

Research Paper

Evaluation and Comparison of the Effectiveness of Intervention Based on Savouring Model and Self Silencing Model in Reducing Depression in Women with Depression Symptoms

Roghayeh Eidi Khatibi¹, Zeinab Khanjani², Jalil Babapour,² Abbas Bakhshipour Rudsari², Majid Mahmoud Alilou²

1- Ph.D student, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

2- Ph.D, Professor, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Received: 2021/09/01

Revised: 2022/09/18

Accepted: 2022/11/04

Use your device to scan and read
the article online



DOI:

10.30495/JPM.2022.28856.34
76

Keywords:

Savouring- Self Silencing-
Depression

Abstract

Introduction: research is designed based on the self-silencing model and the savoring model. The model of self-silencing is influenced by cognitive, attachment and, Gestalt theories, in which the role of social and cultural factors in not expressing the desires, opinions and , desires of women, which ultimately leads to depression, is discussed. The savoring model in the field of positive psychology also believes that instead of teaching coping methods, savoring methods can be taught to people and prevent or treat a variety of psychological problems.

Method: In this study, using the study of the treatment protocols, as well as receiving guidance from the theorists of these two models, intervention programs based on these two models were prepared. The sample of this study includes 45 teacher women 20 to 40 years old with bachelor's degrees who had depressive symptoms based on the results of The Beck questionnaire and interview. the research sample consisted of the savoring group, the self-silencing group and, the control group, which were obtained from each pre-test and post-test group using The Beck questionnaire. Between pre-test and post-test, participants received an intervention program related to their group. The desired method for data analysis was covariance analysis, which due to the defaults not being met, the scores obtained from the pre-test and post-test were finally analyzed by analysis of variance on the difference scores in SPSS software.

Results: The results showed that savoring-based intervention and self-silencing-based intervention are both effective in reducing depression in women and these two methods are not significantly different in terms of reducing depression.

Conclusion: Both methods can be used as two effective methods to reduce women's depression.

Citation: Eidi Khatibi R, Khanjani Z, Babapour J, Bakhshipour Rudsari A, Mahmoud Alilou M. Evaluation and Comparison of the Effectiveness of Intervention Based on Savouring Model and Self Silencing Model in Reducing Depression in Women with Depression Symptoms: Journal of Psychological Methods and Models 2022; 13 (49): 123-134.

***Corresponding Author:** Roghayeh Eidi Khatibi

Address: Ph.D student, Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Tell: 09144114398

Email: eydi.khatibi@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

The title of this study is Evaluation and comparison of the effectiveness of an intervention based on the savoring model and self-silencing model in reducing depression in women with depression symptoms, which is designed based on the self-silencing model and the savoring model. Usually, teaching the skills to deal with problems and negative events to prevent a variety of psychological problems, including mood problems, has been considered by psychologists in the past. But the point that is significant in the third wave of psychology is the importance of positive events in preventing and treating all kinds of psychological problems. Among the various topics in positive psychology, the new concept that has been proposed is the concept of savoring, which refers to the ability of a person to enjoy the positive events of life at the time of the event, after it, and even before it. In other words, it is believed that people can be taught to sustain the positive events of life with more attention and reinforcement and be able to use them to regulate their emotions. The various studies that point to them show that people easily miss enjoyable moments and can not enjoy their positive effects enough. This issue is more noticeable in depressed people and it seems that these people can be taught savoring techniques and positively change their mood. On the other hand, there is another approach known as the self-help model, which means that people who do not express their desires, desires, positive or negative experiences are more likely to experience depressive symptoms. Preliminary research related to autism has shown that the cause of depression in women is mainly related to their self-sufficiency in life and especially in close relationships. This theory is influenced by theories of attachment, cognitive-behavioral, gestalt, etc., and research conducted in different countries shows that self-extinction is associated with depression in women and even men.

In this study, using the study of the effects and treatment protocols, as well as receiving guidance from the theorists of these two

models and their colleagues, intervention programs based on these two models were prepared. The sample of this study includes 45 women aged 20 to 40 years teachers who had depressive symptoms based on the Beck questionnaire and conducting interviews. Thus, the research sample included the Savoring group, the self-silencing group, and the control group, which were obtained from each pre-test and post-test group using the Savoring beliefs questionnaire, the self-efficacy questionnaire, and the Beck questionnaire. Between pre-test and post-test, participants received an intervention program related to their group. The desired method for data analysis was covariance analysis, which due to the defaults not being met, the scores obtained from the pre-test and post-test were finally analyzed by analysis of variance on the difference scores in SPSS software. The results showed that savoring-based intervention and self-silencing-based intervention are both effective in reducing depression in women and these two methods are not significantly different in terms of reducing depression.

مقاله پژوهشی

بررسی و مقایسه اثر بخشی مداخله مبتنی بر مدل لذت‌افزایی و مدل خودخاموشی
در کاهش افسردگی در زنان دارای نشانه‌های افسردگیرقیه عیدی خطیبی^{۱*}، زینب خانجانی^۲، جلیل باباپور^۲، عباس بخشی پور رودسری^۲، مجید محمود علیلو^۲

۱- دانشجوی دکتری، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲- استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

مقدمه: این پژوهش بر اساس مدل خودخاموشی و مدل لذت‌افزایی طراحی شده است. مدل خودخاموشی متاثر از نظریه‌های شناختی، دلبستگی، گشتالت می‌باشد و در آن نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در عدم بیان خواست‌ها و نظرات و امیال زنان که در نهایت منجر به افسردگی می‌گردد، مطرح شده است. مدل لذت‌افزایی نیز در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر معتقد است به جای آموزش روش‌های مقابله با مشکلات، می‌توان روش‌های لذت‌افزایی را به افراد آموزش داد و از مشکلات روانشناختی پیشگیری یا آنها را درمان کرد.

روش: در این پژوهش با استفاده از بررسی پروتکل‌های درمانی، همچنین دریافت راهنمایی از نظریه پردازان این دو مدل برنامه‌های مداخلاتی تهیه گردید. نمونه این پژوهش شامل ۴۵ زن ۲۰ الی ۴۰ ساله با تحصیلات لیسانس و بالاتر شاغل در آموزش و پرورش بود که بر اساس نتایج پرسشنامه بک و انجام مصاحبه دارای علائم افسردگی بودند. نمونه پژوهش شامل گروه لذت‌افزایی، گروه خودخاموشی و گروه کنترل بود که از هر گروه با استفاده از پرسشنامه بک پیش‌آزمون و پس‌آزمون اخذ شد. در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، شرکت‌کنندگان برنامه مداخله‌ای گروه خود را دریافت کردند. روش مورد نظر برای تحلیل داده‌ها تحلیل کوواریانس بود که به دلیل رعایت نشدن پیش‌فرض‌ها نمرات حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون با تحلیل واریانس بر نمرات تفاضل در نرم‌افزار SPSS مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی و مداخله مبتنی بر خودخاموشی در کاهش افسردگی زنان موثر هستند و این دو روش از نظر کاهش افسردگی تفاوت معنی‌دار ندارند.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۷

