

اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم تجربه مجدد ضربه در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^۱

علی موسوی اصل^۲، احمد برجعلی^۳، فرامرز سهرابی^۴، نورعلی فرخی^۵

تاریخ وصول: ۹۲/۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

چکیده

هدف: علیرغم وجود روش های متنوع روان شناختی برای درمان علائم اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)، فراتحلیل ها نشان می دهند که هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به این اختلال، به درمان های مذکور پاسخ نمی دهند و یا بهبودی نسبتا کمی را نشان می دهند. بنابراین، پژوهش حاضر به منظور پاسخ به این سؤال که "آیا طرح واره درمانی بر کاهش علائم تجربه مجدد هیجانی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس ضربه تاثیر دارد؟" پایه ریزی و اجرا شده، تا از این طریق اثربخشی این شیوه درمانی نوپا، برای درمان علائم اختلالی که مزمن و مقاوم به درمان های روان شناختی گذشته است، ارزیابی شود.

روش: روش تحقیق، طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چند گانه، ابزار پژوهش، پرسشنامه فرم کوتاه طرح واره یانگ، پرسشنامه جبران یانگ، پرسشنامه اجتناب یانگ-رای، پرسشنامه بالینی چند

^۱. این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبائی می باشد.

^۲. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) Mosaviali86@yahoo.com

Borjali@atu.ac.ir

^۳. دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

Asmar567@yahoo.com

^۴. دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی

farrokhinoorali@yahoo.com

^۵. استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

محوری میلون، مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه، جامعه آماری، جانبازان مزن PTSD، روش نمونه‌گیری، نمونه در دسترس هدفمند، حجم نمونه (N=۳)، مداخلات درمانی: ۲۱ جلسه درمان برای هر آزمودنی و دوره پیگیری دو ماهه. ابزارهای آماری: میانگین، تغییر ضریب پایا، خطای استاندارد تفاوت و درصد بهبود بالینی.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی در رسیدن به آماج درمانی موفق، و انجام آن کاهش علائم تجربه مجدد 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.

نتیجه‌گیری: نظر به این که علائم تجربه مجدد در PTSD بسیار پایدار بوده و متغیرهای شخصی در ایجاد و 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 تحولی اختلال و بازسازی طرح‌واره‌های ناسازگار، قادر به درمان پایدار علائم تجربه مجدد بوده است.

واژگان کلیدی: طرح‌واره درمانی، تجربه مجدد، PTSD، جانباز، اثربخشی.

مقدمه

بحران‌های محیطی ناگهانی و غیرمنتظره، می‌توانند نشانه روان‌شناختی و جسمانی شدیدی را ایجاد کنند. این نشانه‌های شدید که اغلب با عنوان اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^۱ از آن یاد می‌شود (باچر و همکاران^۲، ۲۰۰۷؛ نقل از سید محمدی)، به این صورت تعریف می‌گردند: پاسخ شدید در برابر یک عامل تنش‌زای شدید که به صورت اضطراب بالا، اجتناب از محرک‌های مرتبط با آسیب روانی، و کرختی در پاسخ‌های هیجانی و عاطفی ظاهر می‌شود (دیویدسون^۳، ۲۰۰۴؛ نقل از دهستانی، ۱۳۸۵). تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا، از طریق

-
1. Post Traumatic Steers Disorder
 2. Bachare et al
 3. Davidson

پدیده‌هایی چون رویاها و کابوس‌ها، پس-نگاه‌ها^۱ و افکار مزاحم، ناخواسته و پریشان‌کننده^۲، در مواردی شخص دچار حالت‌های تجزیه‌ای می‌شود که می‌تواند از چند ثانیه تا چند ساعت و یا حتی چند روز به طول انجامد و در ضمن آن، مولفه‌های رویداد تجدید می‌شود و شخص به گونه‌ای رفتار می‌کند که گویی رویدادها را تجربه می‌کند. پریشانی روانی شدید و یا واکنش‌های فیزیولوژیک اغلب زمانی ظاهر می‌شوند که شخص در معرض رویدادهای برانگیزاننده‌ای قرار گیرد.

