

## تأثیر آموزش شناختی ارتقاء امید بر توانمندی‌های شخصیتی مراجعین افسرده خو

## The Effect of Cognitive Hope Enhancing Training on Character Strengths of Disthymic Clients

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۱

Namdari, K.\*M.A., Molavi, H. Ph.D.,  
Malekpour, M. Ph.D., Kalantari, M. Ph.D.

کوروش نامداری\*، حسین مولوی\*\*، مختار ملک‌پور\*\*،  
مهرداد کلانتری\*\*

## Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to determine the effect of cognitive hope enhancing training on the profile of character strengths in dysthymic clients.

**Method:** Subjects of the study were 40 clients with dysthymic disorder, who were randomly selected and assigned to two experimental and control groups. At first, the Values in Action Inventory of Strengths (VIA-IS) was administered to them as pre- test for both groups. Then the experimental group received 6 sessions of cognitive hope enhancing training. The control group did not receive any training. At the end of training, the VIA-IS administered again to all subjects as post-test.

**Results:** The results of analysis of covariance showed that after cognitive hope enhancing training, the means of the character strengths of the training group were significantly higher than the control group.

**Conclusion:** This study showed that cognitive hope enhancing training is an effective intervention to improve strengths of wisdom, courage, humanity, justice, temperance, and transcendence.

**Keywords:** Cognitive Hope Enhancing Training, Character Strengths, Values in Action Inventory of Strengths, Dysthymic Clients

## چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش شناختی ارتقاء امید بر نیمرخ و میزان توانمندیهای شخصیتی افراد مبتلا به افسرده‌خویی بود.

**روش:** آزمودنیهای پژوهش ۴۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بودند، که پس از انتخاب، به طریق واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابتدا آزمون ارزشهای فعال در عمل (VIA-IS) به عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش، ۶ جلسه آموزش شناختی ارتقاء امید دریافت نمود. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. در پایان آزمون ارزشهای فعال در عمل مجدداً به عنوان یک پس‌آزمون اجرا گردید.

**یافته‌ها:** این پژوهش نشان داد که اثر آموزش شناختی ارتقاء امید در توانمندیهای شخصیتی گروه آموزش‌گرفته به شکل معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که آموزش شناختی ارتقاء امید مداخله‌ی مؤثری برای ایجاد بهبود در توانمندیهای مربوط به فضائل خرد، شجاعت، انسانیت، عدالت، خویش‌داری و تعالی مراجعین می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش شناختی ارتقاء امید، توانمندیهای شخصیتی، پرسشنامه ارزشهای فعال در عمل، مراجعین افسرده

\*Correspondence E-mail:

Kouroshnamdari@gmail.com

\*نویسنده مسئول: گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\*گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

بیشتر از یک قرن است که مراجعین برای طرح مسائل، مشکلات، نقائص و کمبودهای خود به روان‌درمانگران مراجعه می‌کنند، با توجه به این نکته، که بحث و بررسی در این موارد، می‌تواند درمان‌کننده باشد. روان‌درمانی، با تأکید بر نقائص و کمبودها گام‌های بلند و بزرگی برداشته است. اگر چه تأکید بر آسیب‌شناسی روانی تا حد زیادی خلاصی از علائم را باعث شده است، اما لزوماً باعث افزایش امید و شادمانی نگردیده است، موضوعی که هنوز هم در فرآیند درمان نادیده گرفته می‌شود [۱]. عقیده بر این است که، شادمانی باید به طور آشکار و صریح در روان‌درمانی پیگیری شود، چرا که در سلسله مراتب اهداف درمانی، بالاترین جایگاه را به خود اختصاص می‌دهد [۲]. و همچنین این عقیده وجود دارد که استفاده از روانشناسی مثبت مزایا و محاسن زیادی دارد از جمله اینکه، می‌توان با ترکیب عقاید نظری افرادی مثل راجرز و تحقیقات جدیدتر روانشناسی مثبت به بهترین وجه ممکن به افرادی که به دنبال کاهش پریشانی، افزایش امید و شادمانی و تسهیل رشد و تکامل خود هستند کمک نمود [۳]. بدین ترتیب نقش و جایگاه درمان مثبت به خوبی روشن می‌شود [۴]. از این طریق می‌توان در جهت مفهوم‌سازی مثبت از سلامت روان حرکت کرد، حرکتی که راجرز با مفهوم «انسان با عملکرد کامل»<sup>۱</sup> و مازلو با مفهوم «تحقق خویش»<sup>۲</sup> انجام دادند [۵]. مازلو، بنیانگذار روانشناسی انسان‌گرا<sup>۳</sup>، شاخه‌ای

از «روانشناسی مثبت»<sup>۴</sup> را تشریح کرد، که در آن خواستار توجه بیشتر به هر دو جنبه مثبت و منفی تجارب انسان گردید، او عقیده داشت علم روانشناسی، بیشتر نقائص، بیماریها و کمبودهای انسان را برای ما آشکار کرده است و کمتر در مورد استعدادها، توانمندیها<sup>۵</sup>، فضائل<sup>۶</sup>، و آرزوهای قابل تحقق، یا حداکثر ظرفیت روانشناختی انسان صحبت کرده است [۶]. پژوهشها در روانشناسی مثبت و سایر علوم مرتبط نشان داده‌اند افرادی که هیجانات مثبت و خوش‌بینی بیشتری را تجربه کرده باشند، عمر طولانی‌تری خواهند داشت. همچنین افراد امیدوار و شادمان روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، همسایگان، و بستگان خود دارند [۸، ۷، ۱۰، ۹]. در مجموع، دلایل موجه اندکی وجود دارد مبنی بر اینکه ارزیابی و درمان نقائص و کمبودها، باید به عنوان تنها هدف روان‌درمانی مورد توجه باشد [۱].