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۶/۳۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۱۳

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

10.30495/JPM.2022.28856.3476

واژه‌های کلیدی:

خودخاموشی - لذت‌افزایی - افسردگی

* نویسنده مسئول: رقیه عیدی خطیبی

نشانی: دانشجوی دکتری، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۴۴۱۱۴۳۹۸

پست الکترونیکی: eydi.khatibi@gmail.com

مقدمه

طولیل تر کردن آنها را دارند کم‌تر به افسردگی مبتلا می‌شوند (۱۲). لذت‌افزایی یا توانایی لذت بردن از تجارب مثبت و طولانی کردن اثرات تجارب مثبت مستلزم سه پیش شرط مهم شامل ۱- احساس بلافصل اینجا و اکنون ۲- رهایی از نیازهای اجتماعی و ارزشی به عنوان انگیزه‌ها ۳- توجه ذهن آگاهانه روی تجربه مثبت است. انواع روش‌های لذت‌افزایی شناسایی شده که از طریق آنها افراد طعم تجارب مثبت را برای خود ماندگار می‌کنند. از نظر زمانی تمرکز افراد برای لذت‌افزایی هم می‌تواند به تجارب مثبت گذشته و هم تجارب مثبت حال و آینده معطوف باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که توانایی لذت‌افزایی قابلیت تقویت شدن و ارتقا دارد از این رو از این مدل می‌توان برای ارتقای عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی بهره جست (۱۲). پژوهش‌ها همچنین، نشان داده اند مداخلات مبتنی بر تقویت لذت‌افزایی در سلامت روان افراد موثر است. هارلی و کوان^۲ (۲۰۱۲) تاثیر مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی را روی کاهش خلق منفی و افزایش خلق مثبت مورد مطالعه قرار دادند. همچنین، تحقیقات در مورد دیگری نشان داد که لذت‌افزایی با رضایت از زندگی، شادکامی و خلق مثبت در ارتباط است (هارلی و کوان، ۲۰۰۷). اسمیت و هانی^۳ (۲۰۱۷) افزایش شادکامی و تاب آوری و کاهش افسردگی، فورد و کلبرت، تارانتینو، لامیس^۴ (۲۰۱۶) کاهش نشانه‌های افسردگی در واکنش به رخداد‌های منفی زندگی، کازانسو، تکتوا، کاندیا^۵ (۲۰۱۸) ارتباط بین باورهای غیر منطقی و افسردگی با میانجی‌گری لذت‌افزایی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج میانجی‌گری قوی لذت‌افزایی بین باورهای غیرمنطقی و افسردگی را نشان داد. سهیم شدن با دیگران، ساختن خاطره، خود تشویقی، مقایسه، تیزی حسی ادراکی، جذب، بیان رفتاری، آگاهی زمانی، شمردن موهبت‌ها، تفکر لذت کش راهبردها یا روش‌های لذت‌افزایی هستند. فرض بر این است که افراد از اینکه چگونه می‌توانند از تجارب مثبت زندگی سیور شوند آگاه هستند و این خودآگاهی، به شکل باورهایی در مورد توانایی فرد برای سیور شدن آشکار می‌شود که با عنوان باورهای لذت‌افزایی شناخته می‌شوند (۱۵). همچنان که رهایی از نیازهای اجتماعی و ارزشی به عنوان یکی از پیش شرط‌های مهم برای لذت‌افزایی معرفی شده است در مدل دیگری با عنوان مدل خود خاموشی که عوامل شناختی و اجتماعی را در بروز افسردگی سهیم می‌داند نیز این موضوع مورد تاکید قرار گرفته است. در مدل لذت‌افزایی زیر فشار خواست‌ها و نیازهای اجتماعی و محیطی بودن لذت‌افزایی را کاهش می‌دهد و در مدل خودخاموشی تسلیم این خواست‌های محیطی و اجتماعی شدن به سرکوبی احساسات و خواست‌های شخصی منجر می‌شود. خود خاموشی بر اساس گزارشات زنان افسرده از تجارب خود در زندگی شکل گرفت. این گزارشات حاکی از سرکوبی احساسات، افکار و فعالیت‌هایی بوده است که با خواست و تمایلات همسران یا فرد مورد علاقه شان در تعارض بودند. در این زنان احساس فشار بر مراقبت اجباری، خشنود کردن دیگران، خودداری از ابراز وجود در روابط و تلاش برای دستیابی و حفظ صمیمیت و نیازهای ارتباطی دیده می‌شد. آنها

افسردگی اختلالی عود کننده، مزمن و ناتوان کننده است که با علایمی مانند: خلق افسرده، فقدان لذت یا کاهش شدید علایق، کاهش یا افزایش پنج درصدی وزن، اختلال در خواب به صورت بی خوابی و یا پرخوابی، بیقراری و یا کندی روانی حرکتی، خستگی یا کاهش انرژی، احساس گناه و بی ارزشی و بی کفایتی، افت تمرکز و تردید و دودلی و افکار عودکننده راجع به مرگ یا خودکشی شناخته شده است. این علایم بر عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر جنبه‌های مهم زندگی فرد تأثیرگذار است (۴). بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۰، افسردگی دومین عاملی بوده که منجر به افزایش سال‌های عمر از دست رفته شده است به گونه‌ای که افسردگی اساسی حدود ۲/۸ درصد از آمار بیماری‌های ناتوان کننده را به خود اختصاص داده است (۱۸). بر اساس آمار، ۲۵ درصد افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در جهان از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و نرخ افسردگی در جهان به شکل روزافزونی در حال افزایش است (۱۴). شیوع افسردگی در همه فرهنگ‌ها، در زنان دو برابر مردان است به گونه‌ای که گفته می‌شود افسردگی اختلالی شایع و مهم در زندگی زنان بوده و هر ساله ۱۳-۷ درصد از کل جمعیت زنان اختلال افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند (۲۳). عوامل متعددی همچون عوامل زیستی، عوامل روانی اجتماعی و عوامل شناختی به عنوان عوامل موثر در بروز افسردگی معرفی شده اند، رویکرد یکپارچه همه این عوامل را در بروز افسردگی مورد توجه قرار داده است (۶) و در بررسی دلایل تفاوت شیوع افسردگی بین زنان و مردان نیز بر تفاوت‌های هورمونی، اثرات زایمان، تفاوت در دریافت فشارهای روانی- اجتماعی و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده اشاره شده است (۳۲). تلاش روانشناسان برای فهم اختلالات افسردگی و چگونگی شکل‌گیری و درمان آن منجر به شکل‌گیری نظریات و روش‌های درمانی گوناگونی در حوزه‌های زیستی و روانی- اجتماعی شده است (۲۴). در دهه‌های اخیر، در مقابل دیدگاه‌هایی که بر نشانه‌ها و مشکلات درد و رنج افراد متمرکز است و تلاش می‌کند به آنها شیوه‌های مدیریت و کنترل هیجانات منفی را بیاموزد روش‌ها و دیدگاه‌هایی مطرح شد که عمدتاً متمرکز بر هیجانات مثبت و تقویت آنها در افراد بوده است. رسیدن به شادکامی (۴۴)، تجربه احساسات مثبت مثل لذت، خوشی (۲۰)، غرقگی (۳۳) احساس امید (۴۸) یا خوش بینی (۴۳) نسبت به آینده یا داشتن احساس رضایت نسبت به آنچه شخص انجام می‌دهد از جمله این موارد هستند که در موج قبلی نادیده گرفته شده اند. در رویکرد مثبت‌نگری فرد تشویق می‌شود تا تجارب مثبت و نقاط قوت خود را بازشناسد و نقش آن را در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس بازبایی کرده و توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را نیز کسب کند (۳۵). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر در درمان افسردگی مکرراً مورد پژوهش قرار گرفته است (۱). در این میان مدل لذت‌افزایی^۱ بر تجارب مثبت تمرکز کرده و بر این باور است افرادی که توانایی تمرکز بر تجارب مثبت و

