

اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم بیش انگیختگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

Effectiveness of schema therapy in reducing hyper arousal symptoms of veterans with post-traumatic stress disorder

تاریخ پذیرش: ۹۲/۷/۹

Mosavi Asl A.MSc[✉], Borjali A.PhD, Sohrabi F. PhD,
Farokhi N.A. PhD

Abstract

Introduction: This study examines the impact of schema therapy on hyper arousal symptoms of veterans with post-traumatic stress disorder to evaluate the effectiveness of this new treatment method for chronic intractable psychological disorder.

Method: Research method is single case experimental design with multiple baselines. Research instruments are short-form Young Schema; compensate Young, Young-Rygh Avoidance Inventory, Millon Clinical Multi axial Inventory, Clinician Administered PTSD scale. The population of this study is veterans with PTSD; three cases were selected by using purposive sampling. Intervention was performed in 21 sessions for each case and also a two-month follow-up period was managed to measure continuity of intervention.

Results: The findings showed that Schema Therapy has been successful in achieving the objectives of the treatment and reducing hyper arousal symptoms of PTSD and also intervention reduces the intensity of maladaptive schemas activity. The follow-up period of treatment indicates the consistency of treatment gains.

Discussion: It should be considered that hyper arousal symptoms of PTSD are very stable and the range of personal variables affects its emergence, growth and maintenance. On the one hand, these factors are associated with inconsistent relations before trauma, which are involved in the development of early maladaptive schemas. Schema therapy targets the causes of developmental roots of disorders and reconstructs maladaptive schemas; thus, it is stable in treating hyper arousal symptoms.

Keywords: Schema Therapy, hyper arousal, PTSD, veterans

تاریخ دریافت: ۹۲/۲/۲۰

علی موسوی اصل[✉]، احمد برجلی^۱، فرامرزی سهرابی^۱،
نورعلی فرخی^۱

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش علائم بیش انگیختگی هیجانی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه پایه‌ریزی و اجرا شد تا اثربخشی این شیوه درمانی نوپا، برای اختلالی که مزمن و مقاوم به درمان‌های روان‌شناختی گذشته است ارزیابی شود.

روش: روش تحقیق، طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه و ابزارهای پژوهش، پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ، پرسشنامه جبران یانگ، پرسشنامه اجتناب یانگ - رای، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون، مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه است. جامعه آماری، جانبازان مبتلا به PTSD هستند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند سه نفر که واجد شرایط دریافت مداخله درمانی بودند انتخاب شدند. مداخله درمانی در ۲۱ جلسه و برای هر آزمودنی اجرا شد. همچنین یک دوره پیگیری دو ماهه برای سنجش تداوم اثرات درمانی در نظر گرفته شد.

نتایج: یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی در رسیدن به آماج درمانی، موفق و انجام آن کاهش علائم بیش انگیختگی PTSD را به همراه داشته است. این درمان همچنین باعث کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در بیماران PTSD شده و دوره پیگیری روند درمان، نشان از دوام دستاوردهای درمان دارد. **بحث:** نظر به این که علائم بیش انگیختگی در PTSD بسیار پایدار بوده و متغیرهای شخصی در ایجاد، رشد و ابقاء آن‌ها نقش موثری دارد و از سویی این عوامل، مرتبط با روابط ناسازگار پیش از ضربه‌اند که در ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش دارند، طرحواره درمانی با آماج قرار دادن ریشه‌های رشدی اختلال و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار، قادر به درمان پایدار علائم بیش انگیختگی بوده است.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، بیش انگیختگی، PTSD، جانباز

✉ **Corresponding Author:** Department of Psychology payam noor
University, Tehran, Iran
E-mail: mosaviali86@yahoo.com

✉ گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۱ - گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی و شاید در آینده‌ای نزدیک به عنوان شایع‌ترین اختلال خود نمایی کند؛ به طوری که آمارهای موجود شیوع مادام‌العمر آن را تا ۸٪ در جمعیت عمومی و ۵ تا ۷۵٪ در افراد در معرض خطر بر آورد کرده‌اند (بنیش، ایمل و ومپول^۱، ۲۰۰۷؛ هاگبرگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۳؛ نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۶). کورسو (۲۰۰۹) و همکارانش گزارش کرده‌اند که نشانه‌های PTSD، در بین نظامیان آمریکایی که در آزادسازی عراق به کار گرفته شدند، چیزی فراتر از ۱۷٪ تعیین شده بود. در عین حال، نرخ شیوع بیماری در بین کسانی که در مرکز مراقبت‌های اولیه مورد معاینه قرار گرفته بودند حدود ۵۲٪ برآورد شده بود (مارمر و همکاران، ۲۰۰۷؛ نقل از وکیلی، ۱۳۸۸).

در طول دفاع مقدس ایثارگران در معرض انواع استرس و آسیب‌های جسمی و روانی ناشی از جنگ قرار داشته و عده‌ای به انواع اختلالات جسمی و روانی ناشی از جنگ دچار شدند، اما بعد از قریب به ربع قرن از پایان جنگ، هنوز تعدادی از جانبازان به ویژه جانبازان اعصاب و روان با پیگیری‌های مکرر به دنبال بازبازی سلامت از دست رفته خود می‌باشند. گذشت زمان به نفع بهبودی بیمار نیست زیرا گذشت زمان و افزایش سن از یک طرف باعث افزایش علائم بیماری و از طرف دیگر موجب کاهش حمایت‌های اجتماعی جانبازان شده است (احمدزاده، ۱۳۸۹).

بیش برانگیختگی^۲ به واسطه پدیده‌هایی همچون مشکلات خواب و (حفظ) تمرکز، تحریک‌پذیری^۳ و گوش به زنگی مفرط^۴، مشخص می‌گردد (هوکسیم، ۲۰۰۷، نات، ۲۰۰۰، سادوک و سادوک، ۲۰۰۰، شر و همکاران ۲۰۰۸). پاسخ‌های اولیه قربانی PTSD شامل سه مرحله است: ۱- مرحله شوک که طی آن قربانی مبهوت، گیج و بی‌احساس می‌شود. ۲- مرحله تأثیرپذیری که طی آن قربانی منفعل و تأثیرپذیر می‌شود. ۳- مرحله بهبودی که طی آن ممکن است فرد عصبی و نگران بوده و اضطراب فراگیر نشان دهد. وی به تدریج تعادل روانی خود را به دست آورده و

احساس می‌کند نیاز دارد بارها رویداد فاجعه آمیز را برای دیگران نقل کند. در مرحله سوم است که اختلال استرس پس از ضربه PTSD ایجاد می‌شود.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد، ۹۲٪ از جانبازان اعصاب و روان جنگ ایران و عراق که به عنوان PTSD تشخیص داده شدند بهبود نیافته و سال‌ها بعد از گذشت حادثه مذکور همچنان به این اختلال مبتلا بوده و ۵۸٪ از آنان شدیداً تحریک پذیر هستند (مدحی، ۱۳۸۶).

