



The Relationship between Childhood Trauma Experience and Psychological Distress in Adults: the Mediating Role of Rumination and Mindfulness

Saeedeh Sharifi¹, Sajedeh Sharifi^{2*}, Masoumeh Kamandloo³, Baharak Balashour⁴

1- Master of Personality Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Master of Personality Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Master of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

4- Master of Educational Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Sajedeh Sharifi, Master of Personality Psychology, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: sajedeh.sharifi@gmail.com

Received: 16 June 2023

Accepted: 19 Dec 2023

Abstract

Introduction: There is a large body of evidence that suggests a relationship between childhood trauma and psychological distress, but relatively few studies have examined potential mediating factors for this relationship. The present study was conducted to investigate the mediating role of rumination and mindfulness in the relationship between childhood trauma and psychological distress.

Methods: The research method was descriptive-correlation. The statistical population of the research was made up of all people referring to clinics and psychological service centers in Tehran. Among the statistical population, 300 people were selected by convenience sampling method. The research tools were: Bernstein et al.'s childhood trauma questionnaire (2003), Nolen-Hoeksema's rumination response scale (1991), Brown & Ryan's mindfulness assessment scale (2003), and Kessler's psychological distress questionnaire (2003). Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS and AMOS version 23 software were used for data analysis.

Results: The results showed that the research model is a good fit. The coefficients of the direct paths of childhood trauma ($T = 8.041$, $\beta = 0.262$), mindfulness ($T = -56.421$, $\beta = -0.896$), and rumination ($T = 5.519$, $\beta = 0.163$) were significant for psychological distress. Also, indirect coefficients of traumatic life events through rumination and mindfulness on psychological distress were significant.

Conclusions: The results indicated the mediating role of rumination and mindfulness between childhood trauma experience and psychological distress. The findings of this study provide us with an important clinical concept that rumination and mindfulness should be a goal for the prevention and treatment of psychological distress in victims of childhood trauma.

Keywords: Childhood trauma, Rumination, Mindfulness, Psychological distress, Structural equation modeling.



ارتباط بین تجربه ترومای کودکی با پریشانی روان شناختی در بزرگسالان: نقش میانجی نشخوار فکری و ذهن آگاهی

سعیده شریفی^۱، ساجده شریفی^{۲*}، معصومه کمندلو^۳، بهارک بلاشور^۴

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: ساجده شریفی، کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، واحد علوم تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
ایمیل: sajedah.sharifi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۳/۲۶

چکیده

مقدمه: شواهد زیادی وجود دارند که نشان می دهند بین ترومای کودکی با پریشانی روان شناختی رابطه وجود دارد، اما مطالعات نسبتاً کمی عوامل واسطه‌ای بالقوه برای این رابطه را بررسی کرده‌اند. مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی نشخوار فکری و ذهن آگاهی در رابطه بین ترومای دوران کودکی و پریشانی روان شناختی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران تشکیل دادند. از میان جامعه آماری، ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه آسیب‌های کودکی برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳)، مقیاس پاسخ نشخوار فکری نولن - هوکسما (۱۹۹۱)، مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی براون و ریان (۲۰۰۳) و پرسشنامه پریشانی روان شناختی کسلر (۲۰۰۳). برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نرم‌افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب مسیرهای مستقیم ترومای کودکی شناختی معنادار بودند. همچنین ضرایب غیرمستقیم رویدادهای آسیب‌زای زندگی از طریق نشخوار فکری و ذهن آگاهی بر روی پریشانی روان شناختی معنادار بودند.

نتیجه گیری: نتایج بیانگر نقش میانجی نشخوار فکری و ذهن آگاهی بین تجربه ترومای کودکی با پریشانی روان شناختی بود. یافته‌های این پژوهش یک مفهوم بالینی مهم به ما ارائه می دهد مبنی بر اینکه، نشخوار فکری و ذهن آگاهی باید هدفی برای پیشگیری و درمان پریشانی روان شناختی در قربانیان ترومای دوران کودکی باشند.

کلیدواژه‌ها: ترومای کودکی، نشخوار فکری، ذهن آگاهی، پریشانی روان شناختی، مدل سازی معادلات ساختاری.

مقدمه

پریشانی روان شناختی (Psychological distress) به طور گسترده به عنوان حالتی از رنج عاطفی تعریف می شود که با علائم افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی دیگر مانند بی خوابی، سردرد و کمبود انرژی- همراه است. به عبارت دیگر پریشانی روان شناختی به عنوان «گروهی از علائم تمایز نیافته اضطراب، افسردگی تا اختلال عملکردی، ویژگیهای شخصیتی (گیج کننده، ناراحت کننده) و مشکلات رفتاری» تعریف می شود (۱). پریشانی روان شناختی به عنوان یک پدیده گذرا (نه طولانی مدت) در نظر گرفته می شود که با استرس های خاص همراه است. در واقع شواهد نشان می دهد که پریشانی (distress)، پس از تروما شایع است (۲، ۳). به عنوان مثال در استرالیا مطالعه ای بر روی ۲۰۱ بیمار در مرکز تروما نشان داد که بیش از نیمی از بیماران، سطح بالایی از افسردگی، اضطراب و و استرس را گزارش نمودند (۳). بنابراین می توان گفت که احتمالاً یکی از عوامل شکل گیری پریشانی روان شناختی، تروما و به ویژه ترومای دوران کودکی است.

