

# تأثیر درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به افسرده خوئی<sup>۱</sup>

زهره شیرین کار<sup>۲</sup>

کوروش نامداری<sup>۳</sup>

حمیدرضا جمیلیان<sup>۴</sup>

احمد عابدی<sup>۵</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۱۰

تاریخ وصول: ۹۴/۶/۱۳

## چکیده

آسیب‌ها و رنجش‌های بین فردی نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانشناختی دارند. با توجه به یافته‌های پژوهشی مبنی بر ارتباط بین بخشیدن آسیب‌های بین فردی گذشته و کاهش علائم افسردگی، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به افسرده خوئی پرداخت. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با حجم نمونه ۱۶ زن بود. آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس از یک مرکز درمانی روانپزشکی، بر اساس ملاک‌های ورود و تشخیص روانپزشک انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه ۸ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در گروه آزمایش درمان مبتنی بر بخشش به صورت گروهی در قالب ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) برگزار شد. اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمود. اطلاعات پژوهش از طریق پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، مقیاس انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب (TRIM-12) و مقیاس نشخوار فکری درباره یک ناراحتی بین فردی (RIO) جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌های این پژوهش، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ارزیابی پس از درمان نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به افسرده خوئی مؤثر بوده است و این تأثیر از لحاظ آماری ( $p < 0/05$ ) معنادار بود. از

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان می‌باشد.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول) z.shirinkar@yahoo.com

۳. استادیار روانشناسی دانشگاه اصفهان k.namdari@edu.ui.ac.ir

۴. استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک mjamilian@yahoo.com

۵. استادیار روانشناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان a.abedi@edu.ui.ac.ir

یافته‌های بدست آمده از این مطالعه چنین نتیجه گیری می‌شود که می‌توان از درمان گروهی مبتنی بر بخشش برای کاهش علائم افسردگی و نشخوارفکری سود جست.

واژگان کلیدی: افسرده خوئی، درمان گروهی مبتنی بر بخشش، زنان، نشخوارفکری

#### مقدمه

افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی (به ویژه در زنان) است. اختلال‌های افسردگی به چند دسته تقسیم می‌شود. در متن پنجمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) اختلال افسرده خوئی<sup>۲</sup> و اختلال افسردگی اساسی مزمن<sup>۳</sup> ترکیب شده و در یک اختلال با عنوان افسردگی مزمن<sup>۴</sup> (افسرده خوئی) جای گرفته‌اند. ویژگی مهم اختلال افسردگی مزمن (افسرده خوئی)، خلق افسرده مزمن است که در بخش اعظم روز، و بیشتر روزها حداقل به مدت ۲ سال روی می‌دهد. نتایج پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در مناطق شهری و روستایی ایران نیز حاکی از شیوع بالای اختلال‌های افسردگی در جمعیت‌های مورد مطالعه بوده است (پالاهنگ، براهنی و شاه محمدی، ۱۳۷۵؛ نوربالا و محمد، ۱۳۷۹). لذا به نظر می‌رسد پرداختن به درمان‌های اثر بخش برای این اختلال ضروری و راهگشاست (ویشمن، ۲۰۰۸؛ به نقل از حسینی فرد، ۱۳۹۰).

روش‌های درمانی عمده‌ای که برای این اختلال بکار می‌روند عبارتند از: دارو درمانی، شناخت درمانی، رفتار درمانی و روان درمانی تحلیلی (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). اما تقریباً همه این رویکردهای درمانی بر افکار، هیجانات و رفتارهای ناخوشایند و آسیب رسان متمرکز بوده‌اند (سلیگمن، ۲۰۰۸). به تازگی، رویکرد دیگری در روانشناسی تحت عنوان روانشناسی مثبت ارائه گردیده که معتقد است می‌توان از ویژگی‌های مثبت آدمی برای درمان علائم روانشناختی آنان سود جست (سلیگمن و چیک سنت میهالی، ۲۰۰۰). روانشناسی مثبت حرکتی جدید در میان روانشناسان است که بر نیاز به درک جنبه‌های مثبت تجارب

- 
1. American Psychiatric Association (APA)
  2. dysthymia
  3. chronic major depressive disorder
  4. persistent depressive disorder
  5. Seligman & Csikszentmihalyi

انسان و آنچه حیات انسان را شایسته زندگی کردن می‌کند، تأکید نموده است، و همچنین فهم و اصلاح جنبه‌های منفی آسیب روانی، پریشانی و ناراحتی انسان را مورد توجه قرار می‌دهد. همه روانشناسان حرفه‌ای، از جمله: روانشناسان بالینی، روانشناسان مشاوره، روانشناسان سلامت، مشاوران و رواندرمانگران و حتی مددکاران اجتماعی، ایده‌ی روانشناسی مثبت را ایده‌ای جالب و قابل توجه می‌دانند (جوزف و لینی، ۲۰۰۵؛ به نقل از نامداری، ۱۳۸۹). در این حوزه روانشناسی، توجه و تمرکز معطوف به شناختن و پروراندن ابعادی خاص مثل هیجان‌های مثبت است که باعث افزایش رشد فردی و اجتماعی می‌شود (امونز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). در یک پژوهش، تمرین‌های روانشناسی مثبت که از طریق وب در اختیار افراد قرار داده می‌شد، علائم افسردگی (احساس اندوه، فقدان لذت و ناامیدی) را حداقل برای ۶ ماه کاهش داد (سلیگمن، رشید، پارکز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استفاده از شاخصه‌هایی چون بخشش، قدردانی و اعمال مهربانانه، هیجان‌های مثبت را در افراد (چه بیمار و چه عادی) افزایش می‌دهد (پیترسون<sup>۳</sup> و سلیگمن، ۲۰۰۴). روانشناسی مثبت بر اهمیت بخشش به عنوان توانمندی انسان و ابعاد مثبت رفتار انسان در رابطه با بخشش تأکید کرده‌اند (مالتبی، لیزا و باربر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

