

Journal of Research in Psychological Health  
September 2023, Volume 18, Issue 3



the effectiveness of schema therapy (ST) and intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) for improving emotion regulation in Complex PTSD (CPTSD)

Hanieh Hatami<sup>1</sup>, Nurallah Mohammadi<sup>2\*</sup>, Habib Hadianfard<sup>2</sup>, Abdol Aziz Aflakseir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>. Ph.D. Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran.

<sup>2</sup>. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran. ([nmohamadi@shirazu.ac.ir](mailto:nmohamadi@shirazu.ac.ir))

<sup>3</sup>. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran.

**Citation:** Hatami H, Mohammadi N, Hadianfard H, Aflakseir A. Investigating the effectiveness of schema therapy (ST) and intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) for improving emotion regulation in Complex PTSD (CPTSD). *Journal of Research in Psychological Health*. 2024; 18 (3): [Persian].

**Article Info:**

**Received:**

2024/08/12

**Accepted:**

2024/10/17

**Key words**

Complex PTSD,  
Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy,  
Schema Therapy,  
Behavioral Emotion Regulation,  
Cognitive Emotion Regulation

**Abstract**

Past traumatic experiences with primary caregivers lead to the formation of cognitive and behavioral patterns that serve as styles for thinking and acting. These patterns are maladaptive strategies that disrupt emotional regulation. On the other hand, "corrective emotional experiences" in the approaches of schema therapy and intensive short-term dynamic psychotherapy help change dysfunctional patterns and regulate emotions in traumatized individuals. Therefore, this study examined the effectiveness of these two treatments on emotion regulation in Complex PTSD. using a single-case study method. The study population included all individuals aged 18 to 40 in Tehran who, in 2023, volunteered to participate in the research following the project announcement. Finally, six individuals with were selected through purposive sampling. Subsequently, the cognitive and behavioral emotion regulation questionnaires were administered to each individual at the baseline (2 to 4 times), intervention (3 times), and follow-up (1 time) stages. The experimental groups underwent 16 sessions of 50-minute interventions of schema therapy and intensive short-term dynamic psychotherapy. The results of visual and statistical analysis between the intervention and baseline conditions, including Cohen's d effect size, non-overlapping and overlapping data, changes in median and mean, and absolute level changes, indicated the effectiveness of both treatments on cognitive and behavioral emotion regulation. However, schema therapy was more effective than intensive short-term dynamic psychotherapy in improving emotion regulation, and it appears that the techniques and tools in this therapy are more effective in addressing the underlying pathologies in CPTSD.

## اثربخشی طرح‌واره درمانی (ST) و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت (ISTDP) جهت بهبود تنظیم هیجان در اختلال استرس پس از سانحه پیچیده

هانیه حاتمی<sup>۱</sup>، نوراله محمدی<sup>۲\*</sup>، حبیب هادیان فرد<sup>۲</sup>، عبدالعزیز افلاک سیر<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

*nmohamadi@shirazu.ac.ir*

۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

<p><b>چکیده</b></p> <p>تجارب آسیب‌زای گذشته با مراقبان اولیه منجر به شکل‌گیری الگوهای شناختی و رفتاری می‌شود که به نوعی سبک‌هایی برای تفکر و عمل هستند. این الگوها راهبردهای ناسازگارانه‌ای هستند که تنظیم هیجانات را مختل می‌کنند. از سوی دیگر «تجارب هیجانی اصلاحی» در دو رویکرد طرح‌واره‌درمانی و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و فشرده، به تغییر الگوهای ناکارآمد و تنظیم هیجان کمک می‌کنند. از این رو در این پژوهش به بررسی اثربخشی این دو درمان بر تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در اختلال استرس پس از سانحه پیچیده با روش مطالعه تک آزمودنی پرداخته شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد ۱۸ تا ۴۰ ساله در شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۲، پس از اطلاع رسانی طرح پژوهش، داوطلب مشارکت در پژوهش شدند. در نهایت شش نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند. در ادامه پرسشنامه‌های تنظیم شناختی و رفتاری هیجان برای هر فرد در مرحله خط‌پایه (۲ تا ۴ بار)، مداخله (۳ بار) و پیگیری (۱ بار)، اجرا شد. گروه‌های آزمایش به مدت ۱۶ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای تحت مداخلات طرح‌واره‌درمانی و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت قرار گرفتند. نتایج تحلیل دیداری و آماری بین دو موقعیت مداخله و خط‌پایه شامل اندازه اثر دی کوهن، داده‌های ناهمپوش و همپوش، تغییرات میانه و میانگین و تغییرات سطح مطلق، بیانگر اثربخشی هر دو درمان بر تنظیم شناختی و رفتاری هیجان بود. اما طرح‌واره‌درمانی نسبت به روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و فشرده در بهبود تنظیم هیجان مؤثرتر عمل کرد و به نظر می‌سد تکنیک‌ها و ابزارها در این درمان برای رفع آسیب‌های زیربنایی در ترومای پیچیده مؤثرتر است.</p>	<p><b>تاریخ دریافت</b> ۱۴۰۳/۵/۲۲</p> <p><b>تاریخ پذیرش نهایی</b> ۱۴۰۳/۷/۲۶</p> <p><b>واژگان کلیدی</b> اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، طرح‌واره‌درمانی، روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، تنظیم رفتاری هیجان، شناختی هیجان</p>
--	---

## مقدمه

تجربیات در اوایل زندگی تأثیری ماندگار بر رشد روانی دارند، حتی اگر آگاهانه به خاطر سپرده نشوند. هنگامی که این تجربیات تروماتیک هستند و بر ظرفیت فرد برای مقابله غلبه می‌کنند اغلب عواقب شدیدی به همراه دارند. هنگامی که تروما "پیچیده" است یعنی تکرار شونده و طولانی مدت است، مانند آزار و اذیت دوران کودکی، با یک پاسخ استرس پس از سانحه پیچیده<sup>۱</sup> همراه است. ویرایش یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (ICD-11) (۱) این پاسخ را به عنوان "اختلال استرس پس از سانحه پیچیده"<sup>۳</sup> (CPTSD) مفهوم‌سازی کرده‌است و آن را از طریق دو حوزه مشخص می‌کند؛ حوزه «اختلال استرس پس از سانحه» (PTSD؛ شامل: ۱) تجربه مجدد تروماتیک؛ ۲) حساسیت بیش‌ازحد به تهدید بالقوه، و ۳) اجتناب رفتاری از موقعیت‌هایی که ممکن است باعث تجربه مجدد شوند. و حوزه «اختلالات در خودسازماندهی»<sup>۴</sup> (DSO؛ شامل: ۱) کژتنظیمی هیجانی؛ ۲) ادراک منفی مداوم از خود و ۳) مشکلات بین‌فردی. بنابراین مواجهه با تجربیات آسیب‌زا در کودکی و نوجوانی ظرفیت سازماندهی فرد را مختل کرده و منجر به اختلال در تنظیم هیجان می‌شود (۲، ۳). مطالعات نشان می‌دهند که تجارب آسیب‌زا در اوایل زندگی می‌توانند بر رشد بسیاری از فرآیندها در فرد تأثیر گذارند و زمینه‌ساز بروز اختلالات در بزرگسالی شوند برای مثال؛ در بررسی و شناسایی مکانیسم‌ها و مسیرهایی که تجربه ترومای پیچیده در گذشته را به ایجاد اختلال CPTSD در آینده متصل می‌کند چندین عامل و مسیر مورد بررسی قرار گرفتند (۲). این عوامل عبارتند از: ۱) فرآیندهای تجزیه‌ای، ۲) رابطه فرد با خود، ۳) فرآیندهای رشد هیجانی؛ ۴) فرآیندهای رشد اجتماعی، و ۵) عوامل سیستمی زمینه‌ساز. از بین این عوامل، فرآیندهای رشد هیجانی به توسعه ظرفیت‌های مربوط به تجربه هیجانی مانند؛ تنظیم و درک هیجانات اشاره دارد که

در افراد با تجربه ترومای پیچیده در اوایل زندگی دچار آسیب شده است. بنابراین می‌توان گفت ترومای پیچیده منجر به ایجاد تغییرات ساختاری در بسیاری از ظرفیت‌ها و قابلیت‌ها؛ من جمله ظرفیت تنظیم هیجان در فرد می‌شوند، به طوری که می‌تواند رشد و توسعه آن‌ها را بسیار محدود کند و همانطور که اشاره شد این محدودیت‌ها بسیاری از فرآیندهای رشدی اساسی را دربرمی‌گیرد و منجر به ایجاد آسیب‌های ساختاری زیربنایی و بنیادی در فرد می‌شود. این اختلال پیچیده ابتدا توسط جودیت هرمان (۴) پیشنهاد شد و سپس توسط ون درکولک (۵) به عنوان ترومای پیچیده تحولی<sup>۶</sup> مفهوم‌سازی شد که به پیامدهای منحصربه‌فرد آسیب‌های پیچیده و بد رفتاری در کودکان اشاره دارد. والدین بدسرپرست توانایی فرزندانشان در درک و انتقال تجربیات هیجانی انتزاعی را به خطر می‌اندازند. ارتباط نامناسب با والدین بدسرپرست می‌تواند کودک را به درونی کردن این دل‌بستگی‌های ناپایمن اولیه سوق دهد که بر رشد ظرفیت‌های ذهنی<sup>۷</sup> کودکان تأثیر منفی می‌گذارد (۶). فعال شدن این بازنمایی‌های دل‌بستگی ناپایمن در دوره‌های بعدی زندگی، می‌تواند به طور قابل توجهی ظرفیت‌های ذهنی را کاهش دهد و باعث شود که فرد در درک احساسات دیگران ناکام بماند (۷). آنچه در اینجا آسیب می‌بیند وضوح هیجانات<sup>۸</sup> است که یکی از ظرفیت‌های رشد هیجانی است (۲). مطالعات بر روی نقص در پردازش هیجانی افراد با سابقه ترومای رشدی نشان می‌دهد که شدت تروما با آگاهی هیجانی<sup>۹</sup> (توانایی درک و توجه به تجربیات عاطفی دیگران)، پذیرش هیجانی (توانایی تجربه احساسات منفی بدون فراخوانی احساسات منفی ثانویه)، شفافیت هیجانی<sup>۱۰</sup> (توانایی درک تجربیات هیجانی دیگران) و کنترل تکانه (درجه کنترل رفتار در هنگام پریشانی عاطفی) همبستگی قوی و مثبت دارد (۶). از آنجا که کودک آسیب دیده به علت هجوم رویدادهای آسیب‌زا توانایی دفاعی اش در هم شکسته می‌شود (۸)، برای نجات خود به مکانیسم

