

سلامت روانشناختی و جسمانی: نقش تعدیل کننده ی سرکوبگری و بهوشیاری

*ضحی سعیدی^۱، نیما قربانی^۲، مهدی رضا سرافراز^۳، عاطفه ذبیحی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران.

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه تهران.

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه شیراز.

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شهیدبهشتی.

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۱/۲۳ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۶)

Psychological and Physical Health: The Moderating role of Repressiveness and Mindfulness

* Zoha Saeedi¹, Nima Ghorbani², Mahdi Reza Sarafraz³, Atefe Zabihi⁴

1. Ph.D. student in Health Psychology, University of Tehran.

2. Professor in psychology, University of Tehran.

3. Assistant Professor in Psychology, Shiraz University.

4. Ph.D. student in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University.

(Received: Apr. 12, 2017 - Accepted: Feb. 15, 2018)

Abstract

Objective: Scientists have always been interested in the mutual relationship between psychological and physical health. Besides, the emotion regulation strategies as the moderator, play a great role in this relationship. The aim of the present study was to explore how repressiveness and mindfulness may play a role as a moderator in the effects of psychological distress on the physical symptoms. **Method:** In this regard, 271 Iranian university students answered the short-form of the Weinberger Adjustment Inventory, the Mindful Attention and Awareness Scale, and the Bartone Symptoms checklist. **Results:** The result of the hierarchical regression analysis showed the moderating effect of repressiveness and mindfulness. This means, in high distress, those with high mindfulness and those with high repressiveness, reported lower scores in physical symptoms. whilst, in the low distress, those with high repressiveness, reported more scores in physical symptoms than those with low repressiveness. **Conclusion:** These results are discussed in terms of adaptivity of the mindfulness and repressors' overly positive self-evaluations in the different distress situations.

Keywords: Repressiveness, Mindfulness, Psychological distress, Physical symptoms, Moderating effect.

چکیده

مقدمه: رابطه ی دوسویه ی سلامت جسمانی و روان شناختی همواره مورد علاقه ی پژوهشگران بوده است و راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان تعدیل کننده ی این رابطه نقش بسزایی داشته اند. هدف مطالعه ی حاضر بررسی نقش سرکوبگری و بهوشیاری در تعدیل تاثیر پریشانی روان شناختی بر علائم جسمانی بود. روش: به این منظور ۲۷۱ دانشجوی دانشگاه تهران به فرم کوتاه سیاهه ی سازگاری واینبرگر، مقیاس بهوشیاری، و فهرست علائم مرضی بارتون پاسخ دادند. یافته ها: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نقش تعدیل کنندگی سرکوبگری و بهوشیاری را نشان داد. به این صورت که در شرایط پریشانی روانشناختی بالا، افراد با بهوشیاری و سرکوبگری بالا، علائم جسمانی کمتری گزارش کردند، اما در شرایط پریشانی روانشناختی پایین، افراد با سرکوبگری بالا علائم جسمانی بیشتری از افراد با سرکوبگری پایین داشتند. نتیجه گیری: نتایج با توجه به سازش یافتگی بهوشیاری و خودارزیابی های افراطی مثبت افراد سرکوبگر در شرایط متفاوت پریشانی تحلیل شده است.

واژگان کلیدی: سرکوبگری، بهوشیاری، پریشانی روانشناختی، علائم جسمانی، اثر تعدیل کنندگی.

*نویسنده مسئول: ضحی سعیدی

Email: Z_Saeedi@yahoo.com

*Corresponding Author: Zoha Saeedi

مقدمه

ارتباط هیجان و سلامتی جایگاهی اساسی در حوزه ی روانشناسی سلامت دارد. این فرضیه که تجربه ی هیجان و ابراز هیجان می تواند نقشی اساسی در وضعیت سلامتی فرد ایفا کند، با ورود پارادایم روان تنی در سلامت و بیماری، محبوبیت زیادی در روانشناسی علمی پیدا کرد. در پارادایم روان تنی تلاش برای فرونشانی هیجان منفی، یکی از مولفه های اصلی در شکل گیری و پیشرفت انواع بیماری های جسمانی به شمار می رود (پاندی و شابی، ۲۰۱۰). فروید از سال ۱۸۹۴، معتقد بود که احساسات منفی بازداری شده می تواند به بیماری های جدی منجر شود (فروید، ۱۹۲۵/۱۹۹۹ به نقل از موند و میت، ۲۰۱۲)، سازوکار زیربنای این فرایند بیمارگون، "سرکوبی" معرفی شد که فروید آن را راهی برای حفظ احساسات ناهشیار ناخواسته تعریف کرد (فروید، ۱۹۲۵/۱۹۹۹ به نقل از موند و میت، ۲۰۱۲).

با توجه به اینکه سرکوبی تا حد زیادی یک فرایند ناهشیار در نظر گرفته می شود، مشاهده و اندازه گیری این سازه برای محققین با چالش هایی همراه بود. با این وجود واینبرگر، شوارتز و دیویدسن (۱۹۷۹) و واینبرگر و شوارتز (۱۹۹۰) روشی برای طبقه بندی افراد با روش مقابله سرکوبگری معرفی کردند که در میان مطالعات از اعتبار سازه ی بالایی برخوردار است (فرنهام، پتراید، سیستمسن و بلوش، ۲۰۰۳). طبق نظر واینبرگر و همکاران (۱۹۷۹)، "سرکوبی" یک

صفت فردی به شمار می رود و افراد سرکوبگر^۲ سعی در حفظ خودانگاره ای دارند که در آن، افرادی کنترل شده، آرام و با رفتاری منطقی هستند که هیجان منفی قوی را تجربه نمی کنند. این افراد کنترل شدیدی بر هیجان و رفتارهای ارضای خود اعمال می کنند و به صورت دفاعی از اطلاعات تهدیدکننده اجتناب می کنند (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰)، این در حالی است که شواهد فیزیولوژیک و رفتاری عینی نشان می دهد واکنش پذیری استرس افراد سرکوبگر به اندازه یا بیش از افرادی است که با گشاده رویی پریشانی های خود را می پذیرند (نیوتون و کترادا، ۱۹۹۲؛ واینبرگر و همکاران، ۱۹۷۹) و این افراد در درازمدت آمادگی بالایی برای ابتلا به بیماری های جسمانی دارند (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰). اساساً، افراد سرکوبگر در مقایسه با افراد غیرسرکوبگر مشکلات سلامتی بیشتری را تجربه می کنند، اما وقتی شاخص های سلامت آنها با استفاده از شیوه های خودسنجی بررسی می شود، گرایش دارند خود را به گونه ای مثبت گزارش کنند (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰؛ فرنهام و همکاران، ۲۰۰۳).

