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 [1], Nurallah Mohammadi [2*], Habib Hadianfard [2], Abdol Aziz Aflakseir[3]

[1.] *Ph.D. Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran.*

[2.] *Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Shiraz, Shiraz, Iran. (nmohamadi@shirazu.ac.ir)*

[3.] *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). **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 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 indivituals. 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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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

هانیه حاتمی[۱]، نوراله محمدی[۲*]، حبیب هادیان فرد[۲]، عبدالعزیز افلاک سیر [۳]

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.

تاریخ دریافت
۱۴۰۳/۵/۲۲

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۳/۷/۲۶

چکیده

تجارب آسیب‌زای گذشته با مراقبان اولیه منجر به شکل‌گیری الگوهای شناختی و رفتاری می‌شود که به‌نوعی 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. ازاین‌رو 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. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ افراد ۱۸ تا ۴۰ ساله در شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۲، پس از اطلاع رسانی طرح پژوهش، داوطلب مشارکت در پژوهش شدند. درنهایت شش نفر با روش نمونه گیری 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 طرح واره‌درمانی 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 موثرتر است.

واژگان کلیدی
اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، طرحواره‌درمانی، رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت، تنظیم رفتاری هیجان، تنظیم شناختی هیجان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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[1] همراه است. ویرایش یازدهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی[2](ICD-11) (۱) این پاسخ را به عنوان "اختلال استرس پس از سانحه پیچیده[3]" (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 موقعیت هایی که ممکن است باعث تجربه مجدد شوند. و حوزه «اختلالات در خودسازماندهی[4]» (DSO)؛ شامل: ۱) کژتنظیمی هیجانی؛۲) ادراک منفی مداوم از خود و ۳) مشکلات بین‌فردی. بنابراین مواجه با تجربیات آسیب‌زا درکودکی 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 تاثیر گذراند 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[5]، 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[6] مفهوم‌سازی شد که به پیامدهای منحصربه‌فرد آسیب‌های پیچیده و بدرفتاری 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 ناایمن اولیه سوق دهد که بر رشد ظرفیت‌های ذهنی[7]کودکان تأثیر منفی می‌گذارد (۶). فعال شدن این بازنمایی‌های دلبستگی ناایمن 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[8]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[9](توانایی درک و توجه به تجربیات عاطفی دیگران)، پذیرش هیجانی[10](توانایی تجربه احساسات منفی بدون فراخوانی احساسات منفی ثانویه)، شفافیت هیجانی[11](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 دفاعی‌اش درهم شکسته می‌شود (۸)، برای نجات خود به مکانیسم

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
7 Mentalizing capacities
8 Emotional Clarity
9 Emotional awareness
10 Emotional acceptance
11 Emotional transparency

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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 مار ا از یک مغز یادگیرنده به مغزی در صدد بقا تبدیل می‌کند (۱۰). مغز درصدد 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 دایما 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 دائما 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.

برای از بین بردن این سد دفاعی، ترمیم آسیب‌های ساختاری و به راه انداختن فرآیند رشد در ظرفیت‌های محدود شده مانند تنظیم هیجان، طرحواره‌درمانی[1](ST) و روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت[2](ISTDP) هر کدام به شیوه منحصربه‌فرد کار می‌کنند. آن‌ها مجموعه‌ای از تجارب با عنوان "تجارب هیجانی اصلاحی[3]" 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 این‌گونه 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 اخیرا 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 (به‌عنوان‌مثال، 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 فراشناختی ناکارآمد[4] درباره معنای هیجان‌ها شده است. طرحواره‌های ناکارآمد در مورد خود و رابطه با دیگران و همچنین در مورد معنای هیجانات غالب است (به‌عنوان‌مثال، "هیجانات همیشه صدمه می‌زنند" یا "نشان‌دادن احساسات یک ضعف است").ST

1 Schema therapy
2 Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy
3 Corrective emotional experience
4 Dysfunctional meta-cognitive schemas

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

فرض می‌کند که وقتی این مشکلات اساسی موردتوجه قرار می‌گیرند، تنظیم هیجانات بهبود می‌یابد؛ بنابراین، تنظیم هیجان به طور مستقیم موردتوجه قرار نمی‌گیرد. در ST، مهارت‌های تنظیم هیجان از طریق تجربه دلبستگی ایمن و معتبرسازی نیازها و هیجان‌ها از طریق ویژگی‌های خاص رابطه درمانی («باز والدینی حدومرز دار» و «رویارویی همدلانه») و تکنیک‌های تجربی (مثلاً پردازش تجارب آسیب‌زا از طریق بازنویسی خیالی[1]) 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 بدتنظیم 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 عاطفهٔ[2]جلسه متبلور می‌شود؛ و در ادامه هدف، کشف و تجربه فیزیکی تعارض اصلی ناخودآگاه مربوط به گسستگی‌های دلبستگی[3]گذشته است. در این رویکرد به بیمار کمک می شود تعارضات و هیجانات ناخودآگاه خو را درک و پردازش کند (۱۵). تجزیه‌وتحلیل‌های شناختی برای رسیدن به یک درک یکپارچه، تنها پس از تجربه عینی در اینجا و اکنون در 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[4] 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 علامت ی[5] درهم‌آمیخته می‌شوند. به‌عبارت‌دیگر درمانگر به طور خاص به علائم غیرکلامی در هنگام توصیف مشکل در ابتدا، نشانه‌های ناخودآگاه اضطراب و مقاومت قابل‌مشاهده، درون رابطه انتقالی و هیجانات مراجع در لحظه‌به‌لحظه اتاق درمان به‌قصد 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 نه‌تنها پنهان نشده‌اند؛ بلکه دررابطه 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 به‌وسیله 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