از دیدگاه درمانی، بخشش هنگامی رخ می‌دهد که شخصی که خطا در حق او صورت گرفته از روی میل، نگرش‌ها، افکار و رفتارهای منفی نسبت به فرد خطاکار را متوقف کند و احساس، افکار و رفتارهایی مثبت تر را جایگزین آن‌ها نماید (اینرایت و گروه مطالعه رشد انسان<sup>۵</sup>، ۱۹۹۶). اکسلین و بامستر<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) پیشنهاد کردند که بخشش «حذف بدهی<sup>۷</sup>» به وسیله شخص آسیب دیده است. رای و پارگامنت<sup>۸</sup> (۲۰۰۲) عنوان کردند که بخشش، رها کردن<sup>۹</sup> عاطفه منفی (مثل خشم)، شناخت منفی (مثل افکار انتقام) و رفتار منفی (مثل

- 
1. Emmons
  2. Seligman, Rashid & Parks
  3. Peterson
  4. Maltby, Liza & Barber
  5. Enright & The Human Development Study Group
  6. Exline & Baumeister
  7. cancellation of adebt
  8. Rye & Pargament
  9. letting go

پرخاشگری کلامی) در پاسخ به یک بی عدالتی<sup>۱</sup> قابل ملاحظه است، همچنین بخشش ممکن است شامل پاسخ‌های مثبت (برای مثال دلسوزی<sup>۲</sup>) نسبت به شخص خطا کار هم باشد. یکی از مدل‌های درمانی مبتنی بر بخشش، مدل درمانی ورثینگتون<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) است. این مدل مداخله‌ای مبتنی بر بخشش شامل پنج مرحله است که به افراد کمک می‌کند تا بخشش را در وجود خویش پرورش دهند. این پنج مرحله شامل مداخلات و فرصت‌هایی برای (۱) به یادآوری و بیان هیجان‌های دردناک نسبت به شخص خطا کار، (۲) بیان دیدگاه و انگیزه‌های شخص خطا کار، (۳) به یادآوری زمان‌هایی که خود قربانی خطا کرده است و توسط دیگران بخشیده شده است، (۴) تعهد به بخشش و (۵) کار کردن بر روی حفظ بخشش در طول زمان. این مدل هم شامل مواد آموزشی و هم شامل تکنیک‌های شناختی رفتاری است که به شرکت کنندگان کمک می‌کند تا بر خشم ناخواسته و تلخی حادثه غلبه کنند و به آرامش روانی برسند (وید و میر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

پژوهش‌های بالینی و کاربردی برای تأیید ارزش درمان‌های مبتنی بر بخشش در میان قربانیان خطاهای بین فردی، رو به افزایش است (برای مثال فیتگیبونز<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶؛ وید، بیلی و شافر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). تحقیقات تجربی رابطه بین میل به بخشیدن و بخشیدن یک خطای خاص را با سطوح بالایی از سلامت جسمی (ورثینگتون و اسپرر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴)، رضایت از زندگی (بونو، مک کالو و روت<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸) و سطوح پایینی از افسردگی (کوئل و اینرایت<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷؛ براون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳؛ هیرچ، وب و جلیک<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱)، خشم (کوئل و اینرایت، ۱۹۹۷)، اضطراب (رید و اینرایت<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۶) نشان داده اند. یکی از متغیرهایی که ممکن است نقش معناداری در رابطه

1. injustice
2. compassion
3. Worthington
4. Wade & Meyer
5. Fitzgibbons
6. Bailey & Shaffer
7. Scherer
8. Bono, McCullough & Root
9. Coyle & Enright
10. Brown
11. Hirsch, Webb & Jeglic
12. Reed & Enright

بین بخشش و سلامتی داشته باشد، نشخوار فکری<sup>۱</sup> است (گلدمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). نشخوار فکری به عنوان تمرکز شخص بر جنبه‌های منفی زندگی اش به خصوص تمرکز بر علل و عواقب آن‌ها در نظر گرفته می‌شود (لیوبومیرسکی و نولن- هوکسما<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ نولن- هوکسما و جکسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). اسکینر، اج، آلتمن و شرود<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) نشخوار فکری را به عنوان تمرکز فعال و تکراری بر ویژگی‌های آسیب‌زا و منفی تعاملات پراسترس<sup>۶</sup> معرفی می‌کنند. بنابراین نشخوار فکری تمایل به ترویج و تداوم چرخه‌ای از تجربه‌های منفی دارد. تحقیقات زیادی رابطه منفی بین بخشش و نشخوار فکری را گزارش کرده‌اند (باربر، مالتبی و مک کاسکیل<sup>۷</sup>؛ ۲۰۰۵؛ بری، ورثینگتون، اکتر و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵؛ بری، ورثینگتون و همکاران، ۲۰۰۱؛ مک کالو و همکاران، ۲۰۰۱). این تحقیقات نشان می‌دهند که افرادی که کمتر نشخوار فکری می‌کنند، تمایل بیشتری به بخشیدن دارند (بری و همکاران، ۲۰۰۱).

همانطور که تحقیقات نشان می‌دهند، بخشیدن دیگران با افسردگی رابطه تنگاتنگی دارد؛ توضیح این رابطه از طریق دو فرایند عمده و اولیه‌ای که زمینه ساز بخشش می‌شوند، به خوبی قابل فهم است: اول رها کردن حق فرد برای انتقام و خصومت، دوم مهربانی غیر قابل استحقاق و ملایمت نسبت به شخص خاطی (ورثینگتون و وید، ۱۹۹۹). فرایند اول باعث کاهش هیجان‌های منفی مثل خشم و نشخوار فکری (اینرایت، ۱۹۹۱؛ ثورسن، هاریس و لوسکین<sup>۹</sup>، ۲۰۰۰) می‌شود و فرایند دوم به افزایش احساسات مثبت منجر می‌گردد (ورثینگتون و وید، ۱۹۹۹) و به این صورت، خاصیت پیشگیرانه خود را برای اختلال افسردگی نشان می‌دهد. بنابراین، بخشیدن دیگران، افراد را در مقابل تجارب بین فردی منفی و ادراکات مربوط به افسردگی محافظت می‌کند. این حفاظت از دو طریق ایجاد می‌شود: اول بخشش دیگران باعث کاهش انگیزه فرد برای انتقام‌گیری از فرد خاطی می‌شود (ورثینگتون، ۲۰۰۱)؛ دوم