ترومای کودکی (Childhood trauma) به ویژه سوءاستفاده و غفلت، از گذشته تا کنون همواره در جامعه رایج بوده است (۲). همچنین، ترومای دوران کودکی به عنوان منشاء آسیب های روانی در نظر گرفته شده است. ادبیات پژوهشی نشان می دهد که ترومای دوران کودکی با مشکلاتی از قبیل اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال جسمی، اختلالات خوردن و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) مرتبط است (۳). اخیراً پژوهش ها بر شکل گیری پریشانی روان شناختی (مانند علائم افسردگی و اضطراب) در بزرگسالان، پس از تجربه ترومای کودکی، تاکید نموده اند (۱، ۴). تعداد زیادی از مطالعات تجربی افزایش نرخ پریشانی روان شناختی و مشکلات عاطفی را برای افرادی که آسیب های دوران کودکی را تجربه کرده اند نشان داده اند (۲، ۳). نزدیک به ۳۰ درصد از اختلالات روانی یا مشکلات عاطفی ناشی از آسیب های دوران کودکی است. تأثیر تروماهای دوران کودکی بر سلامت روان ممکن است طولانی مدت باشد، از لحظه ای که تروما رخ می دهد تا بزرگسالی و پیری (۲، ۳، ۴). با این حال، قابل ذکر است که همه افرادی که در دوران کودکی دچار آسیب های روانی می شوند، از پریشانی های روانشناختی و مشکلات عاطفی رنج

نمی برند، لذا بررسی مسیرهای منتهی به این مشکلات، ضروری به نظر می رسد.

اگر چه مطالعات کمی به بررسی مکانیسم های میانجی بین ترومای کودکی و پریشانی های روان شناختی پرداخته اند، اما برخی مکانیسم های میانجی در این زمینه گزارش شده اند. در ادبیات پیشین، شناخت ناسازگار و سبک های شناختی منفی برای میانجی ارتباط بین بدرفتاری دوران کودکی و برخی پریشانی های روان شناختی مانند افسردگی پیشنهاد شده است (۵، ۶). بنابراین نشخوار فکری (Rumination) یکی از مکانیسم های میانجی بین ترومای کودکی و پریشانی روان شناختی است (۲). نشخوار فکری به حالتی اشاره دارد که در آن فرد به طور منعقدانه و مکرر توجه خود را بر روی رویدادهای منفی و علل احتمالی، معانی و پیامدهای آنها متمرکز می کند (۷). این مولفه به عنوان یکی از مکانیسم های اساسی برای ایجاد و حفظ افسردگی در نظر گرفته شده است (۸). نشخوار فکری با کاهش ویژگی حافظه زندگی نامهای بر ایجاد افسردگی تأثیر می گذارد. به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، افراد مبتلا به افسردگی اغلب با خاطرات بیش از حد کلی یا نوعی طبقه بندی که در بین دسته های رویدادهای مشابه خلاصه می شود، پاسخ می دهند (۹). بنابراین، نشخوار فکری ممکن است با اخذ و بازتولید تجارب آسیب زا دوران کودکی باعث ایجاد افسردگی شود. به طور کلی افکار عودکننده منفی نقش مهمی در اختلالات خلقی و اضطراب بعد از یک تجربه آسیب زا بازی می کنند (۱۰). در واقع نشخوار فکری یک مکانیسم شناختی است که از طریق آن اضطراب و استرس ممکن است به آسیب روانی تبدیل شوند (۱۰). با حفظ افکار منفور و مرتبط با حادثه در حافظه فعال، نشخوار فکری می تواند پاسخ استرس را شروع و حفظ کند، لذا فعال شدن مزمن آن اثرات منفی بر سلامت روان دارد و شامل افزایش خطر اختلالات افسردگی و اضطراب می شود (۱۰، ۱۱). افرادی که درگیر نشخوار فکری هستند ممکن است در تلاش برای درک دلایل و نتایج احتمالی رویدادهای منفی باشند تا آنها را کاهش دهند. به عنوان مثال، در مواجهه با بدرفتاری و غفلت والدین، کودکان ممکن است زمان زیادی را به ارزیابی و تفسیر انگیزه ها و سیگنال های رفتارهای خشونت آمیز اختصاص دهند تا بدرفتاری را پیش بینی کنند و به طور مؤثری از مجازات مجدد اجتناب کنند (۱۲). با این حال، تفکر نشخوارکننده معمولاً بیش

که افراد دارای تجربه ترومای کودکی دارای سطح بالایی از نشخوارفکری و سطح پایینی از ذهن آگاهی هستند، همچنین نشخوارفکری پیش بینی کننده قوی در پریشانی روان شناختی است. با این حال هنوز اطلاعات کمی در مورد نقش آسیب زای نشخوارفکری و همچنین کمبود ذهن آگاهی در رابطه بین تجربه ترومای کودکی و پریشانی روان شناختی در بزرگسالی وجود دارد. از این رو با استفاده از تحلیل میانجی درصدد بودیم تا بررسی کنیم که آیا نشخوارفکری و ذهن آگاهی بین تجربه ترومای کودکی و پریشانی روان شناختی می توانند نقش میانجی ایفا کنند یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی شهر تهران بودند، که از میان آنان ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به علاوه نمونه مورد مطالعه، با استفاده از پرسشنامه آسیب های دوران کودکی، جهت ارزیابی علائم متوسط به بالا (نمره ۵۶ و بالاتر) توسط مصاحبه گر مورد سنجش قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش عبارتند از: تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تجربه ترومای کودکی و وجود علائم متوسط به بالا براساس مقیاس آسیب های دوران کودکی. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: تکمیل ناقص پرسشنامه های پژوهش. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS و SPSS نسخه بیست و چهار مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه آسیب های کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱،

از حد بر احساسات و مشکلات حل نشده فرد متمرکز می شود و به جای جستجوی راه حل های سازنده، بیشتر تأثیرات منفی ایجاد می کند و آنها را بدتر می کند (۸). یک متآنالیز نشان داد که نشخوار فکری بیش از حد نسبت به سایر راهبردها مانند پذیرش، ارزیابی مجدد، اجتناب، حل مسئله یا بازداری، مضرت و ناکارآمدتر است (۱۳). بنابراین به طور کلی فرض بر این است که نشخوارفکری به عنوان یک مولفه میانجی و یکی از راهبردهای مقابله ای شناختی ناکارآمد، می تواند روند سازگاری با رویدادهای تروماتیک را در افراد ترومازده به تاخیر بیندازد و منجر به پایداری مشکلات روان شناختی در افراد شود.

