

مقایسه اثربخشی آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری و آموزش طرحواره محور بر تعدیل علائم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب

خدیجه ابوالمعالی^{۱*}، مائده آقایی پور گواسرای^۲، اشرف‌السادات کمال^۲

چکیده

زمینه و هدف: وضعیت روانی و جسمانی جانبازان مبتلا به PTSD ممکن است بر سلامت روان همسران آنان اثر بگذارد. ترومای ثانویه یک سندرم شایع در همسران جانبازان به ویژه جانبازان مبتلا به PTSD است و درمان و پیشگیری از آن می‌تواند به بهبود وضعیت همسران و خانواده آنان کمک کند. هدف از این پژوهش مقایسه آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری و آموزش طرحواره محور بر تعدیل علائم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به PTSD بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همسران جانبازان مبتلا به PTSD مراجعه‌کننده به بیمارستان روان‌پزشکی صدر تهران بود. برای انتخاب نمونه ابتدا غربالگری صورت گرفت و همسرانی که نمره بالایی (حداقل ۳۸) در ترومای ثانویه داشتند، انتخاب شدند و سپس به تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند (در هر گروه ۱۱ نفر). در این پژوهش از پرسشنامه ترومای ثانویه (STSS) استفاده شد. داده‌ها با روش آماری مانکوا (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش آموزش طرحواره محور و آموزش تکنیک‌های شناختی رفتاری منجر به کاهش علائم ترومای ثانویه و مؤلفه‌های آن (مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی) در همسران جانبازان مبتلا به PTSD شده‌اند ($P < 0/05$) و هر دو روش در کاهش علائم ترومای اثربخش هستند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، دو روش آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری، و آموزش متمرکز بر طرحواره موجب تعدیل علائم ترومای ثانویه و مؤلفه‌های آن (برانگیختگی، مزاحمت و اجتناب) می‌شوند و استفاده از هر دو روش به روان‌شناسان و درمانگران توصیه می‌شود.

کلید واژگان: آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری، آموزش طرحواره محور، ترومای ثانویه، اختلال استرس پس از آسیب.

۱-دانشیار گروه روانشناسی.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی.

۱ و ۲- گروه روانشناسی، دانشکده روان-
شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن،
رودهن، ایران.

* نویسنده مسؤل:

خدیجه ابوالمعالی؛ گروه روانشناسی،
دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی
واحد رودهن، رودهن، ایران.
تلفن: ۰۰۹۸۹۱۲۳۹۰۱۱۲۴

Email:
Sama.abolmaali@gmail.com

مقدمه

های شناختی یا باورهای اساسی درمانگر و تغییر آنها به عنوان نتیجه‌ای از مشارکت همدلانه با مراجع و مواجهه با تصورات آسیب‌زایی است که توسط مراجع مطرح می‌شود. این ممکن است یک گسیختگی در دیدگاه درمانگر نسبت به خود، دیگران و در کل نسبت به دنیا ایجاد کند (۱۱-۱۳). این اصطلاح به طور رایج برای نشانگان PTSD در بین مراقبینی که با افراد آسیب‌دیده کار می‌کنند، به کار می‌رود (۱۳). فرسودگی نیز به یک خستگی، بدبینی، جدا شدگی و احساس عدم کفایت مرتبط با استرس‌زاهای بین فردی شغلی، اشاره می‌کند که می‌تواند کار با فرد آسیب‌دیده را هم در برگرد (۱۴). خستگی شفقت به عنوان نوع خاصی از استرس ترومای ثانویه توصیف می‌شود، که مرتبط با فرسودگی مراقب است (۱۵). در حالی که ترومای ثانویه به انتقال نشانگان از فرد آسیب‌دیده، به فردی که مجاورت دایم و نزدیک با او دارد، مانند همسر و مادر، اطلاق می‌شود (۱)، (۲).

نظریه‌پردازان از دیدگاه‌های مختلف ترومای ثانویه را تبیین کرده‌اند. فیگلی (Figley) (۱) در الگوی همانندسازی و همدلی بر این نکته تأکید می‌کند که کمک‌کنندگان می‌کوشند که از طریق همانندسازی با قربانی او را درک کنند. نظریه مدل ترومای ثانویه نظامدار، به این نکته اشاره می‌کند که وقتی بازمانده ترومای اولیه (جانباز) در درون نظام خانواده نشانگان تروما یا سطح پایین عملکرد را تجربه می‌کند، یک پاسخ نظامدار رخ می‌دهد که در آن احتمال رشد نشانگان استرس ترومای ثانویه در همسر افزایش می‌یابد (۱۴، ۱۶). پیرلمن (Pearlman) (۱۲) به تغییر باورهای مراقب در مورد خود و دیگران و دنیای بیرونی اشاره می‌کند، و ککرام، دراموند و لی (Cockram, Drummond & Lee) (۱۷) و گاف و اسمی (Goff & Smith) (۱۸) بر ارتباط ترومای

استرس ترومای ثانویه به انتقال نشانگان مشابه با PTSD، از فردی که به طور مستقیم در معرض یک واقعه آسیب‌زا قرار گرفته، به فرد دیگری که مجاورت مداوم و نزدیک با او دارد، اشاره می‌کند (۱، ۲). این انتقال ناشی از یک ارتباط همدلانه با فرد آسیب‌دیده است (۱) و از طریق آن فردی که وابستگی نزدیکی با قربانی اولیه دارد به ترومای ثانویه مبتلا می‌شود (۳، ۴). نشانگان استرس ترومای ثانویه معمولاً به اندازه نشانگان PTSD ناتوان‌کننده نیستند، اما شامل همان نوع پریشانی‌ها مانند نشانگان اجتناب (Avoidance)، برانگیختگی (Arousal)، و مزاحمت (Intrusive) هستند، ولی ملاک A، یعنی تجربه مستقیم رویداد استرس‌زا را در بر نمی‌گیرد (۵، ۶). این نشانگان تشابه زیادی با نشانگان PTSD دارند (۷) و نتیجه‌ای از دانش در مورد واقعه آسیب‌زا یا تمایل برای کمک به شخصی هستند که استرس آسیب‌زا را تجربه کرده است (۲). با توجه به این که نقص در عملکرد و شدت علائم تجربه شده در افراد دچار ترومای ثانویه به مرز بالینی نرسیده است، از آن به عنوان یک سندرم یاد می‌شود، نه اختلال روانی (۸-۱۰). این علائم باید بیش از یک ماه طول کشیده باشد و موجب نقص در عملکرد زندگی روزمره فرد شوند تا تشخیص ترومای ثانویه داده شود (۱۰). شدت نشانگان فرد مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب افزایشی را در شدت نشانگان ترومای ثانویه در همسر پیش‌بینی می‌کند (۲).

