

# The Effectiveness of Positive Cognitive Behavioral Training on Depression and Anxiety Symptoms in Adult Deficit/Hyperactivity Disorder

Yamini S<sup>1</sup>, \*Sharifi Daramadi P<sup>2</sup>, Aghaei H<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD Student in Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran;  
2. Professor, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;  
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrood Branch, Shahrood, Iran.  
\*Corresponding Author Email: [dr.sharifidaramadi@gmail.com](mailto:dr.sharifidaramadi@gmail.com)

Received: 2019 July 22; Accepted: 2019 September 3

## Abstract

**Background & Objectives:** It is reported that Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) continues until adulthood in 50% to 60% of children diagnosed with the disorder. The prevalence of ADHD in adults has been estimated to be around 4%. Adults with ADHD are more likely to develop comorbid psychiatric conditions like anxiety, mood, and substance use disorders. In addition, a high prevalence of antisocial personality disorder has also been observed in this population. Research has shown that cognitive-behavioral therapy is effective in reducing the symptoms of inattention and dysfunction in adults with ADHD. Therefore, this study aimed to evaluate the impact of positive cognitive behavioral training on depression and anxiety symptoms in adult deficit/hyperactivity disorder.

**Methods:** In this quasi-experimental study, we used a pretest-posttest design with experimental and control groups. The statistical population of this study comprised all students of Damghan University in 2018 who participated in the student mental health monitoring project and aged from 20 to 30 years. Participants were selected using the available sampling method. Also, the experimental group received a positive cognitive behavioral training intervention, and the control group was placed on the waiting list. At the end of the study, a training course was held for the control group. The sample size was determined as 15 per group by G\*Power software. Accordingly, 30 students were selected from the students who met the admission criteria. The inclusion criteria included being a student aged 20-30 years and having above-average scores in the Conners' Adult ADHD Rating Scales (Conners et al., 1999). The exclusion criterion included absence for more than three sessions from the intervention. Both groups in the pretest and posttest responded to Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988) and Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961). The experimental group underwent positive cognitive behavioral training by the researcher for 12 sessions of 50 minutes based on the Principles of Positive Cognitive-Behavioral Therapy Susan Quilliam (2011). To analyze the research data, descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics, including multivariate analysis of covariance and univariate analysis of covariance tests, were used with the help of SPSS version 24 software. The significance level of the tests was 0.05.

**Results:** The findings showed that the effect of cognitive-behavioral positive-program training on depression ( $p < 0.001$ ) and its subscales of emotional symptoms ( $p < 0.001$ ), cognitive symptoms ( $p < 0.001$ ), and physical symptoms ( $p < 0.001$ ) and anxiety symptoms ( $p < 0.001$ ) were significant. Eta squared also showed that cognitive-behavioral therapy had a positive effect of 80% on the total score of anxiety and 74% on the total score of depression.

**Conclusion:** Positive cognitive behavioral training reduces depression and anxiety symptoms of adults with ADHS. Therefore, counselors and psychotherapists can use the findings of this research to reduce the symptoms of depression and anxiety and the resulting psychological problems.

**Keywords:** Positive cognitive-behavioral training, Depression, Anxiety, Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD).

## اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و اضطراب افراد بزرگسال با نارسایی توجه/فزون‌کنشی

سارا یمینی<sup>۱</sup>، \* پرویز شریفی درآمدی<sup>۲</sup>، حکیمه آقایی<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران؛  
 ۲. دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی، استاد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛  
 ۳. دکتری روان‌شناسی عمومی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: [dr.sharifidaramadi@gmail.com](mailto:dr.sharifidaramadi@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۳۱ تیر ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ شهریور ۱۳۹۸

### چکیده

**زمینه و هدف:** اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی الگویی از مشکلاتی است که معمولاً در کودکی ایجاد می‌شود و ممکن است در بزرگسالی نیز ادامه پیدا کند. هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و اضطراب افراد بزرگسال با نارسایی توجه/فزون‌کنشی بود.

**روش بررسی:** روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانشجویان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی دانشگاه دامغان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که در طرح پایش سلامت روانی دانشجویی شرکت کردند و دارای محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بودند. از این میان، از بین افراد دارای شرایط ورود به مطالعه، نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه پرسشنامه افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱) و پرسشنامه اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش در دوازده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار، تحت آموزش برنامه شناختی رفتاری مثبت‌نگر قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و یک‌متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، تأثیر آموزش برنامه شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی و زیرمقیاس‌های آن‌ها شامل نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی و بر کاهش علائم اضطراب معنادار بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به نتایج پژوهش، آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب افراد بزرگسال با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی اثربخش است. **کلیدواژه‌ها:** آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر، افسردگی، اضطراب، اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی.

اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در بزرگسالان اختلالی مزمن است که از کودکی شروع می‌شود و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. این اختلال تأثیر عمده‌ای بر تحصیل و کار و روابط اجتماعی فرد دارد. اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بزرگسالان دارای شرایط مشابه نورولوژیک اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی کودکان است (۱). این اختلال یکی از اختلال‌های عصبی-تحوالی است که در سال‌های اولیه تحول ظاهر می‌شود و سه ویژگی اصلی نارسایی توجه و فزون‌کنشی و تکانشگری دارد (۲). در بزرگسالان رفتارهایی مانند اجتناب از کارهای نیازمند به تمرکز فکری، مشکل در شروع وظایف و کارها، مشکل در سازمان‌دهی جزئیات لازم برای انجام دادن وظایف، مشکل در یادآوری جزئیات لازم برای انجام دادن وظایف، مشکل در پیش‌بردن چند کار به صورت هم‌زمان، نبود توانایی در مدیریت زمان، نبود توانایی در فهمیدن گذر زمان، نبود توانایی در تصمیم‌گیری و شک و... از نشانه‌ها و علائم نقص توجه/بیش‌فعالی هستند (۳).

نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که در ۷۰ تا ۷۵ درصد از بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی، حداقل تشخیص یک بیماری روان‌شناختی دیگر نیز وجود داشته است. در این راستا، میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی به میزان ۲۴ تا ۴۳ درصد و افسردگی (افسردگی عمده ۱۶ تا ۳۱ درصد، افسرده‌خویی ۱۹ تا ۳۷ درصد) در بزرگسالان مبتلا به اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌ها، گزارش شده است. شیوع این نوع اختلال‌ها به میزانی است که تصادفی در نظر گرفته نمی‌شود. افسردگی ناشی از درماندگی آموخته‌شده یکی از ویژگی‌های رایج بزرگسالان با نقص توجه/بیش‌فعالی است؛ باور به اینکه هیچ کاری آن گونه که فرد می‌خواهد به نتیجه نمی‌رسد و در نتیجه تلاش‌ها برای تغییر بی‌فایده هستند (۴).

بسیاری از بیماران نارسایی توجه/فزون‌کنشی علاوه بر افسردگی، نشانه‌های اضطرابی را نیز گزارش می‌دهند. پیامدهای اهمال کاری و بی‌نظمی در بزرگسالان بسیار شدیدتر از دوران دبیرستان است و هنگامی که فرد از انجام دادن کارها عقب می‌افتد، جبران آن‌ها سخت‌تر می‌شود. این امر سبب نگرانی درباره موفق نبودن در انجام مسئولیت‌ها و حس بی‌کفایتی می‌شود. بعضی از افراد راه‌هایی را پیدا می‌کنند تا کارها را در آخرین دقایق انجام دهند؛ اما، افراد دیگر با مشکلاتی مانند تعلیق تحصیلی، اخراج از دانشگاه، ارزیابی ضعیف در کار یا حتی از دست دادن کار در نتیجه ارزیابی ضعیف مواجه می‌شوند (۴). نوجوانان و بزرگسالان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بیش از دیگران در معرض بروز اختلالات خلقی و اضطرابی و اقدام به خودکشی هستند؛ همچنین افسردگی و اضطراب که با مشکلات یادگیری مرتبط است، در آن‌ها بیشتر دیده می‌شود (۵).

پژوهش‌ها در ایران نیز نشان می‌دهند که دانشجویان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در معرض خطر داشتن مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات یادگیری و فشار روانی هستند (۶). بر این اساس، درمان‌های روان‌شناختی کارآمد برای افسردگی مثل

شناخت‌درمانی، فعال‌سازی رفتاری و درمان‌های بین‌فردی نیز بر کاهش یا بهبود این جنبه‌های منفی مانند تغییر باورهای ناکارآمد، شناسایی رفتارهای اجتنابی و رفع مشکلات بین‌فردی متمرکز شده‌اند (۷)؛ اما این نوع درمان‌ها برای افسردگی در بهترین حالت افراد را در وضعیتی نگه می‌دارند که فقط از علائم افسردگی رنج نمی‌برند و احساس شادکامی و بهزیستی نیز در آن‌ها وجود ندارد؛ زیرا عواطف منفی و عواطف مثبت دو ساختار کاملاً متفاوت دارند و حضورنداشتن عواطف منفی به معنای وجود عواطف مثبت نیست (۸)؛ بنابراین، درمان‌های دیگری برای افراد افسرده لازم است تا علاوه بر بهبود علائم و نشانه‌های افسردگی به افزایش شادکامی و بهزیستی آنان کمک کند (۹).

افزون بر مطالبی که ذکر شد، نداشتن دید مثبت به زندگی و وجود سبک‌های اسنادی بدبینانه از عوامل مهمی هستند که در پیدایش افسردگی و نیز در پیدایش اضطراب نقش دارند (۱۰). براساس پدیده درماندگی آموخته‌شده، سبک اسنادی بدبینانه از عوامل مهم‌تر پیش‌بینی‌کننده افسردگی است و با ابتلا به افسردگی و دوره‌های طولانی‌تر و شدیدتر افسردگی ارتباط دارد. بررسی‌ها نشان داده است افراد منفی‌نگر و بدبین به احتمال بیشتری در برابر درماندگی تسلیم می‌شوند؛ همچنین احتمال بروز نشانه‌های اضطراب در این افراد بیش از دیگران است؛ اما افراد خوش‌بین و مثبت‌اندیش در برابر درماندگی مقاومت می‌کنند و تسلیم نمی‌شوند (۱۱).

درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر آن سوی دیگر سکه رفتاردرمانی شناختی و مدلی مبتنی بر مهارت است که با خود، عناصر بهتر رویکردهای روان‌درمانی مبتنی بر تغییر و معنایابی را به همراه می‌آورد تا درمقایسه با روان‌درمانی شناختی سنتی، دیدگاه نوینی را ارائه دهد (۱۲). درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر، رویکرد جدیدی در کاربرد رفتاردرمانی شناختی است. هدف‌های درمانی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر افزایش سلامت است و این کار را با افزایش اموری صورت می‌دهد که موجب شکوفایی فرد می‌شود (۱۲). سانتوز و همکاران معتقد هستند که تأکید و تمرکز بر مثبت‌نگری در مداخله‌های مربوط به درمان، بسیار مفید واقع شده است. در واقع این نظریه اجتماعی از نظریه‌های پاراداکسون بک، سلیگمن، اشنایدر، لویز، فردریکسون، جودیت بک<sup>۱</sup> و تعداد زیادی از نظریه‌پردازان دیگر گرفته شده است (۱۳).

