



The effectiveness of solution-focused therapy on emotional, cognitive, motivational and biological symptoms of major depressive disorder

Seyyed Hossein. Alavi¹, Mehdi. Ghasemi Motlagh^{2*}, Behrang Esmaili Shad³, Abolfazl. Bakhshipour⁴

1. PhD Student, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 253-265

Corresponding Author's Info

Email: avestaps@yahoo.com

Article history:

Received: 2022/06/03

Revised: 2022/07/30

Accepted: 2022/08/14

Published online: 2022/10/07

Keywords:

solution-focused therapy, emotion, cognition, motivation, depression.

ABSTRACT

Background and aim: Depression as the most common psychiatric and mood disorder affects many people in all parts of the world. Depression is associated with long periods, variety of symptoms, high rate of recurrence and many physical and mental disorders. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of treatment focused on emotion and strategic treatment focused on emotional, cognitive, motivational and biological symptoms of major depressive disorder. **Methods:** The current research was applied in terms of the purpose of the research. The design of the quasi-experimental research was pre-test-post-test with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of the research included all women and men who referred to the counseling and psychological center of the beautiful mind of Bojnord city in 2019-20, who referred to psychiatrists, psychologists and mental health specialists, and the specialists of the center gave them a diagnosis of major depressive disorder. The sample of this research includes 45 people from the mentioned society who, using simple randomization method, were divided into three groups of emotion-focused couple therapy (n=15), solution-oriented couple therapy (n=15) and control group (n=15) were assigned. The data was obtained using a depression questionnaire (made by the researcher). Mean and standard deviation were used in the descriptive statistics section, and variance analysis method with repeated measures was used in the inferential statistics section. **Results:** The results showed that emotion-focused therapy has a greater effect on the emotional, motivational and biological (vegetative) symptoms of major depressive disorder than solution-oriented strategy therapy ($P < 0.01$) and solution-oriented strategy therapy has more impact than focused therapy. Emotion has a greater effect on the cognitive symptoms of major depressive disorder ($P < 0.01$). The results of this research were also permanent in the follow-up phase. **Conclusion:** It can be concluded that emotion-focused therapy and solution-oriented strategic therapy focused on emotional, cognitive, motivational symptoms and biological symptoms of major depressive disorder were effective, and these treatments can be used to reduce the problems of people with major depression.



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Alavi, S. H., Ghasemi Motlagh, M., Esmaili Shad, B., & Bakhshipour, A. (2022). The effectiveness of solution-focused therapy on emotional, cognitive, motivational and biological symptoms of major depressive disorder. *Jayps*, 3(1): 253-265



مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی

سیدحسین علوی^۱، مهدی قاسمی مطلق^{۲*}، بهرنگ اسماعیلی شاد^۳، ابوالفضل بخشی پور^۴

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۳. استادیار علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۴. استادیار گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۲۶۵-۲۵۳

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

avestaps@yahoo.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۱۳

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۰۸

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۵/۲۳

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۷/۱۵

واژگان کلیدی

درمان راه‌حل‌مدار، هیجان، شناخت، انگیزش، افسردگی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانپزشکی و خلقی بسیاری از مردم در اقصی نقاط جهان را مبتلا می‌سازد. افسردگی با دوره‌های طولانی مدت، تنوع علائم، بالا بودن میزان عود و اختلالات فیزیکی و روانی زیادی همراه است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از لحاظ هدف تحقیق کاربردی بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان و مردان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره و روان‌شناختی ذهن زیبای شهر بجنورد در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که به روان‌پزشکان، روان‌شناس و متخصصان بهداشت روانی مراجعه کرده و متخصصان مرکز برای آن‌ها تشخیص اختلال افسردگی اساسی داده بودند. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ نفر از جامعه مذکور می‌باشد که با استفاده از شیوه تصادفی‌سازی ساده در سه گروه زوج درمانی متمرکز بر هیجان (n=۱۵)، زوج درمانی راه‌حل‌مدار (n=۱۵) و گروه کنترل (n=۱۵) گمناشته شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی (محقق ساخته) به دست آمد. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان نسبت به درمان راهبردی راه‌حل‌مدار تأثیر بیشتری بر نشانه‌های هیجانی، انگیزشی و زیست‌شناختی (نباتی) اختلال افسردگی اساسی دارد ($P < 0/01$) و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار نسبت به درمان متمرکز بر هیجان بر نشانه‌های شناختی اختلال افسردگی اساسی تأثیر بیشتری دارد ($P < 0/01$). نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی مؤثر بودند و می‌توان از این درمان‌ها در جهت کاهش مشکلات افراد دارای افسردگی اساسی بهره برد.

انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.
تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه‌استناد به این مقاله

علوی، سیدحسین، قاسمی مطلق، مهدی، اسماعیلی شاد، بهرنگ، و بخشی پور، ابوالفضل. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۱): ۲۶۵-۲۵۳.

مقدمه

افسردگی^۱ به عنوان شایع‌ترین اختلال روانپزشکی و خلقی بسیاری از مردم در اقصی نقاط جهان را مبتلا می‌سازد. افسردگی با دوره‌های طولانی مدت، تنوع علائم، بالا بودن میزان عود و اختلالات فیزیکی و روانی زیادی همراه است (آلبرت، ۲۰۱۵). اختلال از وجود یک سری علائم تا اختلالات افسردگی اساسی طیف وسیعی را تشکیل می‌دهد (هودز، کانا، منارد، مراد و راسو، ۲۰۱۵). انواع خفیف‌تر افسردگی که ملاک‌های افسردگی اساسی را برآورده نمی‌سازند از اختلال افسردگی اساسی بسیار رایج‌ترند (بیانچی، اسپونفولد و لورنت، ۲۰۱۵). از دید رویکرد متمرکز بر هیجان، افسردگی زمانی شکل می‌گیرد که خاطرات طرحواره‌های هیجانی مبتنی بر سیستم لیمبیک و پاسخ‌های شرم، غم، ترس و اضطراب مرتبط با آن‌ها، فعال می‌گردند. افراد افسرده از تنظیم این هیجان‌ها ناتوانند و در پردازش آن‌ها، نمی‌توانند عواطف مثبت را برای تعدیل تجربه افسرده ساز، به کار گیرند. در نتیجه پاسخ‌های شتاب‌زده شرم، اضطراب و غم، بر خودنظم‌بخشی و سبک پردازش آن‌ها تأثیر می‌گذارد و متعاقب آن، انواع پردازش، اعم از شناختی و فیزیولوژیکی، تحت تأثیر قرار می‌گیرند و فرد را به تداوم احساس ناخوشایند و در نتیجه، چرخه اختلال افسردگی، سوق می‌دهند (اسمیت، آرمور، لی، وانگ و هی، ۲۰۱۸).

