

تدوین مدل روان درمانی مثبت یکپارچه نگر و مقایسه اثربخشی آن با روان درمانی شناختی رفتاری و روان درمانی مثبت در کاهش علائم افسردگی بزرگسالان  
Developing an integrative model of positive psychotherapy and comparing its effectiveness with CBT, and PPT in improvement of depressive symptoms among individuals with major depression

**Dr. Ata Tehranchi**

Assistant Professor, Department of Psychology, Imam Reza International University, Mashhad, Iran.

**Hamid Taher Neshatdoost\***

Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

[h.neshat@edu.ui.ac.ir](mailto:h.neshat@edu.ui.ac.ir)

**Dr. Shole Amiri**

Associate Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

**Dr. Mick Power**

Emeritus Professor, Department of Psychology, National University of Singapore.

**دکتر عطا طهرانچی**

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه بین المللی امام رضا، مشهد، ایران.

**دکتر حمیدطاہر نشاط دوست** (نویسنده مسئول)

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان اصفهان، ایران.

**دکتر شعله امیری**

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

**دکتر میک پاور**

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه ملی سنگاپور.

**Abstract**

Positive psychotherapy has some efficiencies in the treatment of depression but its effectiveness can be increased through technical and theoretical integration. The aim of the present study is to develop an integrative treatment model and comparing its effectiveness with positive psychotherapy and cognitive behavioral therapy. The research design is quasi-experimental. The population consists of all individuals with major depression in the city of Mashhad. One hundred twenty participants with major depression were included in the present study. They were allocated in four groups of integrative positive psychotherapy, positive psychotherapy, cognitive behavioral therapy, and control group. All participants responded to the dysfunctional attitudes scale (Beck & Weissman 1978), Beck Depression Inventory (1979), and Values In Action-Inventory of Strengths (Peterson & Seligman 2004). The data were analyzed through covariance analysis. No significant difference was found between the three intervention groups in the post-test. However, all intervention groups demonstrated significant differences with the control group in the post-test. In follow-up, integrative positive psychotherapy demonstrated higher effectiveness in relapse prevention in comparison to other treatments. findings of the present study demonstrated that clinical application of some character strengths can improve the effectiveness of treatment in relapse prevention.

**Keywords:** Mindf integrative positive psychotherapy, cognitive behavioral therapy, positive psychotherapy, depression, dysfunctional attitudes.

**چکیده**

رواندرمانی مثبت در درمان افسردگی مزایایی دارد ولی اثربخشی آن را با یکپارچه سازی نظری و تکنیکی می توان افزایش داد. هدف این پژوهش تدوین مدل درمانی یکپارچه نگر و مقایسه آن با رواندرمانی مثبت و درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی می باشد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه آماری شامل کلیه ی افراد مبتلا به افسردگی اساسی در شهر مشهد بود. صد و چهل و پنج فرد مبتلا به افسردگی اساسی به صورت داوطلبانه در پژوهش حاضر شرکت کردند. شرکت کنندگان در سه گروه رواندرمانی مثبت یکپارچه، رواندرمانی مثبت، و رواندرمانی شناختی رفتاری و گروه گواه قرار گرفتند و پرسشنامه جمعیت شناختی، مقیاس نگرشهای ناکارآمد (بک و وایسمن، ۱۹۷۸)، و سیاهه افسردگی بک (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶)، و مقیاس هیجان های اساسی (پاور، ۲۰۰۶) را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تفاوت معناداری در اثربخشی سه گروه مداخله در پس آزمون وجود نداشت اما هر سه گروه مداخله از گروه گواه اثربخشی بیشتری داشتند ( $p < .001$ ). در پیگیری شش ماهه رواندرمانی مثبت یکپارچه نگر نسبت به سایر روشهای درمانی در کاهش عود مجدد اثربخشی بیشتری داشت ( $p < .001$ ). نتایج این پژوهش نشان دادند که کاربست بالینی برخی توانمندیهای شخصیت موجب بهبود اثربخشی درمان در عود مجدد افسردگی می شود.

**واژه های کلیدی:** رواندرمانی مثبت یکپارچه نگر، درمان شناختی رفتاری، رواندرمانی مثبت، افسردگی، نگرش ناکارآمد.

تقریباً هفت درصد از افراد بالغ در ایالات متحده از یکی از انواع اختلالات افسردگی رنج می‌برند (توب-شیف و لاول<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸، کسلر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). این میزان شیوع در کانادا، انگلستان، فرانسه و بسیاری از کشورهای دیگر نیز مشاهده شده است (واسیلیادیس، لسج، آدیر، وانگ و کسلر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). افراد در هر سنی ممکن است از افسردگی رنج ببرند. با این وجود در اکثر کشورها افراد در دهه چهلیم زندگی شان بیشتر احتمال دارد که به این اختلال مبتلا شوند (بلنچ فلور و اسوالد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). میانگین سنی برای آغاز افسردگی در آمریکا ۳۴ سال است که در هر نسل کاهش یافته است. مطالعات جهانی نیز نشان داده است که خطر ابتلا به افسردگی از سال ۱۹۱۵ به صورت مداوم افزایش یافته است (دروتس و تاد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ وایسمن<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). با توجه به فراگیر بودن افسردگی، مداخلات روانشناختی متعددی برای درمان افسردگی طراحی شده است که متداول‌ترین آن درمان شناختی رفتاری می‌باشد. نظریه پردازان شناختی باور دارند که افراد مبتلا به افسردگی به صورت مداوم رویدادها را به صورت منفی پردازش می‌کنند و چنین ادراکاتی منجر به اختلال افسردگی می‌شوند. بر اساس دیدگاه بک به جای تعارضات زیربنایی یا کاهش پاداشهای مثبت، تفکر منفی در مرکز سبب شناسی افسردگی قرار دارد (بک و ویسار<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸؛ بک، ۲۰۰۲). سایر نظریه پردازان شناختی مثل آلبرت الیس نیز بر تفکر غیرانطباقی به عنوان علت اصلی افسردگی تاکید کرده اند اما نظریه بک بیشتر از سایر نظریه ها به این اختلال مرتبط می‌باشد. به گفته بک، نگرشهای غیرانطباقی، مثلت شناختی، خطا در تفکر و افکار خودکار مجموعاً منجر به افسردگی می‌شوند.

بسیاری از مطالعات شواهدی در تایید مدل بک ارائه داده اند. بسیاری از آنها تایید کرده اند که افراد افسرد نگرشهای ناکارآمد دارند و هر چه این نگرشها بیشتر باشند احتمال افسردگی آنها بیشتر می‌شوند (ایوانز، هرون، لویس، آرایا و ولک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵؛ ویسمن و مک گاروی<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵). پژوهشهای دیگر نیز نشان داده اند که مثلث شناختی در افراد افسرده وجود دارد (ریدوت، آستل، رید، گلن و کارول<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳). شواهد متعددی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اختلال افسردگی را نیز نشان داده اند (انجمن روانشناسی استرالیا، ۲۰۱۸). یکی از مشکلات مهم در درمان افسردگی عود مجدد است (سگال، تیزدل و ویلیامز<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۲). در راستای کاهش عود مجدد و بهبود درمان افسردگی روشهای درمانی دیگری ارائه شده اند که روان‌درمانی مثبت از آن جمله است.