7 Mentalizing capacities

8 Emotional Clarity

9 Emotional awareness

1 Emotional acceptance 0

1 Emotional transparency 1

1 Complex post-traumatic stress response

2 International Classification of Diseases

3 Complex post-traumatic stress disorder

4 Disturbances in Self-Organisation

5 Emotional developmental processes

6 Complex developmental trauma

برای از بین بردن این سد دفاعی، ترمیم آسیب‌های ساختاری و به راه انداختن فرآیند رشد در ظرفیت‌های محدود شده مانند تنظیم هیجان، طرح‌واره‌درمانی (ST) و روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت<sup>۳</sup> (ISTDP) هر کدام به شیوه منحصر به فرد کار می‌کنند. آن‌ها مجموعه‌ای از تجارب با عنوان "تجارب هیجانی اصلاحی"<sup>۳</sup> را درون رابطه درمانی برای مراجع فراهم می‌آورند تا او بتواند راهبردها و الگوهای سازگارانه‌تری را جایگزین مکانیسم‌های ناکارآمد پیشین کند. به سبب مفهوم‌پردازی خاص این دو رویکرد و خلق تجارب هیجانی اصلاحی، قرار است تا این دو رویکرد رفته‌رفته هیجانات را به زندگی فرد بازگردانند اما در این مسیر از ابزارها و مدل‌های بیانگر متفاوتی استفاده می‌کنند. از آنجا که این دو درمان در فرمول‌بندی خود، رابطه (رابطه با افراد مهم زندگی و درمانگر) را نقطه مرکزی حل و فصل آسیب‌های ارتباطی می‌دانند، در بافت تروماهای رابطه‌ای حرف‌های مهمی برای گفتن دارند. این دو درمان به خوبی به جنبه‌های مختلف این گونه آسیب‌های اولیه در روابط مهم، پرداخته‌اند و هر کدام رویکرد خاصی را برای حل و فصل این آسیب‌ها طراحی کرده‌اند. از آنجا که تروماهای رابطه‌ای اخیراً مورد توجه قرار گرفته‌اند، بررسی درمان‌هایی که با مقتضیات این آسیب‌ها همراه‌تر هستند، می‌تواند گام موثری در درمان این اختلالات باشد. در ادامه فرمول‌بندی این دو درمان را دقیق‌تر مورد توجه قرار می‌دهیم تا درک کلی نسبت به تفاوت‌های آن دو پیدا کنیم.

در طرح‌واره‌درمانی مشکلات در تنظیم هیجان به‌عنوان یک پیامد از تجربیات نامطلوب اولیه (به‌عنوان مثال، فقدان دلبستگی ایمن، سوءاستفاده در دوران کودکی یا غفلت عاطفی) دیده می‌شود. این تجربیات منفی منجر به تروماهای روان‌شناختی پردازش نشده و ترس از هیجان‌ها و تلاش برای اجتناب از هیجان‌ها و طرح‌واره‌های فرارشناختی ناکارآمد<sup>۴</sup> درباره معنای هیجان‌ها شده است. طرح‌واره‌های ناکارآمد در مورد خود و رابطه با دیگران و همچنین در مورد معنای هیجانات غالب است (به‌عنوان مثال، "هیجانات همیشه صدمه می‌زنند" یا "نشان دادن احساسات یک ضعف است").<sup>۳</sup> ST

تجزیه روی می‌آورد. تجزیه به فرد کمک می‌کند تا چنین رویدادهایی را رها کند یا حداقل آنها را دور نگه دارد تا از نظر هیجانی در دسترس نباشد. تجزیه تروما-محور یک پاسخ بیولوژیکی به یک رویداد استرس‌زا است که در آن قربانی خود را در موقعیتی کاملاً درمانده می‌بیند، که بدن با توقف پردازش اطلاعات ادراکی، شناختی و هیجانی به آن پاسخ می‌دهد. بنابراین تجزیه یک مکانیسم اجتنابی شناختی است که احساسات شدید منفی مانند ترس را کاهش می‌دهد و به عنوان یک مکانیسم محافظتی در برابر احساسات پردازش نشده در نظر گرفته می‌شود. در نتیجه می‌توان گفت فردی با تجارب مکرر رویدادهای آسیب‌زا، با اجتناب از پردازش آنها و ایجاد سد دفاعی محکم ارتباط خود را با اینگونه محرک‌ها قطع می‌کند و منجر به اختلالات و نقایص عمده‌ای در ادراک و پردازش هیجان‌ها می‌شود که تمامی این زنجیره به طور کلی در شکل‌گیری طبقه کلی‌تر DSO مشارکت می‌کنند (۶، ۹) و نقایص ساختاری و پیچیده‌تری را موجب می‌شوند.

در واقع تروما فقط یک رویداد نیست بلکه منجر به یک تغییر اساسی در بدن می‌شود و مغز ما را از یک مغز یادگیرنده به مغزی در صدد بقا تبدیل می‌کند (۱۰). مغز در صدد بقا نسبت به تجربه مجدد هیجانات دردناک گذشته اجتناب می‌کند و تا جای ممکن این هیجانات را از طریق مکانیسم‌های ناسازگارانه‌ای دور می‌زند. دور زدن دائمی هیجانات، فرد را از وجود آن‌ها محروم می‌کند. بنابراین فرد دایماً بین خود و هیجاناتش یک سد دفاعی ایجاد می‌کند و خود را از داشتن هیجانات گوناگون محروم می‌سازد. از آنجا که هیجانات حاوی اطلاعات زیادی هستند، فرآیند یادگیری نیز متوقف می‌شود (۱۱). در نتیجه فرد دائماً خود را در دنیای ایزوله‌ای قرار می‌دهد که در آن روند یادگیری و رشد از طریق هیجانات مسدود است. مسئله اساسی در اینجا نه فقط تجربه و تنظیم هیجانات بلکه غنی کردن زندگی به واسطه هیجانات است. بنابراین پایه‌های اساسی در تنظیم هیجان، لمس و تجربه مجدد هیجان‌ها و غنی سازی دنیای درون‌روانی به واسطه آن‌هاست. همین مسئله است که هیجانات و تنظیم آن‌ها را بسیار حائز اهمیت می‌کند.

3 Corrective emotional experience

4 Dysfunctional meta-cognitive schemas

1 Schema therapy

2 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

یک فرایند مشترک و پویا با درمانگر میسر می‌شود (۱۶). در واقع تلاش درمانگر بر این است که ببیند چگونه ترس و دفاع ناخودآگاه به طور عینی و در نتیجه آشکارا در اینجا و اکنون صحنه انتقال، اغلب در ابتدای جلسه ظاهر می‌شود؛ بنابراین صحنه انتقال و آنچه در لحظه با درمانگر در حال تجربه شدن است اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. علائم معمولاً پنهان کننده و پوشاننده عواطف سرکوب شده ناخودآگاه است که با اضطراب علامتی<sup>۵</sup> درهم آمیخته می‌شوند. به عبارت دیگر درمانگر به طور خاص به علائم غیرکلامی در هنگام توصیف مشکل در ابتدا، نشانه‌های ناخودآگاه اضطراب و مقاومت قابل مشاهده، درون رابطه انتقالی و هیجانانگ مراجع در لحظه‌به‌لحظه اتاق درمان به قصد کنار زدن دفاع‌ها و ملاقات با آسیب‌ها و گسستگی‌های زیرین توجه می‌کند تا در نهایت بتواند این گسستگی‌ها و تروماهای گذشته را در بستر رابطه درمانی بازسازی کند و لحظه‌به‌لحظه به تجربه احساسی فضا دهد، احساسات و هیجاناتی که این بار نه تنها پنهان نشده‌اند؛ بلکه در رابطه با درمانگر قابل تجربه هستند. در اینجا مکانیسم‌های دفاعی به نوعی همان راهبردهای بد تنظیم شده هیجانی هستند که با تهدیدآمیز پنداشتن احساسات و به راه‌انداختن اضطراب علامتی، مانند آژیر خطر مانع تجربه این احساسات می‌شوند. در ISTDP نیز ترس از احساسات و تلاش برای اجتناب از آن‌ها به وسیله مکانیسم‌های دفاعی در قلب فرمول‌بندی اختلالات قرار می‌گیرد و تجارب هیجانی اصلاحی در درمان در نقطه مقابل با کنار زدن این ترس و کمک به حل‌وفصل تروماهای زیرین که منجر به این ترس شده‌است به طور غیرمستقیم به تنظیم هیجان کمک می‌کنند. همانطور که گفته شد این دو رویکرد درمانی قرار است تغییرات ساختاری بنیادی، ایجاد کنند و هر کدام در این راه ابزارهای متفاوتی در دست دارند، اگرچه فصل مشترک این ابزارها و مفهوم‌بندی‌ها، تجارب اصلاحی با درمانگر است اما با یکدیگر تفاوت‌های اساسی دارند. از آنجا که تا به حال در ادبیات پژوهش به این پرداخته نشده‌است که تکنیک‌های متفاوت این دو رویکرد در کار با ترومای پیچیده، چگونه بر

فرض می‌کند که وقتی این مشکلات اساسی موردتوجه قرار می‌گیرند، تنظیم هیجانانگ بهبود می‌یابد؛ بنابراین، تنظیم هیجان به طور مستقیم موردتوجه قرار نمی‌گیرد. در ST، مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق تجربه دل بستگی ایمن و معتبرسازی نیازها و هیجان‌ها از طریق ویژگی‌های خاص رابطه درمانی («باز والدینی حدومرز دار» و «رویاریوی همدلانه») و تکنیک‌های تجربی (مثلاً پردازش تجارب آسیب‌زا از طریق بازنویسی خیالی) بهبود می‌یابند؛ بنابراین بن‌مایه اصلی پردازش هیجانی در ST تجربه هیجانی اصلاحی است که از طریق رابطه درمانی و تکنیک‌های به کار گرفته شده در بستر این رابطه میسر می‌گردد. در تکنیک‌های تجربی درک، بیان و پردازش ذهنیت‌های طرحواره‌ای از طریق تجربه مجدد آنها در اتاق درمان امکان‌پذیر است (۱۲). این امر مستلزم شکستن الگوهای عاطفی، شناختی و رفتاری طولانی‌مدت است، به این معنی که طرحواره‌های ناکارآمد، راهبردها و ذهنیت‌های مقابله‌ای شروع به تغییر کنند. هر ذهنیت طرحواره‌ای با بد تنظیمی هیجانی و بد تنظیمی راهبردی خاصی مرتبط است (۱۳)؛ بنابراین مفاهیم کژتنظیمی هیجان و ذهنیت‌های طرحواره‌ای با یکدیگر همپوشانی دارند، زیرا ذهنیت‌های طرحواره‌ای ناکارآمد در واقع حالت‌های هیجانی بد تنظیم شده شدید، گفتگوهای خود - انعکاسی یا رفتارهای مقابله‌ای واکنشی هستند (۱۴). از سوی دیگر ISTDP به طور مداوم بر عواطف و تکانه‌هایی که ممکن است در داخل بدن در مواجهه با انتقال تجربه شوند (در اینجا و اکنون اتاق درمان)، تمرکز می‌کند. هدف، غلبه بر مکانیسم‌های دفاعی مبتنی بر ترس (جلوگیری از نزدیکی عاطفی در لحظه با درمانگر) است که در رویکرد متمرکز بر عاطفه جلسه متبلور می‌شود؛ و در ادامه هدف، کشف و تجربه فیزیکی تعارض اصلی ناخودآگاه مربوط به گسستگی‌های دل بستگی گذشته است. در این رویکرد به بیمار کمک می‌شود تعارضات و هیجانانگ ناخودآگاه خود را درک و پردازش کند (۱۵). تجزیه و تحلیل‌های شناختی برای رسیدن به یک درک یکپارچه، تنها پس از تجربه عینی در اینجا و اکنون در

4 Transference scene  
5 signal anxiety

1 Imagery rescripting  
2 Affect-focused approach  
3 Attachment ruptures

فرایند رشد هیجانی) در CPTSD مجهز است و در نهایت این تفاوت چگونه قابل تبیین می‌باشد.

