

# کینه توزی، گذشت، دین و سلامتی\*

اورت ال. ورتینگتون، پسر

جک دابلیو. بری لس پاروت سوم

ترجمه مجتبی حیدری

طی بیست سال گذشته، محققان، رابطه بین ایمان مذهبی و سلامت جسمی و روانی را مورد بررسی قرار داده اند (Koenig, 1999; Koenig, McCullough, & Larson, 2000; Larson, 1999; Swyers, & McCullough, 1998; Levin, 1994; Thoresen, 1999; McCullough, Chapter3; Plante & Sharma, ; and Thoresen, Harris, & Oman, Chapter2). داده‌های بسیار حاصل از این پژوهش‌ها، رابطه مثبتی را نشان می‌دهد. هرچند که عده‌ای (به طور نمونه: همچنین از همین جلد: Sloan, Bagiella, Powell, 1999; Chapter14) بر رعایت جانب احتیاط در بیان این مطلب اصرار دارند.

محققان، به تجزیه و تحلیل علل متفاوت این امر مبادرت کرده‌اند که چرا از دین می‌توان چنین انتظار داشت که بهتر از عوامل غیر از دین، موجب سلامت روانی یا جسمی افراد گردد. برای تبیین واسطه ارتباط بین دین و سلامتی سه سازوکار تصور می‌شود. اول این که مذهب به مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی فضیلت‌پرور ترغیب می‌کند که بر سلامتی تأثیر می‌گذارد. این تأثیر، هنوز به نحوی شایسته مورد بررسی قرار نگرفته است (از همین جلد: Thoresen et al., Chapter2). دوم این که، حمایت اجتماعی‌ای که یک دین سازمان‌یافته به عمل می‌آورد بر

سلامتی تأثیر می‌گذارد. این امر به خوبی مورد پژوهش و بررسی قرار گرفته است. (McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000). سوم این که، دین، فرد را آماده برخورد کارآمدتر با فشار روحی می‌کند. این مطلب نیز به خوبی مورد پژوهش قرار گرفته است (Pargament, 1997).

در این مقاله، الگوی ساده‌ای را که این سه عامل واسطه را به یکدیگر ربط می‌دهد و فرضیه وجود احتمالی برخی از سازوکارهای فیزیولوژیک را مطرح می‌سازد که متغیرهای روان-جامعه‌شناختی (نظیر عقاید و ارزش‌های دینی، فرهنگ، ویژگی‌های شخصیتی فضیلت‌پرور، فشار روحی بین اشخاص، و حمایت اجتماعی) را با سلامت مرتبط می‌سازند، به دست خواهیم آورد. به نظر ما این سلسله فرضیه‌سازی شده می‌تواند از طریق شیوه‌های برخورد افراد با تخطی‌ها و کینه‌توزی مؤثر واقع شود. به این معنی که، از نظر ما دین و شاید جهان‌بینی‌های جامعه‌گرا (ولو غیر دینی) می‌توانند به هسته‌ای از ویژگی‌های فضیلت‌پرور بینجامند که بر احساس کینه‌توزی و احتمالاً گذشت افراد - که به نوبه خود با بیماری یا سلامتی ارتباط دارند - تأثیر می‌گذارند. ما بر اثرات منفی کینه‌توزی مزمن بر سلامتی و شادکامی تأکید داریم. در مقابل، تصور بر این است که فضایل به سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی منجر می‌شوند. تعامل اجتماعی هماهنگ، از طریق کاهش فشار روحی و دشمنی، و افزایش هیجان‌های مثبت، به پیامدهای مثبت بهداشتی می‌انجامد. اثبات خواهیم کرد که گذشت، یکی از راه‌های متعدد فائق آمدن بر کینه‌توزی است. می‌توان فرضیه ما را در یک مدل طولی خلاصه کرد (نگاه کنید به شکل ۱ [در صفحه ۲۶۴]) که در صفحات بعد به توضیح آن خواهیم پرداخت.

## کندوکاوی نظری در باب کینه‌توزی، گذشت و آشتی

### تعاریف

#### کینه‌توزی

کینه‌توزی ترکیبی است از هیجان‌ات مرتبط به هم، شامل رنجش، ناخوشایندی، نفرت، خصومت، خشم درون‌مانده، و ترس (Worthington & Wade, 1999) که این حالات هیجانی پس از توجه به یک تخطی حاصل می‌آیند. تخطی آمیزه‌ای از توهین و اذیت تلقی می‌شود. به میزانی که فرد این تخطی را اذیت تلقی می‌کند، به آن بی‌درنگ همراه با ترس واکنش نشان

می‌دهد (Worthington, 1998). به میزانی که این تخطی توهین تلقی می‌شود، شخص به آن بی‌درنگ با خشم پاسخ خواهد داد (Fitzgibbons, 1986; Thoresen, Luskin, & Harris, 1998). ترس و خشم، کینه‌توزی نیستند. کینه‌توزی هنگامی رخ می‌دهد که افراد یک واقعه، پیامدهای آن، واکنش‌هایشان نسبت به آن، انگیزه‌های فرد خطاکار، و واکنش‌های بالقوه خود یا فرد خطاکار را نشخوار ذهنی کنند. این نشخوار ذهنی می‌تواند حالت هیجانی رنجش، ناخشنودی، نفرت، دشمنی، خشم درون‌مانده، و ترس را موجب شود، که ما آن را کینه‌توزی می‌نامیم. افراد، احساس کینه‌توزی را خوش نمی‌دارند. اگرچه خشم و انگیزه انتقام‌جویی می‌تواند به افراد، نیرو و قدرت بدهد، آنان معمولاً سعی می‌کنند سریعاً از حس کینه‌توزی بکاهند، آن را از صفحه ذهن خود محو کنند، یا از آن پرهیز کنند. افراد، به شیوه‌های مختلف، از کینه‌توزی اجتناب می‌کنند یا از شدت آن می‌کاهند (Worthington, in press). این شیوه‌ها عبارتند از: عدالت‌جویی (عدالت‌جویی اجتماعی، تلاش در جهت جبران خسارت، واگذار کردن اجرای عدالت به خدا)، حل منازعات، تلاش در جهت برقراری عدالت اجتماعی، نفی کینه‌توزی، فرافکنی تقصیر، ذکر روایت دیگری از آن عمل که حاوی توجیه یا عذر تراشیدن باشد، و چشم‌پوشی (یعنی پذیرش) خطا. تمام این تلاش‌ها به منظور مهار هیجانات و اعمال پرخاشگرانه، ضد اجتماعی، انتقام‌جویانه یا خصمانه انجام می‌شود. راه دیگر کاهش کینه‌توزی عبارت است از افزایش حالات هیجانی مهرآمیز، اجتماع‌گرایانه، پیوندجویانه، به عبارتی، از طریق عفو و گذشت. گذشت، از طریق افزایش همزمان حالات هیجانی مثبت، کینه‌توزی را کاهش می‌دهد.

### عفو و گذشت

گذشت عبارت است از مهار کردن یا ممانعت از هیجانات کینه‌توزانه از طریق تجربه هیجانات قوی، مثبت، و مبتنی بر محبت در هنگام یادآوری خطای شخص دیگر. هیجانات مثبت مبتنی بر محبت می‌توانند همدلی، همدردی، ترحم، ابراز عشق خالصانه یا حتی عشق رمانتیک نسبت به فرد خطاکار باشند. این حالات هیجانی، انگیزه آشتی یا مصالحه با خطاکار را -در صورت درست، عاقلانه و ممکن بودن این عمل- تحریک می‌کنند (Worthington, 1998). هیجانات مثبت دیگری از قبیل فروتنی شخص به خاطر خطا و بدی‌های گذشته خودش، و نیز تشکر به خاطر احساس گذشت و چشم‌پوشی‌ای که دست داده است، می‌توانند با هیجانات مثبت

قبلی بیامیزند تا در رفع هیجانات کینه‌توزانه، در جایگزین نمودن هیجانات خشم و ترس و یا تنها در تسهیل جایگزینی حالات هیجانی دخیل باشند.

هنگامی که می‌گوییم کینه‌توزی و گذشت، حالات هیجانی ما هستند، دربارهٔ احساس‌های ذهنی صحبت نمی‌کنیم. هرچند که هیجانات شامل احساس‌ها (یعنی، نحوهٔ برچسب زدن ما به هیجانات؛ Damasio, 1999) می‌شوند، شامل افکار، خاطرات، تداعی‌ها (Lazarus, 1999)، فعالیت‌های عصبی شیمیایی مغز (Damasio, 1999)، گذرگاه‌های موجود در ساختارهای گوناگون مغز (LeDoux, 1996)، هورمون‌های موجود در جریان خون (Sapolsky, 1994, 1999)، مزاج‌ها (Damasio, 1999)، ساختار عضلانی صورت (Plutchik, 1994)، کل ساختار عضلانی بدن (Plutchik, 1994)، و اعمال مربوط به ابراز هیجانات (Damasio, 1999) نیز می‌شوند.

### آشتی

آشتی عبارت است از بازگرداندن اعتماد به رابطه‌ای که اعتماد در آن، گاه بارها، نقض شده است (Worthington & Drinkard, 2000). صلح و آشتی می‌تواند شامل عفو و گذشت یا روش‌های دیگر کاهش کینه‌توزی شود. صلح و آشتی همیشه در خلال یک رابطه روی می‌دهد (Worthington & Drinkard, 2000).

### گذشت و کینه‌توزی به عنوان خصلت‌های شخصیتی

پژوهش‌ها در زمینه روان‌شناسی اجتماعی پایه و تحقیقات مداخله‌ای که به منظور افزایش عفو و گذشت انجام یافته‌اند تقریباً به صورت انحصاری بر گذشت فردی متمرکز شده‌اند (برای مطالعه گزارشی از این دست پژوهش‌ها نگاه کنید به: Worthington & Wade, 1999). تفاوت‌های فردی در زمینه تمایل به بخشش و گذشت، بسیار کم مورد مطالعه قرار گرفته است. رابرتس (1995) به منظور تفکیک گرایش شخصی یا خصلت فضیلت‌مندانه از موارد خاص گذشت، اصطلاح «بخشایندگی» را برای اشاره به «گرایش پایدار به عمل یا فرایند عفو و گذشت» پیشنهاد می‌کند. فردی که در «بخشایندگی» در سطح بالایی است، احتمال گذشتش از یک خطای خاص در مقایسه با فردی که در این ویژگی در سطح پایینی است، بیشتر است. بسیاری از بحث‌ها در مورد فایده عفو و گذشت برای سلامتی و بهزیستی، دست‌کم

تلویحاً، دربارهٔ بخش‌آیندگی می‌باشد. اغلب سنت‌های دینی تلاش دارند باورهایی را در افراد پیروانند و روش‌هایی را به آنان آموزش دهند که می‌توانند بخش‌آیندگی را تسهیل نمایند (Pargament & Rye, 1998). هدف ثانویه تدابیر غیر دینی برای افزایش میزان گذشت از خطا، آموزش افراد برای گذشت کارآمدتر است، تا در نتیجه بخش‌آیندگی ملکه‌ای و استعدادی در آنان پرورش یابد. تصور بر این است که خصیصهٔ بخش‌آیندگی‌ای که سال‌های متعدد تداوم یافته است - نه گذشت از یک خطای خاص - سلامتی را افزایش می‌دهد.

ما از اصطلاح کینه‌توزی به منظور اشاره به گرایش مداوم به حالت کینه‌توزانه، و به عبارت دیگر، برای اشاره به آمادگی برای داشتن هیجانات دشمنی، نفرت، ناخوشایندی، و رنجش در پاسخ به خطاهای بین شخصی، استفاده می‌کنیم. تصور می‌شود «کینه‌ورزی» مزمن، بیماری را افزایش می‌دهد. می‌خواهیم بر این امر تأکید بورزیم که «کینه‌توزی»، با «بخش‌آیندگی کم» همسان نیست، و «بخش‌آیندگی» نیز با «عدم بخش‌آیندگی کم» مترادف نمی‌باشد.

### دیدگاه نظام‌های ناپیوسته دربارهٔ گذشت و کینه‌توزی

در مدلی که ارائه می‌کنیم، گذشت و کینه‌توزی قطب‌های مخالف یک طیف واحد نیستند. غلبه بر کینه‌توزی مستلزم گذشت نیست. از دیدگاه ما، گذشت و کینه‌توزی، فعال‌سازی دو نظام انطباقی مرتبط به هم و در عین حال نسبتاً مستقل را نشان می‌دهند. این دیدگاه، وجوه شباهت زیادی به پژوهش‌ها و نظریه‌پردازی‌های اخیر دربارهٔ هیجان، شخصیت، و راهبردهای انطباقی بسط یافته دارد. در جدول ۱ مثال‌هایی از نظام‌های ناپیوسته و نیز مثال‌هایی از راهبردهای انطباق اجتماعی ناپیوسته، که می‌توانند در گذشت و کینه‌توزی دخیل باشند، ارائه شده‌اند. سیستم‌های فعال در عفو و گذشت، راهبردهای انطباقی را در دست‌یابی به پیوند، تعاون، و روابط عاطفی صمیمانه بین افراد حمایت می‌کنند. باس (1996) از این راهبردهای اجتماعی، تحت عنوان «تسهیل راهبردی» یاد می‌کند. نظام‌هایی که در کینه‌توزی دخیلند راهبردهای انطباقی برای ارتقاء خود، تسلط، و محافظت از خود در مقابل تهدیدهای خارجی و داخلی را تقویت می‌کنند. در واژگان فنی باس (1996)، این نظام‌ها به حل مشکلات «تداخل راهبردی» - که اساساً مشکلات مربوط به تعارض منافع افراد با یکدیگر هستند - کمک می‌کنند. مدلی که ما از گذشت و کینه‌توزی ارائه می‌کنیم، با تعدادی از نظریه‌های مربوط به هیجان

نایپوسته، هماهنگ می‌باشد. شواهد زیادی دال بر آن است که هیجان‌ات مثبت و منفی، نشان‌دهنده وجود نظام‌های نایپوسته مجزا می‌باشند (Watson & Tellegen, 1985; Watson, Wiese, Vaidya, & Tellegen, 1999).

جدول ۱، مثال‌هایی از نظام‌های نایپوسته‌ای که به تمایز مفروض بین نظام‌های کینه‌توزی و گذشت، که از سوی ما ارائه شده است، شباهت دارند.

