

اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب

شیرین حاجی آدینه^۱، علی مظفری‌پور^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: رویکرد درمانی یکپارچه یک رویکرد شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان است. هدف اصلی آن فرآیندهای هیجانی است و برای اختلالاتی با مؤلفه‌های هیجانی قوی قابل اجرا است. هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی (Cognitive emotion regulation strategies) و ناگویی هیجانی (Alexithymia) در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب (Coronary Heart Disease یا CHD) بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به CHD مراجعه‌کننده به مرکز قلب تهران در بین ماه‌های خرداد تا مرداد ۱۳۹۵ بود. از این تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale یا TAS-20) و پرسشنامه راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire یا CERQ) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) و همچنین به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی مثبت ($F=11/19$, $p<0/004$) و منفی ($F=7/83$, $p<0/02$) و همچنین ناگویی هیجانی ($F=10/87$, $p<0/006$) در بیماران مبتلا به CHD تأثیرگذار است.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان‌دهنده اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان برگرفته از روش درمانی یکپارچه بر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به CHD است. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به پژوهش‌گران و درمانگران حیطه ناگویی هیجانی در زمینه عوامل تأثیرگذار بر آن در بیماران مبتلا به CHD کمک‌کننده باشد.

واژه‌های کلیدی: بیماری عروق کرونر قلب، راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی، ناگویی هیجانی

ارجاع: حاجی آدینه شیرین، مظفری‌پور علی. اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونر قلب. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۴): ۵۱۶-۵۰۸.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۰۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۱۵

۱- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کیش، کیش، ایران.

۲- کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: shirinha36@yahoo.com

نویسنده مسئول: شیرین حاجی آدینه

مقدمه

امروزه، بیماری عروق کرونر قلب (Coronary Heart Disease یا CHD) یک مشکل بهداشتی و یکی از عوامل اصلی مرگومیر در جهان به شمار می‌رود (۱). در سال ۱۳۸۶ این بیماری اولین علت مرگومیر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران بوده است (۲). این بیماری نه تنها سلامتی بیماران بلکه ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، فضای خانوادگی، شغل و سطح درآمد آن‌ها را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. CHD تأثیرات آسیب‌شناختی زیادی بر ابعاد گوناگونی از سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دارد (۳). عوامل جسمی مشخصی نظیر سن، وراثت، سابقه خانوادگی، اختلال در چربی خون، فشارخون بالا، سطح کلسترول بالای خون، دیابت و چاقی جزو عوامل سبب‌ساز این بیماری هستند. اخیراً تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که عوامل فوق به‌تنهایی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز بیماری ندارند بلکه برخی از متغیرهای شخصیتی، رفتاری و روان‌شناختی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم، زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به این بیماری و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان را ایجاد می‌کنند (۴). همچنین پژوهش‌ها نشان دادند که واکنش‌های روانی مانند مشکل در شناسایی هیجانات با واکنش‌های قلبی-عروقی رابطه دارند (۵).

ناگویی هیجانی (Alexithymia) سازه‌ای چندبعدی است و شامل دشواری در شناسایی احساسات، تمایز بین احساسات و هیجان فیزیکی مرتبط با انگیزتگی عاطفی، قدرت تجسم محدود و دشواری در توصیف احساسات می‌شود (۶). ناگویی هیجانی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، جهت‌گیری فکری بیرونی است. این مشخصه‌ها که سازه ناگویی هیجانی را تشکیل می‌دهند بیان‌گر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات هستند (۷). با توجه به نقایص شناختی و عاطفی، چنین فرض می‌شود که ناگویی هیجانی می‌تواند با شاخص‌های سلامت به‌طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به‌طور خاص رابطه داشته باشد. عوامل خطر روانی-اجتماعی بیماری CHD شامل افسردگی، اضطراب، استرس، ناگویی هیجانی (۸)، کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (۹) و عوامل محافظ مانند حمایت اجتماعی می‌شود (۱۰). پژوهشگران دریافته‌اند ناگویی هیجانی با تعدادی

از مشکلات جسمانی مانند مسائل مرتبط با فشارخون اولیه، بیماری التهابی مثانه، ابعاد مربوط به درد، ناراحتی قلبی و انواع دیابت رابطه دارد (۱۱). مطالعات دیگر نیز حاکی از بالا بودن ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به CHD است.

