

مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسردگی

سید غلامرضا نصیری تاکامی^۱، محمود نجفی^۲، سیاوش طالع پسند^۳،
شاهرخ مکوند حسینی^۴

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۳ _ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۲

هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسرده بود. روش: این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل نوجوانانی بود که در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۶ به مراکز مشاوره و کلینیک های روان پزشکی در ساری مراجعه کرده بودند که از میان آن ها ۵۱ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش روان درمانی مثبت، ۱۰ جلسه و گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری، ۸ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و یکبار در هفته، به صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه نیز مداخله ای دریافت نکرد. در پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه های افسردگی کواکس (۱۹۷۹) و بهزیستی روان شناختی ریف (۲۰۰۲) اجرا شد. یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که روان درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی تأثیر معنی دار داشته

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. (نویسنده مسئول)، دکتری تخصصی روان شناسی، دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
m_najafi@semnan.ac.ir

۳. دکتری تخصصی روان شناسی تربیتی، دانشیار گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۴. دکترای تخصصی روان شناسی، دانشیار گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

است، اما اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر در افزایش بهزیستی بیشتر از درمان شناختی رفتاری بود. همچنین در بررسی اثربخشی دو رویکرد درمانی بر افسردگی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و گواه وجود داشت. در حالی‌که هر دو رویکرد درمانی به یک اندازه در کاهش افسردگی موثر بودند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری، اثرات ملموسی بر بهزیستی و افسردگی نوجوانان داشته‌اند، بنابراین ترکیب این روش‌ها می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای در ارتقاء بهزیستی و کاهش افسردگی باشد. علاوه بر این می‌توان اصول این روش‌های درمانی را جهت بهبود و ارتقاء سطح سلامت نوجوانان در قالب کارگاه‌های آموزشی نیز به کار برد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی مثبت‌نگر، درمان شناختی رفتاری، بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی، نوجوانان

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلات بالینی است. اختلالات افسردگی حداکثر بر ۲۰ درصد افراد در مرحله‌ای از زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰، افسردگی به شایع‌ترین بیماری در کشورهای پردرآمد تبدیل شود (چاوز، گومز، هرواز و وازکوئز، ۲۰۱۶). افسردگی به عنوان احساسی از غم و اندوه و ناامیدی همراه با کاهش علاقه در میان مردم به خصوص نوجوانان و جوانان است که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زیستی، روانی، الگوهای رفتاری و ادراکی نوجوانان تأثیر گذاشته و موجب کاهش بهره‌وری تحصیلی، خلاقیت، بی‌تفاوتی و اختلال خواب شود (کریمی، ۱۳۸۹). از آنجا که دوران نوجوانی از دوره‌های حساس رشد محسوب می‌شود و شکل‌گیری هویت در آن اهمیت پیدا می‌کند و نوجوانان ناگزیر از مواجهه با تغییرات قابل توجه جسمانی و روان‌شناختی هستند، گاهی در معرض برخی آسیب‌ها از جمله اختلال افسردگی می‌باشند. نشانه‌های افسردگی در دوران بلوغ رو به افزایش می‌رود و مانع از انجام برخی تکالیف مهم رشدی می‌گردد و چنان‌چه برای درمان این اختلال به موقع اقدامی نشود به احتمال زیاد شاهد تداوم آن در بزرگسالی خواهیم بود (لورا برک، ۲۰۰۱؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۵). بنابراین به دلیل شیوع این اختلال و آثار تعیین‌کننده‌ای که بر باقی عمر برجای می‌گذارد، پیگیری و درمان آن باید به عنوان یکی از

۱ depression

۲ Chavez, C., Gomez, I., Hervaz, G., & Vazquez, C

مداخلات اساسی در اولویت سلامتی در نظر گرفته شود (مصطفایی و بشیریان، ۱۳۹۱؛ چاوز و همکاران، ۲۰۱۶).

طبق شواهد اخیر، افسردگی از جمله اختلالاتی است که بار مالی، اجتماعی و عاطفی قابل توجهی را هم برای فرد مبتلا و هم برای خانواده و جامعه به دنبال دارد (اصغری پور، اصغری نژاد فرید، ارشدی و صاحبی، ۲۰۱۲). این مسائل زمانی حادث‌تر خواهد شد که افسردگی دوره نوجوانی درمان نشده یا به طور ناقص درمان شده باشد که علاوه بر مزمن شدن بیماری و طولانی‌تر شدن دوره‌های درمان در بزرگسالی هزینه‌های مالی فراوانی را به جای خواهد گذاشت. از این رو تحقیقات جدید به دنبال روش‌های درمانی اثربخش‌تر، کم‌هزینه‌تر و کوتاه‌مدت‌تر در مقایسه با درمان‌های معمول از جمله درمان دارویی می‌باشند (دیکرسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

افسردگی به عنوان یکی از اختلالات شایع در جمعیت عمومی به خصوص در میان نوجوانان همیشه مورد توجه متخصصان و محققان امر بوده است (واینر^۲، ۱۹۸۵؛ به نقل از بیابانگرد، ۱۳۷۶). به همین دلیل رویکردهای مختلفی سعی در تبیین آن نموده‌اند. یکی از رویکردهای مطرح در این حوزه، دیدگاه شناختی رفتاری است که آرون تی بک پیش‌قراول آن می‌باشد. از نظر بک افراد مبتلا به افسردگی، درگیر پردازش اطلاعات و فرآیند استدلال معیوب هستند و تن به طرح‌واره‌هایی داده‌اند که خود-فرو کاهنده است. افراد افسرده آشکارا با چیزی دست به گریبانند که بک آن را "مثلث شناختی" می‌خواند که سه موضوع را در بر دارد: ۱- رویدادها به صورت منفی تعبیر می‌شوند. ۲- افراد افسرده خود را دوست ندارند. ۳- آینده به صورت منفی ارزیابی می‌شود (بک^۳، ۱۹۷۰). هدف شناخت درمانگران همانا شناسایی اندیشه‌های مخدوش و سپس کمک به بیماران است تا به تصحیح آن‌ها بپردازند و همچنین پردازش اطلاعات و فرآیند استدلال خودشان را بهبود بخشند (دیوید و کریستوفر^۴، ۱۹۹۷؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۸۶). مدل‌های شناختی بر اهمیت اصلاح محتوای شناخت‌ها که مسبب

