis, T. S., Oppenheimer, C. W., Technow, J. R., Gulley, L. D., ... & Hankin, B. L. (2011). *Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. Advances in child development and behavior*. 40, 301-336.

Carr, A. (2004). *Positive Psychology*, London: Routledge.

Connor, K. M. and J. R. T. Davidson (2003). '*Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC)', Depression and Anxiety*, No. 18.

Connor, K. M., J. R. T. Davidson, and L. C. Lee (2003). '*Spirituality, Resilience, and Anger in Sur-vivors of Violent Trauma: A Community Survey'*, Journal of Traumatic Stress, No. 16.

Dastbaz, A. (2013). *Comparison of the effectiveness of group solution-based counseling and narrative therapy on adaptation and self-efficacy of first grade high school students [Thesis for M. Sc. in Consulting group]*. Tehran, Iran. University of Welfare Sciences and Rehabilitation, 6-12.

Denckla, C. A., Cicchetti, D., Kubzansky, L. D., Seedat, S., Teicher, M. H., Williams, D. R., & Koenen, K. C. (2020). *Psychological resilience: an update on definitions, a critical appraisal, and research recommendations.* European Journal of Psychotraumatology, 11(1), 1822064.

Dolman, C. (2020). *Some useful narrative therapy practices for responding to people seeking psychological assistance.* International Journal of Narrative Therapy & Community Work, (1), 76.

Evans, R. E. (2018). *Survival, signaling, and security: Foster carers' and residential carers' accounts of self-harming practices among children and young people in care.* Qualitative health research, 28(6), 939-949.

Francis Laughlin, C., & Rusca, K. A. (2020). *Strengthening vicarious resilience in adult survivors of childhood sexual abuse: A narrative approach to couples therapy.* The Family Journal, 28(1), 15-24.

Fadardi, J. S., Azad, H., & Nemati, A. (2010). *The relationship between resilience, motivational structure, and substance use*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 5, 1956-1960.

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy*: An overview.

Gonc¸alves, M.M., Matos, M., & Santos, A. (2009a). *Manual for the Innovative Moments Coding System*, Version 7.2. Unpublished manuscript, University of Minho, Braga, Portugal.

Gonc¸alves, M.M., Matos, M., & Santos, A. (2009b). *Narrative therapy and the nature of ''innovative moments'' in the construction of change*. Journal of Constructivist Psychology, 22, 123.

Goodcase, E. T., & Love, H. A. (2017). *From despair to integrity: Using narrative therapy for older individuals in Erikson's last stage of identity development*. Clinical Social Work Journal, 45(4), 354-363.

Gratz KL. (2001). *Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory*. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 23(4):253-263.

Gratz, K. L. (2006). *Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity*. American Journal of Orthopsychiatry, 76(2), 238-250.

Hawton K, Saunders K and O'Connor R (2012). *Self-harm and suicide in adolescents*. The Lancet, 379, 2373-82.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]

Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2018). *Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury*. Clinical Psychological Science, 6(3), 428-451.

Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). *The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature*. Archives of Suicide Research, 11(2), 129-147.

Khodayarifard, M., & Sohrabpour, G. (2018). *Effectiveness of narrative therapy in groups on psychological well-being and distress of Iranian women with addicted husbands.* Addiction & health, 10(1), 1.

Killgore, W. D., Taylor, E. C., Cloonan, S. A., & Dailey, N. S. (2020). *Psychological resilience during the COVID-19 lockdown*. Psychiatry research, 291, 113216.

Koebach, A., Carleial, S., Elbert, T., Schmitt, S., & Robjant, K. (2021). *Treating trauma and aggression with narrative exposure therapy in former child and adult soldiers: A randomized controlled trial in Eastern DR Congo*. Journal of consulting and clinical psychology, 89(3), 143.

Malsten, A. S. (2021). *Resilience of children in disasters: A multisystem perspective.* International journal of psychology, 56(1), 1-11.

Masten, A. S., Lucke, C. M., Nelson, K. M., & Stallworthy, I. C. (2021). *Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives*. Annual Review of Clinical Psychology, 17, 521-549.

Monk, G., & Zamani, N. (2019). *Narrative therapy and the affective turn: Part I.* Journal of Systemic Therapies, 38(2), 1-19.

Neenan, Michael (2009). '*Developing Resilience: A Cognitive-behavioural Approach'*, Development and Psychopathology, No. 2.

Nobakht, H. N., & Dale, K. Y. (2017). *The prevalence of deliberate self-harm and its relationships to trauma and dissociation among Iranian young adults*. Journal of Trauma & Dissociation, 18(4), 610-623.

Nock, S. L. (2005). *Marriage as a public issue*. The Future of Children, 13-32.

Smkhani, A. H., Ghamari, M., & Pouyamanesh, J. (2020). *A Comparative Study on Effectiveness of Narrative Therapy and Rational Emotional Behavior Therapy on Resilience of Women with Breast Surgery Experience*.

Stänicke, L. I. (2021). *The Punished Self, the Unknown Self, and the Harmed Self–Toward a More Nuanced Understanding of Self-Harm Among Adolescent Girls*. Frontiers in psychology, 12, 967.

Taghipour, A., & Javanmard, G. H. (2017). *The Effectiveness of Psycho-social Empowerment on Enhancement of Student's Psychological Well-Being and Resilience*. Advances in Social Psychology, 2(1), 6.

Tamm, A., Tulviste, T., & Tõnissaar, M. (2021). Values of adolescents and values prevailing in the classroom are related to adolescents' psychological adjustment. European Journal of Developmental Psychology, 18(1), 56-74.

Upenieks, L. (2021). *Resilience in the Aftermath of Childhood Abuse? Changes in Religiosity and Adulthood Psychological Distress*. Journal of Religion and Health, 1-25.

Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., ... & Arbuckle, M. R. (2017). *Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective.* Current psychiatry reports, 19(5), 28.

White, M. (1995). *The externalization of the problem and the reauthoring of live and the reauthoring of lives in relationship*. Adelaide, Australia: Dulwich conter.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: Norton.

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., ... & Furtado, V. (2020). *The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis*. The British Journal of Psychiatry, 216(2), 69-78.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.18.4]