برعکس نشخوارفکری که نوعی اجتناب شناختی است و به حفظ پریشانی های روان شناختی کمک می کند، ذهن آگاهی (Mindfulness) و پذیرش در سازگاری پس از تجربه تروما مفید هستند. ذهن آگاهی می تواند واسطه ارتباط بین ارزیابی منفی از رویدادهای آسیب زا و مشکلات روان شناختی باشد (۱۴). بنابراین، ذهن آگاهی ممکن است یک مکانیسم مقابله ای کلیدی در نظر گرفته شود که به کاهش اثرات منفی شناخت های ناکارآمد مرتبط با تروما کمک می کند. اصطلاح «ذهن آگاهی» ظرفیت توجه عمدی و غیرقضاوتی را در لحظه حال توصیف می کند (۱۵). ذهن آگاهی به توجه متمرکز و فاصله گرفتن از تجربیات درونی، شناخت ها و میل به کنش نمایی کمک می کند. چندین مطالعه تصادفی سازی و کنترل شده نشان داده اند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نتایج مؤثری را در بهبود پیامدهای روان شناختی در بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب نشان می دهند (۱۶، ۱۷). پیشنهاد شده است که توانایی کنترل توجه افزایش یافته توسط ذهن آگاهی می تواند برای درمان اثرات منفی بد رفتاری دوران کودکی مورد استفاده قرار گیرد. با تغییر توجه از تفکر نشخوار کننده به لحظه حال، به افراد کمک می شود، آگاه شوند که در یک الگوی فکری ناکارآمد قرار دارند، لذا مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می توانند با کاهش متوسط نشخوار فکری، احتمال عود مشکلات روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب را کاهش دهند (۱۸). بنابراین در این پژوهش نیز فرض بر این است، افراد دارای تجربه ترومای کودکی ممکن است به واسطه ذهن آگاهی پایین، مستعد پریشانی روان شناختی در بزرگسالی باشند.

به طور خلاصه شواهد تجربی قوی نشان می دهند

آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷. گزارش شده است (۲۳). روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است به طوری که همبستگی بسیار بالایی ($P < 0/001$) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (۲۳). همچنین روایی سازه و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. نمرات بالا در مقیاس ذهن آگاهی با آشفتگی پایین خلق و نشانه‌های تنیدگی کم، مرتبط است (۲۴). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای آن ۰/۸۲. گزارش شد. همچنین با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، ارتباط معنادار نشان داده است (۲۵).

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (Kessler's psychological distress questionnaire): این پرسشنامه شامل ۱۰ سوال است. نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه ای می باشد به این صورت که هیچ وقت ۱ نمره، اوقات محدودی ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره و تمام اوقات ۵ نمره تعلق می گیرد (۲۶). حداقل و حداکثر نمره صفر تا ۴۰ است. کسب نمره کمتر از ۱۳ پریشانی روان شناختی خفیف، نمره ۱۴ تا ۲۷ پریشانی روان شناختی متوسط، نمره ۲۸ تا ۴۰ پریشانی روان شناختی شدید را نشان می‌دهد. به این معنا که هر چه فرد نمره بالاتری را دریافت کند، مقیاس پریشانی روان شناختی فرد بالا خواهد بود (۲۷). در داخل ایران برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۵ به دست آمده است (۲۸). روایی ملاکی این پرسشنامه از طریق محاسبه نقطه برش آن که بازتابی از همبستگی اش با متغیر ملاک (فرم مصاحبه تشخیصی بین المللی مرکب) می باشد، تایید می شود که نقطه برش آن نیز ۸ اعلام شده است (۲۹). در بررسی های خارج از کشور نشان داده است که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است و ضریب ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۰).

یافته ها

بر اساس داده های گردآوری شده ۱۵۰ نفر (۵۱ درصد) مرد و ۱۴۷ نفر (۴۹ درصد) زن بودند. ۱۳۲ نفر (۴۴ درصد) دیپلم، ۷۰ نفر (۲۳/۳ درصد) لیسانس، ۶۳ نفر (۲۱ درصد) فوق لیسانس و ۳۵ نفر (۱۱/۷ درصد) دکترا بودند. ۱۳۹ نفر (۴۶/۳ درصد) شغل آزاد، ۶۳ نفر (۲۱ درصد) کارمند و ۹۸ نفر (۳۲/۷ درصد) خانه دار که این تعداد از بین زنان بودند. میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۳۴/۹۷ و ۶/۳۹۴ بود.

۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می‌کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می‌گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۱۹). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۲۰).

