



تمایزات اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر و درمان پذیرش و تعهد بر شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان افسرده

لیلی نوریان ^۱؛ دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
محسن گل‌پرور ^{۲*}؛ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
اصغر آقایی ^۳؛ استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تمایل به شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی متغیرهای بسیار مهم برای زنان افسرده هستند. این پژوهش با هدف تعیین تمایزات اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تمایل به شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان افسرده اجرا شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با سه گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان افسرده شهر اصفهان در پاییز و زمستان ۱۳۹۸ بود. از جامعه آماری مورد اشاره ۶۰ نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. از پرسشنامه پرما و مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای سنجش متغیر وابسته استفاده شد. گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد به ترتیب طی ۱۲ و ۱۳ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکرد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در هیجان‌های مثبت، مجذوبیت، معنا، روابط، دست‌آورد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بین درمان پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مثبت‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)؛ همچنین در هیجان‌های مثبت و مجذوبیت روان‌درمانی مثبت‌نگر و در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی درمان پذیرش و تعهد اثربخشی نیرومندی‌تری داشتند ($P > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به تفاوت اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد به ترتیب بر افزایش شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توجه به این تفاوت در اثربخشی دو درمان بر متغیرهای مرتبط با بنیان‌های نظری خود لازم است در مراکز درمان روان‌شناختی برای زنان افسرده مد نظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شکوفایی، روان‌درمانی مثبت‌نگر، درمان پذیرش و تعهد، زنان افسرده

*نویسنده مسئول

drmgolparvar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۱/۰۵/۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۲۰/۰۶/۱۴۰۰

شیوه استناد به این مقاله:

نوریان، ل.، گل‌پرور، م.، و آقایی، ا. (۱۴۰۰). تمایزات اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد بر شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان افسرده. *فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی*، ۳(۴ پیاپی ۱۰): ۲۹-۱۵



Original Article

Effectiveness Distinctions of Positive Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Flourishing and Psychological Flexibility of Depressed Women

L. Nourian¹: Ph.D Student of Psychology, Department of psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

M. Golparvar^{2*}: Associate Professor, Department of psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

A. Aghaei³: Professor, Department of psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

Background and Aim: The tendency to flourish and psychological flexibility are very important variables for depressed women. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and positive psychotherapy on tendency to flourish and psychological flexibility in depressed women. **Methods:** The research method is quasi-experimental with three groups in three stages: pre-test, post-test and follow-up. The statistical population of the study included depressed women in Isfahan in autumn and winter of 2019 and 2020. From the statistical population, 60 women were selected through purposive sampling and then randomly assigned to two experimental groups (20 people in each group) and control group (20 people). Tendency to Flourish Questionnaire and Psychological Flexibility Questionnaire were used to measure the dependent variable. Acceptance and commitment treatment and positive psychotherapy group were treated in 12 and 13 sessions respectively, and the control group did not receive any treatment. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test by SPSS version 26. **Results:** The results showed that in positive emotions, fascination, meaning, relationships, achievement and psychological flexibility, there was a significant difference between acceptance and commitment therapy and positivist psychotherapy with the control group ($P < 0.01$). Also, they were more effectiveness in positive emotions and fascination for positive psychotherapy and more effectiveness in psychological flexibility for accepting and committing therapy ($P < 0.05$). **Conclusion:** Considering the difference in the effectiveness of positivist psychotherapy and acceptance and commitment therapy on increasing flourishing and psychological flexibility respectively, pay attention to this difference in the effectiveness of the two therapies on the variables related to their theoretical foundations, in psychological treatment centers for depressed women need to be considered

Keywords:

psychological flexibility, tendency to flourish, positive psychotherapy, acceptance and commitment therapy, depressed women

* Corresponding author
drmgolparvar@gmail.com

Received: 02.08.2021

Acceptance: 21.09.2021

Cite this article as:

Nourian, L., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2022). Effectiveness Distinctions of Positive Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy on Flourishing and Psychological Flexibility of Depressed Women. *jarac*, 3(4): 15-29.

مقدمه

بر اساس رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر، بهزیستی از طریق سطح تمایل به شکوفایی متشکل از پنج مولفه هیجانانگیز مثبت^۷ (P)، مجدوبیت^۸ (غرگگی) (E)، روابط مثبت^۹ (R)، معنا^{۱۰} (M) و دستاورد^{۱۱} (موفقیت) (A) که به‌طور مخفف بر اساس سرواژه پنج بعد مطرح‌شده، پرما (PERMA) نامیده می‌شود، قابل‌بررسی و مطالعه است (کارنو، آیزنیک، پرز-اسکوبار و گارسیا-مونتر^{۱۲}، ۲۰۲۱). به معنای ساده، سطح هیجانانگیز مثبتی که افراد همراه با اشتیاق و جذابیت، برقراری و حفظ روابط مثبت، جستجو و تعقیب اهداف معنادار و مهم همراه با تمرکزی که بر موفقیت‌های کوچک و بزرگ در زندگی دارند، سطح بهزیستی و تمایل به شکوفایی آن‌ها را انعکاس می‌دهد (آگنور، کانر و آروجان^{۱۳}، ۲۰۲۱). شواهد پژوهشی نشان از آن دارد که تمرکز بر هیجان‌ها و رخداد‌های مثبت در افراد افسرده در سطح نازلی است، به همین دلیل آن‌ها در این حوزه نیاز به کمک درمانی و حرفه‌ای دارند (یاماگوچی، ایتو و تاکابایاشی^{۱۴}، ۲۰۱۷). در کنار تمایل به شکوفایی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز به‌عنوان توانایی انتخاب مناسب‌ترین اعمال از بین گزینه‌های مختلف و نه اعمالی که فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انتخاب و یا در حقیقت به فرد تحمیل می‌شود، یکی از متغیرهایی است که در میان افراد افسرده می‌تواند مشکلات متعددی را به وجود آورد (آسترگارد، لاندگرین، زتل، لاندرو و هالند^{۱۵}، ۲۰۲۰). افراد افسرده، توان انعطاف در برابر انتخاب‌های متنوع سلامتی بخش را به دلیل تلاش‌های متعددی که برای اجتناب از رویارویی با تجاربی متفاوت از تجارب افسرده ساز روزمره خود در پیش می‌گیرند را از دست می‌دهند. این از دست رفتن توانایی، آن‌ها را در چرخه معیوب تجارب افسرده ساز گرفتار نموده و از این طریق مداخله درمانی را امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر می‌کند (اتاجاک، مورینا، تاپل و املکمپ^{۱۶}، ۲۰۱۸؛ دانیس، کاروالو، گوویا و استانکورو^{۱۷}، ۲۰۱۵). در این راستا، تاکنون درمان‌های مختلفی برای ارتقاء سطح

