

Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction on Cognitive Emotional Regulation Strategies in Women with Major Depression Disorder

Yazdan Naderi¹,
Jafar Hasani²,
Maryam Taghizade³,
Fatemeh Ramezanzadeh¹

¹MA in Clinical Psychology, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

²Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

³MA in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran

(Received September 30, 2014 ; Accepted February 15, 2015)

Abstract

Background and purpose: Mindfulness has an important role in variables associated with depression. This study aimed at investigating the efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on cognitive emotional regulation strategies in women with major depression (MDD).

Materials and methods: A Quasi-experimental study with Pre-test/Post-test and follow-up design was performed in 2013. Thirty MDD patients were selected and randomly assigned into experimental and control groups. The experimental group received Mindfulness-Based Stress Reduction, while the control group did not receive any psychological treatment. Cognitive emotion regulation questionnaire (Garnefski, 2007) was used to collect the data. Data were analyzed using covariance analysis and repeated measure.

Results: After treatment, scores of patients who received MBSR showed decrease in maladaptive Cognitive Emotion Regulation strategies (self-blaming, rumination, catastrophizing and other-blames); and in some adaptive cognitive emotion regulation strategies (positive reappraisal) an increase was observed. Also, the changes in three-month follow up were persistent.

Conclusion: Mindfulness-Based Stress Reduction could be used as an appropriate choice for treatment via direct targeting of mechanisms of change in cognitive emotion regulation strategies, and help in relapse prevention of major depression disorder.

Keywords: Mindfulness-Based Stress Reduction, cognitive emotion regulation strategies, major depression disorder

کارآمدی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان زنان مبتلا به افسردگی اساسی

یزدان نادری^۱جعفر حسنی^۲مریم تقی زاده^۳فاطمه رمضان زاده^۱

چکیده

سابقه و هدف: ذهن آگاهی نقش مهمی در متغیرهای مرتبط با اختلال افسردگی ایفا می کند. هدف مطالعه حاضر بررسی اثر بخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان زنان مبتلا به افسردگی اساسی می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش مطالعه ای شبه تجربی به همراه پیش آزمون پس آزمون و پیگیری است. تعداد ۳۰ نفر از بیماران اختلال افسردگی اساسی (سال: ۱۳۹۲، محل انجام پژوهش: درمانگاه بیمارستان بقیه الله تهران)، انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی روان شناختی را دریافت نکردند. پرسشنامه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان (گارنفسکی، ۲۰۰۷) برای جمع آوری داده ها مورد استفاده قرار گرفت. داده ها با آزمون های تحلیل کوواریانس و اندازه گیری های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: بعد از درمان، نمرات بیماران دریافت کننده MBSR در راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان (ملامت خویش، نشخوارذهنی، فاجعه سازی و ملامت دیگران) کاهش و در برخی از راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مجدد مثبت) افزایش پیدا کرده بود. هم چنین تغییرات ایجاد شده در پیگیری دو ماهه نیز ماندگار بود.

استنتاج: روش MBSR با مورد هدف قرار دادن سازوکارهای درگیر در تغییر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان می تواند روش مناسبی برای درمان و جلوگیری از عود اختلال افسردگی باشد.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، اختلال افسردگی اساسی

مقدمه

می شود (۲). از سوی دیگر این موضوع به طور گسترده مورد پذیرش است که زنان دو برابر بیش تر از مردان مبتلا به اختلال افسردگی می شوند (۳). با وجود مطرح بودن این تفاوت، فرایندهای زیربنایی این تفاوت هنوز به خوبی فهمیده نشده است (۴). یکی از تبیین کننده های

اختلال افسردگی اساسی (MDD) شایع ترین اختلال روان پزشکی با عود مکرر و بار تحمیلی انکارناپذیر می باشد (۱). این اختلال از بین اختلالات پزشکی و روان پزشکی نیز در ردیف چهارم از لحاظ شیوع قرار دارد و به عنوان اولین بیماری از لحاظ ناتوان کننده قلمداد

E-mail: yazdan.nr66@yahoo.com

مؤلف مسئول: یزدان نادری - ساری: جاده ساری-نکا، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده ی اعتیاد

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد، کرج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۷/۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۷/۲۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۱۱/۲۶

مهم در مورد این تفاوت، شیوه‌هایی است که افراد با تجارب تنش‌زا خود کنار می‌آیند (۴) به طوری که پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که بیماران افسرده از راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان استفاده می‌کنند (۵) پس، از این منظر می‌توان راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان را به عنوان یک آسیب‌پذیری در بیماران افسرده مطرح نمود.

