

The comparison of patience components among patients with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals

Khormaei F. *PhD*[✉], Farmani A. *MSc*¹, Kalantari S. *MSc*²

[✉]Department of Educational Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

¹ Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

² Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Received: 2014.7.26

Accepted: 2015.3.11

Abstract

Introduction: Patience is the most moral construct that is emphasized in the holy Quran and has a significant role in promoting mental and physical health. The aim of the present study was to compare patience components (Transcendence, Tolerance, Consent, Persistence, Delay) among patients with major depression, generalized anxiety disorder and normal individuals.

Method: depression disorder and generalized anxiety disorder. Thirty patients with MDD, 30 patients with GAD and 30 normal individuals were recruited among them via an available sampling method. Moreover, the three groups were matched on the basis of age, gender and lack of medical and other mental diseases. Participants completed Beck Depression Inventory (BDI- II), Spielberger State – Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Patience Scale.

Results: The results indicated that there were significant differences between the three groups with regards to the components of patience. In other words, anxious individuals in comparison with depressed and normal individuals got higher scores in the component of Transcendence. Moreover, normal individuals compared to anxious and depressed individuals got higher scores in the component of Tolerance. Normal individuals also got higher scores in the component of Consent compared to the two groups. Depressed and anxious individuals in comparison with normal individuals got higher scores in the component of Persistence. Finally, the depressed group compared to the normal group showed higher scores in the component of Delay.

Conclusion: It can be concluded that applying patience components in the treatment of depressed and anxious patients is necessary.

Keywords: Transcendence, Tolerance, Consent, Persistence, Delay

مقایسه مولفه‌های صبر در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب تعمیم‌یافته و افراد بهنجار

فرهاد خرمائی[✉]، اعظم فرمائی^۱، شکیبا کلانتری^۲

[✉]گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

^۲گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۴

چکیده

مقدمه: صبر از مهم‌ترین فضیلت‌های اخلاقی است که در قرآن کریم بر آن تأکید فراوان شده است و نقش مهمی در سلامت روانی و جسمی انسان ایفا می‌کند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی مؤلفه‌های صبر (متعالی شدن، شکیبایی، رضایت، استقامت و درنگ) در سه گروه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب تعمیم‌یافته و افراد بهنجار بود.

روش: مشارکت‌کنندگان در پژوهش بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب تعمیم‌یافته بودند که در این میان ۳۰ نفر با تشخیص اختلال افسردگی اساسی، ۳۰ نفر با تشخیص اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و یک گروه ۳۰ نفری از افراد بهنجار نیز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. هر سه گروه (افسرده، مضطرب و بهنجار) بر حسب متغیرهای سن، جنس، فقدان بیماری‌های جسمی و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های روانی هم‌تاسازی شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب اشیپلبرگر و مقیاس صبر بود.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از آن است که در تمام مؤلفه‌های صبر میان سه گروه، تفاوت‌های معناداری وجود دارد. بدین صورت که افراد مضطرب در مولفه‌ی متعالی شدن صبر نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده و افراد بهنجار کسب کردند. علاوه بر این، افراد بهنجار در مولفه‌ی شکیبایی نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده و مضطرب بدست آوردند. نتایج مطالعه نشان داد گروه بهنجار در مولفه‌ی رضایت نیز نمرات بالاتری نسبت به دو گروه دیگر نشان دادند و افراد افسرده و مضطرب نسبت به گروه بهنجار نمرات بالاتری در مولفه‌ی استقامت بدست آوردند. همچنین گروه افسرده نمرات بالاتری نسبت به افراد بهنجار در مولفه‌ی درنگ کسب کردند.

نتیجه‌گیری: معنای ضمنی نتایج پژوهش این است که ضرورت دارد مولفه‌های صبر به عنوان عاملی موثر در درمان و مشاوره با بیماران افسرده و مضطرب مورد توجه و بررسی علمی قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: متعالی شدن، شکیبایی، رضایت، استقامت، درنگ

مقدمه

بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم)، اختلال افسردگی اساسی با تغییرات آشکاری در عاطفه، شناخت و کارکردهای عصبی-زیستی که در طی یک دوره دو هفته‌ای بروز می‌کند، مشخص می‌شود. این اختلال از جمله اختلالات شایع می‌باشد و پیامدهای فردی و اجتماعی منفی به دنبال دارد. به عنوان مثال، از میان افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، درد و بیماری‌های جسمی بیشتری را تجربه می‌کنند و همچنین در کارکردهای فیزیکی و اجتماعی خود نیز افت بیشتری را نشان می‌دهند [۱] این گونه پیامدهای منفی فردی، هزینه‌های بخش بهداشت و درمان را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد.

