

بررسی طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه حاد و مزمن

The Assessment of Early Maladaptive Schemas in Veterans with Acute and Chronic Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۲۸

Ahmadian A[✉].MSc, Hasani J.PhD, Mirzaee J.MSc

علیرضا احمدیان[✉]، جعفر حسنی^۱، جعفر میرزایی^۲

Abstract

Introduction: War as a stressor event has different acute and chronic consequences such as Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). In recent years, the problems relevant to the early maladaptive schemas in PTSD have become an important research area. The aim of this study was to assess the early maladaptive schemas in patients with acute & chronic PTSD.

Method: According to Available Sampling Method and diagnostic criteria, 30 patients with chronic PTSD, 30 patients with acute PTSD and 30 normal military personnel who were matched on the basis of age and condition of the war, were selected and were assessed by Young Schema Questionnaire-Long Form, Beck Depression Inventory (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI).

Results: The results showed that both acute and chronic patients with PTSD in comparison to the normal military personnel had higher scores in all early maladaptive schemas. Also, in some early maladaptive schemas, some remarkable differences had been observed between patients with acute and chronic PTSD.

Discussion: The results of the present study have a lot of preventive, diagnostic, clinical, research and educational implications in PTSD.

Key words: Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), early maladaptive schemas.

چکیده

مقدمه: جنگ به عنوان یک رویداد تنش‌زا دارای پیامدهای حاد و مزمن متعددی نظیر اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است. در سال‌های اخیر مشکلات مرتبط با طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در PTSD به حوزه مهم پژوهشی تبدیل شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در جانبازان مبتلا به PTSD حاد و مزمن بود.

روش: بر اساس روش نمونه‌برداری در دسترس و ملاک‌های تشخیصی، ۳۰ نفر مبتلا به PTSD مزمن، ۳۰ نفر مبتلا به PTSD حاد و ۳۰ نفر افراد نظامی بهنجار که بر پایه سن و شرایط جنگی هم‌تا سازی شده بودند، انتخاب شدند و توسط فرم بلند پرسشنامه طرحواره‌های سازش نیافته اولیه یانگ، ویرایش دوم سیاهه افسردگی بک و سیاهه اضطراب بک مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که در تمام طرحواره‌های سازش نیافته اولیه هر دو گروه جانباز مبتلا به PTSD حاد و مزمن در مقایسه با افراد نظامی بهنجار نمرات بیشتری کسب کرده بودند. همچنین در برخی از طرحواره‌های سازش نیافته اولیه بین جانبازان مبتلا به PTSD حاد و مزمن تفاوت‌های جالبی مشاهده شد.

بحث: یافته‌های مطالعه حاضر تلویحات پیشگیرانه، تشخیصی، بالینی، پژوهشی و آموزشی فراوانی در PTSD دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، طرحواره‌های سازش نیافته اولیه

✉ **Corresponding Author:** Department of Family Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran
E-mail: Std_Ahmadian@khu.ac.ir

✉ گروه مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۱- گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲- بیمارستان روان‌پزشکی جانبازان صدر، تهران، ایران

مقدمه

۱۰ تا ۱۲ درصد و مردان ۵ تا ۶ درصد است و تخمین شیوع PTSD در جریان عمر ۷ تا ۱۲ درصد است. همچنین، حدود ۸۰ درصد از بیماران PTSD دچار یک اختلال روان‌پزشکی هم‌وقوع نیز هستند (کاپلان، سادوک و رویز ۲۰۰۹).

بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR در صورتی که نشانه‌های اضطرابی در خلال ۴ هفته پس از رویداد استرس زا آغاز شوند و ۲ تا ۲۸ روز تداوم نشانه یابند؛ می‌توان تشخیص اختلال استرس حاد^۱ را برای آن ثبت نمود. اما اگر نشانه‌ها بیش از ۲۸ روز پایدار بمانند؛ تشخیص PTSD با وضعیت مزمن مطرح می‌شود (کاپلان، سادوک و رویز، ۲۰۰۹). نشانه‌های اختلال معمولاً مدت زمان کوتاهی پس از رویداد ضربه آمیز ظاهر می‌شوند. با این حال در پاره‌ای مواقع؛ یک دوره نهفتگی وجود دارد. بدین معنا که روزها و گاهی ماه‌ها پس از رویداد؛ فرد با فقدان نشانه‌های مرضی مواجه است. معمولاً نشانه‌ها در خلال شش ماه پس از رویداد به خودی خود از بین می‌روند، اما ممکن است سال‌ها نیز باقی بمانند. به عنوان مثال؛ بر اساس یک بررسی به این نتیجه دست‌یافته‌اند که از دو میلیون و هفت صد هزار سرباز آمریکائی شرکت‌کننده در جنگ ویتنام حدود پانصد تا هفت صد هزار نفر یعنی بین ۲۰ تا ۲۵ درصد آن‌ها پس از گذشت سال‌ها از پایان جنگ هنوز از اختلال PTSD رنج می‌برند (جان، ۲۰۰۷). در این راستا، نتایج پژوهش مجیدی (۱۳۸۵) هم نشان داد که شایع‌ترین اختلال روانی هم‌وقوع در بیماران مبتلا به PTSD، افسردگی با نرخ شیوع ۳۲ درصد است.

چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی جنگ را نیز جزء عوامل روان‌خراش به حساب آورده که می‌تواند علائم و نشانه‌های PTSD را ایجاد نماید. یکی از پیچیده‌ترین انواع راه‌های ابتلا به PTSD عوارض و پیامدهای ناشی از حوادث روان‌خراش جنگی است. در این میان علائم جسمانی و روان‌شناختی مبتنی بر حالت‌های اضطرابی و خلقی از ناتوان‌کننده‌ترین این عوارض است که باعث بروز مشکلات متعدد در افراد حاضر در جنگ، خانواده آنها

حادثه روان‌خراش یا فشارزا ممکن است در کمتر از چند لحظه رخ دهد اما ممکن است عواقب مادام‌العمری به همراه داشته باشد. در حوزه بهداشت روان، اصطلاح تروما دربرگیرنده طیف گسترده‌ای از تجارب استرس‌زایی است که خارج از محدوده تجربه معمول فردی بوده و به همان نسبت سطح گسترده‌ای از خطر و ترسی که بیشتر از ظرفیت و توان عادی شخص؛ برای مقابله با عوارض تنش‌زای ناشی از آن است را تولید می‌نماید (وانگ، زانگ، شیزو، هانگ و لی، ۲۰۱۱). در واقع، حادثه روان‌خراش به عنوان یک رویداد خارج از حیطه حوادث معمولی زندگی است که نشانه‌های آسیب‌شناختی عمده‌ای در افراد مبتلا ایجاد می‌کند و ممکن است شامل تجربیاتی از صحنه‌های روان‌خراش جنگ، بمباران، مشاهده جراحت‌های شدید خود و یا مرگ خشونت‌آمیز یک شخص دیگر یا حتی تهدید به مرگ یا جراحت شدید یا تهدید نسبت به تمامیت جسمانی برای خود یا دیگران باشد. پاسخ‌های فرد نسبت به این تجارب آسیب‌زا ممکن است معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را بر اساس متن تجدیدنظر شده چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی (DSM-IV-TR)^۲ فراهم نماید. بر اساس معیارهای تشخیصی-DSM (IV-TR) اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) دارای سه گروه نشانه اصلی تجربه مجدد^۳ رویداد تکان‌دهنده (حداقل یک نشانه)، اجتناب پایدار^۴ (سه نشانه) و علائم بیش برانگیختگی^۵ پایدار (دو نشانه) است (نگاه کنید به هینتون، ریورا، هافمن، بارلو و اوتو، ۲۰۱۳). معمولاً فرد سانحه را در قالب نشخوارهای بسیار ممتد و غیرقابل کنترل، رویاها، کابوس‌های شبانه یا افکار معمول روزانه دائم تجربه و بازآفرینی می‌کند؛ از هر چیزی که ممکن است یادآور خاطره حادثه روان‌خراش باشد اجتناب نموده و دچار حالت گوش به زنگی مفرط نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی می‌شود. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که میزان شیوع PTSD در زنان و مردان متفاوت است به طوری که در زنان

