

تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری بر کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی غیربالینی - مطالعه تک آزمودنی چند خط پایه

اعظم نوفرستی^۱

رسول روشن^۲

لادن فتی^۳

حمید رضا حسن آبادی^۴

عباس پسندیده^۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۲۸

تاریخ وصول: ۹۵/۳/۱۷

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری بر کاهش علائم افسردگی در افراد دارای افسردگی غیربالینی بود. برای انجام این پژوهش از طرح تک آزمودنی چند خط پایه با دوره پیگیری استفاده شد. ابتدا از بین افراد دارای افسردگی غیربالینی 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 مقیاس افسردگی بک، افسردگی هامیلتون-۱۷ و مقیاس جهت‌گیری شادکامی در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و چهار ماه بعد از پایان درمان (پیگیری) انجام گرفت. مداخله به صورت انفرادی بر اساس روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در ۸ جلسه توسط پژوهشگر انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر سه مراجع با شروع مداخله روند کاهشی را در طراز نمرات افسردگی بک (۷۵ درصد)، هامیلتون (۸۵ درصد) و روند افزایشی را در طراز نمرات احساس لذت (۸۴ درصد)، مجذوب شدن (۷۰ درصد) و احساس معنا (۲۱۵ درصد) نشان دادند. بخش عمده‌ای از این نتایج در پایان دوره پیگیری چهار ماهه نیز حفظ شد. به نظر می‌رسد

۱. دکتری روان‌شناسی بالینی، جهاد دانشگاهی البرز (نویسنده مسئول) noferest88@yahoo.com

۲. استاد روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد rasolroshan@yahoo.com

۳. استادیار مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران lfata@yahoo.com

۴. استادیار روانشناسی تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی

hrhassanabadi@gmail.com

۵. دانشیار معارف حدیث دانشگاه قرآن و حدیث pasandide@hadith.ir

روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیر باوری یک مداخله کوتاه مدت مؤثر برای کاهش علائم افسردگی باشد.

واژگان کلیدی: افسردگی غیربالینی، روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری، طرح تک آزمودنی چند خط پایه

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت^۱ پیش‌بینی کرده است که در سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری شایع در جهان خواهد بود. این در حالی است که شیوع افسردگی غیربالینی^۲ - وجود علائم و نشانه‌های افسردگی بدون داشتن معیارهای لازم برای تشخیص افسردگی اساسی - بسیار بیشتر از این میزان است. مطالعات شیوع بین ۵ تا ۲۰ درصد را برای افسردگی غیربالینی نشان می‌دهند (کسلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). بزرگترین مطالعه همه‌گیرشناسی در ایران که بر روی یک نمونه ۳۵۰۱۴ نفری از سراسر کشور انجام شد، نشان داد که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه علائم و نشانه‌های افسردگی را دارا هستند (نوربالا، باقری یزدی، یاسمی و محمد، ۲۰۰۴) که این رقم کمی بیش از شیوع کلی علائم و نشانه‌های افسردگی در جهان است (روسی^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ گلدنی^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین، یافته‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به افسردگی غیربالینی در معرض خطر ابتلاء به افسردگی اساسی (لینز^۶ و همکاران، ۲۰۰۶) یا سوء مصرف مواد (لویسون، سولومون، سلی و زیس^۷، ۲۰۰۰) هستند. این نتایج بیانگر اهمیت بالینی افسردگی غیربالینی بوده و این الزام را فراهم می‌کند که رویکردهای درمانی کارآمد و اثربخش برای آن نیز در نظر گرفته شود.

درمان‌های کارآمد و اثربخش برای افسردگی برای افراد مبتلا به افسردگی غیربالینی به دو دلیل مناسب نیستند (سین، دلاپورتا و لیوبومرסקی^۸، ۲۰۱۱). اول اینکه، بسیاری از این افراد به دلیل ننگ دانستن یک بیماری روانی تمایلی برای دریافت درمان‌های معمول افسردگی نداشته و یا قادر به پرداخت هزینه‌های گزاف این درمان‌ها نیستند؛ بنابراین درمان

1. World Health Organization (WHO)
2. subclinical
3. Kessler, R. C.
4. Rucci, P.
5. Goldney, R. D.
6. Lyness, J. M.
7. Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., & Zeiss, A.
8. Sin, N. L., Dellaporta, M. D. & Lyubomirsky, S

مورد نیاز خود را دریافت نمی‌کنند. از سوی دیگر، این درمان‌ها در بهترین حالت افراد را در وضعیتی نگه می‌دارد که تنها از علائم افسردگی رنج نمی‌برند، اما هنوز احساس بهزیستی نمی‌کنند. زیرا عواطف منفی و عواطف مثبت دو ساختار کاملاً متفاوت دارند (واتسون و تلگن، ۱۹۸۵). عدم حضور عواطف منفی به معنی وجود عواطف مثبت نیست. بنابراین درمان‌های دیگری برای این گروه از افراد افسرده لازم است تا با نیازها، ویژگی‌ها، اهداف، ارزش‌ها، منابع یا سبک زندگی آن‌ها تناسب داشته باشد و علاوه بر بهبود علائم افسردگی و جلوگیری از عود آن به افزایش کیفیت زندگی آنان کمک کند.

در سال ۱۹۹۸ رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا^۲ توسط سلینگمن^۳ پیشنهاد شد (رشید^۴ و سلینگمن، 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، ۲۰۱۴). سلینگمن (۲۰۰۲) شادکامی^۵ 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^۶ (زندگی لذت‌بخش^۷)، مجذوب شدن^۸ (زندگی جذاب^۹) و معنی^{۱۰} (زندگی با معنی^{۱۱}). بر اساس این رویکرد، راهبردهایی که به مراجعین کمک می‌کند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و با معنا را بسازند، "مداخله‌های مثبت‌گرا"^{۱۲} گفته می‌شود (رشید، ۲۰۱۴). هر یک از این مداخله‌ها به نوعی افکار و رفتارهای افرادی که به صورت ذاتی شاد هستند را نشان می‌دهند و می‌توانند باعث افزایش شادکامی افرادی که آن‌ها را انجام می‌دهند، شوند (نلسون^{۱۳} و لیوبومرسکی، ۲۰۱۲).

1. Watson, D., Tellegen, A.
2. positive psychology
3. Seligman, M. E. P.
4. Rashid, T.
5. happiness
6. positive emotion
7. pleasant life
8. engagement
9. engaged life
10. meaning
11. meaningful life
12. positive intervention
13. Nelson, S. K.

روان‌درمانی مثبت‌گرا بر این فرض استوار است که افسردگی می‌تواند به طور مؤثر نه فقط با کاهش علائم منفی بلکه به طور مستقیم با ساختن هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌های فرد و ایجاد معنا درمان شود. ساختن این منابع مثبت ممکن است از وقوع اختلال جلوگیری کرده و یا با علائم منفی مقابله کرده و سدی برای عود مجدد اختلال باشد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهش‌های بسیاری از این ادعا حمایت کرده‌اند (سین و همکاران ۲۰۰۹)، پارکز-شینر^۱ (۲۰۰۹)، لایوس^۲ و همکاران (۲۰۱۱)، سنف و لیو^۳ (۲۰۱۳)، بولیر^۴ و همکاران (۲۰۱۳)، سرجنت و مانگرین^۵ (۲۰۱۴)، مایولینو و کوپیر^۶ (۲۰۱۴)، هافمن^۷ و همکاران (۲۰۱۴)، لشنی و همکاران (۱۳۹۰)، اصغری‌پور (۱۳۹۰) و براتی‌سده (۱۳۸۸).

سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) پروتکلی برای روان‌درمانی مثبت‌گرا تهیه کرده و کارآمدی آن را در کاهش علائم خفیف تا متوسط افسردگی مورد بررسی قرار دادند. این پروتکل در ۶ جلسه که به صورت هفتگی اجرا می‌شود، تهیه شده است. در این پروتکل مداخله‌هایی برای افزایش هیجان مثبت، شناسایی توانمندی‌ها و افزایش معنا در نظر گرفته شده است. اندازه اثر به دست آمده در پژوهش سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) در پایان جلسات درمان ۰/۴۸ بود. پژوهش‌ها نشان داده است که تقویت احساس معنا و توانمندی‌ها بیش از تقویت احساس لذت با افزایش رضایت از زندگی (ضریب همبستگی ۰/۳۹ در مقابل ۰/۱۸) و کاهش علائم افسردگی (ضریب همبستگی ۰/۳۲ در مقابل ۰/۱۵-) رابطه دارد (شولر و سلیگمن، ۲۰۱۰). با این حال، در این پروتکل مداخله‌هایی که باعث ایجاد معنا در زندگی افراد می‌شود از لحاظ کمی به اندازه مداخله‌های دو جنبه دیگر نیست (فقط یک مداخله برای ایجاد معنا طراحی شده است). علاوه بر این، با توجه به ویژگی‌های مذهبی خاص کشور ما که ارزش‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی آن دارای معیارهای متفاوتی نسبت به جوامع غربی و حتی جوامع شرقی است (کریمی‌نوری، مکری، محمدی‌فر و یزدانی، ۱۳۸۱)، مصادیق مؤلفه‌های شادکامی مثل هیجان مثبت، توانمندی‌ها و معنا برای افراد در چارچوب این ارزش‌های مذهبی و فرهنگی ممکن است تا حدودی با مصادیق مؤلفه‌های شادکامی در

1. Parks-Sheiner, A. C.
2. Layous, K.
3. Senf, K. & Liao, A. K.
4. Bolier, L.
5. Sergeant, S. & Mongrain, M.
6. Maiolino, N. B., Kuiper, N. A.
7. Hofmann, S. J.