⁴ Ford, Kilbert, Tarantino & Lamis

⁵ Cazanescu, Tecuta, Candea

¹ Savouring

² Kwon, & Hurley

³ Smith & Hani

روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای و به صورت هدفمند با استفاده از ملاک‌های ورودی و خروجی انتخاب شد. برای به دست آوردن نمونه از نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش تبریز، یک ناحیه و سپس ۱۲ مدرسه متوسطه دخترانه به صورت تصادفی انتخاب شده و سپس معلمان زنی که دارای ملاک‌های ورودی بودند با روش غربالگری انتخاب و از میان آنها ۴۵ نفر به صورت تصادفی برگزیده و در گروه‌های ۱۵ نفره در ۳ گروه (به صورت کاملاً تصادفی) جایگزین شدند. ملاک‌های ورودی مشتمل بر بودن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن مدرک تحصیلی لیسانس و فوق لیسانس، زن بودن، داوطلب بودن برای شرکت در این پژوهش، داشتن علائم افسردگی اساسی، متاهل بودن و داشتن فرزند، شاغل بودن و ملاک‌های خروجی نیز مشتمل بر داشتن سایر اختلالات روانپزشکی، مصرف هم‌زمان داروهای روانپزشکی و ضد افسردگی، داشتن هر نوع بیماری جسمانی مزمن، معلولیت جسمانی و ذهنی، هم‌زمان در معرض روان درمانی یا سایر درمان‌ها بودن، عدم رضایت برای ادامه همکاری، داشتن بیش از ۳ جلسه غیبت در جلسه، ملاک‌های ورودی و هم ملاک‌های خروجی از راه تکمیل پرسش‌نامه دموگرافیک و انجام مصاحبه اولیه تشخیصی توسط پژوهشگر تعیین شدند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه بک: از رایج‌ترین پرسش‌نامه‌های خودگزارش دهی در زمینه افسردگی است که برای ارزیابی شدت علائم افسردگی در بیماران روان‌پزشکی و تشخیص افسردگی احتمالی در افراد بهنجار کاربرد دارد. هر ماده (نشانه بیماری) بر اساس شدت آن به چهار درجه تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می‌گیرد. در این آزمون نمرات ۱۳-۰ - حداقل افسردگی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۴۲).

پکیج درمانی مبتنی بر لذت‌افزایی: این پکیج محقق ساخته بوده و بر اساس پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و بر اساس اصول اصلی و ابعاد لذت‌افزایی از سوی پژوهشگر تهیه شده است و به صورت گروهی اجرا می‌شود. محوریت اصلی این برنامه بر اساس پروتکل تهیه شده توسط هارلی و کوان (۲۰۱۲) می‌باشد و بر اساس مطالعه کامل منابع موجود شامل بریانت و وروف (۲۰۰۷)؛ بریانت، چادویک، کلوو^۳ (۲۰۱۱)؛ بریانت (۲۰۰۴)؛ بریانت، اسمارت و کینگ^۴ (۲۰۰۵)؛ کازانسو، تکتوآ، کاندیا (۲۰۱۹)؛ هارلی و کوان (۲۰۱۲)؛ فورد، کیلبرت، تارتینو، لامیس (۲۰۱۶) و در نظر گرفتن شرایط فرهنگی جامعه ایران تنظیم شده است. در زیر محتوای هر جلسه به تفکیک ارائه می‌شود:

تلاش می‌کردند از تعارض و اختلاف دوری کنند تا بتوانند روابطشان را حفظ کرده و امنیت روان‌شناختی و جسمانی داشته باشند و نتیجه اینکه چنین سکوتی یا به بیان دیگر، خود خاموشی موجب نادیده گرفتن خود در آنها می‌شد (۳۱). مطالعات نشان می‌دهد خودخاموشی در دو سطح بالا و پایین در افراد دیده می‌شود. افراد دارای خودخاموشی بالا بر عکس افرادی که خودخاموشی پایین دارند، انسان‌هایی فداکار و از خودگذشته هستند که نیازها و تمایلات طرف مقابل را بر نیازها و خواست‌های خود مقدم می‌دانند و بنابراین، احساسات واقعی خود و ناراحتی‌ها و مشکلاتشان را برای بدست آوردن تأیید دیگران و حفظ روابطشان، پنهان نگه می‌دارند. این احساسات اغلب به شکل خشم ابراز نشده درون آنها باقی می‌ماند (۲۹). در گفتگوهای درونی این زنان دو فرایند قابل تشخیص است شامل: خودبازبینی و خودارزیابی منفی. خواست‌ها و القائات فرهنگی منجر به یک حالت خودبازبینی و خودارزیابی منفی از خود در زنان می‌شود به طوری که از لحاظ درونی احساس عصبانیت و سردرگمی می‌کنند در حالیکه ظاهراً خشنود هستند و تلاش می‌کنند مطابق با استانداردهای فرهنگی زن خوب عمل کنند. چهار مولفه اصلی خودخاموشی شامل قضاوت درباره خود بر اساس ادراک دیگران و استانداردهای بیرونی، در اولویت قرار دادن نیازهای دیگران نسبت به نیازهای خود، خودداری از اظهار و بیان تمایلات و جلوگیری از ابراز هیجان با هدف اجتناب از تعارض و از دست دادن رابطه و تسلط خود بیرونی مطیع و پنهان کردن احساسات و افکار است. هارپر، دیکسون، ولش (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای رابطه بین ترس از طرد شدن، افسردگی و خودخاموشی، دوراتی و تامپسون^۱ (۲۰۰۲) همبستگی خودخاموشی با افسردگی، گرتیج، بست و آترا^۲ (۱۹۹۵) رابطه بین جنسیت، نژاد، افسردگی و خودخاموشی را مورد بررسی قرار داده‌اند که همگی ارتباط خودخاموشی و افسردگی را تأیید کرده‌اند. در این پژوهش هدف این است که با استفاده از مدل لذت‌افزایی و مدل خودخاموشی و اجرای پکیج درمانی مبتنی بر آن‌ها تأثیرشان بر مقدار افسردگی زنان مورد مقایسه قرار گیرد.