اتمام مداخلات انجام شد. در این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی دو مداخله بر تنظیم هیجان، لازم است ابتدا تأثیر هر مداخله (متغیر مستقل) به صورت جداگانه بر تنظیم هیجان (متغیر وابسته) بررسی شود و پس از آن از مجموع شاخص‌های تحلیل دیداری و آماری به مقایسه تأثیر دو متغیر مستقل پرداخته شود. به منظور سنجش این فرضیه ابتدا اثربخشی درمان‌های روان پویایی فشرده و کوتاه‌مدت و طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم شناختی و رفتاری هیجان سنجیده شد که در شکل‌های ۱ تا ۴ ترسیم شده‌است. تمامی شاخص‌های تحلیل دیداری بین موقعیتی مانند تغییرات میانه، میانگین، تغییرات سطح نسبی و مطلق و درصد داده‌های همپوش و نا همپوش (PND, POD) برای هر کدام از مراجعین در جداول ۳ تا ۵ ارائه شده‌است. جامعه آماری شامل کلیه افراد ۱۸ تا ۴۰ ساله در شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۲، پس از اطلاع رسانی طرح پژوهش، داوطلب مشارکت در پژوهش شدند. به منظور انتخاب نمونه، فراخوانی جهت شرکت در پژوهش حاضر به مراکز مشاوره در مناطق ۱ و ۲ شهر تهران داده شد تا بدینوسیله افرادی که پس از اجرای پرسشنامه‌های بین المللی رویدادهای آسیب‌زا و آسیب‌های دوران کودکی تشخیص CPTSD دریافت کردند، در صورت تمایل و به صورت کاملاً داوطلبانه جهت مشارکت اعلام آمادگی کنند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۳</sup> بود. این روش انتخاب آگاهانه شرکت‌کننده‌های خاص توسط پژوهشگر می‌باشد. پس از اعلام آمادگی تعدادی از افراد در نهایت ۶ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در درمان‌های روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت و طرح‌واره‌درمانی قرار گرفتند. در ادامه به ابزارهای پژوهش می‌پردازیم.

فرآیند درمان و اثربخشی آن تأثیر می‌گذارد، سعی داریم با در نظر گرفتن این شکاف در ادبیات پژوهشی به بررسی هرچه بیشتر آن بپردازیم و بنگریم کدام رویکرد به ابزارهای کارآمدتری جهت ترمیم فرایندهای رشدی آسیب دیده

## روش

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی<sup>۱</sup> است که همچون سایر طرح‌های آزمایشی پژوهشگر به بررسی تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر می‌پردازد. اصلی‌ترین روش برای ارزیابی یک برنامه تغییر رفتار تحلیل دو موقعیت مجاور است. اولین موقعیت در این طرح‌ها به‌عنوان خط‌پایه (A) و دومین موقعیت به‌عنوان مداخله (B) شناخته می‌شود. گاهی بعد از موقعیت مداخله یک یا چند دوره پیگیری نیز وجود دارد (C) که پایداری تغییر رفتار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مطالعات مربوط به طرح آزمایشی تک آزمودنی بر اساس منطق وجود خط‌پایه بنا شده‌است به این معنا که شرکت‌کنندگان به عنوان کنترل خودشان برای ارزیابی تغییرات ایجاد شده عمل می‌کنند (۱۷). پاسخ شرکت‌کنندگان به مداخله بعد از پایان مداخله به صورت یک نمودار برای تحلیل دیداری نمایش داده می‌شود. طرح‌های تک آزمودنی انواع مختلفی دارد (AB, ABA, ABAB, خط‌پایه چندگانه و طرح‌های تغییر ملاک) که در این پژوهش از طرح A-B-A همراه با خط‌پایه چندگانه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون (اجرای مکرر پرسشنامه‌های تنظیم شناختی و رفتاری هیجان به صورت: ۲ تا ۴ بار در خط‌پایه، در جلسات پنجم، دهم و شانزدهم مداخله و یک ماه بعد از اتمام مداخله) و پیگیری ۳۰ روزه استفاده شد. طرح خط‌پایه چندگانه شامل کاربرد یک موقعیت مداخله در دو یا چند خط‌پایه مختلف در یک مدل زمانی پلکانی است. در این پژوهش همانگونه که ذکر شد ابتدا رفتار هدف (تنظیم شناختی و رفتاری هیجان) ۲ تا ۴ جلسه ارزیابی شد و پس از آن مداخلات درمانی ارائه شدند (۱۶ جلسه). سپس یک جلسه پیگیری یک ماه بعد از

3 purposeful sampling

1 Single-case experimental design (SCED)  
2 Time- staggered fashion

## ابزار پژوهش

فاصله دو هفته و به روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۴ و روایی همگرای این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۳</sup> را ۰/۴۰ گزارش شده است (۲۲). پایایی این ابزار به شیوهی آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی شاخص‌های برازندگی مجذورکای هنجار شده ۲/۵۸۸، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب ۰/۰۷۸ و برازش مقایسه‌ای ۰/۹۲ به عنوان شاخصی از روایی سازه ابزار گزارش شده است (۲۳).

**پرسش‌نامه تنظیم رفتاری هیجان (BERQ):** این پرسش‌نامه (۲۴) یک ابزار ۲۰ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم رفتاری هیجان نوجوانان و بزرگسالان را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌آور زندگی ارزیابی می‌کند. پرسش‌نامه تنظیم رفتاری هیجان از ۵ خرده مقیاس پرت‌کردن حواس (گویه‌های ۱ تا ۴)، کناره‌گیری (گویه‌های ۵ تا ۸)، رویکرد فعال (گویه‌های ۹ تا ۱۲)، جستجوی حمایت اجتماعی (گویه‌های ۱۳ تا ۱۶) و نادیده‌گرفتن (گویه‌های ۱۷ تا ۲۰) تشکیل می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرتی از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) است. باتوجه‌به اینکه هر خرده مقیاس از ۴ گویه تشکیل شده است، نمره کل هر خرده مقیاس از مجموع نمرات گویه‌های مربوط به دست می‌آید که بین ۴ تا ۲۰ است. هرچه آزمودنی در خرده مقیاس‌های اقدام به کارهای دیگر، رویارویی فعال و جستجوی حمایت اجتماعی نمره بیشتر و در خرده مقیاس‌های کناره‌گیری و نادیده‌گرفتن نمره کمتری بگیرد وضعیت او از نظر تنظیم رفتاری هیجان بهتر است؛ بنابراین، نمرات خرده مقیاس‌ها با هم جمع‌پذیر نیستند. پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ و از طریق بازآزمایی در دامنه ۰/۴۷ تا ۰/۷۵ به دست آمد و روایی آن از طریق ضریب همبستگی برای خرده مقیاس‌های پرت‌کردن حواس، رویکرد فعال و جستجوی حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۵۳، ۰/۶۷ و ۰/۵۱ گزارش شده است.

**پرسشنامه بین‌المللی رویدادهای آسیب‌زا<sup>۱</sup> (ITQ):** پرسشنامه بین‌المللی تروما یک ابزار خودگزارشی برای تشخیص اختلال PTSD و CPTSD بر مبنای ICD-11 می‌باشد. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۴ (بسیار زیاد) و شامل ۲۲ گویه است که ۶ گویه آن نشانه‌های PTSD (۲ گویه برای هر خوشه، آلفای ۰/۹۱) و ۱۶ گویه نشانه‌های DSO را می‌سنجند. برای تشخیص CPTSD، فراتر از نیاز برای تشخیص PTSD، نمرات مورد نیاز مربوط به خودسازماندهی مختل (شامل ۱۶ گویه) نیز باید به دست آید (۱۸). از بین این ۱۶ گویه، ۹ گویه خوشه AD (۵ گویه AD1-AD5) بیش فعال‌سازی و ۴ گویه (AD6-AD9) کم فعال‌سازی را مورد بررسی قرار می‌دهند. ۴ گویه خوشه NSC و در نهایت ۳ سؤال خوشه DR را می‌سنجند. ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی مقادیر بیش از ۰/۷۷ را برای همه خرده مقیاس‌ها به جز بعد اجتناب، با مقدار ۰/۶۷ (۱۹) و ۰/۹۳ (۶) نشان داد که نشان‌دهنده روایی قابل قبول تقریباً همه خرده مقیاس‌ها است.

**پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی (CTQ-SF):** این مقیاس (۲۰) جهت سنجش آسیب‌های کودکی و نوجوانی طراحی شده است. شامل ۲۸ گویه است که ۵ خرده مقیاس سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت جسمی و غفلت هیجانی را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=هرگز تا ۵=همیشه) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. دامنه‌ی نمرات برای هرکدام از خرده مقیاس‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی ترومای بیشتر در کودکی است. پایایی این ابزار به دو روش بازآزمایی در فاصله ۲ ماهه و آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ و همبستگی بالای این ابزار با مصاحبه‌های بالینی بزرگسالان در مورد بدرفتاری کودکی برای خرده مقیاس‌های سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده هیجانی، سوءاستفاده جنسی، غفلت جسمی و غفلت هیجانی به ترتیب ۰/۲۷، ۰/۳۲، ۰/۷۲، ۰/۲۰ و ۰/۱۶ به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش شده است (۲۱). پایایی به روش بازآزمایی در

3 General Health Questionnaire  
4 Behavioral emotion regulation questionnaire

1 International Trauma Questionnaire  
2 Childhood Trauma Questionnaire

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۱</sup> (CERQ): این پرسشنامه (۲۵)، یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی زای زندگی در اندازه‌های ۵ درجه ای لیکرتی از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) برحسب ۹ عامل می‌سنجد: خودسرزنشگری (گویه‌های ۱ و ۲)، دیگرسرزنشگری (گویه‌های ۱۷ و ۱۸)، تمرکز بر فکر/نشخوارگری (گویه‌های ۵ و ۶)، فاجعه‌نمایی (گویه‌های ۱۵ و ۱۶)، کم اهمیت شماری (گویه‌های ۱۳ و ۱۴)، تمرکز مجدد مثبت (گویه‌های ۷ و ۸)، ارزیابی مجدد مثبت (گویه‌های ۱۱ و ۱۲) پذیرش (گویه‌های ۳ و ۴)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (گویه‌های ۹ و ۱۰). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از دو خرده‌مقیاس تشکیل شده‌است: خرده‌مقیاس راهبردهای غیر انطباقی (سازش نایافته) که از چهار عامل نخست و همچنین خرده‌مقیاس راهبردهای انطباقی (سازش‌یافته) که از پنج عامل آخر تشکیل شده‌است. با توجه به اینکه خرده‌مقیاس راهبردهای غیر انطباقی از چهار عامل تشکیل شده‌است و هر عامل دو سوال با نمره ۱ تا ۵ دارد، مجموعه نمرات آن بر ۸ تقسیم می‌شود و نمره نهایی بین ۱ تا ۵ است. همچنین خرده‌مقیاس راهبردهای انطباقی از ۵ عامل تشکیل شده‌است و هر عامل نیز دو سوال با نمره ۱ تا ۵ دارد، مجموع نمرات آن بر ۱۰ تقسیم می‌شود و نمره نهایی این خرده‌مقیاس هم بین ۱ تا ۵ است. در ضمن، نمره بالاتر نشان دهنده‌ی استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود (۲۵). پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰.۸۷ تا ۰.۹۳، و روایی آن را در دامنه ۰.۷۳ تا ۰.۸۷ گزارش شده‌است (۲۶).

