

«زن و مطالعات خانواده»

سال شانزدهم - شماره پنجاه و هفتم - پاییز ۱۴۰۱

ص: ۱۳۵-۱۵۱

مقایسه اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر افسردگی مداوم دختران

نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست

فروغ عبیری بناب^۱

مرضیه علیوندی وفا^{۲*}

علی خادمی^۳

غلامحسین جوانمرد^۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۳۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله مثبت‌نگر به شکل گروهی و فردی بر افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست تحت حمایت بهزیستی و کمیته امداد انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه دختران بدسرپرست/بی‌سرپرست تحت پوشش بهزیستی و کمیته امداد تشکیل می‌داد که در سال ۱۳۹۸ تحت پوشش نهادهای حمایتی مذکور بودند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ۴۵ نفر از افراد جامعه به شکل نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده، به صورت تصادفی در سه گروه فردی (۱۵ نفر)، گروهی (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در فرآیند مداخله، گروه‌های آزمایشی (فردی و گروهی) بسته مداخله‌ای روان‌درمانی مثبت‌گرای سلیگمن و سیکسزنت‌میهایلی (۴۷) را دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک جمع‌آوری و در پایان داده‌های حاصل با آزمون آماری تحلیل واریانس یک‌راهه، به واسطه نسخه SPSS۲۵ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که مداخله مثبت‌نگر به شکل فردی در مقایسه با روش گروهی اثربخشی بیشتری در کاهش افسردگی مداوم داشته است ($P < 0.01$). در نتیجه می‌توان گفت که درمان مثبت‌نگر فردی می‌تواند به‌عنوان روشی برای کاهش افسردگی دختران بدسرپرست/بی‌سرپرست از سوی نهادهای حمایتی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: مداخله مثبت‌نگر، مداخله گروهی، مداخله فردی، افسردگی مداوم

۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ایران

۲ استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسؤول)، m.alivand@iaut.ac.ir

۳ دانشیار گروه روانشناسی، مرکز تحقیقاتی روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۴ دانشیار علوم اعصاب شناختی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

مقدمه

بررسی بروز آسیب‌شناسی روانی در گستره عمر گویای این امر است که افراد در همه مراحل زندگی آسیب‌پذیری یکسانی در مقابل معضل‌های روانی ندارند. مروری بر منابع مرجع و یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که اغلب اختلال‌ها در دوره نوجوانی روی می‌دهد، که اختلال افسردگی^۱ از رایج‌ترین این معضل‌ها هیجانی شناختی می‌شود (۵۶) و (۴۱). افسردگی برای نوجوانان می‌تواند با پیامدهای متعددی مانند مشکل خواب (۱۲)، عملکرد تحصیلی نامناسب در مدرسه (۲۲)، و درنهایت خودکشی (۱۹) همراه باشد که هزینه‌های سنگینی را برای خانواده‌ها و سیستم درمانی متحمل می‌سازد. در کنار پیامدهای افسردگی، عدم مداخله در آن می‌تواند با پایداری افسردگی همراه باشد که می‌تواند به شکل اختلال افسردگی مداوم^۲ (ترکیبی از تشخیص‌های قبلی اختلال افسردگی اساسی مزمن و دیستایمی) ظاهر شود. افسردگی مداوم شکل پایداری از افسردگی اساسی است که علائم و نشانه‌های نسبتاً محدود و خفیف‌تری را در برمی‌گیرد. پایداری و پیامدهای مزمن افسردگی موجب می‌شود که بالینگران و محققان، سبب‌شناسی و در پی آن مداخله‌های گوناگونی را با هدف کاهش نشانه‌های این نوع افسردگی بکار بگیرند (۲).

یکی از بسترهای بنیادین آسیب‌شناسی که در گستره معضل‌های هیجانی کودکان و نوجوانان، به‌ویژه افسردگی مورد توجه قرار گرفته است، تعامل‌های نخستین یا دلبستگی است که در بستر خانواده صورت می‌گیرد (۵۴). یافته‌ها نشانگر آن است که رشد بهینه در کودکان و نوجوانان به محرک‌های محیطی-حمایتی و رابطه قوی با مراقبان اولیه مانند والدین بستگی دارد (۴۴). در هر سال به علت مشکل‌های فردی، اقتصادی، سیاسی، و اجتماعی، والدین شمار زیادی از کودکان را در جامعه رها می‌کنند؛ به طوری که رایج‌ترین شکل مراقبت از کودکان و نوجوانان طرد شده در سراسر جهان، مراقبت در پرورشگاه است. بنا به گزارش‌های حاصله، مرگ والدین، مشکل‌های جسمانی و روانی، طلاق والدین، اعتیاد، عدم صلاحیت والدین در نگهداری، مشکل‌های درون خانوادگی و نابسامانی مالی، وقوع حوادث طبیعی مانند سیل و زلزله، برخی از مهم‌ترین دلایلی است که کودکان و نوجوانان از وجود کانون خانواده بی‌بهره می‌گردند (۲۷)، (۶۰) و (۷).

کودکان و نوجوانانی که بخشی از زندگی‌شان را در پرورشگاه‌ها می‌گذرانند، عمدتاً از محیط‌های گرم و حمایت‌کننده بی‌بهره بوده و بیشتر از دیگر بچه‌ها در معرض خطر مشکل‌های جسمانی (مانند کم‌خونی، اختلال‌های دهان و دندان، مشکل‌های پوستی)، مشکل‌های هیجانی (مانند اضطراب، افسردگی، و عدم تنظیم هیجانی)، مشکل‌های رفتاری (شامل بیش‌فعالی، پرخاشگری، رفتارهای ضداجتماعی) قرار دارند (۳)، (۱۵) و (۳۶). از سوی دیگر، کودکان بی‌سرپرست/بدسرپرست به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در زمینه‌های رشدی به‌ویژه عملکرد در آزمون‌های