روش پژوهش

این پژوهش یک طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری کلیه زنان متاهل سنین ۲۰ تا ۴۰ سال با تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس شاغل در آموزش و پرورش شهرستان تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ است که دارای نشانه‌های افسردگی می‌باشند. نمونه آماری این پژوهش ۴۵ نفر می‌باشد و از بین زنان متاهل سنین ۲۰ تا ۴۰ سال و با تحصیلات لیسانس و فوق لیسانس شاغل در آموزش و پرورش شهرستان تبریز.

³ Bryant, Chadwick, & Kluwe

⁴ Smart & King

¹ Duarte & Thompson

² Gratch, Bassett & Attra

جدول ۱- شرح جلسات مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی

| | |
|------------|---|
| جلسه اول | آشنایی با شرکت کننده ها و معرفی طرح و توضیحاتی در مورد اهداف طرح و لزوم تعهد به انجام تکالیف و تمرینات و صداقت در پاسخ به سوالات و رفع شبهات شرکت کننده ها و جوابگویی به سوالات آنان بود. |
| جلسه دوم | ارائه توضیحات کامل در مورد تجارب زندگی و انواع آن/ شرح و بسط تجارب مثبت و نقش آنها در هیجان‌ات مثبت/ لذت بردن از تجارب مثبت و مشارکت شرکت کنندگان در ارائه مثال/ شرح لذت‌افزایی و انواع آن به طور کلی و ارائه مثال/ تمرین برای منزل با هدف شناسایی تجارب مثبت و تعیین نوع لذت‌افزایی طبق فرم های مربوطه |
| جلسه سوم | مرور جلسه قبل و بررسی تمرینات منزل/ بررسی هیجان‌ات مثبت حاصل از تمرینات منزل/ آموزش لذت‌افزایی سهیم شدن با دیگران و ساخت خاطره با مثال/ تمرین روی تجارب گذشته، حال و آینده/ بررسی هیجان‌ات مثبت/ تمرین منزل مبتنی بر لذت‌افزایی سهیم شدن با دیگران و ساخت خاطره روی تجارب گذشته، حال و آینده طبق فرم های مربوطه |
| جلسه چهارم | مرور جلسه قبل و تمرینات منزل/ بررسی هیجان‌ات مثبت حاصل از تمرینات منزل/ آموزش لذت‌افزایی تفریح به خود، مقایسه با مثال/ تمرین تجارب گذشته، حال و آینده/ بررسی هیجان‌ات مثبت/ تمرین منزل مبتنی بر لذت‌افزایی تفریح به خود، مقایسه تجارب گذشته، حال و آینده طبق فرم ها |
| جلسه پنجم | مرور جلسه قبل و تمرینات منزل/ بررسی هیجان‌ات مثبت حاصل از تمرینات منزل/ آموزش لذت‌افزایی تیزی حسی - ادراکی، جذب با مثال/ تمرین تجارب گذشته، حال و آینده/ بررسی هیجان‌ات مثبت/ تمرین منزل مبتنی بر تیزی حسی - ادراکی، جذب با تجارب گذشته، حال و آینده طبق فرم |
| جلسه ششم | مرور جلسه قبل و تمرینات منزل/ بررسی هیجان‌ات مثبت حاصل از تمرینات منزل/ آموزش لذت‌افزایی بیان رفتاری، آگاهی از زمان با مثال/ تمرین با تجارب گذشته، حال و آینده/ بررسی هیجان‌ات مثبت/ تمرین منزل مبتنی بر بیان رفتاری، آگاهی از زمان روی تجارب گذشته، حال و آینده طبق فرم |
| جلسه هفتم | مرور جلسه قبل و تمرینات منزل/ بررسی هیجان‌ات مثبت حاصل از تمرینات / آموزش لذت‌افزایی شمردن نعمت ها، تفکر لذت کش با مثال/ تمرین با تجارب گذشته، حال و آینده/ بررسی هیجان‌ات مثبت/ تمرین منزل برای لذت‌افزایی شمردن نعمت ها، تفکر لذت کش با تجارب گذشته، حال و آینده |
| جلسه هشتم | مرور کلی انواع لذت‌افزایی/ بحث و بررسی پیرامون تجارب و هیجان‌ات مثبت |
| جلسه نهم | مرور تجارب و هیجان‌ات شرکت کنندگان |
| جلسه دهم | تثبیت و ایجاد آمادگی برای کاربرد موارد آموخته شده در آینده با پیش بینی موانع احتمالی |

استاندارد بودن آن بر اساس اجرای طرح پایلوت بررسی شد. چهار مولفه اصلی این رویکرد طی جلسات گروهی آموزش و تمرین می‌شدند. محوریت بر تجارب شرکت کنندگان و شناسایی این مولفه ها و تصحیح آنها بر اساس مداخلات شناختی و ارتباطی بود. این بسته درمانی در طی هشت جلسه و هر جلسه یک ساعت اجرا شد. محتوای جلسات در زیر آمده است:

پکیج درمانی مبتنی بر خودخاموشی: این پکیج درمانی نیز محقق ساخته بوده که به صورت گروهی اجرا می‌شود. پس از مطالعه کامل منابع مربوط به مدل خودخاموشی شامل کتاب خودخاموشی در میان فرهنگ ها (۳۱) و سایر منابع موجود (۳۰۷، ۲۵، ۳۴، ۴۹) و مکاتبه با جک و با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی جامعه ایرانی تهیه شده و

جدول ۲- شرح جلسات مداخله مبتنی بر خودخاموشی

| | |
|------------|---|
| جلسه اول | آشنایی با شرکت کننده ها و معرفی طرح و توضیحاتی در مورد اهداف طرح و لزوم تعهد به انجام تکالیف و تمرینات و صداقت در پاسخ به سوالات و رفع شبهات شرکت کننده ها و جوابگویی به سوالات آنان بود. |
| جلسه دوم | تجارب زندگی و انواع آن انواع واکنش های افراد در تجارب و نقش آنها در هیجان‌ات/مشارکت اعضا در ارائه مثال و جهت دهی موضوع به سمت مدل |
| جلسه سوم | شرح کلی مولفه های مدل و نقش آنها در تجارب و هیجان‌ات زنان/ تمرین منزل برای بررسی تجارب و واکنش طبق فرم تکلیف های شناختی |
| جلسه چهارم | مرور جلسه قبل و بررسی تمرینات منزل/ معرفی ادراک از خود بیرونی شده/ بررسی تجارب اعضای گروه/ تمرین برای اصلاح و تعدیل/ تمرین منزل طبق فرم های تکلیف های شناختی |
| جلسه پنجم | مرور جلسه قبل و بررسی تمرینات منزل/ معرفی قربانی کردن آگاهانه خود/ بررسی تجارب اعضای گروه/ تمرین برای اصلاح و تعدیل/ تمرین منزل طبق فرم های تکلیف های شناختی |
| جلسه ششم | مرور جلسه قبل و تمرینات منزل/ معرفی خودخاموشی/ بررسی تجارب گروه/ تمرین برای اصلاح و تعدیل/ تمرین منزل طبق فرم های تکلیف شناختی |

| | |
|-----------|--|
| جلسه هفتم | مرور جلسه قبل و تمرینات منزل / معرفی خود تقسیم شده / بررسی تجارب گروه / تمرین برای اصلاح و تعدیل / تمرین منزل طبق فرم های تکلیف شناختی |
| جلسه هشتم | مرور کلی جلسات شامل هر چهار مولفه و جایگزین های شناختی |
| جلسه نهم | بررسی کلی تجارب گروه با مشارکت اعضا و تمرینات |
| جلسه دهم | تثبیت و ایجاد آمادگی برای کاربرد موارد آموخته شده در آینده با پیش بینی موانع احتمالی |

