

همایش ملی مطالعات و پژوهش های علمی علوم انسانی

نهاد برگزار کننده همایش: موسسه قانون یار با حمایت معنوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه
سرمدبر علمی و مسئول برگزاری همایش: دکتر بهنام اسدی شماره مجوز: ۴۸۵۳-۷۸۸۶۴
سال برگزاری همایش: ۱۳۹۷ شماره مقاله: ۵۴۵/۱۲۲ رده بندی کنگره: د ۵۱۳/۲

درآمدی بر رویکرد مشاوره راه حل مدار

لیلا جوانمیری

چکیده

این مقاله با هدف تعیین اثربخشی رویکرد راه حل مدار بر کاهش افسردگی نوجوانان دختر انجام شد. افسردگی یکی از شایعترین بیماری های زمان ما به شمار می رود تا بدان جا که این بیماری را به سرماخوردگی روانی تعبیر کرده اند. نوجوانی نیز دورانی بسیار حساس و سرنوشت ساز در زندگی افراد می باشد و افسردگی در نوجوانی تا حد زیادی شایع است. بنابراین درمان این اختلال در سنین نوجوانی امری ضروری به شمار می رود. این پژوهش یک پژوهش شبه تجربی است که در آن از پیش آزمون و پس آزمون با گروه مداخله نما استفاده شده است. جامعه آماری، تمامی نوجوانان دختر افسرده شهرستان صحنه بودند که از آن میان ۲۰ نفر از طریق نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش و مداخله نما قرار گرفتند. داده ها به کمک پرسشنامه افسردگی بک (BDI) پیش از شروع جلسات در مورد هر دو گروه جمع آوری شد. متغیر مستقل، درمان راه حل مدار بود که گروه آزمایش ۸ ساعت (۸ جلسه ۱ ساعته) تحت مشاوره گروهی قرار گرفتند. در این مدت به منظور حذف اثر آزماینده، گروه مداخله نما تحت آموزش های نامربوط قرار داشت (آموزش مهارت های مطالعه). پس از پایان جلسات دوباره پرسشنامه BDI در مورد هر دو گروه اجرا شد و پس از یک ماه، آزمون

پیگیری به عمل آمد و پرسشنامه BDI اجرا گردید. سپس با استفاده از آزمون T مستقل و کوواریانس، یافته‌های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره گروهی راه حل مدار در کاهش افسردگی نوجوانان دختر تأثیر دارد و در سطح $\alpha = 0/01$ معنی دار می باشد. همچنین نتایج آزمون پیگیری نشان دهنده پایداری اثر درمان می باشد. به بیان دیگر مشاوره گروهی راه حل مدار به صورت معنی داری موجب کاهش افسردگی نوجوانان دختر گردیده است.

فصل اول: کلیات

همه ما در طول زندگی خود غمگینی و دلتنگی را تجربه کرده ایم. اگر با دقت به گذشته خود نگاهی بیاندازیم خواهیم دید که در برخی از روزها غم و اندوه را در وجودمان احساس نموده ایم. اما باید آگاه باشیم که بین این تجارب و بیماری افسردگی^۱ تفاوت های اساسی وجود دارد. نوجوانی مرحله گذر از کودکی و ورود به دنیای بزرگسالی است، بسیاری از نوجوانان مشکلات شخصی و خانوادگی زیادی را در این مرحله بحرانی از زندگی تجربه می کنند. بعضی از نوجوانان با توجه به حمایت والدین و حفظ یکپارچگی خانواده از این مرحله می گذرند و در کنار خانواده وارد دوران جوانی می شوند. اما بعضی از نوجوانانی که شبکه حمایت اجتماعی مناسبی در خانواده و محیط ندارند، از آشفتگی ها و اختلالات هیجانی و رفتاری رنج می برند و مهارت های مقابله ای و حل مسئله مناسب را برای کاهش فشار ها و مدیریت مشکلات زندگی کسب نکرده اند (لیندس^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از کاملی، ۱۳۸۸). لویز هافمن^۳ (۱۹۹۶؛ به نقل از آقا محمدیان و حسینی، ۱۳۸۴)، عقیده دارد که توجه و علاقه به بررسی تحول نوجوانان^۴، تا اندازه ای نشانگر این باور است که نوجوان قربانی مشکلات اجتماعی امروزی است. او برای نمونه به جنایت، سوء مصرف مواد، بارداری ناخواسته، اختلالات تغذیه و افسردگی اشاره می کند. آگاهی از تحولات دوره نوجوانی به ما کمک می کند تا هر چه بهتر با نوجوانان برخورد کنیم و شیوه های مناسبی را برای تشویق آنان به انجام رفتارهای اجتماعی طراحی نماییم و نیز

^۱- Depression

^۲- Lyndis

^۳- Hoffman, L.W

^۴- Adolescent

برنامه های آموزشی را تدارک ببینیم که برای نوجوانان تحریک کننده باشد و آنان را به چالش وادارد.

بند اول: موضع گیری نظری و مواضع پژوهشی

آشکارا مشاهده می شود که تعریف های مختلف افسردگی به نشانه های بسیار متنوعی اشاره دارند که می توانند به گونه های مختلف با یکدیگر ترکیب شوند و گاهی بازشناسی افسردگی از خلال این ترکیب ها بسیار مشکل است، به خصوص اگر جنبه پنهان داشته باشد و یا جلوه های بدنی به خود گیرد (دادستان، ۱۳۷۸؛ به نقل از گرجی، ۱۳۸۱). بنابراین ارائه یک تعریف واحد که به طور کامل مورد توافق تمامی متخصصان آسیب های روانی باشد، کار آسانی نیست، به همین منظور بهتر است که به تعاریف مهمی که در این خصوص وجود دارد اشاره کنیم. بک معتقد است که افسردگی اصطلاحی است که به مجموعه رفتارهایی اطلاق می شود که عناصر مشخص آن کندی حرکت و کلام، گریه کردن، غمگینی، فقدان پاسخ های شاد، خودکم بینی، فقدان علاقه، کم ارزشی، بی خوابی، بی اشتها، خلق افسرده، بازداری از عمل و بازداری از تفکر است (احمدی، ۱۳۷۸). افسردگی به گونه ای واکنش نسبت به منزوی شدن، فقدان یا کمبود است و از این رو شکلی از تنهایی یا اندوه است که به قول فروید به هنگام «سوگواری و مالیخولیا» در نقاب خصوصیات فردی اشخاص قرار می گیرد و احتمالاً به واسطه ی آن اصلاح می شود. اما در نهایت واکنشی جامع می باشد که در ضمیر انسان نهفته است (آرمک هاف^۱، ۱۹۹۱؛ به نقل از دوپاولو و راسل ابلاو^۲، ۱۹۹۲؛ به نقل از گرجی، ۱۳۸۱). «افسردگی» بیماری روانی است که موجب تغییر خلق و خو شده و توانایی جسمی و روانی فرد را کاهش می دهد و