1. depressive disorder
2. Persistent depressive disorder

هوشی، رفتاری و قابلیت‌های گفتاری در مقایسه با کودکان عادی پایین‌تر عمل می‌کنند؛ به طوری که تأخیر در رشد شناختی و سازگاری اجتماعی منجر به بروز مشکل‌های تحصیلی در سال‌های مدرسه برای این کودکان و نوجوانان می‌شود. مهم‌تر اینکه، تحقیق‌ها نشان داده است که زندگی در محیط پرورشگاه به دلیل وجود مربیان متفاوتی که حضور مستمری در محیط ندارند، بر شکل‌گیری دلبستگی به‌ویژه دلبستگی ایمن، نیز اثر منفی داشته، منجر به دلبستگی ناایمن در کودکان می‌شود (۴۲). بعلاوه، به باور متخصصان، آسیب تجربه‌شده در دوران کودکی و نوجوانی به دلیل نبود مراقبت روان‌شناختی چنان وسیع و عمیق است که بهتر شدن شرایط (به‌عنوان مثال، فرزندخواندگی) نمی‌تواند همه آشفتگی‌های روانی تجربه‌شده را ترمیم کند. از طرفی، کودکان و نوجوانانی که روابط پایدار و مثبتی با اعضای خانواده خود و خویشاوندان نزدیک ندارند، رفتارهای مرتبط با سلامت روانی اجتماعی کمتری تجربه کرده و مشکل‌های رفتاری، هیجانی و اخلاقی (مانند اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی پایین، نبود مهارت‌های ارتباطی امید و اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی پایین) بیشتری را نشان می‌دهند (۵۹)، (۵۲)، (۵۸) و (۳۶).

بررسی‌های بالینی نشان از این حقیقت دارد که میزان افسردگی در این نوجوانان بیش از اختلال‌های دیگر است؛ اگرچه در کل، میزان مبتلایان به افسردگی مداوم و علت‌های تداوم این نوع افسردگی از لحاظ بالینی معلوم نیست (۳۳). بر پایه تحقیق‌های انجام‌شده، میزان افسردگی پایا و مداوم در نوجوانان بدسرپرست و بی‌سرپرست به شکل قابل‌توجهی تکان‌دهنده است؛ دلیل این امر نیز به عوامل متعددی همچون نبود چترهای حمایتی و نداشتن نگاه مثبت به زندگی آینده اسناد داده می‌شود (۵۷)، (۵۳)، (۱۳)، (۱۴). در کل، تحقیق‌های اخیر به بررسی عمیق افسردگی در سنین پایین در تمامی بافت‌های مختلف جهانی تأکید می‌کنند (۱).

با عنایت به شرایط حاکم بر جو روانی خانواده‌ها در دنیای استرس‌زای امروز، بررسی آمارهای موجود در حوزه حمایت و مراقبت از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، این پیام را به همراه دارد که در طی پنج سال آینده، دنیای روانشناسی شاهد افزایش تعداد این کودکان خواهد بود. بنابراین، لازم است برخی برنامه‌های حمایتی در مراقبت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست مورد توجه قرار گرفته و برنامه‌ریزی‌های بیشتری در این زمینه انجام شود. بررسی پیشینه ادبی نظری نشان می‌دهد که درمان‌های روان‌شناختی کارآمد برای افسردگی مزمن و نهفته نوجوانان مثل شناخت درمانی، فعال‌سازی رفتاری و درمان‌های بین‌فردی نیز روی کاهش یا بهبود جنبه‌های منفی مثل تغییر باورهای ناکارآمد، شناسایی رفتارهای اجتنابی و رفع مشکل‌های بین‌فردی متمرکز شده‌اند (۹) و (۱۰)، با این حال همچنان مداخله‌های درمانی جامعی برای افسردگی نوجوانان به‌ویژه نوجوانان آسیب‌پذیر وجود ندارد، از طرفی، درمان‌ها بیشتر بر کاهش علائم تأکید داشته و توجهی به جنبه‌های مثبت روان‌شناختی انسان مانند احساس شادکامی ندارند. به‌عنوان مثال، یندورک و سومه‌لابا (۵۹) با تأکید بر متفاوت بودن جنس عاطفه مثبت و منفی معتقدند، نداشتن عاطفه منفی به معنای دارا

بودن عاطفه مثبت نیست؛ مقوله‌ای که نیازمند توجه خاص علمی است. در حقیقت، اهمیت اختلال‌های افسردگی و اثرهای آنها به اندازه‌ای است که تنها کاهش نشانه‌های منفی بسنده نمی‌کند، بلکه نیازمند افزایش عواطف مثبت با استفاده از رویکردهای درمانی روانشناسی مثبت‌گرا است.

در سال‌های اخیر، دنیای روانشناسی شاهد ظهور رویکردی جدید در امر مداخله‌های آسیب‌های روانشناسی بوده است؛ نگاهی که بنیان فلسفی بسیار قدیمی داشته ولی در قالب درمان از عمر زیادی برخوردار نیست. مارتین سلیگمن در سال ۱۹۹۸ با رویکردی بنام روانشناسی مثبت‌گرا وارد مبحث پیچیده مداخله‌ها شد. سلیگمن (۴۶) شادکامی را موضوع اصلی رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا دانست. این رویکرد حوزه تمرکز روانشناسی بالینی را فراتر از علایم ناخوشایند یک اختلال و تسکین مستقیم علایم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علایم منفی یک اختلال، یعنی افزایش بهزیستی و شادکامی افراد دانست (۴۳). در این نگاه مداخله‌هایی، سلیگمن شادکامی را به سه مؤلفه هیجان مثبت (زندگی لذت‌بخش)، مجذوب شدن (زندگی جذاب) و معنا (زندگی بامعنی) تقسیم کرد. بر اساس رویکرد مثبت‌گرا، راهبردی که به فرد کمک می‌کند تا زندگی او لذت‌بخش، جذاب و بامعنی باشد، مداخله مثبت‌گرا نامیده می‌شود. در کل، هر یک از مداخله‌های مذکور طوری طراحی شده‌اند که یک یا تعداد بیشتری از ابعاد شادکامی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۴۵) و (۴۷).

