

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم شناختی هیجان بیماران قلبی - عروقی

منیژه فیروزی^{۱*}، مهتاب بیرانوندی^۲

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

یافته / دوره بیستم / شماره ۲ / تابستان ۹۷ / مسلسل ۷۶

چکیده

دریافت مقاله: ۹۶/۱۲/۹ پذیرش مقاله: ۹۷/۲/۳۱

* مقدمه: بیماران مبتلا به اختلالات قلبی-عروقی، در تنظیم هیجان‌ها مشکل دارند و این امر در درمان آنها تداخل ایجاد می‌کند. درمان فراتشخیصی، درمان مبتنی بر تنظیم هیجان است. هدف اصلی این پژوهش، مطالعه اثربخشی این درمان برای تنظیم هیجان بیماران قلبی-عروقی است.

* مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی-عروقی شهر خرم‌آباد لرستان بود. ۶۶ بیمار به طور تصادفی در دو گروه کنترل و گروه مداخله (درمان فراتشخیصی یکپارچه) قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات متغیر تنظیم شناختی هیجان، از پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و همکاران، استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از واریانس اندازه‌های تکراری (Repeated Measure ANOVA)، استفاده گردید.

* یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه در تنظیم شناختی هیجان مؤثر بوده و میزان کیفیت زندگی بیماران را ارتقا بخشیده است. درمان فراتشخیصی بیشتر بر تمرکز مثبت، ارزیابی مثبت و برنامه‌ریزی مؤثرتر بود و بر سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه سازی کمترین اثر را داشت.

* بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، درمان فراتشخیصی یکپارچه به طور اختصاصی بر ابعاد تنظیم هیجان که تحت کنترل فرایندهای سطح بالا بودند، بیش از فرایندهای سطح پایین اثر داشت.

* واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، تنظیم شناختی هیجان، کیفیت زندگی، بیماران قلبی-عروقی.

*آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک: mfiroozy@ut.ac.ir

مقدمه

بیماری کرونر قلبی که ناشی از گرفتگی عروق کرونر قلبی است، یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در کشور است و سالانه جان تعداد زیادی از بیماران را به مخاطره می‌اندازد (۱). بیماری قلبی در زمره سه علت مرگ‌ومیر از جمله سرطان و سکته مغزی در کشورهای رو به رشد قرار دارد (۲). شیوع بیماری‌های قلبی- عروقی با سرعت بالا در چین، هند، پاکستان، خاورمیانه و از جمله ایران در حال افزایش است (۳). امروزه این بیماری در ایران به صورت یک مشکل فراگیر درآمده، به طوری که مرگ‌ومیر ناشی از آن، ۶/۴ مرگ در هر ۱۰۰۰۰ جمعیت را به خود اختصاص داده است (۴). این روند رو به رشد، بر اهمیت به‌کارگیری انجام مداخله‌هایی که کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء دهد ضروری است.

سال‌ها پژوهش به نقش مهم تنظیم هیجان در بروز، تشدید و سازگاری با استرس‌های مرتبط با بیماری‌های مزمن تأکید کرده است (۵). تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن افراد می‌توانند ابعاد تجربه‌های هیجانی (نوع هیجان، زمان ابراز هیجان، شدت هیجان و نحوه ابراز هیجان) مدیریت و تعدیل کنند (۶، ۷). تنظیم هیجانی می‌تواند آگاهانه یا ناآگاهانه، زودگذر یا دائمی و رفتاری یا شناختی باشد. در این پژوهش تنظیم شناختی هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است. براون و همکاران، نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی را تحت عنوان سرزنش خود (تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود)، پذیرش (تفکر با محتوای پذیرش و تسلیم رخداد)، نشخوار ذهنی (اشتغال ذهنی درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه‌ی منفی)، تمرکز مجدد مثبت (فکر کردن به موضوع لذت‌بخش و شاد به جای تفکر درباره حادثه‌ی واقعی)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (فکر کردن درباره مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن)، ارزیابی مجدد مثبت (تفکر درباره