^۱ - R mc Hugh

^۲ - Depaulo & Russel Ablow

بیشتر در نتیجه ترس، نگرانی و اضطراب مداوم بوجود می‌آید. تعداد کسانی که از این بیماری رنج می‌برند از بیماران قلبی، ایدز و امثال آن- که امروزه بسیار از آن‌ها سخن گفته می‌شود- بیشتر است. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی، افسردگی دومین بیماری عمده جهان شناخته خواهد شد (ناعمی، ۱۳۸۷). در سطح معمولی بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی یا غیر منطقی عواطف غمگینی، اضطرابی و یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود (بلاک برن و کوترو^۱، ۱۹۹۰؛ به نقل از دادستان، ۱۳۷۸). دادستان (۱۳۷۸)؛ به نقل از گرجی، (۱۳۸۱)، به نقل از لافون بیان می‌کند که افسردگی افت گذرا یا دوام دار تنود عصبی- روانی است که به صورت یک مولفه بدنی (سردردها، خستگی پذیری، بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، یبوست، کاهش فشار خون و غیره) و یک مؤلفه روانی (احساس به پایان رسیدن نیرو، حقارت، ناتوانی، غمگینی و غیره) نمایان می‌شود. افسردگی بار مالی سنگینی را تقریباً به ۱۲ درصد جمعیت جهان تحمیل می‌کند (آستان^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). بطور متوسط هزینه‌ای که یک فرد افسرده بر جامعه تحمیل می‌کند از هزینه‌هایی که یک فرد مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر بر جامعه تحمیل می‌کند بیشتر است (وکیلی و همکاران، ۱۳۸۸). اقتصاددانان برآورد کرده‌اند که افسردگی سالانه ۴۳ بلیون دلار برای ایالات متحده آمریکا هزینه در بردارد (هانتز^۳، ۲۰۰۹). بر اساس DSM-IV افسردگی با توجه به هشت ویژگی تشخیص داده می‌شود: گرفتگی خلق حداقل به مدت دو هفته، احساس عدم لذت در بسیاری از فعالیت‌ها، اختلال در خواب، تغییرات وزنی قابل ملاحظه، فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه، اشکال در تمرکز، تصمیم‌گیری و افکار خودکشی

^۱ -Blackbum & Cottrau

^۲ - Ustun

^۳ - hunter

(گرینبرگ و واتسون^۱، ۲۰۰۷). ۱۵ درصد از افراد مبتلا به افسردگی در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. تحقیقات نشان می‌دهد که هر ساله حدود یک میلیون نفر در جهان در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، بعبارتی دیگر در هر ۳۰ ثانیه یک نفر (هانتز، ۲۰۰۹).

بند دوم: علائم افسردگی و میزان شیوع آن در دوره نوجوانی

اختلالات خلقی^۲ همانند بسیاری از بیماری‌های دیگر انواع متفاوتی دارند که مشهورترین آن‌ها در ارتباط با افسردگی هستند. بر اساس تقسیم‌بندی که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) و مصاحبه بالینی با ساختار^۳ بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی آمده است، عبارتند از:

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| Major Depressive Episode | ۱- دوره افسردگی اساسی |
| Dysthymic Disorder | ۲- اختلال افسرده‌خویی |
| Cyclothymic Disorder | ۳- اختلال خلق‌ادواری |
| Bipolar Mood Disorder | ۴- اختلال دوقطبی |

اختلالات مذکور دارای علائم تشخیصی خاصی هستند که به طور مفصل و دقیق در منابع ذکر شده مطرح شده است (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۱۳۷۴).

اما آن چیزی که در این پژوهش اهمیت دارد علائم و نشانه‌های افسردگی در نوجوانی است.

^۱ - Greenberg & Watson

^۲ - Mood Disorder

^۳ - Structure clinical interview for DSM IV Disorder

بند سوم: آیا نشانه های افسردگی در نوجوانی و بزرگسالی متفاوت است؟

احمد خانیها (۱۳۸۰؛ به نقل از گرجی، ۱۳۸۱)، معتقد است که علائم زیر صرف نظر از سن در بین تمامی افسرده ها دیده می شود: ۱- افکار خودکشی ۲- بی خوابی و مشکلات خوابیدن ۳- فقدان تمرکز ۴- خلق افسرده ۵- تحریک پذیری. افسردگی در نوجوانان ممکن است به صورت اخم و ترشرویی، منفی گرایی، گوشه گیری، شکایت از درک نشدن یا مورد تحسین قرار نگرفتن، احتمالاً رفتارهای ضد اجتماعی و سوء استفاده از داروها مشخص شود که عبارت است از بزرگ نمایی مسائل عادی نوجوانان (کتول^۱، ۱۹۸۲؛ گالمور و ویلسون^۲، ۱۹۷۲؛ به نقل از آزاد، ۱۳۷۳). بارلو و دورند^۳ (۱۹۹۵)، به نقل از گرجی، (۱۳۸۱)، بر این باورند که نشانه ها و علائم افسردگی در سنین مختلف با هم تفاوت هایی دارند. آن ها علائم مربوط به این اختلال را در سنین ۱۳ تا ۱۸ سالگی به شرح زیر مشخص می کنند:

۱- حالت غمگینی ۲- بی حالی ۳- زودرنجی ۴- افزایش شکایت های افسرده وار ۵- از دست دادن لذت یا رغبت ۶- تغییر اشتها یا وزن ۷- بی خوابی یا پرخوابی ۸- رفتارهای پرخاشگرانه ۹- تندی روانی- حرکتی ۱۰- فقدان انرژی ۱۱- احساس گنهکاری ۱۲- سطح پایین کارآمدی تحصیلی ۱۳- افکار مربوط به خودکشی ۱۴- اضطراب ۱۵- شکایت های بدنی .

در تحقیقی که توسط رایان^۴ و دیگران (۱۹۸۲؛ به نقل از سارهوش، ۱۳۸۴)، به منظور بررسی و مقایسه فراوانی و شدت علائم اختلال افسردگی در دو گروه از کودکان و

¹- Cantwell

²- Gallemler & Willson

³- Barlow & Durand

⁴- Rayan

نوجوانان در بخش روانپزشکی دانشگاه پترزبورگ انجام گرفت، ۲۴ نفر کودک و ۹۲ نفر نوجوان شرکت داشتند. سن این افراد بین ۴ تا ۱۸ سال بود و از بین کسانی که به برخی از علائم افسردگی از قبیل: غم، افکار خودکشی، عصبی بودن، عدم لذت از زندگی و ... به بخش روانپزشکی مراجعه کرده بودند، انتخاب شده و به مدت دو هفته تحت نظر قرار گرفتند تا از نظر تطبیقی مورد ارزیابی قرار گیرند. در این مدت تکمیل فرم «اف.اس.ا.دی. اس. پی» که معیاری برای تشخیص افسردگی شدید است و معاینه توسط متخصص اطفال، به مرحله اجرا درآمد. همچنین مصاحبه یک به یک کودکان و نوجوانان و والدین آن‌ها صورت گرفته و تشخیص نهایی بر اساس کل اطلاعات کسب شده داده شد. از لحاظ علائم افسردگی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشته است. از کل کودکان و نوجوانان ۱۱۷ نفر دارای خلق افسرده در حد خفیف، ۱۱۸ نفر به بی‌علاقگی، ۱۶ درصد دارای اختلال در تمرکز فکر، ۱۳ درصد ناراحتی و عصبانیت، ۱۱ درصد عصبی، ۲۴ درصد بی‌خوابی و ۲۸ درصد انزوای اجتماعی بوده‌اند. علائم شایع در نوجوانانی که دوران بلوغ را می‌گذرانند عبارت بودند از: ۲۴ درصد ظاهر افسرده، ۱۳ درصد شکایات جسمانی، ۲۴ درصد برانگیختگی روانی- حرکتی. به علاوه دلواپسی جدایی، ترس مرضی و توهّمات بیشتری وجود داشته است. علائم شایع در گروه نوجوانان، ناامیدی ۶۸ درصد، بدخوابی ۲۱ درصد، کاهش وزن ۲۴ درصد، خشونت، استفاده از الکل و داروهای مخدر، اقدام به خودکشی و تغییرات وزن در سنین بالای ۱۱ سال بیشتر بوده‌اند. در نوجوانانی که سابقه افسردگی دو سال و بیش از آن را داشته‌اند، نسبت به کسانی که سابقه افسردگی کمتری داشته‌اند، فراوانی عقاید خودکشی و اقدام به خودکشی بیشتر بوده است و اقدام به خودکشی با استفاده از راه‌های پیشرفته تری صورت گرفته است در مورد هر دو گروه نوجوانان و کودکان، عوامل کاملاً مشابهی وجود داشته است. از آن جمله عوامل درون زاد

و عامل اضطراب. در بسیاری از تحقیقاتی که در مورد افسردگی نوجوانان صورت گرفته، همین نتایج بدست آمده است (سارهوش، ۱۳۸۴).

