

# پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقي و تیپ شخصي D در بیماران قلبی عروقی

هانیه الهی‌مهر<sup>\*</sup>، مهناز شاهقلیان<sup>۱</sup>، محمدحسین عبدالله‌ی<sup>۱</sup>، فربا رجبی<sup>۲</sup>

## مقاله پژوهشی

**مقدمه:** بیماری‌های قلبی‌عروقی یکی از علل مرگ و میر در دنیا می‌باشند که عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید آن نقش مهمی دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ناگویی خلقي و تیپ شخصي D در پیش‌بینی سرکوب هیجانی در بیماران قلبی‌عروقی بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری شامل بیماران قلبی‌عروقی کرج و نمونه آماری، ۱۰۰ نفر از بیماران قلبی‌عروقی تحت درمان بیمارستان رجایی کرج بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به کار رفته در این پژوهش شامل مقیاس آلکسی تایمیاً تورنتو (TAS-20)، پرسشنامه تیپ شخصي D (DS14) و پرسشنامه کنترل هیجانی (ECQ) بود که روایی و پایابی هر سه پرسشنامه در مطالعات داخلی و خارجی تایید شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS version 16 آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد.

**نتایج:** نتایج همبستگی نشان داد که بین ناگویی خلقي ( $p = 0.026$ ) و تیپ شخصي D ( $p = 0.05$ ) با سرکوب هیجانی در بیماران قلبی در سطح  $0.05$  رابطه معنادار است و نتایج رگرسیون چند متغیری نشان داد که ناگویی خلقي ( $p = 0.98$ ) و تیپ شخصي D ( $p = 0.228$ )، سرکوب هیجانی را پیش‌بینی نمی‌کنند.

**نتیجه‌گیری:** ناگویی خلقي، تیپ شخصي D و سرکوب هیجانی از عوامل زمینه‌ساز در ایجاد و تشدید بیماری قلبی‌عروقی هستند. از این‌رو لازم است این عوامل در مدیریت و درمان این بیماران مورد توجه قرار گیرند.

**واژه‌های کلیدی:** بیماری قلبی‌عروقی، ناگویی خلقي، تیپ شخصي D

**ارجاع:** الهی‌مهر هانیه، شاهقلیان مهناز، عبدالله‌ی محمدحسین، رجبی فربا. پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقي و تیپ شخصي D در بیماران قلبی‌عروقی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی بزد ۱۴۰۰: ۲۹؛ ۱۴۰۰: ۳۹۸۹-۴۰۰۱.

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

۲- متخصص قلب و عروق، واحد توسعه و تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی رجایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

\*نویسنده مسئول؛ تلفن: ۰۹۳۳۰۹۹۲۲۶۲، پست الکترونیکی: elahi.h70@gmail.com، صندوق پستی: ۳۸۱۹۶۷۵۷۵۹.

## مقدمه

مقابله‌ای ناكارآمدی می‌باشد که با پیامدهای جسمی و روانی همراه است و برای توصیف تمایل به بازداری تجربیات عاطفی ناخوشایند و احساسات منفی به منظور حفظ خودپنداهه مثبت استفاده می‌شود (۱۱). اثرات مزمن این بازداری، منجر به افزایش فعالیت سمباتیک سیستم قلبی‌عروقی می‌شود (۱۲). این سبک مقابله، تعاملات اجتماعی را کاهش می‌دهد و در طولانی‌مدت پیامدهای جسمانی منفی و افزایش خطر اختلالات مختلف را دارد (۱۳) بنابراین، فردی که هیجانی منفی را تجربه، اما آن را بیان نمی‌کند احتمالاً در معرض خطر ابتلا به عروق کرونر قلب و فشارخون بالا خواهد بود، به این صورت که هنگام بروز یک وضعیت تحريك‌کننده مانند خصومت، از افکار و احساسات خصم‌مانه اجتناب یا آن‌ها را کنترل می‌کند و همین امر، عملکرد سیستم خودمختار را تشديد و فرد، شانس بالای ابتلا به بیماری قلبی عروقی را متحمل می‌شود (۱۴). علاوه بر تاثیر عدم بیان احساسات در شروع و روند بیماری‌های قلبی عروقی، شخصیت (Personality) نیز با علایم این بیماری ارتباط دارد (۱۵). تیپ D ساختار شخصیتی است متشكل از ترکیب دو ویژگی عاطفه منفی (Negative Affectivity) و بازداری اجتماعی (Social Inhibition). این افراد مکررا در زندگی روزمره هیجان‌های منفی مانند غم، خشم و اضطراب را تجربه می‌کنند (عاطفه منفی) و به دلیل ترس از طرد یا عدم پذیرش از سوی دیگران تمایلی به اشتراک‌گذاری این هیجان‌ها در تعاملات اجتماعی ندارند (بازداری اجتماعی). تیپ شخصیتی D یا درمانده (Distress) یک عامل زمینه‌ساز برای ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به شمار می‌آید و سطح بالای کورتیزول (هورمون استرس) در این افراد ممکن است به عنوان یک تسريع‌کننده مهم ابتلا به این بیماری باشد. شواهدی سرکوب هیجانی را با تیپ شخصیت D ارتباط داده است. تایید وجود سرکوب هیجانی در مولفه‌های تیپ شخصیت D بسیار مهم است زیرا اثرات منفی شخصیت نوع D بر سلامت جسم و روان به دلیل پریشانی مزمن به وجود آمده از سرکوب هیجان‌های منفی است (۱۶). نتیجه پژوهشی ارتباط بین تیپ شخصیتی D با مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و هم سبک