جنبه‌های مثبت واقعه یا ارتقای شخصی)، اتخاذ دیدگاه (تفکرات مربوط به کم اهمیت بودن واقعه یا تأکید بر نسبیت آن در مقایسه با سایر وقایع)، فاجعه‌آمیز پنداری (تفکر با محتوای وحشت از حادثه) و سرزنش دیگران (تفکر با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران به خاطر آنچه اتفاق افتاده است) را معرفی کرده‌اند (۸). در این پژوهش نیز این ابعاد به منظور بررسی اثربخشی درمان، مطالعه شده است.

یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر در میان تحولات جدید در حوزه درمان‌های شناختی- رفتاری در مقابل درمان‌های اختصاصی برای اختلال‌های هیجانی تدوین شده، درمان شناختی- رفتاری فرا تشخیصی با رویکرد یکپارچه است (۹).

تلاش‌های متخصصان رفتاردرمانی در سال‌های اخیر به ارائه‌ی مدل‌های یکپارچه انجامیده است تا بتوانند ضمن دسترسی به مداخلات تأیید شده تجربی، امکان کاربرد و آموزش آن‌ها را در شرایط مختلف داشته باشد. از طرفی یکپارچه‌نگری می‌تواند به شناسایی عوامل مشترک درمانی و کشف مکانیسم‌های درمانی منجر شود. بر اساس دیدگاه فراتشخیصی به عنوان درمان یکپارچه نگر، مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی، هدف درمان قرار می‌گیرد و پروتکل‌های درمانی فراتشخیصی یکپارچه برای اختلال‌ها و مشکلات روانی که زیربنای مشترکی دارند به کار می‌رود (۱۰). اگرچه پروتکل یکپارچه (UP) مبتنی بر اصول سنتی شناختی- رفتاری است، اما تأکید اختصاصی آن بر شیوه‌ای است که مبتلایان به اختلال‌های هیجانی، هیجان احساس خود را شناسایی کنند و به آن‌ها پاسخ دهند، این سازوکارها فقط به تغییر رفتار از جمله تجربه هیجان نمی‌انجامد بلکه به تغییر در کارکرد مغز (و ایجاد خاطرات جدید) نیز منجر می‌شوند (۱۱). این پژوهش برای نخستین بار، به منظور درمان هیجانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی به کمک درمان فراتشخیصی به کار

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران، تدوین شده است، این پرسشنامه، چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده (سؤال) بوده و هدف آن سنجش خرده مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. نمره هر راهبرد در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار می‌گیرد و جمع کل نمرات در دامنه ۳۶ تا ۱۸۰ قرار دارد. در بررسی مشخصات روانسنجی آزمون گرانفسکی و همکاران، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌های آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در بر می‌گرفت که همگی آن‌ها معنادار بودند. با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی ۰/۸۲ گزارش شد (۱۲).

جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد و جهت ارائه نتایج و توزیع فراوانی و ارزیابی همگنی متغیرهای کیفی بین دو گروه از آزمون کای دو به کار برد. برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پیوسته در گروه‌های مورد مطالعه از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. پس از احراز فرض نرمال بودن داده‌ها جهت تحلیل اصلی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری (Repeated Measure ANOVA)، استفاده گردید.

یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش، ۳۶/۷ درصد زن و ۶۳/۳ درصد مرد بودند. ۹۰ درصد آنها دارای تحصیلات زیر دیپلم و ۱۰ درصد، تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر داشتند؛

رفته است. مدیریت هیجان‌ها در بیماران قلبی نه تنها ریسک حمله قلبی را کاهش می‌دهد بلکه افزایش کیفیت زندگی، هزینه‌های درمانی و مراجعات پی در پی آنها به مراکز درمانی را می‌کاهد. هدف این پژوهش، مطالعه اثربخشی درمان فرا شناختی در تنظیم شناختی هیجان و بهبود کیفیت زندگی بیماران کرونر قلبی بود.

