

Research Article

Comparison Group Therapy of Positive Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Efficacy on Adolescents' Psychological Capital with Depression Symptoms

Seyed Golamreza Nasiri Takami¹, Mahmoud Najafi^{2*}, Siavash Talepasand³

1. PhD student of psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
2. Associate Professor Department of clinical psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
3. Associate Professor Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of positive psychotherapy and cognitive behavior therapy on psychological capital in adolescents with depression symptoms. The research was a quasi-experiment with a pre-test and post-test method and control group. The sample included 51 adolescents aged 15 to 17 years old with depressive symptoms. They were referred to counseling and psychology centers and psychiatric clinics in Sari during the first six months of 2017. They were selected by convenience sampling and randomly assigned to the experimental and control groups (17 people in each group). Children Depression Inventory (CDI), Conner – Davidson Resilience scale, Snyder Hope scale, Life Orientation Test-Revised, and General Self – Efficacy Scale, was used in pre and post-test. The positive psychotherapy experimental group received treatment during ten sessions, and the cognitive-behavioral therapy experimental group received during eight sessions. The multivariate covariance analysis results showed that positive psychotherapy and cognitive behavioral therapy significantly affected psychological capital. But the efficacy of positive psychotherapy in increasing the hope component was more than cognitive-behavioral therapy. Also, there was a significant difference between the two interventional groups and the control group on psychological capital. Positive psychotherapy and cognitive-behavioral therapy effectively increased psychological capital because of their emphasis on different psychological aspects. On the other hand, positive psychotherapy was probably more effective than cognitive-behavioral therapy through enhancing social interactions and positive emotions and hope training and optimism. Therefore, positive psychotherapy can be used in the clinical interventions by Specialists and especially school counselors to improve students' mental health.

Key Words: Positive psychotherapy, cognitive behavioral therapy, resiliency, self-efficacy, hope, optimism

*.najafy2001ir@yahoo.com

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری گروهی بر سرمایه‌های

روانشناختی نوجوانان با علائم افسردگی

سید غلامرضا نصیری تاکامی^۱، محمود نجفی^{۲*}، سیاوش طالع پسند^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

reza.nasiri5715@gmail.com

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

najafy2001ir@yahoo.com

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

stalepasand@semnan.ac.ir

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی در نوجوانان با علائم افسردگی بود. روش پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه شامل ۵۱ نفر از نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ سال با علائم افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی و کلینیک‌های روان‌پزشکی ساری در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۶ بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند (در هر گروه ۱۷ نفر). پرسشنامه افسردگی کواکس، تاب‌آوری کانر و دیویدسون، امیدواری اشنایدر، آزمون بازنگری‌شده جهت‌گیری زندگی و مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. گروه آزمایش روان‌درمانی مثبت طی ۱۰ جلسه و گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری طی ۸ جلسه به‌صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان دادند روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی تأثیر معناداری داشته‌اند؛ اما اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر در افزایش مؤلفه امید، بیشتر از درمان شناختی رفتاری بود. همچنین، بین دو گروه درمانی با گروه گواه در سرمایه‌های روانشناختی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری با تأکید بر جنبه‌های مختلف روانشناختی در افزایش سرمایه‌های روانشناختی مؤثر بودند. همچنین، روان‌درمانی مثبت‌نگر احتمالاً از طریق تقویت تعاملات اجتماعی و هیجانات مثبت و آموزش امید و خوش‌بینی در افزایش امید مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری بود؛ بنابراین، روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌تواند به‌عنوان یکی از مداخلات بالینی مورد استفاده متخصصان و به‌ویژه مشاوران مدارس برای ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی مثبت‌نگر، درمان شناختی رفتاری، تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلات بالینی است. اختلالات افسردگی حداکثر بر ۲۰ درصد افراد در مرحله‌ای از زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ افسردگی به شایع‌ترین بیماری در کشورهای پردرآمد تبدیل شود (چاوز، لوپز - گومز، هرواز و وازکوئز، ۲۰۱۷). افسردگی می‌تواند موجب کاهش بهره‌وری تحصیلی، خلاقیت، بی‌تفاوتی و اختلال خواب شود (بیگی، نجفی، محمدی‌فر و عبداللهی، ۱۳۹۷). افسردگی مانع از بروز برخی مؤلفه‌های مهم رشدی می‌شود و چنانچه برای درمان این اختلال اقدامی به‌موقع نشود، به احتمال زیاد شاهد تداوم آن در بزرگسالی خواهیم بود (برک^۲، ۱۳۸۵/۲۰۰۱؛ لرنر و همکاران، ۲۰۰۵)؛ بنابراین، به دلیل شیوع این اختلال پیگیری و درمان آن باید یکی از مداخلات اساسی در اولویت سلامتی در نظر گرفته شود (مصطفایی و بشیریان، ۱۳۹۱؛ چاوز و همکاران، ۲۰۱۷). یکی از رویکردهای مطرح در درمان افسردگی، دیدگاه شناختی رفتاری است که آرون تی بک^۳ پیش‌قراول آن است. از نظر بک، افراد مبتلا به افسردگی، درگیر پردازش اطلاعات و فرآیند استدلال معیوب‌اند و تن به طرحواره‌هایی داده‌اند که خود فروکاهنده^۴ است. افراد افسرده آشکارا با چیزی دست به‌گیری‌اند که بک آن را «مثلث شناختی»^۵ می‌نامد. هدف شناخت درمانگران همانا شناسایی اندیشه‌های مخدوش و سپس کمک به بیماران است تا به تصحیح آنها پردازند (سیف، ۱۳۸۵). درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی و افزایش احساسات مثبت از قبیل

شادکامی و امید مؤثر بوده است (امینی‌خوش‌لهجه و ابوالمعالی‌الحسینی، ۱۳۹۵؛ آقاباقری، محمدخوانی، عمرانی و فرهمند، ۱۳۹۱؛ پدرام، محمدی، ناظری، آیین‌پرست، ۲۰۱۱؛ عاشوری، ۱۳۹۵؛ گلشنی، ۱۳۹۴؛ ماررو، کار بالیرا، مارتین، مجیاس و هراندز، ۲۰۱۶؛ مرادی و فتحی، ۱۳۹۵).

از منظر مدل‌های آسیب‌شناسی شناختی، سوگیری شناختی باعث آسیب‌پذیری در برابر رویدادهای منفی می‌شود (بک، ۱۹۹۳؛ به نقل از ماررو و همکاران، ۲۰۱۶؛ لیپی، ۲۰۱۷). شواهد قوی وجود دارد که کارایی درمان شناختی رفتاری را برای افسردگی تأیید می‌کنند (چن، لو، چانگ، چو و چویو، ۲۰۰۶؛ چاوز و همکاران، ۲۰۱۷؛ رجبی، شمعونی و امان‌الهی، ۱۳۹۷؛ محمدی، نجفی، دهشیری و نیکبخت، ۱۳۹۱) و موجب افزایش دانش پایه و فهم بیشتر ویژگی‌ها و مسائل خاص دوره حساس نوجوانی شده است؛ اما نتوانسته هدایت‌گر نوجوانان و جوانان به سمت بالندگی باشد (لرنر و همکاران، ۲۰۰۵). ادغام جنبه‌های مثبت کارکرد روانی در بیماران موجب می‌شود درک کنند روان‌درمانی صرفاً در جهت کاهش علائم بالینی نیست، بلکه درباره یادگیری استفاده از نقاط قوت، مهارت و توانایی مقابله با مشکلات است (چاوز و همکاران، ۲۰۱۷). روانشناسی مثبت‌نگر^۶ با تأکید بر جنبه‌های مثبت کارکردهای روانشناختی و تقویت نقاط مثبت جنبه‌های وجودی انسان نه تنها سعی در کاهش علائم بالینی دارد، در پی کمک به بیماران برای شناسایی و درک و گسترش ظرفیت‌های خود است تا بتوانند به سطح مطلوبی از شادکامی و بهزیستی دست یابند (اصغری‌پور، ارشادی و صاحبی، ۲۰۱۲). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از اثربخشی درمان با

1. depression
2. Berk
3. Aaron T. Beck
4. self-defeating
5. cognitive triad

6. positive psychology

عبارت‌اند از: گسترش، ایجاد، خنثی‌سازی^۶، تاب‌آوری^۷ و شکوفایی^۸ (فردریکسون و لوزادا، ۲۰۰۵؛ کار، ۲۰۰۴/۱۳۹۱).