سلیگمن<sup>۱۲</sup>، پارکز<sup>۱۳</sup> و رشید<sup>۱۴</sup> رویکردی تحت عنوان روان‌درمانی مثبت تدوین نمودند که در دو قالب گروهی و انفرادی برای درمان افسردگی اجرا می‌شود (رشید، ۲۰۱۴). روان‌درمانی مثبت سه فرضیه زیربنایی درباره ماهیت، علت و درمان اختلالات دارد. نخست اینکه آسیب شناسی روانی به این دلیل ایجاد می‌شود که ظرفیتهای درونی افراد برای رشد و بهزیستی توسط عوامل روانی و اجتماعی-فرهنگی محدود می‌گردد. بهزیستی و آسیب دیدگی روانی درون مراجعان به صورت ذاتی وجود ندارند بلکه از تعامل پیچیده میان مراجع و محیط ایجاد می‌گردند. زمانیکه این تعامل ناکارآمد می‌گردد رشد مراجع محدود شده و علائم آشفتگی روانی آشکار می‌گردد. به بیان دیگر آسیب دیدگی روانی هویدا می‌شود که رشد و بهزیستی نقصان می‌یابد. روان‌درمانی فرصتی بی‌همتا برای شناسایی یا بازبایی ظرفیت

<sup>1</sup> Taube-schiff & Lau

<sup>2</sup> Kessler

<sup>3</sup> Vasiliadis, Lesage, Adair, Wang, & Kessler

<sup>4</sup> Blenchflower & Oswald

<sup>5</sup> Drevets & Todd

<sup>6</sup> Weissman

<sup>7</sup> Beck & Weishaar

<sup>8</sup> Evans, Heron, Lewis, Araya & Wolke

<sup>9</sup> Whisman & McGarvey

<sup>10</sup> Ridout, Astell, Reid, Glen & Carroll

<sup>11</sup> Segal, Teasdale & Williams

<sup>12</sup> Seligman

<sup>13</sup> Parks

<sup>14</sup> Rashid

رشد مراجعان فراهم می‌آورد. بررسی جنبه‌های منفی زندگی فرد اهمیت دارد اما رشد از طریق ارزیابی، شناسایی و ساخت توانمندیها رخ می‌دهد. شواهد نشان داده است که حتی در شرایط دشوار زندگی توانمندی نقش کلیدی در رشد دارد (سیری، هلمن و سیلور<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). دوم اینکه روان‌درمانی مثبت هیجان‌ات مثبت و توانمندیها را به اندازه‌ی علائم بیماری و اختلالات، اصیل و به خودی خود ارزشمند می‌داند. توانمندیها به معنای مکانیسمهای دفاعی نیستند. مفاهیمی همچون صداقت، همکاری، سپاسگزاری، و محبت به اندازه فریب، رقابت، حرص، خساست و نگرانی واقعی هستند. فقدان بیماری روانی ضرورتاً به معنای حضور بهزیستی نیست (کیز و ادواردو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). کاهش دادن علائم بیماری به خودی خود منجر به بهزیستی نمی‌شود. با این وجود، افزایش توانمندیها ممکن است زندگی مراجعان را رضایت بخش کرده و به این ترتیب احتمال بازگشت مجدد علائم بیماری را در آینده کاهش می‌دهد.

سومین و آخرین فرضیه زیربنایی روان‌درمانی مثبت این است که روابط موثر درمانی از طریق بحث درباره‌ی خصوصیات و تجربیات مثبت فردی ایجاد می‌شوند. تمام مراجعان به تحلیل و بحث عمیق درباره‌ی مشکلاتشان نیازی ندارند. در روان‌درمانی مثبت بحث درباره‌ی مشکلات بی‌ارزش دانسته نمی‌شود اما نتیجه درمانی علاوه بر بحث درباره مشکلات به هیجان‌ها و تجربه‌های مثبت مرتبط است (برتون و کینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ اسکیل، دیویس، و هندرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲).

روان‌درمانی مثبت به جای آنکه بر کاهش هیجان‌ات و شناختهای ناکارآمد تاکید کند سعی می‌نماید به مراجع کمک کند تا توانمندیهای شخصیت خود را بالفعل نماید. بارور سازی توانمندیهای شخصیت منجر به بهبود بیمار مبتلا به افسردگی می‌شود. برخی از شواهد پژوهشی اثربخشی روان‌درمانی مثبت را در مقایسه با درمان متعارف، دارودرمانی و برخی روشهای درمانی دیگر نشان داده اند (سلیگمن، رشید و پارکز، ۲۰۰۶؛ سلیگمن، استین، پارک و پیترسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ جیناپولوس و ولابوردیک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱؛ مون‌گرین و آنسلمومیتوس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲؛ رشید، اولیازک، استوانفسکی، گولامانی و کاظمی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). اما برخی دیگر از مطالعات نشان داده اند که روان‌درمانی مثبت در مقایسه با درمانهای متعارف همچون درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری ندارد (اصغری پور، فرید، ارشدی و صاحبی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). از سوی دیگر یک فراتحلیل نشان داده است که مداخلات مثبت اثربخشی متوسطی در کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی دارند (سین و لیومیرسکی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹). فراتحلیل دیگر نیز نشان داده است که اثربخشی روان‌درمانی مثبت در ارتقاء بهزیستی متوسط اما در درمان افسردگی اندک است (بولیر، هاورمن، وسترهوف، ریپر، اسمیت و بوهلمیر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۳). اگر نقطه ضعف اکثر روان‌درمانی‌های متعارف عدم توجه به نقاط مثبت و بهزیستی مراجع باشد متقابلاً می‌توان نقطه ضعف روان‌درمانی مثبت را عدم توجه به مشکلات و ناهنجاریهای روانی بیمار دانست. در واقع سلیگمن (۲۰۱۲) نیز تلفیق تکنیکهای روان‌شناسی مثبت و روانشناسی بالینی را برای درمان بیمار بهترین گزینه می‌داند و می‌گوید: (( هر انسانی و هر بیماری می‌خواهد شاد باشد و این هدف مشروع زمانی محقق می‌شود که کاستن از رنج با ساختن بهزیستی همراه گردد. درمان به نظر من باید از تمام امکانات برای کاهش رنج- داروها و روان‌درمانی- به همراه روان‌شناسی مثبت استفاده نماید )) (صفحه ۱۲۱). از سوی دیگر باوجودیکه روان‌درمانی مثبت بارورسازی توانمندی‌های شخصیت را هدف درمان در نظر می‌گیرد اما برخی از توانمندیهای شخصیت در فرایند درمان مغفول واقع شده اند. به عنوان مثال در روان‌درمانی مثبت تاکید زیادی بر ایجاد حس سپاسگزاری در زندگی می‌شود که البته به عنوان یکی از توانمندی‌های شخصیتی در کاهش علائم افسردگی موثر است اما توانمندی تفکر نقاد که دارای پشتوانه پژوهشی در کاهش علائم افسردگی می‌باشد مورد توجه قرار نگرفته است. بنابراین یکپارچه سازی روشهای درمانی در حیطه‌ی درمانهای متعارف بالینی و روان‌درمانی مثبت ممکن است به افزایش اثربخشی درمان منجر شود. چنین فرایندی می‌تواند در حیطه‌ی التقاط تکنیکهای درمانی باشد و یا از آن فراتر رفته و یکپارچه سازی نظری را نیز در بر بگیرد.