1 Imagery rescripting
2 Affect-focused approach
3 Attachment ruptures
4 Transference scene
5 signal anxiety

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

فرآیند درمان و اثربخشی آن تاثیر 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 (فرایند رشد هیجانی) در CPTSD مجهز است و در نهایت این تفاوت چگونه قابل تبیین می‌باشد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی تک آزمودنی[1] 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 موقعیّت مجاور است. اولین موقعیّت در این طرح‌ها به‌عنوان خط‌پایه (A) و دومین موقعیّت 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 پیش آزمون-پس آزمون (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[2]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 اتمام مداخلات انجام شد. در این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی دو مداخله بر تنظیم هیجان، لازم است ابتدا تأثیر هر مداخله (متغیر مستقل) به‌صورت 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. به‌منظور سنجش این فرضیه ابتدا اثربخشی درمان‌های روان پویشی 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 بین‌موقعیتی مانند تغییرات میانه، میانگین، تغییرات سطح نسبی و مطلق و درصد داده‌های همپوش و نا همپوش (PND,POD) برای هرکدام از مراجعین در جداول ۳ تا ۵ ارائه شده‌است. جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ 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 کاملا داوطلبانه جهت مشارکت اعلام آمادگی کنند. روش نمونه گیری در این پژوهش نمونه گیری هدفمند[3]بود. این روش انتخاب آگاهانه شرکت‌کننده‌های خاص توسط پژوهشگر می باشد. پس از اعلام آمادگی تعدادی از افراد در نهایت ۶ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در درمان‌های روان‌درمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و طرح‌واره‌درمانی قرار گرفتند. در ادامه به ابزارهای پژوهش می‌پردازیم.

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

ابزار پژوهش

پرسشنامه بین المللی رویدادهای آسیب‌زا[1] (ITQ): پرسشنامه بین المللی تروما یک ابزار خودگزارشی برای تشخیص اختلال PTSD و CPTSD برمبنای ICD-11 می‌باشد. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۰ (اصلا) تا ۴ (بسیار زیاد) و شامل ۲۲ گویه است که ۶ گویه آن نشانه های PTSD (۲ گویه برای هر خوشه، آلفای ۰/۹۱) و ۱۶ گویه نشانه های DSO را می سنجند. 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 فعال سازی و ۴ گویه (AD6-AD9) کم فعال سازی را مورد بررسی قرار می دهند). ۴ گویه خوشه NSC و در نهایت ۳ سؤال خوشه DR را می سنجند. 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 نشان دهنده روایی قابل قبول تقریباً همه خرده مقیاس ها است

پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی[2] (CTQ-SF): این مقیاس (۲۰) جهت سنجش آسیب‌های کودکی و نوجوانی طراحی شده‌است. 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 می باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی 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 مصاحبه های 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 شده‌است (۲۱). پایایی به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته و به روش همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۴ و روایی همگرای این ابزار با پرسشنامه سلامت عمومی[3] را ۰/۴۰ گزارش شده‌است (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 مقایسه ای ۰/۹۲ به عنوان شاخصی از روایی سازه ابزار گزارش شده‌است (۲۳).

پرسش‌نامه تنظیم رفتاری هیجان[4] (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 خورده 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، ۰/۶۷و ۰/۵۱ گزارش شده است.

1 International Trauma Questionnaire
2 Childhood Trauma Questionnaire
3 General Health Questionnaire
4 Behavioral emotion regulation questionnaire

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[1] (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 ۱۵و 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. باتوجه 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 می شود 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 می شود (۲۵). پایایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به روش آلفای کرونباخ در دامنه ۸۷/. تا ۹۳/. و روایی آن را در دامنه ۷۳/. تا ۸۷/. گزارش شده‌است (۲۶).

