

مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران قلبی و افراد عادی

دکتر رحیم یوسفی^۱، حمید اصغری^۲، الهه طغیانی^۳

نویسنده‌ی مسرول: گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز yousefi@azaruniv.edu

دریافت: ۹۴/۵/۲۵ پذیرش: ۹۵/۱/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین بیماری‌ها در ممالک پیشرفته می‌باشند و در سایر کشورها به سرعت در حال افزایش هستند. از آنجا که بیماری قلبی و عروقی روان‌تنی محسوب می‌شوند در بررسی عوامل موثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران قلبی و افراد عادی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه پس‌رویدادی می‌باشد که به روش مقطعی انجام شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی بیماران قلبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۲ بود. از جامعه‌ی فوق تعداد ۹۶ بیمار دارای تشخیص بیماری قلبی - عروقی به شیوه‌ی هدفمند انتخاب شدند. گروه افراد عادی (N=۹۲) نیز از همراهان بیماران به صورت در دسترس انتخاب شدند. به منظور آزمون فرضیه پژوهش از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. در این پژوهش از پرسشنامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ (YSQ-SF) و پرسشنامه‌ی تنظیم‌شناختی هیجان (CERQ) استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد تفاوت دو گروه در طرح‌واره‌های حوزه محدودیت‌های مختل، گوش به زنگی معنادار می‌باشند، همچنین تفاوت دو گروه مبتلا به بیماری قلبی و گروه عادی تنها در دو طرح‌واره بازداری هیجانی و تحویشتن‌داری/خود انضباطی ضعیف معنادار بود. بین دو گروه از لحاظ سبک‌های تنظیم هیجان تفاوت معناداری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از عوامل شخصیتی تاثیرگذار در اختلالات قلبی عروقی است و باید به نقش آن‌ها در این اختلالات توجه کرد.

واژگان کلیدی: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان، بیماری قلبی

مقدمه

تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی سالانه عامل مرگ ۲۵ میلیون نفر باشد (۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال‌های خلقی، هیجان‌های منفی و انزوای اجتماعی زمینه ابتلا به انواع

بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین بیماری‌ها در کشورهای پیشرفته می‌باشند و در کشورهای در حال توسعه نیز به سرعت در حال افزایش هستند (۱). پیش‌بینی می‌شود

۱- دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز

۳- دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه

بیماری جسمی را در افراد پدید می‌آورد (۱). از آنجا که بیماری قلبی و عروقی روان تنی محسوب می‌شوند در بررسی عوامل موثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت (۳). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که عوامل روان شناختی هم در زمینه سازی ابتلا به بیماری قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند و این عوامل طیفی از مکانیسم‌های دفاعی و روش‌های مقابله ناسازگار، تجربه استرس، اضطراب، افسردگی، اختلالات خلقی و ارتباطی، پرخاشگری، اختلال اضطراب تعمیم یافته، خصومت بین فردی، افکار و رفتارهای وسواسی و ترس‌های مرضی تا ویژگی‌های شخصیتی و انواع آسیب‌های روان شناختی را شامل می‌شوند (۵ و ۴). دسته‌ی مهمی از عوامل شخصیتی بنیادی مهم در پاتولوژی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه EMS Early Maladaptive Schemas هستند (۶). در بافت روان‌شناسی و روان‌درمانی، طرحواره به‌عنوان یک اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه‌ی روان‌درمانی، این است که بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند (۷)، چرا که طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند (۸). طرحواره‌های ناسازگار به‌عنوان الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی تعریف می‌شوند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند (۶). از طرف دیگر، طرحواره‌ها عموماً الگوهایی هستند که افراد بر واقعیت یا تجربه تحمیل می‌کنند تا به آنها در تبیین واقعیت یا تجارب کمک کند، ادراک را واسطه‌گری کرده و پاسخ‌های آنها را هدایت نماید (۹). طبق مدل یانگ و همکاران (۹)، طرحواره‌های ناکارآمد اولیه حاوی موانع شناختی و هیجانی اولیه بر سر راه دستیابی به روابط توأم با رضایت می‌باشند. این

طرحواره‌ها زمانی که فعال شوند؛ با درجات بالایی از عواطف همراه هستند. در دیدگاه شناختی طرحواره‌های ناسازگار اولیه اغلب نفوذ خود را بر سیستم پردازش اطلاعات در زیر آستانه‌ی هوشیاری اعمال می‌کنند و حالتی خودآیند دارند (۷). بیماران در اوایل زندگی به‌منظور انطباق با طرحواره‌ها، پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگاری را به وجود می‌آورند تا مجبور نشوند هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده را تجربه کنند. این کار معمولاً منجر به تداوم طرحواره‌ها می‌شود (۹). یانگ هجده طرحواره ناسازگارانه را در قالب پنج حوزه‌ی طرحواره معرفی می‌کند که عبارتند از: (بریدگی و رهاشدگی/ بی‌ثباتی؛ بی‌اعتمادی/ سوء رفتار؛ محرومیت هیجانی؛ نقص/ شرم؛ انزوای اجتماعی/ بیگانگی، خودمختاری و عملکرد مختل وابستگی/ بی‌کفایتی؛ آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/ بیماری؛ خود تحول یافته؛ شکست؛ محدودیت‌های مختل؛ استحقاق/ بزرگ منشی؛ خویش‌نماری و خود انضباطی ناکافی، دیگر جهت‌مندی اطاعت؛ ایشار؛ پذیرش جویی/ جلب توجه و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری؛ منفی‌گرایی/ بدبینی؛ بازداری هیجانی؛ معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی؛ تنبیه). یانگ همچنین معتقد است برخی از این طرحواره‌ها ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند (۹). وی برای بررسی دقیق‌تر این ایده، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مشخص کرده است که به آنها "طرحواره‌های ناسازگار اولیه" می‌گوید. این طرحواره‌ها الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌وارها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و به شدت ناکارآمد هستند (۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مشکلات و اختلال‌های روان‌شناختی مختلفی نظیر اختلالات خوردن،

