

طرح‌واره‌های هیجانی (ESs) در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه (PTSD): به عنوان یک عامل خطر در PTSD

یزدان نادری^۱

علیرضا مرادی^۲

فاطمه رمضان زاده^۳

مائده واقفی نژاد^۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۴

تاریخ وصول: ۹۴/۸/۱۰

چکیده

به نظر می‌رسد مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه در راهبردهای تنظیم هیجانی و چگونگی کنار آمدن با هیجان‌های دشوار دچار مشکلاتی هستند. مدل طرح‌واره‌های هیجانی ممکن است به عنوان یک مدل یکپارچه برخی از این ویژگی‌ها را توضیح دهد. هدف پژوهش حاضر بررسی طرح‌واره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به PTSD است. تعداد ۲۰ نفر بیمار مبتلا به PTSD بر اساس معیارهای DSM-IV-TR و ۲۰ نفر افرادی که تجربه تروما را داشتند (Non PTSD) و ۲۰ فرد بهنجار که در متغیرهای جنس و سن هم‌تا شده بودند در مطالعه شرکت کردند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I در DSM-IV (SCID-I)، سیاهه افسردگی بک نسخه ۲ (BDI II)، سیاهه اضطراب بک (BAI)، مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیهی (LESS)؛ مقیاس خودسنجی تاثیر رویداد (IES-R) بود. داده‌ها از طریق روش تحلیل واریانس یک‌راهه و t مستقل مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که افراد مبتلا به PTSD در مقایسه با دو گروه دیگر، بطور معناداری در طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه (نشخوارذهنی، احساس

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نویسنده مسئول) yazdan.nr66@yahoo.com
۲. استاد، روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا.
۳. کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی
۴. کارشناس ارشد، روان‌شناسی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران.

5. Beck depression interview (BDI-II)
6. Leahy emotional schema scale (LESS)

گناه، غیرقابل کنترل بودن، سرزنش) نمره بالاتر و در طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه (خودآگاهی هیجانی، پذیرش و توافق، قابل درک بودن) نمره پایین‌تری گزارش دادند. همچنین بیماران مبتلا به PTSD بطور معناداری در سیاهه BDI و BAI نمره بالاتری گرفتند. این نتایج علاوه بر فراهم نمودن طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه جایگزین، اهمیت بالینی مورد هدف قرار دادن و کاهش استفاده از طرح‌واره‌های هیجانی ناکارآمد در بافتار درمان اختلال PTSD را برجسته کرده‌است.

واژگان کلیدی: طرح‌واره‌های هیجانی، اختلال استرس پس از ضربه

مقدمه

اختلال استرس پس از ضربه یک واکنش رایج به رویدادهای تروماتیک از قبیل تجاوز، فاجعه‌های (طبیعی و انسانی) و تصادفات شدید است. علایم این اختلال شامل بازتجربه کردن ناخواسته و تکراری رویداد، اجتناب از یادآورنده‌های رویداد تروماتیک، دگرگونی قابل ملاحظه در بیش برانگیختگی و واکنش‌پذیری افراطی و تغییرات منفی در شناخت‌واره‌ها و خلق مربوط به رویداد تروماتیک می‌باشد (DSM-5). بسیاری از افراد بلافاصله بعد از تجربه این رویدادها چنین علائمی را نشان می‌دهند. با این حال، اغلب افراد بعد از چند هفته بهبود می‌یابند ولی تعداد قابل ملاحظه‌ای از افراد همچنان علائم بعد از تروما را نشان می‌دهند (کسلر^۲، سونیکا^۳، برومت^۴، هوگر^۵ و نلسون^۶، ۱۹۹۵). یکی از سازه‌هایی که اخیراً در آسیب‌شناسی و درمان اختلالات اضطرابی (بخصوص PTSD) مطرح شده است، سازه طرح‌واره‌های هیجانی است (لیهی، ۲۰۰۲، لیهی، ۲۰۰۷).

اختلالات روانشناختی ممکن است به عنوان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی در نظر گرفته شود. تاکید روی تنظیم هیجانی (طرح‌واره‌های هیجانی و اجتناب تجربی) توجه را از فرایندهای ارزیابی شناختی که عامل اولیه وجود آوردن آسیب‌های هیجانی هستند به فرایندهای تداوم و تغییر آنها معطوف می‌کند (بودن و همکاران، ۲۰۱۳). رویکردهای

1. Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. Kessler
3. Sonnega
4. Bromet
5. Hughes
6. Nelson

نظری همگرا در نقش تجربه هیجانی ممکن است اهمیت راهبردهای مداخله‌ای در پرداختن به مشکل پاسخ منفی بیماران نسبت به تجربه هیجانی را به خوبی تبیین کنند. نکته اساسی در اینجا این است که تغییر به سوی بهبودی با اجتناب از تجربه هیجانی ممکن نیست. علاوه بر این، مدل طرح‌واره‌های هیجانی رویکردی نوظهور است که همخوان با مدل‌های موج سوم رفتارگرایی می‌باشد و بر باورهای بنیادین هیجانی یا فلسفه‌ای که بیماران در مورد هیجان‌های خود دارند تاکید می‌کند. این مدل - درمان مبتنی بر طرح‌واره هیجانی مطرح می‌کند که افراد در ارزیابی، مفهوم‌سازی و پاسخ به هیجان‌های خود متفاوتند. این مدل که از درمان متمرکز بر هیجان (گرینبرگ، ۲۰۰۲)، مدل آموزش هیجانی و فلسفه هیجانی گاتمن گرفته شده است (گاتمن و همکاران، ۱۹۹۶) مطرح می‌کند که افراد در تمرین مواجهه سازی و تجربه هیجانی ناخوشایند بخاطر باورهایشان در مورد هیجان مقاومت خواهند کرد (لیهی، ۲۰۰۷). این رویکرد فراهیجانی ترس از هیجان‌های منفی (و اضطراب، احساسات بدنی و افکار) می‌تواند برای مدل درمان فراتشخیصی اختلالات اضطرابی مورد استفاده قرار گیرد. بیماران اضطرابی دارای آسیب‌پذیری زمینه‌ای بسیاری هستند، بصورتی که هر یک از اختلالات اضطرابی شامل نظریه‌ای از بدتنظیمی هیجانی (طرح‌واره‌های هیجانی ناکارآمد) است که زیربنای عدم تغییر آنها است (لیهی، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، نقش پردازش هیجانی در چندین مطالعه مورد توجه قرار گرفته است. بطوری که پنیسکر (۱۹۹۷) پردازش عاطفی را به عنوان یک عامل کاهنده بازداری عاطفه، افزاینده خودفهمی و خودبازتابی تعریف کرده است. تمرکز روی پردازش عاطفی می‌تواند شامل عواملی باشد که زمانی که یک عاطفه تجربه می‌شود وارد عمل شوند. این ممکن است شامل تشخیص و برجسب به یک عاطفه و تلاش در عدم بازداری و بزرگ‌نمایی یک عاطفه می‌باشد. همچنان که پنیسکر، ماینی و فرانکسیس (۱۹۹۷) پیشنهاد دادند پردازش هیجانی نه تنها بازتابی از عدم بازداری هیجان است، بلکه به فرد اجازه می‌دهد خودفهمی و خود بازتابی را در خود افزایش دهند. یکی از علائق خاص در این حوزه ساختار اختلال الکسی تایمیا است - که مشکلاتی در شناسایی و برجسب زدن به هیجان‌ها دارد. الکسی تایمیا به عنوان یک نقص «فراهیجانی» مشکلائی در نامیدن هیجان‌ها و شناسایی موقعیت‌هایی که