اختلال افسردگی اساسی همراه با نشانه‌های هیجانی، انگیزشی، شناختی، رفتاری و زیست‌شناختی می‌باشد. افراد دچار کاهش انگیزه و علاقه می‌شوند که به دنبال آن کاهش فعالیت و کارایی، کاهش امید به زندگی، کاهش مراقبت از خود و تمایل به مرگ در شخص پدیدار می‌گردد. تغییر خلق از علائم ثابت است که برای روزها، هفته‌ها و ماه‌ها به طول می‌انجامد (سیگال و تیزدل، ۲۰۱۸). اختلالات خلقی به دو علت جز مشکلات اصلی سلامتی به حساب می‌آید، اول این که به طور معنی‌داری موجب افت کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی، جسمانی و روانی فرد می‌شوند. دوم این که این اختلالات در جمعیت عمومی دارای شیوع بالایی

هستند. شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر بیش‌تر از مردان است (گیلبرت، ۲۰۱۶). از طرفی، به دلیل ماهیت مزمن و عودکننده افسردگی رویکردهای درمان فردی به تنهایی جواب‌گوی بیماران افسرده نبوده‌اند. همچنین اکثر درمان‌ها طولانی مدت و هزینه‌بر هستند. بنابراین نیاز به رویکرد کوتاه مدت احساس می‌شود. درمان راه حل‌مدار^۲ در ۱۵ تا ۲۰ سال گذشته به عنوان یک روان‌درمانی کوتاه مدت پدیدار شد. این درمان یک مداخله براساس نیروها است که در اعتماد به مراجع پیدا می‌شود که این برای ساختن منابع و انگیزه مراجعین مهم است. زیرا آن‌ها مشکلات را بهتر می‌دانند و صلاحیت ساختن راه‌حل‌ها را برای حل مشکلات دارند (گرینبرگ، ۲۰۱۶؛ شیرویه و خرسند نوبهار، ۱۴۰۰).

اخیراً انجمن تحقیق درمان کوتاه مدت راه حل‌مدار یک درمان طبیعی به منظور کمک به استاندارد کردن ابزارهای درمان کوتاه مدت راه حل‌مدار به وسیله تمرین‌ها و افزایش درمان مدل وفاداری و صداقت ایجاد کردند. این کمیته سه جز ترکیبی برای درمان کوتاه مدت راه حل‌مدار مشخص کرده است: ۱- کاربرد تمرکز بر گفتگو برای نگرانی‌های مراجعین. ۲- گفتگوهای متمرکز بر بازسازی جدید معنی‌ها پیرامون نگرانی‌های مراجعین. ۳- کاربرد تکنیک‌های خاص برای مراجعین تا به آن‌ها کمک شود تا یک دیدگاه را برای آینده خود براساس موفقیت‌ها و توانایی‌های گذشته ایجاد کنند تا به حل دوباره موضوعاتشان کمک شود (کیم و فرانکلین، ۲۰۱۵).

هدف‌های درمان با استفاده از آنچه که دشوار «پرسش معجزه‌آ» می‌نامد نیز تعیین می‌شود. در صورتی که تغییر در تجربیات فرد، مانند احساسات خلق‌ها یا ارتباط به راحتی مشاهده نشوند، درمان‌گران راه حل‌مدار از «پرسش‌های درجه‌بندی^۳» شده نیز استفاده می‌کنند (ردی، تیرومورسی، ویجایالاکشوی و حمزه، ۲۰۱۵). این درمان اعتقاد دارد که واقعه یا اتفاقی در زندگی مراجع رخ داده و براساس معنی که به آن رویداد و تجربه داده است

1. Depression
2. Solution focused therapy

3. Miracle question
4. rating question

دو هفته، دامنه سنی ۱۸ الی ۵۵ سال، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم دریافت درمان روان‌شناختی هم‌زمان با درمان هدف، دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم و توانایی نوشتن و خواندن. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: تحصیلات کمتر از دیپلم، وجود هرگونه معلولیت جسمانی که مانع از حضور مؤثر در برنامه درمانی و انجام تمرینات درمانی شود، وجود علائمی دال بر کندی روانی- حرکتی و کلامی شدید، ریسک بالای خودکشی، ابتلا به هرگونه اختلال همبود روان‌پزشکی مانند سوءمصرف مواد، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال خوردن، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال بارز شخصیت بر اساس سوابق کلینیکی از پیش موجود و مصاحبه بالینی، مصرف داروهای ضدافسردگی در طی یک ماه اخیر و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی (محقق ساخته): این پرسشنامه دارای چهار مؤلفه نظری به شرح زیر می‌باشد: (۱) مؤلفه نشانه‌های هیجانی (۲۸ ماده)، (۲) مؤلفه نشانه‌های شناختی (۳۰ ماده)، (۳) مؤلفه نشانه‌های انگیزشی (۲۲ ماده) و (۴) مؤلفه نشانه‌های زیست‌شناختی (نباتی) (۸ ماده). بررسی همسانی درونی سؤالات هر مؤلفه نشان داد که مؤلفه‌های بدست آمده از همسانی درونی بالایی برخوردار می‌باشند. مؤلفه دوم یا مؤلفه «نشانه‌های شناختی» با ۳۰ ماده، بالاترین ضریب (۰/۹۳) و مؤلفه چهارم یا مؤلفه «زیست‌شناختی یا نباتی»، کم‌ترین ضریب (۰/۷۹) همسانی را به خود اختصاص داده است. برای بررسی «روایی» پرسشنامه افسردگی، از سه روش همبستگی بین خرده‌آزمون‌ها، روش تحلیل عاملی و روایی ملاکی استفاده شد. در روش همبستگی بین خرده‌آزمون‌ها، با توجه به این‌که مقیاس از چهار مؤلفه تشکیل شده است، نمره کل هر مؤلفه ساخته شد و سپس نمره کل مقیاس (۸۰ ماده) محاسبه شد. در نهایت ضریب همبستگی مؤلفه‌ها با یکدیگر و نمره کل مقیاس بدست آمد. کلیه همبستگی‌ها بین مؤلفه‌ها با یکدیگر و مؤلفه‌ها با نمره کل مقیاس در سطح $P < 0/01$ معنادار بود. بیش‌ترین همبستگی بین مؤلفه «نشانه‌های شناختی» و نمره کل مقیاس ($r = 0/92$) و