بیماری‌های قلبی‌عروقی (Cardiovascular diseases) یک مسئله مهم، قابل توجه و در حال رشد هستند که تقریباً یک سوم کل مرگ و میرها را تشکیل می‌دهند و منجر به عوارض شدید می‌شوند. در حال حاضر ۸۰ درصد از مرگ و میرهای قلبی عروقی در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد (۱) یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قلبی‌عروقی، بیماری عروق کرونر قلب (Coronary Heart Diseases) می‌باشد (۲) که گاهی اوقات به نام بیماری شریان کرونر Disease (Coronary Heart Disease)، فراخوانده می‌شود (۳) و علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان و به عنوان کشنده‌ترین بیماری قلبی‌عروقی (۴) در هر دو جنس (۵) شناخته شده است. در این اختلال دیواره یک یا چند شریان کرونر قلب به دلیل رسوب موادی به نام پلاک (مواد چربی یا فیبری) به‌طور جزئی یا کلی مسدود و جریان خون به بخش‌های مختلف قلب به صورت دائم یا موقت متوقف می‌شود (۶) در جمعیت ایرانی، بیماری عروق کرونر قلب یکی از دلایل عمدی مرگ و میر و ناتوانی محسوب شده و در حال حاضر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می‌باشد (۷). علل زیادی برای شروع و پیشرفت بیماری‌های قلبی عروقی وجود دارد، مانند نارسایی‌های مادرزادی، سابقه خانوادگی، افزایش سن، مرد بودن، سیگار کشیدن، کاهش تحرک و چاقی، کلسترول و فشارخون بالا که این عوامل به تنهایی قادر به تبیین بروز و تداوم این بیماری نیستند و باید نقش عوامل روان‌شناختی را نیز در نظر گرفت (۸). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM 5) و در دسته اختلالات روان‌تنی از بیماری‌های قلبی عروقی نام برده می‌شود. از دیرباز مشخص شده است که عوامل روان‌شناختی در تشديد و گاه‌آ در ایجاد اختلالات قلبی‌عروقی نقش دارد (۹). در بیماری‌های قلبی‌عروقی، هیجان و سرکوب (Repression) آن از عوامل روانی تاثیرگذاری هستند که در بروز و تشديد این بیماری نقش دارند (۱۰). سرکوب هیجانی هم در دسته مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و هم سبک

مشخص شد. ناگویی خلqi و سه عامل آن ارتباط قوی با سبک دفاعی نابالغ، ارتباط ضعیفی با سبک دفاعی نوروتیک و ارتباط منفی با سبک دفاعی بالغ داشتند و در نمونه دیگر، نمره دانشآموزان مبتلا به ناگویی خلqi در دفاع نابالغ و نوروتیک به طور قابل توجهی بالاتر از دانشآموزان غیر مبتلا بود و نیز مبتلایان نمره پایین در دفعاتی بالغ نشان دادند (۲۴) نتایج تحقیقی دیگر، ارتباط قابل توجهی بین ناگویی خلqi با مکانیسم‌های دفاعی نابالغ در جمعیت غیر بالینی را نشان می‌دهد (۲۵). مطالعه‌ای نیز نشان دادن ناگویی خلqi با تمام زیر مقیاس‌های کنترل هیجانی از جمله سرکوب هیجانی ارتباط معنی دار دارد (۲۶). تمامی این یافته‌ها از جمعیت غیربالینی به دست آمده و ارتباط این دو مولفه در نمونه بیماران روان‌تنی به خصوص جامعه بیماران قلب و عروق انجام نشده و این خلا را می‌توان یکی دیگر از لزوم انجام پژوهش در نظر گرفت. از نظر اسپنسر (۲۱) ناگویی خلqi بسیار شبیه به مکانیسم‌های دفاعی و سبک‌های مقابله است و معمولاً افراد، این دو سازه را به جای هم به کار می‌گیرند، بنابراین در این تحقیق ارتباط ناگویی خلqi و سرکوبی که شکلی از مکانیسم دفاعی است سنجیده می‌شود که تا حدودی تاثیر این دیدگاه کمنگ شود و بدانیم که دو سازه متمایز از هم هستند. چندین مکانیسم وجود دارد که در ارتباط با هم، منجر می‌شوند ناگویی خلqi با بیماری‌های جسمی همراه شود. نخست اینکه، مبتلایان به ناگویی خلqi فاقد همدلی هستند یا همدلی ضعیفی از خود نشان می‌دهند و این مسئله باعث کاهش حمایت‌های محیطی از آنان می‌شود. همبستگی معکوسی میان حمایت اجتماعی و میزان مرگ و میر وجود دارد. دوم اینکه، ناگویی خلqi با متغیرهای روانی اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب و کاهش ارتباطات اجتماعی و متغیرهای روانی اجتماعی را بیماری‌ها و مرگ و میر در ارتباط هستند، بدین ترتیب ناگویی خلqi با بیماری‌ها و مرگ و میر ارتباط می‌یابد. سوم اینکه، ناگویی خلqi با سرکوب هیجانی مرتبط است و ممکن است این بازداری بر سلامت جسمانی اثر بگذارد و چهارم، همبستگی میان ناگویی خلqi و فعالیت قلبی‌عروقی است (۲۷). با توجه به اینکه

(۱۷) پژوهشی دیگر نشان داد که متغیرهای سرکوب هیجانی و نشخوار با مولفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی تیپ شخصیتی D دارای همبستگی مثبت است (۱۸). اما مطالعه‌ای دیگر با عنوان تیپ شخصیتی D و پنج عامل شخصیت در بزرگسالان سالم و ارتباط آن‌ها با سرکوب هیجانی نشان داد که تیپ شخصیت D و تنها مولفه بازداری اجتماعی دارای همبستگی مثبت و معنادار با سرکوب هیجانی است و عاطفه منفی ارتباطی با سرکوب هیجانی نداشت. تحقیقاتی که تأییدکننده حضور سرکوب هیجانی در صفت شخصیتی بازداری اجتماعی است، به طور عمده وجود ندارد، و تنها یک مطالعه به موضوع پرداخته است که بازداری اجتماعی را با هیجان منفی سرکوب شده و تنظیم هیجانی ناسازگار پیوند داده است (۱۹) وجود نتایج متناقض در این موارد، ضرورت انجام تحقیق را در این ارتباط برجسته می‌کند. علاوه بر سرکوب هیجانی، ناگویی خلqi (Alexithymia) نیز با اختلالات مزمن جسمانی همراه بوده و با بیماری‌های متعدد روان‌تنی (Psychosomatics) مانند روماتوئید مفصلی، سرطان سینه و بیماری قلبی‌عروقی همبستگی دارد. افراد مبتلا به ناگویی خلqi به احتمال بیشتری علایم جسمانی و شکایات روان‌تنی را تجربه می‌کنند (۲۰) ناگویی خلqi یک ویژگی شخصیتی است (۲۱) که به پریشانی خاصی در عملکرد روان‌شناختی اشاره می‌کند و شامل دو عنصر هیجانی مشکل در شناسایی احساسات (Difficulty identifying feeling)، مشکل در توصیف احساسات (Difficulty describing feelings) و مولفه شناختی تفکر (Externally oriented thinking) با جهت‌گیری بیرونی (Externally oriented thinking) است (۲۰). نتیجه تحقیقی نشان داد که ناگویی خلqi با اضطراب، افسردگی و مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار رابطه مثبت دارد و دارای رابطه منفی با مکانیسم‌های دفاعی بالغ است (۲۲). مطالعات دیگری در نمونه دانشجویان و بزرگسالان انجام شد و مشخص شد که ناگویی خلqi دارای ارتباط مثبت با سبک‌های دفاعی ناسازگار و نابالغ و ارتباطی منفی با سبک دفاعی سازگار و بالغ دارد (۲۳). در پژوهشی رابطه بین ناگویی خلqi و سه سبک دفاعی برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا

طبق اين اصل، نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ بيمار قلبي عروقی که توسط متخصص قلب و عروق تشخيص CHD گرفته بودند و در بخش قلب (CCU) و مراقبت‌های ويژه (ICU) بيمارستان شهيد رجايي کرج بستری بودند به روش نمونه‌گيری در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مربوطه توسط پژوهشگر با رعایت اصل محترمانه بودن اجرا شد. در انتخاب بيماران معيارهایي برای تعيين قطعی بيماري قلبي عروقی توسيع متخصص قلب با توجه به پرونده پزشکی افراد، بيماراني که شرایط بيماري قلبي آنها بنا به نظر پزشك تحت کنترل و از يك وضعیت نسبتاً ثابت برخوردارند، داشتن حداقل سواد برای تكميل پرسشنامه، ضمناً بيماراني با نارسایي قلبي مادرزادی، داشتن سابقه خانوادگی برای بيماري قلبي عروقی و اينکه در طول نمونه‌گيری و اجرای پژوهش هر گونه مشكل قلبي يا حمله قلبي شديد که منجر به اورژانسي شدن وضعیت بيمار يا بستری شدن يا عمل جراحی بيمار شود شرایط ورود به پژوهش را دارا نبودند.

**ابزار اندازه‌گيري:** در پژوهش حاضر ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه‌های زیر است:

۱-پرسشنامه تیپ شخصیتی D (DS14): این مقیاس در سال ۲۰۰۵ توسط دنولت ساخته شد(۳۰). یک مقیاس ۱۴ سوالی است که در حالت لیکرت پنج تایی به صورت نادرست، تاحدی نادرست، نظری ندارم، تاحدی درست و درست درجه‌بندی شده است و به ترتیب به هریک از درجات نمرات صفر، یک، دو، سه و چهار اختصاص می‌یابد (۳). مطالعه مو و موزر آلفای کرونباخ عاطفه منفی را ۰/۸۶ و بازداری اجتماعی را ۰/۸۲ به دست آورده (۲۳). احمدپور و همکاران برای بررسی پایایی مقیاس ساخته شده از روش آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دو نیمه‌سازی استفاده کردند. ضرایب به دست آمده با این روش‌ها به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۹۲ و ۰/۷۴ بود (۳۱). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس NA، خرده مقیاس SI، ۰/۶۹ و برای نمره کل تیپ شخصیتی ۰/۸۳ به دست آمد.

۲-پرسشنامه آنکسی تایمیای تورننسو (TAS-20): یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۰ سوالی است که در سال ۱۹۸۶

افزایش سطح تجربه هیجان‌های منفی و سرکوب آنها با بدتر شدن بيماری‌های قلبي عروقی همراه است و تداوم در اين شیوه مقابله‌ای ناسازگارانه در بلندمدت می‌تواند به شکل‌گيری شخصیت مستعد بيماري قلبي کمک کند و اين موارد، تاییدی بر نقش غيرقابل انکار هیجان و شخصیت در بيماری‌های قلبي می‌باشند و باز اين بيماري می‌تواند يك اولويت مهم برای همه یابد، بنابراین پیشگیری اولیه می‌تواند يك اولويت مهم برای همه توسعه‌دهنده‌گان سياست‌های بهداشتی باشد (۲۸). علاوه بر اين، بررسی نشدن شش عامل تیپ شخصیت D (ديسفوري، نگرانی، تحريک پذيری، سختی در تعاملات اجتماعی، کم‌گویی و ثبات اجتماعی) در پژوهش‌های داخلی، مطالعات با نتایج متناقض و همین‌طور تحقيقات نسبتاً کم که ارتباط سرکوبی را به طور جداگانه با ناگویی خلقي بستجده، باعث شد پژوهش حاضر با تكميل خلاهای پژوهش دیگران ضرورت جدیدی برای ترويج مداخله‌های روان‌شناختی با هدف پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقي و تیپ شخصیتی D در بيماران قلبي عروقی پیدا کند.

## روش بررسی

طرح پژوهش: پژوهش حاضر بر حسب هدف، بنیادی و بر حسب شیوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. هدف از اجرای پژوهش پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقي و تیپ شخصیتی D در بيماران قلبي عروقی بود. آزمودنی‌ها: در مرحله اول با تكميل فرم کد اخلاق و به منظور رعایت اخلاق پژوهش، کد اخلاق از دانشکده به بيمارستان ارائه و با بيان اهداف پژوهش و سپس مجوز برای انجام کار پژوهشی از واحد توسعه تحقيقات باليني رجايي اخذ شد. قبل از توزيع پرسشنامه‌ها به بيماران به صورت شفاهي، خاطر نشان گردید که اطلاعات درخواستی در اين پرسشنامه‌ها، صرفاً به منظور اهداف پژوهشی است و به دليل رعایت اصل رازداری نيازی به ذكر نام و نام خانوادگی آنان نیست. جامعه آماري پژوهش را تمامي بيماران قلب و عروق متأهل ۳۵ تا ۶۵ ساله از هر دو جنس زن و مرد شهر کرج تشکيل می‌داد. بر اساس هومن (۱۳۸۵)، حجم نمونه در مطالعات همبستگی ۱۰۰ نفر مناسب می‌باشد (۲۹) بنابراین

مقدار آن برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های سرکوب هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوش خیم به ترتیب  $0/068$ ,  $0/070$ ,  $0/076$ ,  $0/077$ ,  $0/058$  به دست آمد. در این پژوهش تنها از زیرمقیاس سرکوب هیجانی استفاده شد، سوال  $56, 52, 50, 43, 37, 30, 25, 23, 20, 16, 11, 8, 6$ ، از گزینه‌های پاسخ سوال درست و غلط مربوط به این مولفه است. گزینه‌های گزینه غلط نمره صفر است که به گزینه درست نمره ۱ و به گزینه غلط نمره صفر تعلق می‌گیرد، البته سوالات  $11, 23, 25, 30, 37, 52, 56$  در جهت عکس سرکوب هیجانی است و به گزینه درست نمره صفر و گزینه غلط نمره ۱ تعلق می‌گیرد. آلفای کرونباخ در این پژوهش برای سرکوب هیجانی  $0/062$  به دست آمد.