1 Cognitive emotion regulation questionnaire

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

جدول ۱. پروتوکل روان‌درمانی پویشی 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/ وارسی 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/ وارسی الگوی رفتار انتقالی (مثلث شخص).	شناسایی و ثبت مکانیسم‌های دفاعی مورداستفاده در مواجه با موقعیت های 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 فرایند 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/ وارسی 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 پانزدهم و شانزدهم	اختتام جلسات درمانی	اجرای پرسشنامه‌های تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در جلسه شانزدهم / بررسی وضعیت بیمار پس از دریافت درمان/ مشاهده تغییرات اساسی در بیمار	-

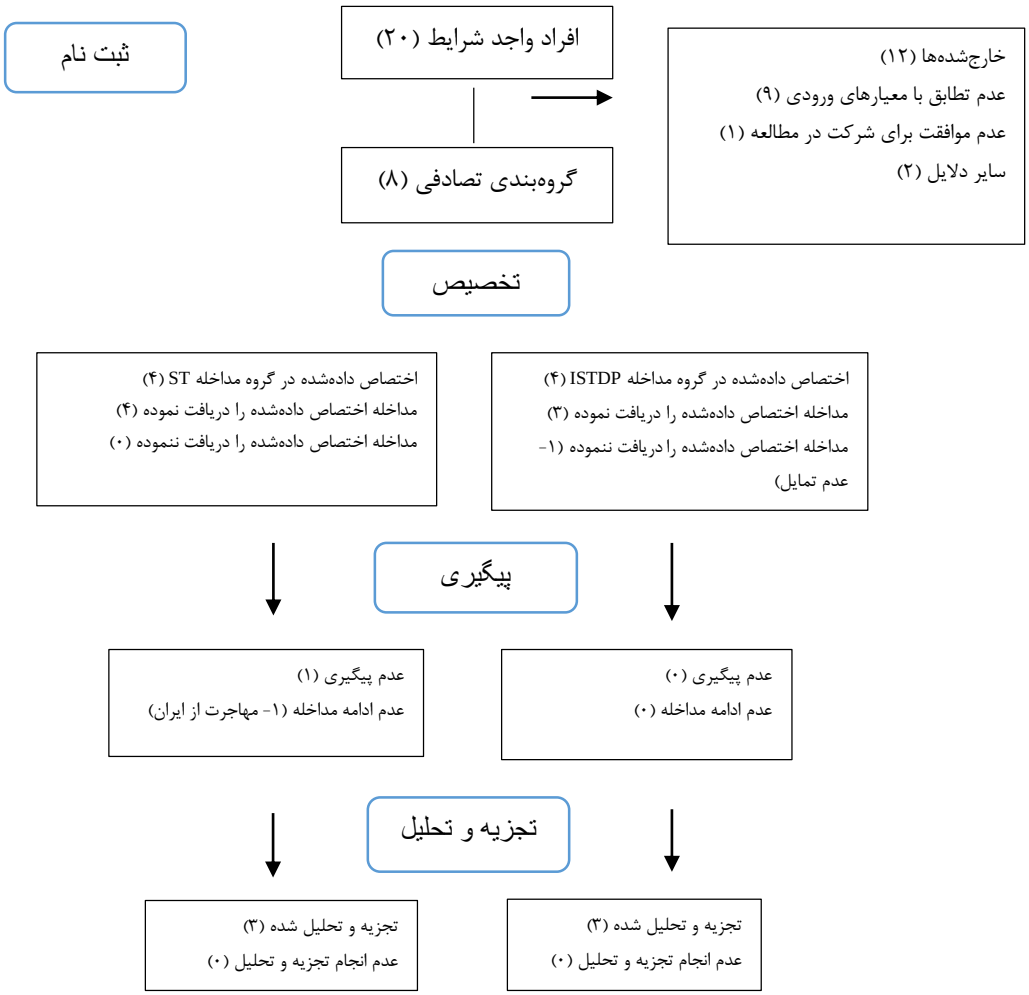
جدول ۲. پروتوکل طرح‌واره درمانی (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۱۳۸۹/۱۹۹۹)

جلسه	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
جلسه اول و دوم	سنجش و آموزش: مفهوم پردازی موردی	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 بدرفتاری 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 الگوشکنی 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/ بازوالدینی حد و مرز دار و والدگری ترمیمی	-

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

شکل ۱. فلودیاگرام مراحل اجرای پژوهش



یافته‌ها

فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود از: اثربخشی درمان‌های روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت و فشرده و طرح‌واره‌درمانی بر تنظیم شناختی و رفتاری هیجان در افراد با تشخیص اختلال استرس پس از سانحه پیچیده متفاوت است.

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

مراجع	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل	CTQ-SF	ITQ			
					انواع تروما	AD1-5	AD6-9	NSC	DR
اول	زن	۲۲	کارشناسی	مجرد	غفلت/طرد/سوءاستفاده روانشناختی	۱۴	۸	۱۱	۹
دوم	مرد	۲۸	دکتری	مجرد	سوءاستفاده فیزیکی/ جنسی/غفلت	۱۰	۱۱	۹	۱۰
سوم	زن	۲۵	کارشناسی ارشد	متاهل	شاهد خشونت خانگی بودن/سوءاستفاده روانشناختی/طرد	۱۴	۱۰	۱۳	۹

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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