افسردگی با مجموعه‌ای از مشکلات در خودکنترلی ارتباط دارد. کانفر (۱۹۷۰) خودکنترلی را به عنوان فرآیندهایی که از طریق آن فرد احتمال وقوع یک پاسخ را در غیاب حمایت‌های فوری بیرونی تغییر می‌دهد، تعریف می‌کند. این فرآیندها دربرگیرنده مدل پس‌خوراند حلقه‌ای خودتنظیمی، خودارزیابی و خودتقویتی است. فرآیند خودتنظیمی در افراد افسرده حداقل تحت تاثیر دو عامل با نقایصی رو به رو است. اول اینکه، به نظر می‌رسد که افراد افسرده به طور انتخابی به رویدادهای منفی توجه بیشتری می‌کنند، و دوم اینکه افراد افسرده به طور انتخابی به پیامدهای فوری رفتارهای خود بیشتر توجه دارند. افراد افسرده در فرآیند خودارزیابی نیز تحت تاثیر دو عامل با مشکلاتی مواجه هستند. اول اینکه افراد افسرده بیشتر از اسنادهای بیرونی استفاده می‌کنند. همچنین افراد افسرده در فرآیند خودارزیابی، از معیارهای سختگیرانه‌ای استفاده می‌نمایند. افراد افسرده در مرحله‌ی خودتقویتی نیز با مشکلاتی مواجه هستند. این افراد به جای خودپاداش دهی، بیشتر از خودتنبیهی استفاده می‌کنند [۲] پژوهش اسکات، دیرینگ و رینولدز [۳] نیز نشان داد که افسردگی با فرایندهای خودتنظیمی شناختی به طور معناداری همبستگی دارد. دیگر پژوهش‌ها [۴-۶] نیز نشان داده اند که افسردگی با نقایصی در خودتنظیمی همراه است. همچنین پژوهش‌ها [۷-۱۰] نشان دهنده‌ی مشکلات بیماران افسرده در بازداری است. این گونه افراد در مقایسه با افراد بهنجار تکانشگری بالاتری را نیز تجربه می‌کنند [۱۱-۱۴].

اختلال اضطراب متمم‌یافته اختلال شایع دیگری است که موجب ایجاد پیامدهای منفی فردی و اجتماعی می‌گردد. بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم)، نگرانی و اضطراب مفرط در مورد دامنه‌ای از رویدادها و فعالیت‌ها در اکثر ایام و طی یک دوره حداقل شش ماهه از ویژگی‌های اختلال اضطراب متمم‌یافته می‌باشد. در این اختلال، کنترل نگرانی و اضطراب برای فرد دشوار است و با حداقل سه علامت از علائم اضطراب همراه می‌باشد. نگرانی مفرط در این بیماران به توانایی فرد در انجام سریع و موثر کارها چه در خانه و چه در محیط کاری آسیب می‌رساند [۱] اضطراب نیز مانند افسردگی با مشکلاتی در

بازداری، خودتنظیمی و خودکنترلی [۱۵-۲۱] ارتباط دارد. همچنین پژوهش‌ها [۱۱، ۲۲-۲۴] نشان دهنده‌ی ارتباط میان اضطراب و تکانشگری بوده اند.

با توجه به آنچه که در مورد مشکلات افراد افسرده و مضطرب در خودکنترلی، خودتنظیمی، بازداری و تکانشگری مطرح شد، به نظر می‌رسد که این گونه افراد در مولفه‌های صبر نیز با مشکلاتی مواجه باشند. بیان این موضوع به این معنا نیست که مفهوم صبر با مفاهیم فوق‌الذکر برابر است. اما می‌توان این گونه عنوان کرد که صبر مفهوم وسیعی است که مفاهیم فوق‌الذکر را نیز در بردارد، اما مکانیسم و مولفه‌هایی بسیار فراتر از این مفاهیم دارد.

صبر فضیلتی اخلاقی است و به استقامت، شکیبایی، خویشنداری، رضایت و متعالی شدن فرد در موقعیت‌هایی اشاره دارد که برای او دشوار و ناخوشایند است [۲۵] در این تعریف، صبر فرآیند فعالانه‌ای است که موجب می‌شود فرد در مواجهه با موقعیت‌های دشوار و گاه غیرقابل تغییر ناله و شکایت نکرده و بردباری ورزد، همچنین در انجام امور و فعالیت‌ها پایداری و ثبات داشته و در مقابل خواسته‌ها و امیال درونی خویشنداری نماید و سختی‌ها و ناملازمات را وسیله‌ای برای رسیدن به تعالی قرار دهد. جدیدترین مدل مطرح شده در مورد صبر توسط خرمائی و همکاران [۲۶] ارایه شده است. در این مدل با استناد به کلیه‌ی آیات مرتبط با صبر در قرآن کریم، صبر به پنج مولفه تقسیم شده است که این مولفه‌ها عبارتند از: ۱- متعالی شدن (تحمل سختی‌ها، مصایب و ناملازمات جهت رسیدن به قرب الهی و رشد معنوی)؛ ۲- شکیبایی (بردباری و تحمل مصایب و سختی‌ها)، رضایت (پذیرش وضع موجود بدون گله و شکایت و قبول آنچه که فرد دارد)، استقامت (پایداری و ثبات در انجام امور و مداومت در کار و فعالیت) و درنگ (خویشنداری در مقابل خواسته‌ها و کنترل امیال درونی) [۲۶] از تعریف صبر و مولفه‌های آن می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که این سازه دینی- روانشناختی با خودکنترلی، خودتنظیمی، بازداری و تکانشگری یکسان نیست. به نظر می‌رسد که برخی از مولفه‌های صبر با این متغیرها مشابهت‌هایی داشته باشد، اما صبر معنایی فراتر از متغیرهای فوق‌الذکر به همراه دارد. /سنیتکر و /مونر [۲۷] نیز مطرح کرده اند که صبر صرفاً خودتنظیمی نیست و علت این مسئله تا حدودی به این دلیل است که صبر دارای یک جنبه درونی و هیجانی است. در پژوهش /سنیتکر [۲۸] صبر همبستگی متوسطی با راهبرد تنظیم هیجانی ارزیابی مجدد نشان داد و در پژوهش /تاجنی، /بامستر و /بون [۲۹] همبستگی میان صبر و خودکنترلی متوسط گزارش شده است. این گونه همبستگی‌ها نشان می‌دهد که صبر سازه‌ای مشابه و در عین حال مجزا از خودکنترلی و تنظیم هیجانی است [۳۰]

