

امکان‌پذیری روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر «خیرباوری» در عاطفه
مثبت و منفی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: یک مطالعه
تک‌آزمودنی خط پایه چندگانه

The Feasibility of Positive Psychotherapy based on “Belief in Good”
on Positive and Negative Affects in Individuals with Depression
Symptoms: A Single-subject Multiple – baseline Study

اعظم نوفرستی / دکترای روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی جهاد دانشگاهی البرز
A'zam Nowferesti (PhD in Clinical Psychology and Faculty Member of Alborz's Jihad-e
Daneshgahi-ye)

عباس پسندیده / دانشیار دانشگاه قرآن و حدیث
Abbas Pasandideh (PhD, Associate professor of University of Qur'an and Hadith)

Abstract

Purpose: The purpose of the present study is to examine the effectiveness of positive psychotherapy based on belief in good upon the increase in positive affect and decrease in negative affect in individuals with symptoms of depression.

Method: To do this research, a single-subject multiple-baseline with a follow up period was used. At first, three people from

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مطالعه امکان‌پذیری روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری بر افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی بود.

روش کار: برای انجام دادن این پژوهش از طرح تک‌آزمودنی خط پایه چندگانه با دوره پیگیری استفاده شد. ابتدا از بین افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی که به مرکز مشاوره‌ای در تهران

among those with symptoms of depression who attended at a center of psychology and counseling in Tehran were chosen by purposeful sampling. For each of the participants 3 to 7 week baseline sessions were randomly assigned. The evaluations (or ratings) were carried out by the researcher by making use of Hamilton Rating Scale for Depression-17, Positive and Negative Affect Scale (PANAS), the scale of orientation of happiness in the baseline phase, treatment sessions and four months after the completion of therapy (following up).

Findings: The findings of this research indicate that after commencement of treatment all the three participants showed decreasing trend in Hamilton Rating Scale (74%) and negative affect (32%), and increasing trend in positive affect (41%), positive emotion (72%), engagement (70%) and meaning sensation (128%). A major part of these results also remained at the end of following up phase.

Conclusion: It seems that positive psychotherapy based on belief in good is a short-term effective treatment for decreasing the symptoms of depression and the negative affects, and for increasing the positive affects.

Keywords: symptoms of depression, positive psychotherapy based on belief in good, positive and negative affect, a single-subject multiple-baseline pattern.

مراجعه کرده بودند، ۳ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای هر کدام از شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی بین ۳ تا ۷ هفته جلسه خط پایه در نظر گرفته شد. ارزیابی‌ها با استفاده از مقیاس افسردگی هامیلتون-۱۷، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، و مقیاس جهت‌گیری شادکامی در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و چهار ماه بعد از پایان درمان (پیگیری) انجام گرفت. مداخله به صورت انفرادی بر اساس روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در ۸ جلسه از سوی پژوهشگر انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد هر سه مراجع با شروع مداخله، روند کاهشی را در تراز نمرات افسردگی هامیلتون (۷۴ درصد) و عاطفه منفی (۳۲ درصد) و روند افزایشی را در تراز نمرات عاطفه مثبت (۴۱ درصد)، احساس لذت (۷۲ درصد)، مجذوب‌شدن (۷۰ درصد) و احساس معنا (۱۲۸ درصد) نشان دادند. بخش عمده‌ای از این نتایج در پایان دوره پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه: به نظر می‌رسد روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری، نوعی مداخله کوتاه‌مدت مؤثر برای کاهش علائم افسردگی و عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت است.

کلیدواژه‌ها: علائم و نشانه‌های افسردگی، روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری، عاطفه مثبت و منفی، طرح تک‌آزمودنی خط پایه چندگانه

مقدمه

افسردگی اغلب به عنوان مجموعه‌ای از علایم و نشانه‌های منفی مانند خلق منفی، شناخت‌های منفی و رفتارهای اجتنابی مفهوم‌سازی شده است (سین، دلاپورتا و لیوبومرסקی^۱، ۲۰۱۱). بر این اساس، درمان‌های روان‌شناختی کارآمد برای افسردگی نیز بیشتر روی کاهش یا بهبود این جنبه‌های منفی متمرکز شده‌اند. (بارلو^۲، ۲۰۱۴؛ بیچ، جونز و فرانکلین^۳، ۲۰۰۹؛ هالن و دیمیدجیان^۴، ۲۰۰۹). اما این نوع درمان‌ها برای افسردگی در بهترین حالت افراد را در وضعیتی نگه می‌دارند که فقط از علایم افسردگی رنج نبرند، اما هنوز احساس شادکامی و بهزیستی در آنها وجود ندارد. زیرا عواطف منفی و عواطف مثبت دو ساختار کاملاً متفاوت دارند و فقدان عواطف منفی به معنای وجود عواطف مثبت نیست (واتسون و تلگن^۵، ۱۹۸۵). بنابراین، درمان‌های دیگری برای افراد افسرده لازم شد تا علاوه بر بهبود علایم و نشانه‌های افسردگی و کاهش عاطفه منفی به افزایش عاطفه مثبت آنان نیز کمک کند.

بر این اساس، در سال ۱۹۹۸، سلینگمن^۶، روان‌شناسی مثبت‌گرا^۷ را پیشنهاد کرد. این رویکرد حوزه تمرکز روان‌شناسی بالینی را فراتر از پرداختن به علایم ناخوشایند اختلال‌ها و تسکین مستقیم علایم وسعت بخشید و هدف روان‌درمانی را چیزی بیش از بهبود علایم منفی اختلال‌ها، یعنی افزایش عواطف مثبت مثل شادکامی افراد دانست (رشید و سلیمان^۸، ۲۰۱۳). سلینگمن (۲۰۰۲) شادکامی^۹ را موضوع اصلی رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا دانست و آن

1. Sin, N. L., Dellaporta, M. D. & Lyubomirsky, S

2. Barlow, D. H

3. Beach, S.R.H, Jones, D., & Franklin, K. J

4. Hollon, S. D., Dimidjian, S

5. Watson, D., & Tellegen, A

6. Seligman, M

7. positive psychology

8. Rashid, T., & Seligman, M. E. P

9. happiness

را به سه مؤلفه، که از نظر علمی بهتر تعریف‌پذیرند، تقسیم کرد: هیجان مثبت^۱ (زندگی لذت‌بخش^۲)، اشتیاق^۳ (زندگی با اشتیاق^۴) و معنا^۵ (زندگی با معنا^۶). بر اساس این رویکرد، راهبردهایی که به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا زندگی لذت‌بخش، جذاب و بامعنایی را بسازند، «مداخله‌های مثبت‌گرا»^۷ گفته می‌شود (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۳). هر یک از این مداخله‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که یک یا تعداد بیشتری از جنبه‌های شادکامی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (سلیگمن، ۲۰۱۲).

روان‌درمانی مثبت‌گرا بر این فرض استوار است که افسردگی می‌تواند به طور مؤثر نه فقط با کاهش علایم منفی بلکه به طور مستقیم با ساختن هیجان مثبت، تقویت توانمندی‌های فرد و ایجاد معنا درمان شود. ساختن این منابع مثبت ممکن است از وقوع اختلال جلوگیری کرده، یا با علایم منفی مقابله کند و سدی برای عود مجدد اختلال باشد. علایم افسردگی اغلب شامل فقدان هیجان مثبت، فقدان مجذوب‌شدن و فقدان احساس معنا در زندگی است که معمولاً به عنوان پیامدها یا همبسته‌های افسردگی در نظر گرفته می‌شود. در حالی که سلیگمن این علایم را علت افسردگی می‌داند و لذا معتقد است ساختن هیجان‌های مثبت، مجذوب‌شدن و معنا می‌تواند افسردگی را کاهش دهد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶).

سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) پروتکلی برای روان‌درمانی مثبت‌گرا تهیه کرده و کارآمدی آن را در کاهش علایم خفیف تا متوسط افسردگی بررسی کرده‌اند. در این پروتکل مداخله‌هایی برای افزایش هیجان مثبت، شناسایی توانمندی‌ها و افزایش معنا در نظر گرفته شده است. پژوهش‌ها نشان داده است که تقویت احساس معنا و توانمندی‌ها بیش از تقویت احساس

-
1. positive emotion
 2. the pleasant life
 3. engagement
 4. the engaged life
 5. meaning
 6. the meaningful life
 7. positive intervention

لذت با افزایش رضایت از زندگی (ضریب همبستگی $0/39$ در مقابل $0/18$) و کاهش علایم افسردگی (ضریب همبستگی $0/32$ در مقابل $-0/15$) رابطه دارد (هاتا^۱، پترسون، پارک و سلیگمن^۲، ۲۰۰۶؛ لیوبومرסקی، کینگ و دینر^۳، ۲۰۰۵؛ شولر و سلیگمن^۴، ۲۰۱۰). همچنین، هنگامی که افراد از احساس معنا برای تغییر تعبیرشان از وضعیت زندگی از بدشأنی به خوش‌شأنی استفاده کرده‌اند، بیشترین کاهش را در علایم افسردگی نشان داده‌اند (مک‌آدامز، دیاموند، آبین و منزفیلد^۵، ۱۹۹۷؛ پنیبکر^۶، ۱۹۹۳ به نقل از سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). با این حال، در این پروتکل مداخله‌هایی که باعث ایجاد معنا در زندگی افراد می‌شود از لحاظ کمی به اندازه مداخله‌های دو جنبه دیگر نیست (فقط یک مداخله برای ایجاد معنا طراحی شده است).