مفهوم سرمایه روانشناختی^۹ یکی از مفاهیمی است که در سال‌های اخیر وارد حوزه روانشناسی مثبت شده است، است (فردریکسون، ۲۰۰۳؛ لانتاز، یوسف و اوولسی، ۲۰۰۷) که با مؤلفه‌های امیدواری^{۱۰}، خوش‌بینی^{۱۱}، تاب‌آوری و خودکارآمدی^{۱۲} مشخص می‌شود (علیپور و همکاران، ۱۳۹۲، لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). سلیگمن (۲۰۰۲) پرورش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روانشناختی را در کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر می‌داند. برای نوجوانان، امیدواری می‌تواند زمینه‌ساز ورود به بزرگسالی رضایت‌بخش باشد و به آنها در مراقبت هرچه بهتر از خویشن کمک کند (رسولی، یغمایی و علوی مجد، ۱۳۸۹). اسنایدر^{۱۳} در طرح نظریه امید بر دو مفهوم قدرت برنامه‌ریزی و قدرت اراده تأکید دارد. امید هیجان مثبت را افزایش و هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد. امید با عاطفه مثبت رابطه مثبت و با افسردگی رابطه منفی دارد (اسنایدر، ۱۹۹۴؛ به نقل از بنسون، ۲۰۰۶). یکی دیگر از سرمایه‌های روانشناختی عامل خوش‌بینی است. به اعتقاد سلیگمن، صرفاً فقدان کنترل در شرایط درماندگی آموخته شده بر سلامتی ما تأثیر نمی‌گذارد؛ بلکه چگونگی تفسیر این فقدان کنترل نیز مهم است. به نظر او، سبک تبیینی^{۱۴} خوش‌بینانه از درماندگی، جلوگیری و سبک تبیینی بدبینانه به تمام جنبه‌های زندگی گسترش

رویکرد مثبت‌نگر در افزایش امیدواری افراد بوده است (افروز، دلیر و صادقی، ۱۳۹۶؛ پورفرج و رضازاده، ۱۳۹۷؛ دمورتی، وان اوویجک، اسنلدر و وایلد، ۲۰۱۱؛ فرنام، ۱۳۹۵).

زیربنای نظری روان‌درمانی مثبت‌نگر^۱ ریشه در کارهای سلیگمن^۲ دارد. او بیان کرد شادی شامل زندگی لذت‌بخش، زندگی متعهدانه و زندگی معنادار است (مگیار موه^۳، ۱۳۹۳/۲۰۰۹). سلیگمن هدف نهایی روانشناسی مثبت‌گرا را شادکامی اصیل^۴ می‌داند. بر اساس این رویکرد، با توجه به اینکه افراد افسرده، اغلب نبود احساس مثبت، اشتیاق و معنا را نشان می‌دهند، مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا در درمان علائم افسردگی، براساس تقویت این سه مؤلفه در افراد طراحی شده است، نه اینکه به‌طور مستقیم افسردگی را هدف قرار دهد (ایندرانی، ۲۰۱۷؛ گو و همکاران، ۲۰۱۷). در این زمینه، پژوهش‌های متعددی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر متغیرهای مربوط به سرمایه‌های روانشناختی مثبت نشان داده‌اند (آلیو و کاراکوس، ۲۰۱۵؛ بیگی و همکاران، ۱۳۹۷؛ سلیگمن، رشید و پارکز، ۲۰۰۶؛ حدادی و بشارت، ۲۰۱۰؛ رحیمی، برجلی و سهرابی، ۱۳۹۴؛ علیپور، آخوندی، صرامی، صفاری‌نیا، آگاه هریس، ۱۳۹۲؛ گو و همکاران، ۲۰۱۷؛ محسنی و عقیلی، ۱۳۹۵؛ هنرمندزاده و سجادیان، ۱۳۹۵؛ یکانی زاد، گل محمد نژاد بهرامی و سلیمان نژاد، ۱۳۹۷).

نظریه ایجاد و گسترش باربارا فردریکسون^۵، یک مدل چندوجهی از هیجان‌های مثبت است که پنج کارکرد برای هیجان‌های مثبت در نظر گرفته است که

6. undoing
7. resilience
8. flourish
9. psychological capital
10. hope
11. optimism
12. self-efficacy
13. Snyder
14. explanatory style

1. positive psychotherapy
2. Seligman
3. Magyar-Moe
4. authentic happiness
5. Barbara L. Fredrickson

قضاوت‌های منفی و ارزیابی‌های خود در مقابله با رویدادها و حوادث، احساس بی‌کفایتی می‌کنند (موریس^۴، ۲۰۰۲؛ به نقل از طهماسیان و اناری، ۱۳۸۸).

مطابق شواهد اخیر، افسردگی از جمله اختلالاتی است که بار مالی، اجتماعی و عاطفی چشمگیری را هم برای فرد مبتلا و هم برای خانواده و جامعه به دنبال دارد (اصغری‌پور و همکاران، ۲۰۱۲). این مسائل زمانی حادث‌تر خواهد شد که افسردگی دوره نوجوانی درمان نشده یا به‌طور ناقص درمان شده باشد که علاوه بر مزمن شدن بیماری و طولانی‌تر شدن دوره درمان در بزرگسالی هزینه‌های مالی فراوانی را به جای خواهد گذاشت؛ از این رو تحقیقات جدید به دنبال روش‌های درمانی اثربخش‌تر، کم‌هزینه‌تر و کوتاه‌مدت‌تر در مقایسه با درمان‌های معمول از جمله دارویی‌اند (دیکرسون و همکاران، ۲۰۱۸). روان‌درمانی مثبت‌نگر برخلاف دیگر رویکردهای درمانی که صرفاً به دنبال کاهش علائم اختلالات روانی‌اند، در پی اصلاح، بهبود و بهینه‌سازی روش‌های روان‌درمانی است تا بتواند علاوه بر کمک به افراد برای کاهش دردمندی‌ها با تمرکز بر کارکردهای مثبت روانی همچون امید، خوش‌بینی، تاب‌آوری و خودکارآمدی، آنها را به سمت رشد، بالندگی، شکوفایی، شادمانی و بهزیستی هدایت کند. با توجه به اینکه بیشتر تحقیقات در دهه‌های اخیر درباره افسردگی بر تحریفات شناختی و پردازش منفی اطلاعات متمرکز بوده‌اند و کمتر به نقش احساسات مثبت و ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روانشناختی که گویای ویژگی‌های مهم بهبودی‌اند، توجه کرده‌اند (زیمرمن^۵ و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از چاوز و همکاران، ۲۰۱۷) و به دلیل اینکه تعداد پژوهش‌هایی که تلاش می‌کنند این نوع درمان را با مداخلات

می‌یابد. بررسی جمعیت‌های گوناگون نشان داده است افرادی که در خوش‌بینی نمره بالا گرفتند، از آنهایی که در بدبینی نمره بالا گرفتند، خشنودترند و افسردگی و اضطراب کمتری دارند (شولتز و شولتز^۱، ۲۰۰۵/۱۳۹۵).

تاب‌آوری، یکی دیگر از راهبردهایی است که پژوهشگران در روانشناسی مثبت به آن توجه داشته‌اند. تاب‌آوری به توانایی سازگاری مؤثر با موقعیت‌های تهدیدکننده اشاره دارد (خوش‌نظری، حسینی، فلاحی خشک‌ناب و بخشی، ۱۳۹۴). افراد تاب‌آور توانایی رشد کردن، پخته‌شدن، توانایی حل مشکلات تعارض‌انگیز، افزایش قابلیت و توانایی برگشتن و بهبودی را در مقابل شرایط دشوار دارند (حسینی قمی و سلیمی بجزستانی، ۱۳۹۱). در مطالعات مختلف از جمله پژوهش حدادی و بشارت (۲۰۱۰) درباره تاب‌آوری و افسردگی نشان داده شده است که تاب‌آوری با افسردگی رابطه منفی معنادار دارد.

