

Comparison of Emotional Schemes in War Veterans suffering Post Traumatic Stress Disorder with Depression Symptoms, Anxiety Symptoms and without Signs of Depression and Anxiety

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Zare M.M.¹ MSc,
Bagooli H.*¹ PhD,
Kazemi S.A.¹ PhD,
Javidi H.A.¹ PhD

How to cite this article

Zare M.M, Bagooli H, Kazemi S.A, Javidi H.A. Comparison of Emotional Schemes in War Veterans suffering Post Traumatic Stress Disorder with Depression Symptoms, Anxiety Symptoms and without Signs of Depression and Anxiety. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2020;12(1):53-61.

¹Psychology Department, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

*Correspondence

Address: Educational Science & Psychology Faculty, Ostad Bahman Beigi Street, Ashura Square, Marvdasht, Fars, Iran. Postal Code: 7371113119
Phone: +98 (71) 43112207
Fax: +98 (71) 43112201
bhosseini@gmail.com

Article History

Received: October 07, 2018
Accepted: March 10, 2020
ePublished: March 17, 2020

ABSTRACT

Aims War veterans suffering post-traumatic stress disorder (PTSD) have difficulty with emotional regulation strategies. The model of emotional schemas as a transdiagnostic construct recently played a major role in researches related to mental illnesses. The aim of this study was to compare the emotional schemas in war veterans suffering post-traumatic stress disorder with depression symptoms, anxiety symptoms and without signs of depression and anxiety.

Instruments & Methods In this descriptive study 105 war veterans suffering post-traumatic stress disorder who referred to counseling centers of Martyr and Sacrifices Affairs Foundation of Shiraz and Bavanat cities, were selected by purposive sampling method and divided into three groups of 35 people of war veterans suffering PTSD with depression symptoms, war veterans suffering PTSD with anxiety symptoms, and war veterans suffering PTSD without symptoms of anxiety and depression. Tools of the study were Structured Clinical Interview (SCID-5), Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Iranian version of Leahy's Emotional Schema Questionnaire, and military version of the PTSD Checklist (PCL). Data were analyzed by SPSS 22 software using univariate analysis of variance and LSD post hoc test.

Findings There was significant difference among the three groups of veterans in all aspects of emotional schemas except subjective rumination, consensus and higher values ($p < 0.05$).

Conclusion Emotional schemas are different in war veterans suffering post-traumatic stress disorder with depression symptoms, anxiety symptoms and without signs of depression and anxiety, so in treatment of these patients the role and the replacement of compatible emotional schemas in recovery of the disease should be considered.

Keywords Post-Traumatic Stress Disorder; Emotional Schemas; Veterans; Anxiety; Depression

CITATION LINKS

[1] The prevalence of posttraumatic stress ... [2] The association between PTSD and ... [3] Effectiveness of cognitive-behavioral ... [4] Cognitive processing therapy for sexual ... [5] Emotional schemas and resistance to change ... [6] Introduction: Emotional schemas, emotion regulation ... [7] Introduction: Emotional schemas and ... [8] Current theoretical models of generalized ... [9] Early maladaptive schemas and social ... [10] Effectiveness of emotional schema therapy ... [11] Social networks and support in long ... [12] White matter integrity differences associated ... [13] Current concepts in pharmacotherapy for post ... [14] The development of anxiety: the role of control ... [15] Comorbidity in anxiety and depressive disorders ... [16] Comorbidity of anxiety and unipolar mood ... [17] The mediating role of the metacognitions ... [18] By means of this scheme, the state of ... [19] Psychometric properties of the Persian ... [20] Emotion regulation in psychotherapy ... [21] Investigation of factor structure and psychometric ... [22] Validity and reliability of Mississippi post-traumatic ... [23] Emotional schemas, psychological flexibility ... [24] Depressive rumination: nature, theory ... [25] The role of rumination in depressive disorders ... [26] Moderating role of social support on the ... [27] Antecedent and response-focused emotion ... [28] Emotional schemas (ESs), depression and anxiety ... [29] Evidence of broad deficits in emotion regulation ... [30] A cognitive model to explain gender differences ... [31] An experimental investigation of the role ... [32] A preliminary investigation of the role of strategic ...

مقایسه طرحواره‌های هیجانی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با علایم افسردگی و اضطرابی و فاقد علایم اضطراب و افسردگی

محمد مهدی زارع MSc

گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

حسین بقولی* PhD

گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

سلطانعلی کاظمی PhD

گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

حجت‌اله جاویدی PhD

گروه روان‌شناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

چکیده

اهداف: بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در راهبردهای تنظیم هیجانی دچار مشکل هستند. مدل طرحواره‌های هیجانی به‌عنوان یک سازه فراتشخیصی اخیراً نقش زیادی در پژوهش‌های مرتبط با بیماری‌های روانی داشته‌اند. هدف این مطالعه مقایسه طرحواره‌های هیجانی در جانبازان مبتلا به PTSD همراه با علایم افسردگی و اضطرابی و جانبازان PTSD فاقد علایم اضطرابی و افسردگی بود.

