

مقاله‌ی پژوهشی

کاهش علایم و نشانه‌های افسردگی با استفاده از مداخله‌های مثبت‌گرا:
مطالعه‌ی تک‌آزمودنی چند خط پایه

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، مطالعه‌ی کارآمدی روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش افسردگی افراد دارای علایم و نشانه‌های افسردگی بود.

روش کار: برای انجام این پژوهش در سال ۱۳۹۳ از طرح تک‌آزمودنی چند خط پایه با دوره‌ی پی‌گیری استفاده شد. ابتدا از بین افراد دارای علایم و نشانه‌های افسردگی که به یک مرکز مشاوره در تهران مراجعه کرده بودند، ۳ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. برای هر کدام از ایشان به صورت تصادفی بین ۳ تا ۷ هفته جلسه، خط پایه در نظر گرفته شد. ارزیابی‌ها با استفاده از مقیاس افسردگی بک-ویرایش دوم، مقیاس افسردگی هامیلتون-۱۷، مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی، آزمون جهت‌گیری شادکامی و پرسش‌نامه‌ی معنا در زندگی در مرحله‌ی خط پایه، جلسات درمان و چهار ماه بعد از پایان درمان (پی‌گیری) انجام گرفت. مداخله به صورت انفرادی بر اساس دستورالعمل سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) در ۶ جلسه توسط پژوهشگر انجام شد.

یافته‌ها: این پژوهش نشان می‌دهد که هر سه مراجع با شروع درمان روند کاهشی را در طراز نمرات افسردگی بک (۷۱٪) و افسردگی هامیلتون (۶۱٪) نشان می‌دهند. این نتایج در پایان دوره‌ی پی‌گیری نیز حفظ شده و درمان برای هر سه مراجع، موثر بوده است. هم‌چنین طراز نمرات شرکت‌کنندگان در مولفه‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا مثل احساس لذت، تقویت توان‌مندی‌ها و احساس معنا در طی جلسات درمان، روند افزایشی داشته است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد روان‌درمانی مثبت‌گرا به عنوان یک درمان کوتاه-مدت موثر برای کاهش علایم و نشانه‌های افسردگی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، روان‌درمانی، نشانه

* اعظم نوفرستی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

رسول روشن

دکترای روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه شاهد، تهران، ایران

لادن فتی

دکترای روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

حمیدرضا حسن‌آبادی

دکتری روان‌شناسی تربیتی، استادیار دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

عباس پسندیده

دکترای معارف اسلامی، استادیار دانشکده‌ی علوم حدیث، تهران، ایران

محمدرضا شعیری

دکتری روان‌شناسی، دانشیار دانشگاه شاهد، تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

دانشگاه شاهد، تهران، ایران

noferest88@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۳/۱۰/۰۱

تاریخ تایید: ۹۴/۰۶/۱۸

پی‌نوشت:

این پژوهش که در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT2014070818405N1 به ثبت رسیده، بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمام کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند، سپاسگزاری می‌نمایم.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که در سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری شایع در جهان خواهد بود. شیوع افسردگی در کشورهای مختلف متفاوت تخمین زده شده است اما آمارها شیوع تقریبی آن را بالاتر از ۳ درصد گزارش کرده‌اند (۱). این در حالی است که شیوع علائم و نشانه‌های افسردگی بسیار بیشتر از این میزان است. مطالعات شیوع بین ۱۰ تا ۲۰ درصد را برای علائم افسردگی نشان می‌دهند (۲). بزرگ‌ترین مطالعه‌ی همه‌گیرشناسی در ایران در یک نمونه‌ی ۳۵۰۱۴ نفری از سراسر کشور نیز نشان داد که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه دارای علائم افسردگی هستند (۳). هم‌چنین، یافته‌ها نشان می‌دهد افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی در معرض خطر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی (۴) یا سوء‌مصرف مواد (۵) هستند. به عنوان مثال، ۲۵ درصد از افرادی که علائم و نشانه‌های افسردگی را دارند طی ۲ سال آینده به اختلال افسردگی اساسی مبتلا شده و ۱۳ درصد از آن‌ها حداقل برای یک بار اقدام به خودکشی می‌کنند (۶). این نتایج، بیانگر اهمیت بالینی علائم و نشانه‌های افسردگی بوده و این الزام را فراهم می‌کند که رویکردهای درمانی کارآمد و اثربخش برای آن‌ها نیز در نظر گرفته شود. افسردگی اغلب به عنوان مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های منفی مانند خلق منفی، شناخت‌های منفی و رفتارهای اجتنابی مفهوم‌سازی شده است (۷). بر این اساس، درمان‌های روان‌شناختی کارآمد برای افسردگی مثل شناخت‌درمانی، فعال‌سازی رفتاری و درمان‌های بین‌فردی نیز روی کاهش یا بهبود این جنبه‌های منفی مثل تغییر باورهای ناکارآمد، شناسایی رفتارهای اجتنابی و رفع مشکلات بین فردی متمرکز شده‌اند (۸-۱۰) اما این درمان‌ها در بهترین حالت، افراد را در وضعیتی نگه می‌دارد که تنها از علائم افسردگی رنج نمی‌برند اما هنوز احساس بهزیستی در آن‌ها وجود ندارد زیرا عواطف منفی و عواطف مثبت دو ساختار کاملاً متفاوت داشته و عدم حضور عواطف منفی به معنی وجود عواطف مثبت نیست (۱۱). بنابراین، درمان‌های دیگری برای این گروه از افراد افسرده لازم است تا با نیازها، ویژگی‌ها، اهداف، ارزش‌ها، منابع یا سبک زندگی آن‌ها تناسب داشته باشد و علاوه بر بهبود علائم افسردگی و جلوگیری از عود آن به افزایش کیفیت زندگی آنان کمک کند.

در سال ۱۹۹۸ رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا^۱ توسط مارتین سلیگمن^۲ پیشنهاد شد. این رویکرد، حوزه‌ی تمرکز روان‌شناسی بالینی را فراتر از علائم ناخوش‌آیند یک اختلال و تسکین مستقیم علائم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علائم منفی یک اختلال، یعنی

^۱Positive Psychology

^۲Seligman

افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (۱۲). سلیگمن، شادکامی^۳ را موضوع اصلی رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا دانست و آن را به سه مولفه که از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد: هیجان مثبت^۴ (زندگی لذت‌بخش^۵)، مجذوب شدن^۶ (زندگی جذاب^۷) و معنی^۸ (زندگی بامعنی^۹). بر اساس این رویکرد، راهبردهایی که به مراجعین کمک می‌کند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و بامعنا را بسازند، "مداخله‌های مثبت‌گرا"^{۱۰} گفته می‌شود (۱۳).

