درمان راه حل مدار افسردگی: جهت‌گیری نظری و معرفی رویکرد درمانی

مجتبی حبیبی [۱]

مقاله مروری

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت تشخیص صحیح اختلال افسردگی، در مقاله حاضر به جستجوی عوامل زمینه‌ساز و راه‌کار درمانی با تأکید بر درمان راه حل مدار پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: بر اساس روش شناسی مرور منابع، ادبیات نظری و پژوهشی در حیطه درمان راه حل مدار افسردگی بررسی شد.

یافته‌ها: پژوهش های مرتبط با عوامل بروز افسردگی و نظریه‌های مختلف هم‌چون درمان شناختی- رفتاری، فراشناخت، درمان راه حل مدار ارائه شده است.

نتیجه‌گیری: بر اساس بررسی نتایج مطالعات قبلی می توان گفت که عواملی چون جنس، وضعیت تأهل، و تعاملات اجتماعی در بیماری افسردگی تأثیر دارند و طبق مبانی نظری، علل متفاوتی باعث بروز بیماری می‌شود و اثربخشی درمان‌های متفاوتی در ادبیات پژوهشی مورد تاکید قرار گرفته است. درمان راه حل مدار کوتاه مدت اثربخشی خود را در حوزه‌های مختلف مانند افراد دارای مشکلات رفتاری و نوجوانان در معرض خطر و هم‌چنین در زمینه افزایش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان نشان داده است، این روش درمانی در زمینه بیماری افسردگی نیز مؤثر واقع شده است.

واژه‌های کلیدی: اختلال افسردگی، عوامل زمینه‌ساز، نظریه‌های موجود

ارجاع: حبیبی مجتبی. **درمان راه حل مدار افسردگی: جهت‌گیری نظری و معرفی رویکرد درمانی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۱۷۵-۱۶۶.

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۳۱ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۱

۱. استادیار، روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: Mo_habibi@sbu.ac.ir

مقدمه

افسردگی، وضعیت روانی مشخص با احساس غمگینی، تنهایی درماندگی، افت احترام به نفس، و خود ملامتگری، همراه با نشانه‌های کندی روانی– حرکتی یا گاهی بی‌قراری پس کشیدن از تماس بین‌فردی، علایم نباتی مثل بی‌خوابی و بی‌اشتهایی است. این اصطلاح به خلقی گفته می‌شود که به این گونه مشخص می‌شود یا به یک اختلال خلقی اطلاق می‌شود (۱).

یافته‌های سبب‌شناسی تفاوت‌های جنسیتی (gender gap) را یکی از با ثبات‌ترین علل پیدایش افسردگی برشمرده‌اند، که حدوداً در میان زنان دو برابر آن چیزی است که در مردان وجود دارد. محققان افسردگی، معمولاً بر انتظارات خاص جنسیتی که خانه‌داری (home marker)، بچه‌داری (child care) و وظایف شغلی تأکید می‌کنند. این تقاضاها و انتظارات نقش، که افزایش تفاوت جنسیت را نشان می‌دهد به دلیل تغییرهای ایجاد شده در سطوح فرهنگی و ساختاری است. با این وجود عوامل افزایش افسردگی زنان بر رویدادهای پر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

تنش زندگی مثل جدایی، و مسایل شغلی تأکید دارند. برخی مدل‌ها نشان می‌دهند که تفاوت جنسیتی در افسردگی به این دلیل است که زنان با چنین رویدادهایی بیشتر روبرو می‌شوند (۲).

در زمینه‌ی درمان مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارودرمانی، روان‌درمانی و درمان‌های التقاطی به کار گرفته شده است. درمان‌شناختی‌رفتاری (Cognitive- Behavior Therapy) که از دهه‌ی ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده است، یکی از این رویکردها است. گرچه سودمندی این روش در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده‌است، امتیاز مهم درمان شناختی– رفتاری این است که از نوع روان‌درمانی التقاطی است (۳) روش‌های التقاطی دیگر نیز برای درمان مشکلات روانی ارائه شده است. به عنوان مثال درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (Mindfulness-Based-Cognitive Therapy) از جمله درمان‌های التقاطی می‌باشد. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود افسردگی و اضطراب دارد (۴). شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر گرفته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش‌بینی‌کننده‌ی عود افسردگی است (۵). در پژوهش‌های جدید از این رویکرد هم به شکل ویژه در درمان بیماران افسرده مقاوم به درمان و در درمان نشانه‌های باقی‌مانده‌ی افسردگی و هم در درمان بیماران افسرده مزمنی که مقاوم به دارودرمانی بودند استفاده شده است (۷–۶). تلاش این درمان آموزش بیماران است تا خلق منفی را به صورت کامل و مبتنی بر ذهن تجربه کنند و از طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت‌دهی هدفمندانه و به وسیله‌ی توجه به یک شی خنثی مثلاً جریان تنفس به مشاهده‌ی افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود بنشیند (۸). درمان فراشناختی (Meta cognitive therapy) همانند درمان شناختی‌رفتاری سنتی و درمان عقلانی– هیجانی– رفتاری بر نقش باورهای ناکارآمد تأکید دارد. توجه درمان فراشناختی، سندرم شناختی– توجهی است که با درگیری افراطی در تفکر کلامی مداوم و مشغولیت ذهنی به شکل نگرانی و نشخوار فکری مشخص می‌شود. درمان فراشناختی بین شناخت و فراشناخت تمایز قایل می‌شود و در درمان بر حیطه‌ی فراشناخت تأکید می‌کند (۹).