درواقع از زمان روی کارآمدن روانشناسی مثبت‌گرا بررسی‌های این مرحله نشانگر آن است که مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضا نیازهای بنیادین افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط، موجب کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و ارتقای سطح بهداشت روانی می‌شوند (۳۲) و (۱۳). از طرفی، بر اساس مطالعه‌های (۳۰)، (۵۰)، (۵۱) و (۲۸)، روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها علایم و نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد، بلکه می‌تواند باعث افزایش شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی شود (۱۳).

از طرفی، بعضی از مطالعه‌ها بیانگر تأثیر متغیرهای فرهنگی در اثربخشی مداخله‌های مثبت‌گرا بوده است (۵۵)، (۳۱) و (۱۱). برای نمونه، مطالعه لائوس و همکاران (به نقل از ۵۹) نشان می‌دهند، بعضی از مداخله‌های مثبت‌گرا مثل مهربانی‌کردن می‌تواند در همه فرهنگ‌ها اثربخش باشد؛ ولی بعضی دیگر از مداخله‌ها مثل نوشتن نامه قدردانی به دلیل ساختارهای زیربنایی فکری، هیجانی و رفتاری متفاوت بین کشورهای غربی و شرقی، اثربخشی‌های متفاوتی را در امریکا و کره جنوبی نشان داده است، مقوله‌ای که نیازمند انجام بررسی‌های بیشتر در بازتعریف مدل‌های بومی اختلال‌های روانی و مداخله‌های مربوط است. در این راستا، یافته‌ها (برای مثال، ۱۱) نشان دادند که فرهنگ‌های فردگرا بیشتر بر مداخله‌های مبتنی بر فرد مثل تقویت خوش‌بینی و شناسایی توانمندی‌های فردی متمرکز هستند؛ درحالی‌که فرهنگ‌های جمع‌گرا بیشتر از مداخله‌های مبتنی

بر جمع مثل مهربانی کردن، گسترش روابط اجتماعی و قدردانی تأکید دارند، تبیینی که نیازمند مطالعه‌های بیشتری است. همچنین علی‌رغم تأیید برخی مطالعه‌ها در زمینه اثربخشی مداخله‌های مثبت‌نگر در جوامع بالینی (۵) و (۳۹) و غیربالینی (۲۹) و (۲۶)، مطالعه‌های محدودی در جوامع پژوهشی نوجوانان بدسرپرست/بی‌سرپرست انجام شده که نیازمند توجه است. از طرف دیگر، چند دهه‌ای است که متخصصان در پی بررسی اثربخشی مداخله‌های فردی و گروهی در حوزه افسردگی می‌باشند که نیازمند مطالعه‌های فرهنگ‌وابسته متعددی است (۱۷).

درمجموع یافته‌ها نشان داد که دوره نوجوانی به‌عنوان طیفی آسیب‌پذیر در زندگی افراد شناخته می‌شود که برخی اختلال‌های هیجانی مانند افسردگی در این برهه شیوع و بروز بیشتری از خود نشان می‌دهد که این مسأله در نوجوانان دختر بیش از پسرها مشاهده می‌شود. همچنین، بررسی‌ها نشان می‌دهد که برخی تغییرهای ایجادشده در وضع زندگی و چالش‌های ایجادشده سبب شده است که در برخی مناطق مانند شهرستان بناب شاهد گسترش بیش‌ازپیش برخی معضل‌های روانی از جمله افسردگی باشیم که مشکل‌های بیشتری را در قشر زنان ایجاد کرده است (۳۴). علاوه بر این، قرار گرفتن در شرایط خانوادگی نامناسب (بدسرپرستی و بی‌سرپرستی) و چالش‌های اقتصادی-اجتماعی در افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی (کمیت‌ها و بهزیستی) در ادغام با دوره نوجوانی می‌تواند آسیب‌پذیری دختران در مقابل افسردگی را قوت بیشتری بخشد، مسأله‌ای که به منطقه جغرافیایی خاصی مربوط نبوده و از منظر روان‌شناختی بسیار پراهمیت است. از طرفی، گزارش‌ها حاکی از آن است که مداخله‌های مثبت روان‌شناختی با تکیه بر توانمندی‌ها و هیجان‌های مثبت می‌تواند اثرهای معنی‌داری بر افسردگی دختران بی‌سرپرست داشته باشد؛ مقوله‌ای که پژوهش در خصوص آن به محققان پیشنهاد شده است (۲۵) و (۶). با توجه به آنچه مطرح شد، پژوهش حاضر بر آن است تا قدرت اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی/فردی را در کاهش علائم نشانه‌های افسردگی مداوم در نمونه دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست مورد ارزیابی قرار دهد. از این رو مسأله پژوهش حاضر این است که آیا مداخله مثبت در کاهش نشانه‌های افسردگی مداوم نوجوانان دختر بدسرپرست و بی‌سرپرست اثربخش واقع می‌شود؟ و همچنین تفاوت معنی‌داری بین مداخله مثبت گروهی و فردی وجود دارد؟

ابزار و روش

پژوهش حاضر با توجه به شیوه گردآوری داده‌ها از نوع مطالعه‌های تجربی و از نظر هدف پژوهشی کاربردی شناخته می‌شود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست شهرستان بناب تشکیل می‌داد که در سال ۱۳۹۸ تحت پوشش بهزیستی و کمیت‌ها امداد امام (ره) بودند. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر از دختران تحت پوشش نهادهای مذکور بودند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در سه گروه مورد

مطالعه یعنی گروه کنترل (۱۵ نفر)، گروه آزمایش انفرادی (۱۵ نفر) و گروه آزمایشی گروهی (۱۵ نفر) قرار گرفتند. این تعداد از حجم گروه‌های پژوهشی بر اساس پیشنهاد (۲۳) است که حداقل تعداد ۱۵ نفر را برای پژوهش‌های تجربی مورد تأیید قرار داده‌اند. همچنین برای ورود و خروج از مداخله برخی ملاک‌های پژوهشی مورد توجه قرار گرفت که عبارتند از: ۱- داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ۲- عدم ابتلا به اختلال روانپزشکی حاد، ۳- نداشتن سابقه کیفی، ۴- دریافت نکردن کمک‌های درمانی دیگر در طی شش ماه اخیر و ۵- دارا بودن سواد خواندن و نوشتن به‌عنوان ملاک‌های ورود به مطالعه شناخته می‌شدند. همچنین غیبت بیش از دو نوبت از جلسه‌های درمانی، شرکت همزمان در برنامه‌های مداخله‌ای و عدم تمایل به ادامه دریافت مداخله نیز از ملاک‌های خروج افراد از پژوهش حاضر بود. همچنین با هدف جمع‌آوری داده‌های پژوهش از برخی ابزارهای استاندارد استفاده شده که به بررسی هریک از آنها پرداخته شد.