ابزار و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی ۱۰۵ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که در سال ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان شیراز و بوانات مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در سه گروه ۳۵ نفره جانبازان مبتلا به PTSD همراه با علایم افسردگی، جانبازان مبتلا به PTSD همراه با علایم اضطراب و جانبازان مبتلا به PTSD فاقد علایم افسردگی و اضطراب قرار گرفتند. ابزار پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5)، پرسش‌نامه افسردگی بک، پرسش‌نامه اضطراب بک، نسخه ایرانی پرسش‌نامه طرحواره‌های هیجانی/لیهی و نسخه نظامی چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه بود. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره، و آزمون تعقیبی LSD و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین سه گروه در همه ابعاد طرحواره‌های هیجانی به‌جز نشخوار ذهنی، توافق و ارزش‌های والاتر تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: طرحواره‌های هیجانی در جانبازان مبتلا به PTSD همراه با علایم افسردگی و اضطرابی و فاقد علایم متفاوت است، بنابراین در درمان این بیماران باید به نقش و جایگزینی طرحواره‌های هیجانی سازگار در بهبودی بیماری توجه کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از سانحه، طرحواره‌های هیجانی، جانبازان، اضطراب، افسردگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۲۰

*نویسنده مسئول: bhossein@gmail.com

مقدمه

زندگی انسان هیچ‌گاه عاری از آسیب نبوده و آسیب نیز در جای خود هیچ‌گاه عاری از پیامدهای ناگوار اقتصادی، اجتماعی، جسمی و البته روانی نبوده است. یکی از مسایل تاسف‌برانگیز دنیای امروز،

جنگ است. جنگ یک واقعیت اجتماعی است که همواره خسارت‌های مادی، انسانی و اجتماعی زیادی را به دنبال داشته است [1]. یکی از این آسیب‌های روانی ناشی از جنگ، ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) است. اختلال استرس پس از سانحه، اختلالی است که اغلب پس از مشاهده یا تجربه یک رویداد آسیب‌زا باعث احساس ترس، بی‌نظمی، درماندگی یا وحشت در فرد می‌شود [2]. شایع‌ترین سن ابتلا به این اختلال اوایل بزرگسالی است. مردان و زنان از نظر نوع آسیب‌پذیری به این اختلال متفاوت هستند. میزان شیوع در زنان بیشتر از مردان است و در مردان بیشتر مربوط به وقایع جنگی است، در حالی که در زنان مربوط به تجاوز جنسی است [3].

تمرکز اصلی ادبیات مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه، روی شناسایی عواملی است که در ایجاد و تداوم نشانه‌های PTSD نقش دارند. برخی از مدل‌های نظری بر اهمیت شناخت‌ها در آسیب‌شناسی اختلال استرس پس از سانحه تاکید نموده‌اند؛ برای مثال رسیک و شنیک [4]، بر اهمیت شناسایی شناخت‌های منفی تاکید می‌کنند که ممکن است در ایجاد و ماهیت تداوم PTSD نقش داشته باشند. یکی از این شناخت‌ها که اخیراً در آسیب‌شناسی و درمان اختلالات اضطرابی و اختلال PTSD مطرح شده است، سازه طرحواره هیجانی است [5, 6]. مدل طرحواره‌های هیجانی یک الگوی شناختی-اجتماعی از چگونگی ادراک، تفسیر، ارزیابی و پاسخ‌دادن افراد به احساسات و هیجانات خود و دیگران است. همه افراد در معرض تجربه طیف گسترده‌ای از هیجانات ناخوشایند قرار دارند، اما همه افراد بیمار نمی‌شوند. مدل طرحواره هیجانی براساس این اصل بنیادین پایه‌گذاری شده است که هیجان‌هایی مثل ترس، ناراحتی، اضطراب و تنهایی، تجارب جهان‌شمول محسوب می‌شوند، اما تفاوت‌های فردی زیادی در زمینه مفهوم‌سازی هیجانات و راهبردهای کنارآمدن با آنها وجود دارد که ممکن است برخی از این راهبردها و مفهوم‌سازی‌ها فرد را دچار مشکل کنند [7, 8]. طبق نظریه یانگ، طرحواره‌های هیجانی ناسازگارانه، زیربنایی‌ترین سطوح شناختی هستند که موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند. این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان‌فردی به‌صورت سوءتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده، گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشمداشت‌های غیرواقع‌بینانه مشخص شده و در نهایت منجر به تشدید نشانه اختلالات روان‌شناختی می‌شوند [9]. رابرت لیهی جزئیات شناختی مدل پردازش عاطفه که شامل ۱۴ طرحواره هیجانی است و بازتایید چگونگی پردازش شناختی عواطف است را معرفی کرده است. لیهی طرحواره‌های هیجانی را در ابعاد معتبرسازی به‌وسیله دیگران، قابل درک بودن، احساس گناه، نگاه ساده‌انگارانه به عواطف، ارزش‌های والاتر، غیرقابل کنترل بودن، بی‌حسی هیجانی، عقلانی‌بودن، چرخه عواطف، وفاق، پذیرش احساسات، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش کردن طبقه‌بندی کرده است [10].

اختلال استرس پس از سانحه به‌ندرت به شکل مجزا از سایر اختلالات دیگر دیده می‌شود، ولی با گذشت زمان افسردگی و

ابزار و روش‌ها

پژوهش توصیفی حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری را تمام جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تشکیل دادند که در فاصله زمانی نه‌ماهه ابتدای سال ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان شیراز و بوانات مراجعه کردند. پس از هماهنگی‌های اداری با اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان فارس پرونده روان‌پزشکی جانبازان شهرستان شیراز و بوانات بررسی و افرادی که قبلاً تشخیص اختلال استرس پس از سانحه و همبودی با افسردگی یا اضطراب گرفته بودند استخراج و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، نمونه مورد نظر انتخاب شد. سپس طی نامه رسمی از نامبرندگان دعوت شد تا در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی وابسته به اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران حضور یابند و پس از بیان اهداف تحقیق برای ایشان، درخواست شد تا در صورت موافقت در پژوهش شرکت نمایند. سپس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-1) توسط یک روان‌شناس بالینی انجام شد و در صورت دارا بودن ملاک‌های ورود به پژوهش، پرسش‌نامه‌های فهرست اختلالات استرس پس از سانحه (نسخه نظامی)، طرحواره‌های هیجانی/لیهی و افسردگی و اضطراب بک در اختیار آنان قرار گرفت. ۱۰۵ نفر از شرکت‌کنندگان پژوهش که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند، در سه گروه ۳۵ نفره جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با علایم افسردگی، جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با علایم اضطراب و جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه فاقد علایم افسردگی و اضطراب قرار گرفتند. مرزبندی افسردگی و اضطراب نیز نمره بالای ۱۷ در پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب بک بود. تشخیص اختلال PTSD بر مبنای نظر روان‌پزشک و تایید آن به‌وسیله مصاحبه ساختاریافته بالینی برای ارزیابی اختلال‌های DSM-5 (SCID-5-RV) صورت گرفت. معیارهای ورود شامل داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل، موافقت بیمار برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها و عدم دریافت درمان‌های همزمان با ورود به پژوهش یا سه ماه قبل از ورود به پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی همبود، وابستگی به مواد و افکار جدی خودکشی بود.

داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی، مصاحبه بالینی ساختاریافته، پرسش‌نامه افسردگی و اضطراب بک، پرسش‌نامه طرحواره‌های هیجانی/لیهی و فهرست اختلال استرس پس از سانحه جمع‌آوری شد. در نهایت گروه‌های مورد مطالعه تا حد ممکن از نظر سن، تحصیلات، میزان درصد جانبازی و وضعیت اشتغال هم‌تا شدند.

۱- پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه حاوی سؤالاتی در مورد سن، تحصیلات، میزان حضور در جبهه، میزان درصد جانبازی، نوع شغل، وضعیت تاهل و میزان و سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی بود.

۲- مصاحبه بالینی ساختاریافته: مصاحبه بالینی ساختاریافته یک

سوءمصرف مواد به‌عنوان اختلال اساسی همراه با آن آشکار می‌شود. از یک سو بیمار به‌دلیل عدم درمان، افسرده و مضطرب شده و از سوی دیگر سعی می‌کند با روش‌های نامناسب مانند سوءمصرف مواد آن را برطرف کند [11]. اختلال استرس پس از سانحه اغلب با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی همراه است و با گذشت زمان، افسردگی مزمن شیوع بیشتری پیدا می‌کند. بنابراین این اختلال می‌تواند پیچیده و ترکیبی باشد [12]. در اختلال استرس پس از سانحه، همبودی به‌جای این که یک استثنا باشد یک قاعده است؛ یعنی ۸۸٪ مردان و ۷۹٪ زنان مبتلا به این اختلال، حداقل یک اختلال روان‌پزشکی دیگر را گزارش می‌کنند. افسردگی تقریباً در ۴۸٪ مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه بروز پیدا می‌کند که در ۷۸٪ این موارد افسردگی پس از بروز اختلال استرس پس از سانحه شروع می‌شود [13].

از نظر بارلو اختلالات اضطرابی و افسردگی از نظر آسیب‌شناختی و روان‌شناختی و همچنین مکانیزم‌های میانجی مشترک هستند. اضطراب اولین واکنش به یک موقعیت استرس‌زا است و افسردگی به‌دنبال ناامیدی در کنار آمدن با وقایع دشوار زندگی رخ می‌دهد [14]. لوی و همکاران نیز مدلی از اضطراب و افسردگی را مطرح کرده‌اند که همسو با مدل بارلو است. براساس مدل لوی، اختلالات اضطرابی و افسردگی از نظر علیت در یک پیوستار قرار می‌گیرند و آنچه آنها را از هم تفکیک می‌کند میزان احساس کنترل فرد است. زمانی که فرد درباره کنترل پیامدها مطمئن نیست، حالت اضطرابی را تجربه می‌کند و اگر حس کنترل‌نداشتن افزایش یابد فرد ترکیب اضطراب و افسردگی را تجربه خواهد نمود و بالاخره وقتی حس کنترل فرد به کلی از دست رفته باشد و درباره پیامدهای منفی به نتیجه‌گیری رسیده باشد فرد حالت افسردگی را تجربه می‌کند [15]. مینه‌کا و همکاران بر این باورند که همپوشانی میان اختلال‌های اضطرابی و افسردگی به‌دلیل یک سلسله نشانه‌های مشترک میان این دو اختلال است [16].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری، اگرچه درمانی اثربخش برای اختلال استرس پس از سانحه است اما حدوداً ۴۰٪ این بیماران پس از بهبودی در مرحله پیگیری، علایم بیماری را مجدداً گزارش می‌دهند. بنابراین با توجه به احتمال عود نشانه‌های استرس پس از سانحه و ناکارآمدی رویکردهای درمانی در بهبود ماندگار این اختلال، به نظر می‌رسد آنچه در مرحله اول اولویت دارد، شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ این بیماری است [17]. بدیهی است با آشکارسازی عوامل دخیل در حفظ نشانگان و همبودی با دیگر بیماری‌ها می‌توان علاوه بر غنی‌سازی پشتوانه پژوهشی در این زمینه، در گام‌های آتی به سوق‌دادن مداخلات درمانی در راستای تمرکز بر متغیرهای فوق پرداخت. از این رو، هدف تحقیق حاضر مقایسه طرحواره‌های هیجانی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با علایم افسردگی و اضطرابی و فاقد علایم بود تا از این طریق راهکارهای مناسب در زمینه درمان این بیماران صورت گیرد.