آخرین سازه سرمایه روانشناختی مثبت، خودکارآمدی است. خودکارآمدی به قضاوت‌های کلی افراد درباره توانایی‌هایشان اشاره دارد (بندورا^۲، ۲۰۰۸؛ به نقل از نریمانی، غلامزاده و دهقان، ۱۳۹۳). بندورا اعتقاد دارد هنگامی که اعتقاد داشته باشیم در تکالیف به‌خوبی عمل می‌کنیم، ارزیابی‌های خودکارآمدی، تأثیر عمیقی بر سطح انگیزش دارد. با وجود مکث‌های موقت روی آنها سخت‌تر و با پشتکار بیشتری کار می‌کنیم. به نظر او، هنگامی که افراد توانایی‌های خود را در رویارویی و اثرگذاری بر ناملایمات ناتوان ببینند، دچار افسردگی می‌شوند (کرین^۳، ۲۰۰۰/۱۳۸۸). در واقع افراد افسرده به دلیل

4. Muris
5. Zimmerman

1. Schultz & Schultz
2. Bandura
3. Crane

روان‌درمانی مثبت‌نگر مقایسه کنند، اندک است (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶) و همین‌طور با در نظر گرفتن این امر که درمان به‌موقع و مقرون‌به‌صرفه افسردگی در نوجوانان به کاهش مشکلات متعاقب این پدیده منجر می‌شود، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ سال با علائم افسردگی بود؛ بنابراین، فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از: ۱- بین سرمایه‌های روانشناختی مثبت (تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی) در گروه دریافت‌کننده روان‌درمانی مثبت‌نگر با گروه دریافت‌کننده درمان شناختی رفتاری در نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ سال با علائم افسردگی تفاوت وجود دارد. ۲- بین سرمایه‌های روانشناختی مثبت (تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی) در گروه دریافت‌کننده روان‌درمانی مثبت‌نگر با گروه نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ سال با علائم افسردگی تفاوت وجود دارد. ۳- بین سرمایه‌های روانشناختی مثبت (تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی) در گروه دریافت‌کننده درمان شناختی رفتاری با گروه نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ سال با علائم افسردگی تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری: طرح این پژوهش، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مطالعه شده شامل کلیه نوجوانان با علائم افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی و کلینیک‌های روان‌پزشکی شهرستان ساری در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۶ بوده است. نمونه پژوهش شامل ۵۱ نفر از نوجوانان پسر با علائم افسردگی ۱۵ تا ۱۷

ساله بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، ابتدا از تمامی نوجوانان با علائم افسردگی که برای درمان به مراکز مشاوره و روانپزشکی مراجعه کردند و متمایل به شرکت در گروه درمانی بودند، ثبت‌نام به عمل آمد. سپس از بین آنها از طریق مطالعه پرونده‌ای که در مراکز داشتند و نیز مصاحبه تشخیصی به‌عمل‌آمده پژوهشگر (با توجه به ملاک‌های DSM-5) و ملاک‌های ورود و خروج، در نهایت ۵۱ نفر برای شرکت در جلسات گروهی انتخاب شدند و به‌صورت گمارش تصادفی در سه گروه ۱۷ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. پیش‌آزمون در تمام گروهها اجرا و سپس مداخله‌ها در گروههای آزمایش انجام شد و در نهایت، پس‌آزمون از همه گروهها به عمل آمد. بعد از پایان یافتن پژوهش، بنا به رعایت اصل اخلاق در پژوهش، گروه گواه، پیگیری و به روانشناس یا روان‌پزشک ارجاع داده شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- داشتن سن بین ۱۵ تا ۱۷ سال؛ ۲- تحصیل در مقطع دوره متوسطه دوم؛ ۳- مصرف نکردن داروهای روانپزشکی؛ ۴- عدم تشخیص هم‌زمان اختلالات روانی دیگر به‌جز افسردگی؛ ۵- نداشتن بیماری‌های جسمانی خاص؛ ۶- دریافت تشخیص علائم افسردگی از طرف متخصصان مربوطه بر پایه معیارهای ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی؛ ۷- تمایل درمانجو برای حضور در جلسات گروه درمانی؛ ۸- مصرف نکردن داروهای روان‌گردان. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- غیبت بیش از یک جلسه در جلسات گروه درمانی؛ ۲- ابتلا به اختلالات دیگر به‌جز افسردگی؛ ۳- تمایل نداشتن درمانجو به ادامه درمان؛ ۴- اشتغال و درگیری ذهنی با افکار خودکشی؛ ۵- مصرف داروهای روان‌گردان.

انبار سنجش: پرسشنامه افسردگی کودکان کوکس^۱، مارایا کوکس، پرسشنامه افسردگی کودکان را در سال ۱۹۷۹ برای کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ سال طراحی کرد. این پرسشنامه شامل ۲۷ سؤال است. هر سؤال پرسشنامه شامل سه جمله است که از صفر تا دو نمره گذاری می‌شود. نمره صفر حاکی از فقدان نشانه افسردگی، نمره یک نشانه متوسط و نمره دو بیان کننده وجود نشانه آشکار است. دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است (دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی، ۱۳۸۸). (سیلورمن^۲ و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از استوار و رضویه، ۱۳۹۲) همسانی درونی پرسشنامه را در دامنه از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش کردند. ایوارسون، اسوالندر و لیتلر^۳ (۲۰۰۶) پایایی بازآزمایی را از ۰/۳۸ تا ۰/۸۷ گزارش کردند. در ایران نیز رجبی و عطاری (۱۳۸۳) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۰/۸۱ محاسبه کردند. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای این پرسشنامه به دست آمد.

سرمایه روانشناختی از چهار بخش تاب‌آوری، امیدواری، خوش‌بینی و خودکارآمدی تشکیل شده است که به وسیله پرسشنامه‌های ذیل بررسی شدند:

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۴: این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) آن را تهیه کردند. این مقیاس از نوع لیکرت است و در دامنه ۰ تا ۴ از کاملاً غلط تا کاملاً درست رتبه‌بندی می‌شود. نمره نهایی، دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هرچه امتیاز بالاتر باشد، بیان‌کننده میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۵۰ است. کانر و

دیویدسون (۲۰۰۳) همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش دادند. در پژوهش حق رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای این پرسشنامه به دست آمد.

پرسشنامه امیدواری/اسنایدر^۵: اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) این پرسشنامه را تهیه کردند که دارای ۱۲ سؤال است. مقیاس پرسشنامه از نوع لیکرت است و دامنه ۱ تا ۴ از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم را در بر می‌گیرد. مقیاس دارای ساختاری دو عاملی شامل تفکر و مسیرهاست. تفکر عاملی شامل سؤالات ۳، ۴، ۷، ۸ و تفکر مسیرها شامل ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ است. چهار عبارت (۱، ۵، ۶، ۱۱) سؤالات انحرافی‌اند و در نمره گذاری محاسبه نمی‌شوند. بالاترین نمره ۶۴ و پایین‌ترین نمره ۸ است. (لوپز و اسنایدر، ۲۰۰۷) به نقل از کرمانی، خداپناهی و حیدری، (۱۳۹۰) همسانی درونی پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار بازآزمایی را ۰/۸۰ گزارش داده‌اند. روایی و پایایی این مقیاس در ایران در پژوهش علاءالدینی (۱۳۸۷) تأیید شده است. ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش کرمانی و همکاران (۱۳۹۰) با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ گزارش شده است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ برای این پرسشنامه به دست آمد.

آزمون بازنگری‌شده جهت‌گیری زندگی^۶: این آزمون نسخه کوتاه‌شده آزمون جهت‌گیری زندگی شی‌یر و کارور^۷ است. این آزمون در سال ۱۹۸۵ ساخته شده است و تفاوت‌های فردی در خوش‌بینی و بدبینی را

5. Snyder Hope Scale

6. Life Orientation Test-Revised

7. Scheier & Carrver

1. Kovacs Children Depression Inventory (CDI)

2. Silverman

3. Ivarsson, Svalander & Litlere

4. Conner-Davidson Resilience scale

نقل از رضایی فرد و معین، ۱۳۹۶) پایایی مقیاس خودکارآمدی را با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای این پرسشنامه به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: پس از انتخاب نمونه، نخست درباره روش‌های مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایشی ارائه شد و از آنها خواسته شد در همه جلسات درمان، حضوری فعال داشته باشند. سپس پرسشنامه‌های افسردگی کودکان و نوجوانان کواکس، تاب‌آوری کانر و دیویدسون، امیدواری اسنایدر، آزمون بازنگری‌شده جهت‌گیری زندگی و مقیاس خودکارآمدی عمومی در مرحله پیش‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد. در مرحله بعدی گروه‌های آزمایشی (روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی - رفتاری) در جلسات گروه درمانی شرکت داده شدند. گروه آزمایش روان‌درمانی مثبت‌نگر در جلسات گروهی ۹۰ دقیقه‌ای مطابق جدول شماره ۱ به صورت یک جلسه در هفته و طی ده هفته متوالی شرکت کردند (براساس الگوی رشید ۲۰۱۳؛ به نقل از هنرمندزاده و سجادیان، ۱۳۹۵). گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری نیز براساس پروتکل درمانی کمفیس و جاکوین^۳ (۱۹۹۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مبتنی بر درمان شناختی رفتاری (ارائه‌شده در جدول ۲) به صورت یک جلسه در هفته طی ۸ هفته پیاپی شرکت کردند. گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. در پایان مداخلات، هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون با همان پرسشنامه‌هایی آزمون شدند که در مرحله پیش‌آزمون به اجرا درآمد. درخور ذکر است در مرحله پس‌آزمون دو نفر از گروه