هیجانان را بوجود می‌آورند می‌باشد. علاوه بر این سطح بالای اضطراب با الکسی تایمیا رابطه مستقیم دارد (تیلور، ۱۹۹۷). در یک مطالعه روی ۸۵ بازمانده جنگ، الکسی تایمیا پیش بینی‌کننده PTSD بود (کولهرین و واتسون، ۲۰۰۳). و در مطالعه‌ای دیگر الکسی تایمیا به عنوان علائم اساسی (برای مثال بی حسی هیجانی) PTSD بود (بودورا، ۲۰۰۳). هر یک از بیماران اضطرابی دارای طرح‌واره‌های هیجانی (ارزیابی‌ها و راهبردها) در مورد احساسات بدنی، هیجانان یا افکار ناخواسته و تصاویر ذهنی که تجربه می‌کنند هستند. پژوهشگران دریافته‌اند که این طرح‌واره‌های هیجانی منفی با افسردگی، اضطراب و PTSD ارتباط دارد.

هر یک از اختلالات اضطرابی بر اساس نظریه ذهن است، بخصوص نظریه بیمار در مورد معنا، خطر، کنترل اضطراب و افکار و تصاویر ذهنی و احساسات بدنی همراه با اضطراب. هر یک از اختلالات اضطرابی ممکن است با یک مجموعه قواعد مشخص شده باشد که بیماران برای اجتناب از برانگیختگی اضطرابی، افکار و احساسات بدنی ناخوشایند بکار می‌بندند. این راهبردها شامل بیش برانگیختگی نسبت به هیجان، تلاش برای سرکوب کردن، و استفاده از رفتارهای ایمنی است. هر یک از این راه‌حل‌ها (طرح‌واره‌های هیجانی منفی) که بیمار اضطرابی بکار می‌بندد باعث شدیدتر شدن اختلالش می‌شود. و بخاطر این که بیماران اضطرابی تفسیر منفی در مورد افکار، احساسات بدنی و برانگیختگی دارند هر یک از آنها سعی می‌کنند علائمشان را محو کنند. این ارزیابی‌ها و راهبردهای مقابله‌ای که همان طرح‌واره‌های هیجانی هستند در آسیب‌شناسی، و درمان اختلال اضطرابی اهمیت فراوانی دارند (لیهی، ۲۰۱۲).

بک و همکارانش نشان دادند که افراد طرح‌واره‌های گوناگونی دارند؛ از قبیل طرح‌واره‌های هیجانی، بین فردی، تصمیمی و جسمی که هر کدام از آنها شامل یک مجموعه قواعدی هستند که افراد را به موقعیت‌های خاصی سوق می‌دهند (بک و همکاران، ۲۰۰۶). مشکل در کارکرد ممکن است به هر یک از این فرایندهای طرح‌واره‌ای برگردد. یکی از این طرح‌واره‌ها که اخیراً در سبب شناسی و درمان اختلالات اضطرابی (۲۰۰۲) مطرح شده است، طرح‌واره‌های هیجانی است. لیهی (۲۰۰۱) مطرح می‌کند

مفهوم‌سازی بیماران از هیجان‌ات و احساسات بدنی که تجربی می‌کنند، راهبردهایی که در برابر آن‌ها بکار می‌بندند و تلقی افراد از هیجان‌ات و احساسات بدنشان، طرح‌واره‌های هیجانی (ESS) نامیده می‌شوند. افراد ممکن است در ساختار و ارزیابی تجارب هیجانی (طرح‌واره‌های هیجانی) خود باهم متفاوت باشند. از سوی دیگر طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه در مورد هیجان‌ات ممکن است باعث بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد از قبیل اجتناب، نشخوارذهنی و نگرانی شود (لیهی، ۲۰۰۲، ۲۰۰۷). این مدل هماهنگ با مدل فراشناخت و لژ است که مطرح می‌کند ارزیابی‌ها و راهبردهایی که افراد در پاسخ به افکار مزاحم بکار می‌گیرند (از قبیل نگرانی و نشخوار ذهنی) افسردگی و اضطراب افراد را تداوم و شدتشان را بدتر می‌کند (ولز، ۲۰۰۹). مدل طرح‌واره‌های هیجانی نیز مطابق با مدل فراشناخت بر نقش ارزیابی‌های معانی تجارب، استمرار آن‌ها و اهمیت کنترل آن‌ها تاکید می‌کند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱).

رابرت لیهی در پژوهشی (۲۰۱۱) جزئیات شناختی مدل پردازش عاطفه که شامل ۱۴ طرح‌واره هیجانی است و بازتابنده‌ی چگونگی پردازش شناختی عواطف و استراتژی پاسخدهی افراد به عواطفشان است را معرفی کرده است. این ابعاد هیجان‌بازتابی از اهمیت یک پردازش شناختی و تاثیر آن در درمان افسردگی و اضطراب است. لیهی طرح‌واره‌های هیجانی را در ۱۴ نوع، طبقه‌بندی کرده است، معتبرسازی به وسیله دیگران^۱ - قابل درک بودن^۲ - احساس گناه^۳ - نگاه ساده‌انگارانه به عاطفه^۴ - ارزش‌های بالا^۵ - غیرقابل کنترل

-
1. validation by others
 2. comprehensibility
 3. guilt
 4. simplistic view of emotion
 5. higher values

بودن^۱ - بی‌حسی هیجانی^۲ - خواستار عقلانیت بودن^۳ - چرخه‌ی عواطف^۴ - وفاق^۵ - پذیرش احساسات^۶ - نشخوار فکری^۷ - ابراز^۸ - سرزنش کردن^۹.