۱ Dickerson, J

۲ Weiner, I

۳ Beck, A. T

۴ Christopher & David.

تغییرات رفتاری هستند، تأکید دارند. بطوری که راهبردهای آموخته شده جدید می توانند به زندگی روزمره منتقل شوند (ماررو، کاربالریا، مارتین، مجیاس و هرناندز؛ ۲۰۱۶). هرچند در چند دهه اخیر مطالعات کنترل شده و تطبیقی کارایی درمان های شناختی به خصوص درمان شناختی رفتاری را بررسی کرده اند و شواهد قوی وجود دارد که کارایی این نوع درمان را برای افسردگی تایید می کنند (چن، لو، چانگ، چوو و چو؛ ۲۰۰۶؛ چاوز و همکاران، ۲۰۱۶؛ رنجبر، اشک تراب و دادگری، ۱۳۸۹؛ رجبی، شمعونی و امان اللهی، ۱۳۹۷؛ محمدی، نجفی، دهشیری و نیکبخت، ۱۳۹۱). اما آنچه قابل تأمل است، این است که برای برخی بیماران افسرده، درمان هایی که به نقصان و سوءگیری های شناختی توجه دارند، ممکن است محل بهبودی شان باشند و اتحاد و پیوستگی درمانی را بر هم بزنند. ادغام جنبه های مثبت کارکرد روانی در بیماران موجب می شود درک کنند روان درمانی صرفاً در جهت کاهش علائم بالینی نیست، بلکه در مورد یادگیری استفاده از نقاط قوت، مهارت و توانایی مقابله با مشکلات است. بنابراین، درمان های جدید نه تنها باید منجر به بهبود علائم افسردگی شوند، بلکه باید موجب افزایش بهزیستی روانشناختی افراد هم شوند (چاوز و همکاران، ۲۰۱۶). در همین راستا، دیدگاه های جدید روان شناسی در مقابل توجه و تمرکز سنتی به آسیب شناسی با تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت به دنبال توضیح و تبیین ماهیت روان شناختی بهزیستی است. همچنین سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۴) نیز در تعریف سلامت روانی به جای تمرکز بر نبود نشانه های بیماری روانی، آن را به عنوان یک حالت بهزیستی می داند که فرد را قادر به تشخیص ظرفیت های خود کرده، می تواند با فشارهای نرمال زندگی مقابله کند، به طور موثر کار کند و توان مشارکت فعال در جامعه را داشته باشد. وجود سطح بالایی از بهزیستی روان شناختی همراه با هیجانات مثبت تعیین کننده مهمی در رضایت از زندگی مردم است. مطالعات پژوهشی نشان می دهد کسانی که هیجانات مثبت را تجربه و بیان می کنند بیشتر احتمال دارد به سمت یک زندگی شاد با روابط بین فردی موثرتر هدایت شوند و به

۱ Marrero, R. J., carballeira, M., Martin, S., Mejias, M. Y., & Hernandez

۲ Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R.

۳ psychological well-being

اهداف‌شان دست یابند. به علاوه چنین اشخاصی از نظر جسمانی سالم‌تر و عمر طولانی‌تری برایشان متصور است (اصغری پور و همکاران، ۲۰۱۲).

نظریه بهزیستی که با روان‌شناسی مثبت‌گرای سلیگمن^۱ نمود پیدا کرده است پنج جزء یا عنصر اساسی دارد که عبارتند از: هیجان مثبت^۲، مشارکت، معنا^۳، روابط مثبت^۴ و دستاورد^۵. در نظریه بهزیستی ۲۴ نقطه قوی زیربنای پنج عنصر یادشده را تشکیل می‌دهد. به کار بردن برترین نقاط قوت به هیجان مثبت بیشتر، معنای بیشتر، دستاورد بیشتر و روابط بهتری می‌انجامد. در نظریه بهزیستی سلیگمن نظریه شادکامی او که به یک "چیز" اشاره داشت و تک‌گرا بود، به عنوان یک "سازه" چگونگی انتخاب مسیر زندگی را متأثر از تلاش برای بهینه کردن تمام پنج عنصر یادشده می‌داند (سلیگمن، ۲۰۱۱؛ ترجمه کامکار و هژبریان، ۱۳۹۴). سلیگمن هدف نهایی روان‌شناسی مثبت‌گرا را شادکامی اصیل^۶ می‌داند و درمان مبتنی بر این دیدگاه با سه مولفه بسیار قابل کنترل ترکیب شده است. احساسات مثبت، اشتیاق و معنا. بر اساس این رویکرد از آن‌جا که افراد افسرده اغلب، نبود احساس مثبت، اشتیاق و معنا را نشان می‌دهند، مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا در اصل مداخله در علائم افسردگی از طریق تقویت این سه مولفه در افراد طراحی شده است، نه اینکه به طور مستقیم افسردگی را هدف قرار دهد (ژانگ، گو، ژانگ، لی و یین؛ ۲۰۱۵). مطالعات اخیر در حوزه روان‌شناسی بالینی نه تنها به مطالعه اثرات رخدادهای منفی و صفات منفی شخصیت در ایجاد اختلالات افسردگی می‌پردازد بلکه به نقش مهم فقدان نگرش‌ها و حالت‌های مثبت در زندگی در ایجاد و شکل‌دهی این نوع اختلالات توجه دارد. وود و جوزف^۷ (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که فقدان رفاه و

۱ Seligman, M.E.P

۲ positive emotion

۳ meaning

۴ positive relationship

۵ accomplishment

۶ thing

۷ concept

۸ authentic happiness

۹ Zhang, G. P., Guo, Y. F., Zhang, X., Li, H., & Yin, Y. Z

۱۰ Wood, A. M & Joseph, S

بهبودی و احساسات مثبت احتمال افسردگی را افزایش می‌دهد. در حالی که آن‌هایی که دارای احساسات و رفتارهای مثبت بودند به احتمال زیاد زندگی سالم با روابط بین فردی باارزش‌تری داشتند و خیلی راحت به اهداف‌شان در زندگی دست یافتند. همچنین نتایج یک مطالعه روی ۵۵۶۶ نفر با سطح پایین از بهزیستی نشان می‌دهد که این افراد ۷/۱۶ بار بیشتر مستعد تجربه اختلال افسردگی در یک دوره ده ساله هستند (اصغری پور و همکاران، ۲۰۱۲). ظهور روان‌شناسی مثبت به جریان‌های مختلف پژوهشی اجازه می‌دهد تا جهت تحلیل تعیین کننده‌های شادمانی و بهبود نیرومندی و ابعاد وابسته دیگر سلامت روانی مثبت یا بهزیستی متمرکز و یکپارچه شوند. پژوهش‌ها روی این موضوع توافق دارند که شادمانی یا بهزیستی فقط به عنوان جمع لحظه‌های لذت (بهبودی لذت‌گرا) نیست بلکه بر یک زندگی پرمعنا (بهبودی سعادت‌گرا) دلالت دارد. بهزیستی روان‌شناختی یا سعادت‌گرا به فعالیت‌هایی اشاره دارد که ما را مجذوب خود کرده و به ما اجازه می‌دهد تا ظرفیت‌های درونی خود را رشد داده و خود شکوفایی خود را تکمیل نماییم (ریف، ۱۹۹۵؛ به نقل از ماررو و همکاران، ۲۰۱۶).