مفهوم ترومای ثانویه نباید با مفاهیم مرتبط مانند ترومای جانشینی (Vicarious Trauma)، فرسودگی (burn out) و خستگی شفقت (Compassion Fatigue) اشتباه گرفته شود. ترومای جانشینی گاهی به جای ترومای ثانویه به کار گرفته می‌شود. ترومای جانشینی بر طحوااره-

فردی یا گروهی مورد استفاده قرار گیرند. فرانسیسکوویچ (Frančišković) و همکاران (۶)، بر این باورند که هر نوع مداخله درمانی ارائه شده و مورد تأیید برای جانبازان مبتلا به PTSD، می‌تواند در حمایت و توانمندسازی همسران برای چگونگی کنار آمدن با ترومای ثانویه، به کار گرفته شود. از این رو به نظر می‌رسد که مداخلات متعددی که علائم PTSD را هدف قرار می‌دهند، مانند درمان مبتنی بر پردازش اطلاعات (۲۴)، روش شناختی-رفتاری (۲۵) و طرحواره درمانی (۱۷) می‌توانند در کاهش علائم ترومای ثانویه نیز به کار روند. روان‌شناسی سلامت، مستقیم‌ترین روش مداخله جهت مواجهه با رویدادهای استرس‌زا و چالش برانگیز زندگی را، تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر و توانمندسازی شناختی افراد می‌داند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجهیز افراد به مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای، آنان را در مقابله با مشکلات روان‌شناختی، جسمی، روابط بین‌فردی و تعارضات توانمند می‌سازد (۲).

برای کاهش علائم ترومای ثانویه، مداخلات آموزشی و درمانی متعددی به کار گرفته شده است، مانند اثربخشی درمان و آموزش ذهن‌آگاهی (۲۷، ۲۸)، درمان و آموزش شناختی رفتاری (۲۷ و ۲۹-۳۲)، و آموزش تاب‌آوری (۳۳) و غیره.

در این پژوهش اثربخشی دو روش آموزش مبتنی بر طرحواره و آموزش شناختی-رفتاری مورد مقایسه قرار گرفته است. در نظریه شناختی-رفتاری، شناخت به سطوح مختلفی تقسیم می‌شود. افکار خودآیند سطحی‌ترین و اختصاصی‌ترین سطح شناخت هستند. سطح دوم شامل باورهای میانجی و سطح آخر شامل طرحواره‌های شناختی است و کلی‌ترین سطح شناخت است. افکار خودآیند منفی و باورهای میانجی به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر طرحواره‌های شناختی هستند. به ویژه زمانی که این طرحواره‌ها فعال می‌شوند (۳۴). طرحواره‌ها مانند عدسی-

ثانویه با طرحواره‌های شناختی (باورهای بنیادی) اشاره می‌کنند. فیگلی (۴، ۱۰) نیز اذعان می‌دارد که همه‌ی افرادی که در معرض مواجهه غیرمستقیم با ترومای فرد آسیب‌دیده قرار دارند، علائم ترومای ثانویه را نشان نمی‌دهند، بلکه طرحواره‌های شناختی فرد، او را مستعد ترومای ثانویه ساخته و ابتلا به آن را در او پیش‌بینی می‌کنند. در واقع باورهای فرد حاصل تاریخچه شخصی او در طول زندگی و همچنین زندگی مشترک و رابطه با همسر مبتلا به PTSD است (۱۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یک سوم جانبازان جنگی دچار علائم اختلال استرس پس از ضربه شده‌اند، این اختلال علاوه بر مشکلات فراوانی که برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند، تأثیرات منفی بر خانواده و به تبع آن بر جامعه دارد (۲۰). پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران و جهان نشان می‌دهند که ترومای ثانویه یک سندرم شایع در همسران جانبازان به ویژه جانبازان مبتلا به PTSD است. زندگی با فردی که دچار تروما شده، سایر اعضای خانواده، به خصوص مراقب فرد را به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که وضعیت سلامت روانی جانبازان مبتلا به تروما، کرختی هیجانی و خشم در آنان بر روابط خانوادگی‌شان اثر می‌گذارد و همسران آنان طیف گسترده‌ای از علائم روانی و جسمانی مربوط به نشانه‌های PTSD را آشکار می‌سازند (۶ و ۲۱-۲۳). از این رو شناسایی همسران جانبازان که از مشکلات روانی رنج می‌برند و ارائه اقدامات درمانی مناسب برای آنان می‌تواند به ارتقای وضعیت سلامت روان آنان کمک کند.

دکل و سولمن (Dekel & Solomon) (۲۰)، نکاتی را برای طراحی مداخلات جهت بهبود نشانه‌های ترومای ثانویه پیشنهاد کرده‌اند و اعتقاد دارند که طیف وسیعی از مداخلات با توجه به رویکردهای مختلف می‌تواند بسته به نیاز و شرایط خاص افراد مبتلا به ترومای ثانویه به شکل

آموزش طرحواره محور یک فرآیند انطباق را شامل می‌شود که از طریق آن مراجعان طرحواره‌های ناسازگار قبلی خود را، با توجه به این حقیقت که اتفاقات بد نیز ممکن است گریبان افراد خوب را بگیرد و پیامدها الزاماً به طور عادلانه رخ نمی‌دهند، تغییر دهند (۴۳). طرحواره‌های ناسازگار یا ناکارآمد به عنوان باورهای پایدار، عمیق، غیرمشروط، فراگیر و منفی در مورد خود و دیگران هستند که به تجربیات فرد و رفتارهای وی سازمان می‌دهند و از طریق تجربیات مکرر تقویت می‌شوند و تا بزرگسالی تداوم می‌یابند. این طرحواره‌ها در اوایل زندگی از طریق تعامل مزاج کودک و شیوه‌های والدگری، تجارب دوره کودکی و وقایع فاجعه‌بار زندگی تشکیل می‌شوند و طی سال‌های بعدی گسترش می‌یابند (۴۲).