مرکز ملی اختلال استرس پس از سانحه آمریکا تهیه شده و شامل ۱۷ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، ۷ ملاک آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرحتی عاطفی و اجتناب و ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است. نمره کل از جمع نمرات آیتم‌های ۱۷ گانه براساس مقیاس لیکرت به دست می‌آید. نقطه برش برای تشخیص PTSD در نمونه‌های مربوط به نیروهای نظامی نمره ۵۰ تعیین شده است. در خصوص اعتباریابی این فهرست، ودرز و همکاران در مطالعه‌ای روی ۱۲۳ نفر مرد شرکت‌کننده در جنگ ویتنام، ضریب همسانی درونی ۰/۹۷ و ۰/۹۶ را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ را برای نشانگان برانگیختگی شدید، تجربه مجدد و کرحتی عاطفی و اجتناب و ضریب ۰/۹۶ را به‌عنوان ضریب بازمیابی به فاصله دو یا سه روز گزارش دادند. اعتبار و روایی این فهرست در ایران به‌وسیله گودرزوی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر ۰/۹۳ محاسبه شد. همچنین ضریب اعتبار این فهرست با استفاده از روش تصنیف برابر ۰/۸۷ محاسبه شد که حاکی از روایی همزمان مقیاس بود [22].

داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS 22 و با استفاده از شاخص آمار توصیفی و تحلیل واریانس تک‌متغیره (ANOVA) و آزمون تعقیبی LSD تجزیه و تحلیل شدند. لازم به ذکر است که در ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش توسط آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لوین بررسی شد.

یافته‌ها

هر سه گروه دارای توزیع نسبتاً همگنی از لحاظ سن بودند. در هر سه گروه، اکثریت افراد، شاغل، دارای تحصیلات راهنمایی و بالاتر، با سابقه کاری بین ۱۱ تا ۲۰ سال و با درصد جانبازی ۴۹-۲۵٪ بودند. میانگین نمره PTSD برای گروه PTSD با افسردگی ۵۵/۰۹±۴/۶۳، برای گروه PTSD با اضطراب ۵۶/۶۰±۵/۱۵ و برای گروه PTSD به‌تنهایی ۵۶/۱۴±۵/۱۸ (جدول ۱).

بین سه گروه در همه طرحواره‌ها به‌جز نشخوار ذهنی، توافق و ارزش‌های والاتر تفاوت معنی‌دار وجود داشت (جدول ۲).

در بررسی دوه‌دوی گروه‌ها، در مولفه غیرقابل کنترل بودن و سرزنش تفاوت هر سه گروه معنی‌دار بود و به ترتیب گروه‌های PTSD، همراه با اضطراب و همراه با افسردگی بیشترین نمرات را کسب کردند. در مولفه‌های تلاش برای منطقی بودن، خودآگاهی، قابل‌درک بودن، پذیرش احساسات و تاییدطلبی گروه اضطرابی به‌صورت معنی‌داری نمرات بیشتری از گروه افسردگی و PTSD تنها به دست آورد. در مولفه‌های ساده‌اندیشی هیجانات و ابزار احساسات دو گروه همراه با اضطراب و PTSD تنها، به‌صورت معنی‌داری نمرات بیشتری از گروه همراه با افسردگی به دست آوردند. در مولفه شرم و گناه گروه همراه با افسردگی به‌صورت معنی‌داری نمرات بیشتری از گروه همراه با اضطراب و PTSD تنها به دست آورد و در مولفه‌های

مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های اصلی DSM-5 است (که قبلاً در محور یک تشخیص‌گذاری می‌شدند). در اصل مصاحبه بالینی ساختاریافته به‌عنوان سند واحدی برای استفاده پژوهشگران و متخصصان بالینی طراحی شده است.

۳- پرسش‌نامه افسردگی بک: شکل بازنگری شده نسخه نخستین است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین و همانند نسخه اولی ۲۱ سئوالی است و تمام عناصر افسردگی را براساس نظریه شناختی بک پوشش می‌دهد. همبستگی آن با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون ۰/۷۱ و پایایی بازمیابی یک‌هفته‌ای آن ۰/۹۱ گزارش شده است. مشخصات روان‌سنجی در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران با ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازمیابی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش شده است [18].

۴- پرسش‌نامه اضطراب بک: یک ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب بوده و شامل ۲۱ ماده است. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از مواد یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. در پژوهشی که کاولینی و موسوی روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ نفر بیمار مبتلا به اضطراب بالینی) انجام دادند، ضرایب روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ برای این پرسش‌نامه به دست آمد [19].

۵- فرم ایرانی پرسش‌نامه طرحواره‌های هیجانی لیبی: این پرسش‌نامه دارای ۳۷ سؤال است که در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت محاسبه می‌شود. دامنه نمرات از صفر تا ۱۴۸ است. همچنین این مقیاس دارای ۱۳ بعد یا طرحواره شامل تاییدطلبی، قابل‌درک بودن، احساس گناه و شرم، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجانات، ارزش‌های والاتر، کنترل، تلاش برای منطقی‌بودن، خودآگاهی هیجانی، توافق، پذیرش احساسات، نشخوار، ابزار هیجانات و سرزنش است. این پرسش‌نامه به‌طور کلی مشخص می‌کند که فرد طی ماه گذشته با احساس‌ها و هیجانات خود چگونه برخورد کرده است [20]. در نسخه فارسی توسط خاترنزاده و همکاران دو طرحواره بی‌حسی هیجانی و طول دوره از فرم اصلی حذف و طرحواره جدید خودآگاهی هیجانی اضافه شده است [21]. پایایی فرم اصلی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد. پایایی این مقیاس در فرم ایرانی برای کل مقیاس‌ها ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است. همچنین ضریب همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد [21] که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این مقیاس است.