مطالعاتی که به بررسی رابطه ی تنظیم هیجان و سلامتی می پردازند، نشان می دهند که بسته به راهبرد مورد استفاده در تنظیم هیجان، تنظیم هیجان می تواند اثرات مفید یا مضر بر سلامتی داشته باشد. اگر هیجان با سرکوب کردن "تجربه و ابراز هیجان" تنظیم شود، آثار مضر

2. Repressor

1. Repression

می‌کنند و گزارش اندکی از علائم خود می‌دهند (بودن، هایلند و دیل، ۲۰۰۵).

در مقابل سرکوب‌گری و نادیده انگاشتن افکار و احساسات، تلاش برای آگاه‌شدن به خود و تجربیات خود قرار می‌گیرد. "بهوشیاری" به عنوان یک فرایند خودشناختی و مسیری سازنده برای تنظیم هیجان، به حفظ آگاهی لحظه به لحظه از موقعیت حاضر، با حالتی پذیرا و غیرقضاوتی می‌گویند (شاپیرو و کارلسون، ۲۰۰۹). در هوشیاری بهوشیارانه افراد تمایل دارند افکار، عواطف و احساسات خود را وقتی به ذهنشان می‌آید بپذیرند، بدون آنکه معنای آن را تشریح کنند یا با الگویی عادت‌وار به آن واکنش نشان دهند (بیشاپ، لو، شاپیرو، کارلسون، اندرسون، کارمدی، سگال، ابی، اسپسا، ولتینگ و دوییز، ۲۰۰۴). باولین و بائر (۲۰۱۲) در مطالعه‌ی خود نشان دادند افرادی که از بهوشیاری بالایی برخوردارند، می‌توانند افکار و احساسات خود را بدون نشان دادن واکنش‌های نامناسب مشاهده کنند و بنابراین هنگامی که افکار و احساسات نامطلوبی وجود دارد توانمندی بهتری برای رفتارهای سازنده نشان می‌دهند. مطالعات درخصوص بهوشیاری نشان داده اند که تمایل موقعیتی به بهوشیار بودن در زندگی روزانه با وضعیت‌های جسمانی و روانی سودمند (باولین و بائر، ۲۰۱۲)، سطوح پایین تر پریشانی روانشناختی شامل اضطراب، افسردگی، نگرانی و خشم (براون، رایان و کراسول، ۲۰۰۷؛ گراسمن، نیمن، اسمیت و والچ، ۲۰۰۴)، سطوح بالاتر بهزیستی

بر سلامتی خواهد داشت (پاندی و شابی، ۲۰۱۰). به صورت کلی، شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد سبک مقابله سرکوبگرانه که توسط واینبرگر و همکاران (۱۹۷۹) تعریف شده است با سلامت جسمی نامطلوب در ارتباط است، برای مثال شواهد زیادی ارتباط مثبت سبک مقابله سرکوبگری را با اختلالات قلبی-عروقی (مایرز، برنز، درخشان، الفنت، آیزنک و فییس، ۲۰۰۸؛ دنولت، مارتنز، نکلیسک، کنراد و گلدر، ۲۰۰۸)، سرطان (گیس-دویس، کنراد، نوریانی و اشپیگل، ۲۰۰۸؛ گیس-دویس، دمیسلی، سفتون و اشپیگل، ۲۰۰۶)، آسم و دیابت (مایرز، دیویس، ایوانز و استایگل، ۲۰۰۵؛ برگر، مارسلند، بیچن و مانوک، ۲۰۰۰) و درد (برنز، کوییلوس، بروهل و هاردن، ۲۰۰۱) نشان داده است.

همچنین افراد سرکوبگر با وضعیت‌های مزمن مانند کمر درد (برنز و همکاران، ۲۰۰۱)، آسم (کوک، مایرز و درخشان، ۲۰۰۳)، و بیماری قلبی (فراشور-اسمیت، لسپرانس، ماسون، جونو و بوراسو، ۲۰۰۲) معمولا سازگاری بیشتر، پریشانی کمتر و عوارض جانبی کمتری را گزارش می‌کنند در حالیکه مشکلات جسمانی آنها، بیشتر از افراد غیرسرکوبگر است. موند و میت (۲۰۱۲) در یک مطالعه‌ی فراتحلیل نشان دادند که میان سبک مقابله سرکوبگری و بیماری‌های جسمانی رابطه وجود دارد و سرکوبگرها ریسک بالاتری برای ابتلا به بیماری‌های جسمی دارند، اما جالب توجه است که افراد با مقابله‌ی سرکوبگری با وجود ریسک بالاتری که برای ابتلا به بیماری‌های خاص دارند، به نظر می‌رسد بیشتر احساس راحتی

با توجه به آنچه گذشت، مشاهده شد که سرکوبگری چه به لحاظ نظری و چه به لحاظ شواهد پژوهشی، با آسیب های جسمانی همایند است و در مقابل بهوشیاری با وضعیت جسمانی مطلوب تر همراه است؛ از سویی بررسی ها نشان داده اند که افراد سرکوبگر در وضعیت پریشانی روان شناختی آرام تر به نظر می رسند و مطالعات خودگزارشی نیز این مساله را تایید می کند، سوال اساسی که این مطالعه به پاسخگویی به آن می پردازد، این پرسش است که در شرایط متفاوت پریشانی روانشناختی، سرکوبگری و وضعیت مقابل آن یعنی عدم سرکوب و توجه لحظه به لحظه به تجربه در حال وقوع، چگونه بر سلامت جسمانی اثر می گذارد؟ اینکه آیا سرکوبگری و نادیده انگاشتن پریشانی مفید است؟ و در مقابل توجه بهوشیارانه به احساسات با خود چه تبعات جسمانی به همراه خواهد داشت؟ مقایسه این دو وضعیت و روشن شدن نقش آنها در چگونگی تعدیل رابطه ی پریشانی روانشناختی و پیامدهای جسمانی، از اهداف این مطالعه به شمار می رود.

روش

جامعه آماری مطالعه حاضر شامل دانشجویان دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران بود. از این جامعه تعداد ۲۷۱ (۱۷۴ زن، ۹۷ مرد) دانشجویان میانگین سنی ۲۲/۸۸ (انحراف معیار: ۴/۸۷) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. طرح پژوهش زیرمجموعه طرح های همبستگی است. شرکت کنندگان در مجموعه کلاسی و به صورت فردی به دفترچه ای شامل اطلاعات جمعیت شناختی،

روانشناختی و هیجانات مثبت بیشتر (کارمودی و بائر، ۲۰۰۸؛ بائر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تانی، ۲۰۰۶)، کاهش شدت درد و سلامت عمومی بیشتر (مک کراکن و ولمن، ۲۰۱۰)، علائم بدنی کمتر (قربانی، واتسون و وتینگتن، ۲۰۰۹) و ترس از درد کمتر (شوتز و همکاران، ۲۰۱۰) در ارتباط است.