عفو و گذشت	کینه‌توزی	مؤلف
راهبردهای انطباق اجتماعی تسهیل راهبردی	مداخله راهبردی	باس (۱۹۹۶)
ساختار تأثیر عاطفه مثبت	عاطفه منفی	واتسن و تلجن (۱۹۸۵)
شخصیت توافق جویی <sup>۱</sup>	وظیفه‌شناسی <sup>۲</sup> روان‌آزرده‌خویی (سطح پایین)	جان <sup>۳</sup> (۱۹۹۰)
پیوندجویی <sup>۴</sup> انگیزه صمیمیت <sup>۵</sup>	کنترل انگیزه قدرت <sup>۶</sup>	کیسلر <sup>۷</sup> (۱۹۸۳) مک‌آدامز <sup>۸</sup> (۱۹۹۴)
نظام‌های زیست‌شناختی مدارهای انتظار <sup>۹</sup> نظام فعال‌سازی رفتاری <sup>۱۰</sup>	مدارهای ترس و خشم نظام بازدارنده رفتاری	پانکسپ <sup>۱۱</sup> (۱۹۸۲) گری <sup>۱۲</sup> (۱۹۹۴)

در این دیدگاه، هیجان‌های مثبت و منفی، دو بُعد دوقطبی را می‌سازند، و نه قطب‌های مخالف یک بُعد واحد را. تحقیقات زیست‌شناختی همچنین شواهدی ارائه کرده‌اند مبنی بر این که

هیجانان مثبت و منفی، با نظام‌های عصب‌شناختی و زیست‌شیمیایی جداگانه‌ای ارتباط دارند (Panksepp, 1982; Plutchik, 1994). ویتلیت [Witvliet] و ورانا [Vrana] (1996) واکنش‌های فیزیولوژیکی را بر یک سازمان هیجانی، که دوقطبی است منطبق ساخته‌اند. هیجانان، نوعاً در امتداد دو بُعد جاذبه (مثبت به منفی) و انگیزختگی (بالا به پایین) مفهوم‌سازی شده‌اند. پژوهش‌گران در ایجاد تمایز فیزیولوژیکی بین هیجانان منفی و با انگیزختگی بالا (نظیر خشم و ترس) با استفاده از ای ام جی (EMG)، ۱۳ بازتاب یکه خوردن، ۱۴ و درجه سمپاتیک ۱۵ (مانند ضریب رسانایی پوست) دچار مشکل بوده‌اند. با این حال، ویتلیت و ورانا (1995) نشان دادند که اگر محورهای ۴۵ درجه بچرخند، دو بُعد مستقل - که آن‌ها، آن دو را عواطف مثبت ۱۶ و عواطف منفی ۱۷ نامیدند- ایجاد می‌گردند. در این طرح، محور عواطف خوشایند سطح بالا (نظیر شادی) در مقابل عواطف خوشایند سطح پایین (مانند دل‌تنگی)، به وضوح، از محور عواطف منفی سطح بالا (مانند ترس) در مقابل عواطف منفی سطح پایین (مانند احساسات خوشایند) متفاوت است. چنین چرخشی با نظریه‌های مهم ارائه شده در این زمینه (Lang, Bradley, & Cuthbert, 1990; Schnierla, 1959) هماهنگ است. ویتلیت و ورانا نشان دادند که کدامیک از نشانه‌های فیزیولوژیکی پیرامونی، این حالات عاطفی منفی و مثبت را از یکدیگر متمایز می‌سازند.

”مستقل“ دانستن این نظام‌ها، به معنای آن نیست که آن‌ها نمی‌توانند بر ضد هم باشند. به عنوان مثال، اگر افراد، همزمان در معرض یک محرک ترس آور و یک محرک شادی قرار گیرند، احتمالاً یکی از این دو هیجان تفوق خواهد یافت. به عنوان مثالی مناسب، می‌توان از فیلمی ترسناک یاد کرد که پایان خوشی داشته باشد. اگر آن فیلم، علی‌رغم وجود موقعیت‌های بسیار ترس آور شادی‌زا نیز باشد و به صورت رضایت‌بخشی به پایان برسد، عاطفه غالب که توسط فیلم ایجاد می‌شود شادی و شغف است، نه ترس.

این‌که کینه‌توزی با هیجانان منفی ارتباط دارد، امری شهوداً واضح می‌باشد. احتمالاً این امر کمتر آشکار است که عفو و گذشت، با هیجانان مثبت، و نه فقدان هیجانان منفی، ارتباط دارد. با این وجود، اصطلاحاتی که در مطالعاتی که، توسط واتسن و تلجن (1985) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند واجد بار عاطفی مثبت سطح بالا هستند عبارتند از «مهربان»، «با عاطفه»، «صمیمی»، «با محبت»، «خونگرم»، «فداکار»، و «باگذشت».

در سطح ویژگی‌های شخصیتی، دیدگاه ما درباره دو خصیصه گذشت و کینه‌توزی، با چند

نظریه اخیر ارائه شده راجع به شخصیت، شباهت‌هایی دارد. همانطور که در جدول ۱ نشان داده شده است بسیاری از نظریه‌های شخصیتی، مشتمل بر یک سنخ یا بُعد شخصیتی هستند که با مهربانی و عطوفت ارتباط دارد. مثالی از این دست، عبارت است از عامل خوشایندی در مدل پنج عامل بزرگ شخصیت (John, 1990). هر نظریه‌ای همچنین مشتمل بر بعد یا سنخی است که فرض می‌شود از بعد دیگر - که با صیانت ذات یا شناسایی تهدیدها ارتباط دارد - نسبتاً مستقل می‌باشد. در مدل پنج عامل بزرگ، روان‌آزردگی شدید، نشان‌دهنده گرایش عمومی فرد به احساس نگرانی و تجربه عواطف منفی نظیر اضطراب، خصومت، و افسردگی می‌باشد (John, 1990). به نظر می‌رسد وظیفه‌شناسی سطح پایین با نبود وجدان و نیز با پرخاشگری اجتماعی نشده ارتباط دارد.

همانگونه که مک دونالد (1992) اظهار می‌دارد، آزمون یک روی آورد نظام‌های ناپیوسته، بدین صورت است که ببینیم آیا افراد می‌توانند هم‌زمان چند خصیصه را - به گونه‌ای که با رویکرد تک بعدی سازگار نباشد - به صورت شدید و خفیف دارا باشند یا نه. برطبق نظریه ما، از لحاظ نظری می‌شود فرد به طور هم‌زمان در دو خصیصه کینه‌توزی و بخشایندگی، در سطح بالا، یا در سطح پایینی باشد و نیز می‌تواند در یکی از آن دو خصیصه در سطح بالایی بوده و در دیگری در سطح پایینی باشد. به عنوان مثال، یک فرد شدیداً کینه‌توز، در بسیاری از موقعیت‌ها، به سرعت یک احساس کینه‌ورزی در خود می‌پروراند که تأمل و تعمق درباره آن احساسات غیردوستانه نفرت، خصومت، تندی، و دل‌خوری را موجب شود. چنین فردی، سرانجام این بدی‌های دیگران را عفو خواهد کرد یا نخواهد بخشید. یک فرد بسیار باگذشت، وقتی که متوجه کینه‌ورزی و عدم گذشت خود شود، با آن کلنجار می‌رود، و در غالب موارد، با موفقیت از تخلف انجام شده گذشت می‌نماید. یک فرد کم‌گذشت ممکن است هرگز کاری برای عفو و چشم‌پوشی بسیاری از خطاها دیگران انجام ندهد.

ممکن است فردی از لحاظ کینه‌ورزی در سطح پایینی بوده، و در نتیجه به ندرت از خطاهای دیگران چشم‌پوشی نکرده باشد. چنین شخصی ممکن است از نشخوار ذهنی خطاهای دیگران خودداری کند یا این که صرفاً فرد نسبتاً بی‌واکنشی نسبت به تحریکات باشد. هرچند که، در زندگی اغلب افراد، بدی‌های گاهگاهی دیگران در حق شخص اتفاق می‌افتد که منجر به نوعی کینه‌توزی می‌شود. بدین ترتیب، حتی یک فرد با کینه‌ورزی ضعیف، مجال‌هایی برای رعایت



عفو و گذشت خواهد داشت. این فرد می‌تواند در بخش‌بندی، قوی یا ضعیف باشد. این دو مثال نشان می‌دهد که افراد می‌توانند در یکی از فروض یک ماتریس  $2 \times 2$  قرار گیرند. انسان‌ها یا افرادی با گذشت هستند یا بی‌گذشت و کینه‌توز؛ و هر کدام از اینها نیز می‌تواند شدید یا خفیف باشد. ما به این مطلب پی برده‌ایم که، به طور کلی همبستگی منفی بالایی بین کینه‌توز بودن و بخش‌بندی وجود دارد.

ما با استفاده از مقیاس سنجش خصیصه بخش‌بندی<sup>۱۸</sup> (TFS; Berry, Worthington, O'Connor, Parrott, & Wade, 2001)، که سؤال‌های آن هم میزان بخش‌بندیشگری و هم کینه‌توزی را مورد سنجش قرار می‌دهد، در سه مطالعه‌ای که در مورد دانشجویان دانشگاه انجام شد به این نتیجه رسیدیم که همبستگی بین بخش‌بندی و کینه‌توزی از  $-.40$  تا  $-.59$  - در نوسان است (Worthington et al., 1999). ما مجموعه داده‌های این سه بررسی را که شامل داده‌های حاصل از انجام این پرسشنامه بر روی ۳۲۰ دانشجوی است، با هم ترکیب کردیم. همه شرکت‌کنندگان مقیاس TFS را تکمیل کردند. با استفاده از یک گسست متوسط هر یک از شرکت‌کنندگان را در یکی از فروض ماتریس  $2 \times 2$  جای دادیم. آنان به طور تصادفی در دسته‌های  $X^2(1) = 62/1$ ،  $P < 0/0001$  قرار نگرفته بودند. از ۳۲۰ شرکت‌کننده، ۵۹ نفر (۱۸٪) در هر دو متغیر، نمره بالا، و ۳۲ نفر (۱۰٪) نمره پایین کسب کردند. همچنین از این ۳۲۰ نفر، ۱۲۱ نفر (۳۸٪) در کینه‌توزی، نمره بالا، و در بخش‌بندی، نمره پایین کسب کرده بودند؛ ۱۰۸ نفر (۳۴٪) نیز در کینه‌توزی، نمره پایین، و در بخش‌بندی، نمره بالایی گرفته بودند.

### لوازم و پیامدهای کینه‌توزی بر سلامتی

تا این جا، عمدتاً بر جنبه‌ای از مدل ارائه شده از سوی ما که عنوان «واکنش‌ها به بدی‌های دیگران» دارد، تمرکز کردیم. (نگاه کنید به شکل ۱). اکنون، توجه خود را به ارتباط احتمالی بین آن واکنش‌ها و سلامتی معطوف می‌کنیم. این ارتباط به این دلیل «احتمالی» است که، برای اثبات قاطعانه این ارتباط، لازم است در آینده پژوهش‌های طولی انجام شود، در حالی که مطالعات علمی کافی در مورد بخش‌بندی برای جمع‌آوری این میزان داده انجام نگرفته است. نوعاً، بدی یک نفر در حق انسان، تأثیر چندانی بر سلامت او نخواهد داشت. یک استثنای آشکار از این مطلب، ضربه است که ممکن است پیامدهای روانی و جسمی پایداری داشته باشد.

به هر حال، اکثریت عمده خطاهای دیگران، آسیب‌زا نیستند.

انتظار می‌رود که پیامدهای عدم گذشت بر سلامتی انسان، به بدترین وجه، در افرادی بروز کند که دائماً کینه‌توزند؛ یعنی، افرادی که ویژگی‌های شخصیتی مربوط به کینه‌توزی را دارا می‌باشند (به خصوص اگر در بخش‌سایندگی هم در سطح پایینی قرار داشته باشند). پیش‌بینی آن است که خصیصه کینه‌توزی با خصلت عصبانی بودن، خصلت خصومت‌ورزی، و تمایل به نشخوار ذهنی، و احتمالاً (در سطح مزاج) با روان‌آزرده‌خویی ارتباط داشته باشد (see Berry, Worthington, O'Con- (nor, Parrott, & Wade, 2001; Berry, Worthington, Parrott, O'Connor, & Wade, in press).

در حال حاضر، ما توانایی به صف کردن حجم نسبتاً وسیعی از شواهد ضمنی حاکی از این‌که ویژگی‌های مرتبط با کینه‌توزی مقتضیات زیست‌شناختی دارند را داریم. کینه‌توزی به عنوان بخشی از یک مجموعه هیجانات، افکار، و رفتارهایی که تأثیرات منفی بر سلامتی دارند، تعریف شده است. با این حال، در وضعیت کنونی، تحقیقات انجام شده، با قطع و یقین نشان نمی‌دهند که کینه‌توزی به لحاظ تجربی، با این تجارب کاملاً مطالعه شده، رابطه دارد. به علاوه، حتی در صورت اثبات این ادعا، کینه‌توزی ممکن است خشم، خصومت، استرس، یا ترس را به چنان شدتی برنیزد که ادعای ارتباط بین آن‌ها، از لحاظ بالینی سخنی بجا باشد. با در نظر گرفتن میزان احتمال رابطه بین کینه‌توزی و این مجموعه، این خصلت‌ها به این ترتیب چیده می‌شوند: ۱. خشم و خصومت، ۲. استرس، و ۳. ترس. در ادامه، مقتضیات و پیامدهای مربوط به سلامتی ابتلاء مزمن به هر یک از اعضای این مجموعه را - که همه آن‌ها بخشی از کینه‌توزی تلقی می‌شوند - بررسی می‌کنیم. به هر حال، اعتبار تجزیه و تحلیل‌های ما، چشم‌انتظار تحقیقات تجربی درباره کینه‌توزی می‌باشد.

### لوازم و پیامدهای کینه‌توزی ناشی از خشم و خصومت‌ورزی بر سلامتی

کینه‌توزی یک مجموعه هیجانی است، و بخشی از آن مجموعه، قاعدتاً خصیصه خشم و خصومت می‌باشند. خصیصه خشم، یک خصیصه بین‌موقعیتی (Cross-Situational) است. خصومت یک دید منفی کلی به دیگران، جهان، و آینده است.

ثابت شده است که خشم و خصومت مزمن، تأثیر نامطلوبی بر سلامتی دارند (Kaplan, 1992); (Kaplan, Munroe-Blum, & Blazer, 1993; Smith & Christensen, 1992; Williams, 1989).

خشم مزمن، با رفتارها و شرایط به مخاطره اندازنده سلامتی، نظیر فشارخون بالا، افسردگی، مصرف زیاد مواد مخدر، وضعیت سلامت عمومی پایین، رابطه دارد (e.g., Hecker, Chesney). دستگاہ ایمنی بدن رابطه دارد (جهت مطالعه یک فراتحلیل در این زمینه، نگاه کنید به Black, & Frautschi, 1989; Perini, Muller, & Buhler, 1991 see Herbert & Cohen, 1993, for a meta-analysis). با وجود این، برخی از شواهد حاکی از آن اند که خشم بجا می تواند باعث افزایش کارکرد دستگاہ ایمنی بدن گردد (Weiss et., 1996).