۶- فهرست اختلال استرس پس از سانحه- ویرایش نظامی: این چک‌لیست یک مقیاس خودگزارشی است که برای ارزیابی اختلال استرس پس از ضربه و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به‌عنوان یک ابزار کمک‌تشخیصی به کار می‌رود. این فهرست به‌وسیله ودرز و همکاران براساس معیارهای تشخیصی DSM برای

جدول ۱) میانگین آماری نمرات اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و مولفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها (هر گروه ۳۵ نفر)

مولفه‌های PTSD	گروه PTSD با افسردگی	گروه PTSD با اضطراب	گروه PTSD به‌تنهایی
نشانگان تجربه‌ای	۱۵/۰۹±۳/۱۷	۱۵/۰۱±۳/۳۴	۱۵/۷۴±۲/۳۰
نشانگان کرختی	۲۱/۶۹±۳/۵۵	۲۳/۴۹±۴/۶۹	۲۲/۱۴±۳/۷۶
نشانگان برانگیختگی	۱۸/۳۱±۲/۱۱	۱۸/۱۱±۲/۴۲	۱۸/۲۶±۲/۳۰
نمره کلی PTSD	۵۵/۰۹±۴/۶۳	۵۶/۶۰±۵/۱۵	۵۶/۱۴±۵/۱۸

جدول ۲) مقایسه میانگین آماری نمرات طرحواره‌های هیجانی در سه گروه مورد مطالعه (هر گروه ۳۵ نفر)

طرحواره‌های هیجانی	گروه PTSD با افسردگی	گروه PTSD با اضطراب	گروه PTSD به‌تنهایی	مقدار F	ضریب اتا	سطح معنی‌داری
غیرقابل کنترل بودن	۳/۸۳±۱/۵۸	۴/۹۷±۱/۶۸	۶/۴۰±۱/۷۳	۲۰/۸۴	۰/۲۹	۰/۰۰۱
تلاش برای منطقی‌بودن	۴/۸۶±۱/۷۶	۷/۹۱±۲/۳۱	۷/۱۷±۲/۲۷	۱۹/۳۹	۰/۲۷	۰/۰۰۱
خودآگاهی هیجانی	۳/۹۴±۱/۷۴	۶/۷۴±۲/۴۵	۶/۵۴±۲/۱۰	۱۸/۹۶	۰/۲۷	۰/۰۰۱
قابل درک بودن	۴/۴۰±۱/۶۶	۵/۸۳±۲/۳۳	۳/۵۷±۱/۸۳	۱۱/۸۱	۰/۱۸	۰/۰۰۱
نشخوار ذهنی	۶/۷۷±۱/۶۹	۶/۶۰±۲/۳۷	۵/۸۶±۲/۳۰	۱/۳۵	۰/۰۲	۰/۲۶
توافق	۳/۱۱±۲/۷۰	۳/۵۴±۱/۸۲	۳/۸۶±۱/۴۹	۱/۷۷	۰/۰۳	۰/۱۷
پذیرش احساسات	۴/۴۹±۱/۰۵	۵/۹۷±۲/۰۵	۴/۸۹±۱/۷۴	۶/۱۴	۰/۱۰	۰/۰۰۱
تاییدطلبی از دیگران	۳/۰۱±۱/۴۲	۳/۸۰±۱/۳۸	۳/۲۰±۱/۲۰	۴/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۲
ارزش‌های والاتر	۴/۵۱±۰/۹۹	۵/۱۷±۱/۷۵	۴/۹۴±۲/۰۲	۱/۲۶	۰/۰۲	۰/۲۸
ساده‌اندیشی هیجانات	۲/۶۹±۲/۰۷	۳/۸۰±۱/۵۳	۳/۶۳±۱/۴۵	۶/۹۳	۰/۱۲	۰/۰۰۱
شرم و گناه	۶/۶۳±۱/۱۰	۴/۲۰±۱/۹۸	۴/۲۳±۱/۶۲	۱۸/۷۵	۰/۲۶	۰/۰۰۱
ابراز احساسات	۲/۷۱±۱/۰۱	۳/۶۶±۱/۶۲	۳/۶۹±۱/۴۹	۵/۲۸	۰/۰۹	۰/۰۰۱
سرزنش	۲/۸۶±۱/۰۴	۳/۶۶±۱/۳۴	۴/۵۴±۱/۴۸	۱۴/۸۵	۰/۲۲	۰/۰۰۱
نمره کلی طرحواره‌ها	۵۳/۸۰±۴/۸۷	۶۵/۸۶±۶/۷۹	۶۲/۵۴±۶/۹۰	۱۲۳/۳۶	-	۰/۰۰۱

جدول ۳) مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها در مولفه‌های طرحواره‌های هیجانی

مولفه‌ها	گروه (I)	گروه (II)	تفاوت میانگین (I-II)	سطح معنی‌داری
غیرقابل کنترل بودن	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۱/۱۴±۰/۳۹	۰/۰۰۱
	همراه با افسردگی	PTSD	-۲/۵۷±۰/۳۹	۰/۰۰۱
	همراه با اضطراب	PTSD	-۱/۴۲±۰/۳۹	۰/۰۰۱
تلاش برای منطقی‌بودن	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۲/۰۵±۰/۵۱	۰/۰۰۱
	همراه با افسردگی	PTSD	۰/۷۷±۰/۵۱	۰/۴۰۲
	همراه با اضطراب	PTSD	-۲/۲۸±۰/۵۱	۰/۰۰۱
خودآگاهی هیجانی	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۲/۸۰±۰/۵۰	۰/۰۰۱
	همراه با افسردگی	PTSD	۰/۲۰±۰/۵۰	۱
	همراه با اضطراب	PTSD	-۲/۶۰±۰/۵۰	۰/۰۰۱
قابل درک بودن	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۱/۴۲±۰/۴۷	۰/۰۰۱
	همراه با افسردگی	PTSD	۰/۸۲±۰/۴۷	۰/۲۴
	همراه با اضطراب	PTSD	۲/۲۵±۰/۴۷	۰/۰۰۱
نشخوار ذهنی	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	۰/۱۷±۰/۵۹	۱
	همراه با افسردگی	PTSD	۰/۹۱±۰/۵۹	۰/۳۷
	همراه با اضطراب	PTSD	۰/۷۴±۰/۵۹	۰/۶۳
توافق	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۰/۴۳±۰/۳۹	۰/۸۴
	همراه با افسردگی	PTSD	۰/۷۴±۰/۳۹	۰/۱۹
	همراه با اضطراب	PTSD	-۰/۳۱±۰/۳۹	۱
پذیرش احساسات	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۱/۴۸±۰/۴۳	۰/۰۰۱
	همراه با افسردگی	PTSD	-۰/۴۰±۰/۴۳	۱
	همراه با اضطراب	PTSD	۱/۰۸±۰/۴۳	۰/۰۴
تاییدطلبی از دیگران	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۰/۸۰±۰/۲۹	۰/۰۲
	همراه با افسردگی	PTSD	-۲۰/۰±۰/۲۹	۱
	همراه با اضطراب	PTSD	۰/۶۰±۰/۲۹	۰/۱۲