1. rumination
2. Goldman
3. Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema
4. Jackson
5. Skinner, Edge, Altman & Sherwood
6. stressful transaction
7. Barber, Maltby & Macaskill
8. Berry, Worthington, O'Connor, Parrott & Wade
9. Thoresen, Harris & Luskin

این‌که تمایل به نشخوار فکری در مورد شخص خاطی را کاهش می‌دهد، از رفتارهای اجتماعی‌سازی نایافته جلوگیری می‌کند و رفتارهای مثبت در برابر شخص خاطی را افزایش می‌دهد. متعاقباً این تجربه، چرخه معیوب وقایعی را که با تعارض‌های بین فردی مثل (افکار طرد بین فردی و افسردگی) همراه است، می‌شکند (مک کالو، ۲۰۰۰). بخشش همچنین از طریق کاهش نشخوار فکری بر سلامت روانی اثر می‌گذارد و ناخوشی هیجانی، تلخی نفرت، خصومت، خشم و ترس ناشی از آن را می‌کاهد (دونی و فلدمن، ۱۹۹۶).

بنابراین به نظر می‌رسد، یکی از عواملی که می‌تواند افراد را به سمت اختلال افسردگی بکشاند و باعث تداوم آن شود، نگه داشتن کینه، نفرت و خشم ناشی از آسیب‌های گذشته و نشخوار فکری درباره آن حوادث است. در نتیجه بخشش از طریق همان دو فرایندی که توضیح داده شد می‌تواند بر افسردگی اثر بگذارد. در ایران تحقیقات خیلی کمی در زمینه مداخلات مبتنی بر بخشش به خصوص بر روی افراد افسرده انجام شده است. لذا پژوهش و مطالعه بیشتر در این زمینه ضرورت می‌یابد. با توجه به آنچه بیان شد، این پژوهش سعی دارد به این سؤال پاسخ دهد که آیا مداخله درمان گروهی مبتنی بر بخشش می‌تواند باعث کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسرده خوئی شود؟

### روش پژوهش

**شرکت کنندگان:** جامعه آماری این پژوهش، کلیه زنان مراجعه کننده به بخش اعصاب و روان کلینیک امام رضا(ع) شهر اراک در سال ۹۳-۹۲ می‌باشند، که در ارزیابی بالینی توسط روانپزشک تشخیص افسرده خوئی دریافت نموده‌اند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به حجم ۱۶ نفر از بین این زنان انتخاب شد که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و کنترل (۸ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به نمونه عبارتند از: ۱- ابتلا به افسرده خوئی براساس تشخیص روان‌پزشک و نتایج تست بک، ۲- نداشتن بیماری جسمی خاص و ۳- نمره بالاتر از ۲۴ در مقیاس مربوط به رنجش TRIM-12 (چون در غیر این صورت مسلماً درمان مبتنی بر بخشش معنایی نخواهد داشت).

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل میباشد.

**ابزار پژوهش: ۱- مقیاس انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب<sup>۱</sup> (TRIM-12):** یکی از ابزارهایی که برای سنجش ابعاد مرتبط با بخشش استفاده می‌شود، پرسشنامه انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب (TRIM-12) است. این پرسشنامه توسط مک کالو و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است که سطوحی از حالت‌های نبخشیدن<sup>۲</sup> شخص خطاکار را اندازه می‌گیرد. این مقیاس، از نبخشیدن به عنوان یک میل یا انگیزه برای اجتناب کردن از خطاکار و جستجوی انتقام تعریف عملیاتی می‌کند. دو عامل را اندازه می‌گیرد: انگیزه اجتناب و انگیزه انتقام. این مقیاس شامل ۱۲ عبارت است (هفت عبارت برای انگیزه اجتناب و پنج عبارت برای انگیزه انتقام) و مقیاس پاسخگویی آن پنج درجه‌ای (کاملاً موافقم = ۵، کاملاً مخالفم = ۱) است. برای مثال دو نمونه از این عبارت‌ها: «تا آنجایی که امکان دارد فاصله بیشتری را بینمان حفظ می‌کنم» (زیر مقیاس انگیزه اجتناب) و «میخواهم او به آنچه سزاوارش است برسد» (زیر مقیاس انگیزه انتقام). دامنه نمره کلی این پرسشنامه از ۱۲ تا ۶۰ است، دامنه نمره زیر مقیاس اجتناب ۳۵-۷ و انگیزه انتقام ۲۵-۵ می‌باشد. مک کالو و همکاران همبستگی درونی بالایی را بین دو زیر مقیاس گزارش کردند ( $\alpha > 0/85$ ). پایایی آزمون-بازآزمون ۹ هفته‌ای برای انگیزه انتقام ۰/۶۵ و انگیزه اجتناب ۰/۶۴ گزارش شده است. همچنین در مطالعات تجربی این مقیاس با همدلی همبستگی منفی و با نشخوار فکری همبستگی مثبت داشته است (مک کالو و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک کالو و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران خجسته مهر و همکاران (۱۳۸۹) پایایی پرسشنامه را برای بعد انتقام ۰/۸۵۰، بعد اجتناب ۰/۹۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ بدست آوردند. روایی سازه این پرسشنامه نیز از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس صفت بخشش (TFS) برای ابعاد انتقام و اجتناب به ترتیب ۰/۵۷۹ و ۰/۵۹۵ است. این پرسشنامه برای پژوهش‌های مرتبط با بخشش، معتبر و پایا می‌باشد (خجسته مهر و همکاران، ۱۳۸۹).

