



Comparison of the effectiveness of positive cognitive behavioral therapy with cognitive behavioral therapy on subjective well-being and resiliency in adolescents with depressive symptoms

Ali Beygi¹, Mahmood Najafi^{*2}, Mohhamad Ali Mohammadifar³, Abbas Abdollahi⁴

1. Ph.D Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2. (Corresponding Author) Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

Email: m_najafi@semnan.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

4. Assistant professor, Department of counseling and guidance, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alzahra University, Tehran, Iran

Citation: Beygi A, Najafi M, Mohammadifa M A, Abdollahi A. Comparison of the effectiveness of positive cognitive behavioral therapy with cognitive behavioral therapy on subjective well-being and resiliency in adolescents with depressive symptoms. *Journal of Research in Psychological Health*. 2022; 15(4). 25-38 [Persian].

Key words:

Positive cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral therapy, student's subjective well-being, resiliency, depression signs.

- Subjective well-being of students was significantly higher in positive cognitive behavioral therapy than cognitive behavioral therapy and control group.
- Student's resiliency in positive cognitive behavioral therapy was significantly higher than cognitive behavioral therapy and control group.

Abstract

Positive cognitive behavioral therapy is an integrated approach in psychotherapy which combines cognitive behavioral therapy with solution-focused therapy and positive psychology. The aim of this study was to compare the effectiveness of positive cognitive behavioral therapy (PCBT) and traditional cognitive behavioral therapy (CBT) on mental well-being and resilience in adolescents with depressive symptoms. This study was an Quasi-experimental design with pretest and posttests with control group. For this purpose, first, depression scale was performed on male students. Among those students whose depression score was higher than the cutoff point, randomly, 17 were divided to the experimental group 1 (PCBT), 17 were divided to the experimental group 2 (CBT), and 17 were divided to the control group (without intervention). Then, scales of Subjective well-being of students and Connor and Davison resiliency were implemented as pretests. Then, interventions in experimental groups and no intervention in control group were performed, and finally, the above scales were performed as post-tests and follow up. Results showed that student's score in subjective well-being and resiliency with PCBT were significantly higher than CBT and control group. It seems that; PCBT can be more effective in enhancing positive performance components. It's necessary that; further research should highlight this issue

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر با رفتاردرمانی شناختی بر بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری در نوجوانان با علائم افسردگی

علی بیگی^۱، محمود نجفی^{۲*}، محمدعلی محمدی^۳، عباس عبداللهی^۴

۱. دکترای روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

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

۴. استادیار، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

یافته‌های اصلی

- بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان در رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل به طور معناداری بالاتر بود.
- تاب‌آوری دانش‌آموزان در رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل به طور معناداری بالاتر بود.

تاریخ دریافت

۱۴۰۰/۱۰/۲۴

چکیده

رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر رویکرد تلفیقی جدید در درمان‌های روان‌شناسی است که رفتاردرمانی شناختی را با درمان راه‌حل‌محور و روان‌شناسی مثبت‌نگر به بهترین وجه ترکیب کرده است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر و رفتاردرمانی شناختی سنتی بر بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری در نوجوانان با علائم افسردگی بود. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. به این منظور، از بین دانش‌آموزان پسری که نمره افسردگی‌شان بالاتر از نمره برش بود، و ملاک‌های ورود و خروج را دارا بودند، به تصادف ۱۷ نفر به گروه آزمایشی ۱ (رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر)، ۱۷ نفر به گروه آزمایشی ۲ (رفتاردرمانی شناختی)، و ۱۷ نفر به گروه کنترل (بدون مداخله)، اختصاص یافتند. مقیاس‌های بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان و تاب‌آوری کونور و دیویسون به عنوان پیش‌آزمون اجرا شدند، و پس از اجرای مداخلات، مقیاس‌های فوق به عنوان پس‌آزمون اجرا شدند. یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون، مقیاس‌های فوق به عنوان پیگیری اجرا شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که نمرات دانش‌آموزان در بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان و تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی و گروه کنترل به طور معناداری بالاتر بود. به نظر می‌رسد که؛ رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر برای تقویت مولفه‌های عملکرد مثبت می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد. لازم است پژوهش‌های بیشتر این موضوع را مشخص کنند.

تاریخ پذیرش

۱۴۰۱/۰۲/۲۸

واژگان کلیدی

رفتاردرمانی شناختی
مثبت‌نگر، رفتاردرمانی
شناختی، بهزیستی
ذهنی دانش‌آموزان،
تاب‌آوری، علائم
افسردگی

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای نویسنده اول می‌باشد.

مقدمه

افسردگی به عنوان یکی از اختلالات خلقی از جمله مشکلاتی است که نوجوانان در معرض خطر، با آن مواجه هستند. طبق مطالعات، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور (۱)، و دومین علت بزرگ ناتوانایی‌های عمومی در دنیا می‌باشد و پیامدهای اقتصادی بالایی را برای افراد و کشورهای جهان به همراه دارد (۲). تجربه افسردگی در دوره نوجوانی، احتمال عود آن را بعداً در زندگی افزایش می‌دهد (۳). افسردگی منجر به کاهش کیفیت زندگی، بهزیستی و تخریب عملکرد شغلی و اجتماعی افراد می‌شود (۴). در مطالعه‌ای که در ایران بر روی دانش‌آموزان مقطع راهنمایی و دبیرستان انجام گرفت، مشخص شد که افسردگی در دوره راهنمایی به طور معناداری بالاتر از دوره دبیرستان است (۵). این آمار قابل تأمل است، به این دلیل که در طول سال‌های نوجوانی که نواحی مغزی مرتبط با ابعاد اجتماعی، فیزیولوژیکی و بیولوژیکی در حال رشد است، اختلالات افسردگی می‌تواند آسیب جدی به آن وارد نماید (۶). علاوه بر مسائل ذکر شده، مزمن بودن، هم‌آیندی بالا، تاثیر منفی بر دیگر ابعاد زندگی و هزینه‌های اقتصادی قابل توجه اختلالات افسردگی (۷) اهمیت مقابله و پیشگیری از این اختلال را به‌ویژه در دوره نوجوانی به عنوان یک مداخله اولیه سلامتی ملزم و ضروری می‌سازد.