مولفه‌ها	گروه (I)	گروه (II)	تفاوت میانگین (I-II)	سطح معنی‌داری
ارزش‌های والاتر	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۰/۶۶±۰/۴۱	۰/۳۶
	همراه با افسردگی	PTSD	-۰/۴۳±۰/۴۱	۰/۹۲
	همراه با اضطراب	PTSD	۰/۲۳±۰/۴۱	۱
ساده‌اندیشی هیجانات	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۱/۱۱±۰/۳۲	۰/۰۰۱
	همراه با افسردگی	PTSD	-۰/۹۴±۰/۳۲	۰/۰۱
	همراه با اضطراب	PTSD	۰/۱۷±۰/۳۲	۱
شرم و گناه	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	۲/۴۲±۰/۴۵	۰/۰۰۱
	همراه با افسردگی	PTSD	۲/۴۰±۰/۴۵	۰/۰۰۱
	همراه با اضطراب	PTSD	۰/۰۲±۰/۴۵	۱
ابراز احساسات	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۰/۹۴±۰/۳۴	۰/۰۲
	همراه با افسردگی	PTSD	-۰/۹۷±۰/۳۴	۰/۰۱
	همراه با اضطراب	PTSD	۰/۰۲±۰/۳۴	۱
سرزنش	همراه با افسردگی	همراه با اضطراب	-۰/۸۰±۰/۳۰	۰/۰۳
	همراه با افسردگی	PTSD	-۱/۶۸±۰/۳۰	۰/۰۱
	همراه با اضطراب	PTSD	۰/۸۸±۰/۳۰	۰/۰۰۱

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به PTSD همراه با علایم افسردگی در طرحواره هیجانی ناسازگارانه شرم و گناه نمره بالاتر و در طرحواره‌های هیجانی سازگار خودآگاهی هیجانی، پذیرش احساسات و ابراز احساسات نمرات پایین‌تری نسبت به دو گروه دیگر به دست آوردند. بیماران PTSD همراه با علایم اضطرابی در طرحواره‌های هیجانی ناسازگار تلاش برای منطقی‌بودن، تاییدطلبی و ساده‌اندیشی هیجانات نمرات بالاتری نسبت به دو گروه دیگر به دست آوردند. این یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌های هیجانی می‌توانند به‌طور معنی‌داری با تشخیص PTSD و علایم همراه با آن ارتباط داشته باشند.

نتایج حاکی از آن است که طرحواره‌های هیجانی سازگاران در بیماران مبتلا به PTSD با اضطراب رابطه مستقیم معنی‌داری دارند. این یافته‌ها با پژوهش لیهی و همکاران [6] و تیرچ و همکاران [23] ناهمخوان است. در حالی که تروما ممکن است تمایل فرد به تغییر در تنظیم هیجانات خود را کاهش دهد، به‌طوری که تجربه رویداد تروماتیک باعث آسیب به تنظیم هیجانی فرد می‌شود بعضی مطالعات نیز نشان‌دهنده بروز و تشدید اختلال PTSD در افرادی است که در نظم‌جویی هیجانات و طرحواره‌های هیجانی خود مشکل دارند. افراد مضطرب و افسرده نیز به‌طور هیجانی، افراد حساسی هستند که هیجان‌ها را با شدت بالا تجربه می‌کنند، بنابراین طبیعی است که پیش از درمان بیشتر درگیر این راهبردهای منفی شوند و پس از رهایی از نشانه‌های اختلال، از روش‌های سازگاران‌تری برای نظم‌جویی هیجاناتشان بهره ببرند [23].

پژوهش‌های لیهی نشان داد که اضطراب بالا با طرحواره هیجانی نشخوار ذهنی ارتباط دارد. از آنجایی که بیماران PTSD براساس چندین نظریه، پردازش هیجانی مناسبی را انجام نمی‌دهند، افزایش طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، نگرانی و غیرقابل کنترل پنداشتن هیجانات در آنها بالا است [6]. نشخوار ذهنی باعث تمرکز

فزاینده فرد بر احساسات منفی می‌شود که همین امر شناختواره‌های منفی را بیشتر در دسترس قرار می‌دهد، از این روی این احساسات منفی تداوم می‌یابند [24]. افراد به این دلیل نشخوار ذهنی را انجام می‌دهند که معتقدند این فرآیند آنها را به حل مساله راهنمایی می‌کند [25].