هریک از مدل‌های مشاوره و روان‌درمانی شکلی از واقعیت خاص خود را دارد. وجود همزمان واقعیت‌های متعدد و اغلب متضاد باعث شده است که به طور فزاینده‌ای شک کنیم که یک زمانی واقعیتی جهانی پدیدار خواهد شد و انسان‌ها و سیستم‌هایی را که در آن زندگی می‌کنند توجیه خواهد کرد. ما وارد دنیای پست‌مدرنی شده‌ایم که در آن حقیقت و واقعیت به جای این‌که به صورت حقایق عینی و تغییرناپذیر درک شوند اغلب به شکل نقطه نظرهایی درک می‌شوند که توسط تاریخ و موقعیت تعیین شده‌اند (۱۰). به نقل از Larner پست‌مدرنیست‌ها از یک تعبیر ویژه‌ی اجتماعی پیروی می‌کنند. در تفکر پست‌مدرن، الگوی اساسی و سازنده زبان (language) است، که استفاده از آن در قصه‌ها، درمانگر را یاری می‌دهد تا درک بهتری از ویژگی‌های شخصیتی مراجع به دست آورد (۱۱). درمان راه‌حل‌مدار (Solution – Focused Therapy)، برگرفته از دیدگاه سازه‌نگری اجتماعی است، که هیچ مسأله‌ای را مستقل از تبادلات اجتماعی نمی‌داند، بر اساس این دیدگاه همان‌گونه که مسایل از گفتگوهای افراد شناخته می‌شوند، راه‌حل‌ها نیز در این گفتگوها نهفته است. در این نوع درمان فرض می‌شود که برای هر مسأله یک استثناء (exception) وجود دارد. یکی از فرض‌های دیگر این فرایند این است که افراد از توانایی‌ها، امکانات و مهارت‌های حل‌مسأله برخوردار هستند (۱۲). درمان راه‌حل‌مدار که برگرفته از رویکرد پست‌مدرن است، به جای حل مشکل بر ارائه راه‌حل‌ها (solutions) مبتنی است و به جای جستجوی مشکلات کنونی و علل گذشته، امکانات و توانایی‌های افراد را با نگرشی امیدوارانه و آینده‌نگر جستجو می‌کند (۱۳).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

دراین درمان هیچ چیز غیر قابل تغییری وجود ندارد و تنها بر راه‌حل‌ها و قدرت زبان تأکید می‌شود. در اینجا به افراد کمک می‌شود که تصورات ذهنی خودشان را بر موضوع راه‌حل‌ها شکل داده و رفتارهای راه‌حل‌محوری که امکان دسترسی به اهدافشان را به آنان می‌دهد را تکرار نماید (۱۳).

درمان راه‌حل‌مدار که در اواخر دهه‌ی (۱۹۷۰) پایه‌گذاری شد، برگرفته از رویکرد پست‌مدرن است (۱۴). این درمان حاصل کار مددکاری اجتماعی به نام Steve deShazer و همسرش Insoo Kim Berg در"مرکز خانواده درمانی کوتاه مدت" میلواکی است. مطالعات و ایده‌های این گروه در موسسه تحقیقات روانی (Institute Mental Research) پالوآلتو واقع درکالیفرنیا گسترش یافت هدف این دو همکار (دشازر و اینسو کیم برگ) از مطالعه و ارزیابی اثرات فنون این درمان، ایجاد تغییرات مثبت در مراجعان مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت میلواکی بود (۱۵، ۱۲). ریشهٔ این درمان، براساس اصول درمانی هیپنودرمانگر میلتون اریکسون (Milton) Erickson است (۱۵).

از دیگر همکاران گروه توسعه دهندهٔ این درمانHonlon و Weiner-Davis بودند. این درمان در حیطه‌ی خانواده‌درمانی سیستماتیک یکی از رویکردهای درمانی بسیار محبوب است، الگویی تشریکی و پست‌مدرن، که بر گفتگوهای درمانی بین مشاور و فرد تأکید می‌ورزد. استیودی شازر تقریباً ۳۰ سال از عمرش را به توسعه و اصلاح پیاپی روش‌های درمانی پرداخت که بعدها این درمان به عنوان درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت (Solution–Focused Brife Therapy) شناخته شد (۱۳). این درمان در طول ۲۰ سال اخیر گسترش یافته و امروزه به طورگسترده مورد استفاده قرارمی‌گیرد (۱۶). هم‌چنان که این درمان به پیشرفت خود ادامه داده به موازات آن اجزاء خاصی از آن حذف و یا به آن اضافه شده است. شیوه درمان کوتاه‌مدت توسط همکاران دیگر درایالات پادشاهی لندن به توسعه‌ی خود ادامه داده است (۱۷).

