

اثربخشی درمان راه حل مدار بر کاهش تعارضات والد- فرزندی در نوجوانان دختر

زهرا گیتی پسند

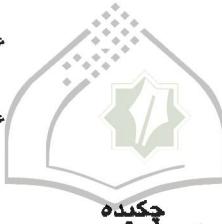
کارشناس ارشد مشاوره خانواده

دکتر خدیجه آرین

عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر ابوالفضل کرمی

عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی



چهیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات والد- فرزندی (مادر و دختر) در نوجوانان انجام گرفته است. در این پژوهش به دنبال این سؤال هستیم که آیا درمان راه حل مدار تعارضات والد- فرزندی را در دختران کاهش می دهد؟ رویکرد مورد نظر در این پژوهش که آشکارا زیر چتر پسامد نیسم قرار می گیرد، درمان راه حل مدار است که توسط استیو دشازر طراحی شده و یکی از دیدگاه های مشاوره کوتاه مدت است که به دلیل دارا بودن دیدگاه خوشبینانه و امیدبخش نسبت به مشکلات می تواند کمک های مفیدی را به مراجعان ارائه دهد. در این روش، درمان از صحبت درباره مشکل به صحبت درخصوص راه حل ها تغییر جهت پیدا می کند و اعتقاد بر این است که زبان آفریننده است. همان طوری که مشکل مراجع از طریق زبان مطرح می گردد، می تواند از همین طریق نیز، درمان شود. رویکرد حاضر با تمرکز بر توانمندی های مراجعان و ضمن تأکید بر زمان حال، به افراد کمک می کند راه حل هایی برای مشکلات خود بیابند. در این دیدگاه بر مسائل قابل تغییر و برداشت گام های کوچک

برای حل مشکل تأکید می شود. جامعه آماری این پژوهش، دانشآموزان دختر مقطع متوسطه منطقه ۱۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۷ بودند. نمونه مورد پژوهش ۲۴ نفر بودند که به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار داده شدند و اعضای گروه آزمایش در هشت جلسه درمان راه حل مدار به شیوه گروهی شرکت نمودند. در این پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس جهت آزمون اختلاف میانگین های گروه ها استفاده گردید. نتایج حاکی از آن است که درمان راه حل مدار بر کاهش تعارضات والد-فرزنده در نوجوانان دختر مؤثر است.

واژگان کلیدی: تعارض، روابط مادر و دختر، درمان راه حل مدار

مقدمه

خانواده به عنوان اولین و مهم ترین کانون رشد و تربیت نوجوانان، اهمیت فوق العاده ای در شکل گیری و تکامل رفتاری دارد (شعاری نژاد، ۱۳۷۷). نوجوانی، سنین بین ۱۲ تا ۱۸ سالگی را در برگرفته (کیم^(۱) و همکاران، ۲۰۰۲، نقل از اختیاری، ۱۳۸۵) و به عنوان دوره انتقال و سازماندهی مجدد در روابط خانوادگی در نظر گرفته می شود (گروتی وانت و کوپر^(۲)، ۱۹۸۶؛ استین برگ^(۳)، ۱۹۹۰؛ نقل از آلیسون^(۴) و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین مرحله انتقال از کودکی به بزرگسالی است که با تغییرات سریع فیزیکی و رشد تفکر انتزاعی شروع می شود و مرحله ای از زندگی است که مستلزم جدایی و استقلال بیشتر نوجوانان از والدین است (ونگ، ویست و کوسیک^(۵)، ۲۰۰۲).

از عوامل خطرساز این دوره، تعارض بین والدین و نوجوانان است. واژه تعارض به ناتوانی در حل تفاوت ها اشاره داشته و بیشتر با تنیش، خصومت و پرخاشگری همراه است (هال^(۶)، ۱۹۸۷). از نظر ریسچ، چانجونگ و جکسون^(۷) (۲۰۰۳) تعارض به معنای مخالفت بین دو یا چند شخص است و به نظر می رسد تعارض در روابط والدین و نوجوانان اجتناب ناپذیر است (لارسن^(۸)، ۱۹۹۵؛ نقل از آلیسون و همکاران، ۲۰۰۴).

1. Kemm

2. Grote Vant, Cooper.

3. Steinberg

4. Allison

5. Wong, Wiest & Cusick

6. Hall

7. Riesch, Chanchong & Jackson

8. Laursen

مادری کردن، زمانی که کودکان خردسال هستند، به رفع نیازها، ارائه عشق و امنیت مربوط می شود. اما به تدریج با بزرگتر شدن کودکان و ورود به سن نوجوانی، وظایف دیگری نیز از مادران انتظار می رود. وظایفی چون: تعیین حد و مرز، پیدا کردن روش های ارتباطی و برخورد با نوجوان به عنوان فردی مستقل مناسب با شخصیت خاصی که دارد. قالب های فرهنگی و تصاویر منفی مادران مقرر اتی در رسانه، از یک سو تمايل به استقلال طلبی از سوی دیگر تعارضات مادران و دختران را دامن می زند. طغیان هورمون ها، تصور نادرست آسیب ناپذیری در مواجهه با مسائل مختلف، همچنین اینترنت و گستردگی رسانه هایی که در پیش روی نوجوانان قرار دارد؛ می تواند از جمله عواملی باشد که روابط مادر- فرزندی را از جانب دختران به چالش می کشد (استریپ و اسنایدرمن، ۱۳۸۵). تعارض بین والدین با فرزندان همچنین می تواند نتیجه تفاوت درک و تصور والدین و فرزندان باشد؛ زیرا بین آنها حدود بیست سال تفاوت سنی وجود دارد. با توجه به تغییرات سریعی که در عصر ما رخ می دهد و جامعه در طول آن تغییر کرده است، فرزندان در شرایط متفاوت اجتماعی واقع شده اند و تصور آنها از خودشان به عنوان جوان و انتظاراتشان از والدین و دیگران به صورت دیگری شکل گرفته، ولی والدین از جوان همان تصور جوانی دوران خود را دارند. این تصورات و انتظارات متفاوت منجر به عدم تفahم والدین و فرزندان جوان می شود (حشمت السادات، ۱۳۸۳).