تحقیقاتی که در زمینه رفتار نوع A انجام شده، نشان داده است که خصومت ورزشی مزمن با سلامت پایین قلبی-عروقی رابطه دارد (Rhodewalt & Morf, 1995). از آنجا که خصومت مزمن، بخشی از خلق کینه توزی است، معنای ضمنی این سخن آن است که کینه توزی مزمن احتمالاً با سلامت پایین قلبی عروقی رابطه دارد. به علاوه، نورسن و پاول (1992) ثابت کردند که خودشیفتگی، از لحاظ مفهومی با رفتار نوع A رابطه دارد. مشخصه خودشیفتگی، اشکال در همدردی کردن با دیگران است (Emmons, 2000; Sandage, Worthington, Hight, & Berry, 2000). احساس همدردی با دیگران، فرایند اصلی در عفو دیگران (McCullough, Worthington, & Rachal, 1997) و تمایل به طلب عفو و گذشت (Sandage et al., 2000) می باشد. این یافته ها نشان می دهد که سطح پایین بخشایشندگی احتمالاً به کینه توزی اجازه می دهد به صورت عنان گسیخته تجربه شود، و در نتیجه منجر به مشکلات قلبی-عروقی گردد.

### کینه ورزیدن به عنوان استرس شدید، کینه توز بودن برابر با استرس مزمن

یک محرک استرس زا عبارت است از تغییری محیطی که از ارگانسیم می خواهد خود را با آن سازگار سازد. هنگامی که یک محرک استرس زا پیدا می شود بدن به آن پاسخ می دهد. به گفته ساپولسکی (1994)، غرض این بوده است که بدن افراد به محرک های استرس زای شدید واکنش نشان دهند و علت وقوع بیماری های مرتبط با استرس اساساً آن است که ما به گونه ای زندگی خود را تنظیم می کنیم که انبوهی از محرک های استرس زای مداوم تجربه نماییم. مفهوم «الوستاسیس»، سازگاری بدن را با یک محرک استرس زا بیان می کند (McEwen & Stellar, 1993). تأثیرات فزاینده الوستاسیس بر دستگاہ های زیستی، «بار الوستاسیس» نامیده می شود. در شرایط تحریک محیطی مداوم بار الوستاسیس که بر دستگاہ های زیستی وارد می شود می تواند

تأثیر منفی درازمدتی بر سلامت جسمی و روانی داشته باشد (McEwen, 1998). ساپولسکی (1994, 1999) صدها پژوهش انجام شده راجع به استرس مزمن، شامل تأثیرات استرس مزمن بر هورمون‌ها، دستگاه قلبی-عروقی، دستگاه سوخت و ساز، دستگاه دفع، دستگاه‌های تنظیم‌کننده رشد، دستگاه‌های جنسی و تولیدمثل، دستگاه ایمنی، و دستگاه مهار درد را تلخیص نمود. او بسیاری از تأثیرات منفی استرس مزمن بر سلامتی (شامل پیر شدن، مرگ، و اختلال روانی) را مورد بررسی قرار داد. دستگاه ایمنی، به ویژه تحت تأثیر استرس مزمن قرار دارد (Futterman, Kemeny, Shapiro, Polonsky, & Fahey, 1992). تورسن، هاریس، و لوسکین (2000) این فرضیه را مطرح کردند که تخلفاتی که افراد با کینه‌توزی، به آن پاسخ می‌دهند ممکن است باعث افزایش بار الوستاسیس گردند.

کینه‌توزی مزمن می‌تواند به یکی از سه شیوه عمده رخ دهد. اول، شخص ممکن است در محیطی با مشخصه خطاهای بی‌شمار-مثل: یک محیط کار نامناسب، موقعیت خانوادگی پر از کشمکش، یا جامعه‌ای که در اثر جنگ متلاشی شده است-زندگی کند. دوم، هنگامی که خطایی [از دیگران نسبت به افراد] رخ می‌دهد، آنان می‌توانند از روی عادت هیجانات واکنشی خشم یا ترس را از طریق نشخوار ذهنی به هیجانات تأخیری مربوط به کینه‌توزی تغییر دهند (Worthington & Wade, 1999). در واقع، از طریق نشخوار ذهنی، شخص خود را در معرض رویارویی‌های متعدد با محرک استرس‌زا قرار می‌دهد. بدین ترتیب، نشخوار ذهنی، می‌تواند باعث ایجاد نوعی استرس مزمن در فرد گردد. کینه‌توزی بر روابط موجود فشار وارد می‌آورد، یا می‌تواند مشتمل بر خاطراتی از روابطی باشد که دیگر فعال نیستند. سوم، هنگامی که روابط به هم می‌خورد، احساسات منفی به جای محدود شدن به خاطرات رخداد‌های خاص مربوط به رابطه، غالباً به کل رابطه تعمیم می‌یابد. به محض آن‌که این تعمیم روی می‌دهد، فرد، یک محرک استرس‌زا را تقریباً هر زمان که به رابطه یا به طرف دیگر رابطه فکر می‌کند، از نو تجربه می‌نماید، و دفعات آن غالباً بسیار بیشتر از دفعاتی است که شخص یک خطای خاص در رابطه را به خاطر می‌آورد (یا تجربه می‌کند). در موارد افراطی، ممکن است تعمیم به فراتر از رابطه گسترش یابد.

نیوبرگ، داکیلی، نیوبرگ، و دوماریسی (2000) همچنین می‌گویند استرس در کینه‌توزی فرد دخیل است. آنان نظریه خود را با این فرض آغاز می‌کنند که هر انسانی مفهومی از «خود»

دارد که با بدی کردن دیگران به او آسیب می بیند. مغز تفاوت بین مفهوم خود قبل از وقوع بدی و بعد از وقوع آن را احساس می کند و از طریق فعال کردن واکنش های دستگاه عصبی سمپاتیک، واکنش نشان می دهد.

سالووی، رائمن، دتویلر، و استوارد (2000) می گویند که، هیجان منفی، آزادسازی IgA ترشحی (secretory immunoglobulin A)، پادتنی که با باکتری ها و ویروس ها (مانند سرماخوردگی) مقابله می کند، را کاهش می دهد. ثابت شده است که هیجان منفی، کارکرد دستگاه ایمنی بدن را به مخاطره می اندازند (Stone, Marco, Cruise, Cox, & Neale, 1996)، خلق و خوی منفی با بسیاری از اختلالات روانی رابطه دارد (Cohen & Rodriguez). کینه توزی، مانند استرس، واکنشی به رویدادی است که تقاضای سازگاری را در فرد ایجاد می کند؛ و احتمالاً مانند هر محرک استرس زا بر روی بدن عمل کرده، و باعث الوستاسیس می شود. اگر کینه توزی به صورت مزمن درآید، شبیه استرس مزمن بوده و احتمالاً همان لوازم و پیامدها را بر سلامتی دارد که استرس مزمن دارد.

### لوازم و پیامدهای کینه توزی ناشی از ترس بر سلامتی

#### مدل شرطی سازی ترس

پیش از این، ورتینگتون (1998) این فرضیه را مطرح کرد که سازوکار اصلی کینه توزی، شرطی سازی ترس است. با این وجود، اخیراً او از این دیدگاه حمایت کرده است که خشم یا ترس (یا هر دو) می توانند موجب افزایش کینه توزی، که از طریق تشخوار ذهنی به بار می نشیند، گردند (Worthington, 2000, in press). تصور بر این است که شرطی سازی ترس در فرآیند ایجاد کینه توزی رخ می دهد، اما مواردی که شرطی سازی ترس، موجب کینه توزی می شود کمتر از خشم است. مدل شرطی سازی ترس، که درباره کینه توزی ارائه شده است، مواردی از ترس، خشم، استرس، افسردگی، و فقدان کنترل را که در کینه توزی تجربه می شود، تبیین می کند. بدین ترتیب، می توان از طریق این مدل، لوازم و پیامدهای احتمالی کینه توزی را بر سلامتی مورد بحث و بررسی قرار داد.

هنگامی که افراد صدمه می بینند، ممکن است نسبت به ترس، به معنای کلاسیک شرطی سازی، شرطی سازی شوند. انسان ممکن است مورد صدمه، توهین، ظلم، یا طرد (محرک غیر شرطی)

از سوی یک متخلف (محرک شرطی) قرار گیرد. واکنش‌های کینه‌توزانه فرد مورد تعدی، با فرد متخلف رابطه دارد. این واکنش‌ها در هنگام مواجهه فرد کینه‌توز با فرد متخلف، بروز می‌کنند. واکنش اول، عصبی شدن است. این واکنش نشانه‌سوگیری و یخ‌زدن است. واکنش دوم، فعال شدن دستگاه استرس-پاسخ در اوست. واکنش سوم آن است که فرد کینه‌توز سعی در احتراز کردن یا پس کشیدن از مهاجمه با فرد متخلف نماید. واکنش چهارم در جایی روی می‌دهد که پس کشیدن یا احترازشناختی از فرد متخلف ممکن نباشد؛ در این صورت، احتمالاً خشم، انتقام‌جویی، یا زد و خورد دفاعی رخ می‌دهد (به خاطر داشته باشید که غالب بدی‌های دیگران در حق انسان، مستقیماً موجب عصبانیت او می‌شوند. ما در این جا راجع به صدمه‌هایی که بر اساس شرطی سازی ترس تبیین می‌شوند، و حداقل بی‌احترامی را موجب می‌شوند صحبت می‌کنیم). واکنش پنجم هنگامی بروز می‌کند که این مقابله‌ها، نامعقول، خود تخریب‌گر، یا بی‌فایده باشند. در این صورت شخص احتمالاً یک حرکت سلطه‌پذیرانه-افسردگی-را از خود بروز می‌دهد، که نشان‌دهنده ضعف و ناتوانی اوست. افسردگی معمولاً کمک طرف مقابل را فرامی‌خواند و از پرخاشگری او جلوگیری به عمل می‌آورد.

بر اساس این مدل، تصور می‌شود کینه‌توزی لوازم قابل پیش‌بینی داشته باشد. تأثیرات ترس مزمن در اشکال مختلف آن-ترس، اضطراب، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس‌ضربه‌ای، حملات وحشت‌زدگی و امثال آن-بر سلامتی مورد پژوهش و بررسی قرار گرفته است. ما در این جا تأثیرات احتمالی سه عامل مرتبط با ترس را مورد بررسی قرار می‌دهیم که عبارتند از: ۱. اجتناب، انکار، و حالت دفاعی شناختی، ۲. فقدان کنترل، و ۳. ترس یا اضطراب مزمن. (توجه: ما پیش از این تأثیرات احتمالی خشم و استرس را توصیف کردیم، که آن‌ها نیز زیر مجموعه مدل شرطی سازی ترس در زمینه عدم گذشت می‌باشند.)

### تأثیرات احتمالی بازداری، انکار، و حالت دفاعی شناختی بر سلامتی

هنگامی که افراد با موفقیت از یک محرک تهدیدآمیز احتراز می‌کنند، احتمالاً از تأثیرات آن محرک بر زندگی شان آگاه نیستند. لذا، نه خود را جهت درمان به متخصصان سلامت روانی یا جسمی معرفی می‌کنند، و نه برای انجام پژوهش در این زمینه داوطلب می‌شوند. ما اطلاعات چندانی در زمینه بازداری، انکار، و حالت دفاعی داشتن همراه با موفقیت در مقابل تهدیدها در اختیار نداریم.

تنها هنگامی که این دفاع‌های ناهشیار، ناموفق هستند افراد نشانگان روان‌تنی، یا مشکلات روانی یا ارتباطی از خود بروز می‌دهند. آگاهی از تأثیرات انکار، سرکوب‌گری، بازداری، و دیگر مکانیسم‌های دفاعی، از طریق نمونه‌گیری، ضرورتاً تغییر می‌کند. با این حال، با مطالعه اختلالات روان‌تنی و بیماران مورد روان‌درمانی، می‌توانیم به تأثیرات دفاع‌شناختی ناموفق پی ببریم. برخی از شواهد به دست آمده از پژوهش‌ها نشان می‌دهند خطر ابتلا به مشکلات مربوط به سلامتی، افرادی را که در زمینه سرکوب‌گری یا حالت دفاعی داشتن، در سطح بالایی قرار دارند بیشتر تهدید می‌کند (Brown et al., 1996; Sapolsky, 1994). برخی از تأثیرات خشم ابراز نشده مزمن بر سلامتی عبارتند از: آسیب‌پذیری بیشتر در مقابل فزون‌تنشی اساسی (Perini, Muller, 1991; Buhler, & Williams, 1989)، بیماری قلبی و سکتته قلبی (Williams, 1989)، افسردگی (Bromberger & Matthews, 1996)؛ آرتزیت روماتوئید (Solomon, 1985)؛ میگرن‌ها (Grothgar & Scholz, 1987)؛ و سرماخوردگی (Evans & Edgerton, 1991).

#### لوازم و پیامدهای احتمالی فقدان کنترل بر سلامتی

در مدت بیشتر از ۲۰ سال، محققان، نورویبولوژی فقدان کنترل را بسط و گسترش دادند (e.g., Laudenslager et al., 1983; Weiss, Sundar, & Becker, 1989). صدها مقاله، نورویبولوژی فقدان کنترل را توصیف کرده، گذرگاه‌های عصبی، سازوکارهای عصبی و شیمیایی، و تأثیرات لوازم فیزیولوژیکی بر سلامتی و کارکرد دستگاه ایمنی را با سند و مدرک نشان داده‌اند. این یافته‌ها را می‌توان بسط و گسترش داد تا از این راه بتوان فرضیه‌هایی درباره کینه‌توزی مزمن ارائه داد.