نوفروستی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، روان‌درمانی مثبت‌گرا بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای نشانه‌های افسردگی تأثیر دارد (۹). جباری و همکاران در پژوهشی نتیجه گرفتند، مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان مؤثر است (۱۱). سنف و لیو (۱۴) و لایوس و همکاران (۱۵) در پژوهش خود دریافتند که مداخلات مثبت‌نگر بر افسردگی تأثیر دارد.

در این راستا اهمیت و ضرورت مداخله‌هایی که به‌طور مستقیم مشکلات تحصیلی و اجتماعی را هدف قرار می‌دهند، بسیار آشکار است؛ اما متأسفانه پژوهش‌های اندکی به‌طور ویژه راهبردهای درمانی

1. Pardeacon Beck, Seligman, Eshnider, Lopez, Fredriksen, Judith Beck

را در بزرگسالان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی بررسی کرده‌اند؛ ولی همین پژوهش‌های اندک انجام‌شده و آموزش‌های داده‌شده به این افراد، اثر مثبت استفاده از خودنظارتی رفتار و گسترش راهبردهای خودنظم‌جویی را بر عملکرد افراد بزرگسال و دانشجویان با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی در تکلیف، درک مطلب و نوشتن نشان داده‌اند؛ با وجود این، این پژوهش‌ها به دلیل کم بودن حجم نمونه و در نتیجه اعتبار بیرونی ضعیف، با محدودیت مواجه هستند؛ همچنین تاکنون در هیچ پژوهشی چگونگی سازگاری دانشجویان در محیط دانشگاه بررسی نشده است و هیچ راهبرد خاصی در جهت حمایت از این دانش‌آموزان و دانشجویان انجام نشده است؛ لذا با توجه به تعداد اندک مطالعات در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و اضطراب افراد بزرگسال با نارسایی توجه/فزون‌کنشی صورت گرفت.

## ۲ روش بررسی

در این پژوهش از طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی دانشجویان دانشگاه دامغان دامغان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که در طرح پایش سلامت روانی دانشجویی شرکت کردند و دارای محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بودند. در این طرح، گروه آزمایش مداخله آموزشی شناختی رفتاری مثبت‌نگر را دریافت کرد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. پس از پایان مطالعه، دوره آموزشی برای گروه گواه برگزار شد.

حجم نمونه از طریق نرم‌افزار  $G^*Power$  به گونه‌ای تعیین شد که مطالعه توان لازم برای تشخیص اختلاف حداقل یک واحد از میزان افسردگی و اضطراب را بین گروه‌های آزمایش و گواه و مقایسه داشته باشد. با فرض احتمال خطای نوع اول ۵ درصد و احتمال خطای نوع دوم ۲۰ درصد و نیز با فرض انحراف معیار ۰/۹، تعداد حجم نمونه حدوداً ۱۵ نفر برای هر گروه به دست آمد. بر این اساس ۳۰ نفر به شیوه در دسترس از بین دانشجویان دارای معیارهای ورود به طرح، انتخاب شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از: دانشجوی بودن؛ قرارگرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال؛ داشتن نمره بیشتر از میانگین در مقیاس ارزیابی نارسایی توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان کانرز<sup>۱</sup> (۱۶). معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش عبارت بودند از: غیبت بیش از سه جلسه و رعایت نکردن قوانین گروه درمانی. معیار تشخیص افراد دارای نارسایی توجه و فزون‌کنشی داشتن نمره بیشتر از میانگین در مقیاس ارزیابی نارسایی توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان کانرز (۱۶) و همچنین بررسی سابقه نارسایی توجه/فزون‌کنشی در دوران کودکی با استفاده از انجام مصاحبه نیمه‌ساختاریافته توسط پژوهشگر بود. پس از انتخاب افراد گروه نمونه ۱۵ نفر به صورت تصادفی به گروه آزمایش و ۱۵ نفر به گروه گواه اختصاص یافتند. سپس هر دو گروه به پرسشنامه افسردگی بک<sup>۲</sup> (۱۷) و پرسشنامه اضطراب بک<sup>۳</sup> (۱۸) پاسخ دادند. گروه آزمایش طبق جدول ۱ به مدت دوازده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش

شناختی رفتاری مثبت‌نگر توسط پژوهشگر قرار گرفت. پس از پایان دوره آموزش، هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌های مذکور پاسخ دادند و اطلاعات به دست آمده تجزیه و تحلیل شد تا میزان تأثیرگذاری آموزش مشخص شود. برای رعایت اصول اخلاقی، این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها صورت گرفت.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات آموزشی زیر به کار رفت.

– مقیاس ارزیابی نارسایی توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان کانرز: برای مشخص کردن افراد با اختلال نارسایی توجه/فزون‌کنشی از مقیاس ارزیابی نارسایی توجه/فزون‌کنشی بزرگسالان کانرز ارائه‌شده توسط کانرز و همکاران در سال ۱۹۹۹ استفاده شد (۱۶). پرسشنامه حاوی ۲۶ آیتم صفر تا ۳ امتیازی است که در تصحیح آن از پنج زیرمقیاس استفاده می‌شود. زیرمقیاس‌ها عبارت است از: A: کم‌توجهی مشکل حافظه؛ B: بی‌قراری/فزون‌کنشی؛ C: تکانشگری؛ D: مشکلات در تصور کلی فرد از خود؛ E: شاخص فزون‌کنشی/کم‌توجهی. هریک از چهار مقیاس اول، پنج آیتم دارد و شاخص نارسایی توجه/فزون‌کنشی برآیندی از پاسخ‌های فرد به کل آیتم‌ها است. زیرمقیاس A شامل آیتم‌های ۳، ۱۷، ۱۸، ۲۱، زیرمقیاس B شامل آیتم‌های ۴، ۶، ۱۰، ۱۱، ۲۳، زیرمقیاس C شامل آیتم‌های ۱، ۷، ۸، ۱۳، ۲۰ و زیرمقیاس D شامل آیتم‌های ۹، ۱۵، ۱۶، ۲۵، ۲۶ می‌شود. زیرمقیاس E ملاکی از سطح کلی علائم مربوط به ADHD است (۱۶). در پژوهش عرب‌گل و همکاران، پرسشنامه بر ۲۰ نفر اجرا شد. پایایی آن با روش محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