امروزه نیاز به نوعی از روان‌درمانی که جامعیت داشته باشد، به گونه‌ای که هم ضعف‌ها و هم توانمندیهای مراجعین را مورد توجه و بررسی قرار دهد به شدت احساس می‌شود و روانشناسی مثبت تا کنون روشهای مختلفی را که به شکوفائی و عملکرد بهینه کمک می‌کنند به کار گرفته است [۱]. در آینده، روان‌درمانی روی سلامت روانی کلی و تمام عیار تمرکز خواهد کرد [۱۱] که صرفاً فقدان آسیب روانی نیست بلکه وجود سطح بالایی از امید و شادمانی هم می‌باشد، در واقع

4- Positive psychology  
5- Strengths  
6- Virtues

1- Fully functioning person  
2- Self Actualization  
3- Humanistic psychology

رواندرمانی مستلزم یک اقدام دو سویه است که از یک سو نقائص و کمبودها و از سوی دیگر ارتقاء امید و شادمانی را مورد توجه قرار دهد. مداخلات مثبت<sup>۷</sup> به همان اندازه که بقیه رواندرمانیها روی جنبه‌های منفی تأکید دارند فقط روی جنبه‌های منفی تأکید نمی‌کنند بلکه به طور غیرمستقیم آن را مطرح نموده و تأکید اساسی آنها روی جنبه‌های مثبت می‌باشد.

یک فرض اساسی و مهم در هر مداخله مثبت آن است که نمی‌توان بدون درک و دریافت جنبه‌های منفی به جنبه‌های مثبت پی برد [۱۲]. افراد به طور غیرارادی، تجارب و عواطف منفی را آسانتر از عواطف و تجارب مثبت به خاطر آورده و بازیابی می‌نمایند. و در حقیقت، مداخلات مثبت، نوعی بازآموزی<sup>۸</sup> در حیطه توجه و حافظه می‌باشند [۱۳]. بنابراین، یک مداخله مثبت، ناراحتی، رنج و ناخوشایندی زندگی، یا تجارب منفی را انکار نمی‌کند، بلکه به جای آن مراجعین را تشویق می‌نماید تا از توانمندیهای خود برای شناسایی و فهم ضعفهای خود استفاده نمایند. نقش رواندرمانی فقط کمک به مراجعین برای کنترل هیجان و آشفتگی، برطرف کردن خطرات، کاهش حالت‌های خصمانه، یا تقلیل ناراحتی خلقی، اجتماعی و عاطفی نیست، بلکه شامل احیاء و پرورش شجاعت، مهربانی، تواضع و فروتنی، پشتکار، و هوش هیجانی و اجتماعی نیز می‌باشد [۱]. اگر یک متخصص بتواند به مراجعین کمک نماید که بر اساس عادت در فعالیتهایی درگیر شوند که متناسب با ارزشها، توانمندیها، و علائق آنها

باشد، در این صورت امید به تجربه شادمانی به طور مشخص افزایش می‌یابد. بر اساس نتایج تحقیقات، مشخص شده است که ادامه و استمرار فعالیتهای عمدی مثبت برای تعدادی از مشکلات و مسائل روانشناختی مؤثر بوده است [۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶]. مداخلات مثبت مزایای علوم روانشناختی را در حد افراد غیربیمار هم که مایلند زندگی رضایت‌بخش‌تری داشته باشند، گسترش داده است، چرا که، روانشناسی بدین معنا علم سلامتی نیست که صرفاً با بیماری سر و کار داشته باشد، بلکه می‌تواند بسیار گسترده‌تر بوده و با شغل و حرفه، آموزش، شناخت، علائق، رشد و تحول، و بازی و تفریح هم در ارتباط باشد [۱۷].

یک رویکرد امیدوارکننده برای افزایش سلامتی از طریق مداخلات روانشناسی مثبت (PPTs)<sup>۹</sup> می‌باشد یعنی، روشهای درمان یا فعالیتهای برنامه‌ریزی شده‌ای که پرورش و گسترش هیجانات، رفتارها، یا شناخت‌های مثبت را مورد توجه قرار می‌دهند، به عنوان نمونه، مشخص شده است که استراتژیهای انواع مداخلات روانشناسی مثبت مثل، نوشتن نامه‌های سپاس و قدردانی<sup>۱۰</sup>، تمرین تفکر خوش‌بینانه<sup>۱۱</sup>، بازنمایی تجارب مثبت<sup>۱۲</sup> و اجتماعی شدن<sup>۱۳</sup>، سلامتی را در نمونه‌های غیربیمار افزایش داده‌اند [۱۸، ۱۹، ۲۰].

در چند سال گذشته، تحقیقات در زمینه مداخلات روانشناسی مثبت برای درمان افسردگی به سرعت افزایش یافته است. اگر چه مداخلات روانشناسی مثبت

9- Positive Psychology Interventions  
10- Writing gratitude letters  
11- Practicing optimistic thinking  
12- Replaying positive experiences  
13- Socialization

7- Positive Interventions  
8- Reeducation

بازآرایی کنند [۲۳]. امید سه مؤلفه‌ی متفاوت دارد: اهداف، مسیرها و انگیزش در مفهوم‌سازی شناختی از امید، پیگیری هدفها بسیار حائز اهمیت می‌باشد [۲۴]. خوش‌بینی و امید با شاخص‌های آسیب‌شناسی روانی فعلی شخص به طور کلی، و با افسردگی موجود وی به طور خاص، همبستگی منفی دارند [۲۵، ۲۳].

با توجه به مطالب ذکر شده در خصوص مؤثر بودن انواع مداخلات مثبت بر افزایش سطح توانمندی‌ها و کاهش علائم اختلال مراجعین از جمله آموزش خوش‌بینی، تمرین تفکر خوش‌بینانه، بازنمایی تجارب مثبت و تمرین فعالیتهای عمدی مثبت بر ایجاد شادمانی و زندگی رضایت‌بخش‌تر، که هم برای بیماران و هم افراد غیربیمار مؤثر بوده است و در راستای جنبش روانشناسی مثبت که بهبود بخشیدن و بنا نهادن توانمندی‌های افراد را جزء مکمل کاهش علائم اختلال محسوب می‌نماید، پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخی برای این سؤال است که آیا آموزش شناختی ارتقاء امید می‌تواند بر سطح توانمندیهای شخصیتی مراجعین افسرده تأثیر گذاشته و باعث کاهش علائم افسردگی شود.