یافته ها

برای بررسی سوال پژوهشی که آیا بین اثربخشی مداخله مبتنی بر مدل لذت‌افزایی و مداخله مبتنی خودخاموشی در کاهش افسردگی زنان دارای نشانه‌هایی افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد؟ از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. پیش از تحلیل، پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس باقی‌مانده‌ها، همبستگی معنی‌دار بین متغیر وابسته با کووریت و همسانی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که بین متغیر وابسته و کووریت همبستگی معنی‌دار و قابل قبولی ندارد ($r=0/16$ ، $P=0/31$) و همچنین، پیش فرض همسانی شیب خط رگرسیون رعایت نشده است ($F=135/32$ ، $df=3$ ، $P<0/001$)، نمی‌توان نتایج تحلیل کواریانس را گزارش کرد. از طرف دیگر اثر متغیر کووریت معنی‌دار است. در این صورت می‌توان اختلاف پیش‌آزمون و پس‌آزمون را محاسبه کرده و معنی‌داری تفاوت گروهها را با تحلیل واریانس بدست آورد.

جدول سه میانگین‌ها و انحراف معیارهای تعدیل شده نمرات افسردگی براساس پیش‌آزمون در بین گروهها را نشان می‌دهد. میانگین‌های اصلاح شده نمرات افسردگی در گروههای با مدل لذت‌افزایی، خودخاموشی و گواه به ترتیب برابر $3/44$ ، $3/61$ و $22/55$ است. با توجه به میانگین نتیجه گرفته می‌شود که گروه شرکت‌کنندگان مدل درمانی لذت‌افزایی بیش‌ترین کاهش در نمرات افسردگی داشتند.

جدول ۳- میانگین‌ها و انحراف معیارهای تعدیل شده نمرات افسردگی براساس پیش‌آزمون در بین گروهها

| متغیر | گروه | میانگین | خطای معیار |
|---------|------------|---------|------------|
| افسردگی | لذت‌افزایی | ۳/۴۴ | ۰/۷۰ |
| | خودخاموشی | ۳/۶۱ | ۰/۷۰ |
| | گواه | ۲۲/۵۵ | ۰/۷۰ |

جدول چهار نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات افسردگی در بین گروهها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود مدل درمانی لذت‌افزایی، خودخاموشی و گواه اثراتی متفاوت بر میانگین نمرات افسردگی در بین زنان دارد ($F=125/95, df=2, P<0/001$). با توجه به معنی داری آزمون تحلیل واریانس از آزمون تعقیبی توکی برای تفاوت‌های جفتی استفاده شده است.

هم‌چنین، جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس از آزمون شاپیروویلک برای نرمال بودن توزیع متغیرها و از آزمون لوین برای همگنی واریانس نمرات افسردگی در بین گروهها بررسی شد. آزمون شاپیروویلک نشان داد که سطح معنی‌داری متغیرها بیش‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین، توزیع متغیرها نرمال می‌باشند. نتایج آزمون لون نیز نشان داد که واریانس نمرات افسردگی در بین سه گروه یکسان و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده‌است ($P>0/05$). هم‌چنین، پیش‌فرض‌های مانند پیوسته بودن توزیع نمرات متغیر وابسته و نبود داده‌های پرت نیز رعایت شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمرات افسردگی در بین گروهها

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معنا داری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
| بین‌گروهی | ۳۶۸۶/۵۳ | ۲ | ۱۸۴۳/۲۷ | ۱۲۵/۹۵ | ۰/۰۰۰۱ |
| درون‌گروهی | ۶۱۴/۶۷ | ۴۲ | ۱۴/۶۴ | | |

میانگین‌های گروه لذت‌افزایی با خودخاموشی برابر ۰/۱۳ است. براساس سطوح معنی‌داری تفاوت جفتی دو گروه لذت‌افزایی و خودخاموشی با گروه گواه معنی دار است، ولی میانگین‌های نمرات افسردگی دو گروه لذت‌افزایی و خودخاموشی باهم تفاوت معنی داری ندارند.

جدول پنج نتایج آزمون تعقیبی توکی برای تعیین تفاوت جفتی میانگین‌های نمرات افسردگی در بین گروهها باروش‌های درمانی گوناگون را نشان می‌دهد. تفاوت میانگین‌های گروههای لذت‌افزایی و خودخاموشی با گروه گواه به ترتیب ۱۹/۲۷- و ۱۹/۱۳- و تفاوت

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای تعیین تفاوت جفتی میانگین‌های نمرات افسردگی در بین گروهها باروش‌های درمانی

| متغیر | گروه | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار | سطح معنی‌داری |
|---------|-----------------------|------------------|------------|---------------|
| افسردگی | لذت‌افزایی- خودخاموشی | -۰/۱۳ | ۱/۴۰ | ۰/۹۹ |
| | لذت‌افزایی- گواه | -۱۹/۲۷ | ۱/۴۰ | ۰/۰۰۰۱ |
| | خودخاموشی- گواه | -۱۹/۱۳ | ۱۴/۴۰ | ۰/۰۰۰۱ |

اسمارت و کینگ (۲۰۰۵)، هلمبرگ و هلمز^۱ (۱۹۹۴)، هولمبرگ، اوربوچ^۲ و وروف (۲۰۰۴)، گابل، ریس، ایمپت، آشر^۳ و همکاران (۲۰۰۴) مطابقت دارد. پژوهشی که یافته‌های آن با این یافته مطابقت نداشته باشد بدست نیامد. بر اساس نظر بریانت و وروف (۲۰۰۷) می‌توان این یافته را اینگونه تبیین کرد که لذت‌افزایی مستلزم توجه و پرداختن به موج حرکات مثبت، تفسیر و پاسخ شناختی یا رفتاری به این محرک‌ها (با راهبردها یا پاسخ‌های لذت‌افزایی)، تجربه واکنش‌های عاطفی مثبت به عنوان

بحث

در این پژوهش تاثیر مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی و مداخله مبتنی بر خودخاموشی بر کاهش افسردگی زنانی مورد مقایسه قرار گرفت. بر این اساس، یکی از یافته‌های مهم پژوهش این بود که مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی مقدار افسردگی در زنان را کاهش می‌دهد. این یافته با یافته‌های هارلی و کوان (۲۰۱۲)، اسمیت و هانی (۲۰۱۷)، فورد، کیلبرت، تاراتینو، لامیس (۲۰۱۶)، کازانسو، تکوتا و کاند (۲۰۱۸)،

¹ Holmberg & Holmes

² Orbuch

³ Gable, Reis, Impet, Asher

و موجب می‌شود با درک اینکه لحظات در حال گذر هستند تمرکزی بیش‌تر بر فعالیت‌های جاری خود بویژه تجارب مثبت داشته باشند(هارلی و کوان، ۲۰۰۷).