از آنجایی که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند موجب آسیب‌های روانی شود (۶). بازنگری در چهارمین راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روان‌پزشکی نشان داد که بیش از ۵۰ درصد از اختلالات محور یک و ۱۰۰ درصد اختلالات محور دو دلالت بر نقص‌هایی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دارد (۷). شواهد متعدد تجربی حاکی از این است که میزان بالای شدت علائم افسردگی در خانم‌ها ممکن است با استفاده از راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان مرتبط باشد (۴). به طوری که که راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان از قبیل نشخوار ذهنی، سرزنش خود و فاجعه‌سازی رابطه مستقیم معنی‌داری با شدت علائم افسردگی دارد. در حالی که راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان از قبیل بازاریابی مثبت، با شدت علائم افسردگی رابطه منفی دارد (۹،۸). این پژوهش‌ها هم چنین نشان می‌دهند که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی قادر به بازدارنده‌ی اطلاعات با بار منفی نیستند و از سوی دیگر، سطوح تفکر منفی تکراری را افزایش می‌دهند؛ مثل نشخوار ذهنی (۱۰) که همین سازوکار ممکن است در بکارگیری راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان مانند بازاریابی تداخل ایجاد کند (۱۱) و باعث تداوم اختلال افسردگی شود (۱۰).

در مجموع داده‌های زیادی حاکی از نقش راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان در تداوم اختلال افسردگی هستند. این داده‌ها هم چنین

مطرح می‌کنند که اصلاح راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان می‌تواند علائم اختلال افسردگی را کاهش دهد (۱۲). اما با وجود یافته‌های تشویق‌کننده در مورد تاثیر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در اختلال افسردگی، پژوهش در زمینه اثر بخشی روان‌درمانی‌ها در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران افسرده محدود است (۱۱،۱۳). از این روی ضروری است که تاثیر این عوامل را در آسیب‌پذیری بیماران افسرده بیش‌تر روشن کنیم و اهمیت آن را در درمان اختلال افسردگی اساسی به‌عنوان یک سازوکار اثربخشی روان‌درمانی بیش‌تر مورد توجه قرار دهیم. رویکردهای روان‌درمانی در سال‌های اخیر، اهمیت خاصی برای راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در آسیب‌شناسی و درمان اختلال افسردگی قائل شده‌اند (۱۴) و تغییر در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان را یک نقطه کلیدی در درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری به حساب آوردند (۱۵،۱۶). تا جایی که برخی پژوهشگران (۲) بر اهمیت راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان تاکید دارند و مطرح کردند که راهبردهای مداخله‌ای بایستی بر راهبردهای ناسازگارانه و چالش برانگیز نظم‌جویی شناختی هیجان تاکید کنند و شرایط استفاده از راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان را برای بیماران فراهم کنند. از بین روان‌درمانی‌های مطرح شده در سال‌های اخیر یکی از رویکردهایی که بر درمان اختلال افسردگی و تداوم این یافته‌های درمانی موثر واقع شده است، رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی است (۱۷) که MBSR نمونه‌ای از این رویکردهای درمانی است.

درمان Mindfulness based stress reduction

(MBSR) (۱۸) یک درمان اساساً گروهی است که در آن بیماران تمرین‌های متنوعی از ذهن‌آگاهی (از قبیل، مراقبه نشسته، مراقبه پایش بدن، یوگا، مراقبه ذهن مشفق) را یاد می‌گیرند. این شیوه درمانی در ابتدا برای درمان بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌بردند مورد استفاده قرار گرفت. در سال‌های اخیر نیز این روش درمانی، برای

کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی مطرح شده است (۱۹). برخی از پژوهشگران معتقدند، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان ممکن است یکی از فرایندهای زیربنایی اثربخشی MBSR باشد (۲۵). برخی هم معتقدند که بهبود افسردگی در پی برنامه درمانی MBSR ممکن است بازتابی از بهبود مهارت‌های راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و تغییر پاسخ هیجانی از طریق اصلاح فرایندهای شناختی عاطفی بیماران باشد (۲۰، ۱۹). هم‌چنین Baer و Lykins (۲۱) دریافتند تجربه درمانی MBSR با نمرات پایین‌تر در مشکلات نظم‌جویی شناختی هیجان و ترس و اجتناب از هیجان‌ها ارتباط دارد.