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود که به هر دوی این گروهها پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه ارزشهای فعال در عمل داده شد.

**آزمودنیها:** جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه مراجعین به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۸۷ بودند، که پس از پذیرش و ارزیابی‌های بالینی بر چسب

ممکن است درمان انتخابی برای انواع گوناگونی از اختلالات روانی از جمله اختلالات اضطرابی باشند [۲۱]، اما این مداخلات به ویژه برای مواردی همچون کمبود عاطفه مثبت<sup>۱۴</sup>، تعهد و التزام<sup>۱۵</sup>، و معنای زندگی<sup>۱۶</sup> که افسردگی را مشخص می‌کنند مفید و مناسب بوده‌اند [۲۲، ۱۳]. بعضی مطالعات نشان داده‌اند که رواندرمانی مثبت، که هم در موقعیتهای فردی و هم در موقعیتهای گروهی به افراد افسرده ارائه شده است، به طور معنی‌داری سلامتی را افزایش و افسردگی را کاهش داده‌اند [۲۱، ۱۳]. چندین مطالعه دریافته‌اند که اعمال سطوح بالایی از سعی و تلاش برای تمرین یک استراتژی شادی‌افزا، و ادامه تمرین حتی پس از پایان مداخله، باعث افزایش میزان سلامتی و کاهش میزان افسردگی شده‌اند [۱۹، ۱۶]. بنابراین، متخصصین بالینی مراجعین را تشویق می‌کنند تا به طور منظم و مرتب تمرین کرده و برنامه استراتژیهای مثبت را ادامه دهند تا این راهبردها را در زندگی روزانه خود وارد نموده، و سپس آنها را به عادات تغییر دهند.

امیددرمانی<sup>۱۷</sup> که از نظریه‌ی امید استایدر، اندیشه‌های برگرفته شده از درمان شناختی- رفتاری، درمان راه‌حل‌مدار، و درمان داستانی یا روایتی مشتق شده است، بر این هدف استوار است که به درمانجویان کمک کند تا هدفهای روشنی را فرمول‌بندی کنند، مسیرهای متعددی را برای رسیدن به آنها در نظر بگیرند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزند، و موانع را به صورت چالشهایی برای غلبه بر آنها از نو

14- Paucity of positive affect

15- Engagement

16- Life meaning

17- Hope thrapy

مشکلات فعلی او و تشخیص آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در موقعیتهای بالینی و تشخیصی از مصاحبه‌های ساخت‌دار استفاده می‌شود. مصاحبه‌ای که هدفش دست یافتن به تشخیص بر مبنای چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) می‌باشد.

روانشناسان بالینی و روانپزشکان، بیماران را براساس ملاکهای DSM-IV ارزیابی می‌کنند. برای این منظور از مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌دار استفاده می‌کنند. این مصاحبه‌ها شامل یک رشته سؤالات استاندارد و بررسی‌های بعدی است که زنجیره و ترتیب مشخصی دارند. استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌دار، ضمانتی است برای اینکه از بیماران سؤالات مشابهی پرسیده شود. به این ترتیب، احتمال اینکه دو متخصص یک بیمار را ارزیابی کنند و به تشخیص واحدی برسند، بسیار زیاد است.

مصاحبه‌های ساخت‌دار برای کمک به متخصصان بالینی و پژوهشگران ترتیب یافته‌اند تا بتوانند درمانجویان را به دقت تشخیص دهند. هدف آنها مشخص کردن این موضوع است که آیا مصاحبه‌شونده (بیمار) به اختلال خاصی (در اینجا افسرده‌خویی) مبتلا است یا خیر؟ یک نمونه رایج مصاحبه ساخت‌دار، مصاحبه بالینی ساخت‌دار برای DSM-IV (SCID) می‌باشد، که توسط فرست، اسپیزر، گیون، و ویلیامز (۱۹۹۷) تدوین شده است [۲۶].

۲- پرسشنامه ارزشهای فعال در عمل<sup>۱۹</sup> (VIA-IS): این آزمون که در سال ۲۰۰۳ توسط سلیگمن و

افسرده‌خویی دریافت نموده بودند. به منظور اجرای طرح پژوهشی، ابتدا از میان لیست مراکز و کلینیک‌های روانشناسی شهر اصفهان، دو مرکز به طور تصادفی انتخاب شدند، و پس از جلب همکاری این مراکز، از بین افراد مراجعه‌کننده، به کسانی که با نظر روانشناس بالینی و روانپزشک بر اساس فرم مصاحبه بالینی ساخت‌دار برای DSM-IV (SCID)<sup>۱۸</sup> تشخیص افسرده‌خویی دریافت نمودند آزمون ارزشهای فعال در عمل (VIA-IS) ارائه شد و سپس از بین ۸۰ نفر از مراجعینی که VIA-IS در مورد آنها اجرا شده بود و تشخیص افسرده‌خویی دریافت کرده بودند، ۴۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش حاضر را داشتند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و با توجه به اینکه ۴۰ نفر مذکور به طور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. لذا از لحاظ کلیه متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سن، جنسیت و ترتیب تولد معادل یکدیگر محسوب شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱- از نظر جنسیت تا حد امکان از هر دو جنس به طور مساوی حضور داشته باشند، ۲- دامنه سنی افراد گروه نمونه بین ۱۷ تا ۴۶ سال باشد. ۳- تا حد امکان افراد مشکل دیگری جز افسرده‌خویی نداشته باشند. ۴- افراد گروه مورد مطالعه از نظر بهره‌ی هوشی بالاتر از متوسط باشند.