افسردگی^۱ در تمام اقشار و گروه‌های سنی و در بین زنان و مردان هر دو امکان وقوع دارد. باین‌حال مطابق با شواهد موجود، زنان در تمام رده‌های سنی و در تمام دوره‌های زندگی، نسبت به مردان امکان ابتلا و آسیب‌پذیری بالاتری را نسبت به این پدیده دارند (استفن، تام، جاکوب، هالستیگی و باتزینگ^۲، ۲۰۲۰؛ گوتیرز-روجاز، پوراس-سگوویا، دانی، آندرا-گونزالس و سرویلا^۳، ۲۰۲۰). برای نمونه مطابق با برخی شواهد و مستندات موجود، شیوع افسردگی در بین زنان در سنین مختلف بین ۱۶/۶ تا ۲۰/۱ درصد و در مقابل در بین مردان بین ۱۰/۸ تا ۱۶/۶ در یک بازه زمانی نه ساله گزارش‌شده است (استفن و همکاران، ۲۰۲۰). در ایران نیز این تفاوت در سطح شیوع و ابتلا برای زنان و مردان گزارش‌شده است (اصفهانی، عارفی و شمسایی، ۲۰۲۰). برای نمونه قرایی، زاهدی تجربی، شیبانی، طهماسبی، میرزایی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه فرا تحلیلی خود به نسبت شیوع بین ۴/۸ درصد برای زنان و ۲/۳ درصد برای مردان دست‌یافته‌اند. این تفاوت در میزان شیوع و آسیب‌پذیری زنان نسبت به مردان در برابر افسردگی، به دلایل مختلف نوروفیزیولوژیکی در کنار عوامل روانی و اجتماعی مختلف مربوط است (گوتیرز-روجاز و همکاران، ۲۰۲۰). صرف‌نظر از دلایل زیربنایی، بالاتر بودن نسبت شیوع افسردگی در زنان، توجه هر چه بیشتر به این پدیده و تلاش برای یاری‌رسانی هر چه بیشتر را به این گروه بیش‌ازپیش در سرتاسر دنیا برجسته ساخته است. علاوه بر خود علائم افسردگی در قالب تغییر اشتها، تغییر الگوهای استراحت و خواب، تغییر ظرفیت‌های پردازش شناختی و اطلاعاتی و افت شدید حالات خلقی مثبت در کنار بروز علائم خودکشی و ناامیدی، افسردگی از جمله اختلالاتی است که به‌طورجدی طیف متنوعی از متغیرهای بسیار مهم در زندگی را تحت تأثیر قرار داده و از این طریق بستر ساز چندوجهی و پیچیده شدن مسائل زنان درگیر با افسردگی می‌شود (اتمن، ابدالا، کوهن، سامپسون، ویویر و همکار^۴، ۲۰۲۰). دو متغیر مهم در این خصوص شکوفایی^۵ و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۶ هستند.

7. positive emotions

8. engagement

9. positive relationships

10. meaning

11. accomplishment

12. Carreno, Eisenbeck, Pérez-Escobar & García-Montes

13. Agenor, Conner & Aroian

14. Yamaguchi, Ito & Takebayashi

15. Østergaard, Lundgren, Zettle, Landrø & Haaland

16. A-Tjak, Morina, Topper & Emmelkamp

17. Dinis, Carvalho, Gouveia, Estanqueiro

1. depression

2. Steffen, Thom, Jacobi, Holstiege & Bätzing

3. Gutierrez-Rojas, Porras-Segovia, Dunne, Andrade-Gonzalez & Cervilla

4. Ettman, Abdalla, Cohen, Sampson, Vivier et al

5. flourishing

6. psychological flexibility

در کنار درمان مثبت نگر، درمان پذیرش و تعهد بر این نکته تأکید دارد که انسان‌ها، بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار آزاردهنده درونی خود را سعی می‌کنند تغییر داده و یا از آن‌ها اجتناب نموده و به این ترتیب از آن‌ها رهایی یابند. در چنین بافتی اجتناب تجربه‌ای که افراد به آن متوسل می‌شوند، به این مفهوم است که فرد تمایلی به برقراری ارتباط با رویدادهای درونی خود نداشته و در مقابل برای تغییر شکل، فراوانی و یا حساسیت موقعیتی این رویدادها تلاش می‌کند (جوادی، گل‌پرور و ایزدی، ۱۳۹۹). متأسفانه اجتناب تجربه‌ای و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مانند انکار، سرکوب و بازداری همگی با پیامدهای سلامتی منفی همراه هستند، چراکه بازداری افکار ناخواسته، فراوانی این افکار را افزایش داده و در صورتی که این افکار با خلق منفی ارتباط داشته باشند، میزان فراخوانی این خلق را در قالب نشانه‌های افسردگی تشدید می‌نماید (جوادی، گل‌پرور و ایزدی، ۱۳۹۹ ب). درمان پذیرش و تعهد با کار بر روی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی درصدد غلبه بر اجتناب تجربه‌ای و جایگزین نمودن آن با مواجهه و پذیرش این احساسات برمی‌آید (اکبری و همکاران، ۱۳۹۹). در حمایت از این رویکرد درمانی، قربانی امیر، مرادی، عارفی و احمدیان (۱۳۹۸) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برافزایش تنظیم هیجانی مثبت، دمهری، سعید منش و جلا (۱۳۹۷) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر ارتقاء بهزیستی، اردشیری لردجانی و شریفی (۱۳۹۸) اثربخشی این درمان را بر تنظیم مثبت هیجانی و مطالعه اورکی، جهانی و رحمانیان (۱۳۹۷) و یآوری، نجفی و طباطبایی (۱۳۹۸) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان دادند.

در مجموع مطابق با شواهد ارائه‌شده، دو درمان مثبت نگر و مبتنی بر پذیرش و تعهد از ظرفیت قابل توجهی برای ارتقاء شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برخوردار هستند. با این حال شواهد در دسترس حاکی از آن است که اثربخشی این دو درمان در میان زنان افسرده جوان تا میانسال در ایران برای ارتقاء شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی چندان که شایسته است مورد توجه قرار نگرفته است. از طرف دیگر در جستجوی پیشینه، پیشینه‌ای در دسترس قرار نگرفت که دو درمان را با یکدیگر مقایسه و مشخص نماید که کدامیک از این دو رویکرد درمانی بر دو متغیر شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارای اثربخشی نیرومندتری هستند. مشخص

تجارب و هیجان‌های مثبت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد افسرده استفاده شده است. دو درمان در این بین، روان‌درمانی مثبت نگر^۱ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ هستند.

بر اساس رویکرد مثبت نگر، نبودن یا کم بودن هیجانات و عدم تمرکز بر توانمندی‌های مثبت در زندگی می‌تواند باعث پیدایش انواع آسیب‌ها و مشکلات روانی از جمله افسردگی شود (وود و جوزف^۳، ۲۰۱۰). بر همین سیاق، روان‌درمانی مثبت‌گرا بر این باور است که بسیاری از اختلال‌ها و مشکلات مانند افسردگی را به‌طور مؤثر می‌توان با ایجاد هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌های فردی و ایجاد معنا که نه تنها از وقوع اختلال جلوگیری می‌کنند بلکه سدی برای بازگشت مجدد آن نیز تلقی می‌شوند، درمان نمود (هندریکس، شوتانوس-دیاکسرا، گرافسما، بالمیر و دی یانگ^۴، ۲۰۲۱). بنابراین درمان مثبت نگر با اتکا بر مجموعه‌ای از فنون درمانی و آموزشی متمرکز بر ارتقاء صمیمیت، همدلی درست، اعتماد اولیه، اصالت و تفاهم تلاش می‌کند تا تجارب هیجانی و شناختی منفی نظیر آنچه در افسردگی وجود دارد و به‌طورجدی با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پائین نیز همراه و درآمیخته است (کاتو^۵، ۲۰۱۶) را از طریق جایگزینی این تجارب منفی با هیجانات مثبت، معنا، روابط مثبت، غرقگی و مجذوبیت در زندگی جایگزین و از این طریق فرایند درمان افراد افسرده را تسهیل نماید (سانتوس، پیس، پیریرا، آریاس-کاریون، سیلوا و همکاران^۶، ۲۰۱۶). در حمایت از این تأکید، مطالعه هندریکس و همکاران (۲۰۲۱) اثربخشی درمان مثبت نگر را بر ارتقاء حالات مثبت و بهزیستی، مطالعه سانتوس و همکاران (۲۰۱۶) شواهدی از اثربخشی رویکردهای مثبت نگر را برافزایش هیجان‌های مثبت، مطالعه میردیکوند و همکاران (۱۳۹۸) اثربخشی درمان مثبت نگر را برافزایش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی، چاکسی، کریس، سامرس-اسپایکرمن و بالمیر^۷ (۲۰۱۸) هنسن^۸ (۲۰۱۹) اثربخشی درمان مثبت نگر را بر بهزیستی به‌عنوان زیربنای اصلی خودشکوفایی در مطالعات خود نشان دادند.