#### لوازم و پیامدهای احتمالی ترس و اضطراب مزمن بر سلامتی

اضطراب، نگرانی، و ترس مزمن ممکن است تأثیر نامطلوبی بر سلامتی داشته باشند (Friedman & Booth-Kewley, 1987). به عقیده ساپولسکی وضع سلامت جسمی و روانی با فزون ترشح پایه کورتیزول ارتباط دارد. برخی شواهد پژوهشی حاکی از آن است سطوح کورتیزول پایه در افراد با اضطراب یا درماندگی اجتماعی زیاد، در سطح بالایی قرار دارد (Bell et al., 1993; Sapolsky, 1994). این افراد نشانه‌هایی از کاهش کارکرد ایمنی را از خود بروز می‌دهند (Esterling, Antoni, Kumar, & Schneiderman, 1993). تحقیقات همچنین فزون ترشح پایه

هورمون‌های استرس‌زا را در افراد مبتلا به اختلال اضطرابی نشان می‌دهند (نگاه کنید به ساپولسکی، ۱۹۹۹). علاوه بر این که این مطلب در مورد افراد تیپ A نیز صادق می‌باشد (Williams, 1989). و به طور خلاصه، کینه‌توزی مزمن، به خصوص هنگامی که با بخش‌آیندگی بالا همراه نباشد، مجموعه‌ای از لوازم و پیامدهای احتمالی را برای سلامت به دنبال خواهد داشت. این لوازم و پیامدها عبارتند از ۱. خشم و خصومت ۲. استرس و ۳. ترس و اضطراب. شبکه تحقیقاتی که این «احتمال» را نشان می‌دهد پیچیده، اما تنگ است. در حالی که مطالعات بی‌شماری، رابطه خشم، استرس و ترس را با وقوع تغییرات در کارکرد جسمانی (نظیر دستگاه ایمنی، دستگاه قلبی-عروقی، و غیره) نشان می‌دهند مطالعات کمتری، ارتباط بین خشم، استرس، و ترس با بیماری‌های متفرقه را نشان می‌دهند. بنابراین، ما با احتیاط اظهار می‌داریم اگر لازم است جلوی این تأثیرات منفی بر سلامتی یک فرد گرفته شود، از شدت این تأثیرات کاسته شود، یا فرد بهبود یابد، او باید با مجموعه هیجاناتی که به وجود آورنده کینه‌توزی اند مقابله نماید.

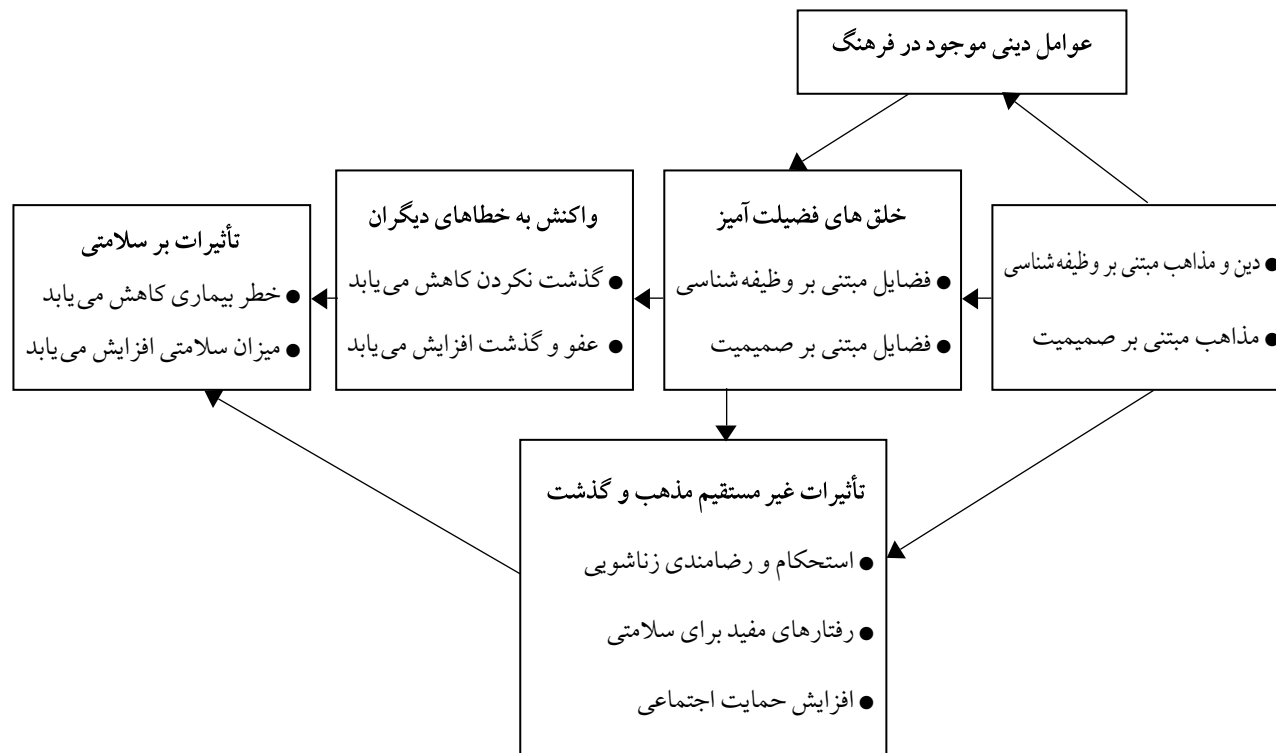
### مجموعه ویژگی‌های شخصیتی فضیلت‌پرور به عنوان شیوه‌های غلبه بر کینه‌توزی

#### دو نوع فضیلت

اکنون توجه خود را به رابطه بین ویژگی‌های خلقی فضیلت‌آمیز و روش‌های واکنش افراد به بدی‌های دیگران در حق آنان، معطوف می‌کنیم (نگاه کنید به شکل ۱). به عقیده ما کینه‌توزی و گذشت، هیجان‌های متقابل هستند. از آنجا که هر دسته از هیجان‌ها به صورت‌های خاصی (مانند هورمون‌ها، گذرگاه‌های مغز، عکس‌العمل‌های غیرمنطقی، رفتار خشونت‌آمیز، انقباض‌های عضلانی چهره) بروز می‌کنند، هنگامی که این دو دسته هیجان-کینه‌توزی یا گذشت-کنار هم قرار گیرند یک دسته از آن‌ها «بالاخره غلبه می‌یابد». هنگامی که فرد با کینه‌توزی رفتار می‌کند تا زمانی که این رفتار به صورت خلق کینه‌توزی درآید، یا هنگامی که با عفو و گذشت رفتار می‌کند تا موقعی که به صورت خلق بخش‌آیندگی درآید، شخص احتمالاً مجموعه‌ای از خلق‌ها یا صفات شخصیتی مرتبط با کینه‌توزی یا بخش‌آیندگی را از خود بروز خواهد داد.

همچنین به عقیده ما، افراد می‌توانند کینه‌توزی را از راه‌های عدیده دیگری غیر از عفو و گذشت، کاهش دهند. به عنوان مثال، شخص ممکن است از طریق جستجوی عدالت، حل تعارضات، تلاش





شکل ۱ مدل ساده شده ارتباط مذهب، خلق‌های فضیلت‌آمیز، واکنش‌ها به خطاهای دیگران، و تأثیرات مربوط به سلامتی.

در جهت عدالت اجتماعی، ساختن یک داستان اجتماع پرورتر راجع به بدی انجام شده در حق شخص، یا شکیبایی در مقابل آن، کینه توزی را کاهش دهد. هریک از این تلاش‌ها شامل جلوگیری از حالات هیجانی کینه‌توزانه می‌باشند. این امر قابل درک است که به کار گرفتن این ابزارهای غلبه بر کینه‌توزی می‌تواند منجر به ایجاد خلق‌های شخصیتی گردد (McCrae, 1999).

بنابراین، به عقیده ما دو دسته از ویژگی‌های فضیلت پرورانه می‌توانند بر کینه‌توزی غلبه کنند یا میزان آن را کاهش دهند. اولین دسته از فضایل، که ما آن‌ها را فضایل مبتنی بر وظیفه‌شناسی می‌نامیم، یا (۱) احتمال انگیزه‌های ضد اجتماعی، تخریب‌گر، و محافظت‌کننده از خود را کاهش می‌دهند، یا (۲) احتمال خودمهارگری و خویش‌داری را در واکنش به تخلفات بین شخصی افزایش می‌دهند. این فضایل یا متضمن کاهش هیجان‌های مربوط به کینه‌توزی از طریق مجموعه‌ای از ابزارهای بین شخصی و متقابل هستند، و یا مشتمل بر هدایت مجدد رفتارهای بالقوه تخریب‌گر به گونه‌ای مطلوب از لحاظ اجتماعی مناسب، می‌باشند.

دسته دوم از فضایل، که ما آن‌ها را فضایل مبتنی بر صمیمیت می‌نامیم، احتمال وقوع هیجان‌های اجتماع‌پرور و پیوندجویانه، و انگیزه‌های متعاقب آن‌ها را که با عفو و گذشت ارتباط دارند، افزایش می‌دهند. فضایل مبتنی بر صمیمیت، به تعویض یا تلفیق هیجانی حالات هیجانی مربوط به کینه‌توزی با حالات هیجانی مربوط به صمیمیت و عشق، منجر می‌شوند. هیجان‌های مرتبط با صمیمیت، با هیجان‌های مرتبط با کینه‌توزی در تعارض و رقابت می‌باشند.<sup>۱۹</sup>

### فضایل مبتنی بر وظیفه‌شناسی

خودمهارگری یک فضیلت مهم مبتنی بر وظیفه‌شناسی است. بومایستر و اکسلین (1999) معتقدند خودمهارگری احتمالاً یگانه فضیلت فائق، و مؤلفه‌ای ضروری برای همه فضایل دیگر است. خودمهارگری احتمالاً شامل محدودسازی تکانه‌های شخص به صدمه زدن به خود یا دیگران، یا شامل به تأخیر انداختن ارضاء تمایلات می‌باشد.

صداقت، شامل جستجوی حقیقت و تجسس درست رفتار خود به گونه‌ای سازگار با طرز تلقی شخص از حقیقت و خوبی است. صداقت یک فضیلت دیگر مبتنی بر وظیفه‌شناسی می‌باشد. عدالت خواهی و صلح‌طلبی می‌توانند ابعاد برداشت فرد از خوبی، و صداقت می‌تواند انگیزه‌ای برای خودمهارگری باشد.

عدالت خواهی یک فضیلت مبتنی بر وظیفه شناسی است که می تواند رفتار را ارتقا دهد و ادراک هایی را که کینه توزی را کاهش می دهند جایگزین سازد. اجرای عدالت هنگامی ضروری می نماید که موازین اجتماعی از طریق یک جرم، ظلم، بی عدالتی، یا یک تخلف، از حد تعادل خارج شده باشند. احساس عدالت خواهی احتمالاً هنگامی احیاء می شود که فرد قربانی (۱) به دنبال انتقام گیری باشد، (۲) عدالت قانونی را تعقیب کند (Worthington, 2000)، (۳) خواستار تاوان شخصی باشد (Zehr, 1995)، (۴) به عدالت الهی اذعان داشته باشد، و (۵) در مذاهب شرقی، به ایمان به «کارما» (Karma) - احساس عدالت لایتغیر که براساس آن، تمام بی عدالتی ها بالاخره به پایان خواهند رسید - (Rye et al., 2000). توجه داشته باشد. خلافکاران نیز می توانند به عدالت خواهی فرد قربانی کمک کنند اگر (۱) به رفتارهای خوارکننده دست زنند (Baumeister, Exlin & Sommer, 1998) یا (۲) اعمال آیینی مربوط به توبه، استغفار، اعتراف، و درخواست عمومی بخشش را انجام دهند (Exlin & Baumeister, 1998).

در حالی که عدالت تنبیهی و ترمیمی هر دو به دنبال پرداختن به تخلفات رخ داده پس از واقع شدن آن هستند، جستجوی عدالت اجتماعی شامل ایجاد شرایطی است که در آن، احتمال وقوع تخلفات در آینده کمتر شود. در جامعه، این می تواند شامل ایجاد هنجارهای رفتاری مورد توافق در قبال یک گروه مسئله دار، تجدیدنظر در دستگاه قضایی به منظور اضافه کردن قوانین عادلانه در آن، یا ایجاد ساختارهای اجتماعی عادلانه باشد. برقراری عدالت اجتماعی بین دو طرف، به معنای آن است که آن دو در مورد هنجارهایی عادلانه، به منظور تعامل مداوم توافق نمایند. فعالیت برای برقراری عدالت اجتماعی می تواند از تخلفات آینده جلوگیری کند، یا حداقل از احتمال وقوع آن ها بکاهد، همچنین می تواند احتمال آن را که افراد احساس کینه توزی را تجربه کنند کاهش دهد. به هر حال، فعالیت در جهت برقراری عدالت اجتماعی، همچنین می تواند احساسات کینه توزی را در فرد کاهش دهد چون او از این طریق، انرژی منفی معطوف به حالات هیجانی صلح طلبی نیز که به تلاش صادقانه در جهت حل نزاع و درگیری کمک می کند یک فضیلت مبتنی بر وظیفه شناسی است. هنگامی که یک نزاع، به مدتی طولانی تداوم یابد، هیجان های خشم، ترس، اضطراب، و درماندگی می توانند جهان بینی شخص یا جامعه را تحت تأثیر قرار دهند. اگر دشمنی ها از طریق یک آتش بس موقت یا یک توافق به آخر برسند، افراد احساس

آرامش، کاهش در روحیه کینه‌توزی، و افزایش تمایل به مصالحه با دیگران را تجربه خواهند کرد. مصالحه، مستلزم دست کشیدن از یک نکته مورد توجه، و امتیاز دادن-هنگامی که به نظر برسد امتیازی که می‌دهیم، با امتیازی که طرف مقابل می‌دهد متناسب است- می‌باشد. از طریق مصالحه، فرد یا جامعه، احساس مثبت‌تری نسبت به طرف مقابل پیدا می‌کند و در نتیجه، احساس کینه‌توزی نسبت به طرف مقابل را قدری کاهش می‌دهد. بالاخره این که، فراتر از مصالحه، افراد یا عناصر جامعه ممکن است از طریق مذاکره و گفتگو، به توافقی دست یابند که در آن، اصول اخلاقی، بر حل مسئله به صورت مشترک، حاکمند (Urj & Fisher, 1981). توافق بر یک راه‌حل از طریق مذاکره، که در آن هر دو طرف احساس پیروزی کنند می‌تواند هیجان‌های منفی به وجود آورنده کینه‌توزی را کاهش دهد.

### فضایل مبتنی بر صمیمیت

در مرکز فضایل مبتنی بر صمیمیت، احساس عشق به دیگران که در درجه اول، معطوف به مقدم داشتن دیگری بر خود است، قرار گرفته است. بسیاری از پژوهش‌ها در مورد عشق به دیگران، بر وجود رفتارهای نوع دوستانه متمرکز است. از دیدگاه ما، عفو و گذشت، یک موهبت نوع دوستانه مبتنی بر عشق می‌باشد. عشق، مشتمل بر شور و هیجان، صمیمیت، و تعهد است (Strenbery, 1986). بر اساس ترکیب این سه مؤلفه با هم، استرنبرگ (1986) اظهار داشت که انواع مختلفی از عشق وجود دارد.