روان‌درمانی مثبت‌گرا بر این فرض استوار است که افسردگی می‌تواند به طور موثر نه فقط با کاهش علائم منفی بلکه به طور مستقیم با ساختن هیجان مثبت، تقویت توان‌مندی‌های فرد و ایجاد معنا، درمان شود. ساختن این منابع مثبت ممکن است از وقوع اختلال جلوگیری کرده و یا با علائم منفی مقابله کرده و سدی برای عود مجدد اختلال باشد. علائم افسردگی اغلب شامل فقدان هیجان مثبت، فقدان جذابیت و فقدان احساس معنا در زندگی است که معمولاً به عنوان پیامدها یا همسته‌های افسردگی در نظر گرفته می‌شود. در حالی که سلیگمن این علائم را علت افسردگی می‌داند و معتقد است که ساختن هیجان‌های مثبت، جذابیت و معنا می‌تواند افسردگی را کاهش دهد (۱۴).

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های زیادی به بررسی این فرضیه که علائم افسردگی می‌تواند به طور مستقیم با ساختن هیجان مثبت، تقویت توان‌مندی‌های فرد و معنا، درمان شود، پرداخته و درستی آن را نشان داده‌اند (۲۳-۱۴). لایوس^{۱۱} و همکاران (۲۴) معتقدند که مداخله‌های روان‌شناسی مثبت از طریق افزایش هیجان، افکار و رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط، باعث کاهش افسردگی و افزایش شادکامی و احساس بهزیستی ذهنی در افراد می‌شوند. بنابراین روان‌درمانی مثبت‌گرا روش جدیدی را برای پیشگیری، درمان و جلوگیری از عود افسردگی نشان می‌دهد.

با این حال، بعضی از مطالعه‌ها بیانگر تاثیر متغیرهای فرهنگی در کارآمدی مداخله‌های مثبت‌گرا بوده است (۱۶، ۱۹، ۲۵). به عنوان مثال، بوم^{۱۲} و همکاران (۲۵) نشان می‌دهند که فرهنگ‌های فردگرا بیشتر از مداخله‌های مبتنی بر فرد مثل شناسایی توان‌مندی‌های فردی و تقویت خوش‌بینی و فرهنگ‌های جمع‌گرا بیشتر از مداخله‌های مبتنی بر جمع مثل

^۳Happiness

^۴Positive Emotion

^۵The Pleasant Life

^۶Engagement

^۷The Engaged Life

^۸Meaning

^۹The Meaningful Life

^{۱۰}Positive Intervention

^{۱۱}Layous

^{۱۲}Boehm

(۳۱). ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: داشتن علایم و نشانه‌های افسردگی به طوری که در مقیاس افسردگی بک، نمره‌ای بین ۱۴ تا ۳۵ به دست آورند، سن بالای ۲۵ سال، موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه‌ی کتبی. ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت بودند از: داشتن علایم و اختلالات سایکوتیک و اختلال شخصیت شدید، سوء‌مصرف مواد به طور دائمی، داشتن طرح و برنامه‌ی جدی برای خودکشی، علایم افسردگی شدید (نمره‌ی افسردگی بک مراجع بالاتر از ۳۶ باشد)، دریافت درمان شناختی-رفتاری تا سه ماه قبل از ورود به پژوهش، دریافت درمان دارویی نظام‌مند تا سه ماه قبل از ورود به پژوهش. این معیارها توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی با ابزارهای مستقل مورد تایید قرار گرفت. هم‌چنین ملاحظات اخلاقی بر اساس مجوز کمیته‌ی اخلاق دانشگاه شاهد در تاریخ ۹۳/۳/۱۵ در مورد مراجعین رعایت گردید.

مراجع اول

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

مراجع دوم

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

مراجع سوم

قدردانی کردن، گسترش روابط اجتماعی و مهربانی کردن سود می‌برند. هم‌چنین، لایوس و همکاران (۱۹) نشان می‌دهند در حالی که بعضی از مداخله‌های مثبت‌گرا مثل مهربانی می‌تواند در تمام فرهنگ‌ها اثربخش باشد ولی بعضی دیگر از مداخله‌ها مثل نوشتن نامه‌ی قدردانی به دلیل ساختارهای زیربنایی متفاوت فکری، هیجانی و رفتاری بین کشورهای غربی و شرقی، اثربخشی‌های متفاوتی را در آمریکا و کره جنوبی نشان می‌دهند. بنابراین استفاده از این مداخلات در یک فرهنگ متفاوت از فرهنگ غرب که خاستگاه اصلی این مداخلات است، چالشی مهم به نظر می‌رسد.

کارآمدی بعضی از این مداخله‌ها در چند پژوهش محدود در ایران تایید شده است (۲۸-۲۶). با این حال، در پژوهش لشنی^۱ و همکاران (۲۶) فقط کارآمدی راهبرد قدردانی مورد بررسی قرار گرفته و در پژوهش اصغری‌پور (۲۷) ترکیب دیگری از مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا به کار گرفته شده است. بنابراین لازم و ضروری به نظر می‌رسد که این تکنیک‌ها در فرایند کار بالینی در این فرهنگ مورد استفاده قرار گیرد تا فواید و محدودیت‌های استفاده از آن‌ها مشخص شود. بدیهی است پژوهش‌هایی از این قبیل علاوه بر این که می‌تواند دانش ما را درباره‌ی ماهیت افسردگی، سبب‌شناسی و بهترین رویکرد درمانی آن افزایش دهد، می‌تواند دانش پژوهشگران را درباره‌ی نقش فرهنگ در اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا افزایش دهد. بر این اساس پژوهش حاضر تدوین شده است تا به تاثیر و کارآمدی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر علایم و نشانه‌های افسردگی و محدودیت‌های آن در فرهنگ ایرانی بپردازد.