از سوی دیگر، با توجه به ویژگی‌های مذهبی خاص کشور ما، که ارزش‌های فرهنگی، مذهبی و اجتماعی آن، معیارهایی متفاوت با جوامع غربی و حتی جوامع شرقی دارد (کرمی‌نوری، مکری، محمدی‌فر و یزدانی، ۱۳۸۱)، مصادیق مؤلفه‌های شادکامی مثل هیجان مثبت، توانمندی‌ها و معنا برای افراد در چارچوب این ارزش‌های مذهبی و فرهنگی ممکن است تا حدودی با مصادیق مؤلفه‌های شادکامی در روان‌شناسی مثبت‌گرا متفاوت (دینر، دینر و دینر^۷، ۱۹۹۵؛ دینر، سو، اسمیت و شو^۸، ۱۹۹۵) و مداخله‌های متفاوتی را بطلبد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که دین اسلام برای مقوله شادی اهمیت فراوانی قائل است؛ زیرا این دین برنامه تکامل مادی و معنوی است و بدون شادی زندگی کامل و حیات طیبه، محقق نمی‌شود. در منابع اسلامی، شادی و سرور، ستایش و غم و اندوه، نکوهش شده است. در قرآن کریم تأکید شده است که

1. Hata, V
2. Peterson, C.; Park, N.; Seligman, M. E. P
3. Lyubomirsky, S.; King, L. A.; Diener, E
4. Schueller, S. M.; Seligman, M. E. P
5. Mc Adams, D. P.; Diamond, A.; Aubin, E.; Mansfield, E
6. Pennebaker, J. W
7. Diener, E.; Diener, M.; Diener, C
8. Diener, E.; Suh, E. M.; Smith, H.; Shao, L

اولیای الهی، ترس و اندوهی ندارند (یونس: ۶۲). شادی یکی از ویژگی‌های زندگی بهشتی است (انسان: ۱۱) و اهل بهشت دل‌هایی شاد، چهره‌هایی گشاده و لبانی خندان دارند (عبس: ۳۸ - ۳۹). بر پایه برخی روایات، در کشوری که امنیت و شادی نیست، خیری هم وجود ندارد. به دلیل نقش و اهمیتی که شادی در زندگی انسان دارد، پیشوایان اسلام، رهنمودهای بسیار سودمندی را در زمینه عوامل شادی‌آفرین، موانع شادزیستن و همچنین پیامدها و برکات شادکردن دیگران بیان کرده‌اند. در مقابل، روایات اسلامی در خصوص خطرهایی که از ناحیه غم و اندوه، جسم و جان انسان را تهدید می‌کنند، هشدار داده‌اند و راه‌های درمان این بیماری و ریشه‌کن کردن آن را از زندگی مطرح کرده‌اند (محمدی ری‌شهری و همکاران، ۱۳۹۲).

هرچند لذت‌گرایی در قرن بیستم در اغلب متون روان‌شناسی به شکلی خود را نشان داد، اما تردیدی نیست که رویکرد روان‌شناسی در هزاره جدید، به‌ویژه روان‌شناسی مثبت‌گرا، بیش از آنکه بر رویکرد لذت‌گرا مبتنی باشد، بر پایه رویکرد سعادت‌گرا است (براتی سده، ۱۳۸۸). بر اساس بررسی‌های صورت‌گرفته، واژه معادل happiness در فرهنگ اسلامی «سعادت» است (پسنیده، ۱۳۸۹). در متون دینی، به‌ویژه در احادیث، موضوع سعادت به‌تفصیل بررسی شده است. این متون، برای بیان حقیقت سعادت (حقیقة السعادة)، انسان سعادت‌مند (السعيد)، سعادت‌مندترین انسان (أسعد الناس)، عوامل سعادت (أسباب السعادة)، مصادیق سعادت (من السعادة - ما یعد من السعادة)، نشانه‌های سعادت (أمارة السعادة) و مانند اینها صادر شده‌اند (محمدی ری‌شهری و همکاران، ۱۳۹۲). البته نگاهی دقیق به همه این متون نشان می‌دهد دست‌کم بسیاری از آنها، اگر نگوئیم همه، بیان مصداق کرده‌اند، تا به جای گرفتارشدن در مباحث علمی خشک (که برای عموم مردم جذابیتی ندارد) عوامل مؤثر در تحقق سعادت را برشمردند (پسنیده، ۱۳۹۰). در این متون سعادت ترکیبی پایدار از خیر و سرور است. این یعنی شادکامی از نگاه اسلام، به لحاظ ماهیت، زندگی خوب (خیر) است که شری در آن نیست و به لحاظ هیجانی، زندگی شاد است (سرور) و به لحاظ زمانی، پایدار است، نه مقطعی و لحظه‌ای (پسنیده، ۱۳۹۴: ۲۹-۳۳). بر اساس منابع اسلامی، خیر (زندگی خوب) موجب رضامندی و سرور (زندگی شاد) موجب نشاط می‌شود و در مجموع احساس

شادکامی را به وجود می‌آورند؛ چون الزاماً خوب‌بودن زندگی و وجودی شاد، منجر به احساس شادکامی نمی‌شود (پسنیدیه، ۱۳۹۰). عوامل شادکامی در اسلام متفاوت از روان‌شناسی مثبت‌گرا است (پسنیدیه، ۱۳۸۹). منابع اسلامی مثل آیات قرآن و احادیث پایه رضامندی را باور به خیر بودن تقدیرهای خداوند یا «خیرباوری» می‌داند (پسنیدیه، ۱۳۹۲). اگر کسی باور داشته باشد که آنچه برای او اتفاق می‌افتد تقدیر خداوند است و تقدیر خداوند همواره خیر است، به یکی از عوامل مؤثر بر رضامندی دست خواهد یافت. این‌گونه ارزیابی کردن رویدادهای زندگی را ارزیابی خیرنگر می‌گویند (پسنیدیه، ۱۳۸۹). با توجه به این الگو و همچنین کمبود مداخله‌های معنا در پروتکل سلیگمن، این پرسش اساسی مطرح می‌شود که: آیا استفاده از مداخله‌هایی که مفهوم خیرباوری را در مراجع ایجاد کرده یا تقویت می‌کند، می‌تواند باعث ایجاد معنا و هیجان مثبت در زندگی شود، و در نتیجه بر اساس رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶) افسردگی را کاهش دهد؟

دیویس، نولن هوکسما و لارسن^۱ (۱۹۹۸) در پژوهشی نشان دادند که افراد وقایع اضطراب‌آمیز را به شیوه‌های متفاوتی تعبیر می‌کنند. آنها می‌کوشند برای آن رویداد معنایی بیابند. بعضی آن را روند طبیعی زندگی می‌دانند، بعضی آن را خواست خدا می‌دانند و بعضی آن را پیامد منطقی رفتار خود محسوب می‌کنند. هنگامی که افراد می‌توانند معنایی برای رویدادهای ناخوشایند پیدا کنند بهتر می‌توانند با آن مقابله کنند و در طی ۱۲ ماه بعد علایم افسردگی کمتری نشان می‌دهند (به نقل از لیوبومرסקی^۲، ۲۰۰۸). کینگ و ماینر^۳ (۲۰۰۰) پی بردند افرادی که آموزش داده بودند که تا سه روز و هر روز بیست دقیقه فقط درباره جنبه‌های مثبت و خیر حاصل از تجربه‌های منفی و تلخ زندگی‌شان بنویسند، نسبت به کسانی که آموزش دیده بودند درباره تلخ‌ترین تجربه‌های زندگی‌شان بنویسند، افسردگی کمتری نشان دادند. این پژوهش نشان می‌دهد ترغیب مراجعان به نوشتن درباره خیری که از تجربه‌های منفی در زندگی نصیبشان شده ممکن است بهتر از واداشتن آنها به تجربه کردن دوباره درد

1. Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larsen, J
2. Lyubomirsky, S
3. King, L. A.; Miner, K. N

حاصل از ضربه‌های روحی گذشته باشد که از راه داستان‌گویی هیجانی به آنها دست می‌دهد. در پژوهش دیگری که لی، نزو و نزو^۱ (۲۰۱۴) انجام دادند، رابطه بین مهارت‌های مقابله‌ای مثبت مذهبی با کاهش افسردگی در افراد مبتلا به ایدز بررسی شد. این پژوهش نشان داد مقابله‌های مذهبی نقش مهمی در کاهش افسردگی در این بیماران دارد. افرادی که از این مقابله‌ها استفاده می‌کردند، افسردگی کمتر و کیفیت زندگی بیشتری نشان دادند. همچنین، غباری بناب (۱۳۷۷) در پژوهشی نشان داد توکل به خدا با کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس ارتباط دارد. نجفی (۱۳۸۸) نیز نشان داد معنویت و دینداری از طریق ایجاد امیدواری، خوش‌بینی، عزت نفس و خودکارآمدی باعث افزایش رضایت از زندگی می‌شود. به طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد رفتارهایی که باعث ایجاد معنا در زندگی افراد شده یا به رویدادهای زندگی معنا می‌دهد با کاهش افسردگی و اضطراب رابطه دارد.

نوفرستی (۱۳۹۴) پروتکلی توسعه‌یافته تدوین کرد که در آن مداخله‌هایی که به آموزش و تقویت مفهوم خیرباوری می‌پرداخت به پروتکل اصلی سلیگمن (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶) اضافه شد. یافته‌های به‌دست آمده از این پژوهش نشان داد این پروتکل توانست به میزان چشمگیری باعث کاهش علائم افسردگی و افزایش شادکامی و بهزیستی شود. با توجه به نتایج پژوهش نوفرستی (۱۳۹۴) این پرسش مطرح می‌شود که: آیا پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری می‌تواند علاوه بر کاهش علائم افسردگی باعث کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت نیز شود؟

روش پژوهش

طرح آزمایشی پژوهش

در این مطالعه از طرح خط پایه چندگانه بین آزمودنی‌ها^۲ با دوره پیگیری استفاده شد (سیپانی^۳، ۲۰۰۹). سه آزمودنی از بین افراد مراجعه‌کننده به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی

1. Lee, M.; Nezu, A. M.; Nezu, C. M
2. multiple baseline design
3. Cipani, E

در تهران با شیوه نمونه‌گیری هدفمند^۱ (کازی^۲، ۲۰۰۹) انتخاب شدند و نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از: ۱. داشتن علایم و نشانه‌های افسردگی (نمره BDI آزمودنی بین ۱۴ تا ۳۵ باشد)؛ ۲. سن بیشتر از ۲۵ سال؛ ۳. موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی؛ ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت بود از: ۱. داشتن علایم و اختلالات سایکوتیک و اختلال شخصیت شدید؛ ۲. سوء مصرف دائمی مواد مخدر؛ ۳. داشتن طرح و برنامه جدی برای خودکشی؛ ۴. داشتن علایم افسردگی شدید (نمره BDI آزمودنی بیشتر از ۳۶ باشد)؛ ۵. دریافت درمان شناختی - رفتاری تا سه ماه قبل از ورود به پژوهش؛ ۶. دریافت درمان دارویی منظم تا سه ماه قبل از ورود به پژوهش. یکی از کارشناسان ارشد روان‌شناسی بالینی با ابزارهای مستقل این معیارها را تأیید کرد.