با توجه به مطالب مطرح شده، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که کدام یک از دو روش آموزش شناختی-رفتاری و آموزش مبتنی بر طرحواره، از کارآمدی بیش‌تری برای کاهش علائم ترومای ثانویه در همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب برخوردارند؟

روش بررسی

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است، در این پژوهش دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول تحت آموزش شناختی-رفتاری و گروه آزمایشی دوم تحت آموزش طرحواره محور قرار گرفتند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل آموزشی را دریافت نکردند. جامعه آماری شامل همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ تحمیلی بود که ساکن تهران بودند و از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۲، به درمانگاه یا بیمارستان روان‌پزشکی صدر مراجعه کرده بودند. از بین پرونده‌های موجود در بیمارستان صدر، همسران بیماران PTSD شناسایی شدند. سپس آزمون STSS (ترومای ثانویه) به منظور غربالگری اجرا شد و پس

هایی عمل می‌کنند که بر ارزیابی، تفسیر و انتخاب فرد تأثیر می‌گذارند (۳۵).

هدف از مداخلات شناختی-رفتاری اصلاح شناخت‌های تحریف شده و آموزش رفتارهای جدید به منظور تغییر در فرایندهای شناختی افراد است. روش آموزش شناختی-رفتاری یک مدل روانی-آموزشی با تأکید بر فرآیند یادگیری است (۳۶-۳۸). در رویکرد شناختی-رفتاری اعتقاد بر این است که پریشانی روان‌شناختی عمدتاً ناشی از آشفتگی‌هایی در فرآیندهای شناختی افراد است و تمرکز باید به تغییر شناخت‌ها برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار باشد. نظریه پردازان شناختی-رفتاری، بر این باورند که عقاید و فرض‌های بیمار در مورد رویداد تروماتیک بر نحوه مقابله او با این رویداد اثر می‌گذارد. این افراد رویدادها را به شکل منفی تفسیر می‌کنند و همواره احساس خطر دارند. افراد از نظر گرایش به رنج بردن متفاوت هستند و یکی از عوامل میانجی، حالت ذهنی فرد به هنگام مواجهه با عوامل تروماتیک است (۳۹).

فیگلی (Figley) استعداد ابتلا به ترومای ثانویه را مرتبط با طرحواره‌های شناختی افراد می‌داند (۱۷)، همچنین ککرام (Cokram)، بروز نشانه‌های تروما در افراد را مرتبط با طرحواره‌ها و باورهای بنیادی آنان درباره خود، دنیا و دیگران می‌داند (۴۰). برخی نیز تغییر در طرحواره‌های شناختی و انطباق نظام باورهای فرد با تجارب ترومای ثانویه را در نتیجه تعامل همدلانه وی با بازماندگان تروما می‌دانند. یانگ ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را در قالب ۵ حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی، و گوش به زنگی بیش از حد مطرح کرده است (۴۱). این طرحواره‌ها الگوهایی برای گزینش و انتخاب اطلاعات از محیط پیرامون جهت تصمیم‌گیری‌ها و هدایت الگوهای مشخص رفتاری فراهم می‌کنند (۴۲).

شد. شاخص $GFI = 0/94$ ، $CFI = 0/98$ ، $IFI = 0/98$ و مقدار شاخص $RMSEA$ نیز $0/039$ به دست آمد. بررسی شاخص‌ها نشان داد که این مقیاس در نمونه ایرانی نیز از برازش مطلوبی برخوردار است و دارای همان ساختار عاملی است که در نمونه غیر ایرانی وجود دارد (۴۶). پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه در دامنه $0/71$ تا $0/91$ و همسانی درونی حاصل از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه $0/98$ گزارش شده است (۴۵). همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی در نمونه‌ای از همسران و فرزندان جانبازان برای کل مقیاس $0/92$ و برای زیر مقیاس مزاحمت $0/87$ ، اجتناب $0/79$ و برانگیختگی $0/84$ بدست آمده است، که همگی در سطح $(P < 0/001)$ معنادار هستند (۴۶).

روش اجرای پژوهش

۱- ابتدا غربالگری صورت گرفت و افرادی که نمره آنان در پرسشنامه ترومای ثانویه بالاتر از نقطه برش بود، انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. نمره‌های این مرحله برای پیش‌آزمون نیز در نظر گرفته شد. قبل از شروع جلسات توافق شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید و به آنان اطمینان داده شد که شرکت در این پژوهش هیچ‌گونه ضرر احتمالی برای آنان ندارد و اطلاعات گردآوری شده از آنان نیز به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

۲- روش آموزش شناختی-رفتاری و آموزش طرحواره محور همزمان در دو گروه آزمایش به صورت مجزا ارائه شد. تکنیک‌های شناختی-رفتاری در طول ۱۳ جلسه (هر جلسه به مدت تقریباً ۱۳۰ دقیقه) آموزش داده شد. در هر جلسه تمرین‌های جلسه قبل اجرا می‌شد و برای ارزیابی عملکرد گروه مثال‌هایی همراه با شرکت‌کنندگان بررسی و از انجام تکالیف در منزل نیز اطمینان حاصل

از تأیید روان‌شناس، همسرانی که دارای PTSD ثانویه (استرس پس از ضربه ثانویه/ترومای ثانویه) بودند، مشخص شدند و ۳۳ نفر به تصادف در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۱ نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه بر اساس روش کوهن (۱۹۸۶)، در سطح خطای $0/05$ و حجم اثر $0/5$ ، و توان آزمون $0/69$ در هر گروه معادل ۱۱ نفر انتخاب شد (۴۴). ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر شامل: همسر جانباز مبتلا به PTSD بودن، کسب نمره‌ی برش ۳۸ در آزمون STSS، عدم سابقه بستری در بیمارستان روان‌پزشکی، حداقل سواد در سطح پنجم ابتدایی، دامنه سنی ۳۰-۵۵ سال بود.