این بیماری با گذشت زمان میل به مزمن شدن داشته و ممکن است تا چهل سال پس از جنگ و حادثه نیز باقی بماند (بروین، ۱۹۹۶). PTSD بیماری بسیار پایداری است که متغیرهای شخصی در ایجاد، رشد و ابقاء آن نقش موثری دارند. (آرجی مک فاری و همکاران، ۱۹۸۹). از طرفی به نظر می‌رسد عوامل مرتبط با روابط ناسازگار پیش از ضربه، همان عواملی هستند که بدیهی فرض شده و در ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش دارند (یانگ، ۱۹۹۰، ۱۹۹۹؛ یانگ، کلوسکو و وایشار، ۲۰۰۳).

بر اساس مطالعات صورت گرفته، بین تجربیات اولیه دوران کودکی و ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه‌ای وجود داشته باشد؛ این طرحواره با یکی از عوامل اصلی در مدل بیماری‌پذیری ارثی - تنش اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند (بامبر و مک ماهون، ۲۰۰۸؛ موریس، ۲۰۰۶؛ ساشس - اریکسون، ورونا و همکاران، ۲۰۰۶؛ یانگ، ۱۹۹۰، ۱۹۹۹؛ یانگ، ۲۰۰۳؛ والر، ۲۰۰۳؛ اوهانیان، مایر و عثمان، ۲۰۰۰؛ نقل از مولوی، ۱۳۹۰). این فرضیه مطرح شده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند در بروز و تداوم اختلال تنش پس از ضربه موثر باشند. پیش‌بینی شده است که رسیدن به یک رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال تنش پس از ضربه و درک این رابطه می‌تواند منتهی به درک بهتری از اختلال تنش پس از ضربه در میان کهنه سربازان و نیز سایر مردم گردد (گری و همکاران، ۲۰۰۷).

علیرغم وجود روش‌های درمانی متنوع روان‌شناختی برای PTSD، فرا تحلیل‌ها نشان

کازیونا (۲۰۰۴) در پژوهشی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات اضطرابی را به طور معناداری پیش‌بینی کرد و به این نتیجه رسید که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مضطرب و از جمله در افراد PTSD فعال‌ترند و با توجه به همه تحقیقاتی که به آن اشاره گردید محقق بر آن شد تا به درمانی پایدار که به بازسازی و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه که علت اصلی تداوم علائم PTSD و نیز مزمن شدن آن‌ها است، در قالب طرحواره درمانی عمل نماید. طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش (۲۰۰۳) به وجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک نمونه درمانی و مفهومی تلفیق کرده است. این الگوی درمانی از دو بخش سنجش و درمان تشکیل شده است. در بخش سنجش، تاریخچه زندگی مراجع، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و سبک‌های فرزندپروری والدین مورد بررسی و آموزش قرار می‌گیرند. در بخش درمان، با استفاده از راهبردهای شناختی، تجربی، الگو شکنی رفتاری و رابطه درمانی تلاش می‌شود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای مراجع نافع‌تر شوند.

روش

در پژوهش حاضر طرح تحقیق تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه^۱ است. هدف اساسی طرح خط پایه چندگانه، نمایش تغییرات نشانه‌ها در نتیجه درمان، در تمام شرکت‌کنندگان حاضر در مطالعه است. در طرح خط پایه چندگانه، شرکت‌کنندگان پشت سر هم و پیاپی درمان می‌شوند. ارزیابی‌های هفتگی مکرر متغیرهای هدف، در طی دوره پژوهش انجام می‌گیرد. مؤلفه‌های اصلی طرح خط پایه چندگانه، شامل توصیف موردی خط

می‌دهند که هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند و یا بهبودی نسبتاً کمی را نشان می‌دهند (وان اتن و تیلور، ۱۹۹۸). از جمله این روش‌های درمانی می‌توان به دارودرمانی (فوا و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از سولومون و جانسن، ۲۰۰۲)، روان‌پویشی (هوروویتز^۲، ۱۹۸۶)، هیپنوز (کینگسبوری^۳، ۱۹۸۸)، غرقه‌سازی تصویری (کین و کالوپ، ۱۹۸۳)، آرامش آموزی و پسخوراند زیستی (هیکلینگ و همکاران، ۱۹۷۶)، پردازش شناختی (ریسک و اشنیک، ۱۹۹۲)، گروه درمانی (استالارد و لو^۴، ۱۹۹۳)، آموزش مدیریت اضطراب (فوا و راثام^۵، ۱۹۹۱، راسل و رادولف، ۱۹۹۸)، رویارویی تصویری طولانی مدت (فوا و میداوس، ۱۹۹۷)، بازسازی شناختی (تاریو و همکاران، ۱۹۹۹)، درمان شناختی-رفتاری (کوهن، ۲۰۰۳؛ ون اتن و تیلر، ۱۹۹۸؛ بیسن، و همکاران، ۲۰۰۴) و شناختی (الرزو همکاران، ۲۰۰۵) اشاره کرد (زینتی افخم، ۱۳۸۹).

به علت ماهیت چندوجهی، پیچیده و مزمن PTSD، سایر درمان‌های موجود کارایی چندانی در نگه داشت تأثیر درمان در درازمدت نداشته و عود و برگشت علائم را در پی دارند، ولی چون افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با افراد بدون این اختلال نمرات بالاتری در پرسشنامه طرحواره یانگ دریافت می‌کنند (کوکران، ۲۰۰۹) و از سویی تشخیص و شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در فرایند درمان می‌تواند نرخ بهبودی را افزایش و نرخ عود را کاهش دهد (هورلی، ۲۰۱۰)؛ به نظر می‌رسد برای درمان اختلالات مزمن و مقاوم به درمان، تأکید بر محتوا و فرایندهای پردازش فکری و کار کردن در سطح افکار خود آیند منفی و باورهای هسته‌ای بیماران (که در شناخت درمانی مد نظر هستند) کافی نباشد و باید به طرحواره‌های شناختی بیماران به خصوص طرحواره‌های شناختی ناسازگار اولیه به عنوان پایه‌ای ردّ شهاب و ابتدایی ردّ شهاب سطوح شناختی توجه بیشتری نمود (بک، فریمن، یانگ، ۱۹۹۰، نقل از احمدیان گرجی، ۱۳۸۵).