باربارا فردریکسون^۳ (کار، ۲۰۰۴؛ ترجمه شریفی و نجفی زند، ۱۳۹۱) با طرح نظریه ایجاد و گسترش هیجان‌های مثبت سعی در توضیح و تبیین چگونگی تأثیر تجربه‌های عاطفی مثبت بر سلامت شخص دارد. نظریه ایجاد و گسترش، یک مدل چند وجهی از هیجان‌های مثبت است که پنج فرضیه گسترش، ایجاد، خنثی‌سازی، تاب آوری^۵ و شکوفایی^۶ را شامل می‌شود. در فرضیه گسترش، هیجان‌های منفی یک ارزش انطباقی ذاتی دارند. در یک لحظه آن‌ها خزانه تفکر-عمل را محدود کرده و فرد را آماده جنگ یا گریز می‌کند که البته موجب بقای انسان می‌شود. آن‌ها یک ماریپیچ نزولی از ناخوشی تولید می‌کنند. بر خلاف آن هیجان‌ات مثبت موجب ماریپیچ صعودی از بهزیستی فرد می‌شود. هیجان‌ات مثبت با گسترش سپرده‌های

۱ hedonic Well-being

۲ eudaimonic Well-being

۳ Fredrickson, B. L

۴ undoing

۵ resilience

۶ flourish

تفکر- عمل لحظه‌ای^۱ موجب راه اندازی نورواندوکرین‌های متفاوتی در نیمکره چپ مغز شده و یک حالت خوشایند جسمی و ذهنی را ایجاد می‌کند. در واقع در چنین شرایطی، فرد قادر به درک احتمال‌های بیشتر، تفکر و عمل گسترده‌تری می‌گردد (ایندرانی^۲، ۲۰۱۷). در فرضیه ایجاد، هیجان‌های مثبت فرصت‌هایی را برای ساختن منابع شخصی پایدار ایجاد می‌کنند. تجربه مارپیچ صعودی بهزیستی به فرد کمک می‌کند با شرایط سخت زندگی بهتر کنار بیاید و تاب‌آوری بیشتری داشته باشد و در نهایت در این نظریه، پیش‌بینی کلیدی شکوفایی انسان، نسبت خلق مثبت به منفی است که فردی ممکن است تجربه کند. این نسبت ۲/۹ به ۱ فرض شده است (فردریکسون و لوزادا^۳، ۲۰۰۵).

با توجه به موارد ذکر شده، آنچه می‌توان استنباط کرد این است که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خلاف دیگر رویکردهای درمانی که صرفاً به دنبال کاهش علائم اختلالات روانی هستند، در پی اصلاح^۴ بهبود و بهینه‌سازی^۵ روش‌های روان‌درمانی است تا بتواند علاوه بر کمک به افراد جهت کاهش دردمندی‌ها، با تمرکز بر کارکردهای مثبت روانی آن‌ها را به سمت رشد، بالندگی، شکوفایی، شادمانی و بهزیستی هدایت نمایند (چاوز و همکاران، ۲۰۱۶). این نوع درمان به دنبال این است که تصویری از زندگی خوب را ارائه دهد و به همین منظور هم بر افزایش معنا در زندگی تاکید می‌کند و از روش‌های تجربی روان‌شناسی استفاده می‌کند (سلیگمن، ۲۰۰۵؛ اشنايدر و لوپز^۶، ۲۰۰۲). از آن‌جا که بیشتر تحقیقات در دهه‌های اخیر درباره افسردگی بر تعریفات شناختی و پردازش منفی اطلاعات متمرکز بوده‌اند و کمتر به نقش مهم احساسات مثبت، خوش‌بینی و حس کلی بهزیستی که گویای ویژگی‌های مهم بهبودی هستند، توجه نموده‌اند (زیممرمن^۸ و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از چاوز و همکاران، ۲۰۱۶) و به دلیل

۱ thought-action repertoires

۲ Indrani, M

۳ Losada, M. F

۴ correction

۵ improvement

۶ optimizing

۷ Snyder, C. R. Y., & Lopez, S. J.

۸ Zimmerman, M

این که تعداد پژوهش‌هایی که تلاش می‌کنند این نوع درمان را با مداخلات روان‌درمانی مثبت‌نگر مقایسه کنند کم است (سلیگمن، رشید و پارکز، ۲۰۰۶) و همین‌طور درمان به موقع و مقرون به صرفه افسردگی در نوجوانان، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و بهزیستی نوجوانان افسرده، انجام شده است. بنابراین سوال اساسی پژوهش این است که آیا تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی نوجوانان افسرده متفاوت است؟

روش

طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه نوجوانان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان ساری در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۵۱ نفر از نوجوانان پسر افسرده ۱۵ تا ۱۷ ساله که از طرف متخصصان روانپزشکی و روان‌شناسی تشخیص افسردگی خفیف دریافت کردند، بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ابتدا از تمامی نوجوانان افسرده که جهت درمان به مراکز مشاوره و روانپزشکی مراجعه نمودند و تشخیص افسردگی دریافت کردند و متمایل به شرکت در گروه درمانی بودند، ثبت نام به عمل آمد. سپس از بین آن‌ها از طریق مطالعه پرونده مشاوره‌ای، مصاحبه تشخیصی به عمل آمده از طرف پژوهشگر (با توجه به ملاک‌های DSM-5) و ملاک‌های ورود، ۵۱ نفر نوجوان که مبتلا به افسردگی خفیف بوده و امکان شرکت در جلسات گروهی را داشتند انتخاب نموده و به صورت گمارش تصادفی در سه گروه ۱۷ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. پیش‌آزمون در تمام گروه‌ها اجرا گردید و سپس مداخله‌ها در گروه‌های آزمایش انجام شد و در نهایت، پس‌آزمون از همه گروه‌ها به عمل آمد. قابل ذکر است، در مرحله پس‌آزمون دو نفر از گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر و یک نفر از گروه درمان شناختی رفتاری از مطالعه خارج شدند و یک نفر از گروه گواه در پس‌آزمون حضور نداشت. در نهایت تجزیه و تحلیل آماری روی ۴۸ نفر از آزمودنی‌ها انجام گرفت. ملاک‌های ورود: ۱- داشتن سن بین ۱۵ تا ۱۷ سال، ۲- تحصیل در مقطع دوره

دوم متوسطه، ۳- عدم مصرف داروهای روانپزشکی، ۴- عدم تشخیص همزمان اختلالات روانی دیگر به جز افسردگی، ۵- نداشتن بیماری‌های جسمانی خاص، ۶- دریافت تشخیص افسردگی خفیف از طرف متخصصان مربوطه بر پایه معیارهای DSM-5، ۷- تمایل درمانجو برای حضور در جلسات گروه درمانی، ۸- عدم مصرف داروهای روان گردان. ملاک‌های خروج: ۱- غیبت بیش از یک جلسه در جلسات گروه درمانی، ۲- ابتلا به اختلالات روانی دیگر به جز افسردگی، ۳- عدم تمایل درمانجو به ادامه درمان، ۴- اشتغال و درگیری ذهنی با افکار خودکشی، ۵- مصرف داروهای روان گردان.