مواد و روش‌ها

جامعه مورد مطالعه

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری کلیه بیماران قلبی - عروقی شهرستان خرم‌آباد بود. یک نمونه ۶۶ نفری از بیماران قلبی - عروقی مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی قلبی این شهرستان انتخاب شدند و به طور تصادفی در ۲ گروه کنترل و گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه) ۳۳ نفری قرار گرفتند. این پژوهش، مبتنی بر پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پس از دو ماه بود. معیار ورود به پژوهش شامل: تشخیص بالینی بیماری قلبی-عروقی، دامنه سنی ۳۰-۶۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، داشتن رژیم درمانی که شامل قرص نیتروکانتین و قرص پروپرانولول بود و معیار خروج یا حذف شامل: عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه در برنامه‌های درمان، داشتن سابقه روان‌پزشکی (مانند اختلالات روان‌پریشی از جمله اسکیزوفرنی و یا افسردگی اساسی)، داشتن اختلالات یادگیری و یا بیماری‌هایی که بر یادگیری آنها تأثیر مستقیم داشته باشد، داشتن سابقه بیماری‌های جسمی قابل توجه و تأثیرگذار در نتایج پژوهش مانند دیابت پیشرفته و... بود. پس از واریس معیارهای ورود و خروج، اطلاعات ۶ نفر از دور پردازش خارج شد و در نهایت اطلاعات ۲ گروه ۳۰ نفری مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یکپارچه)، تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارد ($P < 0.001$).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار گروه کنترل و مداخله

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری			گروه	ابعاد
پس‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری		
M±SD	M±SD	M±SD		
۴/۷۴±۱۳/۱۶	۴/۴۴±۱۲/۵	۳/۸۱±۱۲/۳۶	کنترل	ملاطت خویش
۲/۱۳±۱۲/۱۶	۲/۶±۱۱/۸۶	۴/۳۳±۱۰/۷۳	مداخله	مداخله
۲/۵۲±۱۰/۷۶	۲/۷۵±۱۰/۴۶	۲/۳۹±۱۰/۹۰	کنترل	پذیرش
۱/۶۵±۱۲/۴۳	۳/۵۶±۱۵/۱۶	۳/۷۲±۱۲/۸	مداخله	مداخله
۳/۹۱±۱۲/۵۳	۳/۸۲±۱۲/۳۳	۳/۷۷±۱۲/۱۰	کنترل	نشخوار فکری
۱/۳۴±۱۲/۱۶	۱/۴۶±۱۲/۰۶	۳/۶۲±۱۳/۹۳	مداخله	مداخله
۲/۸±۹/۷۶	۲/۱۷±۹/۴۳	۲/۰۴±۹/۳۶	کنترل	تمرکز مثبت
۱/۱۹±۱۲/۴۶	۱/۱۹±۱۲/۴۰	۲/۰۷±۹/۸۰	مداخله	مداخله
۲/۹۱±۱۰/۰۳	۲/۳۹±۹/۹	۲/۲۵±۹/۶۳	کنترل	برنامه ریزی
۱/۲۲±۱۲/۷۳	۱/۲۹±۱۲/۷	۲/۰۹±۱۰/۰۳	مداخله	مداخله
۲/۹۵±۹/۴۳	۲/۲±۹/۱	۲/۱۸±۹/۰۳	کنترل	ارزیابی مثبت
۱/۲۷±۱۲/۵۶	۱/۲۵±۱۲/۵۰	۲/۱۲±۹/۴۳	مداخله	مداخله
۲/۳۴±۱۰/۹۳	۲/۳۲±۱۰/۳	۱/۶۷±۱۰/۵۳	کنترل	دیدگاه‌گیری
۰/۵۶±۱۲/۲۳	۰/۵۹±۱۲/۱۶	۱/۶۰±۱۰/۷۰	مداخله	مداخله
۲/۶۳±۱۳/۶۶	۲/۷۵±۱۳/۳	۲/۵۴±۱۳/۲۶	کنترل	فاجعه‌سازی
۰/۹۲±۱۲/۲۰	۱/۰۶±۱۲/۱۰	۲/۶۶±۱۳/۰۶	مداخله	مداخله
۳/۹۸±۱۲/۸۰	۳/۷۸±۱۲/۵۳	۳/۸۳±۱۲/۴۰	کنترل	ملاطت دیگران
۱/۹۷±۱۲/۴۰	۲/۲۰±۱۲/۱۰	۵/۲۳±۱۴/۴۶	مداخله	مداخله