نقش طرح‌واره‌های هیجانی در اختلالاتی از قبیل اختلال خوردن، اختلال شخصیت مرزی، اختلال اضطراب منتشر، نشخوار ذهنی، اختلال استرس پس از ضربه، خود جرحی، سوء مصرف مواد، و تشدید حالات مانیا و دیگر اختلالات اهمیت زیادی دارد. از این روی، مشکلات یا ناتوانی در سازگاری یا پردازش تجربه هیجانی-طرح‌واره‌های هیجانی نامطلوب- به عنوان یک آسیب‌پذیری فراتشخیصی مدنظر قرار گرفته است (لیهی، ۲۰۱۱). اختلال PTSD بازتابی از نظریه بیمار در مورد بدنظیمی هیجانی (طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه) است که اساس مقاومت بیمار را تشکیل می‌دهد. بیماران PTSD معتقدند که مواجهه شدن با اضطراب به این نتیجه منتهی می‌شود که اضطراب او را درهم می‌شکند و این نتایج به مدت طولانی باقی می‌ماند. این باورها (طرح‌واره‌های هیجانی) درمورد هیجان می‌تواند بر تمایل بیمار به وارد شدن در درمان CBT و انجام مواجهه سازی اثر بگذارد (سوگمن و لیهی، ۲۰۰۷). پژوهشگران مطرح کردند مشکلات بیشتر در تنظیم هیجانی با علائم شدیدتر اختلال PTSD رابطه دارد (بودن و همکاران، ۲۰۱۳).

درمانگران کارآزموده تشخیص دادند که یکی از چالش برانگیزترین تجارب بیماران این است که احساس کند که توسط هیجان‌ناراحت‌کننده از پای درآمده است و نمی‌داند با این هیجان‌نا منفی چطور کنار بیاید. در نتیجه متوسل به راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه از قبیل سوءمصرف مواد و الکل، پرخوری، پاکسازی، سرزنش دیگران، متوسل شدن وسواس گونه به فیلم‌های مستهجن^{۱۰}، نشخوار ذهنی، نگرانی و دیگر

1. uncontrollability
2. numbness
3. demand for Rationality
4. duration
5. consensus
6. acceptance of feeling
7. rumination
8. expression
9. blaming
10. pornography

راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود. خیلی از بیماران از موقعیت‌هایی که « هیجان‌ات مشکل ساز » را فراخوانی می‌کند اجتناب می‌کنند، یا غیرفعال می‌مانند و عقب نشینی می‌کنند و باعث بدتر شدن اوضاع می‌شوند همچنین باعث می‌شود که بیشتر فکر کنند که ناکارآمد هستند (لیهی، ۲۰۱۱). بیماران براساس طرح‌واره‌های هیجانی‌شان به هیجان‌ات خود پاسخ می‌دهند؛ از این رو براساس مدل لیهی (۲۰۱۱) زمانی که یک هیجان فعال می‌شود، اولین قدم توجه به آن عاطفه است، قدم بعدی می‌تواند اجتناب شناختی و عاطفی باشد که می‌تواند شامل واکنش تجزیه‌ای و مصرف الکل شود. در اختلال PTSD بیماران الکل و دارو را مصرف می‌کنند تا اثر عاطفی افکار و تصورات مزاحم را بطور موقت کاهش دهند. لازم به ذکر است که برخی عواطف و طرح‌واره‌های هیجانی در بیماران اضطرابی باعث می‌شوند که بیمار حتی وارد درمان نشود؛ برای مثال کلوهسی و اهلر (۱۹۹۹) مطرح می‌کنند که احساس شرمساری که همراه با بیماران اضطرابی وجود دارد، بیمار را در وارد شدن به فرایند درمان و ادامه دادن آن با مشکل مواجه می‌کند، برای نمونه یک بیمار مبتلا به PTSD معتقد است که ادامه پیدا کردن علائمش نشانه ضعف و شکست است و از این رو درمان را به تاخیر می‌اندازد.

درمانگران موج سوم رفتارگرایی به اهمیت شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی بیماران در مورد عواطف و احساسات بدنی‌شان توجه زیادی کرده‌اند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲) ما در این پژوهش قصد داریم این طرح‌واره‌های هیجانی را در اختلال استرس پس از ضربه شناسایی کنیم که به نظر می‌رسد در بیماران PTSD باعث تداوم و تشدید اختلال، و مقاومت آن‌ها در برابر درمان‌های شناختی رفتاری چه در مرحله ورود به درمان و چه در ادامه دادن درمان می‌شود. (سوگمن و لیهی، ۲۰۰۷). تحقیقات تجربی (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱) روی مواجهه سازی در بیماران PTSD نشان داد، که ساختار ترس و طرح‌واره‌های زیرین ترس باید به طور کامل فعال شوند تا اینکه مواجهه سازی موثر واقع شود. بازداری از فعال‌سازی این شناخت‌ها با اساسی هیجانی (شناخت‌های داغ^۱) اثربخشی درمان مواجهه سازی را کم می‌کند. و از آنجایی که، درمان شناختی رفتاری برای بیماران اضطرابی شامل

1. hot cognitions

مواجهه با موقعیت و هیجان‌های ترس آور است به نظر می‌رسد پرداختن به سازه طرح‌واره‌های هیجانی، که هر کدام از آن‌ها می‌تواند در بوجود آمدن، تداوم، تشدید و تضعیف اختلال PTSD موثر باشد ضروری به نظر می‌رسد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. ۲۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از تصادف (۹ نفر مرد و ۱۱ نفر زن)، با دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، به عنوان گروه هدف که به روش نمونه‌گیری دردسترس از میان بیماران مراجعه‌کننده به بخش درمانگاه بیمارستان سینا تهران و قائم مشهد انتخاب شدند و با ۲۰ نفر Non-PTSD که تجربه تصادف داشتند ولی بر اساس مصاحبه تشخیصی انجام شده ملاک‌های تشخیصی اختلال PTSD را نداشتند و ۲۰ نفر افراد عادی که هیچ تجربه تروماتیکی نداشتند در متغیرهای سن و جنس هم‌تا شدند در مطالعه شرکت داده شدند. افراد Non-PTSD نیز در درمانگاه دو بیمارستان بعد از یک ماه که از حادثه تروما گذشته است مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و هیچ یک این آزمودنی‌ها معیارهای لازم برای اختلال PTSD را نداشتند. آزمودنی‌های گروه افراد عادی (Non-Trauma) نیز از طریق نمونه‌گیری دردسترس (از میان مراجع کنندگان بازار) انتخاب شدند. در ضمن دو گروه PTSD و Non-PTSD در متغیرهای متعدد (نوع تروما، فلج شدن، تحت عمل جراحی مغز قرار گرفتن، از دست دادن کنترل اسفنکترها) از لحاظ شدت همگن شدند. با توجه به انجام مصاحبه تشخیصی ساختاریافته توسط پژوهشگر برای آزمودنی‌های هر سه گروه، در موارد وجود همبودی اختلال روان‌شناختی (برای مثال اختلال افسردگی، سوء مصرف مواد...)، آزمودنی مورد نظر از جریان مصاحبه خارج می‌شد.