می‌سنجد. نسخه تجدیدنظرشده شامل ۱۰ ماده، ۳ ماده نشان‌دهنده تلقی خوش‌بینانه و ۳ ماده نشان‌دهنده تلقی بدبینانه است. چهار سؤال از ده سؤال این آزمون را باید نادیده گرفت. آزمودنی‌ها میزان توافق‌شان را برای هر یک از ماده‌ها بر پایه مقیاس لیکرت از صفر (کاملاً مخالفم) تا چهار (کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌کنند. برای جملات با بار منفی، نمره معکوس در نظر گرفته می‌شود (۳، ۷، ۹). نمره کل خوش‌بینی هر فرد در دامنه‌ای بین صفر تا ۲۴ قرار می‌گیرد (شی‌یر و کارور، ۱۹۸۵). در پژوهش نظری چگنی، بهروزی، مهربابی‌زاده هنرمند و هاشمی شیخ‌شبابی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خوش‌بینی (LOT-R) ۰/۶۷ به دست آمده است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۶ بود.

مقیاس خودکارآمدی عمومی^۲ شرر و مادوکس: مقیاس خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) برای بررسی خودکارآمدی عمومی تهیه شد. این مقیاس دارای ۱۷ گویه است که هر سؤال براساس مقیاس لیکرت در دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شد. شرر و همکاران (۱۹۸۲) مقیاس ۱۷ سؤالی خودکارآمدی عمومی را برای اندازه‌گیری «یک مجموعه کلی از انتظاراتی که افراد به موقعیت‌های جدید دارند» تدوین کرده‌اند. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ و بقیه سؤال‌ها به صورت معکوس، یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره به دست آمده ۸۵ و حداقل ۱۷ است. شرر و همکاران (۱۹۸۲) پایایی این مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست داده است. (بختیاری براتی، ۱۳۷۶؛ به

1. Scheier & Carver
2. General Self-Efficacy Scale

3. Kamphuis & Jacquin

روان‌درمانی مثبت‌نگر، یک نفر از گروه درمان شناختی رفتاری از مطالعه خارج شدند و یک نفر از گروه کنترل حضور نداشت. بازه زمانی اجرا در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۶ بوده است. در طی جلسات، یک نفر به عنوان دستیار درمانگر (با درجه فوق لیسانس روانشناسی)

به‌منظور توزیع فرم‌های لازم بین درمانجویان، جمع‌آوری فرم‌ها، نمره‌گذاری و کمک به درمانگر در فرایند روان‌درمانی گروهی در کنار درمانگر حضور داشته است.

جدول ۱. عناوین و محتوای مختصر جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر (براساس الگوی رشید ۲۰۱۳؛ به نقل از هنرمندزاده و سجادیان، ۱۳۹۵)

جلسات	عنوان جلسه	شرح محتوا و اهداف
اول	آشنایی و معارفه	معارفه و آشنایی افراد گروه، اجرای پیش‌آزمون، تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر و قوانین جلسات.
دوم	چارچوب روان‌درمانی مثبت‌نگر، نقش درمانگر و مسئولیت‌ها	بحث درباره فقدان یا کمبود منابع مثبت از قبیل هیجانان مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، توانمندی منش و نقش آن در بروز افسردگی، اضطراب و زندگی، نقش درمانگر، محدودیت‌ها و مسئولیت‌ها و وظایف مراجع طی جلسات.
سوم	تقویت نقاط شاخص و احساسات و عواطف مثبت	بحث درباره ۲۴ توانمندی منش ^۱ به منظور ایجاد و تقویت تعهد و سیالیت، تکمیل پرسشنامه در زمینه توانمندی‌های خود، بحث درباره نحوه به‌کارگیری نقاط قوت شاخص، بحث درخصوص نقش احساسات و عواطف مثبت در بهزیستی فرد.
چهارم	گذشت و بخشش	عفو و گذشت به‌عنوان ابزار نیرومندی که می‌تواند احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل کند.
پنجم	سپاسگزاری و قدرشناسی	تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به‌عنوان شکلی پایدار از سپاسگزاری، بحث درباره نقش خاطرات خوب و بد در تمرکز و تأکید بر قدرشناسی.
ششم	قناعت و حداکثرخواهی	بحث درخصوص راضی‌بودن به مطلوبیت نسبی و رضایت به جای زیاده‌خواهی در عرصه لذت‌جویی و تشویق و قناعت از طریق تعامل و تعهد به جای زیاده‌خواهی
هفتم	امید و خوشبینی	یادآوری خاطرات خوب و بد خود و صحبت درباره تأثیر آنها بر بهزیستی هیجانی، بحث درباره راهبردهای شناختی، ارزیابی مجدد در جهت بازنویسی و باز تغییر این خاطرات بد و تلخ، تأکید بر فواید تمرکز بر خاطرات خوب و مثبت.
هشتم	روابط مثبت و بازخورد فعال - سازنده	آموزش درباره نحوه واکنش فعال - سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند. ارائه تمرین واکنش سازنده و فعال به‌عنوان راهبردی مثبت برای تقویت ارتباطات مثبت.
نهم	لذت و تعهد	لذت‌بردن به‌عنوان آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عامدانه برای طولانی‌تر کردن هرچه بیشتر مدت آن، بحث درباره زندگی پربار به‌عنوان تلفیقی از هیجانان مثبت، تعهد، معنا، ارتباطات، موفقیت و پیشرفت و فواید و نیز تجارب درمانی به همراه شیوه‌های حفظ تغییرات مثبت ایجادشده.
دهم	جمع‌بندی کلی نکات کلیدی ارائه‌شده طی جلسات آموزشی	یکپارچه‌سازی مطالب و فرایندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروه درمانی و اثرات آن، گرفتن بازخورد از اعضا درباره احساس و نظراتشان نسبت به گروه و درمان، آماده‌سازی اعضا برای ترک گروه و استفاده از دستاوردهای آن، جمع‌بندی و اختتام گروه درمانی.

جدول ۲. جلسات و محتوای مختصر درمان شناختی رفتاری بر اساس پروتکل درمانی کمفیس و جاکوین (۱۹۹۵)

جلسه	شرح مختصر	تکالیف خانگی
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فرصت برای شناخت بیشتر اعضای گروه از یکدیگر، ارزیابی سطح افسردگی، توضیح دربارهٔ کاربرگ‌ها و پرسشنامه‌ها و چگونگی تکمیل آنها، منطق درمان شناختی رفتاری، تعیین هدف‌های درمان.	ارائهٔ یک جزوه از مدل شناختی رفتاری افسردگی برای مطالعه در منزل.
دوم	مرور مفاهیم قبلی، اهمیت کندوکاو در شناخت‌ها و چگونگی ارتباط آن با احساسات، تفاوت نوعی تفکر افراد افسرده و غیر افسرده و انواع افکار ناکارآمد تشریح می‌شود. توصیف احساس خوب و بد در زمان‌های خاص از طرف اعضای گروه و تلاش درمانگر برای نشان‌دادن ارتباط بین هیجانات و افکار افراد، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی خود، توزیع فرم ثبت روزانه افکار ناکارآمد و توضیح چگونگی استفاده از آن، تشویق اعضای گروه به تجربه فعالیت‌های لذت‌بخش.	نامه‌ای به گروه، راجع به افسردگی‌شان بنویسند. آنها می‌توانند به تغییراتی اشاره کنند که افسردگی در زندگی‌شان ایجاد کرده و تأثیراتی که بر آن داشته است. ثبت تجربهٔ فعالیت‌های لذت‌بخش در کاربرگ مخصوص. تمرین تکنیک‌های آرام‌سازی.
سوم	به اشتراک گذاشتن تجربه‌های اعضای گروه و بازخوردهای‌شان از رویدادهای لذت‌بخش در هفته گذشته و توضیح اعضا دربارهٔ تأثیرات استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی و کمک به اعضا تا درستی افکارشان را بررسی و مشخص کنند افکار چگونه بر احساسات‌شان تأثیر می‌گذارند. شرکت‌کنندگان، تجارب‌شان را در رابطه با پایش خود ^۱ با اعضای گروه به اشتراک می‌گذارند.	پرکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و استفاده از جزوهٔ پرسش‌های جدلی به‌منظور بازسازی شناختی.
چهارم	انواع تحریف‌های شناختی به بحث گذاشته می‌شود. رهبر گروه در به چالش کشیدن افکار ناکارآمد به اعضای گروه کمک می‌کند. مثلث شناختی بک توضیح داده می‌شود.	تمرین ابراز وجود و رفتار قاطعانه، بیان تأثیرات آنها به همراه تکمیل جدول ثبت افکار ناکارآمد.
پنجم	ثبت روزانه افکار ناکارآمد اعضای گروه به اشتراک گذاشته می‌شود و گروه به بازسازی آنها کمک می‌کند. درمانگر کار مداخله‌ای مناسب هر کس را تعیین می‌کند و شرح می‌دهد که افسردگی دو نفر شبیه هم نیست. بررسی مشکلات مربوط به وابستگی و ارتباط، آموزش حل مسئله و تمرین عزت نفس.	تنظیم‌نامه به شخصی که تأثیر مهمی در نگرش‌شان نسبت به خود داشته است. بیان احساسات مثبت و منفی خود و تأثیرات آن بر روابط بین‌فردی.
ششم	تکالیف مربوط به بازسازی شناختی مرور می‌شود. نامه‌های نوشته‌شده خوانده می‌شود. درمانگر، مدل شناختی - رفتاری را مجدداً توضیح و نقش طرحواره‌ها را در افسردگی شرح می‌دهند.	نوشتن نامه به شخص کلیدی که دارای نقش مؤثری در شکل‌گیری طرحواره‌اش بوده است. پرکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن آنها.
	مرور تکالیف خانگی، اعضای گروه به همدیگر در چالش کشیدن افکار ناکارآمدشان کمک می‌کنند. آموزش طرحواره‌ها از طرف درمانگر ادامه می‌یابد. به گروه توضیح داده می‌شود یکی از اهداف گروه، شروع حذف طرحواره‌های ناسالم است؛ اما تکمیل این فرایند مستلزم زمان است.	شناسایی طرحواره‌ها و ادامه پرکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن آنها.