درمان راه حل مدار کوتاه مدت از سال ۲۰۰۰ تاکنون در کنار درمان‌های سنتی به عنوان یک درمان مؤثر و محبوب شناخته شده است (۱۸). طرح پرسش‌های استثناء (questions exception) توسط درمانگر از افراد با هدف جهت‌دهی آنان به زمان‌های گذشته، وقتی که این مشکل در زندگی‌شان وجود نداشت یاری‌دهنده می‌باشند. هدف اصلی درمان راه حل مدار کوتاه مدت این است که به افراد کمک شود نگرش و نحوه‌ی بیان خود را از صحبت کردن درباره مشکلات، به صحبت درباره راه‌حل‌ها تغییر دهند، چون فرض می‌شود که آن‌چه ما درباره آن زیاد صحبت می‌کنیم همان چیزی است که به وجود می‌آوریم، بنابراین افراد ترغیب می‌شوند به جای صحبت‌کردن درباره‌ی مشکل، درباره‌ی راه‌حل صحبت کنند (۱۰). اهداف و فنون درمانی نیز بر اساس امکانات، منابع، توانایی‌ها و نقطه نظرات افراد تعیین می‌شوند. در طی این فرایند درمان‌گر به عنوان پژوهش‌گر به جنبه‌ها و شرایط ویژه‌ی زندگی در گفتگوهای بیان شده فرد که می‌تواند در زندگی وی کاربرد داشته باشد، توجه می‌کند. این روند با همکاری توأمان فرد و درمانگر ادامه می‌یابد. تغییر و پیشرفت از درمان جداناپذیر است و علیرغم این‌که گفتگوهای درمانی به جای بحث درباره‌ی مسایل گذشته به سوی آینده معطوف می‌شوند احتمال یادگیری از مسائل گذشته را به عنوان درس‌های ارزشمند انکار نمی‌کنند. تفاوت این رویکرد بارویکردهای دیگر که افراد را به بیان تجربیات گذشته ترغیب می‌کنند، در این است که این رویکرد بر جنبه‌هایی از تجربیات گذشته‌ی افراد تأکید می‌کند که اثرگذار، سودمند و قابل تکرار در زندگی آینده‌ی آنان است. و تنها بیان تجربیات گذشته توسط افراد با هدف یافتن توانایی‌های آنان برای آینده‌ای امیدوارانه می‌باشد. مداخله‌های درمانی در این رویکرد هدفمندانه برگزیده و به کار گرفته می‌شوند. سه اصل اساسی که Berg & Dolan در این راستا بیان می‌کنند شامل: ۱- اگر نشکسته آن را تعمیر نکنید. ۲- اگر این مداخله یک بار کاربرد داشته پس دوباره هم کار می‌کند. ۳- اگر این مداخله کار نمی‌کند دوباره این‌کار را نکن و کار متفاوتی انجام بده.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

این سه اصل عمومی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، پایه و اساس این رویکرد راتشکیل می‌دهند (۱۹).

اصول مهم و اساسی که درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر آن‌ها پایه‌گذاری شده‌اند شامل موارد ذیل است:۱- مشکلات همیشه رخ نمی‌دهند و راه‌حل‌ها از استثنائات کشف می‌شوند. ۲-اعضای خانواده برای انجام رفتارهای موفقیت‌آمیز به جای این‌که خودشان را با راهکارهایی که برای دیگران سودمند است تطبیق دهند به توانایی‌های خودشان تکیه می‌کنند.۳- موفقیت‌های کوچک و ناچیز هم امید زیادی درباره‌ی خود و زندگی افراد به وجود می‌آورند. ۴- (راه‌حل‌هایی) که فرد تاکنون نتوانسته پیدا کند به وسیله‌ی دیگران خلق شده‌اند. ۵- هیچ‌گونه رابطه‌ای بین مشکل و راه‌حل وجود ندارد، و هر راه‌حلی بی‌همتا است. همه‌ی این اصول در درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت به هم پیوسته و جدا ناپذیر هستند (۱۸).

به طور متوسط، درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت حدود ۵ جلسه برای افرادتشکیل می‌دهد، که مدت زمان هر جلسه حدود ۴۵ دقیقه است. تعداد جلسات به ندرت بیش از ۸ جلسه می‌شود و غالباً یک جلسه مهم‌ترین جلسه است. اگر پس از سه جلسه پیشرفتی حاصل نشد، بهتر است شیوه‌ی درمان تغییر یابد. در این فرایند همین‌طور که مراجع پیشرفت می‌کند، زمان بین جلسه‌ها طولانی می‌شود. به طوری که ممکن است درمان با ۴ جلسه بیش از ماه‌ها طول بکشد (۲۰).

یافته ها

فرآیند درمان راه حل مدار کوتاه مدت

ایجاد و حفظ روابط مثبت و صمیمی با بیماران به عنوان عامل مؤثر سلامت ذهنی آنان توسط اداره پرستاری انگلستان ضروری و حیاتی ذکر شده است (۱۶). Guterman & Leit فرآیند درمان راه حل‌مدار کوتاه‌مدت را شامل پنج مرحله دانسته‌اند: ۱- ساخت و تعیین هدف (constructing a goal) ۲- تعریف و تعیین استثنائات (identifying and amplifying exceptions) ۳- طرح تکلیف (assigning tasks designe) با هدف شفاف‌سازی استثنائات توسط مشاور۴- ارزیابی پیشرفت مراحل درمان ۵- ارزیابی مجدد مسأله و هدف (۲۰).

۱- ساخت وتعیین هدف: Deshazier هدف نهایی این درمان را رشد سریع فرد بیان می‌کند، با این وجود اهداف درمانی به صورت گام‌های کوتاه به پیش می‌روند و احتمال این‌که هدف در جملات منفی بیان شده‌ی فرد نهفته باشد غیر ممکن نمی‌باشد. به عنوان مثال این جمله که افراد می‌گویند: "اگر موقعیتم را نتوانم در گروه حفظ کنم آسیب می‌بینیم"درمانگر می تواند با پرسش: "چه چیز و یا چه رفتار مثبتی می‌تواند جایگزین رفتار قبلی شما شود؟" افراد را ترغیب نماید تا موقعیت‌شان را تغییر دهند (۲۱).