1. positive psychotherapy
2. acceptance and commitment therapy
3. Wood & Joseph
4. Hendriks, Schotanus-Dijkstra, Graafsma, Bohlmeijer & de Jong
5. Kato
6. Santos, Peas, Pereira, Arias-Carrion, Silva et al
7. Chakhsi, Kraiss, Sommers-Spijkerman & Bohlmeijer
8. Hanson

بود. ملاحظات اخلاقی شامل رعایت اصل رازداری، استفاده داده‌ها در راستای اهداف، آزادی انصراف از ادامه مشارکت در مطالعه، اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت کنندگان در مورد پژوهش و نتایج آن، کسب رضایت کتبی، دریافت کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1398.22) از کمیته اخلاق و آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش تحت یکی از درمان‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مثبت‌نگر بود. به‌منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌ی شکوفایی: این پرسشنامه با ۲۵ سؤال توسط رشید و سلیگمن بر اساس بسط پرسشنامه اولیه ۲۱ سؤالی و جهت اندازه‌گیری میزان تمایل به زندگی کامل و شکوفاتر متشکل از پنج خرده‌مقیاس هیجان‌های مثبت (سؤال‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۶ و ۲۱)، مجذوبیت (تعهد) (سؤال‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۷ و ۲۲)، معنا (سؤال‌های ۴، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴)، روابط (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۸ و ۲۳) و دستاورد (موفقیت) (سؤال‌های ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵)، ساخته شده و نسخه‌ای از آن توسط خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۵) و نسخه‌ای از مقیاس ۲۱ سؤالی اولیه این پرسشنامه توسط قربانی، بنی‌جمالی، عامری، خسروی و دهشیری (۱۳۹۶)، در نمونه‌ی ایرانی اعتبارسنجی شده است. این سیاهه بر اساس طیف لیکرت (هیچ‌وقت) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود، نمرات در دامنه نوسان ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد (که نمره کلی فرد را در شکوفایی انعکاس می‌دهد) و افزایش نمرات به معنای افزایش تمایل به شکوفایی است. گوونی^۲ (۲۰۱۱) نسخه اولیه این پرسشنامه را در جمعیت ترک اعتبارسنجی نموده و به‌عنوان شواهدی از روایی سازه آن ساختار شش‌عاملی (عامل ششم و رایانس به نسبت اندکی از کل پرسشنامه تبیین نموده است) را برای این مقیاس ارائه و به‌عنوان شواهدی از روایی سازه همگرایی این پرسشنامه نیز همبستگی مثبت و معناداری بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با امتیازات حاصل از پرسشنامه شخصیت آیزنک و پرسشنامه نقاط قوت انسانی به دست آورده و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸ گزارش شده است (گوونی، ۲۰۱۱). در پژوهش خانجانی و همکاران

نمودن تمایزات اثربخشی دو درمان در دو متغیر مورد اشاره دارای تلویحات و کاربردهای زیادی در عرصه درمان کارآمد و مؤثر زنان افسرده است. به همین جهت مطالعه حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال بوده که تمایزات اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان پذیرش و تعهد بر شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان افسرده چگونه است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با سه گروه شامل یک گروه درمان پذیرش و تعهد، یک گروه روان‌درمانی مثبت‌نگر و یک گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری شامل کلیه زنان افسرده شهر اصفهان در پاییز و زمستان ۱۳۹۸ بودند که از طریق فراخوان وارد فرایند پژوهش شدند. از افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند درخواست شد تا پرسشنامه‌ی افسردگی بک را تکمیل کنند (تعداد ۴۱۲ نفر). از این میان افرادی که نمره‌ی بین ۲۰ تا ۳۴ به دست آوردند و در سؤال مرتبط با خودکشی این پرسشنامه، دو گزینه‌ی اول یعنی عدم تمایل به خودکشی و یا تنها فکر خودکشی بدون تمایل به اقدام به آن را داشتند، دعوت شدند تا در مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته^۱ شرکت کنند. از این میان، ۶۰ زن افسرده، با احتساب ۲۰ نفر برای هر یک از سه گروه پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه قرار گرفتند.

معیارهای ورود شامل رضایت کامل برای شرکت در پژوهش، قرار داشتن در رده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم احتمال خودکشی (بر اساس پاسخ به سؤال خودکشی پرسشنامه‌ی بک و مصاحبه‌ی بالینی)، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم دریافت درمان‌های موازی روان‌شناختی یا روان‌پزشکی، وجود علائم و نشانه‌های لازم و کافی برای تشخیص افسردگی بر اساس مصاحبه بالینی، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی یا روان‌پزشکی حاد یا مزمن تأثیرگذار بر پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری، عدم تمایل به شرکت در پژوهش و عدم انجام تکالیف ارائه‌شده در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی

1. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-CV)

۲. Guney

نقل از نوریان، ۱۳۹۲) بر روی ۳۷ بیمار وسواس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ و در پژوهش نوریان (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

روش اجرا

پس از جمع‌آوری داده‌ها در مرحله‌ی پیش‌آزمون و جایگذاری تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مثبت نگر) و یک گروه کنترل، گروه آزمایش اول، درمان ۱۳ جلسه‌ای (هر جلسه ۹۰ دقیقه) روان‌درمانی مثبت نگر از طریق بسته درمانی قبلاً اعتبار سنجی شده (میردربیکوند و همکاران، ۱۳۹۸) و گروه آزمایش دوم درمان ۱۲ جلسه‌ای (هر جلسه ۹۰ دقیقه) مبتنی بر پذیرش و تعهد که این درمان نیز در مطالعات قبلی اعتبارسنجی شده (جوادی و همکاران، ۱۳۹۹) الف و ب) را دریافت کردند. طی این دوره گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون و بافاصله دو ماه بعد، پیگیری برای هر سه گروه به اجرا درآمد. درمان‌ها توسط روان‌شناس بالینی دارای اعتبارنامه اجرای درمان‌های روان‌شناختی از داخل و خارج از کشور با سابقه ۷ سال کاردرمانی در یک مرکز مشاوره در شهر اصفهان به صورت رایگان اجرا شده است. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی پس از بررسی نرمالیتی از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، بررسی برابری واریانس خطا از طریق آزمون لوین، برابری شیب خطوط رگرسیون از طریق بررسی معناداری تعامل پیش‌آزمون با عضویت گروهی، برقراری فرض کرویت از طریق بررسی آزمون ماکلی (ماخلی) و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام باکس و با استفاده از نرم‌افزار اس پی اس نسخه ۲۶ تحلیل گردید. شرح مختصر جلسات درمانی در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