همدلی با دیگران، عنصری مهم از مجموعه فضایل مبتنی بر صمیمیت است. ریشه بسیاری از رفتارهای نوع دوستانه، همدلی است (Batson, Bolen, Cross, Neuringer-Benfiel, 1986). مثلاً، برای یک هدیه‌دهنده، به منظور آن که بداند گیرنده هدیه از چه چیز خوشش می‌آید، همدلی، امری واجب است. و برای گیرنده هدیه، برای آن که به طور مناسب پاسخ آن را بدهد، همدلی امر واجبی است. مک‌کولو، ورتینگتون و راجال (1997) رابطه بین همدلی و عفو و گذشت را به طور تجربی ثابت کرده، و نشان دادند که ۱. همدلی در ایجاد رابطه عذرخواهی-گذشت وساطت می‌کند؛ ۲. مداخلات مربوط به عفو مبتنی بر همدلی بیشتر از مداخلات غیر مبتنی بر همدلی (و نیز بیشتر از مواردی که مداخله‌ای صورت نمی‌گیرد) به عفو و گذشت می‌انجامند؛ و ۳. قطع نظر از نوع مداخله‌ای که صورت می‌پذیرد، هر قدر همدلی بیشتر باشد عفو و گذشت نیز موفقیت‌آمیزتر خواهد بود.

عنصر دیگر مجموعه مبتنی بر صمیمیت، عبارت است از فروتنی و تواضع (Tangney, 2000). فروتنی نه تنها مستلزم فائق آمدن بر غرور (تا حدودی از طریق تصدیق ارزش دیگران) است بلکه به علاوه مستلزم پذیرش وجود دیگران آنگونه که هستند و سپاسگذار بودن از خدا یا یک نیروی دیگر فراتر از این جهان به دلیل نعمت‌هایی که به او می‌دهند، می‌باشد. فروتنی می‌تواند عفو و بخشش را برای فرد تسهیل کند، چون قربانی، با اعتراف به تخلفات و نقائص بالفعل یا بالقوه‌اش، می‌تواند با فرد متخلف همدلی نماید.

تشکر یا شکر گذاری به خاطر خوبی‌ای که دیگران به انسان کرده‌اند یا آنچه که فرد دریافت کرده است بخشی از مجموعه فضیلت پرور است (Emmons, 1999). روحیه سپاس گذاری احتمالاً در نتیجه روابط بین شخصی - که خصیصه‌اش عشق به دیگران است - ایجاد می‌شود. عفو و گذشت، رفتاری برخاسته از عشق است که فرد می‌تواند به خاطر آن سپاس گذار باشد.

عفو یکی از فضایل مبتنی بر گرمی و صمیمیت است، و غالباً در صورتی رخ می‌دهد که فضایل عشق، همدلی، فروتنی، و سپاس گذاری همراه با آن، در فعالیت باشند.

تمپلتون (1997) این فضایل مبتنی بر صمیمیت را توصیف کرده و به طور مفصل به آن‌ها پرداخته است. او با تکیه بر آثار ادبی، دین، و فرهنگ باستان، در صدد کشف "قوانین جهانی حیات" برآمده است، که حکایت از همبستگی فضایل مبتنی بر صمیمیت در همه ادیان و فرهنگ‌ها دارد. این گونه نظریه پردازی‌ها، تاکنون پژوهش‌های تجربی بسیار اندکی را به سوی خود جلب کرده است.

### ایمان مذهبی و رابطه آن با کینه توزی، گذشت و سلامتی

به دلیل تمرکز این کتاب بر دین و سلامتی اکنون راه‌های ورود دین به مدل ما را توصیف می‌کنیم (نگاه کنید به شکل ۱). ایمان مذهبی، متشکل از باورها، ارزش‌ها، و رفتارها می‌باشد. باورها، بیانات مربوط به حقیقت گزاره‌ای هستند که فرد آن‌ها را پذیرفته و بر آن‌ها صحه گذاشته است. ارزش‌ها، اهمیت نسبی‌ای را که در سلسله مراتب ارزش‌های فرد به باورها داده شده است، توصیف می‌کنند (Rokeach, 1973). به عنوان مثال، فرد ممکن است به خدایی عیسی (ع) و پروردگاری او در زندگی‌اش معتقد باشد و با این حال، ارزش بسیار کمی برای این باورها قائل باشد؛ در نتیجه چنین فردی به ندرت بر اساس این باور رفتار خواهد کرد. معمولاً رفتارهای دینی، تا اندازه‌ای، از باورهای دینی که از نظر فرد ارزشمند هستند، نشأت می‌گیرند. مثلاً، فرد

ممکن است معتقد به وجوب نماز باشد. اگر شخص، واقعاً برای این باور، ارزش قائل باشد و به نماز خواندن بها بدهد، در این صورت، شخص به احتمال زیاد نماز خواهد خواند. بنا به گفته ورتینگتون (1988) تعهد انسان به ارزش های دینی خود، یک متغیر کلیدی در شناخت مرکزیت دین در زندگی آن فرد است. به عقیده او اگر نمره انحراف استاندارد افراد در یک پرسشنامه تعهد دینی استاندارد، یک نمره یا بیشتر بالاتر از میانگین باشد، آنان گرایش دارند دنیای خود را از خلال یک چشم انداز دینی بنگرند (جهت مطالعه یک ارزیابی از تحقیقی که راجع به این فرضیه انجام گرفته، نگاه کنید به: Worthington, Kurusu, McCullough & Sandage, 1996). آن ها احتمالاً آن مجموعه فضیلت پرور را پذیرفته و هماهنگ با آن مجموعه رفتار خواهند کرد. از طرف دیگر، افرادی که نمره انحراف استانداردشان، در پرسشنامه تعهد دینی، یک نمره کمتر از میانگین باشد، هر چند ممکن است به باورهای دینی صحه بگذارند اما ارزش مذهب در سلسله مراتب ارزشی آنان، آن قدر بالا نخواهد بود که جهان بینی آن ها را شکل دهد. به گفته ورتینگتون (1988)، در تعهد دینی خیلی شدید، یک تبدیل غیر خطی در ادراک افراد، رخ می دهد.

### دین با مجموعه صفات فضیلت پرورانه رابطه دارد

دین تا چه حد، با مجموعه ویژگی های شخصیتی فضیلت پرورانه به طور عام، و با گذشت به ویژه ارتباط دارد؟ به نظر می رسد این تأثیرات، مستقیم (در مورد افراد شدیداً مذهبی) و نیز غیر مستقیم می باشند و از طریق تأثیر ادیان بر هنجارهای فرهنگی و خرده فرهنگی صورت می پذیرند. راه غیر مستقیم می تواند افراد نه چندان مذهبی (و حتی افراد مخالف دین) را به میزانی که فرهنگ، منعکس کننده ارزش های دینی است، تحت تأثیر قرار دهد. مجموعه صفات فضیلت پرورانه شامل فضایل مبتنی بر وظیفه شناسی (مانند خود مهارگری، صداقت، عدالت خواهی، صلح طلبی) و فضایل مبتنی بر صمیمیت (مثل عشق، فروتنی، سپاس گذاری، همدلی، و گذشت) می شود. این مجموعه شامل باورهایی است که از جهان بینی دینی یا جهان بینی دنیوی فرد ناشی می شوند. هر یک از دو دسته فضایل (فضایل مبتنی بر وظیفه شناسی و فضایل مبتنی بر گرمی و صمیمیت) ممکن است تفوق و برتری یابند یا آن که هر دو (تقریباً) به یک اندازه قدرتمند باشند. این، یک تأثیر مستقیم دین شخص بر شخصیت او است. اغلب، دوستان، خانواده، و فرهنگ، یکدیگر را به منظور حمایت از این نگرش ها و

ویژگی‌های فضیلت‌پرورانه تقویت خواهند کرد. گاهی اوقات، تنها یک یا دو عنصر، آن ویژگی‌ها را تقویت می‌کنند. به عنوان مثال، ممکن است تنها همسالان فرد، از باورهای دینی او حمایت کنند، و والدین یا موقعیت شغلی او هیچ نقشی در این زمینه ایفا ننمایند. افراد ممکن است به یک مجموعه ویژگی‌های شخصیتی فضیلت‌پرورانه اعتقاد داشته باشند بدون آن که خیلی مذهبی یا اصلاً مذهبی باشند. این مجموعه، تحت شرایط خاصی فعال خواهد بود، مانند هنگام وارد شدن محرک‌های مذهبی قوی، یا هنگام مواجهه با وضعیتی دشوار که فرد را مجبور به تفکر درباره‌ی لوازم دینی اعمال می‌کند. ویژگی‌های شخصیتی سازگار با دین، ممکن است به طور غیرمستقیم از طریق وفاداری شخص به هنجارهای فرهنگی‌ای که از دین تأثیر پذیرفته‌اند، در او رشد و گسترش یابند.

### زمینه فرهنگی دین

اغلب جوامع، تا حدودی مذهبی هستند. در اکثر جوامع، اکثریت چشمگیری از افراد، معتقد به تعدادی از ادیان مختلف می‌باشند. مثلاً در سنگاپور، که از لحاظ سیاسی، کشوری سکولار است، تعداد زیادی از معتقدان به ادیان سنتی قومی چین، بودایی، هندو، مسیحی، و مسلمان زندگی می‌کنند. علی‌رغم عدم حمایت دولت از یک دین خاص در مقابل بقیه‌ی ادیان، اکثر مردم سنگاپور با یکی از ادیان موافقت می‌کنند.

به دلیل آن که فرهنگ، ظرفی است که گنجایش بسیاری از باورهای دینی را دارد، حتی افرادی که یک دین خاص را رسماً نپذیرفته‌اند اغلب در معرض نظام‌های اعتقادی و ارزشی آن قرار دارند. آنان احتمالاً ویژگی‌های فضیلت‌پرورانه هماهنگ با آن نظام‌های اعتقادی و ارزشی مذهبی را در خود پرورش می‌دهند، علی‌رغم آن که آن دین را فی‌نفسه مورد تأیید قرار ندهند. حتی در فرهنگ‌هایی که بسیار کم از دین تأثیر پذیرفته‌اند، افراد، ویژگی‌های فضیلت‌پرورانه را در خود پرورش می‌دهند، چون بسیاری از آن ویژگی‌ها، کاملاً با ادامه‌ی حیات توأم با آرامش جامعه سازگار می‌باشند. بدین ترتیب، دین می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم منجر به رشد و پرورش ویژگی‌های شخصی فضیلت‌پرورانه گردد یا اصلاً نقشی در این زمینه ایفا نکند.

### تأثیرات مستقیم دین بر فرد: در مورد افراد بسیار مذهبی

افراد بسیار مذهبی، قاعداً باورها و ارزش‌های اصلی دین خود را در زندگی‌شان وارد

می‌کنند. این کار، قاعدتاً رشد فضایل شخصیتی را در فرد تحت تأثیر قرار خواهد داد. بدین ترتیب، اعتقادات موجود در ادیان گوناگون اهمیت می‌یابند. برخی از ادیان، یا زیرگروه‌های درون ادیان، بیشتر از بقیه به دنبال افزایش حس وظیفه‌شناسی در افراد هستند. ممکن است کسی ادعا کند که اسلام بنیادگرا، به طور کلی، بیشتر از (به عنوان مثال) مسیحیت لیبرال، فضایل مبتنی بر حس وظیفه‌شناسی را افزایش می‌دهد.

#### تفاوت‌های موجود بین ادیان

ادیان در تأکید بر حس وظیفه‌شناسی، تفاوت قابل توجهی با یکدیگر دارند. یک شخص ممکن است بسیار متدین به مسیحیت بوده و ارزش زیادی برای فضایل مبتنی بر وظیفه‌شناسی مانند درست‌کاری و عدالت قائل باشد و از کنترل و قوانین رفتاری خشک جهت انجام رفتار مثبت دفاع نماید. این شخص هرچند ممکن است به لحاظ عقیدتی، اهمیت عشق و دیگر فضایل مبتنی بر صمیمیت را تصدیق کند، ممکن است آن اعتقاد، در زندگی او خود را خیلی نشان ندهد. از سوی دیگر، مسیحی دیگری ممکن است ارزش زیادی برای عشق قائل باشد اما به عدالت کمتر بها بدهد. این شخص ممکن است نسبت به وضع یا اجرای قوانین، سهل‌گیر بوده، و شدیداً درگیر فعالیت‌های اجتماعی و رفتارهای فردی شفقت‌آمیز باشد. فرد مسیحی سومی، ممکن است برای عشق و عدالت هر دو، ارزش زیادی قائل باشد. با فرض این‌که روایت‌های مهمی، در درون ادیان وجود دارند. خود ادیان نیز تفاوت‌های زیادی باهم دارند. در ادامه به بیان این تفاوت‌ها می‌پردازیم.

#### عفو و گذشت در مسیحیت

باورهای خاصی که در ادیان گوناگون حائز اهمیت هستند باهم تفاوت دارند، و مرکزیت عفو و گذشت نیز به عنوان بخشی از یک نظام اعتقاد دینی، در میان ادیان متفاوت است (جهت مطالعه بیشتر نگاه کنید به: Rye et al., 2000). عفو و گذشت، سنگ بنای اصلی آیین مسیحیت است (Marty, 1998). این مرکزیت عفو و گذشت، در دو سطح عمل می‌کند. یک سطح، عبارت از عفو الهی - یعنی آموزش انسان‌ها از سوی خداوند - است. در الهیات مسیحی، مسیح - که خداست - داوطلبانه به مرگی کفاره‌ای مرد تا مرگ او جانشین جزای گناه دیگران باشد. استفاده از مرگ



داوطلبانه مسیح برای بخشش گناه، هر چند برای همه امکان پذیر است اما فقط در مورد کسانی که به این مطلب عقیده دارند تحقق می پذیرد. این مرگ، هر چند برخی از مقتضیات عدالت را برآورده می کند، با این حال، خدای پدر را به آمرزش انسان ها از روی عاطفه، که خدای پسر به خاطر آن ها مُرد، برمی انگیزد. به دلیل اهمیت زیادی که آمرزش الهی و پذیرش این مطلب توسط یک مسیحی معتقد، در آیین مسیحیت دارد، آمرزش و بخشش، یک بخش مرکزی در الهیات مسیحی می باشد.

در سطح دوم، سطح بین شخصی، بسیاری از دستورات موجود در عهد جدید مسیحی مسیحیان را هشدار می دهد که عفو و گذشت را به کسانی که به آنان تجاوز می کنند - خواه مسیحی یا غیر مسیحی باشند - تعمیم دهند. در واقع، بنا بر برخی کتب مقدس مسیحی، آمرزش الهی می تواند مشروط به عفو و بخشش بین شخصی باشد (به عنوان نمونه نگاه کنید به انجیل متی، باب های ۶ و ۱۸).