<sup>1</sup> Seery, Holman & Silver

<sup>2</sup> Keys & Eduardo

<sup>3</sup> Burton & King

<sup>4</sup> Scheel, Davis & Henderson

<sup>5</sup> Seligman, Steen, Park & Peterson

<sup>6</sup> Giannopoulos & Vella-Brodrick

<sup>7</sup> Mongrain & Anselmo-Matthews

<sup>8</sup> Rashid, Uliaszek, Stevanovski, Gulamani, & Kazemi

<sup>9</sup> Sin & Lyubomirsky

<sup>10</sup> Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit, & Bohlmeijer

تدوین مدل روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر و مقایسه اثربخشی آن با روان‌درمانی شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت در کاهش علائم افسردگی بزرگسالان  
Developing an integrative model of positive psychotherapy and comparing its effectiveness with CBT ...

یکپارچه سازی روان‌درمانی های متعارف در روانشناسی بالینی و روان‌درمانی مثبت در پژوهشهای پیشین نیز مورد توجه قرار گرفته است. وود و تریر<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) پیشنهاداتی برای بکارگیری تکنیک های روان شناسی مثبت در کنار روان شناسی بالینی ارائه کرده البته مدل درمانی منسجمی برای این منظور طراحی نکرده است. تلفیق روان‌درمانی مثبت و روان‌درمانی شناختی رفتاری به صورت یک مدل التقاطی توسط بنینک<sup>۲</sup> (۲۰۱۳) ارائه شده است. وی جنبه هایی از روان‌درمانی مثبت و روان‌درمانی راه حل مدار را در روان‌درمانی شناختی رفتاری ادغام کرده که البته به یکپارچه سازی نظری منجر نشده است.

در پژوهش حاضر برای یکپارچه سازی نظری از یک مدل آسیب شناسی افسردگی استفاده شد که در پژوهش پیشین مورد تایید قرار گرفته است. یافته های پژوهش پیشین در یک معادله ساختاری نشان داده اند که ضعف در هفت توانمندی تفکر نقاد، هوش هیجانی، سرزندگی، سپاسگزاری، بخشش، امید و معنویت از طریق افزایش دو نگرش ناکارآمد کمال گرایی و نیاز به تایید دیگران، و کاهش هیجان های مثبت موجب افزایش عاطفه منفی می شوند. تشدید عاطفه منفی نهایتاً به بروز و افزایش علائم افسردگی می انجامد (طهرانچی، نشاط دوست، امیری و پاور، ۲۰۱۸). بدین ترتیب با توجه به این مدل آسیب شناسی، در فرایند درمان هر کدام از هفت توانمندی مذکور هدف درمان قرار می گیرند. درمانگر نقش هر کدام از توانمندیها را در نگرشهای ناکارآمد ناکارآمد و هیجان های مثبت و منفی بررسی می نماید و از طریق تقویت این توانمندیها به بهبود افسردگی کمک می نماید.

در روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر برای هر کدام از توانمندیهای مذکور یک واحد درمانی تعریف شده است. با توجه به اینکه هوش هیجانی از لحاظ معنایی در پیوند با بسیاری از توانمندیهای شخصیت است واحد درمانی مجزایی برای آن تعریف نشده است و مفاهیم مربوط به هوش هیجانی همراه با توانمندی بخشش در یک واحد درمانی قرار می گیرد. از تکنیکهای شناختی رفتاری، شناخت درمانی هیجان مدار و روان‌درمانی مثبت در واحدهای درمانی استفاده می شود. تعداد جلسات در هر کدام از واحدهای درمانی با توجه به تکنیکهای مورد نیاز تعریف گردیده است و مجموعاً چهارده جلسه می باشد. فرض پژوهش حاضر این است روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر در مقایسه با دو روش روان‌درمانی مثبت و درمان شناختی رفتاری، اثربخشی بیشتری در کاهش علائم افسردگی افراد مبتلا به افسردگی اساسی در پس آزمون و پیگیری دارد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای بررسی اثربخشی سه روش درمانی شناختی رفتاری، روان‌درمانی مثبت، و روان‌درمانی مثبت یکپارچه استفاده شد. در این بخش پروتکل درمانی با توجه به مدل آسیب شناسی افسردگی (طهرانچی، نشاط دوست، امیری، پاور، ۲۰۱۸)، و تکنیکهای درمان شناختی رفتاری، شناخت درمانی هیجان مدار و روان‌درمانی مثبت طراحی شد. جامعه آماری شامل کلیه ی افراد مبتلا به افسردگی اساسی در شهر مشهد بود. مجموعاً صد و چهل و پنج نفر پس از رضایت آگاهانه به صورت داوطلبانه در پژوهش حاضر شرکت کردند. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در چهار گروه قرار گرفتند. در فرایند مداخله هفت نفر از گروه درمان شناختی رفتاری، هشت نفر از گروه روان‌درمانی مثبت، پنج نفر از گروه روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر و پنج نفر از گروه کنترل ریزش داشتند. نهایتاً سی نفر در هر گروه پژوهشی قرار گرفتند. شرکت کنندگان توسط پنج درمانگر تحت درمان قرار گرفتند. جلسات آموزشی مجزا با هر کدام از درمانگران برای شناخت بهتر روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر توسط نویسنده اول این پژوهش انجام شد. تعداد جلسات آموزشی بین پنج تا ده جلسه متغیر بود. به منظور اطمینان یافتن از اجرای دقیق پروتکل‌های درمانی برخی از جلسات درمانگران به صورت تصادفی با رضایت مراجع ضبط گردید و پس از ترجمه به زبان انگلیسی توسط نویسنده چهارم مطالعه حاضر مورد بررسی قرار گرفت. ملاک های ورود شامل ابتلا به افسردگی اساسی بر اساس ملاک های DSM-5، سن بالای ۱۸ سال، و رضایت آگاهانه برای شرکت در مداخله یا لیست انتظار بود. ملاکهای خروج شامل ابتلای همزمان به سایر اختلالات روانپزشکی، استفاده از داروهای روانپزشکی، شرکت در جلسات درمانی یا مشاوره خارج از چهارچوب مداخله مورد مطالعه، و عدم حضور در جلسات درمانی بیش از سه جلسه بود. متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در گروه های مورد مطالعه به شرح زیر بود.