پایه، ویژگی‌های شرکت‌کنندگان، شرایط درمانی و تغییرات در نشانه‌های بیماری در طی زمان است. این شیوه پژوهشی داده‌های مربوط به هر شرکت‌کننده را به صورت موردی، تحت بررسی قرار می‌دهد و عموماً از روش‌های پیچیده آماری برای تجزیه و تحلیل موفقیت درمانی استفاده نمی‌کند، در عوض به جای آن میزان تغییرات در هر شرکت‌کننده را توصیف می‌کند که در اینجا، هر بیمار به عنوان کنترل خود عمل می‌کند (کرسول^۱، ۲۰۰۲) و به همین دلیل در این نوع طرح نیاز به گروه کنترل نیست.

مداخلات درمانی (پروتکل) و فرایند طرحواره درمانی در قالب ۲۱ جلسه برای درمان و کاهش علائم بیش‌انگیزگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شد.

جلسه اول: توضیح مدل طرحواره به زبان ساده و شفاف برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای

جلسه دوم: سنجش مشکلات بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد زندگی و تکمیل پرسشنامه چند وجهی زندگی

جلسه سوم: فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آنها

جلسه چهارم: تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار و تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش جلسه پنجم: مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش

جلسه ششم: بررسی شواهد عینی تاییدکننده و طردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد گذشته و حال بیمار

جلسه هفتم: اسناد دادن شواهد تاییدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و سبک‌های فرزند پروری ناکارآمد

جلسه هشتم: گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه‌های سالم توسط بیمار جلسه نهم: تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت‌برانگیزاننده طرحواره

جلسه دهم: نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره

جلسه یازدهم: ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی

جلسه دوازدهم: تقویت مفهوم "بزرگسال سالم" در ذهن بیمار و شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و مبارزه و جنگیدن علیه طرحواره

جلسه سیزدهم: ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آنها

جلسه چهاردهم: کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حادثه آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار

جلسه پانزدهم: پیدا کردن راه حل‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی

جلسه شانزدهم: تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌آفرین و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی

جلسه هفدهم: تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار

جلسه هیجدهم: تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید

جلسه نوزدهم: بازنگری مزایا و معایب رفتارهای سازگار و ناسازگار

جلسه بیستم: غلبه بر موانع تغییر رفتار جلسه بیست و یکم: آموزش راه‌های ماندگاری طرحواره اصلاح شده.

جامعه آماری پژوهش را جانبازان مرد مبتلا به PTSD که برای درمان به بیمارستان روان‌پزشکی صدر واقع در تهران مراجعه نموده‌اند تشکیل می‌دهند. بر اساس نمونه‌گیری هدفمند از پرونده‌های باستانی جانبازانی که جهت درمان اختلالات اعصاب و روان بازمانده از جنگ به بیمارستان روان‌پزشکی صدر مراجعه نموده و برای دوره‌ای نیز بستری بوده‌اند ۲۰۰ پرونده انتخاب گردید. با ملاحظه شرایط احراز آزمودنی برای تحقیق (اختلاف همبود زیادی داشتند،

پرسشنامه طرحواره یانگ، فرم کوتاه (YSQ-SF):

این پرسشنامه ۷۵ گویه ای، برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناکارآمد توسط یانگ ساخته شده است. هر کدام از سئوالات منعکس کننده یک فکر، احساس یا یک رفتار مرتبط با یک طرحواره خاص است. در پژوهش آهی (۱۳۸۴) روایی سازه فرم کوتاه پرسشنامه یانگ با استفاده از تحلیل رگرسیون و همبستگی بین خرده مقیاس های SQ-SF و خرده مقیاس ۲۵-SCL در سطح $P < 0/01$ معنادار بودند؛ یعنی این پرسشنامه دارای روایی سازه بالایی است.

پرسشنامه جبران یانگ^{۱۱} (یانگ، ۱۹۹۵): این پرسشنامه ۴۸ سوال دارد و برای سنجش جبران افراطی طرحواره ها طراحی شده است. درمانگر از این مقیاس به عنوان یک آزمون و ابزار بالینی استفاده می کند و در مورد سوالاتی که بیمار از آن ها نمرات بالایی گرفته است بحث و تبادل نظر می کند. نمرات بالا (۵ و ۶) در هر یک از سوالات نشان می دهد که بیمار کدام یک از طرحواره ها را با جبران افراطی پاسخ می دهد و با آن مقابله می کند.

فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL):

این مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می رود. مزیت این فهرست، در مختصر و کوتاه بودن آن است. مدت زمان اجرا تقریباً ۱۰ دقیقه است. محدودیت این فهرست آن است که فقط بر روی نیروهای نظامی اعتبار یابی شده است. این فهرست به وسیله ود درز، لیتز، هرمن و هوسکاوکین (۱۹۹۴) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه آمریکا تهیه شده و شامل ۱۷ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه های کرختی عاطفه و اجتناب، ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه های برانگیختگی شدید است.

پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMIII):

این پرسشنامه ۱۷۵ سوالی برای سنجش اختلالات شخصیت طراحی و ساخته شده است. ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد. این

اعتیاد و یا سایکوتیک بودند) و به علاوه در نظر گرفتن سایر شرایط موقعیتی مثلاً بعد مسافت تا محل درمان (کسانی که در شهرهای اطراف تهران ساکن بودند از مجروحیت جسمی شدید و معلولیت رنج می بردند) ۱۰ پرونده انتخاب شد. در مرحله دوم با برقراری تماس تلفنی از طرف مسئول بخش روان شناسی، آزمودنی ها برای انجام مصاحبه بالینی و ارزیابی تشخیصی به بخش دعوت شدند. پس از اجرای آزمون های تشخیصی بر روی افراد دعوت شده و نیز انجام تست شخصیت میلون (برای کنار گذاشتن آن دسته از جانبازان PTSD که علائم و نشانه های بارز اختلال شخصیت را داشتند) و سنجش میزان نسبی هوش و تحصیلات آن ها، در نهایت سه نفر به عنوان گروه نمونه مطلوب مطابق با طرح تحقیق با استفاده از ابزارهای زیرانتخاب شدند.

مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI):

این ابزار یک مصاحبه جامع کاملاً استاندارد است که می تواند برای ارزیابی اختلالات روانی و تشخیص براساس تعاریف و ملاک های دهمین طبقه بندی بین المللی بیماری با (ICD-10 سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳) و چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص و آمار اختلال های روانی (DSM-IV) مورد استفاده قرار گیرد. CIDI برای استفاده در فرهنگ های مختلف و نیز در موقعیت های گوناگون طراحی شده و قابل استفاده است. این ابزار ابتدا برای استفاده در مطالعات همه گیرشناسی اختلالات روانی تهیه شد، ولی می تواند برای سایر اهداف بالینی و پژوهشی نیز مورد استفاده نیز قرار گیرد. CIDI دارای ۱۷ حیطه تشخیصی اصلی است. این ابزار دارای دو نسخه دوازده ماهه و نسخه ای نیز برای همه طول عمر است. نسخه طول عمر آن توسط کاویانی، علاقیند، شریفی، پورناصح و احمدی ابهری (۱۳۸۵) ترجمه و اعتبار یابی شده است. به وسیله CIDI می توان تشخیص داد اختلال برای آخرین بار کی وجود داشته و نیز علائم اولیه آن در چه زمانی ظاهر شده است. این ابزار قبل از خط پایه، برای تشخیص PTSD به عنوان اختلال اصلی بیمار اجرا گردید.

بر روی آزمودنی های مربوطه اجرا گردید. برای تجزیه و تحلیل داده در این پژوهش از شاخص تغییر پایا^{۱۲} (RCI) استفاده شد. این شاخص اولین بار توسط جاکوبسون و تراکس (۱۹۹۳؛ نقل از خورشید زاده، ۱۳۹۰) برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از طرح های تجربی و شبه تجربی تک موردی ارائه داده شد. در این شاخص، نمره پس از آزمون از نمره پیش آزمون تفریق شده و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین دو نمره تقسیم می گردد.

یافته ها

یافته های پژوهش حاضر که حاصل از اجرای پرسشنامه های طرح تحقیق و نیز مداخلات درمانی (قبل از شروع فرآیند درمان، پس از درمان و بعد از مرحله پیگیری) می باشند، همراه با تجزیه و تحلیل مربوط به اطلاعات آن پرسشنامه ها در خصوص پاسخ به سوالات تحقیق آورده شده اند.

پرسشنامه در ایران توسط شریفی (۱۳۸۶) هنجاریابی شده است. نتایج تحقیق شریفی (۱۳۸۶) نشان می دهد که روایی تشخیصی تمام مقیاس های این پرسشنامه خوب بوده است. به عنوان مثال، توان پیش بینی مثبت مقیاس از دامنه ۵۸/ (اختلال شخصیت نمایشی) تا ۸۳/ (اختلال هذیانی) و توان پیش بینی مقیاس با ۹۳/ (اختلال شخصیت منفی گرا) تا ۹۹/ (اختلال اضطراب) متغیر است. این مقیاس قبل از اجرای خط پایه برای انتخاب آزمودنی های (N) که اختلال شخصیت شدید نداشته باشند اجرا شده است. از آنجایی که آماج درمانی اصلی طرحواره درمانی اختلالات محور دو می باشد، درمانگر برای انتخاب نمونه PTSD خالص و اجتناب از اثر تداخل درمان این کار را انجام داده است. این ابزار قبل از خط پایه و برای انتخاب آزمودنی های که اختلالات شدید شخصیت ندارند مورد استفاده قرار گرفت. مداخلات درمانی در قالب طرحواره درمانی در ۲۱ جلسه

جدول ۱- تغییرات مربوط به علائم PTSD در حوزه بیش انگیزتگی در فرایند درمان و دوره پیگیری

جلسه آزمودنی	خط پایه نمره	اول نمره	سوم نمره	ششم نمره	نهم نمره	دوازدهم نمره	پانزدهم نمره	هیجدهم نمره	بیست و یکم نمره	اول نمره	دوم نمره	ماه پیگیری
آزمودنی	۲۳	۲۲	۲۱	۱۸	۱۹	۱۷	۱۵	۱۱	۵	۶	۶	ماه پیگیری
آزمودنی دوم	۲۶	۲۳	۱۷	۱۶	۱۳	۱۵	۱۲	۸	۷	۹	۷	دوم
آزمودنی سوم	۲۱	۲۱	۲۰	۱۸	۱۶	۱۵	۱۲	۱۰	۷	۷	۵	ماه پیگیری
نمره کل	۵۰	۶۶	۵۸	۵۲	۵۸	۵۷	۳۹	۲۹	۱۹	۲۲	۱۸	ماه پیگیری

و پایان دوره پیگیری) نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود نمرات از روند کاهشی برخوردار هستند.

جدول شماره ۱، روند تغییرات نمرات بیش انگیزتگی را در پروتکل درمانی (جلسات درمان، پایان فرایند درمان

جدول ۲- درصد بهبود علائم بیش انگیزتگی آزمودنی ها در طول اجرای پروتکل درمانی

درصد بهبودی	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
درصد بهبودی	٪۳۱	٪۴۳	٪۳۷
درصد بهبودی کلی		٪۳۷	
ماه اول پیگیری	۶	۹	۷
ماه دوم پیگیری	۶	۸	۸
درصد بهبودی	٪۷۲	٪۶۲	٪۶۸
درصد بهبود کلی		٪۶۷	
شاخص تغییر پایا	۱۰/۴	۹/۸	۱۰/۲

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی سیر کاهشی در نمرات و علائم بیش انگیزگی داشته‌اند. جدول فوق نشان می‌دهد که بهبود کلی در پایان فرایند درمان ۳۷٪ بوده است. همچنین نشان می‌دهد که میزان بهبودی آزمودنی اول ۳۱٪، میزان بهبودی آزمودنی دوم ۴۳٪ و میزان بهبودی آزمودنی سوم ۳۷٪ بوده است. همان طور که مشاهده می‌شود بالاترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی دوم با ۴۳٪ و کمترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی اول با ۳۱٪ بوده است. اطلاعات جدول شماره ۲ بیانگر این امر است که روند بهبودی در ماه‌های پیگیری نیز ادامه داشته است. از طرفی نیز بیشترین میزان بهبودی در کل پروتکل درمان نیز در همین دوران پیگیری برای هر سه آزمودنی بوده است (میزان بهبودی آزمودنی اول ۷۲٪، میزان بهبودی آزمودنی دوم ۶۲٪ و میزان بهبودی آزمودنی سوم ۶۸٪). مقایسه روند بهبودی فرایند درمان با دوره پیگیری نشان می‌دهد که درصد بهبودی آزمودنی اول از ۳۱٪ به ۷۲٪، درصد بهبودی آزمودنی دوم از