روان‌شناسی مثبت‌گرا متفاوت بوده (دینر، دینر و دینر، ۱۹۹۵؛ دینر، سو، اسمیت و شو، ۱۹۹۵، دینر، هلی‌ول و کانمان^۲، ۲۰۱۰) و مداخله‌های متفاوتی را بطلبد. به عنوان مثال، گر چه واژه سعادت در منابع اسلامی از نظر لغوی و مفهومی با مفهوم شادکامی در روان‌شناسی مثبت‌گرا تفاوتی ندارد و اسلام نیز سعادت را رضامندی همراه با هیجان‌های مثبت مثل شادی و نشاط می‌داند. با این حال مصادیق شادکامی در اسلام متفاوت از روان‌شناسی مثبت‌گراست (پسندیده، ۱۳۸۹). منابع اسلامی مثل آیات قرآن و احادیث پایه رضامندی را باور به خیر بودن تقدیرهای خداوند یا "خیرباوری" می‌داند (پسندیده، ۱۳۹۲). اگر کسی باور داشته باشد که آنچه برای او اتفاق می‌افتد تقدیر خداوند است و تقدیر خداوند همواره خیر است، به یکی از عوامل مهم مؤثر بر رضامندی دست خواهد یافت. این گونه ارزیابی کردن رویدادهای زندگی را «ارزیابی خیرگرا» می‌گویند (پسندیده، ۱۳۸۹). با توجه به این الگو و همچنین کمبود مداخله‌های معنا در پروتکل سلیگمن، این سؤال مطرح می‌شود که آیا استفاده از مداخله‌هایی که مفهوم خیر باوری را در مراجع ایجاد کرده یا تقویت می‌کند، می‌تواند باعث ایجاد معنا و هیجان مثبت در زندگی شده و در نتیجه بر اساس رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶) باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی شود؟

کینگ و ماینر^۳ (۲۰۰۰) پی بردند افرادی که آموزش داده شده بودند برای سه روز و هر روز بیست دقیقه فقط در مورد جنبه‌های مثبت و خیری که از تجربه‌های منفی و تلخ زندگی‌شان نصیبشان شده بود، بنویسند؛ افسردگی کمتری را نسبت به کسانی که آموزش دیده بودند درباره‌ی تلخ‌ترین تجربه‌های زندگی‌شان مطلب بنویسند، نشان دادند. این پژوهش نشان می‌دهد که ترغیب مراجعین به نوشتن در مورد خیری که از تجربه‌های منفی در زندگی نصیبشان شده ممکن است بهتر از واداشتن آن‌ها به تجربه کردن دوباره درد حاصل از ضربه‌های روحی گذشته که از راه داستان‌گویی هیجانی به آن‌ها دست می‌دهد، باشد. در پژوهش دیگری که لی، نزو و نزو^۴ (۲۰۱۴) انجام دادند، رابطه بین مهارت‌های مقابله‌ای مثبت مذهبی با کاهش افسردگی در افراد مبتلا به ایدز مورد بررسی قرار گرفت. این پژوهش نشان داد، مقابله‌های مذهبی نقش مهمی در کاهش افسردگی در این بیماران دارد. افرادی که از

1. Suh, E. M., Smith, H., & Shao, L.
2. Helliwell, J. F., & Kahneman, D. K.
3. Miner, K. N.
4. Lee, M., Nezu, A. M. & Nezu, Ch. M.

این مقابله‌ها استفاده می‌کردند، افسردگی کمتر و کیفیت زندگی بالاتری را نشان دادند. همچنین، غباری‌بناب (۱۳۷۷) در پژوهشی نشان داد که توکل به خدا با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس ارتباط دارد. نجفی، احدی، سهرابی و دلاور (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که معنویت و دینداری از طریق ایجاد امیدواری، خوش‌بینی، عزت‌نفس و خودکارآمدی باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود. به طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد رفتارهایی که باعث ایجاد معنا در زندگی افراد شده و یا به رویدادهای زندگی معنا می‌دهد با کاهش افسردگی و اضطراب رابطه دارد.

بر این اساس پژوهش حاضر برای پاسخ به این سؤال تدوین شد که آیا اضافه کردن تکنیک‌هایی که مفهوم خیرباوری را به مراجع آموزش می‌دهد به پروتکل اصلی سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) می‌تواند، میزان کارآمدی این پروتکل را در کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی افزایش دهد؟ بدیهی است پژوهش‌هایی از این 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، مذهب و معنویت در اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا افزایش دهد. همچنین تعیین کارآمدی پروتکل‌های مختلف روان‌درمانی 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 افسرده‌ی خود داشته باشند. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از:

- روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی مؤثر است.

- روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در افزایش جهت‌گیری‌های شادکامی (هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا) در افراد دارای نشانه‌های افسردگی مؤثر است.

روش پژوهش

این مطالعه در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT2014070818405N1 ثبت شده است. در این مطالعه از طرح خط پایه چندگانه بین آزمودنی‌ها^۱ با دوره پیگیری

1. multiple baseline design

استفاده شد (سیپانی^۱، ۲۰۰۹). سه مراجع از بین افراد مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی در تهران در فاصله بین اول دیماه تا ۱۵ بهمن ماه سال ۹۳ با شیوه نمونه‌گیری هدفمند^۲ (کازبی^۳، ۲۰۰۹) انتخاب شده و نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه لازم برای تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش در مطالعات آزمایشی تک آزمودنی انتخاب گردید (لین و گاست^۴، ۲۰۱۴). ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از (۱) داشتن علایم و نشانه‌های افسردگی به طوری که در مقیاس افسردگی بک نمره‌ای بین ۱۴ تا ۳۵ به دست آورند (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 علایم 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 علایم افسردگی شدید (نمره BDI مراجع 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 یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی با ابزارهای مستقل مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ملاحظات اخلاقی بر اساس مجوز کمیته اخلاق دانشگاه شاهد در تاریخ ۹۳/۳/۱۵ در مورد مراجعین رعایت گردید.

شرکت‌کنندگان: مراجع اول

مراجع اول یک زن ۲۷ ساله و مجرد بود که با احساس غمگینی، عدم لذت از زندگی، اعتماد به نفس پایین و فراموشی زیاد به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. مراجع یک سال پیش برای داشتن شرایط بهتر شغلی، کار خود را در یک شرکت خصوصی رها کرده و وارد اتاق بازرگانی ایران شده بود. با این حال، اتاق بازرگانی به هیچکدام از تعهداتی که هنگام ورود به مراجع داده بود، عمل نکرد. علاوه بر این، مراجع هر روز توسط مافوق خود مورد انتقاد قرار می‌گرفت به طوری که اعتماد به نفس او را به شدت تحت تأثیر قرار داده بود. با این که مراجع اجازه نمی‌داد این روند روی کیفیت کار او تأثیر بگذارد ولی احساس غمگینی

1. Cipani, E.
2. purposeful sampling
3. Cozby, P. C.
4. Lane, J. D., & Gast, D. L.

* دلیل انتخاب این ملاک این است که کارآمدی مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا در این محدوده سنی بیشتر

و ناامیدی زیادی داشت. مراجع انگیزه بالایی برای تغییر شرایط موجود داشت و دوست داشت که به دوره قبل از ورود به اتاق بازرگانی برگردد. او تا آن زمان به مرکز مشاوره مراجعه نکرده و دارویی نیز مصرف نکرده بود.