رویکرد درمانی بیماران مبتلا به دشواری در تنظیم هیجان باید دربرگیرنده درمان‌هایی باشد که توانایی افزایش آگاهی هیجانی، تنظیم و تعدیل فشارهای درونی و حالت‌های برانگیختگی هیجانی را از طریق فرآیندهای شناختی داشته باشند (۱۲). رویکرد شناختی رفتاری برای درمان اضطراب و اختلالات خلقی ازجمله درمان‌های مؤثری است که رو به افزایش است. درک عمیق ماهیت اختلالات هیجانی نشان می‌دهد اشتراکات این اختلالات از نظر سبب‌شناسی و ساختارهای پنهان، تفاوت‌های بین آن‌ها را بی‌اهمیت می‌کند. ازاین‌رو، بر اساس شواهد تجربی مربوط به حوزه‌های یادگیری، رشد، تنظیم هیجان و علم شناختی و از بین مجموعه‌ای از پروتکل‌های روان‌شناختی یک مداخله یکپارچه برای اختلالات هیجانی تهیه شده است. پروتکل یکپارچه، یک درمان فراتشخیصی شناختی رفتاری متمرکز بر هیجان است که بر ماهیت سازگار و کارکردی هیجان‌ها تأکید دارد. همچنین به دنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگار افراد برای تنظیم تجربارب هیجانی در نتیجه تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ‌های مفرط هیجانی به نشانه‌های درونی (جسمی) و بیرونی است (۱۳). کارآمدی این روش درمانی در چندین مطالعه بر روی اختلالات اضطرابی و خلقی تأیید شده است (۱۴، ۱۵).

در پژوهشی کارآیی این روش درمانی بر روی ۳۷ بیمار مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج بیان‌گر پیشرفت معنی‌دار در شدت علائم بالینی ازجمله علائم افسردگی و اضطراب، مقدار عواطف مثبت و منفی و تداخل علائم در عملکرد روزانه بوده است (۱۶). همچنین کارآمدی این روش درمانی در یک مطالعه موردی برای درمان یک بیمار وسواسی مبتلا به اضطراب فراگیر و هراس تأیید شده است (۱۷). یافته‌های پژوهش دیگری نشان داد که گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری پس از مداخله در متغیرهای پژوهش (افسردگی، اضطراب، استرس، تنظیم هیجان، عواطف مثبت و منفی، سازگاری اجتماعی و شغلی) به دست آوردند (۱۸).

طرح پژوهش تا جایی که برای آزمودنی‌ها قابل درک بوده است، توضیح داده شد.

حقوق شرکت کنندگان در پژوهش از حیث محرمانه و محفوظ ماندن اطلاعات و صدمه وارد نشدن به آن‌ها حفاظت گردید. شرکت کنندگان برای شرکت یا ترک مطالعه در هر زمان و بدون جریمه آزاد بودند. استدلال کافی برای ضرورت انجام مطالعه بر این گروه ارائه شده بود. به تک تک افراد حفظ رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شرح داده شد. به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شده بود که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق است. در هیچ یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به افراد شرکت کننده تحمیل نشد. از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای مقایسه گروه‌ها استفاده شد. کلیه تجزیه و تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل موارد زیر بود.

پرسشنامه راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی Cognitive Emotion Regulation Questionnaire)

یا CERQ): ابزاری است که توسط Garnefski و همکاران تهیه شده است و شامل ۱۰ زیر مقیاس متفاوت است. هر کدام از زیر مقیاس‌های این پرسشنامه دارای ۴ گزینه است. نمره بالاتر در هر خرده مقیاس نشان دهنده استفاده بیشتر از آن راهبرد است. اعتبار کل راهبردهای سازگار و ناسازگار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست آمده است (۲۴). یوسفی اعتبار نسخه فارسی آزمون را در نمونه‌ای متشکل از دانش آموزان ۱۵ تا ۲۵ ساله بررسی کرد و رابطه این آزمون با افسردگی و اضطراب را با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۲ گزارش کرد (۲۵). در تحقیق حاضر اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ۰/۷۹ بود.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو Toronto

Alexithymia Scale یا TAS-20): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط Taylor ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط Bagby و همکاران تجدیدنظر شده است. یک پرسشنامه خودسنجی و ۲۰ سؤالی است که برای ارزیابی ناگویی هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری

نتایج پژوهش دیگر نیز تأیید کننده کارایی روش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال هیجانی همایند بوده است (۱۹).