1. Transgression-Related Interpersonal Motivations Scale
2. state levels of unforgiveness

۲- مقیاس نشخوار فکری درباره یک ناراحتی بین فردی<sup>۱</sup> (RIO): این مقیاس توسط وید، وگل، لیو و گلدمن<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۸ ساخته شده است که برای اولین بار توسط نامداری و شیرین کار (۱۳۹۳) ترجمه و آماده سازی شده است. این مقیاس شامل ۶ عبارت است که نشخوار فکری را در طول یک هفته گذشته درباره ی ناراحتی بین فردی خاص که توسط آزمودنی گزارش شده، اندازه می‌گیرد. برای مثال دو نمونه از این عبارت‌ها: «آن اتفاقات را بارها و بارها در ذهنم مرور میکنم» و «خاطرات من درباره کارهای اشتباه آن شخص باعث شده از زندگی کمتر لذت ببرم». مقیاس پاسخگویی به عبارت‌ها پنج درجه‌ای (کاملاً موافقم = ۵، کاملاً مخالفم = ۱) است. وید و همکاران (۲۰۰۸) اعتبار سازه این مقیاس را از طریق مقایسه پاسخ‌ها در این مقیاس با دیگر سازه‌های مرتبط از جمله: خشم (مقیاس نشخوار خشم<sup>۳</sup>؛ سوخودولسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱)، نبخشدن (TRIM-12؛ مک کالو و همکاران، ۱۹۹۸)، بخشیدن (TFS<sup>۵</sup>؛ بری و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵) و پرخاشگری (AQ<sup>۷</sup>؛ باس و پری<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲) بررسی کردند. آن‌ها برای این پرسشنامه همبستگی درونی ۰/۹۰ و همبستگی کل را بین ۰/۵۱-۰/۸۵ گزارش کرده اند (گلدمن، ۲۰۰۹). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۷ و همبستگی کل بین ۰/۴۶ - ۰/۸۴ بدست آمد. از نظر متخصصین این پرسشنامه روایی محتوایی خوبی دارد.

۳- پرسشنامه افسردگی بک<sup>۹</sup> (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد و بعدها در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. این آزمون حاوی ۲۱ پرسش خودسنجی می‌باشد و مقیاس پاسخگویی آن چهار درجه‌ای (صفر تا سه) است. در این آزمون، نمره کمتر از ۱۰ نشانه فقدان افسردگی یا کمترین حد افسردگی است؛ ۱۰ تا ۱۸ نشان دهنده افسردگی

1. Rumination about an Interpersonal Offense Scale
2. Wade, Vogel, Liao & Goldman
3. Anger Rumination Scale
4. Sukhodolsky
5. Trait Forgivingness Scale
6. Berry
7. Aggression Questionnaire
8. Buss & Perry
9. Beck Depression Inventory

خفیف تا متوسط است؛ از ۱۹ تا ۲۹ حاکی از افسردگی متوسط تا شدید است و از ۳۰ تا ۶۳ نشانه افسردگی شدید است (گراث و مارنات، ترجمه شریفی و نیکخو، ۱۳۷۹). یک فراتحلیل از تلاش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی این آزمون نشان داده است که ضریب بدست آمده از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ بوده است (گراث و مارنات، ترجمه شریفی و نیکخو، ۱۳۷۹). فراتحلیل‌ها ضریب همبستگی بین سنجش بالینی از افسردگی و BDI را برای بیماران روانپزشکی ۰/۷۲ و برای افراد سالم ۰/۶۰ گزارش کردند. بک، استیر و گاربین<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) مقیاس اندازه‌گیری همیلتون<sup>۲</sup> (HRSD) و BDI را روی ۵ بیمار روانپزشکی اجرا نمودند و میزان ضریب همبستگی بین این دو مقیاس را ۰/۷۳ بدست آوردند (بک و استیر، ۱۹۹۳). بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸) ۱۰ مطالعه را بررسی نمودند که در آن‌ها BDI به صورت پیش آزمون- پس آزمون اجرا شده بود. آن‌ها دامنه ضریب همبستگی پیرسون بین پیش آزمون- پس آزمون در بیماران روانپزشکی را ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش کردند (بک و استیر، ۱۹۹۳). در یک بررسی هنجاریابی، یزدان دوست (۱۹۸۸)، به نقل از فتاحی، (۱۳۸۹) این پرسشنامه را بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه اجرا نمود و پایایی این آزمون را با روش آزمون-بازآزمون چهارماهه ۰/۴۹ گزارش کرد.

**شیوه اجرای پژوهش:** در این پژوهش از زنان ۵۰-۲۵ سال که بر اساس تشخیص روانپزشک و نمرات پرسشنامه افسردگی بک، تشخیص افسرده خوئی دریافت کرده بودند، یک سؤال برای ارزیابی اولیه درمان مبتنی بر بخشش پرسیده شد: آیا در گذشته کسی به شما صدمه زده است یا از کسی رنجیده‌اید؟ (در این سؤال بحث زمان مطرح نیست فقط می‌خواهیم بدانیم که آیا فرد در گذشته از کسی لطمه خورده که هنوز رنجش آن در ذهنش باقی مانده باشد). از افرادی که به این سؤال پاسخ بله دادند، مقیاس انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب (TRIM-12) گرفته شد. ۱۶ نفر از افرادی که نمره آن‌ها در این مقیاس بالاتر از ۲۴ بود انتخاب شدند و بعد به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۸ نفر) و گواه (۸ نفر) گمارده شدند. پس از تعیین گروه‌های آزمایش و کنترل، پیش آزمون بر روی همه‌ی

1. Beck, steer & Garbin

2. Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression

شرکت کنندگان در طرح، اجرا شد. همچنین به شرکت کنندگان یادآوری شد که اطلاعات مربوط به پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد ماند و در اختیار کسی قرار نخواهد گرفت. مداخله‌ی درمان گروهی مبتنی بر بخشش برای گروه آزمایش به صورت ۶ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. یک هفته پس از آخرین جلسه‌ی درمان مبتنی بر بخشش بر روی گروه آزمایش، پس از آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد.