ابزار پژوهش: مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای اختلالات محورا (SCID-I)^۱: SCID-I یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختاریافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده محورا براساس DSM-IV به کار می‌رود (راهنمای تشخیصی آماری اختلالات

1. Structural Clinical Interview for DSM

روانی - ویرایش پنجم). روند این مصاحبه با دو نیمه کردن SCID و تبدیل آن به دو نسخه بالینی (SCID-CV) و پژوهشی مورد استفاده قرار گرفته است. بعد از انتشار DSM-IV-TR هر ساله (تا سال ۲۰۱۰) اصلاحاتی بر مبنای پژوهش‌ها و تجربه بالینگران برای انطباق هر چه بیشتر ابزار با DSM-IV-TR انجام شده که این اصلاحات نیز گردآوری، ترجمه و در نسخه فارسی اعمال شده است (محمدخانی، جوکار، جهانی تابش، تمنائی فر ۱۳۸۹). در پژوهش‌هایی که اخیراً انجام شده‌اند، تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID گذاشته شده است از روایی بالاتری نسبت به مصاحبه‌های بالینی استاندارد دیگر برخوردار است (محمدخانی و همکاران ۱۳۸۹).

سیاهه افسردگی بک (ویرایش دوم): این سیاهه شکل بازنگری شده نسخه نخستین است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده و در مقایسه با نسخه اول بیشتر با معیارهای DSM-IV همخوانی بیشتری دارد و همانند نسخه اول ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی بک پوشش می‌دهد. همبستگی آن با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون ۰/۷۱، و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۱ می‌باشد، همسانی درونی این سنجه ۰/۹۱ گزارش شده است. مشخصات روان‌سنجی در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران با ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ گزارش شده است (فتاح، بیرشک، عاطف وحید، دوسان ۱۳۸۷).

سیاهه اضطراب بک: سیاهه اضطراب بک یک ابزار خود گزارشی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب بوده و شامل ۲۱ ماده است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از مواد یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این سیاهه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. در پژوهشی که کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ نفر بیمار مبتلا به اضطراب بالینی) انجام دادند روایی ($r=0.72, p<0.001$)، پایایی ($r=0.83, p<0.001$) و ثبات درونی ($\text{Alpha}=0.92$) بدست آمد.

سیاهه خودسنجی تاثیر رویداد (IES-R): سیاهه تجدید نظر شده تاثیر رویداد، به وسیله‌ی وایس^۱ و مارمر^۲ (۱۷) هماهنگ با ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص PTSD تدوین گشت. سیاهه IES-R برای پوشش علایم بیش برانگیختگی تدوین شده است. سیاهه دربرگیرنده‌ی ۲۲ ماده است که ۷ ماده به IES اصلی اضافه شده است. ۶ ماده از ۷ ماده به علایم بیش برانگیختگی اضافه گردید. در ایران این سیاهه توسط مرادی ترجمه و در مطالعات مختلف بکار برده شده است که از ثبات درونی با ضریب آلفای ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ و اعتبار مناسب برخوردار است (مرادی، هرلیهی، یاسری، شهرآرای، ترنر، دالگیش ۱۳۸۷).

پرسشنامه طرح‌واره هیجانی لیهی (LESS): پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی توسط لیهی (LESS) بر مبنای مدل طرح‌واره‌های هیجانی خود، در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده، ادیسی، محمدخانی و سعیدیان (۱۳۹۱) تهیه شده است. برای به کار بردن این مقیاس در جامعه ایران از روش ترجمه مضاعف استفاده شد. در مرحله اول، ابتدا مقیاس توسط مؤلفان به فارسی ترجمه شد، سپس دو تن از اساتید روانشناسی و دو تن از اساتید زبان و ادبیات انگلیسی، دو نسخه فارسی و انگلیسی این مقیاس را هم از لحاظ مفهومی و هم از لحاظ نگارش تطابق دادند؛ در مرحله بعدی نسخه فارسی توسط یکی از دانشجویان دکتری زبان و ادبیات انگلیسی بازترجمه شد، و در آخر مشکلات و ناهماهنگی‌های موجود در نسخه ترجمه شده مقیاس تصحیح گردید.

نتایج حاصل از بررسی پایایی این مقیاس نشان داد که پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۷۸٪ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۵۶٪ تا ۷۱٪ است؛ همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۸۲٪ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۵۹٪ تا ۷۳٪ به دست آمد. به طور کلی نتایج به دست آمده از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس است.

1. Weiss
2. Marmar

اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوز از مراجع ذیربط (بیمارستان سینا تهران و بیمارستان قائم مشهد) پژوهشگر در بخش درمانگاه این دو بیمارستان شروع به کار کرد. بعد از انتخاب بیماران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ابزار به صورت تصادفی به آزمودنی‌ها ارائه شد. سیاهه‌های اضطراب و افسردگی بک (نسخه دوم)، سیاهه خودسنجی تاثیر رویداد (IES-TR)، سیاهه طرح‌واره‌های هیجانی لیهی ابزارهای این پژوهش بودند. در گروه آزمایش، سیاهه IES-R (برای سنجش نشانه‌های PTSD)، اولین سیاهه‌ای بود که به اجرا درآمد. لازم به ذکر است که این افراد از طریق انجام مصاحبه بالینی تشخیص PTSD گرفته بودند. ترتیب اجرای سیاهه‌ها و تکالیف تصادفی بود تا اثر تقدم و تأخر کنترل شود.

یافته‌های پژوهش

جدول اشخاص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و افسردگی و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های هیجانی در گروه‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، گروه PTSD در اغلب طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگار میانگین بیشتر و در اغلب طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه میانگین کمتری را به خود اختصاص داده است.