وقایع و تجارب آینده‌اش را سازماندهی می‌کند (فرانکلین، ژانگ، فوئرر و جانسون، ۲۰۱۷). اگرچه تعبیر افراد از رویداد زندگی، به ویژگی‌های شخصیتی آنان مربوط می‌شود اما این تعبیر به صورت مستمر و مداوم از یک رویداد به رویداد دیگر تغییر می‌نماید (کیم، فرانکلین، ژانگ، لئو، کیو و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی ذهن زیبای شهر بجنورد در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که به روان‌پزشکان، روان‌شناس و متخصصان بهداشت روانی مراجعه کرده و متخصصان مرکز برای آن‌ها تشخیص اختلال افسردگی اساسی دهند. از میان افراد واجد شرایط ورود که پس از ارائه توضیحات لازم درمان‌گر، داوطلب شرکت در برنامه باشند، در مجموع ۴۵ نفر انتخاب شد. افراد واجد شرایط با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب‌شده و در نهایت کسانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به روش تصادفی به سه گروه (درمان راهبردی راه‌حل‌مدار، درمان متمرکز بر هیجان و گواه) تخصیص داده شدند.

حجم نمونه مطالعه حاضر با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۷، توان آزمون ۰/۹۱ و سطح معناداری ۰/۰۵، مشخص گردید که حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۲ نفر می‌باشد که با توجه به مساله ریزش، ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب و با استفاده از شیوه تصادفی‌سازی ساده در دو گروه درمان راهبردی راه‌حل‌مدار ($n=15$)، درمان متمرکز بر هیجان ($n=15$) و گروه گواه ($n=15$) گماشته شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اختلال افسردگی اساسی بر اساس تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی و نمره پرسشنامه افسردگی بک (۲۰ و بالاتر)، داشتن اختلال افسردگی اساسی برای مدت حداقل

تا ۰/۸۳ تشکیل شده است. با توجه به ماهیت سؤال‌های تشکیل‌دهنده عامل اول، این عامل را می‌توان با عنوان «نشانه‌های هیجانی» نام‌گذاری کرد. عامل دوم از ۳۰ ماده با دامنه بار عاملی بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۶ تشکیل شد. با توجه به سؤال‌های مربوط می‌توان عامل دوم را به عنوان «نشانه‌های شناختی» نام‌گذاری کرد. عامل سوم از ۲۲ ماده با بار عاملی ۰/۵۵ تا ۰/۸۲ تشکیل شد. با توجه به سؤال‌هایی که در زیر عامل سوم قرار می‌گیرند، می‌توان آن را به عنوان «نشانه‌های انگیزشی» نام‌گذاری کرد. عامل چهارم از ۸ ماده با بار عاملی ۰/۶۰ تا ۰/۷۸ تشکیل شد. با توجه به سؤال‌هایی که در زیر عامل چهارم قرار می‌گیرند، می‌توان آن را به عنوان «نشانه‌های نباتی» نام‌گذاری کرد. نتایج نشان داد که تمام بارهای عاملی استخراج‌شده بالاتر از ۰/۴۰ می‌باشند. روایی ملاکی پرسشنامه، از طریق روایی همزمان (اجرای همزمان با مقیاس افسردگی بک) مورد بررسی قرار گرفت. همچنین همبستگی خرده مقیاس‌ها محاسبه شد. الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و نمره کل مقیاس‌های افسردگی بک بیانگر روایی ملاکی همزمان خوب مقیاس محقق ساخته افسردگی است. برای بررسی «اعتبار» مقیاس ۸۰ ماده‌ای، همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) به صورت جداگانه در مردان و زنان و کل شرکت‌کننده‌ها محاسبه شد. برای بررسی ثبات پرسشنامه نیز از روش باز آزمایی استفاده شد. بدین منظور ۸۵ نفر از شرکت‌کننده‌ها در یک بازه زمانی ده روزه مجدداً به سؤال‌های مقیاس پاسخ دادند و ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات حاصل از دو بار اجرای پرسشنامه محاسبه شد. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ و ضرایب بازآزمایی آن بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۸ به دست آمد.

کم‌ترین همبستگی بین دو مؤلفه «نشانه‌های انگیزشی» و «هیجانی» ($I=0/50$) و همبستگی بین نشانه‌های زیست‌شناختی (نباتی) با نمره کل مقیاس ($I=0/78$) به دست آمد. در مجموع، کلیه مؤلفه‌ها با نمره کل مقیاس ضرایب همبستگی بالا و درخور توجهی نشان می‌دهند. هم چنین بر اساس ضرایب همبستگی ماده‌ها با نمره کل هر مقوله و همین‌طور نمره کل آزمون، تمامی ماده‌ها از همبستگی بالاتر از چهار درصد برخوردار بودند. این نتیجه بیانگر این است که خرده مقیاس‌ها از همسانی درونی رضایت‌بخشی برخوردارند و نیازی به حذف هیچ یک از ماده‌ها وجود ندارد. به منظور بررسی ساختار عاملی (روایی سازه) پرسشنامه از تحلیل مؤلفه اصلی با چرخش واریماکس در سطح ماده استفاده شد. آزمون کفایت نمونه‌برداری نشان داد که نمونه موردنظر برای تحلیل عوامل مناسب است ($KMO=0/88$). همچنین آزمون کرویت بارتلت با درجه آزادی $df=300$ و مجذور کای تقریبی ($\chi^2=4/02$) در سطح $P<0.001$ معنی‌دار است، لذا می‌توان تحلیل عوامل را گزارش کرد. نمودار سنگ‌ریزه و مقادیر ارزش‌های ویژه بالاتر از یک نشان داد که چهار عامل قابل استخراج می‌باشد. دامنه ارزش اشتراکات ۰/۵۱ تا ۰/۸۱ بود. در مجموع چهار عامل مذکور، ۶۸٪ واریانس را تبیین می‌کند. در میان عامل‌ها، عامل یک با ارزش ویژه ۱۱/۰ بیش‌ترین درصد واریانس تبیین‌شده را به خود اختصاص می‌دهد (۴۳/۹٪). در مجموع چهار عامل موجود ۶۸/۶ واریانس آزمون را تبیین می‌کنند که نسبتاً درصد قابل توجهی است. نتایج پس از چرخش واریماکس بیانگر آن است که ارزش ویژه عامل اول برابر با ۶/۸۱ و بنابراین عامل عمده در تحلیل عوامل محسوب می‌شود. در مجموع چهار عامل، ۶۸/۶۱ درصد واریانس موجود را تبیین می‌کنند. عامل اول از ۲۸ ماده با دامنه بار عاملی بین ۰/۴۹