داده‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پیشین نشان می‌دهد که بیماران PTSD نسبت به هیجان‌های خود کنترل کمتری احساس می‌کنند. تلاش‌های اشتباه در تنظیم و کاستن تجارب هیجانی ناراحت‌کننده می‌تواند باعث تشدید و طولانی‌تر شدن پاسخ هیجانی شود [26]. یکی از جنبه‌های کلیدی تنظیم هیجان، ترس از دست‌دادن کنترل بر اضطراب و سایر هیجانات است [27]. اضطراب و سایر علایم و رفتارهای ناکارآمد نیز با طرحواره‌های هیجانی ناسازگارانه در ارتباط هستند. ویلیام و همکاران دریافته‌اند که اضطراب با ترس اغراق‌شده و باورهای در مورد از دست‌دادن کنترل در ارتباط است [28]. از سوی دیگر منین تاکید می‌کند که ترس از دست‌دادن کنترل هیجانی جنبه مهمی از تنظیم هیجانی است. همه اینها نشان می‌دهد که افزایش نمرات بیماران PTSD در طرحواره هیجانی قابل دفاع است [29].

در مولفه غیرقابل کنترل بودن تفاوت هر سه گروه معنی‌دار بود و به ترتیب گروه‌های PTSD، همراه با اضطراب و همراه با افسردگی بیشترین نمرات را کسب کردند که هماهنگ با یافته‌های پژوهش سیمونز و گرانولد [30] است. داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیماران PTSD نسبت به هیجان‌های خود کنترل کمتری احساس می‌کنند و بیمارانی که همبودی با افسردگی و اضطراب دارند در مولفه طرحواره هیجانی غیرقابل کنترل بودن نمرات کمتری کسب کردند. بیماران PTSD معتقدند که احساسات بدنی، افکار و تصاویر ذهنی مزاحم یا برانگیختگی اضطرابی باید کنترل شود و گرنه پیامدهای وخیمی اتفاق می‌افتد [30]. طرحواره هیجانی کنترل‌زیربنای اتکای بیماران PTSD به رفتارهای ایمنی است که آنها را

آن هیجان‌ها را مشکل‌آفرین بدانند و اقدام به سرکوبی، نشخوار ذهنی و سایر راهبردهای ناکارآمد نمایند. مدل شناختی مطرح می‌کند ممکن است بتوان به بیماران در درک این که چرا یک هیجان را تجربه می‌کنند کمک کرد که می‌تواند از طریق برقراری ارتباط بین احساساتشان با اعتقادات، تجارب کنونی و حتی رویدادهای پیشین زندگی صورت گیرد. این مدل معتقد است وقتی بیمار هیجان‌ها را درک می‌کند نشخوار ذهنی، احساس گناه و احساس کنترل‌ناپذیری کمتری را تجربه می‌کند. این موضوع نشان می‌دهد که قابل درک بودن هیجان یک مولفه شناختی مهم است و در پردازش هیجانی نقش بااهمیتی دارد.

نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که تفاوت دو مولفه غیرقابل کنترل بودن و سرزنش به ترتیب در هر سه گروه PTSD تنها، همراه با اضطراب و همراه با افسردگی معنی‌دار بود. در مولفه‌های منطقی‌بودن، خودآگاهی، قابل درک بودن، پذیرش احساسات و تاییدطلبی گروه همراه با اضطراب به صورت معنی‌داری نمرات بیشتری از گروه همراه با افسردگی و PTSD تنها به دست آورد. در مولفه‌های ساده‌اندیشی هیجان‌ها و ابراز احساسات دو گروه همراه با اضطراب و PTSD تنها، به صورت معنی‌داری نمرات بیشتری از گروه همراه با افسردگی به دست آوردند، در مولفه شرم و گناه گروه همراه با افسردگی به صورت معنی‌داری نمرات بیشتری از گروه همراه با اضطراب و PTSD تنها به دست آورد و در مولفه‌های نشخوار ذهنی، توافق و ارزش‌های والاتر بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

شایان ذکر است پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها در حوزه علوم انسانی با محدودیت‌هایی چند مواجه بوده است؛ از جمله تعمیم نتایج در مورد زنان باید با احتیاط صورت گیرد به این دلیل که پژوهش حاضر تنها روی مردان اجرا شده است. همچنین استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی و مقطعی بودن پژوهش از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌آید.

پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی روی نمونه‌های مختلف بالینی و همچنین در سایر شهرهای دیگر انجام پذیرد. همچنین مطالعات طولی که بتواند سیر کاهش یا افزایش افسردگی و اضطراب را با توجه به فاکتورهای دیگر بررسی نماید، انجام شود. از سویی دیگر، تاسیس مرکزی جامع، ویژه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که بتواند پاسخگوی نیازهای این افراد در زمینه‌های تحقیق و پژوهش، تشخیص، درمان و پیگیری و همچنین آموزش اصول روان‌شناختی ویژه بیماران و خانواده آنان در جهت ارتقای سلامت روان شود، می‌تواند مثر ثمر باشد.

نتیجه‌گیری

طرحواره‌های هیجانی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با علایم افسردگی و اضطرابی و فاقد علایم متفاوت است، بنابراین در درمان این بیماران باید به نقش و جایگزینی طرحواره‌های هیجانی سازگار در بهبودی بیماری توجه کرد.

در مقابل از دست دادن کنترل مراقبت می‌کند. پژوهشگران معتقدند طرحواره هیجانی کنترل نشان‌دهنده ارزیابی بیمار PTSD از هیجان‌هایی است که در حال تجربه کردن آنهاست که همین ارزیابی‌ها بیمار را به سمت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و در نهایت اجتناب هیجانی و تداوم اختلالش سوق می‌دهد^[31].