ابزار

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از دو پرسشنامه افسردگی کودکان کوکس^۱ و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف^۲ استفاده گردید. ۱- پرسشنامه افسردگی کودکان کوکس: پرسشنامه افسردگی کودکان در سال ۱۹۷۹ توسط ماریا کوکس برای کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ سال طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۷ سوال است. هر سؤال پرسشنامه شامل سه جمله است که از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. نمره صفر حاکی از فقدان نشانه افسردگی، نمره یک بیانگر نشانه متوسط و نمره دو بیانگر وجود نشانه آشکار است. دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است (دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی عسگر آباد، ۱۳۸۸) سیلورمن^۳ و همکاران (۱۹۸۹)؛ به نقل از استوار و رضویه، ۱۳۹۲) همسانی درونی پرسشنامه را در دامنه‌ای از ۷۱/۰ تا ۹۴/۰ گزارش کردند. ایوارسون، اسوالندر و لیتلر^۴ (۲۰۰۶) اعتبار بازآزمایی را از ۳۸/۰ تا ۸۷/۰ گزارش کردند. در ایران نیز رجبی و عطاری (۱۳۸۳) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۸۱/۰ محاسبه کردند و برای روایی این پرسشنامه از فرم مقیاس افسردگی کودکان (نجاریان، ۱۳۷۳) استفاده کردند. ضریب همبستگی بین دو پرسشنامه برای کل نمونه ۰/۳۶ (۹۳ نفر) ($P < ۰/۰۱$)، برای دختران ۰/۵۵ ($P < ۰/۰۱$)، برای پسران ۰/۲۲ ($P < ۰/۰۱$)،

^۱ children's depression inventory (CDI)

^۲ ryff's psychological well being questionnaire (RSPWB)

^۳ Silverman, D

^۴ Ivarsson, T., Svalander, P., & litlere, O

برای آزمودنی‌های عرب زبان و فارسی زبان به ترتیب ۰/۱۸ (۵۱ نفر) و ۰/۶۰ (۴۲ نفر) ($P < ۰/۰۱$) به دست آمد که در حد قابل قبولی بوده و بیانگر روایی همزمان پرسشنامه بود.

۲- مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (فرم بلند) شامل ۱۲۰ سؤال است که به دلیل ضرورت کاربرد روز افزون و مزایای فرم کوتاه‌تر به صورت پرسشنامه ۱۸ سؤالی در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۱۸ سؤالی استفاده گردید. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" پاسخ داده می‌شود. از بین کل سؤالات ده سؤال به صورت مستقیم و هشت سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کمترین امتیاز ممکن ۱۸ و بیشترین امتیاز ۱۰۸ بود (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). در ایران خانجانی، شهیدی، فتح آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) در پژوهشی همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آوردند. بیانی، محمدکوچکی و بیانی (۱۳۸۷) برای روایی این پرسشنامه، همبستگی آن را با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ گزارش کردند ($P < ۰/۰۰۱$).

پس از انتخاب نمونه، نخست در مورد روش‌های مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایشی ارائه گردید و از آن‌ها خواسته شد تا در همه جلسات درمان، حضوری فعال داشته باشند. سپس پرسشنامه‌های افسردگی کودکان و نوجوانان کوکس و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف، در مرحله پیش‌آزمون بر روی هر سه گروه اجرا شد. در مرحله بعدی گروه‌های آزمایشی (روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی- رفتاری) در جلسات گروه درمانی شرکت داده شدند. گروه آزمایش روان‌درمانی مثبت‌نگر در جلسات گروهی ۹۰ دقیقه‌ای مطابق جدول شماره ۱ به صورت یک جلسه در هفته و طی ده هفته متوالی شرکت نمودند (بر اساس الگوی رشید، ۲۰۱۳؛ به نقل از هنرمندزاده و سجادیان، ۱۳۹۵). گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری نیز بر اساس پروتکل درمانی کمفیس و جاکوین (۱۹۹۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای

۱ Ryff, C.D & Singer, B.H

۲ Kamphuis, J. & Jacquin, C.A

مبتنی بر درمان شناختی رفتاری که در جدول ۲ ارائه شده است و به صورت یک جلسه در هفته طی ۸ هفته پیاپی شرکت نمودند. گروه گواه هیچ درمانی دریافت ننمود. در پایان مداخلات، هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون با همان پرسشنامه‌هایی که در مرحله پیش‌آزمون به اجرا درآمد، مورد آزمون قرار گرفتند. قابل ذکر است در مرحله پس‌آزمون دو نفر از گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر، یک نفر از گروه درمان شناختی رفتاری از مطالعه خارج شدند و یک نفر از گروه گواه حضور نداشت. بازه زمانی اجرا، در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۶ بوده است. در طی جلسات یک نفر به عنوان دستیار درمانگر (با درجه فوق لیسانس روان‌شناسی) به منظور توزیع فرم‌های لازم بین درمانجویان، جمع‌آوری فرم‌ها، نمره‌گذاری و کمک به درمانگر در فرایند روان‌درمانی گروهی در کنار درمانگر حضور داشته است.

جدول ۱- عناوین و محتوای مختصر جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسات	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
اول	آشنایی و معارفه	معارفه و آشنایی افراد گروه، اجرای پیش‌آزمون، تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر و قوانین جلسات
دوم	چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌ها	بحث در مورد فقدان یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجانات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، توانمندی منش و نقش آن در بروز افسردگی، اضطراب و زندگی، نقش درمانگر، محدودیت‌ها و مسئولیت‌ها و وظایف مراجع طی جلسات
سوم	تقویت نقاط شاخص و احساسات و عواطف مثبت	بحث در مورد ۲۴ توانمندی منش ^۱ به منظور ایجاد و تقویت تعهد و سیالیت، تکمیل پرسشنامه در زمینه توانمندی‌های خود، بحث در مورد نحوه بکارگیری نقاط قوت شاخص، بحث در خصوص نقش احساسات و عواطف مثبت در بهزیستی فرد
چهارم	گذشت و بخشش	عفو و گذشت به عنوان ابزار نیرومندی که می‌تواند احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل نماید
پنجم	سپاسگزاری و	تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از