<sup>1</sup> Wood & Tarrrier

<sup>2</sup> Bannink

متوسط سن شرکت کنندگان در گروه شناختی رفتاری ۳۰/۱۰ سال و سهم مردان در این گروه ۱۴ نفر (۴۶/۷٪) و سهم زنان ۱۶ نفر (۵۳/۳٪) بود. ۳۶/۷٪ از شرکت کنندگان در این گروه شاغل و ۶۳/۳٪ بیکار بودند. در این گروه ۲۱ نفر (۷۰٪) متأهل، شش نفر (۲۰٪) مجرد و سه نفر (۱۰٪) مطلقه بودند. متوسط سن شرکت کنندگان در گروه روان‌درمانی مثبت ۳۰/۳۶ سال و سهم مردان در این گروه ۱۳ نفر (۴۳/۳٪) و سهم زنان ۱۷ نفر (۵۶/۷٪) بود. ۴۰٪ از شرکت کنندگان در این گروه شاغل و ۶۰٪ بیکار بودند. در این گروه ۲۲ نفر (۷۳/۳٪) متأهل، ۵ نفر (۱۶/۷٪) مجرد و ۳ نفر (۱۰٪) مطلقه بودند. متوسط سن شرکت کنندگان در گروه روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر ۳۰/۵۰ سال و سهم مردان در این گروه ۱۲ نفر (۴۰٪) و سهم زنان ۱۸ نفر (۶۰٪) بود. ۴۳/۷٪ از شرکت کنندگان در این گروه شاغل و ۵۶/۳٪ بیکار بودند. در این گروه ۲۳ نفر (۷۶/۷٪) متأهل، ۴ نفر (۱۳/۳٪) مجرد و ۳ نفر (۱۰٪) مطلقه بودند. متوسط سن شرکت کنندگان در گروه کنترل ۲۸/۷۳ سال و سهم مردان در این گروه ۱۴ نفر (۴۶/۷٪) و سهم زنان ۱۶ نفر (۵۳/۳٪) بود. ۳۳/۳٪ از شرکت کنندگان در این گروه شاغل و ۶۶/۷٪ بیکار بودند. در این گروه ۲۰ نفر (۶۶/۷٪) متأهل، ۶ نفر (۲۰٪) مجرد و ۴ نفر (۱۳٪) مطلقه بودند.

شرکت کنندگان پس از آگاهی و رضایت از فرایند پژوهش به مجموعه‌ای از پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و در سه گروه روان‌درمانی مثبت یکپارچه، روان‌درمانی مثبت، و درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. برخی از شرکت کنندگان به عنوان گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند و نهایتاً درمان را دریافت کردند. شرکت کنندگان به پرسشنامه‌های پژوهش حاضر در پس آزمون پاسخ دادند. شرکت کنندگان در گروه گواه پس از دوازده هفته درمان را دریافت کردند. بدین ترتیب در پیگیری شش ماهه تنها سه گروه مداخله مورد آزمون قرار گرفتند. در پیگیری به دلیل عدم همکاری بسیاری از شرکت کنندگان در پاسخ دهی به پرسشنامه‌ها، فقط سیاهه افسردگی بک تکمیل شد. بدین ترتیب برای تحلیل داده‌ها از دو روش تحلیل کوواریانس و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS-22 استفاده شد. روان‌درمانی مثبت یکپارچه به صورت چهارده جلسه‌ای و درمان انفرادی تدوین شده است.

#### جدول ۱: شرح مختصر جلسات روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر

واحد درمانی	شرح محتوای جلسات
تفکر نقاد	جلسه یکم: شناسایی افکار و نگرشهای ناکارآمد خصوصاً کمال گرایی و نیاز به تایید دیگران جلسه دوم: چالش شناختی با افکار و نگرشهای ناکارآمد جلسه سوم: جایگزین کردن افکار ناکارآمد با افکار کارآمد
بخشش/هوش هیجانی	جلسه یکم: شناسایی رویداد دردناک و هیجانهای مرتبط جلسه دوم: کمک به ابراز هیجانها از طریق تکنیکهای هیجانی مثل صندلی خالی جلسه سوم: بازسازی شناختی از طریق چهارچوب دهی مجدد
امید	جلسه یکم: مفهوم امید با جزئیات بررسی می‌شود. مراجع به موقعیتهایی فکر می‌کند که برخی چیزها از دست رفته است و فرصتهای جدیدی پدیدار شده است. جلسه دوم: شناسایی اهداف زندگی جلسه سوم: بررسی موانع و فرصتهای رسیدن به اهداف در آینده
سرزندگی	جلسه یکم: فعالیتهای مورد علاقه مراجع شناسایی شده و ترغیب می‌شود که این فعالیتهای را پیگیری نماید جلسه دوم: تاثیر فعالیتهای لذت بخش بررسی می‌شود و تاثیر این فعالیتهای بر هیجان مراجع بررسی میشود. موانع احتمالی در اجرای فعالیتهای بررسی شده و راه حل مناسب پیدا می‌شود.
سپاسگزاری	یک جلسه: اهمیت سپاسگزاری در ایجاد هیجانهای مثبت و سلامت روان بررسی می‌شود. تمرین سه رویداد مثبت به مراجع آموزش داده می‌شود و از وی می‌خواهیم که در منزل این تمرین را انجام دهد.
معنویت	جلسه یکم: شناسایی ارزشهای زندگی و مفهوم ارزشمندی فردی جلسه دوم: میراث فرد در زندگی بررسی می‌شود و با همکاری مراجع مسائل مهم زندگی همچون امر قدسی و معناداری مورد بررسی قرار می‌گیرند. تمرین میراث مثبت به مراجع داده می‌شود که در منزل انجام دهد.

همانطور که در جدول یک مشاهده می‌شود برای هر واحد درمانی جلساتی در نظر گرفته شده است. تکنیکهای شناختی رفتاری برای برخی از واحدهای درمانی شامل تفکر نقاد، سرزندگی، و امید استفاده شد. برای واحد درمانی سپاسگزاری از تکنیک روان‌درمانی مثبت

تدوین مدل روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر و مقایسه اثربخشی آن با روان‌درمانی شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت در کاهش علائم افسردگی بزرگسالان  
Developing an integrative model of positive psychotherapy and comparing its effectiveness with CBT ...

استفاده شد. در واحدهای درمانی دیگر شامل بخشش و معنویت تکنیک‌های مربوط به شناخت درمانی هیجان مدار و روان‌درمانی مثبت استفاده شده است. برای سایر مداخلات در پژوهش حاضر، پروتکل روان‌درمانی مثبت انفرادی در قالب چهارده جلسه (سلیگمن، رشید، پارکز، ۲۰۰۶)، و برنامه روان‌درمانی شناختی رفتاری انفرادی در قالب دوازده جلسه (مونوز و میراندا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶) مورد استفاده قرار گرفت.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی:** در این پرسشنامه که توسط پژوهشگر ساخته شده است از شرکت کنندگان خواسته می‌شود که به سوالاتی همچون سن، جنس، وضعیت تاهل و تحصیلات پاسخ گویند.