مراجع دوّم

مراجع دوّم مردی ۲۵ ساله، مجرد، اهل و ساکن تهران، دانشجوی کارشناسی رشته مهندسی برق در یک دانشگاه دولتی در تهران بود که با احساس غمگینی، عدم لذّت از زندگی، احساس پوچی و بی‌معنایی در زندگی، گم‌گشتگی، بی‌حوصلگی و مشکلات تحصیلی به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. مراجع اذعان داشت که احساس غمگینی وی از زمانی شروع شد که در رشته مهندسی برق قبول شده بود، در حالی که به این رشته علاقه‌ای نداشت و به فیزیک علاقمند بود ولی به توصیه همکاران و برای داشتن بازار کار بهتر به تحصیل در این رشته ادامه داده بود. به همین دلیل انگیزه‌ای برای درس خواندن نداشت و همین قضیه باعث شده بود که چند ترم مشروط شود. مراجع به توانمندی‌هایش باور ندارد و مدام خودش را به خاطر بعضی از اشتباهاتش سرزنش می‌کرد. مراجع تاکنون درمان دارویی و روان‌درمانی خاصی را در این زمینه انجام نداده است.

مراجع سوّم

مراجع سوّم زنی ۴۲ ساله، دیپلمه، خانه‌دار، متأهل، اهل و ساکن تهران است. مراجع با احساس غمگینی، عدم لذّت از زندگی، بی‌معنایی و بی‌هدفی در زندگی، برانگیختگی، پایین آمدن تحمل، کم‌حوصلگی و گریه زیاد به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. مراجع حدود ۲۲ سال پیش ازدواج کرده ولی صاحب فرزند نشده است. او تمام درمان‌های احتمالی نازایی را انجام داده بود اما نتیجه‌ای نگرفته بود. همسر مراجع هیچ همکاری در جهت درمان‌های نازایی با وی نداشت. از سه ماه پیش و بعد از اینکه مراجع قصد داشت، بچه‌ای را به فرزند قبول کند و شوهرش به او اجازه این کار را نداد، علائم و نشانه‌های افسردگی در او بیشتر شد. به طوری که احساس می‌کرد دیگر تحمل این زندگی را ندارد. مراجع تاکنون به هیچ مشاوره مراجعه نکرده و دارویی نیز مصرف نکرده بود.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس درجه‌بندی هامیلتون برای افسردگی-۱۷ سؤالی^۱: این مقیاس پرکاربردترین مقیاس در پژوهش‌های مربوط به برآیند درمان است که علائم افسردگی را در طی هفته گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد (مخبر، آذرپژوه و اصغری‌پور، ۱۳۹۲). این مقیاس ۱۷ سؤال دارد و نشانه‌های رفتاری، جسمانی و ذهنی افسردگی را می‌سنجد. بعضی از سؤالات این مقیاس بین ۰ تا ۲ نمره و برخی بین ۰ تا ۴ نمره می‌گیرد. هامیلتون (۱۹۶۰) اعتبار^۲ این مقیاس را از طریق ضریب همبستگی بین ارزیاب‌ها از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ گزارش کرده است. روایی^۳ این مقیاس نیز از طریق ضریب همبستگی با پرسشنامه افسردگی بک^۴ ۰/۹۰ گزارش شد. غرابی و همکاران (۱۳۷۹) اعتبار مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۵ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. همچنین ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه افسردگی بک^۵ در ایران ۰/۶۵ گزارش شد. در این پژوهش این مقیاس برای تعیین وجود علائم و نشانه‌های افسردگی به کار گرفته شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم^۶: این پرسش‌نامه‌ی ۲۱ ماده‌ای (بک، استیر^۵ و براون^۶، ۱۹۹۶) که شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است، وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران روانپزشکی و جمعیت نرمال و نیز نوجوانان و بزرگسالان 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 بازآزمایی یک هفته‌ای این پرسشنامه ۰/۹۱ و همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (فتی، بیرشک، عاطف و وحید و دابسون، ۱۳۸۴). همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون، ۰/۷۱ و با پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش ۰/۹۳ به دست آمد که بیانگر روایی این پرسشنامه است (فتی و همکاران، ۱۳۸۴).

1. Hamilton Rating Scale for Depression-17
2. reliability
3. validity
4. BDI-II
5. Steer, R. A.
6. Brown, G. K.

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

آزمون جهت‌گیری‌های شادکامی^۱: این پرسشنامه توسط پترسون^۲ 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 بعداً، 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، "ناحدهی درست" نمره ۳، "غلط" نمره ۲ و "کاملاً غلط" نمره ۱ داده می‌شود. تحلیل عاملی صورت گرفته بر روی آزمون فوق نشان دهنده سه عامل است که معادل همان سه نوع زندگی سلیگمن است. همسانی درونی این آزمون در آمریکا برای سه خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ بوده است (پترسون و همکاران، ۲۰۰۵). براتی 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.

فرآیند اجرای پژوهش: ابتدا از بین افراد مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی در تهران که به دلیل علایم و نشانه‌های افسردگی به مرکز مراجعه کرده بودند، ۸ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش ارجاع داده شدند. هر ۸ آزمودنی به صورت جداگانه مورد مصاحبه قرار گرفتند و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش در آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ۱ نفر از شرکت کنندگان به دلیل دارا نبودن ملاک‌های ورود، ۱ نفر به دلیل دارا بودن ملاک‌های خروج و ۳ نفر به دلیل عدم تمایل برای شرکت در این پژوهش از برنامه پژوهش حذف شدند. ۳ شرکت کننده دیگر (دو زن و یک مرد) برای شرکت در مطالعه اعلام آمادگی کرده و فرم رضایت‌نامه کتبی را پر کردند. هر ۳ شرکت کننده به طور همزمان وارد مرحله خط پایه شدند. تفاوت بین شرکت کنندگان در تعداد جلسات خط پایه

1. orientations of happiness
2. Peterson, C.

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 را به صورت هفتگی، مقیاس افسردگی هامیلتون را در مرحله خط پایه و جلسه آخر درمان و مقیاس جهت‌گیری‌های شادکامی را در جلسات خط پایه، جلسه اول، چهارم و جلسه آخر درمان پر کردند. 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. در پایان جلسات و در جلسه پیگیری چهار ماهه، تمام مقیاس‌ها دوباره اجرا شدند. مداخله توسط خود پژوهشگر انجام گرفت. 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.

شیوه درمان: روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری یک شیوه مداخله روانشناختی توسعه یافته/ سازنده^۱ (نزو و نزو، ۲۰۰۸) است که از اضافه کردن مداخلات روانشناختی مبتنی بر مفهوم خیرباوری به پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرا (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶) به دست آمد. برای تدوین این پروتکل، ابتدا بر اساس الگوی شادکامی اسلامی (پسندیده، ۱۳۹۲) که مبتنی بر قرآن و احادیث است و همچنین بر اساس نظر متخصصین این حوزه، تکنیک‌هایی که فرض می‌شد بهتر می‌تواند این مفهوم را به مراجع آموزش دهد، انتخاب شد. بعد از آماده‌شدن پیش‌نویس اولیه تکنیک‌ها و ساختار جلسات درمان، پروتکل چندین بار توسط اساتید و ناظرین طرح مورد بررسی قرار گرفت و نحوه ارائه تکنیک‌ها اصلاح شد. در این مرحله ۳ بار پروتکل اصلاح شد. بعد از اصلاح اساتید و ناظر طرح، پروتکل به ۱۰ نفر از اساتید و متخصصینی که نقشی در پژوهش نداشتند، ارائه

1. additive/constructive

شد تا پروتکل از لحاظ صوری مورد بررسی قرار بگیرد. در این مرحله ۵ بار دیگر، پروتکل اصلاح شد و نقایص آن بر اساس نظر متخصصین اصلاح شد. سپس از همان اساتید خواسته شد تا پروتکل را بر اساس مقیاسی که بر اساس مقیاس ارزیابی پروتکل‌های درمانی توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۳) ساخته شده بود، ارزیابی کنند. توافق بین متخصصین با محاسبه ضریب پایایی ۰/۷۶ به دست آمد. مطالعات ضریب پایایی بالاتر از ۰/۶۰ را قابل قبول می‌دانند (دلاور، ۱۳۸۵). سپس امکان‌پذیری پروتکل بر اساس اینکه چند نفر از شرکت کنندگان جلسات درمان را به پایان رساندند (رتنرمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۵) ۱۰۰ درصد و میزان رضایت مراجعین از درمان را با استفاده از پرسشنامه رضایت مراجع^۲ (کاهلر^۳ و همکاران، ۲۰۱۳) ۷۹ درصد محاسبه شد. روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی اجرا شد. قبل از شروع درمان یک جلسه برای توضیح منطق روان‌درمانی مثبت‌گرا و جهت‌دهی به مراجع انجام گرفت. در جلسه اول برای ایجاد شرایط مناسب برای درک مفهوم خیرباوری و بیدار کردن این مفهوم در ذهن مراجع، ابتدا مفهوم پذیرش بنیادین به عنوان یک روش مقابله‌ای مؤثر به مراجع آموزش داده شد و از او خواسته شد تا سعی کند با رویکردی توصیفی و نه قضاوتی به رویدادهای اطراف خود نگاه کند و در ضمن به ثبت قضاوت‌های منفی خود به صورت روزانه بپردازد. در جلسه دوم تکنیک فاصله گرفتن از قضاوت‌ها به مراجع آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد که تکنیک فاصله گرفتن از قضاوت را به مدت ۵ دقیقه حداقل ۵ بار تا هفته آینده انجام دهد. در جلسه سوم به بحث درباره مفهوم خیرباوری و الگوی ارزیابی خیرگرا پرداخته شد و با گفتگوی سقراطی مراجع به سمت مفهوم خیرباوری سوق داده شد و تکنیک خیرباوری در رویدادهای ناخوشایند نیز به مراجع آموزش داده شد. در جلسه چهارم تکنیک عمل متعهدانه برای داشتن زندگی مبتنی بر ارزش‌ها آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد که مقیاس ارزش‌های زندگی را تکمیل کند. در جلسه پنجم مراجع با توانمندی‌های فردی و فضیلت‌های اخلاقی آشنا شد و یاد گرفت چگونه از این توانمندی‌ها به شیوه نو در زندگی استفاده کند. در جلسه ششم مراجع با هیجان‌های مثبت و نقش آن در کاهش علایم افسردگی آشنا شد و تکنیک "لذت بردن" به او آموزش داده شد و از او خواسته شد که در روزهای بعد از این تکنیک‌ها

