

اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: مطالعه تک آزمودنی با چند خط پایه**

اعظم نوفرستی^۱، رسول روشن^{۲*}، لادن فتی^۳، حمیدرضا حسن‌آبادی^۴، عباس پسندیده^۵، محمد رضا شعیری^۶

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد و عضو هیأت علمی جهاد دانشگاهی البرز، تهران، ایران

۲- استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳- استادیار مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴- استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۵- استادیار گروه معارف حدیث، دانشگاه قرآن و حدیث، موسسه علمی-فرهنگی دارالحدیث، قم، ایران

۶- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا بر افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی در افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی بود. بدین منظور از طرح تک آزمودنی چند خط پایه با دوره پیگیری استفاده شد. برای انجام پژوهش ابتدا از بین افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی که به یک مرکز مشاوره در تهران مراجعه کرده بودند، ۳ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای هر کدام از شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی بین ۳ تا ۷ هفته جلسه خط پایه در نظر گرفته شد. ارزیابی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک و ویرایش دوم، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، آزمون جهت‌گیری‌های شادکامی پترسون، مقیاس رضایت از زندگی دینر و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و دو ماه بعد از پایان مداخله (پیگیری) انجام گرفت. مداخله به صورت انفرادی در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که هر سه آزمودنی با شروع مداخله روند کاهشی و رو به بهبودی را در نمرات افسردگی نشان دادند (۷۱ درصد بهبودی). همچنین هر سه آزمودنی روند افزایشی و رو به بهبودی را در نمره‌های بهزیستی روانشناختی (۲۱ درصد بهبودی)، شادکامی (۴۶ درصد بهبودی) و رضایت از زندگی (۶۱ درصد بهبودی) نشان دادند. این نتایج در پیگیری دو ماهه نیز همچنان باقی ماند. بر این اساس، به نظر می‌رسد روان درمانی مثبت‌گرا یک روش درمانی کوتاه مدت مؤثر برای کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی و افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی است.

واژه‌های کلیدی: شادکامی، بهزیستی روانشناختی، روان درمانی مثبت‌گرا، نشانه‌های افسردگی

* نویسنده مسؤول. rasolroshan@yahoo.com

** این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری روانشناسی است و با حمایت قطب علمی روانشناسی معنویت و شادی دانشگاه اصفهان انجام گرفته است.

مقدمه

افسردگی اغلب به عنوان مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های منفی مانند خلق منفی، شناخت‌های منفی و رفتارهای اجتنابی مفهوم‌سازی شده است (سین، دلاپورتا و لیوبومرסקی، ۲۰۱۱). بر این اساس، درمان‌های روانشناختی کارآمد برای افسردگی مثل شناخت درمانی، فعال‌سازی رفتاری و درمان‌های بین-فردی نیز روی کاهش یا بهبود این جنبه‌های منفی مثل تغییر باورهای ناکارآمد، شناسایی رفتارهای اجتنابی و رفع مشکلات بین فردی متمرکز شده‌اند (بارلو، ۲۰۱۴؛ بیچ، جونز و فرانکلین، ۲۰۰۹؛ هالن و دیمیدجیان، ۲۰۰۹). اما این نوع درمان‌ها برای افسردگی در بهترین حالت افراد را در وضعیتی نگه می‌دارند که فقط از علائم افسردگی رنج نمی‌برند، اما هنوز احساس شادکامی و بهزیستی در آن‌ها وجود ندارد. زیرا عواطف منفی و عواطف مثبت دو ساختار کاملاً متفاوت دارند و عدم حضور عواطف منفی به معنی وجود عواطف مثبت نیست (واتسون و تلگن، ۱۹۸۵). بنابراین، درمان‌های دیگری برای افراد افسرده لازم بود تا علاوه بر بهبود علائم و نشانه‌های افسردگی به افزایش شادکامی و بهزیستی آنان کمک کند.

در سال ۱۹۹۸ رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا^۱ توسط مارتین سلیگمن^۲ پیشنهاد شد (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۳). این رویکرد حوزه تمرکز روانشناسی بالینی را فراتر از علائم ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (رشید و سلیمان، ۲۰۱۳). سلیگمن (۲۰۰۲) شادکامی^۳ را موضوع اصلی

رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا دانست و آن را به سه مؤلفه که از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد: هیجان مثبت^۴ (زندگی لذت‌بخش^۵)، مجذوب شدن^۶ (زندگی جذاب^۷) و معنی^۸ (زندگی با معنی^۹). بر اساس این رویکرد، راهبردهایی که به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و با معنا را بسازند، "مداخله‌های مثبت‌گرا"^{۱۰} گفته می‌شود (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۳). هر یک از این مداخله‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که یک یا تعداد بیشتری از جنبه‌های شادکامی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (سلیگمن، ۲۰۱۲).

برخی از مداخله‌های مثبت‌گرا که اثربخشی آن‌ها در مطالعه‌های کنترل شده تصادفی آزمایش شده است، عبارتند از: نوشتن نامه قدردانی^{۱۱} (بوم، لیوبومرסקی و شلدون، ۲۰۱۱)؛ لیوبومرסקی، دیکرهوف، بوم و شلدون، ۲۰۱۱)، شمردن نعمت‌ها^{۱۲} (ایمونز و مک‌کالوف، ۲۰۰۳)؛ لیوبومرסקی، شلدون و شکید، ۲۰۰۵)، پرورش خوش‌بینی^{۱۳} (بوم و همکاران، ۲۰۱۱)؛ لیوبومرסקی و همکاران، ۲۰۱۱)، مهربانی کردن^{۱۴} (لیوبومرסקی و همکاران، ۲۰۰۵)؛ شلدون، بوم و لیوبومرסקی، ۲۰۱۲)، تمرکز روی احساسات مثبت نسبت به دیگران^{۱۵} (لیوبومرסקی، ۲۰۰۸)، استفاده از توانمندی‌ها و نقاط قوت^{۱۶} (سلیگمن، استین، پارک و پترسون، ۲۰۰۵)، تصور کردن خود آرمانی^{۱۷} (بوم و

4 positive emotion

5 the pleasant life

6 engagement

7 the engaged life

8 meaning

9 the meaningful life

10 positive intervention

11 gratitude

12 counting your blessing

13 optimism

14 act of kindness

15 meditating on positive feeling toward others

16 one's signature strength

17 imagine the ideal self

1 positive psychology

2 Seligman

3 happiness

همکاران، ۲۰۱۱، لایوس، نلسون و لیوبومرسکی، ۲۰۱۲) و مراقبه کردن^۱ (فردریکسون، کوهن، کافی، پک و فینکل، ۲۰۰۸).

لیوبومرسکی و لایوس (۲۰۱۳) معتقدند که مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضاء نیازهای اساسی افراد مثل خود مختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روانشناختی^۲ در افراد می‌شوند.

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش علائم افسردگی و افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی پرداخته‌اند (به عنوان مثال، سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ سین و لیوبومرسکی، ۲۰۰۹؛ لایوس، چنسلر، لیوبومرسکی، وانگ و دورایسوامی، ۲۰۱۱؛ لایوس، نلسون، ابرلی، شانرت - ریچر و لیوبومرسکی، ۲۰۱۲؛ سنف و لیو، ۲۰۱۳؛ بولیر، هاورمن، وسترهوف، ریپر، اسمیت و بولمیجر، ۲۰۱۳؛ سرچنت و مانگرین، ۲۰۱۴؛ لایوس، لی، چوی و لیوبومرسکی، ۲۰۱۴؛ کروس، چنسلر، روبرتونو لیوبومرسکی، ۲۰۱۴؛ اصغری‌پور، ۱۳۹۰؛ براتی‌سده، ۱۳۸۸). بنابراین روان‌درمانی مثبت‌گرا نه تنها علائم و نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد بلکه می‌تواند باعث افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی شود.