تحقیقات جدید نشان دهنده تأثیر مسائل روانی و شخصیتی در بیماران مبتلا به CHD است. از جمله ویژگی‌های شخصیتی و علائم روانی مؤثر در این بیماران، مکانیسم‌های دفاعی و ناگویی هیجانی می‌باشد (۲۰). پژوهش‌های زیادی اهمیت سبک‌های ابراز هیجان را در ابعاد مختلف سلامت مورد تأیید قرار داده‌اند. بین سبک‌های ابراز هیجان و چند بیماری جسمانی، مانند سرطان (۲۱) و گرفتگی عروق کرونر رابطه وجود دارد (۲۲). یکی از جنبه‌های متمایزکننده CHD از سایر بیماری‌ها، قابل پیشگیری بودن آن است. امروزه شناخت و کنترل عوامل خطر ساز بیماری قلبی در افراد غیر مبتلا (پیشگیری اولیه) مورد توجه است (۲۳). بنابراین، با توجه به آمار بالای مرگ و میر این بیماران، هزینه‌های سنگین در غالب انجام اعمال جراحی و سایر برنامه‌های درمانی و همچنین تأثیر ناگویی هیجانی و ابراز هیجان بر بیماری‌های پزشکی و روان شناختی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به CHD بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به CHD بودند که طی ماه‌های خرداد تا مرداد سال ۱۳۹۵ به مرکز قلب تهران مراجعه کرده بودند. نمونه این پژوهش مشتمل بر ۷۰ نفر از بیماران مراجعه کننده بود که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. ۳۰ نفر از این تعداد به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به نمونه شامل همکاری بیمار جهت شرکت در پژوهش، ابتلا به CHD به تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق و داشتن حداقل تحصیلات سیکل بود. معیارهای خروج برای هر دو گروه عبارت بودند از: سابقه بیماری روان پزشکی، ابتلا به بیماری‌های جسمانی شدید (از قبیل سرطان، اختلالات گوارشی) و اختلال مصرف مواد.

در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) است. سؤال‌ها برحسب یک مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) نمره‌گذاری می‌شوند (۲۶). اعتبار این پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ در نمونه سالم ایرانی برای کل مقیاس برابر ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس‌های آن ۰/۶۶ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. اعتبار کل مقیاس در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۶۵ تا ۰/۷۷ به‌دست آمده است (۲۷). در پژوهش حاضر اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

روش اجرا: پژوهش‌گر پس از توضیح در مورد طرح و کسب موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار داده و از آن‌ها می‌خواست که پرسشنامه‌ها را به‌طور کامل پر کنند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، بیماران به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان (Emotion-focused Cognitive-Behavioral Therapy یا ECT) اجرا شد. با توجه به این که فرد آموزش‌دهنده و تهیه‌کننده طرح پژوهش یک نفر بود و ممکن بود اجرای پژوهش را به شکلی پیش ببرد که نتیجه مطابق با انتظارات پژوهش‌گر باشد، سعی گردید پیش از شروع مداخله دستورالعمل مشخص و دقیقی تهیه شود. همچنین اجراکننده به‌طور دقیق طبق آن عمل کند تا روایی پژوهش به خطر نیفتد. از سوی دیگر، به دلیل مسائل اخلاقی این حق برای پژوهش‌گر وجود ندارد که یک گروه را به‌عنوان