جلسه	شرح مختصر	تکالیف خانگی
هفتم	به چالش کشیدن افکار ناکارآمد اعضای گروه به صورت جفتی با توجه به تکالیف خانگی انجام شده، چگونگی اصلاح طرح‌واره‌ها مرور می‌شود. برنامه‌هایی برای تضعیف طرح‌واره‌ها با کمک اعضای گروه طراحی می‌شوند.	ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن این افکار و طرح‌واره‌های مربوط.
هشتم	کمک به گروه برای یادآوری و مرور مواد اصلی مطرح شده در طول جلسات. توضیحاتی درباره ادامه کار درمانی با توجه به هدف‌های بیان شده به گروه داده می‌شود. همین‌طور احساس اعضای گروه درباره پایان یافتن جلسات درمانی بررسی می‌شود.	توصیه به ادامه روند آرام‌سازی، ارزیابی مداوم سطح افسردگی، خلق رویدادهای لذت‌بخش، افزایش آگاهی نسبت به رویدادهای استرس‌زا و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد.

یافته‌ها

مطالعه‌شده به تفکیک نوع آزمون و گروهها ارائه

شده‌اند.

در جدول شماره ۳، آماره‌های توصیفی متغیرهای

جدول ۳. آماره‌های توصیفی سرمایه‌های روانشناختی (امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی) به تفکیک نوع آزمون و گروهها

متغیرها	گروهها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
امید	درمان شناختی- رفتاری	۳۴/۶۰	۷/۱۱	۴۰/۲۷	۹/۱۸
	روان‌درمانی مثبت‌نگر	۳۵/۵۷	۷/۶۷	۴۸/۱۴	۱۱/۷۷
	گواه	۳۶/۰۶	۸/۲۵	۳۶/۰۶	۱۰/۶۴
خودکارآمدی	درمان شناختی- رفتاری	۴۴/۴۷	۷/۹۱	۴۹/۶۰	۱۰/۶۱
	روان‌درمانی مثبت‌نگر	۴۵/۷۱	۱۱/۵۶	۵۴/۲۹	۱۴/۴۹
	گواه	۴۷/۰۶	۹/۳۳	۴۸/۶۵	۱۳/۷۸
تاب‌آوری	درمان شناختی- رفتاری	۴۳/۶۰	۱۱/۵۳	۵۱/۹۳	۱۶/۶۰
	روان‌درمانی مثبت‌نگر	۴۷/۷۹	۱۰/۹۷	۵۶/۸۶	۱۵/۳۰
	گواه	۴۸/۱۲	۱۲/۱۴	۴۸/۵۹	۱۷/۰۱
خوش‌بینی	درمان شناختی- رفتاری	۱۱/۸۰	۲/۳۹	۱۴/۱۳	۳/۲۹
	روان‌درمانی مثبت‌نگر	۱۲/۷۱	۲/۷۵	۱۳/۵۰	۲/۸۲
	گواه	۱۱/۹۴	۲/۲۲	۱۱/۵۳	۳/۴۱

گواه، آماره = ۰/۹۵، ۰/۰۵ > P)، خودکارآمدی (درمان شناختی- رفتاری، آماره = ۰/۹۴، ۰/۰۵ > P، روان‌درمانی مثبت‌نگر، آماره = ۰/۸۹، ۰/۰۵ > P، گواه، آماره = ۰/۹۵، ۰/۰۵ > P)، تاب‌آوری (درمان شناختی- رفتاری، آماره = ۰/۹۵، ۰/۰۵ > P، روان‌درمانی مثبت‌نگر، آماره = ۰/۹۴، ۰/۰۵ > P، گواه، آماره = ۰/۹۵، ۰/۰۵ > P)، خوش‌بینی (درمان شناختی- رفتاری، آماره = ۰/۹۵، ۰/۰۵ > P، روان‌درمانی مثبت‌نگر، آماره = ۰/۹۶، ۰/۰۵ > P، گواه،

برای بررسی مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه‌های روانشناختی (امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی) از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شدند. ابتدا مفروضه نرمال بودن در سه گروه بررسی شد، امید (درمان شناختی- رفتاری، آماره = ۰/۹۸، ۰/۰۵ > P، روان‌درمانی مثبت‌نگر، آماره = ۰/۹۲، ۰/۰۵ > P،

همان‌گونه که مشاهده شد تمامی مفروضه‌ها برقرار بوده‌اند؛ بنابراین، تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن نشان دادند تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها وجود دارد ($F=4/31, P<0/05$). به‌منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه در تک‌تک متغیرهای وابسته از آزمون کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. در جدول ۴، نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای متغیرهای سرمایه روانشناختی در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه ارائه شدند.

آماره $=0/93, P>0/05$ ، نتایج هیچ‌گونه تخطی از این مفروضه را نشان نداد. دیگر مفروضه تحلیل کواریانس چندمتغیره، همسانی ماتریس کواریانس است که برای آزمون این مفروضه از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج نشان دادند مفروضه یکسانی کواریانس برقرار است ($F(20, 6282/44) = 0/74, p=0/79$). به‌منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد، امید (آماره $F=2/38, P>0/05$)، خودکارآمدی (آماره $=1/67, P>0/05$)، تاب‌آوری (آماره $=0/19, P>0/05$)، خوش‌بینی (آماره $=2/06, P>0/05$). این نتایج نیز حاکی از برقراری این مفروضه بود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی در پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	توان آزمون	اندازه اثر
امید	۱۲۴۳/۴۲	۲	۶۲۱/۷۱	۱۴/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۰/۴۲
خودکارآمدی	۴۵۰/۲۵	۲	۲۲۵/۱۲	۱۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹۰	۰/۳۷
تاب‌آوری	۱۱۰۲/۰۶	۲	۵۵۱/۰۳	۶/۶۸	۰/۰۰۳	۰/۸۹۳	۰/۲۵
خوش‌بینی	۹۱/۵۷	۲	۴۵/۷۸	۷/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۹۲۸	۰/۲۸

* $p<0/05$ ، ** $p<0/01$

با توجه به جدول ۴، نتایج نشان دادند در همه متغیرها بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به‌علاوه بخشی از واریانس تغییرات در امید (۰/۴۲)، خودکارآمدی (۰/۳۷)، تاب‌آوری (۰/۲۵)، خوش‌بینی (۰/۲۸) در پس‌آزمون به تأثیر روش‌های درمان مربوط می‌شود. در جدول ۵، مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴، نتایج نشان دادند در همه متغیرها بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. به‌علاوه بخشی از واریانس تغییرات در امید (۰/۴۲)، خودکارآمدی (۰/۳۷)، تاب‌آوری (۰/۲۵)، خوش‌بینی (۰/۲۸) در پس‌آزمون به تأثیر روش‌های درمان مربوط می‌شود. در جدول ۵، مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش ۱ (درمان شناختی - رفتاری) و آزمایشی ۲ (روان‌درمانی مثبت‌نگر) و گواه در پس‌آزمون