با این حال، بعضی از مطالعه‌ها بیانگر تأثیر متغیرهای فرهنگی در اثربخشی مداخله‌های مثبت‌گرا بوده است (لیوبومرسکی و همکاران، ۲۰۱۱؛ سین و لیوبومرسکی، ۲۰۰۹؛ بوم و همکاران، ۲۰۱۱؛ لایوس و همکاران، ۲۰۱۴). به عنوان مثال، بوم و همکاران (۲۰۱۱) نشان می‌دهند که فرهنگ‌های فردگرا بیشتر از مداخله‌های

مبتنی بر فرد مثل شناسایی توانمندی‌های فردی و تقویت خوش‌بینی و فرهنگ‌های جمع‌گرا بیشتر از مداخله‌های مبتنی بر جمع مثل قدردانی کردن، گسترش روابط اجتماعی و مهربانی کردن سود می‌برند. همچنین، لایوس و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهند درحالی‌که بعضی از مداخله‌های مثبت‌گرا مثل مهربانی کردن می‌تواند در همه فرهنگ‌ها اثربخش باشد ولی بعضی دیگر از مداخله‌ها مثل نوشتن نامه قدردانی بدلیل ساختارهای زیر بنایی فکری، هیجانی و رفتاری متفاوت بین کشورهای غربی و شرقی اثربخشی‌های متفاوتی را در آمریکا و کره جنوبی نشان می‌دهند. بنابراین استفاده از این مداخلات در یک فرهنگ متفاوت از فرهنگ غرب که خاستگاه اصلی این مداخلات است، چالشی مهم به نظر می‌رسد. اثربخشی بعضی از این مداخله‌ها در چند پژوهش محدود در ایران نیز تأیید شده است (لشنی، شعیری، اصغری‌مقدم، گلزاری، ۱۳۹۱؛ اصغری-پور، ۱۳۹۰؛ براتی‌سده، ۱۳۸۸). با این حال، در پژوهش لشنی و همکاران (۱۳۹۱) فقط اثربخشی راهبرد قدردانی مورد بررسی قرار گرفته و در پژوهش اصغری‌پور (۱۳۹۰) ترکیب دیگری از مداخله‌های مثبت‌گرا به کار گرفته شده است. در پژوهش براتی‌سده (۱۳۸۸) نیز شکل گروهی این روش درمان به کار گرفته شده اما به دلیل نداشتن گروه کنترل تعمیم داده‌ها را با مشکل مواجه کرده است و چون نتایج درمان در این پژوهش به صورت گروهی تحلیل شده است، نمی‌تواند تأثیر هر یک از این فنون را در افزایش هیجان مثبت، توانمندی‌های شخصی و احساس معنا نشان دهد. بنابراین لازم و ضروری به نظر می‌رسد که این فنون در فرایند کار بالینی در این فرهنگ مورد استفاده قرار گیرد تا فواید و محدودیت‌های استفاده از آن‌ها مشخص شود. بدیهی است پژوهش‌هایی از این

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: در این مطالعه از طرح خط پایه چندگانه بین آزمودنی‌ها^۱ با دوره پیگیری استفاده شد (سیپانی، ۲۰۰۹). در این طرح‌ها از آن جایی که تغییرات حاصل از مداخله درمانی بین افراد روی می‌دهد و مداخله برای هر فرد در زمان‌های متفاوت ارایه می‌شود، می‌توان تبیین‌های جایگزین ناشی از شانس، پختگی، ارزیابی‌های چندگانه، بازگشت به میانگین، رویدادهای تاریخی و غیره را برای تغییرات قابل مشاهده کنار گذاشت (گودوین، ۲۰۰۵).

سه آزمودنی از بین افراد مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی در تهران با شیوه نمونه‌گیری هدفمند^۲ (کازبی، ۲۰۰۹) انتخاب شده و نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: ۱. داشتن علائم و نشانه‌های افسردگی (نمره BDI آزمودنی بین ۱۴ تا ۳۵ باشد)؛ ۲. سن بالای ۲۵ سال؛ ۳. موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی. ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت بودند از: ۱. دارا بودن علائم و اختلالات سایکوتیک و اختلال شخصیت شدید؛ ۲. دارا بودن سوء مصرف مواد دائمی؛ ۳. داشتن طرح و برنامه جدی برای خودکشی؛ ۴. دارا بودن علائم افسردگی شدید (نمره BDI آزمودنی بالاتر از ۳۶ باشد)؛ ۵. دریافت درمان شناختی- رفتاری تا سه ماه قبل از ورود به پژوهش؛ ۶. دریافت درمان دارویی نظام‌مند تا سه ماه قبل از ورود به پژوهش. این معیارها توسط

قبیل علاوه بر این که می‌تواند دانش ما را درباره ماهیت افسردگی، سبب‌شناسی و بهترین رویکرد درمانی آن افزایش دهد، می‌تواند دانش پژوهشگران را درباره نقش فرهنگ در اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت-گرا افزایش دهد. همچنین تعیین اثربخشی پروتکل‌های مختلف روان درمانی افسردگی، این فرصت را در اختیار روانشناسان، مشاوران و سایر افرادی که به درمان افسردگی می‌پردازند، قرار می‌دهد تا انتخاب‌های بیشتری برای درمان انواع مختلف بیماران افسرده خود داشته باشند.

بر این اساس پژوهش حاضر تدوین شد تا اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا را علاوه بر کاهش علائم افسردگی در افزایش شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی مورد بررسی قرار دهد. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

- ۱- روان درمانی مثبت‌گرا در کاهش افسردگی افراد دارای نشانه‌های افسردگی مؤثر است.
- ۲- روان درمانی مثبت‌گرا در افزایش شادکامی افراد دارای نشانه‌های افسردگی مؤثر است.
- ۳- روان درمانی مثبت‌گرا در افزایش بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی مؤثر است.
- ۴- روان درمانی مثبت‌گرا در افزایش رضایت از زندگی افراد دارای نشانه‌های افسردگی مؤثر است.
- ۵- روان درمانی مثبت‌گرا در افزایش جهت‌گیری‌های شادکامی (هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا) در افراد دارای نشانه‌های افسردگی مؤثر است.

1 multiple baseline design

2 purposeful sampling

۳ دلیل انتخاب این ملاک این است که اثربخشی مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا در این محدوده سنی بیشتر است.

یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی با ابزارهای مستقل نیز مورد تأیید قرار گرفت.

آزمودنی اول: آزمودنی اول یک زن ۲۷ ساله، متأهل و دارای یک فرزند بود که با احساس غمگینی، عدم لذت از زندگی و احساس بی‌هدفی و بی‌معنایی در زندگی به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. آزمودنی اذعان داشت که علایم او از سه سال پیش بعد از اتمام دوره تحصیلی کارشناسی و نقل مکان از شهرستان به تهران و به دنبال استخدام شوهرش در تهران شروع شده است ولی در یک سال گذشته شدت بیشتری پیدا کرده بود. آزمودنی در این مدت تمایلی به مصرف دارو نداشته است و گرچه سعی کرده است که به کارها و وظایف خود در زندگی رسیدگی کند، ولی احساس شادی و لذت از زندگی نداشته است. در این مدت یکبار هم به روانشناس مراجعه کرده است که دو جلسه بیشتر طول نکشیده و کمک خاصی به او نشده است.