میزان شیوع اختلال PTSD، ۷/۸ درصد جمعیت است که از این میان ۵ درصد برای مردان و ۱۰/۶ برای زنان می‌باشد (براسلاو^۳، ۲۰۰۱؛ کاپلان، ۲۰۰۰). از آن جایی که بین ۱۷٪ تا ۳۰٪ از رزمندگان جنگ مبتلا به PTSD می‌شوند، فقط ۱۰٪ از مبتلایان مرد و ۲۶٪ از مبتلایان زن که علائم اختلال را گزارش کرده بودند، حاضر به پی‌گیری درمان شدند (ویسکو^۴، ۲۰۰۸). در کنار عوامل متعدد، و مقتضیات شرایط جنگی، یکی از دلایل عمده این سهل‌انگاری در پیگیری درمان و پایین بودن رفتارهای کمک‌جویانه، راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و تجربه مجدد است که همراه و هم‌آیند این اختلال می‌باشد (کورسو و همکاران، ۲۰۰۹). هر چند ممکن است در ایران آمار دقیق و کاملی از مبتلایان به این اختلال در میان رزمندگان بازگشته از جنگ در دست نباشد، ولی برخی بررسی‌ها، شیوع آن را بین ۲۰ تا ۳۰ درصد ذکر کرده‌اند (علی‌پور و لرستانی، ۱۳۸۷).

شواهد بالینی نشان می‌دهد که اکثر مبتلایان به اختلال PTSD ناشی از جنگ در ایران، پس از گذشت حدود دو دهه از خاتمه جنگ نه تنها بهبودی نیافته‌اند، بلکه تحت درمان‌های طولانی و عمدتاً کم‌اثر (بدون بهبودی قطعی و آشکار) نیز قرار گرفته‌اند (یشربی، ۱۳۸۰). احمدی‌ابهری (۱۳۷۹) با بررسی اثرات درازمدت جنگ بر وضعیت روانی-اجتماعی جانبازان

-
1. flashbacks
 2. intrusive distressing thoughts
 3. Braslow
 4. Wesko

اعصاب و روان به این نتیجه رسید که گذشت زمان به خودی خود به نفع بهبودی بیمار نیست بلکه با افزایش سن علائم بیماری مخصوصا علائمی مثل؛ واکنش های ناگهانی، کابوس های شبانه و تحریک پذیری تشدید می شوند. علی رغم وجود روش های درمانی متعدد همچون دارو درمانی (فوا، کین و فریدمن^۱، ۲۰۰۳؛ به نقل از سولومون و جانسن^۲، ۲۰۰۲)، روان پویشی (هوروویتز^۳، ۱۹۸۶)، هیپنوز (کینگسبوری^۴، ۱۹۸۸)، غرقه سازی تصویری (کین و کالوپ^۵، ۱۹۸۳)، آرامش آموزی و پسخوراند زیستی (هیکلینگ، سیسان و وندر پلاگ^۶، ۱۹۷۶)، پردازش شناختی (ریسک و اشنیک، ۱۹۹۲)، گروه درمانی (استالارد و لو^۷، ۱۹۹۳)، آموزش مدیریت اضطراب (فوا و راثام^۸ و دیگران، ۱۹۹۱، راسل و رادلوف^۹، ۱۹۹۸)، رویارویی تصویری طولانی مدت (فوا و میداوس^{۱۰}، ۱۹۹۷)، بازسازی شناختی (تاریر، پلگریم، سامرفیلد^{۱۱} و دیگران، ۱۹۹۹)، درمان شناختی- رفتاری (کوهن^{۱۲}، ۲۰۰۳؛ ون اتن و تیلر، ۱۹۹۸؛ بیسن، شفرد، جوی^{۱۳} و دیگران، ۲۰۰۴)، و شناختی (الرز، کلارک، هکمن، مک مانوس و نل^{۱۴}، ۲۰۰۵)، فراتحلیل ها نشان می دهند که هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران به این تنوع درمانی جواب نمی دهند، و یا بهبودی نسبتا کمی را نشان می دهند (شرمن^{۱۵}، ۱۹۹۸؛ گرونر، سموکر، ویس و راش^{۱۶}، ۲۰۰۳. نقل از افخمی ۱۳۸۹).