افسردگی، استرس شغلی و خودکشی گرایسی، اختلالات شخصیت، تنهایی به دلیل روابط بین‌فردی مخرب و سوء مصرف الکل و مواد مخدر، پراشتهایی یا زخم معده مرتبط هستند (۱۰). حدود ۲۰ درصد بیماران کرونری قلب (CHD) Coronary Heart Disease در مقایسه با افراد عادی درجات بالاتری از افسردگی و نشانه‌های افسردگی را دارند (۱۱) از دیگر عوامل شخصیتی و روان شناختی مرتبط با بهزیستی فرد، سبک تنظیم هیجان می‌باشد. اخیراً تنظیم هیجان به‌عنوان یک فرایند مهم در پژوهش و درمان آسیب شناسی روانی و برخی حالت‌های پاتولوژیک جسمانی مورد توجه قرار گرفته است. طرحواره‌ها نقش عمده‌ای در تفکر، احساس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط با دیگران بازی می‌کنند و به گونه‌ای متناقض و اجتناب‌ناپذیر، زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می‌کشاند به عبارتی رویدادهای تحولی منفی با خلق و خوی هیجانی کودک، آمیخته شده و طرحواره‌ها را ایجاد یا تثبیت می‌کنند. بیماران وقتی با برانگیزاننده‌های طرحواره روبرو می‌شوند، پاسخ‌های هیجانی نامناسب نشان می‌دهند و به‌منظور انطباق با طرحواره‌ها، پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگاری را به وجود می‌آورند تا مجبور نشوند هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده را تجربه کنند (۷). تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به‌منظور تغییر یا تعدیل تجربه هیجانی، ابراز هیجانی و شدت و یا نوع تجارب هیجانی یا واقعه فراخواننده‌ی هیجان به کار می‌روند (۱۲ و ۱۳). علاوه بر این نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان با الگوهای آسیب‌شناسی روانی آمیختگی کامل دارد (۱۴ و ۱۳) و نقش برجسته‌ای در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی و پیامدهای زیستی و روانی آنها ایفا کرده (۱۵ و ۱۶) و ممکن است کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد (۱۷). این سازه یک مفهوم پیچیده است که طیف گسترده‌ای از فرایندهای زیستی، اجتماعی، رفتاری و همچنین فرایندهای شناختی و هیجانی هشیار و ناهشیار را در

برمی‌گیرد (۱۸). بیشتر اوقات، ذهنیت‌ها و عملکردهای طرحواره‌ای، توسط موقعیت‌هایی برانگیخته می‌شوند که نسبت به آن‌ها حساسیت زیادی داریم. (گره‌های هیجانی) در صورتی ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد فعال می‌شود که طرحواره‌ها یا پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگارانه خاصی منجر به برانگیختگی هیجان‌های آشفته ساز، پاسخ‌های اجتنابی یا رفتارهای خود-آسیب رسان شوند، به گونه‌ای که کنترل عملکرد فرد را به دست گیرند و او را از زیر سلطه خود درآورند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که از سبک‌های شناختی ناسازگارانه مانند نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش خود استفاده می‌کنند، بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیر می‌باشند (۱۹). بهره‌گیری مطلوب از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان، نظیر ارزیابی مجدد باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانه می‌شود (۲۰). در پژوهش‌های شناخت اجتماعی و علوم عصب شناختی نیز تلاش بر آن است تا از راه و روش‌های دانش عصب شناختی به پرسش‌های مربوط به چگونگی تعامل شناخت و هیجان پاسخ داده شود (۱۹). به‌طور کلی یافته‌های پژوهشی متعددی بیانگر رابطه قوی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با اختلال‌های رفتاری و مشکلات عاطفی (۲۲ و ۲۱) آسیب‌شناسی روانی است (۲۴-۲۲). برخی از الگوهای تنظیم شناختی عاطفی با بسیاری از مشکلات روانی شامل آشفتگی‌های شخصیت، ناسازگاری‌های اجتماعی و رفتارهای آسیب زنده به خود، همبستگی مثبت دارند (۲۵). به‌طور کلی توانایی تنظیم مناسب و سازگارانه هیجان با پیامدهای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی متعددی مرتبط است (۱۸). به‌دلیل تاثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی، روان شناختی، شناختی و هیجانی در بیماری‌های قلبی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای شناختی تنظیم