جدول ۱. خصوصیات توصیفی شاخص‌های توصیفی

شاخص‌ها	گروه PTSD	گروه Non-PTSD	گروه بهنجار
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
BDI	۳۰/۵۵ (۷/۴۳)	۱۰/۷۵ (۴/۲۹)	۱۰/۲۰ (۳/۲۰)
BAI	۳۳/۴۵ (۵/۱۳)	۱۰/۷۵ (۴/۴۵)	۹/۷۰ (۳/۴۰)
IES	۷۱/۱۰ (۵/۱۶)	۲۶/۳۵ (۵/۰۶)	۱۹/۰۲ (۴/۰۹)
طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه	۳۷/۳۰ (۴/۸۳)	۴۲/۴۰ (۳/۷۸)	۴۷ (۴/۹۰)
طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه	۵۶/۶۵ (۳/۳۶)	۳۷/۸۰ (۴/۲۶)	۳۴/۵ (۵/۰۵)

(۱/۳۸) ۶/۷۰	(۱/۹۱) ۷	(۲/۱۱) ۱۱/۵۵	نشخوار ذهنی
(۱/۰۲) ۸/۲۴	(۱/۳۱) ۷/۵۵	(۱/۹۸) ۴/۴۰	خودآگاهی هیجانی
(۱/۰۹) ۴/۹۰	(۱/۳۸) ۵/۳۵	(۱/۳۰) ۸/۳۵	احساس گناه
(۱/۲۶) ۵/۷۵	(۱/۳۳) ۵/۵۰	(۱/۳۶) ۵/۳۵	ابراز احساسات
(۱/۷۰) ۴/۹۰	(۱/۶۳) ۵/۴۵	(۱/۱۴) ۱۰/۶۰	غیرقابل کنترل بودن
(۱/۳۲) ۳/۸۵	(۱/۱۵) ۴/۱۵	(۱/۳۸) ۴/۱۵	تایید طلبی
(۱/۴۵) ۸/۲۰	(۱/۷۰) ۷/۴۱	(۱/۷۰) ۵/۹۵	قابل درک بودن
(۱/۲۱) ۳/۳۰	(۱/۳۰) ۳/۷۰	(۱/۰۲) ۷/۳۵	سرزنش
(۱/۸۹) ۷/۱۵	(۱/۸۴) ۸/۳۰	(۱/۲۷) ۸/۴۰	تلاش برای منطقی بودن
(۱/۰۲) ۳/۷۰	(۱/۱۲) ۳/۷۰	(۱/۲۲) ۵/۲۰	دیدگاه ساده انگارانه
(۱/۳۸) ۸/۳۰	(۲/۰۱) ۸/۰۵	(۱/۸۵) ۷/۱۵	ارزش‌های والا
(۱/۳۹) ۸/۲۰	(۱/۹۸) ۷/۴۵	(۱/۴۰) ۳/۷۵	پذیرش هیجانات
(۱/۵۵) ۸/۳۰	(۱/۲۲) ۶/۴۰	(۱/۲۹) ۳/۶	توافق

به منظور مقایسه گروه‌ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. چنان که مشاهده می‌شود تفاوت بین گروه PTSD با گروه‌های NON-PTSD و سالم در اغلب مقیاس‌ها معنی‌دار است. لازم به ذکر است با توجه به اینکه یکی از پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس یک راهه همگنی واریانس‌ها متغیر وابسته است. بعد از آزمون کردن این فرض، فقط اختلاف در واریانس متغیرهای BDI، بی‌اعتمادی، رها شدگی و آسیب‌پذیری سه گروه معنادار بود. از طرفی با توجه به اینکه حجم گروه‌ها برابر است و سایر مفروضه‌های تحلیل واریانس (مانند نرمال بودن توزیع متغیر در جامعه و مستقل بودن نمونه‌ها) رعایت شده است، این نتایج^۵ که در آن‌ها همگنی واریانس‌ها رعایت نشده را می‌توان با احتیاط تفسیر کرد.

علاوه بر این جدول شماره ۳ فقط زیرمقیاس‌هایی را نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین‌های آن در سه گروه در سطح (۰/۰۵) معنادار بوده است و از ارائه زیرمقیاس‌هایی که تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده نشد صرف‌نظر کردیم.

جدول ۲. تحلیل واریانس یک راهه برای متغیرهای اضطراب و افسردگی و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های هیجانی

سطح معناداری	F	میانگین مقدورات	df	مجموع مقدورات	نوع تجزیه	متغیرها
۰/۰۰۱	۹۶/۱۳	۲۶۸۸/۲۱	۲	۵۳۷۶/۴۳	بین گروهی	BDI II
		۲۷/۶۹	۵۷	۱۵۹۳/۹۰	درون گروهی	
			۵۹	۶۹۷۰/۳۳	کل	
۰/۰۰۱	۱۸۶/۸۱۱	۳۶۰۱/۵۱	۲	۷۲۰۳/۰۳	بین گروهی	BAI
		۱۹/۲۷	۵۷	۱۰۹۸/۹۰	درون گروهی	
			۵۹	۸۳۰۱/۹۳	کل	
۰/۰۰۱	۲۲/۶۱	۴۷۰/۸۶	۲	۹۴۱/۷۳	بین گروهی	طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه
		۲۰/۸۲	۵۷	۱۱۸۷	درون گروهی	
			۵۹	۲۱۲۸	کل	
۰/۰۰۱	۱۶۸/۷۴	۲۸۵۶	۲	۵۷۱۲	بین گروهی	طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه
		۱۶۹۲	۵۷	۹۶۴	درون گروهی	
			۵۹	۶۶۷۶	کل	
۰/۰۰۱	۴۴/۰۴	۱۴۷/۷۱	۲	۲۹۵/۴۳	بین گروهی	نشخوار ذهنی
		۳/۳۵	۵۷	۱۹۱/۱۵	درون گروهی	
			۵۹	۴۸۶/۵۸	کل	
۰/۰۰۱	۳۰/۴۴	۸۴/۱۱	۲	۱۶۸/۲۳	بین گروهی	خودآگاهی هیجانی
		۲/۷۶	۵۷	۱۵۷/۵۰	درون گروهی	
			۵۹	۳۲۵/۷۳	کل	