-
1. Kean & Friedman
 2. Solomon & Johnson
 3. Horowitz
 4. Kingsbury
 5. Kaloupek
 6. Hicking , Sison & Van der Ploeg^۱
 7. Stallard & Law
 8. Fowa & Rutbam
 9. Russel & Rudolf
 10. Meadaows
 11. Shapero Pilgram ,Sommerfild
 12. Chohen
 13. Joy
 14. Mc Manus & Fennel
 15. Sherman
 16. Gurent , Smucker, Weis & Ru

بیماری اختلال استرس پس از ضربه برای بسیاری از رزمندگان جنگ هرگز پایانی نداشته، آنان در ذهنشان به آنجا (میدان جنگ) پرواز می‌کنند و خاطراتشان دوباره زنده می‌شود. ۹۸٪ از آنان نیز در خواب یا بیداری حادثه‌ی تروماتیک جنگی را تجربه می‌کنند (مدحی، ۱۳۸۵). 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). اختلال استرس پس از ضربه بیماری بسیار پایداری است که متغیرهای شخصی در ایجاد و رشد و ابقاء آن نقش موثری دارد (آر.جی مک فاری^۱، ای جی میگنیک^۲، ام جی مارازو^۳، ۱۹۸۹). از طرفی به نظر می‌رسد این عوامل مرتبط با روابط ناسازگار پیش از ضربه همان عواملی هستند که بدیهی فرض شده که در ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش دارند (یانگ، ۱۹۹۰، ۱۹۹۹؛ یانگ، کلسکو و وایشار^۴، ۲۰۰۳). دالگلیش^۵ (۱۹۹۹) عنوان کرده است که اکثر نظریه‌های شناختی PTSD در مفهوم پردازی‌های زیر مشترک هستند: افراد بازنمایی‌های شناختی (طرح‌واره‌ها و باورها) درباره خود، دنیا و دیگران دارند که مجبورند آنها را با واقعیت‌های بسیار ناهمخوان تروما (نابودی، تزلزل، خیانت و شرم) تطبیق دهند. این نظریه‌ها عنوان می‌کنند که ناتوانی افراد در انطباق این اطلاعات با بازنمایی‌های شناختی موجود، علت اصلی نشانه‌های اجتنابی و تجربه مجدد PTSD است.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و گسترش بسیاری از اختلالات روان‌شناختی همچون اختلالات شخصیت، اختلالات اضطرابی و افسردگی مزمن نقش دارند (ماسون و همکاران^۶، ۲۰۰۵. نقل از حقیقت منش، ۱۳۸۷). گمان می‌رود که، تجربه مکرر خاطرات مزاحم و ارزیابی منفی از این خاطرات، سهم عمده‌ای در ثبات و پایداری PTSD دارد. پی‌آیند تجربه تروما، به واسطه پردازش نامناسب و ناکافی، رفتارهای غیرانطباقی

-
1. Mcfari R. G
 2. Micing A. G
 3. Marazo M. G
 4. Kolesco & veshar
 5. Dalgelesh
 6. Mason et al.

خاصی (نظیر سرکوبی، نشخوار ذهنی و اجتناب) صورت می‌گیرد؛ که این خود سبب بوجود آمدن چرخه معیوب فزاینده ای بین خاطرات مزاحم و رفتارهای ناسازگارانه خواهد شد (پروین، ۲۰۰۱).