(۱۳۹۵) همبستگی امتیازات این پرسشنامه با امتیازات حاصل از پرسشنامه رضایت از زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب و استرس به‌عنوان شواهدی از روایی همگرا و افتراقی و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ و در مطالعه قربانی و همکاران (۱۳۹۶)، به‌عنوان شواهدی از روایی همگرا، بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با نمرات حاصل از مقیاس شادکاهی اکسفورد رابطه مثبت و معنادار به‌دست‌آمده و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ گزارش شده است. آلفای کرونباخ هیجان‌ثابت مثبت، مجذوبیت، معنا، روابط و دستاورد (موفقیت) در مطالعه حاضر به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۸۷، ۰/۹۰، ۰/۸۶ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۱: برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از پرسشنامه پذیرش و عمل که توسط بوند، هیز، بائر، کارپنتر، گوئنولی و همکاران^۲ (۲۰۱۱) ساخته شده، استفاده شد. این پرسشنامه یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است که به‌وسیله هیز ساخته شده است و اجتناب تجربه‌ای و عدم انعطاف‌پذیری روانی را در غالب طیف لیکرت از یک (هرگز) تا هفت (همیشه) اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات هم شامل سؤالات مثبت و هم سؤالات منفی (سؤالات یک، شش و ده به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند) است (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). دامنه نوسان امتیازات ۱۰ تا ۷۰ و کاهش امتیازات به معنای افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (هیز، استروشال، ویلسون، بایست، پیستورلو و همکاران^۳، ۲۰۰۴). بوند و همکاران (۲۰۱۱) علاوه بر ارائه شواهدی از روایی هم‌زمان، طولی و افزوده برای این ابزار از طریق گزارش همبستگی بین امتیازات حاصل از این پرسشنامه با شاخص‌های متعدد سلامت روان و شاخص‌هایی نظیر نرخ غیبت در محیط کار در زمان کنونی و در آینده (در قالب بررسی طولی مورد اشاره) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۴ و ضریب باز آزمایی این پرسشنامه را بعد از ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش نموده‌اند (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران این پرسشنامه در مطالعات مختلف به‌کرات استفاده شده است. در پژوهش ایزدی (به

۱. Acceptance and Action Questionnaire -AAQ

۲. Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole et al

۳. Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello et al

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد		
جلسه	اهداف	تکالیف
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و فرایند پژوهش و جلسات درمانی، سنجش اولیه، تعیین اهداف درمانی، آغاز تحلیل راهبرد کنترل تجربه‌ای	ارائه‌ی مقدمه‌ای درباره‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به توافق رسیدن در مورد مشکل کنونی، جویا شدن قصه‌ی زندگی مراجع، تعیین اهداف درمانی و ارتباط آن با ارزش‌ها، ارائه‌ی مقدمه‌ای درباره‌ی درماندگی خلاق
دوم	تمرکز اجتناب تجربه‌ای	افزایش آگاهی مراجعان از کنترل هیجانی و عادی‌سازی آن؛ تأکید بر بیهودگی و هزینه‌های حاصل از چنین تلاش‌های کنترلی، معرفی تمایل و پذیرش به‌عنوان جایگزینی برای کنترل تجربه‌ای
سوم	تمرکز بر پذیرش و گسلش	شناسایی رویدادهای شخصی باهدف کار بر روی پذیرش و گسلش، آغاز تمرکز مجدد مراجعان بر فرایندهای زبان به‌جای محتوای آن، معرفی مداخله پذیرش و گسلش اولیه
چهارم	کار بر روی گسلش و ذهن آگاهی	افزایش کار بر روی گسلش با خودارزیابی‌ها و دلیل‌یابی، معرفی تمایز خودارزیابی از توصیف، تمرین ذهن آگاهی و نوشتن قصه‌ی زندگی
پنجم	تمرکز بر گسلش، ذهن آگاهی، خود به‌عنوان زمینه	گسترش تکنیک گسلش به قصه‌ی زندگی، گسترش تمرین‌های توجه آگاهی به عملکرد فعالیت‌های روزانه، آغاز تقویت خود به‌عنوان زمینه، شفاف‌سازی بیشتر ارزش‌های مراجع.
ششم	تمرکز بر گسلش و ذهن آگاهی	تکمیل گسلش از قصه‌ی زندگی، گسترش تقویت آموزش ذهن آگاهی، تقویت بیشتر دستیابی به حس برتری از خود
هفتم	تمرکز بر ذهن آگاهی و ارزش‌ها	تقویت آموزش ذهن آگاهی و گسترش آن به افکار و احساسات، ارزیابی و شفاف‌سازی بیشتر ارزش‌های مراجع، شناسایی اهداف همسو یا ارزش‌ها، برانگیختن اولیه برای اقدام پایبندانه.
هشتم	ادامه تمرکز بر ذهن آگاهی و ارزش‌ها	تعیین وضعیت افزایش آموزش ذهن آگاهی، شفاف‌سازی ماهیت تعهد، افزایش شیوه‌های مدیریت موانع تعهد، تقویت عمل متعهدانه از طریق تکلیف مرتبط
نهم، دهم و یازدهم	تمرکز بر ارزش‌ها، تمایل، عمل متعهد و ذهن آگاهی	تقویت تداوم فعالیت‌های ارزش‌مدار، افزایش تمایل به تجربه‌ی افکار و احساسات ناخواسته‌ای که بر سر راه اقدام پایبندانه پایدار ایجاد می‌شود. شفاف‌سازی تفاوت بین فرایند و نتیجه‌ی اقدام پایبندانه.
دوازدهم	بازبینی تکنیک‌ها و راهبردهای سازگار با اکت و حفظ دستاوردهای درمانی پس از پایان جلسات	ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها، عمل متعدد و جمع‌بندی. پردازش واکنش به پایان درمان، خلاصه کردن موانع تمایل، خلاصه‌ی رهنمودهای زندگی ارزش‌مدانه، بحث درباره‌ی زندگی فرد پس از درمان و انجام پس‌آزمون

جدول ۲. خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت نگر		
جلسه	اهداف	تکالیف
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر، معرفی برنامه روان‌درمانی مثبت نگر و تصریح اهداف درمان مثبت نگر	نوشتن یک معرفی مثبت از خود و توانمندی، نقش غیبت یا فقدان هیجان‌های مثبت و توانمندی‌ها در تداوم مشکلات