اختلاف بین والدین و نوجوان در حدود ۱۴-۱۵ سالگی به نقطه اوج خود می رسد و بیشتر تعارضات در مورد مسائل جزئی نظیر سبک لباس پوشیدن، مدل و نوع موسیقی مورد علاقه است (بیابانگرد، ۱۳۸۴). کوهن- سندلر^(۱) (۲۰۰۷) عقیده دارد: اولین موضوع تعارض، لباس و دو میں عامل، وضعیت اتاق دختر است. تعارضات بیشتر بین نوجوانان و مادر است تا پدر به ویژه در بین مادران و دختران شایع است (هیل، ۱۹۸۸؛ مونتی مایر، ۱۹۸۶؛ پالکوف و بروکس گان، ۱۹۹۱؛ نقل از آلیسون و همکاران، ۲۰۰۴). نورمن بیلز^(۲) (۲۰۰۰) عقیده دارد تعارض مادر- دختر، زمانی که دختر سینه ۱۳ تا ۱۹ سال را می گذراند، بیشتر تکرار می شود.

1. Cohen-Sandler

2. Norman Bales

در خصوص تعارض به وجود آمده، چنانچه راه‌های مقابله‌ای محدودی به کار گرفته شود، به رشد رابطه کمک می‌کند، ولی چنانچه طرفین درگیر در تعارض، نحوه برخورد صحیح را ندانند، نه تنها تعارض موجود رفع نمی‌شود، بلکه به تداوم رابطه هم آسیب می‌رساند. برای حل تعارض از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. مشاوره و رواندرمانی یکی از این روش‌هاست. نظریات مشاوره و رواندرمانی بر اساس فرضیات خاص خود، آسیب را در بخش‌های متفاوتی از خانواده جستجو می‌کنند و به روش‌های متفاوتی در پی درمان هستند. متخصصان بالینی که تحت تأثیر نظریه روانکاوی فروید^(۱) قرار دارند، درمان خود را به حل تعارضات شخصی و درون روانی فرد معطوف می‌دارند. دیدگاه جدیدتر بدون آن که از اهمیت فرآیندهای درونی و رفتاری فرد بکاهد، به بافت خانوادگی که رفتار شخص در آن رخ می‌نماید نیز اهمیت می‌دهد. رویکردهای مطروحه تحت تأثیر روانشناسی مدرن، تأکید فراوانی بر پرورش روش‌های منطقی و تجربی کشف حقایق عینی دارد و تصور می‌نماید که قوانین معتبر و تعمیم‌پذیر درباره رفتار آدمی از طریق تکرار پژوهش اثبات می‌شوند و مترادف با واقعیت قابل مشاهده از همان رفتار هستند (گلدنبرگ و گلدنبرگ^(۲)، ۱۳۸۵).

رویکردهای پست‌مدرن بر اساس فلسفه پست‌مدرن شکل گرفته‌اند. به لحاظ فلسفی، پسامدرنیسم منکر وجود جهانی عینی قابل فهم است و قبول ندارد که دانش بی‌طرف، فارغ از سوگیری، ختنی و مستقلی وجود داشته باشد که «حقیقت» را منعکس کند. بنابراین درمانگر پست‌مدرن، به فرض‌های یا پندارهایی علاقه‌مند است که اعضای خانواده در خصوص یک مشکل دارند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۵). درمان راه حل مدار رویکردی به روان‌درمانی است که به جای حل مشکل بر ساختن راه حل‌ها مبتنی است. این رویکرد به جای مشکلات فعلی و ریشه‌های قبلی منابع جاری و امیدهای آینده را کشف می‌کند (ایوسن، ۲۰۰۲).

استیو دشازر، به طور گسترده‌ای به عنوان مؤسس اصلی درمان راه حل مدار شناخته شده است.^(۳) دشازر قویاً تحت تأثیر کارهای او لیه‌اش با گروه مؤسسه تحقیقات روانی

1. Freud

2. Goldenberg & Goldenberg

۳. گرچه توسعه آن، از کارگروهی وی و همسر، شریک حرفه‌ای و همکارش اینسو کیم برگ، در میلواکی و ویسکانسین در اواخر دهه ۱۹۷۰ ناشی شده است.

(MRI)^(۱) در پانولو آلتو، کالیفرنیا و درمان مشکل مدار کوتاه مدت خود بود (اندرسون؛ نقل از سکستن و همکاران، ۲۰۰۳). سایر افراد صاحب نام، ویلیام اهنلون^(۲)، لیپچیک^(۳)، مایکل واینر^(۴)، جان پلر و والتر^(۵) بودند که مبانی و تکنیک های او لیه درمان راه حل مدار؛ به ویژه تمرکز بر راه حل و مدت زمان کوتاه را پایه ریزی و تفاسیر و عنوانی مورد نظرشان را برای آن ابداع نمودند (لیپچیک، ۱۹۹۳؛ اهنلون و واینر^(۶)- دیویس، ۱۹۸۹؛ والتر و پلر، ۲۰۰۰ و اندرسون؛ نقل از سکستن و همکاران، ۲۰۰۳).