روش کار

این مطالعه در سایت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT2014070818405N1 ثبت شده است. در این مطالعه از طرح خط-پایه‌ی چندگانه بین آزمودنی‌ها با دوره‌ی پی‌گیری استفاده شده است (۲۹). در این طرح از آن جایی که تغییرات حاصل از مداخله‌ی درمانی بین افراد روی می‌دهد و مداخله برای هر فرد در زمان‌های متفاوت ارایه می‌شود، می‌توان تبیین‌های جایگزین ناشی از شانس، پختگی، ارزیابی‌های چندگانه، بازگشت به میانگین، رویدادهای تاریخی و غیره را برای تغییرات قابل مشاهده کنار گذاشت.

سه مراجع از بین افراد مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی در تهران در فاصله بین اول تا تیرماه سال ۹۳ با شیوه‌ی نمونه‌گیری هدف‌مند (۳۰) انتخاب شدند. حجم نمونه براساس حداقل حجم نمونه‌ی لازم برای مطالعات آزمایشی تک‌آزمودنی انتخاب گردید

^۱ دلیل انتخاب این ملاک این است که کارآمدی مداخله‌های روان‌درمانی مثبت‌گرا در این محدوده‌ی سنی بیشتر است.

^۱Lashani

ج- مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی^۳ (*PANAS*): این مقیاس، یک ابزار خودسنجی ۲۰ گویه‌ای است که برای اندازه‌گیری دو بعد خلق، یعنی عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی طراحی شده است. هر خرده‌مقیاس ۱۰ گویه دارد و گویه‌ها روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از یک (بسیار کم) تا پنج (بسیار زیاد) توسط آزمودنی رتبه‌بندی می‌شوند. دامنه‌ی نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. اعتبار آزمون به شیوه‌ی آلفای کرونباخ و بازآزمایی برای عاطفه‌ی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش شده است (۳۵). بخشی‌پور و دزکام (۳۶) در مطالعه‌ای که بر روی یک جمعیت ۲۵۵ نفری از دانشجویان مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطراب انجام دادند، میزان پایایی برای هر دو مقیاس را به شیوه‌ی آلفای کرونباخ یکسان و برابر ۰/۸۷ به دست آوردند. هم‌چنین این مقیاس توانست به خوبی بیماران مضطرب و افسرده را از هم جدا کند که بیانگر روایی افتراقی این مقیاس است. در تحلیل عاملی تاییدی^۴ نیز الگوی دو عاملی، برازنده‌ترین الگو بود. این مقیاس برای سنجش عاطفه‌ی مثبت و منفی در این پژوهش به کار می‌رود.

د- آزمون جهت‌گیری‌های شادکامی^۵: این پرسش‌نامه توسط پترسون^۶ و همکاران (۳۷) بر اساس نظریه‌ی شادکامی اصیل سلیگمن (۱۳) ساخته شد. در این آزمون به جواب‌های کاملاً درست نمره‌ی ۵، درست نمره‌ی ۴، تا حدی درست نمره‌ی ۳، غلط نمره‌ی ۲ و کاملاً غلط نمره‌ی ۱ داده می‌شود. تحلیل عاملی صورت گرفته بر روی آزمون فوق، نشان‌دهنده‌ی سه عامل است که معادل همان سه نوع زندگی سلیگمن است. همسانی درونی این آزمون در آمریکا برای سه خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ بوده است (۳۷). براتی سده، ضریب همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۶۷ به دست آورد. ضریب بازآزمایی این آزمون در یک نمونه‌ی ۹۵ نفری به فاصله‌ی ۵ هفته پس از اجرای اول برای مقیاس کل و خرده-آزمون‌ها به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۵۳، ۰/۴۰ و ۰/۵۷ به دست آمد. هم‌چنین برای بررسی روایی آزمون ضریب همبستگی بین این آزمون با آزمون رضایت از زندگی محاسبه شد که ۰/۵۱ به دست آمد (۲۸). این پرسش-نامه برای سنجش ابعاد مختلف نظریه سلیگمن یعنی لذت، جذابیت و معنا به کار گرفته شد.

ه- پرسش‌نامه‌ی معنا در زندگی^۷ (*MLQ*): این پرسش‌نامه ۱۰ گویه دارد و توسط استگر^۸ و همکاران (۳۸) ساخته شده است. تمام گویه‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً نادرست تا کاملاً

مراجع سوم زنی است ۴۷ ساله، متأهل، بازنشسته‌ی آموزش و پرورش و دارای سه فرزند که با علایم احساس غمگینی، بی‌حوصلگی، خستگی و عدم توانایی برای برنامه‌ریزی مسئولیت‌های زندگی به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. مراجع اذعان داشت که دوران کودکی سختی را پشت سر گذاشته است. مادرش سابقه‌ی افسردگی داشته و مدتی نیز در بیمارستان بستری بوده است. مراجع علایم اختلال افسردگی اساسی را پر نمی‌کرد، با این حال از زندگی لذت نمی‌برد. هنگام رویارویی با مشکلات زندگی فقط خودش را سرزنش می‌کرد و فکر می‌کرد رفتارهای اوست که این مشکلات را به وجود آورده است. مراجع برای مقابله با رویدادهای ناخوش‌آیند زندگی احساس ضعف می‌کرد و فقط اعتقاد به باورهای مذهبی و احساس معنایی که در زندگی داشت، تنها شیوه‌ی مقابله‌ی او با این رویدادها بود.

ابزار پژوهش

الف- مقیاس درجه‌بندی هامیلتون برای افسردگی^۱ (*HRSD*): این مقیاس پرکاربردترین مقیاس در پژوهش‌های مربوط به برآیند درمان است که علایم افسردگی را در طی هفته‌ی گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این مقیاس ۱۷ سؤال دارد و نشانه‌های رفتاری، جسمانی و ذهنی افسردگی را می‌سنجد. هامیلتون اعتبار این مقیاس را از طریق ضریب همبستگی بین ارزیاب‌ها از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ گزارش کرده است. روایی این مقیاس نیز از طریق ضریب همبستگی با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک^۲ ۰/۹۰ گزارش شد (۳۲).