مشارکت‌کنندگان

مراجع اول

مراجع اول زنی ۲۷ ساله و مجرد است که با احساس غمگینی و لذت‌نبردن از زندگی، اعتماد به نفس کم و فراموشی به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. وی اذعان داشت که یک سال پیش علی‌رغم خواست مدیر عامل محل کار قبلی خود از آنجا استعفا کرده و برای رسیدن به وضعیتی بهتر به محل جدیدی منتقل شده بود، اما به هیچ‌کدام از تعهداتی که هنگام ورود به مراجع داده بودند، عمل نشده بود و هر روز اعتماد به نفس او در اثر انتقادهایی که از مافوق دریافت می‌کرد، کمتر می‌شد. همچنین، رگه‌هایی از شخصیت وسواسی داشت و همین مسئله رابطه او را با همکاران تا حدودی تحت تأثیر قرار داده بود. رابطه مراجع با پدرش خوب نبود و اختلاف عقیده زیادی با هم داشتند. وی انگیزه فراوانی برای تغییر وضعیت موجود داشت و مایل بود به دوره قبل از ورود به اتاق بازرگانی برگردد. تاکنون به مرکز مشاوره مراجعه‌ای نداشته و دارویی نیز مصرف نکرده بود.

1. purposeful sampling

2. Cozby, P. C

مراجع دوم

مراجع دوم مردی ۲۵ ساله، مجرد، اهل و ساکن تهران، دانشجوی کارشناسی رشته مهندسی برق در یکی از دانشگاه‌های دولتی در تهران بود که با احساس غمگینی، لذت‌نبردن از زندگی، احساس پوچی و بی‌معنایی در زندگی، گم‌گشتگی، بی‌حوصلگی و مشکلات تحصیلی به مرکز مشاوره مراجعه کرده بود. وی اذعان داشت که در دانشگاه، علی‌رغم میل باطنی، رشته‌ای را می‌خواند که اصلاً با آن موافق نیست، ولی به توصیه همکاران و برای داشتن بازار کار بهتر به تحصیل در این رشته پرداخته است. انگیزه‌ای برای درس خواندن نداشت و همین قضیه باعث شد چند ترم مشروط شود. به توانمندی‌هایش باور نداشت و مدام خودش را برای برخی اشتباهاتش سرزنش می‌کرد. مراجع تاکنون درمان دارویی و روان‌درمانی خاصی در این زمینه انجام نداده بود.

مراجع سوم

مراجع سوم زنی ۴۲ ساله، دیپلمه، خانه‌دار، متأهل، اهل و ساکن تهران است. وی با احساس غمگینی، لذت‌نبردن از زندگی، بی‌معنایی و بی‌هدفی در زندگی، برانگیختگی، پایین‌آمدن تحمل، کم‌حوصلگی و گریه زیاد به مرکز مشاوره مراجعه کرده است. وی حدود ۲۲ سال پیش ازدواج کرده ولی صاحب فرزند نشده است. او تمام درمان‌های احتمالی برای نازایی را انجام داده است که فایده‌ای نداشته و همسر مراجع هیچ‌گونه همکاری برای درمان نازایی با وی نداشته است. سه ماه پیش و بعد از اینکه مراجع قصد داشت بچه‌ای را به فرزندی بپذیرد شوهرش به او اجازه این کار را نداد. لذا علایم و نشانه‌های افسردگی در او بیشتر شد، به طوری که احساس می‌کرد دیگر تحمل این زندگی را ندارد. مراجع تاکنون به هیچ مشاوره مراجعه نکرده و دارویی نیز مصرف نکرده بود.

ابزار

ابزار درجه‌بندی هفده‌پرسی همیلتون برای افسردگی^۱ (HRSD-17): این مقیاس پرکاربردترین مقیاس در پژوهش‌های مربوط به برآیند درمان است که علایم افسردگی را در

1. Hamilton Rating Scale for Depression-۱۷

طی هفته گذشته بررسی می‌کند (هامیلتون^۱، ۱۹۶۰). این مقیاس هفده پرسش دارد و نشانه‌های رفتاری، جسمانی و ذهنی افسردگی را می‌سنجد. همیلتون اعتبار این مقیاس را از طریق ضریب همبستگی بین ارزیاب‌ها از ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ گزارش کرده است. روایی این مقیاس نیز از طریق ضریب همبستگی با پرسش‌نامه افسردگی بک ۰/۹۰ گزارش شد (مخبر، آذربوه و اصغری‌پور، ۱۳۹۲).

مقیاس عاطفه مثبت و منفی^۲ (PANAS): این مقیاس نوعی ابزار خودسنجی ۲۰ گویه‌ای است که برای اندازه‌گیری دو بعد خلق، یعنی «عاطفه مثبت» و «عاطفه منفی» طراحی شده است. هر خرده‌مقیاس ۱۰ گویه دارد و آزمودنی گویه‌ها را روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از یک (بسیار کم) تا پنج (بسیار زیاد) رتبه‌بندی می‌کند. دامنه نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. اعتبار آزمون به شیوه آلفای کرونباخ و بازآزمایی برای عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۸ (۰/۸۷) و ۰/۶۸ و ۰/۷۱ گزارش شده است (واتسون، کلازک و تلگن^۳، ۱۹۸۸). بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) در مطالعه‌ای که بر روی یک جمعیت ۲۵۵ نفری از دانشجویان مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطراب انجام دادند، میزان پایایی برای هر دو مقیاس را به شیوه آلفای کرونباخ یکسان و برابر ۰/۸۷ به دست آوردند. همچنین، این مقیاس توانست به خوبی بیماران مضطرب و افسرده را از هم جدا کند ($p < 5\%$) که بیانگر روایی افتراقی این مقیاس است. در تحلیل عاملی تأییدی^۴ نیز الگوی دو عاملی، برانده‌ترین الگو بود. این مقیاس برای سنجش عاطفه مثبت و منفی در این پژوهش به کار می‌رود.

آزمون جهت‌گیری‌های شادکامی^۵ (OH): این پرسش‌نامه بر اساس نظریه شادکامی اصیل سلیگمن ساخته شد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۵). تحلیل عاملی صورت‌گرفته بر روی آزمون فوق

1. Hamilton, M
2. Positive And Negative Affect Scale (PANAS)
3. Watson, D.; Clark, L. A.; Tellegen, A
4. confirmatory factor analysis
5. orientations of happiness.

نشان‌دهنده سه عامل است که معادل همان سه نوع زندگی سلیگمن است. همسانی درونی این آزمون در آمریکا برای سه خرده‌مقیاس به‌ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ بوده است. براتی سده (۱۳۸۸) ضریب همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۶۷ به دست آورد. ضریب بازآزمایی این آزمون در یک نمونه ۹۵ نفری به فاصله ۵ هفته پس از اجرای اول برای مقیاس کل و خرده‌آزمون‌ها به‌ترتیب ۰/۵۱، ۰/۵۳، ۰/۴۰ و ۰/۵۷ به دست آمد. همچنین، برای بررسی روایی آزمون ضریب همبستگی بین این آزمون با آزمون رضایت از زندگی محاسبه شد که ۰/۵۱ به دست آمد. این پرسش‌نامه برای سنجش ابعاد مختلف نظریه سلیگمن، یعنی لذت، مجذوب‌شدن و معنا، به کار گرفته شد.

شیوه اجرا

هر سه شرکت‌کننده هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند. تفاوت بین شرکت‌کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود. شرکت‌کنندگان بین ۳ تا ۷ هفته مرحله خط پایه را گذراندند. اولین سنجش مرحله خط پایه در پایان جلسه مصاحبه انجام گرفت. بقیه سنجش‌های مرحله خط پایه به صورت هفتگی از شرکت‌کنندگان دریافت شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی وارد مراحل درمان شدند. آنها مقیاس عاطفه مثبت و منفی را در تمام جلسات مداخله، مقیاس جهت‌گیری‌های شادکامی را در مرحله خط پایه، جلسه چهارم و هشتم مداخله و مقیاس همیلتون را فقط در مرحله خط پایه و انتهای جلسه آخر مداخله پر کردند. تمام ارزیابی‌های مرحله خط پایه، فرآیند درمان، جلسات پایانی و پیگیری به کمک کارشناس ارشد روان‌شناسی انجام شد که در زمینه انجام ارزیابی‌ها آموزش لازم را دیده بود. بعد از شروع درمان، هم‌زمان با جلسه سوم مراجع اول، مراجع دوم و هم‌زمان با جلسه پنجم مراجع اول و جلسه سوم مراجع دوم، مراجع سوم وارد مرحله درمان شدند. در پایان جلسات درمان و در جلسه پیگیری دوماهه و چهارماهه، تمام مقیاس‌ها دوباره اجرا شد. خود پژوهشگر درمان را بر عهده داشت. درمانگر دوره‌های آموزشی در زمینه اصول اولیه درمان‌های روان‌شناختی را گذرانده و به شیوه درمان مثبت‌گرا برای افسردگی مسلط است. به منظور نظارت بر کار درمانگر و رعایت یکپارچگی

درمان، درمانگر هفته‌ای یک بار و هر بار به مدت یک ساعت در جلسه‌ای شرکت می‌کرد که تحت نظر راهنمای طرح و برای بررسی میزان پیروی درمانگر از پروتکل درمانی تشکیل می‌شد. برگه‌های تکالیف خانگی بیماران به عنوان گواهی دال بر میزان پیروی بیماران از پروتکل درمانی استفاده، و به ناظر جلسات درمان تحویل داده شد.