1. Krentzman, A. R.

2. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

3. Kahler, C. W.

استفاده کند. همچنین در این جلسه بر اهمیت برقراری رابطه عاطفی با خداوند نیز تأکید شد و تکنیک‌هایی برای تقویت این رابطه نیز به مراجع آموزش داده شد. در جلسه هفتم مراجع با مفهوم قدردانی کردن و نقش آن در کاهش افسردگی آشنا شد و از او خواسته شد تا دو نامه قدردانی یکی برای خداوند و دیگری برای فردی که در زندگی به او مدیون است، بنویسد. در جلسه هشتم مراجع با نقش روابط اجتماعی در کاهش افسردگی آشنا شد و از او خواسته شد کاربردگ مربوط به نحوه پاسخدهی فعال - سازنده را پر کند.

در طرح‌های تک آزمودنی روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از نمودار و تحلیل دیداری^۱ نمودارهاست (لین و گاست، ۲۰۱۴). در تحلیل دیداری، طراز^۲، روند^۳ و ثبات^۴ داده‌ها در مراحل مختلف (خط پایه، مداخله و پیگیری) و مقایسه آنها در بین مراحل مختلف، اساس تحلیل است. همچنین درصد داده‌های غیر همپوش^۵ (PND) و درصد داده‌های همپوش^۶ (POD) برای تعیین میزان کارآمدی درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد (لین و گاست، ۲۰۱۴). برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر مراجع، در مرحله اول با استفاده از داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه‌ی داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه‌ی ثبات^۷ روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. این دو خط بر اساس ۲۰ درصد میانه داده‌ها رسم می‌شود. فاصله و دامنه‌ی بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها رو یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها از روش دو نیم کردن^۸ استفاده شد و محفظه ثبات خط روند نیز بر اساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی رسم شد. PND نشان دهنده‌ی درصد غیر همپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. برای به دست آوردن PND بالاترین داده در مرحله خط پایه مشخص شد و سپس مشخص گردید که چند درصد از داده‌ها در مرحله مداخله بالاتر از بالاترین داده در مرحله خط پایه است. برای به دست آوردن

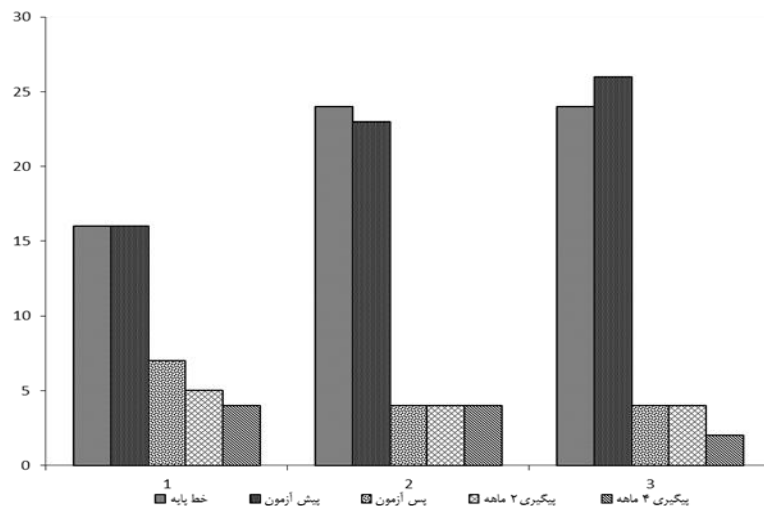
1. visual analysis
2. level
3. trend
4. stability
5. percentage of non-overlapping data
6. percentage of overlapping data
7. stability Envelope
8. split-midd

POD بالاترین داده در مرحله خط پایه مشخص شد و سپس مشخص گردید که چند درصد از داده‌ها در مرحله مداخله مساوی یا پایین‌تر از بالاترین داده در مرحله خط پایه است. هر چه بین دو موقعیت مجاور PND بالاتر (یا POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را کارآمد دانست. در این پژوهش برای محاسبه اندازه اثر^۱ یا درصد بهبودی از روش "میانگین کاهش از خط پایه"^۲ استفاده شد. در این روش میانگین مشاهدات 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.

یافته‌های پژوهش

طراز نمرات مراجعین در مقیاس افسردگی هامیلتون (جدول ۱) نشان می‌دهد که هر سه مراجع در مرحله خط پایه نمره‌ای بالاتر از ۷ را در مقیاس افسردگی هامیلتون به دست آورده‌اند که بیانگر افسردگی متوسط تا شدید مراجعین (راش^۳ و همکاران، ۲۰۰۶) در این مرحله است. روند نمرات هر سه مراجع در این مقیاس در مرحله پیش‌آزمون تغییری نداشته و در مراجع سوّم، علایم اندکی افزایش یافته است. با این حال، بعد از جلسات مداخله و در پس‌آزمون روند نمره هر یک از مراجعان در این مقیاس کاهش قابل توجهی را نشان می‌دهد (نمودار ۱). بخش عمده‌ای از تغییرات به دست آمده در طول دوره پیگیری دو ماهه و چهار ماهه نیز تداوم یافته است. از سوی دیگر، هر سه مراجع در پایان جلسات مداخله و پیگیری چهار ماهه نمره‌ای معادل ۷ یا کمتر در مقیاس افسردگی هامیلتون به دست آورده‌اند که بیانگر معناداری بالینی (راش و همکاران، ۲۰۰۶) طراز نمرات هر سه مراجع در پایان مداخله و دوره پیگیری چهار ماهه است.

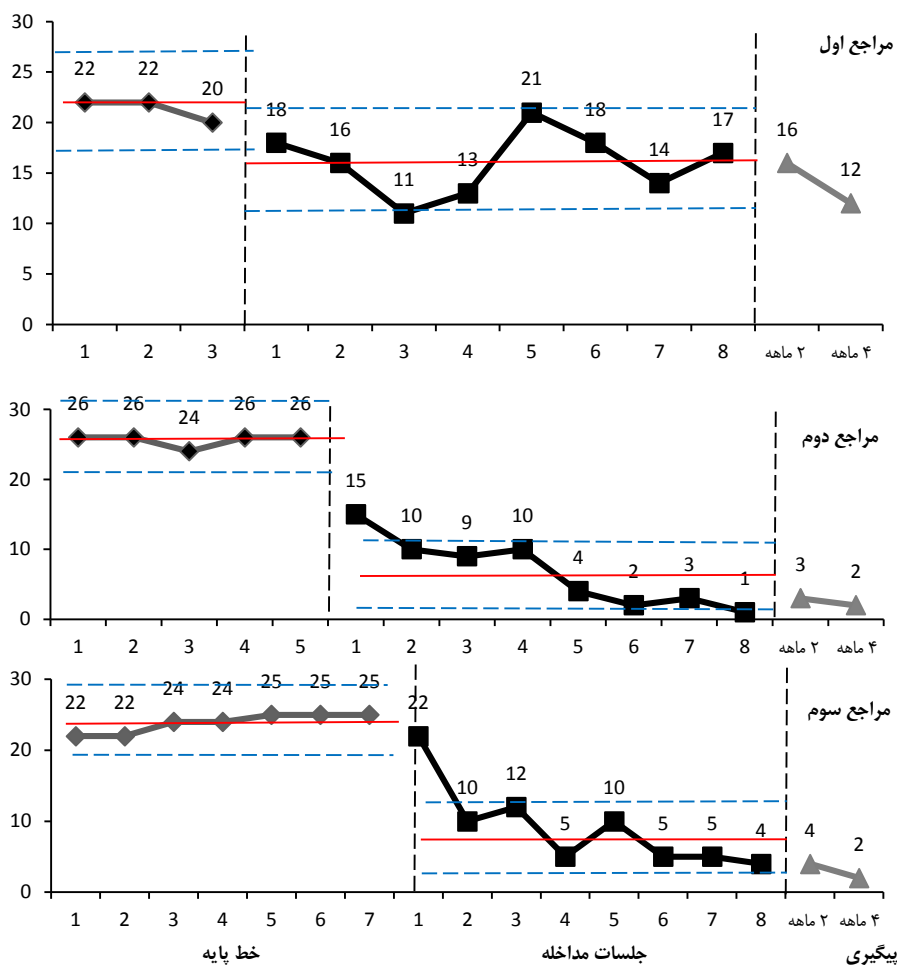
1. effect size
2. Mean Baseline Reduction (MBLR)
3. Rush, A. J.