– پرسشنامه افسردگی بک: برای بررسی میزان افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ ساخته شد و شامل ۲۱ گویه است (۱۷). زیرمقیاس‌ها شامل شناختی و جسمانی و عاطفی می‌شود. سوالات این مقیاس دارای ۴ گزینه است که از صفر تا ۳ امتیاز به آن‌ها تعلق می‌گیرد. مجموع نمره افسردگی بین صفر تا ۶۳ متغیر است. در طبقه‌بندی درجات افسردگی، نمره کمتر یا مساوی ۹ مبین فقدان افسردگی، نمره بین ۱۰ تا ۱۷ افسردگی خفیف، نمره بین ۱۸ تا ۲۹ افسردگی متوسط (بالینی) و نمره بین ۳۰ تا ۶۳ به عنوان افسردگی شدید تا بسیار شدید تقسیم‌بندی می‌شود (۱۷). در سال ۱۹۸۸ بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کردند، دریافتند ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت آزمون‌شده از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر است (۲۰). روایی این پرسشنامه در پژوهش رجبی تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد (۲۱). همچنین ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ بود.

– پرسشنامه اضطراب بک: به منظور بررسی میزان اضطراب از پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد که توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی شد (۱۸). این پرسشنامه دارای ۲۱ گویه است که

3. Beck Anxiety Inventory

1. Conners' Adult ADHD Rating Scales

2. Beck Depression Inventory

علائم اضطراب را فهرست کرده است و بیشتر به چکلیست شباهت دارد. پرسشنامه اضطراب بک برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هریک از ماده‌های آن یکی از علائم شایع اضطراب یعنی علائم ذهنی و علائم بدنی و هراس را می‌سنجد. آزمودنی‌ها میزان رنجش خود را از علائم اضطراب در هفته گذشته در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. شیوه امتیازدهی به صورت، اصلاً امتیاز صفر، خفیف امتیاز یک، متوسط امتیاز دو و شدید امتیاز سه می‌گیرد؛ بنابراین، دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ است. در صورتی که نمره به دست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد، فرد بررسی شده هیچ اضطرابی ندارد؛ اگر بین ۱۵ تا ۸ باشد، اضطراب خفیف است؛ اگر بین ۱۶ تا ۲۵ باشد، اضطراب متوسط است و اگر بین ۲۶ تا ۶۳ باشد، نشان‌دهنده اضطراب شدید است (۱۸). در سال ۱۹۸۸ بک و همکاران در پژوهش خود بر ۱۶۰ نفر ضریب اعتبار آن را با استفاده از شیوه بازآزمایی ۰/۹۲ به دست آوردند (۱۸). روایی این پرسشنامه در پژوهش رفیعی و سیفی تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمد (۲۲). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل پرسشنامه ۰/۷۷ بود.

آموزش شناختی رفتاری: جلسات آموزشی شناختی رفتاری مثبت‌نگر که بر اساس مبانی درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر سوزان کوئلیام (۲۳) ارائه شد، به شرح زیر است.

جدول ۱. محتوای آموزشی جلسات درمان شناختی رفتاری مثبت‌نگر

اهداف	محتوا
جلسه اول	معرفی و ایجاد رابطه، تعیین چارچوب‌ها و قوانین گروه، بیان کلی راجع به اهداف مشاوره. تکلیف: بیان انتظارات خود از جلسه؛ نوشتن احساسات خود درباره جلسه و به همراه آوردن آن‌ها در هر جلسه (تکلیف ثابت تمام جلسات)؛ بیان نمونه‌هایی از افکار مثبت و منفی و رفتارهای انجام‌شده متناسب با آن‌ها.
جلسه دوم	توضیح درباره جنبه‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی توجه و حافظه و تاثیر استرس بر این دو فرایند؛ بحث درباره نشانه‌ها و مشکلات کاستی توجه و حافظه (تعریف، توضیح، مثال). تکلیف: پرکردن کاربرگ جدول فعالیت‌های روزانه؛ در پایان درخواست از اعضا برای بازگویی خلاصه مطالب بیان شده در جلسه.
جلسه سوم	بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ بحث درباره تله‌های هدردادن زمان و ازدست‌دادن فرصت‌ها. تکلیف: پرکردن کاربرگ‌های مربوط به فعالیت‌های روزانه؛ پرکردن کاربرگ‌های مربوط به خواب؛ پرکردن کاربرگ‌های مربوط به بیداری.
جلسه چهارم	نوشتن عناوین تجربه و خاطره‌های مثبت مرتبط با دانشگاه و تحصیل. تکلیف: فهرست کردن پنج عامل مثبت در دبیرستان و دانشگاه خود شامل افراد، فعالیت‌ها و ... بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ بحث درباره راهبردهای فردی هریک از اعضای گروه برای مقابله با مشکلات و درست یا نادرست بودن این راهبردها.
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های حل مسئله، سازگاری با مشکلات حل‌نشده تکلیف: تنظیم فهرستی از کلمات مثبت در زندگی خود برای جلسه بعد و تکرار آن به قدری که ملکه ذهن و جزء دامنه لغات شما شود؛ تکلیف خانگی برای به‌کاربردن مراحل پنج‌گانه حل مسئله و ارائه گزارش آن.
جلسه ششم	بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ بحث درباره مشکلات فزون‌کنشی هریک از اعضای گروه (معایب و مزایای آن). تکلیف: کامل کردن کاربرگ روش IMPULSE و جدول برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه؛ تمرین گروهی صحبت کردن با خود به منظور آشنایی بیشتر اعضای گروه با این تکنیک؛ تمرین راهبردهای ارائه شده در خانه و ارائه گزارش آن.
جلسه هفتم	بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ آزمودن مثبت بودن از طریق نهادینه کردن استراتژی‌های تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت، فرصت‌های تفکر مثبت و از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی‌توانیم آن‌ها را حل کنیم؛ تکلیف: شروع هر روز خود با فکری مثبت و امید به آینده؛ یادداشت کردن مشکلات خود؛ نوشتن فهرست وار موانع رفتار و تفکر مثبت.
جلسه هشتم	مثبت زندگی کردن و هدف‌مند زندگی کردن، برقراری روابط خوب با دیگران بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ آموزش شیوه توقف فکر، آرام‌سازی ذهن، آموختن مثبت زندگی کردن. تکلیف: شروع هر روز خود با فکری مثبت و امید به آینده؛