همچنین شواهد بسیاری از اثربخشی مداخلات مبتنی بر بهوشیاری در موقعیت هایی که در آن مولفه های عاطفی مانند اضطراب و افسردگی نقش دارند، نیز حکایت می کند (هافمن، ۲۰۱۰). مجموعه ای از مطالعات نشان داده اند تمرینات کاهش استرس مبتنی بر بهوشیاری می تواند علائم درد و میزان نشخوار فکری را کاهش دهد، بهزیستی روانشناختی را افزایش دهد (مک کراکن، گانتلت-گیلبرت و وولز، ۲۰۰۷؛ جین، شاپیرو، سوانیک، روش، میلز، بل و شوارتز، ۲۰۰۷) و به تحمل بیشتر، درد و پریشانی کمتر منجر شود (زیدان، گردان، مرچنت و گولکازیان، ۲۰۱۰). شواهد فزاینده ای وجود دارد که اثرات درمانی مراقبه های بهوشیارانه را بر بیماری دیابت نوع ۲ (روزنویگ، ریبیل، گریسون، ادمن، جسر، مکمیرتی و گلدشتاین، ۲۰۰۷)، فیبرومیالوزی (گراسمن، تیفن تالر، رایز و کسپر، ۲۰۰۷)، آرتريت روماتوئید (پرادهان، بمرگتن، لنگبرگ، هندورگر، گیلپین، مگیاری، هوچبرگ و ولمن، ۲۰۰۸)، کمردرد مزمن (مورون، گرکو، وینر، ۲۰۰۸) و کاهش حالات خلقی منفی، افزایش بهزیستی هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران مزمن (لودینگ و کبات زین، ۲۰۰۸) نشان داده است.

و همکاران، ۲۰۱۳).

فهرست علائم مرضی بارتون (بارتون، اورسانو، رایت و اینگراهام، ۱۹۹۸): این ابزار ۲۰ ماده‌ای که در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت، از هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود، علائمی را که افراد در گذشته نزدیک تجربه کرده‌اند، می‌سنجد (مثلاً سردرد، ناراحتی معده). نمره کل مقیاس یک ارزیابی کلی و معتبر از علائم جسمانی است و دارای همسانی درونی قابل قبول در نمونه ایرانی (قربانی، کائینگهام و واتسون، ۲۰۱۰؛ و غیر ایرانی (سادرستوم، دالبیر، لایفرمن و استینتهارد، ۲۰۰۰) است.

یافته‌ها

جدول شماره ۱، میانگین، انحراف معیار و همسانی درونی مقیاس‌های استفاده شده در پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد، ابزارهای به کار رفته از همسانی درونی مطلوبی برخوردارند. ارزیابی نرمال بودن داده‌های متغیرها با استفاده از دو آزمون کلموگراف - اسمیرنف، شاپیرو- ویلک و توجه به نمودار هیستوگرام انجام شد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷). جمع بندی حاصل از توجه به نمودار هیستوگرام و نتایج آزمون‌های کلموگراف - اسمیرنف، شاپیرو- ویلک نشان داد توزیع نمرات متغیرهای پریشانی روانشناختی، بهوشیاری و سرکوبگری از فرض نرمال بودن تبعیت نمی‌کنند، در نتیجه، داده‌های مربوط به این سه متغیر، با استفاده از فرمول رنکیت^۱ (روسیکو، ۲۰۱۲؛

فرم کوتاه سیاهه سازگاری واینبرگر، مقیاس بهوشیاری و فهرست علائم مرضی بارتون پاسخ دادند.

فرم کوتاه سیاهه سازگاری واینبرگر: فرم کوتاه سیاهه سازگاری واینبرگر و شوارتز (۱۹۹۰) شامل ۳۷ ماده است که در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از ۱ (نادرست) تا ۵ (درست) نمره‌گذاری می‌شود. این سیاهه شامل ۳ زیرمقیاس اصلی "پریشانی، بازداری و سرکوبگری" است. از تلاقی سطوح بالا و پایین پریشانی ذهنی با سطوح بالا، متوسط و پایین بازداری خود و سرکوبگری، ۶ گروه تیپ‌شناسی از الگوهای سطح بالاتر شخصیت شکل می‌گیرد (واکنشی، حساس، خجالتی، ضداجتماعی، مطمئن به خود و سرکوبگر). این سیاهه دارای همسانی درونی بالای ۰.۸۵ در انواع نمونه‌ها و اعتبار آزمون- باز آزمون مناسب است (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰؛ تماگاوا، موس-موریس، مارتین، رابینسون و بوث، ۲۰۱۳). ساختار عاملی و همسانی درونی مناسب این سیاهه در نمونه‌ی ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (سعیدی، قربانی و سرافراز، ۱۳۹۵).

مقیاس بهوشیاری: این مقیاس توسط براون و رایان (۲۰۰۳) ساخته شده است و برای سنجش بهوشیاری به کار می‌رود. مقیاس بهوشیاری ۱۵ ماده دارد که افراد پاسخ خود را به هر عبارت با استفاده از مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌کنند. اعتبار و روایی این مقیاس در نمونه ایرانی مطلوب گزارش شده است (قربانی، واتسون و هارگیس، ۲۰۰۸) و دارای پایایی آزمون- بازآزمون و همسانی درونی مناسب است (تماگاوا

1. Rankits formula

در ادامه، چگونگی تعدیل اثرات پریشانی روانشناختی بر علائم جسمانی، توسط بهوشیاری و سرکوبگری مورد تحلیل قرار گرفت. هدف، بررسی این مساله بود که رابطه ی میان پریشانی روانشناختی و علائم جسمانی چگونه تحت تاثیر بهوشیاری و سرکوبگری قرار می گیرد. به این منظور، از دو طرح تحلیل رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی استفاده شد (کوهن و همکاران، ۲۰۰۳). در این تحلیل ها یک بار متغیر پریشانی روانشناختی با بهوشیاری و یک بار با سرکوبگری، به عنوان متغیرهای پیش بین گام اول، و در گام دوم تعامل دو متغیر وارد شدند تا قدرت پیش بینی آنها در مورد متغیر ملاک (علائم جسمانی)، ارزیابی شود.