اگرچه دستورالعمل واضحی در مورد تغییر ماهیت افکار و واکنش‌های عاطفی در محتوای روش MBSR وجود ندارد، این روش نشان داده است که می‌تواند تمایل عادت‌ی واکنش هیجانی و نشخوار ذهنی در مورد افکار و احساسات بدنی گذرا و علائم افسردگی و اضطراب از بین ببرد (۲۲، ۲۳) و نیز موجب اصلاح الگوهای تحریف شده بیماران از خود (۲۴) و افزایش رفتارهای خودتنظیمی (۲۱) شود. تغییر در نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با نظم‌جویی شناختی هیجان شامل کاهش ترس و افزایش تمایل به تجربه هیجان‌ها به جای تلاش در سرکوب آن‌ها، و پرورش راهبردهای سازگارانه‌تر برای نظم‌جویی آن‌ها ممکن است مجموعه‌ای از این مکانیزم‌های تغییر باشد (۲۵). هم‌چنین شواهدی وجود دارد که MBSR به طور مستقیم در توانایی شناختی افراد در کنترل نشخوار ذهنی (۲۲)، توجه و تمرکز بر خود و واکنش‌پذیری عادت‌ی در زمینه افکار منفی (۲۴) تاثیر می‌گذارد. اگرچه نظریه‌پردازان مطرح نموده‌اند MBSR ممکن است علائم افسردگی را از طریق اصلاح راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان کاهش دهد، ولی هنوز پژوهشی انجام نشده است تا به این پرسش پاسخ دهد که کدام راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در جریان درمان MBSR افزایش یا کاهش می‌یابد (۲۰). از

این روی، بررسی تاثیر MBSR بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان نیازمند مطالعه بیش‌تری است. هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا MBSR موجب تغییر در فرایندهای نظم‌جویی شناختی هیجان می‌شود یا خیر.

مواد و روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش مطالعه‌ای شبه تجربی به همراه پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری است. با توجه به این که متخصصان روش شناختی معتقدند تعداد افراد گروه نمونه در پژوهش آزمایشی در هر گروه حداقل باید ۱۵ نفر باشد (۴۳)، تعداد ۳۰ نفر از بیماران اختلال افسردگی اساسی، انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی روان‌شناختی را دریافت نکردند. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است که برای درمان افسردگی خود طی سه ماه (شهریور تا آبان سال ۱۳۹۲) به بخش درمانگاه بیمارستان بقیه الله مراجعه کردند. در پژوهش حاضر نمونه شامل دو گروه آزمایش و کنترل بود که در هر گروه ۱۵ نفر به صورت تصادفی قرار داده شدند. بیماران از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. لازم به یادآوری است که همه ۳۰ بیمار حداقل دو سال بود که تحت دارودرمانی بودند ولی هم‌چنان ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی را داشتند. معیارهای ورود بیماران برای شرکت در این پژوهش شامل دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل (سوم راهنمایی) و قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۵ سال بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلال سوء‌مصرف مواد و دارو، داشتن علائم پس‌یکوز، افکار خودکشی فعال و سابقه دریافت درمان MBSR می‌شدند. روند اجرای جلسات: کاربندی آزمایش در پژوهش حاضر، اجرای ۸ جلسه

درمان MBSR است. درمان MBSR به صورت گروهی اجرا شد. طراحی فرایند درمان و جلسات درمانی به این صورت بود که بیماران در هر جلسه مهارت‌های خاصی مانند مهارت مربوط به ذهن آگاهی و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانی را آموزش می‌دید. روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یک درمان گروهی ۸ هفته‌ای با جلسات ۲ تا ۲/۵ ساعت می‌باشد (۲۶). گروه تجربی تحت مداخله برنامه MBSR قرار گرفتند و گروه شاهد در انتظار درمان باقی ماندند. محتوای جلسات ۸ گانه MBSR در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