بر اساس مطالعات صورت گرفته بدیهی به نظر می‌رسد که بین تجربیات اولیه دوران کودکی و ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه‌ای وجود دارد و این طرحواره‌ها یکی از عوامل اصلی در مدل بیماری‌پذیری ارثی-تنش اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند (بامبر و مک ماهون^۱، ۲۰۰۸؛ موریس^۲، ۲۰۰۶؛ ساشس-اریکسون، ورونا، جونیر و پیچر^۳، ۲۰۰۶؛ یانگ، ۱۹۹۰، ۱۹۹۹؛ یانگ، ۲۰۰۳؛ والر^۴، ۲۰۰۳؛ اوهانیان، مایر و عثمان^۵، ۲۰۰۰). بنابراین، این فرضیه مطرح شده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند در بروز و تداوم اختلال استرس پس از ضربه موثر باشند. به علت ماهیت چند وجهی، پیچیده و مزمن PTSD، سایر درمان‌های موجود کارایی چندانی در نگه‌داشت تاثیر 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^۶، ۲۰۰۹)، و از سویی تشخیص و شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در فرایند درمان می‌تواند نرخ بهبودی را افزایش و نرخ عود را کاهش دهند (هورلی^۷، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد برای درمان اختلالات مزمن و مقاوم به درمان، تاکید بر محتوا و فرایند‌های پردازش فکری و کارکردن در سطح افکار خودآیند 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

-
1. Bambar & McMahan
 2. Moriss
 3. Juonize & Pecher
 4. Valer
 5. Maier & Osman
 6. Cockran
 7. Hurley

به عنوان پایه ای ترین و ابتدایی ترین سطوح شناختی توجه بیشتری نمود (بک، فریمن^۱، یانگ، ۱۹۹۰، نقل از احمدیان گرجی، ۱۳۸۵). بنابراین، پژوهشگر بر آن بود تا از طریق بازسازی مجدد طرحواره‌های ناسازگار این جانبازان (از طریق طرحواره درمانی)، علائم ملاک‌های B و C و D را کاهش داده، و براساس عوامل زمینه ساز تداوم طرحواره ناسازگار به درمان اختلال اقدام نماید، و به این سؤال پاسخ گوید که آیا طرحواره درمانی در درمان علائم تجربه مجدد جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه موثر است یا خیر؟

روش پژوهش

در پژوهش حاضر طرح تحقیق، طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چند گانه^۲ می‌باشد. هدف اساسی طرح خط پایه چند گانه، نمایش تغییرات در نشانه‌ها، در نتیجه درمان، در تمام شرکت کنندگان حاضر در مطالعه است. در طرح خط پایه چند گانه، شرکت کنندگان پشت سر هم به پیایی درمان می‌شوند. ارزیابی‌های هفتگی مکرر متغیرهای هدف، در طی دوره پژوهش انجام می‌گیرد. مولفه‌های اصلی طرح خط پایه چند گانه، شامل توصیف موردی خط پایه، ویژگی‌های شرکت کنندگان، شرایط درمانی و تغییرات در نشانه‌های بیماری در طی زمان است.

این شیوه پژوهشی داده‌های مربوط به هر شرکت کننده 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 شرکت کننده را توصیف می‌کند که در این جا، هر بیمار به عنوان کنترل خود عمل می‌کند (کرسول^۳، ۲۰۰۲)، و به همین دلیل هم در این نوع طرح‌ها نیاز به گروه کنترل نیست.

-
1. Ferman
 2. Single Subject Research Design Multiple Baseline
 3. Creswell

ابزارها، نمونه و پروتکل درمانی

ابزار پژوهش پرسشنامه‌های^۱(PCL)، (YSQ-SF)^۲، (YCI)^۳، (MCM-III)^۴، (CIDI)^۵، جامعه آماری، جانبازان مزمن PTSD، روش نمونه‌گیری، نمونه در دسترس هدفمند، حجم نمونه (N=۳)، پروتکل درمانی: ۲۱ جلسه درمان برای هر آزمودنی و دوره پیگیری دو ماهه، ابزارهای آماری: میانگین، تغییر ضریب پایا، خطای استاندارد تفاوت و درصد بهبود بالینی.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاضر، که حاصل از اجرای پرسشنامه‌های طرح تحقیق و نیز مداخلات درمانی (قبل از شروع فرآیند درمان، پس از درمان و بعد از مرحله پیگیری) می‌باشند، همراه با تجزیه و تحلیل مربوط به اطلاعات آن پرسشنامه‌ها، در خصوص پاسخ به سئوالات تحقیق آورده شده‌اند.