مقیاس پاسخ نشخوار فکری (Ruminative Response Scale (RRS): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۲ سوالی است که توسط نولن - هوکسما (Nolen-Hoeksema) (۲۱)، طراحی شده است. نحوه نمره گذاری براساس طیف لیکرت چهار درجه ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) می باشد. نمرات کمتر از ۳۳ نشان دهنده نشخوار فکری پایین و نمرات بیشتر نشان دهنده نشخوار فکری بالا است. همبستگی درون طبقه ای برای سنجش اعتبار با پنج بار اندازه گیری ۰/۷۵ گزارش شده است. اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد که نشان دهنده اعتبار بالای مقیاس است. همچنین همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است (۲۱). باقری نژاد و همکاران (۲۲) ضریب پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و برای ابعاد آن ۰/۹۲ و ۰/۸۹. گزارش دادند همچنین روایی پرسشنامه را از طریق آلفای همبسته کردن با پرسشنامه باورهای فراشناختی ۰/۶۵ در سطح ۰/۰۱. گزارش شد.

مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی: این مقیاس توسط براون و ریان (Brown & Ryan) (۲۳) طراحی شده و برای سنجش ذهن آگاهی بکار می‌رود. این مقیاس از اعتبار خوبی برخوردار است، به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و

سعیده شریفی و همکاران

جدول ۱. شاخص های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش (۳۰۰ نفر)

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	آماره KS	مقدار احتمال
آزار عاطفی	۱۳/۸۱	۴/۵۷	-۰/۰۸	-۱/۴۱	۰/۱۲	۰/۲۰
آزار جنسی	۱۳/۵۹	۴/۴۵	-۰/۰۶	-۱/۴۸	۰/۲۰	۰/۰۹
آزار فیزیکی	۱۵/۰۲	۳/۶۰	-۰/۵۱	-۰/۵۸	۰/۲۱	۰/۰۸
غفلت عاطفی	۱۴/۲۵	۴/۶۲	-۰/۲۵	-۱/۳۳	۰/۱۴	۰/۳۳
غفلت جسمی	۱۳/۸۴	۴/۵۰	۰/۰۹	-۱/۲۹	۰/۱۹	۰/۱۷
نمره کل تجربه ترومای کودکی	۷۰/۵۱	۱۸/۴۰	-۰/۲۷	-۱/۲۲	۰/۲۷	۰/۲۱
پربشانی روانشناختی	۳۳/۰۸	۱۲/۴۶	-۰/۰۱	-۲/۰۱	۰/۳۲	۰/۱۲
بروز دادن	۸/۳۸	۳/۵۴	۰/۶۹	-۰/۶۲	۰/۳۹	۰/۰۸
در فکر فرورفتن	۹/۰۶	۳/۵۴	۰/۷۴	-۰/۳۰	۰/۴۵	۰/۱۶
افسردگی	۱۹/۶۵	۹/۵۵	۰/۶۸	-۱/۴۰	۰/۸۶	۰/۱۱
نمره کل نشخوار فکری	۳۷/۰۹	۱۶/۱۴	۰/۷۰	-۱/۱۱	۰/۳۳	۰/۱۲
ذهن آگاهی	۲۷/۰۸	۱۱/۲۲	۰/۱۳	-۱/۷۹	۰/۳۵	۰/۱۱

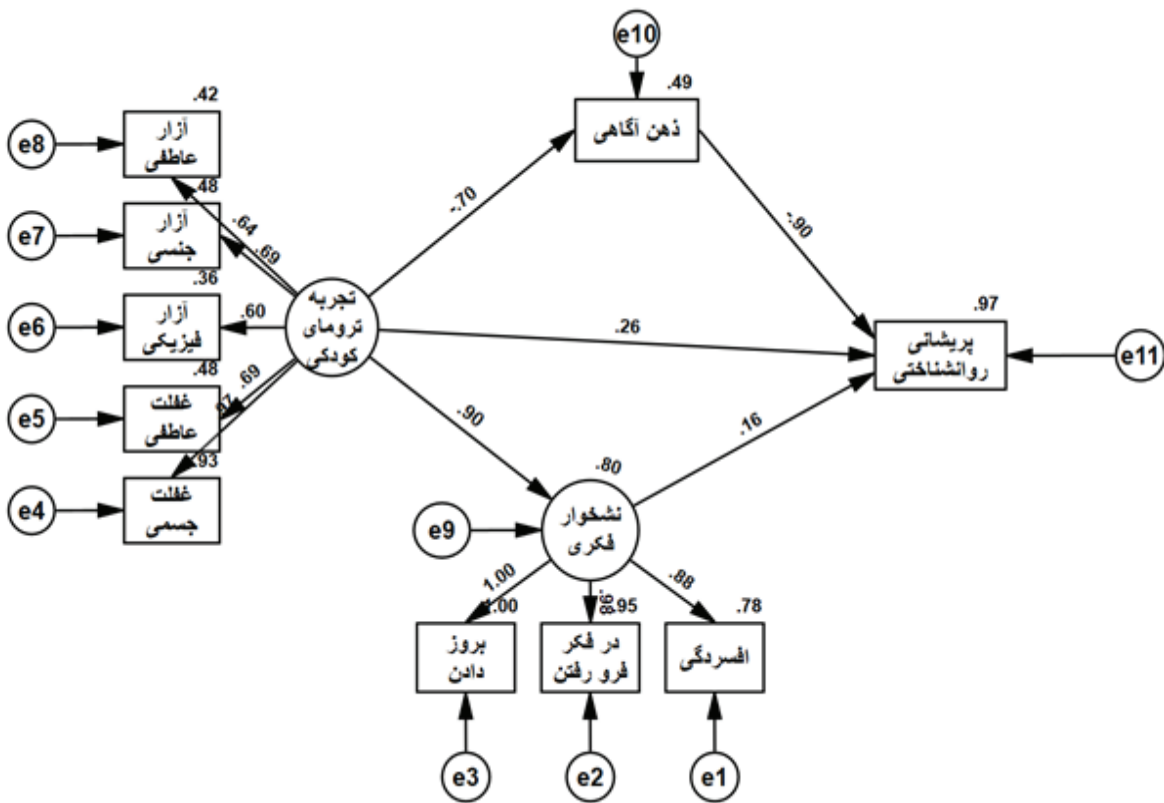
جدول ۱- تعداد، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد آزمودنی ها ۳۰ نفر بودند. پیش فرض های آماری مدل یابی معادلات ساختاری شامل بررسی حجم نمونه، نرمال بودن، استقلال خطاها و همخطی چندگانه، ماتریس همبستگی است که در ادامه به بررسی آنها پرداخته شده است. با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل یابی معادلات ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ می‌باشد، به طوری که کالین (۲۰۱۶) معتقد است برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است. از آنجایی که کل نمونه انتخاب شده در این پژوهش ۳۰۰ نفر است که نشان می‌دهد حجم نمونه پژوهش حاضر برای تخمین مدل فرضی مناسب است. همچنین از آنجایی سطوح معناداری آماره های نرمال بودن کلموگروف اسمیرنوف در جدول ۱- بزرگتر از ۰/۰۵ هستند ($P < 0.05$)، لذا توزیع نمرات دارای توزیع نرمال می باشند. مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای

پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. از آنجا که که اگر مقدار آماره ی دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ است، می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت. بنابراین می‌توان از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده کرد. همچنین نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین می‌توان نسبت به مفروضه عدم همخطی چندگانه اطمینان حاصل کرد. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می‌توان از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است. در نهایت از آنجایی که یکی از مفروضات مهم در معادلات ساختاری وجود روابط همبستگی معنادار بین متغیرهاست در جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- پریشانی روانشناختی												
۲- آزار عاطفی	۰/۵۰**											
۳- آزار جنسی	۰/۴۸**	۰/۶۳**										
۴- آزار فیزیکی	۰/۳۹**	۰/۴۵**	۰/۵۴**									
۵- غفلت عاطفی	۰/۵۳**	۰/۷۷**	۰/۷۶**	۰/۵۶**								
۶- غفلت جسمی	۰/۷۲**	۰/۶۰**	۰/۶۷**	۰/۵۵**	۰/۶۱**							
۷- نمره کل تروما	۰/۶۲**	۰/۷۶**	۰/۷۱**	۰/۷۱**	۰/۶۸**	۰/۷۱**						
۸- بروز دادن	۰/۶۴**	۰/۴۵**	۰/۴۷**	۰/۵۸**	۰/۶۰**	۰/۶۸**	۰/۷۰**					
۹- در فکر فرو رفتن	۰/۶۰**	۰/۳۷**	۰/۳۷**	۰/۵۲**	۰/۵۱**	۰/۶۴**	۰/۶۲**	۰/۷۷**				
۱۰- افسردگی	۰/۷۶**	۰/۴۰**	۰/۴۴**	۰/۵۳**	۰/۵۰**	۰/۶۵**	۰/۶۴**	۰/۶۸**	۰/۶۹**			
۱۱- نمره کل نشخوار	۰/۷۲**	۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۵۵**	۰/۵۴**	۰/۶۸**	۰/۶۷**	۰/۶۵**	۰/۶۶**	۰/۶۸**		
۱۲- ذهن آگاهی	۰/۷۷**	۰/۴۵**	۰/۴۴**	۰/۳۸**	۰/۴۹**	۰/۶۸**	۰/۵۸**	۰/۶۳**	۰/۵۹**	۰/۷۴**	۰/۷۱**	

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

آن است که پریشانی روانشناختی با میانجی ذهن آگاهی و نشخوار فکری در مجموع ۹۷ درصد از واریانس تجربه ترومای دوران کودکی را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل ساختاری در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می دهد. مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای پریشانی روانشناختی بر اساس تجربه ترومای کودکی با نقش میانجی ذهن آگاهی و نشخوار فکری برابر با ۰/۹۷ به بدست آمد، این موضوع بیانگر

جدول ۳: شاخص های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۹۵/۹۳۹	-
	درجه آزادی (DF)	۳۲	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی یا X^2/df یا CMIN/df	۲/۹۹۸	کمتر از ۳
شاخصهای نسبی	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳۴	کمتر از ۰/۰۸
	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۴۱	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۴۵	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳۷	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۰۲	بیشتر از ۰/۹۰

اساس جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) ۰/۰۰۱ و شاخص RMSEA برابر ۰/۰۳۴ می باشد که نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و بر اساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در پریشانی روانشناختی پرداخت.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از ۰/۹۰ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که بر

جدول ۴: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	p
ترومای کودکی	پریشانی روانشناختی	۰/۲۶۲	۰/۷۵۰	۰/۰۹۳	۸/۰۴۱	۰/۰۰۱
ذهن آگاهی	پریشانی روانشناختی	-۰/۸۹۶	-۰/۹۹۶	۰/۰۱۸	-۵۶/۴۲۱	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	پریشانی روانشناختی	۰/۱۶۳	۰/۲۴۱	۰/۰۴۴	۵/۵۱۹	۰/۰۰۱

روانشناختی ($\beta = -0/896, T = -56/421$) و مسیر مستقیم متغیر نشخوار فکری بر پریشانی روانشناختی ($T = 5/519, \beta = 0/163$) معنادار بود. در ادامه جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ استفاده شده است. نتایج روش بوت استروپ برای بررسی مسیرهای واسطه ای غیرمستقیم در جدول ۵- ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی ($+1/96$ و $-1/96$) قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم متغیر ترومای کودکی بر پریشانی روانشناختی ($T = 8/041, \beta = 0/262$)، مسیر مستقیم متغیر ذهن آگاهی بر پریشانی