بخش دوم: میزان شیوع افسردگی در دوره نوجوانی در مقایسه با

بزرگسالی

به طور کلی مطالعات همه گیرشناسی در مورد اختلال افسردگی دامنه وسیعی از مقادیر را برای جامعه بزرگسالان مبتلا نشان می دهد که خطر مادام العمر اختلال افسردگی در نمونه های اجتماعی ۱۰ تا ۲۵ درصد برای زنان و ۵ تا ۱۲ درصد برای مردان است (DSM IV، ۱۹۹۴؛ به نقل از گرجی، ۱۳۸۱). تخمین زده می شود که هر ساله حدود ۲۰ میلیون نفر در ایالات متحده از افسردگی رنج می برند و ۲۵ درصد زنان و کمتر از آن ۱۲ درصد از تمامی مردان دوره هایی از افسردگی را در طی زندگیشان تجربه کرده اند. حدوداً از هر ۶ امریکایی بزرگسال یک نفر در طی زندگی خود به افسردگی مبتلا می شود (زلفت، ۲۰۰۰؛ به نقل از گرجی، ۱۳۸۱). سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که حدود ۱۲ درصد از جمعیت کشورهای مختلف به درجاتی از افسردگی مبتلا هستند (افروز، ۱۳۸۱؛ به نقل از گرجی، ۱۳۸۱). سازمان بین المللی بهداشت روانی (NIMH) اعلام کرده است که تنها در امریکا هر ساله ۱۷ میلیون نفر دچار افسردگی می شوند که متأسفانه یک سوم از افرادی که به افسردگی مبتلا هستند در صدد درمان بر می آیند (نقی زاده، ۱۳۸۰؛ به نقل از گرجی، ۱۳۸۱). احمدی در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ۱/۶ درصد دانشجویان پزشکی شیراز دچار افسردگی شدید، ۳/۳ درصد نسبتاً شدید و ۸/۹ درصد نیز در حد متوسطی افسرده بوده اند. در یک بررسی حییبی نیا (۱۳۸۰؛ به نقل از گرجی، ۱۳۸۱)، در

دختران دبیرستانی، نشانه‌ها و علائم تشخیصی متفاوتی از انواع افسردگی را بروز داده‌اند و ۱۰ درصد از کل جامعه نمونه، علائم بالینی افسردگی مرضی را از خود نشان داده‌اند.

بخش سوم: درمان کوتاه مدت راه حل مدار

مشاوره و درمان کوتاه مدت از سال ۱۹۹۰ به بعد به دلیل تکنیک‌های هدف-مدار^۱، مستقیم^۲، فعال^۳ و خلاق^۴، مقبولیت قابل توجهی پیدا کرد. این دیدگاه برخلاف سایر رویکردهای مشاوره‌ای، توسط کمپانی‌ها و آژانس‌های بیمه که به دنبال پول کمتر بودند، مورد تشویق قرار گرفت. به دلیل این پذیرش سریع، تعدادی از نظریه‌ها به سمت کوتاه مدت بودن حرکت کردند (لیپچیک، ۱۹۹۴). درمان‌های عقلانی-عاطفی^۵، استراتژیک^۶، درمان‌های متمرکز بر هیجان^۷، درمان ساختاری^۸، برنامه ریزی عصبی-کلامی^۹، درمان شناختی-رفتاری و درمان راه حل مدار همگی در حال حاضر به صورت کوتاه مدت به کار گرفته می‌شوند. طول مدت درمان در این گونه درمان‌ها به ۶ تا ۱۰ جلسه محدود است (بوودمن^{۱۰}، ۱۹۹۳؛ به نقل از نظری، ۱۳۸۳). پروژه درمان کوتاه مدت در انستیتو تحقیقات روانی (MRI) در پالواتو کالیفرنیا بعد از دهه ۱۹۵۰ شروع شد این گروه که ابتدا شامل دان جکسون، جان ویکلند و جی هیلی^{۱۱} بود روشی را برای درمان خانواده و ازدواج به صورت کوتاه مدت طرح کردند. گروه MRI به خاطر این ابداع شهرت فراوان پیدا

^۱ - Goal-Oriented

^۲ - Directive

^۳ - Active

^۴ - Creative

^۵ - Rational-Emotive

^۶ - Strategic

^۷ - Emotionally Focused

^۸ - Structural

^۹ - Neurolinguistic Programming

^{۱۰} - boodman

^{۱۱} - Don Jacson, John Weaklond & Jay Halcy

کردند. برخلاف درمان کوتاه مدت روان پویایی که ممکن بود جلسات آن به ۴۰ تا ۶۰ جلسه برسد. گروه MRI مراجعان را حداکثر در ۱۰ جلسه ملاقات می کرد. تمرکز اصلی این رویکرد تأکید بر شناخت یک مسئله و کار کردن بر روی آن است. در حقیقت این دیدگاه مشکل - مدار^۱ نامیده می شود (به نقل از نظری، ۱۳۸۳).

بند اول: اهداف درمان راه حل مدار

تعیین هدف، درمان و (زندگی) مراجع است. درمانگر راه حل مدار به دنبال مفاهیم مراجع در مورد آنچه که راه حل عملی است یا موفقیت را شکل می دهد، می باشد. همانطور که دی شازر (۱۹۹۱) نوشته است: درمانگران و مراجعین در ابتدای گفتگوهایشان، این سؤال را می پرسند؛ ما چطور می دانیم چه وقت جلسات مثل این را به اتمام برسانیم؟ هم پژوهش کلینیکی و هم تجربه کلینیکی نشان می دهند که اهداف عملی، ویژگی های عام را دارند: این ویژگی ها عبارتند از:

- ۱- اینگونه اهداف کوچک هستند.
- ۲- برای مراجعین مهم هستند.
- ۳- در قالب عبارت های خاص و ملموس رفتاری توصیف می شوند.
- ۴- در شرایط و اوضاع عملی زندگی مراجعین، قابل دست یابی هستند.
- ۵- مراجعین این اهداف را طوری می پندارند که شامل کار سخت است.
- ۶- به عنوان آغاز چیزی توصیف می شود نه پایان یک چیز.
- ۷- بجای نبود یا رها نمودن رفتارهای موجود، شامل رفتارهای جدید است.