نمودار ۱. نمرات مراجعین در مقیاس هامیلتون در مرحله خط پایه، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

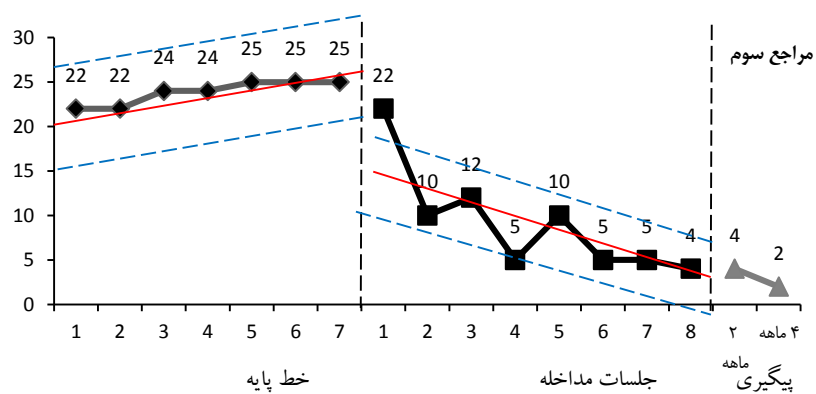
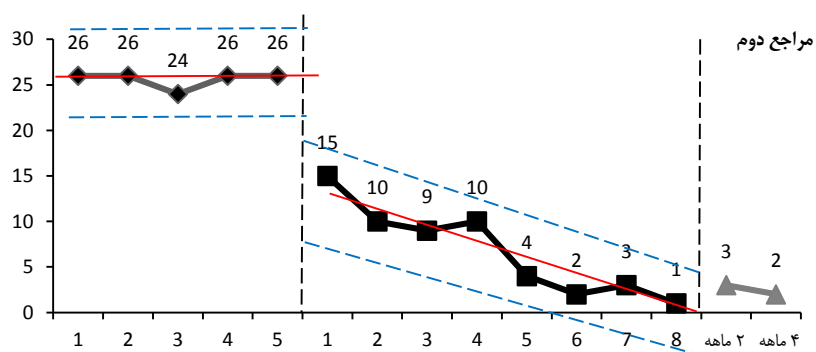
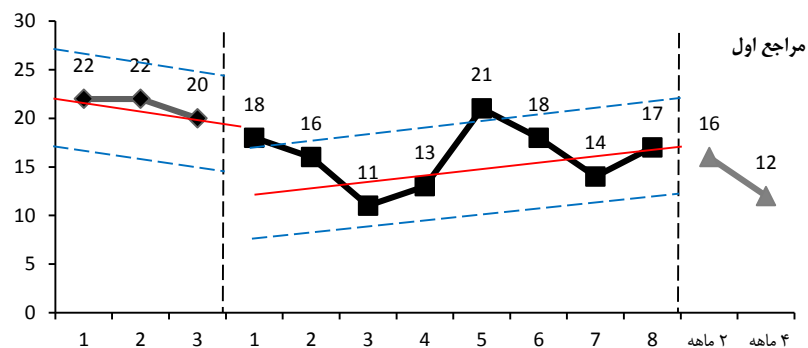
طراز نمرات خام مراجعین در مقیاس افسردگی بک در جدول ۱ نشان می‌دهد که هر سه مراجع در مرحله خط پایه نمره‌ای بالاتر از ۱۴ را در مقیاس افسردگی بک به دست آورده‌اند که بیانگر افسردگی خفیف تا متوسط مراجعین است. خط میانه و محفظه ثبات داده‌ها (نمودار ۲) در مرحله خط پایه و جلسات مداخله نشان می‌دهد که براساس معیار ۸۰-۲۰ درصدی نمرات هر سه مراجع در مرحله خط پایه از ثبات برخوردار است. تغییر طراز نمرات مراجع دوّم و سوّم در مرحله مداخله رو به بهبودی افسردگی و در مراجع اوّل رو به افزایش افسردگی است (نمودار ۲). بر اساس محفظه ثبات خط روند، روند تغییر نمرات هر سه مراجع در مرحله خط پایه و مداخله باثبات است، زیرا ۸۰ درصد داده‌ها در محفظه ثبات قرار دارد. در مرحله مداخله به جز مراجع اوّل روند تغییر نمرات برای سایر مراجعین باثبات است (نمودار ۳). درصد داده‌های غیر همپوش (PND) برای آزمودنی‌ها به ترتیب ۸۷/۵ درصد، ۱۰۰ درصد و ۸۷/۵ درصد و درصد داده‌های همپوش (POD) برای آزمودنی‌ها به ترتیب، ۱۲/۵ درصد، ۰ درصد و ۱۲/۵ درصد است. هر چه درصد داده‌های غیر همپوش بیشتر و درصد داده‌های همپوش کمتر باشد، اثربخشی مداخله برای آزمودنی بیشتر است. بنابراین مداخله برای آزمودنی دوم کارآمدی بیشتری داشته است. بخش عمده‌ای از تغییرات به دست آمده در طول جلسات مداخله در دوره پیگیری چهار ماهه نیز همچنان تداوم یافته است. همچنین، طراز نمرات مراجع دوّم و سوّم در پایان جلسات مداخله و نمرات هر سه مراجع در دوره

پیگیری چهار ماهه در مقیاس افسردگی بک کمتر از ۱۴ (سیگر و همکاران، ۲۰۰۲) است که بیانگر معناداری بالینی کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی در هر سه است. همچنین مراجع دوم و سوم معیارهای سختگیرانه‌تر و دقیق‌تر برای معناداری بالینی (فرانک^۱ و همکاران، ۱۹۹۱) یعنی نمره کمتر از ۸ در مقیاس افسردگی بک را نیز نشان می‌دهند.



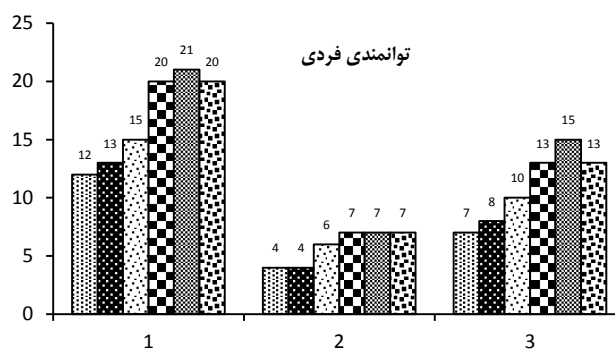
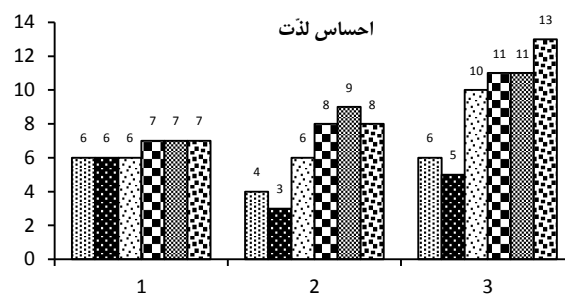
نمودار ۲. خط میانه و محفظه ثبات مراجعین در مقیاس افسردگی بک در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

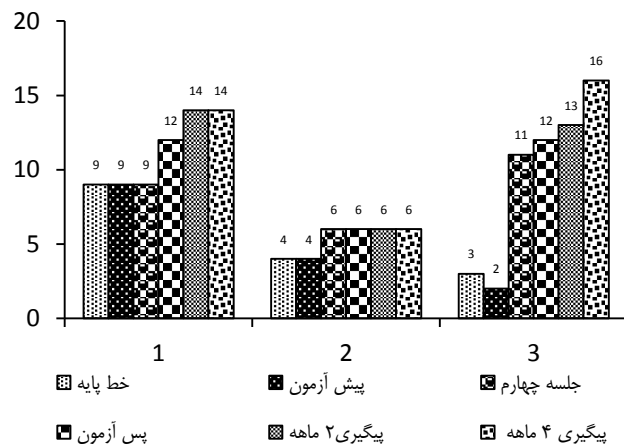
1. Frank, E.