و جامعه شده است. در تأیید این ادعا می‌توان گفت که هنوز با گذشت ۳۲ سال از شروع جنگ تحمیلی عراق علیه مردم مظلوم ایران اسلامی و ۲۴ سال از پایان آن، جانبازان اعصاب و روان از اختلال‌های گوناگون روانی هم‌وقوع با PTSD رنج می‌برند (احمدیان، نظری، حاتمی، حسن‌آبادی و میرزایی، ۱۳۹۱).

از سوی دیگر، توسعه و گسترش طرحواره‌های سازش نیافته از عوارض مهم PTSD است. بر همین اساس، در سال‌های اخیر مشکلات مربوط به طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در PTSD به حوزه پژوهشی مهمی تبدیل شده است (نگاه کنید به کوکرام، دوروموند و لی، ۲۰۱۰؛ بودوخا، پریگوسکی-لایونت و هاته کتب ۲۰۱۱؛ لیال استوارت، ۲۰۱۳). به اعتقاد بال و سسرو (۲۰۱۰) طرحواره‌های سازش نیافته اولیه بعد از شکل‌گیری مزمن و آسیب‌دیده خود مانند صفت (رگه شخصیتی) در همه زمان‌ها عمل می‌کنند و تعداد بیشتر طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در مبتلایان به PTSD در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی، ضرورت مطالعه ابعاد نظریه یانگ در این بیماران را مشخص می‌کند (کوکرام، دوروموند و لی، ۲۰۱۰).

یانگ (۱۹۹۴؛ به نقل از هریس و کورتین، ۲۰۰۲) طرحواره‌هایی را که زمینه‌ساز توسعه و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی هستند، طرحواره‌های سازش نیافته اولیه می‌نامد. طرحواره‌های سازش نیافته اولیه الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب‌رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم پیدا می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). یانگ (۱۹۹۴)، ۱۸ طرحواره سازش نیافته اولیه را در پنج گروه متمایز مطرح نمود. گروه اول طرحواره‌های مبتنی بر بریدگی/ طرد^۱ هستند که دربرگیرنده عدم ارضای نیازهایی نظیر امنیت و همدلی به صورت قابل پیش‌بینی است. زیرمجموعه‌های این طرحواره عبارتند از: محرومیت هیجانی^۲، رهاشدگی/ بی‌ثباتی^۳، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری^۴، انزوای اجتماعی/ بیگانگی^۵ و نقص/ شرم^۶. گروه دوم شامل طرحواره‌های مبتنی بر عملکرد و خودگردانی مختل^۷ هستند

و در خانواده‌هایی که اعتماد کودک را کاهش داده و استقلال وی را با شکست مواجه می‌سازند، پدید می‌آید. طرحواره‌های این گروه عبارت‌اند از: شکست^۸، وابستگی/ بی‌کفایتی^۹، آسیب‌پذیری نسبت به زیان یا بیماری^{۱۰} و خویشتن تحول نیافته/ گرفتار^{۱۱}. گروه سوم محدودیت‌های مختل^{۱۲} را که مبتنی بر نبود تعهد، فقدان هدف‌گزینی، عدم مسئولیت‌پذیری و عدم رعایت حقوق دیگران مورد بررسی قرار می‌دهد و شامل طرحواره‌های استحقاق/ بزرگ‌منشی^{۱۳} و خویشتن‌داری/ خود انضباطی ناکافی^{۱۴} است. گروه چهارم طرحواره‌های مبتنی بر دیگر جهت‌مندی^{۱۵} است و بر تمرکز افراطی بر نیازها، تمایلات و احساسات دیگران تأکید دارد. این طرحواره‌ها عبارتند از اطاعت^{۱۶}، خود قربانی‌سازی^{۱۷}، وابستگی هیجانی^{۱۸} و پذیرش‌جویی/ جلب توجه^{۱۹}. در نهایت، گروه پنجم گوش به زنگی بیش از حد و بازداری^{۲۰} است که شامل طرحواره‌های منفی‌گرایی/ بدبینی^{۲۱}، بازداری هیجانی^{۲۲} و معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی است (آرنتر و گیتا، ۲۰۱۲).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در پدیده‌های مختلف آسیب‌شناختی روانی مانند اعتیاد (خوش لهجه صدق و همکاران، ۱۳۹۱)، خیانت زناشویی (رفیعی، حاتمی و فروغی، ۱۳۹۰)، اختلال وسواسی/ اجبار (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۰)، اختلال‌های شخصیت، افسردگی و اضطراب نقش محوری دارند، (ماسون، پلتز و تایسون، ۲۰۰۵؛ پلتز، تایسون و ماسون، ۲۰۰۲). همچنین، در بررسی‌های محدود، نقش طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در شناخت ابعاد PTSD توسط کوکرام، دوروموند و لی (۲۰۱۰) بر روی کهنه سربازان مجروح استرالیایی و نیوزیلندی باقیمانده از جنگ جهانی دوم و بودوخا، پریگوسکی-لایونت و هاته کتب (۲۰۱۱) در جمعیت مبتلا به PTSD گارد مراقبت از زندانیان فرانسه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش کوکرام و دوروموند و لی (۲۰۱۰) نشان داد که طرحواره‌های سازش نیافته اولیه بازداری هیجانی، خود قربانی‌سازی،

استحقاق/خود بزرگ بینی، ضعف در کنترل خود^{۳۱} (خود کنترلی)، اطاعت، تنبیه، شکست، بد رفتاری/ بی اعتمادی، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم و محرومیت هیجانی از خصوصیات بارز بیماران مبتلا به PTSD بود. بودوخوا و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که به ترتیب طرحواره‌های سازش نیافته اولیه بد رفتاری/بی اعتمادی، وابستگی/بی کفایتی، ضعف در کنترل خود، استانداردهای غیرواقعی، آسیب پذیری نسبت به زیان یا بیماری، بازداری هیجانی، محرومیت هیجانی در گارد مراقبان از زندانیان مبتلا به PTSD با شدت بیشتری مشاهده می‌شود.

