[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسردگی

سید غلامرضا نصیری تاکامی[۱]، محمود نجفی[۲]، سیاوش طالع پسند[۳]، شاهرخ مکوند حسینی[٤]

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

هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی و افسردگی در نوجوانان با علائم افسرده بود. **روش:** این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل نوجوانانی بود که در ٦ ماه اول سال ۱۳۹٦ به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روانپزشکی در ساری مراجعه کرده بودند که از میان آن‌ها ۵۱ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش روان‌درمانی 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 مداخله‌ای دریافت نکرد. در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های افسردگی کواکس (۱۹۷۹) و بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۰۰۲) اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر معنی‌دار داشته

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

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

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

٤. دکترای تخصصی روانشناسی، دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان ، ایران

است، اما اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر 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 هردو 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 براین 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[۲] 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 ناگریز 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

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

مداخلات اساسی در اولویت سلامتی در نظر گرفته شود (مصطفایی و بشیریان، ۱۳۹۱؛ چاوز و همکاران، ۲۰۱٦).

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 حادتر 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] وهمکاران، 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، ۱۳۷٦). 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 پیش قراول آن می باشد. از نظر بک افراد مبتلا به افسرگی، 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[٤] ۱۹۹۷؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۸٦). مدل‌های شناختی بر اهمیت اصلاح محتوای شناخت‌ها که مسبب

۱ Dickerson, J

۲ Weiner,I

۳ Beck, A. T

٤ Christopher & David.

تغییرات رفتاری هستند، تأکید دارند. بطوری که راهبردهای آموخته‌شده جدید می‌توانند به زندگی روزمره منتقل شوند (مارّرو، کاربالریا، مارتین، مجیاس و هرناندز[۱] ۲۰۱٦). هرچند در چند دهه اخیر مطالعات کنترل شده و تطبیقی کارایی درمان‌های شناختی به خصوص درمان شناختی رفتاری را بررسی کرده‌اند و شواهد قوی وجود دارد که کارایی این نوع درمان را برای افسردگی تایید می‌کنند (چن، لو، چانگ، چوو و چو[۲] ۲۰۰٦؛ چاوز و همکاران، ۲۰۱٦؛ رنجبر، اشک تراب و دادگری، ۱۳۸۹؛ رجبی، شمعونی و امان اللهی، ۱۳۹۷؛ محمدی، نجفی، دهشیری و نیکبخت، ۱۳۹۱). اما آنچه قابل تامل است، این است که برای برخی بیماران افسرده، درمان‌هایی که به نقصان و سوءگیری‌های شناختی توجه دارند، ممکن است مخل بهبودی‌شان باشند و اتحاد و پیوستگی درمانی را بر هم بزنند. ادغام جنبه‌های مثبت کارکرد روانی در بیماران موجب می‌شود درک کنند روان‌درمانی صرفاً در جهت کاهش علائم بالینی نیست، بلکه در مورد یادگیری استفاده از نقاط قوت، مهارت و توانایی مقابله با مشکلات است. بنابراین، درمان‌های جدید نه تنها باید منجر به بهبود علائم افسردگی شوند، بلکه باید موجب افزایش بهزیستی روانشناختی[۳] افراد هم شوند (چاوز و همکاران، ۲۰۱٦). در همین راستا، دیدگاه‌های جدید روان‌شناسی در مقابل توجه و تمرکز سنتی به آسیب‌شناسی با تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت به دنبال توضیح و تبیین ماهیت روان‌شناختی بهزیستی است. همچنین سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱٤) نیز در تعریف سلامت روانی به جای تمرکز بر نبود نشانه‌های بیماری روانی، آن را به عنوان یک حالت بهزیستی می‌داند که فرد را قادر به تشخیص ظرفیت‌های خود کرده، می‌تواند 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 روان‌شناختی همراه با هیجانات مثبت تعیین‌کننده مهمی در رضایت از زندگی مردم است. مطالعات پژوهشی نشان می‌دهد کسانی که هیجانات مثبت را تجربه و بیان می‌کنند 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