این مداخله آموزشی و درمانی برگرفته شده از مدل درمان مبتنی بر بخشش ورثینگتون (۲۰۰۱) است، که در غالب درمان گروهی توسط گلدمن (۲۰۰۹) ارائه شده است. این پروتکل درمانی برای اولین بار توسط شیرین کار و نامداری (۱۳۹۳) ترجمه و آماده سازی شده است. خلاصه جلسات ارائه شده به صورت زیر است:

جلسه اول، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر، تنظیم قوانین گروه و بحث گروهی درباره‌ی معنای بخشش و تفاوت آن با آشتی.

جلسه دوم، به یاد آوردن خاطره آسیب‌زا و در میان گذاشتن آن با گروه.

جلسه سوم، بحث درباره خشم و نحوه ابراز آن، یادآوری دوباره خاطره آسیب‌زا و بیان تجربیات و تمرکز کردن بر روی هیجان‌هایی که از یادآوری آن‌ها ایجاد می‌شود و بیان احساسشان موقعی که آن حادثه را با دیگران به اشتراک گذاشتند.

جلسه چهارم، بر یادگیری مفهوم همدلی تمرکز می‌شود (بیان داستان)، یادآوری زمانی که کسی به خاطره عمل شما آسیب دیده و در میان گذاشتن آن با گروه.

جلسه پنجم، تلاش برای ایجاد همدلی نسبت به شخصی که به آن‌ها صدمه زده است.

جلسه ششم، ایجاد روشی برای متعهد شدن به بخشش برای شرکت کنندگانی که احساس می‌کنند برای بخشیدن آماده‌اند و همچنین تشویق شرکت کنندگان به نوشتن نامه‌ای از بخشش به کسی که در حقشان خطایی مرتکب شده است (البته بدون نیاز به فرستادن نامه).

**شیوه تحلیل داده‌ها:** در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss 18 استفاده شد. در سطح توصیف داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای وابسته ارائه شد.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها، به منظور حذف اثر متغیرهای مداخله‌گر و دقت بیشتر در نتایج، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

جدول شماره ۱، یافته‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی آزمودنی‌ها را بر حسب عضویت گروهی نشان می‌دهد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی در خصوص علائم افسردگی بر حسب عضویت گروهی

تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	
۸	۲۸/۸۷	۷/۶۶	۵۸/۶۹	آزمایش افسردگی- پیش آزمون
۸	۱۶/۸۷	۱۰/۹۸	۱۲۰/۶۹	افسردگی- پس آزمون
۸	۲۸/۵۰	۱۰/۱۲	۱۰۲/۵۷	کنترل افسردگی- پیش آزمون
۸	۲۷/۰۰	۹/۸۵	۹۷/۱۴	افسردگی- پس آزمون

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون آزمودنی‌ها در افسردگی در گروه آزمایش به ترتیب ۲۸/۸۷ و ۷/۶۶ و در گروه کنترل ۲۸/۵۰ و ۱۰/۱۲ می‌باشد. همانطور که ملاحظه می‌شود، مقدار میانگین علائم افسردگی از میانگین ۲۸/۸۸ به ۱۶/۸۸ تقلیل یافته است. در گروه کنترل تغییر محسوسی در مقادیر میانگین پیش آزمون و پس آزمون مشهود نمی‌باشد.

جدول شماره ۲، یافته‌های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون نشخوار فکری آزمودنی‌ها را بر حسب عضویت گروهی نشان می‌دهد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی در خصوص نشخوار فکری بر حسب عضویت گروهی

تعداد	میانگین	انحراف معیار	واریانس	
۸	۴/۵۰	۰/۵۰	۰/۲۵	آزمایش نشخوار فکری- پیش آزمون
۸	۳/۷۲	۰/۸۴	۰/۷۲	نشخوار فکری- پس آزمون
۸	۴/۵۶	۰/۲۵	۰/۰۶	کنترل نشخوار فکری- پیش آزمون
۸	۴/۶۰	۰/۳۰	۰/۰۹	نشخوار فکری- پس آزمون

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون آزمودنی‌ها در نشخوار فکری در گروه آزمایش به ترتیب ۴/۵۰ و ۰/۵۰ و در گروه کنترل ۴/۵۶ و ۰/۲۵ می‌باشد. همانطور که ملاحظه می‌شود، مقدار میانگین علائم نشخوار فکری از میانگین ۴/۵ به ۳/۷ تقلیل یافته است. در گروه کنترل تغییر محسوسی در مقادیر میانگین پیش آزمون و پس آزمون مشهود نمی‌باشد. در بکارگیری روش تحلیل کوواریانس، ضروری است مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گیرد، تا بتوان از آزمون مورد نظر استفاده کرد؛ این مفروضات عبارتند از: "استقلال مشاهدات، نرمال بودن توزیع نمرات، همسانی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون". شرایط مستقل بودن داده‌ها در این پژوهش برقرار بود. زیرا پاسخ آزمودنی‌ها به سوالات تحت تأثیر آزمودنی‌های دیگر نبود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات، از آزمون کولموگروف اسمیرنوف در مورد نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس نمرات متغیرهای وابسته برقرار می‌باشد. نتایج حاصل از آزمون لوین نیز نشان داد که همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته پژوهش برقرار می‌باشد. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس در خصوص دو فرضیه پژوهش نشان می‌دهد که ضریب F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش آزمون معنادار نمی‌باشد ( $Sig > 0/05$ ). در نتیجه تفاوت معناداری میان ضرایب مشاهده نمی‌گردد و فرض همگنی ضرایب رگرسیون مورد تایید است.