صبر از افراد در مقابل عاطفه منفی محافظت می‌کند و عاطفه مثبت را افزایش می‌دهد [۲۷، ۳۱] همچنین صبر با رضایت از زندگی، امیدواری و عزت نفس همبستگی مثبت معنادار [۳۱] و با افسردگی، احساس تنهایی و موضوعات مرتبط با سلامتی مانند سردرد

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم Beck depression inventory (BDI-II) این پرسش نامه توسط بک، / ستار و براون [۳۴] ساخته شده است. پرسش نامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال می باشد که محتوای ۱۵ سؤال مرتبط با علایم روانشناختی و ۶ سؤال مرتبط با علایم جسمانی است. همه سؤالات شدت اختلال را بر مبنای مقیاس لیکرت (صفر تا سه) ارزیابی می کنند. نمره ی کل فرد از طریق جمع نمرات کلیه سؤالات در دامنه صفر تا ۶۳ حاصل می شود. بر اساس پیشنهاد بک، نمره صفر تا ۹ فقدان افسردگی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۶۳-۳۰ نشانگر افسردگی شدید است. در پژوهشی که توسط دابسون و محمدخانی [۳۵] صورت گرفت، ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. گودرز [۳۶] اعتبار این پرسشنامه را از طریق همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش نموده است.

پرسشنامه اضطراب اشیپیلرگر: این پرسشنامه توسط اشیپیلرگر [۳۷] ساخته شد. این ابزار حاوی ۴۰ سؤال می باشد که ۲۰ سؤال، اضطراب حالت و ۲۰ سؤال اضطراب صفت را می سنجد. سؤال ها بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرتی نمره گذاری می شوند. در مطالعه ای [۳۸] همسانی درونی و ضریب اعتبار آزمون-بازآزمون این پرسشنامه عالی گزارش شد. همچنین در مطالعه مهرم [۳۹] همسانی درونی هر دو مقیاس از طریق آلفای کرونباخ بر روی یک گروه ۶۰۰ نفری محاسبه گردید. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب حالت و اضطراب صفت در پژوهش این محقق به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ کل پرسش نامه ۰/۹۴ محاسبه گردیده است.

مقیاس صبر: این مقیاس با استفاده از مولفه های قرآنی و روایتی صبر توسط خرمائی، فرمانی و سلطانی [۲۶] تهیه شده است. به عبارتی با استناد به مولفه های قرآنی صبر عبارتهایی طراحی شده و این عبارتهای در قالب ۲۵ گویه در مقیاس صبر آورده شده است. نتایج تحلیل عاملی مقیاس صبر به روش مولفه های اصلی همراه با چرخش واریماکس نشان دهنده ی وجود ۵ مولفه ی صبر بود که به ترتیب متعالی شدن، شکیبایی، رضایت، استقامت و درنگ نامگذاری شدند. این ۵ مولفه ۵۲ درصد از واریانس کل نمونه را توضیح دادند. همچنین نتایج همسانی درونی شواهدی مبنی بر روایی همگرا و افتراقی مقیاس صبر نشان داد. به منظور سنجش اعتبار مقیاس صبر از روش محاسبه ی ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از ۰/۶۰ تا ۰/۸۴ بود و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس نیز ۰/۸۶ محاسبه شد [۲۶].

به منظور تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، در بخش آمار توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

همبستگی منفی معنادار نشان داده است [۲۷، ۳۱]. پژوهش خرمائی و فرمانی [۳۲] نیز نشان داد که مولفه های صبر توانایی پیش بینی ناامیدی را دارند. بر طبق نتایج این پژوهش، مولفه های متعالی شدن، رضایت و استقامت ناامیدی را به صورت منفی پیش بینی نموده است. همچنین پژوهش حسین ثابت [۳۳] نشان داد که راهبردهای آموزش صبر در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش شادکامی نوجوانان موثر است. با توجه به آنچه که مطرح شد، به نظر می رسد که افراد افسرده و مضطرب در هنگام مواجهه با موقعیت های سخت، شکست ها و رویدادهای تلخ نمی توانند شکیبایی ورزند و ممکن است این گونه افراد در سایر مولفه های صبر نیز با مشکلاتی مواجه باشند. دانستن این مسئله که آیا میان افراد افسرده، مضطرب و بهنجار از نظر مولفه های صبر تفاوت هایی وجود دارد یا خیر، می تواند به روانشناسان و مشاوران در ارتقای مداخلات مبتنی بر صبر و مولفه های آن کمک کند. همچنین با توجه به پیامدهای مثبت صبر در زندگی روزمره افراد و به خصوص افراد مبتلا به اختلالات روانی و اهمیت آن در ارتقای سلامت روان، انجام پژوهش های گسترده در این زمینه ضروری به نظر می رسد. در این راستا پژوهش حاضر به مقایسه مولفه های صبر در سه گروه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب تعمیم یافته و افراد بهنجار پرداخته است.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی و اضطراب تعمیم یافته بود که به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی مشهد مراجعه کرده بودند. از میان این افراد، تعداد ۳۰ نفر با تشخیص اختلال افسردگی اساسی و ۳۰ نفر با تشخیص اختلال اضطراب تعمیم یافته به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. یک گروه ۳۰ نفری از افراد بهنجار فاقد اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب تعمیم یافته نیز از میان کارکنان دانشگاه علوم پزشکی مشهد انتخاب و هر سه گروه (افسرده، مضطرب و بهنجار) بر حسب متغیرهای سن، جنسیت، فقدان بیماری های جسمی و عدم ابتلا به سایر بیماری های روانی همتاسازی شدند. ملاک های انتخاب آزمودنی ها عبارت از: ۱- تشخیص روانپزشک مرکز مبتنی بر اصلی بودن اختلال اضطرابی یا افسردگی. ۲- انجام مصاحبه ی بالینی با بیماران بر اساس ملاک های DSM-IV-TR. ۳- اجرای پرسشنامه های افسردگی بک و اضطراب اشیپیلرگر بود. بدین صورت که گروه افسرده می بایست نمره بالا در افسردگی و نمره پایین در اضطراب، گروه مضطرب، نمره بالا در اضطراب و نمره پایین در افسردگی و گروه بهنجار، نمره پایین در هر دو پرسشنامه به دست آورند. ملاک های خروج از نمونه عبارت از ابتلا به هرگونه بیماری جسمی، ابتلا به سایر اختلالات روانی همراه، سابقه بستری در بیمارستان روانی و سن بالای ۵۰ سال بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به قرار زیر بود:

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش متشکل از ۴۷ زن (۵۲ درصد) و ۴۳ مرد (۴۸ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد سه گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

به منظور مقایسه‌ی میانگین‌های سه گروه در هر یک از مؤلفه‌های صبر، تحلیل واریانس چند متغیره صورت گرفت. ابتدا پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون‌های اثر پیلاهی (۰/۹۹) و لامبدای ویلکز (۰/۰۰۶) نشان دهنده‌ی معناداری آزمون مانووا در سطح $P < 0.001$ بود. توان آزمون نیز ۱ بدست آمد.

در جدول ۲ نیز نتایج همگنی ماتریس واریانس‌ها (آزمون لوین) و در جدول ۳ آزمون M باکس نشان داده شده است. همچنین با توجه به مقدار $F (F=2/47)$ می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که نتایج در سطح $P < 0.001$ معنادار بوده و میان سه گروه از لحاظ مؤلفه‌های صبر تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره را نشان می‌دهد. همان گونه که ملاحظه می‌شود در تمام مؤلفه‌های صبر میان سه گروه،

تفاوت معناداری وجود داشت.

به دنبال نتایج فوق، به مقایسه‌ی جفت میانگین‌ها در بین گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی توکی پرداخته شده است. نتایج جدول ۵ نشان داد که در مؤلفه‌ی متعالی شدن میان افراد مضطرب و افسرده ($P < 0.01$) و همچنین افراد مضطرب و بهنجار ($P < 0.05$) تفاوت معناداری وجود داشت. بدین صورت که افراد مضطرب در مولفه‌ی فوق‌الذکر نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده و افراد بهنجار کسب کردند. در مؤلفه‌ی شکیبایی نیز میان بیماران مضطرب و افراد بهنجار ($P < 0.01$) و همچنین میان بیماران افسرده و افراد بهنجار ($P < 0.05$) تفاوت معنادار مشاهده شد. بدین صورت که افراد بهنجار در این مولفه نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده و مضطرب کسب کردند. همچنین در مؤلفه‌ی رضایت تفاوت میان گروه‌های مضطرب- بهنجار ($P < 0.001$) و افسرده- بهنجار ($P < 0.01$) معنادار بود و گروه بهنجار در این مولفه نمرات بالاتری کسب کردند. در گروه‌های مضطرب- بهنجار ($P < 0.01$) و افسرده- بهنجار ($P < 0.01$) هم تفاوت در مؤلفه استقامت معنادار بوده است و افراد افسرده و مضطرب نسبت گروه بهنجار نمرات بالاتری بدست آوردند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های صبر در افراد افسرده، مضطرب و بهنجار

گروه‌ها مؤلفه‌ها	افسرده		مضطرب		بهنجار	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
متعالی شدن	۲۱/۲۴	۳/۴۲	۲۴/۱۶	۴/۱۳	۲۱/۸۶	۲/۸۹
شکیبایی	۲۰/۵۵	۳/۵۷	۱۹/۷۰	۱/۵۳	۲۲/۲۴	۲/۴۴
رضایت	۱۰/۶۲	۲/۲۸	۹/۶۶	۱/۷۸	۱۲/۵۵	۱/۹۷
استقامت	۹/۲۴	۱/۷۴	۹/۲۳	۱/۰۷	۸/۱۳	۱/۱۵
درنگ	۹/۱۷	۱/۵۳	۸/۵۳	۱/۲۵	۷/۸۹	۱/۵۶

جدول ۲. نتایج آزمون‌های لوین و M باکس

متغیر وابسته	F	Df ₁	Df ₂	Pvalue
متعالی شدن	۲/۲۰	۲	۸۵	۰/۱۲
شکیبایی	۰/۸۴	۲	۸۵	۰/۴۴
رضایت	۴/۱۹	۲	۸۵	۰/۰۲
استقامت	۳/۱۰	۲	۸۵	۰/۰۵
درنگ	۰/۶۲	۲	۸۵	۰/۵۴

جدول ۳. نتایج آزمون M باکس

M باکس	F	Df ₁	Df ₂	Pvalue
۸۱/۲۲	۲/۴۷	۳۰	۲۲۸۴۷/۷	۰/۰۰۰۱

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس تفاوت مؤلفه‌های صبر در سه گروه مورد مطالعه

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	Pvalue
متعالی شدن	۱۴۰/۷۹	۲	۷۰/۳۹	۴/۶۹	۰/۰۰۵
شکیبایی	۹۸/۳۰	۲	۴۹/۱۵	۱۲/۴۸	۰/۰۰۱
رضایت	۱۲۶/۹۲	۲	۶۳/۴۶	۱۰/۵۶	۰/۰۰۰۱
استقامت	۲۳/۵۰	۲	۱۱/۷۵	۰/۶۳	۰/۰۰۳
درنگ	۲۳/۶۰	۲	۱۱/۸۰	۳/۵۱	۰/۰۰۵