در مجموع، علائم بالینی PTSD معمولاً همراه با طیف وسیعی از تجارب و خاطرات هیجانی منفی مانند اندوه، خشم، احساس گناه، شرم و احساس عدم توانایی نسبت به کنترل هیجان‌های منفی مشخص می‌شود که با توجه به عمق آسیب‌های روان خراش ناشی از حوادث گذشته و رد پای آن در حافظه خاطرات شخصی^{۳۲} پرداختن به مطالعه مکانیسم‌ها، زیربنا و ترمیم طرحواره‌های هیجانی آسیب دیده بیمار PTSD احتمال بهبودی و کارایی و اثربخشی درمان این بیماران را ارتقا می‌بخشد (هینتون، ریورا، هافمن، بارلو و اوتو، ۲۰۱۳). در نهایت، با عنایت به نقش طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در توسعه آسیب‌های روانی، بررسی محدود این ساختارهای شناختی در افراد مبتلا به PTSD (به خصوص بر اساس حاد یا مزمن بودن اختلال)، ماهیت ناتوان کننده PTSD، وجود بیماران مبتلا به PTSD در جامعه ایران و لزوم موشکافی دقیق در زمینه نشانه شناسی، علت شناسی، پیش آگهی و انجام مداخلات بالینی PTSD، پژوهش حاضر به بررسی طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در بیماران مبتلا به PTSD، بیماران مبتلا به PTSD مزمن و افراد نظامی بهنجار پرداخته است.

روش

مطالعه حاضر به لحاظ هدف بنیادی، از منظر زمانی گذشته‌نگر و به لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به طرح های علی/مقایسه‌ای تعلق دارد. برای انتخاب

شرکت کننده‌ها از شیوه نمونه برداری دسترس، در بیمارستان روان پزشکی جانبازان صدر (ره) تهران استفاده شد. برای این منظور، ۳۰ نفر بیمار مبتلا به PTSD مزمن (ترومای جنگ)، ۳۰ نفر بیمار مبتلا به PTSD حاد (ترومای جنگ) و ۳۰ نفر از نظامیانی که تقریباً به لحاظ سنی، شرایط حضور در منطقه جنگی (عملیاتی) و یادر معرض سوانح روان خراش قرار گرفته، نزدیک به دو گروه بوده و دچار علائم یا سیمایه بالینی PTSD مزمن یا حاد نشده بودند، انتخاب شدند. در پژوهش حاضر ملاک‌های ورود برای گروه بیماران عبارت بودند از: ۱- ابتلا به سیمایه بالینی PTSD حاد یا مزمن در وضعیت کنونی؛ ۲- محدوده سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال ۳- دارا بودن سطح تحصیلات بالاتر از راهنمایی. علاوه بر این ملاک‌های خروج زیر نیز در نظر گرفته شدند: ۱- وجود بیماری‌های جسمی تداخل کننده با نشانه‌های PTSD بر اساس مرور پرونده پزشکی؛ ۲- دریافت روان‌درمانی ۶ ماه قبل از پژوهش ۳- سوء مصرف یا وابستگی به مواد. برای دستیابی به اهداف فوق، علاوه بر تشخیص روان پزشکی، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV (SCID)، توسط روان شناس بالینی بر روی بیماران اجرا شد. خصوصیات جمعیت شناختی و بیماری شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که در متغیرهای سن ($F(2, 87) = 1/09$; $P > 0/01$) و سطح تحصیلات ($F(2, 87) = 0/03$; $P > 0/01$) بین سه گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سه گروه در این متغیرها مورد هم‌تاسازی قرار گرفته‌اند. ولی در متغیرهای اضطراب ($F(2, 87) = 556/33$; $P < 0/001$) و افسردگی ($F(2, 87) = 322/24$; $P < 0/001$) بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. بر همین اساس در تحلیل‌های آماری دو متغیر اضطراب و افسردگی به عنوان متغیر کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

جدول ۱ - خصوصیات جمعیت شناختی و بیماری شناختی آزمودنی‌ها

گروه	تعداد	سن	سطح تحصیلات	طول مدت اختلال	اضطراب	افسردگی
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
PTSD-C	۳۰	۴۴/۶۳ (۳/۲۱)	۱۳/۴۳ (۱/۷۳)	۱۴/۶۷ (۲/۷۶)	۳۸/۳۷ (۴/۲۹)	۴۲/۹۷ (۴/۶۳)
PTSD-A	۳۰	۴۲/۹۷ (۵/۳۰)	۱۳/۵۳ (۱/۷۴)	--	۵۰/۶۰ (۵/۱۷)	۴۷/۳۰ (۴/۷۵)
NA	۳۰	۴۳/۲۷ (۵/۱۶)	۱۳/۴۷ (۱/۶۳)	--	۱۵/۶۳ (۲/۴۱)	۲۰/۴۷ (۳/۷۳)

PTSD-A = بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه حاد

PTSD-C = بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مزمن

NA = افراد نظامی هم‌طراز و بهنجار از نظر اختلال استرس پس از سانحه

بالاست. برای فهم آن تحصیلاتی در حدود ۸ کلاس لازم است و افراد مبتلا به اختلالات شدید شناختی یا دارای نشانه‌های شدید سایکوتیک را نمی‌توان با این مصاحبه ارزیابی کرد (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختار یافته، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیونو ویلیامز (ونتورا و همکاران، ۱۹۹۸) تهیه شده است. تران و هاگا (۲۰۰۲؛ به نقل ورنر، ۲۰۰۱) ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) به دست آمده نیز خوب بود. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که پایایی قابل قبول به دست آمده از نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان بالینی اطمینان دهد که آن را به کار بگیرند. در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) نیز روایی این ابزار به وسیله متخصصین روان‌شناسی بالینی بررسی و تأیید شد و با استفاده از روش باز آزمایی در فاصله یک هفته پایایی برابر ۰/۹۵ به دست آمد.

مصاحبه بالینی ساختار یافته DSM-IV (SCID)

برای نسخه متخصص بالینی^{۳۳}: این ابزار در سال ۱۹۸۳ برای تشخیص اختلالات DSM-III-R تدوین شد. این مصاحبه ویژگی‌های منحصر به فردی داشت که در ابزارهای قبل از آن وجود نداشت. این ابزار به سادگی در روان‌پزشکی استفاده می‌شود و شامل یک بخش مروری است که بیمار می‌تواند به وجود آمدن دوره فعلی بیماری خود را توصیف کند. علاوه بر این، SCID-CV شامل یک الگوی طراحی است که به پژوهشگر اجازه می‌دهد مجموعه‌ای از طبقات تشخیصی اساسی را که با مطالعه‌اش ارتباطی ندارد، کنار بگذارد. SCID-CV شامل ۶ الگوی تشخیصی اختلالات محور I و محور II است. اگرچه این الگوها پشت سر هم بررسی می‌شوند اما متخصص بالینی می‌تواند ترتیب دیگری به آن‌ها بدهد یا الگوی خاصی را حذف کند. این الگوهای تشخیصی عبارت از: الگوی A (دوره خلقی)، الگوی B (نشانه‌های سایکوتیک)، الگوی C (اختلالات سایکوتیک)، الگوی D (اختلالات خلقی)، الگوی E (اختلالات ناشی از مواد) و الگوی F (اختلالات اضطرابی). علاوه بر این، SCID-CV شامل الگوی تشخیصی اختلالات مزبور II نیز است. SCID-CV برای اجرا در مورد بیماران روان‌پزشکی یا بیماران مبتلا به بیماری‌های طبی کاربرد دارد. مناسب‌ترین سن برای اجرای آن ۱۸ سالگی به

سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II):

این سیاهه شکل بازنگری شده سیاهه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده و با ملاک‌های افسردگی DSM-IV انطباق دارد. این سیاهه ۲۱ گروه جمله است که هر گروه شامل ۴ گزینه است. نمره جملات بین صفر تا ۳ متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیشتر سازگار است. مجموع نمرات می‌تواند بین صفر تا ۶۳ تغییر می‌کند که امتیاز بالا نشانه شدت بیشتر افسردگی است. اعتبار باز آزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ و همسانی درونی آن نیز ۰/۹۱ است. مشخصات روان‌سنجی این ابزار در نمونه ایرانی نیز چنین گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۷ (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). در جامع‌ترین پژوهش مربوط به مختصات روان‌سنجی سیاهه افسردگی بک (BDI-II) در نمونه بالینی ۳۵۳ نفری مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در ایران دابسون و محمدخانی (۲۰۰۷) ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ آیتم را ۰/۹۱۳ به دست آوردند. ضریب همبستگی هر آیتم با کل پرسشنامه نیز از ۰/۴۵۴ تا ۰/۶۸۱ گزارش شد و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بالای ۰/۹ به دست آمد. این پژوهشگران در بررسی روایی عاملی سیاهه افسردگی بک (BDI-II) (اسه عامل جسمانی-حیاتی، شناختی-روانشناختی و بدبینی-احساس بی‌ارزشی را گزارش کردند و به منظور بررسی روایی سازه بر پایه روش محاسبه روایی همگرا به محاسبه ضریب همبستگی نمرات حاصل از BDI-II و مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر پرداختند که نشان‌دهنده همبستگی بالا بود ($a = 0.873$). به طور کلی نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسب برخوردار است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی اعتماد کرد (دابسون و محمدخانی، ۲۰۰۷). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

سیاهه اضطراب بک (BAI): آرون بک و همکاران (۱۹۹۰) سیاهه اضطراب بک (BAI) را معرفی کردند که به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد (بک و همکاران، ۱۹۹۸). ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (اپ، دابسون و پوش، ۲۰۱۳). این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال، در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسشنامه عدد ۱۳ است. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

فرم بلند پرسشنامه طرحواره یانگ: پرسشنامه طرحواره یانگ شکل بلند ۲۳۲ سؤالی اولین بار به وسیله یانگ و براون (۱۹۹۰) جهت ارزیابی طرحواره‌های سازش نایافته اولیه طراحی شد، و در سال ۱۹۹۴ مورد بازنگری قرار گرفت (یانگ و وینبرگر، ۲۰۰۱). این پرسشنامه بر روی نمونه ۵۱۳ نفری از دانشجویان، هنجاریابی شد که آلفای کرونباخ در ۱۸ مقیاس مطلوب و بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ به دست آمده است (فتی و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج آزمون، آزمون مجدد بافاصله ۱۵ روز در مورد ۱۸ طرحواره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. این پرسشنامه از اعتبار صوری و قضاوتی مطلوبی برخوردار است. پژوهش‌های متعددی نیز کار آیی آن‌ها در تفکیک بیماران بر مبنای طرحواره‌های سازش نایافته اولیه نشان داده‌اند (ساریاهو، ساریاهو، کاریلا، جوکما،

زنگ بودن و یک آیتم جدید افکار ناخواسته که تجربه مجدد شبه گسستگی در زمان وقوع واپس رانی واقعی را شامل می‌شود. آزمودنی‌ها می‌بایست هر آیتم را در مقیاس ۰ (هرگز)؛ ۱ (به ندرت)؛ ۲ (گاهی)؛ ۳ (اغلب) و ۴ (به شدت)؛ در هفت روز گذشته علامت گذاری نمایند (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۳). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

با مد نظر قرار دادن نقش معنادار سازه‌های اضطراب و افسردگی در اختلال استرس پس از سانحه و خنثی نمودن نقش آن‌ها، برای مقایسه سه گروه آزمودنی در طرحواره‌های سازش نیافته اولیه از تحلیل کواریانس چند متغیری واریانس (با توجه به فاصله‌ای بودن سطح اندازه‌گیری متغیرهای وابسته) استفاده شد. نتیجه آزمون M باکس ($F(342, 18720/82) = 1/15; P > 0/01$) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده نمود. در جدول شماره ۲ نتایج آزمون‌های اثر پیلایی^{۳۴}، لامبدای ویلکز^{۳۵}، اثر هتلینگ^{۳۶} و بزرگ‌ترین ریشه روی^{۳۷} مشاهده می‌شود. همان‌طور که از داده‌های جدول ۲ استنباط می‌شود حداقل بین دو گروه در یکی از طرح‌واره‌های سازش نیافته اولیه تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این تفاوت‌ها مشخص نمی‌کند که کدام گروه‌ها در کدام ابعاد با همدیگر تفاوت دارند. تفاوت‌های مذکور از

۲۰۰۹؛ کوکرام، دوروموند و لی، ۲۰۱۰). در مطالعه حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های وابستگی/ بی‌کفایتی (۰/۹۵)، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری (۰/۹۴)، خویشتن تحول نیافته/ گرفتار (۰/۹۷)، شکست (۰/۹۵)، استحقاق/ بزرگ‌منشی (۰/۹۲)، خویشتن‌داری/ خود انضباطی ناکافی (۰/۹۷)، رهاشدگی/ بی‌ثباتی (۰/۹۴)، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری (۰/۹۷)، وابستگی هیجانی (۰/۹۶)، نقص/ شرم (۰/۹۶)، انزوای اجتماعی/ بیگانگی (۰/۹۴)، اطاعت (۰/۹۶)، خود قربانی‌سازی (۰/۸۶)، پذیرش‌جویی/ جلب توجه (۰/۹۵)، منفی‌گرایی/ بدبینی (۰/۹۷)، بازداری هیجانی (۰/۹۶)، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی (۰/۹۶)، تنبیه (۰/۹۶) و کل مقیاس (۰/۹۹) به دست آمد.

مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد: به وسیله دانیل وایسز و چارلز مارمر در سال ۱۹۹۷ و هماهنگ با ملاکهای DSM-IV برای تشخیص PTSD تدوین شد. آزمون IES اصلی تنها دو ملاک از چهار ملاک لازم برای تشخیص PTSD در DSM-IV را شامل می‌شد (افکار ناخواسته و اجتناب). IES-R به منظور پوشش علائم بیش‌انگیختگی؛ که چهارمین ملاک PTSD می‌باشد تدوین شده است. این آزمون شامل ۲۲ آیتم است که ۷ آیتم آن به IES اصلی اضافه شده است. از این ۷ آیتم؛ ۶ مورد آن علائم بیش‌انگیختگی را می‌پوشانند؛ از جمله: خشم و تحریک‌پذیری؛ پاسخ شدید به محرک‌های غیرمنتظره؛ مشکل در تمرکز؛ گوش به

جدول ۲ - نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه کلی گروه‌ها در طرحواره‌های سازش نیافته اولیه

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	Df خطا	F
اثر پیلایی	۱/۸۲	۳۶	۱۳۸	***۳۸/۱۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۰۲	۳۶	۱۳۶	***۷۶/۴۷
اثر هتلینگ	۸۰/۴۷	۳۶	۱۳۴	***۱۴۹/۷۷
بزرگ‌تری ریشه روی	۷۵/۵۸	۱۸	۶۹	***۲۸۹/۷۳