نمودار ۳. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات مراجعین در مقیاس افسردگی بک در مرحله خط پایه و جلسات مداخله و پیگیری

تحلیل متغیرهای فرایند درمان (مکانیزم تأثیر مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا): نمره هر کدام از آزمودنی‌ها در خرده مقیاس احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا در هفته اول خط پایه (پیش آزمون)، جلسه اول، جلسه چهارم و جلسه آخر مداخله (پس آزمون) و ۴ ماه بعد از آخرین جلسه مداخله (پیگیری) در نمودار ۴ نشان داده شده است. براساس نمودار، طراز نمرات هر سه مراجع در این سه خرده مقیاس از مرحله خط پایه تا پیش آزمون تغییر محسوسی نداشته است. با این حال، بعد از جلسات مداخله و در پس آزمون طراز نمره هر سه مراجع در خرده مقیاس احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و افزایش معنا افزایش یافته و روند تغییر نمرات صعودی و رو به بهبود است.





نمودار ۴. نمرات مراجعین در خرده مقیاس‌های جهت‌گیری شادکامی در مرحله خط پایه، پیش آزمون، جلسه چهارم، پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۱. درصد تغییر و نمرات مراجعین در مقیاس‌های مختلف در مرحله خط پایه، جلسات درمان و پیگیری ۴ ماهه

| مراجع | پیش آزمون | پس آزمون | درصد تغییر | پیگیری ۴ ماهه | درصد تغییر | بهبود کلی |
|------------------------|-----------|----------|------------|---------------|------------|-----------|
| مقیاس افسردگی بک | | | | | | |
| ۱ | ۲۲ | ۱۷ | ۲۰ | ۱۲ | ۴۴ | ۷۵ |
| ۲ | ۲۷ | ۱ | ۹۶ | ۲ | ۹۲ | ۷۵ |
| ۳ | ۲۲ | ۴ | ۸۳ | ۲ | ۹۱ | ۷۵ |
| مقیاس افسردگی هامیلتون | | | | | | |
| ۱ | ۱۶ | ۷ | ۵۶ | ۴ | ۷۵ | ۸۵ |
| ۲ | ۲۳ | ۴ | ۸۲ | ۴ | ۸۲ | ۸۵ |
| ۳ | ۲۶ | ۴ | ۸۴ | ۰ | ۱۰۰ | ۸۵ |
| جهت‌گیری (لذت) | | | | | | |
| ۱ | ۶ | ۷ | ۱۶ | ۷ | ۱۶ | ۸۴ |
| ۲ | ۳ | ۸ | ۱۰۰ | ۸ | ۱۰۰ | ۸۴ |
| ۳ | ۵ | ۱۱ | ۱۰۰ | ۱۳ | ۱۳۶ | ۸۴ |
| جهت‌گیری (توانمندی‌ها) | | | | | | |
| ۱ | ۱۳ | ۲۰ | ۶۰ | ۲۰ | ۶۰ | ۷۰ |
| ۲ | ۴ | ۷ | ۷۵ | ۷ | ۷۵ | ۷۰ |
| ۳ | ۷ | ۱۳ | ۷۳ | ۱۳ | ۷۳ | ۷۰ |
| جهت‌گیری (احساس معنا) | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|-----|----|-----|----|---|---|
| ۲۱۵ | ۵۵ | ۱۴ | ۳۴ | ۱۲ | ۹ | ۱ |
| | ۵۰ | ۶ | ۵۰ | ۶ | ۴ | ۲ |
| | ۵۴۰ | ۱۶ | ۳۰۰ | ۱۲ | ۲ | ۳ |

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری (نوفرستی و همکاران، ۱۳۹۴) که یک پروتکل توسعه یافته از روان‌درمانی مثبت‌گرا (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶) است، می‌تواند به عنوان یک مداخله کوتاه‌مدت مؤثر باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی در افراد دارای افسردگی غیربالینی شود. همچنین یافته‌های این پژوهش از این باور که روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری نیز می‌تواند به طور مؤثری از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و به ویژه افزایش احساس معنا باعث کاهش افسردگی می‌شود، حمایت می‌کند. این نتایج با یافته‌های به دست آمده از پژوهش‌های سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶)، سین و همکاران (۲۰۰۹)، پارکر-شینر (۲۰۰۹)، لایوس و همکاران (۲۰۱۱)، سنف و لئو (۲۰۱۳)، بولیر و همکاران (۲۰۱۳)، سرجنت و مانگرین (۲۰۱۴)، مایولینو و کوپیر (۲۰۱۴)، هافمن و همکاران (۲۰۱۴)، لشنی و همکاران (۱۳۹۰)، اصغری‌پور (۱۳۹۰) و براتی‌سده (۱۳۸۸) همگام است. بنابراین به نظر می‌رسد که روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری نیز بدون تأکید بر علائم منفی اختلال و فقط با افزایش احساس لذت (جنبه‌های مادی و معنوی)، مجذوب شدن و تقویت توانمندی‌های فردی و به خصوص احساس معنا در زندگی می‌تواند باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی شود.

آموزش "تکنیک پذیرش بنیادین" و "فاصله گرفتن از قضاوت‌ها" در دو جلسه ابتدای درمان، به مراجع کمک می‌کند که در هنگام رویارویی با موقعیت‌های ناخوشایند و ناکام کننده به جای قضاوت کردن به توصیف آن موقعیت پرداخته و مانع کاهش خلق مراجع که از ویژگی‌های اصلی افسردگی است، شود (لینهان، ۱۹۹۳). افزایش خلق مراجع به فرایندهای حل مسأله مراجع فرصت می‌دهد که او را به سمت روش‌های مقابله مؤثر با موقعیت ناخوشایند سوق دهد. این فرایند باعث شکستن چرخه منفی و در نتیجه کاهش افسردگی می‌شود. آموزش خیرباوری در جلسه سوم با ایجاد یک فکر مثبت می‌تواند به فرآیند ایجاد شده در جلسات قبل کمک کند. تعیین ارزش‌های زندگی مراجع و سپس تبدیل این ارزش‌ها

به اهداف عینی و متعهد شدن مراجع به انجام رفتارهایی که باعث رسیدن او به اهداف برگرفته از ارزش‌های زندگی می‌شود، می‌تواند معنایی خاص به زندگی مراجع داده و باعث ایجاد هیجان مثبت در او شود. لذت بردن از زندگی از طریق افزایش طمأنینه در انجام کارهای روزمره زندگی باعث افزایش خلق و عاطفه مثبت می‌شود. همچنین برقراری ارتباط با خداوند مراجع را به سمت لذت‌های معنوی سوق داده که خود می‌تواند از طریق ایجاد معنا و هیجان مثبت باعث کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و در نهایت رضایت از زندگی شود. ملاقات قدردانی می‌تواند حافظه مراجع را از توجه به جنبه‌های تلخ روابط گذشته به سمت حفظ جنبه‌های مثبت که دوستان و خانواده برای او انجام داده‌اند، متمرکز کند. همچنین نوشتن نامه قدردانی به خداوند مراجع را به این سمت سوق می‌دهد که به جای توجه به ابعاد منفی زندگی خود، بدشانسی‌ها و رویدادهای ناخوشایند به ابعاد مثبت زندگی، خوش‌شانسی‌ها و رویدادهای خوشایند توجه کند. از آنجا که افراد افسرده توجه بیشتری به ابعاد منفی دارند، این تکنیک به آنان کمک می‌کند که از سوگیری‌های حافظه کم کنند و این فرایند خود باعث ایجاد افکار مثبت در مراجع می‌شود. آموزش مراجعین برای پاسخ دادن به یک شیوه فعال و سازنده به اخبار نسبت به دوستان، همکاران و خانواده مهارت‌های اجتماعی آن‌ها را بهبود می‌بخشد. این شیوه پاسخدهی باعث فراخواندن واکنش‌های مناسب دیگران به مراجع شده و باعث ایجاد هیجان مثبت و معنا در مراجع می‌شود و از این طریق به افزایش شادکامی، بهزیستی و رضایت از زندگی می‌پردازد.