در هر حال شبیه گروه MRI، آنها سادگی نظریه و عمل خود را ترویج نموده اند و درمان راه حل مدار، پایه تئوریکی محکمی دارد. از نظر تاریخی درمان راه حل مدار، در روایت ریشه دارد. طوری که با تأثیرات میلتون اریکسون، گریگوری بیتسون و وابستگان MRI شروع شد و افزون بر تأثیرات MRI در حوزه بودائیسم و تائوئیسم، توسط برگ و دشازر، اعتبار یافت. دشازر و برگ رویکرد مشکل محور و نامؤثر را که بیشتر بر رفتار مشکل تأکید داشت کنار گذاشتند و متوجه روش های مؤثرتر حل مشکلات شدند. آنها به تعهد گروه MRI به عملگرایی پیوستند. تعهدی که بر مداخلات سنجیده و دیدگاه موجز، به «چه» به جای «چرا» و «حال» به جای «تاریخچه» اهمیت می داد. آنها تأکید بر آینده را به این مجموعه افزودند (دشازر، ۱۹۸۲؛ نقل از سکستن و همکاران، ۲۰۰۳).

به طور متوسط، درمان کوتاه مدت راه حل مدار حدود ۵ جلسه برای مراجعان خود تشکیل می دهد که مدت زمان هر جلسه حدود ۴۵ دقیقه است. تعداد جلسه ها به ندرت بیش از ۸ جلسه می شود و غالباً یک جلسه مهم ترین است. اگر پس از سه جلسه پیشرفتی وجود نداشته باشد، بهتر است شیوه درمان تغییر یابد. در صورت امکان، همین طور که مراجع پیشرفته می کند، زمان بین جلسه ها طولانی می شود. به طوری که ممکن است درمان با ۴ جلسه بیش از ماه ها طول بکشد (ایوسن، ۲۰۰۲).

در درمان راه حل مدار، تشخیص وجود ندارد، ارتقاء بینش مدنظر نیست و گذشته تحلیل نمی شود. به جای آن، مراجعان را تشویق می کنند و اعمال متفاوتی انجام دهند. آنها روی فرضیاتی که در پایان هر رواندرمانی موفقیت آمیز وجود دارد، کار می کنند.

1. Mental Research Institut

2. O'hanlon

3. Lipchik

4. Winer

5. Peller & Walter

6. Winer

موقعیت مراجع تغییر یافته است، بنابراین او کار متفاوتی انجام خواهد داد. درمانگران راه حل مدار به مراجعان کمک می کنند که در خصوص آنچه می تواند متفاوت باشد، بیندیشند. به محض این که یک راه حل شناسایی می شود، مراجع و درمانگر قدم به قدم به طرف آن حرکت می کنند (بهداشت روان هاروارد، ۲۰۰۶). دشازر (۱۹۹۱) اظهار می دارد راه حل هایی که مردم به کار می برند، مشکل آفرین هستند؛ نه خود مشکل. بنابراین بیشترین تأکید بر راه حل ها و شایستگی هاست و هدف درمان، انتخاب آن دسته از معانی است که به تغییر بیانجامد (اندرسون؛ نقل از سکستن و همکاران، ۲۰۰۳).

ویژگی مهم این رویکرد، بنا به گفته بنیانگذاران آن، ماهیت کوتاه مدت و خوشبینانه آن است. بنا به عقيدة دشازر (۱۹۸۸) شکایت های مراجعان به منزله درهایی هستند که اگر کلیدهای آنها را پیدا کنند، می توانند به یک زندگی رضایت بخش تر وارد شوند؛ بنابراین آنها تعدادی پرسش درمانی - مداخلات شاه کلید - فراهم ساخته اند. هدف از این سوال ها این است که الگوهای رفتاری حافظ مشکل قطع شوند، باورهای خانوادگی کهنه و منسوخ تغییر کنند و موارد استثناء برای رفتاری که تغییر ناپذیر تلقی می شد، زیاد شود. مهم ترین این پرسش ها عبارتند از: پرسش معجزه^(۱) و پرسش استثناء^(۲). از این طریق، به افراد کمک می شود با تمرکز بر قابلیت ها و منابع خود و نیز تأکید بر زمان حال، راه حل های ممکنی برای مشکلات خود بیابند. در این دیدگاه فرض می شود که راه حل ها فراوانند و فقط باید آنها را کشف کرد (دشازر، ۱۹۸۶؛ نقل از گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۵). در این پژوهش، منظور کاربرد فنون رویکرد راه حل مدار است که طی هشت جلسه مشاوره به مرحله اجرا گذاشته شده و موارد ذیل را شامل می شود: بیان قواعد، چارچوب ها و اصول کلی مشاوره راه حل مدار، کمک به نوجوانان برای تدوین اهداف خود به صورت مثبت، معین، ملموس و قابل اندازه گیری، یافتن لحظات استثناء، پرسش های معجزه، پیش انگارانه، ارزیابانه، مقیاسی، درصدی، کاو شگرانه، برونساری مشکل و ارائه تکالیف دستورالعملی بر اساس رویکرد. با توجه به فرضیات زیربنایی این درمان پیش بینی می شود مشاوره گروهی با رویکرد حاضر منجر به کاهش تعارضات والد- فرزندی، ارتقای مهارت استدلال و کاهش پرخاشگری کلامی و فیزیکی در نوجوانان دختر گردد.

1. Miracle question

2. Exception question

فرضیه های پژوهش

فرضیه اصلی

کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات والد- فرزندی در نوجوانان دختر مؤثر است.

فرضیه های فرعی

۱. کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر افزایش مهارت استدلال در نوجوانان دختر مؤثر است.

۲. کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر کاهش پرخاشگری کلامی در نوجوانان دختر مؤثر است.

۳. کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در نوجوانان دختر مؤثر است.

روش پژوهش

طرح تحقیق حاضر از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل^(۱) است.

جامعه آماری

جامعه آماری این تحقیق، دانش آموزان دختر مقطع متوسطه منطقه ۱۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۷ است که سن آنها بین ۱۶-۱۸ سال می باشد.