آزمودنی دوم: آزمودنی دوم مردی ۳۱ ساله، مجرد، دارای مدرک کارشناسی ارشد و مدیر یک شرکت خصوصی بود که با احساس غمگینی، خستگی و افکار منفی در مورد توانایی‌های خودش به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. آزمودنی اذعان داشت با اینکه از امکانات رفاهی خوبی برخوردار است ولی هیجان مثبت زیادی را در زندگی تجربه نمی‌کند. به توانمندی‌هایش باور ندارد و مدام خودش را به خاطر بعضی از اشتباهاتش سرزنش می‌کند. آزمودنی تا آن زمان درمان دارویی و روان‌درمانی خاصی را در این زمینه انجام نداده بود.

آزمودنی سوم: آزمودنی سوم زنی ۴۷ ساله، متأهل، بازنشسته آموزش و پرورش و دارای سه فرزند که با علایم احساس غمگینی، بی‌حوصلگی، خستگی و عدم توانایی برای برنامه‌ریزی مسئولیت‌های زندگی به مرکز

مشاوره مراجعه کرده بود. آزمودنی اذعان داشت که دوران کودکی سختی را پشت سر گذاشته است. مادرش سابقه افسردگی داشته و مدتی نیز در بیمارستان بستری بوده است. آزمودنی ملاک‌های لازم برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی را نداشت، با این حال از زندگی لذت نمی‌برد. هنگام رویارویی با مشکلات زندگی فقط خودش را سرزنش می‌کرد و فکر می‌کرد رفتارهای اوست که این مشکلات را به وجود آورده است. آزمودنی برای مقابله با رویدادهای ناخوشایند زندگی احساس ضعف می‌کرد و تنها شیوه مقابله او با این رویدادها اعتقاد به باورهای مذهبی و احساس معنایی بود که در زندگی داشت.

ابزار سنجش: پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^۱: این پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای (بک و همکاران، ۱۹۹۶) که شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است، وجود و شدت علایم افسردگی را در بیماران روانپزشکی و جمعیت نرمال اندازه‌گیری می‌کند. به هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره کلی افسردگی از جمع نمره کل ماده‌ها حاصل می‌شود و از صفر تا ۶۳ متغیر است. اعتبار^۲ این پرسش‌نامه با استفاده از روش باز آزمایی یک هفته‌ای ۰/۹۱ و از طریق محاسبه همسانی درونی نیز ۰/۹۱ به دست آمد (بک و همکاران، ۱۹۹۶). اعتبار این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران از طریق باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴) به دست آمد. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه-بندی هامیلتون، ۰/۷۱ و با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ به دست آمد که بیانگر روایی^۳ این پرسشنامه است (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). در این

1 BDI-II
2 reliability
3 validity

پژوهش این پرسشنامه برای تعیین وجود و شدت علایم و نشانه‌های افسردگی به کار گرفته شد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط آرگایل و لو^۲ تهیه و در سال ۱۹۹۵ توسط آرگایل، مارتین^۳ و لو مورد تجدید نظر و گسترش قرار گرفت. این پرسشنامه دارای ۲۹ ماده است و هر یک از سؤال‌های این آزمون دارای ۴ گزینه است که از صفر تا ۳ نمره به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین حداکثر نمره کل آزمون ۸۷ است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. به عنوان مثال، آرگایل و همکاران (۱۹۹۵) اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی ۰/۹۰ به دست آوردند. هم چنین علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) نیز اعتبار آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۳۲ نفر نمونه ایرانی ۰/۹۳ به دست آوردند. نوربالا (۱۳۷۸) روایی این پرسشنامه را با روش روایی صوری مورد تأیید قرار داده است.

مقیاس رضایت از زندگی^۴: این مقیاس توسط دینر و همکاران (۱۹۸۵) ساخته شد. مقیاس رضایت از زندگی جنبه شناختی شادکامی را می‌سنجد. در حقیقت این مقیاس نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها تا چه حد از زندگی خود راضی‌اند و تا چه اندازه زندگی خود را به زندگی آرمانی که برای خویش در نظر گرفته‌اند نزدیک می‌دانند. این مقیاس دارای پنج گویه است و افراد بر روی یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای میزان رضایت خود را از زندگی درجه‌بندی می‌کنند. نمره‌های گویه‌ها سپس با هم جمع می‌شوند و سطح کل رضایت از زندگی فرد تعیین می‌شود. بنابراین نمرات

این مقیاس بین ۵ تا ۳۵ متغیر است. دینر و همکاران (۱۹۸۵)، اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب باز آزمایی در یک فاصله دو ماهه ۰/۸۲ و با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به دست آوردند. این پژوهشگران همچنین در یک تحلیل عاملی پی‌بردند که کلیه گویه‌های مقیاس بر روی یک عامل قرار دارند که این تک عامل ۰/۶۶ واریانس مربوطه را تبیین می‌کند. در پژوهشی که توسط بیانی، کوچکی و گودرزی (۱۳۸۶) بر روی یک جمعیت ۱۰۹ نفری از دانشجویان انجام گرفت، اعتبار مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد. روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی از طریق روایی همگرا با استفاده از پرسشنامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه افسردگی بک برآورد شد. این مقیاس همبستگی مثبت با پرسشنامه شادکامی آکسفورد و همبستگی منفی با پرسشنامه افسردگی بک نشان داد. این مقیاس برای سنجش میزان رضایت از زندگی به کار گرفته شد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف^۵ (۱۸سؤالی): این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۹۵) برای سنجش شش جنبه از بهزیستی روانشناختی طراحی شد. در این پرسشنامه برای هر جنبه ۳ سؤال در نظر گرفته شد. پاسخ به هر یک از ۱۸ سؤال این پرسشنامه بر روی یک طیف ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه‌بندی می‌شود. همبستگی این پرسشنامه با فرم اصلی آن از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف، ۱۹۹۵). سفیدی و فرزاد (۱۳۹۱) در یک نمونه ۳۳۰ نفری از دانشجویان به بررسی روایی و اعتبار این پرسشنامه پرداختند. در این پژوهش برای محاسبه اعتبار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی کل مقیاس برابر با ۰/۷۳ و برای عامل پذیرش خود ۰/۶۷، تسلط محیطی ۰/۷۲، رابطه مثبت با دیگران ۰/۶۵، داشتن

1 The Oxford Happiness Questionnaire

2 Argyle & Lu

3 Martin

4 Satisfaction With Life Scale (SWLS)

5 Ryff's Psychological Well-being Inventory

به دلیل علایم و نشانه‌های افسردگی به مرکز مراجعه کرده بودند، ۷ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش ارجاع داده شدند. هر ۷ آزمودنی به صورت جداگانه توسط یکی از پژوهشگران و یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی که در این زمینه آموزش لازم را دیده بود مورد مصاحبه قرار گرفتند و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش در آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ۳ نفر از آزمودنی‌ها به دلیل دارا بودن ملاک‌های خروج و یک نفر به دلیل ساکن بودن در خارج از تهران که امکان حضور در جلسات هفتگی را نداشت، از برنامه پژوهش حذف شدند. ۳ شرکت‌کننده دیگر فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل کردند و برای شرکت در این پژوهش اعلام آمادگی کردند. هر ۳ شرکت‌کننده به طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند. تفاوت بین شرکت‌کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود. شرکت‌کنندگان بین ۳ تا ۷ هفته مرحله خط پایه را گذراندند. اولین سنجش مرحله خط پایه در پایان جلسه مصاحبه انجام گرفت. بقیه سنجش‌های مرحله خط پایه به صورت هفتگی از شرکت‌کنندگان دریافت شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی وارد مراحل مداخله شدند. شرکت‌کنندگان مقیاس افسردگی بک و شادکامی آکسفورد را یک هفته در میان، مقیاس جهت‌گیری‌های شادکامی را به صورت هفتگی و مقیاس رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی را فقط در مرحله خط پایه و انتهای جلسه پایانی و مرحله پیگیری ۲ ماهه تکمیل کردند. تمام ارزیابی‌های مرحله خط پایه، فرایند مداخله، جلسات پایانی و پیگیری توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی که در زمینه انجام ارزیابی‌ها آموزش لازم را دیده بود، انجام شد. ارزیابی‌های طی فرآیند مداخله قبل از شروع جلسه، ارزیابی جلسه پایانی مداخله در انتهای جلسه و

هدف در زندگی ۰/۷۵، رشد فردی ۰/۷۷ و عامل استقلال ۰/۶۰ به دست آمد. همچنین همبستگی این پرسشنامه با فرم ۸۴ سؤالی نیز بیانگر روایی مطلوب این پرسشنامه بود. این پرسشنامه برای سنجش ابعاد شش‌گانه بهزیستی روانشناختی به کار گرفته شد.

