



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی
گروه آموزشی روان‌شناسی

رساله برای دریافت درجه‌ی دکترای تخصصی
در رشته‌ی روان‌شناسی

عنوان:

مقایسه اثربخشی دو رویکرد روان‌درمانی گروهی مثبت‌گرا و شناختی رفتاری در
درمان دانش‌آموزان افسرده

اساتید راهنما:

دکتر محمد نریمانی

استاد مشاور:

دکتر نیلوفر میکائیلی

پژوهشگر:

سید تیمور سیدی اصل

نام خانوادگی دانشجو: سیدی اصل	نام: سید تیمور
عنوان پایان‌نامه: مقایسه اثربخشی دو رویکرد روان‌درمانی مثبت‌گرا و شناختی رفتاری در درمان دانش‌آموزان افسرده	
استاد راهنما: دکتر محمد نریمانی استاد مشاور: دکتر نیلوفر میکائیلی	
مقطع تحصیلی: دکتری تخصصی گرایش: روانشناسی دانشکده: علوم تربیتی و روان‌شناسی	رشته: روانشناسی دانشگاه: محقق اردبیلی تاریخ دفاع: 1396/2/13 تعداد صفحات: 129
<p>چکیده:</p> <p>با توجه به میزان شیوع بالای افسردگی در نوجوانان دبیرستانی و ضرورت انتخاب درمان‌های مناسب برای این گروه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر روی افسردگی متوسط و شدید در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی منطقه شش شهر تهران انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره دوم دبیرستان‌های منطقه 6 شهر تهران در سال تحصیلی 94-95 بودند که از بین آن‌ها با نمونه‌گیری در دسترس و با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج، 90 نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (8 جلسه روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی یا 8 جلسه درمان شناختی رفتاری گروهی) و یک گروه کنترل گمارش شدند. داده‌ها با پرسشنامه‌های افسردگی بک دو (BDI-II)، پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHQ) و پرسشنامه رضایت از زندگی (SWLS) گردآوری شد و با نرم افزار SPSS22 و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مانند آزمون‌های کروسکال والیس، تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA)، خی دو و تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که در گروه دارای افسردگی متوسط، تفاوتی در نمره افسردگی دو گروه شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌گرا در پس‌آزمون دیده نشد ($P=0/999$)، اما در گروه افسردگی شدید گروه شناختی رفتاری نسبت به گروه روان‌درمانی مثبت‌گرا ($P=0/018$) کاهش بیشتری در نمره افسردگی در پس‌آزمون داشت. در متغیرهای رضایت از زندگی و شادکامی نیز گروه مثبت‌گرا افزایش بیشتری هم نسبت به گروه کنترل و هم نسبت به گروه شناختی رفتاری داشت. براساس یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر و با توجه به مزایای روان‌درمانی مثبت‌گرا، در افسردگی خفیف تا متوسط می‌توان از این رویکرد استفاده کرد. همچنین در افسردگی شدید نیز می‌توان از رویکرد روان‌درمانی مثبت‌گرا استفاده کرد اما با توجه به اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری، استفاده از آن بیشتر قابل توجیه است.</p>	
کلید واژه‌ها: روان‌درمانی مثبت‌گرا، درمان شناختی رفتاری، افسردگی، شادکامی، رضایت از زندگی	

فهرست مطالب

شماره صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

2	1-1- مقدمه
3	1-2- بیان مسئله
6	1-3- ضرورت و اهمیت پژوهش
7	1-4- اهداف پژوهش
7	1-4-1- اهداف کلی
7	1-4-2- اهداف جزئی
8	1-5- فرضیه های پژوهش
9	1-6- تعریف متغیرها
9	1-6-1- افسردگی
9	1-6-2- رواندرمانی مثبت‌گرا
9	1-6-3- درمان شناختی رفتاری

فصل دوم: مبانی نظری پژوهش

70	2-1- مقدمه
70	2-2- پیشینه پژوهش
70	2-2-1- افسردگی
70	2-2-1-1- تاریخچه
71	2-2-1-2- طبقه بندی
72	2-2-1-3- ملاک‌های تشخیصی
73	2-2-1-4- شیوع شناسی
74	2-2-1-5- سبب شناسی
74	2-2-1-5-1- عوامل زیستی
76	2-2-1-5-2- عوامل روانی اجتماعی
	2-2-1-6- درمان‌ها
	2-2-1-6-1- درمان‌های زیستی
	2-2-1-6-2- درمان‌های روان‌شناختی
	2-2-2- روانشناسی مثبت‌گرا
	2-2-2-1- تاریخچه
	2-2-2-2- تعاریف
	2-2-2-3- اهداف
	2-2-2-4- مداخلات مثبت‌گرا

Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-2-5	روان‌درمانی مثبت‌گرا.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-2-6	مفروضات و پایه‌های نظری.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-2-7	فرایند درمان.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-2-8	توانایی‌های منش.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-3	رویکرد شناختی رفتاری.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-3-1	نظریه‌ی شناختی بک.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-3-2	مدل شناختی افسردگی.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-3-3	مدل‌های شناختی افسردگی مبتنی بر نظریه‌ی افسردگی بک.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-2-3-4	مبانی نظری شناخت درمانی.
Error! Bookmark not defined.	.....	2-3	مروری بر متون.

فصل سوم: مواد و روش پژوهش

Error! Bookmark not defined.	.....	3-1	مقدمه.
Error! Bookmark not defined.	.....	3-2	جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری.
Error! Bookmark not defined.	.....	3-3	طرح پژوهش و روش اجرا.
Error! Bookmark not defined.	.....	3-4	شیوه انجام درمان‌ها.
Error! Bookmark not defined.	.....	3-4-1	روان‌درمانی مثبت‌گرا.
Error! Bookmark not defined.	.....	3-4-2	درمان شناختی رفتاری.
Error! Bookmark not defined.	.....	3-5	ابزارهای پژوهش.
Error! Bookmark not defined.	.....	3-6	مباحث اخلاقی.
Error! Bookmark not defined.	.....	3-7	تجزیه و تحلیل داده‌ها.

فصل چهارم: نتایج و یافته‌های پژوهش

Error! Bookmark not defined.	.....	4-1	مقدمه.
Error! Bookmark not defined.	.....	4-2	ویژگی‌های جمعیت شناختی.
Error! Bookmark not defined.	.....	4-4	بررسی فرضیات پژوهش.
Error! Bookmark not defined.	.....	4-4-1	گروه دارای افسردگی متوسط.
Error! Bookmark not defined.	.....	4-3-2	گروه دارای افسردگی شدید.

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و بحث

Error! Bookmark not defined.	.....	5-1	مقدمه.
Error! Bookmark not defined.	.....	5-2	بحث درباره یافته‌های پژوهش.
Error! Bookmark not defined.	.....	5-2-1	افسردگی.
Error! Bookmark not defined.	.....	5-2-2	شادکامی و رضایت از زندگی.
Error! Bookmark not defined.	.....	5-3	نتیجه‌گیری.
Error! Bookmark not defined.	.....	5-4	محدودیت‌ها.
Error! Bookmark not defined.	.....	5-5	پیشنهادات کاربردی.