تعیین اهداف با همکاری و با توجه به نگرش‌ها، عقاید، و ارزش‌های فرد صورت می‌پذیرد (۲۲) در این روند اهداف روشن، واقعی، اختصاصی، و دست‌یافتنی توسط فرد و درمانگر تعیین می‌شوند (۱۱). رابطه‌ی درمانی به صورت همکارانه و احترام‌آمیز، مقاومت فرد که مانع پیشرفت است را کاهش می‌دهد واحتمال وجود یک پروسه‌ی ضعیف درمانی رابه حداقل می‌رساند (۱۳) درجه‌بندی توانایی‌ها، احساسات فرد و هم‌چنین ادراک وی از اعضاء، اشیاء و رویدادها بیان‌کننده‌ی اهمیت خاص پرسش مقیاس (scaling question) است، این تکنیک شدت احساسات فرد درباره‌ی موقعیت مشکل زا به طور کمّی تعیین می‌نماید، این پرسش که از فرد می‌شود،"نگرانی شما درچه حد است؟"و "در چه مقیاسی از عدد ۱ تا ۱۰ قرار دارد؟"فرد را در رسیدن به هدفش یاری می‌کند تا آن‌جا که می‌تواند در یک دوره زمانی کاهش یا افزایش احساسات خود را روی این پیوستار تعیین نماید، هم‌چنین درمانگر احساسات خود را نیز نسبت به فرد در طی جلسات مشاوره به وسیله‌ی این شاخص می‌تواند درجه‌بندی کند (۲۱).

۲- تعریف و تعیین استثنائات: به طور کلی فرد به سه طریق توسط درمان‌گر ترغیب به یافتن استثنائات می‌شود: ۱- یادآوری گذشته خود آن زمان که بهتر توانسته از عهده مسأله برآید. ۲- انجام و تکرار رفتارهایی که در گذشته منتهی به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

حل مسأله وی شده است. ۳- شناسایی موارد استثناء به شیوه‌ی ترغیب به گفتگو (۲۲). معمولاً مشاور با این سؤال جلسه را آغاز می‌کند:" هدف شما از آمدن به اینجا چیست؟" .هدف اصلی این پرسش، ترغیب فرد به تشخیص رفتاری است که وی در پی تغییر آن است به این وسیله درمانگر فرد را ترغیب به تشخیص هدفش می‌کند (۲۳) در این مرحله درمانگر به افراد کمک می‌کند تا استثنائات خود را تعریف کنند و به جای سؤال "چه زمانی شما بهتر از عهده این مسأله برمی آیید؟" می‌پرسد: "آیا زمانی بوده که بتوانید از عهده این مسأله بر آیید؟" زیرا که پرسش اول یک پاسخ بله یا خیر در پی دارد و به فرد این مجال را می‌دهد به صورت منفی پاسخ دهد، اما پرسش دوم موقعیتی که فرد توانسته بهتر با مشکلش کنار بیاید را به او یادآور می‌شود؛ یکی از اهداف عمده‌ی استثنائات این است که به فرد کمک شود تا تفاوت بین زمان‌هایی که مشکل وجود داشته و زمان‌هایی که وجود نداشته را بیان کند. هدف دیگر این مرحله ایجاد احساس کارآمدی و توانمندی فرد می‌باشد. در این‌جا درمانگر فرد را ترغیب به تصویرسازی در مورد آینده می‌کند، زمانی که مشکلی وجود ندارد. پرسش این مرحله این است:"زمانی که بتوانید مشکلتان را حل کنید اوضاع چگونه خواهد بود؟"(۲۲). در فرآیند تغییر رفتار، به وسیله‌ی پرسش‌ها فرد ترغیب می‌شود تا مشکلاتش را با دیدی متفاوت بنگرد (۲۲). کاربرد تکنیک درمانی پرسش معجزه (miracle question) نیز برای جستجوی استثنائات کشف نشده می‌باشد. این پرسش به صورت یک برنامه‌ی درمانی از فرد می‌خواهد صبح روز بعد را تصور کند که مشکلش حل شده است: «فرض کنید بعد از اتمام جلسه، زمانی که شما به منزل رفته‌اید، یک معجزه، شب وقتی که خواب هستید روی می‌دهد، و مسأله‌ای که شما را به این جا کشانده، حل می‌شود، صبح وقتی که از خواب بیدار می‌شوید اولین چیزی که شما را متوجه می‌کند که بگویید این معجزه روی داده است چه خواهد بود؟» (۱۶). پرسش معجزه که به عنوان یک فن برای یافتن راه‌حل‌ها در موارد استثناء زندگی فرد کاربرد دارد کوششی متفاوت است که دارای دو ویژگی می‌باشد: ۱- کارکرد متفاوت و ۲- نگرش متفاوت. کارکرد متفاوت عملکرد هدف‌گرا و معنی‌داری است که در جهت تغییر رفتار و کارآمدی عملی فرد طرح می‌شود و نگرش متفاوت روشی برای ایجاد موقعیت مناسب در شرایط مشکل‌زا است (۲۲).