ابزار

مصاحبه تشخیصی: برای ایجاد رابطه درمانی اولیه، تشخیص، توجیه افراد و جلب مشارکت آن‌ها برای شرکت در جلسات درمانی ابتدا یک مصاحبه بر اساس معیارهای تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی آماری نسخه چهارم (DSM-IV) انجام شد. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ): این پرسشنامه توسط Garnefski و همکاران (۲۷) به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است که یک ابزار خود گزارشی ۳۶ سوالی است و به منظور شناسایی راهبردهای شناختی مقابله‌ای افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان برای افراد بالاتر از ۱۲ سال (هم افراد بهنجار و هم جمعیت بالینی) ساخته شده و از پایه نظری و تجربی خوبی برخوردار بوده است. این نسخه شامل ۹ خرده‌مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دو دسته سازگاران

شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش و دیدگاه‌گیری و ناسازگاران شامل ملامت خویشتن، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری ملامت دیگران تقسیم می‌شوند. هر سوال در مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می‌شوند و هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس از ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیش‌تر از راهبرد در مقابل وقایع تنش‌زا و منفی است (۲۸). نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان توسط حسنی (۲۹) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، اعتبار پرسشنامه بر اساس روش‌های همسانی درونی (با ضریب آلفای کربناخ در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۶) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) مورد سنجش قرار گرفت. اعتبار پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و اعتبار ملاکی مطلوب گزارش شده است (۲۹).

یافته‌ها

در جدول شماره ۲، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و پیش‌آزمون، پس‌آزمون ۱ و پس‌آزمون ۲ گروه کنترل در زیر مقیاس‌های پرسشنامه راهبردهای نظم‌جویی شناختی

جدول شماره ۱: ساختار و محتوای جلسات MBSR

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	هدایت خودکار: برقراری ارتباط و مفهوم سازی، ارائه توضیحات در مورد اختلال افسردگی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه توضیحاتی در مورد هدایت خودکار
جلسه دوم	رویارویی با موانع: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، دادن پس‌خوراند و بحث در مورد واریسی بدن، تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس
جلسه سوم	حضور ذهن از تنفس: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین مراقبت نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای
جلسه چهارم	ماندن در زمان حال: مرور تکالیف هفته قبل، تمرین هفت دقیقه‌ای «بدن یا شنیدن»، تمرین مجدد ذهن آگاهی تنفس و واریسی بدن
جلسه پنجم	اجازه/ مجوز حضور: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین تنفس، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صدا، افکار)، توضیحات پیرامون استرس و رابطه آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی
جلسه ششم	افکار حقایق نیستند: مرور تکالیف هفته گذشته، یوگای هوشیارانه، بحث پیرامون متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار)
جلسه هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم: مرور تکالیف هفته گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسه قبل، تهیه فهرستی از فعالیتهای لذت بخش جلسه
جلسه هشتم	پذیرش و تغییر: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع‌بندی جلسات، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات

هیجان ارائه شده است (اعداد خارج پرانتز میانگین و اعداد داخل پرانتز انحراف استاندارد هستند).

قبل از بررسی تحلیلی نتایج، در رابطه پیش فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس اطمینان حاصل شد. در تمامی متغیرهای این پژوهش، آزمون کرویت موجلی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس و به گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگون بودن ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل و از مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. هم چنین با استفاده از آزمون لوین واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل در تمامی متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مشکلی ندارد. نتایج بررسی تغییرات درون گروهی با آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول شماره ۳ آمده

است. تفاوت‌های مشاهده شده در گروه‌ها با استفاده از روش‌های اندازه‌گیری مکرر بررسی شد و نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌کنید، تفاوت بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش پس از کنترل کردن تفاوت‌های اولیه در پیش‌آزمون، در راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان (ارزیابی مجدد مثبت) و راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان (زیرمقیاس‌های ملامت خویش، نشخوارذهنی، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران) معنی‌دار بود. این در حالی است که تفاوت بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۱ گروه کنترل در هیچ یک از این راهبردها نظم‌جویی شناختی هیجان معنی‌دار نبود. همچنین اثرات درمانی گروه آزمایش بعد از دو ماه پیگیری نیز پایدار بود و

جدول شماره ۲: نمرات شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در مراحل مختلف آزمون در دو گروه

