

اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

سیدعلی موسوی اصل^{۱*}، زینب موسوی سادات^۲

^۱گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران، ^۲گروه الهیات، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۲

چکیده

زمینه و هدف: با وجود روش های درمانی متنوع روان شناختی برای درمان اختلال استرس پس از ضربه، هنوز هم تعداد قابل توجهی از این بیماران، به درمان ها پاسخ نمی دهند و یا بهبود نسبتاً کمی را نشان می دهند. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بود.

روش بررسی: در این مطالعه تجربی، که بر روی ۳ نفر جانباز مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شد، ۲۱ جلسه درمان طرحواره درمانی مطابق با الگوی یانگ جهت تغییر در میزان و شدت طرحواره های ناسازگار اولیه بر روی آزمودنی ها انجام کرد و سپس در پایان پروتکل درمانی و نیز در دوره دو ماهه پیگیری میزان تغییرات مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت. ابزار 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، مقیاس می سی سی پی برای اختلال استرس پس از ضربه و مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی بودند. داده ها با آزمون های معنی دار بالینی و تغییر شاخص پایا تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: طرحواره درمانی باعث کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شده و دوره پیگیری روند درمان نشان از دوام دستاوردهای درمان دارد.

نتیجه گیری: طرحواره درمانی با آماج قرار دادن ریشه های رشدی اختلال و بازسازی طرحواره های ناسازگار، قادر به درمان پایدار علائم مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه و کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار در آنان شده است.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار، اختلال استرس پس از ضربه، جانباز

*نویسنده مسئول: سید علی موسوی اصل، تهران، دانشگاه پیام نور، گروه روان شناسی

مقدمه

اختلال استرس پس از ضربه بیماری بسیار

پایداری است که متغیرهای شخصی در ایجاد، رشد و ابقاء آن نقش موثری دارد (۵). از طرفی به نظر می‌رسد این عوامل مرتبط با روابط ناسازگار پیش از ضربه همان عواملی هستند که بدیهی فرض شده که در ایجاد طرحواره های ناسازگار اولیه نقش دارند (۶). بر اساس مطالعات صورت گرفته بدیهی به نظر می‌رسد که بین تجربیات اولیه‌ی دوران کودکی و ایجاد طرحواره های ناسازگار اولیه رابطه ای وجود دارد و این طرحواره ها یکی از عوامل اصلی در مدل بیماری پذیری ارثی - تنش اختلالات روانی را تشکیل می‌دهند (۷). بنابراین می‌توان این فرضیه را مطرح کرد که طرحواره های ناسازگار اولیه می‌توانند در بروز و تداوم اختلال استرس پس از ضربه موثر باشند. در طرحواره درمانی بیماران یاد می‌گیرند سبک مقابله‌ای کارآمد را جانشین سبک مقابله‌ای ناکارآمد کنند. بنابراین فرآیند درمان مبتنی بر مداخلات شناختی، عاطفی و رفتاری است. به نظر می‌رسد برای درمان اختلالات مزمن و مقاوم به درمان، تاکید بر محتوا و فرآیندهای پردازش فکری و کارکردن در سطح افکار خودآیند منفی و باورهای هسته ای بیماران (که در شناخت درمانی مد نظر هستند) کافی نباشد و باید به طرحواره های شناختی بیماران به خصوص طرحواره های شناختی ناسازگار اولیه به عنوان پایه ای ترین و

به علت ماهیت چند وجهی، پیچیده و مزمن اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^(۱) که به عنوان پاسخ شدید در برابر یک عامل تنش زای شدید که به صورت اضطراب بالا، اجتناب از محرک‌های مرتبط با آسیب روانی و کرختی در پاسخ‌های هیجانی و عاطفی تعریف می‌شود (۱)، سایر درمان‌های موجود کارایی چندانی در نگه داشت 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 (۱) و از سویی تشخیص و شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه در فرآیند درمان می‌تواند نرخ بهبودی را افزایش و نرخ عود را کاهش دهد (۲). در اصلاح عمومی می‌توان طرحواره را به صورت یک ساختار، چارچوب، تم یا الگویی از محتوای شناختی (ادراکی) تعریف نمود (۳). هدف اصلی طرحواره درمانی، تغییر و بهبود طرحواره ها است. طرحواره مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌واره هستند. در طرحواره درمانی، هدف اصلی تضعیف طرحواره ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است. بک (۱۹۷۶) این ایده را مطرح نمود که طرحواره های ناسازگار به صورت الگوهایی از افکار تحریف شده با ریشه‌هایی عمیق در مورد جهان، خود فرد و ارتباط وی با اطرافیان بازتاب می‌یابند (۴).

1- Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

ابتدایی‌ترین سطوح شناختی توجه بیشتری نمود (۸ و ۹).

در پژوهشی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلالات اضطرابی را به طور معنی داری پیش بینی کردند و به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مضطرب و از جمله در افراد PTSD فعال هستند. با وجود روش‌های درمانی متنوع برای PTSD، فراتحلیل‌ها^(۱) نشان می‌دهند که هنوز هم تعداد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال مذکور به این درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند و یا بهبود نسبتاً کمی را نشان می‌دهند (۱۰). حال با توجه به تحقیقات فوق که در حوزه درمان PTSD انجام شده و خود نیاز به درمان‌های موثرتر را بیان می‌نماید و از طرفی با نظر به شیوع نسبتاً بالای این اختلال به خصوص در کشور ایران با توجه به وقوع جنگ تحمیلی، وفور تصادفات جاده‌ای، شیوع فراوان زلزله و دیگر بلایای طبیعی و مواردی از این قبیل) و وجود اختلالات متعدد همراه با این بیماری توجه مضاعف به آن را در حوزه درمان و پژوهش می‌طلبد. همچنین با توجه به پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور ایران که میزان و شیوع این اختلال در بین ایثارگران و جانبازان جنگ تحمیلی را هم زیاد و هم همراه با پیش آگهی منفی (در بهبود با عنایت به میل علایم PTSD) نشان می‌دهد و نظر به این که نشانه‌های این اختلال با گذشت زمان میل به مزمن شدن دارند، بنابراین هدف این مطالعه بررسی اثربخشی طرحواره

درمانی در کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بر اساس روش طرحواره درمانی یانگ بود.

روش بررسی

این مطالعه تجربی تک موردی از نوع خط پایه AB است. هدف اساسی طرح خط پایه AB، مشاهده و نمایش تغییرات در نشانه‌ها، در نتیجه درمان، در تمام شرکت کنندگان حاضر در مطالعه است. در طرح خط پایه AB، شرکت کنندگان پشت سر هم به پیامپی درمان می‌شوند. ارزیابی‌های هفتگی مکرر متغیرهای هدف، در طی دوره پژوهش انجام می‌گیرد. مولفه‌های اصلی طرح خط پایه چندگانه، شامل توصیف موردی خط پایه، ویژگی‌های شرکت کنندگان، شرایط درمانی و تغییرات در نشانه‌های بیماری در طی زمان است. از خصوصیات مثبت این گونه طرح‌های پژوهشی می‌توان به داشتن کنترل نسبی پژوهشگر روی شرایط آزمایش، سنجش مداوم و سنجش خط پایه اشاره نمود (۱۲). غالباً اظهار می‌شود برتری طرح تحقیق شبه آزمایشی تک موردی بر طرح تحقیق چند آزمودنی بدان دلیل است که طرح تحقیق تجربی تک موردی، تغییر پذیری را که ناشی از تفاوت‌های میان

1- Metaanalysis

آزمودنی است و در طرح‌های چند آزمودنی دیده می‌شود را از بین می‌برد (۱۳).

جامعه مور مطالعه شامل همه جانبازان مبتلا به اختلال مزمن استرس پس از ضربه (PTSD) ساکن شهر تهران بودند. در پژوهش‌های تجربی تک موردی همان طور که از نامش پیداست تعداد آزمودنی کافی یک نمونه می‌باشد که برای چندین بار تحت پروتکل درمانی، مورد آزمون قرار می‌گیرد. ولی با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها ۳ نمونه انتخاب شدند. آزمودنی‌ها بر اساس روش نمونه‌گیری هدفمند و اجرای مصاحبه تشخیصی، فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL)^(۱)، مقیاس می‌سی‌سی‌پی برای اختلال استرس پس از ضربه (M-PTSD)^(۲) و مقیاس اجرایی بالینی اختلال استرس پس از ضربه (CAPS)^(۳) به عنوان جانباز PTSD تشخیص داده شده بودند. علاوه بر ارزیابی‌های بالا پس از احراز شرایط سلبی و ایجابی معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ عدم دریافت درمان روان‌شناختی، عدم وجود اختلال شخصیت شدید، عدم وجود اختلالات سایکوتیک در حال و گذشته، نداشتن سوء مصرف مواد و این که از ۴ ماه قبل تا کنون داروهای روان‌پزشکی مصرف نکرده باشند، بود.