۳- طرح تکلیف با هدف شفاف‌سازی استثنائات توسط مشاور:

تکالیف در سه گام بیان می‌شوند (۲۲)

۱- از اصول این مرحله توانایی تعریف هدف و شناسایی موارد استثناءاز سوی فرد و درمانگر است.در این زمان درمانگر از فرد می‌خواهد از هم‌اکنون تا جلسه بعد در پی یافتن استثنائات باشد (۲۲). از زمانی که فرد جلسه را ترک می‌کند تا شروع جلسه بعدی فرصتی برای اندیشیدن وی فراهم می‌آید که این وقفه زمانی فرصتی در راستای جهت‌دهی جلسه درمان به فرد و درمانگر می‌دهد. در این روش نیاز است که فرد تشویق شود تا توانایی‌هایش را شناخته و به کلید حقیقی راه‌حل‌ها دست یابد. درمانگر با روش تمجید و تکلیف فرد را ترغیب به تغییر می‌نماید (۲۴).

۲- تکلیف دو زمانی به کار می‌رود که فرد مسأله و هدف را تعریف کرده و استثنائات بالقوه را می‌شناسد، اما توانایی تشخیص استثنائات را ندارد. در این مرحله فرد وظیفه دارد از هم‌اکنون تا جلسه بعداستثنائاتی که در زندگی‌اش اتفاق افتاده را یادداشت کند (۲۲). این نکته مهم است که تمجید از فرد باید در زمینه‌هایی باشد که به خوبی از پس آنان بر می‌آید. درمانگر و یا تیم درمانی آن‌چه را که در بیابانات و صحبت‌های فرد سازنده، مفید، مؤثر و شادی‌بخش است را شناسایی و تمجید می‌کنند. این شیوه در پی یافتن اهداف قابل دسترس و جست‌جوی راه‌حل‌ها در موارد استثناء است و هدف آن ایجاد آمادگی و پذیرش رفتارهای جدید درافراد است. رابطه‌ی همیارانه طی درمان با تمجیدهای به جا و مناسب افزایش می‌یابد (۲۴).

۳- در تکلیف سه از فرد خواسته می‌شود از اکنون تا جلسه بعد در مورد اعمال متفاوتی که انجام می‌دهد بیندیشند. کاربرد تکلیف سه درصورتی است که فرد مسأله و هدف را تعریف

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

کرده، اما توانایی تبیین هدف را ندارد. به هر حال ارائه‌ی تکالیف شیوه‌ای در فرآیند درمان است که در برخی موارد مشاور آن را با فنون، شیوه‌ها و فرآیندهای درمانی دیگر ترکیب می‌نماید (۲۲).

٤- ارزیابی پیشرفت مراحل درمان: در این مرحله مشاور به فرد کمک می‌کند تا استثنائاتی را که در نتیجه‌ی انجام تکالیف درمانی شناخته را توسعه دهد بدین‌ترتیب که فرد به بیان تجربیات گذشته از سوی مشاور ترغیب می‌شود این مهم است که تأکید برجنبه‌های مؤثر، مفید و قابل تکرار تجربیات گذشته فرد باشد، هدف این مرحله یافتن توانمندی‌های افراد و پیدایش نگرش آینده‌نگر و امیدوارانه است تا در پی آن افراد بتوانند این تجارب سازنده را در زندگی روزمره خود تعمیم دهند (۱۹).

٥- ارزیابی مجدد مسأله و هدف: اگر درمانگر و فرد به اهداف درمانی در این مرحله رسیده باشند مداخلات خاتمه می‌یابد. شرایط مطلوب این است که درمانگر و فرد به یک موافقت رضایت‌مندانه دو جانبه رسیده باشند. اما اگر فرد نشان دهد که هنوز کماکان به حمایت بیشتری نیاز دارد، مسأله و هدف مجدداً طرح می‌شوند. در چنین مواردی مهم است که تعریف مسأله و هدف تصحیح شده و شاید نیاز باشد هدفی دست‌یافتنی‌تر، کلی‌تر، و یا خاص‌تر که در ارتباط نزدیک‌تری با مسأله فرد باشد تعریف شود (۲۲).

در زمینه نتایج این رویکرد مطالعاتی انجام شده است، پژوهش‌های دیگری نیز انجام گرفته که تأییدکننده‌ی تأثیرات مثبت این رویکرد در مقایسه و ترکیب با مدل‌های دیگر می‌باشد.

نظری در پژوهشی با استفاده از دو گروه، به مقایسه اثربخشی دو روش غنی‌سازی، و رویکرد راه‌حل‌مدار در افزایش رضایت‌زناشویی زوجین شاغل پرداخت. نتایج این پژوهش، نشان‌داد که روش مشاوره راه‌حل‌مدار در خرده‌مقیاس‌های آشفتگی کلی، ارتباط عاطفی، حل‌مسأله، زمان با هم بودن، پرخاشگری، مسایل جنسی و جهت‌گیری نقش تأثیر معنی‌داری در میان ۲۴ زوج شاغل داشته است (۲۵).

سعیدی پژوهشی با عنوان اثربخشی زوج‌درمانی راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت، بر کاهش تعارضات زوجین انجام داد، که نتایج این پژوهش در کاهش تعارضات زناشویی، ایجاد ارتباط با خانواده همسر، ارتباط با دوستان، اوقات فراغت، رابطه‌ی جنسی، حل مشکل، موارد اقتصادی و نقش‌های مساوات‌طلبانه تأثیر مثبت نشان داده‌است (۲۶).

برنده، شفیع آبادی، احقر تأثیر مشاوره‌ی گروهی به شیوه‌ی راه‌حل‌محور (راه‌حل‌مدار) را بر کاهش استرس شغلی کارکنان زن بنیاد علمی- آموزشی قلم‌چی نشان داد که مشاوره‌ی گروهی به شیوه‌ی راه‌حل‌محور بر کاهش استرس شغلی کارکنان، کاهش استرس روابط بین‌فردی، علائم جسمانی استرس شغلی و استرس علائق شغلی مؤثر بوده است (۲۷).