دوم	آشنایی با نقاط قوت و توانمندی‌های خود و استفاده از آنها	تکمیل پرسشنامه توانمندی‌ها، ارزیابی توانمندی‌های منشی، بحث درباره نحوه به‌کارگیری نقاط قوت.
سوم	آغاز مسیر رشد و تحول توانمندی‌های خاص خود و شکل‌دهی رفتار مبتنی بر آنها	بحث پیرامون رشد توانمندی‌های خاص و آماده شدن مراجعین برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل‌دستیابی
چهارم	آشنایی و مقابله با نقش خاطرات در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روان‌شناختی	نقش خاطرات خوب و بد برحسب نقش آنها در حفظ مشکلات، تشویق مراجعان به بیان احساسات توأم با تلخی‌ها و اثرات تلخی‌ها بر سلامت و بهزیستی در زندگی
پنجم	استفاده از ظرفیت بخشش خود و دیگران در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	معرفی بخشش به‌عنوان وسیله‌ی قدرتمند برای تبدیل مشکلات و تلخی‌ها به احساس‌ها و هیجانات خنثی یا حتی به احساس‌ها و هیجانات مثبت
ششم	استفاده از ظرفیت ق‌دردانی در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	بحث درباره ق‌دردانی به‌عنوان تشکر و برجسته‌سازی خاطرات با تأکید بر ق‌دردانی
هفتم	استفاده از ظرفیت ق‌دردانی خوب و مطلوب در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	بحث درباره‌ی قناعت (به‌اندازه‌ی کافی خوب) در برابر بیشینه‌سای در بافت کار پرزحمت لذت‌بخش و تشویق به قناعت به‌واسطه‌ی تعهد در برابر بیشینه‌سازی
هشتم	استفاده از ظرفیت مقابله مثبت و کارآمد با شکست در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	تشویق مراجعان به تفکر درباره زمانی که در یک کار مهم شکست خوردند، زمانی که یک برنامه‌ی بزرگ مضمحل می‌شود و یا زمانی که توسط دیگران پذیرفته نمی‌شوند و بررسی این‌که چه راهکارهایی برای مقابله با آنها استفاده کنند.
نهم	استفاده از ظرفیت پاسخ‌دهی فعال و سازنده در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	بحث درباره‌ی پاسخ‌دهی فعال و سازنده و دعوت به شناسایی توانمندی‌های خاص و مؤثر سایر افراد بر آنان
دهم	استفاده از ظرفیت توانمندی‌های خانواده در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	بررسی و شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده
یازدهم	استفاده از ظرفیت لذت بردن واقعی و سازنده در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	معرفی حس ذائقه به‌عنوان آگاهی از لذت و ایجاد عمدی آن و نحوه‌ی محافظت از آن در برابر مشکلات و تهدیدها
دوازدهم	استفاده از ظرفیت توانمندی‌های خاص در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	بحث درباره استفاده از موهبت زمان صرف‌نظر از اوضاع مالی و تشریح راه‌های استفاده از توانمندی‌های خاص برای پیشنهاد موهبت زمان در خدمت به شخص دیگری
سیزده	استفاده از ظرفیت زندگی کامل و مثبت در ارتقاء وضعیت روان‌شناختی	تشریح زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد. اجرای پس‌آزمون و بررسی منافع و ماندگاری روش مداخله

یافته‌ها

درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل در متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و وضعیت تاهل ارائه شده است.

در درجه نخست وضعیت گروه‌های مورد پژوهش از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج آن به تفکیک گروه‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر،

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی							
ردیف	متغیر	روان‌درمانی مثبت نگر		درمان پذیرش و تعهد		گروه کنترل	
		فراوانی	% فراوانی	فراوانی	% فراوانی	فراوانی	% فراوانی
سن							
۱	تا ۳۰ سال	۱۱	۶۴/۷۰	۱۱	۵۷/۹۰	۱۰	۵۸/۸۰
۲	۳۱ سال و بالاتر	۶	۳۵/۳۰	۸	۴۲/۱۰	۷	۴۱/۲۰
۳	مجموع	۱۷	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰
۴	مقدار کای دو (معناداری)						۳۹/۳۳ (p=۰/۴۱)
تحصیلات							
۱	دیپلم	۵	۲۹/۴۰	۵	۲۶/۳۰	۶	۳۵/۳۰
۲	فوق دیپلم و لیسانس	۹	۵۲/۹۰	۱۱	۵۷/۹۰	۹	۵۲/۹۰
۳	فوق لیسانس و دکتری	۳	۱۷/۷۰	۳	۱۵/۸۰	۲	۱۱/۸۰
۴	مجموع	۱۷	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰
۵	مقدار کای دو (معناداری)						۲/۲۶ (p=۰/۸۹)
وضعیت اجتماعی-اقتصادی							
۱	ضعیف	۱	۵/۹۰	۴	۲۱	۵	۲۹/۴۰
۲	متوسط	۱۱	۶۴/۷۰	۱۱	۵۷/۹۰	۹	۵۲/۹۰
۳	خوب	۵	۲۹/۴۰	۳	۱۵/۸۰	۳	۱۷/۷۰
۴	بسیار خوب	۰	۰	۱	۵/۳۰	۰	۰
۵	مجموع	۱۷	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰
۶	مقدار کای دو (معناداری)						۹/۵۱ (p=۰/۳۰)
وضعیت تأهل							
۱	مجرد	۱۰	۵۸/۸۰	۸	۴۲/۱۰	۷	۴۱/۲۰
۲	متأهل	۶	۳۵/۳۰	۸	۴۲/۱۰	۹	۵۲/۹۰
۳	مطلقه یا فوت همسر	۱	۵/۹۰	۳	۱۵/۸۰	۱	۵/۹۰
۴	مجموع	۱۷	۱۰۰	۱۹	۱۰۰	۱۷	۱۰۰
۵	مقدار کای دو (معناداری)						۶/۵۲ (p=۰/۳۷)

چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، گروه‌های مورد مطالعه از نظر سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و وضعیت تأهل از طریق آزمون کای دو، مورد مقایسه قرار گرفته و بین آن‌ها در متغیرهای مورد اشاره تفاوت معناداری به دست نیامده است. در جدول ۴ میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های شکوفایی همراه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک سه گروه پژوهش و در سه مرحله پژوهش							
متغیر	مرحله	روان‌درمانی مثبت نگر		درمان پذیرش و تعهد		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
هیجان‌های مثبت							
شکوفایی	پیش‌آزمون	۹/۸۸	۳/۴۴	۹/۴۷	۲/۱۴	۹/۵۸	۳
	پس‌آزمون	۱۹/۱۷	۱/۸۸	۱۳/۴۲	۲/۲۹	۹/۴۷	۲/۹۰
	پیگیری	۱۹/۵۹	۸/۸۴	۱۶	۲/۶۴	۹/۶۵	۳/۴۱
مجدوبیت							
	پیش‌آزمون	۱۱/۶۵	۳/۸۱	۱۱/۴۲	۳/۲۴	۱۱/۳۵	۳/۵۲

۳/۴۸	۱۱/۲۹	۲/۵۰	۱۵/۰۵	۱/۸۰	۱۹/۶۵	پس‌آزمون
۳/۵۷	۱۰/۵۹	۲/۲۷	۱۶/۲۱	۱/۵۶	۱۸/۰۶	پیگیری
معنا						
۴/۲۵	۱۱/۱۸	۳/۸۲	۱۰/۷۹	۳/۹۸	۱۱/۰۶	پیش‌آزمون
۳/۴۲	۱۱/۱۲	۳/۱۳	۱۳/۸۴	۲/۵۷	۱۸/۷۰	پس‌آزمون
۳/۲۰	۱۰/۸۸	۲/۷۷	۱۵/۸۹	۲/۵۷	۱۷/۲۹	پیگیری
روابط						
۳/۶۶	۱۱/۴۱	۳/۵۰	۱۱/۱۶	۳/۸۷	۱۱/۲۹	پیش‌آزمون
۳/۷۲	۱۰/۸۸	۲/۵۰	۱۵/۳۷	۲/۲۱	۱۹/۵۹	پس‌آزمون
۳/۱۵	۱۰/۸۲	۲/۲۱	۱۶/۶۸	۲/۱۹	۱۷/۷۶	پیگیری
دست‌آورد						
۲/۸۶	۹/۹۴	۳/۶۶	۱۰/۲۶	۳/۵۴	۱۰/۰۶	پیش‌آزمون
۳/۰۴	۱۰/۲۹	۲/۳۵	۱۵/۱۰	۲/۴۱	۱۹/۰۶	پس‌آزمون
۳/۱۰	۱۰/۵۳	۱/۹۲	۱۶/۵۸	۱/۹۵	۱۷/۲۳	پیگیری
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی						
۶/۵۲	۵۳/۷۶	۵/۵۲	۵۳/۵۳	۷/۳۷	۵۳/۰۶	پیش‌آزمون
۵/۵۶	۵۳/۹۴	۴/۱۳	۳۱/۴۷	۴/۴۱	۴۷/۷۶	پس‌آزمون
۵/۱۶	۵۳/۵۳	۳/۸۷	۳۰	۴/۹۲	۴۷/۸۸	پیگیری