Error! Bookmark not defined. 5-6- پیشنهادات پژوهشی

Error! Bookmark not defined. فهرست منابع و مآخذ:

Error! Bookmark not defined. پیوست‌ها و ضمائم

فهرست اشکال

شماره صفحه

عنوان

- شکل 2-1. مدل شناختی افسردگی، اقتباس شده از هاوتون و همکاران 1986، ترجمه‌ی قاسم زاده، 1389) Error! Bookmark not defined.
- شکل 2-2. مدل شناختی علی همراه با پیکان‌های بریده نشان دهنده‌ی اثر درمان؛ درمان یک متغیر قابل سنجش نیست (برگرفته از اویی و همکاران، 2006) Error! Bookmark not defined.
- شکل 2-3. مدل شناختی پیامدی (نتیجه‌ای). (برگرفته از اویی و همکاران، 2006) Error! Bookmark not defined.
- شکل 2-4. مدل شناختی تعاملی کامل با پیکان‌های پر نشان دهنده‌ی تأثیر دو سویه‌ی متغیرها بر یکدیگر در ضمن درمان شناختی (برگرفته از مقاله اویی و همکاران، 2006) Error! Bookmark not defined.
- شکل شماره 2-5. مدل شناختی تعاملی جزئی با پیکان‌های پر نشان دهنده‌ی روابط دوسویه‌ی بین نگرش‌های ناکارآمد و افکار خود آیند، افکار خود-آیند و نشانه‌های افسردگی در ضمن درمان شناختی (برگرفته از مقاله اویی و همکاران، 2006) Error! Bookmark not defined.
- شکل 3-1. فلوجارت نمونه‌گیری و گمارش آزمودنی‌ها Error! Bookmark not defined.
- شکل 5-1. مدل لایوس و همکاران (2011) درباره نحوه اثرگذاری مداخلات مثبت‌گرا Error! Bookmark not defined.

فهرست جداول

شماره صفحه

عنوان

- جدول 3-1. تقسیم دانش آموزان به گروه‌های مختلف مداخله و کنترل. **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 3-2. محتوای جلسات درمانی روان درمانی مثبت‌گرای گروهی برگرفته از پارکز و سلیگمن (2007) **Error!**
- Bookmark not defined.**
- جدول 3-3. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری برگرفته از کمفویس و جاکوئین (1995) **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-1. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها سن **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-2. آزمون کروسکال والیس برای مقایسه سن آزمودنی‌ها در سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در گروه‌های دارای افسردگی متوسط و شدید. **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-3. آزمون خی دو برای مقایسه فراوانی پایه تحصیلی، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر و شغل مادر در بین سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در گروه دارای افسردگی متوسط **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-4. آزمون خی دو برای مقایسه فراوانی پایه تحصیلی، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر و شغل مادر در بین سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در گروه دارای افسردگی شدید **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-5. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی متوسط. **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-6. تحلیل واریانس یک راهه (MANOVA) برای مقایسه نمرات پیش آزمون افسردگی در سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در گروه دارای افسردگی متوسط. **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-7. آزمون همبستگی پیرسون بررسی رابطه بین نمرات پیش‌آزمون و پس آزمون متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی متوسط. **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-8. آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌های گروه‌های پژوهش در گروه دارای افسردگی متوسط **Error!**
- Bookmark not defined.**
- جدول 4-9. آزمون باکس برای بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس در گروه دارای افسردگی متوسط **Error! Bookmark not defined.**
- جدول 4-10. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه دارای افسردگی متوسط **Error!**
- Bookmark not defined.**
- جدول 4-11. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بر روی میانگین نمرات افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی متوسط. **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-12. میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در گروه دارای افسردگی متوسط..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-13. آزمون کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای مقایسه نمرات پس آزمون با کنترل پیش آزمون در سه گروه پژوهش در متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه افسردگی متوسط **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-14. تحلیل تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تفاوت نمرات سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه افسردگی متوسط..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-15. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی شدید..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-16. تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) برای مقایسه نمرات پیش آزمون افسردگی در سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در گروه دارای افسردگی شدید..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-17. آزمون همبستگی پیرسون بررسی رابطه بین نمرات پیش‌آزمون و پس آزمون متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی شدید..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-18. آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌های گروه‌های پژوهش در گروه دارای افسردگی شدید **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-19. آزمون باکس برای بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس در گروه دارای افسردگی شدید..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-20. بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه دارای افسردگی متوسط **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-21. نتایج آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بر روی میانگین نمرات افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی شدید..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-22. میانگین نمرات پیش آزمون متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در گروه دارای افسردگی شدید..... **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-23. آزمون کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای مقایسه نمرات پس آزمون با کنترل پیش آزمون در سه گروه پژوهش در متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه افسردگی شدید **Error! Bookmark not defined.**

جدول 4-24. تحلیل تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تفاوت نمرات سه گروه شناختی رفتاری، مثبت‌گرا و کنترل در متغیرهای افسردگی، شادکامی و رضایت از زندگی در گروه افسردگی شدید..... **Error! Bookmark not defined.**

فصل اول:

کلیات پژوهش

1-1- مقدمه

موضوع سلامت یکی از دغدغه‌های اصلی مسئولان و مردم در تمامی کشورهای جهان است. یکی از مهم‌ترین عناصر سلامت نیز عنصر روان‌شناختی آن است که عدم توجه به آن می‌تواند هزینه‌های مادی و غیرمادی زیادی را بر هر جامعه‌ای تحمیل کند (سازمان بهداشت جهانی¹، 2007). در حوزه سلامت روان افراد و گروه‌هایی هستند که بیشتر مورد توجه قرار دارند و دلیل آن شرایط خاصی است که این گروه‌ها دارند. نمونه بارز این گروه‌ها نوجوانان هستند که به دلیل روبرو شدن با تغییرات اساسی در زندگی خود ممکن است با استرس زیادی روبرو شوند و زمینه بروز بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی در آن‌ها مهیا شود. ورود به عرضه بزرگ‌سالی، تغییرات شدید جسمی و روانی، تغییر در شرایط زندگی مانند ورود به دانشگاه یا آماده شدن برای کار نمونه‌هایی از تغییرات در دوره نوجوانی است. در کنار اختلالاتی همانند اختلالات اضطرابی، اختلالات رفتاری، اختلالات مرتبط با مصرف مواد، و سایر اختلالات روان‌پزشکی، اختلالات خلقی و به‌خصوص افسردگی در این گروه سنی بسیار شایع است (مریکانگاس و همکاران²، 2010). بنابراین باید تمهیدات ویژه‌ای برای پیشگیری و درمان اختلالات شایع دوران نوجوانی و به‌خصوص افسردگی برداشت و روش‌های درمانی اثربخش و جدیدی را که ویژگی‌های بهتری نسبت به درمان‌های سنتی داشته باشند معرفی کرد.

پیشرفت روزافزون علوم در حوزه‌های مختلف هم زمان در حوزه روانشناسی نیز مشاهده می‌شود و اثرات قابل توجهی نیز بر این رشته داشته است. در ده‌های گذشته چند اصل اساسی بر روان‌درمانی‌ها سایه افکنده بود. اول این که بسیاری از درمان‌ها بر جنبه‌های مثبت انسان تمرکزی نداشتند و در عوض بیشتر نکات منفی شخصیت و رفتار افراد را مورد هدف قرار می‌دادند. در درمان بیماری‌های روان‌پزشکی نیز، این رویکردها به‌صورت مستقیم بر روی کاهش علائم مخرب تمرکز داشتند. این در حالی است که در رویکردهای جدید اعتقاد بر این است که انسان دارای توانایی‌های و نقاط قوت بسیاری است و با تمرکز بر این نقاط قوت می‌توان علاوه بر کاهش رفتارهای بیمارگونه، حرکت فرد به سمت رشد را نیز تسهیل کرد. دیگر کاهش علائم منفی هدف نیست بلکه هدف بزرگ‌تر این است که در ضمن کاهش

1 World Health Organization
2 Merikangas et al

علائم منفی، ویژگی‌های مثبت فرد نیز شکوفا شود (سین و لوبومیرسکی، ۲۰۰۹). دومین مسئله‌ای که هم اکنون مورد توجه است این است که لزومی ندارد درمان‌های روان‌شناختی بسیار پیچیده و دشوار باشند، بلکه اگر بتوان با روش‌های ساده‌تر به هدف اصلی یعنی درمان بیمار رسید، نیازی به استفاده از روش‌های پرهزینه، زمان‌بر و پیچیده نیست. به همین دلیل نیز در سال‌های اخیر روش‌های درمانی کوتاه‌مدت و کم هزینه‌تر جایگزین درمان‌های سنتی شده‌اند که از نظر اثربخشی نیز تفاوتی بین آن‌ها دیده نمی‌شود (لایوس و همکاران، ۲۰۱۱). با توجه به این موارد، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو رویکرد روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی بر روی افسردگی متوسط و شدید در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی منطقه شش شهر تهران است.