کنترل انتخاب کند و هیچ‌گونه درمانی روی آن‌ها اجرا نگردد، لذا برای گروه کنترل علاوه بر توضیحاتی که در ویزیت اولیه (در درمانگاه روان‌تنی) در مورد بیماری و نقش عوامل متعدد در تشدید آن ازجمله تغذیه، استرس و مشکلات هیجانی داده شد، بعد از اتمام دوره درمان گروه آزمایش، گروه درمانی برای آن‌ها اجرا شد. تعداد افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. ECT شامل ۱۲ جلسه مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بود که طی جلسات ۱۲۰ دقیقه‌ای و در طی ۱۲ هفته متوالی به شیوه گروهی اجرا گردید. محتوای جلسات بر اساس دستورالعمل نیکویی و همکاران (۱۸) با تغییراتی تنظیم و بر روی گروه آزمایش اجرا شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایش از مجموع ۱۵ بیمار ۸ نفر زن (۵۳/۳٪)، ۳ نفر مجرد (۲۰٪)، ۴ نفر (۲۶/۶٪) تحصیل کرده (بالاتر از دیپلم)، ۵ نفر خانه‌دار (۳۳/۳٪) و ۴ نفر دارای سابقه بیماری بیش از ۲ سال (۲۶/۶٪) بودند. در گروه در حال انتظار، از مجموع ۱۵ بیمار ۷ نفر زن (۴۴/۷٪)، ۴ نفر مجرد (۲۶/۶٪)، ۸ نفر تحصیل کرده (۵۳/۳٪)، ۲ نفر خانه‌دار (۱۳/۳٪) و ۵ نفر دارای سابقه بیماری بیش از ۲ سال (۳۳/۳٪) بودند. میانگین سن در گروه آزمایش، ۳۸/۵۹ با انحراف استاندارد ۵/۱۸ و میانگین سن گروه در حال انتظار، ۴۰/۷۶ با انحراف استاندارد ۵/۹۴ بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات تنظیم شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی به تفکیک نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	تنظیم شناختی هیجانی مثبت		تنظیم شناختی هیجانی منفی		ناگویی هیجانی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۵۲/۴۴	۹/۴۱	۵۸/۱۸	۴/۹۱	۴۹/۹۰	۴/۶۴
کنترل	۵۱/۸۳	۸/۷۰	۵۲/۵۱	۹/۵۱	۵۰/۱۸	۵/۷۲
پس‌آزمون	۵۹/۸۰	۸/۸۰	۴۹/۹۰	۱۴/۶۵	۵۵/۲۹	۶/۱۱
کنترل	۵۲/۴۶	۸/۹۱	۵۲/۱۷	۸/۷۶	۵۱/۲۴	۵/۳۷

هیچ‌یک از ویژگی‌های جمعیت شناختی و مدت بیماری با نمرات پیش‌آزمون‌ها همبستگی نداشتند. بدین ترتیب این متغیرها به‌عنوان کوواریانس به همراه نمرات پیش‌آزمون‌ها در

تحلیل‌ها در نظر گرفته نشدند. نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov test) در مورد نرمال بودن توزیع نمرات نشان داد که اولین پیش‌فرض استفاده از

روش آماری MANCOVA مورد تأیید است. به علاوه، نتایج آزمون لوین (Levene's test) جهت رعایت پیش فرض همسانی واریانس های نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجانی

مثبت و ناگویی هیجانی نشان داد که شرط برابری واریانس های بین گروهی رعایت شده است و پیش فرض همسانی واریانس ها برای انجام تحلیل کوواریانس برقرار است.

جدول ۲: نتایج MANCOVA نمرات تنظیم شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در مرحله پس آزمون با تعدیل نمرات پیش آزمون

متغیر	منابع تغییر	F	P	اندازه اثر	توان آماری
تنظیم شناختی هیجانی مثبت	پیش آزمون	۷۱/۷۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵	۱
	گروه	۱۱/۱۹	۰/۰۰۴	۰/۵۱	۰/۸۷
تنظیم شناختی هیجانی منفی	پیش آزمون	۱۴/۲۹	۰/۰۰۲	۰/۵۷	۰/۹۳
	گروه	۷/۸۳	۰/۰۲	۰/۳۸	۰/۶۸
ناگویی هیجانی	پیش آزمون	۱۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۷
	گروه	۱۰/۸۷	۰/۰۰۶	۰/۵۰	۰/۸۴