شاخص	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مرحله
	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	
راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان	۴۴/۴۰ (۶/۲۰)	۴۶/۲۶ (۶/۲۹)	۴۴/۸۰ (۷/۸۰)	۴۵/۸۶ (۶/۲۷)	پس‌آزمون اول
راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان	۵۰ (۵/۹۷)	۳۴/۶۶ (۵/۲۰)	۵۳/۱۳ (۶/۵۰)	۳۶/۶۶ (۴/۹۴)	پس‌آزمون دوم
ملاطم خویش	۱۲/۶۰ (۲/۵۲)	۹/۵۳ (۱/۹۹)	۱۲/۳۳ (۲/۲۸)	۹/۸۶ (۱/۶۸)	پس‌آزمون اول
پذیرش	۱۰/۰۹ (۱/۸۳)	۱۰/۵۳ (۲/۰۳)	۱۰/۸۰ (۱/۴۲)	۱۰/۶۰ (۱/۹۲)	پس‌آزمون اول
نشخوارگری	۱۱/۸۰ (۳/۱۸)	۸/۳۳ (۱/۹۵)	۱۱/۹۳ (۲/۳۰)	۸/۴۰ (۱/۹۵)	پس‌آزمون اول
تمرکز مجدد مثبت	۱۰ (۲/۸۷)	۱۰/۴۰ (۲/۵۲)	۱۰/۴۳ (۲/۷۷)	۱۰/۳۳ (۲/۵۲)	پس‌آزمون اول
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۱/۱۳ (۲/۳۶)	۱۱/۳۳ (۲/۳۸)	۱۰/۷۳ (۱/۶۲)	۱۱/۴۰ (۱/۸۸)	پس‌آزمون اول
ارزیابی مجدد مثبت	۱۰/۶۰ (۲/۳۸)	۱۲/۸۰ (۲/۴۵)	۱۰/۷۷ (۱/۴۵)	۱۲/۴۰ (۲/۳۵)	پس‌آزمون اول
دیدگاه‌گیری	۱۳/۳۳ (۲/۴۳)	۱۳/۶۶ (۲/۴۵)	۱۲/۹۳ (۲/۲۸)	۱۳/۴۶ (۱/۹۲)	پس‌آزمون اول
فاجعه‌سازی	۱۱/۱۳ (۲/۶۰)	۹ (۱/۸۸)	۱۰/۹۳ (۲/۱۵)	۹/۱۳ (۱/۶۸)	پس‌آزمون اول
ملاطم دیگران	۱۳/۰۶ (۲/۶۵)	۹/۶۶ (۱/۹۹)	۱۲/۳۳ (۲/۶۶)	۹/۶۰ (۱/۴۵)	پس‌آزمون اول

جدول شماره ۳: نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر زیرمقیاس‌های راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در مقایسه دو به دو مراحل آزمون در هر گروه

شاخص	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پس‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری		مرحله
	F	معنی داری	F	معنی داری	F	معنی داری	
راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان	۷/۹۷	۰/۰۱	۱/۴۲	۰/۲۴	۱/۴۲	۰/۰۱	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان	۱۹۸/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۴۹۹	۰/۴۹۲	۰/۴۹۹	۰/۰۰۰	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
ملاطم خویش	۲۷/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۷۹	۰/۳۸	۰/۷۹	۰/۰۰۰	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
پذیرش	۰/۴۲	۰/۲۵	۰/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۰	۱/۳۱	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
نشخوارگری ذهنی	۳۵/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۴۹	۰/۸۲	۰/۴۹	۰/۰۰۰	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
تمرکز مجدد مثبت	۲/۸۹	۰/۱۱	۰/۱۸۹	۰/۶۷	۰/۱۸۹	۰/۳۱	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۴۲	۰/۵۳	۰/۰۸	۰/۷۷	۰/۰۸	۰/۸۸	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
ارزیابی مجدد مثبت	۱۶/۸۲	۰/۰۰۱	۱/۹۹	۰/۱۸۹	۱/۹۹	۰/۰۰۰	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
دیدگاه‌گیری	۰/۰۶۲	۰/۸۰	۱/۹۰	۰/۱۸	۱/۹۰	۰/۱۰۴	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
فاجعه‌سازی	۳۲/۳۵	۰/۰۰۰	۱/۰۰	۰/۳۴	۱/۰۰	۰/۰۰۰	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲
ملاطم دیگران	۳۹/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۰/۶۷	۰/۱۸	۰/۰۰۰	پس‌آزمون ۱ - پس‌آزمون ۲

تفاوت معنی‌داری بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان وجود نداشت.