مراجع	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل	CTQ-SF انواع تروما	ITQ AD1-5	ITQ AD6-9	ITQ NSC	ITQ DR
اول	زن	۲۶	کارشناسی‌ارشد	مجرد	غفلت/سوءاستفاده روانشناختی/جدایی والدین در سن پایین	۱۰	۱۴	۱۱	۷
دوم	مرد	۱۹	کارشناسی	مجرد	سوءاستفاده روانشناختی/جابجایی نقش/غفلت	۱۲	۹	۱۳	۱۰
سوم	زن	۲۷	کارشناسی ارشد	متاهل	غفلت/طرد/سوءاستفاده روانشناختی	۱۱	۱۲	۱۴	۹

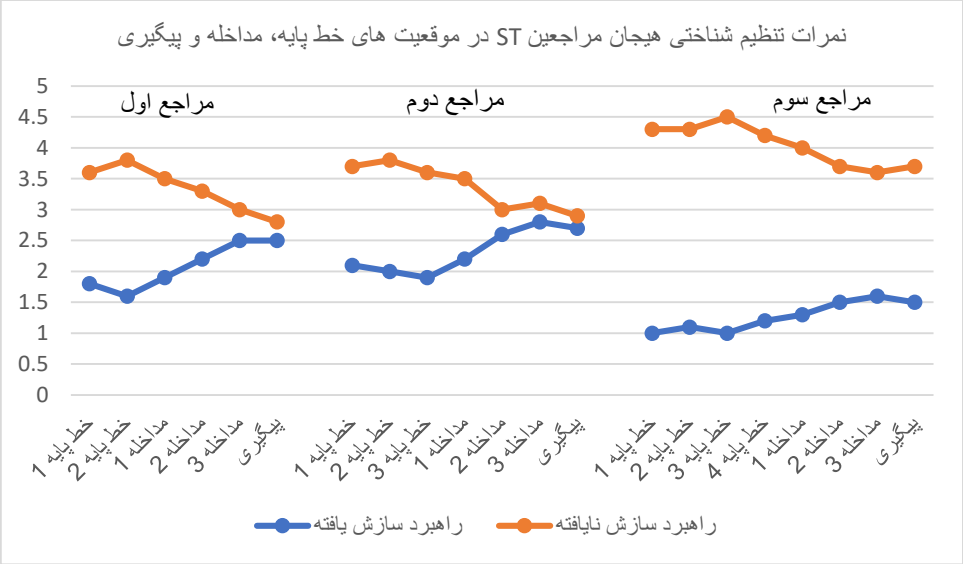
AD 1-5 : Affective Dysregulation (hyperactivation)

AD 6-9 : Affective Dysregulation (hypoactivation)

NSC : Negative Self- Concept

DR: Disturbances Relationship

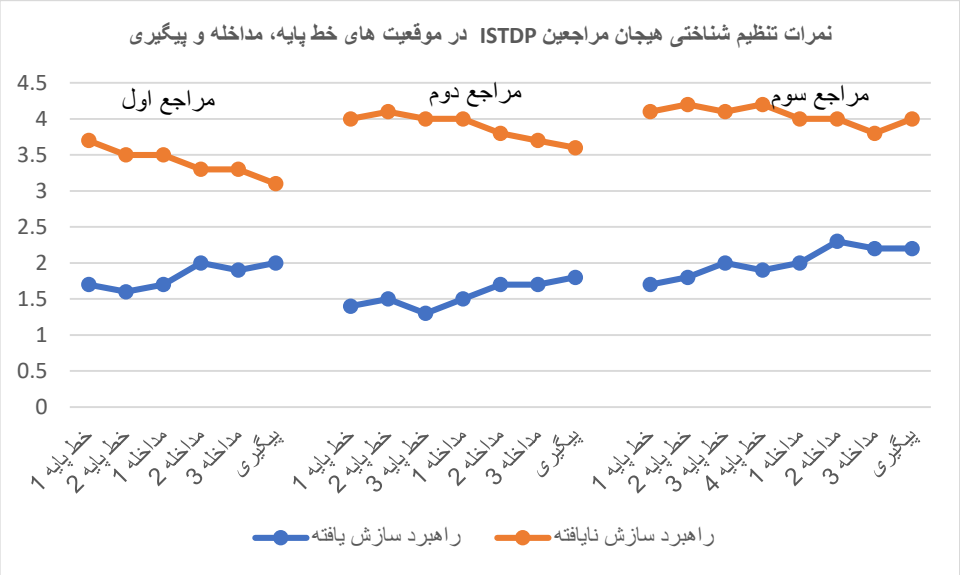
شکل ۲. نمرات تنظیم شناختی هیجان در مراجعین تحت ST در موقعیت‌های خط‌پایه، مداخله و پیگیری