ابزار پژوهش شامل؛ پرسشنامه‌های PCL با

ظریب روایی ۰/۷۹، M-PTSD با ظریب روایی ۰/۸۴،

CAPS با ظریب روایی ۰/۹۱، پرسشنامه فرم کوتاه طر

حواره یانگ (YSQ-SF) با ظریب روایی ۰/۷۲، پرسشنامه

جبران یانگ (YCI)^(۴) با ظریب روایی ۰/۸۱، پرسشنامه اجتناب یانگ-رای (YRAI)^(۵) با ظریب روایی ۰/۸۷، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI- III)^(۶) با ظریب روایی ۰/۷۶، بودند (۱۱). مدت زمان لازم جهت اجرای پروتکل درمانی ۹ ماه بوده که در قالب ۲۱ جلسه درمانی برای هر آزمودنی به وسیله پژوهشگر که قبل از اجرای درمان تحت آموزش تخصصی طرحواره درمانی قرار گرفته بود، اجرا شد. به لحاظ رعایت اخلاق در پژوهش به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنها نه در متن تحقیق و نه در مقالات و نه در آرایه‌ها آورده نخواهد شد. از طرفی جهت تعهد آنها به درمان و حضور در جلسات درمانی با آنها قرارداد درمانی منعقد گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های

معنی‌دار بالینی و تغییر شاخص پایا تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد، نمرات پرسشنامه طرحواره

یانگ (YSQ) در همه بیماران در طول پروتکل طرحواره

درمانی، از جلسه آخر (جلسه ۲۱) تا پایان ماه‌های

1-The post traumatic Disorder checklist(PCL)

2-Mississippi scale for PTSD(M-PTSD)

3-Clinical Administered PTSD scale(CAPS)

4-Young schema Questionnaire(YSQ)

5-Young – Rygh Avoidence Inventory(YCI)

6-Millon clinical Multiaxial(MCMI)

طرحواره های ناسازگار، طرحواره های انزوای اجتماعی ۴۷/۸ درصد، نقص و شرم ۴۴ درصد، بی کفایتی وابستگی ۴۴ درصد، آسیب پذیری ۱/۳ درصد و معیارهای سرسختانه با ۰/۷ درصد به ترتیب بیشترین میزان بهبودی را داشته‌اند. شاخص تغییر پایا در رابطه با طرحواره های ناسازگار اولیه آزمودنی سوم نشان می‌دهد شدت کاهش فعالیت (۱۲ مورد از ۱۴ مورد) طرحواره های ناسازگار اولیه معنی دار بودند ($p < 0/05$). نتایج به دست آمده از نمرات حوزه‌های مختلف طرحواره ای ناسازگار اولیه در مرحله پیگیری نشان داد، نمرات طرحواره های محرومیت هیجانی، رها شدگی و نقص از حوزه بریدگی و طرد، شکست، بی کفایتی و آسیب پذیری در مقابل ضرر و بیماری از حوزه خودگردانی، عملکرد مختل و ایثار از حوزه دیگر جهت مندی، معیارهای سرسختانه از حوزه گوش به زنگی که در فرآیند درمان و به دنبال اجرای پرسشنامه‌های YPI و YSQ فعال تشخیص داده شده بودند، در هر سه آزمودنی به زیر خط برش رسیدند (جدول ۱).

هم چنین نتایج نشان داد که هر سه آزمودنی در حوزه های طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد روند رو به بهبودی را طی نمودند.