			۲	۱۴۰/۷۰	بین گروهی	
		۷۰/۳۵				
۰/۰۰۱	۲۹/۲۹		۵۷	۱۳۶/۹۰	درون گروهی	احساس گناه
		۲/۴۰				
			۵۹	۲۷۷/۶۰	کل	
			۲	۳۹۵/۴۳	بین گروهی	
		۱۹۷/۷۱				
۰/۰۰۱	۸۵/۶۷		۵۷	۱۳۱/۵۵	درون گروهی	غیر قابل کنترل بودن
		۲/۳۰				
			۵۹	۵۲۶/۹۸	کل	
			۲	۵۲/۵۰	بین گروهی	
		۲۶/۲۵				
۰/۰۰۱	۹/۹۰		۵۷	۱۵۱/۱۰	درون گروهی	قابل درک بودن
		۲/۶۵				
			۵۹	۲۰۳/۶۰	کل	
			۲	۱۹۹/۲۳	بین گروهی	
		۹۹/۶۱				
۰/۰۰۱	۹۶/۳۲		۵۷	۵۸/۹۵	درون گروهی	سرزنش
		۱/۰۴				
			۵۹	۲۵۸/۱۸	کل	
			۲	۲۵/۲۰	بین گروهی	
		۱۲/۶۰				
۰/۰۰۱	۷/۸۵		۵۷	۹۱/۴۰	درون گروهی	دیدگاه ساده انگارانه
		۱/۶۰				
			۵۹	۱۱۶/۶۰	کل	
			۲	۲۲۷/۰۳	بین گروهی	
		۱۱۳/۵۱				
۰/۰۰۱	۴۳/۱۶		۵۷	۱۴۹/۹۰	درون گروهی	پذیرش هیجانات
		۲/۶۳				
			۵۹	۳۷۶/۹۳	کل	
			۲	۲۱۸/۶۳	بین گروهی	
		۱۰۹/۳۱				
۰/۰۰۱	۴۳/۴۰		۵۷	۱۴۳/۵۵	درون گروهی	توافق
		۲/۵۱				
			۵۹	۳۶۲/۱۸	کل	

بعد از انجام تحلیل واریانس یکراهه برای فهمیدن وضعیت معناداری دوتایی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده کردیم و فقط از متغیرهایی آزمون تعقیبی گرفتیم که در آزمون تحلیل واریانس یکراهه تفاوت بین گروه‌ها معنادار بود.

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین گروه‌ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های هیجانی (فقط طرح‌واره‌هایی که آزمون ANOVA در آن‌ها معنادار بود)

متغیر وابسته	گروه (P)	گروه (N)	تفاوت (P)	خطای معیار	سطح معناداری
BDI II	اختلال استرس	Non-PTSD	۱۹/۸۰	۱/۶۷	۰/۰۰۱
	پس از ضربه	بهنجار	۲۰/۳۵	۱/۶۷	۰/۰۰۱
BAI	اختلال استرس	Non-PTSD	۲۲/۷۰	۱/۳۸	۰/۰۰۱
	پس از ضربه	بهنجار	۲۳/۷۵	۱/۳۸	۰/۰۰۱
طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه	اختلال استرس	Non-PTSD	۵/۱۰	۱/۴۴	۰/۰۰۲
	پس از ضربه	بهنجار	۹/۷۰	۱/۴۴	۰/۰۰۱
طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه	اختلال استرس	Non-PTSD	۴/۶۰	۱/۴۴	۰/۰۰۷
	پس از ضربه	بهنجار	۱۸/۸۵	۱/۳۰	۰/۰۰۱
نشخوار ذهنی	اختلال استرس	Non-PTSD	۲۲/۱۵	۱/۳۰	۰/۰۰۱
	پس از ضربه	بهنجار	۳/۳۰	۱/۳۰	۰/۰۰۴
خودآگاهی هیجانی	اختلال استرس	Non-PTSD	۴/۵۵	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	پس از ضربه	بهنجار	۴/۸۵	۰/۵۷	۰/۰۰۱
احساس گناه	اختلال استرس	Non-PTSD	۰/۳۰	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	پس از ضربه	بهنجار	۳/۱۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱
غیرقابل کنترل بودن	اختلال استرس	Non-PTSD	۳/۸۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	پس از ضربه	بهنجار	۰/۷۰	۰/۵۲۰	۰/۵۶۴
احساس گناه	اختلال استرس	Non-PTSD	۳/۰۰	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	پس از ضربه	بهنجار	۳/۴۵	۰/۴۹	۰/۰۰۱
غیرقابل کنترل بودن	اختلال استرس	Non-PTSD	۰/۴۵	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	پس از ضربه	بهنجار	۵/۱۵	۰/۴۸	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۰/۴۸	۵/۷۰	بهنجار	پس از ضربه	
۰/۷۷	۰/۴۸	۰/۵۵	بهنجار	Non-PTSD	
۰/۰۱۵	۰/۵۱	۱/۵۰	Non-PTSD	اختلال استرس	
۰/۰۰۱	0/51	۲/۲۵	بهنجار	پس از ضربه	قابل درک بودن
۰/۴۵۲	0/51	۰/۷۵	بهنجار	Non-PTSD	
۰/۰۰۱	۰/۳۲	۳/۶۵	Non-PTSD	اختلال استرس	
۰/۰۰۱	۰/۳۲	۴/۰۵	بهنجار	پس از ضربه	سرزنش
۰/۶۵۶	۰/۳۲	۰/۴۰	بهنجار	Non-PTSD	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	۳/۷۰	Non-PTSD	اختلال استرس	
۰/۰۰۱	۰/۵۱	۴/۴۵	بهنجار	پس از ضربه	پذیرش
۰/۴۴۷	۰/۵۱	۰/۷۵	بهنجار	Non-PTSD	
۰/۰۰۱	۰/۵۰	۲/۷۵	Non-PTSD	اختلال استرس	
۰/۰۰۱	۰/۵۰	۲/۶۵	بهنجار	پس از ضربه	توافق
۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۹۰	بهنجار	Non-PTSD	

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر بیماران مبتلا به PTSD نسبت به گروه Non-PTSD و افراد بهنجار در طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه نمره پایین‌تر و در طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه نمره بالاتری گرفتند. این یافته‌ها نشان داد که طرح‌واره‌های هیجانی بطور معناداری با تشخیص PTSD ارتباط دارد. بطوری که بیماران PTSD در طرح‌واره‌های ناسازگارانه (نشخوارذهنی، احساس گناه، غیرقابل کنترل بودن، سرزنش) نمره بالاتر و در طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه (خودآگاهی هیجانی، پذیرش و توافق، قابل درک بودن) نمره پایین‌تری نسبت به دو گروه دیگر گرفتند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه با اختلالات اضطرابی از جمله PTSD رابطه مستقیم معناداری دارد. این یافته‌ها با پژوهش (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱؛ تیرچ و همکاران، ۲۰۱۲) هم‌خوان است. برخی از پژوهشگران معتقدند تروما ممکن است تمایل فرد به تغییر در تنظیم هیجان‌ات خود را کاهش دهد؛ بطوری که آن‌ها مطرح می‌کنند تجربه رویداد تروماتیک باعث آسیب به تنظیم هیجانی فرد می‌شود.