^۱ - Problem- Focused

بنابراین، اهداف، ترسیم موارد زیر است: آنچه که در حال حاضر، وجود دارد؛ آنچه که در نبود مشکل در زندگی مراجعین رخ می‌دهد؛ زمانی که درد و مشکلی که آن‌ها را به سمت درمان رهنمون کرده است، برطرف شده باشد. بنابراین آن‌ها دیگر زندگی خود را در قالب عبارات مشکل‌آمیز، ترسیم نمی‌کنند. هدف درمان راه حل مدار این است که به افراد کمک کند تا در موقعیت خود تغییراتی را بوجود آورند (اکانل^۱، ۲۰۰۱). این تغییرات می‌بایست پایدار باشند نه سطحی و موقتی. هر چند که تغییر موقتی در مشکلات شخصی نیز می‌تواند درمانی باشد. دقیقاً می‌توان گفت که هدف درمان آن است که به افراد کمک کند که از فرایندهای تغییری که قبلاً شروع شده اند آگاه شوند و راه حل‌های تداوم یا تقویت این تغییرات را پیدا کنند (بهارى، ۱۳۸۸). در سطح دیگر هدف درمان صرفاً کمک به مراجع است که از حرف زدن درباره‌ی مشکل به حرف زدن درباره‌ی راه حل‌ها، تغییر در کلام خویش را شروع کند. وقتی که افراد می‌توانند درباره‌ی مؤثر بودن خود و اینکه در گذشته چگونه مؤثر بودند، صحبت کنند، آن‌گاه درمانگر راه حل مدار به هدف اولیه خویش دست می‌یابد. از این لحاظ کار درمانگر ایجاد راه حل‌هایی است که از گفتگوهای خوشبینانه تری ناشی می‌شوند. چون درمانگر راه حل مدار قرار نیست «شخصیت یا ساخت‌های خانوادگی» را بازسازمان دهی کند، گرایش می‌یابد که راحت‌ترین هدف‌ها را تعیین کند. کمک به مراجع برای تعیین اهداف روشن و دست‌یافتنی عمده‌ترین مداخله در نوع خود است و جریان‌اندیشیدن درباره‌ی آینده و آنچه را که شخص می‌خواهد متفاوت باشد، بخش بزرگی از کاری است که درمانگر راه حل مدار انجام می‌دهد (والتر و پیلر^۲، ۱۹۹۶).

^۱- O'connell

^۲- Walter & Paller

بند دوم: اصول اساسی درمان راه حل مدار

فلسفه زیربنایی رویکرد راه حل مدار بر پایه این فکر بنا شده است که تغییر مداوم و اجتناب ناپذیر است. لذا در درمان بر چیزی که ممکن و قابل تغییر است تأکید می شود. این مدل بر برداشتن قدم های کوچک برای شروع تغییر تأکید دارد و معتقد است که به جای مشکل به قابلیت ها و توانایی ها پرداخته شود (کارلسون^۱ و همکاران، ۱۹۸۷؛ به نقل از نظری، ۱۳۸۳). ۱۲ اصل اساسی این درمان به شرح زیر می باشند:

۱- تمرکز بر آینده، راه حل و موارد مثبت تغییر را در مسیر مطلوب هدایت می کند بنابراین تمرکز اساسی بر صحبت راه حل مدار^۲ به جای صحبت مشکل مدار^۳ است.

۲- استثنائات به هر مشکل می توانند بوسیله درمانگر و مراجع خلق شوند که در ساختن راه حل ها کمک کننده است.

۳- در همه زمان ها تغییر در حال وقوع است.

۴- تغییر جزئی به تغییر بزرگتر منجر می شود.

۵- مراجعان همیشه در حال همکاری کردن هستند. آن ها نشان می دهند که درباره ی ایجاد تغییر فکر می کنند. اگر تفکرشان را درک کنیم و بر طبق آن عمل کنیم، همکاری اجتناب ناپذیر است.

۶- مردم همه آن چیزی را که برای حل مشکلاتشان لازم است، دارند.

۷- معنا و تجربه به طور تعاملی ساخته می شوند.

^۱ - carlson

^۲- Solution-oriented talk

^۳- Problem- oriented talk

۸- اعمال و توصیفات دوره ای هستند.

۹- معنای پیام پاسخی است که شما دریافت می کنید.

۱۰- درمان، یک کوشش متمرکز به راه حل یا هدف با مراجع، به عنوان یک متخصص است.

۱۱- هر تغییری در مورد این که چگونه مراجعان هدف را توصیف می کنند و چه اقداماتی انجام می دهند، بر تعاملات آینده با همه افراد تأثیر می گذارد.

۱۲- اعضای گروه درمانی کسانی هستند که در احساس اینکه هدفی وجود دارد مشارکت می کنند و تمایلاتشان را برای انجام کاری که به وقوع آن منجر شود بیان می نمایند.

این اصول درمانگر را هدایت می کند و رهنمودهایی را برای اینکه یک رویکرد کامل شکل بگیرد، فراهم می نماید. راهی برای تفکر، راهی برای محاوره و راهی برای تعامل با مراجعان (به نقل از نظری، ۱۳۸۳).

بند سوم: راه حل ها چگونه ساخته می شوند؟

راه حل ها در رویکرد راه حل مدار به شیوه تعاملی بین مراجع و مشاور با توجه به نکات زیر تدوین می گردند (دی شازر، ۱۹۸۵، ۱۹۹۵، ۱۹۸۸؛ به نقل از پروچاسکا و نورکراس^۱، ۱۳۸۵).

۱- تمرکز بر هدف: درمان با تمرکز بر آن دسته از اهداف زمان حال آغاز می شود که می توانند آینده بهتری را بسازند. «هدف شما از آمدن به اینجا چیست؟» درمانگر، درمان را

^۱ - prochaska & nourcurs

پیرامون هدف های زمان حال، نه مشکلات گذشته، تنظیم می کند. جمله «چه چیزی شما را به اینجا کشانده؟» مقدمه ای است که به احتمال زیاد مراجعان را ترغیب می نماید تا بر مشکل تمرکز کنند.

۲- تمرکز بر مشکل: اگر مراجع با صحبت کردن در مورد مشکلات و شکایت ها پاسخ دهد، درمانگر تفاهم و همدلی نشان می دهد. اما بعد از اینکه داستان مشکل گفته شد، درمانگر آماده می شود تا تمرکز را عوض کند.

۳- تمرکز بر راه حل: موقعی که مشکل حل شده باشد چه کار متفاوتی انجام خواهید داد؟ آیا مراجع برای انجام دادن قسمت کوچکی از آن، هم اکنون آمادگی دارد؟ اگر چنین باشد، پس فوراً باید تغییر را آغاز نمود.

۴- تمرکز بر استثناء: «آنچه را که می خواهید به صورت متفاوت انجام دهید، اگر هم اکنون اتفاق بیفتد، چه احساسی به شما دست می دهد؟» یا «چه وقتی مشکل شما اتفاق نمی افتد؟» به این اظهارات، سؤالات استثنایاب گفته می شود که بر توانمندی های مراجع استوار هستند.

۵- انتخاب یا خود انگیختگی: آیا رویدادهای بدون مشکل به صورت انتخابی، عمدی یا آگاهانه اتفاق می افتند؟ یا اینکه در مواقع سالم تر و شاداب تر، به صورت خودانگیخته، تصادفی یا غیرقابل پیش بینی روی می دهند؟

اگر معلوم شود که موارد استثنایی تحت کنترل مراجع هستند، بعضاً می توان هدف های روشنی را تدوین کرد و مراجع را ترغیب نمود تا کارهایی را انجام دهد که به رخ دادن بیشتر این موارد کمک کند. اگر موارد استثنایی به صورت خود انگیخته رخ بدهند، مثل حضور دوستان. پس روی این موضوع تمرکز می شود که چگونه می توان این رویدادها را

عملی کرد. مثلاً فرد می‌تواند از دوستانش دعوت کند که به دیدن او بیایند. اگر مراجع به هر یک از این سؤال‌ها با گفتن «من نمی‌دانم» پاسخ دهد. درمانگر باید به او بگوید که این علامت خوبی است. این فرایند برای مراجع تازه است و به او کمک خواهد کرد تا به صورتی متفاوت فکر کند و گزینه‌هایی را تدوین نماید که ممکن است قبلاً آن‌ها را تصور نکرده باشد.

۶- تغییرات کوچک به تغییرات بزرگ تر می‌انجامند: جلسات بعدی بر اساس دستاوردها و هدف‌هایی بنا نهاده می‌شوند که در جلسات قبلی درمان تدوین شده‌اند. برای مثال یکی از درمانجویان می‌گفت: «تغییر دادن من مثل یک کشتی باری است تا یک قایق سرعتی. ابتدا آرام و به تدریج تغییر می‌کنم. اما بعد از اینکه مسیر جدیدی را پیدا کنم، دیگر هیچ چیزی نمی‌تواند جلوی مرا بگیرد و با سرعت به پیش می‌روم».