نمونه و روش نمونه گیری

در این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی، جهت انتخاب نمونه استفاده شده است. به این ترتیب که در منطقه ۱۳ با مراجعه دایره آموزش متوسطه منطقه، از بین مدارس متوسطه دخترانه یک مدرسه انتخاب شد. سپس از طریق فراخوان و حضور پژوهشگر در کلاس ها و توضیح موضوع مشاوره گروهی، از میان داوطلبانی که ثبت نام نموده و بر اساس پرسشنامه تعارض با والدین، دارای بیشترین تعارض با مادر بودند، ۲۴ نفر انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری قرار داده شدند. به همین روش یکی از گروه ها به عنوان گروه آزمایش انتخاب گردید. اعضای گروه آزمایش، طی

1. Pre test-Post test Randomized Group Design

هشت جلسه، هفته‌ای یکبار، به مدت ۷۵ دقیقه درمان راه حل مدار را جهت کاهش تعارضات با مادر دریافت نمودند و در بیان از هر دو گروه، پس آزمون به عمل آمد.

ابزار اندازه‌گیری

ابزار تحقیق در این پژوهش، مقیاس راهبردهای تعارض^(۱) استوانه پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال است که سه راهبرد حل تعارض: استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد و توسط موری ای. اشتراوس^(۲) تهیه شده است. این مقیاس دارای ۳ فرم است: تعارض با برادر یا خواهر، تعارض با والدین و تعارض با پدر و مادر. در فرم تعارض با مادر که در این پژوهش به کار رفته است، پنج سؤال اول پرسشنامه، استدلال؛ پنج سؤال دوم، پرخاشگری کلامی و پنج سؤال سوم پرسشنامه، پرخاشگری فیزیکی را می‌سنجد. نمره کل نیز به سطح تعارضات موجود اشاره دارد (ثنائی ذاکر، ۱۳۷۹).

پژوهش‌های متعددی، همسانی درونی خرد می‌باشد مقیاس‌های استدلال، پرخاشگری کلامی و پرخاشگری فیزیکی را تأیید می‌نماید. دامنه ضریب آلفای کرونباخ مقیاس استدلال بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۶، مقیاس پرخاشگری کلامی بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۸ و برای خرد می‌باشد مقیاس پرخاشگری فیزیکی بین ۰/۴۲ تا ۰/۹۶ به دست آمده است (ثنائی ذاکر، ۱۳۷۹).

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش، از طریق تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شده است.

فرضیه اصلی: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات والد-فرزنندی در نوجوانان دختر مؤثر است.

جدول ۱ - تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات والد-فرزنندی در نوجوانان دختر در گروه‌های آزمایش و گواه

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجددات	درجه آزادی	مجموع مجددات	شاخص‌های آماری	
					گروه‌ها	گروه‌ها
۰/۰۰	۲۸/۷۳	۲۲۷/۵۷	۱	۳۲۷/۵۷	سارضات - پیش آزمون	
۰/۰۱	۷/۸۷	۶۶/۵۲	۱	۶۶/۵۲		گروه‌ها
		۸/۴۶	۲۱	۱۷۷/۵۹		خطا

1. Conflict Tactics Scales (CT)

2. Murray A. Straus

اثریخشی درمان راه حل مدار بر کاهش تعارضات والد-فرزنده...

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می شود ($F = 7/87$) است که در سطح اطمینان ۹۹٪ ($p = 0/01$) معنادار است و بنابراین، فرض صفر رد و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه می گیریم بین سطح تعارضات والد-فرزنده گروههای آزمایش و گواه، پس از اجرای مشاوره گروهی تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه فرعی اول: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر افزایش مهارت استدلال در نوجوانان دختر مؤثر است.

جدول ۲ - تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر افزایش مهارت استدلال نوجوانان دختر در گروههای آزمایش و گواه

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجددرات	درجه آزادی	مجموع مجددرات	شاخصهای آماری گروهها
.۰۰۰	۲۱/۷۰	۱۱۸/۸۹	۱	۱۱۸/۸۹	استدلال پیش آزمون
.۰۳۶	۰/۸۹	۴/۸۹	۱	۴/۸۹	گروهها
		۵/۴۸	۲۱	۱۱۵/۰۳	خطا

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می شود ($F = ۰/۸۹$) است که در سطح اطمینان ۹۵٪ ($p = ۰/۳۶$) معنادار نیست و بنابراین، فرض صفر تأیید و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می گیریم بین سطح مهارت استدلال گروههای آزمایش و گواه، پس از اجرای مشاوره گروهی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر، کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر افزایش مهارت استدلال در نوجوانان دختر مؤثر نیست.

فرضیه فرعی دوم: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر کاهش پرخاشگری کلامی در نوجوانان دختر مؤثر است.

جدول ۳ - تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری کلامی در نوجوانان دختر در گروههای آزمایش و گواه

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجددرات	درجه آزادی	مجموع مجددرات	شاخصهای آماری گروهها
.۰۰۰	۲۰/۳۲	۴۷/۵۰	۱	۴۷/۵۰	پرخاشگری کلامی - پیش آزمون
.۰۰۱	۸/۲۱	۱۹/۱۹	۱	۱۹/۱۹	گروهها
		۲/۳۴	۲۱	۴۹/۰۹	خطا

زهرا گیتی پسند، خدیجه آرین و ابوالفضل کرمی

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می شود ($F = 8/21$) است که در سطح اطمینان ۹۹٪ ($p = 0/01$) معنادار است و بنابراین، فرض صفر رد و با اطمینان ۹۹٪ نتیجه می گیریم بین پرخاشگری کلامی گروههای آزمایش و گواه، پس از اجرای مشاوره گروهی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری کلامی در نوجوانان دختر مؤثر است.

فرضیه فرعی سوم: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در نوجوانان دختر مؤثر است.