نرم افزار آماری SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ (YSQ-SF): نسخه اصلی پرسشنامه طرح‌واره‌ها (YSQ)، توسط یانگ (۱۹۹۴) برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ساخته شده است. همچنین شکل کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌ها (YSQ-SF) برای اندازه‌گیری ۱۵ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۸) بر اساس فرم اصلی تهیه شده است. فرم بلند دارای ۲۰۵ سوال و فرم کوتاه ۷۵ سوال دارد. هر سوال بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً غلط=۱، تقریباً غلط=۲، بیشتر درست تا غلط=۳، اندکی درست=۴، تقریباً درست=۵، کاملاً درست=۶) نمره‌گذاری می‌شود. در فرم کوتاه، هر طرح‌واره توسط پنج سوال سنجیده می‌شود. در این پرسشنامه، نمره بالا نشان‌دهنده وجود طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه است. در پژوهش حاضر به منظور سنجش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از فرم کوتاه (۷۵ سوال) پرسشنامه طرح‌واره یانگ استفاده شده است که ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه را در قالب ۵ حوزه می‌سنجد. پژوهش‌های مختلفی (۲۶) ساختار عاملی و روایی‌سازه آن را تایید کرده‌اند. ذوالفقاری، فاتحی‌زاده و عابدی (۲۷) ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق محاسبه‌ی ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای پنج حوزه آن به این شرح به دست آوردند: بریدگی و طرد ۰/۹۱، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۰، محدودیت‌های مختل ۰/۷۳، دیگرجهت‌مندی ۰/۶۷ و گوش به زنگی بیش از حد و بازدارندگی ۰/۷۸. در مطالعه‌ی دیگر (۲۸) ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ $\alpha=0/88$ به دست آمد. این ضریب برای حوزه‌های طرح‌واره‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۵ تا ۰/۸۹ قرار داشت.

پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERQ): این ابزار توسط گارنفسکی، کراج (۱۵) تدوین شده است. (CERQ) پرسشنامه‌ای چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد، پس از تجربه کردن وقایع یا

هیجان در بیماران قلبی و افراد گروه گواه سالم متفاوت است؟

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی پس‌رویدادی می‌باشد که به روش مقطعی انجام شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌داد. از جامعه‌ی فوق تعداد ۹۶ بیمار دارای تشخیص بیماری قلبی - عروقی که به بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده بودند، پس از احراز تشخیص بیماری قلبی توسط متخصص قلب به محقق معرفی و به شیوه‌ی هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه برای آزمودنی‌های بیمار، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، ابتلا به بیماری قلبی، جهت‌یابی سالم (وقوف به زمان و مکان) و همکاری و اخذ رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه بود. گروه افراد عادی ($N=92$) نیز از همراهان بیماران با توجه به همتا بودن از لحاظ متغیرهای تاثیرگذار به صورت در دسترس انتخاب شدند. فقدان سابقه‌ی بیماری حاد جسمی و روانی، عدم مصرف داروهای روان‌گردان که به صورت خوداظهاری ارزیابی شد از ملاک‌های ورود افراد گروه کنترل به پژوهش بودند. رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش پس از توضیح کوتاه درباره پژوهش جلب شد، و سپس به وسیله‌ی ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که داده‌های پژوهش در یک بازه زمانی یک‌ماهه مراجعه به مراکز فوق گردآوری شد. در این پژوهش از پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، نسخه‌ی کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ (YSQ-SF) Young Schema Questionnaire و پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERQ) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری و از طریق

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه گارنفسکی و همکاران اعتبار آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آوردند (۱۵). در ایران اعتبار پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش شد (۲۸). در پژوهشی دیگر (۲۹) میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ برای ۹ زیر مقیاس پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دست آمد.

یافته‌ها

اطلاعات و یافته‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه مانند سن، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات به تفکیک بیماران قلبی و گروه کنترل در جدول ۱ گزارش شده است.

موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است، و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. که نحوه‌ی پاسخ به آن براساس مقیاس درجه بندی لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. عبارات این پرسشنامه از نظر مفهومی ۹ خرده مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهند که هر یک به منزله‌ی راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و دارای ۴ عبارت است. خرده مقیاس‌ها عبارتند از سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه‌سازی، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، پذیرش. هر مقیاس نیز دارای چهار عبارت است که از طریق جمع بستن نمرات داده شده به هر عبارت، نمره‌ی هر خرده مقیاس (در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰) به دست می‌آید. در بررسی

جدول ۱: شاخص‌های جمعیت شناختی بیماران قلبی و گروه کنترل

متغیر	سطح	بیماران قلبی	گروه کنترل
سن	میانگین سن	۳۶/۴۱	۳۳/۶۵
	انحراف استاندارد	۱۰/۶۱	۸/۷۹
جنسیت	مرد	۳۷	۴۷
	زن	۵۹	۴۵
وضعیت تاهل	مجرد	۱۹	۲۳
	متاهل	۷۷	۶۹
	ابتدائی	۱۷	۱۵
تحصیلات	سیکل	۲۴	۱۰
	دیپلم	۳۵	۳۱
	کاردانی	۱۲	۱۳
	کارشناسی	۸	۱۹
	کارشناسی ارشد	۰	۴

ناسازگاران در جدول ۲ ارایه شده است. به منظور آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین گروه بیماران قلبی و گروه کنترل در پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های بیماران قلبی و گروه کنترل در پنج حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و همچنین دو سبک تنظیم شناختی هیجان سازگاران و

نرمال بودن توزیع داده‌ها، برابری واریانس گروه‌ها و همچنین همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس ($P=0/055$; $F=1/46$) مورد تایید قرار گرفت.