#### عفو و گذشت در آیین یهود

از نظر معتقدان به آیین یهود (Dorff, 1998)، عفو و گذشت بیشتر از مسیحیت، یک مفهوم محکم و ثابت است. در این دین، گذشت، در قالب واژه *teshuvah* ریخته شده است، که به معنای بازگشت فرد خطاکار به سوی خدا می باشد (Dorff, 1998). مسیحیان برای رساندن این مفهوم، واژه «Repentance» (توبه) را به کار می برند. به عقیده معتقدان به آیین یهود، عفو، مشروط به *teshuvah* فرد خطاکار می باشد. اگر او تلاشی برای بازگشت به سوی خدا نکند، معتقد به یهود، مکلف به عفو او نیست. اما، اگر فرد، برای بازگشت به سوی خدا تلاش کند، عفو و گذشت از او واجب می باشد، اگر شخصی که به او بدی شده است، بدی کننده را - که با توبه و استغفار به سوی خدا بازگشته است - عفو نکند و از او نگذرد، در این صورت، فرد کینه توز، معصیت کرده است.

#### عفو و گذشت در اسلام

در الهیات اسلام، عفو و گذشت، بیشتر از الهیات یهودی یا مسیحی در قالب مفهوم «عدالت» بیان شده است (Rye & et al., 2000). در اسلام، خدا مجری عدالت، و به علاوه، پیاده کننده عفو و آمرزش الهی، تلقی می شود. در این دین، عفو و بخشش بین شخصی، آنچنان

که در مسیحیت، امری واجب شمرده شده است، کاری واجب و لازم شمرده نشده است.\*

### عفو و گذشت در آیین هندو و آیین بودا

در ادیان شرقی، مفهوم عدالت الهی، بی‌معنا است، به‌ویژه در دو آیین هندو و بودا، که در آن‌ها، عقیده «کارما» وجود دارد (Rye & et al., 2000). این اعتقاد، مستلزم آن است که سرانجام، عدالت پیاده شود. و اگر در حیات فعلی واقع نشد در یک حیات بعدی، یقیناً برقرار خواهد شد. اگر وقوع عدالت یک امر حتمی و لایتنغیر باشد، در این صورت، دیگر جایی برای مفهوم «عدالت الهی» باقی نمی‌ماند. به‌علاوه، فروض هستی‌شناختی برآنند که جهان واقع، به آن صورت که انسان‌ها آن را می‌شناسند امری موهوم و خیالی (Maya) است، سرانجام همه عالم وجود، مجدداً به وحدت و یگانگی خواهند رسید. این فروض، عفو و گذشت بین شخصی را در بالاترین درجه اهمیت قرار می‌دهد. با این وجود، آیین‌های هندو و بودا (به‌ویژه آیین بودا)، بر ترحم و دلسوزی به عنوان یک فضیلت محوری تأکید می‌کنند. بخشی از ترحم و دلسوزی بین شخصی آن است که انتقام‌جویی یا تلافی‌جویی نکنیم.

### عفو و گذشت در ادیان قومی

ادیان قومی احتمالاً مشتمل بر روح‌گرایی یا پرستش نیاکان می‌باشند. در ادیان قومی چینی، شرمساری و سرافکنندگی، مفهوم منفی آشکاری دارد، و بی‌آبرویی امری بسیار ننگین شمرده می‌شود. شرمساری دیگران را می‌توان از طریق گذشتن از خطای آنان کاهش داد. بسیاری از ادیان قومی، بر مجموعه‌هایی از ضرب‌المثل‌های حکمت‌آمیز، که غالباً متناقض هستند، بنا نهاده شده‌اند. بسیاری از ضرب‌المثل‌های حکمت‌آمیز در دین قومی چین، از انتقام‌جویی یا توازن نهایی کفه عدالت، از طریق یک مداخله محتوم جانبداری می‌کنند. ضرب‌المثل‌های دیگر از عفو و گذشت و ترحم طرفداری می‌کنند.

### اختلاف ادیان در تأکید بر عفو و گذشت

نظام‌های اعتقادی ادیان مختلف جهان، که برخی از آن‌ها را به طور خلاصه آوردیم، به عفو و گذشت به صورت‌های متفاوتی نظر می‌کنند. در اغلب ادیان، به عفو و گذشت بین شخصی

ارج نهاد می‌شود. بنابراین، به میزانی که افراد نسبت به دین خود پایبند می‌باشند، غالباً از عفو و گذشت بین شخصی حمایت کرده و برای آن ارزش قائلند. به هر حال، ادیان مختلف، ممکن است از فضایل مبتنی بر حس وظیفه‌شناسی، بیشتر از فضایل مبتنی بر صمیمیت جانبداری نمایند، یا برعکس. حتی در درون هر دین، روایت‌های کلامی متفاوت وجود دارند (چنانکه در مورد مسیحیت نشان داده شد). بدین ترتیب، تأکید بر عفو و گذشت بین شخصی، لزوماً بین ادیان و در درون هر دین تفاوت بسیاری با هم دارند.

اگر تعهد دینی را یک فضیلت به شمار آوریم، روشن نخواهد بود که آیا مبتنی بر حس وظیفه‌شناسی است یا مبتنی بر صمیمیت، این امر بستگی به تأکید باورها و رفتارهای مذهبی خاص دارد. برای افراد با تعهد دینی بالا، تعهد دینی (و به دنبال آن، باورها و ارزش‌ها) می‌تواند یک فضیلت اصلی - که فضایل دیگر را در درون مجموعه فضیلت‌پرورانه سازماندهی و تقویت می‌کند - به حساب آید (Worthington, 1988). برای افراد دارای تعهد دینی متوسط تا پایین، تعهد دینی می‌تواند یک فضیلت باشد، اما نه یک فضیلت اصلی.

### دین و سلامتی

تحقیقات راجع به دین و سلامتی (و از جمله سلامت روانی) در طول یک قرن، بر روی هم انباشته شده است. این پژوهش‌ها، به‌ویژه در ۳۰ سال گذشته، به سرعت بر روی هم انباشته شده‌اند (نگاه کنید به: Larson & et al., 1998). فواید احتمالی دین برای سلامت جسمانی، در چند بررسی مفصل، به طور مستند ارائه شده است (Koenig, 1998; Larson & et al., 1998)؛ همچنین نگاه کنید به: Thoresen & et al.، فصل دوم از همین کتاب). با وجود بحث‌های زیاد راجع به علت و سازوکارهای احتمالی ارتباط‌دهنده دین و سلامتی (Thoresen, 1999)، وجود رابطه مثبت بین این دو، یافته‌ای قاطع در تمام پژوهش‌های مختلف می‌باشد. ثابت شده است که تعهد دینی، طلایه عمر طولانی است (برای مطالعه یک فراتحلیل و بحثی در این زمینه، نگاه کنید به: McCullough & et al., 2000، فصل سوم این کتاب). دینداری همچنین با نتایج مثبت برای بسیاری از مشکلات خاص مربوط به سلامت جسمانی، رابطه دارد (see Idler & Kasl, 1992; also Remle & Koenig, Chapter8, and Sherman & Simonton, Chapter7, this volume Gartner,). تحقیقات همچنین فواید دینداری را برای سازگاری روانی به اثبات رسانده است.

. (Larson, & Allen, 1991; Larson et al., 1998; see also Plante & Sharma, Chapter 10, Pressman, Lyons.) شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد دینداری با درصد کمتر افسردگی (Larson, & Strain, 1990)، خودکشی (Stack, 1983) طلاق (Larson, 1985)، و نیز با عزت نفس و بهزیستی ذهنی بالاتر (Jones, 1993) رابطه دارد.

تعهد دینی به میزانی که، یک فضیلت اصلی برای شخص است، مسئولیت فعال سازی منافع مربوط به سلامتی را در فضایل مبتنی بر وظیفه شناسی (که به علاوه کینه توزی را نیز کاهش می‌دهد) و فضایل مبتنی بر صمیمیت (که به علاوه کینه توزی را نیز از طریق افزایش گذشت، کاهش می‌دهند) را بر عهده دارد. بدین ترتیب، فواید مربوط به سلامت جسمانی و روانی، به دو بُعد مربوط به مجموعه ویژگی‌های فضیلت پرورانه افزوده می‌شود.

#### مجموعه ویژگی‌های فضیلت پرورانه و سلامتی

دینداری می‌تواند به طور مستقیم، رشد فضایل شخصیتی را تحت تأثیر قرار دهد، که این امر می‌تواند به طور مستقیم، به شیوه‌هایی دیگر، موجب افزایش عفو و گذشت یا کاهش کینه توزی گردد، و این نیز می‌تواند به گونه متفاوتی با پیامدهای مربوط به سلامتی در افراد، ارتباط داشته باشد. نوشته‌ها راجع به تأثیرات منفی کینه توزی یا حالات هیجانی مربوط به آن بر سلامتی، بسیار بیشتر از نوشته‌ها راجع به تأثیرات مثبت فضایل مبتنی بر حس وظیفه شناسی یا فضایل مبتنی بر صمیمیت در سلامت، گسترش یافته است (Salovey et al., 2000). با توجه به این که تحقیقات بسیار انجام شده، وجود ارتباط بین خشم و خصومت مزمن با پیامدهای منفی برای سلامتی را ثابت می‌کنند، ما می‌توانیم این فرضیه را مطرح کنیم که کاهش این تأثیرات (از طریق فضایل مبتنی بر حس وظیفه شناسی) یا جایگزینی این تأثیرات (از طریق فضایل مبتنی بر صمیمیت)، احتمالاً فواید درازمدتی برای سلامتی و بهزیستی به بار خواهد آورد. ما بعداً تحقیقات مربوط به همبستگی هر دسته فضایل با سلامتی و پیامدهای آن‌ها را بر سلامتی مرور خواهیم کرد.

#### ارتباط فضایل مبتنی بر حس وظیفه شناسی با سلامتی

مطالعات چندی، شواهدی به دست داده‌اند مبنی بر این که برخی از ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با احساس وظیفه شناسی پایین، مانند فقدان خودمهارگری، به صرافت طبع عمل کردن،

و بی‌مبالاتی، احتمالاً برای رفتارهای مرتبط با وضع سلامتی پایین، مخاطره‌آمیز می‌باشند. (Seeman, Kaplan, Knudsen, Cohen, & Guralnik, 1987; Vingerhoets, Croon, Jenin-ga, & Menges, 1990). بومایستر، هیترتون، و تاپس (1994) مجموعه بزرگی از تحقیقات را که نشان‌دهنده ارتباط بین خودمهارگری و تعدادی از متغیرهای مرتبط با سازگاری روانی و اجتماعی بودند، مورد بررسی قرار دادند.

تحقیقات بسیار اندکی به منظور ارزیابی مستقیم تأثیر حس وظیفه‌شناسی بر سلامت جسمانی انجام شده است (جهت مطالعه چند گزارش در این زمینه، نگاه کنید به: see Aspinwall, 1998; Salovey et al., 2000). در یک مطالعه طولی ۷۰ ساله مبتنی بر داده‌های ترمن و اَدن (1947)، فریدمن و همکاران (1993) دریافتند که در میان ۱۱۷۸ مرد و زنی که حاضر به شرکت در این آزمون شدند، حس وظیفه‌شناسی / قابلیت اعتماد اجتماعی (که از طریق ارزیابی والدین از دوران‌دیشی، وظیفه‌شناسی، صداقت، و رها بودن از تکبر / خودخواهی کودکان ۱۱ ساله خود، سنجیده شدند) یک پیش‌بینی‌کننده مهم درازی عمر تا میان‌سالی و پیری بود.

سالووی و همکاران (2000) مطالب نوشته شده در این زمینه را بررسی کرده، و پنج کمکی را که حالات هیجانی مبتنی بر وظیفه‌شناسی می‌توانند به سلامتی بنمایند، توصیف می‌نمایند (آنان این حالات هیجانی را، مبتنی بر وظیفه‌شناسی تلقی نمی‌کنند، بلکه به نظر آنان، آن مفهوم، ظاهراً با نقش‌هایی که آن‌ها برای این حالات هیجانی تعریف می‌کنند، تطبیق می‌کند). به عنوان مثال، خُلق، ۱. گزارش‌های مربوط به نشانگان مرضی (Watson, 2000)، ۲. احساس آسیب‌پذیری شخصی (Weinstein, 1993)، ۳. احساس خطر، ۴. کارآمدی خود (سالووی، راثمن، و رادین، ۱۹۹۸) و تأخیر در پی‌جویی مراقبت از سلامتی (شوارتز و کلور، ۱۹۹۶) را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

### گذشت (و دیگر فضایل مبتنی بر صمیمیت) و سلامتی

غالباً تصور بر این است که یک سبک زندگی متصف به صفت گذشت، به صفات عشق، همدلی، فروتنی، و سپاس‌گذاری نیز متصف می‌باشد، هرچند هیچ پژوهشی، آشکارا رابطه بین گذشت و پیامدهای مربوط به سلامتی را مورد آزمایش قرار نداده، بررسی‌های انجام شده، منافع مربوط به سلامتی را با خصائص مرتبط با گذشت به هم پیوند داده‌اند.

عشق به دیگران، که به نظر ما غالباً یگانه فضیلت مرکزی مبتنی بر صمیمیت است، در قالب‌های بسیاری مورد مطالعه قرار گرفته است. لوکس و پین (1992) شواهدی را که نشان می‌داد نوع دوستی یک قدرت شفابخش قوی است، خلاصه کردند. کالیوپسکا (1992) دریافت دانشجویان با احساس همدلی زیاد، در مقایسه با دانشجویانی که کمترین حد همدلی را داشتند، نگرش‌های مثبت‌تری نسبت به رفتارهای موجب سلامتی داشتند، و احتمال سیگار کشیدن و مصرف الکل در آن‌ها کمتر بود.

در باره تأثیرات سپاس‌گذاری بر سلامتی مطالعات کمی انجام گرفته است. به نظر می‌رسد سپاس‌گذاری با هیجانات مثبت و بهزیستی روانی رابطه دارد (Overwalle, Mervielde, & De Schuyter, 1995; Walker & Pitts, 1998). از یک چشم‌انداز تکاملی، تصور می‌شود سپاس‌گذاری، نوع دوستی متقابل را افزایش داده، و از این طریق به حفظ پیوندها و همکاری اجتماعی کمک می‌نماید. از این طریق، سپاس‌گذاری با تقویت حمایت اجتماعی، به طور غیرمستقیم، بر سلامتی افراد، تأثیر مثبت می‌گذارد (نگاه کنید به قسمت بعد). امونز (1999) در یک مطالعه آزمایشگاهی درباره سپاس‌گذاری و بهزیستی، نشان داده است که در طول یک نیم سال تحصیلی، دانشجویانی که به آن‌ها آموخته شده بود راجع به پنج چیزی که در هر هفته به خاطر آن‌ها سپاس‌گذار بودند، مطلب بنویسند، در مقایسه با دانشجویانی که درباره پنج امر گله‌آمیز در هر هفته، مطلب نوشتند، یا آن‌هایی که درباره پنج حادثه‌ای که در طول زندگی برای آن‌ها اتفاق افتاده بود مطلب نوشتند، پیامدهای مربوط به سلامتی مثبتی داشتند، (مثلاً شکایت‌های بدنی کمتری داشتند و وقت بیشتری در ورزش صرف می‌کردند).