۱ character strenght

جلسات	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
	قدرشناسی	سپاسگزاری، بحث در مورد نقش خاطرات خوب و بد در تمرکز و تاکید بر قدرشناسی
ششم	قناعت و حداکثر خواهی	بحث در خصوص راضی بودن به مطلوبیت نسبی و رضایت به جای زیاده خواهی در عرصه لذت جویی و تشویق و قناعت از طریق تعامل و تعهد به جای زیاده خواهی
هفتم	امید و خوشبینی	یادآوری خاطرات خوب و بد خود و صحبت در مورد تأثیر آن‌ها بر بهزیستی هیجانی، بحث در مورد راهبردهای شناختی، ارزیابی مجدد در جهت بازنویسی و باز تغییر این خاطرات بد و تلخ، تاکید بر فواید تمرکز بر خاطرات خوب و مثبت
هشتم	روابط مثبت و بازخورد فعال - سازنده	آموزش پیرامون نحوه واکنش فعال - سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند. ارائه تمرین واکنش سازنده و فعال به عنوان راهبردی مثبت جهت تقویت ارتباطات مثبت
نهم	لذت و تعهد	لذت بردن به عنوان آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عاقلانه جهت طولانی تر کردن هرچه بیشتر مدت آن، بحث درباره زندگی برابر به عنوان تلفیقی از هیجانات مثبت، تعهد، معنا، ارتباطات، موفقیت و پیشرفت و فواید و نیز تجارب درمانی به همراه شیوه‌های حفظ تغییرات مثبت ایجاد شده
دهم	جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات آموزشی	یکپارچه سازی مطالب و فرایندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروه درمانی و اثرات آن، گرفتن بازخورد از اعضا در مورد احساس و نظراتشان نسبت به گروه و درمان، آماده سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردهای آن، جمع بندی و اختتام گروه درمانی

جدول ۲- جلسات و محتوای مختصر درمان شناختی رفتاری

جلسه	شرح مختصر	تکالیف خانگی
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فرصت برای شناخت بیشتر اعضای گروه از یکدیگر، ارزیابی سطح افسردگی، توضیح درباره کاربرگ‌ها و پرسشنامه‌ها و چگونگی تکمیل آن‌ها، منطبق درمان شناختی رفتاری، تعیین	ارائه یک جزوه از مدل شناختی رفتاری افسردگی جهت مطالعه در منزل

جلسه	شرح مختصر	تکالیف خانگی
	هدف‌های درمان	
دوم	مرور مفاهیم قبلی، اهمیت کندوکاو در شناخت‌ها و چگونگی ارتباط آن با احساسات، تفاوت نوعی تفکر افراد افسرده و غیرافسرده و انواع افکار ناکارآمد تشریح می‌شود. توصیف احساس خوب و بد در زمان‌های خاص از طرف اعضای گروه و تلاش درمانگر برای نشان دادن ارتباط بین هیجانات و افکار افراد، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی خود، توزیع فرم ثبت روزانه افکار ناکارآمد و توضیح چگونگی استفاده از آن، تشویق اعضای گروه به تجربه فعالیت‌های لذت بخش	نامه‌ای به گروه راجع به افسردگی‌شان بنویسند. آن‌ها می‌توانند به تغییراتی که افسردگی در زندگی‌شان ایجاد کرده و تأییداتی را که بر آن داشته اشاره نمایند. ثبت تجربه فعالیت‌های لذت بخش در کار برگ مخصوص تمرین تکنیک‌های آرام‌سازی
سوم	به اشتراک گذاشتن تجربه‌های اعضای گروه و بازخوردهای‌شان از رویدادهای لذت‌بخش در هفته گذشته و توضیح اعضا درباره تأثیرات استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی، کمک به اعضا تا درستی افکارشان را مورد بررسی قرار داده و مشخص کنند که افکار چگونه بر احساسات‌شان تأثیر می‌گذارد. شرکت کنندگان تجارب‌شان در رابطه با پایش خود ^۱ را با اعضای گروه به اشتراک می‌گذارند. انواع تحریف‌های شناختی به بحث گذاشته می‌شود. رهبر گروه در به چالش کشیدن افکار ناکارآمد به اعضای گروه کمک می‌کند. مثلث شناختی بک توضیح داده می‌شود	پر کردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و استفاده از جزوه پرسش‌های جدلی به منظور بازسازی شناختی.
چهارم	ثبت روزانه افکار ناکارآمد اعضای گروه به اشتراک گذاشته می‌شود و گروه به بازسازی آن‌ها کمک می‌کند. درمانگر کار مداخله‌ای مناسب هر کس را تعیین می‌کند و شرح می‌دهد که افسردگی دو نفر شبیه هم نیست. بررسی مشکلات مربوط به وابستگی و ارتباط، آموزش حل مسئله و تمرین	تمرین ابراز وجود و رفتار قاطعانه، بیان تأثیرات آن‌ها به همراه تکمیل جدول ثبت افکار ناکارآمد. تنظیم نامه به شخصی که

^۱ self-monitoring

جلسه	شرح مختصر	تکالیف خانگی
	عزت نفس	تأثیر مهمی در نگرش‌شان نسبت به خود داشته است. بیان احساسات مثبت و منفی خود و تأثیرات آن بر روابط بین فردی
پنجم	تکالیف مربوط به بازسازی شناختی مرور می‌شود. نامه‌های نوشته شده خوانده می‌شود. درمانگر مدل شناختی - رفتاری را مجدداً توضیح و نقش طرحواره‌ها در افسردگی را شرح می‌دهند.	نوشتن نامه به شخص کلیدی که دارای نقش موثری در شکل‌گیری طرحواره‌اش بوده است. پر کردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن آن‌ها.
ششم	مرور تکالیف خانگی، اعضای گروه به همدیگر در چالش کشیدن افکار ناکارآمدشان کمک می‌کنند. آموزش طرحواره‌ها از طرف درمانگر ادامه می‌یابد. به گروه توضیح داده می‌شود یکی از اهداف گروه شروع حذف طرحواره‌های ناسالم است، اما تکمیل این فرایند مستلزم زمان است	شناسایی طرحواره‌ها و ادامه پرکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن آن‌ها
هفتم	به چالش کشیدن افکار ناکارآمد اعضای گروه به صورت جفتی با توجه به تکالیف خانگی انجام شده، چگونگی اصلاح طرحواره‌ها مرور می‌شود. برنامه‌هایی برای تضعیف طرحواره‌ها با کمک اعضای گروه طراحی می‌شود.	ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن این افکار و طرحواره‌های مربوط
هشتم	کمک به گروه جهت یادآوری و مرور مواد اصلی مطرح شده در طول جلسات. توضیحاتی درباره ادامه کار درمانی با توجه به هدف‌های بیان شده به گروه داده می‌شود. همینطور احساس اعضای گروه در مورد پایان یافتن جلسات درمانی مورد بررسی قرار می‌گیرد.	توصیه به ادامه روند آرام سازی، ارزیابی مداوم سطح افسردگی، خلق رویدادهای لذت بخش، افزایش آگاهی نسبت به رویدادهای استرس‌زا و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۳، آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیرها به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
		پیش آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون
بهبودی	درمان شناختی-	۵۹/۴۰	۶/۰۹	۶۴/۷۳	۱۰/۱۴
	رفتاری	۶۱/۸۶	۱۵/۴۱	۷۴/۱۴	۲۱/۵۶
	رواندرمانی مثبت	۶۳/۸۸	۱۲/۲۲	۶۳/۳۵	۱۴/۷۹
	نگر گواه				
افسردگی	درمان شناختی-	۲۴/۶۷	۳/۲۴	۱۸	۴/۹۰
	رفتاری	۲۴/۱۴	۲/۶۸	۱۷/۲۹	۴/۲۱
	رواندرمانی مثبت	۲۳/۷۱	۳/۱۹	۲۱/۹۴	۵/۱۷
	نگر گواه				