و همچنین دو نوع سبک تنظیم هیجان از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. برای استفاده از این روش ابتدا مفروضه‌های اساسی این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. قبل از اجرای این تحلیل، مفروضه‌های زیربنایی آن مانند

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان

حوزه	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
بریدگی و طرد	بیماران قلبی	۵۲/۹۵	۱۷/۰۴
	گروه کنترل	۴۸/۹۵	۱۴/۴۸
خودگردانی و عملکرد مختل	بیماران قلبی	۳۹/۳۶	۱۲/۵۶
	گروه کنترل	۳۷/۶۸	۹/۷۸
محدودیت‌های مختل	بیماران قلبی	۲۷/۵۲	۷/۷۳
	گروه کنترل	۲۴/۷۷	۷/۰۱
دیگر جهت مندی	بیماران قلبی	۲۶/۹۰	۷/۱۳
	گروه کنترل	۲۵/۷۰	۶/۱۵
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	بیماران قلبی	۲۹/۹۷	۶/۹۹
	گروه کنترل	۲۷/۹۶	۶/۵۹
تنظیم هیجان سازگاران	بیماران قلبی	۷۱/۸۴	۱۱/۱۵
	گروه کنترل	۶۹/۳۸	۱۰/۹۵
تنظیم هیجان ناسازگاران	بیماران قلبی	۴۷/۴۵	۱۰/۰۵
	گروه کنترل	۴۵/۷۷	۸/۶۷

جدول ۳: مقایسه‌ی گروه‌ها در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان

حوزه‌های طرح‌واره	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
بریدگی و طرد	۷۵۲/۵۱	۱	۷۵۲/۵۱	۲/۹۹	۰/۱۲۴
خودگردانی و عملکرد مختل	۱۳۲/۵۶	۱	۱۳۲/۵۶	۱/۰۴	۰/۲۷۹
محدودیت‌های مختل	۳۵۵/۰۴	۱	۳۵۵/۰۴	۶/۵۰	۰/۰۱۲*
دیگر جهت مندی	۶۷/۶۷	۱	۶۷/۶۷	۱/۵۲	۰/۲۱۱
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۱۹۰/۲۲	۱	۱۹۰/۲۲	۸/۱۱	۰/۰۰۴***
تنظیم هیجان سازگاران	۳۹/۴۰	۱	۳۹/۴۰	۰/۳۱۲	۰/۵۷۲
تنظیم هیجان ناسازگاران	۸۱/۶۱	۱	۸۱/۶۱	۰/۹۹۳	۰/۳۵۵

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

هیجان تفاوت معناداری یافت نشد. به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت بیماران قلبی و گروه کنترل دو گروه در ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه نیز مقایسه شدند. در جدول ۴ نتایج این تحلیل گزارش شده است. با توجه به این که بین دو گروه از لحاظ سبک‌های تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه تفاوت معناداری یافت نشد، مقایسه‌ی دو گروه در زیرمقیاس‌های سبک‌های تنظیم هیجان انجام نگرفت.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که اثر اصلی شاخص Hotelling Trace ($F=2/45$, $P=0/034$) معنادار است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه‌ی دو گروه در حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و همچنین سبک‌های تنظیم هیجان در جدول ۳ گزارش شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در طرحواره‌های حوزه‌ی محدودیت‌های مختل، گوش به زنگی معنادار می‌باشد، ولی بین دو گروه از لحاظ سبک‌های تنظیم

جدول ۴: نتایج مقایسه‌ی دو گروه بیماران قلبی و افراد عادی در ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه

طرحواره	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
محرومیت هیجانی	۳۱/۵۶	۱	۳۱/۵۶	۱/۳۱	۰/۳۸۲
رهاشدگی	۶۵/۴۴	۱	۶۵/۴۴	۲/۹۹	۰/۲۴۴
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	۴۸/۲۲	۱	۴۸/۲۲	۲/۳۴	۰/۳۰۱
بیگانگی / انزوای اجتماعی	۴۶/۴۶	۱	۴۶/۴۶	۲/۷۵	۰/۲۶۹
نقص / شرم	۰/۰۱۹	۱	۰/۰۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷۹
شکست	۱۳/۰۷	۱	۱۳/۰۷	۰/۹۶۴	۰/۴۱۱
وابستگی / بی‌کفایتی	۷/۱۹	۱	۷/۱۹	۰/۵۹۶	۰/۶۵۷
آسیب‌پذیری به ضرر / بیماری	۱۴/۰۶	۱	۱۴/۰۶	۰/۹۲۲	۰/۴۶۱
خود تحول نایافته / گرفتار	۲/۱۴	۱	۲/۱۴	۰/۱۰۱	۰/۸۱۳
اطاعت	۱۶/۳۸	۱	۱۶/۳۸	۰/۸۹۲	۰/۴۸۵
ایثار	۱۷/۴۵	۱	۱۷/۴۵	۰/۹۸۶	۰/۴۰۷
بازداری هیجانی	۹۲/۰۱	۱	۹۲/۰۱	۴/۸۶	۰/۰۱۹*
معیارهای سرسختانه	۱۷/۶۴	۱	۱۷/۶۴	۰/۹۸۵	۰/۴۰۷
استحقاق	۶۹/۳۶	۱	۶۹/۳۶	۳/۵۲	۰/۰۷۵
خویش‌داری / خود انضباطی ضعیف	۱۱۰/۵۴	۱	۱۱۰/۵۴	۶/۰۶	۰/۰۱۱**

* معنادار در سطح ۰/۰۵ -

** معنادار در سطح ۰/۰۱

هیجانی و خویش‌داری / خودانضباطی ضعیف معنادار می‌باشد.

همان‌طور که جدول چهار نشان می‌دهد تفاوت دو گروه مبتلا به بیماری قلبی و گروه عادی تنها در دو طرحواره بازداری

بحث

مقابله با فشار روانی داشته و زمانی که در زندگی با حوادث فشارزا مواجه می‌شوند، کمتر احتمال دارد که دچار مشکلات روانی شوند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد طرحواره‌های شناختی ناسازگار نظیر ترس از طرد شدن و ناکامی در پیشرفت به‌عنوان متغیر واسطه‌ای بین کمالگرایی اجتماعی و اضطراب عمل می‌کنند.

برخی از الگوهای تنظیم شناختی عاطفی با بسیاری از مشکلات روانی شامل آشفتگی‌های شخصیت، ناسازگاری‌های اجتماعی و رفتارهای آسیب زنده به خود، همبستگی مثبت دارند و مداخلات بالینی متمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجانی برای افرادی که الگوهای رفتاری ناسازگارانه را استفاده می‌کنند، مفید خواهد بود. نتایج پژوهش حاضر به‌طور مستقیم و غیر مستقیم با نتایج تعدادی از پژوهش‌ها همخوانی دارد. از جمله نتایج مطالعات پژوهش دال و پژوهش کلی و همکارانش که هم رخدادی نقص در تنظیم هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه را اذعان می‌کنند (۳۱ و ۲۵). احمدی و اصغر نژاد (۱) نیز در پژوهشی که بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به انسداد عروقی کرونر قلب و ۳۰ فرد سالم انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که نمره‌های بیماران در مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه (محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، آسیب پذیری به بیماری، خودتحول نیافته/ گرفتار، ایشار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی و خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (خود سرزنشگری، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری) در مقایسه با افراد سالم بالاتر بود که با نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اینکه تفاوت دو گروه افراد سالم و بیماران قلبی در طرحواره‌های حوزه محدودیت‌های مختل، گوش به زنگی و در دو طرحواره بازداری هیجانی و خویشتن‌داری/ خودانضباطی ضعیف معنادار بوده است، همسو می‌باشد. همچنین سلطانی

بیمارانی که طرحواره‌هایشان در حوزه محدودیت‌های مختل قرار دارد، محدودیت‌های درونی آن‌ها در خصوص احترام متقابل و خویشتنداری به اندازه کافی رشد نکرده است. آن‌ها توانایی مهار تکانه‌های خود را ندارند و نمی‌توانند ارضای نیازهای آنی خود را به خاطر دستیابی به منافع آتی به تأخیر بیندازند. بیمارانی که طرحواره خویشتنداری/ خود-انضباطی ناکافی دارند، نمی‌توانند برای دستیابی به اهدافشان، خویشتنداری نشان دهند و ناکامی را به قدر کافی تحمل کنند. از سوی دیگر نمی‌توانند ابراز هیجان‌ها و تکانه‌هایشان را کنترل کنند. در شکل‌های خفیف‌تر این طرحواره، بیماران بر اجتناب از ناراحتی خیلی تأکید می‌کنند. به‌عنوان مثال سعی می‌کنند در روابط بین فردی، تعارضی ایجاد نکنند و از پذیرفتن مسوولیت‌های بیشتر، طفره می‌روند (۷).

بیمارانی که طرحواره‌هایشان در حوزه گوش به زنگی قرار دارد، احساسات و تکانه‌های خودانگیخته را واپس زنی می‌کنند. آن‌ها اغلب تلاش می‌کنند تا بتوانند طبق قواعد انعطاف پذیر و درونی شده خود، عمل کنند؛ ولو به قیمت از دست دادن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط صمیمی یا سلامتی. بیمارانی که طرح واره‌ی بازداری هیجانی دارند، رفتارها، احساسات و روابط بین فردی خودانگیخته‌شان را محدود می‌کنند. آن‌ها معمولاً این کار را برای جلوگیری از مورد انتقاد واقع شدن یا از دست دادن کنترل روی تکانه‌هایشان انجام می‌دهند. شایع‌ترین حوزه‌های بازداری عبارتند از (۱) بازداری خشم (۲) بازداری تکانه‌های مثبت مثل شوخی، محبت، برانگیختگی مثبت و بازیگوشی (۳) مشکل در بیان آسیب پذیری و (۴) تأکید بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجان‌ها. این بیماران اغلب افرادی کسالت آور، مقید، منزوی یا سرد و بی‌عاطفه به نظر می‌رسند (۷).