**سیاهه افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI-II):** این پرسشنامه نسخه تجدید نظر شده پرسشنامه افسردگی بک می‌باشد (بک، استیر<sup>۳</sup>، براون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶) و از بیست و یک سوال تشکیل شده است. نمره نهایی از جمع نمرات تمام سوالات به دست می‌آید. نمرات هدفه تا بیست به عنوان افسردگی بالینی در نظر گرفته می‌شود. بر حسب نمرات BDI میزان افسردگی به صورت متوسط (۲۱-۳۰)، شدید (۳۰-۴۰) و خیلی شدید (بالای ۴۰) تعریف می‌گردد. این مقیاس به زبان فارسی ترجمه شده و همسانی درونی (α=۰/۸۷) و پایایی آزمون-بازآزمون (r=۰/۷۴) خوبی را نشان داده است (قاسم زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵). همسانی درونی این آزمون در مطالعه حاضر نیز خوب بود (α=۰/۸۱).

**مقیاس نگرشهای ناکارآمد<sup>۵</sup>-۴۰ فرم A (DAS-40):** این مقیاس برای اندازه‌گیری نگرشهای ناکارآمد طراحی شده است و از چهل گویه تشکیل شده است. نمرات بیشتر نشان دهنده نگرشهای ناکارآمد بیشتر می‌باشند. این پرسشنامه از دو زیرمقیاس تحت عنوان کمال‌گرایی و نیاز به تایید و همچنین یک نمره کل تشکیل شده است. همسانی درونی و پایایی آزمون-بازآزمون برای مقیاس نگرشهای ناکارآمد و تمام زیرمقیاسها مطلوب گزارش شده است (کین، الینگر، گاتلیب و کوپیر<sup>۶</sup>، ۱۹۸۶؛ الیور و بامگارت<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵). نسخه فارسی DAS-A نیز همسانی درونی و پایایی مطلوبی نشان داده است (ابراهیمی، ۲۰۰۹). همسانی درونی نمره کل (α=۰/۸۰) و دو زیرمقیاس کمال‌گرایی (α=۰/۸۱) و نیاز به تایید (α=۰/۸۷) در پژوهش حاضر مطلوب بوده است.

**مقیاس هیجانات اساسی<sup>۸</sup> (BES):** این مقیاس توسط پاور (۲۰۰۶) با پنج زیرمقیاس خشم، غم، نفرت، اضطراب و شادی ساخته شده است. بیست آیتم دارد (چهار آیتم برای هر زیرمقیاس). همسانی درونی برای تمام زیرمقیاسها بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (پاور، ۲۰۰۶). تحلیل عاملی تاییدی نشان داده است که مدل پنج عاملی که با یکدیگر همبستگی داشته باشند بیشترین برازش را در گروه دانشجویی و افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب داشته است (پاور، ۲۰۰۶؛ پاور و تارسیا، ۲۰۰۷). اعتباریابی این پرسشنامه در ایران نیز مدل پنج عاملی هیجان را تایید کرده است (طهرانچی، نشاط دوست، امیری و پاور، ۲۰۱۸). یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان دادند که مدل پنج عاملی در جامعه ایرانی بیشترین برازش را دارد. همسانی درونی پنج زیرمقیاس بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۷ به دست آمد. در مطالعه حاضر با توجه به مدل آسیب‌شناسی، دو متغیر نفرت و غم در پس آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفتند.

### یافته‌ها

به منظور بررسی همسانی گروه‌ها، متغیرهای موجود در پژوهش حاضر بین گروه‌های مورد مطالعه با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس یک‌راهه و خی دو بررسی شد. بین چهار گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری در جنسیت، وضعیت تاهل و اشتغال وجود ندارد. یافته‌ها نشان دادند که تنها در دو هیجان اساسی ترس و خشم بین چهار گروه مورد مطالعه تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < ۰/۰۳$ ،  $p < ۰/۰۵$ ).

<sup>1</sup> Munoz & Miranda

<sup>2</sup> Beck Depression Inventory-II

<sup>3</sup> Steer

<sup>4</sup> Brown

<sup>5</sup> Dysfunctional Attitudes Scale

<sup>6</sup> Cane, Gotlib, Olinger & Kuiper

<sup>7</sup> Oliver & Baumgart

<sup>8</sup> Basic Emotions Scale

توجه به تفاوت معنادار بین گروه های مورد مطالعه در دو متغیر ترس و خشم از آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه (ANCOVA) استفاده شد. پیش فرضهای آزمون کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. یافته های به دست آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان دادند که داده های مربوط به نمرات افسردگی در گروه های مورد مطالعه توزیع نرمال دارند. همچنین داده پرت در مجموعه نمرات آزمودنی ها مشاهده نشد. پیش فرض دیگر آنکوا که مربوط به خطی بودن رابطه بین متغیرهای کوواریت و متغیر وابسته در هر کدام از سطوح متغیر مستقل مورد تایید قرار گرفت. پیش فرضهای دیگر همچون همسانی واریانسها و شیب خطوط رگرسیون نیز مورد تایید قرار گرفت. نتایج نشان دادند که بین چهار گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد.

**جدول ۲: تحلیل کوواریانس بین چهار گروه مورد مطالعه در میزان افسردگی، نگرشهای ناکارآمد و هیجان های منفی در پس آزمون**

متغیرهای مورد مطالعه	مورد درمان شناختی رفتاری	رواندرمانی مثبت	رواندرمانی مثبت	مشبت	گروه گواه	F	مجذور
	میانگین، (انحراف استاندارد)	میانگین، (انحراف استاندارد)	میانگین، (انحراف استاندارد)	یکپارچه	میانگین، (انحراف استاندارد)		اتا
میزان افسردگی	۶/۵۳، (۳/۵۵) الف	۵/۳۰، (۳/۴۳) الف	۷/۱۳، (۳/۴۷) الف	۳۱/۰۶، (۹/۶۱) ب	۹۶/۲۲ #	۰/۸۰	
نگرشهای ناکارآمد	۱۱۹/۰۶، (۲۲/۰۲) الف	۱۲۰/۰۳، (۲۴/۱۳) الف	۱۲۱/۱۵، (۲۱/۰۸) الف	۱۴۴/۷۶، (۲۵/۶۷) ب	۳۵/۱۲ #	۰/۷۹	
غم	۵/۰، (۳/۱۵) الف	۶/۲، (۳/۴) الف	۵/۳، (۲/۱۳) الف	۱۸/۵، (۵/۲) ب	۶/۴۲ #	۰/۸۰	
نفرت	۵/۸، (۱/۶) الف	۷/۰، (۲/۳) الف	۶/۳، (۳/۰) الف	۲۰/۰، (۳/۴) ب	۷/۱۳ #	۰/۷۷	

# ۰/۰۰۱ < p، الف و ب نشانگر گروه هایی هستند که با یکدیگر تفاوت معنادار دارند

از آزمون تعقیبی بنفرونی برای بررسی تفاوت معنادار بین هر کدام از گروه های دوگانه استفاده شد. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود بین هر کدام از سه گروه آزمایش و گروه کنترل در میزان افسردگی، نگرشهای ناکارآمد و هیجان های غم و نفرت تفاوت معنادار وجود دارد. بدین ترتیب تمام روشهای درمانی در مقایسه با گروه گواه عملکرد مناسبی در کاهش متغیرهای مذکور داشتند. البته بین سه گروه آزمایش در متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

**جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد سه بار اندازه گیری نمرات افسردگی بین سه گروه آزمایش**

گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
شناختی رفتاری	۳۰	۳۵/۱۳ (۱۱/۶۴)	۶/۵۳ (۳/۵۵)	۱۵/۱۳ (۴/۸۴)
رواندرمانی مثبت	۳۰	۲۸/۸۳ (۱۰/۶۲)	۵/۳۰ (۳/۴۳)	۱۵/۴۳ (۶/۷۳)
رواندرمانی مثبت یکپارچه نگر	۳۰	۳۳/۱۶ (۱۰/۵۷)	۳/۴۷ (۷/۱۳)	۵/۵۰ (۴/۰۸)

در پیگیری شش ماهه میزان افسردگی سه گروه مداخله شامل درمان شناختی رفتاری، رواندرمانی مثبت، و رواندرمانی مثبت یکپارچه نگر توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (Repeated Measure ANOVA). مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون M باکس نشان داد که تساوی همگنی ماتریس واریانس-کواریانس برقرار است. همچنین نتایج آزمون لیون نیز موید برابری واریانسها بود. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می گردد میانگین نمرات افسردگی در پس آزمون کاهش قابل ملاحظه ای داشته است اما در دو گروه شناختی رفتاری و رواندرمانی مثبت نمرات افسردگی در پیگیری افزایش یافته اند.

**جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه گیری مکرر برای اثرات بین گروهی و تعاملی**

تاثیر عوامل	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
عامل	۰/۰۵	۶۸۸/۱۲	۲	۸۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱
عامل و گروه	۰/۴۱	۲۳/۹۷	۴	۱۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱

تدوین مدل روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر و مقایسه اثربخشی آن با روان‌درمانی شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت در کاهش علائم افسردگی بزرگسالان  
Developing an integrative model of positive psychotherapy and comparing its effectiveness with CBT ...

نتایج تحلیل واریانس بااندازه‌گیری مکرر با عامل درون آزمودنی نمرات افسردگی و عامل بین آزمودنی گروه‌های مداخله نشان داد که نمرات افسردگی در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با یکدیگر دارند (جدول ۴). نتایج آزمون موجلی نشان داد که عامل کرویت مورد تایید نیست ( $p < 0/001$ ). بنابراین از تصحیح آزمون گرین‌هاوس-گایسر برای ارزیابی عوامل بین آزمودنی و درون آزمودنی استفاده شد. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد یافته‌ها نشان می‌دهند که بین گروه‌های مورد مطالعه در سطح درون آزمودنی و بین آزمودنی تفاوت معناداری وجود دارند.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس بین آزمودنیها و درون آزمودنیها با اندازه‌گیری های مکرر

منبع تغییرات	Df	MS	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
بین آزمودنی						
گروه	۲	۳۱۲/۵۱	۳/۸۳	۰/۰۲	۰/۰۸	۰/۶۸
خطا	۸۷	۸۱/۵۸				
درون آزمودنی						
عامل	۱/۲۷	۲۶۵۵۷/۹۳	۵۰۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱
عامل و گروه	۲/۵۳	۷۷۳/۱۶	۱۴/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱
خطا (عامل)	۱۱۰/۶۳	۵۲/۱۱				

به منظور بررسی دقیقتر تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان دادند که بین دو گروه روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر و درمان شناختی رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/002$ ). بدین ترتیب در مرحله پیگیری نمرات افسردگی در دو گروه شناختی رفتاری (CBT) و روان‌درمانی مثبت (PPT) نسبت به مرحله پس‌آزمون افزایش یافته‌اند در حالیکه نمرات افسردگی در گروه روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر (IPPT) تفاوت نکرده‌اند.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر تدوین پروتکل روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر با استفاده از داده‌های مدل آسیب‌شناسی مرتبط با افسردگی اساسی بود. با توجه به مدل آسیب‌شناسی پیشنهادی مداخله‌ای چهارده جلسه‌ای تدوین گردید. در این مداخله شش واحد درمانی برای بارور سازی توانمندیهای شخصیت تدوین شده است. اولویت به کارگیری واحدهای درمانی با توجه به ارزیابی اولیه تعیین می‌شود. اثربخشی پروتکل درمانی پیشنهادی در پژوهش حاضر با درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت مقایسه شدند. یافته‌ها نشان دادند که بین گروه کنترل و سایر گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد اما بین سه گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. همراستا با این یافته‌ها برخی از مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که رویکردهای مختلف روان‌درمانی در درمان افسردگی اثربخشی یکسانی دارند (رابینسون، برمن و نیمیر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). بدین ترتیب اثربخشی مداخلات مختلف در پژوهش حاضر احتمالاً با توجه به عوامل مشترک درمان صورت گرفته است و رویکرد درمانگر نقشی در افزایش اثربخشی درمان در پس‌آزمون نداشته است.

نتایج مطالعه حاضر در پیگیری نشان داد که عود مجدد علائم افسردگی در گروه روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر نسبت به گروه‌های دیگر کمتر بود که با یکی از فرضیه‌های پژوهش حاضر هماهنگ است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به نقش توانمندی‌های شخصیت در بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی اشاره کرد. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که افراد افسرده در شناسایی و پذیرش هیجانهای منفی مشکل دارند (رود و مک‌کارتی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) که نهایتاً به سرکوب هیجانها، نشخواردهنی و فاجعه‌سازی منجر می‌شوند (کمپیل-سیلز، بارلو، براون و هافمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). در روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر از راهبردهای مختلف برای تقویت تنظیم هیجانی استفاده می‌شود. به عنوان مثال برای تقویت توانمندی بخشش، درمانگر به مراجع کمک می‌کند که هیجان‌های منفی همچون خشم و نفرت را شناسایی کند و در

<sup>1</sup> Robinson, Berman & Neimeyer

<sup>2</sup> Rude & McCarthy

<sup>3</sup> Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann

جلسه درمان ابراز نماید. همچنین در این جلسات مراجع با رویدادهای دردناک گذشته مواجه می‌شود و در صورت لزوم چهارچوب دهی مجدد انجام می‌دهد. در جلسات مربوط به تفکر نقاد نیز شناختهای ناکارآمد در ارتباط با هیجان‌های منفی شناسایی شده و با شناختهای کارآمد جایگزین می‌شوند. بدین ترتیب مراجع تجربه‌های درونی خود همچون افکار منفی، خشم و نفرت را بهتر می‌تواند بپذیرد. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که تغییر رابطه فرد افسرده با تجربه‌های درونی همچون هیجانها، افکار و حواس بدنی به کاهش عود مجدد در افسردگی کمک می‌نماید (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد افسرده هیجان‌های مثبت را نیز سرکوب می‌کنند (بلیو، فرناندو، کلوک، گرین استروف، آخن برنر و دریسن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). تقویت توانمندیهای سپاسگزاری، امید و سرزندگی احتمالا در افزایش هیجان‌های مثبت نقش دارند. مطالعه پیشین نشان داده است که در سبب شناسی افسردگی کاهش هیجان‌های مثبت به صورت غیرمستقیم از طریق افزایش هیجان‌های منفی به بروز علائم افسردگی کمک می‌نماید (طهرانچی، نشاط دوست، امیری و پاور، ۲۰۱۸). بدین ترتیب تقویت توانمندی‌های مذکور علاوه بر افزایش هیجان مثبت به صورت غیرمستقیم در تنظیم هیجان‌های منفی نیز اثرگذار است. از سوی دیگر افزایش توانمندیهای شخصیت احتمالا موجب بهبود راهبردهای مقابله‌ای در افراد افسرده می‌شود. مطالعه پیشین نشان داده است که توانمندی امید به بهبود راهبردهای مقابله‌ای کنش محور و کاهش راهبردهای اجتنابی کمک می‌کند (اسنایدر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). تقویت امید همچنین عاملیت را به عنوان یکی از مولفه‌های اصلی امید افزایش می‌دهد (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۹). افزایش عاملیت در مراجع می‌تواند اعتماد به نفس وی را در مواجهه با هیجان‌ها و اجرای راه حل‌های مناسب افزایش دهد.