جدول ۱. خلاصه درمان راهبردی راه‌حل مدار

جلسات	اهداف	شرح جلسات
جلسه اول	توصیف مشکل	الف) مشکل چیست؟ (ب) تعریف مسئله‌ای که بیش‌ترین اولویت را دارد. این مسئله، به چه طریقی یک مشکل است؟ چرا اکنون؟ (ج) امیدوار هستید که من چگونه به شما کمک کنم؟ (د) بدترین پیامی که من امروز می‌توانم به شما بدهم، چیست؟ بهترین یا کمک‌کننده‌ترین پیام چیست؟

جلسه دوم	بسط و تفصیل راه‌حل	الف) پرسش معجزه؛ ب) استثناها؛ ج) پرسش‌های درجه‌بندی.
جلسه سوم	ارزیابی راه‌حل‌های ناموفق	الف) تابه‌حال چه تلاشی کرده‌اید؟ چگونه آن را انجام داده‌اید؟ دقیقاً چه چیزهایی گفته‌اید؟ ب) آیا این کارها و گفته‌ها، مؤثر و مفید بوده است؟
جلسه چهارم	مداخله	الف) تأیید هیجانات و اعتباربخشی به شکایت اصلی؛ ب) تحسین؛ ج) توصیه / تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	کمک‌رسانی	از مکالمه امروز، چه چیزهایی را بیش‌تر دوست دارید به خاطر داشته باشید؟ برنامه‌ریزی برای کمک‌رسانی بیش‌تر الف) ما از موقعیت فعلی به کجا خواهیم رفت؟ آیا دوست دارید قرار ملاقات دیگری با من بگذارید؟ اگر بله، چه موقع؟ آیا باید تعداد جلساتمان را نامحدود تعیین کنیم؟؛ ب) ارجاع / برنامه‌ریزی برای سایر منابع کمک‌رسانی.

جدول ۲. درمان هیجان‌مدار (واتسون و گرینبرگ، ۲۰۰۶)

جلسه	اهداف جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه، جذب اعضای گروه به موضوع	آشنایی اولیه با اعضای گروه، معرفی درمان‌گر، بررسی انگیزه و انتظارات آنان از شرکت در کلاس، آشنایی اولیه از هیجانات و مشکلات اعضا، توضیح درباره مشکلات تکلیف: از آنان خواسته می‌شود تغییراتی که دوست دارند در پایان دوره در مورد افسردگی‌شان ببینند را یادداشت کرده و برای جلسه بعد همراه داشته باشند.
دوم	آشنایی با مفاهیم اولیه هیجان‌محور و روبه‌رو شدن اعضا با ترس‌هایشان	ارائه تعریف مفاهیم هیجان‌محور، تشویق اعضا به عقب راندن ترس‌هایشان، مانند ترس از طرد شدن و بیان عیب‌هایشان، شناسایی چرخه تعاملی معیوب، شناسایی احساسات متناقض و انتقادی به خود و افراد تأثیرگذار زندگی. تکلیف: افراد، احساسات و تجارب هیجانی راجع به افسردگی خود را یادداشت نموده و برای جلسه بعد با خود بیاورند.
سوم	آشنایی با هیجانات اولیه و ثانوی	منعکس و ارزش داده شدن به هیجانات ثانویه مانند تندی و ناکامی. آموزش نام‌گذاری هیجانات در زمان حال، بحث درباره چهار هیجان اصلی (ترس، خشم، شرم، غم) و نیازهای مربوط به آنها تکالیف: تمرین تفکیک احساسات اولیه از ثانویه در مورد رویدادهای خارج از جلسه درمان.
چهارم	آشنایی با موقعیت گفت و گو دو صندلی	برونسازی مشکلات، ایجاد شرایط بروز هیجانات معمولاً ناخوشایند در بافت ارتباطی و خانوادگی و به چالش کشیدن آنها، قرار دادن اعضای داوطلب در موقعیت دو صندلی جهت شناسایی هیجان پنهان اولیه و مناظره بین خود تجربه‌گر و خود انتقادکننده تکالیف: شناسایی نیازها و توانمندی‌های فرد در خارج از جلسه درمان با استفاده از تکنیک صندلی خالی
پنجم	آموزش تن آرامی و آموزش اعتباربخشی به هیجان‌ها	شناخت از جنبه‌های مختلف خود و تجربه احساس ارزشمندی، آموزش تجربه حالات هیجانی به وسیله بدن خود، به کارگیری تکنیک تن آرامی، آرام کردن احساس و گفتار خودانتقادی. تکالیف: تمرین چارچوب دهی مجدد به اشکال الگوهای هیجانی در خارج جلسات درمانی و تمیز قائل شدن بر روایت‌های مختلف مشکل.
ششم	رهایی کامل اعضا از خودانتقادی	اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجانی که تازه آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدیدی را نسبت به هیجان‌اتشان تجربه کنند. تجربه هیجانات مثبت از طریق فرآیند بخشش و رهایی از خودانتقادی. تکالیف: شناسایی باورهای غلط پیرامون مشکل، چالش با باورهای غلط از طریق بیان نیازها و مرور توانمندی‌های افراد مبتلا به افسردگی.

<p>قرار دادن آزمودنی‌های داوطلب در موقعیت گفت وگو با صندلی خالی تا با افراد مهم و تأثیرگذار زندگی‌شان گفتگو کنند.</p> <p>تکالیف: افراد گزارش انتقال حس عاملیت به خارج از جلسه درمان را همراه با تغییرات رخ داده در دیدگاهشان را یادداشت نمایند.</p>	<p>آشنایی با موقعیت گفت وگو با صندلی خالی</p>	<p>هفتم</p>
<p>پردازش هیجانات اولیه در مورد افراد مهم زندگی، بیان ارزش‌های خود و آن‌ها و چگونگی کنار آمدن با آن‌ها.</p> <p>تکالیف: انعکاس تغییرات کنونی، اعتباربخشی الگوهای نوین، حمایت همدلانه. اعضا راه حل‌های جدید برای مشکلاتشان پیدا می‌کنند، مرور مهارت‌های ارائه شده و تکمیل پس آزمون</p>	<p>حل و فصل مشکلات با افراد مهم زندگی و ساختن حکایت جدید و اجرای پس آزمون</p>	<p>هشتم</p>

حاضر شامل: ۱- پیش از شروع کار از شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. ۲- پیش از شروع کار شرکت کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع شد. ۳- از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت خواهد شد. ۴- نتایج در صورت تمایل برای آن‌ها تفسیر شد. ۵- در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی‌های لازم جهت پیگیری به داوطلبین ارائه گردید. ۶- مشارکت در تحقیق موجب هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت کنندگان نشدند. ۷- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی ندارد.