واریانس خطا ($P < 0/05$)، آزمون ام‌باکس برابری ماتریس واریانس-کوواریانس را و غیر معنادار بودن تعامل پیش‌آزمون و عضویت گروهی نیز برقراری پیش‌فرض برابری شیب خطوط رگرسیون را نشان دادند. آزمون ماکلی در باب پیش‌فرض کرویت در پنج مولفه شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان داد که این پیش‌فرض رعایت نشده، لذا به‌جای ردیف رعایت پیش‌فرض کرویت در جداول تحلیل نهایی، ردیف گرین‌هاوس گیزر در گزارش نتایج ارائه شده است. در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده ارائه شده است.

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار پنج مولفه شکوفایی همراه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پژوهش نشان می‌دهد که دو گروه درمان پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مثبت نگر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییرات بیشتری را نسبت به گروه کنترل تجربه نموده‌اند.

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده علاوه بر بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و کسب اطمینان از برقراری فرض نرمالیتی، آزمون لوین حاکی از برابری

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای مؤلفه‌های شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
هیجان‌های مثبت							
زمان	۸۶۷/۳۳	۱/۲۵	۷۰۳/۲۱	۴۱/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
گروه	۱۱۲۶/۸۷	۲	۵۶۳/۴۳	۲۳/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
تعامل زمان و گروه	۵۴۸/۶۸	۲/۴۹	۲۲۰/۱۴	۱۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۹۹
مجدوبیت							
زمان	۴۷۷/۹۲	۱/۷۵	۲۷۳/۵۱	۷۵/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
گروه	۷۴۳/۸۹	۲	۳۷۱/۹۴	۱۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
تعامل زمان و گروه	۳۶۹/۸۹	۳/۴۹	۱۰۵/۸۴	۲۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
معنا							

زمان	۴۶۰/۸۴	۱/۶۵	۲۷۸/۷۳	۹۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
گروه	۵۴۶/۷۲	۲	۲۷۳/۳۶	۹/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۷
تعامل زمان و گروه	۳۴۷/۳۲	۳/۳۱	۱۰۴/۹۲	۳۴/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
<u>روابط</u>							
زمان	۵۳۶/۱۵	۱/۶۵	۳۲۵/۱۲	۹۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
گروه	۷۰۵/۳۲	۲	۳۵۲/۶۶	۱۵/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹۹
تعامل زمان و گروه	۴۱۸/۸۷	۳/۳۰	۱۲۷	۳۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱
<u>دست آورد</u>							
زمان	۷۸۲/۵۹	۱/۶۶	۴۷۲/۵۲	۱۵۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
گروه	۷۳۵/۱۳	۲	۳۶۷/۵۷	۱۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱
تعامل زمان و گروه	۳۹۱/۹۱	۳/۳۲	۱۱۸/۰۷	۳۸/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
<u>انعطاف پذیری روان‌شناختی</u>							
زمان	۳۰۹۰/۵۵	۱/۳۷	۲۲۴۹/۴۶	۱۸۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
گروه	۶۹۳۵/۸۷	۲	۳۴۶۷/۹۳	۵۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
تعامل زمان و گروه	۳۴۶۷/۰۷	۲/۷۵	۱۲۶۱/۷۶	۱۰۱/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱

چنان‌که در جدول ۵ نشان داده شده، تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده حاکی از آن است که در تعامل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه (درمان پذیرش و تعهد، روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه کنترل) در هیجان‌های مثبت ($F=13/14, P<0/01$)، در مجذوبیت ($F=29/39, P<0/01$)، در معنا ($F=34/26, P<0/01$)، در روابط ($F=36/63, P<0/01$)، در دست آورد ($F=38/40, P<0/01$) و در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F=101/19$) تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش تفاوت معناداری در متغیرهای مورد اشاره وجود دارد. بر همین اساس در ادامه آزمون تعقیبی بونفرونی اجرا شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

چنان‌که در جدول ۵ نشان داده شده، تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده حاکی از آن است که در تعامل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه (درمان پذیرش و تعهد، روان‌درمانی مثبت‌نگر و گروه کنترل) در هیجان‌های مثبت ($F=13/14, P<0/01$)، در مجذوبیت ($F=29/39, P<0/01$)، در معنا ($F=34/26, P<0/01$)، در روابط ($F=36/63, P<0/01$)، در دست آورد ($F=38/40, P<0/01$) و در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F=101/19$) تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش تفاوت معناداری در متغیرهای مورد اشاره وجود دارد. بر همین اساس در ادامه آزمون تعقیبی بونفرونی اجرا شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مؤلفه‌های شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
<u>هیجان‌های مثبت</u>				
گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت‌نگر	-۶/۶۴	۰/۹۸	۰/۰۰۱
گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد	-۳/۴۰	۰/۹۵	۰/۰۰۲
روان‌درمانی مثبت‌نگر	درمان پذیرش و تعهد	۳/۲۵	۰/۹۵	۰/۰۰۴
<u>مجدوبیت</u>				
گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت‌نگر	-۵/۳۷	۰/۸۸	۰/۰۰۱
گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد	-۳/۱۵	۰/۸۶	۰/۰۰۲
روان‌درمانی مثبت‌نگر	درمان پذیرش و تعهد	۲/۲۲	۰/۸۶	۰/۰۳۹
<u>معنا</u>				
گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت‌نگر	-۴/۶۳	۱/۰۶	۰/۰۰۱
گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد	-۲/۴۵	۱/۰۳	۰/۰۶
روان‌درمانی مثبت‌نگر	درمان پذیرش و تعهد	۲/۱۸	۱/۰۳	۰/۱۲

<u>روابط</u>			
گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت نگر	-۵/۱۸	۰/۹۴
گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد	-۳/۳۶	۰/۰۰۲
روان‌درمانی مثبت نگر	درمان پذیرش و تعهد	۱/۸۱	۰/۱۶
<u>دست آورد</u>			
گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت نگر	-۵/۲۰	۰/۸۶
گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد	-۳/۷۳	۰/۰۰۱
روان‌درمانی مثبت نگر	درمان پذیرش و تعهد	۱/۴۷	۰/۲۵
<u>انعطاف‌پذیری روان‌شناختی</u>			
گروه کنترل	روان‌درمانی مثبت نگر	۴/۱۷	۱/۶۴
گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد	۱۵/۴۱	۰/۰۰۱
روان‌درمانی مثبت نگر	درمان پذیرش و تعهد	۱۱/۲۳	۰/۰۰۱