جدول ۱. تغییرات مربوط به علائم تجربه مجدد PTSD در فرایند درمان و دوره پیگیری

جلسه	خط پایه	اول	سوم	ششم	نهم	کوازدهم	پانزدهم	هیجدهم	بیست و یکم	ماه پیگیری اول	ماه پیگیری دوم
نمره	نمره	نمره	نمره	نمره	نمره	نمره	نمره	نمره	نمره	نمره	نمره
آزمودنی	۲۴	۲۳	۲۲	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۹	۵	۸	۶
آزمودنی دوم	۲۴	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۵	۱۰	۹	۵	۷	۶
آزمودنی سوم	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۸	۱۵	۱۲	۱۰	۶	۹	۷
نمره کل	۷۱	۶۶	۶۳	۵۹	۵۵	۴۸	۳۹	۲۸	۱۶	۲۴	۱۹

1. The post traumatic Disorder checklist
2. Young schema Questionnaire (YSQ)
3. Young compensation inventory (YCI)
4. Millon Clinical Multiaxial (MCM)
5. Composite International Diagnostic Inventory

جدول شماره ۱، روند تغییرات نمرات بیش‌انگیزگی را در پروتکل درمانی (جلسات درمان، پایان فرایند درمان و پایان دوره پیگیری) را نشان می‌دهد. همان طوری که مشاهده می‌شود نمرات از روند کاهشی برخوردار می‌باشند.

جدول ۲. درصد بهبود علائم تجربه مجدد آزمودنی‌ها در طول اجرای پروتکل درمانی

درصد بهبودی	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
درصد بهبودی	٪۳۲	٪۳۴	٪۳۲
درصد بهبودی کلی	٪۳۳		
ماه اول پیگیری	۸	۷	۹
ماه دوم پیگیری	۶	۶	۷
درصد بهبودی	٪۶۹	٪۶۸	٪۶۳
درصد بهبود کلی	٪۶۷		
شاخص تغییر پایا	۱۰/۴	۱۰/۱	۹/۸

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی سیر کاهشی در نمرات و علائم تجربه مجدد ضربه داشته‌اند. جدول فوق نشان می‌دهد که بهبود کلی در پایان فرایند درمان ٪۳۳ بوده است. همین جدول نشان می‌دهد که، میزان بهبودی آزمودنی اول ٪۳۲، میزان بهبودی آزمودنی دوم ٪۳۴ و میزان بهبودی آزمودنی سوم ٪۳۳ بوده است، همان طوری که مشاهده می‌شود بالاترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی دوم با ٪۳۴ و کمترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی‌های اول و سوم با ٪۳۲ بوده است. اطلاعات جدول شماره ۴-۳ بیانگر این امر می‌باشد 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 ٪۶۹، میزان بهبودی آزمودنی دوم ٪۶۸ و میزان بهبودی آزمودنی سوم ٪۶۳). مقایسه روند بهبودی فرایند درمان با دوره پیگیری نشان می‌دهد که، درصد بهبودی آزمودنی اول از ٪۳۲، به ٪۶۹، درصد بهبودی آزمودنی دوم از ٪۳۴، به ٪۶۸ و درصد بهبودی