هماهنگ با یافته‌های پژوهش پیشین (ریسکین و کلایمن، ۲۰۱۲)، داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیماران PTSD نسبت به هیجان‌های خود کنترل کمتری احساس می‌کنند. گروس (۱۹۹۸) مطرح کرده است که تلاش‌های اشتباه در تنظیم و کاستن تجارب هیجانی ناراحت‌کننده می‌تواند باعث تشدید و طولانی‌تر شدن پاسخ هیجانی شود. یکی از جنبه‌های کلیدی تنظیم هیجان، ترس از دست دادن کنترل بر اضطراب و سایر هیجان‌ات است. لیهی (۲۰۰۲) مطرح کرد، اضطراب و سایر علائم و رفتارهای ناکارآمد با طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه در ارتباط است. ویلیام و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند که اضطراب با ترس اغراق شده و باورهایی در مورد از دست دادن کنترل در ارتباط است. از سوی دیگر منین (۲۰۰۵) تاکید می‌کند که ترس از دست دادن کنترل هیجانی جنبه مهمی از تنظیم هیجانی است. همه این‌ها نشان می‌دهد که افزایش نمرات بیماران PTSD در طرح‌واره هیجانی غیرقابل کنترل بودن قابل دفاع است. یک ویژگی اساسی اختلالات اضطرابی این اعتقاد است که شدت هیجان منفی غیرقابل کنترل است. از این رو بیماران PTSD معتقدند که تصورات ترساننده و نیرومند بر آن‌ها غلبه می‌کند. بیماران PTSD معتقدند که احساسات بدنی، افکار و تصاویر ذهنی مزاحم یا برانگیختگی اضطرابی باید کنترل شود و گرنه پیامدهای وخیمی اتفاق می‌افتد (سوکمن و لیهی، ۲۰۱۰). طرح‌واره هیجانی کنترل زیربنای اتکای بیماران PTSD به رفتارهای ایمنی است که آن‌ها را در مقابل از دست دادن کنترل مراقبت می‌کند. (سالکوسکیس و همکاران، ۱۹۹۹). تیرچ و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند طرح‌واره هیجانی کنترل نشان‌دهنده ارزیابی بیمار PTSD از هیجان‌هایی است که در حال تجربه کردن آن‌هاست که همین ارزیابی‌ها بیمار را به سمت انعطاف پذیری روان شناختی پایین‌تر و درنهایت اجتناب هیجانی و تداوم اختلالش سوق می‌دهد. این طرح‌واره‌های هیجانی که خطر را در بیمار بر می‌انگیزند هماهنگ با دو مدل است؛ یک مدل مواجهه با محرک‌های درونی بارلو و دوم مدل کشف تهدید در اضطراب بک است (تیرچ و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهش‌های لیهی (۲۰۰۲) نشان داد که اضطراب بالا با طرح‌واره هیجانی نشخوارذهنی ارتباط دارد. از آنجایی که بیماران PTSD بر اساس چندین نظریه پردازش هیجانی مناسبی

را انجام نمی‌دهند، افزایش طرح‌واره‌های هیجانی نشخوارذهنی، نگرانی، غیرقابل کنترل پنداشتن هیجان‌ها در آن‌ها بالا است (لیهی، ۲۰۰۲). نشخوار ذهنی باعث تمرکز فزاینده فرد بر احساسات منفی می‌شود، که همین امر شناخت‌واره‌های منفی را بیشتر در دسترس قرار می‌دهد، از این روی این احساسات منفی تداوم می‌یابند (نولن هوکسما، ۲۰۰۰). افراد به این دلیل نشخوار ذهنی را انجام می‌دهند زیرا که معتقدند این فرایند آن‌ها را به حل مسئله راهنمایی می‌کند (پاپاگورگیو و ولز، ۲۰۰۱).

ارتباط طرح‌واره احساس گناه و اضطراب بالا در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است (۱). همچنین لیهی (۲۰۰۲) نشان داد که طرح‌واره احساس گناه بیمار را به سوی اضطراب بیشتر و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌تری سوق می‌دهد. طرح‌واره احساس گناه نشان‌دهنده شرمساری، احساس گناه و خجالت زده شدن در مورد یک هیجان است. در واقع این باور که برخی هیجان‌ها را نباید تجربه کرد. این باور که تجربه هیجان خاصی اشتباه است (طرح‌واره احساس گناه) با افسردگی و اضطراب ارتباط دارد. این یافته تایید شده است که افرادی که طرح‌واره احساس گناه بالایی داشته باشند معتقدند که دیگران آن‌ها را تایید نمی‌کنند، هیجان خود را کمتر درک می‌کنند، دوره هیجان خود را طولانی می‌دانند، نگاه ساده‌انگارانه‌ای نسبت به هیجان‌ها خود دارند، کنترل کمی بر هیجان‌ها خود احساس می‌کنند، بر عقلانی بودن بیش از حد تاکید می‌کنند، دیگران را مورد سرزنش قرار می‌دهند و بیشتر در مورد هیجان‌ها منفی خود نشخوار ذهنی می‌کنند.

از دیدگاه مدل طرح‌واره‌های هیجانی لیهی (۲۰۰۲) طرح‌واره سرزنش دیگران یکی از شیوه‌های مقابله‌ای بیماران اضطرابی است که به گفته لیهی (۲۰۰۸) «راه حل مشکل آفرین» است که موجب تداوم اختلال می‌شود. مدل‌های شناختی طرح‌واره سرزنش کردن را نوعی تمرکز «قضاوتی» گویند که در آن قضاوت‌های منفی در مورد خود و دیگران می‌تواند بکار بسته شود. سرزنش دیگران بخاطر داشتن هیجان‌های خاص، با طرح‌واره‌های هیجانی متعددی ارتباط دارد که به نظر می‌رسد برون داد سرزنش هستند. بیمارانی که دیگران را سرزنش می‌کنند، احساس گناه بیشتر، نگاه ساده‌انگارانه بیشتر، کنترل کمتر، و پذیرش کمتری نسبت به هیجان‌ها خود دارند.