تقی پور، خوش کنش و صالحی تأثیر مشاوره‌ی گروهی راه‌حل‌مدار بر افزایش عملکرد تحصیلی و خودکارآمدپنداری دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه نشان داد شیوه مشاوره‌ی گروهی راه‌حل‌مدار در افزایش عملکرد تحصیلی و خودکارآمدپنداری تأثیرگذار بوده است (۲۸).

Sanderz در مطالعه‌ای بررسی کارایی رویکرد راه‌حل‌محور (راه‌حل‌مدار) را در درمان افسردگی دانشجویان نشان داد که درمان راه‌حل‌محور مؤثر بوده است (۲۹).

Franklin و همکاران نشان دادند که جوانان معتاد به سوء مصرف مواد، نوجوانان در معرض بحران نوجوانی و دارای مشکلات رفتاری، بسیار تحت‌تأثیر درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت می‌باشد (۳۰).

Franklin & Kim با مطالعه‌ی دقیقی از بررسی نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بیان کردند که این درمان می‌تواند در کار با دانش‌آموزان در معرض خطر در مدرسه، به ویژه کمک به آنان در جهت کاهش شدت احساسات منفی، مدیریت و سازماندهی مشکلات و برون‌ریزی مشکلات رفتاری به عنوان روشی مفید و مؤثر به کار رود (۳۰).

نتایج پژوهش Knekta و همکاران که بر روی ۳۲۶ نفر زن و مرد معتاد به الکل و سیگار، با دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۶ سال

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

در مدت ۳ سال انجام گرفت، نشان داد که درمان روان‌شناختی پویا و درمان راه‌حل‌مدار توأمان، در بهبودی آنان تأثیر داشته است (۲۳).

Fitzgerald & Leudar در پژوهشی که با عنوان تغییر تمرکز از فرد در جهت تمرکز بر راه‌حل، انجام دادند؛ بیان کردند،که گوش‌دادن به فرد و حمایت یاورانه از او در جریان صحبت‌هایش، یک روش بسیار مناسب درمانی می‌باشد (۳۱).

Kooba & loved پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت بر افزایش ثبات مراقبت‌های پرورشی نوجوانان بر کارکنان مرکز درمانی مسکونی شهری انجام دادند، برای این منظور ۳۱ نفر از نوجوانان با پیشینه متفاوت انتخاب شدند. در سال اول درمان شناختی- رفتاری به عنوان روش درمانی برای کارکنان اجرا و در سال دوم درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت درمان ترجیحی بود. به مدت سه روز در هفته طی سه تا شش ماه درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت به کارکنان این مرکز آموزش داده شد و پس از آن اختلالات متفاوت در نوجوانان در سال دوم نسبت به سال اول مقایسه شد. نتایج نشان دادند درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت توان بالقوه‌ای در افزایش ثبات مراقبت‌های پرورشی نوجوانان از طرف کارکنان دارد (۲۱).

Quick بیان می‌کند: درمان راه‌حل‌مدار در کاهش اختلالات رفتاری مانند افسردگی و اضطراب مناسب است. مشاوران با استفاده از فنون این درمان و انتقال نگرش راه‌حل‌مدار با مراجع ارتباط برقرار کرده و ویژگی‌های او را بررسی می‌کنند و در جلسات چگونگی استفاده از این برنامه و روند درمان را آموزش می‌دهند (۳۲).

همچنین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهشی که Javanmiri و همکاران انجام دادند همسو است. جوانمیری و همکاران در پژوهشی فنون درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت را با هدف کاهش افسردگی دختران نوجوان به کار بردند که نتایج این پژوهش تأثیر این روش را در کاهش افسردگی آنان مثبت گزارش کرد (۸).

Laaksonen و همکاران پژوهشی با هدف بررسی رابطه روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت (short- term psychodynamic psychotherapy) و درمان راه‌حل‌مدار بر درمان بیماری‌های خلقی و اضطرابی انجام دادند، به این منظور ۱۹۸ نفر بیمار به طور تصادفی با خلق اضطرابی انتخاب شدند، و تحت درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت (stpp) و درمان راه‌حل‌مدار (sft) قرار گرفتند. به طور کلی یافته‌ها اقدامات روان درمانی کوتاه مدت را در درمان افسردگی اثربخش توصیف کردند (۳۳).