دانگیاک (۳۰) در پژوهش خود دریافت افرادی که از طرحواره‌های سازگار استفاده می‌نمایند، توانایی بهتری برای

شال و آقا محمدیان شعرابف (۴) ضمن اشاره به اینکه عوامل روان شناختی هم در ایجاد بیماری قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند، اشاره می‌کنند آموزش مدیریت استرس، سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه و هوش هیجانی؛ می‌توانند آسیب‌پذیری روان شناختی و ابتلا به بیماری قلبی را کاهش دهند. آن‌ها همچنین بیان می‌کنند که تجربه‌ی عواطف و هیجانات منفی و بازداری اجتماعی که مانع بیان این هیجانات می‌شود؛ همچنین خصومت ورزی و تاکید زیاد بر فوریت‌های زمانی که افراد را در معرض استرس بیشتر قرار می‌دهد؛ در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی با تیپ شخصیتی D مشاهده می‌شود. محمد پور، رحیمیان بوگر و محمد رضایی (۵) نیز اشاره می‌کنند که بیماران قلبی به دلیل فقدان سبک‌های دفاعی و مقابله‌ای سازگارانه، بیش از سایر افراد از وقایع استرس‌زا متأثر شده و سبک‌های ناسازگارانه آن‌ها اثرات آسیب‌زای استرس‌ها را تشدید و تسهیل می‌کند و این شیوه‌های ناسازگارانه به گونه‌ای معکوس کیفیت زندگی این بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهند. در این پژوهش همچنین به ناگویی خلقی بیماران قلبی اشاره شده که به معنای ناتوانی در درک، پردازش و توصیف احساسات و هیجانات خود و دیگران می‌باشد و بیان شده است که ناگویی خلقی با کاهش شاخص‌های سلامت جسمانی از جمله با بیماری‌های قلبی ارتباط دارد.

نتایج حاصل از پژوهشی دیگر که بر روی بیماران کرونری قلب (CHD) انجام شد (۳۲) نیز نشان می‌دهد اگر چه مکانیزم‌های روان شناختی که بیماران کرونری قلب را نسبت به نشانه‌های افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند، هنوز مشخص نیست؛ درمان گروهی MBCT در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و سازگاری روانی اجتماعی با بیماری، موثر بوده و بین دو گروه بیماران کرونری قلب که این درمان را دریافت کرده‌اند و گروهی که دریافت نکرده‌اند، در کاهش نشانه‌ها تفاوت معنادار وجود داشت. بعلاوه نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که کنترل عوامل خطر روان شناختی پس از

مداخلات پزشکی بر بیماران کرونری قلب لازم و تاثیرگذار است. از جمله رحیمیان بوگر، بشارت و داراییان (۳۳) ضمن تاکید بر این نکته، اذعان می‌کنند که استرس، اضطراب و افسردگی به‌عنوان عوامل خطر زمینه‌ای در کنار هم در بروز فیبریلاسیون دهلیزی که به‌عنوان شایع‌ترین آریتمی پس از جراحی بای پس عروق کرونر شناخته شده است؛ سهم هستند. آن‌ها همچنین در تبیین یافته‌های خود بیان می‌کنند که آشفتگی‌های روان‌شناختی از طریق افزایش بار هیجانی و روانی - اجتماعی مربوط به جراحی و ایجاد اختلال در فرایند توانبخشی قلب پیش درآمدهای فیبریلاسیون دهلیزی پس از جراحی بای پس عروق کرونر هستند. نتایج یک فراتحلیل در زمینه‌ی MBCT و سایر درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی نیز نشان می‌دهد که اینگونه مداخلات شناختی به بهبودی معناداری در حوزه نشانه‌های افسردگی، اضطراب و دیگر شاخص‌های ناسازگاری روان شناختی در افراد با مشکلات جسمانی منجر می‌شوند (۳۴). سایر پژوهش‌ها این یافته را تایید کرده و نشان می‌دهند نشانه‌های پیش‌مرضی و پس‌مرضی افسردگی اساسی در بیماران کرونری قلب با پیش‌آگهی ضعیف در بیماران CHD رابطه دارد (۳۵). به این ترتیب پژوهش‌های تحلیل عاملی دیکنز (۳۶) نشان می‌دهد مداخلات روان شناختی موثر برای افسردگی در بیماران کرونری قلب ضروری است. همچنین بین بعضی از راهبردهای تنظیم شناختی عاطفی نظیر سرزنش خود، فاجعه‌سازی و نشخوار فکری و علائم افسردگی رابطه مثبت به دست آمد. از آنجا که طرحواره‌ها همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات به کار می‌روند و تعیین‌کننده واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین فردی می‌باشند، گفته شده که با رضایت از زندگی نیز رابطه دارند (۳۷). پژوهش در زمینه‌ی آسیب‌پذیری روان شناختی نسبت به ابتلا به بیماری قلبی به‌ویژه در حوزه نقش طرحواره‌های ناسازگار، مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار و تنظیم هیجانی هنوز نو و بدیع