### تجزیه و تحلیل آماری

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از نرمافزار SPSS version 16 استفاده شد. همچنین داده‌ها با استفاده از آزمون پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه خوارزمی تهران تایید شده است (کد اخلاق IR.KHU.REC.1399.014)

## نتایج

در پژوهش حاضر  $100$  بیمار زن و مرد  $35$  تا  $65$  ساله قلبی عروقی که میانگین و انحراف معیار سنی کل بیماران  $\pm 8/27$  بود. در این میان  $41$  درصد از افراد بیمار را زنان و  $59/35$  درصد آن‌ها را مردان تشکیل می‌دادند. نتایج تحلیل داده‌ها برای اولین سوال پژوهش در جدول  $2$  آمده است. اطلاعات به دست آمده از جدول  $2$  نشان می‌دهد که میان نمره کل ناگویی خلقی ( $p=0/026$ ) و سرکوب هیجانی رابطه مثبت معناداری برقرار است و از زیرمقیاس‌های این متغیر بین مولفه مشکل در توصیف احساسات و سرکوب هیجانی ( $p=0/023$ ) رابطه معناداری وجود دارد اما میان مشکل در شناسایی احساسات ( $p=0/137$ ) و تفکر برون‌مدار ( $p=0/245$ ) با سرکوب هیجانی رابطه معناداری به دست نیامد ( $p>0/05$ ). بر اساس اطلاعات جدول  $3$  نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان

توسط تایلور ساخته شد و در سال  $1994$  توسط بگبی و همکارانش تجدیدنظر گردید و یکی از رایج‌ترین و پر کاربردترین مقیاس‌ها در سنجش ناگویی خلقی است (۳۲). پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت پنج نقطه‌ای از  $1$  (شدیداً مخالف) تا  $5$  (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. به پاسخ شدیداً مخالف نمره  $1$  و به پاسخ کاملاً موافق نمره  $5$  تعلق می‌گیرد. سوال  $4$ ,  $5$ ,  $10$ ,  $18$ ,  $19$  به دلیل منفی بودن جهت سوال به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، محدوده نمرات  $20$  تا  $100$  است (۳۳). پایایی بازآزمایی این مقیاس توسط بشارت، در یک نمونه  $67$  نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از  $0/80$  تا  $0/87$  برای نمره کل و زیرمقیاس‌های مختلف در جامعه ایرانی تایید شد. روایی همزمان آن بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درمان‌گری روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت (۳۴) نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی مقیاس آلکسی تایمیای تورنتو-۲۰ تایید نمود و نیز اعتبار کل مقیاس  $0/74$  و  $0/72$  و روایی مقیاس  $0/85$  مشخص گردید (۳۵). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای EOT, DDF, DIF به ترتیب  $0/086$ ,  $0/067$ ,  $0/053$  به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ناگویی خلقی نیز  $0/79$  به دست آمد.

### ۳- پرسشنامه کنترل هیجانی (ECQ):

ساختار اولیه این پرسشنامه جهت بررسی میزان کنترل یا سرکوب هیجان توسط راجر و نشو (۱۹۸۷) تدوین و راجر و نجاریان (۱۹۸۷)، این پرسشنامه را تجدیدنظر کردند. پرسشنامه مذکور  $4$  زیرمقیاس و  $56$  سوال دارد. زیرمقیاس‌های آن عبارتند از: سرکوب هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار فکری و کنترل خوش‌خیم. هر زیرمقیاس  $14$  سوال دارد. نمره یک فرد در هر زیرمقیاس از صفر تا  $14$  و در کل مقیاس از صفر تا  $56$  متغیر خواهد بود (۲۶). پایایی مقیاس توسط رفیعی‌نیا و همکاران (۳۵) با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی شد و

شخصیت D و ناگویی خلقي در پیش‌بینی میزان سرکوب هیجانی در بیماران قلبی به صورت همزمان وارد معادله رگرسیون شده‌اند. مقدار مجدول آر تنظیم شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که دو متغیر ناگویی خلقي و تیپ شخصیتی D، نزدیک به ۵ درصد تغییرات سرکوب هیجانی را پیش‌بینی می‌کنند. جدول ۷ معنی‌داری کل مدل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. از آنجا که  $0.05 < p < 0.40$  مدل معنی‌دار است ( $p=0.40$ ). با توجه به اطلاعات جدول ۸ و سطح معناداری به‌دست آمده ( $p=0.05$ ), تیپ شخصیتی D ( $P=0.228$ ) و ناگویی خلقي ( $P=0.098$ ) پیش‌بینی‌کننده معناداری در میزان سرکوب هیجانی بیماران قلبی عروقی نبودند. از میان زیر مقیاس‌های دو متغیر پیش‌بینی، تنها مولفه بازداری اجتماعی ( $P=0.04$ ) قدرت پیش‌بینی سرکوب هیجانی را دارد.

می‌دهد بین نمره کل تیپ شخصیتی D ( $p=0.05$ ) با سرکوب هیجانی رابطه معناداری وجود دارد. و از زیرمقیاس‌های این متغیر بازداری اجتماعی ( $P=0.04$ ) با سرکوب هیجانی دارای رابطه معنادار است. اما بین عاطفه منفی و سرکوب هیجانی رابطه معناداری به‌دست نیامد ( $p=0.452$ ). طبق جدول ۴ بین هیچ‌کدام از زیرمقیاس‌های عاطفه منفی با سرکوب هیجانی رابطه معناداری به‌دست نیامد ( $p=0.05$ ). با توجه به اطلاعات موجود در جدول ۵ از مولفه‌های بازداری اجتماعی، مشکل در روابط اجتماعی ( $p=0.01$ ) و کم‌گویی ( $P=0.049$ ) دارای ارتباط معنادار با سرکوب هیجانی ( $p=0.05$ ) و میان ثبات اجتماعی ( $P=0.355$ ) و سرکوب هیجانی رابطه معنادار به‌دست نیامد ( $p=0.05$ ). در تعیین سهم تیپ شخصیتی D و ناگویی خلقي در پیش‌بینی میزان سرکوب هیجانی از رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد، به این صورت که تیپ