### ابزار:

۱- مصاحبه بالینی: مصاحبه بالینی رایج‌ترین ابزار ارزیابی است که برای شناختن درمانجو و ماهیت

19- Values In Action Inventory of Strengths

18- Structured Clinical Interview for DSM-IV

مجله روان شناسی بالینی، سال ۱، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۸

JCP, Vol. 1, No. 3, 2009

پیترسون منتشر شد [۲۷]، ۶ فضیلت و ۲۴ توانمندی شخصیتی را ارزیابی می‌کند، و به گونه‌ای سازمان‌دهی شده است که یک طبقه‌بندی اولیه و اساسی تحت عنوان فضائل دارد و برای هر توانمندی ۱۰ سوال در نظر گرفته شده است که مجموعاً ۲۴۰ سوال را شامل می‌شود و سوالات با یک مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای پاسخ داده می‌شوند که شامل، کاملاً شبیه من، شبیه من، نظری ندارم، برعکس من، کاملاً برعکس من می‌باشد و به ترتیب نمرات ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ می‌گیرند. نمره هر یک از توانمندی‌ها در دامنه ۱۰ تا ۵۰ قرار می‌گیرد و در نهایت پنج توانمندی شخصیتی بالاتر آزمودنی مشخص می‌شوند. ویژگیهای روان‌سنجی و ملاکهای وابسته به روایی آزمون رضایت‌بخش بوده است [۲۸]. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که که این آزمون از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن بالاتر از ۰/۷، و اعتبار آن با روش بازآزمایی هم بالاتر از ۰/۷ بوده است [۲۷]. در تحقیق حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۸ و برای زیرمقیاس‌های خرد، شجاعت، انسانیت، عدالت، خویشتن‌داری، و تعالی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۹۵ و ۰/۹۴ بوده است.

۳- آزمون ریون پیشرفته (APM): این آزمون دارای دو دفترچه می‌باشد و برای سنجش هوش افراد با تواناییهای ذهنی متوسط و بالاتر از متوسط به کار گرفته می‌شود. در دفترچه اول ۱۲ سوال و در دفترچه دوم ۳۶ سوال چاپ شده است. دفترچه اول به عنوان یک مجموعه‌ی تمرینی قبل از دفترچه دوم روی آزمودنی اجرا می‌شود تا آزمودنی با روش کار و نحوه

پاسخ دادن آشنا شود. دفترچه دوم مجموعه اصلی آزمون را تشکیل می‌دهد، و با توجه به عملکرد آزمودنی در این دفترچه می‌توان رتبه درصدی و هوشبهر او را مشخص کرد [۲۹]. عملکرد کلیه‌ی آزمودنی‌ها بالاتر از متوسط بود. اعتبار آزمون با روش بازآزمایی ۰/۹۱ و ضریب آلفای کرونباخ آزمون ۰/۸۲ گزارش شده است، همچنین روایی آزمون ۰/۷۳ گزارش شده است [۳۰].

**روند اجرای پژوهش:** در پژوهش حاضر مراجعینی که بر اساس ملاکهای DSM-IV از طریق مصاحبه بالینی ساخت‌دار (SCID) توسط روانشناس بالینی و روانپزشک تشخیص اختلال افسرده‌خویی دریافت کردند وارد پژوهش شدند و به طریق واگذاری تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از آن آزمون ارزشهای فعال در عمل (VIA-IS) در هر دو گروه اجرا شد و سپس گروه آزمایش طی ۶ جلسه تحت آموزش شناختی ارتقاء امید قرار گرفت، ولی گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. در نهایت آزمون ارزشهای فعال در عمل مجدداً به عنوان پس‌آزمون اجرا گردید. برای مشخص شدن تأثیر آموزش شناختی ارتقاء امید بر توانمندی‌های شخصیتی مراجعین از تحلیل کواریانس استفاده شد. برنامه آموزش ارتقاء امید، براساس الگویی که لویز، اسنایدر و همکاران در سال ۲۰۰۳ ارائه نمودند در طی ۶ مرحله و در طول ۶ هفته متوالی به افراد ارائه شد [۳۱]. مراحل، عناوین و خلاصه جلسات آموزش در زیر ارائه شده است:

۱- جلسه اول (تعیین نمره پایه امید): اولین گام در این فرآیند تعیین نمره‌ی پایه امید می‌باشد. درمانگر بر

اساس این نمره مسیر و کیفیت کار را ارزیابی می‌کند. در این پژوهش برای تعیین نمره‌ی پایه امید، مقیاس امید از پرسشنامه ارزشهای فعال در عمل (VIA-IS) مورد استفاده قرار گرفت.

۲- جلسه دوم (آموزش درباره امید): به محض اینکه نمره پایه امید مشخص شد، درمانگر می‌تواند نظریه امید را با درمانجو مورد بحث قرار داده و ارتباط آن را با فرآیند درمان و نتایج مثبت آن بیان نماید.

۳- جلسه سوم (سازماندهی امید برای مراجع): در این مرحله، مراجع فهرستی از عناصر و اجزاء اصلی زندگی خود را تهیه کرده و مشخص می‌کند که کدام حیطه‌ها مهمترین موارد هستند، و در مورد سطح رضایت خود در این حیطه به بحث می‌پردازد.

۴- جلسه چهارم (تعیین اهداف مثبت و دقیق): با استفاده از عناصر مهم زندگی که پیش از این تعیین شدند، مراجع و درمانگر با همکاری هم اهداف عملی و قابل وصولی را که مثبت و دقیق باشند تهیه می‌نمایند. این اهداف بایستی برای مراجع مهم و برجسته و قابل دسترس باشند. علاوه بر این، مراجع راههای چندگانه‌ای را برای هر هدف در نظر گرفته، و افکار مرتبط با هر هدف را مشخص می‌کند.

۵- جلسه پنجم (تمرین کار را کامل می‌کند): وقتی مراجع و درمانگر روی این اهداف توافق کردند، مراجعین بایستی مراحل رسیدن به اهداف خودشان را تجسم کرده و بر زبان جاری کنند. با این تمرین، مراجع و درمانگر می‌توانند روی مؤثرترین راهها و عناصر اصلی اهداف همکاری و تشریک مساعی نمایند.