1-2- بیان مسئله

دوران نوجوانی از مهم‌ترین و در عین حال آشفته‌ترین و پیچیده‌ترین مراحل حیات است. مسائل و دشواری‌های ناشی از بلوغ به گونه‌ای است که می‌توان نوجوانی را دوره بحران و فشار نامید (خواجه رشیدان، ۱۳۷۵؛ به نقل از نریمانی، حسن زاده و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). نوجوانی زمان ایجاد تغییرات برای نوجوانان و خانواده‌ها و مرحله گذر از دوره کودکی به بزرگسالی است. در طی این گذر تغییرات جسمی، شناختی، روانی و جنسی برای نوجوان اتفاق می‌افتد که ممکن است هیجان‌زا و در عین حال ترساننده باشد (جیمز و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از ربیعی و همکاران، ۱۳۹۱). از سوی دیگر این افراد باید خود را آماده زندگی بزرگسالی، ورود به دانشگاه و یا بازار کار کنند. مجموعه این عوامل سبب می‌شود که میزان شیوع برخی مشکلات روان‌شناختی در این گروه بالا باشد که از جمله آن‌ها افسردگی است.

مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی در نوجوانان شیوع بالایی دارد. در مطالعه‌ای بر روی دانش‌آموزان ایرانی، شیوع افسردگی در دانش‌آموزان دختر ۷۳ درصد و در دانش‌آموزان پسر ۵۸ درصد گزارش شده است (ظهیرالدین و همکاران، ۱۳۸۳). در پژوهش دیگری نیز ۷۱/۲ درصد از نوجوانان دبیرستانی دارای درجاتی از افسردگی بودند (منیرپور و همکاران، ۱۳۸۳). میزان شیوع افسردگی شدید نیز در یک مطالعه در نوجوانان دبیرستانی ۲۱/۷ درصد گزارش شد (کردی و همکاران، ۱۳۹۳).

چندین دهه پژوهش در روانشناسی و سایر حوزه‌های سلامت روان منجر به شناخت بهتر ما نسبت به شایع‌ترین بیماری روانی یعنی افسردگی شده است. افسردگی را می‌توان از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دانست. این اختلال با علایمی همراه است که عبارت‌اند از: خلق افسرده، کاهش علاقه‌مندی یا لذت بردن از تمام فعالیت‌ها یا اکثر آن‌ها، کاهش وزن، کم‌خوابی یا پرخوابی، سرآسیمگی یا کندی

3 Sin & Lyubomirsky

4 Layous et al

روانی حرکتی، خستگی یا کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب، کاهش توانایی اندیشیدن یا تمرکز و افکار راجعه درباره مرگ یا خودکشی (اولتمنز و امری، 2012). رویکردهای بسیاری سعی در تبیین سبب‌شناختی و درمان افسردگی داشته‌اند که مطرح‌ترین آن‌ها رویکرد شناختی رفتاری است.

شناخت درمانی در اوایل دهه 1960 توسط آرون تی. بک⁵ شکل گرفت (بک، 1964). مدل شناختی درکل، بیان می‌دارد که هیجان‌ها و رفتارهای افراد متأثر از ادراک آن‌ها از رویدادها است. یک موقعیت به خودی خود احساس آدم‌ها را تعیین نمی‌کند بلکه شیوه بازسازی موقعیت در ذهن فرد است که احساس او را مشخص می‌کند (بک، 1998). درباره افسردگی نظریه‌پردازان شناختی رفتاری عقیده دارند که افراد افسرده در تعبیر کردن رویدادهای خاص زندگی سوءگیری منفی دارند و همین به تحریف‌های شناختی آن‌ها کمک می‌کند. همچنین افراد افسرده با فعال کردن یک رشته افکار که بک آن‌ها را مثلث شناختی⁶ نامید، به تجربیات استرس‌زا واکنش نشان می‌دهند. مثلث شناختی دیدگاه منفی نسبت به خود، دنیا و آینده است. وقتی این نحوه افسرده ساز در نظر گرفتن خود دنیا و آینده فعال می‌شود (که طرح‌واره افسردگی نام دارد)، از طریق فرایند چرخه‌ای ادامه می‌یابد و سبب افسردگی می‌شود (کرنی و ترال، 2011). اگرچه مطالعات بسیاری از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر روی افسردگی حکایت دارند (برای مثال وانگ، 2008؛ د رابیز و همکاران⁷، 2005؛ فورمن و همکاران⁸، 2007 و رحمانیان، میرزائیان و حسن‌زاده، 1390)، اما برخی پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که استفاده از رویکرد مثبت‌گرا برای کاهش افسردگی متوسط می‌تواند در مقایسه با استفاده از درمان شناختی رفتاری نتایج بهتری به همراه داشته باشد.

روانشناسی مثبت‌گرا رویکردی است که به‌طور رسمی در سال 2000 توسط مارتین سلیگمن⁹ معرفی شد. روان‌شناسی مثبت‌گرا این موضوع را هدف قرار داد که تمرکز روان‌شناسی بالینی را به فراتر از بیماری و تسکین مستقیم آن گسترش دهد (داکورت، استین¹⁰ و سلیگمن، 2005). این رویکرد به اختلالات روان‌شناختی، بر این نکته تأکید می‌کند که فقط از بین بردن نشانه‌های بیماری کافی نیست و درمانگران باید زندگی افراد را در جهت مثبت سوق دهند. روان‌شناسان مثبت‌گرا شروع به طراحی مداخله‌های جدیدی کرده‌اند. مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا شیوه‌های درمانی یا فعالیت‌های

5 Oltmanns & Emery

6 Aaron T. Beck

7 cognitive triad

8 Kearney & Trull

9 Wong

10 DeRubeis et al

11 Forman et al

12 Martin E.P. Seligman

13 Duckworth, Steen, & Seligman

قصدمندی هستند که هدفشان این است که احساسات، رفتارها یا شناخت‌های مثبت را پرورش دهند (سین و لوبومیرسکی^۱، 2009). هم‌اکنون درمان‌های مختلفی در زمینه روانشناسی مثبت‌گرا وجود دارد که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: مشاوره مبتنی بر توانایی‌ها^۲، درمان توانایی محور^۳، روان‌درمانی مثبت-گرا^۴، به-زیستی درمانی^۵، امید درمانی^۶ (ماگیارمو^۷، 2009)، معنا درمانی^۸ (وانگ^۹، 2010)، مداخله‌های فعالیت مثبت^{۱۰} (لایوس و همکاران، 2011)، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی^{۱۱} (فریش^{۱۲}، 2006) و خانواده درمانی مثبت^{۱۳} (کونولی و کونولی^{۱۴}، 2009). هرچند اثر بخشی مداخله‌های مثبت‌گرا بر روی افسردگی در مطالعات مختلفی تأیید شده است (سلیگمن و همکاران، 2006؛ لایوس و همکاران^{۱۵}، 2011)، اما در زمینه اثربخشی آن در اختلالات با علائم شدیدتر تردیدهایی وجود دارد.