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

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 ۲٤ 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"[۶] اشاره داشت و تک‌گرا بود، به عنوان یک "سازه"[۷] چگونگی انتخاب مسیر زندگی را متاثر از تلاش برای بهینه کردن تمام پنج عنصر یادشده می‌داند (سلیگمن، ۲۰۱۱؛ ترجمه کامکار و هژبریان، ۱۳۹٤). سلیگمن هدف نهایی روان‌شناسی مثبت‌گرا را شادکامی اصیل[۸] 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؛[۹] 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[۱۰] (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که فقدان رفاه و

۱ Seligman, M.E.P
۲ positive emotion
۳ meaning
٤ positive relationship
۵ accomplishment
٦ thing
۷ concept
۸ authentic happiness
۹ Zhang, G. P,. Guo,Y. F., Zhang, X,. Li, H,. & Yin, Y. Z
۱۰Wood, A. M & Joseph, S

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

بهزیستی و احساسات مثبت احتمال افسردگی را افزایش می‌دهد. در حالی‌که 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 ۵۵٦٦ نفر با سطح پایین از بهزیستی نشان می‌دهد که این افراد ۷/۱٦ 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 (بهزیستی لذت‌گرا[۱]) نیست بلکه بر یک زندگی پرمعنا (بهزیستی سعادت‌گرا[۲]) 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، ۲۰۱٦).

باربارا فردریکسون[۳](کار، ۲۰۰٤؛ 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[٤] تاب آوری[٥]و شکوفایی[٦]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 مارپیچ نزولی از ناخوشی تولید می‌کنند. بر خلاف آن هیجانات مثبت موجب مارپیچ صعودی از بهزیستی فرد می‌شود. هیجانات مثبت با گسترش سپرده‌های

۱ hedonic Well-being
۲ eudaimonic Well-being
۳ Fredrickson, B. L
٤ undoing
٥ resilience
٦ flourish

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

تفکر- عمل لحظه‌ای[۱]موجب راه اندازی نوروواندوکرین‌های 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 صرفا به دنبال کاهش علائم اختلالات روانی هستند، در پی اصلاح[٤] بهبود[٥]و بهینه سازی[٦]روش‌های روان‌درمانی است تا بتواند علاوه برکمک 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، ۲۰۱٦). 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؛ اشنایدر و لوپز[۷] ۲۰۰۲). از آن‌جا که بیشتر تحقیقات در دهه‌های اخیر درباره افسردگی بر تحریفات 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 (زیمرمن[۸]و همکاران، ۲۰۰٦؛ به نقل از چاوز و همکاران، ۲۰۱٦) و به دلیل

۱ thought-action repertoires
۲ Indrani, M
۳ Losada, M. F
٤ correction
٥ improvement
٦ optimizing
۷ Snyder, C. R. Y., & Lopez, S. J.
۸ Zimmerman, M

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

این‌که تعداد پژوهش‌هایی که تلاش می‌کنند این نوع درمان را با مداخلات روان‌درمانی مثبت‌نگر مقایسه کنند کم است (سلیگمن، رشید و پارکز[۱] 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 ۹۷-۹۶ 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 ملاک های 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 مثبت نگر 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

۱ Seligman, M. E. P., Rashid,T., & Parks, A. C

دوم متوسطه، ۳- عدم مصرف داروهای روانپزشکی، ٤- عدم تشخیص همزمان اختلالات روانی دیگر به جز افسردگی، ٥- نداشتن بیماری‌های جسمانی خاص، ٦- 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، ٤- اشتغال و درگیری ذهنی با افکار خودکشی، ٥- مصرف داروهای روان گردان.

ابزار

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از دو پرسشنامه افسردگی کودکان کواکس[۱] و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف[۲] استفاده گردید. ۱- **پرسشنامه افسردگی کودکان کواکس**: پرسشنامه افسردگی کودکان در سال ۱۹۷۹ توسط ماریا کواکس برای کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ سال طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۷ سوال است. هر سئوال 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 ٥٤ است (دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی عسگر آباد، ۱۳۸۸) سیلورمن و[۳] همکاران (۱۹۸۹؛ به نقل از استوار و رضویه، ۱۳۹۲) همسانی درونی پرسشنامه را در دامنه‌ای از ۷۱ /۰ تا ۹٤ /۰گزارش کردند. ایوارسون، اسوالندر و لیتلر[٤](۲۰۰٦) اعتبار بازآزمایی را از ۳۸ /۰ تا ۰/۸۷ 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 ۰/۳٦ (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