*** = $p < 0/001$

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یک راهه و آزمون های تعقیبی بون فرنی برای مقایسه گروه‌ها در طر حواره‌های سازش نیافته اولیه

نتایج آزمون تعقیبی بون فرنی	مجذور اتا (η²)	F df = (۲, ۶۳)	Mean (SD)	گروه	طر حواره‌های سازش نیافته اولیه
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۸۹	***۳۸۵/۵۴	(۴/۷۷) ۶۲/۲۷ (۵/۵۹) ۴۹/۷۷ (۴/۶۶) ۲۷/۱۷	PTSD-C PTSD-A NA	وابستگی / بی کفایتی
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۸۷	***۳۱۹/۶۵	(۷/۱۰) ۴۹/۳۷ (۴/۵۹) ۵۲/۸۳ (۴/۷۹) ۱۹/۵۳	PTSD-C PTSD-A NA	آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۹۲	***۵۳۱/۸۳	(۳/۸۵) ۴۷/۴۷ (۴/۶۶) ۴۲/۷۰ (۳/۵۰) ۱۵/۹۷	PTSD-C PTSD-A NA	خویشتن تحول نیافته / گرفتار
PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۸۶	***۲۷۸۶۷	(۳/۳۴) ۳۸/۴۳ (۳/۰۸) ۳۷/۱۷ (۵/۴۵) ۱۶/۲۰	PTSD-C PTSD-A NA	شکست
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۶۸	***۹۴/۹۱	(۴/۵۱) ۲۹/۶۰ (۵/۷۴) ۳۴/۰۰ (۳/۷۶) ۱۷/۷۰	PTSD-C PTSD-A NA	استحقاق / بزرگ منشی
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۸۷	***۳۱۱/۶۷	(۶/۲۵) ۵۲/۶۳ (۷/۰۳) ۵۸/۹۰ (۴/۴۷) ۲۲/۶۳	PTSD-C PTSD-A NA	خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۶۴	***۷۵/۸۲	(۱۰/۰۷) ۵۵/۹۳ (۸/۳۶) ۵۰/۸۷ (۷/۸۵) ۲۹/۵۳	PTSD-C PTSD-A NA	رهاشدگی / بی ثباتی
PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۹۱	***۴۶۹/۵۸	(۴/۷۹) ۶۹/۹۷ (۷/۸۲) ۶۵/۵۳ (۴/۶۳) ۲۶/۷۲	PTSD-C PTSD-A NA	بی اعتمادی / بدرفتاری
PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۹۲	***۵۰۰/۰۰	(۳/۲۸) ۴۱/۳۰ (۴/۴۴) ۴۰/۱۰ (۳/۳۱) ۱۴/۴۳	PTSD-C PTSD-A NA	وابستگی هیجانی
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۸۷	***۲۵۵/۵۰	(۵/۳۵) ۴۷/۵۰ (۶/۳۱) ۶۲/۲۳ (۶/۸۸) ۲۶/۱۷	PTSD-C PTSD-A NA	نقص / شرم
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۸۴	***۲۳۷/۹۲	(۳/۹۹) ۴۱/۴۷ (۵/۲۶) ۳۶/۹۰ (۳/۷۵) ۱۸/۱۷	PTSD-C PTSD-A NA	انزوای اجتماعی / بیگانگی
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۹۴	***۶۲۸/۵۷	(۲/۵۴) ۴۲/۴۳ (۳/۹۳) ۴۱/۹۳ (۳/۱۶) ۱۶/۳۰	PTSD-C PTSD-A NA	اطاعت
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۵۴	***۵۵/۶۹	(۹/۹۲) ۶۲/۴۰ (۱۰/۰۸) ۵۳/۲۰ (۱۱/۴۷) ۳۴/۳۰	PTSD-C PTSD-A NA	خود قربانی سازی
PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۸۳	***۲۱۵/۴۱	(۷/۱۱) ۵۳/۷۷ (۶/۵۸) ۵۲/۴۳ (۴/۸۹) ۲۴/۰۳	PTSD-C PTSD-A NA	پذیرش جویی / جلب توجه

PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۹۰	***۴۰۷/۰۱	(۳/۷۲) ۴۷/۹۷ (۳/۸۲) ۴۷/۵۸ (۵/۳۵) ۱۹/۹۳	PTSD-C PTSD-A NA	منفی گرایبی / بدبینی
PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۹۰	***۳۷۵/۰۶	(۲/۳۱) ۳۸/۵۳ (۴/۴۷) ۳۹/۱۳ (۴/۱۳) ۱۵/۵۹	PTSD-C PTSD-A NA	بازداری هیجانی
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۸۸	***۳۱۶/۲۸	(۴/۲۹) ۶۶/۸۷ (۷/۵۱) ۶۲/۱۰ (۶/۱۲) ۳۰/۳۳	PTSD-C PTSD-A NA	معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی
PTSD-C > PTSD-A PTSD-C > NA PTSD-A > NA	۰/۹۲	***۵۱۰/۹۰	(۳/۳۶) ۵۶/۸۳ (۴/۱۷) ۶۱/۱۰ (۵/۴۴) ۲۷/۶۷	PTSD-C PTSD-A NA	تنبیه

***= $P < 0.001$ **= $P < 0.01$ ***= $P < 0.05$

PTSD-A = بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه حاد

PTSD-C = بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مزمن

NA = افراد نظامی هم‌تراز و بهنجار از نظر اختلال استرس پس از سانحه

است که در تقریباً شرایط عملیاتی و نظامی مانند نمونه بالینی قرار داشته و PTSD نشده‌اند. در نهایت، در طرحواره‌های سازش نایافته اولیه استحقاق/ بزرگ‌منشی، خویش‌داری/ خود انضباطی ناکافی، نقص/ شرم و تنبیه میانگین نمرات جانبازان مبتلا به PTSD حاد بیشتر از جانبازان مبتلا به PTSD مزمن است و هر دو گروه نمرات بیشتری در مقایسه با افراد نظامی بهنجار که در شرایط تقریباً مشابه نظامی حاضر و دچار علائم PTSD نبودند کسب نموده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال PTSD یکی از ناتوان‌کننده‌ترین و پیچیده‌ترین اختلال‌های اضطرابی است. این اختلال حاصل دردناک‌ترین سوانح و حوادثی است که به صورت پیچیده بر افراد وارد می‌شود. در رد پای اکثر این حوادث روان‌خراش می‌توان نوعی غافلگیری و شتاب در تحمیل ضربه ناشی از سانحه را ملاحظه نمود. لازم به ذکر است که کار پژوهشی بر روی PTSD و طرحواره‌های سازش نایافته اولیه کمتر انجام شده است و البته مقایسه بین ابعاد افتراقی این صفت در PTSD مزمن و حاد اصلاً صورت نگرفته است. بنابراین، تفسیر داده‌های این مطالعه نگاه دقیقی را

طریق تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون‌های تعقیبی بون‌فرنی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن‌ها در جدول ۳ درج شده است.