گروه‌ها	متغیر	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
(گروه آزمایش ۱)	گروه آزمایش ۲	۲/۵۶	* ۶/۶۰ -	۰/۰۴
درمان شناختی - رفتاری	گروه گواه	۲/۳۷	* ۶/۴۴	۰/۰۳
(گروه آزمایش ۲)	گروه گواه	۲/۴۵	* ۱۳/۰۴	۰/۰۰۱
روان‌درمانی مثبت‌نگر	گروه آزمایش ۲	۱/۷۱	-۳/۳۸	۰/۱۶
(گروه آزمایش ۱)	گروه گواه	۱/۵۹	* ۴/۳۹	۰/۰۳
درمان شناختی - رفتاری	خودکارآمدی			

سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	متغیر	گروه‌ها
۰/۰۰۱	۷/۷۷ *	۱/۶۳		(گروه آزمایش ۲) گروه گواه روان‌درمانی مثبت‌نگر
۱	-۲/۹۰	۳/۵۲		(گروه آزمایش ۱) گروه آزمایش ۲
۰/۰۳	۸/۶۳ *	۳/۲۶	تاب‌آوری	درمان شناختی - رفتاری گروه گواه
۰/۰۰۴	۱۱/۵۴ *	۳/۳۷		(گروه آزمایش ۲) گروه گواه روان‌درمانی مثبت‌نگر
۱	-۰/۰۸	۰/۹۶		(گروه آزمایش ۱) گروه آزمایش ۲
۰/۰۰۶	۲/۹۲ *	۰/۸۸	خوش‌بینی	درمان شناختی - رفتاری گروه گواه
۰/۰۰۶	۳ *	۰/۹۱		(گروه آزمایش ۲) گروه گواه روان‌درمانی مثبت‌نگر

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

است. یافته‌های به‌دست آمده دربارهٔ اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش سرمایه‌های روانشناختی مثبت با دیگر پژوهش‌های به‌عمل آمده همسو است. تأثیر درمان شناختی رفتاری بر جنبه‌های مختلف سلامت روان از جمله سرمایه‌های روانشناختی مثبت در پژوهش‌های متعددی تأیید شده است (امینی خوش‌لهجه و ابوالمعالی الحسینی، ۱۳۹۵؛ آقاباقری و همکاران، ۱۳۹۱؛ پدرام و همکاران، ۲۰۱۱؛ عاشوری، ۱۳۹۵؛ گلشنی، ۱۳۹۴؛ ماررو و همکاران، ۲۰۱۶؛ مرادی و فتحی، ۱۳۹۵). در تبیین چگونگی تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی مثبت باید گفت هدف اصلی درمان شناختی رفتاری این است که با تغییر و اصلاح شیوهٔ تفکر و رفتار، احساسات منفی افراد را تغییر دهد و آنها را در مقابله با حوادث زندگی توانمند سازد (لیهی، ۲۰۱۷). در واقع با تغییر شناخت‌ها، کل نظام احساسی و رفتاری شخص تغییر خواهد کرد. این نوع درمان با افزایش مهارت‌های شناختی رفتاری از جمله حل مسئله، کشف و شناسایی افکار نیمه‌هشیار و تحریف‌شده، تعبیر و تفسیر رویدادها از زوایای جدیدتر، حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌کند و افراد را به‌صورت هشیارانه

با توجه به سطوح معناداری در جدول ۵ از مؤلفه‌های سرمایه‌های روانشناختی، تنها در مؤلفهٔ امید بین اثربخشی دو طرح درمان تفاوت وجود دارد و ($p = 0.04$) و میزان تأثیر گروه آزمایش ۲ (روان‌درمانی مثبت‌نگر) بیشتر بوده است؛ ولی بین هر دو گروه درمان با گروه گواه در تمام مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی و خوش‌بینی) تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث

هدف از انجام این پژوهش، مقایسهٔ اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی (تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی) در نوجوانان ۱۵ تا ۱۷ سال با علایم افسردگی بوده است. نتایج به‌دست آمده نشان دادند هر دو مدل درمانی به‌طور معناداری موجب افزایش امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی در مرحلهٔ پس‌آزمون شدند. به عبارتی، تفاوت بین میانگین دو گروه آزمایش (روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری) و گروه گواه در تمامی متغیرها (امید، تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوش‌بینی) معنادار بوده

به نوعی رضایت درونی، ایجاد و فرد را بر داشته‌هایش متمرکز می‌کند. امید و خوش‌بینی به فرد ذهنیت رو به جلو می‌دهد؛ این انتظار که رویدادهای خوب اتفاق خواهند افتاد و عاملی برای تلاش سخت و هدفمند خواهند بود و بخشایش و گذشت که انگیزه‌ها و نگرش‌ها را نسبت به افراد رنجشگر، مثبت‌تر می‌کند و هم‌زمان از منفی‌بودن این افراد می‌کاهد. تمام این مؤلفه‌ها می‌توانند یک راه برون‌رفتی از طریق عادت کردن به پیام‌دهنده خوب بودن باشد و موجب رشد و تسهیل فضیلت‌گرایی و نیرومندی هرچه بیشتر کارکردهای مثبت روانشناختی شود. همچنین، روان‌درمانی مثبت‌گرا با تأکید بر حوزه‌های توانمندی شخصی مراجع و جلوگیری از رشد و تداوم احساسات منفی موجب افزایش خودکارآمدی در فرد می‌شود.

در تبیین چرایی و چگونگی اثرات مشابه دو مدل درمانی در افزایش مؤلفه‌های سرمایه روانشناختی (تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوش‌بینی) باید گفت یک رابطه دو سویه بین شناخت و هیجان وجود دارد، تعابیر یا معانی ویژه‌ای وجود دارند که پیش‌بینند حالت‌های هیجانی‌اند؛ اما اینگونه حالت‌های هیجانی، احتمال بروز همین شناخت را می‌افزاید (تیزدیل، ۱۹۸۳؛ به نقل از پاشا شریفی و نجفی زند، ۱۳۹۱)؛ بنابراین، هرچند به ظاهر با دو الگو و شیوه متفاوت درمانی که یکی مستقیماً درصدد کاهش علائم و حل مسائل شناختی و سوگیری‌های مربوط به آن است (CBT) و دیگری به‌طور غیرمستقیم بر توانمندی‌های شخصی و تقویت احساسات مثبت تأکید دارد؛ ولی آنچه در پایان شاهد آن خواهیم بود، تعدیل در شناخت‌های معیوب و احساسات منفی است؛ بدین معنی که در CBT با تغییر در باورها و شناخت به احساسات جدید، مثبت و مؤثر می‌رسیم و در روان‌درمانی مثبت‌نگر (PPT) برعکس با تغییر در احساسات، تجربه هیجان‌ات مثبت، پذیرش

فعال در موقعیتی قرار می‌دهد که احساس می‌کنند می‌توانند امور کنترل‌ناپذیر را در کنترل خود درآورند. همچنین، مراجعان یاد می‌گیرند به جای توجه صرف بر رویدادهای منفی یا جنبه‌های منفی یک رویداد به جنبه‌های مثبت آن نیز توجه کنند و بدون شواهد و دلایل کافی دست به پیشگویی نزنند و نگاه رو به آینده را با واقع‌بینی مثبت‌گرایانه در خود تقویت کنند و با فاجعه‌زدایی کردن امور بر کارآمدی شناختی خود بیفزایند.