جدول ۵. آزمون توکی جهت مقایسه جفت میانگین‌ها

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
متعالی شدن	مضطرب	افسرده	۲/۹۲	۰/۹۲	۰/۰۰۶
	بهنجار	مضطرب	-۲/۳	۰/۹۲	۰/۰۳۷
	بهنجار	افسرده	۰/۶۲	۰/۹۲	۰/۷۸
شکیبایی	مضطرب	افسرده	-۰/۸۵	۰/۶۸	۰/۴۳
	بهنجار	مضطرب	۲/۸۸	۰/۶۸	۰/۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۱/۶۸	۰/۶۹	۰/۰۴
رضایت	مضطرب	افسرده	-۰/۹۵	۰/۵۲	۰/۱۷
	بهنجار	مضطرب	۲/۸۸	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	بهنجار	افسرده	۱/۹۳	۰/۵۳	۰/۰۰۱
استقامت	مضطرب	افسرده	-۰/۰۰۸	۰/۳۵	۰/۹
	بهنجار	مضطرب	-۱/۰۹	۰/۳۵	۰/۰۰۷
	بهنجار	افسرده	-۱/۱	۰/۳۵	۰/۰۰۷
درنگ	مضطرب	افسرده	-۰/۶۳	۰/۳۷	۰/۲۱
	بهنجار	مضطرب	-۰/۶۳	۰/۳۷	۰/۲۱
	بهنجار	افسرده	-۱/۲۷	۰/۳۸	۰/۰۰۴

این ملاک‌ها معطوف به آینده هستند و همین جهت‌گیری بر نگرانی افراد مضطرب نسبت به دستیابی به آن‌ها می‌افزاید. علی‌رغم تبیین‌های مطرح شده در این زمینه، بررسی و انجام پژوهش‌های بیشتر ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مورد تفاوت مولفه‌ی متعالی شدن در افراد افسرده، مضطرب و بهنجار پژوهش‌های بیشتر و عمیق‌تری صورت گیرد.

بر طبق نتایج این پژوهش، میان گروه مضطرب- بهنجار و گروه افسرده- بهنجار در مولفه‌ی شکیبایی تفاوت‌های معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر، افراد بهنجار در این مولفه نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده و مضطرب کسب کردند. بیماران افسرده و مضطرب کسانی هستند که نمی‌توانند در مقابل فشارهای زندگی مقاومت کرده و بردباری و تحمل آنان پایین است. این نتیجه مطابق با انتظار نظریه مطرح شده در صبر است. بر طبق پژوهش‌های صورت گرفته، بیماران افسرده و مضطرب در مقابل سختی‌های زندگی تاب‌آوری [۴۶-۴۴] و سرسختی [۴۶، ۴۵] کمتری نشان می‌دهند و بدیهی است که نمره‌های آن‌ها در مولفه شکیبایی نیز پایین‌تر از افراد بهنجار باشد. در واقع مولفه‌ی شکیبایی دربردارنده‌ی مفاهیم تاب‌آوری و سرسختی است اما خود، به صورت مولفه‌ای مجزا و فراتر از این مفاهیم عمل می‌کند. از طرف دیگر، تکانشگری، توجه انتخابی به رویدادهای منفی و یا تهدیدآمیز، توجه به پیامدهای فوری رفتار و خطاهای شناختی مانند استنباط دلخواهی و انتزاع انتخابی که از دیگر ویژگی‌های افراد افسرده و مضطرب می‌باشد، موجب می‌شود که این گونه افراد در مولفه شکیبایی ضعیف عمل کنند. در نتیجه افراد بهنجار بهتر از افراد مضطرب و افسرده انتظار کشیدن را تحمل می‌کنند، با مرگ عزیزانشان کنار می‌آیند، خشم و عصبانیت خود را کنترل می‌کنند، در مقابل رویدادهای ناگوار گله و شکایت فراوان نمی‌کنند و در مقابل بدی دیگران انتقام جویانه عمل نکرده و انتقاد دیگران را تحمل می‌کنند. از سوی دیگر، نتایج برخی تحقیقات [۲۵] نشان داده است که از بین پنج عامل بزرگ شخصیت روان‌آزرده‌گرایی پیش‌بینی کننده‌ی منفی شکیبایی است. با

سرانجام اینکه، تفاوت میان بیماران افسرده و افراد بهنجار ($P < 0.01$) در مولفه‌ی درنگ معنادار بوده است و گروه افسرده نمرات بالاتری نسبت به افراد بهنجار کسب کردند.