ب- پرسش‌نامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۲ (*BDI-II*): این پرسش-نامه‌ی ۲۱ ماده‌ای (۳۳) که شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه افسردگی بک است، وجود و شدت علایم افسردگی را در بیماران روان‌پزشکی و جمعیت بهنجار و نیز نوجوانان و بزرگسالان اندازه‌گیری می‌کند. به هر ماده، نمره‌ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی کلی افسردگی از جمع نمره‌ی کل ماده‌ها حاصل می‌شود و از صفر تا ۶۳ متغیر است. اعتبار باز-آزمایی یک هفته‌ای این پرسش‌نامه ۰/۹۱ و همسانی درونی این پرسش‌نامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۳). مشخصات روان‌سنجی این پرسش‌نامه در یک نمونه‌ی ۹۴ نفری در ایران به این شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه‌ی آزمون ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۴ (۳۴). همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون ۰/۷۱ و با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک ویرایش ۰/۹۳ به دست آمد که بیانگر روایی این پرسش‌نامه است (۳۴). در این پژوهش این پرسش‌نامه برای تعیین وجود و شدت علایم و نشانه-های افسردگی به کار گرفته شد.

^۳Positive and Negative Affect Scale

^۴Confirmatory Factor Analysis

^۵Orientations of Happiness

^۶Peterson

^۷Meaning in Life

^۸Steger

^۱Hamilton Rating Scale for Depression-17

^۲Beck Depression Inventory-II

هم‌چنین شایستگی درمانگر با استفاده از یک مقیاس ۷ عبارتی تحت عنوان ارزیابی درمان و درمانگر توسط مراجع مورد بررسی قرار گرفت. روان‌درمانی مثبت‌گرای معمول بر اساس دستورالعمل سلیگمن و همکاران (۱۵) در ۶ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی اجرا شد. قبل از شروع درمان، یک جلسه برای توضیح منطق روان‌درمانی مثبت‌گرا و جهت‌دهی به مراجع انجام گرفت. در جلسه‌ی اول توان‌مندی‌های مراجع با استفاده از آزمون توان‌مندی‌ها شناسایی شد و مراجع یاد گرفت چگونه از این توان‌مندی‌ها به شیوه‌ای نو در زندگی استفاده کند. در جلسه‌ی دوم مراجع با هیجان‌های مثبت و نقش آن در کاهش افسردگی آشنا شد و تکنیک یادآوری سه نعمت در روز را به او آموزش داده شد. از مراجع خواسته شد که هر شب سه رویداد خوب که در آن روز برایش اتفاق افتاده و دلیل روی دادن آن را یاد داشت کند. در جلسه‌ی سوم به بحث معنا در زندگی و نقش آن در کاهش افسردگی پرداخته شد و تکنیک میراث شخصی به مراجع آموزش داده شد. در جلسه‌ی چهارم تکنیک قدردانی آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد که یک نامه‌ی قدردانی به یکی از افرادی که در زندگی احساس می‌کند به او مدیون است، بنویسد. در جلسه‌ی پنجم به نقش رابطه در کاهش افسردگی پرداخته شد و پاسخ‌دهی فعال-سازنده به مراجع آموزش داده شد. در جلسه‌ی ششم مراجع با روش‌های مختلف لذت بردن در زندگی مثل تامل کردن در کارهای روزانه، ذهن‌آگاهی، یادآوری خاطرات خوب، جشن گرفتن به مناسبت‌های مختلف آشنا شد و از او خواسته شد که در روزهای بعد از این تکنیک‌ها استفاده کند.

در طرح‌های تک‌آزمودنی روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از نمودار و تحلیل دیداری^۱ آن است (۳۱). در تحلیل دیداری، طراز^۲، روند^۳ و تغییرپذیری^۴ داده‌ها در مراحل مختلف و هم‌چنین درصد داده‌های غیر همپوش^۵ (PND) و درصد داده‌های همپوش^۶ (POD) برای تعیین میزان کارآمدی درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد (۳۱). در این پژوهش علاوه بر تحلیل دیداری نمودار از معنی‌داری بالینی نیز استفاده شد. هم‌چنین برای محاسبه‌ی اندازه اثر^۷ از روش میانگین کاهش از خط پایه^۸ (MBLR) استفاده شد. در این روش میانگین مشاهدات مرحله‌ی درمان یا پی‌گیری از میانگین مشاهدات خط پایه کم ده سپس تقسیم بر میانگین مشاهدات خط پایه شده و حاصل در ۱۰۰ ضرب می‌شود.

درست، وجود یا جست و جوی معنا را اندازه می‌گیرد. استگر و همکاران (۳۸) ضریب ثابت درونی را برای زیر مقیاس جستجوی معنا بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس وجود معنا ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. ضریب بازآزمایی آزمون در فاصله یک‌ماهه ۰/۷۰ برای وجود معنا و ۰/۷۳ برای جست و جوی معنا به دست آمد. هم‌چنین همبستگی بین دو خرده مقیاس در این پژوهش اندک بود که نشان دهنده برازش خوب این دو مقیاس برای سنجش خرده مقیاس‌هاست. براتی سده (۲۸) در نمونه‌ای ۹۵ نفری ضریب آلفا را برای وجود معنا ۰/۸۷ و برای جست و جوی معنا ۰/۹۱ به دست آورد و روایی آن را تایید کرد.