۷- هر راه حلی بی‌همتاست: درست همانگونه که هر مراجعی یک فرد بی‌همتاست، هر راه حلی نیز بی‌همتاست. درمانگران باید منتظر ابتکارات شگفت‌آور باشند. زن سالمندی که تنها در مرکز شهر زندگی می‌کرد، راه حل خلاقانه‌ای برای خویش پیدا کرد. او برای رهایی از افسردگی، به سه کلیسا پیوست: کاتولیک، بابیست و پروتستان. به این ترتیب او سه برابر حمایت اجتماعی کسب کرد. سه برابر فرصت اجتماعی به دست آورد و وقت خالی بسیار کمتری برای افسرده شدن داشت. این واقعیت که اغلب افراد زندگی خود را فقط پیرامون یک فرقه‌ی مذهبی نظم می‌دهند، مانع از آن نشد که به کلیساهای مختلف نرود.

۸- راه حل‌ها از گفتگو حاصل می‌شوند: راه حل‌ها حاصل گفتگوها هستند. خواه گفتگو با خود باشد یا با درمانگر. اگر درمان ما را ترغیب کند که در مورد همان مشکلات

قدیمی صحبت کنیم که کاملاً آن ها را می شناسیم، پس احتمالاً به صورت همان خود قدیمی می مانیم. تغییر، با صحبت کردن درباره ی راه حل ها آغاز می شود. اگر بخواهیم درمان کوتاه شود، پس لازم است گفتگوهای درمانی هر چه زودتر بر راه حل ها تمرکز یابند.

۹-واقعیت ما زبان است:درمانگری را به ما نشان دهید که زبانش پر از اصطلاحات فنی در مورد شخصیت و آسیب شناسی روانی است و ما درمانگری را به شما نشان خواهیم داد که آماده است درمان دراز مدتی را انجام دهد که گذشته را تکرار می کند. درمانجویی را به ما نشان دهید که صحبت کردن درباره ی هدف های عملی و شخصی را در زمان حال آغاز می کند و ما درمانجویی را به شما نشان خواهیم داد که واقعیتش در حال تغییر است.

بخش چهارم: زمان بندی مداخله ها

هدف درمان راه حل مدار، این است که به مراجعین کمک کند راه حل قابل قبولی از نظر خودشان بسازند. اگر درمانگر و مراجع، پیشرفتی می کنند که برای آن ها رضایت بخش است، باید این اصل "اگر مفید است تثبیتش کنید" را در ذهن داشته باشید. در چنین مواردی بهتر است که بجای منحرف شدن، مستقیم رفت (هویت^۱ و میلر ۲۰۰۰). منظور این است که جزئیات موفقیت مراجع را بدست آورد، او را تشویق کرد و نقش او را در بوجود آمدن آن موفقیت برجسته نمود نه اینکه تحت فشار قرار داد.اگر مراجعین به بن بست برسند (و یا بهتر بگوییم وقتی به بن بست برسند) چرا که اگر آن ها نیاز به کمک درمانگر جهت رهایی از این بن بست نداشته باشند، احتمالاً در اتاق درمانگر حضور نمی یابند، درمانگر راه حل مدار دستمزد خود را با تشخیص اینکه چگونه آن ها در یک گفتگوی در مورد

^۱- hoyt

مشکل گیر کرده اند، بدست می آورد و سپس به طور مناسب آن‌ها را در مسیر گفتگو در مورد راه حل، قرار می دهد. از این رو، همانطور که قبلاً گفته شد، درمانگر باید تشخیص بدهد که چه نوع رابطه مشترکی بین درمانگر و مراجعین (مشری، شاکی، ملاقات کننده) - در مبحث نقش درمانگر توضیح داده شده است - در جریان است و بر طبق آن، پیش برود. ممکن است یک مراجع به آن علت که فکر می کند هدف قابل دستیابی نیستی ندارد و یا این که احساس کند نمی تواند تفاوت مثبتی بوجود آورد، به بن بست برسد. اهداف خوب باید تبدیل به اعمال خاص شوند. ممکن است او آماده باشد که مثل مشتری ها پیش برود اما نمی داند که چه کارهایی انجام دهد (و یا نمی داند که چه کارهایی در گذشته برای او مثمر بوده است). درمانگر راه حل - مدار مداخله می نماید و گفتگو در مورد مشکل را قبل از آنکه به صورت جرّ و بحث های غیر اخلاقی، سرزنش و دفاع، متهم ساختن و افزایش ناراحتی درآید، قطع می کند. در عوض درمانگر به مراجعین آنچه را که می خواهند، نشان می دهد و سؤالاتی می پرسد که توجه آن‌ها را به نقش شان در دست یافتن به راه حل هایی در زمان گذشته، حال و مهم تر از همه آینده، معطوف می نماید. سؤال معجزه، تصورات و تفکرات مراجع را به خود جذب می کند و لحن و جریان گفتگو را عوض می کند (نئو و شیلتز^۱، ۲۰۰۰؛ متکالف، ۲۰۰۴). سؤالات مربوط به ایستادگی، استثنائات و سودمندی، همکاران و پیوند بین زوجین را افزایش می دهد. سؤالات درجه بندی در هر زمان در طول جلسه، قابل استفاده هستند به طور خاص وقتی مفیدند که نارضایتی ها و (یا پیشرفت) مبهم و نامشخص است؛ مثلاً وقتی مراجعین به موضوعاتی مثل ارتباط اشاره می کنند؛ (برداشت) درک یک فرد از برقراری یک ارتباط خوب با دیگران، از زمانی به زمان دیگر، متغیر است. با عدد ۱۰ که نشان دهنده ارتباط به بهترین نحو ممکن

^۱ - Nau & Shilts

است، پیشرفت مراجعین و برداشت‌های متفاوتشان، به طور ساده از طریق این نمره بندی آن‌ها، به تصویر کشیده شده است. ما به طور مکرر از هر مراجع می‌خواهیم نمره دیگری را حدس بزنند که این امر، دوباره پیشرفت و تفاوت‌ها را در مورد درک این موضوع ترسیم می‌کند؛ علاوه بر این نشان می‌دهد که چنین تفاوت‌هایی که انتظارشان می‌رود عادی هستند. سؤال این نیست که چه کسی درست می‌گوید، بلکه سؤال این است "فردی که نمره بالایی می‌دهد، چه چیزی را درک می‌کند که دیگری درک نمی‌کند؟" از این رو مهم نیست که چقدر مبهم و نامشخص مراجعین وضعیت خود را توصیف می‌کنند، نمودارها را می‌توان برای بوجود آوردن روشی مفید برای صحبت کردن درمانگر و مراجع با یکدیگر در مورد ساختن راه حل‌ها، به کاربرد (برگ و دی شازر، ۱۹۹۳).

بند اول: فرایند درمان

استیون فریدمن در کتاب خود تحت عنوان: «روان درمانی مؤثر و زمانمند در جهت افزایش نتایج در عصر منابع محدود» (فریدمن و لیپچیک^۱، ۱۹۹۷، ۱۹۹۹)، قویاً از درمان راه حل مدار استفاده می‌کند همچنان که او پنج فرآیند اصلی را که یک رویکرد مؤثر در طی زمان مبتنی بر قابلیت را نشان می‌دهند ترسیم می‌نماید:

۱- ارتباط: گوش دادن، تأیید نمودن و قبول نمودن سرگذشت هر یک از مراجعین همزمان با اینکه فرد درمانگر در مورد مجموعه اهدافی که متقابلاً در مورد آن‌ها توافق شده است به آن‌ها می‌پیوندد.