٤ Ivarsson, T., Svalander, P., & litlere, O

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

برای آزمودنی‌های عرب زبـان و فارسـی زبـان بـه ترتیـب ۰/۱۸ (۵۱ نفـر) و ۰/۶۰ (۴۲ نفـر) (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 (فـرم بلند) شامل ۱۲۰ سئوال است که به دلیل ضرورت کاربرد روز افزون و مزایای فرم کوتاه‌تـر بـه صورت پرسشنامه ۱۸ سوالی در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۱۸ سوالی استفاده گردید. ایـن آزمـون نـوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ٦ درجه‌ای از "کـاملا مـوافقم" تـا "کـاملا مخـالفم" پاسخ داده می‌شود. از بین کل سئوالات ده سوال به صورت مستقیم و هشت سـئوال بـه شـکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کمترین امتیاز ممکـن ۱۸ و بیشـترین امتیـاز ۱۰۸ بـود (ریـف و سـینگر[۱] ۲۰۰٦). در ایـران خانجـانی، شـهیدی، فـتح آبـادی، مظـاهری و شـکری (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 رضـایت از زنـدگی، پرسشـنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبـرگ بـه ترتیـب ۰/٤۷، ۰/۵۸ و ۰/٤٦ گـزارش کردند (P<۰/۰۰۱).

پس از انتخاب نمونه، نخست در مورد روش‌های مداخلـه توضـیحاتی بـه گروه‌هـای آزمایشی ارائه گردید و از آن‌ها خواسته شد تا در همه جلسات درمان، حضوری فعـال داشـته باشند. سپس پرسشنامه‌های افسـردگی کودکـان و نوجوانـان کـواکس و پرسشـنامه بهزیسـتی روان‌شناختی ریف، در مرحله پیش‌آزمون بر روی هر سه گـروه اجـرا شـد. در مرحلـه بعـدی 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 درمـان شـناختی رفتاری نیز بر اساس پروتکل درمـانی کمفـیس و جـاکوبین[۲](۱۹۹۵) در ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای

۱ Ryff,C.D & Singer,B.H

۲ Kamphuis,J. & Jacquin,C.A

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

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 روان درمانی گروهی در کنار درمانگر حضور داشته است.

جدول ۱- عناوین و محتوای مختصر جلسات روان درمانی مثبت نگر

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

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

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 زیاده‌خواهی
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 عامدانه جهت طولانی‌تر کردن هرچه بیشتر مدت آن، بحث درباره زندگی پربار به‌عنوان 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، منطق 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 تکنیک های آرام سازی 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 تاثیراتی را که بر آن داشته اشاره نمایند. ثبت تجربه فعالیت‌های لذت بخش در کاربرگ مخصوص تمرین تکنیک های آرام سازی
سوم	به اشتراک گذاشتن تجربه‌های اعضای گروه و بازخوردهای‌شان از رویدادهای لذت‌بخش در هفته گذشته و توضیح اعضا درباره تاثیرات 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 تاثیرات آن‌ها به همراه تکمیل جدول ثبت افکار ناکارآمد. تنظیم نامه به شخصی که

۱ self -monitoring

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

جلسه	شرح مختصر	تکالیف خانگی
	عزت نفس	تأثیر مهمی در نگرش‌شان نسبت به خود داشته است. بیان احساسات مثبت و منفی خود و تاثیرات 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 آ ن‌ها
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.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

یافته‌ها

در جدول شماره ۳، آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه بـه تفکیـک نـوع آزمـون و گروه‌ها ارائه شده است.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

جدول۳- آماره‌های توصیفی متغیرها به تکفیک نوع آزمون و گروه‌ها

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

برای بررسی مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر متغیرهای بهزیستی 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 (M =۲۸/٤٤,F= ۰/۹۱ ,P> ۰/۰۵ باکس). نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کوواریانس برقرار می‌باشد. به‌منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد، بهزیستی (F=۲/۰۱,P>۰/۰۵)، افسردگی (F=۱/٤۸,P>۰/۰۵) همان‌گونه که مشاهده می‌شود شرط برابری واریانس‌های خطا برای متغیرها برقرار است (p>۰/۰۵). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها وجود دارد (F=۱٤/۲۳, P<۰/۰۵ , ۰/۳٤=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 بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شده است.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