1 Cognitive emotion regulation questionnaire



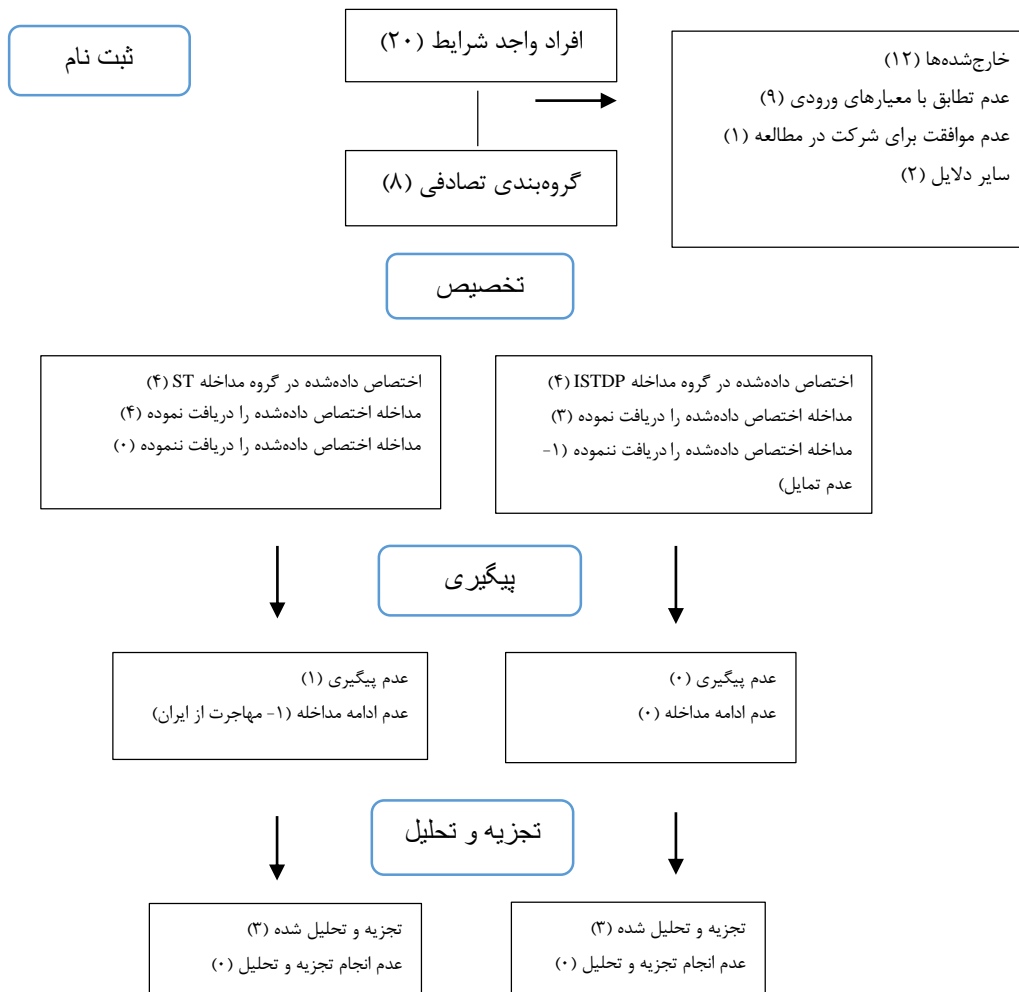
جدول ۱. پروتوکل روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت (مالان و دلاسلو، ۲۰۰۷/۱۳۹۹)

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
جلسه اول و دوم: جلسه آزمایشی	ایجاد رابطه درمانی، مصاحبه مقدماتی و ارزیابی مراجع	آشنایی با بیمار/ مطرح کردن مشکل/ ارزیابی احساس بیمار از حضور در جلسه درمانی/ درخواست از مراجع جهت تجربه این احساس/ واری اضطراب مراجع و مشخص کردن مسیر اضطراب بیمار/ شناسایی دفاع‌های بیمار/ تثبیت و تحکیم بینش بیمار نسبت به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی به‌جای تجربه احساسات (مثلث تعارض)/ بررسی رابطه بیمار با والدین و همشیرها در دوران کودکی و در زمان حال/ واری الگوی رفتار انتقالی (مثلث شخص).	شناسایی و ثبت مکانیسم‌های دفاعی مورد استفاده در مواجهه با موقعیت‌های محرک زندگی
جلسه سوم تا یازدهم	فرمت ساخت ظرفیت و قفل گشایی‌های مکرر	اجرای پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در جلسه پنجم و دهم/ پرداختن به مشکل بیمار/ فرآیند حمایتی/ بدون چالش و برخورد مستقیم جهت ساخت ظرفیت برای تحمل اضطراب/ چرخه‌های متناوب تحریک هیجانات و اضطراب مرتبط به آن تا آستانه تحمل، به منظور تنظیم اضطراب و ساختن ظرفیت خود مشاهده گری/ جایگزینی فرآیند سرکوبی و مکانیسم‌های دفاعی اولیه با توانایی عقلانی کردن یا جداسازی عاطفه بررسی مقاومت بیمار در مقابل نزدیکی هیجانی در انتقال/ ارزیابی دفاع‌های اصلی بیمار (مشخص کردن این مسئله که آیا این دفاع‌ها برای اجتناب از احساسات اضطراب برانگیز است و یا عدم تمایل به تماس هیجانی با درمانگر)/ بررسی احساس بیمار نسبت به درمانگر/ مشخص کردن رابطه بین احساسات، اضطراب ناشی از آن‌ها و دفاع‌هایی که برای مقابله با آن‌ها به کار می‌رود/ مشخص کردن مثلث‌های شخص و تعارض	شناسایی دفاع‌های مراجع در روابط بین فردی، شناسایی احساسات مرتبط با موقعیت‌های محرک و تمرین ابراز و تجربه آنها به‌جای استفاده از دفاع
جلسه دوازدهم تا چهاردهم	دستیابی به تجربه احساسات و استفاده از آنها به‌جای به‌کارگیری دفاع‌ها و حل‌وفصل تعارضات	بررسی وضعیت بیمار و تأثیر جلسات درمانی قبل بر وی/ پرداختن به مشکل مراجع/ ایجاد بینش در بیمار درباره سرکوب احساسات/ بررسی موقعیت‌هایی که منجر به سرکوب احساسات می‌شود/ واری احساسات مرتبط با این موقعیت‌ها/ شناسایی دفاع‌های مورد استفاده در این موقعیت‌ها (مثلث تعارض)/ تجربه احساس/ درهم شکستن دفاع‌ها	شناسایی موقعیت‌های محرک سرکوب احساسات و تمرین ابراز و تجربه احساس مرتبط با موقعیت به‌جای سرکوب آنها
جلسه شانزدهم و شانزدهم	اختتام جلسات درمانی مشاهده تغییرات اساسی در بیمار	اجرای پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در جلسه شانزدهم/ بررسی وضعیت بیمار پس از دریافت درمان/ مشاهده تغییرات اساسی در بیمار	-

جدول ۲. پروتوکل طرح‌واره درمانی (بانگ، کلاسکو و ویشار، ۱۳۸۹/۱۹۹۹)

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
جلسه اول و دوم	سنجش و آموزش مفهوم پردازش و آموزش مفهوم پردازش	مفهوم‌پردازی موردی شامل تابلوی بالینی از مشکلات، علائم، الگوهای بین فردی و هیجانات مسئله‌ساز بیمار/ درمیان گذاشتن اطلاعات حاصل از سنجش با مراجع برای شناخت الگوهای ناکارآمد زندگی، شناخت و برانگیختن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، درک ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها در دوران کودکی و نوجوانی، شناخت پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و سنجش خلق و خو	کاوش ذهنیت‌های ناسازگار گذشته و حال/ پر کردن فرم برانگیزاننده‌ها و تحلیل ذهنیت
جلسه سوم تا پنجم	مرحله تغییر: مداخلات و تکنیک‌های شناختی	اجرای پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در جلسه پنجم/ انجام مداخلات شناختی: ارزیابی اعتبار طرح‌واره/ تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرح‌واره/ مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای/ برقراری گفتگو بین جنبه سالم و طرح‌واره	تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی
جلسه ششم تا هشتم	مرحله تغییر: مداخلات و تکنیک‌های تجربی	استفاده از تصویرسازی برای برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه/ باز والدینی بیمار به منظور بهبود این هیجان‌ها و ارضاء نسبی نیازهای برآورده نشده دوران کودکی/ فعال شدن طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها در طول تصویرسازی، از طریق درگیر شدن عمیق با هیجانات و خاطرات بیوگرافی/ بازنویسی تروما/ برآورده شدن نیازهای کودک مورد بدر رفتاری قرار گرفته در این بازنگری جدید	اجرای تکالیف جلسات قبل
جلسه هشتم تا دهم	مرحله تغییر: تکنیک‌های مداخله رفتاری	اجرای پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در جلسه دهم/ الگو شکنی رفتاری و انتقال نتایج درمان به زندگی مراجع/ جایگزینی الگوهای رفتاری طرح‌واره- خاست با سبک‌های مقابله سالم‌تری/ تمرین رفتارهای انطباقی در تصویرسازی و یا ایفای نقش	پر کردن فلش کارت و فرم الگو شکنی رفتاری
جلسه دهم تا شانزدهم	مرحله تغییر: رابطه درمانی و رویارویی همدلانه	اجرای پرسش‌نامه‌های تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در جلسه شانزدهم/ رویارویی همدلانه مراجع با طرح‌واره‌های فعال شده و سبک‌های مقابله‌ای در رابطه درمانگر-مراجع/ باز والدینی حد و مرز دار و والدگری ترمیمی	-

شکل ۱. فلودیاگرام مراحل اجرای پژوهش



## یافته‌ها

بر تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در افراد با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پیچیده متفاوت است.

فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود از: اثربخشی درمان‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت و فشرده و طرح‌واره‌درمانی

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی و تابلوی بالینی تروما در مراجعین گروه اول (ST)

ITQ		CTQ-SF		وضعیت تاهل	تحصیلات	سن	جنسیت	مراجع
DR	NSC	AD6-9	AD1-5					
۹	۱۱	۸	۱۴	مجرد	کارشناسی	۲۲	زن	اول
۱۰	۹	۱۱	۱۰	مجرد	دکتری	۲۸	مرد	دوم
۹	۱۳	۱۰	۱۴	متاهل	کارشناسی ارشد	۲۵	زن	سوم

جدول ۴. ویژگی‌های جمعیت شناختی و تابلوی بالینی تروما در مراجعین گروه دوم (ISTDP)

مراجع	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل	انواع تروما	ITQ		DR
						AD6-9	AD1-5	
اول	زن	۲۶	کارشناسی ارشد	مجرد	غفلت/سوءاستفاده روانشناختی/جدایی والدین در سن پایین	۱۴	۱۰	۷
دوم	مرد	۱۹	کارشناسی	مجرد	سوءاستفاده روانشناختی/جابجایی نقش/غفلت	۹	۱۲	۱۰
سوم	زن	۲۷	کارشناسی ارشد	متاهل	غفلت/طرد/سوءاستفاده روانشناختی	۱۲	۱۱	۹

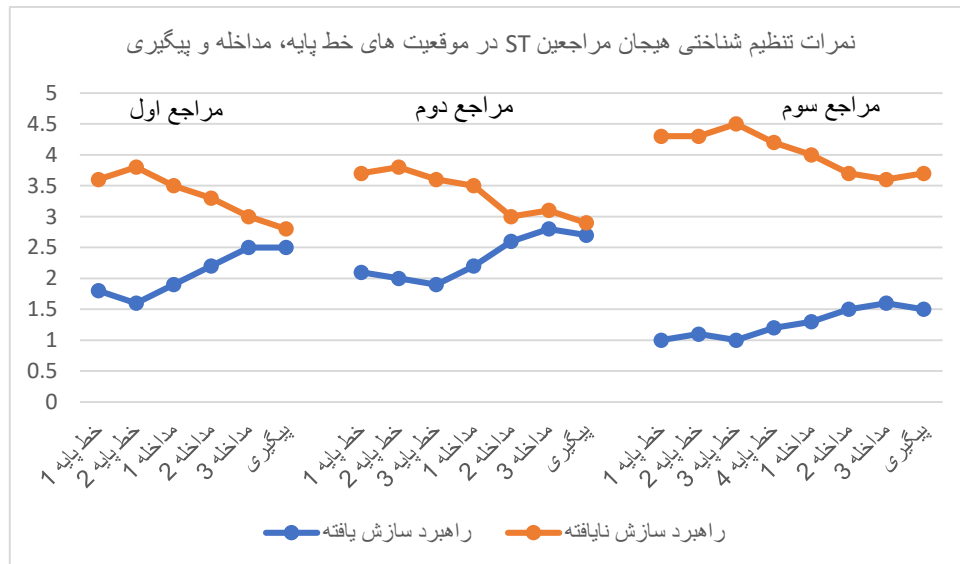
AD 1-5 : Affective Dysregulation (hyperactivation)

AD 6-9 : Affective Dysregulation (hypoactivation)

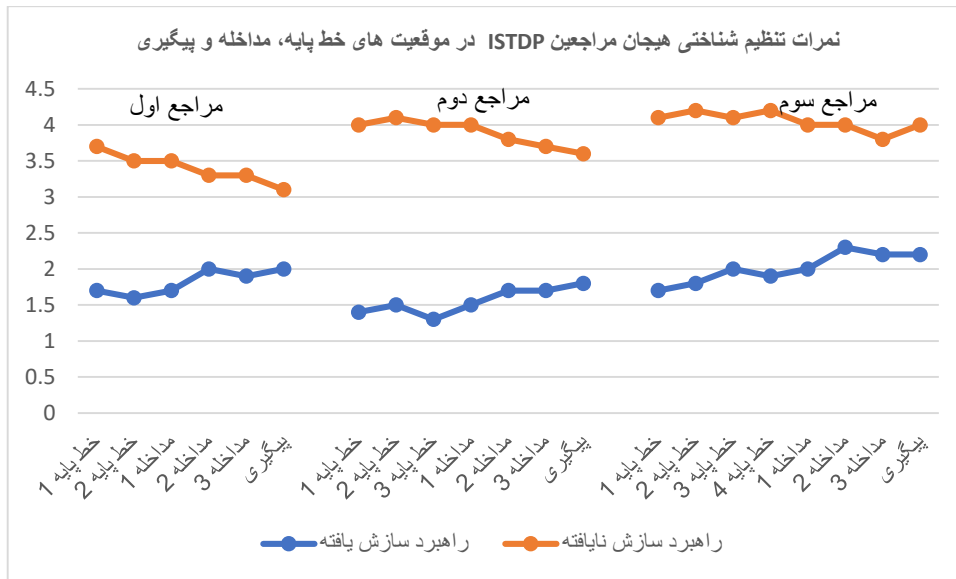
NSC : Negative Self- Concept

DR: Disturbances Relationship

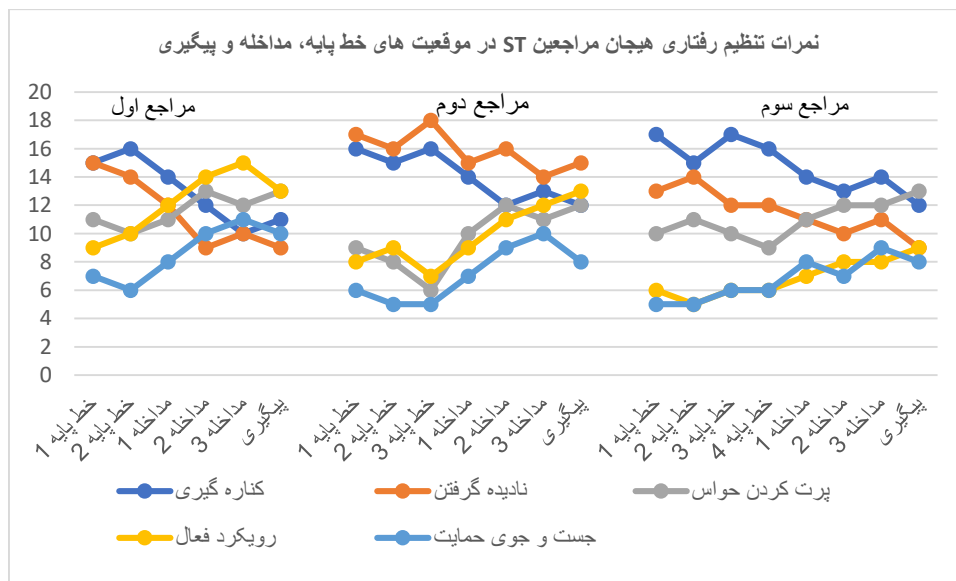
شکل ۲. نمرات تنظیم شناختی هیجان در مراجعین تحت ST در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری



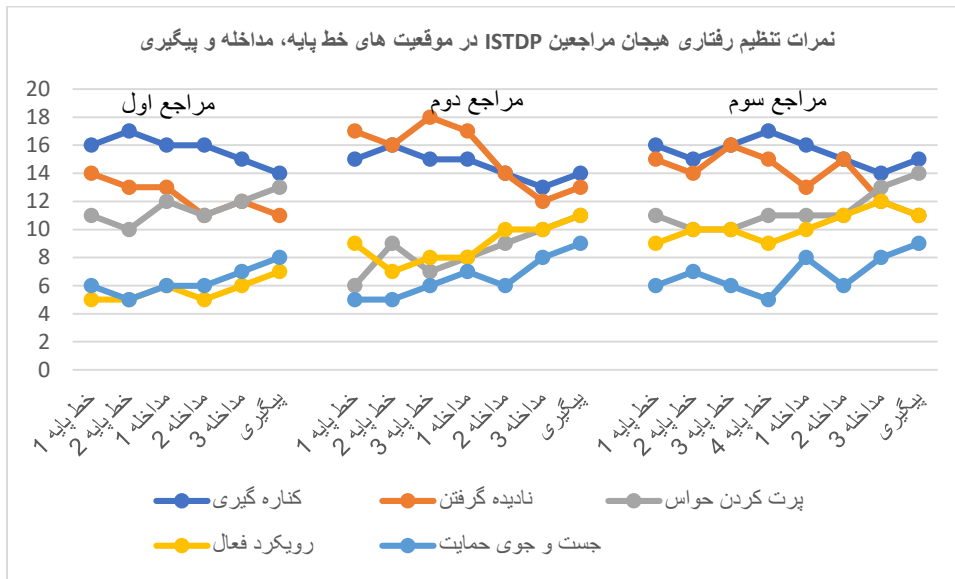
شکل ۳. نمرات تنظیم شناختی هیجان در مراجعین تحت ISTDP در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری



شکل ۴. نمرات تنظیم رفتاری هیجان در مراجعین تحت ST در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری



شکل ۵. نمرات تنظیم رفتاری هیجان در مراجعین تحت ISTDP در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری



جدول ۵. شاخص‌ها و میانگین تحلیل دیداری بین موقعیتی نمره تنظیم شناختی هیجان مراجعین در دو نوع مداخله ST و ISTDP