در مورد میانگین مقیاس تمرکز مثبت، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل، بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0.153$)؛ اما در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار بودند ($P < 0.05$). با مقایسه دو به دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار بود ($P < 0.001$).

میانگین زیر مقیاس تمرکز برنامه‌ریزی، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل، بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0.165$) اما در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، این تغییرات معنی‌دار بودند ($P < 0.001$). با مقایسه دو به دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات

۸۷/۸ درصد آنها دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ۱۰ درصد افراد از طبقه ضعیف و ۲/۲ درصد از طبقه اقتصادی عالی بودند. همچنین، آنها در دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال بودند. حدود ۵/۶۲ درصد در دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در گروه مداخله و کنترل در سه بازه زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۲ به مقایسه میانگین نمرات ۹ زیرمقیاس تنظیم شناختی هیجان، در طول زمان بین گروه‌های مورد مطالعه پرداخته است.

در زیر مقیاس ملاطت خویش، بین میانگین نمره افراد گروه کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، نمره روی مرز است ($P = 0.05$) که تفاوت چندانی دیده نشده و اثر درمان بر این متغیر پایین است. در مورد میانگین زیر مقیاس پذیرش، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل، بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0.157$). اما در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار است ($P < 0.05$)؛ که در این زمینه توان ۰/۹۷ نشان دهنده توان بالای آزمون بود. در مورد میانگین زیر مقیاس نشخوار فکری، نتایج نشان داد که برای افراد گروه کنترل، بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0.187$). اما در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، این تغییرات معنی‌دار می‌باشد ($P = 0.012$). که در این زمینه توان ۰/۹۳ نشان دهنده توان بالای آزمون می‌باشد. با مقایسه دو به دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی

میانگین نمره دو گروه در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P=0/153$). با مقایسه دو به دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار هستند.

در نهایت، نمره کل تنظیم شناختی هیجان، نشان داد که در افراد گروه کنترل، بین میانگین تغییرات نمره کل تنظیم شناختی در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار بودند ($P=0/153$).

جدول ۲. مقایسه دو گروه مداخله و کنترل در مورد متغیر

تنظیم هیجانی					
ابعاد	گروه	P درون گروهی	اثر زمان	گروه % زمان	اندازه اثر
سرزنش خود	کنترل	0/128	0/001	0/601	0/014
	مداخله	0/05			
پذیرش	کنترل	0/157	0/001	0/001	0/182
	مداخله	0/001			
نشخوار فکری	کنترل	0/187	0/01	0/002	0/12
	مداخله	0/012			
تمرکز مثبت	کنترل	0/153	0/001	0/001	0/30
	مداخله	0/001			
برنامه ریزی	کنترل	0/165	0/001	0/001	0/23
	مداخله	0/001			
ارزیابی مثبت	کنترل	0/139	0/001	0/001	0/31
	مداخله	0/001			
اتخاذ دیدگاه	کنترل	0/135	0/001	0/001	0/22
	مداخله	0/001			
فاجعه سازی	کنترل	0/272	0/104	0/05	0/06
	مداخله	0/084			
ملامت دیگران	کنترل	0/135	0/001	0/013	0/092
	مداخله	0/012			
نمره کل	کنترل	0/326	0/001	0/078	0/051
	مداخله	0/021			

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از آن است که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان اثربخش است که با یافته‌های حاجی میرسعیدی و همکاران (۱۳)، ولز (۱۴) و ولز و همکاران (۱۵)، همسو است. همچنین فیشر (۱۶)، در تحقیقی با عنوان اثربخشی درمان

میانگین گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار بودند ($P<0/001$).