مطالعه هندریکس و همکاران (۲۰۲۱) در خصوص اثربخشی این درمان بر ارتقاء حالات مثبت و بهزیستی، با نتایج مطالعه سانتوس و همکاران (۲۰۱۶) درباره اثربخشی درمان‌های مثبت نگر برافزایش هیجان‌های مثبت، با نتایج مطالعه میردریکوند و همکاران (۱۳۹۸) در خصوص اثربخشی درمان مثبت نگر برافزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، با نتایج مطالعه چاکسی و همکاران (۲۰۱۸) و هسن (۲۰۱۹) درباره اثربخشی درمان مثبت نگر بر بهزیستی به‌عنوان زیربنای شکوفایی همسویی نشان می‌دهد. در تبیین اثربخشی درمان مثبت نگر بر شکوفایی متشکل از هیجان‌های مثبت، مجذوبیت (غرقگی)، روابط مثبت، معنا و دستاورد (موفقیت) و به دنبال آن انعطاف‌پذیری روان-شناختی، لازم است به سازوکارهای زیربنایی مستتر در فنون درمانی این رویکرد توجه ویژه شود. درمان مثبت نگر بر قابلیت جایگزینی هیجان‌ها، عواطف، رفتارها و حالات منفی با هیجان‌ها، عواطف، رفتار و حالات مثبت با استفاده از فنون درمانی و آموزشی متمرکز بر ارتقاء نقاط قوت و توانمندی‌های شخصی نظیر بخشش، شفقت، اعتدال، صمیمیت، همدلی، اعتماد، اصالت و تفاهم متمرکز است (سانتوس و همکاران، ۲۰۱۶؛ کاتو، ۲۰۱۶). در پروسه درمان، کسانی مانند زنان افسرده فرامی‌گیرند تا به‌جای ناامیدی، درماندگی، غم، انده، دیدن وجوه سیاه و تاریک زندگی، بر امید، خوش‌بینی، اعتدال، مثبت‌نگری در تفسیر و تعبیر رخدادها، اعتدال، بخشش و شفقت به خود و دیگران و بر نقاط مثبتی از این دست کار و تمرکز کنند. چنین روندی

همان‌طور که در جدول ۶ نشان داده شده، آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن است که در هیجان‌های مثبت و مجذوبیت گروه روان‌درمان مثبت نگر نسبت به درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل و گروه درمان پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به روان‌درمانی مثبت نگر و گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند. هر دو درمان نیز در هیجان‌های مثبت، مجذوبیت، معنا، روابط، دست آورد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین تمایزات اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اجرا شد. نتایج نشان داد روان‌درمانی مثبت نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو در مقایسه با گروه کنترل، بر ارتقاء شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دارای تأثیر معنادار هستند. همچنین مقایسه دو درمان نشان داد درمان مثبت نگر بر شکوفایی (در حوزه هیجان‌های مثبت و مجذوبیت یا اشتیاق) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نسبت به درمان دیگر دارای تأثیرات نیرومندتری هستند. این تأثیرات نیرومند متمایز، حاکی از آن است که هر درمان برسازه سازگارتر با زیربنای نظری خود، دارای تأثیر نیرومندتری است. اثربخشی درمان مثبت نگر بر شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زنان افسرده در مطالعه حاضر، با نتایج

فراتر از اثربخشی هر یک از دو درمان مثبت نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نتایج مطالعه حاضر حاکی از اثربخشی بالاتر درمان مثبت نگر بر هیجان‌های مثبت و مجذوبیت به‌عنوان دو بعد مطرح در شکوفایی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و در مقابل حاکی از اثربخشی بالاتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مقایسه با درمان مثبت نگر بود. در جستجوهای انجام‌شده پژوهشی در دسترس قرار نگرفت که از آن طریق دو درمان مثبت نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از نظر اثربخشی بر شکوفایی و انعطاف‌پذیری مورد مقایسه قرار گرفته باشند. به همین جهت در این بخش فقط به تبیین‌های نظری در این حوزه اکتفا شده است. نیرومندی اثربخشی درمان مثبت نگر بر هیجان‌های مثبت و مجذوبیت و در مقابل اثربخشی نیرومندتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حاکی از آن است که هر درمان برسازه یا متغیر سازگار با بنیان‌های نظری و کاربردی خود اثربخشی بیشتری داشته است. شکوفایی متغیری است که در عرصه رویکرد مثبت نگر (آسترگارد و همکاران، ۲۰۲۰؛ یاماگوچی و همکاران، ۲۰۱۸) جایگاه ویژه دارد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به‌عنوان متغیری که تابع اجتناب یا عدم اجتناب تجربه‌ای است (جوادی و همکاران، ۱۳۹۹ الف و ب)، متغیری محسوب می‌شود که در عرصه رویکرد پذیرش و تعهد نقش محوری و کلیدی دارد. وقتی متغیری در یک رویکرد درمانی محوریت دارد، به این مفهوم است که فنون و تمرینات درمانی در آن رویکرد به‌طور مستقیم و بلا واسطه آن متغیر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بر همین اساس نیز در مطالعه حاضر این تمایز در اثربخشی درمان بر متغیر سازگار با بنیان نظری هر یک از دو رویکرد درمانی آشکار شده است. نتایج این مطالعه نشان داد که دو رویکرد روان‌درمانی مثبت نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رویکردهای درمانی مؤثری برای ارتقاء سطوح تمایل به شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زنان افسرده هستند. درعین حال نتایج حاکی از اثربخشی نیرومندتر روان‌درمانی مثبت نگر بر هیجان‌های مثبت و مجذوبیت (دو مولفه از شکوفایی) و اثربخشی نیرومندتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بودند. این تمایز نیرومندتر هر یک از دو درمان نسبت به دیگری در مطالعه

برای زنان افسرده، به‌عنوان تجربه‌ای متفاوت از آنچه در زمان تجربه علائم افسردگی داشته‌اند، زمینه را برای جایگزینی حالات و هیجان‌های منفی با حالات و هیجان‌های مثبت فراهم نموده و از طرف دیگر موجب آن می‌شود تا با آشنایی و تمرین این موضوع که می‌توان با تمرکز بر تجارب و هیجان‌های مثبت، در برابر پدیده‌ها و رخدادها انعطاف نشان داد و از این طریق علاوه بر شکوفایی، سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز ارتقاء یابد.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر ارتقاء شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مطالعه حاضر با نتایج مطالعه قربانی امیر و همکاران (۱۳۹۸) و اردشیری لردجانی و همکاران (۱۳۹۸) درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش تنظیم هیجانی مثبت، با نتایج مطالعه دمهری و همکاران (۱۳۹۷) در خصوص اثربخشی این درمان بر ارتقاء بهزیستی به‌عنوان بنیان شکوفایی و با نتایج مطالعه اورکی و همکاران (۱۳۹۷) و یوری و همکاران (۱۳۹۸) درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ارتقاء انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همسویی نشان می‌دهد. تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شکوفایی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تا حد زیادی به تمرکز این نوع درمان برای برطرف نمودن اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری تابع آن ارتباط دارد. در درمان پذیرش و تعهد بر روی افراد افسرده، به‌جای تلاش برای تغییر یا اجتناب از احساسات، هیجان‌ها یا افکار منفی و آزاردهنده، در درجه اول با انجام تمریناتی در خصوص پذیرش بی‌قیدوشرط سعی می‌شود تا فرد با رویدادهای درونی خود ارتباط برقرار نموده و در درجه بعدی برای تغییر این حالات و رویدادهای درونی منفی تلاش کند (جوادی و همکاران، ۱۳۹۹؛ اکبری و همکاران، ۱۳۹۹). در چنین بافتی، فراوانی افکار ناخواسته به تدریج کاهش یافته و در پی آن زمینه بروز و ظهور هیجان‌های مثبت فراهم می‌شود. همین امر عامل اصلی برای ارتقاء شکوفایی است. از طرف دیگر، پذیرش و امکان تغییر حالات، هیجان‌ها و افکار درونی منفی و آزاردهنده در نفس و ماهیت خود در فرایند درمان، سطح گریز و اجتناب را کاهش داده و این امر خود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را برای مقابله کارآمدتر تقویت می‌کند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۹).