جدول ۱: توصیف جمعیت شناختی (سن، جنسیت) بیماران قلبی عروقی

جنسیت	سن	تعداد	کمترین بیشترین انحراف استاندارد ± میانگین	$54/35 \pm 8/27$
زن	۳۵	۶۵	۴۱	
مرد	۱۰۰	۳۵	۵۹	

جدول ۲: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین ناگویی خلقي، مشکل در شناسایي احساسات و مشکل در توصیف احساسات و تفکر برون مدار با سرکوب هیجانی

سرکوب هیجانی همبستگی	ضریب	ناگویی خلقي	مشکل در شناسایي احساسات	مشکل در توصیف احساسات	تفکر برون مدار
۰/۱۱۷	۰/۲۲۷	۰/۱۵۰	۰/۲۲۳	۰/۱۵۰	۰/۲۲۷
۰/۲۴۵	۰/۰۲۳	۰/۱۳۷	۰/۰۲۶	۰/۱۳۷	۰/۰۲۳

جدول ۳: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین تیپ شخصیت D، عاطفه منفی و بازداری اجتماعی با سرکوب هیجانی

سرکوب هیجانی همبستگی	ضریب همبستگی	تیپ شخصیت D	عاطفه منفی	بازداری اجتماعی
۰/۲۸۵	۰/۰۷۶	۰/۱۹۳	۰/۰۷۶	۰/۲۸۵
۰/۰۰۴	۰/۴۵۲	۰/۰۵	۰/۴۵۲	۰/۰۰۴

جدول ۴: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه‌های عاطفه منفی (دیسفوریا، نگرانی، تحریک پذیری) با سرکوب هیجانی

سرکوب هیجانی	ضریب همبستگی	نگرانی	تحریک پذیری	دیسفوریا
-۰/۰۳۲	۰/۰۳۶	۰/۱۵۵		
۰/۷۵۳	۰/۷۲۲	۰/۱۲۳	سطح معناداری	

جدول ۵: نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه‌های بازداری اجتماعی (مشکل در تعاملات اجتماعی، کم گویی، ثبات اجتماعی) با سرکوب هیجانی

سرکوب هیجانی	ضریب همبستگی	ثبات اجتماعی	مشکل در تعاملات اجتماعی	کم گویی
-۰/۹۴	۰/۱۹۸	۰/۳۳۷		
۰/۳۵۵	۰/۰۴۹	۰/۰۰۱	سطح معناداری	

جدول ۶: تحلیل رگرسیون مولفه‌های وارد شده در معادله رگرسیون

همزمان	۰/۲۵۳	۰/۰۶۴	R	مدل
۲/۰۶	۰/۰۴۵	۰/۰۴۵	مجذور آر	مجذور آر تنظیم شده

جدول ۷: تحلیل واریانس مولفه‌های وارد شده در رگرسیون

کل	۴۴۱/۴۴۰	۴۱۳/۱۹۳	۴/۲۶۰	۱۴/۱۲۴	F	۰/۰۴۰	۰/۰۴۰	مجموع مجذورات	مجذور میانگین	مودل
رگرسیون	۲۸/۲۴۷	۴۱۳/۱۹۳	۹۷	۳/۳۱۶	۲					همزمان

جدول ۸: ضرایب خام و استاندارد که به تبدیل شده اند

نگاری خلقی	۰/۰۲۷	۰/۰۱۶	Beta	t	سطح معناداری	ضرایب استاندارد	ضرایب استاندارد نشده
ضریب ثابت	۳/۹۰۱	۰/۹۰۸	B	۴/۲۹۵	۰/۰۰۰		
تیپ شخصیت D	۰/۰۲۶	۰/۰۲۲	خطای استاندارد	۱/۲۱۳	۰/۲۲۸		
نگاری خلقی	۰/۰۲۷	۰/۰۱۶		۱/۶۶۹	۰/۰۹۸		

در سرکوب هیجان‌های منفی به دست می‌آورند، به بیان دیگر ناگویی خلقی عدم ابراز هیجان‌ها به دلیل نارسانی در توانایی پردازش و تنظیم هیجان‌ها یا بازداری هیجانی است و از این‌رو ناگویی خلقی ساختاری است که با سرکوب هیجانی ارتباط دارد (۳۶-۳۷). نتایج به دست آمده با دیگر مطالعات همسو است. برای مثال در پژوهش خود نشان دادند که سرکوب هیجانی با ناگویی خلقی دارای همبستگی مثبت معنادار است (۳۸، ۳۷، ۲۶، ۲۵، ۲۰). می‌توان پیش‌بینی کرد که مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار نقش مهمی در توسعه ناگویی خلقی دارند به این صورت که به شخص کمک می‌کند در شناسایی، تشخیص

## بحث

در پژوهش حاضر به پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیت D در بیماران قلبی عروقی پرداخته شد. در ابتدا نتایج پژوهش نشان داد بین ناگویی خلقی و سرکوب هیجانی رابطه مثبت معناداری برقرار است، این بدان معنا است که سرکوب هیجان‌های منفی می‌توان یک روش مقابله‌ای در نظر گرفته شود و ناگویی خلقی می‌تواند جنبه‌ای از این سبک مقابله‌ای باشد که در آن علیرغم افزایش برانگیختگی سیستم خودمنختار گرایش کمی به تجربه هیجان وجود دارد و افراد مبتلا به ناگویی خلقی عموماً نمرات بالای را

