

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یک عامل خطر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از

سانحه

یزدان نادری
دانشجو دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات
روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده
اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
علیرضا مرادی*
استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی،
مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا
وفا رحیمی موقر
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز
تحقیقات تروما و جراحی سینا
فاطمه رمضانزاده
کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه
خوارزمی

***نشانی تماس:** پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه
علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
رایانامه: moradi90@yahoo.com

هدف: اختلال استرس پس از سانحه با ویژگی‌های شناختی زیادی ارتباط دارد که می‌تواند از علائم این بیماری باشد و نظریه‌ی طرح‌واره‌ای در تبیین برخی از این ویژگی‌ها ممکن است مفید واقع شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه است. روش: این پژوهش شامل سه گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، گروه غیرمبتلا و گروه بهنجار (گروهی که ترومایی تجربه نکرده بودند) بود و هر گروه ۲۰ آزمودنی را در بر می‌گرفت. این سه گروه در متغیرهای سن و جنس همتا شدند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I در DSM-IV (SCID-I)، نسخه‌ی دوم (interview (BDI-II) Beck depression) سیاهه‌ی افسردگی بک (BDI II)، سیاهه‌ی اضطراب بک (anxiety interview Beck) ((BAI)، سیاهه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (Maladaptive Schema (YSQ) Early) و مقیاس خودسنجی تأثیر رویداد (Event Scale (IES-R) Impact of) بود. یافته‌ها: داده‌ها با روش تحلیل واریانس یک‌راهه و t مستقل تحلیل شدند. نتایج نشان داد که نمره‌ی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در بیشتر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (از قبیل طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوا (کناره‌گیری اجتماعی)، آسیب‌پذیری، بازداری هیجانی و خویش‌تن‌داری ناکافی) به طور معناداری بیش از سایر گروه‌هاست. نمره‌ی بیماران مبتلا به این اختلال در دو سیاهه‌ی افسردگی و اضطراب بک نیز به طور معناداری بیشتر بود. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان گفت که نظریه‌ی طرح‌واره در آسیب‌شناسی و درمان اختلال استرس پس از سانحه، نقش مهمی دارد.
کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (EMSs).

Early Maladaptive Schemas in Post-traumatic Stress Disorder Patients: A potential risk factor

Introduction: PTSD is known to be associated with various cognitive characteristics which seem to play an important role in its symptoms. The schema theory may be useful paradigm explaining some of these characteristics. The present study attempted to investigate the Early Maladaptive Schemas (EMSs) in PTSD. **Method:** This research recruited sex- and age-matched subjects who were submitted to three groups including PTSD, non-PTSD and normal (non-traumatized). Assessment tools were Beck's Depression Inventory (BDI-II), Beck's Anxiety Inventory (BAI), Early Maladaptive Schema (YSQ) as well as the Impact of Event Questionnaire (IES-R). **Results:** Data were analyzed using one-way analysis of variance and independent sample t -test. Results showed that Participants with PTSD in comparison to other groups demonstrate higher scores on most EMSs such as emotional deprivation, abandonment, social isolation, mistrust/abuse, vulnerability to harm or illness, emotional inhibition and insufficient self-control. In addition, the PTSD group demonstrated significantly elevated scores in BDI-II and BAI. **Conclusions:** Based on the present findings, schema theory appears to play an important part in the psychopathology and treatment of PTSD.

Keywords: Early Maladaptive Schemas (EMSs) and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

Yazdan Naderi
PhD student of Psychology,
Psychiatry and Behavioral Sciences
Research Center, Addiction Institute,
Mazandaran University of Medical
Sciences, Sari
Alireza Moradi*
Professor of Clinical Psychology,
University of Kharazmi, Sina Trauma
and Surgery Research Center
Vafa Rahimi-Movaghar
Associate Professor of Tehran
University of Medical Sciences, Sina
Tauma and Surgery Research Center.
Fateme Ramezanzade
MSc of Clinical Psychology, Faculty
of Psychology and Educational
Sciences University of Kharazmi

Corresponding Author:
Email: moradi90@yahoo.com

مقدمه

به ما می‌فهماند چطور یک تجربه‌ی تروماتیک می‌تواند دیدگاه افراد را به خود، دیگران و جهان تغییر دهد (۱۰). افراد بعد از تجربه‌ی رویداد تروماتیک، مکرر، بروز تغییرات عمیق در خود، دیگران و جهان‌شان را ابراز می‌کنند. این تجربه، مفهوم‌سازی آنها را از جهان به عنوان جایی مطمئن، پیش‌بینی‌پذیر و کنترل‌پذیر و نیز از خودشان و اینکه محافظت شده هستند برهم می‌زند (۱۱) و جهان را برای قربانی به جایی بی‌معنا، پیش‌بینی‌ناپذیر و کنترل‌ناپذیر تبدیل می‌کند؛ جایی که در آن فرد خود را در مقابل رویدادهای تصادفی شوم آسیب‌پذیر می‌بیند (۱۲).