تقویت توانمندی معنویت نیز احتمالا در کاهش عود مجدد افسردگی نقش مهمی دارد. افراد افسرده عموماً از احساس پوچی و بی‌معنایی در زندگی رنج می‌برند. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که تقویت اعتقادات مذهبی و کمک به افراد افسرده برای ارتباط با مفاهیم معنوی در کاهش علائم افسردگی نقش زیادی دارد (کوئینگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). در روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر تلاش می‌شود که پرداختن به مسائل معنوی با اعتقادات مراجع هماهنگ باشد زیرا توصیه کردن مسائل معنوی برای افرادی که اعتقادات دینی ندارند و یا نسبت به مفاهیم دینی خشمگین هستند نتیجه مناسبی ندارد (کوئینگ، ۲۰۰۷). بدین ترتیب در این رویکرد درمانگر با مشارکت مراجع مفهوم معنویت و شیوه‌های ارتباط معنوی را تعریف می‌نماید و از طریق تقویت باورهای معنوی به وی کمک می‌نماید در برابر استرس‌های محیطی و احتمال عود مجدد افسردگی توانایی بیشتری داشته باشد.

انعطاف‌پذیری در جلسات درمان یکی دیگر از دلایل احتمالی اثربخشی رویکرد روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر در کاهش عود مجدد افسردگی است. در این رویکرد، جلسات درمانی با توجه به نیاز مراجع در واحدهای درمانی جداگانه ارائه می‌شوند. تنظیم جلسات درمان با ویژگی‌های مراجع و نوع مشکلات وی می‌تواند عمق درمان را بیشتر کرده و مدت تاثیر درمان را افزایش دهد. استفاده از واحدهای درمانی مجزا با توجه به نیاز مراجع بیشتر در درمان شناختی رفتاری برای اختلال بدشکلی بدن و اختلالات اضطرابی نیز استفاده شده است و اثربخشی مطلوبی داشته است (ویلhelm، فیلیپس، فاما، گرینبرگ و استیکیت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱؛ بکر، بکر و گینزبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). در روان‌درمانی مثبت نیز هماهنگ‌سازی تمرینهای درمانی با ویژگی‌ها و نیازهای مراجع با اثربخشی بیشتر در درمان همراه بوده است (شولر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). با توجه به مطالب فوق‌الذکر به نظر می‌رسد که روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر با ایجاد تاب‌آوری و افزایش عزت نفس توانسته است مقاومت افراد را در برابر نشانه‌های افسردگی همچون خلق منفی و هجوم افکار ناکارآمد افزایش دهد. در این راستا در "درمان شناختی رفتاری مبتنی بر توانمندیها"<sup>۸</sup> نیز از توانمندیهای شخصیت برای ایجاد یک مدل شخصی در راستای تاب‌آوری هیجانی استفاده می‌شود (پادسکی و مونی<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). بهبود تاب‌آوری هیجانی با برخی متغیرها همچون عزت نفس، تنظیم هیجانی و دلبستگی ایمن ارتباط دارد (پادسکی و مونی، ۲۰۱۲). نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تمرکز بر نشانه‌های بالینی و افکار منفی یا تمرکز بر نقاط قوت و

<sup>1</sup> Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis

<sup>2</sup> Beblo, Fernando, Klocke, Gripenstroh, Aschenbrenner & Driessen

<sup>3</sup> Snyder

<sup>4</sup> Koing

<sup>5</sup> Wilhelm, Phillips, Fama, Greenberg & Steketee

<sup>6</sup> Becker, Becker & Ginsburg

<sup>7</sup> Schueller

<sup>8</sup> Padesky & Mooney

تدوین مدل روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر و مقایسه اثربخشی آن با روان‌درمانی شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت در کاهش علائم افسردگی بزرگسالان  
Developing an integrative model of positive psychotherapy and comparing its effectiveness with CBT ...

توانمندیها به تنهایی برای ایجاد تاب‌آوری و کاهش عود مجدد افسردگی کافی نیستند. می‌توان با گفته سلیگمن (۲۰۱۲) همراهی نمود که درمان کامل زمانی محقق می‌شود که کاستن از رنج انسان با ساختن بهزیستی همراه گردد. در پایان به برخی محدودیتهای پژوهش حاضر اشاره می‌شود. نخست اینکه در پژوهش حاضر امکان ارزیابی نگرشهای ناکارآمد و هیجان‌های منفی در مرحله پیگیری به دلیل عدم همراهی مراجعان امکان پذیر نشد که محدودیتی در تبیین چگونگی اثربخشی شیوه‌های درمانی ایجاد می‌نماید. دوم اینکه اجرای مداخله حاضر در برخی از مراکز مشاوره شهر مشهد انجام شده است که امکان تعمیم نتایج را دشوار می‌نماید. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در شهرهای دیگر با بافت اجتماعی و فرهنگی متفاوت اجرا گردد. سوم آنکه به دلیل محدودیتهای زمانی و اجرایی، توانمندیهای شخصیت در پژوهش حاضر مورد ارزیابی قرار نگرفت. پیشنهاد می‌شود که پژوهشهای آتی با استفاده از روشهای کمی و کیفی توانمندیهای شخصیت را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار دهند تا سازوکار اثربخشی روشهای مختلف روان‌درمانی با دقت بیشتری ارزیابی شوند. در پایان پیشنهاد می‌شود به منظور ارزیابی دقیق‌تر اثربخشی روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر، مولفه‌های اثربخش احتمالی همچون راهبردهای تنظیم هیجانی یا مدل شخصی تاب‌آوری با استفاده از روشهای کیفی و تحلیل محتوای درمان ارزیابی و بررسی گردند.