یادداشت کردن مشکلات خود؛ نوشتن فهرست وار موانع رفتار و تفکر مثبت.		
بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ بحث درباره مشکلات روابط اجتماعی هریک از اعضای گروه (مهارت گوش دادن، خوب صحبت کردن، مهارت های ارتباط غیرکلامی و آموزش بازشناسی هیجانات). تکلیف: تمرین راهبردهای ارائه شده در خانه و ارائه گزارش آن؛ تمرین راهبردهای ارائه شده در خانه و توزیع کاربرد جدول فعالیت های روزانه.	مهارت های اجتماعی	جلسه نهم
بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ توضیح درباره تکنیک های به چالش کشیدن خطاهای فکر و افکار منفی؛ مرور برنامه مدیریت زمان برای دستیابی هرچه بیشتر افراد به اهداف خود و پیدا کردن انگیزه. تکلیف: توزیع کاربرد خطاهای شناختی و جدول برنامه ریزی فعالیت های روزانه	بحث درباره مشکلات افسردگی و خلق ضعیف	جلسه دهم
بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد و اعتقاد به این زنجیره؛ توضیح تکنیک های به چالش کشیدن خطاهای شناختی ایجادکننده اضطراب برای سست کردن زنجیره؛ توضیح تکنیک های سست کردن بخش احساسی اضطراب (به عنوان نمونه آرامش عضلانی و تمرین های تنفس)؛ توضیح تکنیک های سست کردن بخش رفتاری اضطراب (مواجهه سازی تصویری و واقعی). تکلیف: توزیع کاربرد جدول اضطراب و زنجیره اضطراب.	بحث درباره مشکلات اضطراب	جلسه یازدهم
بررسی پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف خانه؛ تنظیم سیستم پاداش برای دستیابی به اهداف؛ ارزیابی پیشرفت کار و تحسین دستاوردهای حاصل از جلسات؛ تأکید بر تمرین مهارت های آموخته شده.	برنامه ریزی برای پیشگیری از عود	جلسه دوازدهم
جمع بندی نهایی؛ تأکید بر تمرین دستاوردها و تشخیص افراد نیازمند به مداخله انفرادی؛ اجرای مجدد پرسشنامه ها.	جمع بندی و بازخورد	جلسه سیزدهم

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و ۳ یافته ها) و آمار استنباطی شامل آزمون های تحلیل کوواریانس (میانگین و ۳ یافته ها) در این پژوهش در مجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) شرکت کردند. وضعیت سن و تحصیلات براساس نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ بود. جداول ۲ و ۳ است.

جدول ۲. ویژگی های توصیفی سن آزمودنی ها

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
آزمایش	۱۵	۲۴/۸	۵/۴۶	۱۸	۳۵
گواه	۱۵	۲۵/۳	۳/۳	۲۰	۳۱

جدول ۳. ویژگی های توصیفی تحصیلات آزمودنی ها

متغیر	میزان تحصیلات	تعداد	درصد
آزمایش	کارشناسی	۱۳	۸۶/۶
	کارشناسی ارشد	۲	۱۳/۳
گواه	کارشناسی	۱۰	۶۶/۶
	کارشناسی ارشد	۵	۳۳/۳

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه آزمایش				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های عاطفی	۶/۸	۱/۴۱	۴/۶	۱/۳۴	۷/۵	۱/۳۵	۷	۱/۴۴
نشانه‌های شناختی	۸	۲/۲۰	۵/۷	۲/۱۵	۸	۱/۲۳	۷/۸	۱/۳۹
نشانه‌های جسمانی	۵/۲	۱/۵۳	۳/۴	۱/۹۳	۵/۲	۱/۴۸	۴/۸	۱/۳۴
افسردگی	۲۰/۱	۳/۳۴	۱۳/۷	۴/۲۳	۲۰/۸	۲/۸۷	۱۹/۲	۲/۵۳
اضطراب	۱۹/۱	۲/۱۲	۱۲/۳	۲/۳۰	۱۹/۵	۲/۷۱	۱۹/۱	۲/۹۷