آزمودنی سوم از ۳۲٪ به ۶۳٪ ارتقاء یافته است. اطلاعات مربوط به دوره پیگیری نشان می‌دهند بیشترین روند بهبود متعلق به آزمودنی اول با میزان بهبودی ۶۹٪ و کمترین روند بهبود متعلق به آزمودنی سوم با میزان بهبودی ۶۳٪ بوده است. مقایسه میزان درصد بهبودی کلی در دوره فرایند درمان با دوره پیگیری، میزان ارتقاء را از ۳۳٪ 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 است، 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 افرادی 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	۱۹/۶	۸۱	۷۴	۲۵
آزمودنی دوم	۱۲۱	۱۲۰	۸۸	۲۷/۲	۳۰/۶	۸۱	۷۳	۳۹/۶
آزمودنی سوم	۸۰	۸۰	۷۴	۷/۵	۳۰/۶	۶۶	۵۸	۲۷/۵

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٪ بوده، 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 آزمودنی‌ها در پرسشنامه طرح‌واره‌یانگ، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل

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

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٪ بوده، ولی روند بهبودی ادامه داشته و در ماه‌های پیگیری نسبت به جلسات درمان، بیشترین میزان بهبودی متعلق به آزمودنی دوم با ۱۶/۲٪ بهبودی 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٪ بوده است.

جدول ۵. نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه طرح‌واره یانگ (YSQ)، حوزه محدودیت‌های مختل

خط پایه	جلسه اول درمان	جلسه آخر درمان	درصد بهبودی کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی کلی	درصد بهبودی کلی
۴۴	۴۳	۴۲	۴/۵	۳۸	۴۰	۹/۷	
۴۲	۴۱	۳۵	۱۶/۶	۳۷	۳۷	۱۰/۳	۱۶
۴۲	۴۲	۳۸	۱۰	۳۵	۳۱	۲۶	

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 بهبودی 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.

۱۳ اثر بخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم تجربه مجدد... □ □ □ □

جدول ۶. نمرات آزمودنی‌ها 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
			درصد	بهبودی کلی	درصد	بهبودی کلی	درصد	بهبودی کلی	
۴۲	۴۱	۳۲	۲۳/۸	۱۶/۶	۳۰	۲۷	۳۶	۲۴/۸	
۵۲	۵۱	۴۵	۱۳/۴	۱۶/۶	۴۱	۳۴	۳۴/۶	۲۴/۸	
۲۴	۲۳	۲۱	۱۲/۵	۱۶/۶	۲۳	۲۳	۴	۲۴/۸	

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٪ بهبودی بوده است، که از ۱۳/۴٪ به ۳۴/۶٪ بهبودی 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 آزمودنی‌ها در 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
			درصد	بهبودی کلی	درصد	بهبودی کلی	درصد	بهبودی کلی	
۵۶	۵۵	۴۳	۲۳	۱۸/۶	۳۷	۳۲	۴۳	۳۵	
۵۸	۵۶	۴۸	۱۷	۱۸/۶	۴۳	۴۰	۳۶	۳۵	
۵۰	۵۰	۴۲	۱۶	۱۸/۶	۳۸	۳۷	۲۶	۳۵	

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 طرح واره‌های 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 طرح واره‌های 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٪ بهبودی بوده است، که از ۲۳٪ به ۴۳٪ بهبودی افزایش روند داشته است، روند کاهش فعالیت طرح واره‌های ناسازگار در دوره پیگیری برای هر سه آزمودنی ادامه داشته و درصد کلی بهبودی از ۱۸/۶٪ به ۳۵٪ رسیده است.

جدول ۸. نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه طرح واره یانگ (YSQ)، حوزه گوش به زنگی بیش از حد

خط پایه	جلسه اول درمان	جلسه آخر درمان	درصد بهبودی	درصد کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی	درصد کلی
آزمودنی اول	۵۶	۴۳	۲۳		۳۷	۳۲	۴۳	
آزمودنی دوم	۵۸	۴۸	۱۷	۱۸/۶	۴۳	۴۰	۳۶	۳۵
آزمودنی سوم	۵۰	۴۲	۱۶		۳۸	۳۷	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 طرح واره‌های 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 طرح واره‌های 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٪ بهبودی 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)