پرسش‌نامه افسردگی بک

آزمون افسردگی بک یکی از شناخته‌شده‌ترین و پرکاربردترین آزمون‌ها در سنجش افسردگی است که کاربرد پژوهشی و بالینی بسیار بالایی دارد؛ این ابزار ۲۱ گوی‌های نخستین بار در سال ۱۹۶۱ از سوی بک و همکاران معرفی گردید که همسو با ابزار قبلی به‌صورت ۰ تا ۳ و حداکثر و حداقل نمره اکتسابی ۰ تا ۶۳ نمره‌گذاری می‌شود. بررسی‌های انجام شده ضریب آلفای کرونباخ را برای کل گویه‌های پرسش‌نامه را ۰/۸۴، روایی همگرا ۰/۶۷ و روایی تشخیصی را قابل قبول گزارش کرده‌اند. رجبی، عطاری، و حقیقی (۴۰) با بررسی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار ضریب آلفای کرونباخ و دو نیم کردن را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۳، و همچنین پایایی پرسش‌نامه از طریق بازآزمایی در طول ۳ هفته ۰/۴۹ و ضریب همبستگی این ابزار با خرده‌مقیاس افسردگی MMPI را ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال افسرده‌خویی (افسردگی مداوم)

ابزاری جهت تشخیص‌گذاری است که نسخه پیشین آن توسط (۱۸) تهیه شد. پایایی این ابزار برای اختلال‌های محور I در DSM-5 را از طریق بازآزمایی مجدد روی گروهی، توسط هفت مصاحبه‌گر بررسی کردند و ضریب کاپای قابل قبول ۰/۷ را گزارش نمودند. در این پژوهش از نسخه جدید (۳۵) استفاده شد. شایان ذکر است با توجه به این امر که ابزاری تعریف شده برای سنجش میزان افسردگی مداوم موجود نیست؛ لذا پژوهشگر از تشخیص متخصص روانپزشک با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اعتباربخشی به انتخاب آزمودنی‌ها استفاده کرد.

سلیگمن، رشید، و پارکز (۴۸) بر اساس نتایج حاصل از مطالعه‌های متعدد و سایر مداخله‌های به‌دست‌آمده بر اساس نظریه سه‌گانه زندگی خوب، به تدوین یک بسته آموزشی برای افزایش خشنودی از زندگی و زندگی شادکامانه پرداختند. این بسته درمانی قابلیت اجرا به دو شکل گروهی

و فردی را دارد. شکل گروهی آن شش هفته‌ای و شکل فردی آن سیزده تا چهارده هفته‌ای است (محتوای بسته فردی همانند بسته گروهی است با این تفاوت که بر مهارت‌های ذکر شده تأکید و تمرین و تأمل بیشتری می‌شود) که سرانجام به‌عنوان روان‌درمانی مثبت توسط سلیگمن، رشید، و پارکز (۴۸) ارائه شد. شایان ذکر است که اعتبار بسته درمانی فوق در پژوهش (۳۸) مورد تأیید قرار گرفته است؛ اگرچه اعتبار مداخله به‌کاررفته با تکیه بر نظریه غالب سلیگمن مورد تأیید جهانی بوده و قدرت اثربخشی آن بر اساس مداخله‌های به‌کاررفته در فرهنگ‌های مختلف در حال افزایش است.

جدول ۱. محتوای جلسه‌های آموزش روان‌درمانی مثبت‌گرا به شکل گروهی و فردی

جلسه	محتوا و مداخله	هدف
اول	معرفی و آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر	آشنایی مراجعین با چارچوب روان‌درمانی مثبت، پیش‌فرض‌های حاکم بر رویکرد مثبت‌گرا و نقش روان‌درمان‌گر و مراجع در فرآیند جلسه‌ها
دوم	ثبت توانمندی‌های فردی	شناسایی و آشنایی با توانمندی‌ها و فضیلت‌های فردی، دسته‌بندی توانمندی‌ها و فضیلت‌های اخلاقی
سوم	ذکر سه مورد از نعمت‌های زندگی روزانه	ایجاد هیجان‌های مثبت و ذکر نعمت‌ها و داشته‌های خوب زندگی
چهارم	آموزش شکرگزاری	در این جلسه نقش شکرگزاری در افزایش بهزیستی و همچنین نقش خاطره‌های خوب و بد مورد بررسی قرار گرفت
پنجم	یادآوری و ذکر سه مورد از پیشامدهای زندگی که فرد در انجام آنها با مشکل روبرو شده است	تمرکز بر برخی هیجان‌های مثبت مانند، امیدواری و خوش‌بینی، همچنین تمرین و آشنایی با رویکرد این نگاه که "وقتی دری بسته می‌شود در دیگر باز می‌گردد"
ششم	تأکید بر راهبرد بهبود روابط و برقراری روابط اجتماعی و شادکامی در زندگی	آموزش سبک پاسخ‌دهی و تقویت روابط، و تکمیل پرسش-نامه‌های پژوهش توسط شرکت‌کنندگان

در جدول ۱، خلاصه مداخله مثبت‌نگر سلیگمن ارائه شده است.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل ۴۵ نفر از آزمودنی‌ها در سه گروه نشانگر آن است که میانگین (و انحراف معیار) سن برای سه گروه مداخله مثبت‌نگر فردی، مداخله گروهی و گروه گواه به ترتیب ۱۷ (۱/۷)، ۱۶ (۱/۹)، و ۱۶ (۲/۳) بود. از نظر وضعیت اشتغال تمامی شرکت‌کنندگان دانش‌آموز با فراوانی مدرک تحصیلی متوسطه اول و دوم بودند. همچنین در کنار یافته‌های جمعیت‌شناختی جدول زیر شاخص‌های توصیفی نمره‌های به‌دست‌آمده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون را در سه گروه درمانی نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمره کل افسردگی مداوم در گروه‌های مورد مطالعه