یانگ (۳) اخیراً مطرح کرده که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در رشد آسیب‌های روانی ساختارهای کلیدی هستند و تا آنجا پیش رفته که هر یک از بیماران مبتلا به اختلالات محور یک و دو DSM را حداقل واجد سه طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه دانسته است (۳). رویکردهای متمرکز بر طرح‌واره مطرح می‌کنند که افراد ناخودآگاه به رویدادها، شرایط و روابطی کشانده می‌شوند یا آنها را طوری ارزیابی می‌کنند که ماشه‌چکانی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی آنها می‌شود (۳). طرح‌واره‌ها بعد از تجربه‌ی رویداد تروماتیک، این رویدادها را به معنای ذهنی انحصاری هر فرد بدل می‌کنند و به همین دلیل هم طرح‌واره‌ها نقش مهمی در فرایند معنادهی به رویدادهای تروماتیک دارند (۱۳). همچنین طرح‌واره‌های منفی پیش‌ترومای بیماران در مورد خود تا حدود ۲۰ درصد از پراکندگی ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را تبیین می‌کند (۸). این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی آن است که ارزیابی‌ها و طرح‌واره‌های منفی از پیش‌موجود افراد در مورد خود، دیگران و جهان می‌تواند عامل خطر ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه باشد (۱۴، ۸). این نظر با عقیده‌ی گری و همکاران (۹)، مبنی بر اینکه مشکل تطبیق دادن اطلاعات مرتبط با تروما با طرح‌واره‌های پیشین ممکن است عامل زیربنایی بروز این علائم باشد، هم‌خوان است.

سیمونز و گرانولد (۱۳) نیز گزارش دادند که پردازش طرح‌واره‌های ناسازگار، آسیب‌پذیری افراد را بعد از مواجهه با رویداد تروماتیک بیشتر می‌کند و این ممکن است میزان ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را در افرادی که واجد طرح‌واره‌های ناسازگارند افزایش دهد. سایر طرح‌واره‌ها و باورهای منفی نیز ممکن است موجب ارزیابی افراطی از احتمال خطر در زندگی روزمره (مثلاً، بیش‌برآوردی احتمال

اختلال استرس پس از سانحه، یک واکنش رایج به رویدادهای تروماتیک از قبیل تجاوز، بلایای طبیعی و فجایع انسانی و تصادفات شدید است. علائم این اختلال شامل بازتجربه‌ی ناخواسته و تکراری رویداد، اجتناب از یادآورنده‌های رویداد تروماتیک، دگرگونی قابل ملاحظه در بیش‌برانگیختگی و واکنش‌پذیری افراطی و تغییرات منفی در شناخت‌واره‌ها و خلق مربوط به رویداد تروماتیک می‌شود (DSM-V^۱) (۱). بسیاری از افراد بلافاصله بعد از تجربه‌ی این نوع رویدادها چنین علائمی را نشان داده و اغلب آنها بعد از چند هفته بهبود می‌یابند، ولی تعداد قابل توجهی همچنان علائم بعد از تروما را نشان می‌دهند (۲). یکی از مهم‌ترین سازه‌ها در آسیب‌شناسی و درمان اختلال استرس پس از سانحه، در سال‌های اخیر، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (۳-۵)؛ به طوری که تلویحاً به عنوان یکی از ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه در DSM-V مطرح شده است (۱).

به نظر یانگ و همکاران (۳)، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در آغاز رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. در پاسخ به طرح‌واره‌ها، الگوهای رفتاری، هیجانی و شناختی ناسازگاری به وجود می‌آیند که افراد را در برابر انواع اختلالات روانی آسیب‌پذیر می‌کنند. از این رو، وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند در افرادی که بعد از تجربه‌ی تروما مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند، یک عامل خطر تلقی شود.

مدل‌های مبتنی بر طرح‌واره‌ی اختلال استرس پس از سانحه، بخشی از رنج‌های روان‌شناختی ناشی از تجربه‌ی رویداد تروماتیک را تبیین می‌کنند (۵)؛ به طوری که بر اساس رویکرد طرح‌واره‌ای، افراد مبتلا به این اختلال علاوه بر نشانگان تشخیصی، با تغییرات عمیق در نگرش به خود، دیگران و جهان مشخص می‌شوند (۶) از این روی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در آسیب‌پذیری این افراد در برابر اختلال استرس پس از سانحه نقش مهمی دارند (۷-۹).

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، زمینه‌ی بسیار پایا و بادوام بین‌فردی و بسیار ناکارآمدی است که در جریان کودکی رشد می‌کند و در تمام طول عمر گسترش می‌یابد و از این رو، افراد را در برابر اختلالات روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌کند (۵). یانگ (۳) ۱۸ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه را شناسایی و آنها را به پنج حوزه‌ی طرح‌واره‌ای تقسیم کرد (جدول ۱). اختلال استرس پس از سانحه، بهترین نمونه از اختلالاتی است که

1. Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

جدول ۱- طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

توصیف	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
احساس بی‌ثباتی و رهاشدگی از طرف افراد نزدیک برای به دست آوردن حمایت عاطفی و ارتباطی؛	رهایبی / بی‌ثباتی (Abandonment/Instability)
فرد انتظار دارد که دیگران به وی آسیب می‌رسانند، مسخره‌اش کرده و از او سوءاستفاده می‌کنند.	بی‌اعتمادی/سوءاستفاده (Mistrust/Abuse)
نارضایتی فرد از همدلی و مراقبت دیگران و اهمیت دادن به او؛	محرومیت هیجانی (Emotional Deprivation)
احساس بیگانگی فرد با این دنیا و تفاوت زیاد با دیگران احساس کردن؛	بیگانگی یا انزوای اجتماعی (Social Isolation/Alienation)
عقیده به اینکه نمی‌تواند بدون کمک دیگران از پس کارهای روزمره‌ی خود به خوبی برآید.	وابستگی (Dependence)
ترس اغراق شده از خطری قریب الوقوع (مالی، طبیعی، پزشکی، جنایی) که تهدیدش می‌کند.	آسیب پذیر بودن (Vulnerability to Harm or Illness)
به هم تنیدگی عاطفی افراطی و نزدیکی با افراد مهم زندگی به بهای از دست دادن فردیت؛	گرفتار (Enmeshment)
اعتقاد به اینکه نسبت به هم سن‌های خود انسان بی‌کفایتی است.	شکست (Failure)
ترس از رفتارهای کنترل‌ناپذیر و تکانشی خود که ممکن است به دیگران آسیب برساند.	ترس از ازدست دادن کنترل
تمرکز افراطی بر پاسخ‌گویی به نیازهای دیگران، به قیمت عدم ارضای نیازهای خویش؛	قربانی کردن خود (Self-Sacrifice)
تسلیم شدن به دیگران و اطاعت کردن از آنها برای اجتناب از عواقب منفی سرپیچی کردن؛	اطاعت (Subjugation)
باور به لزوم بازداری از هیجان‌ها و رفتارهای خود به خودی، به خاطر اجتناب از عدم تأیید دیگران و احساس شرمساری؛	بازداری هیجانی (Emotional Inhibition)
این باور که فرد باید برای رسیدن به معیارهای سرسختانه درونی در مورد رفتار و عملکردش تلاش کند.	معیارهای سخت‌گیرانه (Unrelenting Standards)
اعتقاد به خودبرتربینی و حق داشتن حقوق و مزایای خاص؛	استحقاق (Entitlement)
داشتن مشکلاتی عمیق در کنترل خود و تحمل ناکامی در رسیدن به اهداف شخصی.	خویشتر داری ناکافی (Insufficient Self-Control)