جدول شماره ۳، نتایج تحلیل کوواریانس را جهت تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر علائم افسردگی در مراحل پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس جهت تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر علائم

#### افسردگی

منابع تغییرات	مجموعه نمرات	درجه آزادی	مجموعه نمرات	میانگین	F	سطح معناداری	مجموعه نمرات	زمان آزمون
پیش آزمون	۱۰۶۵/۷۸۲	۱	۱۰۶۵/۷۸۲	۱۰۶۵/۷۸۲	۳۰/۱۷۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹	۰/۹۹

تأثیر درمان گروهی مبتنی بر بخشش	۴۳۹/۸۸۸	۱	۴۳۹/۸۸۸	۱۲/۴۵۶	۰/۰۰۴	۰/۴۸۹	۰/۸۰
خطا	۴۵۹/۰۹۳	۱۳	۳۵/۳۱۵				
کل	۹۶۳۵/۰۰	۱۶					

بر اساس یافته‌های مندرج در جدول ۳، نمرات پس از آزمون افسردگی با نمرات پیش از آزمون آن رابطه معنادار را نشان می‌دهد. با کنترل اثر این رابطه، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده در گروه آزمایش و گروه کنترل در این متغیر معنادار است ( $p < ۰/۰۵$ ). در نتیجه درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر علائم افسردگی زنان مبتلا به افسرده خوبی مؤثر است. میانگین‌های تعدیل شده دو گروه (مندرج در جدول ۱) نشان می‌دهد که ارائه درمان گروهی مبتنی بر بخشش باعث کاهش ۴۸/۹٪ علائم افسردگی در مرحله پس از آزمون شده است. توان آماری ۰/۸۰ نیز نشانگر دقت آماری بالا می‌باشد.

جدول شماره ۴، نتایج تحلیل کوواریانس را جهت تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر نشخوار فکری در مراحل پس از آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس جهت تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر بخشش بر نشخوار فکری

منابع تغییرات	میانگین مربع	درجه آزادی	میانگین مربع	F	سطح معناداری	محدود آتا	توان آماری
پیش از آزمون	۴/۴۵۰	۱	۴/۴۵۰	۴۵/۷۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹	۱/۰۰
تأثیر درمان							
گروهی مبتنی بر بخشش	۲/۴۵۷	۱	۲/۴۵۷	۲۵/۲۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰	۰/۹۹
خطا	۱/۲۶۵	۱۳	۰/۰۹۷				
کل	۲۸۶/۵۵۶	۱۶					

بر اساس یافته‌های مندرج در جدول ۴، نمرات پس از آزمون نشخوار فکری با نمرات پیش از آزمون آن رابطه معنادار را نشان می‌دهد. با کنترل اثر این رابطه، تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده در گروه آزمایش و گروه کنترل در این متغیر معنادار است ( $p < ۰/۰۵$ ). در نتیجه

درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر نشخوار فکری زنان مبتلا به افسرده خوئی مؤثر است. میانگین‌های تعدیل شده دو گروه (مندرج در جدول ۲) نشان می‌دهد که ارائه درمان گروهی مبتنی بر بخشش باعث کاهش ۶۶٪ نشخوار فکری در مرحله پس‌آزمون شده است. توان آماری ۰/۹۹ نیز نشانگر دقت آماری بسیار بالا می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد درمان گروهی مبتنی بر بخشش منجر به کاهش علائم افسردگی در افراد افسرده خو شده است. این یافته با نتایج کلی پژوهش‌های رامیرز، اورتگا، کامورو و کولمنرو<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، رید و اینرایت (۲۰۰۶) و کوپل و اینرایت (۱۹۹۷) همسو می‌باشد. که در تبیین این همسویی می‌توان به وجود مشابهت در محتوای درمان، ارتقای فهم افراد از بخشش و پرورش آن به عنوان یک مهارت برای مقابله با آسیب‌هایی که تجربه کرده‌اند، اشاره نمود. در تبیین معناداری اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر کاهش علائم افسردگی می‌توان به نتایج پژوهش‌های هیرچ و همکاران (۲۰۱۱)، باسکین، رودی، اسکول مسترز و الینگسون<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، هاریس، نورمن، استندارد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶) و سیوندی پور و عبداللهی (۱۳۹۰) استناد نمود. نتایج نشان می‌دهند که با ارائه آموزش‌های مبتنی بر بخشش، نمره‌های افسردگی کاهش معنی‌داری داشته‌اند و همچنین نشان می‌دهند که بین بخشش و افسردگی، رابطه معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که با افزایش بخشش، افسردگی کاهش می‌یابد و با کاهش توانایی بخشودن، افسردگی افزایش می‌یابد.

درواقع در تبیین معناداری اثربخشی این الگو آموزشی و درمانی بر کاهش علائم افسردگی همسو با نظریه ورثینگتون (۲۰۰۱) می‌توان به این موضوع اشاره کرد که این نوع مداخله آموزشی و درمانی با ارائه راه‌کاری‌هایی در جهت کاهش انگیزه‌ها و احساسات منفی و ایجاد همدلی نسبت به شخص خطاکار باعث می‌شود که فرد از رفتارهای اجتماعی سازش‌نا یافته دوری کند و رفتارهای مثبت را در برابر شخص خاطی افزایش دهد. متعاقباً این