جلسات درمان

روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی اجرا شد. قبل از شروع درمان یک جلسه برای توضیح منطق روان‌درمانی مثبت‌گرا و جهت‌دهی به مراجع انجام گرفت. در جلسه اول به منظور ایجاد زمینه مناسب برای درک مفهوم خیرباوری و بیدارکردن این مفهوم در ذهن مراجع، ابتدا مفهوم «پذیرش بنیادین» به عنوان نوعی روش مقابله مؤثر به مراجع آموزش داده شد و از او خواسته شد بکوشد با رویکردی توصیفی و نه «قضاوتی» به رویدادهای اطراف خود نگاه کند و به ثبت قضاوت‌های منفی خود به صورت روزانه بپردازد. در جلسه دوم تکنیک فاصله‌گرفتن از قضاوت‌ها به مراجع آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد تکنیک فاصله‌گرفتن از قضاوت را به مدت ۵ دقیقه حداقل ۵ بار تا هفته آینده انجام دهد. در جلسه سوم به بحث درباره مفهوم خیرباوری و الگوی ارزیابی خیرگرا پرداخته شد و با گفت‌وگوی سقراطی مراجع به سمت مفهوم خیرباوری سوق داده شد و تکنیک خیرباوری در رویدادهای ناخوشایند نیز به مراجع آموزش داده شد. در جلسه چهارم تکنیک عمل متعهدانه برای داشتن زندگی مبتنی بر ارزش‌ها آموزش داده شد و از مراجع خواسته شد مقیاس ارزش‌های زندگی را تکمیل کند. در جلسه پنجم مراجع با توانمندی‌های فردی و فضیلت‌های اخلاقی آشنا شد و یاد گرفت چگونه از این توانمندی‌ها به شیوه نو در زندگی استفاده کند. در جلسه ششم مراجع با هیجان‌های مثبت و نقش آن در کاهش علایم افسردگی آشنا شد و تکنیک «لذت‌بردن» به او آموزش داده شد و از او خواسته شد در روزهای بعد، از این تکنیک‌ها استفاده کند. همچنین، در این جلسه بر اهمیت برقراری رابطه عاطفی با خداوند نیز تأکید شد و تکنیک‌هایی برای تقویت این رابطه به مراجع آموزش داده شد. در

جلسه هفتم مراجع با مفهوم قدردانی کردن و نقش آن در کاهش افسردگی آشنا شد و از او خواسته شد دو نامه قدردانی یکی برای خداوند و دیگری برای فردی که در زندگی به او مدیون است، بنویسد. در جلسه هشتم مراجع با نقش روابط اجتماعی در کاهش افسردگی آشنا شد و از او خواسته شد کاربرگ مربوط به نحوه پاسخ‌دهی فعال - سازنده را پر کند.

تحلیل داده‌ها

در طرح‌های تک‌آزمودنی روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از نمودار و تحلیل دیداری^۱ آن است (لین و گاست^۲، ۲۰۱۴). در این پژوهش، علاوه بر تحلیل دیداری نمودار از معناداری بالینی نیز استفاده شد. همچنین، برای محاسبه اندازه اثر^۳ از روش «میانگین کاهش از خط پایه»^۴ استفاده شد. در این روش، میانگین مشاهدات مرحله درمان یا پیگیری از میانگین مشاهدات خط پایه کم می‌شود؛ سپس تقسیم بر میانگین مشاهدات خط پایه شده و حاصل در ۱۰۰ ضرب می‌شود.

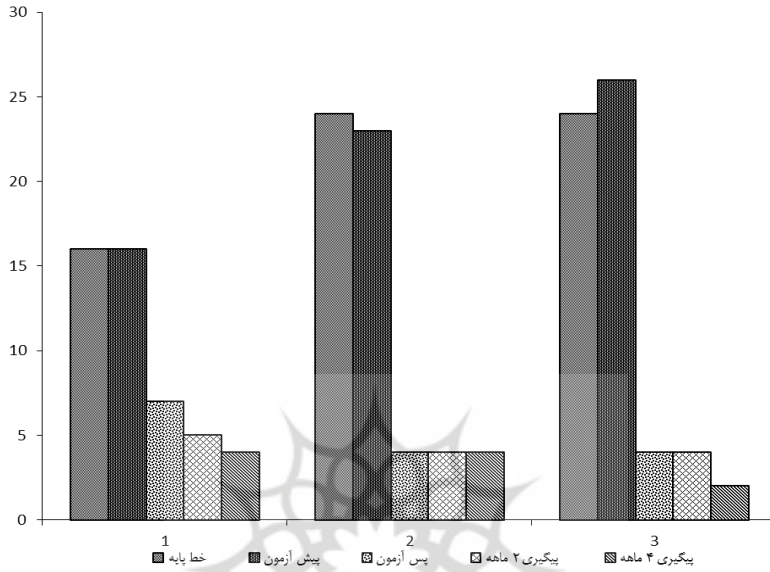
یافته‌ها

تراز نمرات مراجعان در مقیاس افسردگی همیلتون در جدول یک ترسیم شده است. یافته‌های جدول یک نشان می‌دهد هر سه مراجع در مرحله خط پایه نمره‌ای بالاتر از ۷ را در مقیاس افسردگی همیلتون به دست آورده‌اند که بیانگر افسردگی متوسط تا شدید مراجعان (راش و همکاران^۵، ۲۰۰۶) در این مرحله است. همچنین، روند نمرات هر سه مراجع در این مقیاس در مرحله پیش‌آزمون نیز تغییری نداشته و در مراجع سوم، علایم اندکی افزایش نیز یافته است (نمودار یک). با این حال، بعد از جلسات مداخله و در پس‌آزمون روند نمره هر یک

1. visual analysis
2. Lane, J. D.; Gast, D. L
3. effect size
4. Mean Baseline Reduction (MBLR)
5. Rush & et al

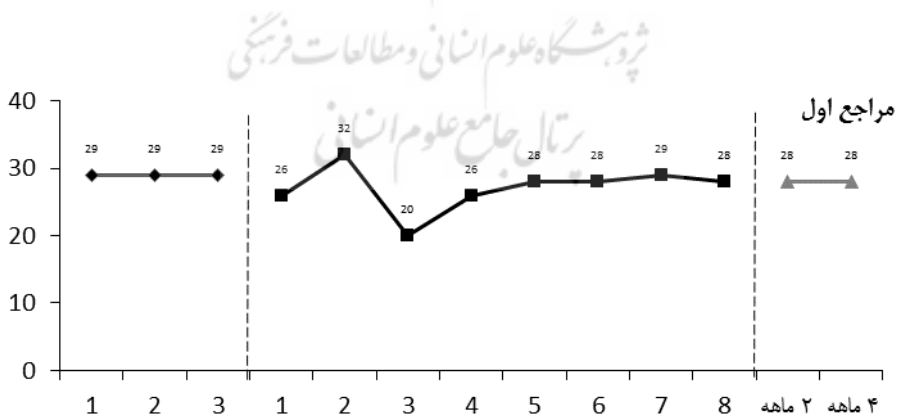
از مراجعان در این مقیاس کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد. بخش عمده‌ای از تغییرات به‌دست‌آمده در طول دوره پیگیری دوماهه و چهارماهه نیز تداوم یافته است. از سوی دیگر، هر سه مراجع در پایان جلسات مداخله و پیگیری چهارماهه نمره‌ای معادل ۷ یا کمتر در مقیاس افسردگی همیلتون به دست آورده‌اند که بیانگر معناداری بالینی (راش و همکاران، ۲۰۰۶) تراز نمرات هر سه مراجع در پایان مداخله و دوره پیگیری چهارماهه است.

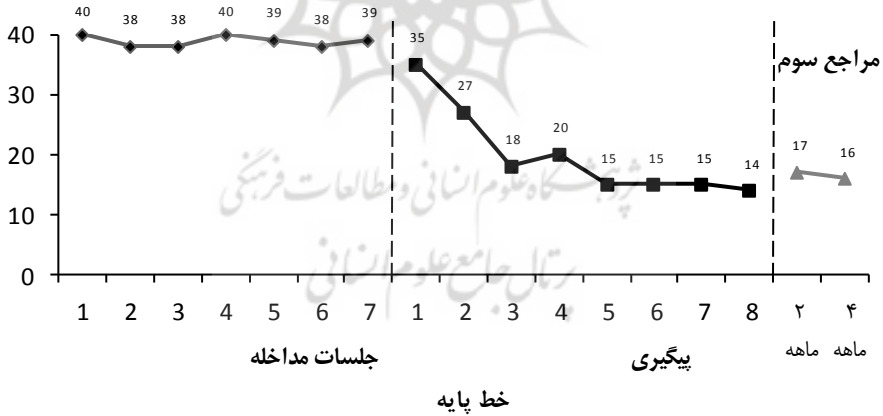
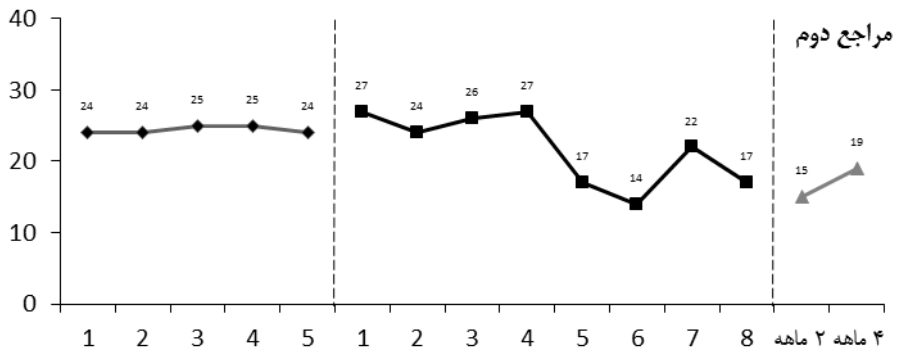
تراز نمرات مراجعان در خرده‌مقیاس عاطفه منفی در نمودار دو ترسیم شده است. یافته‌های نمودار دو نشان می‌دهد که هر سه مراجع در مرحله خط پایه نمره‌ای بیشتر از ۲۱، که میانگین عاطفه منفی در افراد عادی است (محمدی، ۱۳۹۰)، به دست آورده‌اند که بیانگر عاطفه منفی زیاد مراجعان در این مرحله است. همچنین، روند نمرات هر سه مراجع در مرحله پیش‌آزمون نیز تغییری نداشته است. با این حال، بعد از شروع جلسات مداخله و در پس‌آزمون روند نمره مراجع دوم و سوم کاهش چشمگیری را نشان می‌دهد. مراجع اول کاهش ناچیزی را در نمرات عاطفه منفی نشان می‌دهد. بخش عمده‌ای از تغییرات به‌دست‌آمده در طول جلسات مداخله در دوره پیگیری چهارماهه نیز همچنان تداوم یافته است. گرچه درمان برای هر سه مراجع مؤثر بوده، ولی بیشترین تأثیر را برای مراجع دوم و سوم داشته است (جدول یک). تراز نمرات مراجعان در خرده‌مقیاس عاطفه مثبت در نمودار سه ترسیم شده است. یافته‌های نمودار سه نشان می‌دهد که هر سه مراجع در مرحله خط پایه نمره‌ای کمتر از ۳۴، که میانگین عاطفه مثبت در افراد عادی است (محمدی، ۱۳۹۰)، به دست آورده‌اند که بیانگر عاطفه مثبت کم در مراجعان است. همچنین، روند نمرات هر سه مراجع در مرحله پیش‌آزمون نیز تغییری نداشته است. با این حال، بعد از شروع جلسات مداخله و در پس‌آزمون روند نمره هر سه مراجع افزایش یافته است. بخش عمده‌ای از تغییرات به‌دست‌آمده در طول جلسات مداخله در دوره پیگیری چهارماهه نیز همچنان تداوم یافته است. گرچه درمان برای هر سه مراجع مؤثر بوده است ولی بیشترین تأثیر را برای مراجع اول و سوم داشته است (جدول یک).