یافته مهم دیگر پژوهش این بود که مداخله مبتنی بر خودخاموشی نیز می‌تواند مقدار افسردگی در زنان را کاهش دهد. این یافته با یافته‌های زولنر (۱۹۹۹) به نقل از اومرون (۲۰۰۱)، (۳۸)، نیلسن (۳۱)، دوراتی (۲۰۰۲)، گرنج (۱۹۹۵)، هارپر، دیکسون، ولش (۲۰۰۶)، ویفن (۲۰۰۷)، لیتل (۲۰۱۱)، هارپر، دیکسون، ولش (۲۰۰۶)، زیگفرد (۳۱)، آلی و تونر (۲۰۰۱)، محمود آبادی و ریاحی (۱۳۹۵) مطابقت دارد. پژوهشی که یافته‌های آن با این یافته مطابقت نداشته باشد بدست نیامد. مطابق با نظر (۳۱) این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که زنان افسرده زیر فشارهای اجتماعی و محیطی، با احساس فشار بر مراقبت اجباری، خودداری از بیان خواسته‌ها و تمایلات و ناراحتی‌ها، خشونددکردن دیگران، خودداری از ابراز وجود در روابط و تلاش برای دستیابی به صمیمیت و نیازهای ارتباطی، تلاش برای دوری از تعارض و اختلاف به منظور حفظ روابط و امنیت روان‌شناختی و جسمانی به شدت درگیر هستند. آنها تلاش می‌کنند از تعارض و اختلاف دوری کنند تا بتوانند روابط شان را حفظ کنند و نتیجه اینکه چنین سکوتی یا به عبارتی خود خاموش سازی موجب نادیده گرفتن خود در آنها می‌شود. آنها دایما در حال خودبازبینی و خودارزیابی منفی هستند. بازبینی رفتارها و گفتارها و افکار خود و قضاوت‌هایی که در مورد خود دارند بر اساس باورهایی است در مورد اینکه چه رفتار و عملکردی باید در روابط داشته باشند. صدای من که خواسته‌ها و افکار و تمایلات خود آنها را منعکس می‌کند تحت الشعاع صدای ناظر قرار می‌گیرد که خواسته‌ها و انتظارات فرهنگی و اجتماعی از آنان به عنوان یک زن را منعکس می‌سازد. آنها در مورد مطابقت رفتارها و افکار خود با انتظارات جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند شروع به قضاوت می‌کنند و با مشاهده تعارض بین آنها از احساسات و افکار فعالیت‌های خود چشم‌پوشی کرده و از این راه با عدم ابراز آنها سعی می‌کنند از تعارض جلوگیری کنند تا بتوانند روابط را حفظ کنند. از این راه با احساس مسئولیتی که فرهنگ از آنها برای حفظ روابط انتظار دارد می‌خواهند احساس امنیت روان‌شناختی و جسمی پیدا کنند. تسلیم نیازهای دیگران شدن، فقدان خوداظهاری، سرکوب کردن پرخاشگری، خودداری از فعالیت‌های خودجهت بخش، مورد قضاوت قرار دادن خود بر اساس استانداردهای فرهنگی زن خوب و خودسرزنی در این زنان مشاهده می‌شود. بر این اساس در مداخله مبتنی بر خودخاموشی آنها یاد می‌گیرند صدای ناظر را کاهش داده و صدای من را تقویت کنند، قضاوت درباره خود بر اساس ادراک دیگران و استانداردهای بیرونی را کاهش دهند، نیازهای خود را نسبت به نیازهای دیگران در اولویت قرار دهند، تمایلات و هیجانات و خواسته‌های خود را مطرح کنند و فاصله بین خود درونی و خود بیرونی را کاهش دهند. مجموع این آموزش‌ها به زنان افسرده در کاهش افسردگی‌شان کمک می‌کنند (۲۹)، ولی مقایسه این دو روش نشان داد که دو روش مداخله لذت‌افزایی و

پیامد، توجه به این احساسات مثبت و تکرار دوباره آن بخش در طی زمان‌های مکرر است. به این ترتیب به نظر می‌رسد سه پیش شرط مهم لذت‌افزایی شامل احساس بلافصل اینجا و اکنون، رهایی از نیازهای اجتماعی و ارزشی به عنوان انگیزه‌ها، توجه ذهن آگاهانه روی تجربه مثبت در تقابل با تمایلات افراد افسرده قرار دارد که مشتمل است بر تمایل بر ماندن در گذشته به جای تمرکز بر اینجا و اکنون، درگیری ناکام‌کننده با نیازها و ارزش‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی به عنوان پیش‌نیاز مهم برای احساس شادکامی و اولویت دادن به آن‌ها و توجه متمرکز بر تجارب منفی. بر این اساس افراد افسرده در طی مداخله لذت‌افزایی یاد می‌گیرند به جای گذشته بر اینجا و اکنون متمرکز شوند، هم‌چنین، یاد می‌گیرند که پرداختن به خوشی‌ها و شادی‌ها و لذت بردن از لحظات و تجارب گوناگون زندگی مستلزم فارغ شدن از مسئولیت‌های زندگی نیست و هم‌چنین، می‌توانند به جای تجارب منفی بر تجارب مثبت متمرکز شوند. افزون بر این مدل لذت‌افزایی با آموزش راهبردهایی چون راهبرد به اشتراک‌گذاری، زمینه برای برقراری روابط اجتماعی و چه بسا به دنبال آن کسب حمایت اجتماعی را برای آنها فراهم می‌سازد که معمولاً افراد افسرده با آسیب‌های جدی در این زمینه مواجه هستند. از سوی دیگر، با آموزش راهبرد سازماندهی حافظه به بهبود حافظه در افراد افسرده بویژه در جهت ذخیره و ثبت تجارب مثبت یاری می‌شود. هم‌چنین، راهبرد تبریک به خود توجه آنها بر ویژگی‌های مثبت، توانمندی‌ها و موفقیت‌های آنها را مورد تقویت قرار می‌دهد، چیزی که اغلب افراد افسرده به آن بی‌توجه هستند. هم‌چنین، در مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی به فرد کمک می‌شود تا موهبت‌های زندگی را شناسایی کند و آنها را مرور کند، این در حالی است که مطابق با نظریه شناختی رفتاری افراد افسرده معمولاً توجهی به دستاوردها و موهبت‌های زندگی خود ندارند و یا آنها را کوچک‌نمایی کرده و نادیده می‌گیرند (۴۶). افزون بر این در این مداخله فرد یاد می‌گیرد تیزی حسی ادراکی داشته باشد، بتواند حواس خود را روی یک محرک متمرکز کند و پراکندگی حواس و تمرکز خود را بهبود دهد، یادآوری می‌شود که افراد افسرده معمولاً از کاهش تمرکز و حواس‌پرتی خود گله مند هستند. و موضوع مهم دیگر فرد افسرده طی مداخلات لذت‌افزایی به محتوای تفکر لذت‌کش خود آگاهی می‌یابد و می‌تواند آن را کاهش دهد. از سوی دیگر، افراد افسرده تمایل دارند وضعیت ناخوشایند زندگی خود را با وضعیت خوشایند زندگی دیگران، یا وضعیت مطلوبی که آرزوی آن را داشته‌اند یا وضعیت بهتری که در گذشته داشته‌اند مقایسه و احساس یاس و حسرت و ناکامی کنند. در مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی افراد یاد می‌گیرند مقایسه را به گونه دیگری انجام دهند. به این صورت که تجارب مثبت خود را با تجارب منفی که ممکن بود پیش‌بینی یا در گذشته پیش‌آمده است مقایسه کنند و از وضعیت مطلوب لذت بیش‌تری ببرند (۲۸). هم‌چنین، افراد افسرده به دلیل علائم خاص این اختلال از نوعی کندی روانی حرکتی رنج می‌برند که موجب از دست دادن قابل توجه زمان و فرصت‌ها می‌شود. آموزش راهبرد آگاهی زمانی به آنها در درک ارزش زمان و مدیریت آن کمک می‌کند