برای بررسی مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر متغیرهای بهبودی و افسردگی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور بررسی یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد ($P > 0/05$, $F = 0/91$, $M = 28/44$ باکس). نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کواریانس برقرار می‌باشد. به‌منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد، بهبودی ($P > 0/05$, $F = 2/01$)، افسردگی ($P > 0/05$, $F = 1/48$) همان‌گونه که مشاهده می‌شود شرط برابری واریانس‌های خطا برای متغیرها برقرار است ($P > 0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها وجود دارد ($P < 0/05$, $F = 14/23$), $\lambda = 0/34$ (لامبدای ویلکز). به‌منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه در تک تک متغیرهای وابسته از آزمون کواریانس تک متغیره استفاده شد. در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای متغیرهای بهبودی روان‌شناختی و افسردگی در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای متغیرهای

وابسته در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
بهبودی	۱۳۷۲/۸۹	۲	۶۸۶/۴۵	۱۳/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۰
افسردگی	۲۹۹/۳۰	۲	۱۴۹/۶۵	۲۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که در هر دو متغیر بهبودی روان‌شناختی و افسردگی بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به‌علاوه بخش بزرگی از واریانس تغییرات در بهبودی روان‌شناختی (۰/۴۰) و افسردگی (۰/۵۷) در پس‌آزمون به تأثیر روش‌های درمان مربوط می‌شود. در جدول ۵ مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۵- مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش ۱ (درمان شناختی- رفتاری) و آزمایشی ۲ (روان‌درمانی مثبت‌نگر) و گواه در

پس‌آزمون

گروه‌ها	متغیر	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
گروه آزمایش			*	
۲	بهبودی	۲/۶۲	۶/۲۹	۰/۰۴
(گروه آزمایش ۱)	گروه گواه	۲/۵۲	-	۰/۰۲
درمان شناختی- رفتاری	گروه آزمایش	۰/۸۶	۷/۰۸ *	۱
۲	افسردگی	۰/۸۳	۵/۳۷ *	۰/۰۰۱
گروه گواه	بهبودی	۲/۵۴	۱۳/۳۷ *	۰/۰۰۱
(گروه آزمایش ۲)	گروه گواه	۰/۸۴	۵/۳۱ *	۰/۰۰۱
روان‌درمانی مثبت‌نگر	گروه گواه			

*P<۰/۰۵

مطابق با مندرجات جدول ۵، مقایسه دو به دوی گروه‌ها به لحاظ نمرات متغیرهای بهزیستی و افسردگی نشان می‌دهد دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در پس‌آزمون بهزیستی با یکدیگر دارند ($p=0/04$) و میزان تأثیر گروه آزمایش ۲ (رواندرمانی مثبت نگر) بیشتر بوده است. در متغیر افسردگی این تفاوت در دو گروه آزمایش دیده نمی‌شود. همچنین این تفاوت بین میانگین گروه آزمایش ۱ (درمان شناختی- رفتاری) و گروه گواه در هر دو متغیر معنادار است. علاوه بر آن در هر دو متغیر بین گروه آزمایش ۲ (رواندرمانی مثبت نگر) و گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده شد و نتایج حاکی از اثربخشی رواندرمانی مثبت نگر نسبت به گروه گواه می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی و افسردگی نوجوانان افسرده بوده است. نتایج به دست آمده نشان داد که هر دو مدل درمانی به طور معناداری موجب کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون شدند. یافته‌های بدست آمده پیرامون اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی با دیگر پژوهش‌های به عمل آمده همسو است. در پژوهشی که ماررو و همکاران (۲۰۱۶) درباره اثربخشی ترکیبی روان‌شناسی مثبت با درمان شناختی رفتاری در زمینه بهزیستی روان‌شناختی و دیگر کارکردهای مثبت روی دو گروه از دانشجویان نشان داد که گروه آزمایش، حمایت اجتماعی بیشتری را گزارش دادند. همچنین شادکامی، پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خوش‌بینی و عزت نفس بالاتری را نسبت به گروه گواه گزارش نمودند. از طرفی یافته‌ها حاکی از این است که روان‌درمانی مثبت‌نگر به طور معناداری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی موثرتر بوده است. این یافته‌ها نیز با دیگر یافته‌های پژوهشی از جمله پارکز-شینر^۱ (۲۰۰۹)، رشید و سلیگمن (۲۰۱۳)، داریونی^۲ (۲۰۱۶)، مالکی، مداحی، محمدخانی و خلعتبری (۲۰۱۷)، بولیر^۱ و همکاران

۱ Parks –sheiner, A. C

۲ Darioni, S

(۲۰۱۳)، سین و لیو یومیرسکی^۲ (۲۰۰۹)، هم راستا است. در تبیین این تفاوت می‌توان به چند نکته اشاره کرد. شاید بتوان یکی از دلایل مهم این تفاوت را در دو گروه آزمایش به محتوای جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر نسبت داد. با توجه به جدول ۱ (پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر) ملاحظه می‌شود که عناوین و محتوای جلسات عمدتاً مربوط به مفاهیم بهزیستی روان‌شناختی است. خوش‌بینی، لذت و تعهد، روابط مثبت، هدفمندی، معنا از مولفه‌هایی هستند که در اکثر نظریه‌های مهم درباره بهزیستی مشترک‌اند (لانگو، کوین و جوزف^۳، ۲۰۱۷). به طور مثال در روان‌درمانی مثبت‌نگر بر مولفه‌هایی تأکید می‌شود که هر یک در افزایش احساسات مثبت و رضایت از زندگی نقش موثری را ایفا می‌کند. داشتن یک رابطه فعال و سازنده، واکنش‌های مثبت و حمایت‌های محیطی را در پی دارد. تشکر و قدردانی، نوعی رضایت درونی ایجاد می‌کند و فرد را بر داشته‌هایش متمرکز می‌نماید. امید و خوش‌بینی، به فرد ذهنیت رو به آینده می‌دهد، این انتظار که رویدادهای خوب اتفاق خواهد افتاد و عاملی برای تلاش سخت و هدفمند خواهد بود که خود زندگی را معنی‌دارتر خواهد نمود و بخشایش و گذشت که انگیزه‌ها و نگرش‌ها را نسبت به افراد رنجش‌گر، مثبت‌تر نموده و همزمان از منفی بودن این افراد می‌کاهد. تمام این مولفه‌ها می‌توانند یک راه برون رفتی از طریق عادت کردن به پیام دهنده خوب بودن باشد و موجب رشد و تسهیل فضیلت‌گرایی و به تبع آن افزایش بهزیستی گردد. از طرفی، از آن‌جا که روان‌شناسی مثبت با طرح یک مدل جدید از وضعیت سلامت روان در پی یک تعریف کامل از این مفهوم است، سلامت روانی و بیماری روانی را به صورت دو پیوستار جداگانه در نظر می‌گیرد که در آن فقدان بیماری روانی برابر با حضور سلامت روانی نیست. بنابراین در جنبه‌ها و ویژگی‌های روان‌شناختی یک انسان سالم و در حال رشد توجه کرده و با طراحی فعالیت‌های اثربخشی همچون، عفو و بخشش، قدرشناسی، قناعت، تجربه‌های لذت‌بخش در پی به فعلیت درآوردن جنبه‌های مغفول افراد پریشان و در رنج است. درمان‌جویان در این رویکرد جدید علاوه بر نشانه‌های بیماری روانی، بر اساس نشانه‌های