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که تفاوت بین میانگین گروه ها از نظر تنظیم شناختی هیجانی مثبت و منفی و همچنین ناگویی هیجانی معنی دار است. به عبارت دیگر، میانگین نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجانی منفی و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش پیدا کرده است. میزان تأثیر در مورد تنظیم شناختی هیجانی منفی ۰/۳۸ و در مورد ناگویی هیجانی ۰/۵۰ است و این بدین معنی است که به ترتیب ۳۸٪ و ۵۰٪ تغییر در متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی و ناگویی هیجانی مربوط به عضویت گروهی (شرکت در گروه مداخله) است. همچنین میانگین نمرات پس آزمون تنظیم شناختی هیجانی مثبت در گروه آزمایش نسبت به گروه انتظار افزایش پیدا کرده است. میزان تأثیر در مورد تنظیم شناختی هیجانی مثبت ۰/۵۱ است و این بدین معنی است که به ترتیب ۵۱٪ تغییر در متغیر تنظیم شناختی هیجان مثبت مربوط به عضویت گروهی (شرکت در گروه مداخله) است.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان برگرفته از روش درمانی یکپارچه بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به CHD بود. یافته ها نشان داد که مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به CHD تأثیر دارد. افراد مبتلا به ناگویی

هیجانی به علت ناتوانی در تشخیص احساسات توانایی بیان هیجانات را ندارند. چنین نیست که این افراد هیچ گاه احساس نمی کنند، بلکه نمی توانند دقیقاً احساس خود را بشناسند و از این رو نمی توانند آن ها را ابراز کنند. در هر حال وقتی فردی نتواند احساسات منفی خود را به درستی شناسایی کند، در تخلیه و خنثی کردن عواطف خویش دچار مشکل می شود و به دلیل ناتوانی در مدیریت و تنظیم احساسات منفی این عواطف مشکل ساز و ناتوان کننده تشدید می گردند. ابراز احساسات یکی از مهارت های زندگی است و وقتی افراد نتوانند مشکلاتشان را بیان کرده و نیازهای خود را برآورده سازند این ناتوانی گاهی به صورت علائم جسمی و یا روان پریشی نشان داده می شود (۲۸).

Pandey و همکاران معتقدند که افراد با ناگویی هیجانی در شناسایی و تمایز بین احساس و تهییج های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی مشکل دارند و از آنجاکه برانگیختگی فیزیولوژیکی و احساسات بدنی همراه هستند، این افراد روی احساس بدنی تمرکز می کنند و به تعبیر و تفسیر اشتباه آن ها می پردازند (۲۹). در نتیجه ممکن است نشانه های بدنی شدیدتری را تجربه کنند و به درمان پاسخ ضعیفی بدهند. به علاوه این افراد ظرفیت محدودی در مقابله سازگار با شرایط استرس زا دارند. در نهایت این افراد به دلیل نقایص شناختی هیجان ها در دریافت حمایت اجتماعی ناتوان هستند. افراد با ویژگی های ناگویی هیجانی نمی توانند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کنند و

مشاوره‌های روان‌شناختی و رفتاری تأثیر زیادی بر کاهش ناگویی هیجانی آنان داشته باشد. همچنین انجام مداخله‌های روان‌شناسی مانند مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان برای کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به CHD پیشنهاد می‌گردد.

این پژوهش صرفاً روی بیماران مبتلا به CHD که به بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه کرده بودند صورت گرفته است، بنابراین در تعمیم نتایج به کل بیماران باید احتیاط کرد. بعلاوه با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود متغیرهای این پژوهش در مورد بیماران مرحله درمانی آنژیوگرافی، بالون و بایپس (Bypass) اجرا گردد. آموزش سبک‌های صحیح ابراز هیجان و بیان عواطف خود و استفاده از روش‌های درمانی جدید همچون درمان متمرکز بر هیجان که ناگویی هیجانی را به‌عنوان یک متغیر مهم در نظر می‌گیرند، به‌عنوان مکمل شیوه دارودرمانی توصیه می‌شود. همچنین پژوهش‌های آینده می‌توانند اثربخشی روش‌های درمانی مختلف را بر ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به بیماری عروق قلب و CHD مورد بررسی قرار دهند.