اگرچه اغلب پژوهش‌های این حوزه حاکی از اهمیت طرح‌واره‌ها در این اختلال است، اما یافته‌های به دست آمده محدود و در برخی موارد ناهم‌خوان است (۴، ۱۰). از این رو، پژوهش حاضر در پی شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است.

روش

برای اجرای این پژوهش، که از نوع علی-مقایسه‌ای است، از میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بیمارستان سینا (تهران) و قائم (مشهد)، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۰ بیمار (۹ مرد و ۱۱ زن) مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (ناشی از تصادف)، در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰، به عنوان گروه هدف انتخاب و با ۲۰ نفر که تجربه‌ی تصادف داشتند، ولی بر اساس مصاحبه‌ی تشخیصی فاقد ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه بودند و ۲۰ فرد عادی که هیچ تجربه‌ی تروماتیک نداشتند (بدون تروما)، در متغیرهای سن، جنس هم‌تا و در مطالعه شرکت داده شدند. افرادی که در معرض حادثه تروماتیک قرار گرفته بودند اما

وقوع دوباره‌ی تصادف، ارزیابی منفی رویدادهای تجربه‌شده (من انسان بدی هستم و تصادف مجازات من است) و همچنین اضطراب، افسردگی، اجتناب و سرکوب شوند و زمینه‌ی ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را فراهم کنند (۱۴). پژوهش‌ها از این موضوع حمایت می‌کنند که طرح‌واره‌های ناسازگار در دوره‌های فاقد آسیب آشکار روانی پنهان‌اند، اما وقتی فعال می‌شوند در دسترس قرار گرفته و بر پردازش شناختی اثر می‌گذارند (۱۵)؛ گویا رویداد تروماتیک طرح‌واره‌های ناسازگار را فعال می‌کند. کوتاه اینک، طرح‌واره‌های فرد بازتاب توانایی‌های مقابله‌ای، تاب‌آوری، اعتماد و کارآمدی است و احتمالاً در پاسخ‌های پیش از تروما و بهبود بعد از تروما اثر دارد (۱۳).

با توجه به اهمیت طرح‌واره‌ها در بروز آسیب‌های روان‌شناختی (۳)، مطالعات انجام شده در زمینه‌ی شناخت‌های ناکارآمد در سطح طرح‌واره‌ها در اختلال استرس پس از سانحه اندک است که یک دلیل آن ممکن است این باشد که طرح‌واره‌ها معمولاً به عنوان ساختارهای شناختی ضمنی، به آسانی در دسترس نیستند (۱۶). از سوی دیگر،

سیاهه‌ی اضطراب بک: این سیاهه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب به کار می‌رود. آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده‌ی شدت اضطراب است انتخاب می‌کند. چهار گزینه‌ی هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از مواد یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین دامنه‌ی نمره‌ی کل این سیاهه از صفر تا ۶۳ تغییر می‌کند. در پژوهشی که کاپویانی و موسوی (۲۹) روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ بیمار مبتلا به اضطراب بالینی) انجام دادند، روایی ($r=0/72, p<0/001$)، پایایی ($r=0/83, p<0/001$) و ثبات درونی ($\text{Alpha}=0/92$) این سیاهه به دست آمد.

علت استفاده از دو سیاهه‌ی افسردگی و اضطراب بک این است که اختلال استرس پس از سانحه در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های روانی (DSM-IVTR) جزو اختلالات اضطرابی‌یی به شما می‌رود که میزان اضطراب آن قابل توجه و بررسی است. اختلال استرس پس از سانحه همبودی زیادی نیز با افسردگی دارد و در اغلب موارد تبیین و توضیح داده‌های پژوهشی در مورد اختلال استرس پس از سانحه از طریق افسردگی توجیه‌پذیر است. برای مثال مشکلات مربوط به سوگیری حافظه و بیش‌کلی‌گرایی در حافظه‌ی شرح حال است.

سیاهه‌ی خودسنجی تأثیر رویداد (IES-R): این سیاهه را وایس^۲ و مارمر^۳ (۱۷) هماهنگ با ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه برای پوشش علایم بیش‌برانگیختگی تدوین کرده‌اند. سیاهه شامل ۲۲ ماده است که هفت ماده‌ی آن به سیاهه‌ی اصلی و شش ماده از هفت ماده به علایم بیش‌برانگیختگی اضافه شده است. در ایران این سیاهه را مرادی ترجمه کرده و در مطالعات مختلف به کار رفته است. ثبات درونی با ضریب آلفای ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ و اعتبار آن مناسب است (۲۶).