جدول ۴ - تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در نوجوانان دختر در گروههای آزمایش و گواه

سطح معناداری	نسبت F	میانگین مجددات	درجه آزادی	مجموع مجددات	شاخصهای آماری گروهها
۰/۱۲	۲/۶۷	۰/۳۰	۱	۰/۳۰	پرخاشگری فیزیکی پیش آزمون
۰/۰۲	۶/۵۶	۰/۷۴	۱	۰/۷۴	گروهها
		۰/۱۱	۲۱	۲/۳۷	خطا

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود ($F = 6/56$) است که در سطح اطمینان ۹۵٪ ($p = 0/02$) معنادار است و بنابراین، فرض صفر رد و با اطمینان ۹۵٪ نتیجه می گیریم بین پرخاشگری فیزیکی گروههای آزمایش و گواه، پس از اجرای مشاوره گروهی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در نوجوانان دختر مؤثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اصلی: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش تعارضات والد-فرزنندی در نوجوانان دختر مؤثر است. بر اساس نتایج حاصله می توان گفت نوجوانانی که در گروه آزمایش شرکت داشته‌اند، بیشتر می توانند اختلافات خود با مادر را به بحث و بررسی گذاشته و در جهت کاهش آن قدم بردارند. چنین یافته‌ای همسو با

فرض های زیربنایی درمان راه حل مدار است. بر اساس نظرات دشازر، زیان می آفریند و واقعیت است. بنابراین مشکل، واقعیت یک مراجع است. برای تغییر مشکل، ابتدا باید واقعیت از طریق تغییر زیان؛ تغییر نماید. بر اساس یافته این پژوهش، تغییر جهت از صحبت درباره مشکل به صحبت در خصوص راه حل در کاهش تعارضات نقش مهمی دارد. صحبت از راه حل با هدف هدایت مراجعان صورت می گیرد و از طریق توسعه و ایجاد لحظات استثناء اجراء می شود.

نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش های بکتاش (۱۳۸۴)، زابلی (۱۳۸۳)، داداش (۱۳۸۳) همخوانی دارد. همچنین پژوهش حاضر با پژوهش های ذیل همسو می باشد: پژوهش سودانی (۱۳۸۵)، دیبانیان (۱۳۸۴)، سعیدی (۱۳۸۵)، فروسچل^(۱)، اسمیت^(۲) و ریکارد^(۳)، (۲۰۰۷)، فروسچل (۲۰۰۵)، باررا^(۴) (۲۰۰۵)، نیوسام^(۵) (۲۰۰۵)، کیتای چوک^(۶) (۲۰۰۴)، کورکوران^(۷) (۱۹۹۷)، سیگرام (۱۹۹۷)، مو و لی^(۸) (۱۹۹۷)، کورکوران و ویژین (۲۰۰۷)، اندرسون؛ نقل از سکستن و همکاران (۲۰۰۳)، ایوسن (۲۰۰۲)، آیزنگارت و گینگریچ^(۹) (۲۰۰۲) پروچاسکا (۱۹۹۹) و میلر، هابل و دانکن (۱۹۹۶)، اندرسون؛ نقل از سکستن و همکاران، (۲۰۰۳) در خصوص کارآیی این نوع درمان. همچنین یافته این تحقیق با پژوهش های ذیل مغایر است: اختیاری (۱۳۸۵)، کورکوران (۲۰۰۶)، ماد^(۱۰) (۲۰۰۰).

فرضیه فرعی اول: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی، بر افزایش مهارت استدلال در نوجوانان دختر مؤثر است. بر اساس یافته های پژوهش حاضر این فرضیه تأیید نگردید و به نظر می رسد ارتقای مهارت مورد نظر در نوجوانان به افزایش سن و تجرب آنان بستگی دارد. دوره نوجوانی سن ظهور عملیات صوری است؛ عملیاتی که به فرد امکان می دهد خودش را از زمان حال جدا کند. در این دوره، موقعیت ادراکی وابسته به عینیت که کودک را محدود می نماید از بین می رود و نوجوان می تواند به سوی

1. Froeschle
3. Ricard
5. New Some
7. Corcoran
9. Eisengart & Gingerich

2. Smith
4. Barrera
6. Kytay Chuk
8. Mo & Lee
10. Mudd

احتمالات و آنچه در حال حاضر وجود ندارد، حرکت کند. همچنین یکی از ویژگی‌های نوجوانان، توانایی آنها در گیراندن اختن بزرگسالانی است که استدلال غیرمنطقی دارند. بسیاری از معلمان و والدین این ویژگی ناکام‌کننده را تجربه کرده‌اند. زمانی که استدلال در نوجوانان تحول می‌یابد، آنها از همان ظرفیت استدلالی بهره می‌برند که در بزرگسالان دیده می‌شود. هرچند تعداد طرحواره‌های آنها نسبت به بزرگسالان محدودتر است (پیاژه^(۱)، ۱۹۶۳؛ ۶؛ نقل از وادزورث^(۲)، ۱۳۷۸).

همچنین نوجوان تمایل زیادی به اصلاح جامعه دارد و آرمانگراست. او برای رسیدن به چنین اجتماعی، خود را به دریای بی‌انتهایی بحث و مجادلات می‌اندازد و از آن به عنوان ابزاری جهت مقابله با دنیای واقعی بهره می‌برد (پیاژه، ۱۹۶۷؛ نقل از وادزورث، ۱۳۷۸). نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش‌های ذیل همخوانی دارد: اختیاری (۱۳۸۵) و ماد (۲۰۰۰). همچنین یافته این تحقیق با پژوهش‌های ذیل مغایر است: بکتاش (۱۳۸۴)، زابلی (۱۳۸۳)، سیگرام (۱۹۹۷)، کورکوران و ویژین (۲۰۰۷)، اندرسن؛ نقل از سکستن و همکاران (۲۰۰۳)، ایوسن (۲۰۰۲)، آیزنگارت و گینگریچ (۲۰۰۰)، پروچاسکا (۱۹۹۹) و میلر، هابل و دانکن (۱۹۹۶)، اندرسن؛ نقل از سکستن و دیگران، (۲۰۰۳) در خصوص کارآیی این نوع درمان.