در طول سه دهه گذشته، مطالعات مقایسه‌ای و کنترل شده فراوانی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را درباره افسردگی مورد ارزیابی قرار داده‌اند (۸). از جمله اثربخش‌ترین درمان‌ها می‌توان به رفتاردرمانی شناختی اشاره کرد که به طور گسترده و بیش از دیگر درمان‌ها مورد تحقیق و مطالعه قرار گرفته، و شواهد تاییدکننده زیادی، اثربخشی آن را در درمان اختلال افسردگی به‌ویژه در نوجوانان مشخص کرده‌اند (۸، ۹، ۱۰ و ۱۱). هم‌چنین، مطالعات زیادی آشکار کرده‌اند که اثربخشی رفتاردرمانی شناختی برای درمان افسردگی‌های خفیف، متوسط و شدید، با داروهای ضدافسردگی قابل مقایسه است (۱۲ و ۱۳).

اما، با وجود اینکه شواهد پژوهشی فراوانی، رویکرد رفتاردرمانی شناختی را تایید، گسترش و تحول داده‌اند،

هنوز پیامدها و به‌ویژه پیامدهای طولانی مدت اثربخشی این رویکرد درمانی مبهم باقی مانده است و در بعضی پژوهش‌ها اثربخشی چندانی از این رویکرد روی نوجوانان مشاهده نشده است (۱۴). هم‌چنین، علی‌رغم حمایت‌های تجربی فراوانی که از درمان‌های افسردگی و به‌ویژه رفتاردرمانی شناختی شده است، بیش از ۵۰ درصد از بیماران بهبودی کامل کسب نمی‌کنند و بعد از روان‌درمانی علائم باقی‌مانده دارند (۱۵). بعضی مطالعاتی که روند درمان‌های روان‌شناختی را در بیماران افسرده پیگیری و بررسی کرده‌اند، مشخص کرده‌اند، که میزان عود و لغزش در افسردگی بالاست (۱۶). این نواقص، استفاده از یک رویکرد درمانی جایگزین که علاوه بر نقاط قوت رفتاردرمانی شناختی، بتواند محدودیت‌ها و نواقص آن را نیز برطرف سازد، ضروری می‌سازد.

دهه اخیر شاهد گسترش و رشد رویکردهای درمانی مشارکتی مثبت‌نگر و مبتنی بر شایستگی‌ها و نقاط قوت بوده است. هدف مدل‌های درمانی مبتنی بر نقاط قوت، افزایش بهزیستی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری طولانی مدت است (۱۷، ۱۸ و ۱۹). از جمله درمان‌های نوظهور که بر پایه روان‌شناسی مثبت‌نگر نهاده شده‌اند، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر است. در واقع، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، درمان شناختی رفتاری را با روان‌شناسی مثبت‌نگر و درمان راه‌حل محور تلفیق کرده، و از پژوهش‌ها و کاربردهای علمی این رویکردهای درمانی الهام گرفته است. رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر با تلفیق این دو رویکرد درمانی با رفتاردرمانی شناختی و استفاده از پژوهش‌ها و کاربردهای آنها در تلاش است که نه تنها به مشکلات روان‌شناختی پاسخ بدهد، بلکه باعث افزایش سلامت روان مثبت افراد نیز شود. رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر توانایی‌های سازگاری، قابلیت‌ها و منابع و نقاط قوت شخصی تاکید می‌کند که در کمک به ایجاد تغییر در مراجع اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۷، ۲۰ و ۲۱).

درمانگران رفتاری شناختی سنتی، کاهش و بهبود بخشیدن به ناراحتی‌های مراجع را مهم‌ترین نتیجه درمان می‌دانند، در حالی که، بررسی‌ها نشان می‌دهد که مهم‌ترین نتیجه درمان از دیدگاه مراجعان، کسب ویژگی‌های مثبت در سلامت روان از جمله خوش‌بینی و اعتماد به

نفس، بازگشت به میزان عملکرد سابق و برطرف شدن نشانه‌ها می‌باشد (۲۲).

دو راهبرد اساسی در شناخت درمانی وجود دارد که شامل ۱- راهبرد مشکل محور و ۲- راهبرد راه‌حل محور می‌باشد، رفتاردرمانی شناختی از راهبرد اول و رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر از راهبرد دوم استفاده می‌کند، و به ویژه، بر شناخت‌ها و باورهای مثبت و موثر متمرکز است (۱۷ و ۲۰). نقاط قوت، توانایی‌ها و منابع مراجع در کمک به ایجاد تغییرات اهمیت ویژه‌ای دارد. می‌توان رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر را روی دیگر سکه رفتاردرمانی شناختی سنتی در نظر گرفت. به این معنی که، رفتاردرمانی شناختی به مشکلات، نواقص و معایب توجه می‌کند، و در صدد رفع مشکل است، در عوض، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر به نقاط قوت، توانایی‌ها و استثنائات مثبتی که در مشکلات یافت می‌شود توجه می‌کند، و درصدد تقویت این مهارت‌ها است. به نظر می‌رسد که، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بعضی از تمرین‌های درمان شناختی رفتاری را البته با چشم‌انداز مثبت‌نگرانه انجام می‌دهد. بعضی مطالعات اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر را در کاهش افسردگی (۲۱)، عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت (۲۳) آشکار کرده‌اند.

با اینکه به نظر می‌رسد، مداخلات روان‌شناسی مثبت، به ویژه، در کاهش علائم افسردگی موثر باشد، پژوهش‌های خیلی کمی وجود دارد که برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناسی مثبت را با گروه کنترل یا گروه مقایسه‌ای در درمان افسردگی مورد ارزیابی قرار دهند (۲۱، ۲۳ و ۲۴).

به طور خلاصه، و با توجه به مرور ادبیاتی گسترده در ارتباط با اثربخشی رویکرد رفتاری شناختی در درمان افسردگی (۸، ۱۱ و ۱۳) و به ویژه، نتایج متناقض در بررسی پیامدی این رویکرد درمانی (۷، ۱۴ و ۱۵) هم‌چنین، با توجه به اثربخشی آشکار شده رویکردهای درمانی نوظهور مثبت‌نگر در درمان افسردگی به ویژه در دوره نوجوانی (۳، ۴، ۶، ۲۱ و ۲۳) و گاهی نتایج متناقض (۲۵) بررسی مقایسه‌ای این دو رویکرد درمانی متفاوت را ضروری می‌سازد.

به نظر می‌رسد که تنها حذف نشانه‌های افسردگی برای تضمین حالت شکوفایی بیمار پس از درمان کافی نیست،

لذا ضرورت دارد که علاوه بر حذف علائم منفی، علائم مثبت روان-شناختی در افراد تقویت شود. در واقع کاهش علائم اولین قدم است و هدف نهایی درمان مؤثر و نتیجه بخش ترویج مولفه‌های مثبت روان‌شناختی از جمله بهزیستی، کیفیت زندگی، تاب‌آوری و شکوفایی در افراد است (۲۶). به علاوه، با توجه به تفاوت‌های ساختاری در تمرکز بر درمان در این دو رویکرد درمانی (۱۷، ۱۸ و ۲۰) پژوهش حاضر در نظر دارد، تا اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر را با رفتاردرمانی شناختی در متغیرهای بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری در دانش-آموزان دوره متوسطه اول با افسردگی خفیف و متوسط مورد بررسی قرار دهد.