1. Ramirez, Ortega, Chamorro & Colmenero
2. Baskin, Rhody, Schoolmeesters & Ellingson
3. Harris, Norman, Standard

تجربه چرخه معیوب وقایعی را که با تعارض‌های بین فردی مثل (افکار طرد بین فردی و افسردگی) همراه است می‌شکند. علاوه بر آن ماهیت گروهی این نوع درمان باعث می‌شود که اعضای گروه باهم تعامل داشته باشند و مهارت‌های ارتباطی خویش را تقویت کنند، احساساتشان را باهم در میان بگذارند و بدانند که در این ناراحتی تنها نیستند. همچنین اعضای گروه در شروع اغلب احساس بی‌فایده بودن می‌کنند و روحیه بالایی ندارند ولی وقتی می‌فهمند می‌توانند به دیگر اعضای گروه کمک کنند و تجاربشان را در اختیار آن‌ها بگذارند، بیشتر احساس ارزشمندی و قابلیت می‌کنند. در نتیجه خود ماهیت گروه یک عامل مهم در کاهش علائم افسردگی است.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد درمان گروهی مبتنی بر بخشش منجر به کاهش نشخوار فکری در افراد افسرده خو شده است. یافته‌های بدست آمده با نتایج کلی پژوهش‌های مک‌کالو و همکاران (۲۰۰۱) و بری و همکاران (۲۰۰۵) و بری، ورثینگتون و همکاران (۲۰۰۱) همسو می‌باشد. این تحقیقات رابطه منفی بخشش با نشخوار فکری را گزارش کردند. در تبیین معناداری اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر کاهش علائم نشخوار فکری می‌توان به نتایج پژوهش‌های لودن-گربر<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) و براون<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) استناد نمود. وید و ورثینگتون (۱۹۹۹) بیان کردند که نشخوار فکری ممکن است از طریق تشویق و فراخوانی خاطرات دردناک، مانع بخشش شود، و احتمالاً بخشش کاهش می‌یابد، به این علت که فرد، طی نشخوار فکری دوباره آن آسیب را به صورت هیجانی و شناختی تجربه می‌کند و این عقیده در وی به وجود می‌آید که خطا دوباره رخ خواهد داد. همچنین نشخوار فکری دوباره خطا باعث می‌شود که قربانی آن آسیب را، بسیار بزرگ تصور کند و در نتیجه احساس ضعف کند. در واقع این نوع مداخله درمانی و آموزشی از طریق آموزش، تصویرسازی ذهنی، تکنیک‌های ذهن آگاهی و ایجاد همدلی نسبت به شخص خطا کار، منجر به کاهش نشخوار فکری می‌شود و افراد را به سمت بخشیدن شخص خطا کار ترغیب می‌کند. یکی از تکنیک‌های مهمی که در این نوع درمان برای نشخوار فکری و همچنین بازسازی

1. Louden-Gerber

2. Browne

شناختی شخص آسیب دیده ارائه می‌شود، یاد آوری دوباره آن آسیب و نگاه کردن به آن از زوایای مختلف است. همچنین افراد را به بیان احساسات و افکارشان در آن لحظه ترغیب می‌کند. این تکنیک چندین مزیت دارد: ۱- باعث تخلیه هیجانی می‌شود، ۲- از سرکوب کردن احساسات و افکار درباره آن حادثه جلوگیری می‌کند، ۳- باعث می‌شود شخص دوباره به موضوع نگاه کند و دیدگاه تازه‌ای درباره آسیب وارد شده پیدا کند و در نهایت به کاهش نشخوار فکری کمک می‌کند.

علاوه بر این، تحقیقات تجربی نشان داده‌اند که نشخوار فکری در افراد افسرده باعث تشدید خلق منفی، افزایش افکار و خاطرات منفی و اختلال در حل مسائل اجتماعی می‌شود (لو، هو و هولون، ۲۰۱۰). این چرخه معیوب نشخوار فکری علاوه بر خلق افسرده، محرک و موجد علائم اضطراب نیز هست و در واقع نشخوار فکری نه تنها حالت همبود با افسردگی محسوب می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۹؛ به نقل از نوربالا، ۱۳۹۲) بلکه سبب می‌شود علائم آغازین افسردگی شدیدتر شده، به سمت دوره‌های افسردگی اساسی حرکت کنند یا دوره‌های افسردگی اخیر طولانی‌تر شوند (نولن - هوکسما و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۸). در نتیجه به نظر می‌رسد این نوع درمان گروهی مبتنی بر بخشش با کاهش نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسرده خوئی و همچنین کار بر روی همدلی به کاهش علائم افسردگی در این افراد کمک می‌کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نداشتن مرحله پیگیری است. با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر درمان گروهی مبتنی بر بخشش بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان افسرده خو و همچنین نتایج مطالعات متعدد مبنی بر تأثیر گذاری بخشیدن آسیب‌های بین فردی گذشته در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افزایش رضایت از زندگی (گلدمن، ۲۰۰۹)، می‌توان به روانشناسان بالینی، روانپزشکان و سایر متخصصین مرتبط با خدمات مشاوره و روانشناسی پیشنهاد کرد که از این رویکرد درمانی در مشاوره‌های فردی و زناشویی به منظور التیام صدمات روانی عاطفی مزمن نظیر شکست عاطفی، خیانت زناشویی و سوء استفاده‌های جسمی و عاطفی استفاده کنند. همچنین می‌توان از آموزش

بخشش در ارتقا توانمندی‌های شخصیت و سلامت روانی افراد بهنجار جامعه استفاده کرد. چه بسا با آموزش بخشش از همان کودکی بتوان از صدمات روانی بعدی پیشگیری کرد.

### منابع

- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی و شاه محمدی، داود. (۱۳۷۵). بررسی پالاهنگ، همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در کاشان. *مجله اندیشه و رفتار*، (۴): ۲۷-۱۹.
- حسینی فرد، سید مهدی. (۱۳۹۰). اثر بخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال افسرده خویی: کاهش شدت افسردگی، ناامیدی، طرحواره ناسازگار اولیه، افزایش عزت نفس و خودکارآمدی. پایان نامه دکترای تخصصی روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- خجسته مهر، رضا؛ کرابی، امین و عباس پور، ذبیح الله. (۱۳۸۹). ارزشیابی ویژگی‌های روانسنجی پرسش نامه انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۸(۱): ۱۰-۱.
- سیوندی پور، مریم و عبداللهی، عبدالحسین. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر رویارویی با شاخصه‌های علمی شادی بر کاهش علایم افسردگی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، (۱۱): ۵۱۳-۵۲۰.
- فتاحی، راضیه. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی گروه درمانی منوی اسلامی بر علائم افسرده خویی و کیفیت زندگی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی. دانشگاه اصفهان.
- کاپلان و سادوک. (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه فرزین رضاعی. جلد دوم، تهران: انتشارات ارجمند.
- مارنات، گری گراث. (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی*، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. نشر سخن: تهران.
- نامداری، کوروش. (۱۳۸۹). *هنجاریابی آزمون توانمندی‌ها و ارزش‌ها در عمل و اثربخشی آموزش شناختی ارتقای امید بر سطح توانمندی‌های شخصیتی مراجعین افسرده خو*، پایان نامه دکتری روانشناسی عمومی. دانشگاه اصفهان.