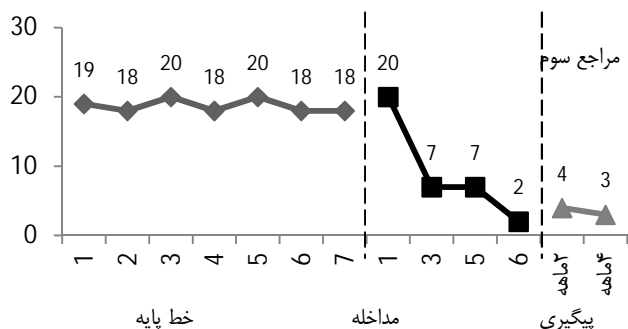
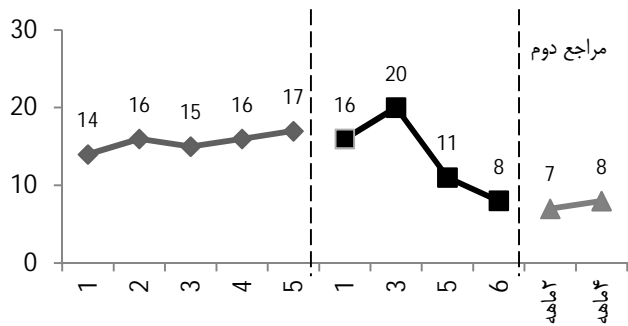
هر ۳ شرکت‌کننده به طور هم‌زمان وارد مرحله‌ی خط پایه شدند. تفاوت بین شرکت‌کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود. شرکت‌کنندگان بین ۳ تا ۷ هفته، مرحله‌ی خط پایه را گذراندند. اولین سنجش مرحله‌ی خط پایه در پایان جلسه‌ی مصاحبه انجام گرفت. بقیه سنجش‌های مرحله‌ی خط پایه به صورت هفتگی از شرکت‌کنندگان دریافت و آنان به صورت تصادفی وارد مراحل درمان شدند. شرکت‌کنندگان، مقیاس افسردگی بک را یک هفته در میان، مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی و جهت‌گیری‌های شادکامی و احساس معنا را به صورت هفتگی و مقیاس هامیلتون را فقط در مرحله‌ی خط پایه و انتهای جلسه‌ی پایانی و مرحله‌ی پی‌گیری ۲ ماهه پر کردند. تمام ارزیابی‌های مرحله‌ی خط پایه، فرایند درمان، جلسات پایانی و پی‌گیری توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی که در زمینه‌ی انجام ارزیابی‌ها آموزش لازم را دیده بود، انجام شد. ارزیابی‌های طی فرایند درمان قبل از شروع جلسه، ارزیابی جلسه‌ی پایانی درمان در انتهای جلسه و ارزیابی در مرحله‌ی خط پایه و پی‌گیری در جلسات جداگانه انجام شد. بعد از شروع درمان، هم‌زمان با جلسه‌ی سوم مراجع اول، مراجع دوم و هم‌زمان با جلسه‌ی پنجم مراجع اول و جلسه‌ی سوم مراجع دوم، مراجع سوم وارد درمان شدند. هر سه مراجع، همان پرسش‌نامه‌ها را به همان ترتیب پرکردند. در پایان جلسات درمان و در جلسه‌ی پی‌گیری دو ماهه، تمام مقیاس‌ها دوباره اجرا شدند. درمان توسط خود پژوهشگر انجام گرفت. درمان‌گر دوره‌های آموزشی در زمینه‌ی اصول اولیه‌ی درمان‌های روان-شناختی را گذرانده و به شیوه‌ی درمان مثبت‌گرا برای افسردگی مسلط بود. به منظور نظارت بر کار درمانگر و رعایت یکپارچگی درمان، درمانگر هفته‌ای یک بار و هر بار به مدت یک ساعت در جلسه‌ای که تحت نظر سوپروایزر طرح و برای بررسی میزان پیروی درمانگر از پروتکل درمانی تشکیل می‌شد، شرکت کرد. از برگه‌های انجام تکالیف خانگی بیماران به عنوان گواهی دال بر میزان پیروی بیماران از پروتکل درمانی استفاده شده و برگه‌ها به ناظر جلسات درمان تحویل داده شد.

¹Visual Analysis²Level³Trend⁴Stability⁵Percentage of Non-Overlapping Data⁶Percentage of Overlapping Data⁷Effect Size⁸Mean Baseline Reduction

نتایج

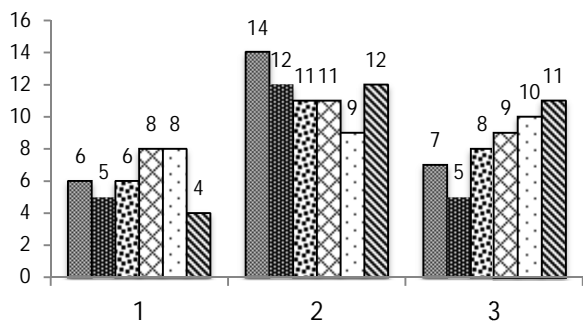
نمره‌ی هر کدام از مراجعین در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک در طی مرحله‌ی خط پایه، جلسات درمان و پی‌گیری ۲ ماهه و ۴ ماهه در نمودار ۱ نشان داده شده است. بر اساس نمودار ۱، تمام مراجعین در نمرات پرسش‌نامه‌ی افسردگی در طی مرحله‌ی خط پایه روند ثباتی را نشان می‌دهند و روند کاهش‌ی علائم فقط با شروع درمان مشاهده می‌شود. روند کاهش‌ی علائم افسردگی در طی درمان و در مرحله‌ی پی‌گیری ۴ ماهه نیز حفظ شده است. درصد تغییر هر مراجع در پایان جلسات درمان و پی‌گیری ۴ ماهه در جدول ۱ آمده است. هم‌چنین هر سه مراجع در پایان جلسات درمان و پی‌گیری ۴ ماهه در مقیاس افسردگی بک نمره‌ای کمتر از ۱۳ و در مقیاس هامیلتون نمره‌ای کمتر از ۷ گرفته‌اند که بیانگر معنی‌داری بالینی کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی در مراجعین است (۳۸،۳۹). بر اساس متغیرهای PND و POD مداخله برای هر سه مراجع موثر بوده ولی بیشترین تاثیر را برای مراجع اول و سوم داشته است. یافته‌ها بیانگر تاثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا در کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی است.

هم‌چنین، نمره‌ی هر کدام از مراجعین در خرده‌مقیاس احساس لذت، تقویت توان‌مندی‌ها و احساس معنا در هفته‌ی اول خط پایه، پیش‌آزمون، جلسه‌ی سوم مداخله، هفته‌ی آخر درمان (پس‌آزمون) و ۴ ماه بعد از آخرین جلسه‌ی درمان (پی‌گیری) در نمودار ۲ نشان داده شده است. بر اساس نمودار ۲ مراجع اول در هر سه خرده‌مقیاس در پایان جلسات درمان روند افزایشی نشان می‌دهد و این افزایش را در مرحله‌ی پی‌گیری به جز در مقیاس احساس لذت حفظ کرده است. مراجع دوم در هیچ کدام از سه خرده‌مقیاس در پایان جلسات درمان و پی‌گیری افزایش قابل توجهی نداشته است. مراجع سوم به جز در خرده‌مقیاس احساس معنا افزایش قابل توجهی را در پایان جلسات درمان و پی‌گیری نشان می‌دهد. درصد تغییر مراجعین در مقیاس عاطفه‌ی مثبت، عاطفه منفی و احساس معنا نیز در جدول ۱ ارایه شده است.

