



Research Article

Effectiveness of Positive Affect Treatment on Positive and Negative Affects and Suicidality in Individuals with Major Depressive Disorder

Hadis Ebadat : M.A. in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
hadis.ebadat@gmail.com

Ali Mehrabi : Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
a.mehrabi@edu.ui.ac.ir

Mohammadbagher Kajbaf : Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of positive affect treatment on positive and negative affects and suicidality in individuals with major depressive disorder. The research was conducted using a quasi-experimental single-subject design with an A-B framework and a follow-up phase. The statistical population comprised all individuals with major depressive disorder who had sought private counseling and psychotherapy centers in Isfahan during the second and third seasons of 2025. Among them, three individuals were selected using purposive sampling. Positive affect treatment was delivered individually and face-to-face in 15 sessions of 50–60 minutes, twice a week. The research instruments included the Positive and Negative Affect Schedule and the Suicidal Ideation and Behavior Scale. Data were analyzed using visual analysis methods, effect size indices, and percentages of overlap and non-overlap. The findings indicated that positive affect treatment had a significant effect in reducing negative affect, increasing positive affect, and reducing suicidality in individuals with major depressive disorder. These results suggest that positive affect treatment can potentially be used as an effective intervention to improve the psychological condition of individuals with major depressive disorder. Furthermore, these findings may contribute to the development of therapeutic and supportive programs for this group of individuals.

Keywords: positive affects treatment, positive and negative affect, suicidality, major depressive disorder

Introduction

Major Depressive Disorder (MDD) is one of the most prevalent psychological disorders and is associated with symptoms such as reduced

energy, impaired concentration, and diminished personal and social functioning ([American Psychiatric Association, 2022](#)). Among affected individuals, reduced positive affect and increased negative affect may contribute to the persistence of depressive symptoms and

*. Corresponding author

increase the likelihood of suicidal thoughts and behaviors (Casuso et al., 2016; Kivelä et al., 2024). Therefore, strengthening the capacity to experience and maintain positive emotions may play a protective role against depression and suicidality (Gallagher et al., 2025).

Many conventional interventions for depression focus on reducing negative symptoms, modifying dysfunctional thoughts, and decreasing defensive responses. Despite the effectiveness of these treatments, their effects have been reported to be limited (Boumparis et al., 2016; Craske et al., 2016). Positive Affect Treatment is a novel intervention designed to activate the reward system, enhance motivation, and strengthen responsiveness to pleasurable experiences (Craske et al., 2016, 2019). Accordingly, the present study aimed to investigate the effects of this treatment on increasing positive affect and reducing negative affect and suicidality among individuals with major depressive disorder.

Method

The present study employed a quasi-experimental, single-case A-B design with a follow-up phase. The statistical population consisted of individuals with major depressive disorder who attended private counseling and psychotherapy centers in Isfahan during the second and third seasons of 2025. Three eligible individuals were selected through purposive sampling. The inclusion criteria were informed consent, an age range of 18 to 60 years, a minimum educational qualification of a high school diploma, a diagnosis of major depressive disorder, and the absence of chronic physical illness, severe cognitive impairment, other severe clinical disorders, or severe personality disorders. The diagnosis was made by a clinical psychologist and subsequently confirmed by a psychiatrist to ensure about the accuracy of the diagnosis and potential differential diagnoses. The study participants consisted of the following individuals: the first participant was a 21-year-old single woman with a bachelor's degree; the second was a 35-year-old married

woman with a master's degree; and the third was a 28-year-old single man with a master's degree. Clinical interviews revealed that, at the baseline stage, all three participants exhibited symptoms of major depressive disorder ranging from moderate to relatively severe. None of the participants were taking medication or undergoing other forms of counseling or psychotherapy during the study. However, the second participant had a history of brief, irregular consultations with a psychologist—limited to two or three sessions—which was discontinued four months prior to the study because the participant found them ineffective.

Data were collected using the Positive and Negative Affect Schedule and the Suicidal Ideation and Behavior Scale. After the baseline was established, Positive Affect Treatment was delivered to 15 individuals in face-to-face sessions, each lasting 50 to 60 minutes and held twice weekly. The treatment sessions, based on the protocol by Craske et al. (2022), included psychoeducation about the relationships among thoughts, behaviors, and emotions, scheduling pleasurable activities, savoring positive experiences, positive imagery, gratitude, kindness, and relapse prevention. During the treatment, participants were assessed after every two sessions. Following completion of the intervention, they were assessed at three follow-up time points. The data were examined using visual analysis, effect-size indices, and the percentages of overlapping and nonoverlapping data.

Results

The descriptive findings and indices of data analysis demonstrated changes in positive affect, negative affect, and suicidality across the baseline, intervention, and follow-up phases. Positive affect scores increased in all three participants following the implementation of Positive Affect Treatment. For Participant 1, the mean positive affect score increased from 12 at baseline to 34.71 during the intervention and 44 at follow-up. For Participant 2, the mean increased from 12.5 to 29.29, then to 44. For

Participant 3, the mean positive affect score increased from 19.5 at baseline to 26.57 during the intervention and 31.33 at follow-up. These results indicated that the improvement in positive affect was maintained or further strengthened during the follow-up phase.

In contrast, negative affect scores decreased in all three participants. For Participant 1, the mean negative affect score decreased from 44.5 at baseline to 28.14 during the intervention and 19 at follow-up. The corresponding values for Participant 2 were 27.5, 17.29, and 11.33, respectively, whereas those for Participant 3 were 38, 23.43, and 14. The continuation of this downward trend during the follow-up phase indicated the relative maintenance of the treatment effects.

Suicidality also decreased substantially in all three participants. For Participant 1, the mean score decreased from 7.5 at baseline to 2.57 during the intervention and 0.67 at follow-up. For Participant 2, the mean decreased from 11.5 to 2, then to 0.33. The score for Participant 3 decreased from 5.5 to 1.71 and then to 1. Thus, the clearest distinction between the baseline and intervention phases was observed for suicidality.

For positive affect, the percentages of nonoverlapping data for Participants 1, 2, and 3 were 100%, 85.71%, and 100%, respectively, and the corresponding effect sizes were 1.84, 1.41, and 1.48. For negative affect, the percentages of nonoverlapping data were 71.43%, 100%, and 85.71%, respectively, with corresponding effect sizes of 1.39, 1.51, and 1.37. For suicidality, the percentage of nonoverlapping data was 100% for all three participants, and the effect sizes for Participants 1, 2, and 3 were 1.81, 1.96, and 1.83, respectively.

All obtained effect sizes exceeded 0.8 and were within the large range. In addition, the high percentages of non-overlapping data indicated that most intervention-phase scores changed in the desired direction and were clearly distinguishable from the baseline scores. Overall, the findings suggested that Positive

Affect Treatment was associated with increased positive affect and reduced negative affect and suicidality among individuals with major depressive disorder, with these effects continuing through the follow-up phase.

Conclusion

The findings indicated that Positive Affect Treatment may increase positive affect and reduce negative affect and suicidality among individuals with major depressive disorder. The increase in positive affect may be attributable to behavioral activation, engagement in pleasurable and meaningful activities, and enhanced attention to positive experiences. Exercises such as savoring the moment, recording small achievements, and using positive imagery may also have increased reward sensitivity and motivation to continue engaging in positive activities.

The reduction in negative affect may have resulted from redirecting attention from negative aspects of experience toward more constructive dimensions, modifying maladaptive cognitive patterns, and improving emotion regulation. Moreover, positive activities, social interactions, and exercises involving gratitude and benevolence may strengthen individuals' sense of belonging, perceived social support, and personal worth.

The reduction in suicidality may also be explained by increased hope, life satisfaction, perceived control, self-efficacy, and access to meaningful experiences. Focusing on personal strengths, valued relationships, and the possibility of positive future events may reduce thoughts of hopelessness, helplessness, and worthlessness. The maintenance of these changes during the follow-up phase suggested that the skills acquired during treatment continued to be applied after the intervention had ended.

Nevertheless, the small number of participants, nonrandom sampling, short follow-up period, and limited cultural adaptation of the treatment protocol restrict the generalizability of the findings. Therefore, controlled studies with

larger samples and longer follow-up periods are needed. Overall, Positive Affect Treatment may represent an effective intervention for improving the psychological well-being of individuals with major depressive disorder.

Ethical Consideration

Compliance with Ethical Guidelines: All ethical considerations were observed, including ensuring the confidentiality of participants' identities and obtaining informed consent from all participants.

Authors' Contributions: All authors contributed to the study. The first author was responsible for the practical execution of the study—ranging from

sampling and intervention delivery to data collection and drafting the initial manuscript. The second author provided clinical supervision for all intervention sessions and collaborated extensively on writing the full text of the article, while the third author contributed significantly to editing the text and making revisions.

Conflict of Interest: The authors declared no conflict of interest.

Funding: The authors did not receive any financial support for this study.