درصد بهبودی کلی	آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی‌ها	حوزه‌های طرح‌واره
۱۹/۶	۷/۵	۲۷/۲	۲۴/۲	درصد بهبودی در پایان درمان	حوزه بریدگی و طرد
۳۰/۶	۲۷/۵	۳۹/۶	۲۵	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری	
۱۶/۴	۲۰/۷	۹	۱۹/۵	درصد بهبودی در پایان درمان	حوزه عملکرد مختل
۲۹	۲۹/۲	۲۵/۲	۳۱/۷	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری	
۱۰/۳	۱۰	۱۶/۶	۴/۵	درصد بهبودی در پایان درمان	حوزه محدودیت های مختل
۱۶	۲۶	۱۲	۹/۷	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری	
۱۶/۶	۱۲/۵	۱۳/۴	۲۳/۸	درصد بهبودی در پایان درمان	حوزه دیگر جهت مندی
۲۴/۸	۴	۳۴/۶	۳۶	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری	
۱۸/۶	۱۶	۱۷	۳۲	درصد بهبودی در پایان درمان	حوزه گوش به زنگی
۳۵	۲۶	۳۶	۴۳	درصد بهبودی در پایان دوره پیگیری	
٪۱۶/۳	٪۱۳	٪۱۷	٪۲۱	درصد بهبودی در پایان درمان	کل حوزه‌ها
٪۲۷	٪۲۲/۵	٪۲۹/۵	٪۳۰	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.

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 حوزه‌ها 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 با هدف تعیین میزان اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان جانبازان مبتلاء به PTSD (کاهش علائم تجربه مجدد) انجام پذیرفته است. نتایج حاصل از داده‌های پژوهش نشان داد که این شیوه درمانی قادر شد ملاک‌های اثربخشی را احراز نماید. همان طور که می‌دانیم در پژوهش‌های بالینی و شبه تجربی اولین ملاک اثر بخشی اندازه تغییر است، یعنی

اینکه در طی انجام پروتکل درمانی، چه مقدار کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟

کاهش در میزان علائم تجربه مجدد به عنوان آماج اصلی درمان و به زیر نقطه برش رسیدن علائم بالینی اختلال، حکایت از معنادار بودن نتایج بدست آمده از نظر بالینی و آماری دارد. البته این کاهش معنادار از نظر بالینی در سایر خرده‌مقیاس‌های PTSD که از دیگر اهداف کلان پژوهش حاضر بوده است نیز حاصل گردید. با توجه به این که تحقیقات نشان می‌دهند که، تجربه‌ی زندگی سخت و فلاکت‌بار در دوران کودکی احتمال این اختلال را افزایش می‌دهد که فرد بعدها در پاسخ به یک واقعه‌ی آسیب‌زا دچار اختلال استرس پس از ضربه گردد (بروین، اندروز و ولنتاین، ۲۰۰۰).

از طرفی نتایج تحقیق (دوترا، کالاهان، فورمن، مندلسون و هرمان، ۲۰۰۸) حاکی از آن بود که به غیر از دو مورد، تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه‌ی معناداری با اختلال استرس پس از ضربه دارند و در نهایت این که اخیراً مطالعه‌ای به بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کهنه‌سربازان جنگ ویتنام، چه با سابقه تشخیص اختلال استرس پس از ضربه، چه بدون چنین سابقه‌ای پرداخت (کوکرام، دروموند و لی، ۲۰۱۰).