در پژوهش‌های مختلف نتایج به دست آمده نشان داده است که درمان شناختی رفتاری هم بر روی افسردگی متوسط و هم شدید مفید و دارای اثربخشی زیادی بوده است (کومپتون^{۱۶}، 2004). برای مثال در پژوهشی در سال 2005 نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی به‌اندازه دارو درمانی در کاهش علائم افسردگی متوسط و شدید مؤثر است و تفاوتی در اثرگذاری این شیوه درمانی بر روی افسردگی شدید و متوسط وجود ندارد (د رابیز و همکاران، 2005)، اما مداخلات مثبت‌گرا بر روی اختلالات خفیف تا متوسط بیشترین تأثیر را داشته‌اند (سلیگمن و همکاران، 2006؛ سین و لوبومیرسکی^{۱۷}، 2009). سؤالی که وجود دارد این است که آیا می‌توان در افسردگی متوسط از رویکرد مثبت‌گرا به‌جای درمان شناختی رفتاری استفاده کرد؟ اگر پژوهش‌ها نشان دهند که رویکرد مثبت‌گرا در مقایسه با رویکرد شناختی رفتاری اثربخشی مساوی یا بیشتری در درمان افسردگی متوسط دارد، به دلایل مختلف استفاده از آن بر رویکرد شناختی رفتاری اولویت دارد. برخلاف درمانی شناختی رفتاری که در آن تأکید بر کاهش علائم اختلال است، در روان‌درمانی مثبت‌گرا بر توانایی‌ها و صفات مثبت فرد تأکید

-
- 1 Sin & Lyubomirsky
 - 2 Strengths-Based Counseling
 - 3 Strength-Centered Therapy
 - 4 Positive Psychotherapy
 - 5 Well-Being Therapy
 - 6 Hope Therapy
 - 7 Magyar-Moe
 - 8 Meaning Therapy
 - 9 Wong
 - 10 Positive Psychology Interventions
 - 11 Quality Of Life Therapy
 - 12 Frisch
 13. Positive Family Therapy
 - 14 Conoley & Conoley
 - 15 Layous et al
 - 16 Compton et al
 - 17 Sin & Lyubomirsky

می‌شود. همچنین روان‌درمانی مثبت‌گرا از نظر زمان و هزینه مقرون به‌صرفه‌تر است و تربیت یک روان‌درمانگر مثبت‌گرا به‌وقت و هزینه کمتری نیاز دارد (لایوس و همکاران، 2011). اگرچه در مطالعات بسیاری به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی بر روی افسردگی متوسط و شدید پرداخته شده است اما با بررسی منابع موجود پژوهشی به دست نیامد که این مداخلات را مقایسه کرده باشد. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا اثربخشی دو رویکرد روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی بر روی افسردگی متوسط و شدید در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی منطقه شش شهر تهران با یکدیگر تفاوت دارد یا خیر؟

1-3- ضرورت و اهمیت پژوهش

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که نوجوانان دبیرستانی میزان بالایی از افسردگی (ظهیرالدین و همکاران، 1383؛ منیرپور و همکاران، 1383؛ کردی و همکاران، 1393) را نشان می‌دهند. این شیوع بالا که می‌تواند بر زندگی آینده آنان نیز اثرات منفی برجای بگذارد نیازمند توجه جدی و انجام مداخلات مناسب است.

از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی دارای کارایی بالایی است (وانگ¹، 2008؛ د رایبیز و همکاران²، 2005؛ فورمن و همکاران³، 2007). روان‌درمانی مثبت‌گرا نیز که در سال‌های اخیر مطرح شده است در ابتدا باهدف درمان افسردگی ارائه شد (سلیگمن و همکاران، 2006)، اما بر روی سایر اختلالات از جمله اضطراب نیز اثربخش دانسته شده است (فاوا و همکاران، 2005). تفاوت رویکرد شناختی رفتاری و رویکرد مثبت‌گرا در این است که رویکردهای شناختی رفتاری بر روی کم کردن علائم افسردگی تمرکز می‌کنند (لایوس و همکاران، 2011). اما روانشناسی مثبت‌گرا بر این فرضیه استوار است که افسردگی نه تنها می‌تواند با کاهش دادن علائم منفی‌اش به طرز مؤثری درمان شود بلکه همچنین می‌تواند مستقیماً و در درجه اول به‌وسیله به وجود آوردن هیجان‌های مثبت، توانایی‌های منش و معنی داشتن درمان شود (سلیگمن و همکاران، 2006). مطالعات نشان داده‌اند که رویکرد مثبت‌گرا بر روی اختلالات خفیف تا متوسط اثربخشی بالایی دارد (سلیگمن و همکاران، 2006؛ سین و لوبومیرسکی⁴، 2009). اگر این موضوع در مطالعات مختلف دیگری نیز نشان داده شود، می‌توان در شروع درمان افسردگی، درمان مناسب‌تری را انتخاب کرد. با توجه به هزینه کم و مزایای دیگر روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی، می‌توان در موارد افسردگی متوسط از روان‌درمانی مثبت‌گرا و در موارد افسردگی شدید از درمان شناختی رفتاری استفاده گردد.

1 Wong

2 DeRubeis et al

3 Forman et al

4 Sin & Lyubomirsky

1-4- اهداف پژوهش

1-4-1- اهداف کلی

1. تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در گروه‌های دارای افسردگی متوسط و شدید.
2. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در گروه‌های دارای افسردگی متوسط و شدید.

1-4-2- اهداف جزئی

1. تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی در گروه دارای افسردگی متوسط.
2. تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی در گروه دارای افسردگی شدید.
3. تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش شادکامی در گروه دارای افسردگی متوسط.
4. تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش شادکامی در گروه دارای افسردگی شدید.
5. تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی متوسط.
6. تعیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی شدید.
7. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی در گروه دارای افسردگی متوسط.
8. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی در گروه دارای افسردگی شدید.
9. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش شادکامی در گروه دارای افسردگی متوسط.
10. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش شادکامی در گروه دارای افسردگی شدید.

11. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی متوسط.

12. مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی شدید.

1-5- فرضیه‌های پژوهش

1. روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی در گروه دارای افسردگی متوسط موثر هستند.

2. روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی در گروه دارای افسردگی شدید موثر هستند.

3. روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش شادکامی در گروه دارای افسردگی متوسط موثر هستند.

4. روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش شادکامی در گروه دارای افسردگی شدید موثر هستند.

5. روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی متوسط موثر هستند.

6. روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی شدید موثر هستند.

7. اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی در گروه دارای افسردگی متوسط متفاوت است.

8. اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی در گروه دارای افسردگی شدید متفاوت است.

9. اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش شادکامی در گروه دارای افسردگی متوسط متفاوت است.

10. اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش شادکامی در گروه دارای افسردگی شدید متفاوت است.

11. اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی متوسط متفاوت است.

12. اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی و شناخت درمانی گروهی در افزایش رضایت از زندگی در گروه دارای افسردگی شدید متفاوت است.

6-1-1- تعریف متغیرها

1-6-1- افسردگی

الف) تعریف نظری: حداقل 5 تا از علائم زیر هم‌زمان در یک دوره دو هفته‌ای وجود داشته باشد و نشانه تغییری در کارکرد قبلی باشد؛ حداقل یکی از علائم یا (1) خلق افسرده، یا (2) بی‌علاقگی و بی‌لذتی. خلق افسرده، کاهش علاقه‌مندی یا لذت بردن از تمام فعالیت‌ها یا اکثر آن‌ها، کاهش وزن، کم-خوابی یا پرخوابی، سرآسیمگی یا کندی روانی حرکتی، خستگی یا کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب، کاهش توانایی اندیشیدن یا تمرکز و افکار راجعه درباره مرگ یا خودکشی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، 2013).

ب) تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسش‌نامه افسردگی بک 2 (BDI-II) به دست می‌آورد.

1-6-2- روان‌درمانی مثبت‌گرا

الف) تعریف نظری: مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا شیوه‌های درمانی یا فعالیت‌های قصدمندی هستند که هدف‌شان این است که احساسات، رفتارها یا شناخت‌های مثبت را پرورش دهند (سین و لوبومیرسکی، 2002).

ب) تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از روان‌درمانی مثبت‌گرا، درمانی گروهی است که بر روی افراد گروه مداخله به مدت هشت جلسه یک و نیم ساعته هفتگی اجرا می‌شود (پارکز و سلیگمن، 2007).

1-6-3- درمان شناختی رفتاری

الف) تعریف نظری: درمان شناختی رفتاری به‌عنوان یک مدل درمانی در طی 40 سال گذشته توسط آرون تی بک و همکارانش توسعه داده شده و اصلاح شده است و درمان انتخابی برای بیماران مبتلا به افسردگی و اختلالات اضطرابی است (کوئیچرز و همکاران¹، 2008؛ هوفمان و اسمیتز²، 2008). هدف درمان شناختی - رفتاری بازسازی تفکر، احساس، رفتار و نشانه‌های جسمانی درمان‌جویان است (اندرسون، واتسون و دیویدسون³، 2008). این درمان تشکیل شده از دو رویکرد شناختی و رفتاری است که برپایه اینجا و اکنون پایه‌ریزی شده است و در پی آن است که درمان‌جویان بتوانند دگرگونی‌های دلخواه را در زندگی‌شان پدید بیاورند (وایت⁴، 2000).

