

## اثر بخشی درمان حل مساله در کاهش شدت افسردگی دانشجویان

حسین لطفی‌نیا: مرکز آموزشی - درمانی رازی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: lotfinia\_h@yahoo.com

رخساره یکه‌یزدان دوست: گروه روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی ایران  
علی اصغر نژاد: گروه روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران دانشگاه علوم پزشکی ایران  
بنفشه غرایی: گروه روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
میرتقی گروسی: گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی، دانشگاه تبریز

دریافت: ۸۶/۵/۲۹، پذیرش: ۸۸/۶/۴

### چکیده

**زمینه و اهداف:** افسردگی یک مشکل روانشناختی با رویکردهای درمانی مختلف دارویی و غیر دارویی است. درمان حل مساله نوعی مداخله‌ی روانشناختی کوتاه مدت است و می‌تواند به تنهایی و یا همراه با سایر رویکردهای درمانی استفاده گردد. ما اثر بخشی درمان حل مساله در کاهش شدت افسردگی را مطالعه نمودیم.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه‌ی مداخله‌ای ما ۶۴ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز را که بر اساس تشخیص مقیاس افسردگی بک (II) مبتلا به افسردگی بودند را انتخاب نموده و آنان را به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار دادیم. گروه مداخله شش جلسه درمان حل مساله (بر اساس روش گلدفرید و دیزرال) در عرض سه هفته دریافت نمودند. در پایان بر روی هر دو گروه مقیاس افسردگی بک اجرا شد.

**یافته‌ها:** در مجموع ۶۴ دانشجوی (مذکر / مونث) با میانگین ۲۲ سال و دامنه سنی ۱۸ الی ۲۶ سال (مورد مطالعه فرار گرفت. نمرات مقیاس افسردگی بک در گروه مداخله از ۱۹/۹۷ به ۱۵/۹۶ تغییر یافت ( $P < 0/01$ ) و در گروه کنترل نمرات از ۱۸/۰۹ به ۱۸/۲۸ تغییر یافت و این تغییر در گروه کنترل معنی دار نبود.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد درمان حل مساله شیوه‌ای موثر برای کاهش شدت افسردگی می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** درمان حل مساله، افسردگی، دانشجویان، مقیاس افسردگی بک

### مقدمه

۲۵ درصد و در مردان ۷ تا ۱۲ درصد است (۳). افسردگی سطح کارآیی افراد را پائین می‌آورد و خسارتهای اقتصادی، اجتماعی و انسانی فراوانی را بر جوامع وارد می‌نماید. بنظر می‌رسد مهمترین صدمات ناشی از افسردگی در زمینه‌ی انسانی می‌باشد بطوری که برای نمونه ریشه‌ی حدود ۶۰ درصد از موارد اقدام به خودکشی را باید در ابتلا به افسردگی جستجو نمود و حدود ۱۵

افسردگی یکی از شایعترین مشکلات روانی است. براساس برآوردهای انجام گرفته ۲۰ تا ۲۵ درصد مردم دوره‌هایی از افسردگی را در لحظه‌هایی از عمر خود تجربه می‌نمایند (۱). در بین دانشجویان ایرانی نیز شیوع افسردگی بسیار بالا می‌باشد بطوری‌که میزان شیوع آن ۲۰ تا ۳۲ درصد برآورد شده است (۲). همچنین، خطر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی در طول عمر در زنان ۲۰ تا

درمانی جدید و کوتاه مدت است می‌تواند در کاهش افسردگی نقشی داشته باشد.