۶- جلسه ششم (بررسی و بازبینی): مراجعین، این اهداف، راهها، و عناصر را به زندگی خود وارد نموده و در جریان بدست آوردن هدف آن را به درمانگر گزارش می‌دهند. دوباره، همکاری برای سازگاری و اصلاح هر گونه ناهمخوانی در تفکر و کنشها که ممکن است از پیشرفت موفقیت‌آمیز اهداف مورد نظر جلوگیری کند، به وقوع می‌پیوندد.

### یافته‌ها

در این قسمت نتایج مربوط به تأثیر مداخله آموزش شناختی ارتقاء امید بر شش فضیلت آزمون VIA-IS ارائه شده‌اند.

مشاهده جدول ۱ نشان می‌دهد که نمرات گروههای کنترل و آزمایش در فضائل خرد، شجاعت، انسانیت، عدالت، خویشتن‌داری، و تعالی در پیش‌آزمون زیاد متفاوت نیست، ولی نمرات این دو گروه (کنترل و آزمایش) در پس‌آزمون تفاوت مشهودی دارند ضمن اینکه نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش نشان می‌دهند. برای مشخص کردن تأثیر آموزش شناختی ارتقاء امید بر میزان و سطح فضائل و توانمندیها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد جداول ۲ تا ۷.

بر اساس یافته‌های جدول ۲ و با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی) مداخله آموزش شناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه کنترل و آزمایش شده است ( $P < 0.001$ ). میزان تأثیر ۰/۷۳ بوده است، یعنی ۷۳ درصد واریانس پس‌آزمون (توانمندیهای مربوط به خرد) مربوط به مداخله آموزش شناختی بوده است. توان آماری ۱ می‌باشد که حاکی از

مداخله آموزش شناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه کنترل و آزمایش شده است ( $P < 0/001$ ) میزان تأثیر ۰/۶۶ بوده است. یعنی ۶۶ درصد واریانس پس‌آزمون (توانمندیهای مربوط به انسانیت) مربوط به مداخله آموزش شناختی بوده است. توان آماری ۱ می‌باشد که حاکی از کفایت حجم نمونه است.

کفایت حجم نمونه است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مداخله آموزش شناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه کنترل و آزمایش شده است ( $P < 0/001$ ). میزان تأثیر ۰/۶۹ بوده است. یعنی ۶۹ درصد واریانس پس‌آزمون (توانمندیهای مربوط به شجاعت) مربوط به مداخله آموزش شناختی بوده است. توان آماری ۱ می‌باشد که حاکی از کفایت حجم نمونه است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)،

جدول ۱- مقایسه میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مراجعین در دو گروه کنترل و آزمایش در شش فضیلت (خرد، شجاعت، انسانیت، عدالت، خویشنداری، تعالی)

گروه‌ها شاخصها متغیرهای وابسته (فضائل)	پیش‌آزمون				پس‌آزمون			
	کنترل		آزمایش		کنترل		آزمایش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خرد	۱۳۷/۶۷	۱۸/۲۳	۱۳۴/۸۸	۹/۶۸	۱۳۶/۳۵	۲۱/۴۰	۱۸۱/۴۵	۱۲/۳۴
شجاعت	۱۰۹/۸۳	۱۷/۸۵	۱۰۸/۶۵	۷/۶۰	۱۰۹/۵۴	۱۹/۵۷	۱۴۷/۰۵	۹/۳۶
انسانیت	۸۱/۴۸	۱۲/۸۵	۸۷/۵۰	۶/۴۹	۸۳/۱۱	۱۳/۱۵	۱۱۰/۹۵	۶/۹۰
عدالت	۷۷/۵۸	۱۲/۴۸	۸۲/۲۵	۶/۸۲	۷۶/۷۰	۱۰/۹۳	۱۰۰/۸۵	۷/۰۲
خویشنداری	۱۰۸/۵۵	۱۶/۶۵	۱۱۵/۵۰	۸/۴۳	۱۰۸/۸۵	۱۹/۱۴	۱۴۸/۲۵	۱۰/۰۸
تعالی	۱۳۷/۸۴	۲۲/۴۱	۱۲۸/۸۰	۱۰/۳۱	۱۳۵/۴۰	۱۹/۴۹	۱۹۳/۳۵	۱۱/۶۹

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر آموزش شناختی بر توانمندیهای فضیلت خرد

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۳۸۲۴/۷۳	۱	۳۸۲۴/۷۳	۱۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳۰	۰/۹۸۶
گروه	۲۱۸۹/۳۶	۱	۲۱۸۹/۳۶	۱۰۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۱
خطا	۷۷۷۶/۶۲	۳۷	۲۱۰/۱۷۹	—	—	—	—



جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر آموزش شناختی بر توانمندیهای فضیلت شجاعت

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۲۵۹۴/۸۲	۱	۲۵۹۴/۸۲	۱۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۹۰	۰/۹۶۶
گروه	۱۴۵۷۶/۹۴	۱	۱۴۵۷۶/۹۴	۸۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۷	۱
خطا	۶۳۵۰/۵۴	۳۷	۱۷۱/۶۳۹	—	—	—	—

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر آموزش شناختی بر توانمندیهای فضیلت انسانیت

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۴۴۸/۰۱	۱	۱۴۴۸/۰۱	۱۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۰/۹۹۰
گروه	۵۳۵۸/۰۲	۱	۵۳۵۸/۰۲	۷۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۱	۱
خطا	۲۷۴۴/۹۲	۳۷	۷۴/۱۸۷	—	—	—	—