پیگیری کاهش محسوسی داشته است، به طوری که درصد بهبودی در آزمودنی های اول، دوم و سوم به ترتیب: ۲۹، ۲۳ و ۳۱ بود. در آزمودنی اول به غیر از طرحواره های انزوا، معیارهای سرسختانه و استحقاق، سایر طرحواره های ناسازگار اولیه کاهش فعالیت داشته‌اند. از بین طرحواره های ناسازگار، طرحواره های بازداری هیجانی با ۶/۱ درصد، معیارهای سرسختانه ۳۶/۶ درصد، خویشتن داری ۳۱/۵ درصد و نقص و شرم با ۳۰/۷ درصد به ترتیب بیشترین میزان بهبودی را داشته‌اند. شاخص تغییر پایا در رابطه با طرحواره های ناسازگار اولیه (خرده مقیاس ها) مربوط به آزمودنی اول نشان داد، شدت کاهش فعالیت ۱۱ مورد از خرده مقیاس طرحواره های ناسازگار اولیه معنی دار بود ($p < 0/05$). در آزمودنی دوم همه طرحواره های ناسازگار اولیه در فرآیند درمان کاهش فعالیت داشتند. از بین طرحواره های ناسازگار، طرحواره های محرومیت عاطفی ۳۲ درصد، بی اعتمادی ۲۸/۵ درصد، اطاعت ۲۵/۸ درصد و آسیب پذیری با ۲۳/۳ درصد کاهش به ترتیب بیشترین میزان بهبودی را داشتند. شاخص تغییر پایا در رابطه با خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه آزمودنی دوم نشان داد، شدت کاهش فعالیت (۱۲ مورد از ۱۴ مورد) طرحواره های ناسازگار اولیه، در این آزمودنی اولیه معنی دار بود. در آزمودنی سوم همه طرحواره های ناسازگار اولیه در فرآیند درمان کاهش فعالیت داشتند. از بین

جدول ۱: مقایسه میزان و شدت نمره طرحواره های ناسازگار اولیه، قبل و بعد از درمان و پس از ماه‌های پیگیری

متغیر آزمودنی	فرآیند درمان و پیگیری	محرومیت هیجانی	رهاشدگی	بی‌اعتمادی	انزوای اجتماعی	نقص و شرم	شکست	بی‌کفایتی و ابستگی	آسیب‌پذیری	گرفتار	اطاعت	ایثار	بازداری هیجانی	معیارهای سرسخرانه	استحقاق	خوب‌بینی داری	نمره کل
اول؛	خط پایه	۲۷	۲۶	۱۹	۱۴	۱۳	۷	۷	۱۷	۱۰	۱۲	۳۰	۲۶	۳۰	۲۵	۱۹	۲۸۰
	پایان درمان	۲۱	۲۴	۱۷	۱۳	۱۰	۵	۵	۱۴	۹	۱۱	۲۱	۱۹	۲۴	۲۶	۱۶	۲۳۵
	پایان پیگیری	۱۹	۲۰	۱۳	۱۳	۹	۵	۵	۱۱	۷	۹	۱۸	۱۴	۱۹	۲۷	۱۳	۱۹۹
	درصد بهبودی کل	۲۹/۳	۲۳	۲۱	۲۱	۷/۱	۳۰/۷	۲۸	۲۸	۲۹/۴	۳۳	۴۰	۴۶/۱	۳۶/۶	۸	۳۱/۶	۲۹
دوم؛	شاخص تغییر پایا	۳/۴	۶/۵	۲/۶	۷/۹	۲/۷	۳/۲	۵/۴	۳/۲	۲/۷	۱/۲۳	۶/۵	۵/۶	۱/۸	۹/۴	۵/۴	۵/۶
	خط پایه	۲۸	۱۶	۲۴	۲۹	۲۴	۲۱	۱۳	۳۰	۲۴	۲۹	۲۳	۲۸	۳۰	۲۱	۲۱	۳۷۱
	پایان درمان	۲۱	۱۴	۱۹	۲۳	۲۱	۱۹	۱۲	۲۵	۲۳	۲۵	۲۰	۲۲	۲۶	۱۶	۱۹	۳۰۵
	پایان پیگیری	۱۷	۱۱	۱۵	۱۶	۱۴	۱۴	۱۱	۲۱	۱۹	۱۸	۱۶	۱۷	۲۳	۱۷	۲۰	۲۴۹
سوم؛	درصد بهبودی کل	۳۲	۲۱/۵	۲۸/۵	۳۲	۳۲	۲۷	۱۱/۴۲	۲۳/۳	۱۲/۴	۲۵/۸	۲۱	۳۰/۲	۱۸/۱۵	۲۱/۴	۷/۱	۲۳
	شاخص تغییر پایا	۷/۸	۴/۴	۷/۵	۳/۴	۵/۷	۳/۳	۱/۲	۸/۸	۷/۸	۵۴/۴	۳/۳	۳/۲	۲/۴	۴/۲۱	۸/۹	۵/۴۳
	خط پایه	۲۲	۱۷	۱۰	۲۳	۱۸	۱۳	۲۰	۲۹	۲۰	۱۴	۱۰	۲۳	۲۷	۲۷	۱۷	۲۸۹
	پایان درمان	۱۸	۱۶	۹	۱۶	۱۵	۱۲	۱۴	۲۱	۱۸	۱۲	۹	۲۱	۲۱	۲۲	۱۶	۲۴۰
سوم؛	پایان پیگیری	۱۵	۱۴	۷	۱۲	۱۰	۱۱	۱۲	۱۷	۱۶	۱۱	۱۲	۱۷	۱۶	۱۹	۱۲	۱۹۸
	درصد بهبودی کل	۳۱/۸	۱۶/۷	۳۳	۴۷/۸	۴۴	۱۵/۳	۴۴	۴۱/۳	۲۲	۲۱/۴	۱۶	۲۶	۴۰/۷	۲۹/۶	۲۹/۴	۳۱
	شاخص تغییر پایا	۸/۹	۱/۴	۳/۴	۵/۷	۸/۴	۵/۷	۷/۶	۸/۸	۳/۴	۵/۶	۳/۲	۳/۵	۹/۶	۳/۳	۳/۴	۴/۷