تقدیر و تشکر

محقق بر خود لازم می‌داند از همه کسانی که در اجرا و پیشبرد این تحقیق همکاری و مساعدت داشته‌اند و همچنین تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

References

1. Fung TT, Isanaka S, Hu FB, Willett WC. International food group-based diet quality and risk of coronary heart disease in men and women. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2018; 107(1):120-9.
2. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994; 38(1):33-40.
3. Bajenaru O, Antochi F, Tiu C. Particular aspects in patients with coronary heart disease and vascular cognitive impairment. *Journal of the Neurological Sciences*. 2010; 299(1-2):49-50.
4. Barth J, Schneider S, Von Känel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2010; 72(3):229-38.
5. Culhane SE, Watson PJ. Alexithymia, irrational beliefs, and the rational-emotive explanation of emotional disturbance. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2003; 21(1):57-72.
6. Dubey A, Pandey R, Mishra K. Role of emotion regulation difficulties and positive/negative

سازگار شوند، بنابراین آمادگی ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی را دارند. فرض بر این است که مبتلایان به ناگویی هیجانی بازنمایی ذهنی از هیجان ندارند که این نقص در بازنمایی مربوط به ناتوانی در پردازش شناختی هیجان‌ها است (۱۸). از سوی دیگر، تنظیم شناختی هیجان اشاره به پردازش شناختی دارد که اطلاعات هیجانی برانگیزاننده را مدیریت می‌کند (۲۴). مؤلفه‌های مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان به دو دسته مثبت و منفی تقسیم می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده است که مهارت‌های منفی (مانند نشخوار فکری) با اضطراب و افسردگی و مهارت‌های مثبت (همچون ارزیابی مجدد رویداد) با شاخص‌های سلامت روانی رابطه مثبت دارند (۱۸). عموم افرادی که از افسردگی رنج می‌برند از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان همانند نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز در رویارویی با شرایط ناگوار استفاده می‌کنند (۲۰).

درمجموع نتایج این مطالعه نشان‌دهنده اثربخشی مداخله مبتنی بر تنظیم هیجان برگرفته از روش درمانی یکپارچه بر راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به CHD است. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به پژوهش‌گران و درمان‌گران حیطه ناگویی هیجانی در زمینه عوامل تأثیرگذار بر آن کمک‌کننده باشد. افراد مبتلا به بیماری عروق قلب و CHD که دردهای مزمن دارند و مشتاق به تجربیات روان‌شناختی ناخوشایند بدون تلاش برای کنترل آن‌ها هستند، کارکردهای روزانه بهتر و رنج کمتری را گزارش می‌نمایند. بنابراین می‌توان اذعان نمود که ممکن است

- affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Researches*. 2010; 7(1):20-31.
7. Gross JJ. Antecedent-and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 74(1):224-37.
 8. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85(2):348-62.
 9. HasanPour-Dehkordi A, Delaram M, Foruzandeh N, Ganji F, Bakhsha F, Sadegi B. A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar hospital in 2005. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*. 2007; 9(3):78-84.
 10. Heller MM, Wong JW, Nguyen TV, Lee ES, Bhutani T, Menter A, Koo JY. Quality-of-life instruments: evaluation of the impact of psoriasis on patients. *Dermatologic Clinics*. 2012; 30(2):281-91.
 11. Hyphantis T, Goulia P, Carvalho AF. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2013; 75(4):362-9.
 12. Khayyam-Nekouei Z, Neshat Doost HT, Yousefy A, Manshaee GH, Sadeghei M. The relationship of Alexithymia with anxiety depression- stress, quality of life, and social support in Coronary Heart Disease (A psychological model). *Journal of Education and Health Promotion*. 2014; 3:68.
 13. Khayyam-Nekouei Z, Neshatdoost H, Yousefy A, Sadeghei M, Manshaee GH. Psychological factors and coronary heart disease. *ARYA Atheroscler*. 2013; 9(1):102-11.
 14. Komaki G. Alexithymia and somatic symptoms. In: KB Koh, Somatization and Psychosomatic Symptoms. New York: Sperliger; 2013.
 15. Leonardi M, Raggi A, Pagani M, Carella F, Soliveri P, Albanese A, Romito L. Relationships between disability, quality of life and prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2012; 18(1):35-9.
 16. Lion LA, di Cruz MP, Albanesi FF. Evaluation of a cardiac rehabilitation program. Analysis after ten years of follow-up. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 1997; 68(1):13-9.
 17. Nehra DK, Sharma NR, Ali G, Margoob MA, Mushtaq H, Kumar P, Nehra S. Alexithymia and type "A" behavior pattern (TABP) in coronary heart diseases: A preliminary study. *Dalhi Psychiatry Journal*. 2012; 15(2):320-6.
 18. Nekouei ZK, Yousefy A, Manshaee G. Cognitive-behavioral therapy and quality of life: An experience among cardiac patients. *Journal of Education and Health Promotion*. 2012; 1: 2.
 19. Omran MP. Relationships between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. *Open Journal of Psychiatry*. 2011; 1(03):106-9.
 20. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005; 74(6):371-8.
 21. Preti A, Sancassiani F, Cadoni F, Carta MG. Alexithymia affects pre-hospital delay of patients with acute myocardial infarction: Meta-analysis of existing studies. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*. 2013; 9:69-73.
 22. Roger D, Najarian B. The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress. *Personality and Individual Differences*. 1998; 24(4):531-8.
 23. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt MM, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2007; 16(1):1-9.