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقر یزدی، سید عباس. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال‌های روان پزشکی در شهر تهران. *مجله حکیم*، ۲(۴): ۲۱۲-۲۲۳.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (pp. 168-171). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Baskin, T. W. Rhody, M. Schoolmeesters, S. & Ellingson, C. (2011). Supporting Special-Needs Adoptive Couples: Assessing an Intervention to Enhance Forgiveness, Increase Marital Satisfaction, and Prevent Depression, *The Counseling Psychologist*, 1-23.
- Beck, A. T. Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Coporation.
- Beck, A. T. Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years later. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100.
- Berry, J. W. Worthington, E. L. O'Connor, L. E., Parrott, L. III, & Wade, N. G. (2005). Forgiveness, vengeful rumination, and affective traits. *Journal of Personality*, 73, 1-43.
- Bono, G. McCullough, M. E. & Root, L. M. (2008). Forgiveness, feeling connected to others, and well-being: Two longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(3), 182-195.
- Brown, R. P. (2003). Measuring individual differences in the tendency to forgive: Construct validity and links with depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 759-771.
- Browne, P. E. (2009). *Forgiveness therapy: A qualitative study of the forgiveness experience of people who have undergone forgiveness as a counseling intervention*. Counseling psychology doctoral dissertation. Capella University.
- Coyle, C. T. & Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with postabortion men. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 65, 1042-1046.
- Downey, G. Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *PersSocPsychol*, 70, 1327-43.
- Emmons, R. A. (2006). Editorial. *Journal of Positive Psychology*, 1: 1-2.
- Enright, R. D. & The Human Development Study Group. (1996). Counseling within the forgiveness triad: On forgiving, receiving forgiveness, and self-forgiveness. *Counseling and Values*, 40, 107-146.
- Exline, J. J. & Baumeister, R. F. (2000). *Expressing forgiveness and repentance: Benefits and barriers*. New York: Guilford Press.
- Fitzgibbons, R. P. (1986). The cognitive and emotive uses of forgiveness in the treatment of anger. *Psychotherapy*, 23, 629-633.

- Goldman, D. B. (2009). *Gender role orientation and the role of empathy in interventions promoting the development of interpersonal forgiveness*. Counseling psychology doctoral dissertation. Iowa State University, Ames, Iowa.
- Harris, A. H. S. Luskin, F. Norman, S. B. Standard, S. Bruning, G. Evans, S. & Thoresen, C. E. (2006). Effects of a Group Forgiveness Intervention on Forgiveness, Perceived Stress, and Trait-Anger. *J Clin Psychol*, 62, 715–733.
- Hirsch, J. K. Webb, J. R. & Jeglic, E. L. (2011). Forgiveness, Depression, and Suicidal Behavior Among a Diverse Sample of College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1–11.
- Lo, C. S. L. Ho, S. M. Y. Hollon, S. D. (2010). The Effects of Rumination and Depressive Symptoms on the Prediction of Negative Attributional Style Among College Students. *Cogn Ther Res*, 34, 116–123.
- Louden-Gerber, G. M. (2008). A group forgiveness intervention for adult male homeless individuals: Effects on forgiveness, rumination, and social connectedness (pp.1-6). United States.
- Lyubomirsky, S. Caldwell, N. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1): 166-177.
- Maltby, J. Liza, D. & Barber L. (2005). Forgiveness and happiness. The differing contexts of forgiveness using the distinction between hedonic and eudemonic happiness. *J Happiness Studies*, 6, 1-13.
- Maltby, J. Macaskill, A. & Day, L. (2001). Failure to forgive self and others: A replication and extension of the relationship between forgiveness, personality, social desirability, and general health. *Personality and Individual Differences*, 30(5), 881- 885.
- McCullough, M. E. Bellah, C. G. Kilpatrick, S. D. & Johnson, J. L. (2001). Vengefulness: Relationships with forgiveness, rumination, well-being, and the big five. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(5), 601-610.
- McCullough, M. E. Rachal, K. C. Sandage, S. J. Worthington, E. L. Jr. Brown, S. W. & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships II: Theoretical elaboration and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(6).
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediations of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25: 37-47.
- Nolen-Hoeksema, S. Wisco, B. E. Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Pers Psychol Sci*, 3, 400-424.
- Ramirez, E. Ortega, A. R. Chamorro, A., & Colmenero, J. M. (2013). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health*, 18(4), 463-470.

- Reed, G. L. & Enright, R. D. (2006). The Effects of Forgiveness Therapy on Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress for Women After Spousal Emotional Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 920-929.
- Rye, M. S. & Pargament, K. I. (2002). Forgiveness and romantic relationships in college: Can it heal the wounded heart? *Journal of Clinical Psychology*, 54, 419-441.
- Peterson, C. Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (American Psychological Association, Washington D.C).
- Seligman, M. E. (2008). Positive health, applied psychology, an international review. 57, 3-18.
- Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (Eds.). (2000) Positive psychology. An introduction. *Am Psychol*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. Rashid T, Parks AC. (2006). Positive psychotherapy. *Am Psychol*, 61(8), 774-88.
- Skinner, E. A. Edge, K. Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Wade, N. G. & Meyer, J. E. (2009). Comparison of Brief Group Interventions to Promote Forgiveness: A Pilot Outcome Study. *International journal of group psychotherapy*, 59 (2).
- Wade, N. G. Bailey, D. C. & Shaffer, P. (2005). Helping clients heal: Does forgiveness make a difference? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 634- 641.
- Wade, N. G. Vogel, D. L. Liao, K. Y., & Goldman, D. B. (2008). Measuring state-specific rumination: Development of the Rumination about an Interpersonal Offense scale. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 419-426.
- Worthington, EL. (2001). *Five steps to forgiveness*. NewYork: Crown Publishers.
- Worthington, E. L. Jr. & Scherer, M. (2004). Forgiveness as an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology and Health*, 19,385-405.
- Worthington, E. L. Wade, N. G. (1999). The social psychology of unforgiveness and forgiveness and implications for clinical practice. *Soc Clin Psychol*, 18, 385-418.