در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

و بیشینه سن در گروه آزمایش ۲۲ و ۴۸ سال و در گروه گواه، ۲۳ و ۵۰ سال بود.

روش اجرای پژوهش

ابتدا با تمامی مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره و روان‌شناختی ذهن زیبای شهر بجنورد در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ به شرطی که متخصصان مرکز برای آن‌ها، تشخیص اختلال افسردگی اساسی داده باشند و علاقه‌مند و داوطلب شرکت در پژوهش باشند، ارتباط برقرار شد. از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه تخصیص داده شدند. از این تعداد ۱۵ نفر، درمان راهبردی راه‌حل‌مدار، ۱۵ نفر درمان هیجان‌مدار دریافت کردند و ۱۵ نفر در لیست انتظار قرار گرفتند. در دو نوبت دیگر (یک هفته و شش ماه پس از خاتمه جلسه‌های درمانی)، افراد هر دو گروه آزمایش و گواه در انتظار درمان مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در این مدت به گروه گواه آموزش‌هایی در زمینه بهداشت روان ارائه شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۷/۹ (۸/۵) و گروه گواه ۳۸/۶ (۷/۹) بود. همچنین کمینه

جدول ۳. میانگین (انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نشانه‌های هیجانی	متمركز بر هیجان	۵۷/۰۵	۱۵/۵۲	۴۸/۳۴	۱۱/۰۱	۴۷/۷۵
	راه‌حل‌مدار	۵۹/۱۱	۱۴/۸۷	۵۲/۵۰	۱۲/۶۱	۵۱/۳۰
نشانه‌های شناختی	گواه	۵۸/۴۵	۱۳/۶۱	۵۷/۳۰	۱۳/۶۳	۵۷/۲۵
	متمركز بر هیجان	۵۹/۳۰	۱۵/۶۶	۵۳/۰۵	۱۴/۳۳	۵۴/۲۰
راه‌حل‌مدار	گواه	۵۸/۴۰	۵/۰۴	۵۸/۱۰	۵/۰۲	۵۸
	متمركز بر هیجان	۴۲/۳۵	۱۲/۸۷	۳۰/۲۵	۱۰/۷۱	۲۹/۴۰
راه‌حل‌مدار	گواه	۴۴/۵۵	۱۱/۱۹	۳۸/۴۵	۱۰/۱۴	۳۷/۹۰

نشانه‌های انگیزشی	گواه	۴۲/۶۰	۱۰/۱۸	۴۱/۰۵	۱۰/۱۹	۴۰/۶۰	۱۰/۱۴
نشانه‌های نباتی	متمرکز بر هیجان	۲۱/۸۰	۷/۳۸	۱۳/۸۵	۵/۳۳	۱۴/۰۵	۵/۵۷
	راه‌حل‌مدار	۲۰/۵۵	۸/۷۰	۱۶/۸۰	۶/۳۲	۱۶/۵۰	۶/۵۸
	گواه	۲۲/۶۵	۹/۰۰	۲۰	۸/۸۳	۲۱/۹۵	۸/۷۲

مطالعه در متغیرهای نشانه‌های افسردگی اساسی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای نشانه‌های افسردگی اساسی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

برای بررسی معناداری تفاوت بین نشانه‌های افسردگی در دو گروه آزمایش و گروه گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها (با استفاده از کولموگروف-اسمیرنف) و آزمون همگنی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) نشان داد که داده‌ها از توزیع طبیعی و نرمال پیروی می‌کنند و همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشانه‌های افسردگی اساسی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
نشانه‌های هیجانی	زمان	۱۱۹/۴۶	۱/۱۳	۹۲/۷۱	۱۴۸/۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴
	زمان*گروه	۹۳/۹۵	۲/۲۶	۷۲/۹۱	۱۱۶/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰
نشانه‌های شناختی	گروه	۱۴۶/۹۴	۲	۱۴۶/۹۴	۴۱/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
	زمان	۷۱۴/۰۶	۱/۵۵	۵۱۶/۹۵	۲۷۳/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
نشانه‌های انگیزشی	زمان*گروه	۵۹۸/۸۶	۳/۱۱	۴۳۳/۵۵	۲۲۹/۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
	گروه	۱۱۶۶/۴۰	۲	۱۱۶۶/۴۰	۱۲/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱
نشانه‌های انگیزشی	زمان	۴۰۰/۰۸	۱/۱۳	۲۹۶/۷۰	۲۶۱/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
	زمان*گروه	۲۷۷/۰۶	۲/۲۶	۲۰۵/۴۶	۱۸۱/۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
نشانه‌های نباتی	گروه	۲۶۰/۱۰	۲	۲۶۰/۱۰	۴/۹۳	۰/۰۳۵	۰/۱۵
	زمان	۹۹۷۸/۸۲	۱/۱۸	۵۹۰/۴۸	۳۳۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲
نشانه‌های نباتی	زمان*گروه	۹۳۹۲/۱۵	۲/۳۶	۴۶۰/۶۴	۳۱۱/۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
	گروه	۱۷۱۶۷/۲۱	۲	۱۷۱۶۷/۲۱	۲۹/۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که اثر زمان و گروه معنادار است.

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که اثر زمان و گروه معنادار است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه نشانه‌های افسردگی اساسی

متغیر	گروه	گروه	پس‌آزمون	پیگیری
نشانه‌های هیجانی	متمرکز بر هیجان	راه‌حل‌مدار	-۴/۱۶	۰/۰۱۵
		گواه	-۸/۹۶	۰/۰۰۱
		گواه	-۴/۸۰	۰/۰۰۵

۰/۰۲۲	۴/۶۰	راه حل مدار	متمرکز بر هیجان	نشانه‌های شناختی
۰/۰۰۳	-۵/۰۵	گواه		
۰/۰۰۱	-۹/۶۵	گواه	راه حل مدار	
۰/۰۲۲	۳/۰۱	راه حل مدار	متمرکز بر هیجان	نشانه‌های انگیزشی
۰/۰۱۸	-۲/۶۳	گواه		
۰/۰۰۱	۵/۸۳	گواه	راه حل مدار	
۰/۰۲۲	۳/۰۱	راه حل مدار	متمرکز بر هیجان	نشانه‌های نباتی
۰/۰۱۸	-۲/۶۳	گواه		
۰/۰۰۱	۵/۸۳	گواه	راه حل مدار	