در تبيين زيرمقاييس‌های تیپ شخصيتي D با سرکوب هیجانی و نداشتن ارتباط عاطفه منفي با سرکوبی که همسو با تحقيق اسواندوتير (۱۹) و ناهمسو با تحقيق حسنی و همكاران (۱۸) است می‌توان گفت که در سرکوب، فرد عواطف منفي کمتری را تجربه می‌کند که از فرایند دفاعی ناخودآگاه ناشی می‌شود و هیجان‌های منفي از حيطة آگاهی خارج هستند، اما در عاطفه هیجان‌های منفي از احساسات ناخوشایند به صورت آگاهانه منفي سطح بالايی از احساسات ناخوشایند را تجربه می‌شود (۴۰) به اين صورت که فرد هم می‌تواند گستره وسعيی از عواطف منفي مانند خشم، خصوصت، افسردگی، اضطراب را تجربه کند و هم در ابراز اين عواطف مشکلي نداشته باشد، می‌توان اين چنین توضيح داد که فردی با تشخيص اين نوع تیپ شخصيتي می‌تواند فقط در يك خerde مقاييس اين مولفة، دچار مشكل شود و نمره بالايی كسب کند. دیگر نتایج پژوهش نشان داد که ناگویی خلقي و تیپ شخصيتي D سرکوب هیجانی را پیش‌بینی نمی‌کند اما زيرمقاييس بازداری اجتماعی از تیپ شخصيتي D قدرت پیش‌بینی سرکوبی را داشت. اين نتیجه در راستای پژوهش نصيريزاده و کراسکيان بود (۱۷). هم راستای اين پژوهش، همانطور که نصيريزاده و کراسکيان در مطالعه خود نشان دادند در افراد با سبك دلبيستگي تايمين، سبك دفاعي رشد يافته و سبك دفاعي نوروتيك از جمله سرکوبی می‌توانند بازداری اجتماعی را پیش‌بینی کنند. در تبيين ارتباط بازداری اجتماعی با سرکوب هیجانی می‌توان گفت که يكی از ويزگی‌های اصلی بازداری اجتماعية تمایل به بازداری بیان احساسات و هیجانات است که به دليل ترس از عدم پذيرish و واكنش‌های منفي ديگران ناشی شود، اثر متقابل بازداری اجتماعية با سرکوب هیجانی (که نتیجه نشان ندادن هیجان‌های منفي است) باعث ارتباط تیپ شخصيتي D با پيامدهای ناسازگار قلبي می‌شود، که از اين طريق واكنش قلبي عروقی، عدم رعایت درمان و مشارکت کمتر در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را افزایش می‌دهد (۱۹). به بیان ديگر سبك مقابله‌ای سرکوبی تعاملات اجتماعية را کاهش می‌دهد و ممکن است در بلندمدت تاثير منفي بر عملکرد شخص داشته باشد (۱۲). اين نتیجه مغایر با نتیجه پژوهش هلمز و همكاران بود

و بيان هیجان‌ها ناتوان باشد (۳۹). به عبارتی ناگویی خلقي به ناتوانی فرد برای تنظيم هیجان اشاره دارد و اين افراد تحت تاثير عواطف منفي گستره، گريز از اجتماع و روابط عاطفي ضعيف با افراد ديگر قرار می‌گيرند (۳۰). در تبيين زيرمقاييس‌های ناگویی خلقي، مطالعه حاضر با نتيجه پژوهش پارکر و همكاران (۲۴) ناهمسو است، در مطالعه حاضر نمره كل ناگویی خلقي تنها با زيرمقاييس دشواری در توصيف احساسات رابطه داشت و در پژوهش پارکر ناگویی خلقي با سه زيرمقاييس آن همبستگی داشت، می‌توان گفت که فرد دچار ناگویی خلقي در شناسايي احساسات ناتوان است و در تمایز ميان احساسات و حس‌های بدئی دچار مشکل است، در سرکوبی، عليرغم اينکه اين مشكلات وجود ندارد اما فرد در بيان عواطف و اينکه آن‌ها را در قالب کلمه بيان کند دچار مشكله است و اين شباهت زيادي به مولفه مشكل در توصيف احساسات دارد و فرد از اين راه هیجان‌های منفي را سرکوب می‌کند و بيان نکردن عمدى هیجان‌های قوي می‌تواند باعث پيدايش اشرات منفي روان‌شناختي و تشديد بيماري جسمی شود (۲۰) دیگر نتایج اين پژوهش، ارتباط بين تیپ شخصيتي D را با سرکوب هیجانی معنadar نشان داد. اين بدين معناست که افراد با تیپ شخصيتي D، سطح بالايی از هیجان‌های منفي را تجربه می‌کنند و همين هیجان‌های منفي افراد را مستعد استفاده از مکانيسم‌های دفاعي نوروتيك از جمله سرکوبی می‌کند و تجربه پايان هیجان‌های مثبت می‌تواند مانع استفاده فرد از مکانيسم‌های دفاعي پخته شود (۳۴). به عبارتی می‌توان گفت مکانيسم‌های دفاعي نوروتيك مصدق هیجانات منفي هستند و تجربه هیجان‌های منفي به فرد در استفاده از دفاع‌های نابالغ کمک می‌کند. نتایج بهدست آمده با ديگران مطالعات همسو است برای مثال در پژوهش خود نشان دادند که سرکوب هیجانی با تیپ شخصيتي D دارای همبستگی مثبت و معنadar است (۱۷-۱۸). رفتار افراد با تیپ شخصيتي D ممکن است به يك مشكل در بيان تجربيات هیجانی خود به ديگران مرتبط باشد و اگر چنین باشد، تیپ شخصيتي D يك تمایل پايدار برای مقابله با هیجان‌ها بر اساس بدكارکردی عاطفي است (۳۰)

فرد نسبت به احساسات و عواطف خود و دیگران، پذیرش احساسات خوشایند و ناخوشایند، افزایش دامنه واژگان و یادگیری کلمات بیشتر برای بیان احساسات و تشخیص علت بروز هیجانات، مدیریت هیجان‌های منفی و ابراز صحیح آن‌ها در موقعیت مناسب، برای بیماران تدارک دیده شود. همین‌طور بهدلیل نقش مهم شخصیت و هیجان‌ها در سلامت روان و جسم باید به بیماران در زمینه شناسایی و برچسب زدن به احساسات آموزش داد. باید توجه داشت که این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است که در تعمیم نتایج به دست آمده باید احتیاط عمل کرد. پرسش‌نامه‌ها تنها در یک بیمارستان کرج و در بخش‌های ICU و CCU توزیع شده لذا پیشنهاد می‌شود که انجام پژوهش در چندین بیمارستان و روش نمونه‌گیری تصادفی و محدوده جغرافیایی وسیع انجام گیرد و عوامل مداخله‌گر همچون وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات بیماران قلی مورد بررسی قرار گیرد. که در مورد تعمیم داده‌ها مشکل کمتری وجود داشته باشد.

### سپاس‌گزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد هانیه الهی‌مهر در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه خوارزمی تهران است. بدین‌وسیله از مرکز آموزشی درمانی مستقل شهید رجایی، واحد توسعه تحقیقات بالینی رجایی کرج و بیمارانی که در این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

حامی مالی: ندارد

تعارض در منافع: وجود ندارد.