فرضیه فرعی دوم: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری کلامی در نوجوانان دختر مؤثر است. معمولاً نوجوانان پرخاشگر، متعلق به خانواده‌هایی هستند که والدین فاقد مهارت‌های ارتباطی با نوجوان هستند. بنابراین رفتارهای پرخاشگرانه در خانواده رواج یافته و توسط نوجوانان نیز آموخته می‌شود. همین مسئله منجر به بروز تعارض بیشتر در خانواده می‌گردد (مرادی، ۱۳۸۴). بهره‌گیری از درمان راه حل مدار می‌تواند در جهت کمک به اعضای خانواده در بهره‌گیری از کلام به عنوان راهی جهت کاهش تعارضات و پرخاشگری کلامی مؤثر باشد. این یافته موافق با فرض‌های زیربنایی درمان راه حل مدار است. دشازر (۱۹۹۱) اظهار می‌دارد راه حل هایی که مردم به کار می‌برند، مشکل‌آفرین هستند؛ نه خود مشکل. از طریق شرکت در جلسه‌های مشاوره گروهی با رویکرد حاضر، اعضای گروه انگیزه یافتند راه حل هایی

1. Piaget

2. Wadsworth

متفاوت از آنچه تاکنون به کار می گرفتند، به کار بینند. نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش های ذیل همخوانی دارد: اختیاری (۱۳۸۵)، بکتاش (۱۳۸۴)، زابلی (۱۳۸۳)، داداش (۱۳۸۳). همچنین پژوهش حاضر با پژوهش های ذیل همسو می باشد: سودانی (۱۳۸۵)، دیباشیان (۱۳۸۴)، سعیدی (۱۳۸۵)، نظری (۱۳۸۳)، فرو سچل، اسمیت و ریکارد (۲۰۰۷)، فرو سچل (۲۰۰۵)، نیوسام (۲۰۰۵)، کیتای چوک (۲۰۰۴)، کونولی و همکاران (۲۰۰۳)، سیگرام (۱۹۹۷)، کورکوران (۱۹۹۷)، کورکوران و ویژین (۲۰۰۷)، اندرسن؛ نقل از سکستن و همکاران (۲۰۰۳)، ایوسن (۲۰۰۲)، آیزنگارت و گینگریچ (۲۰۰۰)، پروچاسکا (۱۹۹۹) و میلر، هابل و دانکن (۱۹۹۶)، اندرسن؛ نقل از سکستن و همکاران، (۲۰۰۳) در خصوص کارآیی این نوع درمان. همچنین یافته این تحقیق با پژوهش های ذیل مغایر است: ماد (۲۰۰۰) و کورکوران (۲۰۰۶).

فرضیه فرعی سوم: کاربرد درمان راه حل مدار به شیوه گروهی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی در نوجوانان مؤثر است. زمانی که اعضای خانواده، به تأثیر گفتگو در حل مشکلات پی برد و از آن در جهت کاهش تعارضات بهره می برند، پرخاشگری فیزیکی کمتری را در روابط گزارش می نمایند. همچنین در درمان راه حل مدار از طریق تمرکز بر راه حل ها و نیز قابلیت های مراجعتی، راهی جهت گفتگو در بین اعضای خانواده بازمی گردد و نگرش اعضا در خصوص مسائل تغییر امی باید (سودانی، ۱۳۸۵). همین مسئله منجر به تغییرات رفتاری مشهود در اعضا می گردد. نتایج این یافته پژوهشی با پژوهش های ذیل همخوانی دارد: اختیاری (۱۳۸۵)، بکتاش (۱۳۸۴) و زابلی (۱۳۸۳). همچنین پژوهش حاضر با پژوهش های ذیل همسوی دارد: سودانی (۱۳۸۵)، دیباشیان (۱۳۸۴)، سعیدی (۱۳۸۵)، نظری (۱۳۸۳)، فرو سچل، اسمیت و ریکارد، (۲۰۰۷)، فرو سچل (۲۰۰۵)، نیوسام (۲۰۰۵)، کیتای چوک (۲۰۰۴)، کونولی و همکاران (۲۰۰۳)، سیگرام (۱۹۹۷)، کورکوران (۱۹۹۷)، کورکوران و ویژین (۲۰۰۷)، اندرسن؛ نقل از سکستن و همکاران (۲۰۰۳)، ایوسن (۲۰۰۲)، آیزنگارت و گینگریچ (۲۰۰۰)، پروچاسکا (۱۹۹۹) و میلر، هابل و دانکن (۱۹۹۶)، اندرسن؛ نقل از سکستن و همکاران، (۲۰۰۳) در خصوص کارآیی این نوع درمان. همچنین یافته این تحقیق با پژوهش های ذیل مغایر است: ماد (۲۰۰۰) و کورکوران (۲۰۰۶).

در پژوهش حاضر، به بررسی اثربخشی یکی از رویکردهای درمانی پست‌مدرن (درمان راه حل مدار) بر کاهش تعارضات والد-فرزنده در دختران نوجوان پرداخته شد. این رویکرد بر فلسفه پست‌مدرن استوار است که اولین بار به صورت حوزه‌ای از مطالعات دانشگاهی در اواسط دهه ۱۹۸۰ ظهر نمود. این فلسفه ریشه در حاکم غرب مدرن دارد و در برابر آن می‌توان موضع متعددی اتخاذ نمود. می‌توان به علت غربی بودن ریشه‌های آن، از تفکر در خصوص آن اجتناب ورزید و بدون مطالعه و بررسی، آن را کنار گذاشت. در سوی دیگر این پیوستار، می‌توان به دلیل همان غربی بودن، بدون هرگونه تحلیل و بررسی، آن را تأیید نمود و راه حل تمامی مشکلات امروزی در نظر گرفت. اما بهترین شیوه برخورد که در پژوهش حاضر به نمایش گذاشته شد، این بود که به تحلیل آن پرداخته و فارغ از هر سوگیری و تعصب، به بررسی دلایل کارآمدی یا عدم تناسب آن با فرهنگ و نظام درمانی ایران پرداخته شود. کوری^(۱) (۱۳۸۶) عقیده دارد غالب نظریات درمانی معاصر مملو از فرضیات و اهدافی است که تداعی‌کننده فرهنگ غربی است و به نظر می‌رسد جهت کاربرد در فرهنگ‌های غیرغربی نامناسب است. به عنوان مثال: انتخاب، بی‌همتایی افراد، ابراز وجود و تقویت خود، در فرهنگ‌های غربی مورد تأکید است. حال آن که در فرهنگ‌های غیرغربی تأکید بر وابستگی میان‌فردي، کم‌اهمیت جلوه دادن حس فردیت و تشویق فداکاری شخصی جهت حفظ منافع مجموعه در اولویت قرار دارد. بنابراین انتظار تأیید اثربخشی تمامی درمان‌ها در تمامی فرهنگ‌ها، انتظاری نابخردانه است.