مقیاس سنجش استرس پس از ضربه ثانویه (STSS):

این مقیاس با ۱۷ عبارت به منظور سنجش میزان علائم ترومای ثانویه، مطابق با ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از آسیب تنظیم شده است. و دارای ۳ خرده مقیاس افکار و تصورات مزاحم، پاسخ‌های اجتنابی و علائم برانگیختگی افرادی است که در ارتباط نزدیک با مبتلایان به PTSD قرار دارند. سؤال‌ها در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۱، تا همیشه=۵) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره ۳۸ به بالا نشان دهنده شاخص‌های ترومای ثانویه است. نمره‌های STSS بر اساس معیارهای تشخیصی PTSD در DSM-IV نیز تفسیر می‌شود (۴۵). با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی ساختار عاملی مقیاس STSS بررسی شده است، شاخص $GFI = 0/90$ ، $CFI = 0/94$ و $IFI = 0/94$ و $RMSEA = 0/069$ به دست آمده است. سایر شاخص‌های برازش مدل مانند بارهای عاملی، مجذور همبستگی چندگانه و مقدار T نشان می‌دهد که مدل تحلیل عاملی تأییدی این مقیاس دارای برازش خوبی است (۴۵). در نمونه‌ای از همسران و فرزندان جانبازان ایرانی نیز برای ارزیابی ساختار عاملی مقیاس STSS از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده

می‌شد. پروتکل آموزش شناختی-رفتاری در جدول (۱) آورده شده است. تعیین شده، تعیین تکلیف جلسه بعد و در نهایت خلاصه-سازی و گرفتن بازخورد انجام گرفت. پروتکل آموزش طرحواره محور در جدول (۲) آورده شده است. ۳-آموزش طرحواره محور طی ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه-ای به صورت هفتگی ارائه شد. در هر جلسه مرور جلسات قبل و بررسی تکلیف‌ها، منطبق ارائه تکنیک، آموزش مبنای

۴-یک هفته پس از پایان جلسات آموزشی پس‌آزمون بر روی همه شرکت‌کنندگان انجام شد.

جدول ۱: پروتکل آموزشی گروه اول: رویکرد شناختی-رفتاری

جلسه اول (مقدماتی) و دوم: معارفه پذیرش، بیان اصول و قواعد گروه، اجرای پیش‌آزمون جهت غربالگری و ارزیابی؛ برقراری رابطه درمانی و جلب اعتماد، آشنا ساختن گروه با اختلال STS, PTSD. مدل شناختی و فرآیند برنامه آموزشی، طبیعی جلوه دادن مشکلات فرد و برانگیختن امید (آغاز روند بازسازی شناختی).

جلسه سوم تا ششم: آموزش شناسایی افکار منفی و همچنین ادامه آشنا کردن افراد با شناخت درمانی، آموزش تنش‌زدایی به روش تصویرسازی محیط امن؛ و تنفس عمیق شکمی، ارزیابی و چالش با افکار ناکارآمد و ارائه تفسیرهای جایگزین متعادل تر.

جلسه هفتم: تلاش برای شناسایی و مقابله با مشکلات و حل آن‌ها به شیوه‌ای سازگارانه، از طریق آموزش تکنیک‌های آزمایش رفتاری و حل مسأله.

جلسه هشتم تا یازدهم: معرفی باورهای میانجی و بنیادین، شناسایی و بازبینی شیوه عمل آن‌ها، چالش با آن‌ها و ارائه تکنیک‌هایی که در شکل-دهی باورهای بنیادین جدید و مثبت‌تر کمک می‌کند، سوق دادن گروه به سمت پایان دوره.

جلسه دوازدهم: آموزش تکنیک «جرأت ورزی» و «توجه برگردانی»، و پاسخ به دغدغه‌ها در خصوص ختم درمان.

جلسه سیزدهم (پایانی): کمک به بیمار در جهت استفاده از فنون یادگرفته شده در گروه به زندگی واقعی و برگزاری جلسات خودیاری، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲: پروتکل آموزشی گروه دوم: رویکرد مبتنی بر طرحواره

جلسه اول: آشنا ساختن گروه با ساختار جلسه، مقررات و فواید برنامه آموزشی طرحواره، توضیح پیرامون استرس پس از ضربه و ترومای ثانویه/ ارائه پرسشنامه جهت غربالگری.

جلسه دوم: آشنا شدن با ۱۸ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حوزه‌های مرتبط با آن: توضیح مراحل شکل‌گیری طرحواره‌ها بر اساس نیازهای هیجانی اساسی، خلق و خو و تجارب اولیه زندگی.

جلسه سوم تا پنجم: ارائه تکنیک‌های شناختی به منظور چالش با طرحواره‌های ناسازگار و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناسالم: آزمون اعتبار طرحواره‌ها از طریق شواهد تأییدکننده و رد کننده، شناسایی سبک‌های مقابله‌ای سالم.

جلسه ششم تا هشتم: ارائه تکنیک‌های تجربی به منظور برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار: نوشتن نامه، انجام گفتگوی خیالی، تصویرسازی ذهنی.

جلسه نهم تا یازدهم: آموزش تکنیک‌های رفتاری به منظور مقابله با سبک‌های مقابله‌ای ناسالم و تمرین رفتارهای سالم: حل مسأله، کنترل خشم، جرأت‌ورزی.

جلسه دوازدهم: خلاصه مطالب گفته شده در طی جلسات، ارزیابی اثربخشی جلسات آموزشی از طریق اجرای مجدد پرسشنامه، راهنمایی اعضای گروه جهت استفاده از فنون یاد گرفته شده در زندگی واقعی.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا داده‌های آماری توصیف شده‌اند، سپس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شده است.

در جدول (۳) شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های هر گروه به تفکیک در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در سطوح مختلف متغیر وابسته توصیف شده است.

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد، میانگین نمره پس‌آزمون گروه آموزش طرحواره محور از میانگین گروه آموزش شناختی-رفتاری بیشتر است و میانگین هر دو گروه نیز در پس‌آزمون کمتر از گروه کنترل است. شاخص‌های کجی و کشیدگی نیز نشان می‌دهند که توزیع نمره‌ها از منحنی نرمال تخطی نکرده است.

با توجه به جدول فوق در هر سه مؤلفه مزاحمت، برانگیختگی و اجتناب، میانگین نمره پس‌آزمون هر دو گروه آزمایشی کمتر از گروه کنترل است. همچنین مقادیر کجی و کشیدگی در هر سه گروه نشانگر این است که توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان در هر سه مؤلفه فاصله چندانی از توزیع نرمال ندارد.