شناختی بوده است. توان آماری ۱ می‌باشد که حاکی از کفایت حجم نمونه است. نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مداخله آموزش شناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه کنترل و آزمایش شده است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). میزان تأثیر ۰/۸۳ بوده است. یعنی ۸۳ درصد واریانس پس‌آزمون (توانمندیهای مربوط به تعالی) مربوط به مداخله آموزش شناختی بوده است. توان آماری ۱ می‌باشد، که حاکی از کفایت حجم نمونه است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مداخله آموزشی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه کنترل و آزمایش شده است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). میزان تأثیر ۰/۶۴ بوده است. یعنی ۶۴ درصد واریانس پس‌آزمون (توانمندیهای مربوط به عدالت) مربوط به مداخله آموزش شناختی بوده است. توان آماری ۱ می‌باشد که حاکی از کفایت حجم نمونه است. نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، مداخله آموزش شناختی منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه کنترل و آزمایش شده است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). میزان تأثیر ۰/۶۲ بوده است. یعنی ۶۲ درصد واریانس پس‌آزمون (توانمندیهای مربوط به خویشتن‌داری) مربوط به مداخله آموزش

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر آموزش شناختی بر توانمندیهای فضیلت عدالت

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش آزمون	۶۸۳/۳۱۴	۱	۶۸۳/۳۱۴	۱۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۳	۰/۸۶۹
گروه	۴۶۵۷/۵۵	۱	۴۶۵۷/۵۵	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۱
خطا	۲۵۲۵/۵۷	۳۷	۶۸/۲۵۹	—	—	—	—

جدول ۶- نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر آموزش شناختی بر توانمندیهای فضیلت خویشنداری

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش آزمون	۱۸۱۵/۸۸	۱	۱۸۱۵/۸۸	۹/۴۸	۰/۰۰۴	۰/۲۰۴	۰/۸۵۱
گروه	۱۱۹۱۵/۹۸	۱	۱۱۹۱۵/۹۸	۶۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷	۱
خطا	۷۰۸۴/۴۶۸	۳۷	۱۹۱/۴۷۲	—	—	—	—

جدول ۷- نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر آموزش شناختی بر توانمندیهای فضیلت تعالی

شاخص آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش آزمون	۲۸۰۸/۷۲۸	۱	۲۸۰۸/۷۲۸	۱۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۶	۰/۹۶۳
گروه	۳۶۳۶۹/۳۴۱	۱	۳۶۳۶۹/۳۴۱	۱۹۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸	۱
خطا	۷۰۰۹/۵۷	۳۷	۱۸۹/۴۴۸	—	—	—	—

## بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش شناختی ارتقاء امید بر توانمندیهای شخصیتی مراجعین افسرده بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این برنامه آموزشی باعث افزایش سطح توانمندیهای شخصیتی شده و همزمان کاهش علائم افسردگی را به همراه داشت. همچنانکه میانگین نمره گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود (جدول ۱). یافته فوق با نتایج پژوهش چیونز و همکاران [۳۲]، کلاوسنر و همکاران [۳۳]، اسنایدر [۲۳] همسو می باشد.

بنابراین، ارتقاء امید می تواند باعث ایجاد احساس رضایت، احساس کفایت و کارآمدی، مهارت داشتن، و روابط اجتماعی پربار به شود، حالتی که در افراد گروه آزمایش پس از شرکت در دوره آموزشی مشاهده می شد. افرادی که سطح امیدواری پایینی داشتند، ویژگی اصلی شان انتقاد کردن از خود بود، نوعی بیزاری از خود که با نگرشهای ضعیف بودن، احساس بی کفایتی و بی مسئولیتی همراه بود. برداشت منفی از خود داشتند و اعتقاد داشتند از توانایی لازم برای

روبرو می‌شوند، هیجان‌هایشان یک توالی نسبتاً قابل پیش‌بینی از امید به خشم، از خشم به یأس، و از یأس به بی‌احساسی را دنبال می‌کنند.

محققین معتقدند که ارتقاء سطح توانمندی‌های شخصیتی می‌تواند باعث تغییرات مشخصی در جنبه‌های عاطفی، شناختی و رفتاری بشود، همچنانکه پژوهش‌های فاوا و همکاران [۲۱] فوربس و دال [۲۲] و سلیگمن، رشید و پارکز [۱۳]، همسو با نتایج پژوهش حاضر، حاکی از آن هستند که مداخلات روانشناسی مثبت می‌توانند برای تغییر مواردی همچون کمبود عواطف مثبت، عدم احساس مسئولیت و فقدان معنا در زندگی، که از ویژگی‌های افراد افسرده به شمار می‌روند، مفید و موثر باشند.

و از آنجا که امید، خوش‌بینی، و آینده‌نگری، یک حالت شناختی، هیجانی و انگیزشی را به سوی آینده نشان می‌دهند، تفکر درباره آینده، انتظار پیامدهای مطلوب، باور به اینکه امور به خوبی پیش خواهند رفت، و همچنین احساس اعتماد به اینکه، همه اینها در اثر تلاش‌های مناسب اتفاق خواهد افتاد، شادمانی و نشاط را به همراه داشته و باعث اعمال هدفمند می‌شود. بنابراین، وجود توانمندی امید در افراد باعث می‌شود که آنها علیرغم وجود چالش‌ها، در رابطه با آینده امیدوار باقی بمانند و به نیمه روشن مسائل بنگرند و به شیوه انتخاب شده خودشان از نظر نتایج مطمئن باشند.

ارتقاء امید با پیشرفت در زمینه‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی، رهایی از اضطراب و روابط اجتماعی خوب رابطه دارد [۲۳]، ضمن اینکه باعث می‌شود که افراد کارهای خود را فهرست کرده و از برنامه‌ریزی‌های روزانه استفاده کنند. سلیگمن [۳۴] در طی اجرای برنامه مداخله مثبت خود دریافت که استفاده از توانمندی‌ها، حسی از مالکیت و اعتماد به واقعی بودن توانمندی‌ها، به مراجع منتقل کرده و فرد در به کارگیری آنها احساس نیاز و ضرورت می‌کند. همچنین پیترسون و سلیگمن [۲۷] مطرح نمودند که استفاده از