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	ذهن آگاهی	پریشانی روانشناختی	-۰/۳۸۶	-۰/۴۰۹	-۰/۵۵۵	۰/۰۰۲
ترومای کودکی	نشخوار فکری	پریشانی روانشناختی	۰/۴۶۲	۰/۳۷۰	۰/۴۱۵	۰/۰۱۰

کودکی بر پریشانی روانشناختی از طریق نقش میانجی ذهن آگاهی معنی دار است ($p < 0/05, \beta = -0/386$). اثر غیرمستقیم متغیر ترومای کودکی بر پریشانی روانشناختی از طریق نقش

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ترومای

میانجی نشخوار فکری معنی دار است ($b=0/462, p<0/05$).

بحث

این مطالعه به بررسی رابطه بین تجربه ترومای کودکی با پریشانی روان شناختی در بزرگسالان با نقش میانجی نشخوار فکری و ذهن آگاهی پرداخت. براساس مبانی نظری، الگویی ارائه شد و مورد آزمون قرار گرفت. نتایج تحلیل نیز در باب مدل پیشنهادی با داده های این پژوهش برازش خوبی برقرار کرد.

یافته های پژوهش نشان داد که اثر مستقیم تجربه ترومای کودکی بر پریشانی روان شناختی معنی دار است. این مطالعه با پژوهش های کیم (Kim) و همکاران (۲)، کراتزر (Kratzer) و همکاران (۳)، ژانگ (Zhang) و همکاران (۴) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان به فرضیه افزایشی (فروزش) و اثر حساس سازی اشاره نمود. برخی محققان بر این باورند که ترومای دوران کودکی می تواند حساسیت را افزایش دهد یا آسیب پذیری فرد را نسبت به رویدادهای منفی افزایش دهد، یعنی رویدادهای جزئی ممکن است واکنش عاطفی قوی (پریشانی روان شناختی) را در آینده ایجاد کند (۴). در تبیین دیگر نیز می توان گفت که تروماهای دوران کودکی و استرس های مداوم در زندگی کودکی، سیستم های عصبی مرکزی را که در پاسخ به استرس و تنظیم هیجان درگیرند، آسیب پذیر می سازد. به عبارت دیگر آسیب های دوران کودکی مانع از گسترش توانایی تنظیم هیجان به شیوه ای سالم می شود. درواقع تروماهای دوران کودکی، به ویژه آسیب های تکرار شده بین مراقب و کودک، با اکتساب مهارت های تنظیم هیجانی مناسب تداخل می کند (۳). متعاقباً نقص در تنظیم هیجان نیز به عنوان هسته آسیب زای اضطراب، افسردگی و استرس (پریشانی روان شناختی) تلقی می شود. همچنین می توان اظهار داشت که افرادی که در معرض تروما و بدرفتاری در دوران کودکی قرار می گیرند، ممکن است فرصت یادگیری کافی برای مقابله با رویدادهای استرس زا را نداشته باشند، که این به نوبه خود خطر اضطراب و افسردگی را افزایش می دهد. بنابراین مبتنی بر تبیین های ذکر شده، رابطه بین تروماهای دوران کودکی و پریشانی های روان شناختی منطقی به نظر می رسد.

یافته های پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی بر پریشانی روان شناختی با میانجیگری

نشخوار فکری معنی دار است. نتایج پژوهش های کیم (Kim) و همکاران (۲)، راس (Raes) و همکاران (۹) و اسکوایز (Squires) و همکاران (۱۰) با یافته ای این پژوهش همسو است. در تبیین یافته های این پژوهش مبتنی بر مبانی نظری و پژوهشی، می توان چندین احتمال را در نظر گرفت. مطالعات پیشین نشان دادند که بدرفتاری دوران کودکی ممکن است یکی از مقدمات رشد نشخوار فکری باشد، نشخوار فکری نیز، یک عامل مهم در مسیر بین ترومای دوران کودکی و شرایط مربوط به خلق و خوی بعدی در زندگی (مانند بی ثباتی عاطفی، اضطراب و افسردگی) است (۲، ۳۱). به طور کلی، آسیب های دوران کودکی به راحتی قابل بحث نیست و سرکوب می شوند، به طوری که ممکن است منجر به یک سبک شناختی نشخوار کننده شوند و پیامدهای روان شناختی مختلف نیز ممکن است محصول این سبک اجتنابی و نشخوار کننده باشد. در تبیین دیگر می توان گفت، نشخوار فکری پس از استرس، عدم عادت پاسخ های محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) را پیش بینی می کند. افزایش نشخوار فکری پس از تجربه یک عامل استرس زا جدید، پیش بینی کننده افزایش واکنش کورتیزول به استرس در زمان بعدی (دوم) است (۳۲). این شواهد نشان می دهد که نشخوار فکری یکی از مکانیسم های احتمالی میانجی کننده الگوهای پاسخ استرس ناسازگار است و ممکن است مسیری منجر به شکل گیری پیامدهای منفی روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب ارائه دهد. همچنین نشخوار فکری در افراد ترومازده، از طرق مختلف، از جمله با حفظ افکار منفور و مرتبط با حادثه در حافظه فعال، اخذ و بازتولید تجارب آسیب زا، تلاش بی ثمر جهت درک دلایل و نتایج احتمالی رویدادهای منفی و تمرکز بیش از حد بر احساسات و مشکلات حل نشده، پیامدهای روان شناختی منفی (مانند افسردگی و اضطراب) ایجاد می کنند. لذا می توان انتظار داشت که تجربه ترومای کودکی علاوه بر اثر مستقیم، از طریق نشخوار فکری نیز بر روی پریشانی های روان شناختی اثر غیرمستقیم داشته باشد. یافته دیگر پژوهش نشان داد که اثر غیرمستقیم تجربه ترومای کودکی بر پریشانی روان شناختی با میانجی گری ذهن آگاهی معنی دار است. به این معنا که در افراد ترومازده، ذهن آگاهی بالاتر، پریشانی روان شناختی کمتری را پیش بینی می کند و برعکس. یافته های این مطالعه با پژوهش های ژانگ (Zhang) و همکاران (۴)، کابات زین