بحث

به طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان MBSR برای بهبود راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران MDD موثر است. گروه آزمایش که درمان MBSR را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای مربوط به برخی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بهبود معنادار و پایاتری نشان دادند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه Goldin و Chambers هم‌خوان است (۲۰۱۹). با توجه به گمارش تصادفی گروه‌ها اثر متغیرهای مزاحم کنترل شده و می‌توان گفت اثرات مشاهده شده در متغیرهای وابسته ناشی از مداخله گروهی MBSR است. مطالعات متعدد به اثرگذاری روش درمان MBSR بر متغیر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان تاکید می‌کنند (۲۰) و معتقدند MBSR، پاسخ‌های هیجانی بیماران افسرده را با اصلاح فرایندهای شناختی-عاطفی تغییر می‌دهد (۲۰) و باعث نمرات پایین‌تر در مشکلات نظم‌جویی شناختی هیجان، ترس و اجتناب از هیجان‌ها می‌شود (۲۱). علاوه بر این تمرین‌های ذهن‌آگاهی به بیماران افسرده کمک می‌کند تا از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این روی این روش می‌تواند نقش مهمی در نظم‌بخشی هیجان ایفا کند (۳۰). بنابراین بهبود برخی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران افسرده در این پژوهش با توجه به مکانیزم‌های اثرگذاری MBSR بر این راهبردها قابل تبیین است.

همان‌طور که یافته‌های این پژوهش نشان دادند، این مداخله توانست موجب کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان مانند نشخوارذهنی، ملامت خویش، ملامت دیگران، و فاجعه‌آمیز تلقی کردن و هم‌چنین افزایش راهبرد سازگارانه نظم‌جویی شناختی

هیجان (فقط ارزیابی مجدد مثبت) در بیماران افسرده شود. این یافته‌ها با توجه به این که MBSR از طریق افزایش خلق مثبت، مهارت‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی افراد را بهبود می‌دهد (۳۱،۳۲) و با افزایش توجه، هوشیاری و پذیرش هیجان‌هایی که بر فرد عارض می‌شوند و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانی بیماران را تعدیل می‌کند (۳۳،۲۴) قابل دفاع هستند. از سوی دیگر تمرین‌های منظم MBSR از طریق کاهش گرایش به واکنش‌های منفی (نشخوارذهنی و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه) در مقابل افکار و حالات و هیجانات ناراحت‌کننده، می‌تواند موجب بهبود خلق افسرده و علائم اضطرابی بیماران MDD شود. بیماران افسرده ممکن است تجاربی که دیگران طبیعی ارزیابی می‌کنند را سوء تعبیر کنند؛ تمرین ذهن‌آگاهی و نگه داشتن حالات ذهن‌آگاهی در جریان توجه مداوم به محرک‌های خنثی مانند تنفس و لحظه کنونی، این الگوهای افسردگی‌زا را که خود باعث افزایش به کارگیری رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌شوند متوقف می‌کند. هم‌چنین تمرین‌های ذهن‌آگاهی ممکن است موجب شناسایی نشانه‌های اولیه استرس (و متعاقباً مشخص و واضح کردن ارزیابی‌های اولیه عوامل تنش‌زا)، افکار نشخواری و برانگیختگی روان‌شناختی شود و به افراد این فرصت را دهد تا با شیوه‌های مقابله‌ای بهتری با این رویدادهای درونی کنار بیایند (۳۴).

مطالعه حاضر نشان داده است که درمان MBSR می‌تواند راهبرد نشخوار ذهنی بیماران افسرده را کاهش دهد که این یافته با برخی پژوهش‌ها هم‌سو است (۲۲). همان‌طور که مطرح کردیم رویکرد ذهن‌آگاهی تمرکززدایی بیماران از قضاوت روی افکار، هیجانات و احساسات بدنی ناراحت‌کننده را تسهیل می‌کند. در این روش به بیماران افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن که آن‌ها را قسمتی از خودشان یا انعکاسی از

واقعیت در نظر بگیرند. در نتیجه نشخوارذهنی که در زمینه خلق پایین باعث ناامیدی در مورد آینده، ارزیابی منفی در مورد شرایط کنونی و بازیابی خاطرات منفی در مورد گذشته می‌شود (۳۵) با به کارگیری رویکرد تمرکززدایی ذهن آگاهانه می‌تواند باعث عدم تشدید الگوی نشخوارذهنی و در نتیجه کاهش علائم افسردگی بیماران MDD شد (۲۳).