بحث

زیر نقطه برش رساندن آماج‌ها، حکایت از معنی دار بودن نتایج به دست آمده از نظر آماری و بالینی در پژوهش‌های شبه آزمایشی است. این کاهش شامل خرده مقیاس‌های پرسشنامه طرحواره یانگ بوده است. در تمامی آزمودنی‌های مورد مطالعه در این پژوهش، ثبات خطوط پایه کاملاً مشهود بوده است، در نتیجه چه در مقایسه هر فرد با خط پایه خودش و چه در مقایسه با آزمودنی قبلی و بعدی، می‌توان مطمئن بود که تغییرات حاصله در شیب خطوط و روند فراز و فرود نمودارها، ناشی از اعمال مداخلات بالینی و شبه آزمایشی است. آزمودنی‌ها با وجود تفاوت‌های فردی و شدت مختلف علایم اختلال، میزانی از بهبودی را تجربه کرده‌اند، گرچه این بهبودی کامل و صد در صد نیست، اما وجود دوره‌های بدون نشانه در طی اعمال مداخلات درمانی در مقایسه با ثبات پیش از درمان، نشان دهنده اثر درمانی طرحواره درمانی در این مطالعه شبه آزمایشی می‌باشد. دومین

در مطالعه های مختلف این فرضیه مطرح شده است که طرحواره های ناسازگار اولیه می‌توانند در بروز و تداوم اختلال استرس پس از ضربه موثر باشند (۹-۴). هدف این مطالعه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، این روش طرحواره درمانی و مداخلات ناشی از آن در کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه موفق بوده است، یعنی طرحواره درمانی توانست ملاک‌های اثربخشی را احراز نماید. نخستین شاخص برای اثربخشی «اندازه تغییر» است؛ یعنی اینکه چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟ کاهش در میزان و شدت طرحواره های ناسازگار به عنوان آماج و اهداف اصلی درمان و به