روان شناختی، شناختی و هیجانی در بیماری‌های قلبی، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال که آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در بیماران قلبی و افراد گروه گواه سالم متفاوت است یا خیر، به این نتیجه دست یافت که تفاوت دو گروه مبتلا به بیماری قلبی و افراد عادی در طرحواره‌های حوزه‌ی محدودیت‌های مختل و گوش به زنگی و در دو طرحواره بازداری هیجانی و خویش‌داری/ خودانضباطی ضعیف معنادار بود. در نتیجه طرحواره‌های ناسازگار اولیه از عوامل شخصیتی تاثیرگذار در اختلالات قلبی عروقی است و باید به نقش آنها در این اختلالات توجه کرد. توجه به این مساله می‌تواند هم پیامدهای پیشگیرانه و هم پیامدهای درمانی قابل توجهی به دنبال داشته باشد.

تقدیر و تشکر

از همه‌ی همکاران و شرکت کنندگان این پژوهش که در راستای اهداف این پژوهش با ما همکاری نمودند، کمال تشکر را داریم. قابل ذکر است این مقاله برگرفته از پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد می‌باشد.

References

- 1- Ahmadi F, Asqar-nejad FA, Borjali M. comparison of patients suffering from coronary thrombosis with healthy individuals concerning early maladaptive schemas and emotion-regulation strategies. *J Behav Sci.* 2014; 8: 55-63.
- 2- Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49: 755-71.
- 3- Zeinali S, Ashrafian P, Beirami M. A

است و به نظر می‌رسد به پژوهش‌های بیشتری نیازمند هستیم، بنابراین با توجه به این مساله به حوزه‌های بین رشته‌ای مانند روان‌شناسی سلامت انجام پژوهش‌های بیشتر در این حوزه پیشنهاد می‌شود. همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر به پزشکان توصیه می‌شود در هنگام کار با بیماران قلبی ضمن توجه به نقش عوامل روان شناختی، در صورت مشاهده زمینه‌های آسیب‌پذیری روان شناختی، موضوع ارجاع به روان شناس را مورد توجه قرار دهند تا از این رهگذر فرایند درمان این بیماران با تکیه بر مدل زیستی-روانی-اجتماعی اثر بخش واقع شود. گاهی تمرکز درمان روی صرفاً عوامل زیستی است و از توجه به عوامل روان‌شناختی نظیر طرحواره‌ها و سبک‌های تنظیم هیجان که در حکم علل و عوامل نگهدارنده‌ی بیماری هستند، غفلت می‌شود؛ در نتیجه پزشکان عمومی و متخصصان قلب و عروق می‌توانند در یک تعامل نزدیک با روان‌شناسان و ارجاع به موقع به آنها و با بهره‌گیری از مدل جامع به درمان بیماران قلبی بپردازند.

نتیجه‌گیری

به دلیل تاثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی،

- comparative study of personality factors and mental health components in heart patients and normal ones. *Urmia Med J.* 2011; 22: 432-8.
- 4- Soltanishal R, Aghamohammadiansherbaf H. The role of psychological factors and the importance of psychotherapy in psychopathology of heart disease. *J Zanzan Univ Med Sci.* 4: 23: 109-121.
 - 5- Mohammad Pour S, Rahimian A, Mohammad Rezaei A. The role of alexithymia and defensive style to predict the quality of life in patients with

- coronary heart disease. *J Zanjan Univ Med Sci*. 2014; 23: 48-60.
- 6- Yousefi R. Compared to the initial scheme incompatible styles and cognitive emotion regulation in patients with functional gastrointestinal disorders and normal individuals. *Digestive*. 2015; 19: 257-264.
- 7- Young J. Schema Therapy. Translated By: Hamidpour H, Andooz Z. Tehran: Arjmand; 2007.
- 8- Thimm JC. Personality and early adaptive schemas: A five-factor model perspective. *J Behav Ther Exper Psychiat*. 2010; 41: 373-80.
- 9- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.
- 10- Seligman MEP, Schulman P, Tryon A. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther J*. 2007; 45: 1111-26.
- 11- Carney R, Freedland K. Depression in patients with coronary heart disease. *Am J Med*. 2008; 121: S20-S27.
- 12- Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30: 217-37.
- 13- Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY: Guilford; 2010.
- 14- Aldao A, Sheppes G, Gross J. Emotion regulation flexibility. *Cog Ther Res*. 2015; 39: 263-78.
- 15- Garnefski N, kraaij V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif*. 2006; 40: 1659-69.
- 16- Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Cate RT. Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc*. 2009; 32: 449-54.
- 17- Cakmak AF, Cevik EI. Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of Turkish version of 18-item short form. *Afric J Bus Manag*. 2010; 4: 2097-102.
- 18- Campbell-Sills LH, Barlow D. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood Disorders. *Handbook of emotion regulation*; 2007.
- 19- Samani S, Sadeghi I. Psychometric adequacy of cognitive emotion regulation questionnaire. *J Methods Ment Models*. 2009; 1: 51-62.
- 20- Kazemi H, Motahari S. Relation schemas and maladaptive cognitive states in girls and boys. *J Sci Res Cog Behav*. 2013; 3: 11-22. (Persian)
- 21- Williams LE, Bargh JA. The non conscious regulation of emotion. In: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007: 429-45.
- 22- Kraaij V, van EA, Garnefski N, et al. Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-