(۲۰) که نشان دادند سرکوب هیجانی پیش‌بینی‌کننده ناگویی خلقی می‌باشد و نبود ارتباط را اینگونه می‌توان تبیین کرد که اگرچه ممکن است سرکوب هیجانی و ناگویی خلقی شبیه به نظر بررسد، اما سرکوبی به عنوان عدم تمایل به آشکار کردن احساسات و هیجانات به دیگران تعریف می‌شود بنابراین، ماهیت مفهومی این دو ساختار متفاوت است و سرکوبی یک عدم تمایل به ابراز هیجانات در نظر گرفته می‌شود، در حالی که ناگویی خلقی در شناسایی و تمایز هیجان‌های مختلف و ادغام آن‌ها در ساختارهای شناختی مشکل دارد بنابراین می‌توان انتظار هم‌چنین پیش‌بینی را داشت.

### نتیجه‌گیری

این پژوهش به پیش‌بینی سرکوب هیجانی بر اساس ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی عروقی پرداخت. یافته‌ها نشان داد که ناگویی خلقی و زیرمقیاس دشواری در بیان احساسات و تیپ شخصیت D و زیرمقیاس بازداری اجتماعی با سرکوب هیجانی در بیماران قلبی-عروقی دارای همبستگی مثبت است، با این وجود نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که ناگویی خلقی و تیپ شخصیتی D اثر بسیار پایینی در میزان واریانس سرکوب هیجانی دارند و این متغیرها نمی‌توانند سرکوب هیجانی را پیش‌بینی‌کنند. می‌توان نتیجه گرفت که ناگویی خلقی، تیپ شخصیتی D و سرکوب هیجانی از عوامل زمینه‌ساز در ایجاد و تشدید بیماری قلبی‌عروقی هستند. از این‌رو لازم است این عوامل در مدیریت و درمان این بیماران مورد توجه قرار گیرند. هم‌چنین بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که آموزش مهارت‌های هیجانی، شناخت

## References:

- 1-**Stewart J, Manmathan G, Wilkinson P. Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Review of Contemporary *Guidance* and Literature. *JRSM Cardiovascular* 2017; 6: 2048004016687211
- 2-**Yoshizaki, Takahiro, Junko Ishihara, Ayaka Kotemori, Junpei Yamamoto, Yoshihiro Kokubo, Isao Saito, Hiroshi Yatsuya. *Association of Vegetable, Fruit, and Okinawan Vegetable Consumption with Incident Stroke and Coronary Heart Disease.* *J Epidemiology* 2020; 30(1): 37-45.
- 3-**Aluja, Anton, Olga Malas, Ignacio Lucas, Fernando Worner, and Ramon Bascompte. *Assessment of the Type D personality distress in coronary heart disease patients and healthy subjects in Spain.* *Personality and Individual Differences* 2019; 142: 301-9.
- 4-**Vallée A, Petruescu L, Kretz S, Safar ME, Blacher J. *Added Value of Aortic Pulse Wave Velocity Index in a Predictive Diagnosis Decision Tree of Coronary Heart Disease.* *American J hypertension* 2019; 32(4): 375-83.
- 5-**Khamis RY, Ammari T, Mikhail GW. *Gender Differences in Coronary Heart Disease.* *Heart* 2016; 102: 1142-9.
- 6-**Schroder KE, Schwarzer R. *Habitual Self-Control and the Management of Health Behavior among Heart Patients.* *Soc Sci Med* 2005; 60(4): 859-75
- 7-**Alizadehgoradel J, Tabansadeghi MR, Sadeghi B, Ezzati D. *Relationship between Quality of Life and Type-D Personality with Coronary Heart Disease: Role of Gender Factor.* *J Health and Care* 2013; 15(1): 34-26. [Persian]
- 8-**Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AE, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. *Estimation of Ten-Year Risk of Fatal Cardiovascular Disease in Europe: The SCORE Project.* *Eur Heart* 2003; 24(11): 987-1003
- 9-**Graham Ian, Dan Atar, Knut Borch-Johnsen, Gudrun Boysen, Gunilla Burell, Renata Cifkova, Jean Dallongeville, et al. *European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice: Executive Summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by Representatives of Nine Societies and by Invited Experts).* *European heart journal* 2007; 28(19): 2375-414.
- 10-**Kubzansky LD, Kawachi I. *Anxiety and Coronary Heart Disease: A Synthesis of Epidemiological, Psychological, and Experimental Evidence.* *Ann Behave Med* 1998; 20(2): 47-58.
- 11-**Baudic S, Jayr C, Albi-Feldzer A, Fermanian J, Masselin-Dubois A, Bouhassira D, Attal N. *Effect of Alexithymia and Emotional Repression on Postsurgical Pain in Women with Breast Cancer: A Longitudinal 12-Month Study.* *J Pain* 2016; 17(1): 90-100.
- 12-**Gross JJ, Levenson RW. *Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion.* *J Abnorm Psychology* 1997; 106(1): 95-103.
- 13-**Garssen B. *Repression: Finding Our Way in the Maze of Concepts.* *J Behav Med* 2007; 30(6): 471-81.