### مواد و روشها

این پژوهش از نوع مطالعه نیمه تجربی بود. نمونه‌ی مورد پژوهش شامل ۶۴ نفر از دانشجویان دختر و پسر دوره‌ی کارشناسی رشته‌ی های روانشناسی، کتابداری، علوم تربیتی و تربیت بدنی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز بود. انتخاب نمونه‌ها به شیوه‌ی نمونه‌ی در دسترس صورت گرفت که در آن با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده نمونه‌های انتخاب شده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. جامعه‌ی مورد هدف این پژوهش دانشجویان دوره‌ی کارشناسی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی بودند و بر روی تمام این دانشجویان به غیر از دانشجویان سالهای سوم و چهارم رشته‌ی روانشناسی بود. این دانشجویان به خاطر احتمال آشنایی با نوع پرسشنامه‌ها و نوع مداخله‌ی درمانی که در این پژوهش بکار می‌رفت از جریان پژوهش کنار گذاشته شدند. مقیاس افسردگی بک (II) اجرا شد. مقیاس افسردگی بک (II) نوعی مقیاس خودگزارشگری است و علائم شناختی، هیجانی، رفتاری و جسمانی افسردگی را می‌سنجد و درین نمونه‌های ایرانی ضریب پایایی این مقیاس به روش ضریب پایایی باز آزمایی با فاصله‌ی زمانی دو هفته ۰/۷۳ گزارش شده است. بعد از اجرای در این پژوهش، مقیاس افسردگی بک (II) دانشجویانی که در این مقیاس نمره‌ی ۱۰ (نقطه‌ی برش این مقیاس برای تشخیص افسردگی) و یا بالاتر از ۱۰ اخذ کرده بودند به عنوان نمونه‌ی اولیه این پژوهش انتخاب شدند و برای آنها دعوتنامه‌ای مبنی بر تقاضای شرکت در جلسات درمان حل مساله فرستاده شد و از مجموع ۱۵۲ دعوت نامه ای که فرستاده شد ۱۰۱ نفر (حدود ۶۶ درصد) به آن جواب مثبت دادند. از بین اشخاصی که به این دعوتنامه پاسخ مثبت داده بودند در نهایت ۹۳ نفر که در دامنه‌ی سنی ۱۸ الی ۲۶ سال قرار داشتند، در دوره‌ی کارشناسی مشغول به تحصیل بودند و تحت درمان دارویی و روان درمانی افسردگی قرار نداشتند به عنوان نمونه‌ی اصلی این پژوهش انتخاب شدند.

قبل از آغاز جلسات درمان حل مساله بر روی گروه آزمایش، تمام شرکت‌کنندگان این پژوهش در جلسه‌ای شرکت نمودند (قبل از تشکیل این جلسه به روش تصادفی آزمودنیها در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شد و آزمودنیهای گروه کنترل در فهرست انتظار برای درمان قرار گرفتند). در این جلسه رضایت‌نامه‌ی کتبی از آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل برای شرکت در این پژوهش گرفته شد و فواید احتمالی شرکت در این پژوهش مانند افزایش میزان توانایی آنان برای تعریف روشن‌تر و واضح‌تر از مشکلات و تقویت بیشتر این دیدگاه در آنان که مشکلات موارد بهنجار و بالقوه قابل تغییر هستند توضیح داده شد. بعد از تشکیل این جلسه برای گروه آزمایش ۶ جلسه‌ی درمان حل

درصد از مبتلایان به اختلال افسردگی اقدام به خودکشی می‌نمایند (۱). میزان بالای شیوع افسردگی که به ۲۰ تا ۲۵ درصد می‌رسد و میزان بالای عود آن که به حدود ۴۰ درصد می‌رسد (۳). توجه پژوهشگران را به علل آسیب‌پذیری<sup>۱</sup> مردم به افسردگی و ابداع روشهای درمانی موثرتر و کارآتر در این زمینه جلب نموده است و به نظر می‌رسد درمان حل مساله یکی از ثمره‌های این تلاشها می‌باشد.

درمان دارویی متداولترین درمان افسردگی می‌باشد. این نوع درمان نسبتاً ارزان بوده و استفاده از آن ساده است اما درمان دارویی در کنار این مزایا معایبی نیز دارد. یکی از این معایب عدم تمایل برخی از بیماران افسرده برای پذیرش درمان دارویی می‌باشد. همچنین، یکی دیگر از این معایب اثرات جانبی زیاد داروهای ضد افسردگی می‌باشد. وجود چنین مواردی سبب شده است که درمانهای غیر دارویی زیادی برای افسردگی ابداع شوند (۴). یکی از این نوع درمانها درمان حل مساله است. این نوع درمان نوعی مداخله‌ی درمانی روانشناختی<sup>۲</sup> کوتاه مدت است و می‌تواند به تنهایی یا همراه با سایر روشهای درمانی مانند درمان شناختی- رفتاری بکار رود. همچنین، این روش درمانی می‌تواند در قالب اجرای نوعی برنامه‌ی پیشگیری از ابتلا به انواع اختلالات روانی مورد استفاده قرار گیرد (۵). با اجرای درمان حل مساله بیماران از وجود ارتباط مستقیمی بین تجربه‌ی ناراحتیهای روانی و مشکلات گوناگون زندگی آگاه‌تر می‌شوند، توانایی بیشتری برای تعریف واضح‌تر و آشکارتری از مشکلات زندگی خود بدست می‌آورند، فرایند حل مساله را دریک چهارچوب ساختار یافته فرا می‌گیرند و به این موضوع مهم پی می‌برند که اکثر مشکلات بالقوه قابل چالش می‌باشند (۶).