در این پژوهش به منظور بررسی فرضیه‌ها از آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره یک راهه (MANCOVA) با کنترل اثر پیش‌آزمون و آزمون تعقیبی بن‌فرنی (Bonferroni) استفاده شده است. البته قبل از استفاده از این آزمون ابتدا با استفاده از سه آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه عدم تفاوت بین نمره‌های پیش‌آزمون سه گروه بررسی و تأیید شد. مقدار F و سطح معناداری آن

نشان داد که بین نمره‌های پیش‌آزمون مزاحمت ($F=$ 0.006, sig=) اجتناب ($F= 0.308$, sig= 0. 739) و برانگیختگی ($F= 0.994$, sig= 0.481) تفاوت معناداری وجود ندارد.

ابتدا مفروضه‌های استفاده از آزمون مانکووا بررسی شد. آزمون باکس نشان داد که شرط همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار است (مقدار آزمون باکس معادل ۱۶/۶۸۵ و سطح معناداری آن ۰/۲۸۷ بود). در بررسی شرط همسانی واریانس‌ها، آزمون لوین نشان داد که شرط همسانی واریانس‌ها برقرار است و مقادیر F و سطح معناداری آن در پس‌آزمون مؤلفه مزاحمت معادل $F=$ 1.210, sig= 0.312، در مؤلفه اجتناب معادل $F=$ 0.329, sig= 0.722 و در مؤلفه برانگیختگی معادل $F=$ 0. 130, sig= 0.878 بود، به عبارت دیگر در هر سه مؤلفه شرط همسانی واریانس‌ها نیز برقرار بود. با توجه به معنادار بودن همبستگی دو به دوی سطوح متغیر وابسته، برای بررسی تفاوت ترکیب خطی سطوح متغیر وابسته در گروه‌ها از آزمون‌های چند متغیره استفاده شد (جدول ۵).

نتایج آزمون‌های چند متغیری اثر پیلائی، لامبدای ویلک، اثر هتلینگ، و بزرگترین ریشه روی نشان می‌دهد که پس از کنترل عامل پیش‌آزمون، در ترکیب خطی سطوح متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد، و اثر عامل گروه معنادار است ($\text{sig}= 0.001$)

در ادامه برای بررسی تفاوت هر یک از سطوح متغیر وابسته در گروه‌ها نتایج آزمون اثرات بین‌گروهی گزارش شده است.

گروه آموزش شناختی-رفتاری و آموزش طرحواره محور در سه مؤلفه اجتناب، برانگیختگی و مزاحمت تفاوت معناداری وجود ندارد ($\text{sig} > 0.05$)، اما بین این سه مؤلفه در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($\text{sig} < 0.05$).

در جدول فوق آزمون اثرات بین‌گروهی نشان می‌دهد که پس از کنترل عامل پیش‌آزمون، بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون در سه مؤلفه مزاحمت، اجتناب و برانگیختگی تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور مقایسه دو به‌دوی گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه، آزمون مقایسه زوجی بن‌فرنی نشان داد که بین دو

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی در نمره کل ترومای ثانویه در گروه‌های مورد مطالعه (هر گروه ۱۱ نفر)

میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	
۵۵/۸۲	۱۲/۰۶	۰/۳۰	-۱/۰۸	گروه شناختی- رفتاری پیش آزمون
۴۰/۳۶	۸/۴۶	۰/۳۶۱	-۰/۴۸۳	پس آزمون
۵۹/۲۷	۱۰/۳۳	۰/۰۳۱	-۰/۹۳۹	گروه طرحواره پیش آزمون
۴۴/۶۳	۸/۲۵	۰/۶۵۶	-۱/۱۵۱	پس آزمون
۵۸/۷۳	۱۵/۷۳	-۰/۲۳۰	-۱/۰۸	گروه کنترل پیش آزمون
۵۸/۴۵	۱۵/۳	-۰/۰۶۲	-۱/۱۰۹	پس آزمون

جدول (۴). شاخص‌های توصیفی در مولفه‌های ترومای ثانویه در گروه‌های مورد مطالعه (هر گروه ۱۱ نفر)

گروه	مزاحمت			برانگیختگی			اجتناب		
	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	انحراف معیار	کجی
گروه شناختی- رفتاری پیش آزمون	۱۶/۳۹	۳/۱۱	-۰/۶۵۰	۱۷/۴۵	۴/۳۹	-۰/۶۵	۱۷/۶۸	۶/۴۱	-۰/۰۶۷
پس آزمون	۱۲/۷۳	۳/۸۲	۰/۸۷۲	۱۱/۱۲	۲/۰۴	-۰/۳۰۵	۱۵/۸۱	۴/۰۴	-۰/۲۳۸
گروه طرحواره پیش آزمون	۲۲/۲۷	۴/۹۸	۰/۰۹۳	۱۹/۵۴	۲/۸۸	-۰/۳۰۴	۲۲/۲۷	۴/۹۸	۰/۰۹۳
پس آزمون	۱۲/۹۱	۳/۳۳	-۰/۶۵۸	۱۴/۳۶	۲/۹۴	۰/۸۰۲	۱۷/۳۶	۳/۶۱	۰/۱۶۹
گروه کنترل پیش آزمون	۱۷/۵۴	۴/۵۹	-۰/۴۶۱	۱۹	۴/۹۱	-۰/۴۷۴	۲۲/۱۸	۷/۰۱	-۰/۳۰۹
پس آزمون	۱۷/۴۵	۴/۷۴	-۰/۲۳۸	۱۸/۷۲	۴/۶۲	-۰/۶۷۵	۲۲/۲۷	۷/۱۴	۰/۹۰

جدول ۵: آزمون‌های چند متغیره

اثرات	F	درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور ایتای سهمی
اثر پیلائی	9.240 ^b	3.000	.001	.649
لامبدای ویلک	9.240 ^b	3.000	.001	.649
اثر هتلینگ	9.240 ^b	3.000	.001	.649
بزرگترین ریشه روی	9.240 ^b	3.000	.001	.649

جدول ۶: آزمون اثرات بین گروهی

متغیر وابسته	مجموع مجذور مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مربع ایتای سهمی	توان مشاهده شده
پس آزمون مزاحمت	130.316	2	65.158	6.731	.004	.333	.884
پس آزمون اجتناب	221.996	2	110.998	11.921	.000	.469	.990
پس آزمون برانگیختگی	222.758	2	111.379	15.695	.000	.538	.999