تجربه ترومای کودکی با پریشانی روانشناختی بزرگسالان ایفا می کند. بنابراین می-توان گفت که یافته های این پژوهش یک مفهوم بالینی مهم به ما ارائه می دهد مبنی بر اینکه، سبک های شناختی نشخوارکننده باید هدفی برای درمان در قربانیان ترومای دوران کودکی، برای جلوگیری از اختلالات خلقی باشند. همچنین یافته های کنونی از پیشنهاد، استفاده از درمان ذهن آگاهی برای کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران، حمایت می کند. به علاوه مطالعه حاضر دارای محدودیت های است که باید کنار نتیجه گیری پژوهش، مورد توجه قرار گیرند. با توجه به اینکه پژوهش بر روی افراد ترومازده (جنسی، عاطفی و ..) انجام شده و ابزار سنجش نیز خودگزارشی بوده است، لذا احتمال سوگیری در گزارش ما وجود دارد. کاربرد تعمیم نتایج این یافته ها بر روی تروماهای طبیعی و سایر جمعیت ها و فرهنگ ها محدود است. مطالعه مقطعی، به ما اجازه استنباط روابط علی را نمی دهد. پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی به نقش متغیرهای جمعیت شناختی و همچنین نقش متغیرهای میانجی این مطالعه، بر روی سایر اختلالات به ویژه اختلال استرس پس از سانحه پرداخته شود و در آخر نیز پیشنهاد می گردد، برنامه های آموزشی و مداخلات لازم جهت افزایش ذهن آگاهی و کاهش نشخوار فکری در افراد دارای تجربه ترومای کودکی توسعه یابد.

سیاسگزاری

از کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اظهار می دارند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Marwaha S, Gordon-Smith K, Broome M, Briley PM, Perry A, Forty L, Craddock N, Jones I, Jones L. Affective instability, childhood trauma and major affective disorders. *Journal of affective disorders*. 2016 Jan 15; 190:764-71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.024>
2. Kim JS, Jin MJ, Jung W, Hahn SW, Lee SH. Rumination as a mediator between childhood trauma and adulthood depression/

(Kabat-Zinn) (۱۵) و وین بک (Winnebeck) و همکاران (۱۶) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که ذهن آگاهی یک روش مقابله ای موثر است که برای غلبه بر فرایندهای تروماتیک استفاده می شود (۳۵). افراد با ذهن آگاهی بالاتر نسبت به تجارب مختلف انعطاف پذیری بیشتری دارند و بهتر می توانند مشکلات روان شناختی خود را کاهش دهند. در واقع ذهن آگاهی، آگاهی و پذیرش در لحظه حال را منتقل می کند و افراد ترومازده را به قابلیت های مجهز می سازد تا کمتر تحت تاثیر علائم غالب مانند اضطراب، استرس و افسردگی قرار گیرند (۳۶). به عبارت دیگر ذهن آگاهی خلاقیت را بهبود می بخشد، خلق را بالا می برد، حافظه کاری را تقویت می کند و تاب آوری را افزایش می دهد (۳۷). از لحاظ نظری، ذهن آگاهی به عنوان یک مهارت مفید می تواند راهی مفید برای سازگاری با تجارب تروماتیک، تغییرات مداوم و کنار آمدن با اضطراب و افسردگی ارائه دهد. به طور کلی گزارش بافرینگ استرس (stress buffering) توسط لیندزی و کروزل (Lindsay and Creswell) (۳۸) بیان می کند که ذهن آگاهی احتمالاً اثرات مفید خود را با کاهش واکنش به استرس و کاهش ارزیابی استرس اعمال می کند. به عبارت دیگر می توان گفت که واکنش پذیری شناختی و مشارکت در تفکر نشخوارکننده ناسازگار کاهش می یابد و این به افراد ترومازده، کمک می کند تا بهتر بتوانند پاسخ ها به خلق منفی را تنظیم کنند و به نوعی ظرفیت مشاهده گری در آنها افزایش یابد. بنابراین در مجموع می توان گفت که در این مطالعه، میانجی گری ذهن آگاهی، بین تجربه ترومای کودکی و پریشانی روان-شناختی، براساس تبیین های بیان شده، منطقی است.