مشارکت داشته اند و ۱۰۰ درصد آنها درمان را به پایان رسانده اند. این نتایج با نتایجی که در خصوص درمان های شناختی- رفتاری گزارش می شود، که نرخ افرادی که درمان را ترک کرده اند زیاد می باشد، مغایرت دارد(۱۴). بنابراین طرحواره درمانی توانسته است همه بیماران را تا انتهای درمان نگه دارد و از لحاظ این ملاک نیز اثر بخشی خود را به اثبات برساند. پنجمین ملاک اثربخشی "ایمنی" است. ایمنی اشاره دارد به این که آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی آزمودنی ها کاهش یافته است و یا خیر؟ همان طور که بیان شد این درمان توانست شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه را به طور معنی داری از نظر بالینی کاهش دهد. بنابراین نه تنها کاهش در سلامت نداشتند، بلکه در حوزه سلامت روان و جسم رشدی را نیز داشته اند. تحقیقات مختلف نشان داده اند که علائم PTSD باعث کاهش سلامت جسم و روان می شود(۱۵). بنابراین می توان گفت که درمان طرحواره محور توانست این ملاک اثربخشی را کسب نماید، هر چند تغییر بعضی علائم متفاوت از دیگری بوده است. بنابراین می توان بیان نمود که درمان طرحواره می تواند سلامت روانی و جسمی بیماران را در فرایند درمان افزایش دهد. ملاک ششم اثربخشی "ثبات" است. ثبات یعنی دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته اند؟ به اعتقاد برخی محققین پیگیری دوماهه برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمانی کافی است(۱۶). همان طور که نتایج نشان داد، اثرات درمان در دوره پی گیری (دوماهه) در تمامی آماج درمانی (درکاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار

ملاک اثربخشی "کلیت تغییر" است. کلیت تغییر به این مورد اشاره دارد که چند درصد افراد تغییر کرده اند و چند درصد تغییر نکرده اند؟ همانطور که مشاهده شد نتایج تحقیق نشان داد که هر سه بیمار نسبت به جلسات خط پایه، در فرآیند درمان و پس از آن تغییرات محسوس را در آماج های درمانی داشته اند. با وجود آنکه این میزان تغییر برای آزمودنی های متفاوت مختلف بوده است، اما برای ارزیابی این ملاک می توان گفت که ۱۰۰ درصد آزمودنی های تحقیق تغییر کرده اند. تغییر بالینی معنی دار در کاهش علائم اختلال و در نتیجه تغییر آزمودنی ها در فرآیند درمان که در کلیت تغییر به آن اشاره شد، نشان می دهد ملاک سوم اثربخشی که "عمومیت تغییر" می باشد نیز طرحواره درمانی را اثربخش در درمان علائم PTSD ارزیابی می نماید. عمومیت تغییر اشاره دارد به این که در سایر حوزه های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟ چهارمین ملاک اثربخشی "میزان پذیرش" به اندازه ای بود که افراد در درمان مشارکت داشته اند. همان طور که در نتایج برگرفته از شرح توصیفی بیماران که از پرسشنامه اجرا شده «سرگذشت زندگی لازاروس» به دست آمد بیان شد، آزمودنی های پژوهش از ابتدا تا انتها در جلسات درمانی مشارکت داشته و در تمامی ۲۱ جلسه درمان حضور یافته، تکالیف خانگی را تقریباً به طور کامل انجام داده و بیماران با انگیزه کافی در جلسات شرکت نمودند، که شاید به علت انعطاف پذیری درمان طرحواره محور است بوده باشد. لذا در مورد این ملاک می توان گفت که همه بیماران در درمان

اولیه)، تمامی حوزه‌ها است. طرحواره‌های ناسازگار (۱۳ حوزه از ۱۵ حوزه) و سبک‌های مقابله‌ای ثبات‌داشته و به علاوه در برخی موارد در دوره پیگیری نیز این ثبات عمیق‌تر شده است و روند بهبودی ادامه داشته است. به جز در دو حوزه بی‌کفایتی و خویش‌ن‌داری ثبات وجود نداشت. بنابراین طرحواره‌درمانی در دوره پیگیری قادر بود، دستاوردهای درمانی را در بیماران حفظ کند و روند بهبودی را ادامه دهد و اثر بخشی خود را به لحاظ این ملاک نیز احراز نماید.

در طرحواره‌درمانی، هدف اصلی تضعیف طرحواره ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است. در طرحواره‌درمانی، درمانگر به بیمار کمک می‌کند انتخاب‌های سالم‌تری انجام دهد، رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار و الگوهای رفتاری خود آسیب‌رسان زندگی را کنار بگذارد (۱۷). مطالعات حاکی از نقش داشتن طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز آسیب‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی هستند (۸ و ۸). لذا این احتمال نیز وجود دارد که طرحواره‌های اولیه با اختلال استرس پس از ضربه در ارتباط باشند. علاوه بر این، با توجه به این فرضیه که طرحواره‌های ناسازگار و ارزیابی یا شناخت‌های منفی مرتبط با آنان می‌توانند فرد را مستعد آن سازند که به یک واقعه‌ی آسیب‌زا با اختلال استرس پس از ضربه واکنش نشان دهد (۲۱). این احتمال وجود دارد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با درون‌مایه‌های منفی خود، سطوح بالای عواطف منفی و رفتارهای مربوطه، منجر به بروز اختلال پس