جدول ٤- 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
بهزیستی	۱۳۷۲/۸۹	۲	٦٨٦/٤٥	۱۳/۹۲	۰/۰۰۱	۰/٤۰
افسردگی	۲۹۹/۳۰	۲	۱٤۹/٦٥	۲۷/۸٤	۰/۰۰۱	۰/٥۷

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که در هر دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و افسردگی بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به‌علاوه بخش بزرگی از واریانس تغییرات در بهزیستی 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 ٥- مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش۱(درمان شناختی- رفتاری) و آزمایشی۲ (رواندرمانی مثبت نگر) و گواه در پس‌آزمون

گروه‌ها		متغیر	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
	گروه آزمایش			*	
	۲		۲/٦۲	٦/۲۹	۰/۰٤
(گروه آزمایش ۱) درمان شناختی- رفتاری	گروه گواه	بهزیستی	۲/٥۲	-	۰/۰۲
				۷/۰۸ *	
	گروه آزمایش		۰/۸٦	-۰/۰۷	۱
	۲	افسردگی	۰/۸۳	-٥/۳۷ *	۰/۰۰۱
	گروه گواه				
(گروه آزمایش ۲) رواندرمانی مثبت نگر	گروه گواه	بهزیستی	۲/٥٤	۱۳/۳۷*	۰/۰۰۱
	گروه گواه	افسردگی	۰/۸٤	-٥/۳۱ *	۰/۰۰۱

*P<۰/۰٥

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

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=۰/۰٤) 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 برآن 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 روان درمانی مثبت نگر و درمان شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی با دیگر پژوهش‌های به عمل آمده همسو است. در پژوهشی که مارو و همکاران (۲۰۱٦) 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](۲۰۱٦)، مالکی، مداحی، محمدخانی و خلعتبری (۲۰۱۷)، بولیر[۱]و همکاران

۱ Parks –sheiner, A. C

۲ Darioni, S

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

(۲۰۱۳)، سین و لیو بومیرسکی[۲](۲۰۰۹)، هم راستا است. در تبیین این تفاوت می‌توان بـه چنـد نکته اشاره کرد. شاید بتوان یکی از دلایل مهم این تفاوت را در دو گروه آزمایش بـه محتـوای جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر نسبت داد. با توجه به جدول ۱ (پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر) ملاحظه می‌شود که عناوین و محتوای جلسات عمدتا مربوط به مفاهیم بهزیستی روان‌شـناختی است. خوش‌بینی، لذت و تعهد، روابط مثبت، هدفمندی، معنا از مولفه‌هایی هستند که در اکثـر نظریه‌های مهم درباره بهزیستی مشترک‌اند (لانگو، کوین و جوزف[۳] ۲۰۱۷) . به طـور مثـال در روان درمانی مثبت نگر بر مولفه‌هایی تاکید می‌شود که هر یک در افزایش احساسـات مثبـت و رضایت از زندگی نقش موثری را ایفاد می‌کند. داشتن یک رابطه فعال و سازنده، واکـنش‌هـای مثبت و حمایت‌های محیطی را در پی دارد. تشکر و قـدردانی، نـوعی رضـایت درونـی ایجـاد می‌کند و فرد را بر داشته‌هایش متمرکز می‌نماید. امید و خوش‌بینی، به فرد ذهنیت رو به آینـده می‌دهد، این انتظار که رویدادهای خوب اتفاق خواهد افتـاد و عـاملی بـرای تـلاش سـخت و هدفمند خواهد بود که خود زندگی را معنی‌دارتـر خواهـد نمـود و بخشـایش و گذشـت کـه انگیزه‌ها و نگرش‌ها را نسبت به افراد رنجش‌گر، مثبت‌تر نموده و همزمان از منفـی بـودن ایـن افراد می‌کاهد. تمام این مولفه‌ها می‌توانند یک راه برون رفتی از طریـق عـادت کـردن بـه پیـام دهنده خوب بودن باشد و موجب رشد و تسهیل فضیلت‌گرایی و به تبع آن افـزایش بهزیسـتی گردد. از طرفی، از آن‌جا که روان‌شناسی مثبت با طرح یک مـدل جدیـد از وضـعیت سـلامت 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 روانـی برابـر بـا حضـور سـلامت روانی نیست. بنابراین در جنبه‌ها و ویژگی‌های روان‌شناختی یک انسان سالم و در حـال رشـد توجه کرده و با طراحی فعالیت‌های اثربخشی همچون، عفو و بخشـش، قدرشناسـی، قناعـت، تجربه‌های لذت‌بخش در پی به فعلیت درآوردن جنبه‌های مغفول افراد پریشان و در رنج است. درمان‌جویان در این رویکرد جدید علاوه بر نشانه‌های بیماری روانـی، بـر اسـاس نشـانه‌هـای