میزان کاربرد درمان حل مساله به دلیل وجود چند ویژگی بارز در این نوع درمان مانند ساختار یافته بودن، کوتاه مدت بودن، دارا بودن اصول ساده و قابل فهم برای بیماران و امکان اجرای آن توسط پزشکان عمومی و پرستاران آموزش دیده روز به روز در حال گسترش می‌باشد (۷).

اگرچه نتایج چند پژوهش فرا تحلیلی<sup>۳</sup> مانند مطالعه Malouff و همکاران، و Townsend و همکاران که در مورد کارایی درمان حل مساله در مقابله با ناسازگاریها و اختلالات روانی انجام گرفته است نشان داده است که این درمان در کاهش برخی از اختلالات و حالت‌های روانی مانند افسردگی، خود آزاری<sup>۴</sup> و اضطراب منتشر تا حدی موثر است اما هنوز در مورد مکانیسمهای اثر آن و میزان کارایی این روش درمانی نکات مبهم زیادی وجود دارد. همچنین، نتایج ضد و نقیض چند پژوهش دیگر در زمینه‌ی اثرات درمان حل مساله بر روی مواردی مانند ارتکاب جرایم، سوء مصرف مواد و چاقی ضرورت تحقیق بیشتر بر روی این نوع درمان را بیان می‌دارد (۸ و ۹). این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان حل مساله در کاهش شدت افسردگی انجام گرفت و هدف اصلی از اجرای آن یافتن پاسخی به این سوال بود که آیا درمان حل مساله که

1. vulnerability  
2. psychological  
3. meta cognitive research  
4. self - harm

بررسی میانگین و انحراف معیار مربوط نمرات افسردگی قبل از مداخله درمانی در گروههای آزمایش و کنترل که به وسیله مقیاس افسردگی بک اندازه گیری شد نشان داد تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود ندارد.

برای آزمون این فرضیه که درمان حل مساله در کاهش شدت افسردگی موثر است از تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه گیریهای مکرر استفاده شد.

در این تحلیل واریانس از دو گروه (گروه آزمایش و گروه-کنترل) به عنوان عوامل بین گروهی و دو زمان (نمرات مقیاس افسردگی بک (II) قبل و بعد از مداخله) به عنوان عوامل درون گروهی استفاده شد. نتایج انجام این تحلیل واریانس نشان داد که تعامل بین گروهها (گروه آزمایش و گروه کنترل) و زمانها (نمرات مقیاس افسردگی بک II قبل و بعد از مداخله) در سطح  $0/99$  اطمینان معنی دار می باشد ( $P < 0/01$ ،  $F(1, 62) = 13/35$ ).

نمودار شماره یک میانگین نمرات مقیاس افسردگی بک (II) را در دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله نشان می دهد. توجه به مسیر این نمودار نشان می دهد که تنها در گروه آزمایش نمرات مقیاس افسردگی بک (II) بعد از مداخله درمانی کاهش یافته است.

با توجه به مشخص شدن معنی دار بودن تعامل بین گروهها (گروه آزمایش و گروه کنترل) و زمانها (نمرات قبل و بعد از مداخله) مقیاس افسردگی بک (II) که با استفاده از تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه گیریهای مکرر بدست آمد با استفاده از آزمون معنی داری (t) مستقل برای نمرات اختلافی، مقایسه های چند گانه بین نمرات اختلافی (نمرات پس از مداخله منهای نمرات پیش از مداخله) مقیاس افسردگی بک (II) در دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد. نتایج بدست آمده از اجرای این آزمون نشان دهنده معنی دار بودن تفاوت نمرات قبل و بعد از مداخله درمانی بود.