نتایج یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داده‌اند روان‌درمانی مثبت‌نگر به اندازه درمان شناختی رفتاری بر افزایش سرمایه‌های روانشناختی مثبت مؤثر است. همسو با نتایج به‌دست آمده، پژوهش‌های متعددی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر متغیرهای مربوط به سرمایه‌های روانشناختی مثبت نشان داده‌اند (آلیو و کاراکوس، ۲۰۱۵؛ حدادی و بشارت، ۲۰۱۰؛ رحیمی و همکاران، ۱۳۹۴؛ سلیم‌گمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ علیپور و همکاران، ۱۳۹۲؛ گو و همکاران، ۲۰۱۷؛ محسنی و عقیلی، ۱۳۹۵؛ هنرمندزاده و سجادیان، ۱۳۹۵؛ یکانی‌زاد و همکاران، ۱۳۹۷). در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه روانشناختی مثبت می‌توان گفت تجربه هیجان‌ات مثبت، فرصت‌هایی را برای فرد فراهم می‌کند تا بتواند با ساختن منابع شخصی پایدار و گسترش تفکر - عمل لحظه‌ای، قادر به ادراک احتمال‌های بیشتری شود و در یک حالت مثبت جسمی و ذهنی با شرایط سخت زندگی، بهتر کنار بیاید (این‌درانی، ۲۰۱۷). با توجه به جدول ۱ (پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر)، این مدل درمانی بر مؤلفه‌هایی در جلسات درمانی تأکید دارد که بستری برای افزایش احساسات مثبت و رضایت از زندگی فراهم می‌کند؛ آموزش نحوه واکنش فعال - سازنده که راهبردی مثبت برای تقویت ارتباطات مثبت است. تشکر و قدردانی که

احساسات منفی و تمرکز بر توانمندی‌های منشی به شناخت تازه‌تر و نگرش جدیدتر و کارآمدتری نسبت به خود و محیط دست خواهیم یافت. در واقع در PPT نوعی مهندسی معکوس رخ می‌دهد، یک نوع مسئله‌گشایی وارونه با روش اکتشافی که به مدل شروع از آخر معروف است (سیف، ۱۳۸۵). به عبارت ساده‌تر، وقتی آدمیان تجارب منفی و در نتیجه؛ خلق منفی دارند، دچار دید تونلی می‌شوند که اغلب به تفکر منفی و بدبینانه منجر می‌شود. این تفکر منفی موجب خلق منفی بیشتر می‌شود که می‌تواند مارپیچ نزولی بهزیستی را سریع‌تر کند. در مقابل، با تجربه هیجان‌های مثبت چشم‌بندها کنار زده می‌شود و به افراد اجازه می‌دهد احتمال‌های بیشتری را در نظر بگیرند و خوش‌بینانه‌تر بیان‌بیشند (فردریکسون، ۲۰۰۳)؛ در نتیجه، هر دو مدل درمان، یکی با تغییر در افکار ناکارآمد و دیگری با گسترش هیجان مثبت و خنثی‌سازی هیجان‌های منفی به افزایش سرسختی، خودکارآمدی و خوش‌بینی کمک می‌کند (فردریکسون، ۲۰۰۳).

ارزیابی‌ها و قضاوت‌های فرد درباره توانایی‌های خود علاوه بر چگونگی پردازش اطلاعات، باورها و شیوه تفکر، از نوع احساسات تجربه‌شده و میزان آگاهی از توانمندی‌های شخصیتی تأثیر می‌گیرد. تجربه احساسات مثبت و لذت‌بخش موجب کاهش سوگیری‌های فرد درباره توانایی‌های خود می‌شود و به او اجازه می‌دهد با واقع‌بینی بیشتر خود را ارزیابی کند (کرین، ۲۰۰۰/۱۳۸۸).

بخش دیگری از یافته‌های پژوهش حاکی از تفاوت معنادار در رویکرد شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌نگر در مؤلفه امید بوده است؛ به طوری که میزان تأثیر گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر بیشتر از درمان شناختی رفتاری است. هرچند پژوهش در زمینه مقایسه دو مدل درمانی روی مؤلفه امید یافت

نشد، تعدادی از پژوهش‌ها روان‌درمانی مثبت‌نگر را به عنوان یک رویکرد درمانی مؤثر در افزایش امید نشان داده‌اند (افروز و همکاران، ۱۳۹۶؛ پورفرج و رضازاده، ۱۳۹۶؛ دمورتی و همکاران، ۲۰۱۱؛ فرنام، ۱۳۹۵)؛ به طور مثال، دمورتی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده‌اند روان‌درمانی مثبت‌نگر در افزایش امید به زندگی سالمندان مؤثر بوده است. ولز^۱ پی برده است ۲۷ درصد واریانس افسردگی با امید پایین تبیین می‌شود و آموزش امید به کاهش افسردگی در افراد منجر می‌شود. در تحلیل نتیجه این تفاوت بین دو روش درمانی (درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی مثبت‌نگر) دو نکته درخور توجه است: ۱. یکی از آموزش‌های به کاررفته در مداخلات مثبت‌نگر، آموزش امید است. این آموزش در دو قالب تأثیر و تمرکز بر خاطرات خوب و مثبت و نیز بازسازی شناختی و ارزیابی مجدد رویدادهای تلخ گذشته، به صورت تمرکز دوگانه و هم‌زمان روی احساس و شناخت توأم است که یک چرخه مثبت و هم‌افزا را رقم می‌زند که نتیجه آن، افزایش امید به زندگی خواهد بود. ۲. تحقیقات متعدد نشان داده‌اند امید با عاطفه مثبت، رضایت از زندگی و شادکامی، رابطه مثبت و با افسردگی رابطه منفی دارد (بنسون، ۲۰۰۶)؛ بنابراین، روانشناسی مثبت‌گرا با به کار گرفتن مداخلات مثبت‌گرایانه همچون بخشش و گذشت، قدرشناسی و سپاسگزاری، تفکر مثبت، شناسایی و تقویت نقاط شاخص شخصیتی، لذت و تعهد و تقویت تعاملات اجتماعی که از مهم‌ترین منابع تأمین معنا و هدف در زندگی‌اند و از طریق سبک پاسخ‌دهی فعال - سازنده به افراد آموزش داده می‌شوند، باعث افزایش تجربه‌های مثبت و هیجان‌های مثبت می‌شود که به نوبه خود به افزایش امید نیز منجر می‌شود.

افروز، غ.، دلیر، م.، و صادقی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تصویر بدنی، امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربه جراحی پستان. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۱۴)، ۱۸۰-۱۹۵.

امینی خوش‌لهجه، ص.، و ابوالمعالی‌الحسینی، خ. (۱۳۹۵)، اردیبهشت ۱۷-۱۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سرمایه روانشناختی در بیماران زن مبتلا به بیماری ام. اس. {ارائه مقاله}. چهارمین همایش روان‌درمانی شناختی رفتاری با تمرکز بر انتقال تجارب بالینی بین درمانگران نسل آینده، بیمارستان میلاد، تهران.

آقا باقری، ح.، محمدخانی، پ.، عمرانی، س.، و فرهمند، و. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام. اس. *روانشناسی بالینی*، ۴(۱)، ۲۳-۳۱.

برک، ل. (۱۳۸۵). *روانشناسی رشد*. {ترجمه: سید محمدی، ی.}. تهران: نشر ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).

بیگی، ع.، نجفی، م.، محمدی‌فر، م. ع.، و عبداللهی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت‌نفس نوجوانان دارای علائم افسردگی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۱)، ۴۷-۵۳.

پورفرج، ع.، و رضازاده، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی و امید به زندگی بیماران سرطانی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳۳)، ۱۱۹-۱۳۶.

حسینی قمی، ط.، و سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۱). اثربخشی تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام

تحقیق حاضر، محدودیت‌هایی داشته است. با توجه به اینکه این پژوهش روی نوجوانان پسر با علائم افسردگی با دامنه سنی ۱۵ تا ۱۷ سال انجام شد، قابلیت تعمیم‌دهی به کل جامعه را ندارد. همچنین، امکان پژوهش روی نمونه‌هایی با افسردگی متوسط و شدید وجود نداشت و همین‌طور بررسی در مرحله پیگیری مقدور نبود؛ بنابراین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، علاوه بر اثربخشی درمان‌ها به صورت مقایسه‌ای با درجات شدیدتر افسردگی، بررسی روی هر دو جنس صورت گیرد. همچنین، بررسی پیگیرانه در فواصل زمانی طولانی‌تر شایان توجه قرار گیرد. درخور ذکر است به دلیل یافت‌نشدن تحقیقات کافی در زمینه مقایسه اثربخشی رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر با دیگر رویکردها روی سرمایه‌های روانشناختی، انجام پژوهش در این حیطه ضروری به نظر می‌رسد. در مجموع براساس نتایج به‌دست آمده، هر دو مدل درمانی - روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری - در افزایش سرمایه‌های روانشناختی مؤثرند؛ اما تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش مؤلفه امید بیشتر است؛ بنابراین، می‌توان گفت روان‌درمانی مثبت‌نگر به‌عنوان رویکرد درمانی جدید به اندازه درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش کارکردهای مثبت روانشناختی مؤثر است و روانشناسان و به‌خصوص مشاوران مدارس می‌توانند از آن به‌عنوان الگوی مناسب، مطمئن و اثرگذار، هم در پیشگیری و ارتقای سلامت روانی و هم در درمان استفاده کنند.