روش

طرح پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی نیمه تصادفی به همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل با پیگیری یک ماهه بود. تعداد نمونه بر اساس توان آزمون حداقل ۰/۸۰، حجم اثر ۰/۹۵ و آلفای کرونباخ ۰/۰۵ انتخاب شدند. حجم نمونه ۵۱ نفر بود که به طور تصادفی به سه گروه تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- دارا بودن ملاک‌های افسردگی خفیف و متوسط ۲- دامنه سنی بین ۱۳ تا ۱۶ سال ۳- والدین با یکدیگر زندگی کنند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- داشتن ملاک‌های افسردگی شدید یا هر گونه اختلالات روانی دیگر ۲- داشتن بیماری جسمانی مزمن و شدید ۳- مصرف هر گونه داروی روان‌گردان ۴- داشتن حالت‌های شناختی مانند کم‌توانی و ناتوانی ذهنی که مانع پیگیری مداخلات می‌شود ۵- والدین از هم جدا شده باشند، ۶- مشکلات خانوادگی داشته باشند، و ۷- تحت درمان یا آموزش روان‌شناختی دیگر باشند.

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شده است:

مقیاس افسردگی بک (۲۷) این مقیاس برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا کاربرد دارد. این مقیاس دارای ۲۱ عبارت مرتبط با علائم و ویژگی‌های شناختی، عاطفی و فیزیولوژیک افسردگی است که هر علامت با ۴ عبارت مشخص می‌شود. در اجرا از شرکت‌کننده خواسته می‌شود که هر ۴ عبارت ذکر شده برای هر یک از علائم افسردگی را به دقت مطالعه کرده، از

پیش‌آزمون ۰/۸۳، در پس‌آزمون ۰/۸۷ و در مرحله پیگیری ۰/۸۲ بود.

روش اجرای مطالعه: نحوه تصادفی کردن و نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا از بین مدارس متوسطه اول پسرانه شهرستان میامی تعداد ۵ مدرسه به تصادف انتخاب نموده، و پرسشنامه افسردگی بک روی ۴۱۲ نفر اجرا گردید، که از بین افراد مشروح، تعداد ۶۸ نفر بالاتر از نمره برش بر مبنای پرسشنامه افسردگی بک قرار گرفتند. سپس در بین افرادی که بالاتر از نمره برش قرار داشتند، مصاحبه روانپزشکی انجام گرفت. این مصاحبه بالینی که بر مبنای مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته برای اختلالات روانی طراحی شده است، توسط نویسنده اول به عنوان ارزیابی تکمیلی انجام گردید. در نهایت، بر اساس مصاحبه روانپزشکی و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از بین افراد مشروح، تعداد ۵۱ نفر تشخیص دریافت نمودند. سپس، افرادی که تشخیص دریافت کرده بودند، به تصادف، در سه گروه تقسیم شدند. سپس به تصادف، گروه اول به عنوان گروه آزمایشی ۱ (رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر)، و گروه دوم به عنوان گروه آزمایشی ۲ (رفتاردرمانی شناختی)، و گروه سوم به عنوان گروه کنترل، تحت کاربندی قرار گرفتند. اما به علت عدم تمایل به همکاری و عدم شرکت در جلسات، چند تن از اعضاء حذف شدند و در مجموع ۱۶ نفر به گروه آزمایشی ۱، ۱۶ نفر گروه آزمایشی ۲ و ۱۷ نفر به گروه کنترل اختصاص یافتند.

بعد از تقسیم‌بندی گروه‌ها، ابتدا پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری در شرکت‌کنندگان هر سه گروه مورد اجرا قرار گرفت. سپس در گروه آزمایشی ۱ بر اساس مداخله تنظیمی برگرفته از کتاب رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر (۱۸) به شرحی که در جدول شماره ۱ آمده است، مداخله صورت گرفت، و در گروه آزمایشی ۲ بر اساس مداخله تنظیمی با استفاده از کتاب رفتاردرمانی شناختی (۳۳) به شرحی که در جدول شماره ۲ آمده است، مداخله صورت گرفت. در جلسه آخر، مجدداً، در هر دو گروه پرسشنامه‌های فوق به عنوان پس-آزمون اجرا شد. هم‌چنین، جهت پیگیری نتایج کسب شده از مداخلات، پس از یکماه پرسشنامه‌های ذکر شده به عنوان مرحله پیگیری اجرا شدند. گرچه هر دو مداخله دارای

میان آنها عبارتی را که به بهترین وجه معرف وضعیت او ((در طول هفته گذشته، از جمله امروز))، است، انتخاب کند. به هنگام نمره‌گذاری به هر یک از علائم و ویژگی‌های افسردگی نمره‌ای بین صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره آزمودنی بین صفر تا ۶۳ تغییر می‌کند. نمره ۰-۹ بیانگر بدون علائم افسردگی، نمره ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف و متوسط، نمره ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط، و نمره ۳۰-۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۲۷). همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفا ۰/۸۷، و پایایی آن را به روش بازآزمایی بیش از ۰/۶۵ اعلام کرده‌اند (۲۷). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلفی در ایران نیز به اثبات رسیده است (۲۸). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷، ضریب پایایی تنصیف ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله سه هفته ۰/۴۹ به دست آمد. میزان آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۶ بود.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان (۲۹). این مقیاس دارای ۱۶ ماده می‌باشد که بهزیستی ذهنی مربوط به اهداف آموزشی و تحصیلی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه بر اساس یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز و ۴= تقریباً همیشه)، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. ضریب اعتبار کل توسط طراحان پرسشنامه ۰/۸۶ بود. ساختار عاملی این مقیاس در پژوهشی در ایران مورد بررسی قرار گرفته که به نتایج مشابهی دست یافتند و اعتبار کل آن را با استفاده از روش همسانی درونی و با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ مشخص کردند (۳۰). آلفای کرونباخ کل مقیاس مورد نظر در پژوهش حاضر در پیش‌آزمون ۰/۷۰ و در پس‌آزمون ۰/۶۸ و در مرحله پیگیری ۰/۷۰ بود.