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهند که در تمام طرحواره‌های سازش نایافته اولیه بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. بررسی عمیق این تفاوت‌ها با آزمون تعقیبی بون‌فرنی نشان داد که در طرحواره‌های سازش نایافته اولیه وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خویش‌داری/ تحول نایافته/ گرفتار، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، اطاعت، خود قربانی‌سازی و معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی هر دو گروه جانبازان مبتلا به PTSD حاد و مزمن در مقایسه با افراد نظامی بهنجار نمرات بیشتری کسب نموده‌اند و نمرات جانبازان مبتلا به PTSD مزمن در طرحواره‌های مذکور بیشتر از جانبازان مبتلا به PTSD حاد است. در طرحواره‌های سازش نایافته اولیه شکست، وابستگی هیجانی، پذیرش‌جویی/ جلب توجه، منفی‌گرایی/ بدبینی و بازداری هیجانی بین دو گروه جانبازان مبتلا به اختلال پس از سانحه حاد و مزمن تفاوت معنادار وجود ندارد، درحالی‌که میانگین نمرات هر دو گروه بیشتر از افراد بهنجاری

همه بار فشار و بلا نبوده است، مشاهده نمود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ آرنتز و گیتا، ۲۰۱۲). تمام این نشانه‌ها در PTSD حاد وجود دارند. بنابراین، تفاوت موجود در شدت طرحواره‌های سازش نیافته اولیه بین بیماران مبتلا به PTSD حاد و مزمن منطقی به نظر می‌رسد.

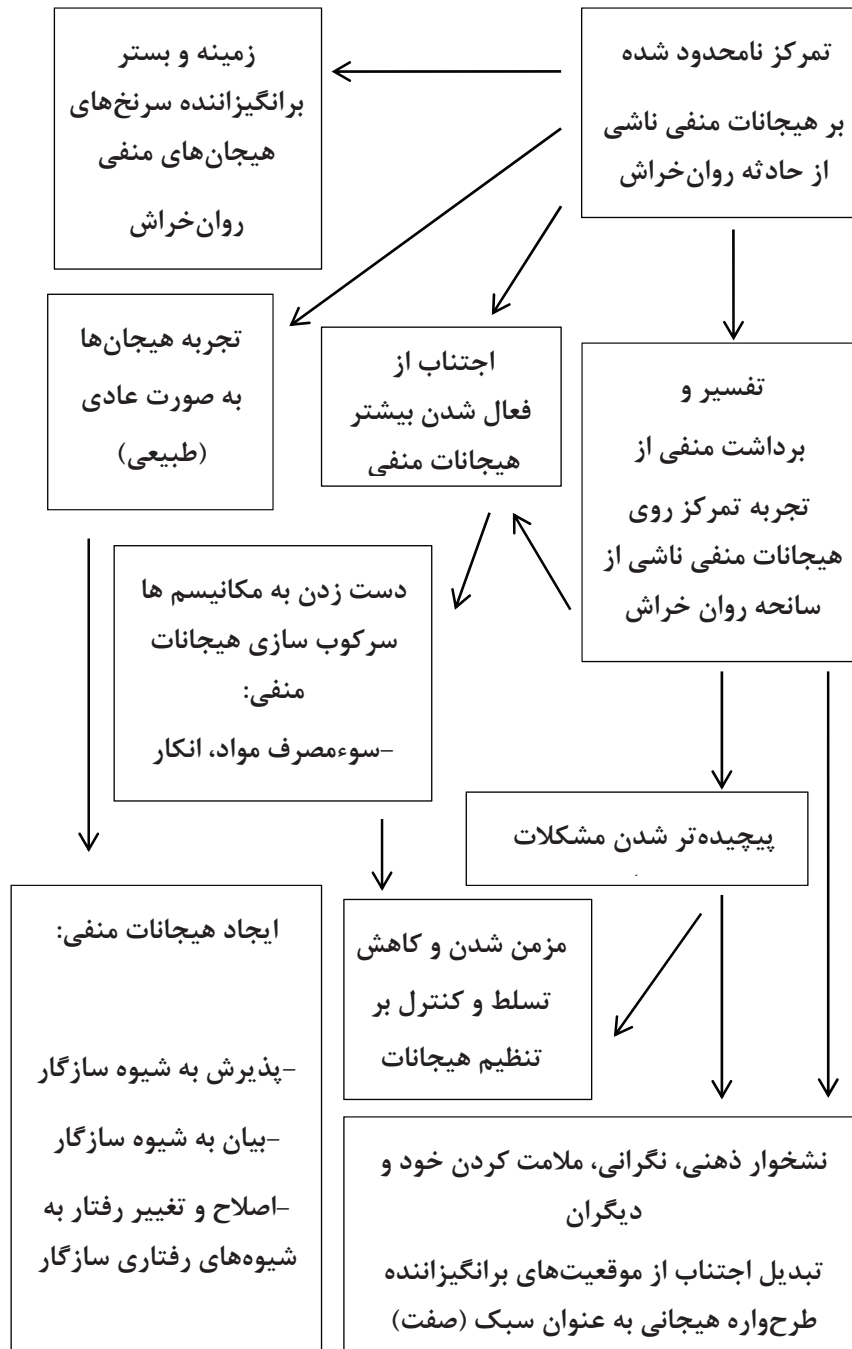
در چارچوب یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که طرحواره‌های سازش نیافته اولیه از تعامل متقابل حالت‌های درونی و محیط سرچشمه می‌گیرند و به صورت مشخص محیط اولیه نقش اساسی در گسترش طرحواره‌های سازش نیافته اولیه دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). در این راستا، لدو و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که طرحواره‌های مبتنی بر حوادث آسیب‌زا مانند رهاشدگی و بدرفتاری، برانگیخته می‌شوند و در تحلیل بیولوژی حوادث آسیب‌زا می‌نویسد: در حین بروز یک حادثه آسیب‌زا خاطره هشیار توسط سیستمی ذخیره می‌شوند که با هیپوکامپ و نواحی قشر مغز مرتبط است و خاطرات ناهشیار توسط سازوکارهای شرطی شدن ترس شکل می‌گیرند که این سازوکارها از طریق سیستم آمیگدال عمل می‌کند. این دو سیستم به طور مؤثری فعال می‌شوند و درباره تجربه آسیب‌زا، اطلاعات متفاوتی را ذخیره می‌کنند. هر یک از این دو سیستم می‌توانند به محض رو به رو شدن با محرک‌هایی که در طور حادثه آسیب‌زا وجود داشته است، خاطرات خود را ارزیابی کند. نتایج ارزیابی سیستم آمیگدال به صورت آمادگی پاسخ‌های بدنی را مقابل خطر ظاهر می‌شوند و سیستم هیپوکامپ نیز خاطرات را به صورت هشیارانه به یاد می‌آورد. آمیگدال، خاطرات هیجانی را ذخیره می‌کند، درحالی‌که هیپوکامپ و قشر عالی مغز، خاطرات شناختی را نگهداری می‌کند. پاسخ‌های هیجانی می‌تواند بدون فعال شدن سیستم‌های پردازش قشر عالی مغز که درگیر تفکر، استدلال و هشیارایی هستند، اتفاق بیفتد (آرنتز و گیتا، ۲۰۱۲). علاوه بر این، با توجه به ارتباط بد کارکردی نظم‌جویی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی و هم پوشی بالا بین

لازم دارد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که در تمام طرحواره‌های سازش نیافته اولیه بین سه گروه تفاوت معنادار وجود داشت و شدت طرحواره‌های سازش نیافته اولیه در هر دو گروه جانبازان مبتلا به PTSD حاد و مزمن بیشتر از افراد نظامی بهنجار بود. این نتایج بیانگر این نکته است که سوانح روان‌خراش به طور معناداری متناسب با ویژگی‌های تازگی یا ازمان خود طرحواره‌ها را دستخوش تغییر خود قرار می‌دهند. همچنین ویژگی‌های زندگی و تعمق که خاص طرحواره‌هاست با مزمن شدن PTSD طرحواره‌های مذکور با شدت بیشتری تحکیم می‌یابند. این تبیین در راستای یافته‌های پژوهش حاضر، با منطق نظری یانگ و همکاران (۲۰۰۳) همخوان است که طرحواره با ازمان اختلال پیچیده‌تر می‌شوند (آرنتز و گیتا، ۲۰۱۲).