MPR	MPI	POD	PND	کوهن d	درصد بهبودی	تغییرات مطلق	تغییرات میانگین	تغییرات میانه		
B/A	B/A	B/A	B/A	B/A	B/A	B/A	B/A	B/A		
۰	۱۰۰	۰	۱۰۰	۲/۷۱	۳۹	۰/۳	۰/۵	۰/۵	مراجع اول	راهبرد سازش یافته
۰	۱۰۰	۰	۱۰۰	۲/۹۵	۳۳	۰/۳	۰/۵	۰/۶	مراجع دوم	
۰	۱۰۰	۰	۱۰۰	۳/۷۴	۶۰	۰/۱	۰/۳	۰/۴	مراجع سوم	
۳۳/۳	۱۰۰	۰	۱۰۰	۲/۷۲	۱۶/۵	۰/۳	۰/۵	۰/۴	مراجع اول	راهبرد سازش نایافته
۰	۱۰۰	۰	۱۰۰	۳/۱۴	۱۶	۰/۱	۰/۵	۰/۶	مراجع دوم	
۰	۱۰۰	۰	۱۰۰	۳/۹۲	۱۶	۰/۲	۰/۶	۰/۶	مراجع سوم	
۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳	۶۶/۶	۲/۲۸	۱۱/۷	۰/۱	۰/۲	۰/۳	مراجع اول	راهبرد سازش یافته
۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳	۶۶/۶	۲/۶۲	۲۱/۵	۰/۲	۰/۲	۰/۳	مراجع دوم	
۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳	۶۶/۶	۲/۶۳	۳۰	۰/۱	۰/۴	۰/۴	مراجع سوم	
۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳	۶۶/۶	۲/۴۷	۱۰/۸	۰	۰/۳	۰/۳	مراجع اول	راهبرد سازش نایافته
۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳	۶۶/۶	۲/۱	۷/۵	۰	۰/۲	۰/۲	مراجع دوم	
۳۳/۳	۱۰۰	۰	۱۰۰	۲/۹	۷/۵	۰/۲	۰/۱	۰/۱	مراجع سوم	
۰	۱۰۰	۰	۱۰۰	۳/۱۳	۴۴	۰/۲۲	۰/۴۳	۰/۵	راهبرد سازش یافته	ST
۱۱/۱	۱۰۰	۰	۱۰۰	۳/۲۶	۱۶/۱	۰/۲	۰/۵۳	۰/۵۳	راهبرد سازش نایافته	میانگین
۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳	۶۶/۶	۲/۵۱	۲۱	۰/۱۳	۰/۲۶	۰/۳۳	راهبرد سازش یافته	ISTDP
۳۳/۳	۱۰۰	۲۲/۲	۷۷/۷	۲/۴۹	۸/۶	۰/۰۶	۰/۲	۰/۲	راهبرد سازش نایافته	

جدول ۶. شاخص‌های تحلیل دیداری بین‌موقعیتی نمره تنظیم رفتاری هیجان مراجعین در دو نوع مداخله ST و ISTDP

کناره‌گیری	نادیده‌گرفتن			پرت‌کردن حواس			مراجعه			رویکرد فعال			جست‌وجوی حمایت		
	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
تغییرات میانه	۳/۵	۳	۲/۵	۱/۵	۳	۲	۴/۵	۳	۲	۱/۵	۳	۲	۲/۵	۴	۲/۵
B/A	ISTDP	۱	۱	۱/۵	۲	۳	۲	۱/۵	۲	۲	۲	۰/۵	۲	۲	۲
تغییرات میانگین	۳/۵	۲/۵	۲/۶	۲/۱	۲	۴/۲	۲/۱	۲	۱/۵	۳/۴	۳/۴	۴/۱	۲/۶	۳/۳	۲/۵
B/A	ISTDP	۱	۱/۳	۱	۱/۷	۲/۷	۱/۷	۱	۱/۷	۱	۱/۷	۰/۶	۱/۳	۱/۷	۱/۳
تغییرات مطلق	۲	۲	۲	۱	۲	۲	۲	۴	۱	۱	۳	۲	۲	۲	۲
B/A	ISTDP	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۲	۲	۱	۰	۱	۰	۱
درصد بهبودی	۳۳	۱۸	۱۷	۳۳	۱۷	۱۵	۹	۲۲	۲۰	۶۶	۵۰	۳۳	۵۷	۶۶	۸۰
B/A	ISTDP	۶/۲	۱۳/۳	۱۲/۵	۳۰	۱۴/۲	۲۰	۶۶/۷	۱۸	۲۰	۲۰	۳۳/۳	۱۶/۷	۶۰	۳۳/۳
اندازه اثر	۲/۹	۴	۳/۸	۴/۴	۲/۴	۳/۱	۲/۲	۳/۱	۲/۲	۲/۲	۴/۴	۲/۵	۴/۲	۳/۵	۳/۷
B/A	ISTDP	۱/۷	۲	۱/۳	۲/۲	۱/۶	۲/۳	۱/۵	۱/۵	۱/۵	۱/۵	۲/۲	۱/۷	۲/۵	۱/۶
PND	ST	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۱۰۰
B/A	ISTDP	۳۳/۳	۶۶/۶	۳۳/۳	۶۶/۶	۶۶/۶	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳
POD	ST	۰	۰	۰	۰	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۰
B/A	ISTDP	۶۶/۶	۳۳/۳	۶۶/۶	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳
MPI	ST	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
B/A	ISTDP	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
MPR	ST	۰	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳
B/A	ISTDP	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۳۳/۳

جدول ۷. میانگین شاخص‌های تحلیل دیداری بین‌موقعیتی نمره تنظیم رفتاری هیجان مراجعین در دو نوع مداخله ST و ISTDP

کناره‌گیری	تغییرات میانه		تغییرات میانگین		تغییرات مطلق		درصد بهبودی		کوهن d		PND		POD	
	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST
کناره‌گیری	۰/۸	۲/۸	۱/۱	۲/۸	۰/۶	۲	۱۰/۶	۲۲	۱/۶	۳/۵	۴۴/۴	۱۰۰	۰	۵۵/۵
نادیده‌گرفتن	۲/۶	۲/۷	۱/۹	۲/۷	۱	۲	۲/۱/۴	۲/۱/۶	۱/۸	۳/۳	۶۶/۶	۸۸/۸	۱۱/۱	۳۳/۳
پرت‌کردن حواس	۲/۱	۱/۳	۱/۲	۲/۱	۱	۲/۳	۳/۱/۲	۱/۷	۲/۶	۲/۶	۴۴/۴	۷۷/۷	۲۲/۲	۵۵/۵
رویکرد فعال	۳/۱	۲/۸	۱/۱	۲/۸	۱/۶	۱/۶	۲/۱/۵	۵۰	۳/۷	۳/۷	۶۶/۶	۸۸/۸	۱۱/۱	۳۳/۳
جست‌وجوی حمایت	۳/۳	۱/۵	۳	۱/۲	۱/۶	۱/۶	۳۶/۶	۶۷/۶	۳/۵	۳/۵	۵۵/۵	۱۰۰	۰	۴۴/۴

فشرده و طرح‌واره درمانی بر روی متغیر تنظیم شناختی هیجان بود. با این وجود، همانطور که در جدول آمده‌است، میزان تغییرات و اندازه اثر در طرح‌واره درمانی بیشتر از روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بود. مقایسه تغییرات این دو گروه نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی توانسته است تاثیر بیشتری بر تنظیم شناختی هیجان داشته باشد به گونه‌ای که درصد بهبودی تنظیم شناختی هیجان در مراجعینی که تحت طرح‌واره درمانی بوده‌اند (برای راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته به ترتیب ۴۴ و ۱۶/۱) تقریباً دو برابر مراجعینی است که تحت روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و فشرده بوده‌اند (برای راهبرد های سازش‌یافته و سازش‌نیافته به ترتیب ۲۱ و ۸/۶).

همانطور که در جدول ۵ گزارش شده است شاخص PND برای تنظیم شناختی هیجان در ST هم در راهبردهای سازش‌یافته و هم سازش‌نیافته (۱۰۰٪) و برای ISTDP در راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته به ترتیب (۶۶٪) و (۷۷٪) می‌باشد و اندازه اثر کوهن d در ST در راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته به ترتیب (۳/۱۳) و (۳/۲۶) و در ISTDP (۲/۵۱) و (۲/۴۱) می‌باشد. MPI و MR نیز در ST برای هر دو راهبرد (۱۰۰) و در ISTDP در راهبرد سازش‌یافته و سازش‌نیافته به ترتیب (۱/۱) می‌باشد. همچنین در مورد هر دو مداخله درمانی افزایش نمره میانه، میانگین، تغییرات سطح مطلق و درصد بهبودی نسبت به خط‌پایه بیانگر اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت و

همچنین در مورد هر دو مداخله درمانی افزایش نمره میانه، میانگین، تغییرات سطح مطلق و درصد بهبودی نسبت به خط پایه بیانگر اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت و طرح‌واره درمانی بر روی متغیر تنظیم رفتاری هیجان بود. با این وجود، همانطور که در جدول آمده است، میزان تغییرات و اندازه اثر در طرح‌واره درمانی بیشتر از روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت بود.

آسیب‌زا که منجر به پردازش هیجانی و شناختی رویدادهای دردناک گذشته می‌شود. در این نوع تصویرسازی‌ها به علت فشار بالای هیجان‌ات دردناک، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا سرعت حرکت را خود تعیین کند. هدف این است که با در نظر گرفتن همه جوانب مراجعین احساس امنیت کنند. درمانگر تلاش می‌کند تا احساس کنترل مراجع را در حین انجام کار افزایش دهد. اگر مراجع قصد دارد خاطرات بلوکه شده مربوط به بدرفتاری را به سطح هوشیاری برساند، درمانگر باید به او تذکر دهد که فرایند کار را آهسته‌تر دنبال کند، حتی اگر این خاطرات بسیار مهم باشند و ابتدا بر روی خاطرات کم‌اهمیت‌تر کار کند. به منظور افزایش احساس کنترل مراجعین، درمانگر می‌تواند با آنها به توافق برسد که هر وقت خواستند با نشان دادن یک علامت - مثلاً بلند کردن دست‌ها - در حین جلسه، روند تصویرسازی ذهنی را قطع کنند (۳۹). علامت توقف<sup>۱</sup> در کار با مراجعین با سابقه تروماهای پیچیده بسیار مهم و مفید است. اگرچه، تجربه نشان داده است که مراجعین تقریباً هرگز از علامت توقف استفاده نمی‌کنند. به نظر می‌رسد آگاهی از اینکه آنها می‌توانند زمان توقف را کنترل کنند برایشان کافی است. از سوی دیگر مراجعین جرأت می‌کنند با سخت‌ترین تجربیات آسیب‌زای خود روبرو شوند، زیرا می‌دانند که می‌توانند هر زمان که نیاز داشته باشند روند را متوقف کنند (۴۰). بنابراین؛ سپردن کنترل روند تجارب هیجانی به مراجع از اجزای مهم این نوع تجارب در طرح‌واره‌درمانی است. درست است که در طرح‌واره‌درمانی در مورد تکنیک‌های تجربی از اصطلاح «شناخت داغ» استفاده می‌شود اما همواره میزان دمای هیجان‌ات حاصله از این تکنیک‌ها سنجیده می‌شود تا