بحث

بر طرحواره را عامل مؤثری در غلبه بر اجتناب، کاهش رفتارهای مختل‌کننده و تسهیل شرایط بهبود هیجانی عنوان کرده است. رویکرد طرحواره محور به عنوان یک رویکرد چند بعدی تلقی می‌شود که در آن افراد از طریق تکنیک‌های شناختی و طرحواره‌های خود را به چالش می‌کشند و با جستجوی شواهد تأییدکننده و تکذیب‌کننده (به چالش کشیدن طرحواره‌ها) در می‌یابند که برخی از طرحواره‌های آنان کارآمد نیست و نباید آن‌ها را به عنوان حقایق مطلق، بلکه به عنوان فرضیه‌هایی نگاه کنند که باید آزمون شوند (۴۷). در آموزش طرحواره محور بر تفسیر مجدد مفهوم و معنای تروما تأکید می‌شود، و این تفسیر مجدد افراد را توانمند می‌سازد که با نگاه دیگری طرحواره‌ها و پیامدهای

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی روش آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری و آموزش طرحواره محور بر کاهش نمره کل ترومای ثانویه بود. به علاوه بین اثربخشی دو روش در کاهش علائم ترومای ثانویه و مؤلفه‌های آن تفاوتی وجود نداشت و هر دو روش در کاهش علائم ترومای ثانویه اثربخش بودند. یافته‌های این پژوهش در خصوص اثربخش بودن آموزش مبتنی بر طرحواره بر کاهش علائم ترومای ثانویه (شامل: مزاحمت، اجتناب، و برانگیختگی) با نتایج پژوهش ککرام و همکاران (۱۷)، کاظمی و همکاران (۲۷)، کاظمی (۲۹)، پانویک و آست (Paunovic) (۲۴)، زولنر (Zoellner) و همکاران (۲۵)، هم‌سو است. یانگ نیز استفاده از تکنیک‌های تجربی مبتنی

شکل بگیرد، از این‌رو در این پژوهش با استفاده از تکنیک‌های آموزش شناختی-رفتاری به مراجعان کمک شد تا افکار منفی خود را شناسایی کرده و به طور مؤثر با آنها مقابله کنند. در این راستا بازسازی شناختی، فرصتی برای انطباق سازگارانه و کنترل هیجان و رفتار برای افراد فراهم کرد (۳۶-۳۸). در واقع در این پژوهش، از طریق مداخلات تنش‌زدایی/آرمیدگی (با تأکید بر اجزای هیجانی و فیزیولوژیک تروما)، مداخلات شناختی (که در آن از طریق بررسی فرآیندهای شناختی و ارتباط بین باور و احساس و شناخت، تحریف‌های شناختی و باورهای بنیادین و میانجی‌ناکارآمد به چالش کشیده شد) و مداخلات رفتاری (با تأکید بر به‌کارگیری مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، و حل تعارض) مولفه‌های ترومای ثانویه شامل: اجتناب، برانگیختگی و مزاحمت کاهش داده شد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر به درمانگران توصیه می‌شود که جهت کاهش علائم ترومای ثانویه یکی از دو روش آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری آموزش طرحواره محور را به‌کار گیرند. با توجه به این که یکی از محدودیت‌های این پژوهش فراهم نشدن امکان مطالعه تداوم اثرات دو روش آموزش تکنیک‌های شناختی-رفتاری و آموزش طرحواره محور بود، به پژوهشگران دیگر توصیه می‌شود که تداوم اثر این دو روش را بررسی کنند، به علاوه اثرات این دو روش را در کاهش علائم PTSD اولیه در جانبازان مورد مقایسه قرار دهند. به علاوه با توجه به این که همسران جانبازان مبتلا به PTSD ممکن است در معرض استرس‌های متعدد و مداوم قرار بگیرند، از این رو توصیه می‌شود، نهادهای متولی رسیدگی به وضعیت سلامت همسران و خانواده جانبازان مبتلا PTSD، به طور خاص راه‌کارهای پیشگیری از مشکلات سلامت در این گروه از زنان را بررسی و ارائه دهند.

آن را بررسی کنند، طرحواره‌های ناسازگار و تعمیم‌یافته را بشناسند و آن را به چالش کشیده و تغییر دهند (۴۳، ۴۸)، با تروما مقابله مؤثر داشته باشند، و به تجربه تروما به عنوان تجربه‌رهای بی‌بخش نگاه کرده و آن را جذب کنند و احساسات مربوط به آن را بپذیرند. این فرآیند به افراد کمک می‌کند که معنای جدید و سازگارانه‌ای به تروما بدهند و افکار مزاحم و نشانه‌های دیگر ترومای ثانویه را کاهش دهند (۴۸).

در خصوص اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های ترومای ثانویه (مزاحمت، اجتناب، و برانگیختگی) می‌توان گفت که یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کاظمی و همکاران (۲۷)، یاسن (Yassen) (۳۰ و ۳۳)، هم-سو است. همان‌گونه که گفته شد، برخی معتقدند که هر روشی که در کاهش علائم PTSD اولیه به کار می‌رود، می‌تواند در کاهش علائم ترومای ثانویه در همسران مبتلا به ترومای ثانویه و توانمندسازی آنان مفید باشد (۵). هم‌راستا با این فرض، یافته‌های این پژوهش، با نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی تکنیک‌های مبتنی بر روش شناختی-رفتاری بر کاهش علائم PTSD اولیه و سایر مشکلات روان‌شناختی آنان هماهنگی دارد؛ از جمله یافته‌های اصلانی و همکاران (۳۱) و ذوقی و همکاران (۳۲) احمدی زاده و همکاران (۴۹)، فرانسيسكوويچ و همکاران (۵)، دولی و اسپنس (۵۰)، زيفرد و بلک بيكر (Zayfert & Black Becker) (۵۱)، فوآ و همکاران (۵۲)، دورسی، بریجز و وودز (Dorsey, Briggs & Woods) (۵۳)، مانسون و همکاران (Monson & et al) (۵۴)، هافمن و همکاران (Hafman & et al) (۵۵)، اشتر و همکاران (Schnurr & et al) (۵۷)، اُته (Otte) (۵۷)، کار (Kar) (۵۸) مطابقت دارد. در سایه مواجهه غیرمستقیم با ترومای جانبازان PTSD مزمن، ممکن است تحریفات شناختی در همسران آنان