از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش تأیید‌کننده آیات و روایاتی است که نشان می‌دهد، رضایت از تقدیر خداوند به طور کلی و پذیرش موقعیت‌های ناخوشایند و صبر کردن در مقابل آن‌ها و شکرگزاری و قدردانی از رویدادهای خوشایند به طور خاص باعث کاهش رنج و اندوه و در نتیجه کاهش افسردگی می‌شود. الگوی اسلامی شادکامی (پسندیده، ۱۳۹۲) چارچوب نظری مناسبی را برای تبیین این نتایج فراهم کرده است. در این الگو رضامندی از کل تقدیر و صبر در تقدیر ناخوشایند و شکر از تقدیر خوشایند، بر پایه اصل «خیر بودن قضا» استوار است. موضوع اساسی صبر، «امور ناخوشایند»ی است که نفس در برابر آنها بی‌تاب می‌شود و به جزع و فزع روی می‌آورد. معنای صبر از دیدگاه روایات، پذیرش سختی است (پسندیده، ۱۳۹۲، ص ۱۸۰). صبر از طریق کاهش فشار روانی و «مهار خلق منفی» موجب رضامندی می‌شود. همچنین این الگو واکنش مؤثر به رویدادهای

خوشایند را قدردانی و شکر کردن می‌داند. سپاس‌گزاری، آرایهٔ نعمت^۱ و دوران خوشایند^۲ است. بهترین^۳ و گرامی‌ترین^۴ بندگان خدا کسانی هستند که وقتی مورد عطا قرار می‌گیرند، شکر می‌کنند. شکر کردن، باعث افزایش هیجان مثبت می‌شود. این بدان جهت است که موضوع شکر، داشته‌های زندگی است و نه کمبودهایش که باعث خلق منفی می‌شود. همچنین این نتایج تأیید کننده آیات و روایاتی است که نشان می‌دهد انجام رفتارهایی که باعث ایجاد هیجان مثبت و شادی می‌شود، می‌تواند باعث از بین رفتن غم و اندوه و افزایش منابع فردی و در نتیجه افزایش شادکامی و رضایت از زندگی گردد. امام علی (ع) در این باره می‌فرماید:

« السُّرورُ يَبْسُطُ النَّفْسَ وَيَثِيرُ النَّشَاطَ »^۵.

همچنین امام کاظم (ع) در مدلی چهار بخشی که برای برنامه‌ریزی ساعات روزانه ارائه کرده‌اند، بخشی از آن را برای مناجات، بخشی دیگر را برای کسب روزی، بخشی دیگر را برای روابط با همکاران و بخشی را نیز برای لذت قرار داده و درباره لذت چنین فرموده‌اند: « زمانی را برای خلوت برای لذت‌های غیر حرام قرار دهید و به وسیله این زمان، توان انجام سه کار نخست را پیدا کنید با برآوردن خواست‌های روای خود تا آنجا که به شخصیت صدمه نزنند و اسراف نباشد، خویشان را از دنیا بهره‌مند سازید و از دنیا در کارهای دینتان کمک بگیرید »^۶.

در نهایت، یافته‌های به دست آمده از این پژوهش، با پژوهش‌های کینگ و ماینر (۲۰۰۰)، لی و همکاران (۲۰۱۴)، غباری‌بناب (۱۳۷۷)، نجفی و همکاران (۱۳۹۴) که نشان می‌دهند مقابله‌های مذهبی از طریق ایجاد احساس معنا و هیجان مثبت باعث کاهش افسردگی

۱. امام علی (ع): الشُّكْرُ زِينَةُ النَّعْمَاءِ.

نیز می‌فرماید: الشُّكْرُ زِينَةُ الْغَنِيِّ (نهج البلاغه، حکمت ۳۴۰؛ الإرشاد، ص ۱۵۸).

۲. امام علی (ع): الشُّكْرُ زِينَةُ الرَّخَاءِ وَحِصْنُ النَّعْمَاءِ (غرر الحکم، ح ۱۳۵۱).

۳. امام باقر (ع): سئِلَ النَّبِيُّ (ص) عَنْ خِيَارِ الْعِبَادِ فَقَالَ: الَّذِينَ إِذَا أَحْسَنُوا اسْتَبَشَرُوا، وَإِذَا أَسَاءُوا اسْتَغْفَرُوا، وَإِذَا أَعْطُوا شَكَرُوا، وَإِذَا ابْتَلُوا صَبَرُوا وَإِذَا غَضِبُوا عَفَرُوا (الكافي، ج ۲، ص ۲۴۰).

۴. وقيل لابي عبد الله (ع): مَنْ أَكْرَمَ الْخَلْقَ عَلَى اللَّهِ؟ قَالَ: مَنْ إِذَا أُعْطِيَ شَكَرَ، وَإِذَا ابْتُلِيَ صَبَرَ (بحار الأنوار، ج ۵۳، ص ۱۸۴، ح ۷۱).

۵. غرر الحکم، ح ۲۰۲۳ به نقل از پسندیده، ۱۳۹۲

۶. ابن شعبه حرانی، ۱۳۸۲

و افزایش شادکامی می‌شوند، همخوان است. افرادی که امور مذهبی را به جا می‌آورند، ممکن است به چهار دلیل شادتر از سایر افراد باشند: اول اینکه، دین یک سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (سلیگمن، ۲۰۰۲). سامانه‌های باور دینی به برخی از افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهند، معنا دهند و به زندگی بعدی که در آن این گونه دشواری‌ها وجود ندارند امیدوار و خوش بین باشند. دوّم اینکه، افراد مؤمن ارتباط عمیقی بین خود با خداوند برقرار می‌کنند و خداوند به یک منبع دل‌بستگی تبدیل می‌شود که می‌تواند در موقعیت‌های غیر قابل کنترل به آن اتکا کنند. سوم اینکه، حضور مرتّب در امور مذهبی و جزو جامعه مذهبی بودن، برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد. سوّم اینکه، پرداختن به مذهب اغلب با سبک زندگی جسمانی و روانی سالم‌تر همراه است که مشخصه آن وفاداری زناشویی، رفتار نودوستانه اجتماع خواه (به جای ارتکاب جرم) اعتدال در تغذیه و مصرف مشروبات و پای‌بندی به کار سخت است. با این حال، مقایسه یافته‌های این پژوهش با پژوهش نوفرستی و همکاران (۱۳۹۴) بیانگر کارآمدی بیشتر روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری نسبت به روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش علایم و نشانه‌های افسردگی است. چند توضیح برای این امر می‌توان در نظر گرفت:

اولین و مهم‌ترین دلیل برای این امر این است که شاید روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری مؤلفه‌هایی دارد که به واقع نقاط ضعف روان‌درمانی مثبت‌گرا را کاهش و کارآمدی این پروتکل را در کاهش علایم افسردگی افزایش داده است. در این پروتکل تکنیک‌های بیشتری برای ایجاد احساس معنا و هدفمندی در زندگی به مراجع آموزش داده شد (یک تکنیک در مطالعه اول و ۶ تکنیک در مطالعه حاضر) و این در حالی است که پژوهش‌ها نشان می‌دهد، تکنیک‌هایی که به افزایش معنا می‌پردازد، بیش از تکنیک‌هایی که به افزایش لذت می‌پردازد، می‌تواند باعث کاهش علایم و نشانه‌های افسردگی و افزایش عاطفه مثبت، شادکامی و بهزیستی شود (هاتا^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ لیوبومرסקی و همکاران، ۲۰۰۵؛ لیوبومرסקی، ۲۰۰۸؛ شولر^۲ و سلیگمن، ۲۰۱۰؛ هول^۳، ۲۰۱۱). تقویت احساس معنا

1. Huta, V.
2. Schueller, S.
3. Hool, K.

منابع فردی و روانشناختی فرد را افزایش دهد در حالی که تقویت لذت چنين منابعی را افزایش نمی‌دهد (شولرو سلیگمن، ۲۰۱۰).

دلیل دوم برای کارآمدی بیشتر پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری نسبت به پروتکل اصلی روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش افسردگی این است که در مطالعه دوم بر مفهوم خیرباوری به عنوان یک مقابله برگرفته از اصول مذهبی در مقابل رویدادهای ناخوشایند در چهار جلسه ابتدایی درمان تأکید شد. به نظر می‌رسد که این تکنیک‌ها باعث تقویت سایر باورها و رفتارهای دینی در مراجعین نیز شده باشد. به عنوان مثال، مراجع سوم که در جلسات اولیه بیان داشت، مدتهاست به دلیل ناامیدی از لطف خدا دیگر به انجام رفتارها و مناسک مذهبی نمی‌پردازد، در پیگیری دو ماهه و چهارماهه نماز خواندن و دعا خواندن را شروع کرده بود و البته این بار نه به این خاطر که بچه‌دار شود، بلکه به این دلیل که خداوند را به خاطر نعمت‌های دیگری که به او داده است، شکرگذاری کند. در مورد این که مقابله‌های مذهبی چگونه به سلامت روانشناختی افراد کمک می‌کند، تبیین‌های مختلفی ارائه شده است. کیم و سیدلیتز^۱ (۲۰۰۲) معتقدند که مذهب به عنوان یک مهارت مقابله‌ای از اثرات مختلف استرس و فشار روانی بر سلامت افراد از طریق تأثیر بر چهار حوزه شناخت، هیجان، رفتار و تعالی محافظت می‌کنند. باورهای معنوی و مذهبی اعتماد به نفس افراد را افزایش می‌دهد و با فراهم نمودن یک دیدگاه اسنادی سازنده به افراد در یافتن معنا و هدف در زندگی کمک می‌کند. باور به زندگی بعد از مرگ به زندگی معنا و جهت می‌دهد و احساس خوش‌بینی و امید را در انسان‌ها زنده نگه می‌دارد. در نهایت، آخرین دلیل برای کارآمدی بیشتر پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در کاهش افسردگی تعداد جلسات مداخله است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که هر چه تعداد جلسات درمان مثبت‌گرا بیشتر باشد، کارآمدی مداخله بیشتر می‌شود (سین و همکاران، ۲۰۰۹؛ بولیر و همکاران، ۲۰۱۳). این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این مداخلات زمانی بیشترین کارآیی را دارند که حداقل ۸ هفته به طول بینجامند.