همچنین اکثریت پایان‌نامه‌هایی که بر اساس درمان راه حل مدار انجام شده، به تکرار و گسترش پژوهش‌های پیشین پرداخته است. پژوهش‌های نظری (۱۳۸۳)، دیبانیان (۱۳۸۴)، سودانی (۱۳۸۵) و سعیدی (۱۳۸۵) همه در این مجموعه قرار دارند و به روابط همسران پرداخته‌اند. اما پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مبتنی بر نظریه می‌باشد که به بررسی مفاهیم زیربنایی درمان راه حل مدار در حوزه‌ای جدید (روابط والد-فرزنده) پرداخته است.

از سوی دیگر، جامعه آماری پژوهش، متشكل از نوجوانان است. دوره نوجوانی، دوره مبارزه طلبی و رشدی است که نوعاً با کاهش اتكاء و وابستگی به والدین و خانواده،

1. Corey Gerald

رشد احساس خودرهبری، یافتن ارزش‌ها و اعتقادات همراه است (فرمہینی فراهانی، ۱۳۷۸؛ نقل از صیادی، ۱۳۸۱). با توجه به این که به نظر اسنایدرمن و استریپ (۱۳۸۶) دختران در تعارض با مادر، در پی رشد هستند و با وجود آگاهی از این که «دختر خوب» از نظر مادر چه ویژگی‌هایی دارد، ولی به سادگی به سوی ویژگی‌های دختری کشیده می‌شوند که برای مادر غیرقابل تحمل است (نانسی فرایدی، ۱۳۷۹).

بخشی از مشکل در رابطه مادر-دختر در این نکته نهفته است که دختران در دوره بلوغ خود را بازنگری می‌کنند و بخش‌هایی را در وجود خود می‌یابند که هیچگاه توسط مادر تشویق نشده بوده است. توجه به این بخش‌ها معمولاً سرزنش مادر و تأیید همسالان را در پی دارد. فرایدی (۱۳۷۹) ضمن تأکید بر این که گروه همسالان، عشق، دوستی، حمایت، قدرت و مفرهای تعریف شده‌ای جهت تخلیه احساسات در اختیار دختران قرار می‌دهد، عقیده دارد در دوره نوجوانی، ترس از طرد شدن از جانب گروه برای دختران مهم می‌شود. قدرت گروه برای دختران ارزشمند است و آنقدر آنها را تقویت می‌کند که به راحتی می‌توانند مقررات مادر را بشکنند و برای بهبود رابطه تلاشی نکنند.

از سوی دیگر مادران، زمانی که بخش‌هایی از وجود خود را در دخترشان می‌بینند، زیان به تحسین و تشویق می‌گشایند و ناآگاهانه می‌کوشند آرزوهای نافرجام خود را به دخترشان تحمیل نمایند. اما هنگامی که دختر در مسیر دیگری حرکت می‌کند، به سرزنش وی می‌پردازند. این موضوع می‌تواند سرچشمه مشکلات زیادی بین مادر و دختر باشد (اسنایدرمن و استریپ، ۱۳۸۶).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد مشاوران از درمان راه حل مدار جهت کمک به حل مشکلات مراجعان بهره برده، همچنین کلاس‌هایی در قالب دوره‌های ضمن خدمت جهت آموزش درمان راه حل مدار به معلمان و مشاوران آموزش و پرورش آموزش و پرورش تشکیل گردد؛ تا این طریق آموزش درمان راه حل مدار به دانش آموزان و والدین آنها انتقال یابد. وارد نمودن مباحث درمان راه حل مدار به زیان ساده در کتب درسی دانش آموزان نیز می‌تواند در کاهش مشکلات آنان مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگرانی که قصد تحقیق در این زمینه را دارند، به بررسی تأثیر درمان راه حل مدار بر کاهش تعارضات والد-فرزنده در نوجوانان، با بهره‌گیری از آزمون دیگر، نمونه‌های بزرگتر و نیز بر روی سایر سنین در گروه دختران و همچنین در نوجوانان

پسر پردازنده تا تعیین‌پذیری یافته‌ها بررسی شود. همچنین به بررسی تأثیر این درمان بر کاهش تعارضات والد-فرزندی با حضور والدین و نوجوانان اقدام نمایند و به مقایسه اثربخشی این درمان راه حل مدار با سایر درمان‌ها در بهبود روابط و کاهش تعارضات پردازنده. مطلوب است تأثیر درمان راه حل مدار بر سایر موضوعات (مشکلات تحصیلی، شغلی و...) بررسی گردد و در زمان کاربرد این درمان، از مثال و استعاره جهت مناسب‌سازی فنون راه حل مدار با سطح شناختی اعضاء استفاده شود.