Acknowledgment: We would like to express our sincere gratitude to all participants for their cooperation and continued participation throughout the study.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی و خودکشی‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی^۱

حدیث عبادت^{۱*}: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان،

ایران

hadis.ebadat@gmail.com

علی محرابی^{۲*}: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

a.mehrabi@edu.ui.ac.ir

محمدباقر کجباف^۳: استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی و خودکشی‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. روش پژوهش شبه‌تجربی از نوع مورد-منفرد با طرح A-B و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که به مراکز مشاوره و روان‌درمانی خصوصی شهر اصفهان در دو فصل اول سال ۱۴۰۴ مراجعه کرده بودند. از میان آنها، ۳ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس عاطفه مثبت و منفی و مقیاس افکار و رفتار خودکشی بود. برنامه درمان عاطفه مثبت به صورت انفرادی و چهره‌به‌چهره، طی ۱۵ جلسه ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل دیداری، شاخص‌های اندازه اثر، درصد هم‌پوشی و ناهم‌پوشی تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد درمان عاطفه مثبت تأثیری معنادار بر کاهش عواطف منفی، افزایش عواطف مثبت و کاهش خودکشی‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی داشته است. این نتایج نشان می‌دهد درمان عاطفه مثبت احتمالاً می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان عاطفه مثبت، عواطف مثبت و منفی، خودکشی‌گرایی، اختلال افسردگی اساسی.

^۱ این مقاله از پژوهش پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول استخراج شده است.

* نویسنده مسئول:



مقدمه

یکی از اختلالات خلقی شایع و ناتوان‌کننده که افراد زیادی در طول زندگی درگیر آن می‌شوند، اختلال افسردگی اساسی^۱ است؛ به طوری که تقریباً ۲۸۰ میلیون نفر در جهان به این اختلال مبتلا هستند (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2024). عموماً افراد مبتلا به این اختلال تغییراتی را در اشتها و وزن، خواب، فعالیت روانی-حرکتی، سطح انرژی، تمرکز حواس، قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تجربه می‌کنند و ممکن است احساس بی‌ارزشی و گناه‌کاربودن داشته باشند (American Psychiatric Association, 2022). همچنین، افراد دارای این اختلال معمولاً بازگویی تصویری کمتری از ادبیات مربوط به تصویرسازی ذهنی و سوگیری‌های حافظه دارند (Holmes et al., 2016) و هیجان‌های مثبت اجتماعی کمتری را تجربه می‌کنند (Fredrickson, 2001). این اختلال می‌تواند با ایجاد سبک زندگی ناسالم و اختلالات پاتوفیزیولوژیک در سیستم عصبی خودکار و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق‌کلیه^۲، اختلالات متابولیک و اختلالات ایمنی-التهابی، بر سلامت جسمی (از جمله عملکرد قلب و عروق) تأثیر منفی بگذارد و عملکرد او را در حیطه‌های مختلف زندگی مختل کند (Penninx, 2017) و نحوه تجربه عواطف مثبت و منفی^۳ او را نیز تحت تأثیر قرار دهد (Casuso et al., 2016). عواطف مثبت و منفی به عنوان ابعاد روان‌زیست‌شناختی و موقعیتی تعریف می‌شوند که بازتابی از آمادگی برای فعالیت‌های مثبت و منفی و همچنین، میزان تجربه‌کردن رخداد‌های شاد یا

ناراحت‌کننده زندگی هستند (Watson et al., 1999). عاطفه مثبت دربرگیرنده طیفی وسیع از حالات خلقی مثبت مانند شادی، احساس شور و شوق، توانمندی، علاقه و اعتمادبه‌نفس است (Watson & Tellegen, 1985) و به گرایش به تجربه‌کردن احساسات خوشایند و داشتن انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کاری لذت‌بخش اشاره دارد؛ از این رو، تمرین‌هایی همچون تقویت سپاس‌گزاری، خیراندیشی و تمرین عشق و مهربانی می‌توانند در گسترش دامنه عواطف مثبت مؤثر باشند (Sin & Lyubomirsky, 2009). عاطفه منفی نیز یک بُعد عمومی از ناراحتی ذهنی و درگیری در امور ناخوشایند متشکل از انواع حالات خلقی ناخوشایند مانند خشم، نفرت، ترس، تحقیر و گناه است (Watson et al., 1988). عاطفه منفی با حالات خلقی اجتنابی مانند غم، خشم، نفرت، حقارت و احساس گناه به وجود می‌آید و دارای بُعدی از ناامیدی درونی و عدم اشتغال به کاری لذت‌بخش است (Casuso et al., 2016). این دو بُعد هیجانی با بسیاری از اختلالات روانی از جمله افسردگی ارتباط دارند و با خارج‌شدن از حالت تعادل، می‌توانند علائم افسردگی را شدت ببخشند (Leue & Lange, 2011) و احتمال خودکشی‌گرایی را در این افراد افزایش دهند.

افزون بر این موارد، خودکشی‌گرایی نیز یکی از دیگر مفاهیم مرتبط با حوزه افسردگی است. خودکشی می‌تواند به عنوان یکی از بدترین پیامدهای اختلال افسردگی اساسی رخ دهد؛ به طوری که همبستگی زیادی میان این اختلال با افکار خودکشی، برنامه‌ریزی و اقدام به آن مشاهده می‌شود و خطر مرگ ناشی از خودکشی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نسبت به افراد بدون این اختلال تقریباً ۲۰ برابر است (Cai et al., 2021). علاوه

¹ Major Depressive Disorder (MDD)

² Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA)

³ positive and negative affect

بر این، بیش از نیمی از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی دارای افکار خودکشی هستند که ارتباطی مستقیم با شدت افسردگی دارد (Wiebenga et al., 2021). همچنین، افکار خودکشی با عاطفه منفی و ناامیدی ارتباط مثبت و با عاطفه مثبت و خوش‌بینی ارتباط منفی دارد و برخی از افراد مبتلا به این اختلال کاهش عاطفه مثبت را پیش از شروع افکار خودکشی تجربه می‌کنند (Kivelä et al., 2024).

حال، با توجه به تأثیراتی که اختلال افسردگی اساسی بر عواطف افراد برجای می‌گذارد و با در نظر داشتن ارتباط میان افکار خودکشی با افسردگی و عواطف مثبت و منفی، به نظر می‌رسد کاربست مداخله‌ای با هدف بهبود این موارد از اهمیت و ضرورت برخوردار باشد. با وجود اقدامات درمانی مؤثر دارویی و روان‌درمانی، متخصصان سلامت روان به طور دائم با موقعیت‌هایی چالش‌برانگیز در مدیریت اختلال افسردگی اساسی روبه‌رو می‌شوند؛ زیرا بیماران مبتلا به افسردگی، برخلاف درمان‌گران، معمولاً بیش از کاهش علائم منفی بر بازگردانی خلق مثبت به عنوان هدف اولیه درمانی خود تمرکز دارند (Demyttenaere et al., 2015). این در حالی است که درمان‌هایی که برای رسیدگی به خلق مثبت وجود دارند، کافی نیستند (Craske et al., 2024). علاوه بر این، درمان‌های دارویی استاندارد نیز دارای اثراتی متفاوت هستند که ممکن است موجب بدتر شدن هیجانات مثبت یا پاسخ‌ها به محرک‌های پاداش شوند (McCabe et al., 2010). روان‌درمانی مبتنی بر شواهد نیز که عمدتاً شامل درمان شناختی-رفتاری^۱ و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ است، تأثیراتی محدود بر عاطفه مثبت داشته است (Boumparis et al., 2016). حتی درمان فعال‌سازی

رفتاری^۳ که با هدف افزایش عاطفه مثبت از طریق تقویت‌های مثبت پاسخ شرطی اجرا می‌شود، تأثیراتی محدود بر عاطفه مثبت داشته است (Moore et al., 2013). در نهایت، بیشتر درمان‌ها تا به امروز تقریباً به طور انحصاری بر کاهش ظرفیت منفی مرتبط با سیستم دفاعی^۴ به جای رسیدگی به کاستی‌ها در سیستم پاداش^۵ متمرکز شده‌اند (Craske et al., 2016). این در صورتی است که تقویت عاطفه مثبت می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر شدت علائم افسردگی عمل کند (Gallagher et al., 2025).

بنابراین، حل چالش‌های مربوط به اختلال افسردگی اساسی نیازمند درمانی است که به طور خاص نقص در سیستم پاداش را هدف قرار بدهد و بر عواطف مثبت نیز متمرکز باشد. با توجه به موارد یادشده، درمان عاطفه مثبت^۶ که مبتنی بر رویکرد روان‌درمانی مثبت‌نگر است، به طور خاص برای رسیدگی به کمبودها یا بی‌نظمی در پاسخ‌دهی به پاداش طراحی شده است و انگیزه برای دستیابی به پاداش، پاسخ اولیه به آن و یادگیری فعالیت پاداش‌دهنده را هدف قرار می‌دهد (Craske et al., 2016), (2019).

در این روش درمانی، دو دسته از راهبردهای رفتاری و شناختی استفاده می‌شوند. مرحله فعال‌سازی رفتاری با هدف افزایش توان مراجع برای مزه‌کردن لحظه‌های^۷ تجربیات مثبت خویش، به صورت اینجا و اکنون، اجرا می‌شود. این تمرین رفتاری از طریق اختصاصی‌سازی حافظه با تجسم فعالیت‌های معین و توجه به تمامی جزئیات موقعیتی، بدنی،

³ Behavioral Activation Therapy

⁴ defensive system

⁵ reward system

⁶ Positive Affect Treatment (PAT)

⁷ savoring the moment

¹ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

² Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

پاداش و پردازش هیجانات منفی همراه باشد (Sander & Nummenmaa, 2021).