آزمون جهت‌گیری‌های شادکامی^۱: این پرسشنامه توسط پترسون و همکاران (۲۰۰۵) براساس نظریه شادکامی اصیل سلیگمن (۲۰۰۲) ساخته شد. این آزمون ابتدا ۱۸ گویه داشت که سه نوع زندگی مربوط به نظریه سلیگمن (زندگی لذت‌بخش، زندگی پر جاذبه و زندگی بامعنا) را می‌سنجید، اما مدتی بعد پترسون (۲۰۰۶) تعداد گویه‌ها را به ۱۶ گویه کاهش داد و یک بعد چهارم یعنی کسب پیروزی را نیز به سه نوع زندگی مورد نظر افزود. در این آزمون به جواب‌های "کاملاً درست" نمره ۵، "درست" نمره ۴، "تا حدی درست" نمره ۳، "غلط" نمره ۲ و "کاملاً غلط" نمره ۱ داده می‌شود. تحلیل عاملی صورت گرفته بر روی آزمون فوق نشان‌دهنده سه عامل است که معادل همان سه نوع زندگی سلیگمن است. همسانی درونی این آزمون در آمریکا برای سه خرده مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ بوده است (پترسون و همکاران، ۲۰۰۵). برای سده (۱۳۸۸) اعتبار کل مقیاس را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۶۷ به دست آورد. همچنین برای بررسی روایی آزمون، ضریب همبستگی بین این آزمون با آزمون رضایت از زندگی (دینر و همکاران، ۱۹۸۵) محاسبه شد که ۰/۵۱ به دست آمد. این پرسشنامه برای سنجش ابعاد مختلف نظریه سلیگمن یعنی لذت، جذابیت و معنا به کار گرفته شد.

روش اجرا و تحلیل: ابتدا از بین افراد مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی در تهران که

در روز به او آموزش داده شد. از آزمودنی خواسته شد که هر شب سه رویداد خوب که در آن روز برایش اتفاق افتاده و دلیل اتفاق افتادن آن رویداد را یادداشت کند. در جلسه سوم به بحث معنا در زندگی و نقش آن در کاهش افسردگی پرداخته شد و فن میراث شخصی به آزمودنی آموزش داده شد. در جلسه چهارم فن قدردانی آموزش داده شد و از آزمودنی خواسته شد که یک نامه قدردانی به یکی از افرادی که در زندگی احساس می‌کند که به او مدیون است، بنویسد. در جلسه پنجم به نقش رابطه در کاهش افسردگی پرداخته شد و پاسخ‌دهی فعال سازنده به آزمودنی آموزش داده شد. در جلسه ششم آزمودنی با روش‌های مختلف لذت بردن در زندگی مثل تأمل کردن در کارهای روزانه، ذهن آگاهی، یادآوری خاطرات خوب، جشن گرفتن به مناسبت‌های مختلف آشنا شد و از او خواسته شد که در روزهای بعد از این فنون استفاده کند.

در طرح‌های تک آزمودنی روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از نمودار و تحلیل دیداری^۱ آن است (لین و گاست، ۲۰۱۴). در تحلیل دیداری، طراز^۲، روند^۳ و تغییرپذیری^۴ داده‌ها در مراحل مختلف و همچنین درصد داده‌های غیر همپوش^۵ (PND) و درصد داده‌های همپوش^۶ (POD) برای تعیین میزان اثربخشی درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد (لین و گاست، ۲۰۱۴). در این پژوهش علاوه بر تحلیل دیداری نمودار از معناداری بالینی نیز استفاده شد. همچنین برای محاسبه اندازه اثر^۷ از روش "میانگین کاهش از خط پایه"^۸ استفاده شد. در این روش میانگین مشاهدات

ارزیابی در مرحله خط پایه و پیگیری در جلسات جداگانه انجام شد. بعد از شروع مداخله، همزمان با جلسه سوم آزمودنی اول، آزمودنی دوم و همزمان با جلسه پنجم آزمودنی اول و جلسه سوم آزمودنی دوم، آزمودنی سوم وارد مرحله درمان شدند. هر سه آزمودنی همان پرسشنامه‌ها را به همان ترتیب تکمیل کردند. ترتیب پرسشنامه‌ها در جلسات مختلف متفاوت بود. در پایان جلسات و در جلسه پیگیری دو ماهه، تمام مقیاس‌ها دوباره اجرا شدند. مداخله توسط خود پژوهشگر انجام گرفت. درمان‌گر دوره‌های آموزشی در زمینه اصول اولیه درمان‌های روانشناختی را گذرانده و به شیوه درمان مثبت‌گرا برای افسردگی مسلط است. به منظور نظارت بر کار درمانگر و رعایت یکپارچگی درمان، درمانگر هفته‌ای یکبار و هر بار به مدت یک ساعت در جلسه‌ای که تحت نظر ناظر طرح و برای بررسی میزان پیروی درمانگر از پروتکل درمانی تشکیل می‌شد، شرکت کرد. از برگه‌های انجام تکالیف خانگی بیماران به عنوان گواهی دال بر میزان پیروی بیماران از پروتکل درمانی استفاده شده و برگه‌ها به ناظر جلسات درمان تحویل داده شد. همچنین شایستگی درمانگر با استفاده از یک مقیاس ۷ عبارتی تحت عنوان "ارزیابی درمان و درمانگر" توسط آزمودنی مورد بررسی قرار گرفت.

روان درمانی مثبت‌گرای معمول براساس دستورالعمل سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) در ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی اجرا شد. در جلسه اول توانمندی‌های آزمودنی با استفاده از آزمون توانمندی‌ها شناسایی شد و به آزمودنی آموزش داده شد که چگونه از این توانمندی‌ها به شیوه نو در زندگی استفاده کند. در جلسه دوم آزمودنی با هیجان‌های مثبت و نقش آن در کاهش افسردگی آشنا شد و فن یادآوری سه نعمت