$$P < 0/01 \text{ و } (t = -3/57)$$

برای تعیین تاثیر جنسیت آزمودنیها در میزان اثربخشی درمان حل مساله از تحلیل واریانس فاکتوریال با اندازه گیریهای مکرر استفاده شد که شامل دو گروه (آزمایش و کنترل)، دو جنسیت (مذکر، مونث) و دو زمان (نمرات افسردگی قبل و بعد از مداخله) بود. بر اساس نتایج بدست آمده از اجرای این تحلیل واریانس اگرچه بین نمرات افسردگی قبل و بعد از مداخله و همچنین بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اثر بخشی درمان حل مساله تفاوت معنی داری وجود دارد اما زمانی که عامل جنسیت (مذکر یا مونث بودن) وارد این معادله می شود تفاوت معنی داری بین نمرات افسردگی و جنسیت وجود ندارد ( $P > 0/05$ ،  $F(1, 60) = 1/79$ ) و لذا تعامل بین نمرات افسردگی، گروه و جنسیت معنی دار نمی باشد. همچنین نتایج این تحلیل واریانس نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین نمرات افسردگی و جنسیت وجود ندارد.

$$F(1, 60) = 1/79, p > 0/05$$

مساله با کمک یک کتابچه‌ی راهنما که برای اجرا در این پژوهش توسط دو نفر از اجراکنندگان این پژوهش و با استفاده از نظر صاحب نظران معروف در زمینه‌ی درمان حل مساله (برای نمونه Dzurilla و Perri, Nezu, Goldfried) تالیف شده بود به صورت گروهی و در گروههای ۶ نفری در هفت مرحله‌ی زیر اجرا شد:

مرحله‌ی اول: آموزش وجود ارتباط بین تجربه‌ی علائم ناراحتی و وقوع مشکلات زندگی  
مرحله‌ی دوم: تعریف واضح و روشن از مشکل یا مشکلات  
مرحله‌ی سوم: انتخاب هدف یا اهداف قابل وصول  
مرحله‌ی چهارم: به ذهن آوردن راه‌حلهای بالقوه  
مرحله‌ی پنجم: انتخاب راه‌حل یا راه‌حلهای مناسب از بین راه‌حلهای بالقوه

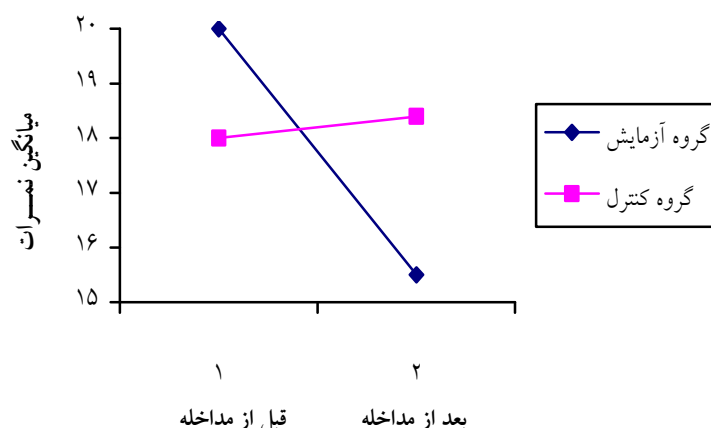
مرحله‌ی ششم: اجرای راه‌حل یا راه‌حلهای انتخاب شده  
مرحله‌ی هفتم: مرور نتایج اجرای راه‌حل یا راه‌حلهای انتخاب شده در پایان جلسه‌ی ششم از آزمودنیهای گروه آزمایش خواسته شد تا بار دیگر مقیاس افسردگی بک (II) را تکمیل نمایند. بعد از گذشت یک هفته از اتمام اجرای جلسات درمان حل مساله بر روی گروه آزمایش عین آن جلسات به روی گروه کنترل نیز اجرا شد و قبل از آغاز جلسات درمانی آزمودنیهای گروه کنترل بار دیگر مقیاس افسردگی بک (II) را تکمیل نمودند. بعد از بدست آوردن نمرات مقیاس افسردگی بک (II) گروه‌های آزمایش و کنترل معنی دار بودن تفاوت این نمرات از طریق تحلیل واریانس دو طرفه مورد بررسی قرار گرفت و تمام آنالیزهای آماری با استفاده از نرم افزار SPSS با version 14 انجام پذیرفت.

## یافته‌ها

در طول مراحل مختلف پژوهش ۲۹ نفر از گروههای آزمایش و کنترل با عنوان نمودن دلایل مختلف مانند مسافرت، داشتن امتحان و شرکت در مسابقات ورزشی از جریان پژوهش خارج شدند و در نهایت از نمرات ۶۴ نفر از شرکت کنندگان (۳۲ نفر گروه آزمایش و ۳۲ نفر گروه کنترل) برای تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد.