افزون بر موارد فوق، در طرحواره‌های سازش نیافته اولیه شکست، وابستگی هیجانی، پذیرش‌جویی/ جلب توجه، منفی‌گرایی/ بدبینی و بازداری هیجانی بین دو گروه بیماران مبتلا به PTSD حاد و مزمن تفاوت معنادار وجود نداشت. این یافته‌ها مرتبط با ماهیت خاص این طرحواره‌هاست که با ضربه اولیه واکنش بالایی نشان داده و به طور مادام‌العمر در نقطه داغ خود تثبیت شده و فروکش نکنند. علاوه بر این، در طرحواره‌های سازش نیافته اولیه استحقاق/ بزرگ‌منشی، خویش‌داری/ خود انضباطی ناکافی، نقص/ شرم و تنبیه میانگین نمرات بیماران مبتلا به PTSD حاد بیشتر از بیماران مبتلا به PTSD مزمن بود. این طرحواره‌ها مربوط به حوزه خود کنترلی مختل ناشی از ضربه اولیه‌ای است که به خود شخص وارد می‌شود و به نوعی گنجی اولیه، فقدان شناخت و سطح هشیارایی^{۳۸}، انجماد یا بُهت روانی/ حرکتی و احساس از هم پاشیدگی «خود» در مواجهه با ضربه دردناک روانی اولیه می‌انجامد. نشانه‌های این آسیب‌ها را می‌توان در عدم کنترل رفتار، پرخاشگری، گریستن، بی‌قراری روانی/ حرکتی، احساس انتقام پس دادن (تنبیه شدن) و اینکه استحقاق وی تحمیل این

در نهایت، با توجه به اینکه یکی از عوامل اصلی تداوم اختلالات اضطرابی (به خصوص PTSD) اجتناب از موقعیت تنش‌زا یا تداعی‌گر تروما است با کار کردن روی این طرحواره‌ها می‌توان چرخه معیوب و منفی تداوم بخش این اختلال در وضعیت‌های مزمن را کنترل کرد و از آنجایی که اختلال استرس پس از

مدل طرحواره‌های هیجانی و نظم‌جویی هیجانی و این واقعیت که طرحواره‌های هیجانی بد کارکرد باعث اختلالات هیجانی می‌شود (لیهی، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد که در PTSD هم این اتفاق رخ می‌دهد. این مفروضه را لیهی (۲۰۱۱) در قالب یک شکل ترسیم نموده است (شکل ۱).



شکل ۱- برانگیزان‌های حوادث روان‌خراش بر طرحواره‌های سازش نایافته اولیه (لیهی، ۲۰۱۱)

- 13-Defectiveness / shame
- 14-Impaired autonomy & performance
- 15-Failure
- 16-Dependence / incompetence
- 17-Vulnerability to harm ad illness
- 18-Enmeshment / undeveloped self
- 19-Impaired limits
- 20-Entitlement / grandiosity
- 21-Insufficient self-control / self-discipline
- 22-Other-directedness
- 23-Subjugation
- 24-Self-sacrifice
- 25-Emotional dependency
- 26-Approval seeking / recognition seeking
- 27-Overvigilance & inhibition
- 28-Negativity / pessimism
- 29-Emotional inhibition
- 30-Unrelenting standards / hyper criticalness
- 31-Insufficient self-control
- 32-Autobiographical memory
- 33-SCID-Clinician version (SCID-CV)
- 34-Pillai's Trace
- 35-Wilks' Lambda
- 36-Hotelling's Trace
- 37-Roy's Largest Root
- 38-lack of cognitive & level of consciousness

سانحه معمولاً با طیف وسیعی از هیجانات منفی دیگر مثل اندوه، خشم، گناه و شرم مشخص می‌شود؛ واضح است که پرداختن و تمرکز تشخیص بالینی بر انواع طرحواره‌های سازش نیافته و طراحی چارچوب‌های درمانی متناسب با این طرحواره‌های آسیب‌دیده قبل میزان کارایی بالینی و حفظ دستاوردهای درمانی برای این بیماران را ارتقا می‌بخشد (آرنز، تیسما، کینت، ۲۰۰۷؛ هاگمن، ۲۰۱۱؛ لانگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ آرنز و گیتا، ۲۰۱۲). بنابراین یافته‌های مطالعه حاضر واجد تلویحات کاربردی فراوانی در حوزه‌های تشخیص، درمان و کنترل از عوارض PTSD است. در خاتمه لازم به ذکر است که همانند سایر پژوهش‌ها، مطالعه حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی نظیر عدم بررسی زنان مبتلا به PTSD و عدم مقایسه بیماران مبتلا به PTSD با سایر گروه‌های تشخیصی بود. در مطالعات بعدی تمرکز بر ارتباط طرحواره‌های سازش نیافته اولیه با ابعاد شخصیت، سایر مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و نشانه‌های بالینی در بیماران مبتلا به PTSD می‌تواند به نتایج جالبی منتهی شود.

منابع

- ۱- احمدیان، علیرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر الحاق شیوه آموزشی تمثیلی / استعاره‌ای در بیماران دچار افسرده‌خویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی.
- ۲- احمدیان، علیرضا؛ نظری، علی‌محمد؛ حاتمی، محمد؛ حسن‌آبادی، حمیدرضا و میرزایی، جعفر. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی تمثیلی بر افسرده‌خویی جانبازان دچار استرس پس از سانحه جنگی مزمن، فصلنامه روانشناسی نظامی، سال سوم، شماره یازدهم؛ ۲۱-۴۰.
- ۳- اسماعیلی، علی؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد و فرخی نورعلی. (۱۳۹۰). طرحواره‌های ناسازگار اولیه (EMSS) فعال در بیماران اختلال وسواس / اجبار (OCD). مطالعات روانشناسی بالینی، ۱ (۲)، ۲۵-۴۳.
- ۴- بختیاری، مریم. (۱۳۷۹). بررسی اختلالات روانی در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روان‌پزشکی تهران).
- ۵- خوش لهجه صدق، انیسی؛ ابوالمعالی الحسینی، خدیجه؛ خوش لهجه، زهرا؛ علیزاده فرشلاف، حسن و همکاران. (۱۳۹۱). مقایسه طرحواره‌های ناسازگارانه افراد معتاد موفق و ناموفق به ترک و جمعیت غیربالینی. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۷ (۲۳)، ۴۹-۶۰.
- ۶- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری صمیمانه گروه محترم روان‌شناسی و جناب آقای دکتر سیروس عبدوستی ریاست محترم بیمارستان روان‌پزشکی جانبازان صدر (ره) بنیاد شهید تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