1 visual analysis

2 level

3 trend

4 stability

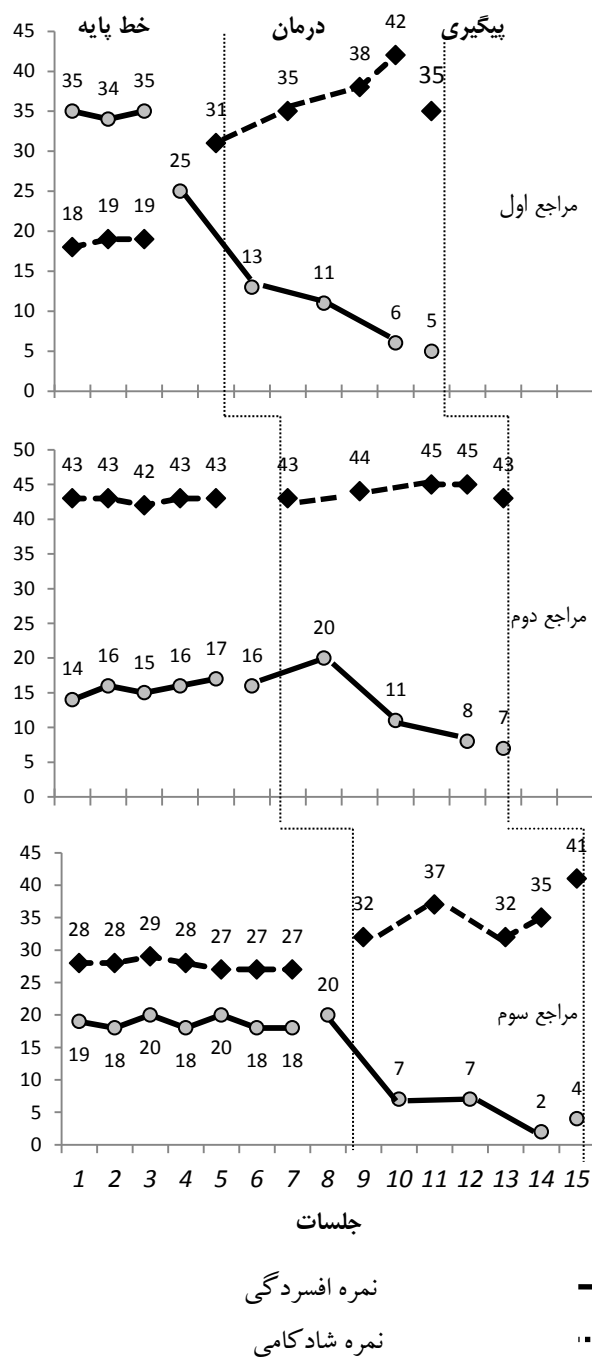
5 Percentage of Non-Overlapping Data

6 Percentage of Overlapping Data

7 effect size

8 Mean Baseline Reduction (MBLR)

یافته‌ها مرحله درمان یا پیگیری از میانگین مشاهدات خط پایه کم می‌شود؛ سپس تقسیم بر میانگین مشاهدات خط پایه شده و حاصل در ۱۰۰ ضرب می‌شود. نمره افسردگی و شادکامی هر کدام از آزمودنی‌ها در طی مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری ۲ ماهه در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل (۱) نمرات آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری ۲ ماهه در مقیاس افسردگی بک- ویرایش دوم و مقیاس شادکامی آکسفورد

از سوی دیگر، بر اساس یافته‌های شکل ۱ با شروع جلسات درمان و همزمان با روند کاهش علائم افسردگی، طراز نمرات شادکامی در آزمودنی‌ها علی-رغم ثبات در مرحله خط پایه، روند افزایشی و رو به بهبود را نشان داد. درصد داده‌های غیر همپوش (PND) آزمودنی‌ها در مقیاس شادکامی آکسفورد به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۷۵ درصد و ۱۰۰ درصد بود. همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) آزمودنی‌ها به ترتیب، صفر درصد، ۲۵ درصد و صفر درصد است. بنابراین مداخله برای آزمودنی اول و سوم اثربخشی بیشتری داشته است. همچنین، یافته‌های جدول ۱، افزایش ۱۳۳ درصدی را برای آزمودنی اول، افزایش ۴ درصدی را برای آزمودنی دوم و افزایش ۱۷ درصدی را برای آزمودنی سوم در طراز نمره‌های شادکامی در پایان جلسات درمان نشان داد. این یافته‌ها بیانگر تأیید فرضیه دوم پژوهش بود و نشان می‌دهد که روان درمانی مثبت‌گرا در افزایش شادکامی آزمودنی‌ها مؤثر بوده است.

همچنین شکل ۲ نشان می‌دهد که طراز نمره آزمودنی‌ها در مقیاس کلی بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی در پایان جلسات درمان و پیگیری دو ماهه نیز روند افزایشی داشته است. با این حال، روند افزایشی آزمودنی دوم نسبت به آزمودنی اول و سوم در مقیاس‌های رضایت از زندگی و بهزیستی روانشناختی کمتر است. همچنین هر سه آزمودنی در پایان جلسات مداخله و در پیگیری ۲ ماهه در مقیاس بهزیستی روانشناختی نمره‌ای بیشتر از ۷۶ و در مقیاس رضایت از زندگی نمره‌ای بیشتر از ۲۲ گرفته‌اند که بیانگر معناداری بالینی افزایش بهزیستی روانشناختی (سفیدی و فرزاد، ۱۳۹۱) و رضایت از زندگی (بیانی و همکاران،

همانطور که شکل ۱ نشان می‌دهد، طراز نمرات پرسشنامه افسردگی بک در همه آزمودنی‌ها طی مرحله خط پایه روند ثابتی را نشان داد و روند کاهش و رو به بهبود علائم فقط با شروع مداخله مشاهده شد. روند کاهش علائم مشاهده شده در طی مداخله در مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز حفظ شده است. همه آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نیز علائم افسردگی کمتری را نسبت به مرحله خط پایه نشان دادند. درصد داده‌های غیر همپوش (PND) برای آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۰۰ درصد، ۵۰ درصد و ۷۵ درصد بود. همچنین درصد داده‌های همپوش (POD) برای آزمودنی‌ها به ترتیب، صفر درصد، ۵۰ درصد و ۲۵ درصد بود. هر چه درصد داده‌های غیر همپوش بیشتر و درصد داده‌های همپوش کمتر باشد، اثربخشی مداخله برای آزمودنی بیشتر است. بنابراین مداخله برای آزمودنی اول و سوم اثربخشی بیشتری داشته است.

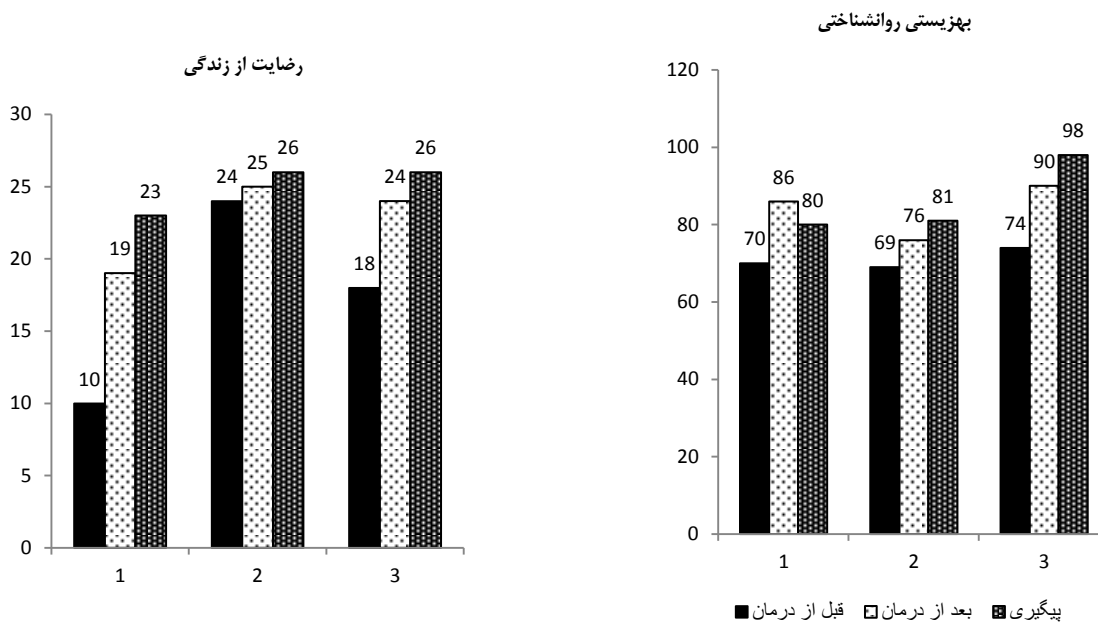
یافته‌های جدول ۱ نیز کاهش ۸۵ درصدی را برای آزمودنی اول، کاهش ۵۰ درصدی را برای آزمودنی دوم و کاهش ۷۸ درصدی را برای آزمودنی سوم در علائم و نشانه‌های افسردگی بر اساس مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم نشان داد. علاوه بر این، هر سه آزمودنی در پایان جلسات مداخله و در پیگیری ۲ ماهه در مقیاس افسردگی بک ویرایش دوم نمره‌ای کمتر از ۱۴ گرفته‌اند که بیانگر معناداری بالینی (سیگر، لامبرت و هانسن، ۲۰۰۲) کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی آنان در این مقیاس بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که فرضیه اول پژوهش تأیید شده است و روان درمانی مثبت‌گرا در کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی مؤثر است.