شاخص‌های توصیفی	آزمون	تعداد	میانگین	حراف استاندارد	حداقل	حداکثر
گروه مداخله مثبت‌نگر فردی	پیش‌آزمون	۱۵	۱۴/۶۰	۱/۱۸	۱۳	۱۷
	پس‌آزمون	۱۵	۵/۴۰	۱/۴۰	۳	۸
گروه مداخله مثبت‌نگر گروهی	پیش‌آزمون	۱۵	۱۴/۷۳	۱/۲۲	۱۳	۱۷
	پس‌آزمون	۱۵	۱۱/۰۷	۱/۱۰	۹	۱۳
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۱۴/۲۰	۱/۴۷	۱۲	۱۶
	پس‌آزمون	۱۵	۱۴/۴۷	۱/۵۵	۱۲	۱۷

با توجه به تفاوت میانگین نمره‌ها پیش‌آزمون افسردگی مداوم بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل، در روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه نمره‌ها پیش‌آزمون افسردگی مداوم به‌عنوان کوواریانس در نظر گرفته شد. جدول ذیل، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه را برای بررسی اثربخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی و فردی بر میزان علائم افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بدسرپرست را نشان می‌دهد.

جدول ۳. تحلیل حاصل از تحلیل آزمون آنوا در علائم افسردگی مداوم

منبع	مجموع مربعات درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری*	مربع اتا توان آماری
ن‌آزمون افسردگی مدار	۳۰/۱۷	۱	۳۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸
گروه	۶۵۲/۴۳	۲	۳۲۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
خطا	۴۸/۰۸	۴۱	۱/۱۷		
مجموع	۵۴۹۲/۰۰۰	۴۵			

$$p < 0.01 = *$$

نتایج حاصل از تحلیل با مقدار $F_{(۳۱,۲)} = ۳۲۶/۲۱$ و آزمون معنادار ($p = ۰/۰۰۱$) با بالاترین حد توان آماری ($۱/۰۰$) نشان می‌دهد که بین نمره‌ها پس‌آزمون افسردگی مداوم در هر سه گروه درمانی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، مربع اتا به‌دست‌آمده ($۰/۹۳$) حاکی از آن است که ۹۳ درصد واریانس در نمره‌ها پس‌آزمون افسردگی مداوم (کاهش در نمره‌ها) به‌واسطه متغیر مستقل (مداخله مثبت‌نگر) است. با هدف آگاهی از میزان تغییرهای ایجادشده از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. این آزمون یکی از قوی‌ترین آزمون‌ها برای مقایسه و بررسی تفاوت‌ها است و توصیه می‌شود در صورت وجود سه میانگین، بهتر است از این آزمون استفاده شود (۲۴). نتایج حاکی از آن است که مداخله مثبت‌نگر فردی (میانگین اصلاح‌شده = $۵/۳۴$) در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی (میانگین اصلاح‌شده = $۱۰/۹۲$) و گروه کنترل (میانگین اصلاح‌شده = $۱۴/۶۷$) تأثیر معنی‌داری در کاهش علائم افسردگی مداوم داشته است.

جدول ۴. نتایج مقایسه زوجی میانگین‌های اصلاح شده برای پس‌آزمون علایم افسردگی مداوم

حدود اطمینان ۹۸/۳ درصد		P	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (I-J)	گروه (J)	گروه (I)
کرانه بالا	کرانه پایین					
-۴/۵۹۵	-۶/۵۶۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹۶	-۵/۵۸۰	گروه مثبت‌نگر گروهی	گروه مثبت‌نگر فردی
-۸/۳۳۵	-۱۰/۳۲۰	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹	-۹/۳۲۸	گروه کنترل	گروه مثبت‌نگر فردی
۶/۵۶۵	۴/۵۹۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹۶	۵/۵۸۰	گروه مثبت‌نگر فردی	گروه مثبت‌نگر گروهی
-۲/۷۴۹	-۴/۷۴۶	۰/۰۰۰	۰/۴۰۱	-۳/۷۴۸	گروه کنترل	گروه مثبت‌نگر فردی
۱۰/۳۲۰	۸/۳۳۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹۹	۹/۳۲۸	گروه مثبت‌نگر فردی	گروه کنترل
۴/۷۴۶	۲/۷۴۹	۰/۰۰۰	۰/۴۰۱	۳/۷۴۸	گروه مثبت‌نگر گروهی	گروه کنترل

در جمع‌بندی یافته‌های پژوهش کنونی می‌توان گفت که نتایج آماری حاکی از آن است که مداخله مثبت‌نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی مداوم گشته است ($P < ۰/۰۱$)؛ و این درحالی‌که است که دختران نوجوان بی‌سرپرست/بده‌سرپرست شرکت‌کننده در گروه مداخله مثبت‌نگر گروهی با چنین تغییرهایی مواجه نشدند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر فردی و گروهی بر افسردگی مداوم دختران نوجوان بی‌سرپرست/بده‌سرپرست انجام گرفت. بر اساس داده‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش، نتایج آماری حاکی از آن است که مداخله مثبت‌نگر فردی در مقایسه با مداخله مثبت‌نگر گروهی به‌طور معناداری موجب کاهش افسردگی مداوم شده است. بررسی‌ها نشانگر آن است که یافته حاضر با نتایج حاصل از بررسی‌های (۸)، (۵)، (۴۹)، (۵۵)، (۳۰)، (۵۰)، (۳۷)، (۲۵)، (۲۹) و (۲۶) همسو است. همچنین، یافته‌ها نشانگر آن است که آموزش مثبت‌نه‌تنها در کاهش افسردگی اثربخش واقع می‌شود، بلکه با تمرکز مجدد به ساختار شخصیت افزایش بهزیستی و شکوفایی را موجب می‌شود (۱۳) و (۱۶). همچنین، نتیجه این تحقیق با پژوهش (۳۹) که در پی بررسی روان‌درمانی مثبت‌گروهی در مورد دانشجویانی که دارای افسردگی خفیف تا متوسط بودند، همسو نبود؛ چراکه در این تحقیق، نتیجه درمان فردی اثربخشی معنی‌داری در مقایسه با درمان گروهی داشت.