³Gratch

⁴ Siegfried

¹ Ommeren

² Nilson

به گونه مشابهی فرد تحت تاثیر اجبارها و مسئولیت‌های اجتماعی دیکته شده، خود را سرکوب می‌کند و اجازه ابراز هیجانات و خواسته‌ها را به خود نمی‌دهد. به بیان دیگر، خواست‌ها و فشارها و انتظارات و مسئولیت‌های تحمیل شده به عنوان تفکر لذت‌کش عمل می‌کنند و لذت بردن از تجارب مثبت را در افراد افسرده کاهش می‌دهند (۲۹). هم‌چنین، در روش لذت‌افزایی فرد یاد می‌گیرد با راهبردهای متمرکز بر خود هم‌توانایی‌ها و موفقیت‌ها و دستاوردهای خود را شناسایی کند و هم با راهبردهای متمرکز بر جهان بر تجارب مثبت محیطی توجه داشته باشد. در خودخاموشی در مولفه‌ای با عنوان خود تقسیم شده، فرد بین خود درونی و خود بیرونی شکاف بزرگی دارد و با توجه صرف به خود برونی، خود درونی را نادیده می‌گیرد. بر اساس روش خودخاموشی فرد به تجارب منفی محیطی توجه بیش‌تری دارد و بر توانایی‌ها و ویژگی‌های مثبت درونی خود بی‌توجه است. هر دو روش به فرد کمک می‌کنند در مقابل تجارب بیرونی و درونی عملکرد موثر و مطلوبی داشته باشد (۱۳،۳۰).

پیشنهاد می‌شود طی پژوهشی ترکیب این دو روش مداخله ای در کاهش افسردگی و هم‌چنین، تاثیر این دو روش در هر دو جنس، در فرهنگ‌های گوناگون و برای سایر اختلالات نیز مورد بررسی قرار گیرد.

References

- 1- Akhtar M, Hammond P. Positive psychology for overcoming depression: self-help strategies for happiness, inner strength and well-being, London, Watkins Publishing, PDF e-book
- 2- Akline O. "Healing from spirituality and mental health", *Advances in Psychiatric Treatment*, 1998, 8, pp. 235-254.
- 3- Ali A, Toner B. Symptoms of Depression among Caribbean Women and Caribbean-Canadian Women: an Investigation of Self-silencing and Domains of Meaning. *Psychology of Women Quarterly*, 2001, 25:175-180.
- 4- American Psychiatric Association. (1997). Summary of Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5). Translated by Farzin Rezaei. Tehran: Arjamand (2013).
- 5- Atkinson, Rita; Atkinson, Richard; Smith, Edward; Bam, Daryl; Hoeksma, Susan. (1985). Hilgard's introduction to psychology. Translated by Mohammad Taghi Barahni, Behrouz Birshak, Mehrnaz

مداخله مبتنی بر خودخاموشی تفاوتی از نظر کاهش مقدار افسردگی نداشته‌اند. به نظر می‌رسد این دو روش مداخله‌ای به گونه‌ای به افراد افسرده کمک می‌کند تا توجه بیش‌تری بر خود داشته باشند، عملکرد فعالانه‌ای بکار گیرند و به صورت ارادی دست به انتخاب بزنند بدون اینکه اجازه بدهند تجارب بیرونی منفی بر آنها مسلط شوند. غیر از این، مورد مشترک دیگر بین این دو مداخله، کمک به افزایش تعامل و به اشتراک‌گذاری تجارب و احساسات با دیگران است. اینکه فرد بتواند لذت‌های درونی خود، هیجانات خود و چیزهایی که برایش مهم هستند را با دیگران مطرح کرده و به اشتراک بگذارد افزون بر کمک به مدیریت هیجانی و افزایش هیجانات مثبت و تقویت آنها، افسردگی را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی با تمرکز بر تجارب مثبت مقدار درگیری ذهنی افراد افسرده با تجارب منفی را نیز کاهش می‌دهد که همین نتیجه در مداخله مبتنی بر خودخاموشی با کاهش ارزش‌گذاری افراطی بر انتظارات دیگران و مسئولیت‌ها و فشارهای محیطی حاصل می‌شود (۱۳،۱۶). هم‌چنین، تفکر لذت‌کش به نحوی در هر دو روش مورد توجه است. بر اساس نظر بریانت و وروف (۲۰۰۷) در مداخله مبتنی بر لذت‌افزایی گفته می‌شود که مسئولیت‌های اجتماعی و نیازهای اجتماعی فرد به عنوان مانعی در فرایند تجربه لذت‌افزایی عمل می‌کنند و اجازه نمی‌دهند فرد از تجارب مثبت خود بهره مند شود. در مدل خودخاموشی نیز مطرح می‌کنند که

Shahrarai and colleagues. Tehran: Roshd (2000).