نتیجه گیری

به طور کلی، نشخوارفکری و ذهن آگاهی نقش میانجی بین

- anxiety in non-clinical participants. *Frontiers in psychology*. 2017 Sep 25; 8:1597. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01597>
3. Kratzer L, Heinz P, Pfitzer F, Padberg F, Jobst A, Schennach R. Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2018 Jan 1; 2(1):5-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.004>

4. Zhang L, Ma X, Yu X, Ye M, Li N, Lu S, Wang J. Childhood trauma and psychological distress: a serial mediation model among Chinese adolescents. *International journal of environmental research and public health*. 2021 Jun 24; 18(13):6808. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136808>
5. Kayson D, Scher CD, Mastnak J, Resick P. Cognitive mediation of childhood maltreatment and adult depression in recent crim victims. *Behavior therapy*. 2005; 36:2350244. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80072-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80072-3)
6. Hankin BL. Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*. 2005 Dec; 29:645-71. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9631-z>
7. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*. 1991 Nov; 100(4):569. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.100.4.569>
8. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*. 2008 Sep; 3(5):400-24. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
9. Raes F, Hermans D, Williams JM, Beyers W, Eelen P, Brunfaut E. Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of abnormal psychology*. 2006 Nov; 115(4):699. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.699>
10. Squires SD, Hu M, Milev RV, Poppenk J. The impact of non-infection pandemic stress on depression and anxiety severity: Investigating mediation by intrusive and deliberate rumination. *Journal of Affective Disorders*. 2022 Aug 1; 310:291-5. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.039>
11. Wardenaar KJ, van Veen T, Giltay EJ, Zitman FG, Penninx BW. The use of symptom dimensions to investigate the longitudinal effects of life events on depressive and anxiety symptomatology. *Journal of affective disorders*. 2014 Mar 1; 156:126-33. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.004>
12. Mao L, Li P, Wu Y, Luo L, Hu M. The effectiveness of mindfulness-based interventions for ruminative thinking: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*. 2022 Oct 24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.10.022>
13. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010 Mar 1; 30(2):217-37. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
14. Glück TM, Tran US, Raninger S, Lueger-Schuster B. The influence of sense of coherence and mindfulness on PTSD symptoms and posttraumatic cognitions in a sample of elderly Austrian survivors of World War II. *International Psychogeriatrics*. 2016 Mar; 28(3):435-41. <https://doi.org/10.1017/S104161021500143X>
15. Kabat-Zinn J. *Wherever you go there you are. Mindfulness meditation in*. 1994, New York: Hyperion.
16. Winnebeck E, Fissler M, Gärtner M, Chadwick P, Barnhofer T. Brief training in mindfulness meditation reduces symptoms in patients with a chronic or recurrent lifetime history of depression: A randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*. 2017 Dec 1; 99:124-30. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.10.005>
17. Cladder-Micus MB, Speckens AE, Vrijzen JN, T. Donders AR, Becker ES, Spijker J. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and anxiety*. 2018 Oct; 35(10):914-24. <https://doi.org/10.1002/da.22788>
18. Perestelo-Perez L, Barraca J, Penate W, Rivero-Santana A, Alvarez-Perez Y. Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017 Sep 1; 17(3):282-95. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.004>
19. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
20. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021 Jun; 1(97):98.
21. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*. 1991 Jul; 61(1):115.

- <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
22. Bagherinezhad M, Salehi Fardadi J, Tabatabayi SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Foundations of Education*. 2010 Aug 23; 11(1).
 23. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84(4): 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
 24. Carlson LE, Brown KW. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *J Psychosom Res*. 2005; 58(1): 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.04.366>
 25. Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(2): 154-162.
 26. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*. 2003 Feb 1; 60(2):184-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
 27. Van Bronswijk SC, Bruijniks SJ, Lorenzo-Luaces L, Derubeis RJ, Lemmens LH, Peeters FP, Huibers MJ. Cross-trial prediction in psychotherapy: External validation of the Personalized Advantage Index using machine learning in two Dutch randomized trials comparing CBT versus IPT for depression. *Psychotherapy Research*. 2021 Jan 2; 31(1):78-91. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1823029>
 28. Behbahani Mandizadeh, A., Homaei, R. The casual relationship Stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women. *Journal of Family Research*, 2020; 16(1): 55-76. <https://doi.org/10.29252/jfr.16.1.4>
 29. Yaghubi H. Psychometric properties of the 10 questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly*. 2016; 6(4):45-57.
 30. Romero M, Marín E, Guzmán-Parra J, Navas P, Aguilar JM, Lara JP, Barbancho MÁ. Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2021 Feb 1; 94(2):99-106. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.03.014>
 31. Nolen-Hoeksema S. The response styles theory. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. 2003 Jan 1:105-23. <https://doi.org/10.1002/9780470713853.ch6>
 32. Gianferante D, Thoma MV, Hanlin L, Chen X, Breines JG, Zoccola PM, Rohleder N. Post-stress rumination predicts HPA axis responses to repeated acute stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2014 Nov 1; 49:244-52. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.07.021>
 33. Aas M, Aminoff SR, Lagerberg TV, Etain B, Agartz I, Andreassen OA, Melle I. Affective lability in patients with bipolar disorders is associated with high levels of childhood trauma. *Psychiatry Research*. 2014 Aug 15; 218(1-2):252-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.046>
 34. Galatzer-Levy IR, Huang SH, Bonanno GA. Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical psychology review*. 2018 Jul 1; 63:41-55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>
 35. Saricali M, Satici SA, Satici B, Gocet-Tekin E, Griffiths MD. Fear of COVID-19, mindfulness, humor, and hopelessness: A multiple mediation analysis. *International journal of mental health and addiction*. 2022 Aug; 20(4):2151-64. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00419-5>
 36. Belen H. Fear of COVID-19 and mental health: The role of mindfulness in during times of crisis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022 Feb; 20(1):607-18. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00470-2>
 37. Handley NR, Tomescu O, Lopez AM. Well-being during a time of crisis and beyond: supporting a culture of mindfulness in oncology practices. *JCO Oncology Practice*. 2020 Nov; 16(11):713-7. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00334>
 38. Creswell JD, Lindsay EK. How does mindfulness training affect health? A mindfulness stress buffering account. *Current directions in psychological science*. 2014 Dec; 23(6):401-7. <https://doi.org/10.1177/0963721414547415>