منابع

- 1-Figley, CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Figley CR, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/ Mazel; 1995.P. 1-20.
- 2-Bjornestad AG, Schweinle A, Elhai JD. Measuring Secondary Traumatic Stress Symptoms in Military Spouses With the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Military Version. *J Nerv Ment Dis* 2014Dec; 202(12): 864-9.
- 3-Galvoski T, Lyons J. Psychological sequelae of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggress Violent Behav* 2004Aug; 9 (5): 477-501.
- 4-Figley CR. *Treating Compassion Fatigue*. In the *Psychosocial Stress Book Series (Routledge psychosocial stress series)*. 1st ed. New York: Brunner-Rutledge; 2002.
- 5-Frančičković T, Stevanović A, Jelušić I, Roganović B, Klarić M, Grković J. Secondary Traumatization of Wives of War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Croat Med J* 2007Apr; 48(2): 177-84.
- 6-Dekel R, Solomon Z. Secondary traumatization among wives of war veterans with PTSD. In: Figley CR, Nash WP, editors. *Combat stress injury: Theory, research and management*. New York: Routledge; 2007.P. 137-57.
- 7-Meffert SM, Henn-Haase C, Metzler TJ, Qian M, Best S, Hirschfeld A, "et al". Prospective Study of Police Officer Spouse/Partners: A New Pathway to Secondary Trauma and Relationship Violence? *PLoS One* 2014Jul; 9(7): e100663.
- 8-Zimering R, Munroe J, Gulliver SB. Secondary traumatization in mental health care providers. *Psychiatr Times* 2003Apr; XX(4).
- 9-Ortlepp k, Friedman M. Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *J Trauma Stress* 2002Jun; 15(3): 213-22.
- 10-Figley. *Burnout in Families: The Systematic Costs of Caring*. Boca Raton, FL: CRC Press; 1998.
- 11-McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *J Traumatic Stress*1990; 3(1): 131-49.
- 12-Pearlman LA. Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In: Stamm BH, editor. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, educators*. 2nd ed. Baltimore, MD: Sidran Press; 1999.P. 5164.
- 13-Sabin-Farrell R, Turpin G. Vicarious traumatization Implications for the mental health of Health workers *Clin Psychol Rev* 2003May; 23(3): 449-80.
- 14-Devilley GJ, Wright R, Varker T. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Aust N Z J Psychiatry* 2009Apr; 43(4): 373-85.
- 15-Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *Am J Orthopsychiatry* 2006Jan; 76(1): 103-8.
- 16-Figley, C R. Catastrophes: An overview of family reactions. In: Figley CR, McCubbin HI, editors. *Stress and the Family II: Coping with Catastrophe*. New York: Brunner/ Mazel; 1983. P. 3-20.
- 17-Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role of treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clin Psychol Psychother* 2010May-Jun; 17(3):165-82.
- 18-Goff BSN, Smith DB. Systemic traumatic stress: the couple adaptation to traumatic stress model. *J Marital Fam Ther* 2005Apr; 31(2): 145-57.
- 19-Klarić M, Kvesić A, Mandić V, Petrov B, Frančičković T. Secondary traumatization and systemic traumatic stress. *Medicina Academica Mostariensia* 2013; 1(1): 29- 36.
- 20-Dekel R, Solomon Z. Secondary traumatization among wives of war veterans with PTSD. In: Figley CR, Nash WP, editors. *Combat stress injury: Theory, research, and management*. New York: Routledge; 2007. P. 137-57.
- 21-Klarić M, Franciskovic T, Obrdalj EC, Petric D, Britvic D, Zovko N. Psychiatric & health impact of primary & secondary traumatization in wives of veterans with post-traumatic stress disorder. *Psychiatria Danubina* 2012Sep; 24(3): 280-6.
- 22-Dekel R, Solomon Z, Bleich A. Emotional distress and marital adjustment of caregivers: Contribution of level of impairment and appraised burden. *Anxiety, Stress, and Coping* 2005; 18(1): 71-82.10.1080/10615800412336427.
- 23-Poorafshar SA, Ahmadi KB, Elyasi MH. Studying Among of Second PTSD and Marriage Satisfaction Among the Wives of PTSD Self-Sacrificed Men. *J Military Psychology* 2009; 1(1); 67- 76.