## منابع

- ابراهیمی، ا.، نشاط دوست، ح.ط.، کلانتری، م.، مولوی، ح.، اسدالهی، ق.ع. (۱۳۸۶). سهم مقیاس نگرشهای ناکارآمد و خرده مقیاس‌های سلامت عمومی در پیش‌بینی و نسبت شانس ابتلا به افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۴، ۵۸-۵۲.
- Asgharipoor, N., Farid, A. A., Arshadi, H., & Sahebi, A. (2010). A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6, 33-41.
- Australian Psychological Association (2018). Evidence based psychological interventions in the treatment of mental disorders: a review of the literature.
- Bannink, F.P. (2014). Positive CBT: from reducing distress to building success. *J. Contemp. Psychother.* 44, 1-8. Doi:10.1007/s10879-013-9239-7
- Beck, A.T. (2002). Cognitive models of depression. In R.L Leahy & E.T Dowd (Eds). *Clinical advances in cognitive psychotherapy: theory and application* (pp 29-61). New York: Springer.
- Beck, A.T., & Weishaar, M.E. (2008). Cognitive therapy. In R.J Corsini & D Wedding (Eds), *current psychotherapies (8th ed)*. Belmont, CA: Brooks Cole.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becker, E.M., Becker, K.D. & Ginsburg, G.S. (2012). Modular Cognitive Behavioral Therapy for Youth with Anxiety Disorders: A Closer Look at the Use of Specific Modules and their Relation to Treatment Process and Response. *School Mental Health* 4, 243-253. <https://doi.org/10.1007/s12310-012-9080-2>
- Beblo, T., Fernando, S., Klocke, S., Gripenstroh, J., Aschenbrenner, S., & Driessen, M. (2012). Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *Journal Of Affective Disorders*, 141, 474-479.
- Blanchflower, D.G., & Oswald, A. (2007). *Is well-being U-shaped over the lifecycle?* (NBER working Paper No. 12935). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Burton, C. M., & King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality*, 38(2), 150-163.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Cane, D. B., Olinger, J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 307-309. Doi:10.1002/1097-4679(198603)42:2<307::AID-JCLP2270420213>3.0.CO;2-J
- Drevets, W.C., & Todd, R.D. (2005). Depression, mania, and related disorders. In E.H. Rubin & C.F.Zorumuski (Eds), *Adult psychiatry (2nd ed., pp. 91-129)*. Oxford, England: Blackwell Publishing.
- Evans, J., Heron, J., Lewis, G., Araya, R., & Wolke, D. (2005). Negative self-schemas and the onset of depression in women: longitudinal study. *Brit. J. Psychiat*, 186(4), 302-307.

- Ghassemzadeh, H. Mojtabai, R. Karamghadiri, N., Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory. 2<sup>nd</sup> ed: BDI-II. *Journal of Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Giannopoulos, V. L. & Vella-Brodrick, D. A. (2011). Effects of positive interventions and orientations to happiness on subjective well-being. *Journal of Positive Psychology*, 6, 95-105. doi:10.1080/17439760.2010.545428
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., Faraone, S.V., et al. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from national comorbidity survey replication. *Boil. Psychiat*, 57(11), 1442-1451.
- Keys, C.L.M., & Eduardo, J.S (2012). To flourish or not: level of positive mental health predicts ten-year all cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102, 2164-2172.
- Koenig, H.G. (2007). Spirituality and depression: a look at the evidence. *Southern Medical Journal*, 100(7), 737.
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al. (2005). *Journal of Clinical Psychology*. 68 (4), 382-389.
- Munoz, R. F., & Miranda, J. (2000). Individual Therapy Manual for Cognitive-Behavioral Treatment of Depression. Santa Monica, CA: RAND Corporation. [https://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1198z6.html](https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1198z6.html). Also available in print form.
- Oliver, J.M, Baumgart, E.P. (1985). The dysfunctional attitudes scale: psychometric properties and relation to depression in an unselected adult population. *Cognitive therapy and research*, 9, 161-167. Doi: <https://doi.org/10.1007/BF01204847>
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A fourstep model to build resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 283-290.
- Power, M. J. (2006). The structure of emotion: An empirical comparison of six models. *Cognition and Emotion*, 20, 694-713. <https://doi.org/10.1080/02699930500367925>
- Power, M.J., & Tarsia, M. (2007). Basic and complex emotions in depression and anxiety. *Clin. Psychol. Psychother.* 14, 19-31. Doi: 10.1002/cpp.515
- Rashid, T. (2014). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *J. Posit. Psychol.* 10, 25-40. Doi:10.1080/17439760.2014.920411
- Rashid, T., Uliaszek, A., Stevanovski, S., Gulamani, T., & Kazemi, F. (2013, June). Comparing effectiveness of positive psychotherapy (PPT) with dialectical behavior therapy (DBT): Results of a randomized clinical trial. Poster presented at the Third International Positive Psychology Congress. Los Angeles, CA.
- Ridout, N., Astell, A.J., Reid, I.C., Glen, T., & O Carroll, R.E. (2003). Memory bias for emotional facial expressions in major depression. *Cog. Emo*, 17(1), 101-122.
- Robinson, L.A., Berman, J.S., Neimeyer, R.A. (1999). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108(1), 30-49.
- Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Scheel, M. J., Davis, C. K., & Henderson, J. D. (2013). Therapist use of client strengths: A qualitative study of positive processes. *The Counseling Psychologist*, 41(3), 392-427.
- Schueller, S. (2010). Preferences for positive psychology exercises. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 192-203. 10.1080/17439761003790948.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Seery, M.D., Holman, E.A., & Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resistance. *Journal of personality and social psychology*, 99, 1025-1041.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Seligman, M.E.P. (2012). *Flourish: a new visionary understanding of happiness*. New York: Free Press.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487. doi:10.1002/jclp.20593
- Taube-Schiff, M., & Lau, M.A (2008). Major depressive disorder. In M. Hersen & J. Rosqvist (Eds), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment*, Vol.1: Adults (pp. 319-351). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Tehranchi A, Neshat Doost HT, Amiri S, Power MJ. (2018). The role of character strengths in depression: a structural equation model. *Front Psychol*, 9, 1-11. doi:10.3389/fpsyg.2018.01609

تدوین مدل روان‌درمانی مثبت یکپارچه نگر و مقایسه اثربخشی آن با روان‌درمانی شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت در کاهش علائم افسردگی بزرگسالان  
 Developing an integrative model of positive psychotherapy and comparing its effectiveness with CBT ...

- Tehranchi A, Neshat Doost HT, Amiri S, Power MJ. (2018). Analysis of Emotions and Dysfunctional Attitudes in Depression. *Japanese Psychological Research*, 61(3), 166-178. doi.org/10.1111/jpr.12220
- Vasiliadis, H.M., Lesage, A., Adair, C., Wang, P.S., & Kessler, R.C. (2007). Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services? *Psychiatr. Serv*, 58(1), 63-71.
- Weissman, M.M., et al. (1992). The changing rate of major depression: cross-national comparisons. Cross-national collaborative group. *JAMA*, 268(21), 3098-3105.
- Whisman, M.A., & McGarvey, A.L. (1995). Attachment, depressotypic cognitions, and dysphoria. *Cog. The. Res*, 19(6), 633-650.
- Wilhelm, S., Phillips, K.A., Fama, J.M., Greenberg, J.L., Steketee, G. (2011). Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*, 42(4), 624-633.
- Wood, A.M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clin. Psychol. Rev*, 30, 819-82. Doi: [10.1016/j.cpr.2010.06.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003)