تاکنون، پژوهش‌هایی متعدد در ایران و خارج از کشور اثربخشی رویکردهای مثبت در روان‌درمانی بر بهبود نشانه‌های افسردگی را بررسی کرده‌اند؛ از جمله، یافته‌های پژوهش خانجانی (۱۳۹۶) نشان داد روان‌درمانی مثبت‌نگر بر عواطف مثبت در دانشجویان مؤثر بوده و موجب افزایش میزان رضایت از زندگی و خوش‌بینی آنان شده است. علاوه بر این، در پژوهشی دیگر، خانجانی و رضایی (۱۳۹۵) نشان دادند برنامه‌ی روان‌درمانی مثبت‌نگر به طرز معنادار موجب بهبود عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم شده است. زینال و همکاران در یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی، اثربخشی مداخله دیجیتال عاطفه مثبت را در کاهش علائم افسردگی و بهبود تنظیم هیجان نشان دادند (Zainal et al., 2025). مکرینیکولا و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند مداخله مهارت‌های افزایش مثبت‌اندیشی با هدف قرار دادن عاطفه مثبت به عنوان مکانیسم فراتشخیصی، به کاهش افسردگی منجر می‌شود (Macrynika et al., 2025). دیاز-گارسیا و همکاران نیز در پژوهش خود از یک پروتکل مبتنی بر اینترنت فراتشخیصی برای اختلالات هیجانی استفاده کردند که شامل اجزایی برای تنظیم عاطفه مثبت و منفی بود. یافته‌های پژوهش آنان نشان داد این درمان در اختلالات هیجانی مؤثر بوده است (Díaz-García et al., 2021). کراسک و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان با عاطفه مثبت در مقایسه با درمان با عاطفه منفی نتایجی بهتر در عاطفه مثبت، افسردگی، اضطراب، استرس و افکار خودکشی داشت (Craske et al., 2019).

فکری و هیجانی از دیدگاه اول شخص و متمرکز بر زمان حال عمل می‌کند. مرحله شناختی نیز برای ارتقای توجه به محرک‌های مثبت و پرورش هیجان‌های خوشایند از طریق تمرین‌های تقویت‌کننده احساس خیراندیشی^۱، سپاس‌گزاری^۲، سخاوتمندی^۳ و عشق و مهربانی^۴ به کار می‌رود. این تمرین‌ها با تمرکز بر شناسایی جنبه‌های مثبت زندگی، دستاوردها، توانمندی‌های فردی و روابط ارزشمند، می‌توانند به اصلاح الگوهای شناختی منفی و کاهش افکار تهدیدآمیز درباره خود و آینده کمک کنند و زمینه شکل‌گیری ارزیابی‌های واقع‌بینانه‌تر و امیدوارانه‌تر را فراهم آورند (Craske et al., 2024). در درمان عاطفه مثبت، فرض بر این است که با ایجاد ظرفیت برای پاداش، نه فقط تجربیات پاداش‌دهنده با شدت بیشتری احساس خواهند شد، بلکه تجربیات منفی درونی یا بیرونی نیز کمتر غلبه خواهند کرد. همچنین، ایجاد ظرفیت برای مثبت‌اندیشی، افراد را قادر می‌کند تا بهتر بتوانند تجربیات منفی زندگی را مدیریت کنند (Craske et al., 2022). در این راستا، سچول و همکاران در یک مطالعه کیفی نشان دادند مراجعان از تأکید بر عواطف مثبت در درمان استقبال می‌کنند و آن را در بهبود ارتباطات اجتماعی و سلامت روان مؤثر می‌دانند (Satchwell et al., 2025). از سوی دیگر، تداوم این تمرین‌ها می‌تواند از طریق تقویت الگوهای شناختی و رفتاری سازگار، ظرفیت فرد برای توجه و تجربه هیجان‌های مثبت را افزایش دهد (Moskowitz et al., 2021). همچنین، یافته‌های عصب‌روان‌شناختی بیانگر آن است که تغییر در عواطف مثبت ممکن است با تعدیل فعالیت سامانه‌های عصبی مرتبط با

^۱ appreciative joy

^۲ gratitude

^۳ generosity

^۴ loving-kindness

در نهایت، با توجه به پیامدهای افسردگی اساسی بر زندگی افراد و ارتباط آن با مفاهیمی همچون عواطف مثبت و منفی و خودکشی‌گرایی، به نظر می‌رسد کاربست رویکردی نو همچون درمان عاطفه مثبت که برخلاف سایر رویکردهای روان‌درمانی، بر بهبود و ارتقای عواطف مثبت در افراد با اختلال افسردگی اساسی متمرکز است، می‌تواند سودمند باشد. این در حالی است که تاکنون فقط پژوهش‌هایی محدود تأثیرات درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی را بررسی کرده‌اند و آنها هم عمدتاً توسط خود نویسندگان کتاب این پروتکل درمانی انجام شده‌اند و تأثیر آن بر خودکشی‌گرایی نیز ارزیابی نشده است. از این رو، به منظور جبران کاستی پژوهشی موجود در این زمینه، به ویژه در ایران، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این پرسش انجام شد که آیا درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی و خودکشی‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثربخش است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش با طرح شبه‌تجربی مورد-منفرد^۱ از نوع A-B و مرحله پیگیری اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی خصوصی شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۴ بود. در برخی از منابع روش شناختی مانند کزدین، توصیه شده است به منظور حفظ توجیه اقتصادی اجرای پژوهش‌ها، اثربخشی برنامه‌های مداخلاتی ابتدا به صورت مورد-منفرد بررسی شود و سپس، در صورت تأیید اولیه اثربخشی آن، در طرح‌های

پژوهشی بزرگ‌تر به روش تحلیل گروهی نیز بیشتر بررسی شوند (Kazdin, 2021). با توجه به اینکه اثربخشی درمان عاطفه مثبت تاکنون در جامعه ایران بررسی نشده است و در مطالعات مورد-منفرد نیز حجم نمونه آماری سه‌نفره کفایت می‌کند، نمونه آماری این پژوهش نیز شامل سه نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره و درمانی خصوصی شهر اصفهان بود. نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت دوجایه انجام شد؛ به این صورت که ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس مراکز مدنظر انتخاب شدند و سپس، آزمودنی‌ها از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز منتخب به روش هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن تحصیلات دیپلم و بالاتر، ابتلا به اختلال افسردگی اساسی در زمان اجرای پژوهش، عدم ابتلا به هر گونه بیماری جسمانی مزمن و اختلال شناختی شدید که بر کیفیت حضور در جلسات تأثیر منفی بگذارد. همچنین، با وجود اینکه اختلال افسردگی اساسی معمولاً با برخی از اختلالات دیگر از جمله اختلالات اضطرابی، وسواسی و شخصیتی هم‌بودی دارد، به منظور کنترل متغیرها و سنجش دقیق اثربخشی مداخله، آزمودنی‌های پژوهش نباید اختلال بالینی قابل ملاحظه دیگری به‌جز اختلال افسردگی اساسی می‌داشتند. تشخیص این امر بر اساس مصاحبه بالینی کامل نیمه‌ساختاریافته توسط روان‌شناس بالینی دارای پروانه اشتغال معتبر از سازمان نظام روان‌شناسی انجام شد و در ادامه، صحت تشخیص اصلی و تشخیص‌های افتراقی مدنظر توسط یک نفر روان‌پزشک صاحب صلاحیت نیز بررسی و تأیید شد. ملاک‌های خروج از این پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل به

¹ single case experimental design

ادامه جلسات پژوهشی و غیبت بیش از دو جلسه در طول مداخله. آزمودنی‌های منتخب پژوهش شامل افراد زیر بودند: آزمودنی اول خانمی ۲۱ ساله، با تحصیلات کارشناسی و مجرد؛ آزمودنی دوم خانمی ۳۵ ساله، با تحصیلات کارشناسی‌ارشد و متأهل؛ و آزمودنی سوم آقای ۲۸ ساله، با تحصیلات کارشناسی‌ارشد و مجرد. علائم اختلال افسردگی اساسی هر سه شرکت‌کننده در مرحله خط پایه در محدوده متوسط تا نسبتاً شدید بر اساس مصاحبه بالینی بود. هیچ یک از این آزمودنی‌ها نیز در زمان اجرای پژوهش داروی خاصی مصرف نمی‌کردند و تحت مشاوره یا روان‌درمانی‌های دیگری نیز قرار نداشتند. البته، آزمودنی دوم سابقه مراجعه نامنظم کوتاه‌مدت (در حد ۲-۳ جلسه‌ای) به روان‌شناس داشت که ۴ ماه قبل از ورود به این پژوهش، آن جلسات معدود پراکنده را به دلیل احساس عدم سودمندی رها کرده بود. *ابزار سنجش: مقیاس عاطفه مثبت و منفی*^۱: این مقیاس خودسنجی توسط واتسون و همکاران ساخته شد که ۲۰ گویه دارد و برای اندازه‌گیری دو خرده‌مقیاس عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است (Watson et al., 1988). هر کدام از این دو خرده‌مقیاس ۱۰ گویه دارد که نمره‌گذاری آنها با طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) انجام می‌شود. در این ابزار، دامنه نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. در خرده‌مقیاس عاطفه مثبت، نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر عاطفه مثبت و در خرده‌مقیاس عاطفه منفی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر عاطفه منفی است. روایی این ابزار توسط طراحان آن تأیید شده است؛ به طوری که همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی با بعضی از ابزارهای سنجش اضطراب و افسردگی

زیاد گزارش شده است. همچنین، روایی ملاکی خرده‌مقیاس‌های عاطفه منفی و عاطفه مثبت با ابزارهایی مانند پرسشنامه افسردگی بک^۲ به ترتیب برابر ۰/۵۹ و ۰/۳۶ و با مقیاس اضطراب حالتی پرسشنامه اضطراب حالت-صفت^۳ به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۳۵ و معنادار گزارش شده است. پایایی آن نیز به روش بازآزمایی ۸ هفته‌ای در چارچوب‌های زمانی متفاوت برای عاطفه منفی ۰/۷۱ و برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ گزارش شده است (Watson et al., 1988). علاوه بر این، پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ و برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ گزارش شده است (Brown et al., 1998). در ایران نیز، *بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴)* در پژوهش خود روایی سازه این ابزار را بررسی کردند و نشان دادند این مقیاس دارای دو عامل عاطفه مثبت و عاطفه منفی است. همچنین، پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس عاطفه مثبت و خرده‌مقیاس عاطفه منفی برابر ۰/۸۷ به دست آوردند.