بحث و نتیجه‌گیری

درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت در مورد تقریباً همه‌ی اختلال‌های رفتاری و در تمام الگوهای درمان به کار رفته است. تمرکز کوتاه به ویژه برای درمان اختلال‌های خفیف و اختلال‌های سازگاری مفید واقع می‌شود، اما این درمان برای بیماران مزمن هم توصیه شده است (۳۴) این درمان به جای تمرکز بر مشکلات بر سلامت افراد تأکید می‌کند و به جای توجه به نقاط ضعف، بر توانایی‌ها، مهارت‌ها و امکانات افراد در جهت رسیدن به اهداف آینده توجه می‌کند (۳۵). این درمان به کسب آگاهی از مشکل علاقه‌ای ندارد و برای حل مشکل آگاهی از علت آن را الزامی نمی‌داند، هم‌چنین این درمان عقیده دارد که بین مشکل و راه‌حل آن رابطه‌ای وجود ندارد؛ هرچند که این درمان به بازگویی مشکلات گذشته علاقه‌ای ندارد اما معتقد است تجربیات گذشته افراد همیشه درس‌هایی برای آموختن به آنان دارد (۲۳) این درمان اعتقاد دارد به وسیله‌ی گفتگوهای آزاد مشاوره‌ای می‌توان به دنیای ذهنی و تجربی افراد پی برد (۱۱). در این راستا افراد تشویق می‌شوند تا تجربیاتشان را دوباره بیان کرده و جدای از این مشکل و هر ساختار مشکل‌آفرین، آینده‌شان را در حال زندگی کنند. نکته مهم این فرایند درمانی یافتن موارد استثناء و تجربیات موفقیت‌آمیز در زندگی گذشته فرد است که بتوان آن‌ها را به دیگر شرایط زندگی تعمیم داد (۲۱). هم‌چنین تمرکز بر آن‌چه درست و صحیح است در زندگی به افراد کمک می‌کند که بدانند وقتی کاری به نفع آن‌ها نیست، توقف انجام آن کار مفید است و برعکس این امر نیز صادق است (۳۵). این درمان کوتاه‌مدت در صدد آن است تا افراد نحوه‌ی نگرش و بیان خود را از مشکلات به راه‌حل‌ها تغییر دهند و با تأکید بر توانایی‌ها و امکاناتی که می‌تواند در زندگی افراد کاربرد داشته باشد به آنان کمک کنند تا نگرش خود را از مسایل گذشته به سوی آینده معطوف دارند (۱۱). این چارچوب‌بندی دوباره احساس فرد را از تداوم، فراگیری و درونی-کردن رویدادهای منفی خارج می‌کند و احساسی جدید

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

به او می‌بخشد (۳۶). تأکید بر روح امیدواری و انتظار پیشرفت و برجسته‌کردن توانایی‌های مراجعان که جزء لاینفک این درمان است به افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی آنان می‌انجامد و امکان پذیرش و آگاهی نسبت به توانایی‌هایشان را به آنان می‌دهد و این نگرش نه تنها شامل نگرش نسبت به خودشان را در بر می‌گیرد، بلکه نگرش به دیگران را نیز شامل می‌شود، درمان راه‌حل‌مدار کوتاه‌مدت با دوری‌جستن از گذشته به نفع زمان حال و آینده و با درمان‌های سنتی متفاوت است (۱۰). هم‌چنین تأکید آن به ترغیب فرد به بیان تجربیات سودمند، مؤثر با هدف یافتن توانایی‌های آنان در گذشته که قابلیت تکرار در زندگی آینده‌شان را داشته باشد این درمان را از درمان‌های دیگر متمایز می‌سازد (۳۵). Rhode با مرور مقالات مربوط به خانواده درمانی و فراوانی آن ها درطول ۳۰ سال گذشته، سودمندی درمان‌های پرسش محور، مانند درمان‌های پست میلان (Post-milan)، راه حل مدار و روایت درمانی را نشان می‌دهد (۱۴). درمان راه حل مدار کوتاه مدت اثربخشی خود را در حوزه‌های مختلف مانند درمان معتادین به سوءمصرف مواد و نوجوانان در معرض بحران و دارای مشکلات رفتاری (۳۰). هم‌چنین در حیطه‌ی مدرسه افزایش عملکرد تحصیلی و خودکارآمدپنداری دانش‌آموزان (۲۸) نشان داده است. با این وجود به دلیل جدید بودن این درمان سؤالات زیادی در مورد فرآیندها و روش‌های درمانی و اثربخشی‌شان وجود دارد که پژوهش‌های آینده باید در صدد پاسخ به آن‌ها برآیند، هم‌چنین باید اثربخشی این درمان را در حیطه‌های مشاوره و روان‌درمانی را با درمان‌های پرکاربرد مقایسه کنند.

References

1. Saduk B., Saduk V. Summary of Psychiatry: Behavioral Sciences - Clinical Psychiatry. Trans. Pour afkari N. Tehran: Shahre ab – Ayandehsazan publication; 2007. [In Persian].
2. Van de vold S., Bracke P., Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross – national variation in the gender gap in depression. social science & medicin 2010; 71(1): 305-13.
3. Korey J. Theory and application of counseling and psychotherapy. Trans. Seyed Mohamadi Y. 3rd ed. Tehran: Arasbaran: 2005. [In Persian].
4. Papageorgio C, Wells A. Depressive rumination: nature, theory and treatment chi Chester. 5th ed.UK: Wiley; 2004. P. 187-215.
5. Crane R. Mindfulness based cognitive therapy. 1st ed. New York: Rout ledge press; 2009. P. 35.
6. Hinrichsen, G. A. Interpersonal Psychotherapy for Late Life Depression: Current Status and New Applications 2008; 26(4); 263 -275.
7. Hopko D. R., Mullane C. M. Exploring the relation of depression and overt behavior with daily diaries. Behaviour Research and Therapy 2008;46(9): 1085-9.
8. Javanmiri L, Kimiaee S. A, Ali Ghanbari B.).The Study of Solution-Focused Group Counseling in Decreasing Depression among Teenage Girls Journal: International Journal of Psychological Studies 2013; 5(1); 105.
9. Wang Y. G., Wang Y. Q., Chen S. I., Wang K. Theory of mind disability in magor depression with or without psychotic symptoms: A componential view. Psychiatry Research 2007; 161(2): 153-16.
10. Rosenhan, DL., Seligman, MEP. Abnormal psychology. 1995; Norton & Co
11. Larner G. Integration family therapy with children chronic illness: An Ethics of: practice. Australian and new zeland Journal of family therapy 2009; 14: 51- 65.
12. Ferraz, H., & Wellman. N. The interaction of solution – focused brief therapy principles in nursing: a literature review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2008:15:37-44.
13. Samaras N, Rossi G, Giannakopoulos P, Gold G. Vascular depression, an age related mood disorder. European Geriatric Medicine 2010; 4(1):220–5.
14. Rhodes P. Amplifying Deviations in family interactions: Guidelines for Trainees in post – Milan family therapy. Education update 2008; 29(1): 34-9.
15. Burwell R., Chen C. P. Applying the principles and techniques of solution – focused therapy to career counselling. Counseling Psychology Quarterly 2006;19(2):189-203.
16. Fernando D. M. Existential thepry and solution– focused strategices integration and application. Journal of mental counseling 2007; 29(3): 226-41.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