سیاهه‌ی طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه‌ی یانگ (YSQ): سیاهه‌ی طرح‌واره‌ی یانگ، ابزاری است خودگزارش برای سنجش طرح‌واره‌ها که در آن بیمار، خود را بر اساس توصیف هر جمله، در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای می‌سنجد. سؤال‌های سیاهه به وسیله‌ی طرح‌واره‌ها دسته‌بندی می‌شود. کد دوحرفی که پس از چند جمله می‌آید،

علائم اختلال را نشان نمی‌دادند نیز یک ماه پس از حادثه‌ی تروما در درمانگاه‌های هر دو بیمارستان تحت مصاحبه‌ی تشخیصی قرار گرفتند و هیچ یک معیارهای لازم برای گرفتن تشخیص اختلال استرس پس از سانحه را نشان ندادند. آزمودنی‌های گروه عادی نیز از طریق نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به بازار انتخاب شدند. دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از نظر شدت متغیرهای متعدد (نوع تروما، فلج شدن، عمل جراحی مغز، از دست دادن کنترل اسفنکترها) همگن شدند. چنانچه پژوهشگر با مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته در هر یک از آزمودنی‌های سه گروه، تشخیص همبودی اختلال روان‌شناختی (برای مثال اختلال افسردگی، سوء‌مصرف مواد...) می‌داد، آزمودنی مورد نظر از جریان مصاحبه خارج می‌شد.

ابزار پژوهشی

مصاحبه‌ی بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلالات

محور I (SCID-I): مصاحبه‌ی کلینیکی نیمه ساختار یافته برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده‌ی محور I DSM-IV به کار می‌رود (۲۴). از این مصاحبه پس از دو نیمه کردن و تبدیل آن به دو نسخه‌ی بالینی (SCID-CV) و پژوهشی استفاده می‌شود. بعد از انتشار DSM-IV-TR و برای انطباق هر چه بیشتر ابزار با آن، هر ساله (تا سال ۲۰۱۰) بر مبنای پژوهش‌ها و تجربه‌ی بالینگران اصلاحاتی صورت گرفت که این اصلاحات نیز گردآوری، ترجمه و در نسخه‌ی فارسی اعمال شد (۲۵). پژوهش‌های اخیر نشان داده که روایی تشخیص‌هایی که با استفاده از مصاحبه‌ی کلینیکی نیمه ساختار یافته گذاشته شده، بیش از سایر مصاحبه‌های بالینی استاندارد است (۲۵).

سیاهه‌ی افسردگی بک (ویرایش دوم): این سیاهه که همانند نسخه‌ی اول ۲۱ سؤالی است و بر اساس نظریه‌ی شناختی بک تمام عناصر افسردگی را پوشش می‌دهد، شکل بازنگری شده‌ی نسخه‌ی اول است و برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده و همخوانی آن با معیارهای DSM-IV بیش از نسخه‌ی اول است. همبستگی این سیاهه با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون ۰/۷۱، پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۱ و همسانی درونی این سنج ۰/۹۱ گزارش شده است. مشخصات روان‌سنجی در یک نمونه‌ی ۹۴ نفری در ایران به شرح ذیل است: ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته، ۰/۹۴ (۲۸)

1. Structural clinical Interview for DSM
2. Weiss
3. Marmar

تهران و قائم در مشهد، پژوهشگر در بخش درمانگاه این دو بیمارستان شروع به کار کرد. بعد از انتخاب بیماران به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، ابزار به صورت تصادفی به آزمودنی‌ها ارائه شد. ابزارهای این پژوهش، نسخه‌ی دوم دو سیاهه‌ی اضطراب و افسردگی بک، سیاهه‌ی خودسنجی تأثیر رویداد و سیاهه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی یانگ بود. در گروه آزمایش، سیاهه‌ی خودسنجی تأثیر رویداد (برای سنجش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه)، اولین سیاهه‌ای بود که اجرا شد. شایان ذکر است که این افراد با مصاحبه‌ی بالینی تشخیص اختلال استرس پس از سانحه گرفته بودند. برای کنترل اثر تقدم و تأخر، ترتیب اجرای سیاهه‌ها و تکالیف تصادفی بود.

یافته‌ها

جدول ۲ نتایج مقایسه‌ی سن و سطح تحصیلات (برحسب سال) شرکت‌کنندگان سه گروه را، که تفاوت معناداری بین آنها وجود ندارد، نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، عملکرد گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در سیاهه‌ی خودسنجی تأثیر رویداد نشان می‌دهد که این گروه علایم

به درمانگر نشان می‌دهد که این سؤال‌ها به کدام طرح‌واره مربوط است. این سیاهه را یانگ بر مبنای مشاهدات بالینی برای شناسایی ۱۶ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه تهیه کرده و نسخه‌ی اولیه‌ی آن را صاحبی و حمیدپور (۲۷) به فارسی برگردانده‌اند. سیاهه ۲۰۵ سؤال دارد که هر سؤال در طیف لیکرت به صورت شش گزینه‌ای از کاملاً غلط (نمره‌ی یک) تا کاملاً درست (نمره‌ی شش) پاسخ داده می‌شود. این ابزار ۱۶ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه را در پنج حوزه‌ی "طرد و بریدگی"، "خودگردانی و عملکرد مختل"، "محدودیت‌های مختل"، "دیگرجهت‌مندی" و "گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری هیجانی" شناسایی می‌کند. اولین پژوهش جامع درباره‌ی ویژگی‌های روان‌سنجی این سیاهه را اسمیت، جوینر، یانگ و تسلیج (۱۸) انجام دادند که نتایج آن برای هر طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۰/۸۳ (برای طرح‌واره‌ی خود تحول‌نیافته/گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرح‌واره‌ی نقص/شرم) نشان داد. ضریب آزمون-بازآزمون در جمعیت غیربالینی ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود.

اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوز از مراجع ذی‌ربط دو بیمارستان سینا در

جدول ۲- مقایسه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سه گروه

ویژگی‌های جمعیت - شناختی	گروه	دامنه	میانگین (سال)	انحراف معیار	F	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
سن	مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه	۳۱-۴۱	۳۶/۳۰	۱۰/۳۳	۱/۶۸	۵۷	۰/۱۹
	غیر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه	۳۱-۴۱	۳۶/۶۵	۱۰/۵۲			
	افراد عادی	۲۸-۳۴	۳۱/۷۵	۶/۹۱			
سطح تحصیلات (بر اساس تعداد سال)	مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه	۷-۱۱	۹/۲۰	۴/۳۶	۰/۲۸۷	۵۷	۰/۷۵
	غیر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه	۵-۱۰	۸/۱۵	۴/۶۱			
	افراد عادی	۷-۹	۸/۶۰	۴/۱۹			

جدول ۳- آمار توصیفی گروه‌های دارای سابقه‌ی مواجهه با تروما در سیاهه‌ی خودسنجی تأثیر رویداد

مؤلفه	اختلال استرس پس از سانحه		بدون اختلال استرس پس از سانحه		df	t	سطح معناداری
	M	SD	M	SD			
تجربه مجدد Reexperience	۲۲/۹۵	۱/۹۸	۸/۶۵	۱/۹۸	۳۸	۲۰/۹۲	۰/۰۰۰
Avoidance اجتناب	۲۵/۲۰	۲/۴۸	۸/۹۰	۲/۴۸	۳۸	۱۸/۵۲	۰/۰۰۰
Hypervilgeny بیش برانگیختگی	۲۲/۹۵	۱/۵۵	۸/۷۰	۱/۵۵	۳۸	۲۶/۳۴	۰/۰۰۰
IES-Total نمره کل	۷۱/۱۰	۵/۱۶	۲۶/۰۵	۵/۰۵	۳۸	۲/۷۳	۰/۰۰۰

جدول ۴ - خصوصیات توصیفی سه گروه

شاخص‌ها	گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه میانگین (انحراف استاندارد)	گروه غیر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه میانگین (انحراف استاندارد)	گروه بهنجار میانگین (انحراف استاندارد)
سیاهه‌ی افسردگی بک	۳۰/۵۵ (۷/۴۳)	۱۰/۷۵ (۴/۲۹)	۱۰/۲۰ (۳/۲۰)
سیاهه‌ی اضطراب بک	۳۳/۴۵ (۵/۱۳)	۱۰/۷۵ (۴/۴۵)	۹/۷۰ (۳/۴۰)
طرح‌واره‌ی محرومیت	۱۸/۹۰ (۴/۴۵)	۹/۷۰ (۲/۷۵)	۹/۱۰ (۲/۴۷)
طرح‌واره‌ی رهاشدگی	۱۱/۳۰ (۳/۱۳)	۱۰/۱۵ (۳/۳۷)	۸/۰۵ (۱/۵۷)
طرح‌واره‌ی بی‌اعتمادی	۱۷/۷۵ (۵/۰۸)	۹/۷۰ (۳/۵۲)	۸/۹۰ (۲/۵۷)
طرح‌واره‌ی انزوا	۱۱/۰۵ (۳/۲۰)	۱۰/۱۰ (۲/۹۵)	۸/۷۵ (۲/۱۲)
طرح‌واره‌ی نقص و شرم	۸/۳۵ (۲/۰۸)	۹/۶۰ (۲/۸۳)	۷/۸۵ (۱/۹۸)
طرح‌واره‌ی شکست	۱۱/۸۰ (۴/۶۰)	۱۰/۳۳ (۳/۲۶)	۹/۳۵ (۲/۴۹)
طرح‌واره‌ی وابستگی	۹/۷۰ (۲/۰۱)	۹/۲۰ (۲/۰۶)	۸/۸۰ (۲/۰۵)
طرح‌واره‌ی آسیب‌پذیری	۲۱ (۳/۷۱)	۱۱/۳۵ (۲/۶۹)	۸/۴۰ (۱/۸۹)
طرح‌واره‌ی گرفتار	۸/۱۰ (۱/۹۷)	۸/۲۵ (۱/۵۱)	۸/۳۰ (۲/۰۵)
طرح‌واره‌ی اطاعت	۸/۰۵ (۱/۳۵)	۸/۶۰ (۱/۸۴)	۸/۳۵ (۲/۳۱)
طرح‌واره‌ی ایثار	۹/۵۰ (۲/۵۹)	۸/۷۵ (۱/۸۹)	۸/۵۷ (۲/۳۲)
طرح‌واره‌ی بازداری هیجانی	۱۹/۴۵ (۲/۹۴)	۸/۷۵ (۱/۹۷)	۸/۹۵ (۳/۰۵)
طرح‌واره‌ی معیارهای سرسختانه	۹/۲۵ (۱/۵۸)	۸/۹۵ (۱/۸۳)	۹/۹۵ (۳/۰۵)
طرح‌واره‌ی استحقاق	۸/۶۵ (۱/۴۹)	۸/۷۵ (۱/۴۲)	۸/۱۵ (۱/۹۸)
طرح‌واره‌ی خویش‌نمایی ناکافی	۱۱/۱۰ (۲/۷۶)	۸/۶۰ (۱/۳۱)	۸/۴۰ (۲/۳۲)

بالینی ارائه شده در مقیاس مذکور را دارند. عملکرد دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نیز تفاوت معناداری داشت ($p < 0.001$). این نکته نشان می‌دهد که گروه غیر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، در حال حاضر، دارای نشانه‌های اختلال نبوده و مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نیستند.