تبیین اثربخشی مداخله مثبت‌گرا بر کاهش افسردگی را می‌توان به مدل‌های متعددی از این رویکرد نسبت داد، برای مثال تمرین برخی مهارت‌ها مانند "شکرگزاری، ثبت نعمت‌های خوب روزانه، توجه به توانمندی‌های فردی و ایجاد روابط مثبت" موجب می‌شود که افراد در کنار نگاه منفی نسبت به خود، رویدادها و دیگران، رویکردی خوشبینانه در خود ایجاد کنند که با افزایش هیجان‌های مثبت همراه می‌شود. افزایش هیجان‌های مثبت برخلاف هیجان‌های منفی که خزانه رفتاری افراد را در جهت خاصی محدود و معطوف می‌سازد، که در اصطلاح به آن دید تونلی گفته می‌شود، هیجان‌های مثبت خزانه اعمال و رفتار ما را گسترش داده، به پیش می‌برند (رفتارهایی مثل بازی، اکتشاف) که انعطاف‌پذیری رفتاری و تولیدمثل را سهولت می‌بخشد (۲۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که افزایش هیجان‌های مثبت با توسعه خزانه رفتاری در افراد موجب می‌شود که فرد رفتارهای خلاقانه‌ای در حل مسائل زندگی و تنش‌های بین‌فردی داشته باشد که نتیجه آن تجربه کمتری از هیجان‌های منفی خواهد بود.

هیجان‌های مثبت در کنار نقش توسعه دهنده‌ی خزانه رفتار و اعمال که به آن "نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت"^۱ گفته می‌شود، ظرفیت خنثی‌سازی و ابطال هیجان‌های منفی پایدار (مانند افسرده‌خویی) را دارد که از آن تحت عنوان "فرضیه ابطال"^۲ یاد می‌شود. این مفهوم که توسط (۲۰) ارائه شده است به این مفهوم اشاره دارد که خزانه تفکر - عمل در یک لحظه نمی‌تواند هم محدود و هم گسترش پیدا کند، بنابراین تولید هیجان‌های مثبت در پی هیجان‌های منفی پایدار می‌تواند شدت هیجان‌های منفی را کاهش دهد که این کاهش در سطح شناختی و جسمانی روی می‌دهد. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که افزایش هیجان‌های مثبت بتواند افسردگی مداوم را به واسطه مداخله‌های مثبت کاهش دهد. یافته‌های پژوهش نیز نشانگر آن است که هیجان‌های مثبت در آسیب‌شناسی طیف وسیعی از معضله‌های هیجانی، از جمله افسردگی در ارتباط است (۴). همچنین، با توجه به محتوای حاکم بر جلسه‌های مداخله مثبت که بر اموری مانند شکرگزاری و ذکر نعمت‌های مثبت روزانه استوار است، می‌توان گفت که چنین تمرین‌هایی با اعمال فرهنگی، دینی و اعتقادی شرکت‌کنندگان همپوشی قابل ملاحظه‌ای دارد، از این رو می‌تواند مورد توجه افراد مورد مطالعه باشد.

تبیین عدم معنی‌داری مداخله گروهی در مقایسه با مداخله فردی را می‌توان به ویژگی‌های کلی گروه هدف نسبت داد؛ یعنی با توجه به اینکه دختران بدسرپرست/بی‌سرپرست از خانواده‌هایی با وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایینی هستند، ممکن است اعتمادبه‌نفس مناسبی برای ابراز احساس‌ها و باورهای خود در شرایط گروهی را نداشته باشند، که این مسأله ممکن است در دوره نوجوانی حساسیت بیشتری داشته باشد؛ درحالی‌که در موقعیت‌های فردی ممکن است آزادی عمل

1. Broaden and build theory of positive emotion

2. Undoing hypothesis

بیشتری داشته باشند؛ نتیجه‌ای که در تحقیق‌های مشابه با نوجوانان معمولی درست برعکس است (۱۷). همچنین، داشتن تجارب بین فردی آسیب‌زای دوران اولیه زندگی غالباً بر اعتماد بین فردی تأثیر کرده، اجازه هماهنگی گروهی را نمی‌دهد؛ لذا بهتر است این نوع مداخله‌ها ابتدا به شکل فردی و بعد گروهی انجام پذیرد، مقوله‌ای که در تحقیق حاضر، انجام آن ممکن نشد. بعلاوه، بررسی‌ها نشان می‌دهد که مداخله‌های گروهی در جوامع کوچکتر نسبت به جوامع بزرگتر مناسب نیست؛ زیرا شناخت کلی افراد از همدیگر اجازه خودفاش‌سازی و عاطفی‌سازی و حرکت در مسیر درمان را ممکن نمی‌سازد.

در مجموع چنین استنباط می‌شود که مداخله مثبت‌گرا به شکل فردی می‌تواند افسردگی مداوم را در دختران بدسرپرست/بی‌سرپرست بطور معنی‌داری کاهش دهد، که این امر ممکن است به واسطه افزایش هیجان‌های مثبت و تفکر مثبت صورت گیرد. با این حال، با توجه به محدودیت‌هایی مانند تک جنسیتی بودن پژوهش، محدود شدن به طیف اجتماعی-اقتصادی خاص، و شرایط خانوادگی حاکم بر افراد شرکت‌کننده؛ تعمیم‌یافته‌ها به سایر گروه‌ها و افراد باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، با توجه به یافته‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود برخی سازمان‌های حمایتی که نقش حامی برای دختران آسیب‌پذیر را دارند، از مداخله‌های مثبت به‌عنوان روشی برای کاهش هیجان‌های منفی مانند افسردگی مداوم استفاده کنند.