خشنود کردن خود بی‌بهره‌اند. همچنین غالباً هدفهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای را برای خود تعیین می‌کردند که رسیدن به آنها غیرممکن بود، انتظارات منفی آنها به قدری نیرومند بود که حتی اگر در تکالیف خاصی موفق می‌شدند، دفعه بعد باز هم انتظار شکست داشتند و تجربیات موفقیت‌آمیزی را که با خودپنداره منفی آنها سازگار نبود کنار می‌گذاشتند. حالت‌های هیجانی غم، ناامیدی، و بی‌علاقگی از ویژگی‌های دیگر آنان بود. در مقابل، افرادی که سطوح بالاتری از امید را داشتند، نه تنها روابط اجتماعی قوی‌تری با دوستان، همسر، همسایگان، و بستگان خود داشتند، بلکه شرایطی را فراهم می‌کردند که دیگران هم خوشحالت‌تر باشند. همچنین سطوح بالای امید، سلامت جسمی و روانی را به وسیله شاخص‌هایی از جمله سلامت خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، کنار آمدن مؤثر با موقعیت‌ها که شامل: ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، و جستجوی حمایت اجتماعی می‌شد، پیش‌بینی می‌کرد، یعنی افراد امیدوار نیم‌رخ روانی متمایزی دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افرادی که از سطوح بالای امید برخوردارند، در زندگی خود به اندازه سایرین شکست‌هایی را تجربه کرده‌اند، اما این باور را پرورش داده‌اند که می‌توانند با چالش‌ها سازش کنند و با ناملايمات کنار بیايند. آنان وقتی در رسيدن به هدف‌های ارزشمند با موانعی روبرو می‌شوند، هیجان‌های منفی خفیفی را تجربه می‌کنند. این امر ممکن است به این خاطر باشد که وقتی با موانع روبرو می‌شوند برای دستیابی به هدف‌های خود مسیرهای جایگزین ایجاد می‌کنند، یا با انعطاف‌پذیری هدف‌های قابل دسترس‌تر را بر می‌گزینند، این افراد وقتی در زندگی با مسائلی مواجه می‌شوند، گرایش به این دارند که مسائل مهم و بزرگ را به مسائل کوچک، روشن و قابل اداره تجزیه کنند. در حالیکه افرادی که سطح امید پائین‌تری دارند وقتی با موانع غیرقابل رفع

بنابراین، ارتقاء توانمندی‌ها و سلامتی مراجعین می‌تواند کاهش علائم منفی را تسهیل نماید. به طور کلی تحقیقات انجام شده در زمینه روانشناسی مثبت نشان داده‌اند که ظرفیت زیادی را برای پربار کردن زندگی افراد دارند [۲۷، ۱۷].

در این پژوهش هم تحت تأثیر مداخله آموزشی ارتقاء امید که در مورد گروه آزمایش اعمال شد سطح توانمندی‌های شناختی (خرد و دانش)، توانمندی‌های عاطفی (شجاعت)، توانمندی‌های بین‌فردی (انسانیت)، توانمندی‌های اجتماعی (عدالت)، توانمندی‌های محافظتی (اعتدال و میانه‌روی) و توانمندی‌های اعتقادی و الهی (تعالی) به طور معناداری افزایش یافتند که باعث تغییر و کاهش علائم افسردگی در مراجعین شد (جدول ۲ تا ۷).

به استناد یافته‌های پژوهشی حاضر می‌توان به روانشناسان بالینی و روانپزشکان و سایر متخصصین مرتبط با خدمات روانشناختی پیشنهاد کرد که به نقش توانمندی‌های شخصیتی و افزایش و ارتقاء آنها در درمان مشکلات و آسیب‌های روانشناختی توجه بیشتری داشته باشند و بالاخص برنامه ارتقاء امید و آموزش آن به مراجعین را در راستای بهبودی و سلامت روانشناختی آنان مدنظر قرار دهند. همچنین احتمال می‌رود این پژوهش، زمینه پژوهش‌های بیشتر در زمینه نقش توانمندی‌های شخصیتی مراجعین به مراکز روانشناختی در کاهش علائم، رضایت از زندگی، شادمانی و سازگاری روانشناختی را فراهم نماید و به سلامت روانشناختی کمک نماید. از جمله پیشنهاد می‌شود محققان و پژوهشگران روی نمونه‌های دیگر با در نظر گرفتن متغیرهای جمعیت شناختی و سایر مشکلات روانشناختی تأثیر برنامه آموزش ارتقای امید را مطالعه نمایند تا، با اعتماد بیشتری در موقعیت‌های بالینی مورد استفاده قرار گیرد.

توانمندی‌ها به سلامتی فرد و نیازهای روان‌شناختی اولیه او از جمله احساس رضایت، خودمختاری، پیوستگی و عزت نفس کمک می‌کند. در این حالت استفاده از توانمندی‌ها به عنوان محافظ و سپری در برابر اختلالات روانی در نظر گرفته می‌شود. شواهد روزافزون نشان می‌دهد که توانمندی‌های شخصیتی مثل امید، مهربانی، هوش اجتماعی، خودنظم‌دهی، و ژرف‌نگری می‌توانند از فرد در مقابل تأثیرات منفی استرس و ضربه محافظت نموده و در جریان و مسیر زندگی از میزان اختلالات کاسته و یا از آنها جلوگیری نمایند، و همچنین به رشد و شکوفایی افراد کمک کنند [۳۵]. شواهد مربوط به همبستگی‌ها و پیامدهای مثبت توانمندی‌های شخصیتی هم رو به افزایش است، ولی اگرچه همه توانمندی‌های شخصیتی در احساس رضایت و شادمانی نقش دارند، اما صفات مثبت معینی بیشتر از سایر صفات با سلامتی و احساس رضایت در ارتباط می‌باشند، به طور کلی، توانمندی‌های شخصیتی که پیوسته با رضایت از زندگی در ارتباط می‌باشند عبارتند از: حق‌شناسی، امید، شور و شوق، کنجکاوی، و شاید مهمترین آنها، محبت و عشق باشد، که به عنوان توانایی داشتن روابط متقابل نزدیک با دیگران تعریف شده است [۳۶]. بنابراین، برای یک زندگی خوب، افراد الزاماً باید این توانمندی‌ها را پرورش دهند. روانشناسی مثبت هم نه تنها برای بهبود بخشیدن و بنا نهادن توانمندی‌های افراد، بلکه برای افزایش انعطاف‌پذیری، بالا بردن کیفیت زندگی، و محافظت در برابر بازگشت علائم، ارائه شده است [۳۸، ۳۷]. پرورش و ارتقاء توانمندی‌های افراد جنبه مهمی از درمان می‌باشد، که به عنوان جزء تکمیل‌کننده کاهش علائم محسوب می‌شود [۳۷]. علاوه بر این، پرورش توانمندی‌های انسان می‌تواند به خودی خود و حقیقتاً جزء تعیین‌کننده‌ای از اثربخشی کاهش علائم محسوب شود.