کرد. دیدگاه راه‌حل‌محور به مراجعان کمک می‌کند تا با نگرستن به رفتارها و تعبیرشان از رفتار و موقعیت‌ها، راه‌حلی ایجاد کنند. راه‌حل‌ها به این دلیل امکان‌پذیرند که تغییر امری دائمی است. بر اساس دیدگاه مشاوره راه‌حل‌محور تغییر و دگرگونی امری اجتناب‌ناپذیر بوده و مخصوصاً تغییرات سازنده امکان‌پذیر است. لذا در این نوع درمان تمرکز بر روی مسائلی است که احتمال تغییر در آن‌ها وجود دارد نه به زمینه‌های سخت و غیرقابل تغییر (گانگ و هسا، ۲۰۱۷). همچنین درمان راه‌حل‌محور می‌تواند در جهت کمک به افراد در بهره‌گیری از کلام به‌عنوان راهی جهت نشانه‌های هیجانی اختلال افسردگی اساسی مؤثر باشد. در رویکرد راه‌حل‌محور با نگاه غیر آسیب‌شناختی به مشکلات توجه شده و از عامل ارتباط که باعث گرمی و پذیرش می‌شود به‌عنوان شالوده استفاده می‌شود و همکاری و همدلی باعث بهبود نشانه‌های هیجانی اختلال افسردگی اساسی در افراد می‌گردد. زمانی که افراد، به تأثیر کلام و گفتگو در حل مشکلات پی برده و از آن در جهت کاهش تعارضات بهره می‌برند (کیم، کلی و فرانکلین، ۲۰۱۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان متمرکز بر هیجان بر رابطه، تجربی و انسان‌گرا است. نشان داده شده است که تعامل‌های لحظه به لحظه مراجع-درمان‌گر و همراهی درمان‌گر با حالت هیجانی مراجع، نتایج درمان را پیش‌بینی می‌کند. نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعان غالباً فرایندی دشوار و طاقت‌فرسا است. رسالت درمان‌گر در این زمینه علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است.

نتایج جدول ۵ نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان نسبت به درمان راهبردی راه‌حل‌مدار تأثیر بیشتری بر نشانه‌های هیجانی، انگیزشی و زیست‌شناختی (نباتی) اختلال افسردگی اساسی دارد ($P < 0/01$) و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار نسبت به درمان متمرکز بر هیجان بر نشانه‌های شناختی اختلال افسردگی اساسی تأثیر بیشتری دارد ($P < 0/01$). نتایج این پژوهش در مرحله پیگیری نیز ماندگار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که درمان راهبردی راه‌حل‌مدار بر نشانه‌های شناختی، هیجانی، انگیزشی، زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد. نتایج این یافته با پژوهش اورکی، مهدی زاده و درتاج (۱۳۹۷)؛ عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶)؛ کریمی، جمالی و خورانی کریمی (۱۳۹۴)؛ جاوید، احمدی، میرزایی و اتقایی (۲۰۱۹)؛ امینی نسب و همکاران (۲۰۱۸)؛ اکپاتسا و سگویا (۲۰۱۸)؛ حبیبی، قادری، عابدینی و جمشید نژاد (۲۰۱۶) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در واقع در درمان راهبردی راه‌حل‌مدار اعتقاد بر این است که نشانه‌های هیجانی اختلال افسردگی اساسی، واقعیت‌های خارجی نیستند بلکه واقعیت‌هایی در ذهن مراجع بوده و به همین دلیل هیچ راه‌حل منحصربه‌فردی برای هیچ مشکلی وجود ندارد. راه‌حل‌های متعدد فراوان‌اند، فقط باید آن‌ها را کشف

هیجان که ابراز هیجانی را ترغیب می‌کند و روش‌های برخورد فرد با هیجاناتش را بهبود می‌بخشد، تأثیرات مثبتی بر وضعیت روان‌شناختی فرد خواهد داشت. بر اساس درمان متمرکز بر هیجان آنچه که دسترسی و پاسخگویی هیجانی را تثبیت می‌نماید، ایجاد پیوندهای ایمن می‌باشد. در درمان هیجان‌مدار به افراد آموزش داده می‌شود که از ایجاد صدمات دلبستگی بپرهیزند و رابطه امنی برای یکدیگر فراهم آورند. این تغییر زمینه‌ساز بهبود نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی می‌گردد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که با استفاده از روش مشاوره راه‌حل‌محور که به مراجعان به‌عنوان متخصصان شایسته و توانایی که قادر به حل مسائل خود هستند و به درمان به‌عنوان فرایندی که مراجع و درمان‌گر به‌وسیله آن واقعیات مطلوب را بازسازی می‌کنند، می‌نگرد. در طول فرایند درمان برای درمان‌گر مهم بود که روابط مشارکتی را با اصلاح زبان، عقاید و عملکردهای مراجع پایه‌گذاری کند و از زبان و سؤالات تغییرمحور استفاده کند. درمان راهبردی راه‌حل‌مدار با این عقیده که مراجعان قادر به تشخیص اهداف و شکل‌دهی راه‌حل‌های مؤثر برای موقعیت‌های مشکل‌ساز هستند ضرورتاً بر قدرتمند کردن و انعطاف‌پذیری مراجعان با کشف راه‌حل‌ها و استثنائات قبلی برای مسائل و تشویق مراجعان به تکرار رفتارهای مفید و مؤثر که اساس راه‌حل‌های تحقق اهداف را شکل می‌دهند، تمرکز می‌کند (ویچوپیکز، پاچالسکا، ریباک، گاسکی و ویسنویسکا، ۲۰۱۷). یکی از مداخلات کلیدی در درمان راهبردی راه‌حل‌مدار، جستجوی استثنائات برای منقطع شدن است. یافتن زمان‌هایی توسط مراجعین که استرس و اضطراب وجود نداشته یا قابل مدیریت‌تری بوده، توانست در بازسازی فهم مراجعان از انتخاب‌ها و محیط‌شان مفید باشد و به طبع منجر به افزایش میزان انعطاف‌پذیری در قبال فرد شود. فریدمن و کامبز جستجوی استثنائات را به‌عنوان راه‌هایی که افراد تجاربی را در مغایرت با داستان خود کسب می‌کنند، توصیف می‌کنند. با برجسته کردن وقایع متفاوت، آن‌ها فضایی را برای نوشتن داستان جدیدی برای خود به وجود می‌آورند. اگر مراجعان بتوانند استثنائات را تشخیص دهند، تکرار یا توسعه آن‌ها می‌تواند قسمت صحیح راهکار آن‌ها شود. در زمان‌های استثنائی،