در پایان نویسندگان لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان و مسئولان سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان بناب تقدیر و تشکر نمایند.

تعارض منافع

«بنا بر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هر گونه تعارض منافع بوده است.»

منابع

- اسکندری پيله رود، س.، نجفیان پور، ب.، نژاد محمد نامقی، آ. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی بر عزت نفس و امید به زندگی نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ سال بدسرپرست و بی‌سرپرست. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۴-۳۳.
- اصغری پور، ن. (۱۳۹۰). *مقایسه اثر بخشی روان درمانی مثبت‌گرا با روان درمانی شناختی- رفتاری در کاهش علائم افسردگی اساسی*، پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی ایران.
- ایروانی، م. ر. و یوسفی حمیدی، س. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و بحران هویت نوجوانان خمینی شهر. *جامعه‌شناسی*، سال ۱، شماره ۴، ص ۱۶۱-۱۴۱.

- بارلو، اچ. دی.، و دیورند، وی. ام. (۱۳۹۶). *آسیب شناسی روانی*. (ترجمه مهرداد فیروزبخت). تهران: رسا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۴۲).
- بارن هیل، جی. دبلیو. (۱۳۹۲). *شرح حال بیماران بر اساس DSM-5*. (ترجمه فرزین رضاعی، محمد منایی، و فرهاد شاملو). تهران: کتاب ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۵۹).
- براتی سده، ف. (۱۳۸۸). *اثر بخشی مداخلات روانشناسی مثبت گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی: تدوین مدلی برای اقدام*. پایان نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- توحیدی، ا.، قربی، م.، و پویامنش، ج. (۱۳۹۷). *اثر بخشی کلازدرمانی بر ابعاد سلامت روان نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست. مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۸*.
- جباری، م.، شهیدی، س.، و موتابی، ف. (۱۳۹۴). *تأثیر مداخله گروهی مبتنی بر روانشناسی مثبت بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش رضایت از زندگی در دختران نوجوان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، جلد ۲۰، شماره ۴، ص ۱۳۴-۱۵۱*.
- چوب فروش زاده، آ.، سعیدمنش، م.، رشیدی، م. س. (۱۳۹۷). *اثر بخشی روایت درمانی گروهی بر انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان بدسرپرست مراکز بهزیستی مشهد. مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۸*.
- حبیبی، آ. (۱۳۹۷). *آموزش کامل SPSS و راهنمای تصویری نرم افزار SPSS*، ویرایش پنجم. نشر الکترونیک: پایگاه اینترنتی پارس مدیر.
- خواجه نوری، ب.، و دهقانی، ر. (۱۳۹۵). *مشکلات نوجوانان و ارتباط آن با نهاد خانواده: مورد مطالعه: رابطه تعارضات والدینی و سلامت روان نوجوانان. دو فصلنامه جامعه شناسی نهادهای اجتماعی، جلد ۳، شماره ۷، ۶۶-۳۷*.
- شجاعی، ا.، و اسکندرپور، ب. (۱۳۹۵). *اثر بخشی معنادرمانی گروهی فرانکل بر بهزیستی روان شناختی و شادکامی دانش آموزان بی سرپرست و بدسرپرست. فصلنامه روانشناسی مدرسه و آموزشگاه، جلد ۵، شماره ۲، ص ۷۱-۹۱*.
- شکیبا، م.، ضیایی، م. (۱۳۹۰). *مقایسه سلامت روان دختران دانش آموز تحت سرپرستی مراکز بهزیستی با دختران دانش آموز دبیرستان دانشگاه در شهر زاهدان. مجله پژوهشات علوم پزشکی زاهدان، جلد ۱۴، شماره ۲، ص ۶۰-۵۶*.
- کاظمی، ج. (۱۳۸۲). *مقایسه تحریف های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شیراز.
- کاملی، ز.، قنبری هاشم آبادی، ب. ع.، آقا محمدیان شعراف، ج. (۱۳۹۰). *بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره های ناسازگاری اولیه در دختران*

نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست. پژوهش روان‌شناسی بالینی و مشاوره، جلد ۱، شماره ۱، ص ۸۳-۹۸.

گال، م. د.، بورگ، دابیلو. ر.، و گال، ج. پ. (۱۳۸۲). روش‌های پژوهش کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه شهید بهشتی (ترجمه احمد رضا نصر)
لشنی، ز.، شعیری، م. ر.، اصغری مقدم، م. ع.، گلزاری، م. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش راهبردهای ساکرانه بر گسترش عواطف مثبت و شادکامی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی شماره ۴، سال اول، پاییز.

نوفرستی، ا.، روشن، ر.، فتی، ل.، حسن آبادی، ح. ر.، پسندیده، ع.، و شعیری، م. ر. (۱۳۹۴). اثر بخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی و بهزیستی روانشناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: مطالعه تک آزمودنی با چند خط پایه. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت. جلد ۱، شماره ۱.
هنرمند زاده، ر.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۵). اثر بخشی مداخله مثبت‌نگر گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شادکامی دختران نوجوان بی سرپرست. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، جلد ۲، شماره ۲.

Arora, M. (2018). *Bad Parenting Signs & How it Can Affect Your Child*. Experience Human Development Papalia (12th Edition). *Journal of Positive Psychology*, 10(3): 185-195.

Beach, SRH., Jones, D., & Franklin, KJ. (2009). Marital, family, and inter personal therapies for depression in adults. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 624-641). New York: Guilford Press.

Boehm, JK., Lyubomirsky, S., & Sheldon, KM. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion*, 25, 1263-1272.

Clarry, L., & Carson, J. (2019). Positive psychology for depression: A critical review. *Mental Health Practice*, 22(3), 12-13.

Cunha, LF., Pellanda, LC., & Reppold, CT. (2019). Positive Psychology and Gratitude Interventions: A Randomized Clinical Trial. *Front Psychol*, 10, 584.

Damnjanovic, M., Lakic, A., Stevanovic, D., & Jovanovic, A. (2011). Effects of mental health on quality of life in children and adolescents living in residential and foster care: A cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci.*, 20(3), 257-62.