بررسی تحلیل نقش بهوشیاری و سرکوبگری در رابطه ی میان پریشانی روانشناختی و علائم جسمانی ابتدا به روی کل افراد نمونه ی مطالعه ی حاضر صورت پذیرفت، اما در این مطالعه مطابق انتظار محققین و همگام با مطالعاتی که نشان داده اند حضور افراد سرکوبگر در مطالعات خودسنجی می تواند یافته های مطالعات مبتنی بر پرسشنامه ها را دچار تحریف نماید (مایرز ۲۰۱۰)، نتایج این تحلیل رگرسیون معنادار نبود که برای اجتناب از طولانی شدن گزارش حاضر، نتایج آن در اینجا ذکر نشده اند. لذا در ادامه ی بررسی ها به استناد نتایج مطالعات مایرز (۲۰۰۰ و ۲۰۱۰)، گروه سرکوبگر (گروه با پریشانی پایین* بازداری و سرکوبگری بالا) در طبقه بندی واینبرگر و شوارتز (۱۹۹۰) از نمونه این مطالعه حذف شده (۶۰ نفر از کل نمونه ی حاضر) و تحلیل ها مجدداً

بیشارا و هیتنر، ۲۰۱۲)، تبدیل شدند. این روش از این رو انتخاب شد که برای انجام تحلیل های بعدی به نمرات استاندارد متغیرها نیاز بود، این فرمول با تبدیل داده ها موجب نزدیک شدن شکل توزیع به داده های نرمال می شود و همزمان داده ها را نیز به نمرات استاندارد تبدیل می کند.

با توجه به اینکه، جهت بررسی فرضیه های اصلی پژوهش به نمرات استاندارد نیاز داشتیم (کوهن، کوهن، وست و آیکن، ۲۰۰۳)، داده های دیگر متغیرهای پژوهش نیز به نمره های استاندارد Z تبدیل شدند. قدم آخر پایش داده ها، بررسی مفروضه ی ارتباط خطی میان متغیرهای پژوهش بود که این کار با استفاده از نمودار اسکتر^۱ انجام شد و وجود رابطه ی خطی میان متغیرها تایید گردید. جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

همان گونه که انتظار می رفت، ماتریس همبستگی نشان می دهد پریشانی روانشناختی و علائم جسمانی با بهوشیاری رابطه منفی و پریشانی روانشناختی با علائم جسمانی رابطه ی مثبت دارد. رابطه ی منفی بازداری و سرکوبگری با پریشانی، رابطه ی مثبت بازداری و سرکوبگری با بهوشیاری و رابطه ی منفی بازداری و سرکوبگری با علائم جسمانی حکایت از گرایش افراد با نمرات سرکوبگری و بازداری بالا به مثبت گزارش کردن خویش در پرسشنامه های خودسنجی و اجتناب از گزارش عواطف منفی دارد.

1. Scatter Plot

بر روی ۲۱۱ نفر مابقی نمونه صورت پذیرفت، که نتایج این تحلیل در ادامه آمده است. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی پریشانی روانشناختی، سرکوبگری و تعامل این متغیرها بر فهرست علائم جسمانی در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و آلفای کرونباخ متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ
سیاهه سازگاری و اینبرگر:			
۱- پریشانی	۲/۱۳	۰/۳۴	۰/۸۴
۲- بازداری	۴/۲۱	۰/۳۴	۰/۷۵
۳- سرکوبگری	۳/۲۵	۰/۴۲	۰/۶۷
بهوشیاری	۴/۳۳	۰/۷۷	۰/۸۶
فهرست علائم جسمانی	۱/۴۶	۰/۳۰	۰/۸۵

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵
۱- پریشانی					
روانشناختی					
۲- بازداری	-۰/۲۷				
۳- سرکوبگری	-۰/۲۸	۰/۴۹			
۴- بهوشیاری	-۰/۳۳	۰/۴۸	۰/۳۰		
۵- علائم جسمی	۰/۵۳	-۰/۲۸	-۰/۱۷	-۰/۳۲	

*تمام همبستگی های جدول در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار هستند.

ضحی سعیدی و همکاران: سلامت روانشناختی و جسمانی: نقش تعدیل کننده ی سرکوبگری و بهوشیاری

جدول ۳: رگرسیون سلسله مراتبی پریشانی روانشناختی، سرکوبگری و تعامل آنها بر فهرست علائم جسمانی

متغیر های پیش بین	بتا	R ² تعدیل شده	ΔR^2	F تغییر
مرتبۀ اول	پریشانی روانشناختی	۰/۴۸***	۰/۲۴***	۳۳/۴۷***
	سرکوبگری	-۰/۰۷	-	
مرتبۀ دوم	پریشانی روانشناختی	۰/۴۳***	۰/۰۱۴*	۲۳/۸۶
	سرکوبگری	۰/۰۰۷		
	پریشانی روانشناختی × سرکوبگری	-۰/۱۵*		

***p<.001 **p<.01 *p<.05

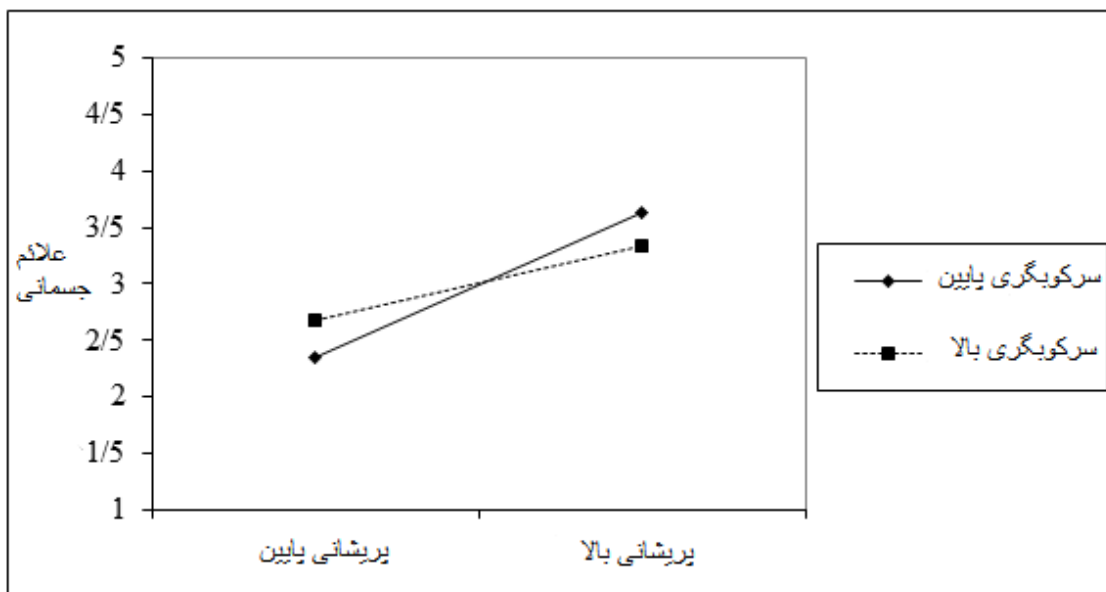
جدول ۴: رگرسیون سلسله مراتبی پریشانی روانشناختی، بهوشیاری و تعامل آنها بر فهرست علائم جسمانی