مبدعان درمان متمرکز بر هیجان عقیده دارند که تنظیم هیجان بیش از آنکه برنامه‌های آموزشی با پروتکلی مشخص باشد، یک فرایند است و از این نظر کار درمان‌گر بیش از آنکه به کار یک معلم شبیه باشد، به کار یک مربی شباهت دارد (پاویا و انگس، ۲۰۱۷). در درمان متمرکز بر هیجان از ابتدایی‌ترین جلسات از افراد مبتلا به افسردگی خواسته می‌شود که ماهیت اختلال افسردگی خود را بر حسب احساسات و هیجان‌هایی که به صورت درونی برایشان رخ می‌داد، تعریف نمایند. به محض آشکار شدن هیجان‌ها (که اغلب آنان منفی بودند) طی فرآیند فراهوانی و زنده نمودن آن هیجان‌ها، خودآگاهی افراد مبتلا به افسردگی افزایش می‌یافت. در مرحله بازشناسی هیجان، فرد مبتلا به افسردگی به تدریج به منابع درونی خود (ظرفیت‌ها و شایستگی‌ها) به جای منابع بیرونی موجود (تأیید و حمایت دیگران) تکیه می‌نمودند؛ در نتیجه آگاهی درونی افزایش پیدا می‌کرد. مراجعان با تجربه‌ای که در مرحله آگاهی هیجانی کسب کرده بودند، آموختند که به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا مغلوب شدن توسط آن‌ها، بر وجود هیجان‌های خود آگاه باشند و تلاش کنند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کنند. مراجعان در طول جلسات به این درک می‌رسیدند که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار. بنابراین می‌توان به جای گریز از آن‌ها یا غرق شدن در آن‌ها، پیام پنهانی‌شان را شنید. درمان متمرکز بر هیجان با پردازش مجدد تجارب ارتباطی و بازسازی تعاملات افراد، با هدف خلق دلبستگی ایمن و ایجاد احساسی سرشار از امنیت، مداخله را به انجام می‌رساند. درمان متمرکز بر هیجان برگرفته از این باور است که هیجان سبب می‌شود افراد با دنیای خودشان ارتباط برقرار کرده و با بازخورد لحظه به لحظه درباره چیزهای بااهمیت و قابل توجه، انگیزه عمل را کسب نمایند. ابراز هیجان سبب بروز ویژگی‌های شخصیتی مانند قدرت‌پذیرش بالا و احساس کارایی می‌شود که نشانگر وجود مهارت‌های شناختی و بین فردی مطلوب می‌باشد. همچنین افرادی که بیش‌تر به ابراز هیجانات خود می‌پردازند، از نظر شخصیتی، سازمان یافته و از نظر ذهنی متمرکزترند (تیمولاگ، کوگ، چیکودر، ویلسون، وارد، هاوی و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین روش درمان متمرکز بر

مراجع در حال کشف نوعی زندگی است که بدون مسئله باشد یا حداقل شدت مسائل تا اندازه‌ای کم‌تر شده باشد (اسمیز و مکداف، ۲۰۱۷).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان کوتاه مدت راه حل محور به فعالیت‌هایی که هر فرد از آن لذت می‌برند، توجه می‌کند و آن‌ها را به برقراری دوباره آن فعالیت‌ها تشویق می‌کند. درمان راه حل محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر استفاده می‌کند و این کار تصویری از امید را در مراجعان ایجاد می‌کند. درمان‌گران درمان راهبردی راه‌حل‌مدار حس خودکفایی و خودمختاری را در مراجعان تقویت می‌کنند. آن‌ها این کار را از طریق تواناسازی مراجعان در خلق راه‌حل‌ها و ساختار دادن به این راه‌حل‌ها انجام می‌دهند (ریجنن و همکاران، ۲۰۱۸). درمان‌گران راه حل محور معتقدند که مشکلات افراد به وسیله روشی که فرد برای حل آن‌ها بکار می‌برند، باقی می‌مانند و بدتر می‌شوند. درمان راهبردی راه‌حل‌مدار مهارت‌های حل مشکلات را در هنگام لزوم استفاده به یاد افراد می‌آورد، آن‌ها را قادر می‌سازد تا چرخه نامعیوب مشکل را نابود کنند و راه حل‌های طولانی مدت را توسعه دهند. در رویکرد راه حل محور، شناسایی استثنائات همراهی مراجع را در جهت مثبت تا انتهای فرایند درمان حفظ می‌کند. همانطور که دیشیزر توضیح داده برای مراجعان، اولین چیزی که به نظرشان می‌آید، خود مشکل است در حالی که برای درمان‌گران، اولین چیز، استثنائات است. هدف درمان راه‌حل‌محور این است که به این افراد کمک کند تا در موقعیت خود تغییراتی را به وجود آورند. این تغییرات می‌باید پایدار باشند نه سطحی و موقتی، هدف درمان آن است که به افراد کمک کند که از فرآیندهای تغییری که قبلاً شروع شده‌اند، آگاه شوند و راه‌حل‌های تداوم یا تشدید (تقویت) این تغییرات را پیدا کنند (جنکینز و گرمین، ۲۰۱۷)؛ که این کمک می‌کند تا فرد ظرفیت‌ها و قابلیت‌های درونی خود را ارتقا بخشد و در شرایط استرس‌زا توانایی مقابله با این شرایط را داشته باشد. همچنین در توجیه این یافته می‌توان گفت مشاوره درمان راهبردی راه‌حل‌مدار با ارائه رهنمودهای مثبت و با تأکید

به قوت‌ها و توانایی‌های افراد به آن‌ها کمک می‌کند تا با رشد قوای اعتمادبه‌نفس و ایجاد نگرش‌های مثبت، توانایی مقابله با استرس‌ها، مشکلات زندگی را داشته باشند. این شیوه مشاوره‌ای علاوه بر این‌که در مراجعین ایجاد امید می‌نماید آن‌ها را به تفکر درباره امور زندگی وامی‌دارد که این به مراجعین کمک می‌کند تا به مسائل زندگی منطقی فکر کنند که این از به وجود آمدن بخشی از استرس‌ها و مشکلات در زندگی جلوگیری می‌کند. در سطح دیگر، هدف درمان صرفاً کمک به مراجع است که با تغییر از اجتناب کردن به حرف زدن درباره راه‌حل‌های حل مشکل بپردازند که این به مراجع توانایی بیشتری جهت مقابله با مشکلات را می‌دهد و آن‌ها را در مقابل مشکلات آتی سرسخت می‌سازد. علاوه بر این می‌توان گفت با توجه به این‌که درمان راه‌حل‌مدار شامل فرض‌های نیروبخشی همچون افراد سالم هستند، افراد باکفایت هستند، آن‌ها از توانایی ایجاد کردن؛ راه‌حل‌هایی که می‌تواند زندگی آن‌ها را بهتر کند، برخوردارند، می‌باشد (ژانگ، فرانکلین، کورین، پارک و کیم، ۲۰۱۸) و این فرض‌ها قوای درونی فرد را بالا می‌برد، دور از انتظار نیست که افرادی که تحت رهنمودهای این رویکرد قرار می‌گیرند می‌توانند نشانه‌های زیست‌شناختی اختلال افسردگی اساسی بهبود می‌یابد.