وضعیت متغیرهای افسردگی، اضطراب و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بررسی و با دو گروه کنترل (افراد عادی و بدون اختلال) مقایسه و داده‌ها با واریانس یک‌راهه (ANOVA) تحلیل شد. جدول ۴ شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و افسردگی و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، در اغلب طرح‌واره‌ها بیشترین میانگین را به خود اختصاص داده است.

برای مقایسه‌ی گروه‌ها در دو متغیر اضطراب و افسردگی و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد (جدول ۵) که نشان می‌دهد، تفاوت گروه مبتلا به استرس پس از سانحه با گروه‌های غیرمبتلا و سالم در اغلب مقیاس‌ها معنادار است. از آنجا که

یکی از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه همگنی واریانس‌ها متغیر وابسته است، بعد از آزمون این فرض، فقط اختلاف در واریانس متغیرهای سیاهه‌ی افسردگی بک، بی‌اعتمادی، رهاشدگی و آسیب‌پذیری سه گروه معنادار بود. از طرفی با توجه به اینکه حجم گروه‌ها برابر و سایر مفروضات تحلیل واریانس (مانند نرمال بودن توزیع متغیر در جامعه و استقلال نمونه‌ها) رعایت شده است، این نتایج را می‌توان با احتیاط تفسیر کرد. جدول ۵ فقط زیرمقیاس‌هایی را نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های آنها در سه گروه در سطح 0.05 معنادار بوده است و از ارائه‌ی زیرمقیاس‌هایی که سه گروه در آنها تفاوت معناداری نشان ندادند خودداری شد.

پس از تحلیل واریانس یک‌راهه، برای فهمیدن وضعیت معناداری دوتایی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و فقط متغیرهایی در این آزمون بررسی شدند که گروه‌ها در آن متغیر در آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه تفاوت معنادار داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بیش از گروه غیرمبتلا و

جدول ۵- تحلیل واریانس یک‌راهه برای متغیرهای اضطراب و افسردگی و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

متغیرها	منابع تغییر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
سیاهه‌ی افسردگی بک	بین گروهی	۵۳۷۶/۴۳	۲	۲۶۸۸/۲۱	۹۶/۱۳	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۱۵۹۳/۹۰	۵۷	۲۷/۶۹		
	کل	۶۹۷۰/۳۳	۵۹			
سیاهه‌ی اضطراب بک	بین گروهی	۷۲۰۳/۰۳	۲	۳۶۰۱/۵۱	۱۸۶/۸۱۱	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۱۰۹۸/۹۰	۵۷	۱۹/۲۷		
	کل	۸۳۰۱/۹۳	۵۹			
طرح‌واره‌ی محرومیت	بین گروهی	۱۲۰۶/۹۳	۲	۶۰۳/۴۶	۵۰/۱۵	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۶۸۵/۸۰	۵۷	۱۲/۰۳		
	کل	۱۸۹۲/۸۳	۵۹			
طرح‌واره‌ی رهاشدگی	بین گروهی	۱۰۸/۶۶	۲	۵۴/۳۱	۶/۷۹	۰/۰۰۲
	درون گروهی	۴۵۵/۷۰	۵۷	۷/۹۹		
	کل	۵۶۴/۳۳	۵۹			
طرح‌واره‌ی بی‌اعتمادی	بین گروهی	۹۵۸/۴۳	۲	۴۷۹/۲۱	۳۱/۹۹	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۷۵۳/۸۵	۵۷	۱۴/۹۷		
	کل	۱۸۱۲/۱۸	۵۹			
طرح‌واره‌ی انزوا	بین گروهی	۵۳/۴۳	۲	۲۶/۷۱	۳/۴۱	۰/۰۴
	درون گروهی	۴۴۶/۵۰	۵۷	۷/۸۳		
	کل	۴۹۹/۹۳	۵۹			
طرح‌واره‌ی آسیب‌پذیری	بین گروهی	۷۳۳۷/۲۳	۲	۸۶۸/۶۱	۱۰۴/۱۵	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۴۵۷/۳۵	۵۷	۸/۳۳		
	کل	۲۲۱۲/۵۸	۵۹			
طرح‌واره‌ی بازداری هیجانی	بین گروهی	۱۴۹۸/۵۳	۲	۷۴۹/۲۶	۱۰۲/۷۵	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۴۱۵/۶۵	۵۷	۷/۲۶		
	کل	۱۹۱۴/۱۸	۵۹			
طرح‌واره‌ی خویشتن‌داری ناکافی	بین گروهی	۸۸/۶۳	۲	۴۴/۳۱	۱۰/۰۴	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۲۵۱/۵۵	۵۷	۴/۴۱		
	کل	۳۴۰/۱۸	۵۹			