بحث

هدف از این پژوهش مقایسه مولفه‌های صبر در سه گروه بیماران افسرده، مضطرب و افراد بهنجار بود. به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که در تمام مولفه‌های صبر میان سه گروه تفاوت‌های معنادار وجود دارد. با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی در این زمینه صورت نگرفته است، امکان مقایسه نتایج این پژوهش با دیگر پژوهش‌های مرتبط وجود ندارد. بنابراین نتایج پژوهش حاضر با متغیرهای تقریباً مشابه با مولفه‌های صبر مورد مقایسه قرار گرفته است. به طور اخص، نتایج این پژوهش نشان داد که میان بیماران مضطرب و افسرده و گروه بیماران مضطرب و افراد بهنجار تفاوت معناداری در مولفه‌ی متعالی شدن وجود دارد. بیماران مضطرب در این مولفه نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده و افراد بهنجار کسب کردند. این یافته جالب توجه به نظر می‌رسد. متعالی شدن به معنی تحمل سختی‌ها، مصایب و نامالایمات جهت رسیدن به قرب الهی و رشد معنوی تعریف شده است. در تبیین این یافته می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که افراد مضطرب برای غلبه بر نگرانی‌ها و ترس‌های خود به دنبال حمایت هستند و چه منبع حمایت بزرگتری نسبت به خدا برای آن‌ها وجود دارد. بنابراین، آن‌ها به دنبال رضایت پروردگار هستند تا او نیز در مقابل خطرات و تهدیدها، حامی آن‌ها باشد. به عبارت دیگر، افراد از طریق روی آوردن به تصویری از خداوند به صورت خدای مهربان، بهتر می‌توانند به موقعیت‌های دشوار نزدیک شوند و این مسئله می‌تواند منجر به کاهش اضطراب در کوتاه‌مدت و درازمدت شود [۴۰]. تبیین دیگر این است که افراد مضطرب نسبت به گروه بهنجار و افسرده ملاک‌های تعالی‌جویی بیشتری دارند و احتمالاً نگرانی آن‌ها نیز به جهت انطباق وضع موجود با آن معیارهای کمال‌جویانه است. از سوی دیگر،

منفعلا نه است، حال این که استقامتی که در مفهوم صبر متجلی است پایداری و مداومت فعالانه و امیدوارانه است. با این تبیین به نظر می‌رسد که بتوان دو وجه استقامت مثبت و استقامت منفی را در پژوهش‌های آینده مورد بررسی قرار داد.

سرانجام اینکه، نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت میان بیماران افسرده و افراد بهنجار در مولفه‌ی درنگ معنادار بوده است و گروه افسرده نمرات بالاتری نسبت به افراد بهنجار کسب کردند. علت این موضوع احتمالاً این مطلب نیست که افراد افسرده، افرادی محکم و استوار در مقابل خواسته‌ها و امیال درونی خود هستند، بلکه به احتمال زیاد مسئله این است که افراد افسرده اهمیت چندانی به خواسته‌ها و امیال خود نمی‌دهند و بنابراین دیر یا زود ارضا شدن این امیال و خواسته‌ها، چندان اهمیتی برایشان ندارد. تبیین دیگر این است که افراد افسرده به گونه‌ای افراطی از مکانیسم سرکوبی استفاده می‌کنند. به عبارتی هر گونه خواسته مثبت و منفی خود را سرکوب می‌کنند و این سبب می‌شود که در مولفه درنگ که به عنوان بازداری امیال و خواسته‌های درونی است نمره بیشتری را کسب نمایند. پژوهش بیلو و همکاران [۵۲] نشان داده است که بیماران افسرده هم در هیجانات منفی و هم در هیجانات مثبت سرکوبی بیشتری را گزارش کرده اند و این سرکوبی هیجانی با علایم افسردگی مرتبط بوده است. همچنین این بیماران نسبت به گروه بهنجار ترس بیشتری از هیجانات را نشان دادند و ترس از هیجانات در هر دو گروه با سرکوبی مرتبط بوده است. از سوی دیگر، در این خصوص نیز لازم است به مولفه رضایت و شکیبایی توجه داشت. قابل ذکر است که از جمله یافته‌های این پژوهش تفاوت بین افراد افسرده و بهنجار در مولفه رضایت است. به نظر می‌رسد افراد بهنجار نسبت به امور زندگی رضایت و شادکامی بیشتری دارند. حال این که بیماران افسرده با وجود درنگ بیشتر، رضایت کمتری را نشان دادند. بنابراین ضروری است که تفاوت بین خواسته‌های مطلوب و نامطلوب و همچنین رابطه بین این خواسته‌ها با هیجان‌های مثبت و منفی در افراد صبور و بیماران افسرده در پژوهش‌های آینده مورد بررسی قرار گیرد.

در دسترس بودن روش نمونه‌گیری، از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. همچنین پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های صبر در سایر اختلالات نیز مورد بررسی قرار گیرد تا اطلاعات بیشتری در این حوزه حاصل گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به روان‌شناسان و مشاوران پیشنهاد می‌شود که در درمان بیماران افسرده و مضطرب از راهبردهای آموزش صبر استفاده نمایند و در هنگام استفاده از این راهبردها، به تمامی مولفه‌های صبر توجه داشته باشند و در فرآیند درمان به این نکته دقت نمایند که صبر به عنوان یک مفهوم جامع دربرگیرنده‌ی تمامی این مولفه‌ها است.

توجه به اینکه غم، اندوه، خلق پایین و تشویش، نگرانی، خشم و تکانشوری از ویژگی‌های همراه این عامل شخصیتی است و این ویژگی‌ها در افراد افسرده و مضطرب نیز مشاهده می‌شود، بنابراین تفاوت بین افراد افسرده و مضطرب با افراد بهنجار در مولفه شکیبایی قابل تبیین به نظر می‌رسد.