ممکن است آزمودنی‌ها در اثر پاسخ‌گویی متعدد به پرسشنامه (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) تحت تأثیر شرایط آزمون قرار گرفته و در نتیجه از دقت آن‌ها در پاسخ‌گویی کاسته شده باشد. علی‌رغم کوشش پژوهش‌گر در اجرای دقیق طرح درمان نمی‌توان مواجه شدن وی با بعضی از چالش‌ها در کار با افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی را نادیده انگاشت که این خود از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر بوده است. سنجش متغیرها در این پژوهش به‌صورت خود گزارش دهی انجام شده است و استناد به نتایج حاصل باید با احتیاط صورت گیرد؛ زیرا به دلیل حجم زیاد اطلاعات خواسته شده ممکن است برخی از آزمودنی‌ها با دقت به سؤالات پاسخ نداده باشند یا به‌صورت ناخودآگاه پرسشنامه‌ها را در جهت خود تأییدی پر کرده باشند. خلف وعده‌های بسیار زیاد برخی از افراد مبتلا به اختلال

منابع

- اورکی، محمد، مهدی زاده، آتوسا، و درتاج، افسانه. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمردرد و افسردگی و افزایش رضایت از زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۷(۲۶)، ۲۵-۴۳.
- شیرویه، روزبه، خرسند نوبهار، بهنود. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر سه گانه تاریک شخصیت، رفتارهای پرخطر جنسی و سیستم های فعال ساز/ بازدارنده رفتاری (BAS/BIS) در نوجوانان. *دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۲(۲): ۸۹-۱۰۰.
- عزیزی، آرمان، و قاسمی، سیمین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۲۹)، ۲۰۷.
- کریمی، فریبا، جمالی، سارا، خورانی کریمی، توران. (۱۳۹۴). اثربخشی خنده درمانی و درمان متمرکز بر راه حل، مجله تحقیقات در علوم رفتاری، ۱۳(۳)، ۴۶۵-۴۷۲.
- Akpatsa, E., & Segovia, A. M. (2018). Efficacy of Solution-Focused Therapy on Depression: A Case Study. *International Journal of Humanities and Social Science*, 10: 68-75.
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 40(4), 219.
- Aminnasab, A., Mohammadi, S., Zareinezhad, M., Chatrouz, T., Mirghafari, S. B., & Rahmani, S. (2018). Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Depression and Perceived Stress in Patients with Breast Cancer. *Tanaffos*, 17(4), 272.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical psychology review*, 36, 28-41.
- Franklin, C., Streeter, C. L., Webb, L., & Guz, S. (2018). *Solution Focused Brief Therapy in Alternative Schools: Ensuring Student Success and Preventing Dropout*. Routledge.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A., & Johnson, S. (2017). Solution focused brief therapy: A systematic review and meta-summary of process research. *Journal of marital and family therapy*, 43(1), 16-30.
- Gong, H., & Hsu, W. (2017). The effectiveness of solution-focused group therapy in ethnic Chinese school settings: A meta-analysis.

افسردگی اساسی برای حضور در جلسات در نتیجه عدم رعایت فواصل جلسات یکی دیگر از محدودیت‌ها بود. همچنین عدم امکان کنترل متغیرهایی مانند حمایت یا عدم حمایت‌های خانواده‌ها از افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از محدودیت‌های پژوهش بود. پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در آینده پژوهش‌هایی به صورت کیفی و طولی انجام دهند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل وضعیت اقتصادی، دین، مذهب و قومیت کنترل شود. با توجه به مقرون‌به‌صرفه بودن، اهمیت و بی‌ضرر بودن روش‌های مشاوره‌ای درمان راه‌حل‌محور پیشنهاد می‌شود برای افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی کارگاه‌هایی با هدف آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌های اساسی این روش مشاوره‌ای برگزار شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

- Smith, C., Armour, M., Lee, M. S., Wang, L., & Hay, P. (2018). Acupuncture for depression (intervention review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Smith, S., & Macduff, C. (2017). A thematic analysis of the experience of UK mental health nurses who have trained in Solution Focused Brief Therapy. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(2-3), 105-113.
- Wichowicz, H. M., Puchalska, L., Rybak-Korneluk, A. M., Gąsecki, D., & Wiśniewska, A. (2017). Application of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) in individuals after stroke. *Brain injury*, 31(11), 1507-1512.
- International Journal of Group Psychotherapy*, 67(3), 383-409.
- Greenberg, L. S. (2016). Emotion-focused therapy: An overview. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(33).
- Habibi, M., Ghaderi, K., Abedini, S., & Jamshidnejad, N. (2016). The effectiveness of solution-focused brief therapy on reducing depression in women. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(4), 244.
- Hodes, G. E., Kana, V., Menard, C., Merad, M., & Russo, S. J. (2015). Neuroimmune mechanisms of depression. *Nature neuroscience*, 18(10), 1386-1393.
- Javid, N., Ahmadi, A., Mirzaei, M., & Atghaei, M. (2019). Effectiveness of Solution-Focused Group Counseling on the Mental Health of Midwifery Students. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 41(08), 500-507.
- Jenkins, C., & Germaine, C. (2018). Solution-oriented learning to build resilience in mental health nursing students and recently qualified nurses. *Mental Health Practice*, 21(7).
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2015). Understanding emotional change in solution-focused brief therapy: Facilitating positive emotions. *Best Practices in Mental Health*, 11(1), 25-41.
- Kim, J. S., Brook, J., & Akin, B. A. (2018). Solution-focused brief therapy with substance-using individuals: A randomized controlled trial study. *Research on Social Work Practice*, 28(4), 452-462.
- Kim, J. S., Franklin, C., Zhang, Y., Liu, X., Qu, Y., & Chen, H. (2015). Solution-focused brief therapy in China: A meta-analysis. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*, 24(3), 187-201.
- Kim, J., Kelly, M., & Franklin, C. (2017). *Solution-focused brief therapy in schools: A 360-degree view of the research and practice principles*. Oxford University Press.
- Quick, E. K. (2008). *Doing what works in brief therapy: A strategic solution focused approach*. Academic Press.
- Reddy, P. D., Thirumoorthy, A., Vijayalakshmi, P., & Hamza, M. A. (2015). Effectiveness of solution-focused brief therapy for an adolescent girl with moderate depression. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 87-89.
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.