مقیاس افکار و رفتار خودکشی^۴: مقیاس افکار و رفتار خودکشی توسط تیزمن و همکاران بر اساس دستورالعمل‌های موجود برای بررسی افکار و رفتار خودکشی و با تأیید سیستم‌های طبقه‌بندی فعلی و تعاریف افکار و رفتار خودکشی طراحی شده است و فراوانی و شدت افکار خودکشی (منفعل-فعال)، قصد خودکشی، انگیزه‌های خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی و اقدام به خودکشی را ابتدا در ۴ هفته گذشته و سپس در طول زندگی بررسی می‌کند (Teismann et

² beck depression inventory

³ state-trait anxiety inventory

⁴ Suicidal Ideation and Behavior Scale (SIBS)

¹ Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

al., 2021). این مقیاس دارای ۹ گویه است؛ شش گویه نخست با طیف لیکرت شش درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۵ (چند بار در روز) نمره‌گذاری می‌شوند. گویه هفتم وقوع اقدام به خودکشی در چهار هفته گذشته و گویه هشتم سابقه اقدام به خودکشی در طول زندگی را به صورت بله/خیر بررسی می‌کنند و در گویه نهم، فرد تعداد دفعات اقدام به خودکشی را گزارش می‌کند. در شش گویه نخست، کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده فراوانی و شدت بیشتر افکار، قصد و برنامه‌ریزی مرتبط با خودکشی است. سازندگان این ابزار، ضمن تأیید روایی محتوای آن، پایایی این ابزار را در نمونه‌های بزرگسال بالینی و غیربالینی آلمانی، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی و برابر ۰/۹۲ محاسبه کردند. نسخه فارسی آن نیز توسط محرابی و همکاران تهیه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی شد. آنان ضمن تأیید روایی محتوایی این ابزار نشان دادند این پرسشنامه دارای همبستگی زیاد با علائم افسردگی، علائم استرس پس از سانحه، افکار و رفتار خودکشی^۱ است و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷۵ گزارش کردند (Mehrabi et al., 2023).

روش اجرا و تحلیل: پس از اخذ شناسه اخلاق توسط کمیته اخلاق^۲، برای اجرای پژوهش، ابتدا دو جلسه به ارزیابی اولیه میزان عواطف مثبت و منفی و شدت خودکشی‌گرایی با استفاده از ابزارهای پژوهش اختصاص داده شد. پس از مشخص شدن خط پایه برای هر سه آزمودنی، روند مداخله برای آنان آغاز شد. برنامه درمان

عاطفه مثبت به صورت انفرادی و چهره‌به‌چهره طی ۱۵ جلسه ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای و ۲ بار در هر هفته توسط نویسنده اول پژوهش (کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و روان‌درمانگر آموزش‌دیده در زمینه مداخلات پیشگیری از خودکشی)، در یکی از مراکز مشاوره و روان‌درمانی خصوصی شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۴ برگزار شد. البته، روان‌درمانگر تحت نظارت بالینی (سوپرویزن) کامل متخصص روان‌شناسی بالینی (نویسنده دوم مقاله) قرار داشت و تک‌تک جلسات درمانی خود با مراجعان را برای ایشان گزارش و راهنمایی بالینی لازم را دریافت می‌کرد و درباره اطمینان از پایبندی درمانگر به محتوای برنامه و اصول اخلاق حرفه‌ای اطمینان حاصل می‌شد. شرح جلسات برنامه درمان عاطفه مثبت که توسط کراسک و همکاران طراحی شده، در جدول ۱ به طور خلاصه بیان شده است (Craske et al., 2022). در طول اجرای مداخله، شرکت‌کنندگان هر هفته (هر دو جلسه یک بار)، با استفاده از مقیاس‌های یادشده ارزیابی می‌شدند تا روند اثربخشی جلسات مشخص شود. پس از اتمام مداخله نیز، شرکت‌کنندگان سه مرتبه دیگر در مرحله پیگیری ارزیابی می‌شدند؛ به این صورت که پیگیری اول و دوم طی دو هفته متوالی پس از پایان آخرین جلسه و پیگیری سوم یک ماه بعد از پیگیری دوم انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل دیداری، برآورد شاخص اندازه اثر، درصد هم‌پوشی داده‌ها و درصد ناهم‌پوشی داده‌ها استفاده شد تا تأثیر برنامه درمان عاطفه مثبت برای هر یک از شرکت‌کنندگان مشخص شود.

^۱ Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R)

^۲ کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان این پژوهش را با شناسه اخلاق IR.UI.REC.1403.123 تصویب کرد.

جدول ۱

ساختار و محتوای جلسات درمان عاطفه مثبت (اقتباس از *Craske et al., 2022*)

Table 1
The Structure and Content of Positive Affect Treatment Sessions (Adapted from [Craske et al., 2022](#))

جلسه	عنوان	محتوای جلسات	تکلیف
اول	آموزش روانی	ارزیابی تناسب درمان و زمان‌بندی درمان، آموزش روان‌شناختی درباره فقدان لذت و نگاه اجمالی به درمان، آشنایی با چرخه خلق، یعنی ارتباط متقابل افکار، رفتارها و حس‌های فیزیکی یا احساسات و تمرین آن، توضیح ماریچ بالارونده، ماریچ پایین‌رونده، آشنایی با انواع مختلف هیجان‌ها و اهمیت شناسایی و برجسب‌زدن به آنها، تعیین تکالیف جلسه	تمرین ۱: نوشتن چرخه خلق روزانه
دوم	اقداماتی برای داشتن احساس بهتر	آموزش و تمرین نظارت بر فعالیت‌های روزانه و خلق، آموزش درباره اهمیت انجام فعالیت‌های مثبت، نحوه افزایش فراوانی فعالیت‌های مثبت و چگونگی تجربه هیجان‌های مثبت قوی‌تر، اقداماتی برای داشتن احساس بهتر با استفاده از تمرین‌های فهرست‌کردن فعالیت‌های مثبت مرتبط با خوشایندی و تسلط و فعالیت‌های مثبت اختصاصی برای من، تعیین تکالیف جلسه	تمرین ۱: نوشتن فعالیت روزانه و ثبت خلق تمرین ۲: فهرست‌کردن فعالیت‌های مثبت مرتبط با خوشایندی و تسلط تمرین ۳: فهرست‌کردن فعالیت‌های مثبت من
سوم	اقداماتی برای داشتن احساس بهتر	برنامه‌ریزی اجرایی فعالیت مثبت من، تعیین تکالیف جلسه	تمرین: برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت‌های مثبت من
چهارم تا هفتم	اقداماتی برای داشتن احساس بهتر	برنامه‌ریزی اجرایی فعالیت مثبت من به همراه مهارت مزه‌کردن لحظه‌ها، تعیین تکالیف جلسه	تمرین ۱: برنامه‌ریزی و اجرای فعالیت مثبت من تمرین ۲: مزه‌کردن لحظه‌ها
هشتم	توجه به امر مثبت	آموزش درباره نقش توجه به امر مثبت، معرفی مهارت کشف جنبه‌های مثبت (دیدن نیمه پر لیوان) در تجربیات فرد، تعیین تکالیف جلسه	تمرین: دیدن نیمه پر لیوان
نهم	توجه به امر مثبت	به رسمیت شناختن نقش خود در ایجاد موارد مثبت قبلی، فعلی و آتی، تعیین تکالیف جلسه	تمرین: معترس‌سازی نقش خود
دهم	توجه به امر مثبت	معرفی و تمرین مهارت تصویرسازی مثبت، تعیین تکالیف جلسه	تمرین: تصویرسازی مثبت
یازدهم	ایجاد مثبت‌اندیشی	معرفی و اهمیت مهارت‌های مثبت‌اندیشی (عشق و مهربانی، سپاس‌گزاری، سخاوتمندی و خیراندیشی)، معرفی و تمرین مهارت عشق و مهربانی (تمرکز بر عشق ورزیدن به موجودات زنده، خود و جهان)، تعیین تکالیف جلسه	تمرین: عشق و مهربانی
دوازدهم	ایجاد مثبت‌اندیشی	معرفی و تمرین مهارت سپاس‌گزاری (شناخت و قدردانی از چیزهای مثبت، دیگران و جهان)، تعیین تکالیف جلسه	تمرین: سپاس‌گزاری
سیزدهم	ایجاد مثبت‌اندیشی	معرفی و تمرین مهارت سخاوتمندی (عمل بخشیدن چیزی به انتخاب خود بدون انتظار جبران نسبت به خود، دیگران و جهان)، تعیین تکالیف جلسه	تمرین: سخاوتمندی

جلسه	عنوان	محتوای جلسات	تکلیف
چهاردهم	ایجاد مثبت‌اندیشی	معرفی و تمرین مهارت خیراندیشی (تجربه هیجان‌های مثبت از موفقیت یا خوشبختی دیگران)، تعیین تکالیف جلسه	تمرین: خیراندیشی
پانزدهم	تداوم پیشرفت‌ها	شناسایی و بررسی دستاوردهای درمان، مرور اهداف بلندمدت و میزان دستیابی به آنها، بحث درباره موانع احتمالی و راه‌های غلبه بر آنها، چگونگی مدیریت زمان‌های پرخطر، لغزش و عود	-

یافته‌ها

کارشناسی ارشد و مجرد بودند. در ادامه، یافته‌های توصیفی درباره متغیرهای وابسته (عواطف مثبت و منفی و خودکشی‌گرایی)، به تفکیک افراد در مراحل مختلف سنجش ارائه شده است.