پژوهش حاضر به دلیل کاربرد پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری به شکل درمان انفرادی در یک فرهنگ متفاوت از فرهنگ غرب در نوع خود بدیع است. با این حال، با توجه به اینکه این پژوهش با ۳ مراجع انجام گرفت، تعمیم‌پذیری دستاوردهای

1. Kim, Y & Seidlitz, L

درمان به سایر افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی امکان پذیر نیست. لذا پیشنهاد می‌گردد که اثربخشی شکل انفرادی این روش درمان با حجم نمونه بیشتر مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- اصغری پور، نگار. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با روان‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش علائم افسردگی اساسی. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی ایران.
- براتی سده، فرید. (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.
- پسندیده، عباس. (۱۳۸۹). بررسی مؤلفه‌های شادکامی در آیات قرآن و روایات اسلامی با توجه به رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا. پایان‌نامه دکتری مدرسی معارف اسلامی. دانشگاه قرآن و حدیث.
- پسندیده، عباس. (۱۳۹۲). الگوی شادکامی اسلامی. قم: موسسه علمی-فرهنگی دارالحدیث.
- غباری بناب، باقر. (۱۳۷۷). مقیاس توکل بر خدا. فصلنامه قیاسات، ۳ (۲): ۲۹.
- غرایبی، بنفشه؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ مهرابی، فریدون. (۱۳۷۹). سبک‌های اسنادی در بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی، ۲۰: ۴۲-۳۷.
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ دابسون، ا. ک. (۱۳۸۴). ساختارهای معنا گذاری طرح واره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۱: ۲۲۵-۲۳۲.
- کرمی‌نوری، رضا؛ مکری، آذرخش؛ محمدی‌فر، محمد؛ یزدانی، اسماعیل. (۱۳۸۱). مطالعه عوامل مؤثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران. مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۳۲ (۱): ۴۲-۳.
- لشنی، زینب؛ شعیری، محمدرضا؛ اصغری‌مقدم، محمدعلی؛ گلزاری، محمود. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش راهبردهای شاکرانه بر گسترش عواطف مثبت و شادکامی. مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۴ (۱): ۱۵۱-۱۳۵.

مخبر، نغمه؛ آذرپژوه، محمد رضا؛ اصغری پور، نگار. (۱۳۹۲). تأثیر درمان با سیتالوپرام بر افسردگی و وضعیت شناختی بیماران مبتلا به سکته مغزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۰ (۱): ۶-۶۱۴.

نجفی، محمود؛ احدی، حسن؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی. (۱۳۹۴). مدل پیش‌بین رضامندی زندگی براساس سازه‌های روانشناسی مثبت‌گرا. *مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۲۱ (۶): ۳۱-۵۹.

نوفروستی، اعظم؛ روشن، رسول؛ فتی، لادن؛ حسن آبادی، حمید رضا؛ پسندیده، عباس. (۱۳۹۴). توسعه، امکان‌پذیری و نتایج مقدماتی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در افراد دارای افسردگی غیربالینی: مطالعه تک آزمودنی چند خط پایه. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.) (DSM-5). Arlington, VA: Author.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- 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: 119-130.
- Cipani, E. (2009). *Practical research methods for educators*. Springer Publishing.
- Cozby, P. C. (2009). *Methods in behavioral research* (10th ed.). John Wiley & Sons.
- Diener, E., Helliwell, J. F., & Kahneman, D. K. (2010). *International Differences in Well-Being*. Oxford University Press.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 851-864.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49: 71-75.
- Diener, E., Suh, E. M., Smith, H., Shao, L. (1995). National differences in reported well-being: Why do they occur? *Social Indicators Research*, 34, 7-32.
- Frank, E., Prien, R., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W., et al. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48: 851-855.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., Dal Grande, E., Taylor, A.W. (2004). Sub syndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Psychiatry Epidemiology*, 39(4):3-298.

- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 23: 56–62.
- Hool, K. (2011). Character strengths, life satisfaction and orientations to happiness – a study of the Nordic countries. *Master thesis in health promotion and health psychology*. Faculty of psychology, University of Bergen.
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Healy, B. C., Boehm, J. K., Kashdan, T. B., Celano, C. M., Denninger, J. W., Lyubomirsky, S. (2014). Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(1): 88-94.
- Huta, V., Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. P. (2006). *Life satisfaction and pleasant, engaged and meaningful life*. Manuscript submitted for publication.
- Kahler, C. W., Spillane, N. S. Elise, A. Clerkin, D. M., Parks, A. Leventhal, A. M., Brown, R. A. (2013). Positive psychotherapy for smoking cessation: Treatment development, feasibility, and preliminary results. *The Journal of Positive Psychology*. [http:// dx. doi. org/ 10. 1080/ 17439760. 2013. 826716](http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2013.826716).
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289: 3095-3105.
- Kim, Y., Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderates the effect stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Differences*, 32: 377- 1390.
- King, L. A. & Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic life event: implication for physical health. *Personality and social psychology bulletin*, 26: 220-230.
- Krentzman, A. R., Mannella, K. A., Hassett, A. L., Barnett, N. P. Cranford, J. A., Brower, M. K., Higgins, J. M., Meyer, P. S. (2015). Feasibility, acceptability, and impact of a web-based gratitude exercise among individuals in outpatient treatment for alcohol use disorder. *The Journal of Positive Psychology*. DOI: 10.1080/17439760.2015.1015158.
- 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.
- Lee, M., Nezu, A. M., Nezu, C. M. (2014). Positive and negative religious coping, depressive symptom, and quality of life in people with HIV. *Journal of behavioral medicine*, 37, (5): 921-930
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., Zeiss, A. (2000). Clinical implications of “subthreshold” depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 345–351.

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lyness, J. M., Heo, M., Datto, C. J., Ten Have, T. R., Katz, I. R., Drayer, R., Reynolds, C. F., Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L. (2006). Outcomes of minor and sub syndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Annals of Internal Medicine*, 144: 496–504.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9: 111–131.
- Maiolino, N. B., Kuiper, N. A. (2014). Integrating Humor and Positive Psychology Approaches to Psychological Well-Being. *Europe's Journal of Psychology*, 10(3): 557–570.
- 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.
- Nelson, S. K. & Lyubomirsky, S. (2012). Finding happiness: Tailoring positive activities for optimal well-being benefits. To appear in M. Tugade, M. Shiota, & L. Kirby (Eds.), *Handbook of positive emotions*. New York: Guilford.
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2008). *Evidence-based outcome research: A Practical Guide to Conducting Randomized Controlled Trials for Psychosocial Interventions*. New York: Oxford.
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasemi, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.
- Parks-Sheiner, A. C. (2009). *Positive psychotherapy: building a model of empirically supported self- help*. A dissertation in psychology, Presented to the Faculties of the University of Pennsylvania.
- 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.
- Rashid, T. (2014). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive psychology*. [http:// dx. doi. org/ 10.1080/ 17439760. 2014. 920411](http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2014.920411)
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). Positive Psychotherapy In R. J. Corsini & D. Wedding, *Current Psychotherapies*, (10th Edition). Belmont, CA: Cengage.
- Rucci, P., Gherardi, S., Tansella, M., Piccinelli, M., Berardi, D., Bisoffi, G., et al. (2003). Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorder*, 76: 171–81.
- Rush, A. J., Kraemer, H. C., Sackeim, H. A., Fava, M., Trivedi, M. H., Frank, E., Ninan, P. T., Thase, M. E., Gelenberg, A. J., Kupfer, D. J., Regier, D.

- A., Rosenbaum, J. F., Ray, O., & Schatzberg, A. F. (2006). Report by the ANCP task force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 31: 1841–1853.
- Schueller, S. M. & Seligman, M. E. P. (2010): Pursuit of pleasure, engagement, and meaning: Relationships to subjective and objective measures of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4): 253-263
- 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 Fulfilling*. 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.
- Senf. K., & Liau, 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: 25-35.
- 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, and J. Nakamura. *Applied positive psychology*. New york: Rotelge.
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53: 80-93.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98: 219–235.
- World Health Organization. (2011). Mental Health: Depression. Online document at: www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ Accessed January, 30.