۲- کنجکاوی: ایجاد فرصت برای بحث در مورد دیدگاه‌ها همزمان با توجه به توانایی

های مراجعین.

^۱- friedman & lipchik

۳- همکاری: همکاری با مراجع در جهت آینده‌ترجی‌های او، برجسته‌سازی موفقیت‌ها (استثناها) و ایجاد امیدواری.

۴- خلق نظریات کارساز:

الف) معرفی ایده‌های جدید که از گفتگوهای بالینی سرچشمه می‌گیرند.

ب) مشخص نمودن اقدامات عملی (تکلیف‌خانه).

۵- خاتمه: تعریف و تمجید نمودن، گرامی داشتن و تحسین تغییر، ایجاد فرصت برای مراجع برای بیان و اعلام نظر خود درخصوص تغییرات صورت گرفته خویش و ارائه پیشنهادها بیشتر در آینده. درمان راه حل مدار اقدام درمانی را به عنوان «فاکتورهای درمانی» در نظر نمی‌گیرد (که بیانگر نوعی مدل پزشکی «بیماری» و «درمان» می‌باشد). در عوض درمان راه حل مدار بر دستیابی مقابله‌ای و انسانی به معنا سازی تأکید می‌کند. چگونه ظاهر ما بر آنچه که می‌بینیم تأثیر می‌گذارد و آنچه که ما می‌بینیم بر آنچه که در اطرافمان انجام می‌دهیم تأثیر می‌گذارد. تغییر در ادراک به تغییرات در رفتار (وبالعکس) منجر می‌شود این از طریق زمان رخ می‌دهد: «همچنانکه مراجعه‌کننده (گان) و فرد درمانگر بیشتر و بیشتر در مورد راه حلی که می‌خواهند با یکدیگر آن را به وجود آورند صحبت می‌کنند. آن‌ها به حقیقت یا واقعیت آنچه که درباره آن صحبت می‌کنند اعتقاد پیدا می‌کنند. این روشی است که زبان به طور طبیعی عمل می‌کند (برگ و دی شازر، ۱۹۹۳). دی شازر (۱۹۸۸)، بیان می‌دارد که به مراجعین در درمان راه حل مدار کمک می‌شود به آگاهی‌های جدیدی از جمله آگاهی در مورد امیدهای نادیده گرفته شده و یا شاید فراموش شده و همچنین مهارت‌ها و منابع این چنینی دست یابند، به جای اینکه در مورد غم‌ها و دردهای مدفون شده، آگاهی یابند. محور توجه، افزایش و اصلاح آن چیزی است

که من آن را چشم انداز راه حل می نامم: این فرآیند ایجاد راه حل را می توان اینگونه خلاصه نمود که آن کمک می نماید یک تفاوت مورد توجه قرار نگرفته تفاوتی شود که تفاوت ایجاد کند.

بند دوم: نقش درمانگر

درمانگر راه حل - مدار اصولاً به عنوان مشاور عمل می کند که به طور هدفمند (لیپچیک و دی شازر، ۱۹۸۶؛ لیپچیک ۱۹۸۷؛ ویکلند ۱۹۹۳؛ وینر- دیویس^۱، ۱۹۹۳؛ به نقل از گرمان، ۲۰۰۸) مصاحبه می کند تا بر دیدگاه مراجع نسبت به مشکل تأثیر بگذارد به طوریکه منجر به حل آن شود (برگ و میلر، ۱۹۹۳؛ به نقل از گرمان، ۲۰۰۸). درمانگر به عنوان راهنمای گفتگو است و تلاش می کند تا مراجعین به جای اینکه درگیر صحبت در مورد مشکل شوند و در این نقطه متوقف شوند، با پرسیدن سؤال (که در پایین بحث شده اند) و توجه دقیق به پاسخ های آن ها برای ترسیم نمودن واقعیت مثبتی در مورد اهداف مراجعان، به راه حل دست یابند. در فرایند گروهی مراجعین معمولاً مستقیماً به درمانگر پاسخ می دهند و در ضمن، با یکدیگر نیز مستقیم حرف می زنند (گرمان، ۲۰۰۸). فرآیند مصاحبه جهت کمک به مراجع برای دست یابی به مفاهیم و معانی جدید، طراحی شده است. این شیوه فقط جهت را نشان می دهد یعنی اینکه به طور مشخص، مراجع را تشویق می کند که به چیزها، به طور متفاوت نگاه کند اما جواب ها را در اختیار نمی گذارد، بلکه این شیوه برای مراجعین محیطی بوجود می آورد تا به آنچه که درست است و نیز شیوه های دیگر درست بودن توجه کنند، تا اینکه بر روی نارضایتی و شکایت در مورد آنچه نادرست است تمرکز کنند. یک مشکل بوجود می آید و مراجع وقتی موقعیت را به نحوه

^۱ - winer- diviss

معقول است ندارد، به درمان روی می آورد. درمانگر توجه مراجعین را از روایت (نقل داستان) پراز مشکل که آن‌ها را آشفته کرده است، دور می‌کند و سعی می‌نماید محیطی برای آن‌ها فراهم آورد تا خود مراجعین، روش‌های مفید و خاص خود، برای نگاه کردن و پاسخ دادن را پیدا نمایند (گرم‌ان، ۲۰۰۸). درمانگر راه حل مدار به عنوان تسهیل‌کننده ماهر عمل می‌کند، به مراجعین کمک می‌کند تا به نحو بهتری از توانایی‌ها و نقاط قوتی که مورد غفلت قرار گرفته‌اند استفاده کنند توجه این رویکرد بیش از همه بر روی اکنون و حال است و حتی مهم‌تر از همه آینده. زیرا آینده به مثابه بوم سفیدی است که زوجین می‌توانند آرزوها و امیدهای خود را بر روی آن نقاشی کنند. (فریدمن و لپیچیک، ۱۹۹۹). درمانگر راه حل - مدار طوری وانمود می‌کند که انگار نمی‌داند و به مراجع اجازه می‌دهد که کارشناس شود تا اینکه به مراجع بگوید چه چیزی واقعاً اشتباه است و چگونه باید آن را حل کرد (اندرسون و گولیشین^۱، ۱۹۹۲؛ به نقل از هویت و برگ، ۲۰۰۰)

بند سوم: رفتار و شناخت در درمان راه حل مدار

به نظر بانیک درمان کوتاه مدت راه حل مدار نوعی رفتار درمانی شناختی در نظر گرفته می‌شود که از اصول مشابه با یادگیری شرطی شدن کنشگر و کلاسیک در رفتار درمانی مسئله مدار استفاده می‌شود. تحلیل‌های رفتاری در درمان کوتاه مدت راه حل مدار در مورد استثناها به عمل می‌آیند نه رفتار مسئله آفرین. در درمان کوتاه مدت راه حل مدار بحث و پیاده‌سازی رفتار مطلوب توسط درمانگر تقویت می‌شود (تقویت مثبت). همچنین این درمان از اصول شرطی سازی کلاسیک نیز استفاده می‌کند. ممکن است همانند مورد تعیین تکلیف از مراجع خواسته شود کار متفاوتی انجام دهد یا وانمود کند معجزه‌ای اتفاق افتاده است که این هم در سایر فرم‌های رفتار درمانی شناختی، قابل اجرا است (بانیک؛

^۱ - Anderson & Goolishian

۲۰۰۷). در دیدگاه ساختارگرایی هر شخص در خانواده تعبیر متفاوتی از یک واقعه دارد. مثلاً ممکن است همه اعضای خانواده فریاد زدن پدر خانواده را سر میز شام دیده باشند. اما معنی واقعی آن ممکن است از شخصی به شخص دیگر متفاوت باشد (اوهانلان، ۱۹۹۳؛ به نقل از بخشی پور جویباری، ۱۳۸۸). دیدگاه ساختارگرایی عنوان می‌کند که می‌توانیم مراجعان را ترغیب کنیم تا تلقی شان از مشکل را به شکلی مفیدتر تغییر دهند. مدل چارچوب دهی مجدد، فرایندی است که به وسیله آن به جنبه‌هایی دیگر از پدیده‌ای که قبلاً منفی به نظر می‌رسید، نگرسته می‌شود (کورکوران^۱، ۲۰۰۲). تغییر رفتار بهترین راه برای تغییر و اصلاح دانش هیجانی است. به هر حال از آنجایی که نمی‌توان دانش را همانطوری که هست، از بین برد. دانش جدید را باید به آن اضافه کرد و به همین منظور یادگیری بیشتر الزامی است (بانیک، ۲۰۰۷).