میانگین زیر مقیاس ارزیابی مثبت، نشان داد که برای افراد گروه کنترل، بین میانگین تغییرات در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/139$)؛ اما در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، این تغییرات معنی‌دار بودند ($P<0/001$). با مقایسه دو به دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دارند ($P<0/001$).

میانگین زیر مقیاس اتخاذ دیدگاه نشان داد که برای افراد گروه کنترل، بین میانگین تغییرات نمره دیدگاه‌گیری در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار بود ($P<0/001$). با مقایسه دو به دو تغییرات میانگین دو گروه در طول زمان مشخص شد که تغییرات میانگین گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار هستند ($P<0/001$).

میانگین زیر مقیاس فاجعه سازی، نشان داد که برای افراد گروه کنترل و گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، بین میانگین تغییرات نمره فاجعه سازی در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در کل معنی‌دار نبودن اثر زمان در گروه نشان داد که بین تغییرات میانگین نمره پذیرش دو گروه در طول زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/153$).

میانگین زیر مقیاس ملامت دیگران، نشان داد که برای افراد گروه کنترل، بین میانگین تغییرات نمره ملامت دیگران در سه زمان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما در گروه آزمایش (درمان فراتشخیصی یکپارچه)، این تغییرات در طول زمان معنی‌دار بودند ($P=0/153$). در کل معنی‌دار بودن اثر زمان در گروه نشان داد که بین تغییرات

رفتاری که به آن لقب شخصیت تیپ A را داد رنج می‌برند. این افراد خصومت گر، پرخاشجو، بسیار پر جنب و جوش، رقابت‌طلب و کمالگرا هستند. این سندرم رفتاری نشان می‌دهد که آنها در تنظیم هیجان مشکل دارند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، درمان فراشناختی نشان داد توانسته است به طور کل به بیماران در تنظیم هیجان کمک کند. این درمان در ۲ ماه پس از پایان آزمایش، همچنان توانسته بود اثر خود را حفظ کند. اثر اندازه در جنبه‌های تمرکز مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه از بقیه ابعاد بزرگتر بود. یکی از دلایل این نتیجه این است که به لحاظ فرهنگی، مردم ایران برای پذیرش ابعاد پذیرش بیشتری دارند. برخی از متغیرها که قسمتی از عادت‌های عمیق شناختی - هیجانی فرد بوده‌اند مانند سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه سازی اثر اندازه کمتری نشان دادند. اگر ابعاد فوق را به دو دسته حساس به درمان فراشناختی و دسته مقاوم به درمان فراشناختی تقسیم کنیم، می‌توان چنین برداشت کرد که گروه حساس به درمان با فرایندهای سطح بالای مغزی که تحت کنترل هشیاری قرار دارد مرتبط هستند و گروه مقاوم به درمان، ابعادی هستند که تحت تأثیر سطح پایین مغز یا ناهشیاری قرار دارند. درمان فراشناختی در فرایندهای سطح بالا تأثیر بالاتری داشت. به نظر می‌رسد که برای برنامه‌های درمان هیجان در پژوهش‌های آینده لازم است تا راهبردهای درمانی اتخاذ شود که ابعاد ناهشیار برانگیزاننده هیجان را مورد مداخله مؤثر قرار دهد.

در اجرای پژوهش، مشاهده شد که افراد خانواده و همراهان بیمار در بروز آشفتگی هیجانی بیماران نقش مهمی دارند. در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود، خانواده نیز برای تأثیرگذاری بیشتر درمان، مورد مداخله قرار گیرند.

فراشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان دانشجویان نشان دادند که درمان فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و نیز تعدیل راهبردهای تنظیم هیجان اثربخش است و با توجه به تأثیر درمان فراتشخیصی در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنظیم هیجان در دانشجویان، این نتایج برای متخصصان بالینی و مشاوران دست‌اندرکار در مراکز مشاوره دانشگاهی تلویحات کاربردی دارد. ریز و کاسولد، در مطالعه اثربخشی درمان فراتشخیصی بر علائم اضطراب، افسردگی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی و عملکرد عمومی زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی همبود، نشان دادند که درمان فراتشخیصی گروهی در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و به دنبال آن بهبود تنظیم هیجانی، درمانی کارا است (۱۷).

یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر در میان تحولات جدید در حوزه درمان‌های شناختی - رفتاری در مقابل درمان‌های اختصاصی برای اختلال‌های هیجانی تدوین شده، درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی با رویکرد یکپارچه است که توسط بارلو و همکاران (۱۸) مطرح گردیده است. رویکرد فراتشخیصی مؤلفه‌های زیربنایی آسیب روانی را مورد هدف قرار می‌دهد و می‌تواند برای اختلال‌ها و مشکلاتی که زیربنای یکسان و مشابهی دارند کاربرد داشته باشد (۲۰، ۱۹). این درمان که برای افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی طراحی شده، یک درمان شناختی - رفتاری یکپارچه است که به منظور هدف قرار دادن ویژگی‌های مرکزی اختلال‌های اضطرابی و خلقی می‌تواند گزینه‌ای مقصدانه و شاید قدرتمند در مقایسه با پروتکل‌های درمانی موجود کنونی برای تشخیص‌های بالینی خاص باشد (۲۱).

اسمیت (۲۲)، جراح قلب و عروق اولین کسی بود که دریافت بیماران قلبی اغلب از نوعی سندرم هیجانی -

تشکر و قدردانی

از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تقدیر و تشکر داریم، بالأخص بیماران محترمی که صبورانه در جلسات گروه درمانی شرکت نموده و همچنین از مسئولین محترم بیمارستان تخصصی قلب شهید مدنی خرم‌آباد به طور ویژه قدردانی می‌نماییم.

Archive of SID

References

1. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2017; 135(10): e146-603.
2. Benjamin EJ, Virani SS, Callaway CW, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, et al. Heart disease and stroke statistics—2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 137(12): e67-492.
3. Moradi-Lakeh M, Sepanlou SG, Karimi SM, Khalili N, Djalalinia S, Karimkhani C, et al. Trend of Socio-Demographic Index and Mortality Estimates in Iran and its Neighbors, 1990-2015: Findings of the Global Burden of Diseases 2015 Study. *Arch Iran Med*. 2017; 20(7): 419-428.
4. Souza MT, Barbosa A, Souza R, Paiva B, Faccineto A, Kawakami S, et al. TCT-191 Incidence, mortality and predictors of stroke risk in patients with ST-elevation myocardial infarction undergoing the pharmaco-invasive therapy. *J Am Coll Cardiol*. 2017; 10(18): 81-90.
5. Taberner C. Comparative Study of Positivity and Self-Efficacy for the Regulation of Negative Emotions in Persons with and without Cardiovascular Disease. *EC Psychology and Psychiatry (ECP)*. 2017; 4: 247-263.
6. Cavanagh M, Quinn D, Duncan D, Graham T, Balbuena L. Oppositional defiant disorder is better conceptualized as a disorder of emotional regulation. *J Atten Disord*. 2017; 21(5): 381-389.
7. Lebel RD. Moving beyond fight and flight: A contingent model of how the emotional regulation of anger and fear sparks proactivity. *Acad Manag Rev*. 2017; 42(2): 190-206.
8. Brown TA, Avery JC, Jones MD, Anderson LK, Wierenga CE, Kaye WH. The Impact of Alexithymia on Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa over Time. *Eur Eat Disord Rev*. 2018; 26(2): 150-155.
9. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2017; 50: 103-112.
10. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Ulvenes PG, Vrabel K, Wampold BE. Metacognition and cognition in inpatient MCT and CBT for comorbid anxiety disorders: A study of within-person effects. *J Couns Psychol*. 2018; 65(1): 86-89.
11. Hagen R, Hjemdal O, Solem S, Kennair LE, Nordahl HM, Fisher P, et al. Metacognitive therapy for depression in adults: A waiting list randomized controlled trial with six months' follow-up. *Front Psychol*. 2017; 8: 31-35.
12. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*. 2006; 41(6): 1045-1053.
13. Haji-Mirsaeidi Z, Kazemi-Zahrani H, Sadeghi M. Comparison of the Mindfulness