۴۳٪ به ۶۲٪ و درصد بهبودی آزمودنی سوم از ۳۷٪ به ۶۸٪ ارتقاء یافته است. اطلاعات مربوط به دوره پیگیری نشان می‌دهند بیشترین روند بهبود، متعلق به آزمودنی اول با میزان بهبودی ۷۲٪ و کمترین روند بهبود متعلق به آزمودنی دوم با میزان بهبودی ۶۲٪ بوده است. مقایسه میزان درصد بهبودی کلی در دوره فرایند درمان با دوره پیگیری، میزان ارتقاء را از ۳۷٪ به ۶۷٪ نشان می‌دهد. به منظور معناداری تفاوت مشاهده شده در نمرات بیماران، شاخص تغییر پایا محاسبه گردید. شاخص تغییر پایا در رابطه با کلیه آزمودنی‌ها نشان می‌دهد تغییراتی که در آزمودنی ایجاد شده، از نظر آماری معنادار است ($RCI > 1/96$). نمرات بیماران در انتهای دوره پیگیری نشان می‌دهد که نمرات تمامی بیماران از نقطه برش پایین تر آمده است (نقطه برش در این خرده مقیاس ۱۴ است)، بنابراین درمان توانسته است آماج‌های درمانی را در این پرسشنامه به حد افراد عادی برساند و بدین طریق می‌توان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی موثر و معنادار بوده است.

جدول ۳- نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ)، حوزه بریدگی و طرد

بهبودی آزمودنی	خط پایه	جلسه اول درمان	جلسه آخر درمان	درصد بهبودی	درصد بهبودی کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی کلی
آزمودنی اول	۹۹	۱۰۲	۷۵	۲۴/۲	۸۱	۷۴	۲۵	۳۰/۶
آزمودنی دوم	۱۲۱	۱۲۰	۸۸	۲۷/۲	۱۹/۶	۷۳	۳۹/۶	۲۷/۵
آزمودنی سوم	۸۰	۸۰	۷۴	۷/۵	۶۶	۵۸		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در حوزه طرد و بریدگی روند رو به بهبودی را طی نموده‌اند. بیشترین کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این حوزه در پایان جلسات درمانی مربوط به آزمودنی دوم با میزان بهبودی ۲۷/۲٪ و کمترین میزان بهبودی مربوط به آزمودنی سوم با ۷/۵٪ بوده است. بهبود کلی در پایان ۲۱ جلسه درمان، در طرحواره‌های ناسازگار همین حوزه ۱۹/۶٪ بود، ولی روند بهبودی ادامه داشته و در

ماه‌های پیگیری نسبت به جلسات درمان، بیشترین میزان متعلق به آزمودنی سوم با ۲۰٪ بهبودی بوده است که از ۷/۵٪ به ۲۷/۵٪ بهبودی افزایش روند داشته است. روند فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در دوره پیگیری برای هر سه آزمودنی ادامه داشته و درصد کلی بهبودی به ۳۰/۶٪ رسیده است. بیشترین میزان بهبودی نیز متعلق به آزمودنی دوم به میزان ۳۹/۶٪ بوده است.

جدول ۴- نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه طرحواره یانگ، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل

خط پایه	جلسه اول درمان	جلسه آخر درمان	درصد بهبودی	درصد بهبودی کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی کلی	آزمودنی
۴۱	۴۰	۳۳	۱۹/۵	۳۱/۷	۳۲	۲۸	۳۱/۷	آزمودنی اول
۸۷	۸۷	۷۹	۹	۲۵/۲	۶۸	۶۵	۲۵/۲	آزمودنی دوم
۸۲	۸۰	۶۵	۲۰/۷	۲۹/۲	۶۰	۵۸	۲۹/۲	آزمودنی سوم

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل روند رو به بهبودی را طی نموده‌اند. بیشترین کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این حوزه در پایان جلسات درمانی مربوط به آزمودنی سوم با میزان بهبودی ۲۰/۷٪ و کمترین میزان مربوط به آزمودنی دوم با بهبودی ۹٪ بوده است. بهبود کلی در پایان ۲۱ جلسه درمان، در طرحواره‌های ناسازگار همین حوزه ۱۶/۴٪ بود، ولی روند بهبودی ادامه داشته و در

ماه‌های پیگیری نسبت به جلسات درمان، بیشترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی دوم با ۱۶/۴٪ بوده است که از ۹٪ به ۲۵/۲٪ بهبودی افزایش روند داشته است. روند فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در دوره پیگیری برای هر سه آزمودنی ادامه داشته و درصد کلی بهبودی به ۲۹٪ رسیده است؛ بیشترین میزان بهبودی نیز متعلق به آزمودنی اول به میزان ۳۱/۷٪ است.

جدول ۵- نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ)، حوزه محدودیت‌های مختل

خط پایه	جلسه اول درمان	جلسه آخر درمان	درصد بهبودی	درصد بهبودی کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی کلی	آزمودنی
۴۴	۴۳	۴۲	۴/۵	۹/۷	۳۸	۴۰	۹/۷	آزمودنی اول
۴۲	۴۱	۳۵	۱۶/۶	۱۶	۳۷	۳۷	۱۶	آزمودنی دوم
۴۲	۴۲	۳۸	۱۰	۲۶	۳۵	۳۱	۲۶	آزمودنی سوم

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در حوزه محدودیت‌های مختل روند رو به بهبودی را طی نموده‌اند. بیشترین کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این حوزه در پایان جلسات درمانی مربوط به آزمودنی سوم با میزان بهبودی ۱۶/۶٪ و کمترین میزان مربوط به آزمودنی اول با میزان بهبودی ۴/۵٪ بوده است. بهبود کلی در پایان ۲۱ جلسه درمان، در طرحواره‌های ناسازگار همین حوزه ۱۰/۳٪ بوده، ولی روند بهبودی ادامه داشته و در ماه‌های

پیگیری نسبت به جلسات درمان، بیشترین میزان متعلق به آزمودنی سوم با ۱۶٪ بهبودی بوده است که از ۱۰٪ به ۲۶٪ بهبودی افزایش روند داشته است. روند فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در دوره پیگیری برای آزمودنی‌های اول و سوم ادامه داشته ولی برای آزمودنی دوم میزان کاهش شدت فعالیت طرحواره نسبت به دوره درمان کاهش یافت. درصد کلی بهبودی از ۱۰/۳٪ به ۱۶٪ رسیده است، بیشترین میزان بهبودی نیز متعلق به آزمودنی سوم به میزان ۲۶٪ بوده است.