بند چهارم: نقشه برداری ذهنی و درمان راه حل مدار

نقشه برداری از ذهن، در اصل توسط مربی و کارشناس خلاقیت، تونی بوزان^۲ (۱۹۸۴) و (۱۹۸۹) بر مبنای تحقیقات چند ساله اش بر روی توسعه مهارت یادداشت برداری، یادگیری، حافظه و تفکر آفرینی با دانشجویان دانشکده توسعه یافت. بوزان در پژوهش‌های خود متوجه شد که بهترین نت برداران دارای دو ویژگی منحصر به فرد بودند: (۱) آن‌ها واژه‌های کلیدی مورد استفاده در سخنرانی یا مولفان کتاب‌هایی را که دانش آموزان باید بخوانند، ثبت می‌کردند. (۲) آن‌ها یادداشت‌هایشان را واضح و پاکیزه نگه می‌داشتند و خواندن آن‌ها آسان بود. نوشتن، واژه‌های اصلی تداعی و یادآوری آفرینشی را با غنی نگه‌داشتن اطلاعات جمع‌آوری شده، تحریک می‌کند. ما در یک موقعیت بالینی

^۱- corcoran

^۲- tony bozan

می‌خواهیم با دقت به واژه‌های کلیدی یا اصلی گوش فرا دهیم که مراجعین برای توصیف مسئله از آن‌ها استفاده می‌کنند و آن‌ها را به عنوان جزئی از نقشه برداری ذهن می‌نویسیم. چهار مرحله دستور نقشه برداری از ذهن به شرح زیر است:

- ۱- کشیدن نماد یا تصویری در وسط ورق کاغذ برای بازنمایی مسئله مراجع
- ۲- چاپ کردن واژه‌های اصلی مراجع که برای توصیف مسئله به کار می‌رود
- ۳- وصل کردن واژه‌های اصلی مراجع به خطوط منشعب شده از نماد یا تصاویر
- ۴- استفاده از کدگذاری رنگ یا تصاویر برای کمک به ایجاد پیوندهای بیشتر. رنگ زرد می‌تواند برای توضیح مهم‌ترین یا اصلی‌ترین واژه‌های مراجع به کار رود که از آن برای توضیح مسئله استفاده می‌کند. رنگ آبی می‌تواند برای توضیح دومین واژه‌های مهم مراجع مورد استفاده قرار بگیرد.

چون ۸۰ درصد مغز ما درگیر پردازش دیداری در هر زمان معینی است. ما با استفاده از تصاویر اشیاء سریعتر یاد می‌گیریم و آن مطلب مدت طولانی‌تری در خاطرم می‌ماند. بنابراین تصاویر موجود در نقشه برداری ذهن به عنوان «تکیه گاه یا مرجع حافظه» برای ارتباط واژه‌های اصلی به کار می‌روند و به ما کمک می‌کنند در تفکرمان، تخیلی‌تر باشیم (سلیگمن، ۱۹۹۷؛ به نقل از بخشی پور جویباری، ۱۳۸۸).

بند پنجم: کارایی درمان راه حل مدار

در اساس درمان راه حل مدار چیزی وجود ندارد که از کار با هرگونه گروه یا مشکل خاصی جلوگیری کند. در واقع تأکید شدید بر شناسایی و کار با نظریه‌های تغییر، زبان، انگیزه‌ها و اهداف خود مراجعان رویکرد مزبور را به طور گسترده‌ای قابل کاربرد می‌سازد. درمان راه حل مدار، هر فرد، هر زوج و هر موردی را به صورت منحصر به فرد در

نظر می‌گیرد و آن‌ها را بالقوه همکاری کننده می‌پندارد (گرم‌ان، ۲۰۰۸). همچنانکه جورج^۱ و همکاران (۱۹۹۹) می‌نویسند: ما در سال‌های اخیر همانند دی‌شازر به این اصل معتقد گشته‌ایم که تمامی مراجعان دارای انگیزه مشخص برای چیزی هستند. آنچه ما فکر می‌کنیم این است که اگر تحت هر شرایطی یک مراجع موافقت نموده است با ما صحبت کند پس او این کار را به دلیل خاصی انجام می‌دهد و دلیل آن نیز با نقش حرفه‌ای ما مرتبط می‌باشد. اگر ما جور دیگری فکر کنیم پس ما داریم بر مبنای فرضی در مورد مراجعه کننده عمل می‌کنیم که به طور بالقوه توهین آمیز است: آن فرض این است که: آن‌ها کارها را بدون دلیل خاصی انجام می‌دهند و این شروع خوبی برای آنچه که باید یک رابطه‌ی کاری باشد نیست. از مراجعانی که از نظر روان‌پزشکی بیش از حد ناتوان هستند تا در گفتگوی درمانی شرکت کنند توقع نمی‌رود در درمان راه حل مدار یا هر رویکرد دیگری خوب عمل کنند. هر چند مراجعانی که به اصطلاح «بیماری و روان پزشکی شدید و مزمن» دارند ممکن است درمان راه حل مدار را مفید ببینند زیرا درمان راه حل مدار در زمان حال و در جهت اهداف قابل دسترسی کار می‌کند بجای اینکه غرق در سوابق روان‌پزشکی طولانی مدت شود (کریدر^۲، ۱۹۹۸؛ رومن^۳ و او‌هانلون، ۱۹۹۹؛ سیمون و نلسون^۴، ۲۰۰۷). مراجعان تحت قیومیت را که معمولاً به عنوان ملاقات کننده یا شاکی می‌آیند، می‌توان در صورت شناسایی اهداف جذاب برای آن‌ها، به صورت ثمربخشی آن‌ها را درگیر ماجرا نمود. در موقعیت‌هایی همچون جامعه‌ستیزی و یا خشونت خانوادگی ممکن است نیاز باشد که همسران را به صورت جداگانه ملاقات نمود تا زمانی

^۱- George

^۲- Kreider

^۳- Rowen

^۴- Simon & Nelson

که امنیت کامل برقرار شود (جانسون و گلدمن^۱، ۱۹۹۶؛ لیپچیک و کویچی^۲، ۱۹۹۶؛ لی و همکاران، ۲۰۰۳؛ زیگلر و هیلر، ۲۰۰۲).