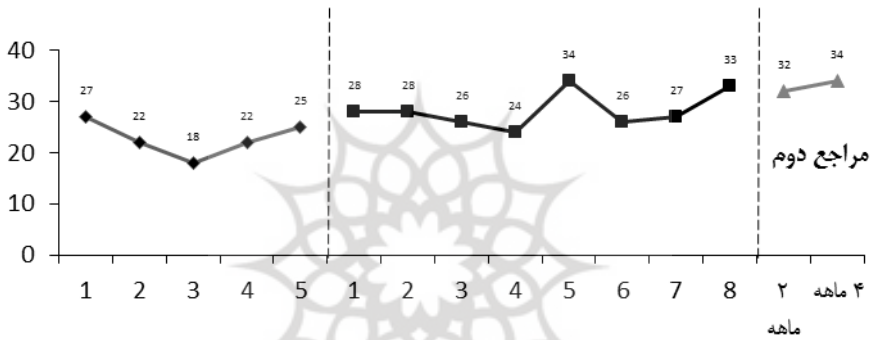
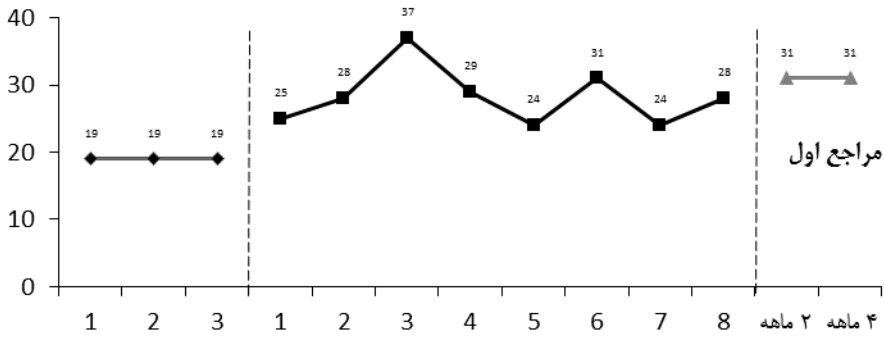
نمودار ۱: نمرات مراجعان در مقیاس همیلتون در مرحله خط پایه،

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



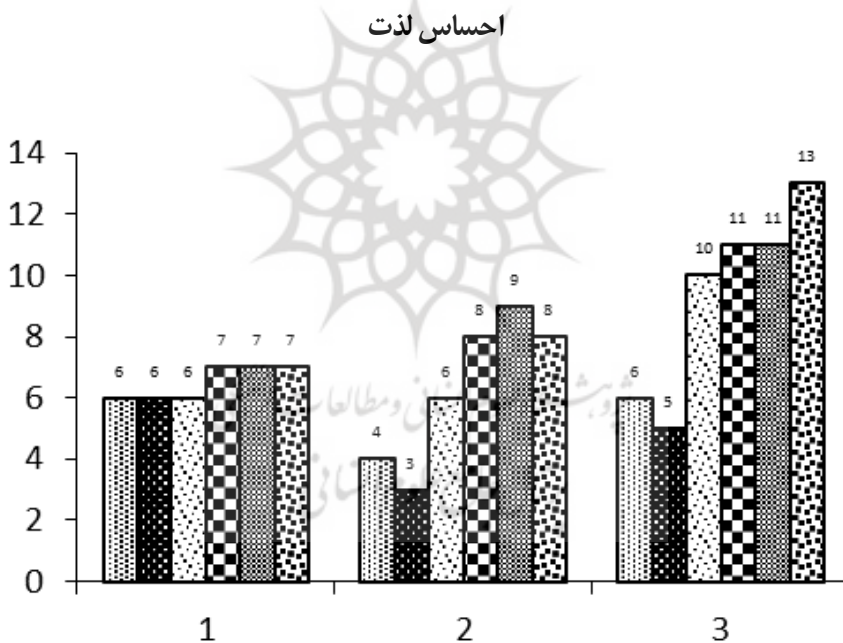


نمودار ۲: نمرات مراجعان در خرده‌مقیاس عاطفه منفی در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

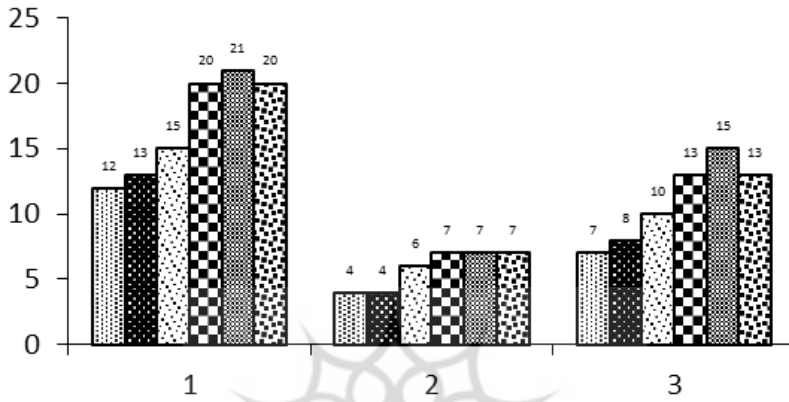


نمودار ۳: نمرات مراجعان در خرده‌مقیاس عاطفه مثبت در مرحله خط پایه، جلسات مداخله و پیگیری

همچنین، نمره هر کدام از مراجعان در خرده‌مقیاس احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا در هفته اول خط پایه، پیش‌آزمون، جلسه چهارم مداخله، هفته آخر مداخله (پس‌آزمون) و ۴ ماه بعد از آخرین جلسه مداخله (پیگیری) در نمودار چهار نشان داده شده است. بر اساس نمودار، تراز نمرات هر سه مراجع در خرده‌مقیاس‌های احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا بعد از جلسات مداخله و در پس‌آزمون افزایش یافته و روند تغییر نمرات صعودی و رو به بهبود است.



تقویت توانمندی‌ها



احساس معنا



نمودار ۴: نمرات مراجعان در خرده‌مقیاس احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و احساس معنا

جدول ۱: درصد تغییر و نمرات مراجعان در مقیاس‌های مختلف در مرحله خط پایه، جلسات درمان و پیگیری چهارماهه

مراجع	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	درصد تغییر	پیگیری	درصد تغییر	بهبود کلی
مقیاس افسردگی همیلتون						
۱	۱۶	۷	۵۶	۵	۷۵	
۲	۲۳	۴	۸۲	۴	۸۲	۸۵
۳	۲۶	۴	۸۴	۴	۱۰۰	
آزمون جهت‌گیری (لذت)						
۱	۶	۷	۱۶	۷	۱۶	
۲	۴	۸	۱۰۰	۸	۱۰۰	۸۴
۳	۶	۱۱	۱۰۰	۱۳	۱۳۶	
آزمون جهت‌گیری (توانمندی‌ها)						
۱	۱۲	۲۰	۶۰	۲۰	۶۰	
۲	۴	۷	۷۵	۷	۷۵	۷۰
۳	۷	۱۳	۷۳	۱۳	۷۳	
آزمون جهت‌گیری (احساس معنا)						
۱	۹	۱۲	۳۴	۱۴	۵۵	
۲	۴	۶	۵۰	۶	۰۵	۲۱۵
۳	۳	۱۲	۳۰۰	۱۶	۵۴۰	
عاطفه مثبت						
۱	۱۹	۲۸	۴۷	۳۱	۶۳	
۲	۲۷	۳۳	۴۵	۳۲	۴۹	۵۲
۳	۳۰	۳۷	۳۲	۳۷	۴۶	
عاطفه منفی						
۱	۲۹	۲۸	۳	۲۸	۳	
۲	۲۴	۱۷	۳۰	۱۵	۳۲	۲۸
۳	۴۰	۱۴	۶۴	۱۷	۶۰	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری (نوفرستی، ۱۳۹۴) که نوعی پروتکل توسعه‌یافته از روان‌درمانی مثبت‌گرا (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶) متناسب با ساختار فرهنگی و مذهبی ایران است، می‌تواند به عنوان نوعی مداخله کوتاه‌مدت مؤثر نه تنها باعث کاهش علائم افسردگی و عاطفه منفی شود، بلکه عاطفه مثبت را نیز افزایش دهد. همچنین، یافته‌های این پژوهش از این باور حمایت می‌کند که روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری می‌تواند به طور مؤثری از طریق افزایش احساس لذت، تقویت توانمندی‌ها و افزایش معنا باعث کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت شود. این نتایج با یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش‌های سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵)، سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶)، سین و همکاران^۱ (۲۰۰۹)، پارکز-شینر^۲ (۲۰۰۹)، لایوس و همکاران^۳ (۲۰۱۱)، سنف و لیو^۴ (۲۰۱۳)، بولیر و همکاران^۵ (۲۰۱۳)، سرچنت و مانگرین^۶ (۲۰۱۴)، مایولینو و کوپیر^۷ (۲۰۱۴)، هافمن و همکاران^۸ (۲۰۱۴)، کاسیمرسکی^۹ (۲۰۱۴)، اصغری‌پور (۱۳۹۰) و براتی سده (۱۳۸۸) همسو است. بنابراین، به نظر می‌رسد روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری نیز بدون تأکید بر علائم منفی افسردگی و فقط با افزایش احساس لذت (جنبه‌های مادی و معنوی)، مجذوب‌شدن و احساس معنا و هدفمندی در زندگی می‌تواند باعث کاهش علائم افسردگی و عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت شود.