متغیر های پیش بین	بتا	تعدیل شده	ΔR^2	F تغییر
مرتبۀ اول	پریشانی روانشناختی	۰/۲۲**	۰/۰۴**	۵/۶۳**
	بهوشیاری	۰/۰۳		
مرتبۀ دوم	پریشانی روانشناختی	۰/۲**	۰/۰۱۶*	۴/۸۷**
	بهوشیاری	۰/۰۵		
	پریشانی روانشناختی × بهوشیاری	-۰/۱۳*		

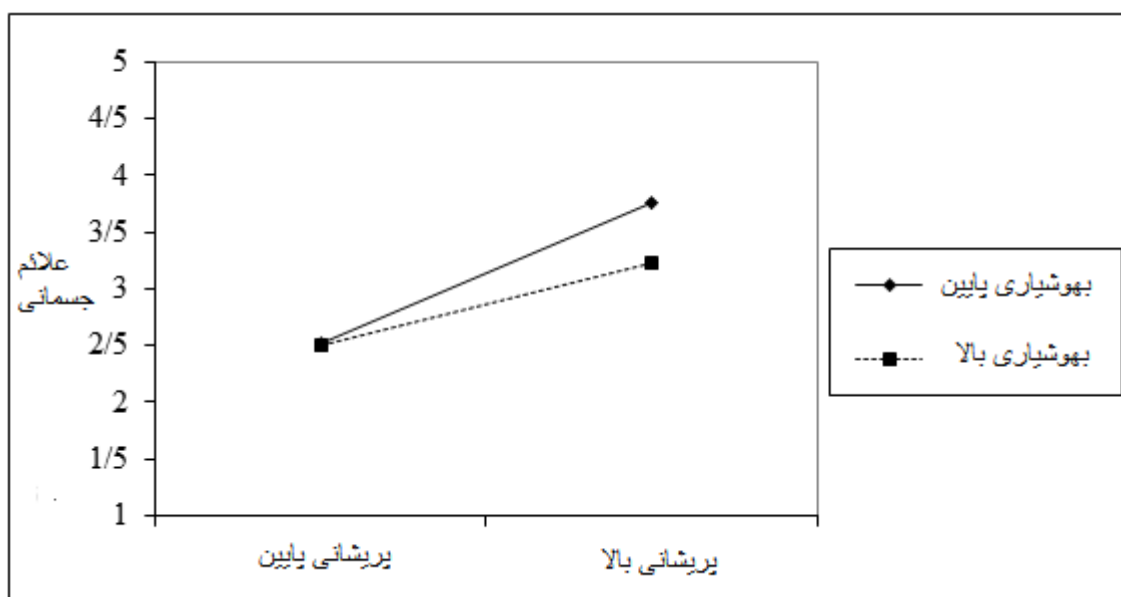
***p<.001 **p<.01 *p<.05

تعامل سرکوبگری و بهوشیاری با پریشانی روانشناختی در پیش بینی علائم جسمانی معنادار است. به این معنی که بهوشیاری و سرکوبگری تأثیر پریشانی روانشناختی بر علائم جسمانی را تعدیل می کنند. شکل های ۱ و ۲ به صورت دقیق تر چگونگی این اثر تعاملی را نشان می دهند.

جدول شماره ۴ نیز نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی پریشانی روانشناختی، بهوشیاری و تعامل آنها بر فهرست علائم بدنی را نشان می دهد. نگاهی به نتایج رگرسیون سلسله مراتبی که در جداول شماره ۳ و ۴ آمده است نشان می دهد بنای مربوط به



شکل ۱: تعدیل رابطه پریشانی روانشناختی و علائم جسمانی توسط سرکوبگری



شکل ۲: تعدیل رابطه پریشانی روانشناختی و علائم جسمانی توسط بهوشیاری

دهد هرچه نمره سرکوبگری و بازداری در فردی بالاتر می رود، با سوگیری بیشتری به سوالات خودسنجی پاسخ می دهد. شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می دهد روش های خودسنجی بهترین روش برای کسب اطلاعات از افرادی که سبک مقابله سرکوبگرانه دارند نیستند و وجود این گروه می تواند یافته های مطالعات مبتنی بر پرسشنامه ها را تحریف نماید (مایرز، ۲۰۰۰). در این مطالعه نیز این نکته با توجه به معنادار نشدن اولیه ی تحلیل رگرسیون در شرایط حضور افراد سرکوبگر در کل نمونه تایید گردید.

همچنین، مطابق شکل ۱ اثرات تعاملی مشاهده می شود، در افراد با سرکوبگری بالا سرعت افزایش علائم جسمانی کمتر از افزایش میزان پریشانی روانشناختی است. به این معنی که با وجود اینکه انتظار می رود با افزایش پریشانی روانشناختی، نشانه های جسمانی افزایش یابد، در افراد با سرکوبگری بالا در مقایسه با کسانی که در سرکوبگری نمره کمتری می گیرند این افزایش با سرعت کمتری رخ می دهد. در واقع سرکوبگرها در حالت پریشانی بالا، از نظر جسمی به نظر راحت تر هستند و علائم کمتری را گزارش می کنند. این یافته همخوان با مطالعاتی است که نشان می دهد، افراد سرکوبگر واکنش های جسمانی خویش را از ادراکشان از پریشانی جدا می کنند، و در موقعیت های استرس زا سطوح پایینی از پریشانی را گزارش می کنند، اما در واقع سطوح بالایی از فعالیت فیزیولوژیک را در بدن تجربه می کنند (پالس و استملر، ۲۰۰۳؛ لمبی و بیکر، ۲۰۰۳). کسب نمره ی بالا در سرکوبگری نشان دهنده ی

شکل ۱ نشان می دهد، در گروه با سرکوبگری پایین، به موازات افزایش پریشانی، علائم جسمانی بیشتر گزارش می شود اما در افراد با سرکوبگری بالا، علیرغم گزارش بیشتر علائم جسمانی در پریشانی کم، در پریشانی بالا گزارش کمتری از علائم جسمانی داده می شود.

در شکل ۲ نیز مشاهده می شود، با وجود آنکه در پریشانی کم دو گروه با بهوشیاری بالا و پایین، میزان یکسانی از علائم جسمانی را گزارش می کنند اما در پریشانی بالا، افراد با بهوشیاری پایین علائم جسمانی بیشتر و افراد با بهوشیاری بالا علائم جسمانی کمتری را گزارش می کنند.

نتیجه گیری و بحث

یافته های همبستگی حاصل از این پژوهش نشان داد که بازداری و سرکوبگری با پریشانی و علائم جسمانی رابطه ی منفی و با بهوشیاری رابطه ی مثبت دارند. همچنین در این مطالعه، پریشانی روانشناختی پیش بین علائم جسمانی بود و این رابطه توسط دو متغیر سرکوبگری و بهوشیاری به صورتی مستقل از یکدیگر تعدیل می شد.