نتیجه گیری

مروری بر ادبیات درمان راه حل مدار نشان می‌دهد که این نوع درمان در موقعیت‌های مختلف و مراجعان متعدد به کار رفته است و نتایج سودمندی حاصل شده است. به نظر می‌رسد کسب چنین نتایج سودمندی در درمان راه حل مدار این باشد که درمانگر راه حل مدار، یک موضع غیر قضاوتی، غیر مواجهه‌ای، درک‌کننده و همکاری‌کننده اتخاذ می‌کند و بر حال و آینده استثنائات مشکل، مثبت‌ها و توانمندی‌های مراجع تمرکز می‌کند، به اهداف مراجعان احترام می‌گذارد و منابع درونی و دانش‌های تخصصی خود مراجعان را در راه رسیدن به این اهداف بکار می‌گیرد. به رغم کوشش‌های مطالعاتی گسترده که منجر به معرفی گزینه‌های درمانی متعددی برای درمان افسردگی (اعم از دارویی یا روان-شناختی) شده است، اما همچنان با میزان بالای عود افسردگی مواجه هستیم. این مطلب به نابسند بودن درمان‌های کنونی اشاره داشته و نیاز آشکار به گسترش گزینه‌های درمانی موجود و معرفی درمان‌های کوتاه مدت و مؤثرتر برای درمان افسردگی را نشان می‌دهد. واقعیت اینست که تا بحال درمان‌های فردی به تنهایی جوابگوی نیاز مراجعان نبوده است. بنابراین در پژوهش‌های جدید پژوهشگران بیشتر از درمان‌های گروهی بهره می‌برند. هدف پژوهش حاضر نیز کاهش نشانه‌های افسردگی در نوجوانان دختر با استفاده از درمان کوتاه مدت راه حل مدار و به شیوه گروهی می‌باشد. در سنین نوجوانی افراد گروه گرامی شوند و تأثیرات مثبت و منفی را در گروه به راحتی می‌پذیرند. یافته‌های پژوهش حاضر

^۱- Johnson & Goldman

^۲- Kubichi

نشان می دهند که این دیدگاه می تواند در کاهش افسردگی و افزایش خلق مثبت در نوجوانان مورد استفاده قرار بگیرد. مشاوره راه حل مدار صرفاً مجموعه ای از تکنیک ها نیست، بلکه ایده ای اساسی درباره ی تغییر، تعامل و رسیدن به اهداف است. مراجعین یاد می گیرند یکدیگر را تحسین کنند و این یکی از نکات اساسی در تغییر است. به نظر می رسد کاهش نشانه های افسردگی در نوجوانان در اثر تغییر دیدگاه های آن ها و تغییر برخی از رفتارهایشان بوجود آمده است. مشاوره ی راه حل مدار بر علت ایجاد مشکل توجهی ندارد. این به معنی عدم توجه به عمق مشکلات نیست. این دیدگاه عنوان می کند علت ایجاد مشکل هر چه که باشد حل آن از اهمیت بیشتری برخوردار است. اثربخشی دیدگاه راه حل مدار بر کاهش نشانه های افسردگی نوجوانان به دلیل اینکه کوتاه مدت بوده و آموزش آن ها به درمانگران و مشاوران مدت زیادی به طول نمی انجامد و همچنین تخصص زیاد درمانگر در آن نقش زیادی ندارد، حائز اهمیت فراوان است. بنابراین مشاوران می توانند این دیدگاه را به عنوان دیدگاهی مؤثر مورد استفاده قرار دهند. پایداری اثر درمان نیز در این پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. تأکید بر اینجا و اکنون است و به زمان حال و به وضعیت فعلی مراجع تأکید می شود نه بر زمان گذشته و مسائل و مشکلات دوران کودکی. عامل مهمی که در موفقیت مشاور در این پژوهش مؤثر واقع شد - با توجه به وضعیت افسردگی نوجوانان - محرمانه ماندن مطالب در جلسات گروه درمانی بود. چرا که از جلسه اول این اطمینان به اعضا گروه داده شد که اطلاعات آن ها به صورت محرمانه می ماند. مشاوره ی گروهی در محیط مدرسه علاوه بر کاهش افسردگی نوجوانان، موجب بازدهی و کارآمدی بیشتر نظام آموزشی، افزایش پیشرفت تحصیلی و کاهش افت تحصیلی در دانش آموزان گروه نمونه گردید. پیشینه ی تحقیقات مختلف نیز حاکی از آن است که رویکرد راه حل مدار موجب کاهش نشانه های افسردگی می گردد.

منابع فارسی

- آزاد، حسین. (۱۳۷۲). *آسیب شناسی روانی*. تهران: انتشارات بعثت. چاپ اول.
- آقا محمدیان، محمدرضا و حسینی، سید مهران. (۱۳۸۴). *روان شناسی بلوغ و نوجوانی*. *روان شناسی رشد* (۲). مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد.
- برگ، لورا. ای. (۱۳۸۶). *روانشناسی رشد (از لقاح تا کودکی)*. جلد اول. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).
- دلاور، علی. (۱۳۸۵). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.
- دواچی، اقدس. (۱۳۸۱). *پرستاری روان (۱)*. چاپ اول تهران: انتشارات سنجش، ص ۶۶.
- دیبائیان، ش. (۱۳۸۴). *میزان اثربخشی درمان راه حل مدار بر افزایش رضایت زناشویی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- دیویس. ای و آزبورن. س. (۱۳۸۶). *مشاوره مدرسه با رویکرد راه حل مدار*. ترجمه: علی محمد نظری و نسترن ادیب راد. تهران: نشر. علم.
- روزنهان، دی. ال و سلیگمن، ام. ای. پی. (۱۳۸۴). *روان شناسی نابهنجاری آسیب شناسی روانی*. ترجمه: یحیی سید محمدی. جلد اول. تهران: نشر ساوالان.

- روزنهان، د. ال. و سلیگمن، ام. پی. (۱۳۸۵). آسیب شناسی روانی. (ترجمه: یحیی سید محمدی)، تهران: انتشارات ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: ۱۹۹۵).
- سارهوش، غلامرضا. (۱۳۸۴). مقدمه ای بر هنجاریابی پرسشنامه تجدیدنظرشده افسردگی بک. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران دانشگاه علامه طباطبائی.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۸۳). نظریه های مشاوره و روان درمانی. تهران: انتشارات ارسباران.
- سرمد، زهره،، حجازی، الهه، و بازرگان، عباس. (۱۳۸۳). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.
- سعیدی، لیلا. (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی زوج درمانی کوتاه مدت راه حل مدار بر کاهش تعارضات زوجین شهرستان امام خمینی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- سودانی، منصور. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی به شیوه شناختی الیس و درمان راه حل مدار دی شازر به صورت انفرادی و توأم در کاهش تعارضات زناشویی. پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- صیادی اناری، احمدرضا و دیگران. (۱۳۸۱). بررسی مسائل سالمندان در ایران و جهان. چاپ اول. تهران. انتشارات آشنا. ص ۳۱۴.
- ضیایی، سیده سلیل. (۱۳۸۸). اثر آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه وابستگان به مواد مخدر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

- طهماسیان، کارینه. جزایری، علیرضا. محمدخانی، پروانه و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۶). مدلیابی خوداثرمندی جسمانی در افسردگی نوجوانان بر مبنای مدل عاملیتی بندورا از افسردگی. ویژه نامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی. دوره هشتم. شماره مسلسل ۲۹. صص ۳۴-۳۹.
- فتی، لادن. (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. رساله دکتری روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران.
- قمری، محمد. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی مشاوره راه حل محور در کاهش ابعاد مختلف تعارض زناشویی زوج‌های هر دو شاغل. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال ۵ شماره ۱۹. صص ۳۴۹-۳۶۱.
- کاملی، زهرا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بد سرپرست و بی‌سرپرست. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- گال، ام، بورگ، وی، و گال، جی. (۱۳۸۳). روش تحقیق کمی و کیفی در روانشناسی و علوم تربیتی (جلد دوم). تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی و سمت.
- گراث-مارنات، گری. (۱۳۸۴). راهنمای سنجش روانی برای روان‌شناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان. مترجم: حسن پاشا شریفی و محمد رضا نیکخو. (ویراست ۲۰۰۳). جلد اول. تهران. نشر سخن.