- Skills, Metacognitive Beliefs and Perceived Stress in Hypertension Patients and Control Group. *J Health Sci.* 2016; 9(1): 138-142.
14. Wells A. Cognitive and metacognitive therapy case formulation in anxiety disorders. In *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy 2015* (pp. 108-136). Routledge.
 15. Wells A, McNicol K, Reeves D, Salmon P, Davies L, Heagerty A, et al. Improving the effectiveness of psychological interventions for depression and anxiety in the cardiac rehabilitation pathway using group-based metacognitive therapy (PATHWAY Group MCT): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2018; 19(1): 215-219.
 16. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther and Exper Psychia.* 2008; 39(2): 117-132.
 17. Rees CS, Van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther and Exper Psychia.* 2008; 39(4): 451-458.
 18. Barlow D H, Allen L B, Choate M L. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther.* 2004; 35(2): 205-230.
 19. Dammen T, Papageorgiou C, Wells A. An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nordic J Psychiatry.* 2015; 69(2): 126-131.
 20. Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group Metacognitive Therapy vs. Mindfulness Meditation Therapy in a Transdiagnostic Patient Sample: A Randomised Feasibility Trial. *Psychiatry Res.* 2018; 259: 554-561.
 21. Esbjørn BH, Normann N, Christiansen BM, Reinholdt-Dunne ML. The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *J Anxiety Disord.* 2018; 53: 16-21.
 22. Smith TW, Gallo LC. Personality traits as risk factors for physical illness. *Handbook of health psychology.* 2001: 139-172.

Integrate Metacognition for cognitive emotional regulation in patients with cardiovascular disease

Firoozi M^{*1}, Biranvandi M²

1. Assistant professor in Health Physiology, Department of psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. MSc in clinical psychology, Department of psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received: 10 March 2018 **Accepted:** 21 May 2018

Abstract

Background: Patients with cardiovascular disease have difficulty in emotional regulation, and this disability can interfere with their treatment. Metacognition therapy (MCT) is a psychological intervention based on emotional management. The purpose of research is to study the effectiveness of MCT for dementia cognitive emotion regulation in patients with cardiovascular.

Materials and Methods: The present study was a clinical trial with pre-test, post-test and follow-up. The statistical population included all cardiovascular patients in Khorramabad. Sixty-six patients were randomly assigned into control and intervention (Metacognition therapy) groups. The cognitive-emotional regulation variable was used for data collection by a Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij). Repeated Measure ANOVA was used for data analysis.

Results: The findings of the study indicated that Metacognitive therapy was effective in cognitive-emotional regulation (positive refocusing, positive reappraisal, refocus on planning) and not so effective in self-blame, focus on thought/rumination, and catastrophizing.

Conclusion: Based on the findings of the research, Metacognitive therapy effects on cognitive dementia relate to top-down versus bottom-up processing in the brain.

KeyWords: Meta cognitive therapy, Cognitive emotional regulation, Top-down, Bottom-up processing, Cardiovascular disease.

***Citation:** Firoozi M, Biranvandi M. Integrate Metacognition for cognitive emotional regulation in patients with cardiovascular. *Yafte*. 2018; 20(2):93-102.