مقیاس تاب‌آوری (۳۱) این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که در مقیاس لیکرت بین صفر (هرگز)، تا ۵ (همیشه)، نمره‌گذاری می‌شود و یک نمره کل دارد. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرد (کانر و همکاران، ۲۰۰۳). در پژوهشی بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی با روش آلفای کرونباخ، همسانی درونی ۰/۹۳ را گزارش شده است (۳۲). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر در

در جدول ۳ مشهود است که نمرات بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان در مرحله پیش‌آزمون در رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر ۲۳/۱۸ است، که در مرحله پس‌آزمون با ۹ نمره افزایش به ۳۲/۳۱ و در مرحله پیگیری با ۷ نمره افزایش به ۳۰/۲۵ تغییر یافته است. همچنین، نمرات بهزیستی ذهنی در مداخله رفتاردرمانی شناختی در مرحله پیش‌آزمون ۲۳/۵۶ است که در مرحله پس‌آزمون با ۴ نمره افزایش به ۲۷/۳۷ و در مرحله پیگیری با ۳ نمره افزایش به ۲۶/۱۸ تغییر یافته است. این نمرات در گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون ۲۴/۴۷، در مرحله پس‌آزمون ۲۶/۳۵ و در مرحله پیگیری ۲۵/۵۲ می‌باشد. در پایان، همانطور که در جدول ۳ آشکار است، نمرات دانش‌آموزان در مرحله پیش‌آزمون تاب‌آوری در مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر ۴۹/۳۷ است، که در مرحله پس‌آزمون با ۱۵ نمره افزایش به ۶۴/۰۶ و در مرحله پیگیری با ۱۲ نمره افزایش به ۶۱/۲۵ تغییر یافته است. این نمرات در مداخله رفتاردرمانی شناختی در مرحله پیش‌آزمون ۴۸/۹۳ است که در مرحله پس‌آزمون با ۸ نمره افزایش به ۵۶/۳۱ و در مرحله پیگیری با ۴ نمره افزایش به ۵۲/۲۵ تغییر یافته است. همچنین، نمرات تاب‌آوری در گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون ۵۱/۸۲، در مرحله پس‌آزمون ۵۳/۷۰ و در مرحله پیگیری ۵۰/۰۰ می‌باشد.

به طور کلی بررسی میانگین‌های سه گروه پژوهشی مشخص کرد که میانگین نمرات دانش‌آموزان در متغیر بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان و تاب‌آوری در مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر افزایش یافته، اما در مداخله رفتاردرمانی شناختی افزایش کمی داشته و در گروه گواه تغییر محسوسی ایجاد نشده است.

تحلیل داده‌های پژوهش و بررسی فرضیات با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری در دو مرحله پس-آزمون و پیگیری انجام شد. در آغاز پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد آزمون قرار گرفتند، و پس از اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها فرضیات پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

آزمون ام‌پاکس با مقدار $F=۱/۷۷$ و $۶۳/۳۲$ ، در سطح $۰/۰۱$ معنادار بود که برابری ماتریس کواریانس‌ها را برای متغیرهای پژوهش تایید نمی‌کند. از اینرو آزمون اثر پیلایی به منظور مقایسه ترکیب خطی مولفه‌ها در بین گروه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. شاخص اثر

محتوای جلسات متفاوتی بودند، اما هر دو مداخله شامل ۱۰ جلسه دو ساعته به شکل مداخله گروهی بود. جلسات مربوط به هر دو مداخله به خاطر کنترل متغیرهای مزاحم دارای ساختار مشابه بود. به این معنی که هر جلسه برای هر دو مداخله با مروری بر تکالیف جلسه قبلی و سپس مقدمه‌ای بر موضوع جلسه فعلی آغاز می‌شد. سپس، درمانگر اهداف جلسه و روش آموزش روانی را مطرح می‌کرد و مباحثه بین آزمودنی‌ها را با توجه به زمان تشویق می‌کرد. سپس، آزمودنی‌ها برای نحوه انجام تمرین‌های جلسات راهنمایی می‌شدند و مهارت‌های جدید یادگرفته شده را در گروه تمرین می‌کردند. در پایان جلسات، درمانگر خلاصه‌ای از مطالب کلیدی مطرح شده در آن جلسه را عرضه کرده و سپس، تکالیف خانگی را ارائه می‌کرد. مداخلات گروهی با جزوات و برگه‌های آموزشی تکمیل می‌شد. بنابراین، هر دو مداخله تعداد جلسات مساوی، ساختار مشابه و معیارهای ورود مشابه داشتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر پس از جمع‌آوری و تنظیم اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها، با استفاده از نرم‌افزار آماری اسپاس نسخه ۲۲ انجام گرفت، و جهت توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و جهت تحلیل داده‌ها از تکنیک آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی: تمامی موارد جهت رعایت موازین اخلاقی و گمنام ماندن افراد شرکت‌کننده در پژوهش و حفظ اسرار آنها انجام گردید. پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان مورد بررسی قرار گرفت و با کد اخلاق (IR.SEMUMS.REC.1396.169)، به تصویب رسید.

یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه اول سنین ۱۳ تا ۱۶ با میانگین سنی ۱۴/۱۲ بودند. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری را در سه گروه پژوهشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

پیگیری ۱/۰۰ بود. همچنین، یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر اثربخشی بالا و معناداری را در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی در بهزیستی ذهنی نوجوانان دارد. میانگین تفاوت بین این دو گروه در مرحله پس‌آزمون ۵/۳۷ و در مرحله پیگیری ۴/۳۳ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۵ آشکار کرد که روش مداخله‌ای رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر در مقایسه با گروه گواه اثربخشی بالا و معناداری را در تاب‌آوری دارد. میانگین تفاوت بین نمرات این دو گروه در مرحله پس‌آزمون ۹/۷۳ و در مرحله پیگیری ۱۱/۰۶ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. اما اثربخشی مداخله رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری ندارد. میانگین تفاوت نمرات این دو گروه در مرحله پس‌آزمون ۱/۷۲ و در مرحله پیگیری ۱/۴۹ بود. مطابق با جدول ۵ مشخص شد که رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر اثربخشی بالا و معناداری را در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی دارد. میانگین تفاوت بین این دو گروه در مرحله پس‌آزمون ۸/۰۰ و در مرحله پیگیری ۹/۵۷ و در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. یافته‌های فوق آشکار می‌کند

رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر در افزایش بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری افراد نتیجه بهتری را آشکار کرده است، و این نتایج در مرحله پیگیری یک‌ماهه نیز باقی مانده بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی دو روش مداخله‌ای رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر و رفتاردرمانی شناختی بر بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری بر روی نوجوانان با علائم افسردگی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر اثربخشی بالاتری را در مقایسه با گروه رفتاردرمانی شناختی و گروه گواه در بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دارا می‌باشد. اما گروهی که مداخله رفتاردرمانی شناختی سنتی دریافت کردند، تفاوت محسوسی را در بهزیستی و تاب‌آوری با گروه گواه گزارش نکردند.

نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد که دانش‌آموزانی که تحت مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر قرار گرفته

پیلایی برابر با ۱/۰۲ و $F=7/97$ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شد. دیگر شاخص‌های تحلیل واریانس نیز معنادار شد. این نتایج مشخص می‌کنند که تفاوت معناداری در ترکیب خطی مولفه‌ها وجود دارد. همچنین، به منظور بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده گردید که آشکار شد، شرط برابری واریانس‌های خطا برای همه مولفه‌ها برقرار است ($P>0/01$). به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای وابسته از تحلیل کوریانس چندمتغیره استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ عنوان شده است.

یافته‌های جدول ۴ مشخص کرد که بین همه مولفه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. در بررسی پس‌آزمون بهزیستی ذهنی در جدول ۴ مشخص گردید که تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است ($MS=171/48$ ، $F=16/72$ ، $P<0/001$ ، $\eta^2=0/44$). در بررسی مرحله پیگیری بهزیستی ذهنی در جدول ۴ آشکار گردید که تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است ($MS=116/07$ ، $F=22/83$ ، $P<0/001$ ، $\eta^2=0/52$). بنابراین بخشی از واریانس بهزیستی ذهنی به روش‌های مداخله‌ای مربوط می‌شود. همچنین، تفاوت نمرات افراد در سه گروه در مقیاس تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون معنادار است ($MS=389/52$ ، $F=11/51$ ، $P<0/001$ ، $\eta^2=0/36$) و در پایان، مطابق با جدول ۴ تفاوت نمرات افراد در سه گروه در مقیاس تاب‌آوری در مرحله پیگیری معنادار بود ($MS=519/43$ ، $F=5/28$ ، $P<0/001$ ، $\eta^2=0/20$). بنابراین بخشی از واریانس تاب‌آوری به روش‌های مداخله‌ای مربوط می‌شود و اثربخشی آن نسبتاً پایدار است. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش در مرحله پیگیری مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه انجام گردید که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

همانطور که در جدول ۵ نمایان است، روش مداخله‌ای رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی بالا و معناداری را بر بهزیستی ذهنی دارد. میانگین تفاوت بین نمرات این دو گروه در مرحله پس-آزمون ۶/۴۲ و در مرحله پیگیری ۵/۳۳ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. اما اثربخشی مداخله رفتاردرمانی شناختی در مقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری ندارد و میانگین تفاوت بین نمرات در مرحله پس‌آزمون ۱/۰۵ و در مرحله

اند، در بهزیستی ذهنی نمرات به مراتب بالاتری از دانش آموزان گروه گواه و گروه تحت رفتاردرمانی شناختی سنتی کسب کردند. اما نتایج بهزیستی ذهنی دانش آموزان در رفتاردرمانی شناختی سنتی با گروه گواه تفاوت محسوسی نشان نداد. نتایج این پژوهش با دیگر پژوهشها (۲۰، ۲۲ و ۳۴) هماهنگ هست. در این پژوهشها به وضوح آشکار شده است که رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر با افزایش عاطفه مثبت، امیدواری، تاب‌آوری و عزت نفس همراه است.

هدف رویکرد رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بهبود بهزیستی مراجعین و درمانگران است (۱۸ و ۲۰). این تکنیک درمانی تمرکز خود را از کاهش مشکلات بر ساخت نقاط قوت مراجع و آنچه که موثر است، تغییر داده است. مکالمه با مراجعین بیشتر امیدوارانه است که ممکن است به استرس، افسردگی و فرسودگی کمتر در افراد منجر شود. این رویکرد درمانی معتقد است که افراد توانایی‌ها، منابع و نظام اجتماعی غنی دارند، و زمانی که این نقاط قوت با تجارب جدید، درک و فهم مهارت‌ها تلفیق شود، مسیرها و راهکارهایی را برای کاهش درد و رنج ارائه می‌کند، نگرانی‌ها و تعارض‌ها را حل می‌کند و به طور موثری با استرس‌زا زندگی مقابله می‌کند که پیامد آن افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی و روابط بین فردی و عملکرد اجتماعی است (۱۷، ۱۸، ۲۰ و ۲۱).

همچنین، در پژوهش حاضر آشکار شد که دانش آموزان تحت مداخله رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر تاب‌آوری بالاتری را در مقایسه با گروه گواه و گروه تحت رفتاردرمانی شناختی سنتی گزارش کردند. گسترش و تقویت تاب‌آوری در نوجوانی می‌تواند، تاثیرات مثبتی داشته باشد. به این معنی که، چنانچه، افراد بتوانند یاد بگیرند، که نظام‌های حمایتی و ویژگی‌های درونی دارند، که می‌تواند به آنها کمک کند تا با شرایط مشکل‌زا مقابله کنند، باعث تقویت توانمندی و تاب‌آوری افراد می‌شود. مهارت‌های مقابله‌ای موثر می‌تواند در زندگی شخص استفاده شود و فرد را از استرس‌ورهای زندگی و مشکلات

سلامت روان و یا مشکلات مصرف مواد محافظت کند. یکی از مهم‌ترین اهداف درمان‌های مبتنی بر نقاط قوت، درمان تاب‌آوری طولانی‌مدت با تمرکز بر نقاط قوت شخصی و توانایی‌های سازگاری است (۱۷). این مداخلات یک اعتماد به نفس مثبت، حس پیوسته رشد درونی و معنی‌داری زندگی، توانایی تشکیل روابط رضایت‌بخش، تاب‌آوری و منبع کنترل درونی ایجاد می‌کند (۱۷، ۱۸، ۲۰ و ۳۴). رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، درمان را از آنچه که در مورد مراجع اشتباه است، بر آنچه که صحیح است، متمرکز کرده است و با استفاده از تکنیک‌هایی که بر نقاط قوت و منابع شخصی استوار است، مانند تکنیک پیکان رو به بالا به جای تکنیک پیکان رو به پایین، و یا تکنیک پرسش معجزه‌گر به جای تمرکز فرد بر مشکلات، و یا تمرکز بر استثنائات بر مشکل درصدد افزایش بهزیستی مراجعین است (۲۱). درمانگران در تلاشند تا از مراجعان‌شان حمایت کنند و با افزایش خودکارآمدی و عزت‌نفس، تاب‌آوری طولانی‌مدت مراجع را تقویت کنند (۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰).