۱ Bolier, L.

۲ Sin, N. L & Lyubomirsky, S

۳ Longo, Y., Coyne, L., & Joseph, S

بهزیستی که در حال تجربه آن هستند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (مگیار موئه^۱؛ ترجمه فروغی، اصلانی و رفیعی، ۱۳۹۳). روان‌درمانی مثبت‌نگر با پرورش و گسترش مهارت‌های تجربه لذت، تعهد و معنا به عنوان مولفه‌های مهم روان‌شناسی مثبت، نقش مکمل را در کنار مهارت‌های درمان شناختی رفتاری ایفا می‌کند. بنابراین می‌توان گفت نتیجه پژوهش حاضر موید مبانی تئوریکی رویکرد روان‌درمانی مثبت بوده و بر منطق این تفاوت اشاره دارد.

یکی دیگر از اهداف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر افسردگی در نوجوانان افسرده بوده است. همانطور که از یافته‌ها پیداست هر دو رویکرد درمانی در کاهش افسردگی موثر بودند و به طور معناداری با گروه گواه تفاوت داشتند. هر چند تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه آزمایش در متغیر افسردگی مشاهده نشد. نتایج به دست آمده، همسو با دیگر تحقیقات انجام شده می‌باشد. برای مثال، در یک پژوهش مقایسه بین دو رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری که توسط اصغری پور و همکاران (۲۰۱۲) روی بیمارانی که از افسردگی اساسی رنج می‌بردند، نشان داد که هر دو نوع روان‌درمانی در کاهش علائم حاد افسردگی موثرند. همین‌طور تحقیق پارکر-شینر (۲۰۱۵)، خدابخش، خسروی و شاهنگیان (۱۳۹۴)، فهیمی و ترخان (۲۰۱۶)، مالکی و همکاران (۲۰۱۷)، نوفرستی، روشن، فتحی، حسن‌آبادی پسندیده و شعیری (۱۳۹۴)، برای سده (۱۳۸۸) حاکی است که روان‌درمانی مثبت‌نگر به اندازه درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی موثر است. به نظر می‌رسد هر یک از رویکردهای درمانی به صورت خاص در کاهش افسردگی موثرند. در درمان شناختی رفتاری مراجعین با تشخیص باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد خود، با کمک درمانگران دست به اصلاح و تغییر افکار ناکارآمد زده و باورهای منعطف‌تری را جایگزین می‌کنند. همچنین با یادگیری مهارت‌های رفتاری چون ابراز وجود، حل مسئله و بیان احساسات مثبت و منفی، احساس توانمندی و کارایی بیشتری نموده و با دریافت بازخوردهای مثبت محیطی، عزت نفس بیشتری برای مواجهه با رویدادها در خود احساس می‌کنند. از طرفی روان‌درمانی مثبت‌نگر نیز با تاکید بر حوزه‌های توانمندی مراجع و با به کارگیری روش‌های مثبت از جمله گسترش و تقویت هیجانات مثبت از جمله امیدواری،

^۱ Magyar-Moe, J. L

شکرگزاری، خوش‌بینی، بخشش، قدردانی و... همین‌طور داشته‌های محیطی فرد مثل روابط حمایت‌کننده به طور غیرمستقیم افسردگی را نشانه گرفته و مانع از رشد و تداوم احساسات منفی از جمله ناامیدی، غم، بی‌لذتی و عزت نفس منفی می‌شود. همین‌طور می‌توان گفت وجود یکسری فعالیت‌ها و راهبردهای مشابه ازجمله راهبردهای شناختی ارزیابی مجدد، گرفتن بازخورد و تعامل بین اعضای گروه، تجربه فعالیت‌های لذت‌بخش به عنوان تکلیف خانگی و به اشتراک گذاشتن احساسات خوب و بد، موجب تغییر و کاهش راهبردهای معمول و کمتر سازش یافته شده و به نوبه خود کاهش افسردگی را در پی داشته است.

در مجموع بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان گفت هر دو مدل روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری - در کاهش میزان افسردگی و افزایش بهزیستی موثر هستند. اما تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. لذا روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند الگویی مناسب و موثری برای بهبود مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی باشد. از این رو به روانشناسان و به خصوص مشاوران مدارس پیشنهاد می‌شود که از این روش به عنوان یک مدل درمانی موثر، هم در پیشگیری و هم در درمان استفاده نمایند. تحقیق حاضر محدودیت‌هایی داشته است، از آنجایی که این پژوهش روی نوجوانان پسر با افسردگی خفیف که دامنه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال داشتند، انجام گرفت، قابلیت تعمیم‌دهی به کل جامعه را ندارد. از طرفی امکان پژوهش روی نمونه‌های با افسردگی متوسط و شدید وجود نداشت و همین‌طور بررسی در مرحله پیگیری مقدور نبود، بنابراین توصیه می‌شود، در پژوهش‌های آتی، علاوه بر این که اثربخشی درمان‌ها به صورت مقایسه‌ای با درجات شدیدتر افسردگی روی هر دو جنس صورت گیرد، بررسی پیگیرانه در فواصل زمانی طولانی‌تر مورد توجه قرار گیرد.

منابع

- استوار، ص.، رضویه، ا. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS-A) جهت استفاده در ایران. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۲)، ۷۸-۶۹.
- براتی سده، ف. (۱۳۸۸). *اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی*. پایان نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.