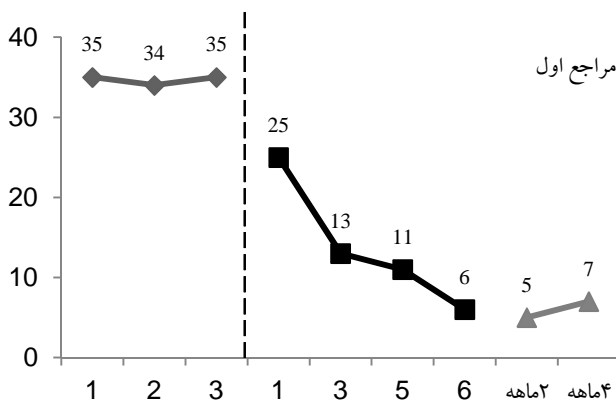
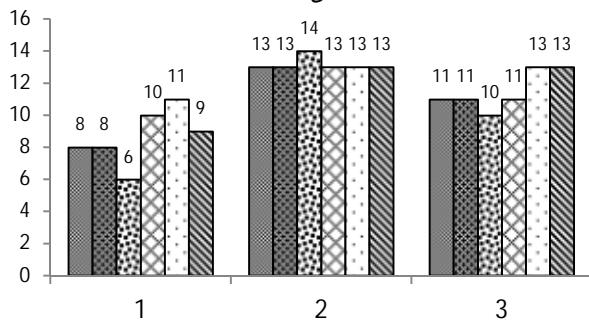


نمودار ۱ - نمرات مراجعین در مقیاس افسردگی بک در مرحله‌ی خط پایه، جلسه‌ی سوم مداخله و پی‌گیری

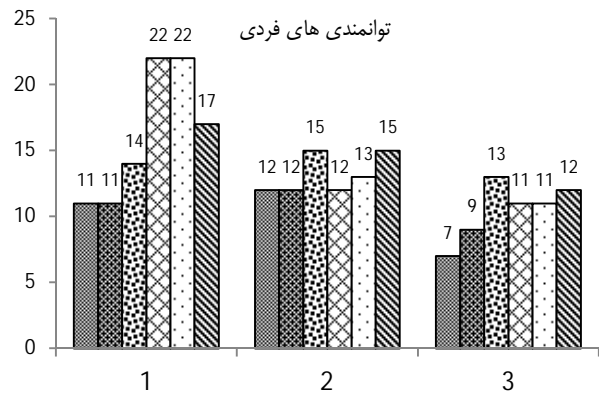
احساس لذت



احساس معنا



۱۲+	۹	۲۵+	۱۰	۸	۱
۰	۱۳	۰	۱۳	۱۳	۲
۱۸	۱۳	۰	۱۱	۱۱	۳
عاطفه‌ی مثبت					
۱۷+					
۶-	۲۶	۰	۲۹	۲۹	۱
۱۱+	۳۲	۱۴+	۳۳	۲۹	۲
۴۷+	۳۲	۴۷+	۳۲	۲۰	۳
عاطفه‌ی منفی					
۱۰					
۲۳-	۱۹	۵۹-	۱۰	۲۳	۱
۲۴+	۲۸	۱-	۲۲	۲۳	۲
۲۹-	۱۹	۳۶-	۱۷	۲۶	۳
احساس داشتن معنا و هدف‌مندی					
۲۸					
۸۳+	۲۵	۱۰۵+	۲۲	۱۳	۱
۰	۲۸	۴	۳۰	۳۰	۲
۰	۳۲	۰	۳۲	۳۱	۳



مراجعات

- خط پایه
- پیش آزمون
- جلسه سوم مداخله
- پیگیری ۲ ماهه
- پس آزمون
- پیگیری ۴ ماهه

نمودار ۲- نمرات مراجعات در خرده‌مقیاس احساس لذت، تقویت

توان‌مندی‌های فردی و احساس معنا

جدول ۱- درصد تغییر و نمرات مراجعات در مقیاس‌های مختلف در

مرحله‌ی خط پایه، جلسات درمان و پی‌گیری ۴ ماهه

مراجعات	پیش-آزمون	پس-آزمون	درصد پی-تغییر	درصد بهبود کلی
مقیاس افسردگی هامیلتون				
۱	۱۸	۷	۶۱-	۶۱-
۲	۱۵	۷	۵۳-	۵۳-
۳	۲۲	۸	۶۳-	۶۹-
مقیاس افسردگی بک - ویرایش دوم				
۱	۳۵	۶	۸۲-	۸۰-
۲	۱۴	۸	۴۸-	۴۸-
۳	۱۹	۲	۹۲-	۸۳-
آزمون جهت‌گیری (لذت)				
۱	۶	۸	۳۵+	۲۷-
۲	۱۴	۱۱	۱۵-	۷-
۳	۷	۹	۵۰+	۸۳+
آزمون جهت‌گیری (توان‌مندی‌ها)				
۱	۱۱	۲۲	۱۰۰+	۵۴+
۲	۱۲	۱۲	۰	۲۵+
۳	۷	۱۱	۳۷+	۵۰+
آزمون جهت‌گیری (احساس معنا)				
۸+				

بحث

یافته‌های به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌تواند به عنوان یک درمان کوتاه‌مدت موثر برای کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی در فرهنگ ایرانی نیز مورد نظر قرار گیرد. همچنین یافته‌ها از این باور که روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌تواند به طور موثری با افزایش احساس لذت، تقویت توان‌مندی‌ها و افزایش معنا باعث کاهش نشانه‌ها و علائم افسردگی شود، حمایت می‌کند. این نتایج با پژوهش‌های سلیگمن و همکاران (۱۴)، سلیگمن و همکاران (۱۵)، سین و لیوبومرסקی (۱۶)، بولیر^۱ و همکاران (۱۷)، لایوس و همکاران (۱۹)، سنف و لیو^۲ (۲۲)، سرجنت و مانگرین^۳ (۲۳)، اصغری‌پور (۲۷)، برای-سده (۲۸) همگام است. بنابراین به نظر می‌رسد که روان‌درمانی مثبت‌گرا بدون تأکید بر علائم منفی افسردگی و فقط با افزایش احساس لذت، تقویت توان‌مندی‌ها و ویژگی‌های مثبت فردی و استفاده از آن‌ها در زندگی روزمره و افزایش احساس معنا و هدف‌مندی در زندگی می‌تواند باعث کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی شود. روان‌درمانی مثبت‌گرا به دلیل کوتاه‌مدت بودن و در نتیجه مقرون به صرفه بودن و همچنین محتوی تمرینات آن نسبت به سایر رویکردهای روان‌درمانی که ساده و