نظریه بسط و گسترش هیجان‌ات مثبت توضیح می‌دهد که تجربه هیجان‌ات مثبت احتمال احساس بهتر در آینده را افزایش می‌دهد و این تجربه، آغاز حرکت رو به بالا و به سمت غنی‌سازی بهزیستی هیجانی است (۳۶). افرادی که مثبت‌گرایی را اولویت خود قرار می‌دهند، تصمیم‌هایی را برای شادتر بودن در طول زندگی روزمره می‌گیرند، منابع بیشتری دارند و هیجان‌ات مثبت بیشتری را گزارش می‌کنند (۳۷). رویکردهای راه‌حل-محور، بر آنچه که برای این مراجع، در این بافت و در این لحظه مفید است، تاکید می‌کنند (۱۸، ۲۰ و ۳۸) و با دعوت از مراجع جهت توصیف آینده ترجیحی خود (به جای مشکلات‌شان یا آینده ترسناک‌شان)، و یافتن نقاط قوت و راه‌حل‌هایی برای رسیدن به این اهداف، بهزیستی افراد را تقویت می‌کنند. مهم‌ترین اهداف رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، افزایش تاب‌آوری طولانی‌مدت، کیفیت زندگی و دیگر سازه‌های مثبت افراد است. رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر

رفتاردرمانی شناختی سنتی ترجیح داشته باشد و سپس در جلسات بعدی که مراجعین به افکار، احساس و رفتار خود وقوف نسبی پیدا کردند، رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر اهمیت بیشتری پیدا کند.

رویکرد رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر با توجه به تمرکزی که بر شکوفایی و سلامت روان دارد، و اتخاذ مؤثرترین مداخلات، می‌تواند چشم‌انداز مثبتی در آینده مداخلات روان‌شناسی داشته باشد. به نظر می‌رسد، پژوهش حاضر، اولین مطالعه‌ای است که به مقایسه رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر و رفتاردرمانی شناختی سنتی پرداخته است. لازم است در مطالعات آینده در جمعیت‌ها، شرایط و اختلالات متنوع توجه شود تا سودمندی یا عدم سودمندی و نقاط قوت و ضعف این رویکرد مداخله‌ای آشکار شود.

تشکر و قدردانی

محققین از کلیه افرادی که در مطالعه حاضر شرکت نموده و در انجام پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

Naghavi M, Abolhasani F, Poormalek F, Moradi M, Eshrati B, Mahdavi H. The burden of diseases and injuries in Iran in 2003. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2003; 4(1):1-19.[Persian].

Richards D, Eskers D, McMillan D, Taylor RS, Byford S, Warren FC, et al. Cost and Outcome of Behavioral Activation versus Cognitive Behavioral Therapy for Depression (COBRA): a randomized, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*. 2016;388(7):871-880. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31140-0

Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030442

بر توانایی‌های سازگاری، قابلیت‌ها و منابع و نقاط قوت شخصی تاکید می‌کند که در کمک به ایجاد تغییر در مراجع اهمیت ویژه‌ای دارد (۲۰ و ۲۱).

گرچه بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی سنتی آشکار گردید، اما این مسئله بیشتر برای مؤلفه‌های مثبت روان-شناختی است، در حالی که اثربخشی رفتاردرمانی شناختی سنتی در درمان افسردگی و عواطف منفی به وضوح در پژوهش‌های متنوع مشخص گردیده است (افضل و همکاران، ۲۰۱۷، برو و همکاران، ۲۰۱۳، کویچرز و همکاران، ۲۰۱۱، آنتونی و همکاران، ۲۰۰۹). بعضی پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که چنانچه درمانگران این دو رویکرد مداخله‌ای را در یک توالی ساختاریافته ترکیب کنند، نتایج مداخلات مؤثرتر خواهد بود. البته ترجیح بر این است که آغاز مداخلات با رفتاردرمانی شناختی سنتی باشد و در ادامه، به تدریج به سمت رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر پیشروی کنند. به نظر می‌رسد، شرکت‌کنندگان این جهت‌دهی را بر شرایط عکس آن ترجیح می‌دهند (گشویند و همکاران، ۲۰۱۹). خیلی احتمال دارد که در ابتدای جلسات مداخله‌ای که مراجعین راجع به مشکلات خودشان صحبت می‌کنند،

Pratt LA, Brody D. Depression in the United States household population, 2005-2006. NCHS data brief. 2008; 7(7):1-8.

Janbozorgi M, Mostakhdemin Hoseini Kh. Prevalence of depression in school students in Tehran. *Pejouhandeh*. 2005;1(6):9-15.[Persian].

Weir JM, Zakama A, Rao U. Developmental risk I: Depression and the developing brain. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2012; 21(2):237-259. DOI: 10.1016/j.chc.2012.01.004

Richards D. Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(7):1117-1125. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.07.004

Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of*

- Psychiatry. 2011;65(6):354–364. DOI:10.3109/08039488.2011.596570
- Afzal F, Rashid H, Bukhari SR. Cognitive behavioral therapy (CBT). An effective treatment for major depressive disorder. A case study. The International journal of indian psychology. 2017; 4(2):80- 85. DOI:10.25215/0402.088
- Bru L, Solholm R, Idsoe T. Participants' experiences of an early cognitive behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression. Emotional and Behavioral Difficulties. 2013;1(18):24-43. doi.org/10.1080/13632752.2012.675138
- Antony MM, Stein MB. (Eds.). Oxford handbook of anxiety and related disorders. New York, NY: Oxford University Press. 2009. DOI: 10.3109/08039488.2011.596570
- Weitz ES, Hollon SD, Twisk J, van Straten A, Huijbers M J, David D. Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy. JAMA Psychiatry. 2015;72(11):1102–1109. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2015.1516
- Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson K S. A meta-analysis of cognitive behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. The Canadian journal of Psychiatry. 2013;58(7):376–385.
- March JS, Silva S, Petrycki S, Cully J, Fairbank J, Burns B, et al. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of general psychology*. 2011;64(10):1132- 43. Doi:10.1097/01.chi.0000145807.09027.82
- Casacalenda N, Perry JC, Looer K. Remission in major depressive disorder: A comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. The American journal of Psychiatry 2002;159(8):1354–1360. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.8.1354
- Vittengl J R, Clark L A, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2007;75(3):475–488. DOI: 10.1037/0022-006X.75.3.475
- Prasko J, Hruby R, Holubova M, Latalova K, Vyskocilova J, Iepecky M, Ociskova M, Grambal A. Positive cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 2016;58(1):23-32.
- 18.Khamseh A. Translated by Positive cognitive behavioral therapy: from reducing distress to building success. Bannink Fp (auther). Arjmand press. 2012.[Persian].
- Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive– behavioral therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2012;19(4):283–290. DOI: 10.1002/cpp.1795
- Bannink FP. Positive CBT. From reducing distress to building success. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2014;44(1):1-8. DOI:10.1007/s10879-013-9239-7
- Geshwind N, Arntz A, Bannink F, Peeters F. Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*. 2019;116: 119-130. DOI: 10.1016/j.brat.2019.03.005
- Zimmerman M, McGlinchey J., Posternak MA, Friedman M, Attiullah M, Boerescu D. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(1):148–150. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.1.148
- Gharadaghi A, Komeylipour F. The Effectiveness of Positive Cognitive Behavioral Therapy on the Positive and Negative Affect of women with spouse with Mental Disorders. *Culture of Counseling and Psychotherapy*. 2019: 10(38):177-194.[Persian].
- Asgharipour N, Farid AA, Arshadi H, Sahebi A. 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 Science*. 2012;6:33–41.
- Chaves C, Lopez-Gomez I, Hervas G, Vazquez C. A Comparative Study on the Efficacy of a Positive Psychology Intervention and a Cognitive Behavioral Therapy for Clinical Depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2016;41(3):417-433. doi.org/10.1007/s10608-016-9778-9
- Seligman, M. Flourish. New York: Free Press. 2011.
- Beck AT, Steer RA, Garbin M. Psychometric proprieties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988;8(1):77-100. doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Rajabi Gh, Atari Y, haghghi J. Factor analysis if Beck depression inventory on university students

of Chamran University. Journal of Psychological Achievement. 2001:8(3):49-66.[Persian].

Renshaw TL, Long AC, Cook CR. Assessing Adolescents' Positive Psychological Functioning at School: Development and Validation of the Student Subjective Wellbeing Questionnaire. American Journal of Psychological Assessment. 2014:1- 19. DOI: 10.1037/spq0000088

Akbari balootbangan A, Najafi M, Babayi J. The factorial structure of subjective well-being questionnaire in adolescent of Qom city. Journal of school of public health and institute of public health research. 2016: 4(1):45-58.[Persian].

Connor KM, Davidson JR. Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression Anxiety. 2003: 18(2):76-82. DOI: 10.1002/da.10113

Jokar B. The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. Contemporary psychology. 2008:2(2):3-12.[Persian].

Ghasemzadeh H. Translated by Cognitive Behavioral therapy: A practical guide in the treatment of mental disorders. Tehran. Howton K (auther). Arjomand press. 1989.[Persian].

Ashrafian F, Sadeghi M, Rezaei F. The Effect of Integrative Positive Cognitive Behavioral Therapy on Infertility Stress and Hope in Infertile Women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2019: 8 (3) :436-445.[Persian].

Fava G, Tomba E. Increasing psychological wellbeing and resilience by psychotherapeutic methods. Journal of Personality. 2009:77(6):1903-1934. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x

Fredrickson B., Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. Psychological Science. 2002: 13(2): 172-175. DOI: 10.1111/1467-9280.00431

Catalino LI, Algoe SB, Fredrickson BL. Prioritizing positivity: An effective approach to pursuing happiness? Emotion. 2014:14(6):1155-1161. DOI: 10.1037/a0038029

Shazer S. Keys to Solution in Brief Therapy. New York: Norton. 1985.

جدول ۱- محتوای جلسات رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر

جلسات	محتوای جلسات
۱	آشنایی با اعضاء و قوانین جلسه، اهداف مداخله، هنجارها و منطق درمان (تبیین روانی آموزشی افسردگی از چشم‌انداز سلامت روان مثبت- نگر، برقراری ارتباط درمانی مثبت)، تکلیف خانگی: مشاهده و ثبت جنبه‌های مثبت فردی تا جلسه آینده.
۲	ارزیابی تغییرات پیش‌درمانی، ارائه تکنیک‌ها و پرسش‌های راه‌حل محور، تمرین تجسم خود در آینده، تمرین افزایش امید، تکلیف خانگی: ثبت آرزوها و اهداف و مشخص کردن اولویت‌ها
۳	ارزیابی توانمندی‌ها و امکانات مراجعین با توجه به آزمون مشخصات عملی ارزش جنبه‌های مثبت و توانمندی‌ها، تکنیک انتقال مهارت، تکلیف خانگی: چگونگی استفاده از توانمندی‌های خود در مواجهه با مسائل و رديابی یک یا چند جنبه مثبت.
۴	خودنظارت‌گری و تحلیل کارکردی مثبت‌نگر (ثبت افکار، مشاهده تغییرات مثبت، خودارزیابی مثبت‌نگر، نظارت بر موارد استثنايي، پرسش معجزه‌گر، راه حل فرضی، توجه به موفقیت‌ها هر چند کوچک)، تکلیف خانگی: خودنظارت‌گری مثبت‌نگر.
۵	تغییر دیدگاه (تغییر توجه به موفقیت‌های گذشته، تمرکز بر نقاط روشن، یافتن موارد استثنا و استفاده از نقاط مثبت و توانمندی‌ها در مواجهه با مسائل جدید)، تغییر سوگیری شناختی و تصویرسازی مثبت‌نگر (تمرین پیشنهادهاى مثبت‌نگر به عملکردهای گذشته فرد از طرف یک دوست، تمرین تغییر مثبت یک کاپوس)، تکلیف خانگی: تجسم خود در آینده.
۶	تغییر چشم‌انداز روابط (تشویق مراجعان به توصیف رویدادهای تعاملی و ارتباطی با افراد مهم زندگی و تغییرات ارتباطی مثبت‌نگر، تمرین راه‌حل فرضی، پرسش معجزه‌گر و موارد استثنايي، تمرین نگرش به خویشتن به عنوان سوم شخص)، تکلیف خانگی: ثبت حق‌شناسی و قدردانی.
۷	تغییر عملکرد (درهم شکستن الگوهای رفتاری تکراری مشکل‌آفرین، تغییر عملکرد خود نسبت به مساله، استفاده از تضاد و تناقض، اضافه کردن فعالیتهای جدید به الگوهای قبلی در مواجهه با مساله، کاربرد الگوهای راه‌حل‌مدارانه برای مساله، استفاده از گام‌های کوچک، تکلیف خانگی: انجام کاری متفاوت.
۸	تجارب رفتاری مثبت‌نگر (کاری متفاوت انجام دادن، توجه به چگونگی مفید واقع شدن آن، مشاهده و جمع‌آوری شواهدی هماهنگ با افکار و باورهای مثبت‌نگر، وانمود به اینکه اوضاع بهتر شده و عمل کردن به گونه‌ای که انگار معجزه‌ای رخ داده است)، تکلیف خانگی: خواندن، نوشتن و سوزاندن.
۹	تغییر احساسات (تمرین شما در بهترین وضعیت و بیان احساسات، تمرین شروع رویدادهای خوشایند زندگی، تمرین کتاب زندگی، تمرین مثبت‌گرایی)، تکلیف خانگی: یادداشتهای مثبت‌گرایانه.
۱۰	پیشگیری از عود، خلاصه‌ای از مهارت‌های یادگرفته شده، مشخص کردن مشکلات بالقوه و پایان دادن به جلسات، اجرای مجدد پرسشنامه-های افسردگی، بهزیستی ذهنی، عزت‌نفس، خودکارآمدی و تاب‌آوری.