## منابع

- 14- Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. pursuing happiness: the architecture of sustainable change. Review of General psychology. 2005; 9: 111- 131.
- 15- Emmons RA, McCullough ME. Counting blessings versus burdens: Experimental studies of gratitude and subjective well-being in daily life. Journal of personality and social psychology. 2003; 84: 377- 389.
- 16- Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. positive psychology progress: Empirical validation of interventions. American psychologist. 2005; 60: 410- 421.
- 17- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. positive psychology: An ntroduction. American psychologist. 2000; 55: 5- 14.
- 18- Fordyce MW. Development of a program to increase personal happiness. Journal of Counseling Psychology. 1977; 24: 511- 521.
- 19- Lyubomirsky S, Dickerhoof R, Boehm JK, Sheldon KM. Becoming happier takes both a will and a proper way: Tow experimental longitudinal interventions to boost well- being. Manuscript under review ; 2008.
- 20- Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: A pilot study. Psychotherapy and psychosomatics. 2006; 75: 331- 336.
- 21- Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. Psychotherapy and psychosomatics. 2005; 74: 26- 30.
- 22- Forbes EE, Dahl RE. Neural systems of positive affect: Relevance to understandg child and adolescent depression, Development and psychopathology. 2005; 17: 827- 850.
- 23- Snyder CR. Handbook of hope. Orlando FL: Academic Press; 2000.
- 24- Snyder CR. hope and Depression: A light in the darkness. Journal of social and clinical psychology. 2004; 23(3): 347- 351.
- 25- Peterson C. The future of optimism. American psychologist. 2000; 55: 44- 55.
- 1- Rashid T. Journal of Clinical Psychology. 2009; 65(5): 461- 466.
- 2- Ben-Shahar T. Happier. New York: McGraw- Hill; 2007.
- 3- Joseph S, Worsley R. Person-Centered psychopathology: A positive psychology of mental health. Ross-on-wye: PCCS Books; 2005.
- 4- Joseph S, Linley PA. Positive therapy: A meta-theory for positive psychological practice. Routledge; 2006.
- 5- shlien JM. A criterion of psychological health. Ross-on-wye: PCCS Books; 2003.
- 6- Maslow AH. Motivation and personality. New York; Harper & Row; 1954.
- 7- Fredrickson BL. Positivity: Groundbreaking research reveals how to embrace the hidden strength of positive emotions, overcome negativity, and thrive. New York: Crown publishing; 2009.
- 8- Giltay EJ, Geleijnse JM, Zitman FG, Hoekstra T, Schouten EG. Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. Archives of General psychology. 2004; 61: 1126- 1135.
- 9- Danner D, snowdown D, Friesen W. positive emotions in early life and longevity. Journal of Personality and Social Psychology. 2001; 80: 804- 813.
- 10- Fowler JH, Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham heart study. British Medical Journal. 2008; 337- 338.
- 11- Keyes CLM. Complete mental health: An agenda for the 21st century: Flourishing, positive psychology and the life well- lived. Washington DC: American Psychological Association; 2003.
- 12- Nesse RM. What good is feeling bad. The sciences. 1991; 31: 30- 37.
- 13- Seligman MP, Rashid T, parks AC. Positive psychotherapy. American psychologist. 2006; 61: 774- 788.

- 33- Klausner EJ, Clarkin JF, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS. Late- Life depression and Functional disability: The role of goal-focused group psychotherapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1998; 13: 707-716.
- 34- Seligman MEP. Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free press; 2003.
- 35- Park N, Peterson C. Methodological issues in positive psychology and the assessment of character strengths. In: Ong AD, Van Dulmen M, editors. *Handbook of methods in positive psychology*. New York: Oxford University Press; 2006.
- 36- Park N, Peterson C, Seligman MEP. Strengths of character and Well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2004; 23: 603- 619.
- 37- Keyes CLM, Lopez SJ. Toward a science of mental health: positive directions in diagnosis and Interventions. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford university press; 2002.
- 38- Seligman MEP. positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford university press; 2002.
- ۲۶- هالجین ریچارد پی، ویتبورن سوزان ک. آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی. سید محمدی یحیی، مترجم. چاپ اول. نشر روان؛ ۱۳۸۴.
- 27- Peterson C, Seligman MEP. character strengths and virtues: A handbook and classification. Washington. DC: American psychological Association; 2004.
- 28- Aspinwall LG, Brunhart SM. Distinguishing optimism from denial: optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and social psychology Bulletin*. 1996; 22: 993- 1003.
- 29- Mischel W, Shoda Y, Rodriguez ML. Delay of gratification in children. *Science*. 1989; 244: 933- 938.
- ۳۰- رحمانی جهانبخش. پایایی، روایی و هنجاریابی آزمون ماتریس‌های پیش‌رونده‌ی ریون پیشرفته در دانشجویان. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی*. ۱۳۸۶؛ ۱۱(۳۴): ۷۴-۶۱.
- 31- Linely PA, Joseph S. positive psychology in practice. John Wiley & sons; Inc. Hoboken: newjersey; 2004.
- 32- Cheavens J, Gum A, Feldman DP, Michael ST, snyder CR. A group intervention to increase hope in community sample. Poster presented at Annual convention of the American Psychological Association. San Francisco; 2001.