- بیابانگرد، ا. (۱۳۷۶). *روان‌شناسی نوجوانان*. چاپ اول. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- بیانی، ع. ا.، محمدکوچکی، ع.، بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۲)، ۱۵۱-۱۴۶.
- خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م.، شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار*، ۱ (۳۲)، ۲۷-۳۶.
- خدابخش، ر.، خسروی، ز.، شاهنگیان، ش. (۱۳۹۴). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منشی در بیماران مبتلا به سرطان. *پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت*، ۱ (۱)، ۵۰-۳۵.
- دهشیری، غ.، نجفی، م.، شیخی، م.، حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵ (۲)، ۱۷۷-۱۵۹.
- دیوید، م.، ک.، کریستوفر، ف. (۱۹۹۷). *درمان‌های شناختی رفتاری*. ترجمه حسین کاویانی (۱۳۸۶). چاپ اول. تهران: انتشارات مهر کاویان.
- رجبی، غ.، شمعونی، ش.، امان‌الهی، ع. (۱۳۹۷). تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در دختران نوجوان. *مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، ۱۵ (۲۹)، ۱۴۸-۱۲۵.
- رجبی، غ.، عطاری، ی. (۱۳۸۳). تحلیل عامل سئوال‌های پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۳ (۹، ۱۰)، ۱۰۲-۸۳.
- رنجبر، ف.، اشک‌تراب، ط.، دادگری، آ. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۳)، ۳۰۶-۲۹۹.
- سلیگمن، م. ای. پی. (۲۰۱۱). *شکوفایی - روان‌شناسی مثبت‌نگر*. ترجمه امیرکامکار، سکینه هژیریان (۱۳۹۴). تهران: انتشارات روان.
- کار، آ (۲۰۰۴). *روانشناسی مثبت-علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان*. ترجمه حسن یاشا شریفی، جعفرنجفی زند (۱۳۹۱). چاپ سوم. تهران: انتشارات سخن.
- کریمی، ر. (۱۳۸۹). *نظریه درماندگی آموخته شده و روان‌شناسی مثبت‌نگر*. چاپ اول. تهران: نشر دانش.
- لورا برک، ا. (۲۰۰۱). *روانشناسی رشد*. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۵). جلد دوم. چاپ هفتم. تهران: نشر ارسباران.
- محمدی، ک.، نجفی، م.، دهشیری، غ.، نیکبخت، ع. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی نوجوانان. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناختی)*، ۴ (۲)، ۱۹۸-۱۷۷.
- مصطفایی، م.، بشیریان، س. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های خاص و نوجوانان سالم شهر همدان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۰ (۲)، ۷۱-۶۵.
- مگیار موئه. ج. ا. (۲۰۰۹). *مدخلات روان‌شناسی مثبت‌نگر: راهنمای درمانگر*. ترجمه علی اکبر فروغی، جلیل اصلانی و سحر رفیعی (۱۳۹۳). چاپ اول. تهران: انتشارات کتاب ارجمند.

- نوفرستی، ا.، روشن، ر.، فتی، ل.، حسن آبادی، ح.، پسندیده، ع.، شعیری، م. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: مطالعه تک آزمودنی با چند خط پایه. *پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت*، ۱(۱)، ۱-۱۸.
- هنرمندزاده، ر.، سجادیان، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۲(۲)، ۵۰-۳۵.
- Asgharipoor, N., Asgharnejad farid, A., Arshadi, H., & sahebi, A. (2012). A comparative study on the Effectiveness of positive psychotherapy and Group cognitive –Behavioral therapy for the patients suffering from Major Depressive Disorder. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 6(2), 33-41.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*, 1(2), 184-200.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 119-1۳۸.
- Chaves, C., Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2016). A comparative study on the efficacy of a positive Psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive therapy and research*, 41(3), 1-17.
- Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of psychiatric Nursing*, 20(1), 3-11.
- Darioni, S. (2016). Positive Psychology as a new movement in identifying of disorder. *Journal of Psychiatry*, 5, 34-46.
- Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Leo, M. C., DeBar, L. L., Pearson, J., & Clarke, G. N. (2018). Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy for depressed youth declining antidepressants. *Pediatrics*, 141(2), 1-1۱.
- Fahimi, N., Tarkhan, M. (2016). Effectiveness of group therapy with a positive – oriented approach on rumination , illness perception and depression in patient with multiple sclerosis (MS). *International journal of humanities and cultural studies, special issue*, 1510-1524.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American psychologist*, 6۰(۷), ۶۷۸ -686.
- Indrani, M. (2017). Enhancing positive emotions via positive interpersonal communication: An unexplored avenue towards well –being of mankind. *Journal of psychology and clinical psychiatry*, 7(4), 1-8.
- Ivarsson, T., svalander, P., & litler, O. (2006). The children's depression inventory (CDI) as measure of depression in swedish adolescents: A normative study. *Nordic journal of psychiatry*, 60(3), 220-226.
- Kamphuis, J., & Jacquin, K. (1995). *A treatment group for overcoming depression*. University of Texas.
- Longo, Y., Coyne, I., & Joseph, S. (2017). The scales of general well-being

- (SGWB). *Personality and Individual Differences*, 109, 148-159.
- Malki, N., Madahi, M. E., Mohammadkhani, SH., & Khalatbari, J. (2017). The effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on pschological well-being, marital intimacy ,and life quality of chaotic couples. *Iranian journal of educational sociology*,1(4), 23-33.
 - Marrero, R. J., Carballeira, M., Martín, S., Mejías, M., & Hernández, J. A. (2016). Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioral therapy in university students. *Annals of Psychology*, 32(3), 728-740.
 - Parks-Sheiner, A. C. (2009). Positive psychotherapy: Bulding a model of expirically supported self –help. Dissertation in Psychology, University of Pennsylvania.
 - Parks-Sheiner, A. C. (2015). Comparing Effectiveness of Positive Psychotherapy (PPT) with Dialectical Behavior Therapy (DBT): Results of a Randomized Clinical Trial. In *Poster presented at the Third International Positive Psychology Congress, Los Angeles, CA*.
 - Rashid, T., & Seligman, M. E. (2013). Positive psychotherapy: A treatment manual for normal people. *American Psychology*, 3, 34-4۵.
 - Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six –factor model of well-being. *Social science research*, 35(4), 1103 -1۱۱۹.
 - Seligman, M.E.P. (2005). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
 - Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American psychologist*, 61(8), 774-788.
 - Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice –friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-۴۸۷.
 - Snyder, C. R. Y., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of Positive Psychology*. US: Oxford University Press.
 - Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of affective disorders*, 122(3), 213-217.
 - Zhang, G. P., Guo,Y. F., Zhang, X., Li, H., & Yin, Y. Z. (2015). Effects of positive psychotherapy on depression and self –efficacy in undergraduate nursing students positive psychotherapy. *Research & Reviews: Journal of Nursing & Health Sciences*, 1(3), 12-18.