در جداول ۶ و ۷ نیز، شاخص PND برای تنظیم رفتاری هیجان در ST و ISTDP، در طرح‌واره درمانی در دامنه‌ای بین (۰/۷۷) تا (۰/۱۰۰) قرار دارد در حالی که در ISTDP، (۰/۴۴) تا (۰/۶۶) درصد است. اندازه اثر نیز در طرح‌واره درمانی از (۲/۶) تا (۳/۷) است در حالیکه در روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت (۱/۶) الی (۲) است. MPI نیز در ST برای هر پنج راهبرد (۱۰۰) و در ISTDP برای راهبردهای گوناگون متفاوت بود (۰/۷۷، ۸۸/۸ یا ۱۰۰).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی ST و ISTDP جهت بهبود تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در CPTSD انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو درمان منجر به بهبود تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در مراجعین شده‌اند و این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین برای ST (۲۷-۳۴) و همچنین برای ISTDP (۱۵، ۳۵، ۳۶) همسو بود. اما طرح‌واره درمانی اثربخشی بیشتری بر هر دو متغیر تنظیم شناختی/رفتاری هیجان داشت. برای تبیین اثربخشی بیشتر طرح‌واره درمانی بهتر است نگاه دقیق‌تری به تکنیک‌ها و مفهوم‌پردازی این رویکرد در مقایسه با ISTDP داشته باشیم. در واقع به سبب بافت متفاوت این دو نوع درمان، در ایجاد تجارب هیجانی اصلاحی به منظور بهبود آسیب‌های گذشته و تنظیم هیجان به شیوه‌ای متفاوت عمل می‌کنند. از آنجا که تنظیم هیجان به‌عنوان «توانایی تجربه همه احساسات بدون درهم شکسته شدن» (۳۷) و مدیریت احساسات تعریف شده است، در مقابل، کژ تنظیمی هیجانی به عنوان «مشکل یا ناتوانی در کنار آمدن با تجربه یا پردازش هیجان‌ات» (۳۸) تعریف می‌شود. در نتیجه، محوریت درمان در این زمینه ایجاد بستری برای پردازش و مدیریت هیجان‌ات است؛ ظرفیتی که در CPTSD به شدت آسیب دیده و قرار است در درمان ترمیم شود. در این راستا، با نگاهی عمیق‌تر به نحوه ترمیم این ظرفیت در بستر درمان‌های ST و ISTDP می‌پردازیم تا مشخص شود چرا ST توانایی ترمیم بیشتری دارد.

قلب تجارب هیجانی اصلاحی در ST تکنیک‌های تجربی و تصویرسازی‌هاست؛ به‌خصوص تصویرسازی خاطرات

1 Stop sign

یکی از مهم‌ترین ابزار تجربه هیجانی اصلاحی در طرح‌واره درمانی است و در بستر رابطه درمانی خلق می‌شود. بالبی اولین کسی بود که رابطه درمانی را به عنوان یک پیوند دلبستگی بین درمانگر و مراجع مفهوم‌سازی کرد (۴۵). یانگ در توسعه یک رویکرد طرح‌واره محور برای اختلالات شخصیت، بر نقش بازوالدینی حد و مرز دار در درمان تأکید کرد (۴۶)، که در آن درمانگر به مثابه یک چهره دلبستگی تأمین کننده امنیت<sup>۳</sup> در تلاش است تا با نیازهای عاطفی برآورده نشده مراجع هماهنگ شده و در چارچوب رابطه درمانی بدون تخطی از مرزها آنها را برآورده سازد که در نهایت این دلبستگی جدید با درمانگر منجر به بازسازی طرح‌واره های رابطه‌ای مراجع می شود (۴۷).

بر این اساس، درمانگر مانند یک «والد به اندازه کافی خوب» (۴۸) با تجربه عاطفی مراجع هماهنگ می شود و به نیازهای او پاسخ می دهد و از این طریق فضایی امن ایجاد می کند؛ پایگاهی امن که در آن مراجع برای کاوش و کار بر روی خاطرات تروما و تأمل در تجربیات و هیجانات خود احساس امنیت می کند. در واقع والدگری حد و مرز دار، عمل کردن به مثابه یک بزرگسال سالم است که در تلاش است تا سازنده باشد و محیطی نگهدارنده را فراهم سازد (۴۹). بازنویسی خیالی<sup>۴</sup> (ImRS) به عنوان یکی دیگر از تکنیک‌های تجربه هیجانی اصلاحی و ایجاد بستر کاوش، از ارتباط درمانی در پردازش تروما استفاده می‌کند. در این روش درمانگر به‌عنوان یک مراقب جدید، قدرتمند و همدل وارد تصویرسازی‌های مراجع می‌شود و از وقوع تروما (در فانتزی) جلوگیری می‌کند و معنای درون فردی و بین فردی آنچه در گذشته اتفاق افتاده است را تغییر می‌دهد (۵۰). کار با صندلی<sup>۵</sup> تکنیکی دیگر در ST است که نقش مهمی در کار با ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای ایفا می‌کند. اغلب، بخش‌های مختلف بیمار بر روی صندلی‌های مختلف قرار می‌گیرند و گفتگو بین آنها آغاز می‌شود (۵۱). بنابراین کار با صندلی یک تکنیک تجربه‌ای است که قصد دارد با صدا دادن به بخش‌های مختلف خود، آنها را تنظیم کرده و به تعادل برساند و ذهنیت بزرگسال سالم را تقویت کند (۵۲).

آنقدر داغ نباشد که برای مراجع غیرقابل تحمل باشد، بلکه داغی آن در حدی است که می‌تواند منجر به حل و فصل تروماهای پیشین شود.

از سوی دیگر در ISTDP بیشتر بر ظرفیت‌سازی و بازسازی جهت تحمل اضطراب و غلبه بر سبک‌های دفاعی روان‌رنجور (۴۱، ۴۲)، تأکید می‌شود. یک نوع فشار تدریجی برای تجربه عواطفی که فرد در گذشته از آنها می‌گریخته است که می‌تواند شبیه رویارویی تدریجی در حساسیت‌زدایی نظام‌دار باشد. تفاوت تنها در محرک مورد هدف است. در درمان رفتاری، محرک هراس‌زای بیرونی به تدریج مورد هدف قرار می‌گیرد، در حالی که در اینجا تجربه درونی احساسات، به‌عنوان یک محرک هراس‌زا، هدف است. اما در هر دو مورد هدف کاهش اضطراب هم‌خوان با محرک است (۴۳). در واقع درمانگر در چرخه ای متناوب در حال تحریک احساسات و اضطراب مرتبط با آن تا آستانه تحمل مراجع است. تشخیص آستانه تحمل مراجع و اینکه چه زمانی باید فشار را کاهش داد، به عهده‌ی درمانگر است. درمانگر می‌داند زمانی که فرد بالاتر از آستانه است، باید برای کاهش اضطراب یا جلوگیری از خطر بدتر شدن علائم بیمار اقدام کند و به سیگنال‌هایی توجه می‌کند که وقتی یکی بالاتر از آستانه است، نشان می‌دهد. این سیگنال‌ها شامل فقدان اضطراب عضلانی مخطط و جداسازی عاطفه<sup>۱</sup> است، به گونه‌ای که مسیر تخلیه اضطراب به عضلات صاف یا احتمالاً اختلال شناختی تغییر خواهد کرد (۴۴). بنابراین کنترل در اینجا نه در دستان مراجع بلکه در دستان درمانگر است. همین تفاوت می‌تواند طرح‌واره‌درمانی را درمانی ملایم‌تر سازد. به طور کلی به نظر می‌رسد «بستر کاوش» در خاطرات تروما، بسیار اساسی و مهم است. این بستر باید به اندازه کافی امن و در عین حال به اندازه کافی برانگیزاننده باشد. هدف این است که در نهایت مکانیسم‌های تجزیه‌ای که همچون یک دفاع اتیستیک (۸) فرد را احاطه کرده‌اند و او را از تجربه هیجان‌ها، یادگیری از آنها و غنی‌سازی دنیای درون روانیش محروم می‌کنند، منعطف‌تر شوند. این بستر امن در طرح‌واره‌درمانی به واسطه چندین ابزار و تکنیک مختلف مهیا می‌شود از جمله: بازوالدینی‌حدومرز دار<sup>۲</sup> که

1. Isolation of affect
2. Limited Reparenting
3. Security-providing attachment figure

4. Imagery Rescripting
5. Chairwork
6. Self



مرحله تمرکز بر پردازش خاطرات تروماتیک انجام می شود و از مداخلات متمرکز بر تروما استفاده می شود. از آنجایی که در مرحله دوم عود انتظار می رود، درمان با هدف تثبیت مجدد مهارت‌ها، قبل از ادامه پردازش تروما، ممکن است بین فاز اول و دوم به عقب و جلو تغییر کند (۵۶). بنابراین ایجاد بستر اولیه پیش از پردازش تروما از اصول اولیه کار با تروماهای پیچیده است و به نظر می رسد طرحواره درمانی با وجود تکنیک‌های شناختی و رابطه‌ای گام موثرتری در بسترسازی ایفا می کند. اگرچه این بستر سازی در رواندرومانی پویایی فشرده و کوتاه مدت نیز وجود دارد اما مبنای آن در همان فاز پردازش تروما می باشد (فرمت درجه بندی شده) و به نظر می رسد مرحله تثبیت، در فرمول بندی این درمان به خوبی مفهوم پردازش نشده است.

در واقع؛ بسترسازی و یا ایجاد مرحله تثبیت در طرحواره درمانی با استفاده از ابزارهای متفاوتی که دارد بهتر مفهوم سازی شده است و این نوع درمان به ابزارهای بهتری برای کار با تروماهای پیچیده مجهز می باشد.

در نهایت می توان جمع بندی کرد که با توجه به جعبه ابزار در ISTDP، (فشار، شفاف سازی و چالش با دفاع‌ها و ظرفیت سازی) پردازش هیجان‌ها خام و خاطرات مرتبط با تروما در آن «پایین - بالا» است. این رویکرد نه بر اساس محتوا بلکه بر اساس تجربه و فرایند کار می کند و بر احساسات و عواطف تجربه شده در داخل بدن در لحظه لحظه اتاق درمان تمرکز می کند. به این شکل که ابتدا مراجع در تجربه هیجانی غوطه ور می شود، سپس بر مبنای آن روایت‌هایی را می سازد و به زنجیره خود - روایتی اش اضافه می کند. اما در طرح‌واره درمانی روند پردازش بیشتر «بالا - پایین» است؛ یعنی دانش شناختی به دست آمده در تکنیک‌های شناختی در ادامه به واسطه تکنیک‌های تجربی به تجربه هیجانی وصل می شوند (۱۶). در پژوهش حاضر نیز مراجعین در گروه مداخله ST توانستند کاوش بیشتری در خاطرات تروما داشته باشند و هیجان‌ها مرتبط با آن را تجربه و تنظیم کنند، زیرا همانگونه که در بالا شرح داده شد بستر کاوش در خاطرات تروما در ST متفاوت و کارآمدتر است.

به گونه‌ای که در این فضای اکتشافی فرد با بخش‌های مختلف خود ملاقات می کند.