24. Yousefy A, Nekouei ZK. Basis of cognitive-behavioral trainings and its applications in recovery of chronic diseases. Iranian Journal of Medical Education. 2011; 10(5):792-800. [In Persian].
25. Bagby RM, Ayearst LE, Morariu RA, Watters C, Taylor GJ. The internet administration version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Psychological Assessment. 2014; 26(1):16-22.
26. Besharat MA. Relationship between alexithymia, anxiety, depression, psychological distress, and psychological well-being. Journal of Psychology (Tabriz University). 2008; 3(10):17-40. [in Persian]
27. Sifneos PE. Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Cri me1. Psychotherapy and Psychosomatics. 2000; 69(3):113-6.
28. Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, Sworowski LA, Twillman R. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000; 68(5):875-82.
29. Pandey R, Saxena P, Dubey A. Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. Europe's Journal of Psychology. 2011; 7(4):604-23.

The Effectiveness of Emotional Regulation-based Intervention on Cognitive Emotion Regulation Strategies and Alexithymia in Patients with Coronary Heart Disease

Shirin Haji Adineh¹, Ali Mozafaripoor²

Original Article

Abstract

Aim and Background: An integrated therapeutic approach, which is a cognitive behavioral approach focused on emotion and whose main purpose is emotional processes, and is applicable to disorders that have strong emotional components. The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotional regulation-based intervention on cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in patients with Coronary Heart Disease (CHD).

Methods and Materials: The method of this study was a clinical trial. The statistical population of this study included all patients with CHD referred to the heart center of Tehran between June and August. Of these, 30 volunteers were randomly divided into two experimental and control groups. To collect data, the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) were used. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate covariance analysis (MANCOVA) using SPSS software version 22.

Findings: Results shows that emotional regulation intervention was effective on positive cognitive emotional regulation ($F=11.19$, $P<0.004$), negative cognitive emotional regulation ($F=7.83$, $P<0.02$), and alexithymia ($F=10.87$, $P<0.006$) in patients with CHD.

Conclusions: This study showed that emotion regulation intervention based on integrated treatment method was effective on cognitive emotional regulation strategies and alexithymia in patients with CHD. The results of this study can be helpful researcher and therapists' alexithymia in the field of factors influencing it in patients with CHD.

Keywords: Alexithymia, Cognitive-emotional regulation, Coronary artery disease.

Citation: Haji Adineh Sh, Mozafaripoor A. The Effectiveness of Emotional Regulation-based Intervention on Cognitive Emotion Regulation Strategies and Alexithymia in Patients with Coronary Heart Disease. J Res Behav Sci 2019; 16(4): 508-516.

Received: 2018.10.07

Accepted: 2019.04.21

1- MA Student, General Psychology, Islamic Azad University, Kish Branch, Kish, Iran.

2- MA Student, Psychology, Islamic Azad University, Isfahan branch, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Shirin Haji Adineh, Email: shirinha36@yahoo.com