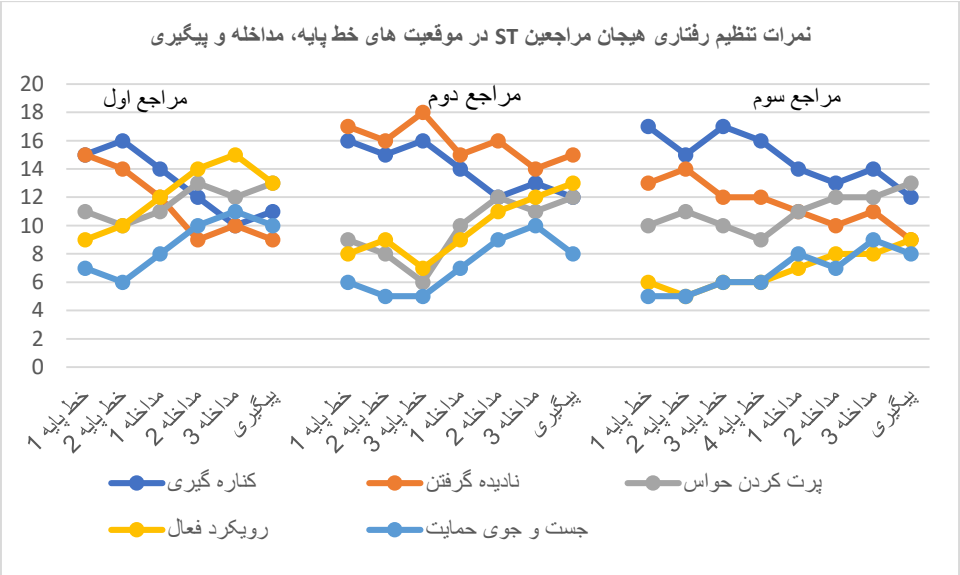
[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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



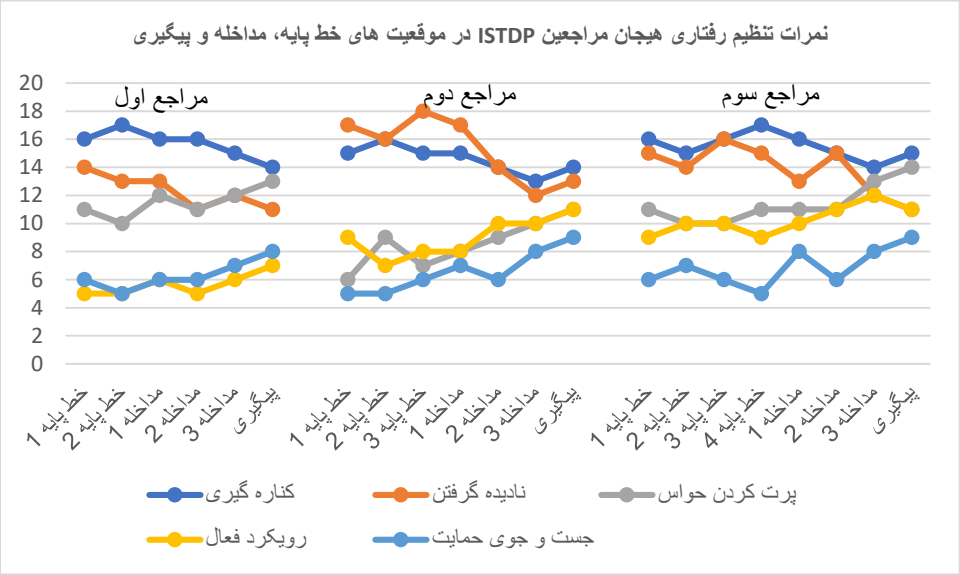
شکل ۴. نمرات تنظیم رفتاری هیجان در مراجعین تحت ST در موقعیت‌های خط‌پایه، مداخله و پیگیری



[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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



جدول ۵. شاخص‌ها و میانگین تحلیل دیداری بین‌موقعیتی نمره تنظیم شناختی هیجان مراجعین در دو نوع مداخله ST و ISTD

			تغییرات میانه	تغییرات میانگین	تغییرات مطلق	درصد بهبودی	کوهن d	PND	POD	MPI	MPR
			B/A	B/A	B/A	B/A	B/A	B/A	B/A	B/A	B/A
ST	راهبرد سازش‌یافته	مراجع اول	۰/۵	۰/۵	۰/۳	۳۹	۲/۷۱	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰
		مراجع دوم	۰/۶	۰/۵	۰/۳	۳۳	۲/۹۵	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰
		مراجع سوم	۰/۴	۰/۳	۰/۱	۶۰	۳/۷۴	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰
	راهبرد سازش‌نایافته	مراجع اول	۰/۴	۰/۵	۰/۳	۱۶/۵	۲/۷۲	۱۰۰	۰	۱۰۰	۳۳/۳
		مراجع دوم	۰/۶	۰/۵	۰/۱	۱۶	۳/۱۴	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰
		مراجع سوم	۰/۶	۰/۶	۰/۲	۱۶	۳/۹۲	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰
ISTDP	راهبرد سازش‌یافته	مراجع اول	۰/۳	۰/۲	۰/۱	۱۱/۷	۲/۲۸	۶۶/۶	۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳
		مراجع دوم	۰/۳	۰/۲	۰/۲	۲۱/۵	۲/۶۲	۶۶/۶	۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳
		مراجع سوم	۰/۴	۰/۴	۰/۱	۳۰	۲/۶۳	۶۶/۶	۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳
	راهبرد سازش‌نایافته	مراجع اول	۰/۳	۰/۳	۰	۱۰/۸	۲/۴۷	۶۶/۶	۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳
		مراجع دوم	۰/۲	۰/۲	۰	۷/۵	۲/۱	۶۶/۶	۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳
		مراجع سوم	۰/۱	۰/۱	۰/۲	۷/۵	۲/۹	۱۰۰	۰	۱۰۰	۳۳/۳
میانگین	ST	راهبرد سازش‌یافته	۰/۵	۰/۴۳	۰/۲۳	۴۴	۳/۱۳	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰
		راهبرد سازش‌نایافته	۰/۵۳	۰/۵۳	۰/۲	۱۶/۱	۳/۲۶	۱۰۰	۰	۱۰۰	۱۱/۱
	ISTDP	راهبرد سازش یافته	۰/۳۳	۰/۲۶	۰/۱۳	۲۱	۲/۵۱	۶۶/۶	۳۳/۳	۱۰۰	۳۳/۳
		راهبرد سازش‌نایافته	۰/۲	۰/۲	۰/۰۶	۸/۶	۲/۴۹	۷۷/۷	۲۲/۲	۱۰۰	۳۳/۳