از دیگر نتایج این پژوهش، تفاوت معنادار میان گروه مضطرب- بهنجار و گروه افسرده- بهنجار در مولفه رضایت بود. نتایج نشان دهنده‌ی نمرات بالاتر گروه بهنجار نسبت به گروه‌های افسرده و مضطرب در این مولفه می‌باشد. افسردگی با ویژگی‌هایی مانند بی‌علاقگی یا بی‌لذتی، احساسات شکست، فقدان، بی‌ارزشی و ناامیدی همراه است. بدیهی است افرادی با این ویژگی‌ها از زندگی خود رضایت چندانی نداشته باشند و در مواجهه با کمبود امکانات و پول گلايه و شکایت کنند. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که افراد افسرده رضایت کمتری از زندگی خود دارند [۴۷-۴۹]. علت دیگر نمرات پایین گروه افسرده در مولفه رضایت می‌تواند وجود خطاهای شناختی باشد. افراد افسرده معمولاً توانایی‌ها، موفقیت‌ها و امکانات خود را نادیده می‌گیرند و بیشتر به فقدان امکانات و شکست‌ها توجه می‌کنند (بزرگ‌نمایی/ کوچک‌نمایی). افراد مضطرب نیز دائماً پریشان و بیقرار بوده و نگران خطرات و تهدیدهای احتمالی در آینده هستند. لذا این افراد نیز نمی‌توانند از زمان حال لذت ببرند و در نتیجه رضایت کمتری از زندگی و شرایط خود دارند. همچنین پژوهش‌ها [۴۸، ۵۰] تایید کننده‌ی همبستگی منفی معنادار میان اضطراب و رضایت از زندگی بوده است.

بر طبق نتایج این پژوهش، تفاوت در مولفه استقامت در گروه‌های مضطرب- بهنجار و افسرده- بهنجار معنادار بوده است و افراد بهنجار نسبت به دو گروه دیگر نمرات کمتری بدست آوردند. این یافته کاملاً غیرقابل انتظار است. استقامت به معنای پایداری و ثبات در انجام امور و مداومت در کار و فعالیت است. یک تبیین احتمالی که می‌توان برای این نتیجه ذکر کرد، این است که افراد افسرده و مضطرب بر درستی سبک‌های خود اصرار دارند و بنابراین معتقدند که در انجام امور پایداری و ثبات دارند. اما ممکن است در حقیقت این گونه نباشند. تبیین دیگر این است که معنای ضمنی استقامت در تعریف صبر باقی ماندن در وضعیتی است که فرد در حال حاضر مشغول انجام آن است. با اذعان این نکته می‌توان اشاره نمود که افراد افسرده و مضطرب در خطاهای شناختی خود اصرار و پافشاری دارند. به عبارت دیگر، متمایل به این هستند که در وضعیت موجود خود باقی بمانند، این نکته در نظریه درماندگی آموخته شده سلیگمن [۵۱] نیز مورد بحث قرار گرفته است. همچنین در تبیین مفهوم صبر باید مولفه‌های صبر را در ارتباط با یکدیگر مورد توجه قرار داد و مجموع نمرات مولفه‌های صبر است که تشکیل مفهوم مشترکی از صبر را تداعی می‌نماید. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که افراد افسرده و مضطرب در مولفه‌های رضایت و شکیبایی نمره کمتری کسب نمودند و این عدم رضایت مفهومی از استقامت در این گروه را متجلی می‌سازد که بیشتر استقامتی

منابع

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
2. Rehm LP. A self-control model of depression. *Behav Ther.* 1977;8(5):787-804.
3. Scott WD, Dearing E, Reynolds WR, Lindsay JE, Baird GL, Hamill S. Cognitive Self-Regulation and Depression: Examining Academic Self-Efficacy and Goal Characteristics in Youth of a Northern Plains Tribe. *J Res Adolesce.* 2008;18(2):379-94.
4. Spaulding JT. Cognitive Representations in a Self-Regulation Model of Depression[Dissertation]. Ontario: University of Western Ontario; 2012.
5. Beauregard M, Paquette V, Levesque J. Dysfunction in the neural circuitry of emotional self-regulation in major depressive disorder. *Neuroreport.* 2006;17(8):843-6.
6. Strauman TJ. Self-regulation and depression. *Self Identity.* 2002;1(2):151-7.
7. Kraft B. Inhibition and rumination in remitted major depressive disorder[Dissertation].Oslo: University of Oslo; 2012.
8. Joormann J, Yoon KL, Zetsche U. Cognitive inhibition in depression. *Appl Preventive Psychol.* 2007;12(3):128-39.
9. Kasch KL, Rottenberg J, Arnow BA, Gotlib IH. Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *J Abnorm Psychol.* 2002;111(4):589.
10. Muris P, Merckelbach H, Schmidt H, Gadet B, Bogie N. Anxiety and depression as correlates of self-reported behavioural inhibition in normal adolescents. *Behav Res Ther.* 2001;39(9):1051-61.
11. Cosi S, Hernández-Martínez C, Canals J, Vigil-Colet A. Impulsivity and internalizing disorders in childhood. *Psychiatr Res.* 2011;190(2):342-7.
12. Saunders KE, Hawton K. The role of psychopharmacology in suicide prevention. *Epidemiol Psichiatria Soc.* 2009;18(03):172-8.
13. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Steinberg JL, Moeller FG. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatr.* 2005;162(9):1680-7.
14. Corruble E, Benyamina A, Bayle F, Falissard B, Hardy P. Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatr.* 2003;27(5):829-33.
15. Vidor LP, Torres IL, Medeiros LF, Dussán-Sarria JA, Dall L, Deitos A, et al. Association of anxiety with intracortical inhibition and descending pain modulation in chronic myofascial pain syndrome. *BMC Neurosci.* 2014;15(1):42.
16. Kaiser P. Childhood anxiety and psychophysiological reactivity: Hypnosis to build discrimination and self-regulation skills. *Ame J Clin Hypnosis.* 2014;56(4):343-67.
17. Bertrams A, Englert C, Dickhäuser O, Baumeister RF. Role of self-control strength in the relation between anxiety and cognitive performance. *Emotion.* 2013;13(4):668.
18. Diestel S, Schmidt K-H. Interactive effects of emotional dissonance and self-control demands on burnout, anxiety, and absenteeism. *J Vocational Behav.* 2010;77(3):412-24.
19. Carpentier MY, Elkin TD, Starnes SE. Behavioral inhibition and its relation to anxiety and depression symptoms in adolescents with sickle cell disease: a preliminary study. *J Pediatric Oncol Nursing.* 2009;26(3):158-66.
20. Hamama R, Ronen T, Feigin R. Self-control, anxiety, and loneliness in siblings of children with cancer. *Soc work health Care.* 2000;31(1):63-83.
21. Kocovski NL, Endler NS. Self-Regulation: Social Anxiety and Depression1. *J Appl Biobehav Resh.* 2000;5(1):80-91.
22. Pawluk EJ, Koerner N. A preliminary investigation of impulsivity in generalized anxiety disorder. *Pers Individ Diff.* 2013;54(6):732-7.
23. Bellani M, Hatch JP, Nicoletti MA, Ertola AE, Zunta-Soares G, Swann AC, et al. Does anxiety increase impulsivity in patients with bipolar disorder or major depressive disorder? *J Psychiat Res.* 2012;46(5):616-21.
24. Taylor CT, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pollack MH, et al. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22(5):868-76.
25. Khormaei F, Farmani A. Investigating the role of the Big Five personality factors in predicting patience and its components among university students. *J Clin Psychol Personal.* in press. [Persian]
26. Khormaei, Farmani A, Soltani E. The Patience Scale: Instrument development and estimates of psychometric properties. *Educ Meas.* 2014;5(17):50- 67. [Persian]
27. Schnitker SA, Emmons RA. Patience as a virtue: Religious and psychological perspectives. *Res Soc Sci Stud Religion.* 2007;18:177.
28. Schnitker S. An examination of patience and well-being [Dissertation]. Davis, CA: University of California; 2010.
29. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *J Pers.* 2004;72(2):271-324.
30. Parks AC, Schueller SM. *The Wiley-Blackwell Handbook of Positive Psychological Interventions: Wiley Online Library;* 2014.
31. Schnitker SA. An examination of patience and well-being. *J Positive Psychol.* 2012;7(4):263-80.
32. Khormaei F, Farmani A. Patience and the role of its components in predicting hopelessness among university students. University students' mental health conference; Isfahan; 2014. [Persian]
33. Sabet FH-. Effectiveness of patience training in anxiety, depression and happiness. *Stud Islamic Psychol.* 2008;1(2):79-92. [Persian]

34. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
35. Dobson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *J Rehab*. 2007;8(2):80-6. [Persian]
36. Goudarzi M. The study on reliability and validity of Beck Hopelessness Scale in a group of Shiraz University students. *J Soc Sci Humanit Shiraz Univ*. 2002;18(2):26-39. [Persian]
37. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(" self-evaluation questionnaire"). 1983.
38. Barnes LL, Harp D, Jung WS. Reliability generalization of scores on the Spielberger state-trait anxiety inventory. *Educ Psychol Measurt*. 2002;62(4):603-18.
39. Mahram B. Standardization of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory in Mashhad [Dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaai University; 1994. [Persian]
40. Toburen T, Meier BP. Priming God-related concepts increases anxiety and task persistence. *J Soc Clin Psychol*. 2010;29(2):127-43.
41. Soltani E, Shareh H, Bahrainian S, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhandeh*. 2013;18(2):88-96.[Persian]
42. Ng R, Ang RP, Ho M-HR, editors. Coping with anxiety, depression, anger and aggression: The mediational role of resilience in adolescents. *Child Youth Care Forum*; 2012; 41(6): 529-46.
43. Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Southwick SM. Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Depression Anxiety*. 2009; 26(8):745-51.
44. Roy A, Sarchiapone M, Carli V. Low resilience in suicide attempters: Relationship to depressive symptoms. *Depression Anxiety*. 2007;24(4):273-4.
45. Hanton S, Neil R, Evans L. Hardiness and anxiety interpretation: an investigation into coping usage and effectiveness. *European J Sport Sci*. 2013;13(1):96-104.
46. Maddi SR, Brow M, Khoshaba DM, Vaitkus M. Relationship of hardiness and religiousness to depression and anger. *Consulting Psychol J: Practice Res*. 2006;58(3):148.
47. Nes RB, Czajkowski NO, Røysamb E, Orstavik RE, Tambs K, Reichborn-Kjennerud T. Major depression and life satisfaction: A population-based twin study. *J Affective Disord*. 2013;144(1):51-8.
48. Besier T, Born A, Henrich G, Hinz A, Quittner AL, Goldbeck L. Anxiety, depression, and life satisfaction in parents caring for children with cystic fibrosis. *Pediatric Pulmonol*. 2011;46(7):672-82.
49. Daig I, Herschbach P, Lehmann A, Knoll N, Decker O. Gender and age differences in domain-specific life satisfaction and the impact of depressive and anxiety symptoms: A general population survey from Germany. *Qualit Life Res*. 2009;18(6):669-78.
50. Beutel ME, Glaesmer H, Wiltink J, Marian H, Brähler E. Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *Aging Male*. 2010;13(1):32-9.
51. Seligman ME. Learned helplessness. *Annual Rev Med*. 1972;23(1):407-12.
52. Beblo T, Fernando S, Klocke S, Griepenstroh J, Aschenbrenner S, Driessen M. Increased suppression of negative and positive emotions in major depression. *J Affective Disord*. 2012;141(2):474-9.