این مطالعه همگام با مطالعاتی که نشان می دهد افراد سرکوبگر گرایش دارند در پرسشنامه های مربوط به سلامتی خود را به گونه ای مثبت گزارش کنند (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰؛ فرنهام و همکاران، ۲۰۰۳)، نشان داد که هر اندازه میزان سرکوبگری بالاتر باشد، میزان پریشانی روانشناختی و علائم جسمانی کمتر گزارش می شود و در متغیر بهوشیاری که یک سازه ی روانشناختی سازنده به شمار می رود نمرات بالاتری مشاهده می شود، که نشان می

۱۹۹۴). برای مثال در مطالعه‌ای درخصوص زمین‌خوردن سالخوردگان با سابقه‌ی افتادن‌های جدی (هائر، ترامل، رمروث، فیسترر، تاد، استر و زیجلاسترا، ۲۰۰۹)، افراد سرکوبگر گزارش کمتری از تعداد زمین‌خوردن‌هایشان داشتند، درحالی‌که هیچ تفاوت عینی، در کارکرد حرکتی با گروه کنترل نشان ندادند.

علیرغم مطالعاتی که ارتباط سبک مقابله‌ی سرکوبگرانه را با ریسک بالاتر ابتلا به بیماری‌های جسمانی نشان داده‌اند (موند و میت، ۲۰۱۲؛ واینبرگر، ۱۹۹۲) و نشان می‌دهند که سبک سرکوبگری در تشدید انواع مشکلات سلامتی نقش مهمی ایفا می‌کند (واینبرگر، ۱۹۹۲؛ واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰؛ کوک، مایرز و درخشان، ۲۰۰۳)، هنوز مکانیزمی که تنظیم هیجان و سلامتی را بهم مرتبط می‌کند، نامشخص است. یک فرضیه در این خصوص این است که اگر افراد با سبک مقابله سرکوبگری دائماً احساسات ناخواسته را سرکوب می‌کنند (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰) و اگر سرکوب احساسات با شاخصه‌های فیزیولوژیک چون افزایش ضربان قلب و کاهش مقاومت هدایت پوست همراه است، بسیار محتمل است که افراد سرکوبگر از فشارخون بالا یا بیماری‌های کرونر قلبی رنج ببرند (مایرز و همکاران، ۲۰۰۸).

در مقابل آثار مضر سرکوبگری بر سلامت جسمی، شواهد تجربی بسیاری نشان داده‌اند که آگاه شدن به هیجانات و خودآشنایی هیجانی آثار مفیدی در ارتقای سلامت عمومی و سازگاری بهتر با موقعیت‌های آسیب‌زا دارد (کینگ و ماینر، ۲۰۰۰)، این شواهد تاییدکننده‌ی نتایج پژوهش

افراط در بازداری احساسات و سرکوب تمایلات شخصی است، بنابراین دور از انتظار نیست که این افراد وضعیت نامطلوب سلامتی خود را نیز به درستی گزارش نکنند و در حالت پریشانی بالا علائم جسمانی خود را سرکوب نموده و کمتر گزارش کنند. مطالعات نشان داده‌اند که افراد سرکوبگر در شرایط استرس‌زا و تهدید، کنترل شدیدی بر هیجانات و رفتارهای ارضای خود اعمال می‌کنند، به صورت دفاعی از اطلاعات تهدیدکننده اجتناب می‌کنند (واینبرگر و شوارتز، ۱۹۹۰) و از راهبردهایی استفاده می‌کنند تا تصاویر مطلوبی از خودانگاره خویش حفظ کنند (نیوتون و کترادا، ۱۹۹۲). همچنین علائم جسمانی بیشتر افراد با سرکوبگری بالا در پریشانی کم، همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهد به صورت کلی بازداری از هیجانات با هزینه‌های فیزیولوژیک همراه است (پنیکر، ۱۹۸۹) و احتمالاً به علت پایین بودن سطح پریشانی، این افراد کمتر احساس تهدید کرده، در نتیجه کمتر از گزارش این اطلاعات مربوط به سلامتی اجتناب کرده‌اند. مطالعات نشان می‌دهد میان سبک مقابله سرکوبگری و بیماری‌های جسمانی رابطه وجود دارد و سرکوبگرها ریسک بالاتری برای ابتلا به بیماری‌های جسمی دارند (مایرز و همکاران، ۲۰۰۸)، اما با این وجود به نظر می‌رسد این افراد بیشتر احساس راحتی می‌کنند و گزارش اندکی از علائم خود می‌دهند (موند و میت، ۲۰۱۲؛ بودن و همکاران، ۲۰۰۵) و به گونه‌ی خودفریبانه‌ای باور دارند که آمادگی پریشانی دارند و تلاش می‌کنند تا این باور را حفظ کنند (واینبرگر و دیویدسون،

واکنش بهتر سیستم ایمنی مشاهده می شود (ویتنک - جانوسک ، البوکرک ، رمبوکرانیاک ، کرونیاک، دورازو-آرویزو و متیو، ۲۰۰۸؛ رابینسون، متیوز و ویتنت-جانوسک، ۲۰۰۳). و مراقبه ی بهوشیاری می تواند کارکرد سیستم ایمنی و غدد درون ریز را در زمان استرس و استراحت بهبود بخشد. و تمرینات بهوشیاری با کاهش استرس و التهاب در بیماران همراه است (تنگ، ما، ونگ، فن، فنگ، لو، سوئی، روئرت، فن و پسرن، ۲۰۰۷؛ پیس، نگ، آدام، کل، سیویلی، براون، ایسا و ریزون، ۲۰۰۸). روی هم رفته مطالعات آزمایشی نشان می دهد تمرینات بهوشیاری می تواند از طریق کاهش واکنش پذیری به استرس و فعال کردن سیستم پاراسمپاتیک منجر به ارتقای سلامتی شود (گریسون و برنتلی، ۲۰۰۸؛ دیتو، اکلاچ و گلدمن، ۲۰۰۶) و از طریق آموزش توجه کردن و مشاهده ی تجربیات درونی و دنیای بیرون، بدون الزام به نشان دادن واکنش ، ابزاری برای شکستن عادت های رفتاری مخاطره آمیز سلامتی فراهم کند (براون و همکاران، ۲۰۰۷) که روی هم رفته، می تواند به افزایش سلامتی در افراد منجر شود. بعلاوه یافته های این پژوهش نشان داد که بهوشیاری و سرکوبگری دو سازه متضاد یکدیگر نیستند که با افزایش بهوشیاری علائم جسمانی کمتر و با افزایش سرکوبگری علائم جسمانی بیشتر گزارش شود، بلکه این دو سازه به صورت مستقل از یکدیگر عمل می کنند. به این ترتیب که در پریشانی بالا، افراد با بهوشیاری بالا، کمتر علائم جسمانی گزارش می کنند اما افراد با سرکوبگری بالا، علیرغم علائم جسمانی بالاتر در

حاضر در شکل ۲ اثرات تعاملی است. این شکل نشان می دهد، با وجود آنکه در پریشانی کم دو گروه با بهوشیاری بالا و پایین، میزان یکسانی از علائم جسمانی را گزارش می کنند اما در پریشانی بالا، افراد با بهوشیاری پایین علائم جسمانی بیشتر و افراد با بهوشیاری بالا علائم جسمانی کمتری را گزارش می کنند که حکایت از سازش یافتگی متغیر بهوشیاری دارد (براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ مک کراکن و ولمن، ۲۰۱۰) و نشان می دهد بهوشیاری می تواند در شرایط استرس زا به تنظیم بهتر هیجانات و به تبع آن به کاهش بیشتر علائم جسمانی منجر شود و افرادی که نسبت به تجربه ی درونی و محیط اطرافشان توجه بهوشیارانه ی بیشتری دارند کمتر از علائم جسمانی و بیماری رنج خواهند برد.