- 6- Barlow D, Durand M. *Abnormal Psychology*. Translated by Mehrdad Firoz Bakht. Tehran: Rasa. (2012).
- 7- Besser A, Flett GL, Hewitt PL. Silencing the self and personality vulnerabilities associated with depression. In: Jack D, Ali A. (editors). *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world*. New York, NY: Oxford University, 2010, 285-312.
- 8- Besser A, Fleet GL, Davis RA. Self-criticism, dependence, silencing the self, and loneliness: A test of a meditational model. *Pers Individ Dif*; 2003, 23: 1735-52.
- 9- Bryant FB, Chadwick ED, Kluwe K. Understanding the processes that regulate positive emotional experience: Unsolved problems and future directions for theory and research on savoring. *International Journal of Wellbeing*, 2011, 1(1), 107-126. doi:10.5502/ijw.v1i1.18
- 10- Bryant FB. Capturing the joy of the moment: Savoring as a process in positive psychology. Invited address presented at the 76th annual meeting of the Midwestern

- Psychological Association, Chicago, IL. 2004, May.
- 11- Bryant FB, Smart CM, King SP. Using the past to enhance the present: Boosting happiness through positive reminiscence. *Journal of Happiness Studies*. 2005, 6. 227-260.
- 12- Bryant F, Veroff J. *Savoring (a new model of positive experience)*. LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES, PUBLISHERS. London. 2007.
- 13- Cazanescu DG, Tecuta L, Candea MD. Savouring as Mediator between Irrational Beliefs, Depression, Joy. *Journal of rational-emotive & cognitive- behavior Therapy*. 2019, 37. Issue 1, pp 84-95
- 14- Cleghorn JM, Lee BL. *Understanding and Treating Mental Illness*, Toronto: Hogrefe Huber publishers. Inc, 1991.
- 15- Diener E, Diener C. Most people are happy. *Psychological Science*, 1996, 7, 181-185.
- 16- Duarte LM, Thompson JM. Sex differences in self-silencing. *Psychological Reports*, 1999, 85, 145-161
- 17- Dadsetan, Parirokh. (2012). *Developmental Abnormal Psychology: from childhood to adulthood*. Tehran: Organization for Studying and Compiling Humanities Books of Universities (Samt.
- 18- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Med* 2013, 10(11): 1-12
- 19- Ford J, Kilbert J, Tarantino N, Lamis AD. Savouring and self compassion as protective factors for depression. published online in Wiley online library (Wileyonline library.com) 2016, DOI: 10.1002/smi2687
- 20- Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 2001, 56, 218-226.
- 21- Gable SL, Reis HT, Impett EA, Asher ER. What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2004, 87, 228-245.
- 22- Gratch LV. The relationship of sex and ethnicity to self-silencing and depression among college students. *Psychology of women quarterly*, 1995, 19, 509-515
- 23- Gutierrez A, Labad J, Martinsantos R, Garciaesteve L, Gelabert E, Jover M, et al. Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. *Arch Womens Ment Health* 2015; 2:123.
- 24- Halgin, Richard and Whitburn, Suzanne. (1390). *Abnormal Psychology: Clinical Perspectives on Psychological Disorders with DSM-5 (Volume II)*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Rovan (2003).
- 25- Harper SM, Dickson WJ, Welsh PD. Self-silencing and rejection sensitivity in adolescence romantic relationships. *JYouth Adolesc*; 2006, 35: 459-67.
- 26- Headey B, Wearing A. *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne, Australia: Longman Cheshire. 1992.
- 27- Holmberg D, Orbuch TL, Veroff J. *Thrice-told tales: Married couples tell their stories*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 2004.
- 28- Hurley DB, Kwon P. Results of a study to increase savoring the moment: Differential impact on positive and negative outcomes. *Journal of Happiness Studies* 2012, 13, pages 579-588.
- 29- Jack DC. The anger of hope and the anger of despair: How anger relates to women's depression. In: Stoppard J, Mc Mullen L. (editors). *Situating sadness: Women and depression in social context*. New York: New York University; 2003, 62-87
- 30- Jack DC, Dill D. The silencing the self scale schemas of intimacy associated with depression in women. *Psychol Woman Q*; 1992, 16: 97-106.
- 31- Jack DC, Alisha A. silencing the self across cultures depression and gender in the social world. Oxford New . 2010.
- 32- Kaplan, Harold and Zaduk, Benjamin. (1387). *Summary of psychiatry*. Translated by Farzin Rezaei. Tehran: Arjamand. (2007).
- 33- Keyes CLM, Haidt J. (Eds.). *Flourishing: Positive psychology and the life well/lived*. Washington DC: American Psychological Association. 2003.
- 34- Little KC, Welsh DP, Darling N, Holmes RM. (2011). Brief report: I can't talk about it: sexuality and self-silencing as interactive

- predictors of depressive symptoms in adolescent dating couples. *J Adolesc*; 34: 789-94.
- 35- Lord, Patrick. (1384). *Psychotherapy in Islamic psychology*. Translated by Mohammad Vahidi Mutalaq. Tehran: New link.
- 36- Lykken DT. *Happiness: What studies of twins show us about nature, nurture, and the happiness set point* New York: Golden Books. 1999.
- 37- Meyers MC, Woerkom MV, Bakker A. "The added value of the positive: a literature review of positive psychology interventions in organizations", *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2012, 22, 5, pp. 618-632
- 38- Ommeren (2001). The CIDI has been translated into Nepali and utilized in a study among Nepalispeaking Bhutanese refugees (Van Ommeren et al., 1999; Van: In Jack DC,
- 39- Alisha A (2010). *silencing the self across cultures depression and gender in the social world*. Oxford New Yor
- 40- Rahimi, changhiz. *Application of Beck depression questionnaire in Iranian students*. *Clinical Psychology and Personality*, 2015, 21(10), 67-72
- 41- Riahi, Mohammad Ismail and Mahmoudabadi, Zeinab. *Sociological explanation of gender differences in depression with emphasis on the concept of self-extinguishment in the family institution (a case study of married men and women in Tehran)*. *Sociology of Social Institutions*, 2017, 3 (8), 159-193.
- 42- Schotanus-Dijkstra M, Pieterse ME, Drosaert CHC, Walburg JA, Bohlmeijer ET. "Possible mechanisms in a multicomponent email guided positive psychology intervention to improve mental well-being, anxiety and depression: a multiple mediation model", *The Journal of Positive Psychology*. 2017, DOI: 10.1080/17439760.2017.1388430
- 43- Segerstrom SC. *Optimism and attentional bias for negative and positive stimuli*. *Personality and Social Psychology Bul/etin*, 2001, 27, 1334-1343.
- 44- Seligman MEP. *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: The Free Press. 2002a.
- 45- Shapira LB, Mongrain M. "The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression", *The Journal of Positive Psychology*, 2010, 5, 5, pp. 555-578.
- 46- Sin NL, Lyubomirsky S. "Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis", *Journal of Clinical Psychology*, 2009. 65, 5, pp. 467-487
- 47- Smith IG, Hani AA. *Effects of a savoring intervention on Resilience and well -Being Older Adults*. *Journal of Applied Gerontology*. 2019, <https://doi.org/10.1177/0733464817693375>
- 48- Snyder CR. *Hope theory: Rainbows in the mind*. *Psychological Inquiry*, 2002, 13, 249-275.
- 49- Whiffen Valerie E. *Self-silencing Mediates the Link Between Marital Conflict and Depression, Social and Personal Relationships*, 2007, 24(6):993-1006.
- 50- Winter U. "The psychological outcome of religious coping with stressful life events in a Swiss sample of church attendees", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2009, 78, 4, pp. 240-247.