چنانچه در بخش روش پژوهش توضیح داده شد، آزمودنی‌های پژوهش شامل یک زن ۲۱ ساله با تحصیلات کارشناسی و مجرد، یک زن ۳۵ ساله با تحصیلات کارشناسی ارشد و متأهل و یک مرد ۲۸ ساله با تحصیلات

جدول ۲

یافته‌های توصیفی نمرات شرکت‌کنندگان در عواطف مثبت و منفی و خودکشی‌گرایی

Table 2

Descriptive Findings of Participants' Scores on Positive and Negative Affects and Suicidality

مقیاس	مرحله سنجش	خط پایه (A)		مرحله مداخله (B)		مرحله پیگیری (C)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عواطف مثبت	شرکت‌کننده ۱	۱۲	۴/۴۱	۳۴/۷۱	۷/۸۷	۴۴	۰/۰۰
	شرکت‌کننده ۲	۱۲/۵	۱۲/۲	۲۹/۲۹	۹/۶۳	۴۴	۰/۰۰
	شرکت‌کننده ۳	۱۹/۵	۱۲/۲	۲۶/۵۷	۳/۹۴	۳۱/۳۳	۱/۱۵
عواطف منفی	شرکت‌کننده ۱	۴۴/۵	۴/۹۵	۲۸/۱۴	۷/۵۲	۱۹	۳/۴۶
	شرکت‌کننده ۲	۲۷/۵	۲/۱۲	۱۷/۲۹	۴/۵۲	۱۱/۳۳	۰/۰۵۸
	شرکت‌کننده ۳	۳۸	۱/۴۱	۲۳/۴۳	۸/۰۶	۱۴	۰/۰۰
خودکشی‌گرایی	شرکت‌کننده ۱	۷/۵	۰/۷۱	۲/۵۷	۱/۷۶	۰/۶۷	۰/۴۷
	شرکت‌کننده ۲	۱۱/۵	۰/۷۱	۲	۱/۷۳	۰/۳۳	۰/۴۷
	شرکت‌کننده ۳	۵/۵	۰/۷۱	۱/۷۱	۱/۲۵	۱	۰/۰۰

همان‌طور که در **جدول ۲** مشاهده می‌شود، نمرات عواطف مثبت در هر شرکت‌کننده، در مرحله مداخله نسبت به مرحله پایه افزایش یافته است. این روند نشان از صعودی بودن روند تغییرات دارد. همچنین، نمرات بُعد

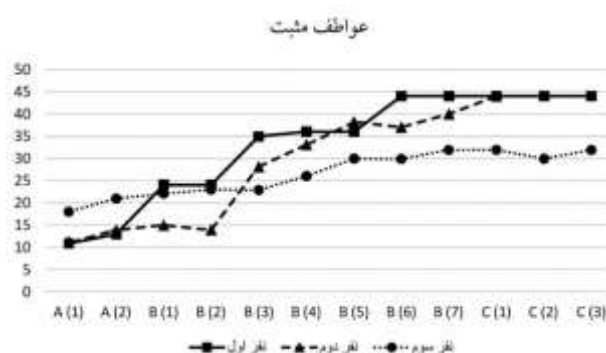
عواطف منفی و خودکشی‌گرایی در هر شرکت‌کننده، در مرحله مداخله نسبت به مرحله پایه کاهش یافته است. این روند نشانه نزولی بودن روند تغییرات در جهت مورد انتظار است. در ادامه، در **شکل ۱** و **شکل ۲**، نمودار

نمرات عواطف مثبت و منفی هر سه شرکت‌کننده در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری در طول روند اجرای برنامه درمان عاطفه مثبت ارائه شده است.

شکل ۱

عواطف مثبت در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

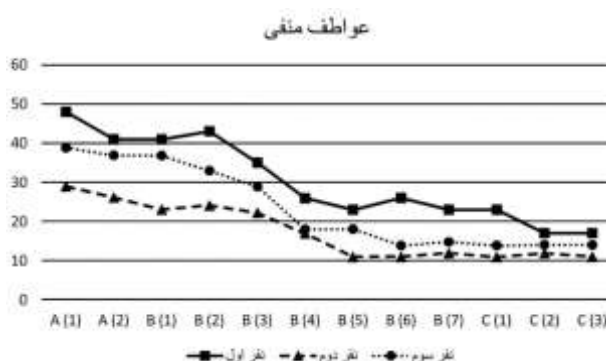
Figure 1
Positive Affects at Baseline, Intervention, and Follow-up Phases



شکل ۲

عواطف منفی در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

Figure 2
Negative Affects at Baseline, Intervention, and Follow-up Phases



ادامه، در شکل ۳، نمودار نمرات خودکشی‌گرایی هر سه شرکت‌کننده در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری در طول روند اجرای برنامه درمان عاطفه مثبت ارائه شده است.

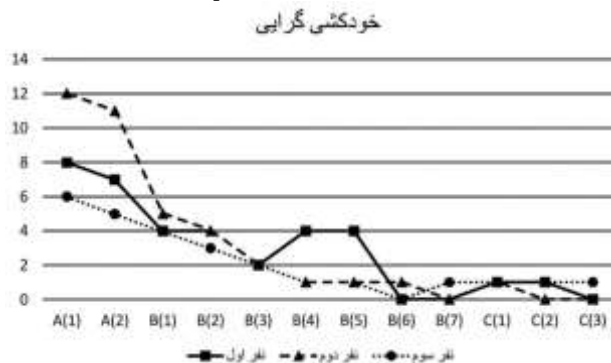
همان‌گونه که مشاهده شد، روند تغییرات نمرات عواطف مثبت افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پس از درمان عاطفه مثبت افزایش یافته است و روند تغییرات نمرات عواطف منفی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پس از درمان عاطفه مثبت کاهش یافته است.

شکل ۳

خودکشی گرایي در موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری

Figure 3

Suicidality at Baseline, Intervention, and Follow-up Phases



شاخص‌های سنجش میزان اثرگذاری برنامه درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی و خودکشی گرایي ارزیابی شده‌اند.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، روند تغییرات نمرات خودکشی گرایي افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی پس از درمان عاطفه مثبت کاهش یافته است. در ادامه، برای بررسی مقدار این تغییرات، در [جدول ۳](#)

جدول ۳

شاخص‌های سنجش میزان اثرگذاری برنامه درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی و خودکشی گرایي

Table 3

Indices for Measuring the Effectiveness of the Positive Affect Treatment Program on Positive and Negative Affects and Suicidality

متغیرها	شرکت کنندگان	درصد داده‌های هم‌پوش	درصد داده‌های ناهم‌پوش	اندازه اثر
عواطف مثبت	نفر اول	۰	۱۰۰	۱/۸۴
	نفر دوم	۱۴/۲۹	۸۵/۷۱	۱/۴۱
	نفر سوم	۰	۱۰۰	۱/۴۸
عواطف منفی	نفر اول	۲۸/۵۷	۷۱/۴۳	۱/۳۹
	نفر دوم	۰	۱۰۰	۱/۵۱
	نفر سوم	۱۴/۲۹	۸۵/۷۱	۱/۳۷
خودکشی گرایي	نفر اول	۰	۱۰۰	۱/۸۱
	نفر دوم	۰	۱۰۰	۱/۹۶
	نفر سوم	۰	۱۰۰	۱/۸۳

ناهم‌پوش برای بررسی میزان تغییر داده‌های مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه محاسبه شدند. در

همان‌طور که در [جدول ۳](#) مشاهده می‌شود، شاخص‌های درصد داده‌های هم‌پوش و درصد داده‌های

به ترتیب ۱/۸۱، ۱/۹۶ و ۱/۸۳ بود. با توجه به اینکه بر اساس ملاک کوهن، اندازه اثر ۰/۸۰ و بالاتر به عنوان اندازه اثر بزرگ در نظر گرفته می‌شود، اندازه اثر به‌دست‌آمده برای هر سه متغیر و در هر سه شرکت‌کننده در محدوده بزرگ قرار داشت (Cohen, 1988). در مجموع، نتایج حاصل از شاخص‌های هم‌پوشی، ناهم‌پوشی و اندازه اثر، از اثربخشی درمان عاطفه مثبت در افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی و خودکشی‌گرایی حمایت می‌کند.