آموزش «تکنیک پذیرش بنیادین» و «فاصله‌گرفتن از قضاوت‌ها» در دو جلسه ابتدای

1. Sin, N. L.; Dellaporta, M. D.; Lyubomirsky, S
2. Parks-Sheiner, A. C
3. Layous, K.; Chancellor, J.; Lyubomirsky, S.; Wang, L.; Doraiswamy, M
4. Senf. K.; Liau, A
5. Bolier, L.; Haverman, M.; Westerhof, G.; Riper, H.; Smit, F.; Bohlmeijer, E
6. Bolier, L.; Haverman, M.; Westerhof, G.; Riper, H.; Smit, F.; Bohlmeijer, E
7. Maiolino, N. B.; Kuiper, N. A
8. Huffman, J. C. & et al
9. Kasimirski, J

درمان، به مراجع کمک می‌کند در هنگام رویارویی با موقعیت‌های ناخوشایند و ناکام‌کننده به جای قضاوت کردن به توصیف آن موقعیت بپردازد و از افزایش عواطف منفی جلوگیری کند (لینهان، ۱۹۹۳). افزایش نیافتن عواطف منفی به فرآیندهای حل مسئله مراجع فرصت می‌دهد که او را به سمت روش‌های مقابله مؤثر با موقعیت ناخوشایند سوق دهد. این فرآیند باعث شکستن چرخه منفی و در نتیجه کاهش عاطفه منفی و افزایش عاطفه مثبت می‌شود. آموزش خیرباوری در جلسه سوم با ایجاد فکر مثبت می‌تواند به فرآیند ایجاد شده در جلسات قبل کمک کند. تعیین ارزش‌های زندگی مراجع و سپس تبدیل این ارزش‌ها به اهداف عینی و متعهد شدن مراجع به انجام دادن رفتارهایی که باعث رسیدن او به اهداف برگرفته از ارزش‌های زندگی او می‌شود، می‌تواند معنایی خاص به زندگی مراجع داده، باعث ایجاد هیجان مثبت در او شود. لذت بردن از زندگی از طریق افزایش طمأنینه در انجام دادن کارهای روزمره زندگی باعث ایجاد عواطف مثبت می‌شود. همچنین، برقراری ارتباط با خداوند مراجع را به سمت لذت‌های معنوی سوق می‌دهد که خود می‌تواند از طریق ایجاد معنا و هیجان مثبت باعث کاهش عواطف منفی و افزایش عاطفه مثبت شود. ملاقات قدردانی می‌تواند حافظه مراجع را از توجه به جنبه‌های تلخ روابط گذشته به سمت حفظ جنبه‌های مثبت، که دوستان و خانواده برای او انجام داده‌اند، متمرکز کند. همچنین، نوشتن نامه قدردانی به خداوند مراجع را به این سمت سوق می‌دهد که به جای توجه به ابعاد منفی زندگی خود، بدشانسی‌ها و رویدادهای ناخوشایند به ابعاد مثبت زندگی، خوش‌شانسی‌ها و رویدادهای خوشایند توجه کند. از آنجا که افراد افسرده توجه بیشتری به ابعاد منفی دارند، این تکنیک به آنان کمک می‌کند از سوگیری‌های حافظه کم کنند و این فرآیند خود باعث ایجاد افکار مثبت در مراجع می‌شود. آموزش مراجعان برای پاسخ دادن به شیوه‌ای فعال و سازنده به اخبار مربوط به دوستان، همکاران و خانواده مهارت‌های اجتماعی آنها را بهبود می‌بخشد. این شیوه پاسخ‌دهی باعث فراخواندن واکنش‌های مناسب دیگران به مراجع شده، هیجان مثبت و معنا در مراجع ایجاد می‌کند و از این طریق به

کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت می‌پردازد.

از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش همسو با آیات و روایاتی است که نشان می‌دهد رضایت از تقدیر خداوند به طور کلی و پذیرش موقعیت‌های ناخوشایند و صبرکردن در مقابل آنها و شکرگزاری و قدردانی از رویدادهای خوشایند به طور خاص باعث کاهش رنج و اندوه و عاطفه منفی و همچنین افزایش عواطف مثبت می‌شود. الگوی اسلامی شادکامی (پسندیده، ۱۳۹۲) چارچوب نظری مناسبی را برای تبیین این نتایج فراهم کرده است. در این الگو رضامندی از کل تقدیر و صبر در تقدیر ناخوشایند و شکر از تقدیر خوشایند، بر پایه اصل «خیربودن قضا» استوار است. امام صادق علیه السلام سخنی از خداوند متعال نقل می‌کند که: «عَبْدِي الْمُؤْمِنُ لَا أَصْرِفُهُ فِي شَيْءٍ إِلَّا جَعَلْتُهُ خَيْرًا لَهُ، فَلْيَرْضَ بِقَضَائِي، وَلْيَصْبِرْ عَلَيَّ بَلَائِي، وَلْيَشْكُرْ نِعْمَائِي» (کلینی، ۱۴۰۷: ۶۱، ح ۶). در این الگو، واکنش مؤثر به رویداد ناخوشایند، که مانع از افزایش ناراحتی و در نتیجه مواجهه مؤثر با آن موقعیت می‌شود، صبر است. برای رسیدن به رضامندی در سختی‌ها و تحقق شادکامی پایدار، باید بردبار بود و مشکلات را تحمل کرد. صبر یعنی «تحمل کردن سختی‌ها و دشواری‌ها و پرهیزکردن از جَزَع و بی‌تابی» (ابن‌فارس، ۱۴۰۴: ۴۳۸/۴؛ ابن‌منظور، ۱۴۱۴: ۴۳۸/۴؛ طریحی، ۱۳۷۵: ۱۰۰۳/۲؛ ابن‌اثیر، ۱۳۶۷: ۷/۳؛ راغب اصفهانی، ۱۴۱۲: ۴۷۴). بر اساس این تعریف، موضوع اساسی صبر، «امور ناخوشایند»ی است که نَفْس در برابر آنها بی‌تاب می‌شود و به جَزَع و فزع روی می‌آورد. اتفاقاً در برخی روایات می‌توان این حقیقت را یافت. در این روایات، به نکته محوری، یعنی امور ناخوشایند، که در ادبیات دین از آن با عنوان «مکروه» یاد می‌شود، اشاره شده است.^۱ اینها نشان می‌دهد که معنای صبر از دیدگاه روایات، تحمل سختی است (پسندیده، ۱۳۹۴: ۱۸۰ به بعد). صبر از طریق کاهش فشار روانی و «مهار خلق منفی» موجب رضامندی می‌شود. کسی که دچار سختی می‌شود، در

۱. پیامبر خدا صلی الله علیه و آله: «فِي الصَّبْرِ عَلَى مَا يَكْرَهُ خَيْرٌ كَثِيرٌ» (شهید ثانی، بی‌تا: ۴۸)؛ در نامه امام علی علیه السلام به فرزندانش امام حسن علیه السلام نیز آمده است: «عَوَّدَ نَفْسَكَ التَّصَبُّرَ عَلَى الْمَكْرُوهِ وَ نِعَمَ الْخُلُقِ الصَّبْرُ» (سید رضی، ۱۴۲۴، نامه ۳۱)؛ از مسیح علیه السلام نیز نقل شده است که فرمود: «إِنَّكُمْ لَا تُدْرِكُونَ مَا تُحِبُّونَ إِلَّا بِصَبْرِكُمْ عَلَى مَا تَكْرَهُونَ» (شهید ثانی، بی‌تا، ص ۴۸).

تنگنای روانی قرار می‌گیرد و خلق منفی در وی شکل می‌گیرد. بی‌تابی کردن، محنت را بزرگ‌تر می‌کند^۱ و اگر بی‌تابی بر کسی چیره شود، روی آسایش نخواهد دید.^۲ سر آن هم این است که بی‌تابی کردن نمی‌تواند تقدیر را برگرداند.^۳ از این رو است که امام کاظم علیه السلام مصیبت را برای شخص بی‌تاب، دو برابر می‌داند.^۴ لذا عقل حکم می‌کند که انسان، ناخوشایند اندک را تحمل کند و با بی‌تابی کردن، بر مشکلات خود نیفزاید.^۵ هرچند صبرکردن، دشوار است، ولی دشوارتر از پیامدهای بی‌تابی کردن نیست.^۶

همچنین، این الگو واکنش مؤثر به رویدادهای خوشایند را قدردانی و شکرکردن می‌داند. سپاس‌گزاری، آرایه نعمت^۷ و دوران خوشایند^۸ است. بهترین^۹ و گرامی‌ترین^{۱۰} بندگان خدا کسانی هستند که وقتی به آنها عطا می‌شود، شکر می‌کنند. شکرکردن باعث افزایش هیجان مثبت می‌شود. زیرا موضوع شکر، داشته‌های زندگی است. وقتی فرد، داشته‌های زندگی خود

۱. امام علی علیه السلام: «الْجَزَعُ يُعْظِمُ الْمِحْنَةَ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۱۹)؛ ایشان در کلام دیگری می‌فرماید: «بِكَثْرَةِ الْجَزَعِ تَعْظِمُ الْفَجِيعَةَ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۲۹؛ لیبی، ۱۳۷۶: ۱۸۷). همچنین ایشان تأکید می‌کند: «الْجَزَعُ عِنْدَ الْمُصِيبَةِ يَزِيدُهَا وَالصَّبْرُ عَلَيْهَا يُبِيدُهَا» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۲۶)؛ و در کلام دیگری می‌فرماید: «الْجَزَعُ عِنْدَ الْبَلَاءِ تَمَامُ الْمِحْنَةِ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۲۲؛ لیبی، ۱۳۷۶: ۶۷)؛ نیز می‌فرماید: «الْجَزَعُ عِنْدَ الْمُصِيبَةِ أَشَدُّ مِنَ الْمُصِيبَةِ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۲۳)؛ و باز می‌فرماید: «مَنْ جَزَعَ عَظَمَتْ مُصِيبَتُهُ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۳۱؛ لیبی، ۱۳۷۶، ۴۲۹).