اورکی، م.، جهانی، ف.، و رحمانیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان سالمند. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۱)، ۴۷-۵۶.

جواد، س.، گل‌پرور، م.، و ایزدی، ر. (۱۳۹۹ الف). اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری. *ابن‌سینا*، ۲۲(۲)، ۴-۱۴.

جواد، س.، گل‌پرور، م.، و ایزدی، ر. (۱۳۹۹ ب). مقایسه اثربخشی سه روش درمان غیرفعال‌سازی حالت خانواده محور، درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران و پرخاشگری نوجوانان دختر دارای مشکلات رفتاری. *روان‌پرستاری*، ۱(۳)، ۷۹-۹۲.

خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح‌آبادی، ج.، مظاهری، م.، ع.، و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی سیاهه روان‌درمانی مثبت نگر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۱)، ۶۹-۸۶.

دمهری، ف.، سعیدمنش، م.، و جلا، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱(۲۵)، ۱-۹.

قربانی، ز.، بنی‌جمالی، ش.، عامری، ف.، خسروی، ز.، و دهشیری، غ. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه ویژگی‌های روانشناسی مثبت در دانشجویان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۱(۲)، ۱۵-۲۶.

میردریکوند، ف.، گودرزی، م.، قاسمی، ن.، و غلامرضایی، س. (۱۳۹۷). اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی درد زنان مبتلابه درد مزمن. *بیهوشی و درد*، ۹(۴)، ۱-۱۴.

نوریان، ل. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، پرخوری هیجانی، خودکارآمدی وزن و شاخص توده بدنی در افراد چاق. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی*، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، اصفهان، ایران.

یاوری، م.، نجفی، م.، و طباطبایی، س. م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در انعطاف‌پذیری روانی و سرمایه‌های روان‌شناختی همسران افراد تحت درمان متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۲۵۷-۲۷۶.

حاضر، حاکی از آن است که هر درمان به‌طورمعمول بر متغیرهایی که با بنیان‌های نظری آن رویکرد تناسب بیشتری دارد، اثرات قابل‌توجه‌تری به بار می‌آورد. بر همین اساس در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود که در درمان زنان افسرده، طی بررسی اولیه ابتدا ارزیابی شود که در کدام یک از حوزه‌های شکوفایی یا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، آن‌ها دچار مشکل هستند و به دنبال آن از رویکرد درمانی متناسب با متغیرهای مسئله‌ساز برای درمان استفاده شود. فراتر از همه موارد مذکور، محدودیت‌هایی نیز نظیر تمرکز مطالعه بر زنان افسرده و نه مردان، تمرکز بر دو متغیر شکوفایی و انعطاف‌پذیری و سنجش آن‌ها فقط از طریق پرسشنامه در مطالعه حاضر وجود داشته است. برای رفع این محدودیت‌ها شایسته است در مطالعات بعدی علاوه بر زنان، اثربخشی متمایز دو درمان مثبت نگر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میان مردان همراه با استفاده موازی از پرسشنامه و مصاحبه برای جمع‌آوری اطلاعات دقیق و عمیق‌تر مدنظر قرار گیرد.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1398.220 است. بدین وسیله از شرکت‌کنندگان در پژوهش، به‌واسطه پذیرش حضور در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

تعارض در منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

اردشیری لردجانی، ف.، و شریفی ط. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود پنداشت و تنظیم هیجانی کودکان مبتلابه ناتوانی یادگیری. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۳(۳)، ۲۸-۳۹.

اکبری، م.، گل‌پرور، م.، لعلی، م.، و ترانه، پ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری و رویکرد آموزش مدیریت والدین بر افسردگی و اضطراب نوجوانان پسر مبتلابه سوء‌استفاده جنسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*، ۱(۱۷)، ۳۱۳-۳۲۲.

- Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 657-672.
- Hanson, K. (2019). Positive psychology for overcoming symptoms of depression: A pilot study exploring the efficacy of a positive psychology self-help book versus a CBT self-help book. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(1), 95-113.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54(4), 553-578.
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Graafsma, T., Bohlmeijer, E., & de Jong, J. (2021). Positive emotions as a potential mediator of a multi-component positive psychology intervention aimed at increasing mental well-being and resilience. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 6, 1-21.
- Isfahani, P., Arefy, M., & Shamsaii, M. (2020). Prevalence of severe depression in Iranian women with breast cancer: A meta-analysis. *Depression Research and Treatment*, 2020, 5871402.
- Kato, T. (2016). Impact of psychological inflexibility on depressive symptoms and sleep difficulty in a Japanese sample. *Springer Plus*, 5, 712.
- Østergaard, T., Lundgren, T., Zettle, R. D., Landrø, N. I., Haaland, V. Ø. (2020). Psychological flexibility in depression relapse prevention: Processes of change and positive mental health in group-based ACT for residual symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11, 528.
- Santos, V., Peas, F., Pereira, V., Arias-Carrion, O., Silva, A. C., Carta, M. G., Nardi, A. E., & Machado, S. (2016). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: Systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 221-237.
- Steffen, A., Thom, J., Jacobi, F., Holstiege, J., Bätzing, J. (2020). Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *Journal of Affective Disorders*, 15(271), 239-247.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten years cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213-217.
- Yamaguchi, K., Ito, M., & Takebayashi, Y. (2018). Positive emotion in distress as a potentially effective emotion regulation strategy for depression: A preliminary investigation. *Psychology and Psychotherapy*, 91(4), 509-525.
- Agenor, C., Conner, N., & Aroian, K. (2017). Flourishing: An evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(11), 915-923.
- A-Tjak J. G. L., Morina N., Topper M., & Emmelkamp, P. M. G. (2018). A randomized controlled trial in routine clinical practice comparing acceptance and commitment therapy with cognitive behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 87, 154-163.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Carreno, D. F., Eisenbeck, N., Pérez-Escobar, J. A., & García-Montes, J. M. (2021). Inner harmony as an essential facet of well-being: A multinational study during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12, 648280.
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18, 211.
- Dinis, A., Carvalho, S., Gouveia, J. P., & Estante, C. (2015). Shame memories and depression symptoms: the role of cognitive fusion and experiential avoidance. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 15, 63-86.
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*, 3(9): e2019686.
- Gharraee, B., Zahedi Tajrishi, K., Sheybani, F., Tahmasbi, N., Mirzaee, M., Farahani, H., et al. (2019). Prevalence of major depressive disorder in the general population of Iran: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of Islamic Republic of Iran*, 33(1), 926-934.
- Ghorbani Amir, H. A., Moradi, O., Arefi, M., & Ahmadian, H. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive-emotional regulation, resilience, and self-control strategies in divorced women. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 6(4), 195-202.
- Guney, S. (2011). The Positive Psychotherapy Inventory (PPTI): Reliability and validity study in Turkish population. *Procedia-Social Behavioral Sciences*, 29, 81-86.
- Gutierrez-Rojas, L., Porrás-Segovia, A., Dunne, H., Andrade-Gonzalez, N., & Cervilla, J. A. (2020).