### گذشت (و دیگر فضایل مبتنی بر صمیمیت)، حمایت اجتماعی، و سلامتی

وجود خصیصه گذشت و دیگر فضایل مبتنی بر صمیمیت در افراد، احتمالاً با رفتارهای بین شخصی بهتر، و از این طریق با ازدواج‌های رضایت‌بخش‌تر، زندگی خانوادگی بهتر، روابط اجتماعی گسترده و ارضاکنده‌تر رابطه دارد. بنابراین، منافع دیگری را نیز برای سلامتی، می‌توان از طریق این شیوه‌های غیرمستقیم برشمرد. دین، تعاملات اجتماعی (و در نتیجه حمایت اجتماعی) را به طور مستقیم افزایش می‌دهد (نگاه کنید به شکل ۱). در تحقیق راجع به روابط بین سنخ‌های مختلف حمایت اجتماعی و سلامتی، مکتوبات بسیاری نوشته شده است

(جهت مطالعه یک گزارش از این دست، نگاه کنید به: Salovey & et al., 2000). حمایت اجتماعی عاطفی، به ویژه با کاهش واکنش پذیری قلبی-عروقی رابطه دارد (Kamarck, Ma-Fontana, Kerns, 1990)، و بهبودی پس از حمله قلبی را تسهیل می کند (nuck, & Jennings, 1990). حمایت اجتماعی، به ویژه حمایت اجتماعی عاطفی، در کاهش استرس تأثیر مثبت دارد (Rosenberg, & Colonese, 1989)، و عوامل دیگر خطر را کاهش می دهد (Amick & Ockene, 1994). حمایت اجتماعی همچنین با افزایش میزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد (Kennedy, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1999; Steinglass, Weisstub, & De-Nour, 1988). حمایت اجتماعی همچنین با افزایش میزان جان به در بردن از انواع مختلف سرطان رابطه دارد (Ell, Mantell, Hamovitch, & Nishimoto, 1989; Fawzy et al., 1993).

#### گذشت (و دیگر فضایل مبتنی بر صمیمیت)، ازدواج، و سلامتی

دین همچنین ارزشی را که افراد برای ازدواج قائلند تحت تأثیر قرار داده و می تواند از طریق رفتارهای ارتباطی در بهبود رابطه زناشویی تأثیرگذار باشد (برای آگاهی از دو شیوه تأثیرگذاری دین بر ازدواج، نگاه کنید به شکل ۱). عفو و گذشت، با صلح و سازش پس از نزاع در طول زندگی زناشویی، رابطه دارد (Worthington, 1998; Worthington & Drinkard, 2000). به هر میزان که زن و شوهر یا یکی از آن دو، با عفو و گذشت زیاد، موجبات رابطه زناشویی رضایت بخش را فراهم آورند، ما می توانیم پیامدهای مفید برای سلامتی و امور نشان دهنده ثبات و رضامندی زناشویی درازمدت را برای زوجین انتظار داشته باشیم. ثابت شده است که ازدواج با طول عمر (Burman & Margolin, 1992) و طلاق با به خطر افتادن سلامتی (Hu & Goldman, 1990) رابطه دارد. همچنین نشان داده شده است که خطر طلاق برای سلامتی کمتر از خطر زندگی زناشویی نارضايتمند می باشد (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990).

رابطه بین ازدواج و سلامتی، به صورت های متعارضی تبیین شده است (Hahn, Brooks, 1992; Wyke & Ford, 1993; Hartsough, &). این تبیین ها عبارت اند از: افراد متأهل ۱. نسبت به افراد مجرد، از وضعیت اقتصادی بهتری برخوردارند (اما وجود رابطه بین رابطه زناشویی نارضايتمند و سطح پایین سلامتی نشان می دهد که این تبیین نمی تواند بیان کننده علت باشد)؛ ۲. خوشنودترند؛ که این امر با وضع سلامتی بهتر رابطه دارد؛ ۳. حمایت اخلاقی عاطفی بیشتری را تجربه می کنند؛ ۴. رابطه و تعلق نزدیک تری را با یک عضو نزدیک خانواده تجربه می کنند، که

مراقبت پزشکی منظمی را موجب می‌شود؛ و ۵. عادات بهتری برای صرف غذا دارند. ازدواج با ابتلای کمتر به بیماری اکلیلی، فشار خون پایین‌تر (Medalie & Goldbourt, 1976)، بهبودی بهتر از بیماری سرطان (Goodwin, Hunt, Key, & Samet, 1987)، و کارکرد بهتر دستگاه ایمنی (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1989) رابطه دارد.

### نتایج

این نوشته، بر پیامدها و نتایج احتمالی کینه‌توزی، کاهش کینه‌توزی، و عفو و گذشت بر سلامتی متمرکز است. در این نوشته، به دین به عنوان متغیری که یک مجموعه ویژگی‌های شخصیتی فضیلت‌پرور را تحت تأثیر قرار می‌دهد (هم به طور مستقیم، از طریق باورها و ارزش‌های فردی، و هم به طور غیرمستقیم از طریق فرهنگ) توجه شده است، و تأثیرات آن بر کینه‌توزی و گذشت، به ویژه مورد توجه قرار گرفته است. دین همچنین از طریق رفتار فرد در ارتباطاتش و نیز از طریق ارزشی که ادیان برای این ارتباطات قائلند، بر سلامتی تأثیر مثبت می‌گذارد.

به ویژه، تصور بر این است که شیوه‌های برخورد افراد با بسیاری از تخلفات عاطفی دیگران در حق آنان، که باید از طریق التزام به کینه‌توزی، از طریق کاستن از کینه‌توزی با هر عضوی از مجموعه‌ای از شیوه‌ها، به غیر از عفو و گذشت، و از طریق عفو و گذشت از عهده آن‌ها برآیند، نقش زیادی در سلامت یا بیماری دارند. به نظر ما ماهیت اصلی کینه‌توزی و گذشت می‌تواند ۱. برخی از پیوندهای دین-سلامتی را تبیین کند، و ۲. سازوکارهای فیزیولوژیکی این پیوند را (مانند سازوکارهای برخورد با تجربه و حالت عاطفی را) بیان نماید.

به عقیده ما نقشه پژوهشی‌ای که در شکل ۱ پیشنهاد گردید می‌تواند به ویژه برای پژوهشگران روان‌شناسی سلامت جذاب باشد. رشته روان‌شناسی سلامت، بر سه حوزه عمده متمرکز است: ۱. رفتارهای مرتبط با سلامتی و تأثیرات آن‌ها بر سلامت جسمی و روانی، ۲. استرس و تأثیرات آن بر سلامتی، ۳. مراقبت از سلامتی (Smith, chapter 15). محققانی که در دو حوزه اصلی اول، پژوهش می‌کنند، به یقین زمینه آماده‌ای برای تحقیق راجع به کینه‌توزی و مجموعه روش‌های کاهش کینه‌توزی، می‌یابند. با توجه به گزارش انجمن پزشکی (1999) مبنی بر اینکه سالانه بیش از ۹۸۰۰۰ اشتباه پزشکی در امریکا رخ می‌دهد، به نظر می‌رسد رشته مراقبت از سلامت نیز به مرحله‌ای از پختگی رسیده است که راجع به کینه‌توزی، تحقیق و پژوهش نماید. به



عقیده ما، پژوهشگران روان شناسی سلامت -خواه آن‌هایی که راجع به دین مطالعه می‌کنند و خواه غیر آن‌ها- می‌توانند پرسش‌های جالب بسیاری بیابند که در خلال مطالعه روحیه کینه‌توزی، نحوه کنار آمدن با آن، و تأثیر آن بر سلامتی، آن‌ها را مورد بررسی قرار دهند.

به عنوان مثال، لازم است پژوهش‌های طولی آینده‌نگر انجام شود که روحیه کینه‌توز بودن و بخش‌اندگی را بررسی نماید، نقش هریک را در پیامدهای مربوط به سلامتی و فرایندهایی را که منجر به آن نتایج می‌شوند به دقت مورد بررسی قرار دهد. به علاوه، نتایج و فرایندهای مترتب بر بسیاری از جایگزین‌های عفو و گذشت بایستی مشخص گردد. دین می‌تواند به عنوان یک واسطه یا میانجی مهم برای برخی از این نتایج مربوط به سلامتی عمل کند. نقش‌های مختلف دین، و به ویژه ادیان مبتنی بر وظیفه‌شناسی در مقابل مذاهب مبتنی بر صمیمیت، بایستی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد. سرانجام، اولویت دیگر پژوهش، مداخلاتی است که به منظور تشویق افراد به کاهش کینه‌توزی و عفو و گذشت کردن، در جوامع مذهبی و سکولار، به کار گرفته می‌شوند.

پی نوشت ها:

\* مشخصات کتاب‌شناختی این مقاله:

Worthington, Evert L., JR.; Jack W. Berry, "Unforgiveness, Forgiveness, Religion and Health". In Plante, Tomas G. And Allen C. Shermard (eds.), *Faith And Health: Psychological Perspectives*. pp. 107-138. NewYork and London: The Guilford Press (2001).

1. Agreeableness
2. Conscientiousness
3. John
4. Affiliation
5. Intimacy motivation
6. Power motivation
7. Kiesler
8. McAdams
9. Expectancy circuits
10. Behavioral activation system

11. Panksepp

12. Gray

۱۳. برق‌نگاری ماهیچه‌ای: Electromyography (EMG)

14. startle reflex

15. Sympathetic indicators

16. Positive Affect

17. Negative Affect

18. Trait Forgiveness Scale (TFS)

۱۹. این طبقه‌بندی دو قسمتی فضایی که به صورتی جامعه‌گرایانه، به گرایش‌های ضداجتماعی می‌پردازند، شبیه دو سازوکاری است که زیربنای اجتماعی شدن را تشکیل می‌دهند: ظرفیت مهار بازدارنده و ظرفیت انس و محبت (MacDonald, 1997). ظرفیت افراد برای مهار بازدارنده، با حس وظیفه‌شناسی، برنامه‌ریزی، به تأخیر انداختن ارضاء امیال، و خودداری از رفتارهای ضداجتماعی تکانشی، رابطه دارد. ظرفیت افراد برای انس‌گیری، شامل مهربانی کردن و دریافت مهر و محبت می‌شود. این امر، برای حفظ پیوندهای والد-کودک، دوستی‌ها، و روابط عاشقانه، حائز اهمیت می‌باشد. تحقیقات راجع به اجتماعی کردن والدین، دو نظام تشخیص داده است مشابه طبقه‌بندی دو قسمتی ما راجع به روش‌های کاهش کینه‌جویی. بسیاری از مطالعات تحلیل عاملی درباره رفتارهای اجتماعی کردن که در بین والدین رواج دارند، موفق به کشف دو بُعد شده‌اند که تصور می‌شود در رشد وجدان و درونی‌سازی ارزش‌ها دخالت مثبت دارند. از این دو بُعد، تحت عناوین گوناگونی نام برده شده است: مهربانی/خصومت در مقابل تسلط/اطاعت (Symonds, 1939)؛ عشق/دشمنی در مقابل کنترل/خودمختاری (Schaefer, 1959)؛ مهربانی/خصومت در مقابل سخت‌گیری/سهل‌گیری (Becker, 1964)؛ و پذیرا-تأثیرپذیر/ردکننده-غیرتأثیرپذیر در مقابل پر توقع-کنترل‌کننده/بی‌توقع-سهل‌انگار (Maccoby & Martin, 1983). می‌توان بین والدینی که معمولاً فضایل مبتنی بر صمیمیت را در مورد کودکان خود به کار می‌گیرند، آن‌هایی که فضایل مبتنی بر حس وظیفه‌شناسی را به کار می‌گیرند، و آن‌هایی که هیچ‌یک را به کار نمی‌گیرند یا هر دو را به کار می‌گیرند، تمایز قائل شد.

\* دین اسلام چون دینی اجتماعی است در مرحله نخست ساز و کارهایی را تعبیه کرده است تا انسان‌ها در روابط شخصی خود به حقوق یکدیگر تجاوز نکنند، به همین دلیل رعایت حق الناس را از اوجب واجبات شمرده است و هیچ فردی را مجاز نمی‌دارد که به ظلم و ستم تن دهد، با این حال بر عفو و گذشت انسان‌ها از حقوق شخصی خود نیز بسیار تأکید کرده است. ناآشنایی نویسندگان با متون اسلامی و دستورات آن موجب شده است که چنین عجلانه قضاوت کند. نقد و نظر.

کتاب نامه:

- Amick, T. L., & Ockene, J. K. (1994). The role of social support in the modification of risk factors for cardiovascular disease. In S. A. Shumaker & S. M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease* (pp. 259-278). New York: Plenum.
- Aspinwall, L. G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22, 1-32.
- Batson, C. D., Bolen, M. H., Cross, J. A., & Neuringer-Benfiel (1986). Where is the altruism in the altruistic personality? *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 212-220.
- Baumeister, R. F. & Exline, J. J. (1999). Virtue, personality, and human relations. *Journal of Personality*, 67, 1165-1194.
- Baumeister, R. F. & Exline, J. J. & Sommer, K. L. (1999). The victim role, grudge theory, and two dimensions of forgiveness. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 70-104). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). Losing control: *How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Becker, W. C. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. In M. L. Hoffman & W. L. Hoffman (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 1, pp. 169-208). New York: Sage Foundation.
- Bell, I. R., Martino, G. M., Meredith, K. E., Schwartz, G. E., Siani, M. M., & Morrow, F. D. (1993). Vascular disease factors, urinary free cortisol, and health histories in older adults: Shyness and gender interactions. *Biological Psychology*, 35, 37-49.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr., O'Connor, L. E., Parrott, L., III, & Wade, N. G. (2001). *The measurement of trait forgiveness*. Manuscript submitted for publication.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr., Parrott, L., III, O'Connor, L. E., & Wade, N. G. (in press). Dispositional forgiveness: Construct validity and development of the Transgression Narrative Test of Forgiveness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*.