شاخص‌های توصیفی نمرات متغیر افسردگی و زیرمقیاس‌های آن و متغیر اضطراب در دو گروه آزمایش و گواه، پیش و پس از مداخله در جدول ۴ آمده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات متغیر افسردگی پس از مداخله در گروه آزمایش کاهش یافت؛ در حالی که در گروه گواه نمرات متغیر افسردگی کاهش نداشت؛ همچنین میانگین نمرات متغیر اضطراب پس از مداخله در گروه آزمون کاهش یافت؛ در حالی که در گروه گواه نمرات متغیر اضطراب کاهش نداشت. برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به بررسی مفروضات آن اقدام شد. برای بررسی نرمال بودن نمرات، آزمون

کولموگروف اسمیرنوف به کار رفت. نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال بود ( $p > 0/05$ ). یافته‌های آزمون لون مشخص کرد که مفروضه همگنی واریانس داده‌ها برقرار بود ( $p > 0/05$ ). پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار بود ( $p > 0/05$ ). بنابراین استفاده از این آزمون مجاز بود. باتوجه به نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، گروه آزمایش با گروه گواه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری داشت ( $p < 0/05$ ). به‌منظور پی‌بردن به اینکه تفاوت در کدام متغیرها وجود داشت، آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره به کار رفت.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای افسردگی و زیرمقیاس‌های آن و اضطراب

متغیر	مجموع مربعات	مربع میانگین	F	مقدار p	مجذور اتا
نشانه‌های عاطفی	۵۰/۲	۵۰/۲	۵۳/۷	< 0/001	0/68
نشانه‌های شناختی	۴۱/۰۹	۴۱/۰۹	۳۸/۳	< 0/001	0/60
نشانه‌های جسمانی	۳۳/۳۱	۳۳/۳۱	۲۴/۱۴	< 0/001	0/49
افسردگی	۱۳۹/۶	۱۳۹/۶	۷۸/۵	< 0/001	0/74
اضطراب	۱۲۳/۴۵	۱۲۳/۴۵	۱۰۸/۴	< 0/001	0/80

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره را برای متغیر افسردگی و هر یک از زیرمقیاس‌های آن و متغیر اضطراب نشان می‌دهد؛ همان‌طور که مشاهده می‌شود، در متغیر افسردگی و تمام زیرمقیاس‌های آن و متغیر اضطراب بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/001$ ). همچنین مجذور اتا نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر به میزان ۸۰ درصد بر نمره کل اضطراب و ۷۴ درصد بر نمره کل افسردگی تأثیر داشت. ضرایب مجذور اتا نیز در جدول نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر میزان بهبود افسردگی و زیرمقیاس‌های آن و اضطراب، اثربخشی نسبتاً زیادی داشته است.

نشانه‌های افسردگی تأثیر دارد (۹)، پژوهش جبّاری و همکاران مبنی بر اینکه مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان مؤثر است (۱۱)، پژوهش سنّف و لیو مبنی بر اینکه مداخلات مثبت‌نگر بر افسردگی تأثیر دارد (۱۴) و پژوهش لایوس و همکاران مبنی بر اینکه مداخلات مثبت‌نگر بر افسردگی تأثیر دارد (۱۵)، همسوست. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر می‌تواند بر کاهش افسردگی افراد تأثیر مطلوبی داشته باشد. بدین ترتیب، افرادی که تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر قرار گرفته‌اند، احساس ارزش مثبت از خود بیشتری داشته‌اند، کارهایشان را به‌خوبی اغلب مردم انجام داده‌اند، نگرش مثبتی به خود پیدا کرده‌اند و به‌طور کلی، رضایت از خود تقویت‌شده‌ای را از خود گزارش نموده‌اند (۲۴). تحقیقات نشان داده است که تعاملات و اظهارنظرهای مثبت توسط دیگران می‌تواند عزت‌نفس افراد را تقویت کند و تعاملات و اظهارنظرهای منفی می‌تواند منجر به احساس منفی درقبال خود و دنیا در افراد شود. در درمان شناختی-رفتاری مثبت‌نگر، از مراجعان دعوت می‌شود شواهد

#### ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و اضطراب افراد بزرگسال با نارسایی توجه/فزون‌کنشی انجام شد. نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بهبود معنادار آزمودنی‌ها در نمره کلی افسردگی و زیرمقیاس‌های آن در مقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج این پژوهش با پژوهش نوفرستی و همکاران مبنی بر اینکه روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای

مرتبط با افکار و باورهای مثبت شخصی‌شان را جمع‌آوری کنند. زمانی‌که افراد به افکار و باورهای مثبت توجه می‌کنند، شانس یافتن شواهدی برای این افکار و باورهای مثبت، بیشتر می‌شود. رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر با ایجاد فضایی برای اظهارنظرهای مثبت، تقویت مثبت‌نگری درباره خود، برجسته‌کردن نقاط قوت و توان‌مندی‌های افراد و تشویق اشخاص برای تقویت این ویژگی‌های مثبت و توانایی‌ها، می‌تواند نگرش افراد را درباره خود و دنیا و دیگران تقویت کند و باعث احساس رضایت شخصی و درونی بیشتر در آن‌ها شود (۱۵). از سوی دیگر، فراگیری اصول مثبت‌نگر می‌تواند در تغییرات ایجادشده مؤثر باشد. براساس نظریه روان‌شناسی مثبت‌نگر، نداشتن معنا در زندگی نه تنها یکی از نشانه‌های مشکلات روان‌شناختی است، بلکه از عوامل ایجاد افسردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی است. افراد گروه آزمایش با فراگیری اصل اول این بسته (اصل معنا و هدف) توانستند تا حدی معنای زندگی و اهداف آینده‌شان را مشخص کنند. علاوه بر این، اعضای گروه شناختی‌رفتاری مثبت‌نگر با آشنایی با اصل دوم بسته مثبت‌نگر، مطالبی را در رابطه با افکار مثبتی‌برخوش‌بینی یاد گرفتند (۱۱).