1 Cuijpers et al.

2 Hoffmann & Smits

3 Anderson, Watson & Davidson

4 White

ب) **تعریف عملیاتی:** در پژوهش حاضر منظور از درمان شناختی رفتاری، درمانی گروهی است که در سال 1995 در دانشگاه ایالتی تگزاس طراحی شده است. این درمان در هشت جلسه یک و نیم ساعتی هفتگی برگزار می‌شود (کمفویس و جاکوئین، 1995).

فصل دوم:

مبانی نظری پژوهش

2-1- مقدمه

در این فصل مرور مختصری بر ادبیات موجود در زمینه افسردگی، درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌شود. ابتدا افسردگی مورد بررسی قرار می‌گیرد و تاریخچه، ملاک‌های تشخیصی، علل پیدایش و درمان‌های رایج آن ذکر می‌شود. پس از آن به مرور دو درمان شناخته شده برای افسردگی یعنی درمان شناختی رفتاری و درمان مثبت‌گرا پرداخته می‌شود. به این منظور تاریخچه پیدایش روان‌شناسی مثبت‌گرا، پایه‌های نظری آن و انواع رویکردهای درمانی مشتق شده از آن و به‌خصوص روان‌درمانی مثبت‌گرای گروهی مورد بحث و بررسی قرار خواهد گرفت. پس از آن نیز توضیحاتی در رابطه با درمان شناختی رفتاری و مدل‌های شناخته شده این درمان درباره افسردگی ارائه خواهد شد. در پایان فصل نیز پژوهش‌های مرتبط با پژوهش حاضر و نتایج به دست آمده از آن‌ها در داخل و خارج از کشور ارائه خواهد شد.

2-2- پیشینه پژوهش

2-2-1- افسردگی

2-2-1-1- تاریخچه

افسردگی اختلالی است که در تمام دوران وجود داشته و بنابراین تاریخچه‌ای بسیار طولانی در متون علمی بشر دارد. این اختلال از زمان‌های بسیار دور در نوشته‌ها آمده و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می‌خوانیم، در بسیاری از مدارک طبی قدیم وجود دارد. داستان «عهد عتیق» شاه سائول و داستان خودکشی آژاکس در ایلید هومر هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند. حدود 450 سال قبل از میلاد، بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلالات روانی به کار برد. در حدود 100 سال قبل از میلاد، کورنلیوس سلسوس در کتاب *De Medicine* افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود. این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو و جالینوس نیز به کار بردند، و همین‌طور الکساندر ترالز در قرن ششم. در قرون وسطی، طبابت در ممالک اسلامی رونق داشت و رازی و ابن‌سینا ملانکولی را بیماری مشخصی تلقی می‌نمودند. در سال 1686 بونت نوعی بیماری روانی را توصیف نمود و آن را *maniac-melancholicus* نامید. در سال 1854 ژول فالره حالتی را شرح داد و

آن را جنون ادواری⁶ نام نهاد. تقریباً در همان زمان بایارژه فرانسوی جنون دو شکلی⁷ را شرح داد. امیل کرپلین در سال 1896 بیماری منیک-دپرسیو را توصیف نمود و نخستین طبقه‌بندی اساسی بیماری‌های روانی را به وجود آورد (سادوک و سادوک، 2007). اما با تمام این تلاش‌ها، تا شروع قرن بیستم پیشرفت چندانی در شناخت و درمان اختلال افسردگی صورت نپذیرفته بود.

بدون شک، مطالعاتی که در طول قرن بیستم در زمینه اختلالات روانی و خصوصاً افسردگی انجام گرفت بسیار بیش‌تر از تمام اعصار بود. در اواخر این قرن مشخص شد که افسردگی پایه‌های ژنتیکی بسیار قوی دارد و اختلالات زیست‌شناختی خاصی در مغز افراد مبتلا به آن وجود دارد (کرنی و ترال، 2011). همچنین در زمینه تبیین‌های روان‌پویشی افسردگی، افرادی چون فروید⁸، بیرینگ⁹ و بلات و زورف¹⁰ نظریات بسیار مهمی را ارائه دادند. افرادی چون لوینسون¹¹، رم¹²، بک¹³ و سلیگمن¹⁴ نیز با ارائه مدل‌های رفتاری و شناختی خود، درک ما از این اختلال را افزایش دادند (کار¹⁵، 2003). اکنون ما می‌توانیم برای درمان افسردگی از درمان‌های دارویی بسیار مؤثر و همچنین انواع روان‌درمانی‌ها مانند درمان شناختی¹⁶ و درمان بین فردی¹⁷ استفاده کنیم (اولتمنز و امری، 2012).

2-1-2-2- طبقه‌بندی

یک بخش مهم از فرایند ارزیابی بیماران، تشخیص اختلال بر پایه طبقات تشخیصی رسمی است که برای این کار معمولاً ویرایش پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی¹⁸ (DSM-5) استفاده می‌شود. متن تجدید نظر شده ویرایش چهارم این کتابچه یعنی DSM-IV-TR اختلال افسردگی، در طبقه گسترده‌تری به نام اختلالات خلقی¹⁹ قرار داشت. اما در DSM-5 طبقه جدیدی با نام اختلالات افسردگی در نظر گرفته شده است که شامل این اختلالات است: اختلال بد تنظیمی خلق مخرب²⁰، اختلال افسردگی اساسی²¹ (که افسردگی یک قطبی نیز نامیده می‌شود)، اختلال افسرده خوئی²²، اختلال

6 La Folie Circulaire

7 Folie A Double Forme

8 Freud

9. Bibring

10. Blatt And Zuroff

11. Lewinsohn

12. Rehm

13. Beck

14 Seligman

15 Carr

16 Cognitive Therapy

¹⁷17 Interpersonal Therapy

18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

19. Mood Disorders

20 Disruptive mood dysregulation disorder

21. Major Depressive Disorder

22. Dysthymic Disorder

ملال پیش از قاعدگی^{۲۳}، اختلال افسردگی ناشی از دارو، اختلال افسردگی ناشی از سایر شرایط پزشکی و اختلال افسردگی نامعین^{۲۴} (NOS) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، 2013). یکی از تفاوت‌های اصلی DSM-IV-TR و DSM-5 در طبقه‌کلاسیک اختلال افسردگی عمده (MDD)، تمایز بین دوره واحد و راجعه است. این امر بر اساس این فرض است که هر دو مورد از لحاظ سبب‌شناسی متفاوت و با آسیب‌پذیری‌های مختلف بودند، اگرچه همه اشکال راجعه لزوماً مزمن نیستند.

2-2-1-3- ملاک‌های تشخیصی

در DSM-5 برای تشخیص افسردگی اساسی ملاک‌های زیر در نظر گرفته شده است:

الف) حداقل پنج تا از علائم زیر هم‌زمان در یک دوره‌ی دو هفته‌ای وجود داشته باشد و نشانه‌ی تغییری در کارکرد قبلی باشد؛ حداقل یکی از علائم یا (1) خلق افسرده باشد، یا (2) بی‌علاقگی و بی‌لذتی. **نکته:** علائمی که به‌وضوح از بیماری طبی عمومی ناشی شده است را منظور نکنید.

1. خلق افسرده در اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها، چه طبق گزارش خود بیمار از احساس ذهنی‌اش (مثلاً احساس کند غمگین است، یا احساس پوچی و یا ناامیدی کند)، چه طبق مشاهده‌ی دیگران (مثلاً بگویند گریان به نظر می‌رسد). **نکته:** در اطفال و نوجوانان می‌تواند به‌صورت خلق تحریک‌پذیر^{۲۵} باشد.