در تمامی این تکنیک‌ها تعادل خوبی بین امنیت و اکتشاف حاصل شده است. از سوی دیگر ابزارها در ISTDP رنگ و بوی دیگری دارد. فشار یکی از مهم‌ترین ابزارها در این درمان است که شامل تلاش‌هایی برای تشویق مراجع به شناسایی و تجربه هیجان‌ها زیربنایی و بودن با درمانگر است. هدف اصلی از فشار، زنده کردن هیجان‌ها پیچیده انتقالی و مقاومت ثانویه در برابر این هیجان‌ها است تا فرد بتواند مقاومت خود را ببیند و بر آن غلبه کند. این هیجان‌ها پیچیده انتقالی شامل قدردانی از تلاش‌های درمانگر و در عین حال عصبانیت نسبت به درمانگر به دلیل بی‌توجهی ضمنی و آشکار نسبت به دفاع‌های مراجع است. شفاف‌سازی<sup>۲</sup> و به چالش کشیدن<sup>۳</sup> دفاع‌ها در این مرحله ابزارهای دیگری هستند که درمانگر از آن‌ها استفاده می کند تا بتواند به هیجان‌ها ناخودآگاه دسترسی پیدا کند (۵۳). در کنار این تکنیک‌ها ظرفیت‌سازی یکی از ابزارهای مهم در ISTDP است که قصد دارد با ایجاد تعادل در فضای درمان، آن را برای افراد آسیب دیده‌تر کمی قابل تحمل سازد (۴۴). فرمت ظرفیت سازی یا فرمت درجه بندی شده<sup>۴</sup> شامل چرخه‌های متناوب تحریک هیجان‌ها و اضطراب مرتبط با آن تا آستانه‌ی تحمل است، به منظور تنظیم اضطراب و ساختن ظرفیت خود-مشاهده‌گری که نشان‌دهنده افزایش توان تفکر و در واقع «چراغ سبزی» است (۵۴) برای بسیج کردن اضطراب و هیجان‌ها بیشتر. در نهایت، فرد می تواند هیجان‌های را که قبلاً قادر به تجربه آنها نبوده را تاب بیاورد و خاطره‌های مربوط به تروما را کاوش کند. همانطور که از مقایسه تکنیک‌ها در این دو رویکرد مشخص است به نظر می رسد طرحواره درمانی توانسته است تعادل بهتری بین امنیت و اکتشاف برقرار سازد.

از طرف دیگر، دستورالعمل‌ها برای درمان تروماهای پیچیده رویکرد فاز گرا یا متوالی<sup>۵</sup> را توصیه می کند (۵۵) این رویکرد با مرحله تثبیت شروع می شود تا با کاهش مشکلات خودتنظیمی و بهبود کفایت‌های هیجانی، اجتماعی و روانی، ایمنی بازماندگان را تضمین کند. سپس

- 5 Base-oriented or sequenced approach
- 6 stabilization phase
7. Bottom up
8. Top down

1. Pressure
2. Clarification
3. Challenge
4. Graded format

## محدودیت پژوهش و پیشنهاد

پژوهشگران در پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود تا در پژوهش‌های خود در زمینه موضوع پژوهش حاضر از روش‌های نیمه آزمایشی استفاده کنند.

با توجه به استفاده از روش مطالعه تک آزمودنی در بخش کمی پژوهش و اجرای مداخلت درمانی ST و ISTDP بر روی تعداد محدودی از آزمودنی‌ها، امکان تعمیم نتایج به دست‌آمده به صورت گسترده وجود ندارد. از این رو به

## References

1. Organization WH. ICD-11: International classification of diseases (11th revision). 2019. Available on: <https://icd.who.int/> [last accessed April 2023]. 2018.
2. Harris J, Loth E, Sethna V. Tracing the paths: a systematic review of mediators of complex trauma and complex post-traumatic stress disorder. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1331256.
3. Frost G, Strodl E, Akosile W. Meta-emotion therapy for complex trauma and binge eating: A case study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024.
4. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*. 1992;5(3):377-91.
5. Van der Kolk B. The John Bowlby Memorial Lecture 2006. Developmental trauma disorder: a new, rational diagnosis for children with complex trauma histories
1. Trauma and attachment: Routledge; 2018. p. 45-60.
6. Mohammadi Z, Dehghani M, Fathali Lavasani F, Farahani H, Ashouri A. A network analysis of ICD-11 Complex PTSD, emotional processing, and dissociative experiences in the context of psychological trauma at different developmental stages. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1372620.
7. Fizke E, Buchheim A, Juen F. Activation of the attachment system and mentalization in depressive and healthy individuals: An experimental control study. *Psihologija*. 2013;46(2):161-76.
8. Brown LJ. Trauma and representation. *Int J Psychoanal*. 2019;100(6):1154-70.
9. Hyland P, Shevlin M, Brewin CR. The memory and identity theory of ICD-11 complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 2023;130(4):1044.
10. ford j. Developmental neurobiology. Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models. 2nd ed ed: The Guilford Press.; 2020.
11. Solms M. The hidden spring: A journey to the source of consciousness: Profile books; 2021.
12. Lian AEZ, Bono SA. Refining the experiential component of schema therapy for traumatised populations: A new continuum of experiential techniques. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2023;7(4):100352.
13. Dadomo H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: A review. *Current opinion in psychiatry*. 2018;31(1):43-9.
14. Salgó E, Bajzát B, Unoka Z. Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2021;8(1):19.
15. Shafiei F, Dehghani M, Lavasani FF, Manouchehri M, Mokhtare M. Intensive short-term dynamic psychotherapy for irritable bowel

- syndrome: a randomized controlled trial examining improvements in emotion regulation, defense mechanisms, quality of life, and IBS symptoms. *Frontiers in Psychology*. 2024;15:1293150.
16. Meissner J, Süchting T, Jacobi F. Feelings as a therapy compass- Towards a cross-school treatment heuristic (Part 3): Affect-focused Trans theoretical Experiential Model of Change (ATEM)-Illustration of methods of emotion regulation and emotion transformation on the basis of contrasting procedures (ACT - EFT -ISTDP). Preprint/Researchgate1013140/RG222063 636488. 2023c.
  17. Hassanabadi HR. Data analysis in single case experimental design studies. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2019;7(12):291-306.
  18. Hyland P, Shevlin M, Brewin CR, Cloitre M, Downes A, Jumbe S, et al. Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017;136(3):313-22.
  19. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, et al. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018;138(6):536-46.
  20. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003;27(2):169-90.
  21. Zarrati I, Bermas H, Sabet M. Correlation between childhood trauma and suicidal ideation by mediation of mental pain and object relations. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9(3):34-48.
  22. Garrusi B, Nakhaee N. Validity and reliability of a Persian version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Psychological reports*. 2009;104(2):509-16.
  23. Soleimani A, Lashkari A, Torabi Y. The Relationship between Trauma and Psychological Well-Being: The Mediating Role of Fear of Happiness and Alexithymia. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021;19(1):116-27.
  24. Kraaij V, Garnefski N. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2019;137:56-61.
  25. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*. 2007;23(3):141-9.
  26. Ma B. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. 2014.
  27. Kalantarian E, Homaei R, Bozorgi ZD. Effects of emotional schema therapy and dialectical behavior therapy on cognitive emotion regulation in patients with bipolar II disorder. *Modern Care Journal*. 2024;21(1).
  28. Barooti M, Chinaveh M, Saedi S. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Patients with Major Depressive Disorder. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*. 2024;5(3):44-54.
  29. Hosseini SA. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotional Regulation and Resilience of Mothers with Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*. 2024;3(1):12-29.
  30. Saniei Abadeh S, Sajjadian I, Bahramipour Esfahani M. Effectiveness of Schema Therapy on Emotion Regulation and Social Competence in Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder.

- Pajouhan Scientific Journal. 2023;21(3):213-23.
31. Abbasian Hadadan M. The Effectiveness of Schema Therapy on Psychological Distress and Emotional Regulation in Individuals with Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*. 2024;3(1):160-74.
  32. ghanbari z, mohseninasab z, taati m, mohebiaryya m, torabi a. Comparing the effectiveness of schema therapy and stress reduction based on mindfulness on emotional ataxia, self-control and psychological well-being in women victims of domestic violence. *Journal title*. 2024;17(4):50-65.
  33. zareii m, bahreinian a, ahi Q, mansouri a. Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy on emotion regulation and distress intolerance of women with obsessive-compulsive symptoms. *Journal title*. 2024;17(4):82-100.
  34. nikan a, torabi a, mohseninasab z, bahadori a, javanmard z, hosinirad m. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. *Journal title*. 2023;17(1):46-60.
  35. Shahverdi ZA, Dehghani M, Ashouri A, Manouchehri M, Mohebi N. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for Tension-Type Headache (TTH): A randomized controlled trial of effects on emotion regulation, anger, anxiety, and TTH symptom severity. *Acta Psychologica*. 2024;244:104176.
  36. Mehboodi K, Mohammadi N, Rahimi C, Sarafraz MR. The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on self-esteem, emotion regulation, and defense mechanisms in men with social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*. 2022;21(111):461-74.
  37. Saxe GN, Ellis BH, Kaplow JB. Collaborative treatment of traumatized children and teens: the trauma systems therapy approach: Guilford Press; 2007.
  38. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide: Guilford press; 2011.
  39. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. 2005.
  40. Mooren T, Stöfösel M. Diagnosing and treating complex trauma: Routledge; 2014.
  41. Naghibi SH, Pourhosein R, Sarafraz MR, Sadeghinia A. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on defense mechanisms of patients with atopic dermatitis. *Journal title*. 2023;16(3):0-.
  42. nabizadeh a, farhadi m, rashid k, kordnoghabi r. The Effectiveness of Tactical Defenses Neutralization in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Defensive Styles, Anxiety, and Fear of Intimacy in Non-Clinical Sample. *Journal title*. 2019;13(1):24-39.
  43. Ghorbani N. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Basics and techniques. Tehran: Samt Pulication. 2003;1382.
  44. Abbass A. Bringing Character Changes with Davanloo's Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. In Press AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy Abbass A, Bechard D,(2007) AD HOC Bulletin of Short-term Dynamic Psychotherapy 11 (2): 26-40. *Psychotherapy*. 2007;11(2):26-40.
  45. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development: Basic books; 2008.
  46. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
  47. Andriopoulou P. Healing attachment trauma in adult psychotherapy:

The role of limited reparenting. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. 2021;23(4).

48. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*. 1953;34(2):89-97.

49. Gülüm İV, Soygüt G. Limited reparenting as a corrective emotional experience in schema therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*. 2022;32(2):263-76.

50. Arntz A. Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and behavioral practice*. 2011;18(4):466-81.

51. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*. 2016;7:1373.

52. Kellogg S, Garcia Torres A. Toward a chairwork psychotherapy: Using the four dialogues for healing and transformation. *Practice Innovations*. 2021;6(3):171.

53. Abbass AA, Town JM. Key clinical processes in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*. 2013;50(3):433.

54. Ten Have-De Labije J, Neborsky RJ. Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: a roadmap to the unconscious: Routledge; 2018.

55. Forbes D, Bisson JI, Monson CM, Berliner L. Effective treatments for PTSD: Guilford Publications; 2020.

56. Droždek B, Rodenburg J. Healing wounded trees: clinicians' perspectives on treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Frontiers in psychiatry*. 2024;15:1356862.