بحث

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی و خودکشی‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد اجرای برنامه عاطفه مثبت موجب افزایش قابل ملاحظه عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در شرکت‌کنندگان شده است؛ به طوری که میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در طول مراحل مداخله و پیگیری نشان‌دهنده روند افزایشی عواطف مثبت و روند کاهشی عواطف منفی بود. حال، با توجه به این نتایج، می‌توان گفت درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثربخش بوده است. نتایج حاضر با یافته‌های پژوهش خانجانی (۱۳۹۶) و خانجانی و رضایی (۱۳۹۵) و همچنین، زینال و همکاران، مکرینیکولا و همکاران، دیاز-گارسیا و همکاران و کراسک و همکاران از آن نظر که مؤید تأثیر رویکردهای مثبت‌گرا در روان‌درمانی همچون درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی بوده‌اند، هم‌سو است (Díaz-Craske et al., 2019)؛

تفسیر شاخص درصد داده‌های ناهم‌پوشی، مقادیر ۹۰ درصد و بیشتر نشان‌دهنده اثربخشی بسیار زیاد، مقادیر ۷۰ تا ۸۹ درصد نشان‌دهنده اثربخشی، مقادیر ۵۰ تا ۶۹ درصد نشان‌دهنده اثربخشی مشکوک و مقادیر کمتر از ۵۰ درصد نشان‌دهنده اثربخشی اندک یا فقدان اثربخشی مداخله در نظر گرفته می‌شوند (Scruggs & Mastropieri, 1998).

در متغیر عواطف مثبت، میزان درصد داده‌های ناهم‌پوشی برای شرکت‌کنندگان اول تا سوم به ترتیب ۱۰۰، ۸۵/۷۱ و ۱۰۰ درصد و میزان درصد داده‌های هم‌پوشی به ترتیب صفر، ۱۴/۲۹ و صفر درصد بود. بر اساس معیار بالا، مداخله برای شرکت‌کنندگان اول و سوم دارای اثربخشی بسیار زیاد و برای شرکت‌کننده دوم اثربخش بود. در متغیر عواطف منفی نیز، میزان درصد داده‌های ناهم‌پوشی برای سه شرکت‌کننده به ترتیب ۷۱/۴۳، ۱۰۰ و ۸۵/۷۱ درصد و میزان درصد داده‌های هم‌پوشی به ترتیب ۲۸/۵۷، صفر و ۱۴/۲۹ درصد به دست آمد؛ بنابراین، مداخله برای شرکت‌کننده دوم دارای اثربخشی بسیار زیاد و برای شرکت‌کنندگان اول و سوم اثربخش بود. همچنین، در متغیر خودکشی‌گرایی، میزان درصد داده‌های ناهم‌پوشی برای هر سه شرکت‌کننده ۱۰۰ درصد و میزان درصد داده‌های هم‌پوشی صفر درصد بود که نشان‌دهنده اثربخشی بسیار زیاد مداخله در کاهش خودکشی‌گرایی است. به طور کلی، افزایش درصد داده‌های ناهم‌پوشی و کاهش درصد داده‌های هم‌پوشی نشان‌دهنده تمایز بیشتر داده‌های مرحله مداخله از مرحله خط پایه در جهت مورد انتظار درمانی است. همچنین، اندازه اثر برای شرکت‌کنندگان اول تا سوم در متغیر عواطف مثبت به ترتیب ۱/۸۴، ۱/۴۱ و ۱/۴۸، در عواطف منفی به ترتیب ۱/۳۹، ۱/۵۱ و ۱/۳۷ و در خودکشی‌گرایی

García et al., 2021; Macrynika et al., 2025; Zainal et al., 2025).

حال، در تبیین این یافته که درمان عاطفه مثبت موجب بهبود عواطف مثبت در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شده است، چنین می‌توان بیان کرد که این تغییرات ممکن است ناشی از تقویت تجربه‌های مثبت در زندگی روزمره، آموزش شناسایی و تمرکز بر رویدادهای لذت‌بخش و ایجاد بازخورد هیجانی مثبت باشند. به ویژه، تمرکز مداخله بر شناسایی و تقویت احساسات مثبت، ظرفیت فرد برای تجربه هیجان‌های لذت‌بخش را بهبود می‌دهد و انگیزه رفتاری را افزایش می‌بخشد. شواهد عصب‌روانشناختی نیز حاکی از آن است که افزایش عواطف مثبت با فعال‌سازی شبکه‌های مرتبط با پاداش و کاهش فعالیت شبکه‌های مرتبط با منفی‌نگری همراه است که این امر می‌تواند به توضیح تغییرات مشاهده‌شده کمک کند (Sander & Nummenmaa, 2021). افزون بر این، یکی دیگر از عوامل مؤثر در افزایش عواطف مثبت، آموزش تمرین‌های توجه معطوف به تجربه‌های مثبت است که شرکت‌کنندگان در طول جلسات فرامی‌گیرند. این تمرین‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با شناسایی و ثبت لحظات مثبت زندگی، آگاهی هیجانی خود را افزایش دهند و تجربه‌های لذت‌بخش را به طور عمیق‌تر تجربه کنند (Holmes et al., 2016). همچنین، این فرایند موجب می‌شود تا افراد از احساسات مثبت خود بیشتر آگاه شوند و آنها را تثبیت کنند که به نوبه خود، موجب افزایش دفعات تجربه هیجان‌های مثبت در طول روز می‌شود. در واقع، مداخله مبتنی بر عواطف مثبت با ایجاد حلقه بازخورد مثبت میان تجربه و آگاهی هیجانی، امکان شکل‌گیری عادات هیجانی پایدار را فراهم می‌کند.

تمرین‌های عملی نیز، شامل یادداشت‌برداری از احساسات مثبت، تشویق به بازشناسی موفقیت‌های کوچک و تمرین‌های مرتبط با تقویت روابط اجتماعی، نقشی مهم در افزایش عواطف مثبت ایفا می‌کنند. این فعالیت‌ها موجب می‌شوند تا شرکت‌کنندگان نه فقط به تجربه فردی هیجان‌ات مثبت دست یابند، بلکه احساس تعلق اجتماعی و ارتباط معنادار با دیگران را نیز تجربه کنند. همچنین، تقویت هیجان‌های مثبت اجتماعی می‌تواند بهبود روانی بلندمدت و کاهش علائم افسردگی را تسهیل کند (Fredrickson, 2001). به همین خاطر، به نظر می‌رسد ترکیب تجربه‌های فردی و اجتماعی مثبت در این مطالعه اثر هم‌افزایی ایجاد کرده است. همچنین، استفاده از تمرین‌های تقویت سپاس‌گزاری، خیراندیشی و تمرین عشق و مهربانی در جلسات پایانی، دامنه عواطف مثبت را گسترده‌تر می‌کند (Sin & Lyubomirsky, 2009). این تکنیک‌ها با ایجاد احساس رضایت، همدلی و بهبود کیفیت روابط بین‌فردی، منابع عاطفی مثبت شرکت‌کنندگان را افزایش می‌دهند و موجب می‌شوند تجربه‌های مثبت به طور مستمر در زندگی روزمره بازتولید شوند. در ضمن، تقویت منابع هیجانی مثبت، علاوه بر کاهش شدت نشانه‌های افسردگی، به ارتقای سلامت روان و توانمندسازی افراد برای مقابله با چالش‌های هیجانی کمک می‌کند. در نهایت، مرور دستاوردها و آموزش راهبردهای حفظ و استمرار تجربه‌های مثبت در جلسات پایانی موجب تثبیت اثرات درمانی می‌شود. در واقع، ارائه تکنیک‌های عملی برای مواجهه با زمان‌های پرخطر و مدیریت خلق منفی باعث می‌شود شرکت‌کنندگان بتوانند عادات‌های جدید هیجانی خود را حفظ کنند و اثرات مثبت درمان فراتر از دوره مداخله باقی بمانند. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت

درمان عاطفه مثبت با ایجاد تغییرات هم‌زمان در حوزه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی، زمینه‌ساز افزایش پایدار عواطف مثبت در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شده است.

همچنین، در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان عاطفه مثبت بر عواطف منفی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، چنین می‌توان بیان کرد که این روند کاهشی می‌تواند ناشی از مکانیسم‌های روان‌شناختی مانند فعال‌سازی رفتاری، افزایش تجربه و توجه به هیجان‌های مثبت و تمرین‌هایی باشد که فرد را قادر می‌کند واکنش‌های هیجانی منفی خود را تعدیل کند (Craske et al., 2019). همچنین، توجه به تجربه‌های مثبت و تمرین‌های مثبت‌اندیشی می‌تواند فعالیت شبکه‌های عصبی مرتبط با پاداش و کاهش واکنش‌های استرس‌زا را تقویت کند که خود عاملی مهم در کاهش عواطف منفی محسوب می‌شود. علاوه بر این موارد، به نظر می‌رسد یکی از عوامل کلیدی در کاهش عواطف منفی، تمرین‌های هدفمند بازنشانی و ثبت هیجان‌ات مثبت است که شرکت‌کنندگان در طول جلسات درمان عاطفه مثبت انجام می‌دهند. این تمرین‌ها با ایجاد تمرکز بر جنبه‌های مثبت زندگی، قادر هستند توجه فرد را از تجربیات منفی دور و جایگاه عواطف منفی را در ذهن کم‌رنگ‌تر کنند (Fredrickson, 2001). همچنین، آموزش توجه به محرک‌های مثبت و پرورش هیجان‌های مثبت توانایی شرکت‌کنندگان را در تنظیم واکنش‌های احساسی افزایش می‌دهد و باعث می‌شود اثرات منفی افکار مزاحم و نوسانات خلقی کاهش یابند. این فرایند نشان می‌دهد درمان عاطفه مثبت با ترکیب تکنیک‌های شناختی و هیجانی، امکان تعدیل پایدار عواطف منفی را فراهم می‌کند. تمرین‌های عملی نیز شامل شناسایی و ارزیابی موقعیت‌های