2. کاهش واضح علاقه‌مندی یا لذت بردن از همه یا تقریباً همه‌ی فعالیت‌ها، اکثر اوقات روز و تقریباً همه روزها (چه طبق گزارش خود بیمار از احساس ذهنی‌اش، چه بنا بر مشاهدات دیگران).

3. کاهش چشمگیر وزن بدون اجرای برنامه (رژیم) خاصی برای لاغری، یا افزایش وزن (مثلاً تغییر وزن بدن بیش از پنج درصد در عرض یک ماه)، یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً همه‌ی روزها. **نکته:** در کودکان نرسیدن به وزن قابل انتظار را باید در نظر گرفت).

4. کم‌خوابی یا پر‌خوابی به‌طور تقریباً هر روزه.

5. سرآسیمگی یا کندی روانی - حرکتی در تقریباً همه روزها (برای دیگران مشهود باشد، نه اینکه فقط خود بیمار احساس ذهنی بی‌قراری یا کند شدن را گزارش کند).

6. احساس خستگی یا از دست دادن انرژی تقریباً همه روزها.

7. احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط یا نامتناسب (که حتی ممکن است هذیانی

باشد) تقریباً هر روز (صرف ملامت نفس یا احساس گناه به خاطر بیمار بودن کافی نیست).

23 premenstrual dysphoric disorder

24. Not Otherwise Specified

25 irritable

8. کاهش قدرت تفکر یا تمرکز، یا احساس بلا تصمیمی، تقریباً هر روز (چه طبق گزارش بیمار از احساس ذهنی خود، چه بنا بر مشاهده دیگران).

9. افکار عود کننده درباره مرگ (نه فقط ترس از مردن)، فکر مکرر خودکشی بدون هیچ نقشه خاصی، اقدام به خودکشی، یا داشتن نقشه‌ای معین برای انجام خودکشی. (ب) علائم از نظر بالینی رنج و عذاب چشمگیری برای بیمار ایجاد کرده باشد و یا کارکردهای او را در حوزه‌های اجتماعی، شغلی، یا سایر حوزه‌های مهم زندگی مختل کرده باشد. (پ) علائم ربطی به اثرات جسمی مستقیم یک ماده یا یک بیماری طبی عمومی نداشته باشد. **نکته:** ملاک‌های الف تا پ نشانگر یک دوره افسردگی اساسی است.

نکته: پاسخ به یک فقدان مهم ممکن است باعث احساسات غمگینی شدید، نشخوار درباره فقدان، بی‌خوابی، اشتهای کم، و کاهش وزن باشد که در ملاک الف اشاره شده است و ممکن است شبیه دوره افسردگی باشد. اگرچه با وقوع یک فقدان چنین علایمی ممکن است قابل درک به نظر برسد یا متناسب با فقدان برداشت شود، اما احتمال وقوع یک دوره افسردگی اساسی در کنار یک پاسخ طبیعی به فقدان باید مورد توجه قرار گیرد. این تصمیم نیازمند استفاده از تشخیص بالینی و توجه به تاریخچه فردی است و هنجارهای اجتماعی در رابطه با نشان دادن پریشانی در هنگام فقدان نیز باید مورد توجه قرار گیرد. (ت) وقوع دوره افسردگی اساسی به نحو بهتری با اختلال اسکیزوافکتیو، اسکیزوفرنی، اختلال اسکیزوفرنی فرم، اختلال هذیانی یا سایر اختلال‌های طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های سایکوتیک قابل توجیه نباشد.

(ث) هرگز یک دوره مانیا یا هیپومانیا دیده نشده باشد.

نکته: اگر همه دوره‌های شبه مانیا یا شبه هیپومانیا ناشی از سوء مصرف مواد باشد یا قابل انتساب به اثرات روان‌شناختی یک شرایط طبی عمومی باشد، این ملاک قابل اعمال نیست (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، 2013).

2-2-1-4- شیوع شناسی

افسردگی یک بیماری بسیار شایع است، اما اگر حالت‌های غمگینی را که رایج نیز هستند را به این میزان اضافه کنیم این رقم حتی افزایش خواهد یافت. شیوع طول عمر افسردگی اساسی 6/6 درصد و شیوع یک ساله آن 6/7 درصد است (کرنی و ترال، 2011). همچنین طبق پژوهش‌های موجود، میزان شیوع افسردگی در گروه‌های مختلف متفاوت است. برای مثال مطالعات نشان می‌دهد شیوع افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان است (کالات، 2009؛ سادوک و سادوک، 2007). علاوه بر این 20 تا 50

درصد از نوجوانان سطوحی از افسردگی را نشان می‌دهند و این میزان در دختران نوجوان بیش‌تر از پسران نوجوان است (هانکین^{۲۶}، ۲۰۰۶).

اما یکی از گروه‌هایی که افسردگی در آن‌ها شایع است، افراد نابارور و به‌خصوص زنان نابارور هستند. چیافارینو و همکاران^{۲۷} در سال ۲۰۱۱ پژوهشی را بر روی ۱۰۰۰ زوج نابارور در ایتالیا اجرا کردند. نتایج آنان نشان داد که ۱۷/۹ درصد از زنان و ۶/۹ درصد از مردان دارای علائم افسردگی هستند (چیافارینو و همکاران، ۲۰۱۱). در مطالعه دیگری بر روی ۳۷۰ زن نابارور در ایران، نتایج نشان داد که ۴۰/۸ درصد از این زنان دارای افسردگی می‌باشند (رمضان زاده و همکاران، ۲۰۰۴)، و این میزان در پژوهش مشابه دیگری در ایران ۴۸ درصد گزارش شد (نوربالا و همکاران^{۲۸}، ۲۰۰۸). سبحانی نژاد و همایی نیز افسردگی را در زوج‌های بارور و نابارور اصفهانی بررسی کردند و دریافتند که افسردگی در زوج‌های نابارور به‌طور معناداری بیش‌تر از زوج‌های بارور است (سبحانی نژاد و همایی، ۲۰۰۸).

2-2-1-5- سبب شناسی

2-2-1-5-1- عوامل زیستی

آمین‌های زیستی

به نظر می‌رسد که آمین‌های زیستی نقش برجسته‌ای در بروز افسردگی دارند. در افراد مبتلا به افسردگی سطوح سروتونین^{۲۹}، نوراپی‌نفرین^{۳۰} و دوپامین^{۳۱} با کاهش روبرو می‌شود (کرنی و ترال، ۲۰۱۱). شیلدکرات^{۳۲} در سال ۱۹۶۵ فرضیه کاته‌کولامین^{۳۳} را مطرح کرد که بر طبق آن کمبود نوراپی‌نفرین موجب افسردگی می‌شود. جایگزین فرضیه کاته‌کولامین فرضیه ایندولامین^{۳۴} بود که اعلام می‌داشت، کمبود سروتونین در نشانه‌های رفتاری افسردگی دخالت دارد. این مدل‌ها که اکنون مدل کاهش مونوآمین^{۳۵} نامیده می‌شوند، پیشرفت مهمی در شناختن عوامل زیستی اختلال‌های خلقی بودند (هالچین و ویتبورن، ۲۰۱۰). از دیگر عصب‌رسانه‌های مرتبط با افسردگی می‌توان به استیل کولین^{۳۶} (ACh) و اسید گاما آمینو بوتیریک^{۳۷} (GABA) اشاره کرد.