Ellis, BH., Fisher, PA., & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective

symptomatology among institutionally reared Romanian children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(10), 1283-92.

First, MB., Gibbon, M., Spitzer, RL., Williams, JBW. & Benjamin, LS. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Fredrickson, BL., Cohn, MA., Coffey, KA., Pek, J., & Finkel, SM. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1045-1062.

Kapanee, AR, & Kiran, R. (2007). Attachment style in relation to family functioning and distress in college student. *J Indian acad Appl psychol.*, 33(1), 15-21.

Kruse, E., Chancellor, J., Ruberton, PM. & Lyubomirsky, S. (2014). An upward spiral between gratitude and humility. *Social psychological and personality Science*, 5(7), 805- 814.

Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S. (2014). Positive Activities as Protective Factors Against Mental Health Conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1),3-12.

Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depression disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8), 675-683.

Layous, K., Nelson, SK., & Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *The Journal of Happiness Studies*, Advance online publication. DOI 10.1007/s10902-012-9346-2

Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York: Penguin Press.

Lyubomirsky, S. & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well – being? *Current Directions in psychological Science*, 22(1), 57-62.

Lyubomirsky, S., Sheldon, KM., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.

Malogiannis, IA., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E. Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, GN. & Zervas, L. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-29.

Michael, B., First, MD., Janet, BW., Williams, D., Rhonda, S., Karg, P., Robert, L., & Spitzer, MD. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders—Clinician Version (SCID-5- CV)*. American Psychiatric Association Publishing, VA, United States.

Nardi, AE., & Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: Systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 9*, 221-237.

Papalia, D. E., Olds, S., & Feldman, R. (2018). *Human Development: Developmental psychology and the study of human*. McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages.

Parks-Sheiner, AC. (2009). Positive Psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help. Published Ph.D. dissertation, United States — Pennsylvania: University of Pennsylvania, Retrieved from: <http://www.proquest.com/>; Publication Number: AAT 3363580

Post, SG. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*(2), 66-77.

Rashid, T. (2015). Positive Psychotherapy: A Strength- based approach. *Journal of Positive Psychology, 10*, 25- 40.

Rashid, T. (2009). Positive Interventions in Clinical Practice. *J Clin Psychol, 65*(5):461-466.

Rashid, T., & Seligman, MEP. (2013). *Positive Psychotherapy: A treatment manual*. New York: Oxford University Press.

Schore, AN. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J., 22*(1-2), 7-66.

Seligman, MEP. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.

Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfilling*. New York: Free Press.

Seligman, MEP., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.

Seligman, M., Steen, TA., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist, 60*, 410–421.

Sergeant, S. & Mongrain, M. (2014). An online optimism intervention reduces depression in pessimistic individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 263-274.

Senf, K., & Liao, A. (2013). The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with and examination of

personality as a moderator. *Journal of Happiness Study*, 14(2), 591 – 612.

Shaw, JA., Espinel, Z., Shultz, JM. (2012). *Care of Children Exposed to the Traumatic Effects of Disaster.*, Washington, DC: American psychiatric Publishing.

Sheldon, KM., Boehm, JK., & Lyubomirsky, S. (2012). Variety is the spice of happiness: The hedonic adaptation prevention (HAP) model. In I. Boniwell & S. David (Eds.), *Oxford handbook of happiness* (pp. 901–914). Oxford, England: Oxford University Press.

Shiferaw, G. Bacha, L. & Tsegaye, D. (2018). Prevalence of depression and its associated factors among orphan children in orphanages in Ilu Abba Bor Zone, South West Ethiopia. *Hindawi, Psychiatry Journal*, 1-7.

Sin, NL., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–487.

Vinnakota, R. & Kaur. (2018). A study of depression, externalizing, and internalizing behaviors among adolescents living in institutional homes. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 8(2), 89.

Yazdkhasti, F., Oreyzi, H. (2011). Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. *Iranian J Psychiat Clin Psychol.*, 17(1), 60-70.

Yendork, JS., & Somhlaba, NZ. (2014). Stress, coping and quality of life: An exploratory study of the psychological well-being of Ghanaian orphans placed in orphanages. *Children and Youth Services Review*, 46, 1 28-37.

Zeanah, CH, Smyke, AT, Koga, SF, & Carlson, E. (2005). Bucharest Early Intervention Project Core G. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Dev.*, 76(5), 1015-28.

The Comparison of the Effectiveness of Positive Group and Individual Intervention on the Persistent Depressive Disorder in Foster Care/Irresponsible Parenting Adolescent Girls

*Froogh Abiri Bonab*¹

Marziyeh Alivandi Vafa^{r*}

Ali Khademi^r

Gholam Hossein Javanmard^ε

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of positive group and individual intervention on the depressive of foster care/irresponsible parenting adolescent girls under the surveillance of Welfare Organization and Relief Committee. For this purpose, 45 subjects were selected by purposeful sampling from among foster care/irresponsible parenting adolescent girls' care centers and were divided into three groups (individual , 15), (group, 15), (control, 15). The experimental groups received six ninety-minute sessions of positive-based psychotherapy sessions from Positive Psychological Intervention (PPI) of Seligman & Csikszentmihalyi (47), but the control group did not receive any intervention. The subjects completed the Beck Depression Inventory before and after the intervention and one month later at follow-up phase. The gathered data were analyzed using the ANCOVA statistical method. The results of the analysis indicated that the positive training on the individual group reduced the emotional symptoms of the subjects compared to the other two groups ($P < 0/01$). However, in the follow-up phase this effect was sustained. Therefore, the results of this study suggest that positive interventions can be used to improve symptoms of persistent depressive.

Keywords: Positive Intervention, Group Intervention, Single Intervention, Persistent depressive

1 . PhD. Candidate, Islamic Azad University, Tabriz.

2 . Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. ORCID: 0000- 0002-1197-9598. E-mail: m.alivand@iaut.ac.ir

3 . Associate Professor, Department of Psychology, Psychology Research Center, Urmia Branch, Islamic Azad University Iran, Urmia, Iran

4 Associate Professor of Psychology Department, Payam Noor University of Iran.