تحریک‌کننده هیجان‌ات مختلف و توجه به واکنش‌های هیجانی مثبت، نقشی مهم در کاهش عواطف منفی دارند. این فعالیت‌ها شرکت‌کنندگان را یاری می‌دهند تا الگوهای رفتاری و شناختی نامطلوب خود را شناسایی و اصلاح کنند و به جای آنها، تجربه‌های مثبت را تقویت کنند. علاوه بر این، تمرین‌های اجتماعی و تعامل مثبت با دیگران موجب شدند تا تجربه‌های منفی کاهش یابند و احساس حمایت اجتماعی و تعلق فردی افزایش یابد. بنابراین، ترکیب تجربه‌های شناختی، رفتاری و اجتماعی مثبت عاملی مؤثر در کاهش عواطف منفی به شمار می‌رود. در کنار این موارد، استفاده از تکنیک‌های توجه آگاهانه نیز موجب می‌شود تا شرکت‌کنندگان بتوانند احساسات منفی خود را بدون واکنش فوری تجربه و آنها را مدیریت کنند. این تکنیک‌ها موجب افزایش کنترل هیجانی، کاهش رنج ناشی از احساسات منفی و تثبیت توانایی تنظیم خلق در طول زمان می‌شوند. همچنین، ترکیب تمرین‌های توجه به امور مثبت با تمرین‌های سپاس‌گزاری و مهربانی، به ایجاد تعادل هیجانی کمک و اثرات مداخله درمانی را پایدار می‌کند. همچنین، مرور و تثبیت راهبردهای مقابله با عواطف منفی در جلسات پایانی موجب می‌شود تا اثرات کاهش هیجان‌ات منفی در طول زمان حفظ شوند و شرکت‌کنندگان بتوانند این مهارت‌ها را در زندگی روزمره به کار گیرند. آموزش تکنیک‌های پیشگیری از بازگشت عواطف منفی و مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا ظرفیت شرکت‌کنندگان را برای مواجهه با شرایط دشوار ارتقا می‌بخشد و به افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان آنها کمک کرد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت درمان عاطفه مثبت با کاهش پایدار عواطف منفی، نقشی مؤثر در بهبود علائم افسردگی و ارتقای سلامت روان افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ایفا می‌کند.

افزون بر این، بخشی دیگر از یافته‌های مطالعه نشان داد اجرای برنامه عاطفه مثبت موجب کاهش قابل ملاحظه خودکشی‌گرایی در شرکت‌کنندگان شده است؛ به طوری که میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در طول مراحل مداخله و پیگیری نشان‌دهنده روند کاهشی خودکشی‌گرایی بود. حال، با توجه به این نتایج، می‌توان گفت درمان عاطفه مثبت بر خودکشی‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثربخش بوده است. نتایج حاضر با یافته‌های پژوهش مکرینیکولا و همکاران و کراسک و همکاران از آن نظر که مؤید تأثیر رویکردهای مثبت‌گرا در روان‌درمانی همچون درمان عاطفه مثبت بر خودکشی‌گرایی بوده‌اند، هم‌سو است (Macrynika et al., 2025Craske et al., 2019).

در تبیین این یافته، چنین می‌توان بیان کرد که به نظر می‌رسد اثرگذاری برنامه عمدتاً از طریق افزایش تجربه هیجان‌های مثبت و بهبود کیفیت زندگی روزمره افراد تحقق می‌یابد. تمرکز بر شناسایی لحظات خوشایند، قدردانی از تجربه‌های مثبت و ثبت موفقیت‌های کوچک، باعث می‌شود فرد توجه خود را از افکار منفی و خودآسیب‌رسان به جنبه‌های سازنده زندگی معطوف کند. وقتی فرد بتواند هیجانات مثبت را بیشتر تجربه کند، چرخه افکار مخرب و خودانتقادی مختل می‌شود و فرصت برای بازسازی الگوهای فکری سالم فراهم می‌آید. این تغییرات هیجانی باعث تقویت حس ارزشمندی، امنیت روانی و امید به آینده می‌شوند. همچنین، تجربه هیجانات مثبت به مرور به افزایش رضایت از زندگی منجر می‌شود که خود عاملی محافظتی در برابر افکار و تمایلات خودکشی است و انگیزه برای ادامه زندگی در فرد را تقویت می‌کند. از نظر شناختی نیز، برنامه درمان عاطفه مثبت توانسته است الگوهای فکری منفی مرتبط با خودکشی را کاهش و توانایی فرد در بازنگری این افکار را افزایش دهد. تمرین شناسایی

جنبه‌های مثبت زندگی، موفقیت‌ها، توانمندی‌ها و روابط معنادار باعث می‌شود فرد افکار تهدیدآمیز و مخرب نسبت به خود و آینده را شناسایی و آنها را با افکار واقع‌بینانه و امیدوارانه جایگزین کند (Craske et al., 2024). این بازسازی شناختی به کاهش احساس درماندگی، بی‌ارزشی و ناامیدی منجر می‌شود و در نتیجه، فرد می‌تواند تهدیدهای روانی را با چشم‌اندازی منطقی‌تر ببیند و تصمیم‌گیری‌های بهتری در مواجهه با بحران‌ها داشته باشد. یکی دیگر از عوامل کلیدی در تبیین این یافته تقویت توانایی مدیریت هیجانات منفی است. تمرین‌های عاطفه مثبت به افراد می‌آموزد چگونه در مواجهه با فشارها، تنش‌های روانی و افکار خودآسیب‌رسان، واکنش‌های سازنده نشان دهند و از واکنش‌های ناسازگار پرهیز کنند. این مهارت‌ها باعث افزایش حس کنترل شخصی، کاهش اضطراب و درماندگی و بهبود سازگاری روانی می‌شوند. هنگامی که فرد بتواند هیجانات منفی را به شکلی مؤثر مدیریت کند و راهبردهای مقابله‌ای مناسب داشته باشد، احتمال بروز افکار و رفتارهای خودکشی به میزانی قابل ملاحظه کاهش می‌یابد. این مهارت‌ها علاوه بر اثر فوری، در طول زمان نیز باعث تثبیت سلامت روانی و کاهش تمایل به خودکشی می‌شوند. افزون بر این، تجربه هیجانات مثبت منابع انگیزشی درونی فرد را فعال و او را به انجام فعالیت‌های معنادار، هدفمند و سازنده تشویق می‌کند. مشارکت در این فعالیت‌ها باعث افزایش حس خودکفایی، کارآمدی شخصی و اعتمادبه‌نفس می‌شود، از افت روحیه و انزوای اجتماعی جلوگیری و فرد را از نظر رفتاری فعال می‌کند. این فعال‌سازی رفتاری که نقشی مهم در کاهش نشانه‌های افسردگی دارد، به شکل‌گیری موفقیت‌های کوچک و تجربه لحظات مثبت منجر می‌شود که همچون چرخه خودتقویت‌کننده عمل می‌کند و با ارتقای حس کنترل و توانمندی، افکار و تمایلات خودکشی را

کاهش می‌دهد. ایجاد تدریجی این تغییرات انگیزشی باعث می‌شود فرد برای بهبود مستمر روان خود و حفظ سلامتی تلاش بیشتری داشته باشد. پایداری اثرات برنامه در مرحله پیگیری نیز نشان می‌دهد تغییرات ایجادشده در هیجانات و شناخت فرد پایدار هستند. تمرین‌های مستمر در درمان عاطفه مثبت باعث می‌شوند فرد الگوهای فکری و رفتاری سالم را تقویت کند و نسبت به تجربه هیجانات مثبت حساس‌تر شود (Moskowitz et al., 2021). این ثبات در تغییرات روانی نشان‌دهنده توانایی برنامه در ایجاد اثرات بلندمدت و پایدار بر کاهش خودکشی‌گرایی است و امکان حفظ سلامت روان در مواجهه با چالش‌ها و بحران‌های آینده را فراهم می‌کند. همچنین، داشتن تجربه موفق در به‌کارگیری مهارت‌های برنامه باعث تقویت اعتمادبه‌نفس فرد می‌شود و انگیزه او برای ادامه مسیر حفظ سلامت روان افزایش می‌یابد. مجموع این عوامل باعث می‌شوند درمان عاطفه مثبت به عنوان برنامه‌ای مؤثر در کاهش خودکشی‌گرایی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شناخته و به عنوان یک رویکرد جامع و اثرگذار برای کاهش افکار و رفتارهای خودکشی‌گرایانه استفاده شود.