به PTSD مورد تأیید قرار دادند. از آنجا که چندین شاخص از سیاهه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار برخی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را توصیف می‌کنند، ممکن است این علائم خود را در شاخص‌های طرح‌واره‌ی ناسازگار نشان دهند. برای مثال، می‌توان به کسب نمره‌ی بالا در طرح‌واره‌ی آسیب‌پذیری در برابر صدمه با علائم تجربه‌ی مجدد و بیش‌برانگیختگی اشاره کرد که خود را به شکل ترس از وقوع دوباره‌ی یک فاجعه یا یک خطر قریب‌الوقوع نشان می‌دهد (۱). طرح‌واره‌ی انزوای اجتماعی ممکن است به علائم گسستگی و بیگانگی از دیگران شباهت داشته باشد. این طرح‌واره فعالیت‌های اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را به طور پیش‌رونده محدود می‌کند (۱). به نظر برخی پژوهشگران، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ممکن است با رویدادهای تروماتیک فعال شوند و فرد را به

بهنجار طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (EMS) دارند. این یافته‌ها حاکی از آن است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به طور معنادار با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ارتباط دارند؛ به این صورت که نمرات بیماران مبتلا به این اختلال، در طرح‌واره‌های محرومیت، بی‌اعتمادی، رهاشدگی، آسیب‌پذیری، بازداری هیجانی، خویشتن‌داری ناکافی به طور معناداری بیش از دو گروه دیگر است. از این یافته‌ها با توجه حمایت پژوهش‌های متعدد از وجود ارتباط قوی میان طرح‌واره‌های ناسازگار و اختلالات روانی (۱۹-۲۱) می‌توان دفاع کرد. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز هم‌خوان است (۴، ۱۰). شاید بتوان گفت بیماران مبتلا به استرس پس از سانحه، با داشتن این طرح‌واره‌ها در برابر ابتلا و تداوم به این اختلال آسیب‌پذیرتر از افراد دو گروه دیگر بودند. همچنان که پژوهش‌هایی چند (۱۴، ۱۳، ۸) نقش طرح‌واره‌های ناسازگار را به عنوان یک عامل خطر در ابتلا

جدول ۶- آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی میانگین گروه‌ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (فقط طرح‌واره‌هایی که آزمون ANOVA در آنها معنادار بود)

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین (i-j)	خطای معیار میانگین	سطح معناداری
سیاهه‌ی افسردگی بک	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۱۹/۸۰	۱/۶۷	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۲۰/۳۵	۱/۶۷	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۰/۵۵	۰/۱	۰/۱
سیاهه‌ی اضطراب بک	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۲۲/۷۰	۱/۳۸	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۲۳/۷۵	۱/۳۸	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۱/۰۵	۱/۳۸	۰/۱
طرح‌واره‌ی محرومیت	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۹/۲۰	۱/۰۶	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۹/۸۰	۱/۰۶	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۰/۶۰	۱/۰۶	۰/۱
طرح‌واره‌ی رهاشدگی	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۱/۱۵	۰/۸۹	۰/۶۱
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۳/۳۵	۰/۸۹	۰/۰۰۲
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۲/۱۰	۰/۸۹	۰/۰۶۷
طرح‌واره‌ی بی‌اعتمادی	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۸/۰۵	۱/۲۲	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۸/۸۵	۱/۲۲	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۰/۸۰	۱/۲۲	۰/۱
طرح‌واره‌ی انزوا	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۸/۰۵	۰/۸۸	۰/۸۶
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۸/۸۵	۰/۸۸	۰/۰۳۶
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۱/۵۳	۰/۸۸	۰/۳۹
طرح‌واره‌ی آسیب پذیری	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۹/۶۵	۰/۹۱	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۱۲/۶۰	۰/۹۱	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۲/۹۵	۰/۹۱	۰/۰۰۶
طرح‌واره‌ی بازداری هیجانی	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۱۰/۷۰	۰/۸۵	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۱۰/۵۰	۰/۸۵	۰/۰۰
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۰/۲۰	۰/۸۵	۰/۱
طرح‌واره‌ی خویشتن داری ناکافی	اختلال استرس پس از سانحه	بدون اختلال استرس پس از سانحه نرمال	۲/۵۰	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	سانحه نرمال	۲/۶۵	۰/۶۶	۰/۰۰۱
	بدون اختلال استرس پس از سانحه	نرمال	۰/۱۲	۰/۶۶	۰/۱

از یافته‌های این پژوهش درمی‌یابیم که طرح‌واره‌ی بی‌اعتمادی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به طور معناداری از دو گروه دیگر بیشتر است که شاید بتوان آن را این طور تبیین کرد که تجربه‌ی تروماتیک باعث تقویت یا به وجود آمدن این طرح‌واره در قربانیان تروما شده و لذا آنها نمی‌توانند به دیگران اعتماد کنند و جهان را ناعادلانه و غیرمنصفانه می‌پندارند (۶). شاید دلیل عدم ابتلای افراد دارای تجربه‌ی تروما به اختلال استرس پس از سانحه به نمرات پایین آنها در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و داشتن

هیجان‌های منفی قوی سوق دهند (۳). از این رو می‌توان گفت، نمرات بالای بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شاید به این بازگردد که رویداد تروماتیک طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌ی بیمار را فعال یا تقویت می‌کند (۱۳) و یا وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باعث آسیب‌پذیری افراد در موقعیت‌های استرس‌آمیز (رویداد تروماتیک) می‌شود و در نتیجه ممکن است این طرح‌واره‌ها در جریان تجربه‌ی رویداد تروماتیک فعال شده و آسیب‌پذیری افراد را در ابتلا به این اختلال بیشتر کند.

تفاوت نمرات این دو طرح‌واره بین دو گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و بهنجار معنادار است که می‌توان گفت تجربه‌ی تروما و ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه افراد را در برابر طرح‌واره‌های انزوا و رهاشدگی آسیب‌پذیر می‌کند.