منابع

- اختیاری، ر. (۱۳۸۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری به مادران در بهبود روابط با دختران نوجوانشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- استایدرمن، ن. و استریپ، پ. (۱۳۸۵). کلیدهای شناخت و رفتار با دخترها. ترجمه ا. کرمی. تهران: کتاب‌های دانه وابسته به انتشارات صابرین.
- بکتاش، م. (۱۳۸۴). اثر گروه مواجهه در حل تعارضات مادرها و دخترهای ۱۵-۱۶ ساله تهرانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.
- بیبان‌گرد، ا. (۱۳۸۴). روانشناسی نوجوانان. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- پروچاسکا، ج. و نورکراس، ج. (۱۳۸۶). نظریه‌های رواندرمانی. ترجمه سید محمدی. تهران: انتشارات رشد.
- ثنائی‌ذاکر، ب. (۱۳۷۹). مقیاس سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- حشمت‌السادات، ب. (۱۳۸۳). رابطه والدین با فرزندان. اینترنت، <http://mashregh.Ws/read>
- داداش، ز. (۱۳۸۳). تأثیر بازسازی خانواده در کیفیت رابطه مادر-دختر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.
- دیبانیان، ش. (۱۳۸۴). میزان اثربخشی درمان راه حل مدار بر افزایش رضایت زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- زابلی، پ. (۱۳۸۳). سنجش سودمندی روش نایشگری در بهبود مهارت‌های رفع تعارض دختران با مادران دانش‌آموزان سال اول دبیرستان منطقه ۲ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.
- سعیدی، ل. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی زوج درمانی کوتاه‌مدت راه حل مدار بر کاهش تعارضات زوجین شهرستان خمینی شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- سودانی، م. (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی الیس و راه حل مدار دشاز به صورت انفرادی و توأم در کاهش تعارضات. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

- شعاری نژاد، ع.ا. (۱۳۷۷). روان‌شناسی رشد. چاپ دانشگاه پیام‌نور.
- صیادی، ع. (۱۳۸۱). بررسی اثرات متقابل کارآیی خانواده در بروز مشکلات روانی نوجوانان از نظر دختران و پسران پایه سوم متوسطه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- فرابدی، ن. (۱۳۷۹). مادرم، خودم: جستجو در یافتن هویت خویش. ترجمه ز. زاهدی. تهران: انتشارات جیحون.
- فیروز صمدی، خ. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر تعارضات در بروز انواع اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا(س).
- کوری، ج. (۱۳۸۶). موردپژوهی در مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه ع. شفیع‌آبادی و ب. حسینی. تهران: انتشارات جنگل، جاودانه.
- گلدنبرگ، ا. و گلدنبرگ، ه. (۱۳۸۵). خانواده‌درمانی. ترجمه ح.ر. حسین شاهی برواتی و همکاران. تهران: انتشارات روان.
- لطفی، ب. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر کاهش تعارضات والد- فرزند دختران نوجوان کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مرادی، ا. (۱۳۸۴). بررسی اتربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر تعارضات والد- فرزند در دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- نظری، ع.م. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر مشاوره راه حل مدار بر رضایت زناشویی زوجین هر دو شاغل. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- واذورث، ب.ج. (۱۳۷۸). روان‌شناسی رشد، تحول شناختی و عاطفی از دیدگاه پیازه. ترجمه س.ا. امین‌یزدی و ج. صالحی‌فردی. مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد.

Allison, Barbara, N. & Jerlyn, B.S. (2004). Parent-adolescent conflict in early adolescence.

Journal Article Excerpt, 39.

Barrera, D.R. (2005). *The importance of support systems: Family group conferencing and empowering families to reduce risk for their children*, Texas A & M University-corpus Christi.

Corcoran, J. (2006). A comparison group study of Solution-Focused Therapy versus "Treatment-as-Usual" for behavior problems in children. *Journal of Service Research. St.Louis.*

Corcoran, J. (2002). *Developmental adaptation of solution-focused family therapy*. Brief treatment and crisis intervention. Winter.

Corcoran, J. & Vijiyan, P. (2007). A Review of the research on Solution-Focused

- Therapy. *British Journal of Socialwork*, 14.
- Froeschle, J. (2005). *The efficacy of a drug prevention/intervention program on adolescent girls*. Texas A & M University-corpus Christi.
- Froeschle, J.; Ricard, R. & Smith, R. (2007). *The efficacy of a systematic substance abuse program for adolescent females*. *Professional School Counseling*. Alexandria: Jun.
- Gingerich, W.J. & Sheri Eisengart. (2000). Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the outcome research. *Family Process*, 39.
- Hall, J.A. (1987). Parent-adolescent conflict: an empirical review. *Journal Adolescence*, 22(88), 767-789.
- Harvard mental Health Letter. *September (2006)*.
- Iveson, C. (2002). Advances in Psychiatric Treatment: Solution-focused therapy.
- Kytay Chuk, S. (2004). *Solution-Focused practice within a case-management model: Group and family work with adolescent families in mental health*. University of Manitoba (Canada).
- Langridge, D. (2006). Existential Analysis: "Solution Focused therapy: A way forward for brief Existential therapy?" 17, 20.
- Mudd, J. (2000). *Solution-focused therapy and communication skills training: An integrated approach to couple therapy*. thesis submitted to the faculty of the Virginia polytechnic institute and state university in partial fulfillment of the requirement of the degree of master of science.
- New Some, W.S. (2005). The Impact of solution-focused Brief therapy with At-risk Junior High school Students, *National Association of Social Workers*, 27(2), 83-90.
- Riesch, S.K.; Jackson, N.M. & Chanchong, M.S.R.N. (2003). Communication approaches to parent-child conflict: young adolescence to young adult. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(4), 244-256.
- Sexton, T.L. & Weeks, G. (2003). Robbins, Michaels. *"Handbook of family Therapy"*. New York and Hove: Brunner-Routledge, 125-145 & 107-108.
- Wong, E.H.; Wiest, D. & Cusick, L.B. (2002). Perceptions of Autonomy support, parent attachment, competence and self worth as predictors of motivational orientation and academic achievement.