- 24-Paunovic N, Ost LG. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther* 2001; 39(10):1183-97.
- 25-Zoellner LA, Feeny NC, Fitzgibbons, Foa EN. Response of African American and Caucasian woman to cognitive behavior therapy for PTSD. *Behav Ther* 1999; 30(4): 581-95.
- 26-Greenberger D, Padesky CA. *Mind over mood: change how you feel by changing the way you think*. New York: The Guilford Press; 1996.
- 27-Kazemi AS, Banijamali SS, Ahadi H. Effectiveness of cognitive-behavioral strategies in reducing the symptoms of secondary traumatic stress disorder (STSD) spouses of veterans with chronic PTSD and psychological problems caused by the war. *J Med Sci* 2012; 22(2):122- 9. [In Persian]
- 28-Ghafori Z. Effectiveness of Mindfulness training on reducing symptoms of secondary traumatic stress (STS) in the Spouses of Veterans with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD. Thesis of MA. Islamic Azad University-Roudehen Branch, 2014. [Persian].
- 29-Kazemi AS. The effectiveness of mindfulness-based cognitive strategies to reduce the symptoms of secondary traumatic stress disorder and chronic psychological problems. *J think behav* 2011; 6(23): 122-9. [In Persian].
- 30-Yassen J. Preventing secondary traumatic stress disorder. In Figley CR, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel; 1995.P. 178-208.
- 31-Aslani M, Hashemian K, Lotfi Kashani F, MIzaEI J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with chronic posttraumatic stress disorder as a result of the war. *J Appl Psychol* 2005; 1(3): 17-6. [In Persian].
- 32-Zogi Paidar M, Sohrabi F, Borjali A, Delavar A. Effectiveness of instruction of coping skills based on cognitive-behavioral approach on post-traumatic stress disorder and depression caused by the war veterans. *Iran J Mil Med* 2011; 2(5): 1-16. [In Persian].
- 33-Karsten B. *Enhancing resilience and decreasing the risk of secondary trauma in psychology trainees: A training manual*. Master's of Psychology Doctoral Projects, University of St. Thomas, Minnesota, 2013May.
- 34-Riso LP, Du Toit PL, Stein DJ, Young JE. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems, A scientist practitioner guide*. USA: American Psychological Association; 2007.
- 35- Harris AE, Curtin L. Parental Perception, Early Maladaptive Schemas and Depressive Symptomes in Young Adult. *Cognit Ther Rese* 2002Jun; 26(3): 405- 16.
- 36-Corey G. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 7th ed. Belmont CA: Books/ Cole; 2005.
- 37-Prochaska JA, Norcross JC. *Theories of Psychotherapy: Psychotherapy system (Trans-theoretical Analysis)*. Belmont CA: Books/ Cole; 2007.
- 38-Beck JS. *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press; 1998.
- 39-Halgin RP, Whitbourne SK. *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2005.
- 40-Cockram D, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clin Psychol Psychother* 2010May-Jun; 17(3): 165-82.
- 41-Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press; 1999.
- 42-Wright J H, Basco M, Thase ME. *Learning Cognitive- behavior therapy: an illustrated guide*; USA: American Psychiatric Publishing; 2006.
- 43-Dalgleish T, Power M. *Handbook of Cognition and Emotion*. New York: John Wiley & Sons; 2000.
- 44-Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. *Research Method in Behavioral Science*. Tehran: Agah; 2013. [In Persian].
- 45-Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Res Socl Work Pract* 2004Jan; 14(1): 27-35.
- 46-Ahmadi Kh, Rezapour MS, Davoodi F, Saberi M. Reliability and validity of the secondary traumatic stress scale (STSS) to further assess PTSD symptoms in a sample of veterans' wives. *Veteran Med J Magazine* 2012; 5(19): 47-57. [In Persian]
- 47-Abolmaali Kh, Kamal A. Effect of Schema-Based Learning on Reducing the Symptoms of Secondary Traumatic Stress in Wives of Post-Traumatic Stress Disorder Veterans. *Iran J War Pub Health* 2015; 7(1): 21-8.
- 48-Lee DA, Scragg P, Turner S. The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shamebased and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol* 2001; 74(4): 451-66.
- 49-Ahmadizadeh MJ, Eskandari H, Falsafinejad MR, Borjali A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral and eye movement desensitization reprocessing (EMDR) treatment models in patients with war post-traumatic stress. *Iran J Mil Med* 2010; 12(3): 173-8. [In Persian].

- 50-Deville GJ, Spence SH. The Relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavior trauma treatment protocol in the amelioration of post- traumatic stress disorder. *J Anxiety Disord* 1999Jan-Apr; 13(1-2): 131-57.
- 51-Zayfert C, Becker BC. Cognitive-behavioral therapy for PTSD: a case formulation approach. New York: The Guilford Press; 2007.
- 52-Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. 2nd ed. New York: Guilford press; 2009.
- 53-Dorsey S, Briggs EC, Woods BA. Cognitive behavioral treatment for post-traumatic stress disorder in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011Apr; 20(2): 255-69.
- 54-Monson CM, Steffany JF, Macdonald A, Pukay-Martin ND, Resick PA, Schnurr PP. Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. *JAMA* 2012Aug; 308(7): 700-9.
- 55-Hofmann SG, Asnaan A, Vonk IGG, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 2012Oct; 36(5): 427-40.
- 56- Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Tracie Shea M, Chow BK, "et al". Cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *JAMA* 2007Feb; 297(8): 820-30.
- 57-Otte C. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13(4): 413-21.
- 58-Kar N. Cognitive behavioral therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *J Neoropsychiatric Dis Treat* 2011; 7: 167-81.

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Techniques Training and Schemes-Based Training on the Adjustment of Secondary Trauma Symptoms in Spouses of Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder

Khadijeh Abolmaali^{1*}, Maedeh Pourgavasaraei², Ashrafosadat Kamal³

1-Associate Professor of Psychology.
2-M.Sc of Psychology.

1,2-Department of Psychology,
School of Psychology, Islamic
Azad University, Roudehen
Branch, Roudehen, Iran.

*Corresponding author:
Khadijeh Abolmaali; Department
of Psychology,
School of Psychology, Islamic
Azad University, Roudehen
Branch, Roudehen, Iran.
Tel: +989123901124
Email:
Sama.abolmaali@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: Mental and physical status of veterans with PTSD may affect their mental health their spouses. Secondary trauma is a common syndrome in spouses of PTSD veterans and its treatment and prevention can help to improve the mental status of veterans' spouses and their families. The aim of this study was to compare cognitive-behavioral techniques training and schemes-based training on the adjustment of secondary trauma symptoms among the spouses of veterans with post-traumatic syndrome disorder (PTSD).

Subjects and Methods: This study was a pretest-posttest with control group clinical trial. The sample consisted of spouses of veterans with PTSD admitted at Sadr Psychiatric Hospital in Tehran. To select the samples, screening was first carried out and spouses with higher secondary trauma scale (STS) scores (at least 38) in secondary trauma were selected and then randomly allocated into two experimental groups and one control group (n=11 in each). Data were analyzed with MANCOVA test.

Results: The results showed that both methods of schema-based training and cognitive-behavioral techniques training is led to reduce secondary trauma symptoms and its components (arousal, intrusion and avoidance) in spouses of veterans with PTSD ($P < 0.05$) and there is no significant difference between the effectiveness of the two methods in reducing the symptoms of secondary trauma.

Conclusion: According to the results of this study, two methods of cognitive-behavioral training and schema-based training cause the adjustment of symptoms of secondary trauma and its components (arousal, intrusion and avoidance) and using both methods is recommended to psychologists and therapists.

Keyword: Cognitive-behavioral techniques training, Scheme-based training, Secondary trauma, PTSD injury.

► Please cite this paper as:

Abolmaali Kh, AghaeiPour-Gavasaraei M, Kamal As. Comparison of The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Techniques Training and Schemes Based Training on the Adjustment of Secondary Trauma Symptoms in Spouses of Veterans with Post-traumatic Stress Disorder. *Jundishapur Sci Med J* 2016;15(2):187-200.

Received: June 29, 2015

Revised: Jan 8, 2016

Accepted: Feb 3, 2016