- Bromberger, J. T., & Marhews, K. A. (1996). A "feminine" model of vulnerability to depressive symptoms: A longitudinal investigation of middle-aged woman. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 591-598.
- Brown, L. L., Tomarken, A. J., Orth, D. N., Loosen, P. T., Kalin, N. H., & Davidson, R. J. (1996). Individual differences in repressive-defensiveness predict basal salivary cortisol levels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 362-371.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: An international perspective. *Psychological Bulletin*, 112, 39-63.
- Buss, D. M. (1996). Social adaptation and the five major factors of personality. In J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 180-207). New York: Guilford Press.
- Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14, 374-380.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.
- Dorff, E. N. (1998). The elements of forgiveness: A Jewish approach. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Dimensions of forgiveness. Psychological research and theological perspectives* (pp. 29-55). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Ell, K. O., Mantell, J. E., Hamovith, M. B., & Nishimoto, R. H. (1989). Social support, sense of control, and coping among patients with breast, lung, or colorectal cancer. *Journal of Psychological Oncology*, 7, 63-89.
- Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. New York: Guilford Press.
- Emmons, R. A. (2000). Personality and forgiveness. In M. E. McCullough, K. I. Pargament, & C. E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 156-175). New York: Guilford Press.
- Esterling, B. A., Antoni, M. H., Kumar, M., & Schneiderman, N. (1993). Defensiveness, trait

- anxiety, and Epstein-Barr viral capsid antigen antibody titers in healthy college students. *Health Psychology*, 12, 132-139.
- Evans, P. D., & Edgerton, N. (1991). Life-events and mood as predictors of the common cold. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 35-44..
- Exline, J. J., & Baumeister, R. F. (2000). Expressing forgiveness and repentance: Benefits and barriers. In M. E. McCulough, K. I. Pargament, & C. E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 133-155). New York: Guilford Press.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L., & Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fitzgibbons, R. P. (1986). The cognitive and emotive uses of forgiveness in the treatment of anger. *Psychotherapy*, 23, 629-633.
- Fontana, A. F., Kerns, R. D., Rosenberg, R. L., & Colonese, K. L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model. *Health Psychology*, 8, 175-193.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J. E., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1993). Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 176-185.
- Futterman, A. D., Kemeny, M. E., Shapiro, D., Polonsky, W., & Fahey, J. L. (1992). Immunological variability associated with experimentally-induced positive and negative affective states. *Psychological Medicine*, 22, 231-238.
- Gartner, J., Larson, D. B., & Allen, G. D. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.
- Goodwin, J. S., Hunt, W. C., Key, C. R., & Samet, J. M. (1987). The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 258, 3125-3130.

- Gray, J. A. (1994). Three fundamental emotion systems. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion* (pp. 243-247). New York: Oxford University Press.
- Grothgar, B., & Scholz, D. B. (1987). On specific behavior of migraine patients in an anger provoking situation. *Headache*, 27, 206-210.
- Hahn, W. K., Brooks, J. A., & Hartsough, D. M. (1993). Self-disclosure and coping styles in men with cardiovascular reactivity. *Research in Nursing and Health*, 16, 275-282.
- Hecker, M., Chesney, M., Black, G., & Frautschi, N. (1989). Coronary-prone behaviors in the Western Collaborative Group Study. *Psychosomatic Medicine*, 50, 153-164.
- Herbert, T., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364-379.
- Hu, Y., & Goldman, N. (1990). Mortality differentials by marital status: An international comparison. *Demography*, 27, 233-250.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1992). Religion, disability, depression, and the timing of death. *American Journal of Sociology*, 97, 1052-1079.
- Institute of Medicine. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: Author.
- John, P. P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66-100). New York: Guilford Press.
- Jones, J. W. (1993). Living on the boundary between psychology and religion. *Religion Newsletter*, 18(4), 1-7.
- Kalliopuska, M. (1992). Attitudes towards health, health behavior, and personality factors among school students very high on empathy. *Psychological Reports*, 70, 1119-1122.
- Kamarck, T. W., Manuck, S. B., & Jennings, J. R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine*, 52, 42-58.
- Kaplan, B. H. (1992). Social health and the forgiving heart: The Type B story. *Journal of Behavior Medicine*, 15, 3-14.

- Kaplan, B. H., Munroe-Blum, H., & Blazer, D. G. (1993). Religion, Health, and forgiveness: Traditions and challenges. In J. S. Levin (Ed.), *Religion in aging and health: Theoretical foundations and methodological frontiers* (pp. 52-77). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Immunological consequences of acute and chronic stressors: Mediating role of interpersonal relationships. *British Journal of Medicine Psychology*, 61, 77-85.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1989). Interpersonal relationships and immune function. In L. Carstensen & J. Neale (eds.), *Mechanisms of psychological influence on physical health* (pp. 43-59). New York: Plenum Press.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Koenig, H. G. (1997). *Is religion good for your health?: Effects of religion on mental and physical health*. Binghamton, New York: Haworth Press.
- Koenig, H. G., (1999). *The healing power of faith: Science explores medicine's last great frontier*. New York: Simon & Schuster.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. (2000). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York: Oxford U Press.
- Lang, P. J., Bradley, M. M., & Cuthbert, B. N. (1990). Emotion, attention, and the startle reflex. *Psychological Bulletin*, 97, 377-395.
- Larson, D. B. (1985). Religious involvement. In G. Rekers (Ed.), *Family building* (pp. 121-147). Ventura, CA: Regal.
- Larson, D. B., Swyers, J. P., & McCullough, M. E. (Eds.). (1998). *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research.
- Laudenslager, M. L., Ryan, S. M., Drugan, R. C., Hyson, R. L., & Maier, S. F. (1983). Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation. *Science*, 221, 568-671.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.

- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Sciences and Medicine*, 38, 1475-1482.
- Luks, A., & Payne, P. (1992). *The healing power of doing good: The health and spiritual benefits of helping others*. New York: Fawcett Columbine.
- Maccoby, E., & Martin, J. (1993). Socialization in the context of the family. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1-101). New York: Wiley.
- MacDonald, K. B. (1992). Warmth as a developmental construct: An evolutionary analysis. *Child Development*, 63, 753-773.
- MacDonald, K. B. (1997). The coherence of individual development: An evolutionary perspective on children's internalization of values: In J. Grusec & L. Kuczynski (Eds.), *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory* (pp. 362-397). New York: Wiley.
- Marty, M. E. (1998). The ethos of Christian forgiveness. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 9-28).
- Mayer, J. D., Gaschke, Y. N., Braverman, D. L., & Evans, T. W. (1992). Mood-congruent judgment is a general effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 119-132.
- McAdams, D. P. (1994). *The person: An introduction to personality psychology* (2nd ed.). Fort Worth, TX: Harcourt Brace.
- McCrae, R. R. (1999). Mainstream personality psychology and the study of religion. *Journal of Personality*, 67, 1209-1218.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. E. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- McCullough, M. E., Worthington, E. L., Jr, & Rachal, K. C. (1997). Interpersonal forgiveness in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 321-326.



- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179.
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2093-2101.
- Medalie, J. H., & Goldbourt, U. (1976). Angina pectoris among, 10,000 men. II. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five-year incidence study. *American Journal of Medicine*, 60, 910-921.
- Newberg, A. B., d'Aquili, E. G., Newberg, S. K., & deMarici, V. (2000). The neuropsychological correlates of forgiveness. In M. E. McCullough, K. I. Pargament, & C. E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 91-110). New York: Guilford Press.
- Overwalle, F. V., Mervielde, I., & de Schuyter, J. (1995). Structural modeling of the relationship between attributional dimensions, emotions, and performance of college freshmen. *Cognition and Emotion*, 9, 59-85.
- Panksepp, J. (1982). Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioral and Brain Sciences*, 5, 407-468.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., & Rye, M. S. (1998). Forgiveness as a method of religious coping. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 59-78). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Perini, C., Muller, F., & Buhler, F. (1991). Suppressed aggression accelerates early development of essential hypertension. *Journal of Hypertension*, 9, 499-503.
- Plutchik, R. (1994). *The psychology and biology of emotion*. New York: Harper Collins.
- Pressman, P., Lyons, J. S., Larson, D. B., & Strain, J. J. (1990). Religious belief, depression, and ambulation status in elderly women with broken hips. *American Journal of Psychiatry*, 147, 758-760.
- Rhodewalt, F., & Morf, C. C. (1995). Self and interpersonal correlates of the Narcissistic Personality Inventory: A review and new finding. *Journal of Research in Personality*, 29(1), 1-23.

- Roberts, R. C. (1995). Forgiveness. *American Philosophical Quarterly*, 32, 289-306.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Rye, M. S., Pargament, K. I., Ali, M. A., Beck, G. L., Dorff, E. N., Hallisey, C., Narayanan, V., & Williams, J. G. (2000). Religious perspectives on forgiveness. In M. E. McCullough, K. I. Pargament, & C. E. Yhorsesen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 17-40). New York: Guilford Press.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Salovey, P., Rothman, A. J., & Rodin, J. (1998). Health Behavior. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vol. 2, pp. 633-683). New York: McGraw-Hill.
- Sandage, S. J., Worthington, E. L., Jr., Hight, T. L., & Berry, J. W. (2000). Seeking forgiveness: Theoretical context and an initial empirical study. *Journal of Psychology and Theology*, 28, 21-35.
- Sapolsky, R. M. (1994). *Why zebras don't get ulcers: A guide to stress, stress-related diseases, and coping*. NY: Freeman.
- Sapolsky, R. M. (1999). Hormonal correlates of personality and social contexts: From non-human to human primates. In C. Panter-Brick \* C. M. Worthman (Eds.), *Hormons, health, and behavior: A socio-ecological and lifespan perspective* (pp. 18-46). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (1990). Social support, personality, and performance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 2, 117-127.
- Schaefer, E. S. (1959). A circumplex model for maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 226-235.
- Schneirla, T. C. (1959). An evolutionary and developmental theory of biophasic process underlying approach and withdrawal. In M. Jones (Ed.), *Current theory and research on motivation. Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 7* (pp. 1-42). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Schwartz, N., & Clore, G. L. (1996). Feelings and phenomenal experiences. In E. T. Higgins & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 433-465). NY: Guilford Press.

- Seeman, T. E., Kaplan, G. A., Knudsen, L., Cohen, R., & Guralnik, J. (1987). Social network ties and mortality among the elderly: The Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 126, 714-723.
- Shriver, D. W. J. (1998). Is there forgiveness in politics? Germany, Vietnam, and America. In R. D. Enright & J. North (Eds.), *Exploring forgiveness* (pp. 131-149). Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353, 664-667.
- Smith, T. W., & Christensen, A. J. (1992). Hostility, health, and social contexts. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 33-48). Washington, DC: American Psychological Association.
- Solomon, G. F. (1985). The emerging field of psychoneuroimmunology. *Advances*, 2, 6-19.
- Stack, S. (1983). The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 362-374.
- Steinglass, P., Weisstub, E., & De-Nour, A. K. (1988). Perceived personal networks as mediators of stress reactions. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1259-1264.
- Sternberg, R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93, 119-135.
- Stone, A. A., Marco, C. A., Cruise, C. E., Cox, D. S., & Neale, J. M. (1996). Are stress-induced immunological changes mediated by mood? A closer look at how both desirable and undesirable daily events influence s Ig A antibody. *International Journal of Behavioral Medicine*, 3, 1-13.
- Symonds, P. M. (1939). *The psychology of parent-child relationships*. NY: Norton.
- Tangney, J. P. (2000). Humility: Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 70-82.
- Templeton, J. M. (1997). *The world-wide laws of life*. Rannor, PA: Templeton Foundation Press.
- Terman, L. M., & Oden, M. H. (1947). *Genetic studies of genius: IV. The gifted child grows up: Twenty-five year follow-up*. Stanford, CA: Stanford U Press.
- Thoresen, C. E. (1999). Spirituality and health: Is there a relationship? *Journal of Health Psychology*, 4, 291-300.

- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. S., & Luskin, F. (2000). Forgiveness and health: An unanswered question. In M. E. McCullough, K. I. Pargament, & C. E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 254-280). NY: Guilford Press.
- Thoresen, C. E. Luskin, F. & Harris, A. H. S., (1998). Science and forgiveness interventions: Reflections and recommendations. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological speculations* (pp. 163-192). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Thoresen, C. E., & Powell, L. H. (1992). Type A behavior pattern: New perspectives on theory, assessment, and intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 595-604.
- Ury, R., & Fisher, W. (1981). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*. NY: Penguin Books.
- Vingerhoets, A. J., Croon, M., Jeninga, A. J., & Menges. L. J. (1990). Personality and health habits. *Psychology and Health*, 4, 333-342.
- Walker, L. J., & Pitts, R. C. (1998). Naturalistic conceptions of moral maturity. *Developmental Psychology*, 34, 403-419.
- Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. NY: Guilford Press.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J., & Tellegen, A. (1999). The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychological evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 820-838.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Weiss, D., Hirt, R., Rarcic, N., Berson, Y., Ben-Zur, H., Breznitz, S., Glaser, B., Baras, M., & O'Dorision, T. (1996). Studies in psychoneuroimmunology: Psychological, immunological, and neuroendocrinological parameters in Israeli civilians during and after a period of Scud middle attacks. *Behavioral Medicine*, 22, 5-14.
- Weiss, J. M., Sundar, S. K., & Becker, K. J. (1989). Stress-induced immunosuppression and immunoenhancement: Cellular immune changes and mechanisms. In E. J. Goetz & N. H. Spector

- (Eds.), *Neuroimmune networks: Physiology and diseases* (pp. 193-206). NY: Liss.
- Williams, R. (1989). *The trusting heart*. NY: Times Books.
- Witvliet, G. & Vrana, S. R. (1995). Psychophysiological responses as indices of affective dimensions. *Psychophysiology*, 32, 436-443.
- Worthington, E. L., Jr. (1988). Understanding the values of religious clients: A model and its application to counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 166-174.
- Worthington, E. L., Jr. (1988). The Pyramid Model of Forgiveness: Some interdisciplinary speculations about unforgiveness and the promotion of forgiveness. In E. L. Worthington, Jr. (Ed.), *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological perspectives* (pp. 107-137). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Worthington, E. L., Jr. (2000). Is there a place for forgiveness in the justice system? *Fordham Urban Law Journal*, 27, 1401-1414.
- Worthington, E. L., Jr. (in press). Forgiveness and reconciliation: Religion, public policy, and conflict transformation. In R. Petersen & R. Helmick (Eds.), *Forgiveness in international relations*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Worthington, E. L., Jr., & Drinkard, D. T. (2000). Promoting reconciliation through psychoeducational and therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 93-101.
- Worthington, E. L., Jr., Kuru, T. A., McCullough, M. E., & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic process and outcomes: A ten-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.
- Worthington, E. L., Jr., Berry, J. W., Parrott, L., O'Connor, L., Gramling, S., & Nicholson, R. (1999). *Studies in trait unforgiveness and states of unforgiveness*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Boston.
- Worthington, E. L., Jr., & Wade, N. G. (1999). The social psychology of unforgiveness and forgiveness and implications for clinical practice. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 385-418.
- Wyke, S., & Ford, G. (1992). Competing explanations for associations between marital status and health. *Social Science and Medicine*, 34, 523-532.
- Zehr, H. (1995). *Changing lenses: A new focus on crime and justice*. Scottsdale, PA: Heald Press.