همچنین نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بهبود معنادار آزمودنی‌ها در نمره کلی اضطراب درمقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های جباری و همکاران مبنی بر اینکه مداخله مثبت‌نگر گروهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و افزایش میزان رضایت از زندگی دختران نوجوان تأثیر دارد (۱۱)، مطالعه سنّف و لیو مبنی بر اینکه مداخلات مثبت‌نگر بر اضطراب مؤثر است (۱۴) و مطالعه لایوس و همکاران مبنی بر اینکه مداخلات مثبت‌نگر بر اضطراب تأثیر دارد (۱۵)، همسوست.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، عاملی که منجر به نگرانی و اضطراب در افراد با نقص توجه/بیش‌فعالی می‌شود، همراه با نوع نگرش این افراد درباره انجام دادن تکالیف، به تعویق‌انداختن کارها، پرش افکار، نبود تمرکز درباره انجام تکالیف و... به‌عنوان پدیده‌ای کنترل‌نشده، تحریف‌های شناختی همچون تعمیم افراطی، افکار خودآیند منفی و باورهای ناکارآمد منفی، ارزیابی فرد از نبود تمرکز بر امور زندگی‌اش و تنیدگی و تحریک‌پذیری مفرط ناشی از این افکار منفی، از جمله عواملی هستند که سبب نگرانی و اضطراب در این افراد شده است. گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری مثبت‌نگر نخست این زمینه را فراهم می‌کند تا بیماران آزادانه و بدون ترس افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کنند. سپس به بررسی و اصلاح افکار، باورهای زیربنایی و تحریف‌های شناختی پرداخته می‌شود (۲۵)؛ بنابراین درمان شناختی‌رفتاری بک با بررسی و چالش این افکار منجر به اصلاح زیربنایی باورها و همچنین جایگزینی افکار منفی و بدبینانه با افکار خوش‌بینانه می‌شود (۲۶). در پژوهش حاضر، طی مداخله تلاش شد با شناسایی افکار و باورهای ناکارآمد که بیشتر در زمینه انجام تکالیف بودند، به‌مرور افراد با افکار و نگرش‌های ناکارآمدشان آشنا شوند و از طریق تکنیک‌های شناخت‌درمانی به اصلاح افکار و فرض‌های زیربنایی ناکارآمد در آن‌ها پرداخته شود و افکار مثبت جایگزین باورهای منفی و ناکارآمد شود (۲۷). یکی از

موضوعات مهم این است که اگرچه تمام مداخلات برپایه روان‌شناسی مثبت‌نگر است، درمان‌گران باید مراقب باشند از تجربیات منفی، پریشان‌کننده و دردسرساز که بیماران در جلسات درمانی مطرح می‌کنند، چشم‌پوشی نکنند یا آن‌ها را انکار نکنند. در کنار به‌وجودآوردن هیجان‌های مثبت، توانایی‌های منش و معنا در زندگی، درمان‌گران باید تلاش کنند به‌طور کامل تجربیات منفی مراجعان را تصدیق کنند (۲۲)؛ بنابراین می‌توان این‌گونه بیان کرد که افراد بزرگسال دچار نارسایی توجه/فزون‌کنشی به دلیل نقص توجه از درگیرشدن با افکار خود و شناسایی آن‌ها ناتوان هستند؛ از این‌رو در درمان شناختی‌رفتاری مثبت‌نگر با شناسایی این افکار بدبینانه که منجر به ایجاد اضطراب و افسردگی می‌شود و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت و خوش‌بینانه، می‌توان به اصلاح افکار و در نتیجه احساس و رفتار پرداخت. این امر سبب کاهش میزان اضطراب و افسردگی می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نبود شرایط انجام مرحله پیگیری در این پژوهش، محدودبودن پژوهش به شهر دامغان که امکان تعمیم نتایج را به سایر شهرها با محدودیت مواجه می‌کند و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد؛ همچنین پژوهش حاضر تنها بر نمونه دانشجویان دانشگاه دامغان محدود شد؛ بنابراین، می‌باید تعمیم نتایج به سایر نمونه‌ها با احتیاط انجام شود؛ لذا پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در حجم وسیع‌تر و نیز در بین سایر اقشار جامعه و نواحی دیگر با فرهنگ‌های متفاوت تکرار شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش، آموزش شناختی‌رفتاری مثبت‌نگر بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب افراد بزرگسال با نارسایی توجه/فزون‌کنشی مؤثر است؛ بنابراین، مشاوران و روان‌درمان‌گران می‌توانند از یافته‌های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کنند و از این رویکرد در جهت کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن بهره‌برند.

## ۶ تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مرکز مشاوره و سلامت دانشگاه دامغان و عزیزان شرکت‌کننده در این پژوهش و همه افرادی که ما را در انجام دادن این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

## ۷ بیانیه‌ها

### تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود با تاریخ تصویب پروپوزال در ۱۳ دی ۱۳۹۶ در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه است. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مرکز مشاوره و سلامت دانشگاه دامغان با شماره نامه ۵/۳/۲۱۷۷۱۷ صادر شده است. برای رعایت اصول اخلاقی، این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها انجام شد.

### رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تمامی نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافی در این مقاله در این پژوهش سارا یمینی به‌عنوان مجری و پرویز شریفی درآمدی و وجود ندارد. حکیمه آفایی به‌عنوان اساتید راهنما همکاری کردند.

## References

1. Valdizán JR, Izaguerri-Gracia AC. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Rev Neurol*. 2009 ;48 Suppl 2:S95-99. [Spanish]
2. Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(6):595–605. doi: [10.1016/j.jaac.2010.03.006](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.03.006)
3. Alderson RM, Kasper LJ, Hudec KL, Patros CHG. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and working memory in adults: a meta-analytic review. *Neuropsychology*. 2013;27(3):287–302. doi: [10.1037/a0032371](https://doi.org/10.1037/a0032371)
4. Ramsay JR, Rostain AL. CBT without medications for adult ADHD: An open pilot study of five patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011;25(4):277–86. doi: [10.1891/0889-8391.25.4.277](https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.277)
5. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2005;366(9481):237–48. doi: [10.1016/S0140-6736\(05\)66915-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66915-2)
6. Mashhadi A, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Azad Fallah P, Soltanifar A. Planning and organizing abilities in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Foundations of Education*. 2010;11(1):151–70. [Persian] <https://fedu.um.ac.ir/article/view/1622/1175>
7. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009;65(5):467–87. doi: [10.1002/jclp.20593](https://doi.org/10.1002/jclp.20593)
8. Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull*. 1985;98(2):219–35. doi: [10.1037//0033-2909.98.2.219](https://doi.org/10.1037//0033-2909.98.2.219)
9. Noferesti A, Roshan R, Fata L, Hasan Abadi HR, Pasandide A. Positive psychotherapy based on belief to good in decreasing signs and symptoms of subclinical depression: a multiple – baseline study. *Clinical Psychology Studies*. 2017;7(25):1–29. [Persian] [http://jcps.atu.ac.ir/article\\_7130\\_5b4ddb8c7e3c0bafa3a5d3e79f44e5ee.pdf](http://jcps.atu.ac.ir/article_7130_5b4ddb8c7e3c0bafa3a5d3e79f44e5ee.pdf)
10. Maier SF, Seligman ME. Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*. 1976;105(1):3–46. doi: [10.1037/0096-3445.105.1.3](https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3)
11. Jabbari M, Shahidi S, Mootabi F. Effectiveness of group intervention based on positive psychology in reducing symptoms of depression and anxiety and increasing life satisfaction in adolescent girls. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015;20(4):296–287. [Persian] <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2307-en.pdf>
12. Bannink F. Practicing Positive CBT: From Reducing Distress to Building Success. Khamse A. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2015.
13. Santos V, Paes F, Pereira V, Arias-Carrión O, Silva AC, Carta MG, et al. The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2013;9:221–37. doi: [10.2174/1745017901309010221](https://doi.org/10.2174/1745017901309010221)
14. Senf K, Liao AK. The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *J Happiness Stud*. 2013;14(2):591–612. doi: [10.1007/s10902-012-9344-4](https://doi.org/10.1007/s10902-012-9344-4)
15. Layous K, Chancellor J, Lyubomirsky S, Wang L, Doraiswamy PM. Delivering happiness: translating positive psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders. *J Altern Complement Med*. 2011;17(8):675–83. doi: [10.1089/acm.2011.0139](https://doi.org/10.1089/acm.2011.0139)
16. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners'Adult ADHD Rating Scales (CAARS) technical manual. N. Tonawanda, NY: MultiHealth Systems; 1999.
17. Beck AT, Ward CH. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71. doi:[10.1001/archpsyc.1961.01710120031004](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004)
18. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893–7. doi: [10.1037//0022-006x.56.6.893](https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893)
19. Arabgol F, Hayati M, Hadid M. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a group of university students. *Advances in Cognitive Science*. 2004;6(1):73–87. [Persian] <http://icssjournal.ir/article-1-43-en.pdf>
20. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988 ;8(1):77–100. doi: [10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
21. Rajabi GR. Psychometric properties of Beck Depression Inventory short form items (BDI-13). *J Dev Psy*. 2005;1(4):28–35. [Persian] [http://jip.azad.ac.ir/article\\_512442\\_a20933a1bb57beb7ba1b33f993e377a2.pdf](http://jip.azad.ac.ir/article_512442_a20933a1bb57beb7ba1b33f993e377a2.pdf)

22. Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2013;8(27):37–46. [Persian] [https://jtbcp.riau.ac.ir/article\\_13\\_60682c96a50aa33f081fbd3f7a62256d.pdf](https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13_60682c96a50aa33f081fbd3f7a62256d.pdf)
23. Quilliam S. *Positive Thinking*. Barati Sade F, Sadeghi A. (Persian translator). Tehran: Javane-Roshd Pub; 2011.
24. Smedema SM, Catalano D, Ebener DJ. The relationship of coping, self-worth, and subjective well-being: A structural equation model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2010;53(3):131–42. doi: [10.1177/0034355209358272](https://doi.org/10.1177/0034355209358272)
25. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. *Cognitive Behaviour Therapy For Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Ghasemzadeh H. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2015.
26. O'moore KA, Newby JM, Andrews G, Hunter DJ, Bennell K, Smith J, et al. Internet cognitive-behavioral therapy for depression in older adults with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(1):61–70. doi: [10.1002/acr.23257](https://doi.org/10.1002/acr.23257)
27. Jamshidzahi ShahBakhsh AR, Asghari ebrahim abad MJ, Mashhadi A, Daneshsani H. The effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in reducing worry, anxiety and panic attacks mitral valve prolapse patients. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci*. 2016;24(4):340–51. [Persian] <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-3931-en.pdf>