17. Lioyd H., Dallos R. FIRST session solution – focused brief the rapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers experiences and view. Journal of family therapy 2008;30:5-28.
18. Kiss J. P. Theory of active anti depressants. A non synaptic approach to the treatment of depression neurochemistry International 2007; 52(1-2); 34-9.
19. Cuttler C., Graf P. sub-clinical checking compulsions are related to impaired prospective memory independently depression , anxiety and distractibility . Journal of Anxiety Disorders 2007; 22(4): 654-64.
20. Guterman J. T., Leite N. Solution – focused counseling for clients with Religious and spiritual concerns. Counseling and Values 2006; 51, 39–52.
21. Kooba J. J., Loved S. M. The implementation of solution – focused therapy to increase care placement stability. Children and Youth Services Review 2010; 32(10): 1346-50.
22. Gorman J. M. Gender Differences in Depression and Response to psychotropic Medication. Gender Medicine. Gend Med 2006;3(2):93-109.
23. Knekta P., Laaksonenb M. A., Raitasalso R., Haaramoc P., Lindforsc O. Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short – and long – term psychodynamic psychotherapy and solution – focused therapy. European psychiatry 2010; 25(1):1-7
24. Seedall R. B. Enhancing change process in solution – focused brief therapy by utilizing couple enactments. The American Journal of Family Theraphy 2009;37: 99-113.
25. Nazari A., Goli M. Effectiveness of solution-focused counseling on marital satisfaction in employed couples. Journal of knowledge and health 2007; 2(4); 35-39.
26. Saeedi L. Effect of short-term solution focused couples therapy on Reduction conflicts couples in Khomeini city of Isfahan. [MA thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University; 2010. [In Persian].
27. Barandeh N, Shafie-abadi A., Ahghar Gh. The effects of solution-focused group counseling on reduction job stress Female employees of Ghalamchi teaching Scientific Foundation. Journal of Educational 2010; 5(22): 1-22. [In Persian].
28. Taghipour E, Kosh konesh A., Salehi F. Efficacy of Solution- focused group counseling on Increase academic performance and Effective self-concept High school students. Journal of Occupational and Organizational Consulting 2011(3);6: 62-80. [In Persian].
29. Ghamari M. Examining the efficacy of solution- focused counseling on reduction on Different dimensions of marital conflict in Dual-career couples. Journal of Family Research 2009; 5(18): 347-59. [In Persian].
30. Kim J. S., Franklin C. Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. Children and Youth Services Review 2008; 31(4): 464-70.
31. Fitzgerald P, Leudar I. in active listening in person – centered, solution – focused psychotherapy. Journal of Pragmatics 2010; 32(12):1346-50.
32. Quick E K. Solution Focused Anxiety Management and Individual Therapy. San Diego: Kaiser Permanente; 2013.
33. Laaksonen M A., Kneki P., Sares-Jaske L., Lindfors O. Psychological predictors on the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy in the treatment of mood and anxiety disorder 2013;28(2):117-24.
34. Prucheska J., Norkross J.C. Theories of Psychotherapy. Trans. Seyed Mohamadi. Y. Tehran: Roshd; 1999. [In Persian].
35. Eshel N., Roiser J. P. Reward and punishemt processing in depression. Biological Psychiatry 2010; 68(2): 118-24.
36. Aken R. V., Taylor B. Emerging from depression: the experiential process of Healing touch explored through grounded theory and case study. Complementary Therapies in Clinical Practices 2010;16(3): 132-7.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]

Solution-oriented therapy for depression: A theoretical orientation and introduction to therapeutic approach

Mojtaba Habibi [1]

Review Article

Abstract

Aim and Background: Considering the importance of correct diagnosis depression disorder, this study investigated the predisposing factors and appropriate solutions with a focus on solution-oriented therapy.

Methods and Materials: The method of this study reviewed theoretical literature and research literature.

Findings: Findings related to factors Causes of depression and various theories were presented such as cognitive – behavioral treatment, metacognition, solution – focused therapy

Conclusions: Factors such as sex, marital status, social relations and ... affect depression. According to different theories, several factors can cause depression and different treatments are recommended. The solution – focused brief therapy was effective in different areas such as individuals with behavioral problems, teenagers in danger and also increases the academic performance of students. It is effective in the treatment of depression.

Keywords: Depression Disorders, Predisposing Factors, Existing Theories

Citation: Habibi M. **Solution-oriented therapy for depression: a theoretical orientation and introduction to therapeutic approach**. J Res Behave Sci 2015; 13(2): 166-175

Received: 21.06.2013 Accepted: 12.07.2015

1. Assistant Professor, Family Reseach Center, The University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: Mo_Habibi@sbu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.15.2]