باتوجه به یافته‌های پژوهش نمرات بیماران PTSD در طرح‌واره هیجانی توافق پایین بوده است. عادی‌سازی هیجاناتی که بیمار تجربه می‌کند یکی از عناصر مهم درمان شناختی اختلالات اضطرابی است. از دیدگاه مدل متمرکز بر هیجان تشخیص این که دیگران هیجانات مشابهی را تجربه می‌کنند می‌تواند از اضطراب بیماران PTSD بکاهد.

برخی افراد به خود اجازه می‌دهند که احساسات خود را تجربه کنند و انرژی کمی صرف بازداری آن می‌کنند. مدل طرح‌واره‌های هیجانی معتقد به اثر طعنه آمیز^۱ است که بر این اصل استوار است که اگر بیمار هیجان خود را سرکوب کرد و آن را نپذیرفت این هیجان با شدت بیشتری در آینده به سراغش خواهد آمد (لیهی، ۲۰۰۲). سرکوبی هیجانی به عنوان شکلی از تعدیل رفتار مشخصه اختلال PTSD می‌باشد (روئمر و همکاران، ۲۰۰۱). همان‌طور که در بخش یافته‌ها ملاحظه می‌شود بیماران PTSD در طرح‌واره پذیرش نمره پایین‌تری گرفتند که این با یافته‌های لیهی (۲۰۰۲) هم‌خوان است که مطرح می‌کند اضطراب با طرح‌واره پذیرش رابطه معکوس دارد. همچنین این مفروض است هر قدر بیمار هیجان خود را بپذیرد و آن را ابراز کند فرایند پردازش هیجانی بیشتر اتفاق می‌افتد (پوردن و کلارک، ۱۹۹۴؛ وگنر و ذاناکوس، ۱۹۹۴). همچنین بر اساس مدل تخلیه هیجانی پذیرش هیجان باعث بهبودی زودتر اختلالات اضطرابی می‌شود. با توجه به اینکه لیهی (۲۰۰۲) معتقد است نشخوارذهنی بالا در بیماران پیامد یا علت عدم پذیرش هیجان است؛ بالا بودن هر دو طرح‌واره در بیماران PTSD قابل دفاع و تبیین است. پذیرش افکار و احساسات مزاحم باعث می‌شود بیمار PTSD بیش برانگیختگی کمتری را تجربه کرده و کمتر این افکار و احساسات مزاحم را سرکوب کنند که همین باعث می‌شود این باور را آزمایش کند که افراد باید در مقابل حالات درونی اضطراب مقابله کنند (سوکمن و لیهی، ۲۰۱۰).

لیهی (۲۰۰۲) گزارش کرد که اضطراب و افسردگی با غیر قابل درک بودن هیجانات ارتباط قوی دارد که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوان است. همان‌طور که در بخش یافته‌ها ملاحظه می‌شود افراد گروه PTSD در طرح‌واره هیجانی قابل درک بودن هیجانات

1. ironic effect

نمره پایین‌تری گرفتند. در مدل طرح‌واره‌های هیجانی (لیهی، ۲۰۰۲) بعد از این‌که بیمار هیجان منفی را تجربه می‌کند اگر آن‌ها را غیرقابل‌درک در نظر بگیرد و نتواند آن را بپذیرد موجب می‌شود آن هیجان‌ات را مشکل‌آفرین بداند و اقدام به سرکوبی، نشخوارذهنی و سایر راهبردهای ناکارآمد نماید. مدل شناختی مطرح می‌کند ممکن است بتوان به بیماران در درک اینکه چرا یک هیجان را تجربه می‌کنند کمک کند که می‌تواند از طریق برقراری ارتباط بین احساساتشان با اعتقادات، تجارب کنونی و حتی رویدادهای پیشین زندگی صورت گیرد. این مدل معتقد است وقتی بیمار هیجان‌ات خود را درک می‌کند نشخوارذهنی، احساس گناه و احساس کنترل‌ناپذیری کمتری را تجربه می‌کند. این موضوع نشان می‌دهد که قابل‌درک بودن هیجان یک مولفه شناختی مهم است و در پردازش هیجانی نقش بااهمیتی دارد.

برخی طرح‌واره‌ها^۵ منطقی بودن، ابراز هیجان‌ات، ارزش‌های والا-ارتباط معناداری با اختلال PTSD نداشتند. این یافته نیز می‌تواند با پژوهش‌های پیشین (تیرچ و همکاران، ۲۰۱۲) همخوان باشد.

منابع

خانزاده، مصطفی. ادیسی، فروغ. محمدخانی، شهرام و سعیدیان، محسن. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی و مشخصات روان‌سنجی مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی بر روی دانشجویان. *مجله مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۱۱(۳)، ۹۱-۱۱۹.

- Kessler, R. C. Sonnega, A. Bromet, E. Hughes M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 52(12), 1048-1060.
- Leahy, R. L. & Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*, New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9(3), 177° 190.
- Leahy, R. L. (2009). Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician*, (2), 187° 204. London: Routledge
- Leahy R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 14(1), 36-45.

- Silberstein, L. R. Tirch, D. Leahy, R. L. & McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 406-419.
- Leahy, R. L. (2012). Introduction: Emotional Schemas, Emotion Regulation and Psychopathology. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 359-361.
- Gottman, J. M. Katz, L. F. & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 243° 268.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 725° 732.
- Boden, M. T. Westermann, S. McRae, K. Kuo, J. Alvarez, J. Kulkarni, M. R. & Bonn-Miller, M. O. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(3), 296-314.
- Wegner, D. M. & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.
- Purdon, C. & Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Salkovskis, P. M. Clark, D. M., Hackmann, A. Wells, A. & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559° 574.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504° 511.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160° 163.
- Tirch, D. D. Leahy, R. L. Silberstein, L. R. & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 380-391.
- Schore, A. N. 2001. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1), 201-269.
- Roemer, L. Litz, B. T. Orsillo, S. M. & Wagner, A. W. (2001). A preliminary investigation of the role of strategic withholding of emotions in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 149° 156.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, D.C. : APA; 2000.

- Mohammadkhani, P. Jokar, M. Jahani Tabesh, O. & Tamanaieefar, Sh. (1389). Clinical Structured Interview for DSM-IV-TR Disorders. Tehran: Danje press.
- Fata, L. Birashk, B. Atif Waheed, MK. Dobson, K. (1384). By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, (2), 20-5.
- 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.
- Kaviani, H. Mousavi, A. S. (1387). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, 66(2), 136140.