۲. پیامبر خدا صلی الله علیه و آله: «مَنْ اسْتَوْلَى عَلَيْهِ الصَّحْرُ رَحَلَتْ عَنْهُ الرَّاحَةُ» (شیخ صدوق، ۱۴۰۴، ج ۴، ص ۳۵۵، ح ۵۷۶۲).

۳. امام علی علیه السلام: «الْجَزَعُ لَا يَدْفَعُ الْقَدْرَ وَلَكِنْ يُحِيطُ الْأَجْرَ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۲۵؛ لیبی، ۱۳۷۶: ۲۱).

۴. «الْمُصِيبَةُ لِلصَّابِرِ وَاحِدَةٌ وَلِلْحَازِعِ اثْنَانِ» (ابن شعبه، ۱۳۸۲: ۴۱۴). امام علی علیه السلام: «الْمُصِيبَةُ وَاحِدَةٌ وَإِنْ جَزَعْتَ صَارَتْ اثْنَيْنِ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۲۴؛ لیبی، ۱۳۷۶: ص ۲۶).

۵. امام علی علیه السلام می‌فرماید: «لَا تَجَزَعُوا مِنْ قَلِيلٍ مَا أَكْرَهَكُمْ فَيُوقِعْكُمْ ذَلِكَ فِي كَثِيرٍ مِمَّا تَكْرَهُونَ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۳۸؛ لیبی، ۱۳۷۶: ۵۲۳).

۶. امام علی علیه السلام: «الْجَزَعُ أَنْعَبَ مِنَ الصَّبْرِ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۵۶۲۰).

۷. امام علی علیه السلام: «السُّكْرُ زِينَةٌ لِلنَّعْمَاءِ»؛ نیز می‌فرماید: «السُّكْرُ زِينَةُ الْغِنَى» (سید رضی، ۱۴۲۴، حکمت ۳۴۰).

۸. امام علی علیه السلام: «السُّكْرُ زِينَةُ الرَّخَاءِ وَحِصْنُ النَّعْمَاءِ» (آمدی، ۱۳۷۳، ح ۱۳۵۱).

۹. امام باقر علیه السلام: «سَبَّلَ النَّبِيُّ صلی الله علیه و آله عَنْ خِيَارِ الْعِبَادِ فَقَالَ: الَّذِينَ إِذَا أَحْسَنُوا اسْتَبَشَرُوا، وَإِذَا أَسَاؤُوا اسْتَغْفَرُوا، وَإِذَا أُعْطُوا شَكَرُوا، وَإِذَا ابْتُلُوا صَبَرُوا وَإِذَا غَضِبُوا عَفَرُوا» (کلینی، ۱۴۰۷: ۲/۲۴۰).

۱۰. وقیل لابی عبد الله علیه السلام: «مَنْ أَكْرَمَ الْخَلْقِ عَلَى اللَّهِ؟ قَالَ: مَنْ إِذَا أُعْطِيَ شَكَرَ، وَإِذَا ابْتُلِيَ صَبَرَ» (مجلسی، ۱۳۸۸: ۱۸۴/۵۳، ح ۷).

را بیابد، احساس محرومیت کاهش و احساس برخورداری، افزایش می‌یابد. از مسائل مهم در این حوزه، موازنه نعمت و محرومیت است. اگر کفه ترازو به سمت محرومیت سنگین شود، احساس نارضایتی افزایش می‌یابد و هر چه کفه نعمت‌ها افزایش یابد، از میزان نارضایتی کاسته و بر رضامندی افزوده می‌شود. به عبارت دیگر، فرد «خیر»‌های زندگی خود را می‌بیند و از همین طریق احساس مثبت در زندگی پیدا می‌کند.

همچنین، یافته‌های پژوهش، همسو با آیات و روایاتی است که نشان می‌دهد انجام‌دادن رفتارهایی که باعث ایجاد هیجان مثبت و شادی می‌شود، می‌تواند باعث از بین رفتن غم و اندوه و افزایش منابع فردی و در نتیجه افزایش عاطفه مثبت و شادکامی شود. امام علی علیه السلام در این باره می‌فرماید: «السُّرورُ يَبْسُطُ النَّفْسَ وَيُثَبِّرُ النَّشَاطَ» (غررالحکم، ح ۲۰۲۳، به نقل از: پسندیده، ۱۳۹۲). همچنین، امام کاظم علیه السلام در مدلی چهاربخشی، که برای برنامه‌ریزی ساعات روزانه مطرح کرده‌اند، مناجات، کسب روزی، روابط با همکاران و نیز لذت را گنجانده‌اند و درباره لذت چنین فرموده‌اند: «زمانی را برای خلوت برای لذت‌های غیرحرام قرار دهید و به وسیله این زمان، توان انجام سه کار نخست را پیدا کنید. با برآوردن خواست‌های روای خود تا آنجا که به شخصیت صدمه نزند و اسراف نباشد، خویشتن را از دنیا بهره‌مند سازید و از دنیا در کارهای دینتان کمک بگیرید» (ابن شعبه حرانی، ۱۳۸۲).

یافته‌های حاصل از این پژوهش، با پژوهش‌های کینگ و ماینر (۲۰۰۰)، لی و همکاران (۲۰۱۴)، غباری بناب (۱۳۷۷)، نجفی (۱۳۸۸)، مهرابی‌زاده و همکاران (۱۳۹۰) که نشان می‌دهند مقابله‌های مذهبی از طریق ایجاد احساس معنا و هیجان مثبت باعث کاهش افسردگی و افزایش عاطفه مثبت می‌شوند، همخوان است. افرادی که فعالیت‌های مذهبی را به جا می‌آورند، ممکن است به چهار دلیل شادتر از سایر افراد باشند: اول اینکه، دین نوعی سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند (سلیگمن، ۲۰۰۲). سامانه‌های باور دینی به برخی افراد امکان می‌دهد به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر، که در روند چرخه زندگی رخ می‌دهند، معنا دهند و به زندگی بعدی که در آن این‌گونه دشواری‌ها وجود ندارد امیدوار و خوش‌بین باشند. دوم

اینکه، افراد مؤمن ارتباط عمیقی بین خود با خداوند برقرار می‌کنند و خداوند به منبع دل‌بستگی تبدیل می‌شود که می‌توانند در موقعیت‌های دشوار به آن اتکا کنند. سوم اینکه، حضور مرتب در فعالیت‌های مذهبی و جزء جامعه مذهبی بودن، برای افراد حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد. چهارم اینکه، پرداختن به مذهب اغلب با سبک زندگی جسمانی و روانی سالم‌تر همراه است که مشخصه آن وفاداری زناشویی، رفتار نوع‌دوستانه اجتماع‌خواه (به جای ارتکاب جرم) اعتدال در تغذیه و مصرف مشروبات و پای‌بندی به کار سخت است.

پژوهش حاضر به دلیل کاربرد پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری به شکل درمان انفرادی در فرهنگی متفاوت از فرهنگ غرب در نوع خود بدیع است. با این حال، با توجه به اینکه این پژوهش با ۳ مراجع انجام گرفت، تعمیم‌پذیری دستاوردهای درمان به سایر افراد دارای علائم و نشانه‌های افسردگی امکان‌پذیر نیست. لذا پیشنهاد می‌شود اثربخشی شکل انفرادی این روش درمان با حجم نمونه بیشتر بررسی شود.

منابع

- آمدی، عبد الواحد بن محمد (۱۳۷۳)، غرر الحکم و درر الکلم، ترجمه و شرح: آقا جمال خوانساری، تهران: دانشگاه تهران.
- ابن اثیر، مبارک بن محمد (۱۳۶۷). النهایة فی غریب الحدیث والأثر، قم: اسماعیلیان، چاپ چهارم.
- ابن شعبه، حسن بن علی حرّانی (۱۳۸۲). تحف العقول، قم: آل علی.
- ابن فارس، احمد (۱۴۰۴). معجم مقاییس اللغة، قم: مکتب الاعلام الاسلامی، چاپ اول.
- ابن منظور، محمد بن مکرم (۱۴۱۴). لسان العرب، بیروت: دار صادر، الطبعة الرابعة.
- اصغری‌پور، نگار (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا با روان‌درمانی شناختی - رفتاری در کاهش علائم افسردگی اساسی، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی ایران، استاد راهنما: علی صاحبی.
- بخشی‌پور، عباس؛ دژکام، محمود (۱۳۸۴). «تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی»، در: مجله روان‌شناسی، ش ۳۶، ص ۳۵۱-۳۶۵.

براتی سده، فرید (۱۳۸۸). اثربخشی مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی؛ مدلی برای اقدام، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، استاد راهنما: محمود گلزاری.

پسنیدیه، عباس (۱۳۸۹). مبانی و عوامل شادکامی در اسلام با رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، رساله دکتری مدرسی معارف اسلامی، دانشکده علوم و حدیث، استاد راهنما: محمود گلزاری. پسنیدیه، عباس (۱۳۹۰). «مؤلفه‌های احساس سعادت‌مندی در احادیث با رویکرد روان‌شناختی»، در: علوم حدیث، ش ۶۲، ص ۱۱۹ - ۱۴۰. پسنیدیه، عباس (۱۳۹۱). «پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام»، در: روان‌شناسی و دین، ش ۲۰، ص ۸۵-۱۰۴.