با توجه به یافته‌های پژوهش، نمرات سه گروه در برخی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هیچ تفاوت معناداری نشان نداد؛ برای مثال، تفاوت سه گروه در نمرات طرح‌واره‌های نقص و شرم، وابستگی، شکست، ایثار و اطاعت، گرفتار، استحقاق تقریباً برابر بود که به نظر می‌رسد این طرح‌واره‌ها نتوانسته‌اند بین این سه گروه تمایز ایجاد کنند. پایین بودن نمرات طرح‌واره‌های شکست، وابستگی، استحقاق، ایثار و گرفتار با این نمرات در پژوهش‌های پیشین (۴،۱۰) هم‌خوان است. و سخن آخر اینکه، پاسخ‌گویی به این سؤال که تجربه‌ی اختلال استرس پس از سانحه، طرح‌واره‌های ناسازگار را تقویت یا ایجاد کرد؛ و یا طرح‌واره‌های ناسازگار باعث به وجود آمدن اختلال استرس پس از سانحه شد به پژوهش بیشتر نیاز مند است، ولی آنچه این پژوهش مشخص می‌کند، وجود یک رابطه‌ی قوی میان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال استرس پس از سانحه است.

دریافت: ۹۳/۸/۵ ; پذیرش: ۹۴/۳/۵

طرح‌واره‌های مثبت مربوط باشد؛ به عبارت دیگر، مطابق با ادعای دامور و همکاران (۶) ممکن است طرح‌واره‌های ناسازگار کمتر، از ابتلای این افراد به اختلال استرس پس از سانحه محافظت کرده باشد.

از سوی دیگر، پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در بازداری هیجانی نمره‌ی بالایی گرفتند که با یافته‌های پژوهش‌های متعدد هم‌خوان است. ویگنر (۲۲) مطرح کرد که بازمانده‌های تروما در اختلال استرس پس از سانحه، تلاش مستمری برای بازداری از افکار، هیجانات و تصاویر ذهنی ناراحت‌کننده به کار می‌بندند. ویگنر (۲۲) نیز مطرح کرد بیماران مبتلا به این اختلال تلاش می‌کنند تا هیجانات خود را، به خصوص در شرایط تنش‌زا، سرکوب کنند. همچنین در مفهوم‌سازی رویکردهای تنظیم هیجانی مطرح می‌شود که بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، از راهبردهای تنظیم هیجانی اجتنابی (مانند بازداری هیجانی و سرکوب ابراز هیجانی) بیش از اندازه استفاده می‌کنند (۲۳).

یکی از فرضیه‌های اصلی پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که تجربه‌ی تروما چه تأثیری بر پراکندگی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در سه گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، غیرمبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و بدون تروما دارد و آیا تجربه‌ی تروما باعث تغییر پراکندگی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در سه گروه می‌شود. با توجه به داده‌های پژوهش حاضر، یافته‌ها حاکی از آن است که نمرات طرح‌واره‌های انزوا و رهاشدگی در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تفاوت معناداری ندارد، ولی

منابع

1. Association AP. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5: bookpointUS; 2013.
2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry* 1995;52(12):60-1048.
3. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide: Guilford Press; 2003.
4. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical psychology & psychotherapy* 2010;17(3):82-165.
5. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Cambridge Univ Press; 2005.
6. Ali T, Dunmore E, Clark D, Ehlers A. The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2002;30(03):57-249.
7. Foa EB, Riggs DS. Posttraumatic stress disorder and rape. *Review of psychiatry* 1993;120-303.
8. Bryant RA, Guthrie RM. Maladaptive Appraisals as a Risk Factor for Posttraumatic Stress A Study of Trainee Firefighters. *Psychological Science* 2005;16(10):52-74.
9. Gray MJ, Maguen S, Litz BT. Schema Constructs and Cognitive Models of Posttraumatic Stress Disorder; 2007.
10. Boudoukha A, Przygodzki-Lionet N, Hautekeete M. Traumatic events and early maladaptive schemas (EMS): Prison guard psychological vulnerability. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*; 2011.
11. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Simon and Schuster; 2010.

12. Dagleish T. Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological bulletin* 2004;130(2):228.
13. 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.
14. Mueser KT, Bolton E, Carty PC, Bradley MJ, Ahlgren KF, DiStaso DR, et al. The trauma recovery group: A cognitive-behavioral program for post-traumatic stress disorder in persons with severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 2007;43(3):281-304.
15. Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE. Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide: American Psychological Association; 2007.
16. Segal ZV. Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin* 1988;103(2):147.
17. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale—Revise; 1997.
18. Schmidt NB, Joiner Jr TE, Young JE, Telch MJ. The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive therapy and research* 1995; 19(3):295-321.
19. Harris AE, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research* 2002;26(3):416-40.
20. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2006;13(6):13-40.
21. Waller G, Dickson C, Ohanian V. Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating behaviors* 2002;3(2):8-17.
22. Dagleish T, Mathews A, Wood J. Inhibition processes in cognition and emotion: A special case. *Handbook of cognition and emotion* 1999:66-243.
23. Boden MT, Westermann S, McRae K, Kuo J, Alvarez J, Kulkarni MR, et al. Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2013;32(3):296-314.
24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, D.C. : APA; 2000.
25. Mohammadkhani P, Jokar M, Jahani Tabesh O, Tamanaieefar Sh. Clinical Structured Interview for DSM-IV-TR Disorders. Tehran: Danje press; 2010.[persian].
26. Moradi A. R, Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dagleish T. Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychologica* 2008;127:645-653.
27. Sahebi A. Hamidpor H. Cognitive therapy for personality disorders: schema-focused approach. Tehran: 2005. [persian].
28. Fata L, Birashk B, Atif Waheed MK, Dobson K. By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information. *Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2005;2:20-5. [persian].
29. Hossein Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal* 2008;66(2):136-140.[Persian].