جدول ۶- نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ)، حوزه دیگر جهت مندی

خط پایه	جلسه اول درمان	جلسه آخر درمان	درصد بهبودی کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی کلی
۴۲	۴۱	۳۲	۲۳/۸	۳۰	۲۷	۳۶
۵۲	۵۱	۴۵	۱۳/۴	۴۱	۳۴	۲۴/۸
۲۴	۲۳	۲۱	۱۲/۵	۲۳	۲۳	۴

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در حوزه محدودیت‌های مختل روند رو به بهبودی را طی نموده‌اند. بیشترین کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این حوزه در پایان جلسات درمانی مربوط به آزمودنی اول با میزان بهبودی ۲۳/۸٪ و کمترین میزان مربوط به آزمودنی سوم با میزان بهبودی ۱۲/۵٪ بوده است. بهبود کلی در پایان ۲۱ جلسه درمان، در طرحواره‌های ناسازگار همین حوزه ۱۶/۶٪ بوده، ولی روند بهبودی ادامه

داشته و در ماه‌های پیگیری نسبت به جلسات درمان، بیشترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی دوم با ۲۱/۲٪ بوده که از ۱۳/۴٪ به ۳۴/۶٪ افزایش روند داشته است، روند فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در دوره پیگیری برای آزمودنی‌های اول و دوم ادامه داشته ولی برای آزمودنی سوم میزان کاهش شدت فعالیت طرحواره نسبت به دوره درمان کاهش یافت. درصد کلی بهبودی از ۱۶/۶٪ به ۲۴/۸٪ رسیده است.

جدول ۷- نمرات آزمودنی هادر پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ)، حوزه گوش به زنگی بیش از حد

خط پایه	جلسه اول درمان	جلسه آخر درمان	درصد بهبودی کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی کلی
۵۶	۵۵	۴۳	۲۳	۳۷	۳۲	۴۳
۵۸	۵۶	۴۸	۱۷	۴۳	۴۰	۳۵
۵۰	۵۰	۴۲	۱۶	۳۸	۳۷	۲۶

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در حوزه گوش به زنگی بیش از حد روند رو به بهبودی را طی نموده‌اند. بیشترین کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این حوزه در پایان جلسات درمانی مربوط به آزمودنی اول با میزان بهبودی ۲۳٪ و کمترین میزان مربوط به آزمودنی سوم با میزان بهبودی ۱۶٪ بوده است. بهبود کلی در پایان ۲۱ جلسه درمان، در طرحواره‌های

ناسازگار همین حوزه ۱۸/۶٪ بوده، ولی روند بهبودی ادامه داشته و در ماه‌های پیگیری نسبت به جلسات درمان، بیشترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی اول با ۴۳٪ بوده است که از ۲۳٪ به ۴۳٪ افزایش روند داشته؛ روند کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در دوره پیگیری برای هر سه آزمودنی ادامه داشته و درصد کلی بهبودی از ۱۸/۶٪ به ۳۵٪ رسیده است.

جدول ۸- نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ)، حوزه گوش به زنگی بیش از حد

خط پایه	جلسه اول درمان	جلسه آخر درمان	درصد بهبودی	درصد کلی بهبودی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی	درصد کلی بهبودی
۵۶	۵۵	۴۳	۲۳	۱۸/۶	۳۷	۳۲	۴۳	۳۵
۵۸	۵۶	۴۸	۱۷	۳۵	۴۳	۴۰	۳۶	۳۵
۵۰	۵۰	۴۲	۱۶	۲۶	۳۸	۳۷	۲۶	۲۶

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در حوزه دیگر جهت مندی روند رو به بهبودی را طی نموده‌اند. بیشترین کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این حوزه در پایان جلسات درمانی مربوط به آزمودنی اول با میزان بهبودی ۲۳٪ و کمترین میزان مربوط به آزمودنی سوم با میزان بهبودی ۱۶٪ بوده است. بهبود کلی در پایان ۲۱ جلسه درمان، در طرحواره‌های ناسازگار همین حوزه ۱۸/۶٪ بوده، ولی روند بهبودی ادامه داشته و در ماه‌های پیگیری نسبت به جلسات درمان، بیشترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی اول با ۴۳٪ بوده است که از ۲۳٪ به ۴۳٪ بهبودی افزایش روند داشته است، روند کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در دوره پیگیری برای هر سه آزمودنی ادامه داشته و درصد کلی بهبودی از ۱۸/۶٪ به ۳۵٪ رسیده است.

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در حوزه دیگر جهت مندی روند رو به بهبودی را طی نموده‌اند. بیشترین کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این حوزه در پایان جلسات درمانی مربوط به آزمودنی اول با میزان بهبودی ۲۳٪ و کمترین میزان مربوط به آزمودنی سوم با میزان بهبودی ۱۶٪ بوده است. بهبود کلی در پایان ۲۱ جلسه درمان، در طرحواره‌های ناسازگار همین حوزه ۱۸/۶٪ بوده، ولی روند بهبودی ادامه داشته و در ماه‌های پیگیری نسبت به جلسات درمان، بیشترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی اول با ۴۳٪ بوده است که از ۲۳٪ به ۴۳٪ بهبودی افزایش روند داشته است، روند کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در دوره پیگیری برای هر سه آزمودنی ادامه داشته و درصد کلی بهبودی از ۱۸/۶٪ به ۳۵٪ رسیده است.