¹Bolier
²Senf and Kienfie
³Sergeant and Mongrain

قابل فهم تر (۱۶) است، می‌تواند جای‌گزین مناسبی برای سایر درمان‌ها در افراد دارای علایم و نشانه‌های افسردگی در کشور ما باشد.

با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که احساس لذت در مراجع دوم در پایان جلسات درمان و پی‌گیری نه تنها افزایشی نداشته بلکه کاهش یافته است. چند تبیین برای این یافته مطرح می‌شود: اول این که مراجع دوم، هم‌زمان با شروع روند درمان مشکلاتی در محل کار خود پیدا کرد که خود می‌تواند یک دلیل برای کاهش احساس لذت در وی باشد به طوری که در عین کاهش معنی‌دار علایم افسردگی او در این مدت، درمان نتوانست باعث افزایش احساس لذت نیز در وی بشود. دوم این که، مراجع در مرحله‌ی خط پایه علایم خفیفی از افسردگی داشت که همین مسئله می‌تواند در این امر دخالت داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد افرادی که افسردگی متوسط و شدیدی دارند بیش از افسردگی خفیف از تمرینات روان‌درمانی مثبت‌گرا سود می‌برند (۱۶). سوم این که مراجع دوم با وجود کاهش در نمره‌ی خرده‌مقیاس لذت، در خرده‌مقیاس عاطفه مثبت افزایش ۱۴ درصدی داشته و این افزایش عاطفه‌ی مثبت را در طی مرحله پی‌گیری نیز حفظ کرده است. بنابراین ممکن است این تناقض به نوع جملات مطرح شده در خرده‌آزمون لذت و عواطف مثبت بستگی داشته باشد چون در خرده‌آزمون لذت فقط درباره‌ی خندیدن، احساس آرامش و برخی از توان‌مندی‌هایی که باعث لذت می‌شود، مثل شکرگذاری سؤال شده است در حالی که طیف وسیعی از عواطف مثبت مثل احساس علاقه‌مندی، احساس شور و شوق و مصمم بودن در مقیاس عواطف مثبت مورد ارزیابی قرار گرفته است. لذا به نظر می‌رسد که با وجود کاهش جنبه‌های ظاهری شاد بودن مثل خندیدن و احساس شور و شوق در مراجع، وی در این مدت عواطف مثبت بیشتری را نسبت به قبل تجربه کرده است. کاهش جنبه‌های ظاهری شادی در مراجع را می‌توان به مشکلاتی که مراجع در این مدت با آن مواجه شد، نسبت داد.

علاوه بر این، مراجع دوم و مراجع سوم تغییری در افزایش احساس معنا در هر دو مقیاس جهت‌گیری شادکامی و مقیاس احساس معنا در پایان مراحل درمان و جلسات پی‌گیری نشان نمی‌دهند. چند تبیین برای این یافته‌ها مطرح می‌شود: اول، مراجع دوم و سوم در مصاحبه‌ی اولیه شکایتی از احساس بی‌معنایی یا بی‌هدفی در زندگی نداشتند و در مرحله‌ی خط پایه نیز در مقیاس احساس معنا، نمره‌ی بالایی به دست آورده‌اند، در حالی که مراجع اول که بیشترین تغییر را در احساس معنا نشان می‌دهد مهم‌ترین شکایت او هنگام مراجعه به مرکز مشاوره، عدم احساس معنا و هدف‌مندی در زندگی بود و در مرحله‌ی خط پایه نیز نمره‌ی کمی را در مقیاس‌های احساس معنا به دست آورد لذا به نظر می‌رسد که هم‌چون متغیر افسردگی، این پروتکل در افرادی دارای احساس معنای کم نیز می-

تواند تغییرات بیشتری را در بعد معنا ایجاد کند (۱۶). دوم این که، در این پروتکل فقط یک تکنیک به طور خاص به تقویت احساس معنا و هدف‌مندی در زندگی می‌پرداخت. در این تکنیک از مراجعین خواسته می‌شد تصور کنند که بعد از یک عمر زندگی از دنیا رفته‌اند و مردم در مراسم تدفین آنان حاضر شده‌اند. در این حالت، آنان دوست دارند مردم در مورد آن‌ها چگونه اظهار نظر کنند. در این تکنیک مواردی که مراجع مطرح می‌کند، بیانگر ارزش‌ها و معنای زندگی مراجع است. هنگام آرایه‌ی این تکنیک به مراجعین، هر سه مراجع بازخورد مثبتی را در پایان جلسه به درمانگر ندادند و در جلسه‌ی بعد نیز احساسات ناخوش‌آیندی را گزارش کردند. لایوس و همکاران (۱۹) نشان دادند که صحبت کردن درباره‌ی مرگ در فرهنگ‌های شرقی یک تابو است و افراد دوست ندارند که در حالت عادی راجع به آن فکر کرده و در این مورد با مردم صحبت کنند. بنابراین شاید از یک سو این تکنیک برای افزایش معنا در مراجعین کافی نباشد و از سوی دیگر، این تکنیک از نظر فرهنگی تکنیک مناسبی برای اجرا در ایران نباشد. بنابراین تکنیک‌های بیشتر و متناسب با ابعاد فرهنگی لازم است تا این نقص را جبران کند. سوم این که، برای سنجش احساس معنا در این پژوهش از مقیاس احساس معنا در زندگی استفاده شده است که مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این مقیاس میزان احساس معنای مراجع در کل زندگی را نشان می‌دهد و شاید ابزار مناسبی برای سنجش تغییرات احساس معنا در طی جلسات درمان نباشد (۳۹) و در نتیجه مقیاس‌های دیگری لازم است تا بتواند میزان تغییرات احساس معنا را در طی جلسات درمان مورد بررسی قرار دهد.