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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

		کناره‌گیری			نادیده‌گرفتن			پرت‌کردن حواس			رویکرد فعال			جست‌وجوی حمایت		
		مراجعین														
		اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم	اول	دوم	سوم
تغییرات میانه	ST	۳/۵	۳	۲/۵	۴/۵	۲	۱/۵	۱/۵	۳	۲	۴/۵	۳	۲	۳/۵	۴	۲,۵
B/A	ISTDP	۰/۵	۱	۱	۱/۵	۳	۲	۱/۵	۲	۰/۵	۱	۲	۱/۵	۰/۵	۲	۲
تغییرات میانگین	ST	۳/۵	۲/۵	۲/۶	۴/۲	۲	۲/۱	۱/۵	۳/۴	۱/۶	۴/۱	۲/۶	۱/۹	۳/۱	۳/۳	۲,۵
B/A	ISTDP	۱	۱/۳	۱	۱/۵	۲/۷	۱/۷	۱	۱/۷	۱	۰/۶	۱/۳	۱/۵	۰/۸	۱/۷	۱,۳
تغییرات مطلق	ST	۲	۲	۲	۲	۳	۱	۱	۴	۲	۲	۲	۱	۲	۲	۱
B/A	ISTDP	۱	۰	۱	۰	۱	۲	۲	۱	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۳
درصد بهبودی	ST	۳۳	۱۸	۱۷	۳۳	۱۷	۱۵	۹	۲۲	۲۰	۶۶	۵۰	۳۳	۵۷	۶۶	۸۰
B/A	ISTDP	۶/۲	۱۳/۳	۱۲/۵	۱۴/۲	۳۰	۲۰	۹	۶۶/۷	۱۸	۲۰	۱۱	۳۳/۳	۱۶/۷	۶۰	۳۳/۳
اندازه اثر	ST	۲/۹	۴	۳/۸	۴/۴	۲/۴	۳/۱	۲/۲	۳/۱	۲/۷	۴/۴	۲/۵	۴/۲	۳/۳	۳/۵	۳/۷
B/A	ISTDP	۱/۷	۲	۱/۳	۲/۲	۱/۷	۱/۶	۲/۳	۱/۵	۱/۵	۱/۹	۱/۵	۲/۲	۱/۷	۲/۵	۱/۶
PND	ST	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
B/A	ISTDP	۳۳/۳	۶۶/۶	۳۳/۳	۶۶/۶	۶۶/۶	۶۶/۶	۶۶/۶	۳۳/۳	۳۳/۳	۶۶/۶	۶۶/۶	۶۶/۶	۳۳/۳	۶۶/۶	۶۶/۶
POD	ST	۰	۰	۰	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۰	۰	۰	۰
B/A	ISTDP	۶۶/۶	۳۳/۳	۶۶/۶	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۶۶/۶	۶۶/۶	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۶۶/۶	۳۳/۳	۳۳/۳
MPI	ST	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
B/A	ISTDP	۱۰۰	۱۰۰	۶۶/۶	۱۰۰	۶۶/۶	۶۶/۶	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۶۶/۶	۶۶/۶	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۶۶/۶
MPR	ST	۰	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۰	۰	۳۳/۳	۰	۰	۳۳/۳
B/A	ISTDP	۳۳/۳	۰	۰	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۰	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳

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

	تغییرات میانه		تغییرات میانگین		تغییرات مطلق		درصد بهبودی		کوهن d		PND		POD	
	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP	ST	ISTDP
کناره‌گیری	۳	۰/۸	۲/۸	۱/۱	۲	۰/۶	۲۲	۱۰/۶	۳/۵	۱/۶	۱۰۰	۴۴/۴	۰	۵۵/۵
نادیده‌گرفتن	۲/۶	۲	۲/۷	۱/۹	۲	۱	۲۱/۶	۲۱/۴	۳/۳	۱/۸	۸۸/۸	۶۶/۶	۱۱/۱	۳۳/۳
پرت‌کردن حواس	۲/۱	۱/۳	۲/۱	۱/۲	۲/۳	۱	۱۷	۳۱/۲	۲/۶	۱/۷	۷۷/۷	۴۴/۴	۲۲/۲	۵۵/۵
رویکرد فعال	۳/۱	۱/۵	۲/۸	۱/۱	۱/۶	۰/۶۶	۵۰	۲۱/۵	۳/۷	۱/۸	۸۸/۸	۶۶/۶	۱۱/۱	۳۳/۳
جست‌وجوی حمایت	۳/۳	۱/۵	۳	۱/۲	۱/۶	۱/۶	۶۷/۶	۳۶/۶	۳/۵	۲	۱۰۰	۵۵/۵	۰	۴۴/۴

همانطور که در جدول ۵ گزارش شده است شاخص PND برای تنظیم شناختی هیجان در ST هم در راهبردهای سازش‌یافته و هم سازش‌نایافته (۱۰۰٪) و برای ISTDP در راهبردهای سازش‌یافته و سازش‌نایافته به ترتیب (۶۶٪) و (۷۷٪) می باشد و اندازه اثر کوهن d در ST در راهبردهای سازش یافته و سازش نایافته به ترتیب (۳/۱۳) و (۳/۲۶) و در ISTDP (۲/۵۱) و (۲/۴۱) می باشد. MPI و MPR نیز در ST برای هر دو راهبرد (۱۰۰) و در ISTDP در راهبرد سازش یافته و سازش‌نایافته به ترتیب (۰ . ۱۱/۱) می‌باشد. همچنین در مورد هر دو مداخله درمانی افزایش نمره میانه، میانگین، تغییرات سطح مطلق و درصد بهبودی نسبت به خط‌پایه بیانگر اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت و 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 پویشی 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 سازش‌نایافته به ترتیب ۴۴و ۱۶/۱) تقریبا دو برابر مراجعینی است که تحت روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت و فشرده بوده‌اند (برای راهبرد های سازش‌یافته و سازش‌نایافته به ترتیب ۲۱و ۸/۶).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

در جداول ۶ و ۷ نیز، شاخص PND برای تنظیم رفتاری هیجان در ST و ISTDP، در طرحواره درمانی در دامنه‌ای بین (۷۷٪) تا (۱۰۰٪) قرار دارد در حالی که در ISTDP، (۴۴٪) تا (۶۶٪) درصد است. اندازه اثر نیز در طرحواره درمانی از (۲/۶) تا (۳/۷) است در حالیکه در روان‌درمانی پویشی 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 (۷۷/۷، ۸۸/۸ و یا ۱۰۰).

همچنین در مورد هر دو مداخله درمانی افزایش نمره میانه، میانگین، تغییرات سطح مطلق و درصد بهبودی نسبت به خط‌پایه بیانگر اثربخشی روان‌درمانی پویشی 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 پویشی فشرده و کوتاه‌مدت بود.

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 (۳۴-۲۷) 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 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 درنظرگرفتن همه جوانب مراجعین احساس امنیت کنند. درمانگر تلاش می‌کند تا احساس کنترل مراجع را در حین انجام کارافزایش 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. به‌منظور افزایش احساس کنترل مراجعین، درمانگر می‌تواند با آنها به توافق برسد که هر وقت خواستند با نشان‌دادن یک علامت - مثلاً بلندکردن دست‌ها - در حین جلسه، روند تصویرسازی ذهنی را قطع کنند (۳۹). علامت توقف[1] 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

1 Stop sign

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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 درگذشته 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 به‌تدریج مورد هدف قرار می‌گیرد، درحالی‌که 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 می داند زمانی که فرد بالاتر از آستانه است، باید برای کاهش اضطراب یا جلوگیری از خطر بدتر شدن علائم بیمار اقدام کند و به سیگنال هایی توجه می کند که وقتی یکی بالاتر از آستانه است، نشان می دهد. این سیگنال ها شامل فقدان اضطراب عضلانی مخطط و جداسازی عاطفه[1] است، به گونه ای 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 می تواند طرح واره‌درمانی را درمانی ملایم تر 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[2]که 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 تاکید کرد (۴۶)، که در آن درمانگر به مثابه یک چهره دلبستگی تامین کننده امنیت[3] 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[4](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 درون‌فردی و بین‌فردی آنچه در گذشته اتفاق افتاده است را تغییر می‌دهد (۵۰). کار با صندلی[5]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[6] آن‌ها را تنظیم کرده و به تعادل برساند و ذهنیت بزرگسال سالم را تقویت کند (۵۲).