جدول ۹- میزان بهبودی بیماران در حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار پس از انجام پروتکل درمانی (فرایند و پیگیری)

آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	درصد بهبودی کلی	آزمودنی با حوزه‌های طرحواره
۲۴/۲	۲۷/۲	۷/۵	۱۹/۶	درصد بهبودی در پایان درمان
۲۵	۳۹/۶	۲۷/۵	۳۰/۶	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری
۱۹/۵	۹	۲۰/۷	۱۶/۴	درصد بهبودی در پایان درمان
۳۱/۷	۲۵/۲	۲۹/۲	۲۹	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری
۴/۵	۱۶/۶	۱۰	۱۰/۳	درصد بهبودی در پایان درمان
۹/۷	۱۲	۲۶	۱۶	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری
۲۳/۸	۱۳/۴	۱۲/۵	۱۶/۶	درصد بهبودی در پایان درمان
۳۶	۳۴/۶	۴	۲۴/۸	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری
۳۲	۱۷	۱۶	۱۸/۶	درصد بهبودی در پایان درمان
۴۳	۳۶	۲۶	۳۵	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری
٪۲۱	٪۱۷	٪۱۳	٪۱۶/۳	درصد بهبودی در پایان درمان
٪۳۰	٪۲۹/۵	٪۲۲/۵	٪۲۷	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری

همان طور که در جدول شماره ۹ مشاهده می‌شود، بهبودی کلی بیماران در تمامی حوزه‌ها ۲۷٪ بوده است، بالاترین درصد بهبودی در پایان دوره درمان با ۱۹/۶٪ مربوط به حوزه بریدگی و طرد می‌باشد. حوزه‌های گوش به زنگی مفرط با ۱۸/۶٪، حوزه دیگر جهت مندی با ۱۶/۶٪، حوزه عملکرد مختل با ۱۶/۴٪ و حوزه محدودیت‌های مختل با ۱۰/۳٪ به ترتیب دارای بیشترین و کمترین میزان بهبودی در پایان دوره درمان می‌باشند.

همان طور که در جدول شماره ۹ مشاهده می‌شود، بهبودی کلی بیماران در تمامی حوزه‌ها ۲۷٪ بوده است، بالاترین درصد بهبودی در پایان دوره درمان با ۱۹/۶٪ مربوط به حوزه بریدگی و طرد می‌باشد. حوزه‌های گوش به زنگی مفرط با ۱۸/۶٪، حوزه دیگر جهت مندی با ۱۶/۶٪، حوزه عملکرد مختل با ۱۶/۴٪ و حوزه محدودیت‌های مختل با ۱۰/۳٪ به ترتیب دارای بیشترین و کمترین میزان بهبودی در پایان دوره درمان می‌باشند.

میزان بهبودی آزمودنی سوم ۳۷٪ بوده است. بالاترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی دوم با ۴۳٪ و کمترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی اول با ۳۱٪ بوده است. روند بهبودی در ماه‌های پیگیری نیز ادامه داشته است. از طرفی نیز بیشترین میزان بهبودی در کل پروتکل درمان نیز در همین دوران پیگیری برای هر سه آزمودنی بوده است (میزان بهبودی آزمودنی اول ۷۲٪، میزان بهبودی آزمودنی دوم ۶۲٪ و میزان بهبودی آزمودنی سوم ۶۸٪).

مقایسه روند بهبودی فرایند درمان با دوره پیگیری نشان می‌دهد که درصد بهبودی آزمودنی اول از ۳۱٪ به ۷۲٪، درصد بهبودی آزمودنی دوم از ۴۳٪ به ۶۲٪ و درصد بهبودی آزمودنی سوم از ۳۷٪ به ۶۸٪ ارتقاء یافته است. اطلاعات مربوط به دوره پیگیری نشان می‌دهند بیشترین روند بهبود متعلق به آزمودنی اول با میزان بهبودی ۷۲٪ و کمترین روند بهبود متعلق به آزمودنی دوم با میزان بهبودی ۶۲٪ بوده است. مقایسه میزان درصد بهبودی کلی در دوره فرایند درمان با دوره پیگیری، میزان ارتقاء را از ۳۷٪ به ۶۷٪ نشان می‌دهد. به منظور معناداری تفاوت مشاهده شده در نمرات بیماران شاخص تغییر پایا محاسبه گردید. شاخص تغییر پایا در رابطه با کلیه آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که تغییراتی که در آزمودنی ایجاد شده از نظر آماری معنادار است ($RCI > 1/96$). نمرات بیماران در انتهای دوره پیگیری نشان می‌دهد که نمرات تمامی بیماران از نقطه برش پایین تر آمده است (نقطه برش در این خرده مقیاس ۱۴ می‌باشد)؛ بنابراین درمان توانسته است آماج‌های درمانی را در این پرسشنامه به حد افراد عادی برساند و بدین طریق می‌توان نتیجه گرفت که درمان از نظر بالینی موثر و معنادار بوده است.

از محدودیت‌های تحقیق حاضر کوچک بودن نمونه آماری است که این امر تهدیدی برای اندازه‌گیری آماری است و ممکن است اندازه کوچک نمونه این تحقیق موجب کاهش توان آماری تحقیق شده باشد. هر چند که طرح تحقیق شبه آزمایشی (تک موردی) از جمله روش‌های متداول، مقبول و مرسوم در مطالعات رفتاری و برنامه‌های اثربخشی و تغییر رفتار است، اما به هر حال کاستی‌ها، اشکالات و ملاحظات در نتیجه‌گیری‌های کلی از این طرح‌های آماری وجود دارد. به هر دو دلیل در تعمیم نتایج پژوهش باید با احتیاط عمل نمود.

با مقایسه میزان بهبود در دوره درمان با دوره پیگیری پی می‌بریم که تمامی حوزه‌های طرحواره روند بهبودی رو به رشدی داشته‌اند به گونه‌ای که حوزه گوش به زنگی با حدود ۱۹٪ افزایش نسبت به پایان دوره درمان، بالاترین درصد ارتقاء بهبودی را از میان تمامی حوزه‌های طرحواره داشته است. پس از این حوزه، حوزه عملکرد مختل با حدود ۱۳٪ افزایش نسبت به پایان دوره درمان بالاترین درصد افزایش بهبودی را در بین حوزه‌های طرحواره ناسازگار نشان داده است، بالاترین میزان بهبودی در تمامی حوزه با در دوره پیگیری نیز متعلق به حوزه طرحواره‌های گوش به زنگی مفرط با مقدار بهبودی ۳۵٪ می‌باشد. در کل حوزه‌ها از بین آزمودنی‌ها آزمودنی اول با ۲۱٪ بیشترین میزان بهبودی را نشان می‌دهد، روند بهبودی در این آزمودنی ادامه داشته، به طوری که در پایان دوره پیگیری به ۳۰٪ بهبودی ارتقا یافته که در میان آزمودنی‌ها بالاترین درصد بهبودی را در کل حوزه‌های طرحواره در پایان ماه‌های پیگیری داشته است. پس از این آزمودنی دوم با ۲۹/۵٪ و آزمودنی سوم با ۲۲/۵٪ به ترتیب در مراحل بهبودی بعدی قرار گرفتند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش علائم بیش انگیزتگی جانبازان مبتلا به PTSD انجام شد. نتایج حاصل از داده‌های پژوهش نشان داد که این شیوه درمانی قادر است ملاک‌های اثربخشی را احراز نماید. همان طور که می‌دانیم در پژوهش‌های بالینی و شبه تجربی اولین ملاک اثربخشی اندازه تغییر است، یعنی اینکه در طی انجام پروتکل درمانی، چه مقدار کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟

کاهش در میزان علائم بیش انگیزتگی به عنوان آماج اصلی درمان و به زیر نقطه برش رسیدن علائم بالینی اختلال، حکایت از معنادار بودن نتایج به دست آمده از نظر بالینی و آماری دارد. البته این کاهش معنادار از نظر بالینی در سایر خرده مقیاس‌های PTSD که از دیگر اهداف پژوهش حاضر بوده است نیز حاصل گردید.

نتایج نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی سیر کاهش در نمرات و علائم بیش انگیزتگی داشته‌اند و بهبود کلی در پایان فرایند درمان ۳۷٪ بوده است. میزان بهبودی آزمودنی اول ۳۱٪، میزان بهبودی آزمودنی دوم ۴۳٪ و

پی‌نوشت‌ها

- 196, Number 1
- 13-Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- 14-Foa, E. B. & Rothbaum, B. (1998). Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press.
- 15-Foa, E. B. & Riggs, D. S. (1994). Posttraumatic stress disorder and rape. In R. S. Pynoos (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: A clinical review* (pp. 133-163). Baltimore, MI: The Sidron Foundation & Press.
- 16-Gray, M. J. Maguen, S. & Litz, B. T. (2007). Schema constructs and cognitive models of posttraumatic stress disorder. In L. P. Riso, P. L. du
- 17-Kaplan, H.I, Sadoc. J. B(2003) synopsis of psychiatry; Behavioral sciences and clinical psychiatry 9th ed. Mosby.
- 18-Lombardo, T.W Gray, M.J (2003) Beyond exposure for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Broad spectrum PTSD treatment strategies *Behavior Modification* 293-9
- 19-Mandelson, P. (2008). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 40513.
- 20-Morris, and Patrick (2004). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): Adlerian Assessment and Treatment*. Available from:
- 21-Riso, L. P. Maddux, R. E. & Tannin-Santorelli, N. (2007). Early maladaptive schemas in chronic depression. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D.
- 22-Strauch, I (2001). An adlerian reconceptualization of traumatic reactions. *The journal of Individual psychology*. The University of Texas Press. No1. 57,
- 23-Sadock BJ, Sadock AV. (2007). *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins.: G12-2
- 24-Sherman, I. J. (1998) effects of psychotherapeutic treatment of Posttraumatic Stress Disorder. A practice friendly review of out come research. *Journal of clinical psychology* 58(8), 947-959.
- 25-Taylor, G. (2001). A brief introduction to schema focussed therapy. Perth, W.A: Unpublished manuscript.
- 26-Van Etten, M, L & Tylor, S (1998) comparative efficacy of treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Meta analysis; *Journal of clinical psychology and psychotherapy* 5, 128-144
- 27-Weathers. F. W; Litz. B. T. Herman D. S; Huska. I. A & Keane.T. (1993). The PTSD checklist (PCL). Reliability, Validity & diagnostic utility, presented at the 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic stress Hissre studies. October 1993. sam Antonio. TX.
- 28-Young, J. E. & Brown, G. (2003). Young schema questionnaire - L3a Cognitive Therapy Centre of New York: Authors.
- 29-Young, J. E. & Klosko, J. S. (1994). *Reirrventing your life*. New York: Plume.
- 30-Young, J. E. Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- 1- Benish , Imel & Wampold
- 2- hyper arousal
- 3- irritability
- 4- hyper vigilance
- 5- Horowitz
- 6- Kingsbury
- 7- Stallard & Law
- 8- Fowa & Rutbam
- 9- Single Subject Research Design Multiple Baseline
- 10- Creswell
- 11- Young compensation in ventory
- 12- Reliable change index
- ### منابع
- ۱- احمدیان گرجی، معصومه. (۱۳۸۷) مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران غیر افسرده اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیر بالینی. *مجله تازه های علوم شناختی*، سال ۱۰، شماره ۴: ۱۳۸۷.
- ۲- احمدی زاده، محمد جواد، (۱۳۸۹). اثربخشی دو روش حساسیت زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد و روش شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ. *مجله طب نظامی*، دوره ۱۲.
- ۳- بروین (۱۹۹۶). نظریه های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۷) انتشارات بعثت.
- ۴- ریزو، لارنس و همکاران. (۲۰۰۷). طرحواره های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روان شناختی. ترجمه سیما احمدی و رضا مولودی. (۱۳۹۰). چاپ اول. انتشارات ارجمند.
- ۵- زینتی افخم، (۱۳۸۹) علی رضا. بررسی اثربخشی تصویر سازی ذهنی هدایت شده بر کاهش سطح آشفتگی ذهنی و تصاویر راجعه مربوط به سانحه جانبازان جنگ ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.
- ۶- وکیلی، یعقوب، (۱۳۸۸). درمان فراشناختی پس از حوادث رنج زا (PTSD)؛ رساله کارشناسی ارشد انستیتو روان پزشکی ایران، مقاله *مجله تازه های روان شناسی*، سال دوازدهم؛ شماره های ۴۳ و ۴۴.
- ۷- یانگ، جفری. (1384) شناخت درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرحواره محور. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور. تهران انتشارات آگه و ارجمند.
- ۸- یانگ، جفری؛ کلووسکو، ژانت و ویشار مارجوری. (1386) طرحواره درمانی. راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران. انتشارات ارجمند. Ali, T. Dunmore,
- 9-E. Clark, D. & Ehlers, A. (2002). The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 249-257.
- 10-Cockram. D, Drummond.P, Lee. W (2010). Role and Treatment of Early
- 11-Maladaptive Schemas inVietnam Veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 17, 165-182.
- 12-Dutra,L. Callahan,K; Mendelsohn,M.Herman,J. MD*(2008) Core Schemas and Suicidality in a ChronicallyTraumatized Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease* • Volume