بطور کلی میزان شرکت کنندگان مونث آزمودنیهای گروه‌های آزمایش و کنترل در حدود سه برابر شرکت کنندگان مذکر بود و علت عمده‌ی این موضوع، پاسخ بیشتر دانشجویان دختر به دعوتنامه‌ی ارسال شده و جامعه‌ی بزرگتر دختران دانشجوی بود.

از سوی دیگر رشته‌های تحصیلی شرکت کنندگان در این پژوهش شامل رشته‌های کتابداری، علوم تربیتی، روانشناسی و تربیت بدنی بود و دانشجویان رشته‌ی کتابداری با ۲۲ نفر و تربیت بدنی با ۸ نفر به ترتیب بیشترین و کمترین تعداد شرکت کنندگان را به خود اختصاص داده بودند.



نمودار: میانگین نمرات افسردگی قبل و بعد از درمان حل مساله

## بحث

یافته‌ی مهم این پژوهش نشان داد که درمان حل مساله در کاهش شدت افسردگی موثر است. این نتیجه هماهنگ با نتایج بسیاری از پژوهشهایی می‌باشد که در این زمینه انجام گرفته است. برای نمونه نتایج چند پژوهش فرا تحلیلی<sup>۱</sup> مانند Malouff و همکاران و Townsend و همکاران نشان داده است که درمان حل مساله در کاهش علائم بسیاری از حالات، اختلالات روانی و بخصوص افسردگی موثر است. همچنین نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش Perri و Nezu است. این پژوهشگران برای انجام پژوهش خود از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی استفاده نموده‌اند. Perri و Nezu آزمودنیهای خود را در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند و به گروه آزمایش جلسات درمان حل مساله ارائه نمودند و گروه کنترل را در لیست انتظار برای درمان نگاه داشتند. از پژوهش خود نتیجه گرفتند که در بیشتر از ۸۵ درصد آزمودنیهایی که در گروه آزمایش قرار داشتند بعد از اتمام جلسات درمان حل مساله کاهش معنی‌داری در علائم افسردگی بوجود آمده بود و این در حالی بود که در بین گروه کنترل که در لیست انتظار برای درمان قرار داشتند این میزان تنها ۹ درصد بود (۹).

برخی از پژوهشگران میزان کارایی درمان حل مساله را با کارایی درمانهای دیگر بخصوص درمان دارویی را مورد مقایسه قرار داده‌اند. در یکی از این پژوهشها Mynors-Wallis میزان اثر درمان حل مساله و درمان دارو نما را در کاهش علائم افسردگی مقایسه نمودند. این پژوهشگران آزمودنیهای خود را در سه گروه درمان حل مساله، درمان دارویی و درمان دارونما<sup>۲</sup> قرار دادند و پژوهش آنان با یک دوره‌ی پیگیری ۶ و ۱۲ هفته‌ای بعد از درمان همراه بود. نتایج پژوهش Mynors-Wallis و همکاران نشان داد در گروهی که به آنان درمان حل مساله ارائه شده بود کاهش بیشتری در علائم افسردگی در مقایسه با دو گروه دیگر ایجاد شده بود (۱۰). در پژوهش دیگر که در زمینه‌ی مقایسه‌ی اثر درمان حل مساله با سایر روشها صورت گرفت Dowrick و همکاران اثر