26 Hankin

27. Chiaffarino

28 Noorbala et al

29. serotonin

30. norepinephrine

31. dopamine

32. Schildkraut

33. catecholamine

34. indolamine

35. monoamine depletion model

36. Acetylcholine

37. gamma-Aminobutyric acid

عوامل هورمونی

در افراد مبتلا به افسردگی تغییرات هورمونی مهمی صورت می‌گیرد که از جمله مهم‌ترین آن‌ها افزایش سطوح کورتیزول³⁸ است (کرنی و ترال، 2011). کورتیزول هورمونی است که در بسیج امکانات بدن در مواقع استرس دخالت دارد. به نظر می‌رسد که این هورمون در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به مقدار بیش‌تری تولید می‌شود (هالچین و ویتبورن، 2010). از دیگر هورمون‌های مؤثر بر افسردگی می‌توان به هورمون‌های جنسی اشاره کرد. اغلب زنان بعد از زایمان به مدت یک یا دو روز احساس پریشانی می‌کنند و تقریباً 20 درصد دستخوش افسردگی پس از زایمان می‌شوند. همچنین برخی پژوهش‌ها نیز از کاهش استرادیول و پروژسترون به‌عنوان عاملی برای افسردگی نام برده‌اند (کالات، 2009). کژکاری تیروئید نیز در برخی افراد مبتلا به افسردگی گزارش شده است. این ناهنجاری‌ها اغلب با بالا بودن سطح پادتن ضد تیروئید همراه‌اند و در صورتی که با درمان جایگزینی هورمون اصلاح نشوند می‌توانند پاسخ به درمان ضد افسردگی را تضعیف کنند. همچنین سوماتواستاتین CSF که ترشح هورمون رشد را مهار می‌کند در افراد افسرده کاهش می‌یابد و به این دلیل احتمال دخالت هورمون رشد نیز در افسردگی وجود دارد (سادوک و سادوک، 2007).

عوامل کالبدشناسی عصبی

برخی از مطالعات مربوط به مغز نشان داده‌اند که افسردگی شدید اغلب با الگوهای ناهنجار فعالیت مغز و همچنین تغییرات ساختاری در مناطق مختلف آن همراه است (اولتمز و امری، 2012). بررسی افراد بهنجار معلوم کرده است که بین خلق شاد و افزایش فعالیت در قشر پیش‌پیشانی چپ رابطه نیرومندی وجود دارد. اغلب افراد افسرده در قشر پیش‌پیشانی چپ کاهش فعالیت را نشان می‌دهند در حالی که فعالیت قشر پیش‌پیشانی راست در آن‌ها افزایش می‌یابد (کالات، 2009). همچنین در برخی از بیماران افسرده حجم هسته دم‌دار یا هیپوکامپ یا هر دو آن‌ها کاهش می‌یابد که حاکی از نقایص کانونی-تر در دستگاه‌های عصبی-رفتاری مرتبط است. در نهایت افزایش متابولیسم گلوکز در چندین ناحیه لیمبیک بخصوص در بیماران دچار افسردگی نسبتاً شدید عودکننده و بیمارانی که سابقه خانوادگی اختلال خلقی را دارند دیده شده است (سادوک و سادوک، 2007).

عوامل ژنتیک

بررسی‌های مربوط به وراثت نشان می‌دهند که افسردگی میزان متوسطی از توارث پذیری را دارد. مطالعه خانواده‌ها نشان داده است که اگر یکی از والدین مبتلا به اختلال خلقی باشد خطر ابتلای فرزند وی به اختلال خلقی 10 تا 25 درصد است در حالی که اگر هر دو والد مبتلا باشند این خطر دو برابر

می‌شود. مطالعات دوقلوها نیز نشان می‌دهد که ژن‌ها 50 تا 70 درصد سبب شناسی اختلالات خلقی را توضیح می‌دهند. احتمالاً عوامل محیطی یا سایر عوامل غیر ارثی مسئول 30 تا 50 درصد بقیه هستند (سادوک و سادوک، 2007). اما پژوهش‌های دیگر، چند ژن را در افزایش خطر افسردگی مؤثر دانسته‌اند. یکی از مهم‌ترین این ژن‌ها که بررسی‌هایی بر روی آن انجام گرفته است، مسئول کنترل پروتئین ناقل سروتونین است. این پروتئین توانایی آکسون در جذب مجدد سروتونین بعد از آزاد شدن آن را کنترل می‌کند (برای بازیابی آن به منظور استفاده در آینده). این ژن احتمالاً نحوه‌ای را که افراد به استرس واکنش نشان می‌دهند را تغییر می‌دهد. البته تأثیر این ژن با تجربیات زندگی افراد تعامل می‌کند (کالات، 2009).

2-2-1-5-2 عوامل روانی اجتماعی

وقایع زندگی و استرس محیط

محققان عقیده دارند، با توجه به این‌که توارث پذیری اختلال افسردگی 50 تا 65 درصد است بنابراین نیمی از نوسان در افسردگی را نمی‌توان با وراثت توجیه کرد. تجربیات زندگی استرس‌زا نیز افراد را برای اختلال‌های افسردگی مستعد می‌کنند و طبق پژوهش‌های انجام شده، آمادگی ژنتیکی تا وقتی که با تجربیات زندگی استرس‌زا آمیخته نشده باشد، در مستعد کردن فرد برای ابتلا به اختلال خلقی تقریباً هیچ نقشی ندارد (هالچین و ویتبورن، 2010). از سوی دیگر طبق پژوهش‌های انجام شده، وقایع پراسترس زندگی پیش از نخستین دوره‌های اختلالات خلقی بیش‌تر از دوره‌های بعدی است. نظریه‌ای که برای توضیح این مشاهده ارائه شده است این است که استرسی که به دوره اول می‌انجامد، تغییراتی دیرپا در وضعیت زیستی مغز ایجاد می‌کند. نتیجه نهایی این تغییرات این است که فرد را در معرض خطر بیش‌تری برای ابتلا به دوره‌های بعدی آن اختلال خلقی حتی در غیاب استرس خارجی قرار می‌دهد (سادوک و سادوک، 2007). اما کندلر و همکارانش³⁹ سه نوع متغیر محیطی را شناسایی کردند که می‌توانستند به ایجاد اختلال افسردگی اساسی در یکی از دوقلوها منجر شوند. این سه متغیر عبارت بودند از: تجربیات مربوط به اضطراب و آسیب‌پذیری در کودکی، الگوهای برون‌ریزی و یأس و ناامیدی و مشکلات روابط میان فردی. این الگوهای رشد حاکی است که غیر از عوامل ژنتیکی عوامل دیگر ناشی از تجربیات زندگی در کودکی و بزرگسالی در این اختلال دخالت دارند (هالچین و ویتبورن، 2010).

عوامل روان‌پویشی

مطالعات روان‌شناختی درباره افسردگی با زیگموند فروید و کارل آبراهام⁴⁰ شروع شد. هر دو در مقالات جداگانه خود درباره افسردگی، این اختلال را به‌عنوان یک واکنش پیچیده به از دست دادن چیزی

39.Kendler et al

40.Karl Abraham

توصیف کردند. فروید در مقاله اصلی خود درباره افسردگی، ماتم‌زدگی و مالیخولیا را به‌عنوان واکنش-های طبیعی به از دست دادن کسی یا چیزی توصیف می‌کند. هر چند برخلاف فرد سوگوار، کسی که به مالیخولیا مبتلاست، از نوعی تزلزل مفرط احترام به خود⁴¹ و از احساس حقارت خویشتن به‌صورتی عظیم رنج می‌برد. افسردگی اولین اختلالی بود که فروید علت اصلی آن را به‌جای تمایلات جنسی، عامل هیجانی ذکر کرده بود. فروید عقیده داشت که فرد مبتلا به افسردگی یک وجدان یا فراخود تنبیه‌کننده قوی دارد (آزاد، 1388).

اما نظریه‌های بعدی روان‌پویشی روی فرایندهای درون روانی به‌عنوان اساس اختلال‌های خلقی تمرکز کردند و بر فقدان تأکید کم‌تری نمودند. برای مثال روان‌کاو معروف بریتانیایی جان بولبی⁴² معتقد بود اگر افراد توسط والدینی پرورش یافته باشند که نتوانسته‌اند رابطه باثبات و امنی با آن‌ها برقرار کنند، در بزرگسالی افسرده می‌شوند. شکل دیگری از موضوع کمبود محبت والدین را یولس بمپوراد⁴³ مطرح کرد. او معتقد است کودکان در این خانواده‌ها نیاز دارند که دیگران آن‌ها را دوست داشته باشند. وقتی که آن‌ها بزرگ می‌شوند، روابطی را برقرار می‌کنند که در آن، برای حمایت همسرشان ارزش بیش از حد قائل می‌شوند. وقتی این‌گونه روابط قطع می‌شوند، فرد افسرده غرق در احساسات بی‌کفایتی و فقدان می‌شود (هالچین و ویتبورن، 2010).