از ضربه نیز بشوند. گرچه طرحواره‌ها تحت شرایط تحریک‌کننده‌ی گوناگون برانگیخته می‌شوند، اما به دلیل آن که در هنگام بروز ضربه آستانه‌ی فعال‌سازی طرحواره‌های ناکارآمد به میزان چشمگیری پایین می‌آید، ضربه در تحریک طرحواره به عمل کردن بسیار قدرتمند است (۲۲). بسیاری از مطالعات نشانگر وجود رابطه بین توجه ناکافی در دوران کودکی و بروز اختلالات افسردگی و اضطراب از جمله اختلال استرس پس از ضربه می‌باشند. مطالعات اخیر همچنین حاکی از وجود رابطه‌ی بین وقایع منفی دوران کودکی و ایجاد شیوه‌های شناختی ناکارآمد می‌باشند (۲۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای شرایطی که در آن به وجود آمده‌اند مناسب هستند، اما معمولاً خود را با شرایط متغیر تطبیق نمی‌دهند و فرد را مستعد بروز علایم اختلالات روانی می‌کنند (۱۷ و ۱۵). می‌توان این فرضیه را ارایه نمود که طرحواره‌ها ممکن است هسته‌ی آسیب‌شناسی و آسیب‌های روانی باشند. از این رو اصلاح طرحواره‌ها می‌تواند راهی برای دستیابی به بهبود بالینی دیرپا باشد (۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به تغییرات مثبت در تمام ملاک‌های اثربخشی که در مطالعات بالینی به عنوان شاخص‌های بهبودی یک روش درمانی از آنها یاد می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت که این روش درمانی با اصلاح و ترمیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه که بعضاً نتیجه تجربیات دوران اولیه تحولی می‌باشند، احتمالاً

در درمان پایدار اختلال استرس پس از ضربه موفق است. بنابراین با توجه به اثبات اثربخشی این روش درمان در درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ می توان طرحواره درمانی را، روش درمانی اثربخشی بر کاهش شدت طرحواره های ناسازگار اولیه دانست و حتی با توجه به تاثیر مضاعف بر اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه که نقشی اساسی در شکل گیری، ایجاد و تداوم PTSD دارند، را جایگزین سایر درمان های این اختلال نمود. در نهایت این که می توان این درمان را به سایر درمان ها در تابلوی بالینی درمان های روان شناختی اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ اضافه نمود

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل بخشی از پایان نامه دکترای روانشناسی عمومی مصوب دانشگاه علامه طباطبایی تهران است که بدون حمایت مالی هیچ نهاد و سازمانی انجام پذیرفت.

REFERENCES:

1. Cockram D. Role and Treatment of early maladaptive schemas in Vietnam Veterans with PTSD; Thesis for the degree of Doctor of psychology clinical Murdoch university, 2009.
2. Horly WP, Baker DG. Competing and complementary models of combat stress injury. In Figley CR, Nash WP (editors). *Combat stress injury: Theory, research, and management*. New York: Routledge; 2010; 65-94.
3. Wesman T, Owiell A. Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder The evolution of multirepresentational theorising. *Psychological Bulletin* 2007; 130(2): 228-60.
4. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2006; 13: 405-13.
5. Mcfari RG, Micing AG, Marazo MG. Study of the psychological profiles of the spouses of war veterans with PTSD (using the SCL-90-R) in Chaharmahal-o-Bakhtiari province. Dissertation for the master of sciences degree. Isfahan: Isfahan University. *J Ornal Clin Psychol* 1989; 45(7): 20.
6. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press; 2003; 43.
7. Riso LP, Maddux RE, Tannin-Santorelli N. Early maladaptive schemas in chronic depression. In: Riso LP, Toit PL, Stein DJ, Young JE (editors). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist practitioner guide*. Washington, DC: American Psychological Association; 2007.
8. Ahmadian GM. The comparison of early maladaptive schemas in depressive patients with suicide attempts with depressive patients with suicide attempts and non-clinical persons. *Advances in Cognitive Science* 2009; Tehran University. A master degree thesis
9. Riso PL, du Toit DJ, Stein JE. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist – practitioner guide*. Washington. DC: American Psychological Association; 2003; (ع)^{۵۲}
10. Zinati AA. The effectiveness of imagery receipting and reproce ssing therapy on reduction of subjective units of distress and recurrent images on war disabled with post traumatic stress disorder. Tehran: Allame Tabatabaee University. A master degree thesis.
11. Streimer JH, Cosstick J, Tennant C. The psychosocial adjustment of Australian Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry* 1985; 142: 616-8.
12. Khorshidzadeh M. The Effectiveness of Schema Therapy in the Treatment of Women with Social Anxiety Disorder. Tehran: Allame Tabatabaee University. A Doctora Degree Thesis 2011; 12: 50.
13. Bomber M, McMahon R. The role of maladaptive schemas at work. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2008; 15: 96-112.
14. Bomber M, McMahon R. The role of maladaptive schemas at work. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2008; 15: 96-112.
15. Foa EB, Riggs DS. Posttraumatic stress disorder and rape. In: Pynoos RS (editor). *Posttraumatic stress disorder: A clinical review*. Baltimore, MI: The Sidron Foundation & Press; 1994; 133-163.
16. Field EL, Norman P, Barton J. Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke. *Behaviour Research and Therapy* 2008; 46(1): 62-70.
17. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press; 2003.
18. Madhi E. Investigating development and specialities of war PTSD in iran. *Basij Quarterly* 2007; Volume 10, Issue 5; 56-64
19. Bakhtavar E, & et al. (2007). Efficacy of Meta Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Self Punishment in Patients with Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*; 5(2): 93-97.
20. Mueser, K. T. Bolton, E. Carry, P. C. Bradley, M. J. Ahlgren, K. F. DiStaso, D. R. et al. Comparison the effectiveness of "cognitive-behavioral" and "eye movement desensitization reprocessing" treatment models on patients with war post-traumatic stress disorder. *Iranian Journal of Military Medicine* 2010; 12(3): 173-8.
21. Bryant RA, Guthrie RM. Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75(5): 812-5.
22. Gibb B, Alloy L, Abramson L, Rose D, Whitehouse W, Donovan P. et al. History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research* 2001; 25(4): 425-46.
23. Simmons CA, Granvold DK. A cognitive model to explain gender differences in rate of PTSD diagnosis. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2005; 5(3): 290-9.

The Effectiveness of schema therapy in reduction of Early maladaptive schemas on PTSD Veterans Men

Moosaviasl SA^{1*}, Moosavi Sadat Z²,

¹Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran, ² Department of Theology, Payam Noor University, Tehran, Iran

Received: 12 NOV 2013 Accepted: 22 Jan 2014

Abstract

Background & aim: Despite the wide variety methods of psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder, still a significant number of patients do not respond to treatment or show a low relatively improvement. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of schema therapy in reducing the early severity of maladaptive schemas of male veterans with post-traumatic stress disorder.

Methods: The present experimental study was conducted on three male veterans with post-traumatic stress disorder. Twenty one sessions of therapy was performed according to the Young's model scheme for changing the rate and severity of early maladaptive schemas on the subjects at the end of the protocol and were reassessed follow-up treatment during the two-month. Research tools consisted of a short questionnaire form of the Young, Schema Questionnaire, Young Compensation Inventory, and Young Shun - vote, Millon Clinical Multiaxial Inventory Scale, Clinician Administered PSDS, Mississippi for post-traumatic stress disorder and comprehensive international diagnostic interview.

Results: The findings showed that the Schema therapy reduced the severity of maladaptive schemas in patients with post-traumatic stress disorder and follow-up period of treatment indicates the consistency of treatment.

Discussion: Schema therapy targeting the root growth impairment and restructuring of maladaptive schemas able to treat persistent symptoms of post-traumatic stress disorder and decreased their incompatible schemas activity.

Key words: Schema Therapy, PTSD, Veterans, Early Maladaptive Schemas

*Corresponding Author: Moosaviasl SA, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran

Email: mosaviali86@yahoo.com