درمان حل مساله با اثر آموزش روانشناختی گروهی<sup>۳</sup> را در بین افرادی که حالت افسردگی داشتند مورد مقایسه قرار دادند. نتایج پژوهش Dowrick و همکاران نشان داد که اگر چه استفاده از هر دو روش درمان حل مساله و آموزش روانشناختی گروهی در کاهش شدت افسردگی موثر است اما اثر درمان حل مساله در مقایسه با اثر آموزش روانشناختی گروهی بیشتر است (۱۱). همچنین نتیجه‌ی پژوهش فرا تحلیلی Malouff و همکاران که اثر درمان حل مساله را در کاهش شدت برخی از اختلالات روانی مورد بررسی قرار داد نشان داد که بیشترین اثر درمان حل مساله بر روی افسردگی می‌باشد. بطور کلی اگر چه درمان حل مساله درمانی نسبتاً جدید است و از کاربرد آن چه به صورت مستقل و چه به عنوان بخشی از درمانهای دیگر بیشتر از ۳۵ سال نمی‌گذرد اما وجود چند ویژگی برجسته در این نوع درمان مانند امکان بهره‌گیری از آن در کنار سایر درمانها، استفاده از آن به عنوان یک راهبرد<sup>۴</sup> نگهدارنده<sup>۵</sup> درمان، نیاز به تعداد محدودی از جلسات درمانی (۴ تا ۶ جلسه) و امکان اجرای آن توسط کادر بهداشتی (مانند پزشکان عمومی و پرستاران) سبب رشد سریع کاربرد درمان حل مساله در حیطه‌های مختلف شده است به نحوی که امروزه علاوه بر کاربرد این درمان در حوزه‌ی افسردگی از آن برای مقابله با وابستگی به مواد، چاقی، خودآزاری، اقدام به خودکشی، درمان رفتارهای ضد اجتماعی کودکان و کاهش ناراحتیهای روانی در بیماران مبتلا به سرطان استفاده می‌شود (۱۳-۱۲). با توجه به مورد تائید قرار گرفتن اثر درمان حل مساله بر دانشجویان افسرده که به کمک این پژوهش اثبات شد پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای دیگر اثر این درمان بر روی بیماران افسرده‌ای که به مراکز بهداشتی مراجعه می‌کنند مورد بررسی قرار گیرد.

1. Meta analysis
2. drug placebo
3. Group Psychoeducation
4. Strategy
5. Maintenance

## نتیجه‌گیری

درمان حل مساله در کاهش شدت افسردگی موثر است. نتیجه‌ی این پژوهش هماهنگ با نتایج بسیاری از پژوهشهایی می‌باشد که در این زمینه در کشورهای خارج از ایران انجام شده

است. با توجه به ویژگیهای برجسته‌ی این نوع درمان مانند ساختار یافته بودن، کوتاه مدت بودن و امکان اجرای آسان آن توسط کادر بهداشتی می‌توان حوزه‌ی کاربرد این درمان را گسترده‌تر نمود.

## References

1. Gotlib C , Hammen F : *Handbook of depression*. 3rd ed . Newyork, Guliford Press, 2001; PP: 21 – 45.
2. Kaplan IH , sadock JB. *Comprehensive Textbook of psychiatry* . 7th ed. Philadelphia, Williams & Wilkins , 2000; PP: 1769 -1771.
3. Kay A, Tasman I. *Psychiatry: Behavioral science and clinical essentials*. 2nd ed. Newyork, W.B. Saunders Company, 2000; PP: 342 – 344.
4. Mynors – Wallis IM. *problem – solving treatment for anxiety and depression : A practical guide* . 1st ed. Newyork, Oxford University Press, 2006: PP: 1 – 20.
5. D'zurilla TF, Nezu AM. Problem – solving therapies, In: K.S.Dobson (Eds). *Hand book of cognitive behavioval therapies*. 2nd ed. New York ,Guilford Press, 2001; PP: 211 – 245.
6. Mynors – Wallis L. Problem – solving treatment in general psychiatric practice. *Advances in psychiatric Treatment* 2001; **7**(6): 417- 425.
7. Malouff GM, Thorsteinsson EB, Schttle NS. The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A Meta – Analysis. *Clinical psychology Review* 2007; **27** : 46 – 57.
8. Townsend EK , Hawton KF , Altman DG, Arensman, ER. The efficacy of problem solving treatments after deliberate self - harm. *Psychological Medicine* 2001; **37**: 979 – 988.
9. Nezu AM, perri MG. Social problem therapy for unipolar depression. *Journal of consultion and clinical psychology* 1989; **57**(3): 408- 413.
10. Mynors – Wallis I M. Problem solving treatment : evidence for effectiveness and feasibility in primary care . *International journal of psychiatry Medicine* 1996; **26**(3) : 249 – 262.
11. Dowrick C, Dunn G. Problem solving treatment and group Psychoeducation for depreession. *Evidence – Based Medicine* 2000; **22**(5): 1450 – 1455.
12. Nezu AM, Nezu CM. Problem solving therapy. *Journal of psychotherapy Integration* 2001; **11**(2): 1- 13.
13. Bannan N. Suicidal behavioral and cognitive problem solving: theory, application and review. *Clinical Psychology Review* 2006; **23**(1): 29 – 39.
14. Nezu AM, Nezu CM, Felgoise SH. Problem solving therapy improved quality of life and reduced psychological distress in adults in with of cancer. *Evidence – Based Medicine* 2004; **26**(9): 117 – 123 .