- 14-Davidson KW. *Suppression and Repression to Discrepant Self-Other Ratings: Relations with Thought Control and Cardiovascular Reactivity.* J pers 1993; 61(4): 669-91.
- 15-Sanderman R, Ranchor AV. *The Predictor Status of Personality Variables: Etiological Significance and their Role in the Course of Disease.* European J Personality 1997; 11(5): 359-82.
- 16-Lambertus F, Christoph HL, Kurt F, Stefanie H, Martin H, Jana J, et al. *Prevalence of Mental Disorders among Depressed Coronary Patients with and without Type D Personality.* Results of the multi-center SPIRR-CAD trial. General hospital psychiatry 2018; 50: 69-75.
- 17-Nasirzadeh S, Keraskian A. *Comparing the Relationship between Early Maladaptive Schemas, Defense Mechanisms and Type D Personality among Individuals with Secure and Insecure Attachment Style.* J Fundamentals of Mental Health 2017; 19(2): 96-104. [Persian]
- 18-Hasani J, Bemani Yazdi B. *The Relationship between Emotional Expression Styles and Type D Personality.* Medical Science 2015; 25(2): 141-50. [Persian]
- 19-Svansdottir E, van den Broek KC, Karlsson HD, Daniel T. *Olasón, Hordur Thorgilsson, And Johan Denollet. The Distressed (Type D) and Five-Factor Models of Personality in Young, Healthy Adults and their Association with Emotional Inhibition and Distress.* Personality and Individual Differences 2013; 55(2): 123-8.
- 20-Helmes E, McNeill PD, Holden RR, Jackson CH. *The Construct of Alexithymia: Associations with Defense Mechanisms.* J Clinical Psychology 2008; 64(3): 318-31.
- 21-Spencer CJ, Boughner EN. *Alexithymia. The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Personality Processes and Individual Differences* 2020; 19-23.
- 22-Martino G, Caputo A, Vicario CM, Catalano A, Schwarz P, Quattropani MC. *The Relationship between Alexithymia and Type 2 Diabetes: A Systematic Review.* Front Psychol 2020; 2: 1-10.
- 23-Wu JR, Moser DK. *Type D Personality Predicts Poor Medication Adherence in Patients with Heart Failure in the USA.* Inter J Behav Med 2014; 21(5): 833-42.
- 24-Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. *Alexithymia: Relationship with Ego Defense and Coping Styles.* Comprehensive Psychiatry 1998; 39(2): 91-8.
- 25-Kubzansky LD, Kawachi I. *Going to the Heart of the Matter: Do Negative Emotions Cause Coronary Heart Disease?* J psychosomatic Res 2000; 48(4-5): 323-37.
- 26-Shahgholian M, Moradi A, Kafe M. *Relationship of Alexithymia with Emotional Expression Styles and General Health among University Students.* Iranian J Psychiatry and Clinical Psychology 2007; 13(3): 238-48. [Persian]
- 27-Helmers KF, Mente A. *Alexithymia and Health Behaviors in Healthy Male Volunteers.* J Psychosomatic Research 1999; 47(6): 635-45.
- 28-Stewart J, Manmathan G, Wilkinson P. *Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Review of Contemporary Guidance and Literature.* JRSM Cardiovasc Dis 2017; 6: 2048004016687211.

- 29-Hooman HA.** *Analysis of Multivariate Data in Behavioral Research.* Tehran: Peyke Farhang Publication; 2006; 300-50.[Persian]
- 30-Epifanio MS, Ingoglia S, Alfano P, Lo Coco G, La Grutta S.** *Type D Personality and Alexithymia: Common Characteristics of Two Different Constructs. Implications for Research and Clinical Practice.* Front psychol 2018; 9: 106.
- 31-Ahmadpur Mobarakeh AR, Ahadi H, Mazahery MM, Nafisi G.** *Construction and Validation of a Scale to Measure Type D Personality and its Relationship with Coronary Heart Disease.* Knowledge and Research in Psychology 2008; 32: 37-60. [Persian]
- 32-Hamaideh SH.** *Alexithymia among Jordanian University Students: Its Prevalence and Correlates with Depression, Anxiety, Stress, and Demographics.* Perspect Psychiatr Care 2018; 54(2): 274-80.
- 33-Assogna F, Cravello L, Orfei MD, Cellupica N, Caltagirone C, Spalletta G, et al .** *Alexithymia in Parkinson's disease: A Systematic Review of the Literature.* Parkinsonism & Related Disorder 2016; 28: 1-11
- 34-Besharat MA.** *Relation of Alexithymia with Ego Defense Styles. Fandamentals of Mental Health* 2008; 10(39): 181-90. [Persian]
- 35-Rafieinia P, Rasoulzadeh TS, Azad Falah P.** *Relationship between Emotional Expression Styles and General Health in College Students.* Journal of Psychology 2006; 10(37): 84-105. [Persian]
- 36-Omidi A, Ghorbani N, Forootan M, Javadi A, Kashanaki H.** *Relationship between Anxiety and Repression by Examination of the Mediator Role of the Integrative Self-Knowledge in Patients with Gastrointestinal Diseases.* Rooyesh-e-Ravanshenasi J 2020; 8(11): 27-34. [Persian]
- 37-King, Laura A, Robert A. Emmons, Scott Woodley. Emmons, And S. Woodley, the Structure of Inhibition.** J Research in Personality 1992; 26(1): 85-102.
- 38-Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW, Rooijmans HGM.** *Perceived Parental Attitude, Alexithymia and Defense Style in Psychiatric Outpatients.* Psychotherapy and psychosomatics 1998. 67(2): 81-7.
- 39-Besharat MA, Khajavi Z.** *The Relationship between Attachment Styles and Alexithymia: Mediating Role of Defense Mechanisms.* Asian J Psychiatry 2013; 6(6): 571-6. [Persian]
- 40-Denollet J, Svansdottir E, Van Den Broek KC, Karlsson HD, Olason DT, Thorgilsson H, et al.** *The Distressed (Type D) and Five-Factor Models of Personality in Young, Healthy Adults and their Association with Emotional Inhibition and Distress.* Personality and individual differences 2013; 55(2): 123-8.

## Prediction of Emotional Repression based on Alexithymia and Type D Personality in Cardiovascular Patients

Hanie Elahimehr<sup>\*1</sup>, Mahnaz Shahgholian<sup>1</sup>, Mohammad Hossein Abdollahi<sup>1</sup>, Fariba Rajabi<sup>2</sup>

### Original Article

**Introduction:** Cardiovascular disease is one of the causes of mortality in the world, which psychological factors play an important role in its occurrence and exacerbation. This study aimed to investigate the prediction of emotional repression based on alexithymia and type D personality in cardiovascular patients.

**Methods:** Participants were 100 patients with coronary artery disease selected through accidental sampling from the patients undergoing treatment at Rajaei Heart Hospital in Karaj City and completed TAS-20, DS14 and ECQ questionnaires. The validity and reliability of all three questionnaires have been confirmed in domestic and foreign studies. Data were analyzed using SPSS version 16 Software and Pearson correlation, Multiple regressions.

**Results:** The correlation results showed that there was a significant relationship between alexithymia and personality type D with emotional repression in the cardiac patients at the level of 0.05, and the results of multivariate regression results showed that alexithymia and personality type D did not predict emotional repression.

**Conclusion:** Alexithymia, personality type D, and emotional repression are risk factors for the development and exacerbation of cardiovascular disease.

**Keywords:** Cardiovascular disease, Alexithymia, Personality type D.

**Citation:** Elahimehr H, Shahgholian M, Abdollahi M.H, Rajabi F. **Prediction of Emotional Repression based on Alexithymia and Type D Personality in Cardiovascular Patients.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2021; 29(8): 3989-4001.

<sup>1</sup>Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>Clinical Development and Research Unit, Rajaei Educational and Medical Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

\*Corresponding author: Tel: 09330992262, email: elahi.h70@gmail.com