۱۳۸۶) آنان است. این یافته‌ها بیانگر تأیید فرضیه سوم و چهارم پژوهش است.

جدول (۱) درصد تغییر و نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های مختلف در مرحله خط پایه، جلسات درمان و

پیگیری ۲ ماهه

آزمودنی‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	اندازه اثر	پیگیری ۲ ماهه	اندازه اثر	بهبود کلی
مقیاس افسردگی بک - ویرایش دوم (۰-۶۳)						
۱	۳۵	۶	-/۸۲	۵	-/۸۵	-/۷۱
۲	۱۴	۸	-/۴۲	۷	-/۵۰	
۳	۱۹	۲	-/۸۹	۴	-/۷۸	
آزمون جهت‌گیری (لذت) (۰-۲۱)						
۱	۶	۸	+/.۳۴	۸	+/.۳۴	+/.۱۳
۲	۱۴	۱۱	-/۲۱	۹	-/۳۵	
۳	۷	۹	+/.۲۸	۱۰	+/.۴۲	
آزمون جهت‌گیری (توانمندی‌ها) (۰-۲۱)						
۱	۱۱	۲۰	+/.۸۱	۱۲	+/.۹۰	+/.۵۲
۲	۱۲	۱۲	۰	۱۳	+/.۸	
۳	۷	۱۱	+/.۵۷	۱۱	+/.۵۷	
آزمون جهت‌گیری (احساس معنا) (۰-۲۱)						
۱	۸	۱۱	+/.۳۷	۱۰	+/.۲۵	+/.۸
۲	۱۳	۱۳	۰	۱۳	۰	
۳	۱۱	۱۱	۰	۱۱	۰	
مقیاس شادکامی آکسفورد (۰-۸۷)						
۱	۱۸	۴۲	+/.۱۳۳	۳۵	+/.۹۴	+/.۴۶
۲	۴۳	۴۵	+/.۴	۴۳	۰	
۳	۲۸	۳۵	+/.۱۷	۴۱	+/.۴۶	
بهزیستی روانشناختی (۰-۱۰۸)						
۱	۷۰	۸۶	+/.۲۲	۸۰	+/.۱۴	+/.۲۱
۲	۶۹	۷۶	+/.۱۰	۸۱	+/.۱۷	
۳	۷۴	۹۰	+/.۲۱	۹۸	+/.۳۲	
رضایت از زندگی (۵-۳۵)						
۱	۱۰	۱۹	+/.۹۰	۲۳	+/.۱۳۰	+/.۶۱
۲	۲۴	۲۵	+/.۴	۲۶	+/.۸	
۳	۱۸	۲۴	+/.۳۳	۲۶	+/.۴۴	



شکل (۲) نمرات آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری ۲ ماهه در مقیاس بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی

(پیگیری) در شکل ۳ نشان داده شده است. آزمودنی اول و سوم در خرده مقیاس احساس لذت و تقویت توانمندی‌ها در پایان جلسات درمان افزایش نشان دادند و این افزایش را در مرحله پیگیری حفظ کردند، در حالی که آزمودنی دوم در طی جلسات مداخله و پیگیری میزان احساس لذت کمتری را گزارش کرد و در خرده مقیاس تقویت توانمندی‌ها نیز تغییری نداشت. در خرده مقیاس احساس معنا و همچنین مقیاس احساس معنا و هدفمندی آزمودنی اول تغییر قابل ملاحظه‌ای را نشان داد ولی هیچکدام از آزمودنی‌های دوم و سوم تغییری را در احساس معنا در پایان جلسات مداخله و پیگیری نسبت به جلسه خط پایه نشان ندادند.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی، آزمودنی‌ها بیشترین تغییر را در پذیرش خود و تسلط بر محیط نشان دادند. بنابراین به نظر می‌رسد که روان‌درمانی مثبت‌گرا علاوه بر کاهش علائم افسردگی به طور معناداری باعث افزایش هیجان‌های مثبت مثل شادکامی، بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی نیز می‌شود.

تحلیل متغیرهای فرآیند درمان (مکانیزم تأثیر

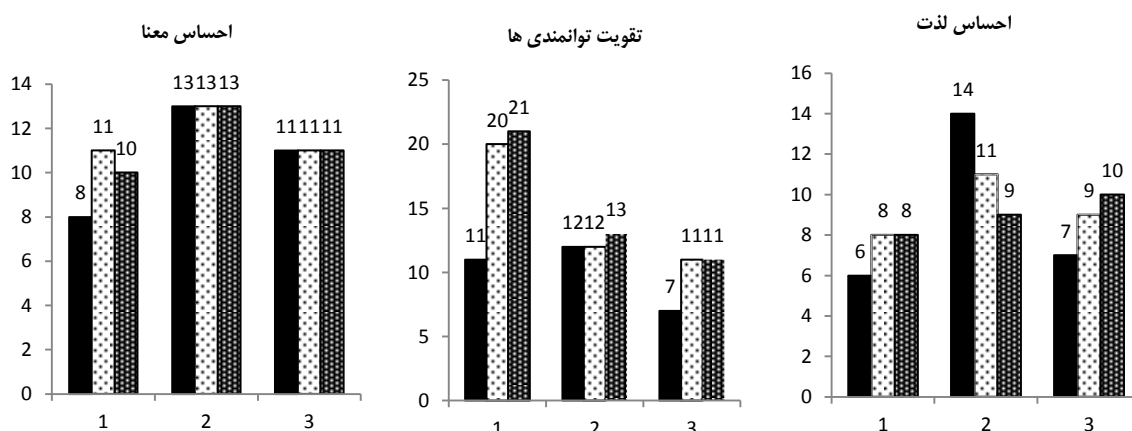
مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا)

نمره هر کدام از آزمودنی‌ها در خرده مقیاس احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا در هفته اول خط‌پایه (پیش‌آزمون)، در هفته آخر مداخله (پس‌آزمون) و ۲ ماه بعد از آخرین جلسه مداخله

جدول (۲) درصد تغییر و نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی در مرحله خط پایه،