- infected people: a pilot randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2010; 80: 200-4.
- 23- Hasani J. The assessment of reliability and validity of the short form of cognitive emotion regulation questionnaire. *Behav Sci res*. 2011; 9: 229-40.
- 24- Hassani J, Tajuddin A, Qaedniaye Jahromi A, Farmani Shahreza SH. Emotional, cognitive and emotional schema comparison regulation strategies spouses of people with substance abuse and normal individuals. *J Clin Psychol*. 2014; 1: 91-101.
- 25- Dahl RE. Affect regulation, brain development, and behavioral/emotional health in adolescence. *CNS Spectrums*. 2001; 6: 1-12.
- 26- Sadooghi Z, Vafaiee M, Rasoolzadeh K, Esfahanian N. Factor analysis short-form young schema questionnaire in Iranian nonclinical sample. *Iran J Psychiatry Clinical Psychology*. 2007; 4: 214-9.
- 27- Zolfaghari M, Fatehizadeh M, Abedi MR. The relationship between early maladaptive schemas dimensions of marital intimacy. *Journal of Family Studies*. 2008; 4: 247-261.
- 28- Yousefi F. The study relationship between cognitive emotion regulation styles with depression and anxiety in student. *Res Except Child*. 2006; 6: 871-92.
- 29- Abdi S, Babapoor J, Fathi H. Relationship between cognitive emotion regulation styles and general health among university students. *J Army Univ Med Sci Iran*. 2011; 8: 258-64.
- 30- Donghyuck L. Maladaptive cognition schemas as mediators between perfectionism and psychological distress (PhD Dissertation). Department of Educational Psychology and Learning Systems, Florida: State University; 2007.
- 31- Kelly E, Buckholdt, Gilbert R, et al. Emotion regulation difficulties and maladaptive behaviors: examination of deliberate self-harm, disordered eating, and substance misuse in two samples. *Cog Ther Res*. 2015; 39: 140-52.
- 32- O'Doherty V, Carr A, McGrann A, et al. A controlled evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for patients with coronary heart disease and depression. *Mindfulness*. 2015; 6: 405-16.
- 33- Rahimian A, Besharat MA, Darabiyan M. The role of psychological risk factors, age and gender in the incidence of atrial fibrillation after bypass surgery. *J Zanzan Univ Med Sci*. 2012; 20: 74-64.
- 34- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *J Psychosomatic Res*. 2010; 68: 539-44.
- 35- Leung YW, Flora DB, Gravely S, Irvine J, Carney RM, Grace SL. The impact of premorbid and postmorbid depression onset on mortality and cardiac morbidity among patients with coronary heart disease: meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2012; 74: 786-801.

36- Dickens C, Cherrington A, Adeyemi I, et al. Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: a systematic review and meta-regression. *Psychosomatic Medicine*. 2013; 75: 211-21.

37- Yoosofnejad, Shirvani M, Peyvastegar M. The relationship between life satisfaction and early maladaptive schemas in university students. *Knowledge Res Apply Psychol*. 2011; 12: 55-65. [Persian]

Archive of SID

Comparison of Early Maladaptive Schemas and Cognitive Emotion Regulation in Cardiac Patients and Normal Individuals

Yousefi R¹, Asghari H², Toghiani E³

¹Dept. of Psychology, Faculty of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

²Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran

³Dept. of Psychology, Faculty of Psychology, University of Urmia, Urmia, Iran

Corresponding Author: Yousefi R, Dept. of Psychology, Faculty of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

E-mail: yousefi@azaruniv.edu

Received: 16 Aug 2015 **Accepted:** 10 Apr 2016

Background and Objective: The purpose of this study was to compare early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation in cardiac patients and normal individuals.

Materials and Methods: In this case-control, cross-sectional study, all cardiac patients who had referred to medical centers in Urmia city over the year of 2014 were included. Out of this population, 96 patients with cardiovascular diseases were selected. 92 healthy subjects were selected from among the attendants of the patients. Instruments for collection of data comprised a demographic characteristics questionnaire, short version of Young's Schema Questionnaire (YSQ-SF) and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). To test the research hypothesis, multivariate analysis of variance was used.

Results: There was a significant difference between the two groups in schemas of impaired constraints and overvigilance domains. Likewise, the difference between the two groups, with cardiovascular disease and normal subjects in the two schemas, emotional inhibition and low self-control/self-discipline was significant. However, the differences between the two groups in terms of emotion regulation styles were not significant.

Conclusion: The early maladaptive schemas are among personality factors with a potential impact on cardiovascular diseases and their effect is suggested to be taken into account in such disorders.

Keywords: *Early maladaptive schemas, Emotion regulation, cardiovascular disease*