---

۱ Bolier, L.

۲ Sin, N. L & Lyubomirsky, S

۳ Longo, Y., Coyne, L., & Joseph, S

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

بهزیستی که در حال تجربه آن هستند، مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (مگیار موئه[1]؛ 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 می باشد. برای مثال، در یک پژوهش مقایسه بین دو رویکرد روان درمانی 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 پارکز-شینر (۲۰۱۵)، خدابخش، خسروی و شاهنگیان (۱۳۹٤)، فهیمی و ترخان (۲۰۱٦)، مالکی و همکاران (۲۰۱۷)، نوفرستی، روشن، فتحی، حسن‌آبادی پسندیده و شعیری (۱۳۹٤)، براتی 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

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

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 می شود. همین طور 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 این‌که 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). *اثر بخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا جهت افزایش نشاط ، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی*. پایان نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- بیابانگرد، ا. (۱۳۷٦). *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، ۱٤*(۲)، ۱۵۱-۱٤٦.
- خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م.، شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. *اندیشه و رفتار، ۸* (۳۲)، ۳٦-۲۷.
- خدابخش، ر.، خسروی، ز.، شاهنگیان، ش. (۱۳۹٤) .تاثیر روان درمانی مثبت نگر 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 خانواده پژوهی، ۵*(۲)، ۱۷۷ -۱۵۹.
- دیوید، م .، ک.، کریستوفر، ف. (۱۹۹۷). *درمان های شناختی رفتاری* . ترجمه حسین کاویانی (۱۳۸٦). چاپ اول. تهران: انتشارات مهر کاویان.
- رجبی، غ.، شمعونی، ش.، امان الهی، ع. (۱۳۹۷). تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در دختران نوجوان. *مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی، ۱۵*(۲۹)، ۱٤۸-۱۲۵.
- رجبی، غ.، عطاری، ی. (۱۳۸۳).تحلیل عامل سئوال‌های پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان. *تازه ها و پژوهش های مشاوره*، ۳ (۹، ۱۰)، ۱۰۲ -۸۳.
- رنجبر، ف.، اشک تراب، 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)، ۳۰٦-۲۹۹.
- سلیگمن، م. ای. پی. (۲۰۱۱). *شکوفایی – روانشناسی مثبت نگر*. ترجمه امیرکامکار، سکینه هژبریان (۱۳۹٤). تهران: انتشارات روان.
- کار، آ (۲۰۰٤). *روانشناسی مثبت –علم شادمانی و نیرومندی های انسان* . ترجمه حسن یاشا شریفی ، جعفرنجفی زند (۱۳۹۱). چاپ سوم. تهران: انتشارات سخن.
- کریمی، ر . (۱۳۸۹). *نظریه درماندگی آموخته شده و روان‌شناسی مثبت نگر* .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 دست آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناختی)، ٤*(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). *مداخلات روان‌شناسی مثبت نگر : راهنمای درمانگر*. ترجمه علی اکبر فروغی، جلیل اصلانی و سحر رفیعی (۱۳۹۳). چاپ اول. تهران: انتشارات کتاب ارجمند.

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]
[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

– نوفرستی، ا.، روشن، ر.، فتی، ل.، حسن آبادی، ح.، پسندیده، ع.، شعیری، م. (۱۳۹٤). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: مطالعه تک آزمودنی با چند خط پایه. *پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت*، *۱*(۱)، ۱۸-۱.

– 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), 119-۱۳۸.

– Chaves, C.,Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2016). A comparative study on the efficacy of a positive Pschology 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).Effectivness 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), ٦۷۸ -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

[Downloaded from irancounseling.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.2717400.1398.18.70.7.6]

[DOI: 10.29252/jcr.18.70.105]

(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*, 34-4٥.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six –factor model of well-being. *Social science research*, *35*(4), 1103 -1١١٩.
- 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), 467-٤٨٧.
- 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.