جلسات درمان و پیگیری

آزمودنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	اندازه اثر	پیگیری ۲ ماهه	اندازه اثر	بهبود کلی
پذیرش خود						
۱	۶	۱۲	٪۱۰۰	۱۰	٪۶۶	٪۶۳
۲	۱۰	۱۶	٪۶۰	۱۴	٪۴۰	
۳	۷	۱۳	٪۸۵	۱۳	٪۸۵	
هدفمندی در زندگی						
۱	۱۳	۱۳	٪۰	۱۳	-٪۱۵	٪۲۸
۲	۹	۱۴	٪۵۵	۱۶	٪۲۷	
۳	۱۳	۱۴	٪۷	۱۷	٪۳۰	
تسلط بر محیط						
۱	۱۰	۱۲	٪۲۰	۱۴	٪۴۰	٪۵۳
۲	۱۴	۱۲	-٪۱۴	۱۳	٪۷	
۳	۸	۱۶	٪۱۰۰	۱۷	٪۱۱۲	
رابطه مثبت با دیگران						
۱	۱۳	۱۷	٪۳۰	۱۳	٪۰	٪۲۰
۲	۱۳	۱۶	٪۱۸	۱۷	٪۳۰	
۳	۱۳	۱۵	٪۱۵	۱۷	٪۳۰	
رشد فردی						
۱	۱۵	۱۸	٪۲۰	۱۸	٪۲۰	٪۷
۲	۱۶	۱۳	-٪۱۸	۱۶	٪۰	
۳	۱۸	۱۸	٪۰	۱۸	٪۰	
استقلال						
۱	۱۳	۱۴	٪۷	۱۳	٪۰	٪۱۱
۲	۷	۵	-٪۲۸	۵	-٪۲۸	
۳	۱۵	۱۵	٪۰	۱۶	٪۶۰	



شکل (۳) نمرات آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری ۲ ماهه در خرده مقیاس‌های آزمون جهت‌گیری‌های شادکامی (احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا)

بحث

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که روان درمانی مثبت گرا به عنوان یک درمان کوتاه مدت مؤثر نه تنها باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی می‌شود بلکه می‌تواند باعث افزایش هیجان‌های مثبت مثل شادکامی، بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی شود. همچنین یافته‌های این پژوهش از این باور که روان درمانی مثبت گرا می‌تواند به طور مؤثری از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و افزایش معنا باعث کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی و افزایش شادکامی، بهزیستی و رضایت از زندگی شود، حمایت می‌کند. این نتایج با یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌های سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶)، سین و لیوبومرסקی (۲۰۰۹)، سین و همکاران (۲۰۱۱)، لایوس و همکاران (۲۰۱۱)، و همکاران (۲۰۱۲)، سنف و لیو (۲۰۱۳)، بولیر و همکاران (۲۰۱۳)، اصغری پور (۱۳۹۰)، براتی سده (۱۳۸۸) همخوان است. بنابراین به نظر می‌رسد که روان درمانی مثبت گرا بدون تأکید بر علائم منفی افسردگی و فقط از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و استفاده از آن‌ها در زندگی روزمره و افزایش احساس معنا و هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی و افزایش بهزیستی فرد شود. مداخله‌های روانشناسی مثبت به افراد افسرده کمک می‌کند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوار کننده سوق دهند. به عنوان مثال، وقتی آزمودنی تمرین "سه اتفاق مثبت" را قبل از رفتن به رختخواب (سه اتفاق خوب و دلیل اتفاق افتادن آن‌ها را بنویسید) انجام می-

دهد، خطای افسرده‌ساز نشخوار فکری درباره آنچه که بد اتفاق افتاده است به چالش کشیده می‌شود. بنابراین احتمال زیادی وجود دارد که آزمودنی روزش را به جای یادآوری مشکلات و کارهای ناتمامش با یادآوری وقایع مثبت و کارهایی که انجام داده است شروع کند. قدردانی به همین ترتیب ممکن است حافظه را از جنبه‌های تلخ روابط گذشته آزمودنی به سمت حفظ جنبه‌های مثبت که دوستان و خانواده برای او انجام داده‌اند، متمرکز کند. افزایش آگاهی آزمودنی از ویژگی‌های شخصیتی خویش به احتمال زیاد آن‌ها را تشویق می‌کند تا در انجام وظایف خود در محل کار از توانایی‌های خود استفاده کنند و به این طریق در محل کار خود مؤثرتر باشند. احساس غرقگی^۱ در کار و انجام بهتر کار می‌تواند آزمودنی را به سمت جذابیت، معنا و هیجان مثبت سوق دهد. به همین ترتیب، آموزش آزمودنی‌ها برای پاسخ دادن به یک شیوه فعال و سازنده به اخبار نسبت به دوستان، همکاران و خانواده مهارت‌های اجتماعی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. مداخله‌های روان درمانی مثبت گرا مدام بر شناسایی توانایی‌ها به جای تأکید بر نقاط ضعف به عنوان یک راه برای افزایش جذابیت و معنای بیشتر در زندگی تأکید دارند.

بر این اساس، روان درمانی مثبت گرا به دلیل کوتاه مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن و همچنین تمرینات آن نسبت به سایر رویکردهای روان درمانی که ساده و قابل فهم‌تر (سین و لیوبومرסקی، ۲۰۰۹) است، می‌تواند جایگزین مناسبی برای سایر درمان‌ها در افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی در کشور ما باشد.

با این حال، یافته‌های پژوهش جاضر نشان می‌دهد که آزمودنی دوم نسبت به آزمودنی اول و سوم در پایان جلسات درمان و پیگیری افزایشی را در مقیاس مربوط به هیجان مثبت نشان نداد و حتی در خرده مقیاس احساس لذت، نمره آزمودنی نه تنها افزایش نداشته است، بلکه کاهش نیز داشته است. چند توضیح برای این یافته مطرح می‌شود: اول اینکه آزمودنی دوم همزمان با شروع روند درمان مشکلاتی در محل کار خود پیدا کرد که خود می‌تواند یک دلیل برای کاهش هیجان‌های مثبت در وی باشد به طوری که در عین کاهش معنادار علائم افسردگی او در این مدت، درمان نتوانست باعث افزایش هیجان‌های مثبت و احساس لذت نیز در وی بشود. دوم این که، آزمودنی در مرحله خط پایه علائم خفیفی از افسردگی داشت که همین مسأله می‌تواند در این امر دخالت داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد افرادی که افسردگی متوسط و شدیدی دارند بیش از افراد دارای افسردگی خفیف از تمرینات روان‌درمانی مثبت‌گرا سود می‌برند (سین و لیوبومرسکی، ۲۰۰۹؛ لایوس و همکاران، ۲۰۱۱).

علاوه بر این، آزمودنی دوم و آزمودنی سوم تغییری در افزایش احساس معنا در مقیاس جهت‌گیری شادکامی در پایان مراحل درمان و جلسات پیگیری نشان نمی‌دهند. چند توضیح برای این یافته‌ها مطرح می‌شود: اول اینکه، آزمودنی دوم و سوم در مصاحبه اولیه شکایتی از احساس بی‌معنایی یا بی‌هدفی در زندگی نداشتند و در مرحله خط پایه نیز در مقیاس احساس معنا نمره بالایی به دست آورده‌اند، در حالی که آزمودنی اول که بیشترین تغییر را در احساس معنا نشان می‌دهد مهمترین شکایت او هنگام مراجعه به مرکز مشاوره عدم احساس معنا و هدفمندی در زندگی بود و در مرحله خط پایه نیز نمره کمی را در

مقیاس‌های احساس معنا به دست آورد. لذا به نظر می‌رسد که همچون متغیر افسردگی، این پروتکل در افرادی دارای احساس معنا کم، نیز می‌تواند تغییرات بیشتری را در بعد معنا ایجاد کند. دوم اینکه، در این پروتکل فقط یک تکنیک به طور خاص به تقویت احساس معنا و هدفمندی در زندگی می‌پردازد که شاید این محدودیت نیز در این زمینه مؤثر باشد. همچنین، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی بین کشور ما و کشورهای غربی که خاستگاه این مداخلات است، شاید فنون دیگری برای تقویت احساس معنا و هدفمندی متناسب با شرایط فرهنگی و مذهبی جامعه ما لازم باشد که به پروتکل اضافه شود و بر این اساس پروتکل ارتقاء یابد. چهارم اینکه، شاید خرده مقیاس احساس معنا ابزار مناسبی برای سنجش تغییرات احساس معنا در طی جلسات درمان نباشد (نلسون، فولر، چوی و لیوبومرسکی، ۲۰۱۴) و در نتیجه مقیاس‌های دیگری لازم است تا بتواند میزان تغییرات احساس معنا را در طی جلسات درمان مورد بررسی قرار دهد.