1 Isolation of affect
2. Limited Reparenting
3. Security-providing attachment figure
4. Imagery Rescripting
5. Chairwork
6. Self

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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

در تمامی این تکنیک‌ها تعادل خوبی بین امنیت و اکتشاف حاصل شده‌است. از سوی دیگر ابزارها در ISTDP رنگ و بوی دیگری دارد. فشار[1]یکی از مهم‌ترین ابزارها در این درمان است که شامل تلاش‌هایی برای تشویق مراجع به شناسایی و تجربه هیجانات زیربنایی و بودن با درمانگر است. هدف اصلی از فشار، زنده کردن هیجانات پیچیده انتقالی و مقاومت ثانویه در برابر این هیجانات است تا فرد بتواند مقاومت خود را ببیند و بر آن غلبه کند. این هیجانات پیچیده انتقالی شامل قدردانی از تلاش‌های درمانگر و درعین‌حال عصبانیت نسبت به درمانگر به دلیل بی‌توجهی ضمنی و آشکار نسبت به دفاع‌های مراجع است. شفاف‌سازی[2]و به چالش کشیدن[3]دفاع‌ها در این مرحله ابزارهای دیگری هستند که درمانگر از آن‌ها استفاده می‌کند تا بتواند به هیجانات 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[4]شامل چرخه های متناوب تحریک هیجانات و اضطراب مرتبط با آن تا آستانه‌ی تحمل است، به منظور تنظیم اضطراب و ساختن ظرفیت خود-مشاهده گری که نشان‌دهنده افزایش توان تفکر و درواقع «چراغ‌سبزی» است (۵۴) برای بسیج‌کردن اضطراب و هیجانات بیشتر. در نهایت، فرد می‌تواند هیجاناتی 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 می‌رسد طرحواره‌درمانی توانسته‌است تعادل بهتری بین امنیت و اکتشاف برقرار سازد.

از طرف دیگر، دستورالعمل‌ها برای درمان تروماهای پیچیده رویکرد فاز گرا یا متوالی[5]را توصیه می کند (۵۵) این رویکرد با مرحله تثبیت[6]شروع می شود تا با کاهش مشکلات خودتنظیمی و بهبود کفایت‌های هیجانی، اجتماعی و روانی، ایمنی بازماندگان را تضمین کند. سپس مرحله تمرکز بر پردازش خاطرات تروماتیک انجام می شود و از مداخلات متمرکز بر تروما استفاده می‌شود. از آنجایی که در مرحله دوم عود انتظار می‌رود، 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 می‌کند. اگرچه این بستر سازی در رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه‌مدت نیز وجود دارد اما مبنای آن در همان فاز پردازش تروما می‌باشد (فرمت درجه بندی شده) و به نظر می‌رسد مرحله تثبیت، در فرمول بندی این درمان به خوبی مفهوم پردازی نشده است.

در واقع؛ بسترسازی و یا ایجاد مرحله تثبیت در طرحواره‌درمانی با استفاده از ابزارهای متفاوتی که دارد بهتر مفهوم‌سازی شده‌است و این نوع درمان به ابزارهای بهتری برای کار با تروماهای پیچیده مجهز می‌باشد.

در نهایت می‌توان جمع‌بندی کرد که با توجه به جعبه ابزار در ISTDP، (فشار، شفاف سازی و چالش با دفاع‌ها و ظرفیت سازی) پردازش هیجانات خام و خاطرات مرتبط با تروما در آن «پایین - بالا[7]» است. این رویکرد نه بر اساس محتوا بلکه بر اساس تجربه و فرایند کار می‌کند و بر احساسات و عواطف تجربه شده در داخل بدن در لحظه‌لحظه اتاق درمان تمرکز می‌کند. به این شکل که ابتدا مراجع در تجربه هیجانی غوطه‌ور می‌شود، سپس بر مبنای آن روایت‌هایی را می‌سازد و به زنجیره خود - روایتی‌اش اضافه می‌کند . اما در طرحواره درمانی روند پردازش بیشتر «بالا - پایین»[8]است؛ یعنی دانش شناختی به‌دست‌آمده در تکنیک‌های شناختی در ادامه به واسطه تکنیک‌های تجربی به تجربه هیجانی وصل می‌شوند (۱۶). در پژوهش حاضر نیز مراجعین در گروه مداخله ST توانستند کاوش بیشتری در خاطرات تروما داشته باشند و هیجانات 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.

1. Pressure
2. Clarification
3. Challenge
4. Graded format
5 Phase-oriented or sequenced approach
6 stabilization phase
7. Bottom-up
8. Top-down

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

محدودیت پژوهش و پیشنهاد

با توجه به استفاده از روش مطالعه تک آزمودنی در بخش کمی پژوهش و اجرای مداخالت درمانی ST و ISTDP بر روی تعداد محدودی از آزمودنی‌ها، امکان تعمیم نتایج به‌دست‌آمده به‌صورت گسترده وجود ندارد. ازاین‌رو به پژوهشگران در پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود تا در پژوهش‌های خود در زمینه موضوع پژوهش حاضر از روش‌های نیمه آزمایشی استفاده کنند.

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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 Transtheoretical 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/RG222063636488. 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. Psychometri 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.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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, mohebiarya 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, Tirch 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, Stöfsel 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:

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

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

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1403.18.3.8.3]