مطالعات زیادی به بررسی مسیرهای زیستی اثربخشی آموزش بهوشیاری بر سلامت جسمانی و فرآیند درمان پرداخته اند. برای مثال در مطالعه ی دیویدسون و همکاران (۲۰۰۳)، به نقل از گریسون و برنتلی، (۲۰۰۸)، افراد تحت آموزش بهوشیاری که بیشترین تغییر را در ناحیه ی لوب فرونتال نشان دادند در بدنشان بیشترین میزان آنتی بادی را نسبت به واکسن آنفولانزا داشتند. این مطالعه نشان می دهد که آموزش بهوشیاری می تواند در افراد با تغییراتی در مغز و سیستم ایمنی، نسبت به بیماری مقاومت ایجاد کند (گریسون و برنتلی، ۲۰۰۸). مطالعات دیگری نیز نشان داده اند با آموزش بهوشیاری در بیماران با شرایط پزشکی دشوار مانند سرطان سینه، سرطان پروستات و عفونت HIV ، سطوح پایین تری از کورتیزول و

پیشانی پایین، گزارش کمتری از علائم جسمانی خود می دهند. این یافته مطابق با مطالعاتی است که نشان می دهد افراد سرکوبگر واکنش های جسمانی خویش را از ادراکشان از پیشانی جدا می کنند، و در موقعیت های استرس زا سطوح پایینی از پیشانی را گزارش می کنند، در حالیکه سطوح بالایی از فعالیت فیزیولوژیک را تجربه می کنند (لمبی و بیکر، ۲۰۰۳).

در پایان، لازم ذکر است که با توجه به محدودیت هایی همچون نمونه گیری در دسترس، محدود شدن افراد نمونه به دانشجویان دانشکده روانشناسی و استفاده از ابزار خودسنجی، تعمیم پذیری و استنباط از نتایج با محدودیت رو به رو خواهد شد. لذا پیشنهاد می شود به منظور افزایش تعمیم پذیری نتایج، پژوهش های مشابهی در نمونه های دیگر و با ویژگی های جمعیت شناختی متفاوت اجرا شود. همچنین پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی با توجه به عدم اطمینان به داده های خودسنجی در افراد با سرکوبگری بالا، پرسشنامه ی سرکوبگری به عنوان یک متغیر کنترل مورد استفاده قرار گیرد. همچنین مبتنی بر یافته های این مطالعه به نظر می رسد که افراد سرکوبگر، یکی از گروه های در معرض ابتلا به بیماری های جسمانی مزمن بالاخص بیماری های قلبی-عروقی به شمار می روند و پیشنهاد می شود علیرغم گزارش کمی که این افراد از علائم

جسمانی خود می دهند، هدف مداخلات روانشناختی و آموزش توجه بهوشیارانه قرار گیرند. همچنین، باتوجه به نقش موثر سرکوبگری و بهوشیاری در تعدیل رابطه ی پیشانی روانشناختی و علائم جسمانی، پیشنهاد می شود در قالب طرح های آزمایشی و شبه آزمایشی به بررسی بیشتر مکانیزم اثر سرکوبگری و بهوشیاری در افزایش و کاهش فعالیت سیستم سمپاتیک و به تبع پیدایش علائم جسمانی پرداخته شود و نقش مداخلات مبتنی بر این دو سازه در تشدید یا بهبود وضعیت جسمانی در بیماری های جسمی و روان تنی مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

منابع

- سعیدی، ض.، قربانی، ن. و سرافراز، م. (۱۳۹۵). کوتاه پرسشنامه سازش یافتگی و اینبرگر: ویژگی های مبتنی بر روانسنجی و تحلیل عاملی تاییدی. فصلنامه علوم روانشناختی، ۵۹، ۳۳۵-۳۴۷.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.
- Barger, S. D., Marsland, A. L., Bachen, E. A., & Manuck, S. B. (2000). Repressive coping and blood measures of disease risk: Lipids and endocrine and immunological responses to a laboratory stressor. *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 1619-1638.
- Bartone, P. T., Ursano, R. J., Wright, K. M., & Ingraham, L. H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*, 317-328.
- Bishara, A. J., & Hittner, J. B. (2012). Testing the significance of a correlation with non-normal data: Comparison of Pearson, Spearman, transformation, and resampling approaches. *Psychological Methods, 17*, 399-417.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241.
- Boden, J. M., Hyland, M. E., & Dale, K. L. (2005). Defensiveness and symptom reporting. *Current Psychology, 24*, 153-170.
- Bowlin, S. L., & Baer, R. A. (2012). Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences, 52*, 411-415.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for salutary effects. *Psychological Inquiry, 18*, 211-237.
- Burns, J. W., Kubilus, A., Bruehl, S., & Harden, R. N. (2001). A fourth empirically-derived cluster of chronic pain patients based on the Multidimensional Pain Inventory: evidence for repression within the dysfunctional group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 663-673.
- Carmody, J., Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 23-33.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple*

- Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences* (Third Edition ed.). London: LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES.
- Cooke, L., Myers, L. B., & Derakshan, N. (2003). Lung function, adherence and denial in asthma patients who exhibit a repressive coping style. *Psychology, Health & Medicine*, 8(1), 35-44.
- Denollet, J., Martens, E.J., Nyklicek, I., Conraads, V., & de Gelder, B. (2008). Clinical events in coronary patients who report low distress: Adverse effect of repressive coping. *Health Psychology*, 27, 302-308.
- Ditto, B., Eclache, M., & Goldman, N. (2006). Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation. *Annals of Behavioral Medicine*, 32, 227-234.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., & Bourassa, M.G. (2002). Long-term survival differences among low-anxious, high-anxious and repressive copers enrolled in the Montreal heart attack readjustment trial. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 571-579.
- Furnham, A., Petrides, K. V., Sistrone, G., & Baluch, B. (2003). Repressive coping style and positive self-representation. *British Journal of Health Psychology*, 8, 223-249.
- Ghorbani, N., Cunningham, C.J. L., & Watson, P.J. (2010): Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private self-consciousness in predicting responses to stress in Iran. *International Journal of Psychology*, 45:2, 147-154.
- Ghorbani, N., Watson, P.J., & Hargis, M.B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and Incremental Validity of a Cross-cultural Measure Developed In Iran and United States. *The Journal of Psychology*, 142(4), 395-412.
- Ghorbani, N., & Watson, P. J., & Weathington, B. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationship with psychological adjustments. *Current Psychology*, 28, 211-224.
- Giese-Davis, J., Conrad, A., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2008). Exploring emotion-regulation and autonomic physiology in metastatic breast cancer patients: Repression, suppression, and restraint of hostility. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 226-237.
- Giese-Davis, J., DiMiceli, S., Sephton, S., & Spiegel, D. (2006). Emotional expression and diurnal cortisol slope in women with metastatic breast cancer in supportive-expressive group therapy. *Biological Psychology*, 73, 190-198.
- Greeson, J., & Brantley, J. (2008). *Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the inner experience of fear*. In: Didonna F, editor. *Clinical handbook of mindfulness*. New York, NY: Springer.
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-

- year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 76, 226 – 233.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H.(2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*,57,35–43.
- Hauer, K., Trammel, A.D., Ramroth, H., Pfisterer, M., Todd, C., Oster, P., &Zijlstra , G.(2009) .Repressive coping in geriatric patients' reports _ impact on fear of falling. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 137_144.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a metaanalytic review. *J Consult Clin Psychol*. 78:169--183.
- Jain, S., Shapiro, S.L., Swanick, S., Roesch, S.C., Mills, P.M., Bell, I.,& Schwartz,G.E.R.(2007)A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine* ,33,11–21.
- King, L. A. and Miner, K. N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic events:Implications for physical health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26 (2), 220-230.
- Lambie, J.A., & Baker, K.L. (2003). Intentional avoidance and social understanding in repressors and nonrepressors: Two functions for emotion experience? *Consciousness and Emotion*, 4, 17_42.
- Ludwig, D.S.,& Kabat-Zinn, J.(2008) Mindfulness in medicine. *Journal of the American Medical Association* ,300, 1350–1352.
- McCracken, L.M., Gauntlett-Gilbert, J.,& Vowles, K.E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioural analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 13,63–69.
- McCracken, L. M., & velleman, S. C. (2010).Psychological flexibility in adults with chronic pain: a study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148, 141-147.
- Morone, N.E., Greco, C.M., & Weiner, D.K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*, 134,310–319.
- Mund,M.,& Mitte,K. (2012). The costs of repression: a meta-analysis on the relation between repressive coping and somatic disease. *Health psychology* ,31,5,640-649.
- Myers, L. B. (2000). Identifying repressors: A methodological issue for health psychology. *Psychology & Health*, 15:2, 205-214.
- Myers, L. B. (2010). The importance of the repressive coping style: Findings from 30 years of research. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23, 3–17.
- Myers, L. B., Burns, J. W., Derakshan, N., Elfant, E., Eysenck, M. W., & Phipps, S. (2008). *Current issues in repressive coping and health*. In A. J. Vingerhoets, I. Nyklíček, & J. Denollet (Eds.), *Emotion regulation:*

- Conceptual and clinical issues (pp. 69–86). New York: Springer.
- Myers, L.B., Davies, A., Evans, E., & Stygall, J. (2005). How successful are repressors at selfcare behaviour? *Psychology and Health, 20*, 188_189.
- Newton, T. L., & Contrada, R. J. (1992). Repressive coping and verbal autonomic response dissociation: The influence of social context. *Journal of personality and social psychology, 62*, 159- 167.
- Pace, T.W., Negi, L.T., Adame, D.D., Cole, S.P., Sivilli, T.I., Brown, T.D., Issa, M.J., & Raison, C.L. (2008). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology, 34* (1), 87-98.
- Pandey, R., & Choubey, A. K. (2010). Emotion and Health: An overview. *Psy. & Ment. Health, 17* : 135-152.
- Pauls, C.A., & Stemmler, G. (2003). Repressive and defensive coping during fear and anger. *Emotion, 3*, 284_302.
- Pennebaker, J.W. (1989) Confession, inhibition, and disease. En: Berkowitz L (ed.). *Advances in experimental social psychology*. Orlando: Academic Press; vol. 22. pp. 211-244.
- Pradhan, E.K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, A.K., Magyari, T., Hochberg, M.C., & Berman, B.M. (2008). Effect of Mindfulness -Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients . *Arthritis and Rheumatism*, 57, 1134–1142.
- Robinson, F.P., Mathews, H.L., & Witek-Janusek, L. (2003). Psychoendocrine-immune response to mindfulness-based stress reduction in individuals infected with Human Immunodeficiency Virus: A quasi-experimental study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 9*, 683–694.
- Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J.M., Edman, J.S., Jasser, S.A., McMearty, K.D., & Goldstein, B.J. (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 13*, 36–38.
- Ruscio, J. (2012). *Guide to SPSS for Windows* (SPSS version 19). Working Paper. The College of New Jersey.
- Schutze, R., Rees, C., Preece, M., & Schutze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain, 148*, 120-127.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The Relationship of Hardiness, Coping Strategies, and Perceived Stress to Symptoms of Illness. *Journal of behavioral medicine, 23* (3), 311-328.

- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (Fifth ed.). New York: Pearson.
- Tamagawa, R., Moss-Morris, R., Martin, A., Robinson, E., & Booth, R. (2013). Dispositional emotion coping styles and physiological responses to expressive writing. *British Journal of Health Psychology*, 18, 574-592.
- Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., Yu, Q., Sui, D., Rothbart, M. K., Fan, M., & Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104, 17152-17156.
- Weinberger, D. A. (1992). Not Worrying yourself sick: the health consequences of repressive coping. In J. Shedler (Chair), *The health consequences of psychological defense*. Symposium conducted at the annual meeting of the American psychological association, Washington, DC.
- Weinberger, D. A., & Davidson, M. N. (1994). Styles of inhibiting emotional expression: Distinguishing repressive coping from impression management. *Journal of personality*, 62, 587-613.
- Weinberger, D. A. and Schwartz, G. E. (1990). Distress and restraint as superordinate dimensions of self-reported adjustment: A typological perspective. *Journal of Personality*, 58, 381-417.
- Weinberger, D. A., Schwartz, G. E., & Davidson, R. J. (1979). Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: Psychometric patterns and behavioral and physiological responses to stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 369-380.
- Witek-Janusek, L., Albuquerque, K., Rambo Chroniak, K., Chroniak, C., Durazo-Arvizu, R., & Mathews, H. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 969-981.
- Zeidan F, Gordon NS, Merchant J, Goolkasian P. (2010) The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *J Pain*. 11:199--209.