منابع

استوار، ص.، و رضویه، ا. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS-A) جهت استفاده در ایران. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۲)، ۷۸-۶۹.

- بیماران سرطانی. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳(۱)، ۱۶۴-۱۷۴.
- سیف، ع. ا. (۱۳۸۵). *روانشناسی پرورشی*. تهران: نشر آگاه.
- شولتز، د.، و شولتز، س. آ. (۱۳۹۵). *نظریه‌های شخصیت*. {ترجمه: سید محمدی، ی.}. نشر ویرایش. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۵).
- طهماسیان، ک.، و اناری، آ. (۱۳۸۸). رابطه بین خودکارآمدی و افسردگی در نوجوانان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱(۹)، ۹۳-۸۳.
- عاشوری، ج. (۱۳۹۵). تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر شادکامی و بلوغ هیجانی نوجوانان پسر. *روانشناسی*، ۲(۱۵)، ۱۶۴-۱۴۷.
- علاءالدینی، ز. (۱۳۸۷). *بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید بزرگسالان و امید در حیطه خاص*. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی چاپ‌نشده]. دانشگاه اصفهان، ایران.
- علیپور، ا.، آخوندی، ن.، صرامی فروشانی، غ.، صفاری‌نیا، م.، و آگاه هریس، م. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مدل مداخله سرمایه روانشناختی (PCI) بر سلامت کارشناسان مشاغل در شرکت ایران خودرو دیزل. *دوماهنامه سلامت کار ایران*، ۱۰(۴)، ۲۳-۱۶.
- فرنام، ع. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مثبت‌نگری در افزایش کیفیت و امید به زندگی در سالمندان. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۲(۱)، ۷۵-۸۸.
- کار، آ. (۱۳۹۱). *روانشناسی مثبت - علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان*. {ترجمه: پاشا شریفی، ح.، و نجفی زند، ج.}. تهران: انتشارات سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).
- کرمانی، ز.، خداپناهی، م.، و حیدری، م. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۵(۳)، ۲۳-۷.
- خمینی (ره) تهران. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۴(۴)، ۹۷-۱۰۹.
- حق رنجبر، ف.، کاکاوند، ع.، برجعلی، ا.، و برماس، ح. (۱۳۹۰). تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی. *نشریه علوم رفتاری*، ۱(۱)، ۱۷۷-۱۸۷.
- خوش‌نظری، ص.، حسینی، م. ع.، فلاحی خشک‌ناب، م.، و بخشی، ع. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر تاب‌آوری پرستاران بخش‌های روانپزشکی. *نشریه روان‌پرستاری*، ۳(۱۴)، ۲۸-۳۷.
- دهشیری، غ.، نجفی، م.، شیخی، م.، و حبیبی، عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI). *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵(۲)، ۱۷۷-۱۵۹.
- رجبی، غ. م.، و عطاری، ی. ع. (۱۳۸۳). تحلیل عاملی سؤال‌های پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان. *پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، ۳(۱۰-۹)، ۸۳-۱۰۲.
- رجبی، غ.، شمعونی، ش.، و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۷). تأثیر درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی در دختران نوجوان. *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۵(۲۹)، ۱۲۵-۱۴۸.
- رحیمی، س.، برجعلی، ا.، و سهرابی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۱(۳)، ۱-۱۰.
- رسولی، م.، یغمایی، ف.، و علوی مجد، ح. (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی «مقیاس امیدواری جوانان» در نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی. *فصلنامه پایش*، ۹(۱۲)، ۲۰۴-۱۹۷.
- رضایی‌فرد، س.، و معین، ل. (۱۳۹۶). بررسی رابطه خودکارآمدی با سلامت روان و عزت‌نفس در

ا. اصلانی، ج.، و رفیعی، س. { تهران: انتشارات کتاب ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).
 نریمانی، م.، غلام‌زاده، ح.، و دهقان، ح. (۱۳۹۳).
 مقایسه عادات مطالعه، خودکارآمدی و تعلق‌ورزی میان دانش‌آموزان مدارس تیزهوش و عادی. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۱ (۲۰)، ۱۷۵-۱۹۶.
 نظری چگنی، ا.، بهروزی، ن.، مهرابی‌زاده هنرمند، م.، و هاشمی شیخ‌شبان، ا. (۱۳۹۲). رابطه دلبستگی ایمن، خوش‌بینی و حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی در دانشجویان دختر. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۴ (۱۵)، ۴۵-۵۷.
 هنرمندزاده، ر.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روانشناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی‌سرپرست. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۲ (۲)، ۳۵-۵۰.
 یکانی‌زاد، ا.، گل محمدنژاد بهرامی، غ.، و سلیمان‌نژاد، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر سرمایه روانشناختی و شادزیستی دانش‌آموزان. *مجله سلامت روان کودکان*، ۵ (۴)، ۱۳۵-۱۴۷.

Aliyev, R., & Karakus, M. (2015). The effects of positive psychological capital and negative feelings on students' violence tendency. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 190, 69-76.

Asgharipoor, N., Farid, A. A., Arshadi, H., & Sahebi, A. (2012). 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(2), 33-41.

Banson, W. (2006). *The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students highschool and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication*. [unpublished MA Thesis in

کرین، و. (۱۳۸۸). *نظریه‌های رشد*. {ترجمه: خوی‌نژاد، غ. ر.، و رجایی، ع. ر.}. تهران: انتشارات رشد.
 (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
 گلشنی، ف. (۱۳۹۴). *مقایسه تأثیر آموزش سبک زندگی و آموزش شناختی - رفتاری بر شادکامی و امید دختران نوجوان*. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده]. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
 محسنی، ص.، و عقیلی، س. م. (۱۳۹۵). اسفند (۱۴).
 اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر سرمایه‌های روانشناختی دانشجویان دانشگاه گرگان. {ارائه مقاله}. اولین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روانشناسی. تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.

محمدی، ک.، نجفی، م.، دهشیری، غ.، و نیکبخت، ع. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی نوجوانان. *مجله دست‌آوردهای روانشناختی (علوم تربیتی و روانشناختی)*، ۴ (۲)، ۱۷۷-۱۹۸.

مرادی، م.، و فتحی، د. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ دیده. *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات روانشناختی*، ۱۲ (۳)، ۶۳-۸۲.

مصطفایی، م.، و بشیریان، س. (۱۳۹۱). بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های خاص و نوجوانان سالم شهر همدان. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*، ۲۰ (۲)، ۶۵-۷۱.

مگیار مونه، ج. ل. (۱۳۹۳). *مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر: راهنمای درمانگر*. {ترجمه: فروغی، ع.}

- Psychology and Clinical Psychiatry*, 7(4), 1-8.
- Ivarsson, T., Svalander, P., & Litlere, O. (2006). The Children's Depression Inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(3), 220-226.
- Kamphuis, J., & Jacquin, K (1995). *A treatment group for overcoming depression*. University of Texas. <http://www.utexas.edu/student/cmhc/clearinhouse>
- Leahy, R. L. (2017). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. Guilford Publications.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J. B., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., & Smith, L. M. (2005). Positive youth development, participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H study of positive youth development. *The Journal of Early Adolescence*, 25(1), 17-71.
- Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.
- Marrero, R. J., Carballeira, M., Martín, S., Mejías, M., & Hernández, J. A. (2016). Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioral therapy in university students. *Anales De Psicología*, 32(3), 728-740.
- Pedram, M., Mohammadi, M., Naziri, G. H., & Aeinparast, N. (2011). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer. *Journal of Woman and Society*, 1(4), 61-75.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: using the new Positive Psychology to realize your potential for lasting fulfilling*. Free Press.
- psychology], East Technical University, Turkey.
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 417-433.
- Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 3-11.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Demerouti, E., Van Eeuwijk, E., Snelder, M., & Wild, U. (2011). Assessing the effects of a "personal effectiveness" training on psychological capital, assertiveness and self-awareness using self-other agreement. *Career Development International*, 16(1), 60-81.
- Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Leo, M. C., DeBar, L. L., Pearson, J., & Clarke, G. N. (2018). Cost-effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Youth Declining Antidepressants. *Pediatrics*, 141(2), 1-9.
- Fredrickson, B. L. (2003). The value of Positive Emotions. *American Scientist*, 91(4), 330-335.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686.
- Guo, Y. F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W., & Zhang, J. P. (2017). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 375-383.
- Haddadi, P., & Besharat, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 639-642.
- Indrani, M. (2017). Enhancing positive emotions via positive interpersonal communication: An unexplored avenue towards well-being of mankind. *Journal of*

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(4), 570-585.

Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774-788.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports, 51*(2), 663-671.