جدول ۲- محتوای جلسات رفتاردرمانی شناختی

جلسات	محتوای جلسات
۱	آشنایی با اعضاء و قوانین جلسه، اهداف مداخله، هنجارها و منطق درمان (تبیین روانی آموزشی افسردگی از نقطه‌نظر رفتاردرمانی شناختی)، تکلیف خانگی: برنامه‌ریزی فعالیت‌ها
۲	راهبردهای شناختی: آموزش تکنیک‌های توجه برگردانی مانند تمرکز بر یک شی، آگاهی حسی، تمرینهای ذهنی، خاطرات و خیالپردازی‌های خوشایند. تکلیف خانگی: انجام تمرینهای ذکر شده تا جلسه آینده و تمرین یادداشت خانگی
۳	راهبردهای رفتاری: بازنگری فعالیت‌ها بر اساس تکلیف خانگی برگه یادداشت روزانه، برنامه ریزی برای فعالیت‌های خوشایند، مدیریت زمان، تکلیف خانگی: انجام فعالیت‌ها به صورت مرحله به مرحله
۴،۵	فعال‌سازی رفتاری با استفاده از برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های خوشایند، مدیریت زمان و تنظیم هدف
۴،۵	راهبردهای شناختی رفتاری: شناسایی و آموزش افکار خودآیند منفی، تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، تعیین شدت هیجان‌های ناخوشایند. تکلیف خانگی: تمرین یادداشت افکار ناکارآمد.

۶.۷	راهبردهای شناختی رفتاری: آزمون افکار خودآیند منفی: تکنیکهای چالش کلامی (شواهد کدامند، چه نگرشهای دیگری وجود دارد، محاسن و معایب این شیوه تفکر، خطاهای منطقی). تکلیف خانگی: تمرین یادداشت افکار ناکارآمد و ارزیابی آن.
۸	آزمایشهای رفتاری و انجام انگاره جدید و راههای موثرتر، مهارتهای اجتماعی: تحلیل سبکهای ارتباطی و آموزش و تمرین مهارتهای جراتمندی. تکلیف خانگی: تمرین تکنیک مورد نظر با توجه به مسائل پیشرو تا جلسه آینده.
۹	مهارتهای حل مساله: ارائه گامهای تکنیک حل مساله. تکلیف خانگی: انجام تکنیک مهارت حل مساله با مسائلی که تا جلسه آینده برای فرد رخ می دهد.
۱۰	پیشگیری از عود، خلاصه‌ای از مهارتهای یادگرفته شده، مشخص کردن مشکلات بالقوه و پایان دادن به جلسات. اجرای مجدد پرسشنامه-های افسردگی، بهزیستی ذهنی، عزت نفس، خودکارآمدی و تاب آوری.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی متغیرهای بهزیستی و تاب آوری سه گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری

متغیرها	گروه	درمان رفتاری شناختی مثبت‌نگر		درمان رفتاری شناختی		گواه
		SD	M	SD	M	
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۲/۵۸	۲۳/۱۸	۳/۲۰	۲۴/۴۷	۲/۶۴
	پس آزمون	۱/۵۷	۳۲/۳۱	۳/۷۳	۲۶/۳۵	۳/۵۶
تاب آوری	پیش آزمون	۲/۰۱	۳۰/۲۵	۲/۶۸	۲۵/۵۲	۲/۲۱
	پس آزمون	۲/۴۴	۴۹/۳۷	۹/۳۸	۵۱/۸۲	۴/۱۷
پیگیری	پیش آزمون	۵/۰۷	۶۴/۰۶	۷/۶۷	۵۳/۷۰	۴/۲۶
	پس آزمون	۱۱/۷۹	۶۱/۲۵	۸/۸۲	۵۰/۰۰	۸/۲۷

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای متغیرهای پژوهش در پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	منبع پراش	مجموع مجذورات	df	MS	F	η^2
بهزیستی ذهنی	پس آزمون	۳۴۲/۹۶	۲	۱۷۱/۴۸	۱۶/۷۲	۰/۴۴*
	پیگیری	۲۳۲/۱۴	۲	۱۱۶/۰۷	۲۲/۸۳	۰/۵۲*
تاب آوری	پس آزمون	۷۷۹/۰۵	۲	۳۸۹/۵۲	۱۱/۵۱	۰/۳۶*
	پیگیری	۱۰۳۸/۸۶	۲	۵۱۹/۴۳	۵/۲۸	۰/۲۰*

جدول ۵- مقایسه زوجی گروه آزمایشی ۱، ۲ و گواه در مرحله پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	I-J	SD
بهزیستی ذهنی	رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر	پس آزمون	*۶/۴۲	۱/۱۷
	گواه	پیگیری	*۵/۳۳	۰/۸۲
رفتاردرمانی شناختی	گواه	پس آزمون	۱/۰۵	۱/۱۴
	پیگیری	پیگیری	۱/۰۰	۰/۸۰
رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر	پس آزمون	پس آزمون	*۵/۳۷	۱/۱۸
	پیگیری	پیگیری	*۴/۳۳	۰/۱۳
رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر	پس آزمون	پس آزمون	*۹/۷۳	۲/۰۷

۳/۶۴	*۱۱/۰۶	پیگیری	گواه	تاب‌آوری
۲/۰۷	۱/۷۲	پس‌آزمون	رفتاردرمانی شناختی	
۳/۵۳	۱/۴۹	پیگیری	گواه	
۲/۱۵	*۸/۰۰	پس‌آزمون	رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر	
۳/۶۸	*۹/۵۷	پیگیری	رفتاردرمانی شناختی	