ملاطمت دیگران یک راهبرد ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان است که تأثیرات مخربی روی خلق افراد دارد (۳۶). ملاطمت دیگران در مقابل بازارزیابی مثبت به عنوان راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با علائم افسرده‌خویی ارتباط مستقیم و قوی‌تری دارد (۳۷). این مطرح است که ملاطمت کردن دیگران موجب برافروختگی بیش‌تر خشم در بیماران افسرده شده و آن‌ها را در ارتباطات بین‌فردی بیش‌تر از پای در می‌آورد (۳۶). در حالی که در مقابل، آموزش راهبردهای ذهن آگاهی و هوشیاری از هیجان‌نا راحت‌کننده در بافت تعارضات بین‌فردی به بیماران کمک می‌کنند تا از راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده کنند. به همین نحو لینچ و همکاران (۳۶) مطرح می‌کنند که تمرین‌های ذهن آگاهی نه تنها به «شروع سازنده» رابطه بین‌فردی بیماران کمک می‌کنند بلکه حتی به بیماران کمک می‌کنند تا گرفتار «قضاوت کردن در مورد دیگران» نشوند. از این روی می‌توان نتیجه گرفت تمرین‌های ذهن آگاهی ممکن است با افزایش هوشیاری افراد از تکانه‌های هیجانی ملاطمت دیگران، احتمال به کارگیری راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان (مانند بازارزیابی موقعیت) را در افراد افزایش دهد (۳۶). یافته‌های پژوهش حاضر هم چنین حاکی از اثربخشی MBSR در راهبرد فاجعه‌سازی بیماران افسرده می‌باشد که این یافته با پژوهش اسپروروز و همکاران (۳۸) همخوان است. هم چنین نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی از همبستگی منفی ذهن آگاهی با راهبرد فاجعه‌سازی هستند به نوعی که با افزایش ذهن آگاهی فاجعه‌سازی کاهش

می‌یابد (۳۹). قضاوت و پیش‌داوری که شالوده راهبرد فاجعه‌سازی است، در بسیاری شرایط موجب تنش، ناآرامی و هیجان‌نا منفی می‌شود و این خود تداوم هیجان‌های منفی و افسردگی را در پی دارد (۴۰). جهت کاهش از فاجعه‌سازی لازم است افراد از قضاوت و پیش‌داوری کردن فاصله گرفته و احساسات و هیجان‌نا خودشان را آن‌گونه که وجود دارند درک کنند تا پاسخ‌های شدید هیجانی کاهش یابد (۱۷). این همان راهبردی است که به خوبی در روش MBSR به بیماران آموزش داده می‌شود. در پژوهش حاضر روش MBSR توانسته است از میان راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان تنها بر راهبرد ارزیابی مجدد تأثیر بگذارد؛ در این مورد می‌توان گفت، اگرچه ذهن آگاهی به صورت مستقیم و آشکار راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان را مورد هدف قرار نمی‌دهد ولی به طور نظری با سرکوبی هیجان‌نا مقابله می‌کند و موجب افزایش بازارزیابی شناختی می‌شود (۴۱). این یافته با پژوهش Ehring و Nolen-Hoeksema هم خوان است که مطرح می‌کنند ذهن آگاهی موجب سوق دادن بیماران به سمت استفاده بیش‌تر از راهبردهای سازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان می‌شود (۳۵، ۱۱). همان‌طور که در بخش یافته‌ها پژوهش حاضر مشاهده شد درمان MBSR توانست علاوه بر ایجاد تغییر در راهبردهای نظم‌جویی شناختی، هیجان این تغییر ایجاد شده را در طول مدت پیگیری دو ماهه نیز تداوم بخشد که این نشان دهنده اثربخشی کارآمد MBSR در ایجاد تغییر بنیادی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران افسرده است. به طوری که این روش با نادیده گرفتن علائم افسردگی و تمرکز بر شیوه‌های پاسخ‌دهی بیماران نسبت به تجارب زندگی (اعم از هیجان‌ها، افکار و حتی احساسات جسمانی) که بخش عمده آن در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان متبلور می‌شود توانست تغییرات بادوامی در بیماران ایجاد کند. علی‌رغم فواید ویژه این روش درمانی مانند انجام درمان به شیوه

استفاده شود.

سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی مسولان بیمارستان بقیه الله (عج)، به خصوص مسولین بخش اعصاب و روان که تمهیدات لازم برای انجام پژوهش حاضر فراهم نمودند، و هم چنین بیمارانی که به تیم پژوهشی اعتماد کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

گروهی و پرداختن به ایده‌های نو، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد که از جمله می‌توان اجرا روش MBSR صرفاً روی زنان افسرده اشاره کرد. از آنجایی که پیش‌بینی می‌شود ممکن است سازوکارهای راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در زنان و مردان متفاوت باشد، تعمیم‌پذیری نتایج به گروه مردان افسرده با محدودیت مواجه می‌باشد. از این روی، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از آزمودنی‌های مرد نیز

References

- Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther* 2010; 48(8): 738-746.
- Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health* 2002; 6(3): 275-281.
- Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 1987; 101(2): 259-282.
- Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences* 2004; 36(2): 267-276.
- Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav* 1995; 53-79.
- Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22(2): 211-221.
- Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *J Abnorm Psychol* 1997; 106(1): 95-103.
- Garnefski N, Kraaij V, Legerstee J, Kommer TV, Teerds J. cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *J Of Adolescence* 2002; 25: 603-611.
- Sullivan MJ, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment* 1995; 7(4): 524-532.
- Joormann J. Inhibition, rumination, and mood regulation in depression. In: Engle RW, Sedek G, von Hecker U, McIntosh DN, editors. *Cognitive limitations in aging and psychopathology: Attention, working memory, and executive functions*. Cambridge University Press; 200. p. 275-312.
- Ehring T, Tuschen-Caffier B, Schnulle J, Fischer S, Gross JJ. Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion* 2010; 10(4): 563-572.
- Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive

- disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82(4): 234-245.
13. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of emotion regulation* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2007.
 14. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 2010; 196(3): 173-178.
 15. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. Xvii ed. York, NY, US: Guilford Press; 2007.
 16. Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A, Asnaani A. Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2012; 29(5): 409-416.
 17. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future" *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10(2): 144-156.
 18. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. 1th ed. New York: Delacorte; 1990.
 19. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion* 2010; 10(1): 83-91.
 20. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(6): 560-572.
 21. Lykins ELB, Baer RA. Psychological Functioning in a Sample of Long-Term Practitioners of Mindfulness Meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2009; 23(3): 226-241.
 22. Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Depression. *Cognitive Therapy and Research* 2004; 28(4): 433-455.
 23. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 615-623.
 24. Goldin PR, Manber T, Hakimi S, Canli T, Gross JJ. Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(2): 170-180.
 25. Robins CJ, Keng SL, Ekblad AG, Brantley JG. Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *J Clin Psychol* 2012; 68(1): 117-131.
 26. Chaskalson M. *The Mindful Workplace: Developing Resilient Individuals and Resonant Organisations with MBSR*. 1th ed. Wiley-Blackwell; 2011.
 27. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences* 2001; 30(8): 1311-1327.
 28. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 2007; 23(3): 141-149.
 29. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) *Journal of Clinical Psychology* 2010; 2(3): 73-84 (Persian).
 30. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation,

- social development, and well-being. *Am Psychol* 2000; 55(1): 68-78.
31. Anderson ND, Lau MA, Segal ZV, Bishop SR. Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2007; 14(6): 449-463.
 32. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* 2003; 65(4): 564-570.
 33. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res* 2011; 191(1): 36-43.
 34. Toneatto T, Nguyen L. Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2007; 52(4): 260-266.
 35. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J of Abnormal Psychology* 2000; 109(3): 504-511.
 36. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol* 2006; 62(4): 459-480.
 37. Huston DC, Garland EL, Farb NA. Mechanisms of Mindfulness in Communication Training. *Journal of Applied Communication Research* 2011; 39(4): 406-421.
 38. Schroevers M, Kraaij V, Garnefski N. Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences* 2007; 43(2): 413-423.
 39. Paulik G, Simcocks A, Weiss L, Albert S. Benefits of a 12 week mindfulness group program for mental health consumers in an outpatient setting. *Mindfulness* 2010; 1(4): 215-226.
 40. Garland EL, Gaylord SA, Fredrickson BL. Positive Reappraisal Mediates the Stress-Reductive Effects of Mindfulness: An Upward Spiral Process. *Mindfulness* 2011; 2(1): 59-67.
 41. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9(3): 177-190.
 42. Nyklíček I, Vingerhoets A, Zeelenberg M. Emotion regulation and well-being. Springer, 2011.
 43. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Research Methods in the Behavioral Sciences*. 20th ed. agah pub; 2011. (Persian).