پسنیدیه، عباس (۱۳۹۲). الگوی اسلامی شادکامی، قم: دارالحدیث. راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۴۱۲). مفردات الفاظ القرآن، بیروت: دار القلم، الطبعة الاولى.

سید رضی، محمد بن الحسین الموسوی (۱۴۲۴). نهج البلاغه، شرح: صبحی صالح، قم: دارالحدیث.

شهید الثانی، زین الدین بن علی الجبعی العاملی (بی‌تا). مسکن الفؤاد، قم: مکتبه بصیرتی. شیخ صدوق، محمد بن علی ابن بابویه قمی (۱۴۰۴) من لا یحضره الفقیه، قم: مؤسسه انتشارات اسلامی.

طریحی، فخرالدین بن محمد (۱۳۷۵). مجمع البحرین، تهران: مرتضوی، چاپ سوم. غباری بناب، باقر (۱۳۷۷). «توکل بر خدا»، در: قبسات، ش ۸ و ۹، ص ۱۰۴-۱۱۷. کرمی نوری، رضا؛ مکرری، آذرخش؛ محمدی‌فر، محمد و یزدانی، اسماعیل (۱۳۸۱). «مطالعه عوامل مؤثر بر احساس شادی و بهزیستی در دانشجویان دانشگاه تهران»، در: روان‌شناسی و علوم تربیتی، ش ۶۴، ص ۳-۴۲.

کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷). الکافی، تهران: دارالکتب الاسلامیه، چاپ چهارم. لیثی واسطی، علی بن محمد (۱۳۷۶)، عیون الحکم و المواعظ، تحقیق: حسین الحسنی البیرجندی، قم: دار الحدیث.

محمدی ری‌شهری، محمد، و همکاران (۱۳۹۲). الگوی شادی بر پایه قرآن و حدیث، قم: دارالحدیث.

محمدی، نورالله (۱۳۹۰). «ساختار عاملی فرم‌های رگه و حالت از مقیاس‌های عاطفه‌های مثبت و منفی»، در: علوم رفتاری، ش ۱۵، ص ۲۱-۲۶.

مخبر، نغمه؛ آذرپژوه، محمودرضا؛ اصغری‌پور، نگار (۱۳۹۲). «تأثیر درمان با سیتالوپرام بر افسردگی و وضعیت شناختی بیماران مبتلا به سکتة مغزی»، در: مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۰، ش ۱ (۶۷)، ص ۶-۱۴.

مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ هاشمی، سید اسماعیل؛ بساک‌نژاد، سودابه (۱۳۹۰). «بررسی تأثیر درمان چندوجهی اسلامی بر افسردگی و عزت نفس دانشجویان»، در: روان‌شناسی و دین، ش ۱۵، ص ۳۱-۴۸.

مجلسی، محمد باقر بن محمد تقی (۱۳۸۸). بحار الأنوار، تهران: المكتبة الإسلامية. نجفی، محمود (۱۳۸۸). ارائه الگوی پیش‌بین رضامندی زندگی بر اساس روابط ساختاری سازه‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا در کارکنان جوان و میانسال دانشگاه‌های تهران، پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، استاد راهنما: حسن احدی. نوفروستی، اعظم (۱۳۹۴). توسعه، امکان‌پذیری و نتایج مقدماتی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری در افراد دارای افسردگی غیربالینی: مطالعه تک‌آزمودنی چند خط پایه، پایان‌نامه دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، دانشکده علوم انسانی، استادان راهنما: رسول روشن، لادن فتی.

Barlow, D. H. & Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Designs: Strategies for Studying Behavior Change*, Boston: Allyn And Bacon.

Barlow, D. H. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-step Treatment Manual*, New York: Guilford publications.

Beach, S. R. H.; Jones, D.; Franklin, K. J. (2009). "Marital, Family, and Interpersonal Therapies for Depression in Adults", In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (eds.). *Handbook of Depression*, New York: Guilford Press.

- Bolier, L.; Haverman, M.; Westerhof, G.; Riper, H.; Smit, F.; Bohlmeijer, E. (2013). "Positive Psychology Interventions: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies," in: *Public Health*, 13: 119-130.
- Cipani, E. (2009). *Practical Research Methods for Educators*, New York: Springer Publishing Company.
- Cozby, P. C. (2009). *Methods in Behavioral Research* (10th ed.), John Wiley & Sons.
- Diener, E.; Diener, M.; Diener, C. (1995). "Factors Predicting the Subjective Well-being of Nations," in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 851-864.
- Diener, E.; Suh, E. M.; Smith, H.; Shao, L. (1995). "National Differences in Reported Well-being: Why Do They Occur?," in: *Social Indicators Research*, 34: 7-32.
- Hamilton, M. (1960). "A Rating Scale for Depression," in: *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 23: 56-62.
- Hollon, S. D.; Dimidjian, S. (2009). "Cognitive and Behavioral Treatment of Depression," In: I. H. Gotlib & C. L. Hammen (eds.), *Handbook of Depression*, New York: Guilford Press, 468-477.
- Huffman, J. C.; DuBois, C. M.; Healy, B. C.; Boehm, J. K.; Kashdan, T. B.; Celano, C. M.; Denninger, J. W.; Lyubomirsky, S. (2014). "Feasibility and Utility of Positive Psychology Exercises for Suicidal Inpatients," in: *General Hospital Psychiatry*, 36(1): 88-94.
- Huta, V.; Peterson, C.; Park, N.; Seligman, M. E. P. (2006). *Life Satisfaction and Pleasant, Engaged and Meaningful Life*, Manuscript Submitted for Publication.
- Kasimirski, J. (2014). *The Effect of an Online Positive Psychology Exercise and Motivating Pictures on Well-Being*, University of Twente Student Theses.

- King, L. A.; Miner, K. N. (2000). "Writing about the Perceived Benefits of Traumatic Life Event: Implication for Physical Health," in: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26: 220-230.
- Lane, J. D.; Gast, D. L. (2014). "Visual Analysis in Single Case Experimental Design Studies: Brief Review and Guidelines," in: *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4): 445-463.
- Layous, K.; Chancellor, J.; Lyubomirsky, S.; Wang, L.; Doraiswamy, M. (2011). "Delivering Happiness: Translating Positive Psychology Intervention Research for Treating Major and Minor Depression Disorders," in: *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8): 675-683.
- Lee, M.; Nezu, A. M.; Nezu, C. M. (2014). "Positive and Negative Religious Coping, Depressive Symptom, and Quality of Life in People with HIV," in: *Journal of Behavioral Medicine*, 37(5): 921-930
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive- Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford Press.
- Lyubomirsky, S. (2008). *The How of Happiness: A Scientific Approach to Getting the Life You Want*, New York: Penguin Press.
- Lyubomirsky, S.; King, L. A.; Diener, E. (2005). "The Benefits of Frequent Positive Affect," in: *Psychological Bulletin*, 131: 803-855.
- Maiolino, N. B.; Kuiper, N. A. (2014). "Integrating Humor and Positive Psychology Approaches to Psychological Well-Being," *Europe's Journal of Psychology*, 10(3): 557-570.
- Mc Adams, D. P.; Diamond, A.; Aubin, E.; Mansfield, E. (1997). "Stories of commitment: The Psychological Construction of Generative Lives," in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 72: 678-694.
- Parks-Sheiner, A. C. (2009). *Positive Psychotherapy: Building a Model of Empirically Supported Self-Help*, A Dissertation in Psychology, Presented

- to the Faculties of the University of Pennsylvania in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.
- Peterson, C.; Park, N.; Seligman, M. E. P. (2005). "Orientation to Happiness and Life Satisfaction: the Full Life versus the Empty Life," in: *Journal of Happiness Studies*, 6: 25-41.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). "Positive Psychotherapy," in: R. J. Corsini & D. Wedding, *Current Psychotherapies*, (10th Edition), Belmont, CA: Cengage.
- Rush, A. J.; Kraemer, H. C.; Sackeim, H. A.; Fava, M.; Trivedi, M. H.; Frank, E.; Ninan, P. T.; Thase, M. E.; Gelenberg, A. J.; Kupfer, D. J.; Regier, D. A.; Rosenbaum, J. F.; Ray, O.; Schatzberg, A. F. (2006). "Report by the ANCP Task Force on Response and Remission in Major Depressive Disorder", in: *Neuropsychopharmacology*, 31: 1841–1853.
- Schueller, S. M.; Seligman, M. E. P. (2010). "Pursuit of Pleasure, Engagement, and Meaning: Relationships to Subjective and Objective Measures of Well-being," in: *The Journal of Positive Psychology*, vol. 5, 4: 253-263.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize your Potential for Lasting Fulfilling*, New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being*, New York: Free Press.
- Seligman, M.; Rashid, T.; Park, A. C. (2006). "Positive Psychotherapy," in *American psychology*, 61: 774-788.
- Seligman, M.; Steen, T. A.; Park, N.; Peterson, C. (2005). "Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Intervention," in: *American Psychologist*, 60: 410-421.

- Senf. K.; Liao, A. (2013). "The Effects of Positive Interventions on Happiness and Depressive Symptoms, with an Examination of Personality as a Moderator," in: *Journal of Happiness Study*, 14: 591–612.
- Sergeant, S.; Mongrain, M. (2014). "An Online Optimism Intervention Reduces Depression in Pessimistic Individuals," in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 82, 2: 263-274.
- Sin, N. L.; Dellaporta, M. D.; Lyubomirsky, S. (2011). "Tailoring Positive Psychology Interventions to Treat Depressed Individuals," In: Donaldson, S. I.; Csikszentmihalyi, M.; Nakamura, J., *Applied Positive Psychology*, New York: Rutledge.
- Watson, D.; Clark, L. A.; Tellegen, A. (1988). "Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales," in: *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 1063–1070.
- Watson, D.; Tellegen, A. (1985). "Toward a Consensual Structure of Mood," in: *Psychological Bulletin*, 98: 219–235.