علاوه بر نظریات فوق، برخی دیگر از نظریه پردازان روان‌پویشی نیز نظریاتی درباره سبب‌شناسی افسردگی ارائه داده‌اند. ملانی کلاین⁴⁴ افسردگی را متضمن ابراز پرخاشگری به محبوب می‌دانست. از نظر ادوراد بیبرینگ⁴⁵ پدیده افسردگی زمانی شکل می‌گیرد که فرد از فاصله آرمان‌های بسیار کمال طلبانه خود و ناتوانی‌اش در رسیدن به این اهداف آگاه می‌شود. هاینتس کوهات⁴⁶ در نظریه‌اش درباره افسردگی بیان می‌کند که خود (self) برای رشد نیازهای معینی دارد که والدین باید برآورده کنند تا احساس مثبت اعتماد به‌نفس و انسجام در کودک شکل بگیرد. وقتی که دیگران این نیازهای را برآورده نمی‌کنند اعتماد به‌نفس به میزان زیادی از دست می‌رود و این به‌صورت افسردگی تظاهر می‌یابد (سادوک و سادوک، 2007).

نظریه شناختی

شناخت درمانی در اوایل دهه 1960 توسط آرون تی. بک⁴⁷ شکل گرفت (بک، 1964). مشاهدات بک در مورد درمان‌جویان افسرده معلوم کرد که آن‌ها در تعبیر کردن رویدادهای خاص زندگی سوءگیری

41 Self-regard

42 John Bowlby

43 Jules Bemporad

44 Melanie Klein

45 Edward Bibring

46 Heinz Kohut

47 Aaron T. Beck

منفی دارند و همین به تحریف‌های شناختی آن‌ها کمک می‌کند. درمان شناختی رویکردی فعال، رهنمودی، کوتاه‌مدت، متمرکز بر زمان حال، مشترک، بینش مدار و ساخت دار است (کوری، 2007). مدل شناختی درکل، بیان می‌دارد که هیجان‌ها و رفتارهای افراد متأثر از ادراک آن‌ها از رویدادها است. یک موقعیت به خودی خود احساس آدم‌ها را تعیین نمی‌کند بلکه شیوه بازسازی موقعیت در ذهن فرد است که احساس او را مشخص می‌کند (بک، 1998).

اما مدل شناختی توجه ویژه‌ای به اختلال افسردگی و تبیین آن نشان داده است. طبق دیدگاه شناختی، افراد در صورتی دچار اختلال افسردگی می‌شوند که تجربیات اولیه، آن‌ها را طوری حساس کرده باشد که به نوع به خصوص از ضایعه یا رویداد استرس‌زا به شیوه خاصی واکنش نشان دهند. افراد افسرده با فعال کردن یک رشته افکار که بک آن‌ها را مثلث شناختی^{۴۸} نامید، به تجربیات استرس‌زا واکنش نشان می‌دهند. مثلث شناختی دیدگاه منفی نسبت به خود، دنیا و آینده است. وقتی این نحوه افسرده ساز در نظر گرفتن خود دنیا و آینده فعال می‌شود (که طرح‌واره افسردگی نام دارد)، از طریق فرایند چرخه‌ای ادامه می‌یابد (هالجین و ویتبورن، 2010). به غیر از مثلث شناختی، تحریف‌های شناختی نیز در شروع و ادامه افسردگی نقش دارند.

تحریف‌های شناختی خطاهایی است که افراد افسرده هنگام نتیجه‌گیری از تجربیات‌شان مرتکب می‌شوند (هالجین و ویتبورن، 2010). تعداد زیادی از تحریف‌های شناختی معرفی و تعریف شده‌اند که در اینجا به مهم‌ترین آن‌ها اشاره خواهد شد. استنباط دلخواهی^{۴۹} به نتیجه‌گیری‌هایی اشاره دارد که شواهد از آن‌ها حمایت نمی‌کند. جداسازی گزینشی^{۵۰} نتیجه‌گیری بر اساس جزئیات مجزای یک واقعه را شامل می‌شود. در این حالت اطلاعات دیگر نادیده گرفته می‌شود و به اهمیت کل موقعیت توجهی نمی‌شود. تعمیم مفرط^{۵۱} فرایند اعتقادات افراطی برپایه یک بار وقوع و به کار بردن نامناسب آن‌ها در موقعیت‌ها یا رویدادهای مشابه است. بزرگنمایی کردن و کوچک جلوه دادن^{۵۲} عبارت است از برداشت کردن یک مورد یا واقعیت به صورت بزرگ‌تر یا کوچک‌تر از آنچه که واقعاً سزاوار آن است. شخصی کردن^{۵۳} گرایش افراد به ربط دادن رویدادهای بیرونی به خودشان است، حتی زمانی که مبنایی برای برقراری ارتباط وجود نداشته باشد. برچسب زدن و سوء برچسب زدن^{۵۴} عبارت است از وصف کردن هویت بر اساس نقایص و اشتباهاتی که در گذشته صورت گرفته‌اند و اجازه دادن به آن‌ها تا هویت واقعی را توصیف کنند. تفکر

48. cognitive triad

49. arbitrary inference

50. selective abstraction

51. overgeneralization

52. magnification and minimization

53. personalization

54. Labeling and mislabeling

Family name: Seyedi Asl	Name: Seyed Teymur
Title of Thesis: Comparison of the Effectiveness of Group Positive Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Depressed Students	
Supervisor: Mohammad Narimani (Prof) Advisor: Nilufar Mikaeeli (Phd)	
Graduate Degree: Phd	
Major: Psychology	Specialty: Psychology
University: Mohaghegh Ardabili	Faculty: Educational Sciences and Psychology
Graduation date: 2017/5/3	Number of pages: 129
Abstract: Regarding the high prevalence of depression in high school adolescents and the necessity of choosing the appropriate treatment for this group, the present study aimed to compare the effectiveness of two approaches of group positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapies on moderate and severe depression in high school male students in Tehran -district 6. The present study was experimental with pretest-posttest design with control group. The population consisted of all male students of second period of high school in district 6 of Tehran in the academic year of 2015-2016. Among them, 90 samples were selected using convenience sampling and taking into account the inclusion and exclusion criteria, and randomly assigned to two groups of intervention (8 sessions of group positive psychotherapy or 8 sessions of group cognitive behavioral therapy) and control group. Data were collected by Beck Depression Inventory II (BDI-II), Oxford Happiness Questionnaire (OHQ), and satisfaction with life scale (SWLS) and were analyzed using SPSS22 software and descriptive and inferential statistical methods such as Kruskal-Wallis, one way (ANOVA), Chi-square and Multivariate Covariance Analysis (MANCOVA). The results showed that in the group with moderate depression, there was no difference in the depression scores between the two groups of cognitive behavioral and positive psychotherapy in the post test ($P=0.999$), but in the severe depression group, the cognitive behavioral therapy group compared to positive psychotherapy group ($P=0.018$) had a greater reduction in depression score in the post-test. In the variables of life satisfaction and happiness, the positive psychotherapy group had a greater increase compared to the control group and the cognitive-behavioral group. Based on the findings of this study and considering the benefits of positive psychotherapy, this approach can be used in mild to moderate depression. Also, in the case of severe depression, a positive psychotherapy approach can be used, but given the greater effectiveness of cognitive-behavioral therapy, its use is more justifiable.	
Keywords: positive psychotherapy, Cognitive-Behavioral Psychotherapy, depression, happiness, satisfaction with life	



University of Mohaghegh Ardabili
Faculty of Educational Sciences and Psychology
Department of Psychology

**Thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the
degree of Ph. D in Psychology**

Title:
**Comparison of the Effectiveness of Group Positive Psychotherapy and
Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Depressed
Students**

Supervisor:
Mohammad Narimani (Prof)

Advisor:
Nilufar Mikaeeli (Ph. D)

By:
Seyed Teymur Seyedi Asl

May – 2017