کهنه‌سربازانی که سابقه تشخیص اختلال استرس پس از ضربه داشتند، در مقایسه با کهنه‌سربازان فاقد این پیشینه، به صورت نظام‌مند و به میزان چشمگیری در تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه امتیاز بالاتری کسب کردند، و گزارش‌ها نشان داد که میانگین امتیازات برای همه ۱۰ مورد طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در این افراد بیش از سه برابر بیشتر از افراد فاقد پیشینه تشخیص اختلال استرس پس از ضربه بود. لذا از آن جایی که هسته اصلی اختلالات مزمن محور یک و سایر مشکلات منش شناختی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند که، در دوران کودکی شکل گرفته‌اند و در مسیر رشد و حیات افراد تداوم دارند و به شدت ناکارآمد می‌باشد (یانگ، ۱۹۹۹)، و با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر کاهش چشمگیر فعالیت این طرح‌واره‌ها در فرایند درمان طرح‌واره محور، و این که همه آزمودنی‌های تحقیق، در علائم

تجربه مجدد کاهش و بهبود بالینی و در هر پنج حوزه طرح واره و، نیز تقریباً در تمامی طرح واره ها کاهش فعالیت داشته اند، بنابراین احتمالاً بتوان از طریق طرح واره درمانی (از طریق بازسازی مجدد طرح‌واره‌های ناسازگار و براساس عوامل زمینه ساز تداوم طرح‌واره ناسازگار) به درمان پایا و با ثبات اختلال اقدام نموده و در آینده ای نزدیک طرح‌واره درمانی به لیست درمان‌های روانشناختی PTSD اضافه شده، در نهایت این که در مقیاسی وسیع و وثر، جانبازان PTSD جنگ تحمیلی، سایر آسیب دیدگان جنگ و سوانح در ایران و جهان از تابلویی دیگر از درمان‌های روان‌شناختی منتفع می شوند. در پایان پیشنهاد می شود این درمان بر روی افراد PTSD بازمانده از زلزله، بازماندگان حوادث دلخراش و زنان PTSD تعرض جنسی مطالعه شود.

تشکر و قدردانی: از همه جانبازان عزیز شرکت کننده در مداخله درمانی، اساتید محترم دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران، مسئولین و کادر بیمارستان اعصاب و روان صدر و مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران، حوزه های معاونت پژوهشی و فرهنگی بنیاد و سایر عزیزانی که ما را در انجام این مطالعه یاری دادند سپاسگزاریم.

منابع

- باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان. (۲۰۰۷). *آسیب شناسی روانی جلد اول*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ارسباران.
- برهانی حسین. (۱۳۸۰). بررسی بهداشت روانی در خانواده جانبازان اعصاب و روان استان قم. پایان نامه دوره دکترای تخصصی. دانشگاه شهید بهشتی. دانشکده پزشکی.
- بساک نژاد، سودابه، داودی، ایران. (۱۳۸۸). بررسی علایم احتلال فشار روانی پس آسیبی و رابطه آن با آسیب شناسی روانی در پرستاران بخش های اوژانس اهواز. *مجله اصول بهداشت روانی*، تابستان ۱۳۸۸، سال یازدهم، شماره .
- پروین. (۱۹۹۶). *نظریه های شخصیت*، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۸)، تهران، انتشارات بعثت.

- 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 Kaplan, H.I, Sadoc. J. B synopsis of psychiatry; Behavioral sciences and clinical psychiatry 9th ed. Mosby; 2003
- Lombardo, T.W Gray, M.J (2003) Beyond exposure for Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Broad spectrum PTSD treatment strategies *Behavior Modification* 293-9.
- 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, 405-13.
- Morris, and Patrick (2004). *Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): Adlerian Assessment and Treatment*. Available from:
- 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.
- Strauch, I. (2001). An adlerian reconceptualization of traumatic reactions. *The journal of Individual psychology*. The University of Texas Press. No1. 57,
- Sadock BJ, Sadock AV. (2007). Synopsis of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & wilkins.: G12-2
- Sherman, I. J. (1998) effects of psychotherapeutic treatment of Posttraumatic Stress Disorder. A practice friendly review of outcome research. *Journal of clinical psychology* 58(8), 947-959.
- Taylor, G. (2001). A brief introduction to schema focussed therapy. Perth, W.A: Unpublished manuscript.
- 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
- 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. San Antonio. TX.
- Young, J. E., & Brown, G. (2003). Young schema questionnaire - L3a Cognitive Therapy Centre of New York: Authors.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.