از آنجا که هر پژوهشی با مجموعه‌ای از محدودیت‌ها روبه‌رو است، در مسیر پیشبرد این پژوهش نیز محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، ضعف قابلیت تعمیم‌دهی یافته‌ها به علت نمونه‌گیری غیرتصادفی و اندک بودن تعداد مشارکت‌کنندگان در پژوهش‌های مورد-منفرد، بومی‌سازی‌نشده عمیق این درمان و تأثیر بالقوه متغیرهای فرهنگی، عدم تمرکز بر یک جنسیت خاص و تفکیک نتایج آنها و کوتاه‌بودن زمان پیگیری بود. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، برای تقویت قابلیت تعمیم‌دهی، از روش نمونه‌گیری تصادفی، افزایش تعداد آزمودنی‌ها و روش‌های پژوهشی

تجربی بین‌گروهی مانند روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بهره گرفته شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با رویکرد کیفی و بررسی تجربه زیسته شرکت‌کنندگان، نقش عوامل فرهنگی در اثربخشی این درمان را واکاوی کنند تا پایه‌ای برای بومی‌سازی دقیق‌تر آن فراهم شود. علاوه بر این، در پژوهش‌های آینده، تفکیک جنسیت زن و مرد و مقایسه نتایج آنها و طراحی دوره‌های پیگیری بلندمدت‌تر برای ارزیابی ماندگاری و پایداری اثرات درمانی انجام شود. همچنین، با عنایت به اثرات مثبتی که درمان عاطفه مثبت بر عواطف مثبت و منفی و خودکشی‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی برجای گذاشت، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و مشاوران فعال در مراکز سلامت روان از این برنامه‌درمانی در بهبود نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی بهره گیرند یا به آموزش اصول برنامه عاطفه مثبت در بستر شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های جمعی اهتمام ورزند. همچنین، فعالان حوزه سلامت روان که ضمن داشتن مجوز فعالیت، در فرهنگسراهای مناطق شهری مشغول ارائه خدمات روان‌شناختی به عموم جامعه هستند، اصول و تکنیک‌های این برنامه را به افراد آموزش دهند.

سپاس‌گزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان که در پژوهش شرکت کردند، سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

بخشی‌پور، ع.، و دژکام، م. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *روانشناسی*، ۹(۴)، ۳۵۱-

<https://www.magiran.com/p322929>.۳۶۵

- schedule for children (PANAS-C) in Peru. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 50(2), 170-185.
<https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v50i2.67>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Craske, M. G., Dunn, B. D., Meuret, A. E., Rizvi, S. J., & Taylor, C. T. (2024). Positive affect and reward processing in the treatment of depression, anxiety and trauma. *Nature Reviews Psychology*, 3, 665-685. <https://doi.org/10.1038/s44159-024-00355-4>
- Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., Treanor, M., & Dour, H. J. (2016). Treatment for anhedonia: A neuroscience-driven approach. *Depression and Anxiety*, 33, 927-938.
<https://doi.org/10.1002/da.22490>
- Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., Treanor, M., Dour, H., & Rosenfield, D. (2019). Positive affect treatment for depression and anxiety: A randomized clinical trial for a core feature of anhedonia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(5), 457-471.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000396>
- Craske, M. G., Dour, H., Treanor, M., & Meuret, A. E. (2022). *Positive affect treatment for depression and anxiety: Therapist guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780197548523.001.0001>
- Demyttenaere, K., Donneau, A. F., Albert, A., Ansseau, M., Constant, E., & Van Heeringen, K. (2015). What is important in being cured from depression? Discordance between physicians and patients. *Journal of Affective Disorders*, 174, 390-396.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.004>
- Díaz-García, A., González-Robles, A., García-Palacios, A., Fernández-Álvarez, J., Castilla, D., Bretón, J. M., ..., & Botella, C. (2021). Negative and positive affect regulation in a transdiagnostic internet-based protocol for emotional disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(2), e21335.
<https://doi.org/10.2196/21335>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- خانجانی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر رضایت از زندگی، خوش‌بینی و عواطف مثبت در دانشجویان. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۸(۲۷)، ۱۳۷-۱۵۹.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7911>
- خانجانی، م.، و رضائی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی، عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی مادران دارای کودک با اختلال اوتیسم. *توانمندسازی کودکان/استثنایی*، ۱۷(۱)، ۳۷-۵۲.
https://www.ceciranj.ir/article_63643.html

References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bakhshipour, A., & Dezhkam, M. (2006). A confirmatory factor analysis of the Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS). *Psychology*, 9(4), 351-365.
<https://www.magiran.com/p322929> [In Persian]
- Boumparis, N., Karyotaki, E., Kleiboer, A., Hofmann, S. G., & Cuijpers, P. (2016). The effect of psychotherapeutic interventions on positive and negative affect in depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 153-162.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.019>
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179-192.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.179>
- Cai, H., Xie, X. M., Zhang, Q., Sim, K., Zhang, L., & Xiang, Y. T. (2021). Prevalence of suicidality in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 690130.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.690130>
- Casuso, L., Gargurevich, R., Van den Noortgate, W., & Van den Bergh, O. (2016). Psychometric properties of the positive and negative affect

- Journal of Psychotherapy*. Advance Online Publication.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2024.0065>
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2010-03924-000>
- McCabe, C., Mishor, Z., Cowen, P. J., & Harmer, C. J. (2010). Diminished neural processing of aversive and rewarding stimuli during selective serotonin reuptake inhibitor treatment. *Biological Psychiatry*, 67(5), 439-445.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.11.001>
- Mehrabi, A., Naghavi, A., Afsharzada, M. E., Friedrich, S., Forkmann, T., Glaesmer, H., & Teismann, T. (2023). Validation of the Farsi version of the Suicide Ideation and Behavior Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1201193.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1201193>
- Moore, R. C., Chattillion, E. A., Ceglowski, J., Ho, J., von Känel, R., Mills, P. J., ..., & Mausbach, B. T. (2013). A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: Results of the Pleasant Events Program (PEP). *Behavior Research and Therapy*, 51, 623-632.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.07.005>
- Moskowitz, J. T., Cheung, E. O., Freedman, M., Fernando, C., Zhang, M. W., Huffman, J. C., & Addington, E. L. (2021). Measuring positive emotion outcomes in positive psychology interventions: A literature review. *Emotion Review*, 13(1), 60-73.
<https://doi.org/10.1177/1754073920950811>
- Penninx, B. W. (2017). Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 74, 277-286.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.003>
- Sander, D., & Nummenmaa, L. (2021). Reward and emotion: An affective neuroscience approach. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 39, 161-167.
<https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.03.016>
- Satchwell, M. K., Hoffman, S. N., Rassaby, M. M., Bowers, T. J., & Taylor, C. T. (2025). What do clients think about amplifying positivity? Client change perspectives following a cognitive and
- Gallagher, M. R., Collins, A. C., Lekkas, D., Nemesure, M. D., Griffin, T. Z., Price, G. D., ..., & Jacobson, N. C. (2025). Anhedonia in flux: Understanding the associations of emotion regulation and anxiety with anhedonia dynamics in a sample with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 372, 27-36.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.059>
- Holmes, E. A., Blackwell, S. E., Burnett Heyes, S., Renner, F., & Raes, F. (2016). Mental imagery in depression: Phenomenology, potential mechanisms, and treatment implications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 249-280.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-092925>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). *GBD results*. Retrieved March 11, 2024, from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
- Kazdin, A. E. (2021). *Research design in clinical psychology*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781108993647>
- Khanjani, M. (2017). Effectiveness of a positive psychotherapy on satisfaction with life, optimism and positive affect in university students. *Clinical Psychology Studies*, 8(27), 137-159.
<https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7911> [In Persian]
- Khanjani, M., & Rezai, S. (2016). Effectiveness of positive psychotherapy program on increasing psychological well-being, positive affect, and decreasing negative affect in mothers of children with autism. *Empowering Exceptional Children*, 7(1), 37-52.
https://www.ceciranj.ir/article_63643.html [In Persian]
- Kivelä, L. M., Fried, E. I., van der Does, W., & Antypa, N. (2024). Examining contemporaneous and temporal associations of real-time suicidal ideation using network analysis. *Psychological Medicine*, 54, 3357-3365.
<https://doi.org/10.1017/s003329172400151x>
- Leue, A., & Lange, S. (2011). Reliability generalization: An examination of the positive affect and negative affect schedule. *Assessment*, 18(4), 487-501.
<https://doi.org/10.1177/1073191110374917>
- Macrynika, N., Tezanos, K. M., Doerr, J., Suazo, N., Villareal, L., Whiteley, L., & Yen, S. (2025). The impact of text engagement in a brief, technology-enhanced adjunctive intervention for youth suicide risk and depression. *American*

- Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(5), 820-838. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.5.820>
- Wiebenga, J. X., Dickhoff, J., Mérelle, S. Y., Eikelenboom, M., Heering, H. D., Gilissen, R., van Oppen, P., & Penninx, B. W. (2021). Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: A review of NESDA findings. *Journal of Affective Disorders*, 283, 267-277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.053>
- Zainal, N. H., Rajendra, S. J., Van Doren, N., Salamanca-Sanabria, A., Curtiss, J. E., & Keng, S. L. (2025). Digital positive affect intervention (PAI) versus self-monitoring placebo in the treatment of anxiety and depression: A two-arm randomized controlled trial (RCT). *BMC Psychiatry*, 25(1), 971. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07372-4>
- behavioral positive activity intervention for anxiety and depression. *Counselling and Psychotherapy Research*, 25(1), e12822. <https://doi.org/10.1002/capr.12822>
- Scruggs, T. E., & Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single-subject research: Issues and applications. *Behavior Modification*, 22(3), 221-242. <https://doi.org/10.1177/01454455980223001>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Teismann, T., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G., & Cwik, J. C. (2021). Scale for Suicidal Experience and Behavior (SSEV): Factor Structure and Psychometric Properties. *Diagnostica*, 67(3), 115-126. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000269>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219-235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales.