به طور کلی، با توجه به یافته‌های به دست آمده از این پژوهش به نظر می‌رسد که افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌های فردی و احساس معنا و ارضاء نیازهای اساسی مثل کفایت و پذیرش خود در آزمودنی اول باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش هیجان‌های مثبت مثل شادکامی و رضایت از زندگی و در نهایت بهزیستی روان‌شناختی شده است. این یافته با یافته‌های پژوهش لیوبومرسکی و لایوس (۲۰۱۳) نیز همخوان است. این در حالی که در آزمودنی دوم چون تغییر زیادی در احساس معنا روی نداده است، میزان کاهش افسردگی و افزایش شادکامی در عین معنادار بودن به اندازه آزمودنی اول نیست و در آزمودنی سوم به دلیل اینکه در متغیرهای واسطه‌ای مثل احساس لذت،

براتی سده، ف. (۱۳۸۸). *اثربخشی مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی؛ مدلی برای اقدام*. پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

بیانی، ع. ا.، کوچکی، ع. م. و گودرزی، ح. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۱۱، ۲۶۵-۲۵۹.

سفیدی، ف. و فرزاد، و. (۱۳۹۱). *رواسازی آزمون بهزیستی روانشناختی ریف در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱ (۶۲)، ۷۱-۶۶.

علی‌پور، ا. و نوربالا، ا. ع. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی، و پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۵ (۱ و ۲)، ۶۲-۵۶.

فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م. ک. و دابسون، ا. ک. (۱۳۸۴). *ساختارهای معنا‌گذاری طرح‌واره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۱ (۳)، ۲۳۲-۲۲۵.

لشنی، ز.، شعیری، م. ر.، اصغری مقدم، م. ع. و گلزاری، م. (۱۳۹۱). *تاثیر راهبردهای شاکرانه بر عاطفه مثبت، شادکامی و خوش بینی*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲، ۱۶۶-۱۵۷.

Argyle, M., Martin, M., & Lu, L. (1995). *Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors*. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and emotion*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step*

شناسایی توانمندی‌ها و افزایش معنا تغییری به وجود نیامده میزان کاهش افسردگی نیز کمتر از آزمودنی اول و دوم بوده است. به نظر می‌رسد کاهش میزان افسردگی در آزمودنی دوم به دلیل افزایش نمرات آزمودنی در خرده مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی است که بیانگر ارضاء نیازهای اساسی آزمودنی بوده است.

پژوهش حاضر اگرچه به دلیل کاربرد مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا به شکل درمان انفرادی در یک فرهنگ متفاوت از فرهنگ غرب در نوع خود بدیع است، با این حال، با محدودیت‌های چندی روبه‌روست. اول اینکه این پژوهش به شکل تک آزمودنی و با ۳ آزمودنی انجام گرفت که تعمیم‌پذیری دستاوردهای درمان را به سایر افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی محدود می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود که اثربخشی شکل انفرادی این روش درمان با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. دوم اینکه اگرچه طرح‌های چند خط پایه می‌توانند تأثیر بسیاری از عوامل تهدید کننده اعتبار درونی را کنترل کنند، اما نمی‌توانند سهم تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا را از عوامل غیر اختصاصی مؤثر بر دستاوردهای درمان کنترل کنند. از این رو مطالعات کنترل شده تصادفی در این زمینه لازم است تا بتوان نقش این عوامل را هم مورد بررسی قرار داد.

منابع

اصغری‌پور، ن. (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با روان‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش علائم افسردگی اساسی*. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی ایران.

- Kruse, E., Chancellor, J., Ruberton, P. M. & Lyubomirsky, S. (2014). An upward spiral between gratitude and humility. *Social Psychological and Personality Science*, 5 (7), 805-814.
- Lane, J. D., Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4), 445-463.
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depression disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8), 675-683.
- Layous, K., Lee, H., Choi, I., Lyubomirsky, S. (2014). Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(8), 1294-1303.
- Layous, K., Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies*, 14 (2), 635-654.
- Layous, K., Nelson, S. K., Oberle, E., Schonert-Reichl, K. A., & Lyubomirsky, S. (2012). *Kindness counts: Prompting prosocial behavior in preadolescents boosts peer acceptance and well-being*. PLOS ONE, 7(12): e51380.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: Two experimental longitudinal interventions to boost well-being. *Emotion*, 11(2), 391-402.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62.
- treatment manual*. New York: Guilford publications.
- Beach, S. R. H., Jones, D., & Franklin, K. J. (2009). *Marital, family, and inter personal therapies for depression in adults*. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 624-641). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, 25, 1263-1272.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Public Health*, 13, 119.
- Cipani, E. (2009). *Practical research methods for educators*. New York: Springer Publishing Company.
- Cozby, P. C. (2009). *Methods in behavioral research* (10th ed). John Wiley & Sons.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 377-387.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062.
- Goodwin, C. J. (2005). *Research in psychology: Methods and design* (4th ed). John Wiley & Sons.
- Hollon, S. D., Dimidjian, S. (2009). *Cognitive and behavioral treatment of depression*. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 468-477). New York: Guilford Press.

- intervention. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Senf, K., & Liao, A. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *Journal of Happiness Study*, 14, 591-612.
- Sergeant, S., & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13, 157-165.
- Sheldon, K. M., Boehm, J. K., & Lyubomirsky, S. (2012). *Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention (HAP) model*. In I. Boniwell & S. David (Eds.), *Oxford handbook of happiness* (pp. 901-914). Oxford, England: Oxford University Press.
- 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, 467-487.
- Sin, N. L., Dellaporta, M. D., & Lyubomirsky, S. (2011). *Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals*. In S. I. Donaldson, M. Csikszentmihalyi, & J. Nakamura (Eds.), *Applied Positive Psychology* (pp. 805-814). New York: Routledge.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive psychotherapy in current psychotherapies (10th ed)*. By R. J. Corsini & D. Wedding, Belmont, CA: Cengage.
- Nierenberg, A. A., Rapaport, M. H., Schettler, P. J., Howland, R. H. Smith, J. A. Edwards, D. Schneider, T. & Mischoulon, D. (2010). Deficits in psychological well-being and quality-of-life in minor depression: Implications for DSM-V. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 16, 208-216.
- Nelson, S. K. Fuller, J. A. K. Choi, I. & Lyubomirsky, S. (2014). Beyond self-protection: Self-affirmation benefits hedonic and eudaimonic well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1-14.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Axford University Press.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2005). Orientation to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25-41.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Segger, L. B., Lambert, m. J., & Hasen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: Application to the Beck depression inventory. *Behavior Therapy*, 33, 253-269.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press .
- Seligman, M., Rashid, T., & Park, A. C. (2006). *Positive psychotherapy*. *American Psychology*, 61, 774-788.
- Seligman, M., Steen, T. A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of