پی‌نوشت‌ها

- 1-Actual or threatened death
- 2-Serious injury
- 3-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV- TR (DSM-IV-TR)
- 4-Reexperience
- 5-Permanent avoidance
- 6-Hyper arousal
- 7-Acute stress disorder
- 8-Disconnection & rejection
- 9-Emotional deprivation
- 10-Abandonment / instability
- 11-Mistrust / abuse
- 12-Social isolation / alienation

- revolution in mental health care. In: *The Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press. 130-135.
- 19-Epp, A. M., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2013). *Psychopathology: Diagnosis, Assessment, and Classification*. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (2nd Ed.). Oxford: Elsevier. 173-181.
- 20-Fata, L., Birashk, B., Atef-vahid, M. K., & Dobson, K. (2005). Semiotic Structures of schemas: anxiety modes & cognitive processing of anxiety information; A comparison between two conceptual frameworks. *Journal of Thought & Behavior*, 11, 18-30.
- 21-Hackmann, A. (2011). Imagery rescripting in posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 434-438.
- 22-Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental Perception, Early Maladaptive Schemas & Depressive Symptoms in Young Adult. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- 23-Hinton, D. E., Rivera, E., Hofmann, S. G., Barlow, D. H., & Otto, M. W. (2013). *Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: Examples from Culturally Adapted CBT (CA-CBT)*. New York: Guilford Press. 161-165.
- 24-Leahy, R. L. (2004). *Contemporary cognitive therapy Theory, research, and practice*. New York: the Guilford Press. 118-122.
- 25-Leahy, R. L. (2011). *Emotional Schema Therapy: A Bridge over Troubled Waters., Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy*. New York: the Guilford Press. 105-108.
- 26-Ledoux, T., Winterowd, C., Richardson, T., & Dorton, J. (2010). Appearance schema group differences in negative self-schemas and attachment styles in college women. *Body Image: Journal of an International Journal of Research*, 7, 213-217.
- 27-Long, M. E., Hammons, M. E., Davis, J. L., Frueh, B. C., Khan, M. M., Elhai, J. D., & Teng, E. J. (2011). Imagery rescripting and exposure group treatment of posttraumatic nightmares in veterans with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 531-534.
- 28-Lyal Stuart, Gregory. (2013). Differences in early maladaptive schemas in a sample of alcohol & opioid-dependent women: Do schemas vary across disorders?. *Journal of Addiction Research & Theory*, 21, 134-139.
- 29-Mans, G. B., Breat, C., & Vlierberqne, L. V. (2010). Attachment & symptoms of psychopathology: early maladaptive schema as a cognitive link. *Journal of clinical psychology and psychotherapy*, 17, 314-317.
- 30-Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005). Early amینی، همایون؛ کلابانی، حسین و همکاران. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای SCID بر اساس DSM-IV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال هشتم، شماره اول و دوم؛ ۱۰-۲۲.
- ۷- رفیعی، سحر؛ حاتمی، ابوالفضل و فروغی، علی اکبر. (۱۳۹۰). رابطه بین طرحواره های ناسازگارانه اولیه و سبک دل بستگی در زنان دارای خیانت زناشویی. جامعه شناسی زنان (زن و جامعه)، ۲ (۵)، ۲۱-۳۶.
- ۸- مجیدی، عفت. (۱۳۸۵). بررسی فراوانی اختلالات روانی هم بود با PTSD. پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- ۹- میرزایی، جعفر؛ کرمی، غلامرضا؛ عاملی، جواد و همتی، محمدعلی. (۱۳۸۳) مقایسه تشخیص‌های بالینی بیماران بستری و سرپایی مبتلا به PTSD ناشی از جنگ. فصلنامه طب نظامی، سال ششم، شماره سوم؛ ۲۰۱-۲۰۹.
- 10-Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behaviour Therapy an Experimental Psychiatry*, 38, 345-370.
- 11- Beck, A. T., Epstein N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- 12- Beck, A.T., Emery, G., and Greenberg, R.L. (2005). *Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books,
- 13- Blackburn, I. M., & Peck D. F. (1995). *Behavioral and Cognitive therapies. Companion to psychiatric studies*. Churchill Livingstone UK. 128-130.
- 14-Boudoukha, A. H., Przygodzki-Lionet, N., & Hautekeeteb, M. (2011). Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *Journal of European Review of Applied Psychology*, 35, 1-7.
- 15-Cockram, M., Drummond, D., & Lee, W. (2010). Role and Treatment of Early Maladaptive Schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 172-182.
- 16- Dobson, K. S., & Mohammadkhani, P. (2007). Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation*, 29, 82-89.
- 17-Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A clinical review of the construct specificity and implication for trauma- focused treatment. *Journal of Clinical Psychology Review*, 31, 25-36.
- 18-Ennett-Levy, J., Richards, D., & Farrand, P. (2010). Low intensity CBT interventions: A

- Training and quality assurance with the structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Journal of Psychiatric Research*, 79, 163-173.
- 39-Wang, L., Zhang, J., Shi, Z., Zhou, M., Huang, D., & Liu, P., (2011). Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms assessed by the Impact of Event Scale-Revised in Chinese earthquake victims: examining factor structure and its stability across sex. *Journal of Anxiety Disorders* 25, 369–375.
- 40-Weiss D. S, Marmar C. R. (1997). Impact of event scale–revised. *The Impact of Event Scale-Revised. Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford press. 399–411.
- 41-Werner, P. D. (2001). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinician Version. The fourteenth mental measurements yearbook. Lincoln: NE: Buros institute of Mental Measurement.170-178.
- 42-Williams, J. M., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., & Watkins, E., (2007). Autobiographical Memory Specificity and emotional disorder. *Journal of Psychological Bulletin*, 133, 132-138.
- 43-Young, J. E., Klasko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner’s guide. New York: Guilford press.178-199.
- 44-Young, j. E., weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy for depression. *clinical handbook of psychological disorders*. NewYork: Guilford press. 802-820.
- 45-Arntz, A., Gitta, J. (2012). Schema Therapy in Practice: An Introductory Guide to the Schema Mode Approach. New York: John Wiley & Sons press. 101-113.
- maladaptive schemas and adult attachment In a UK clinical Population. *Journal of Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 549-552.
- 31-McCurry, S. M., & Hayes, S. C. (1992). Clinical and experimental perspectives on metaphorical talk. *Journal of Clinical Psychology Review*, 12, 778-781.
- 32-Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked?. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 342-348.
- 33-Rotter, J. B. (1978). Generalize expectancies for problem-solving & psychotherapy. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 2, 1-10.
- 34-Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2009). The psychometric properties of the Finnish young schema questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 168–173.
- 35-Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2009). Kaplan & Sadock’s *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Edition. Lippincott Williams & Wilkins.250-261.
- 36-Salemink, E., Hertel, P., & Mackintosh, B. (2010). Interpretation training influences memory for prior interpretations. *Journal of Emotion*, 10, 903–907.
- 37-Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 31, 339-345.
- 38-Ventura, J., Liberman, R. P., & Green, M. F. (1998).