پژوهش حاضر اگر چه به دلیل کاربرد مداخله‌های روان‌درمانی مثبت-گرا به شکل درمان انفرادی در یک فرهنگ متفاوت از فرهنگ غرب در نوع خود بدیع است، با این حال، با محدودیت‌های چندی روبه‌رو است. اول این که این پژوهش به شکل تک‌آزمودنی و با ۳ مراجع انجام گرفت که تعمیم‌پذیری دستاوردهای درمان را به سایر افراد دارای علایم و نشانه‌های افسردگی محدود می‌کند لذا پیشنهاد می‌گردد که اثربخشی شکل انفرادی این روش درمان با حجم نمونه‌ی بیشتر مورد بررسی قرار گیرد. دوم این که گر چه طرح‌های چند خط پایه می‌توانند تاثیر بسیاری از عوامل تهدیدکننده‌ی اعتبار درونی را کنترل کنند اما نمی‌توانند سهم تاثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا را از عوامل غیر اختصاصی موثر بر دستاوردهای درمان کنترل کنند لذا مطالعات کنترل شده‌ی تصادفی در این زمینه لازم است تا بتوان نقش این عوامل را هم مورد بررسی قرار داد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد روان‌درمانی مثبت‌گرا به عنوان یک درمان کوتاه‌مدت

موثر برای کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

References

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095-105.
2. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997; 45: 19-30.
3. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasemi MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 70-3.
4. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, Ten Have TR, Katz IR, Drayer R, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med* 2006; 144(7): 496-504.
5. Lewinsohn PM, Solomon A, Seeley JR, Zeiss A. Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000; 109: 345-51.
6. Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, Mergl R, Schroeter ML, Schroeder J, et al. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: A systematic review. *J Affect Disord* 2014; 28: 152-4.
7. Sin NL, Dellaporta MD, Lyubomirsky S. Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. In: Donaldson SI, Csikszentmihalyi M, Nakamura J. (editors). *Applied positive psychology*. New York: Rotelge; 2011: 725-35.
8. Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford; 2014: 795-815.
9. Hollon SD, Dimidjian S. Cognitive and behavioral treatment of depression. In: Gotlib IH, Hammen CL. (editors). *Handbook of depression*. 2nd ed. New York: Guilford; 2009: 468-77.
10. Beach SRH, Jones D, Franklin KJ. Marital, family, and interpersonal therapies for depression in adults. In: Gotlib IH, Hammen CL. (editors). *Handbook of depression*. 2nd ed. New York: Guilford; 2009: 624-41.
11. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull* 1985; 98: 219-35.
12. Rashid T, Seligman MEP. *Positive psychotherapy in current psychotherapies*. 10th ed. Belmont CA: Cengage; 2013.
13. Seligman M. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for Lasting Fulfilling*. New York: Free; 2002.
14. Seligman MEP, Rashid T, Park AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol* 2006; 61: 774-88.
15. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60: 410-21.
16. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol* 2009; 65: 467-87.
17. Bolier L, Haverman M, Westerhof G, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *Pub Health* 2013; 13: 119-29.
18. Kruse E, Chancellor J, Ruberton PM, Lyubomirsky S. An upward spiral between gratitude and humility. *Soc Psychol Personal Sci* 2014; 5(7): 805-14.
19. Layous K, Lee H, Choi I, Lyubomirsky S. Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *J Cross Cult Psychol* 2014; 44(8): 1294-303.
20. Layous K, Nelson SK, Lyubomirsky S. What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *J Happiness Stud* 2012; 14(2): 635-54.
21. Layous K, Nelson SK, Oberle E, Schonert-Reichl KA, Lyubomirsky S. Kindness counts: prompting prosocial behavior in preadolescents boosts peer acceptance and well-being. *PLoS ONE* 2012; 7(12): e51380.
22. Senf K, Kienfie A. The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *J Happiness Stud* 2013; 14: 591-612.
23. Sergeant S, Mongrain M. An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *J Consult Clin Psychol* 2014; 13: 157-65.
24. Layous K, Chancellor J, Lyubomirsky S, Wang L, Doraiswamy M. Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depression disorders. *J Altern Complement Med* 2011; 17(8): 675-83.
25. Boehm JK, Lyubomirsky S, Sheldon KM. A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cogn Emot* 2011; 25: 1263-72.
26. Lashani Z, Shaeiri MR, Asghari Moghadam MA, Golzari M. Effect of gratitude strategies on positive affectivity, happiness and optimism. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2012; 18(2): 157-66.
27. Asgharipoor N. [The comparison between positive psychology and cognitive-behavioral therapy in major depression]. Dissertation. Tehran: Iranian Psychiatry Association; 2011: 250. (Persian)

28. Barati Sedeh F. [The efficacy of positive psychology interventions in enhancing happiness, life satisfaction, meaning in life and decreasing depression]. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 2009: 25. (Persian)
29. Barlow DH, Hersen M. Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change. Boston: Allyn and Bacon; 1984.
30. Cozby PC. Methods in behavioral research. 10th ed. John Wiley and sons; 2005.
31. Lane JD, Gast DL. Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychol Rehabil* 2014; 24 (3-4): 445-63.
32. Mokhber N, Azar Pajooch MR, Asgharipour N. [Effect of citalopram on depression and cognitive functions of stroke patients]. *Quarterly journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2013; 20(1): 6-14. (Persian)
33. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the BDI-II. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
34. Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. [Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparing two conceptual frameworks]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2005; 11(3): 312-26. (Persian)
35. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54: 1063-70.
36. Bakhshipoor A, Dejhkam M. Confirmatory Factor Analysis (CFA) of positive affect and negative affect scales. *J Psychol* 2006; 9(4): 351-65.
37. Peterson C, Park N, Seligman MEP. Orientation to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *J Happiness Stud* 2005; 6: 25-41.
38. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the studies that measured both. *Br J Psychiatry* 2006; 202: 22-7.
39. Nelson SK, Fuller JAK, Choi I, Lyubomirsky S. Beyond self-protection: Self-affirmation benefits hedonic and eudemonic well-being. *Pers Soc Psychol Bull* 2014; 40(8): 998-1011.