ارتباط طرحواره احساس گناه بالا با اختلالات اضطرابی و افسردگی در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است. همچنین لیهی^[6] نشان داد که طرحواره احساس گناه بیمار را به سوی اضطراب بیشتر و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌تری سوق می‌دهد. طرحواره احساس گناه نشان‌دهنده شرمساری، احساس گناه و خجالت‌زده شدن در مورد یک هیجان است. در واقع این باور که برخی هیجان‌ها را نباید تجربه کرد. این باور که تجربه هیجان خاصی اشتباه است (طرحواره احساس گناه) با افسردگی و اضطراب ارتباط دارد. این یافته تایید شده است که افرادی که طرحواره احساس گناه بالایی داشته باشند معتقدند که دیگران آنها را تایید نمی‌کنند، هیجان خود را کمتر درک می‌کنند، دوره هیجان خود را طولانی می‌دانند، نگاه ساده‌انگارانه‌ای به هیجان‌ها خود دارند، کنترل کمی بر هیجان‌ها خود احساس می‌کنند، بر عقلانی بودن بیش از حد تاکید می‌کنند و دیگران را مورد سرزنش قرار می‌دهند و بیشتر در مورد هیجان‌ها منفی خود نشخوار ذهنی می‌کنند.

از دیدگاه مدل طرحواره‌های هیجانی لیهی^[6]، طرحواره سرزنش دیگران که یکی از شیوه‌های مقابله‌ای بیماران اضطرابی است، "راه حل مشکل‌آفرین" است که موجب تداوم اختلال می‌شود. مدل‌های شناختی طرحواره سرزنش کردن را نوعی تمرکز "قضاوتی" گویند که در آن قضاوت‌های منفی در مورد خود و دیگران می‌تواند به کار بسته شود. سرزنش دیگران به خاطر داشتن هیجان‌های خاص، با طرحواره‌های هیجانی متعددی ارتباط دارد که به نظر می‌رسد برون‌داد سرزنش هستند. بیمارانی که دیگران را سرزنش می‌کنند، احساس گناه بیشتر، نگاه ساده‌انگارانه بیشتر، کنترل کمتر و پذیرش کمتری نسبت به هیجان‌ها خود دارند.

برخی افراد به خود اجازه می‌دهند که احساسات خود را تجربه کنند و انرژی کمتری صرف بازداری آن می‌کنند. مدل طرحواره‌های هیجانی معتقد به اثر طعنه‌آمیز است که براساس این اصل استوار است که اگر بیمار هیجان خود را سرکوب کرد و آن را نپذیرفت این هیجان با شدت بیشتری در آینده به سراغش خواهد آمد^[6].

سرکوبی هیجانی به عنوان شکلی از تعدیل رفتار مشخصه اختلال PTSD است^[32]. همان طور که در بخش یافته‌ها ملاحظه می‌شود در مولفه پذیرش احساسات گروه همراه با اضطراب به صورت معنی‌داری نمرات بیشتری از گروه همراه با افسردگی و PTSD تنها به دست آورد. اما بین دو گروه همراه با افسردگی و PTSD تنها تفاوتی دیده نشد. لیهی^[5] گزارش کرد که اضطراب و افسردگی با غیرقابل درک بودن هیجان‌ها ارتباط قوی دارد. در مدل طرحواره‌های هیجانی^[5]، بعد از این که بیمار هیجان منفی را تجربه می‌کند اگر آن را غیر قابل درک در نظر بگیرد و نتواند آن را بپذیرد موجب می‌شود

normalized by concurrent marijuana use. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2020;295:111017.

13- Schoenfeld FB, Marmar CR, Neylan TC. Current concepts in pharmacotherapy for post traumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2004;55(5):519-31.

14- Chorpita BF, Barlow DH. The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychol Bull*. 1998;124(1):3-21.

15- Alloy LB, Kelly KA, Mineka S, Clements CM. Comorbidity in anxiety and depressive disorders: a helplessness-hopelessness perspective. In: Maser JD, Cloninger CR, editors. *Comorbidity of anxiety and mood disorders*. Washington D.C: American Psychiatric Press; 1990. p. 499-543.

16- Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Psychol*. 1998;49(1):377-412.

17- Hosseini-Ramaghani N, Rezaei F, Sepahvandi M, Gholam-Rezaei S, Mirdrikvand F. The mediating role of the metacognitions and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and PTSD symptoms. *J Kashan Univ Med Sci*. 2019;23(5):543-53. [Persian]

18- Fata L, Birashk B, Atif Wahed MK, Dobson KS. By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information. *Thought Behav Clin Psychol*. 2005;11(3):312-26. [Persian]

19- Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J*. 2008;66(2):136-40. [Persian]

20- Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2011.

21- Khanzadeh M, Edrisi F, Mohammadkhani S, Saidian M. Investigation of factor structure and psychometric properties of emotional schema scale on students. *Clin Psychol Stud*. 2013;3(11):91-119. [Persian]

22- Goudarzi MA. Validity and reliability of Mississippi post-traumatic stress disorder scales. *J Psychol*. 2003;7(2):153-78. [Persian]

23- Tirsch DD, Leahy RL, Silberstein LR, Melwani PS. Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal. *Int J Cogn Ther*. 2012;5(4):380-91.

24- Papageorgiou C, Wells A, editors. *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004.

25- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*. 2000;109(3):504-11.

26- Kleiman EM, Riskind JH, Schaefer KE, Weingarden H. Moderating role of social support on the relationship between impulsivity and suicide risk. *Crisis*. 2012;33(5):273-9.

27- Gross JJ. Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol*. 1998;74(1):224-37.

28- Naderi Y, Moradi A, Ramezanzadeh F, Vaghefinezhad M. Emotional schemas (ESs), depression and anxiety in post-traumatic stress disorder (PTSD) patient: as a risk factor in PTSD. *Clin Psychol Stud*. 2016;6(22):1-22. [Persian]

29- Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *J Cogn Ther Res*.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همه عزیزانی که ما را در این پژوهش مساعدت نمودند و نیز از همه جانبازان گرانقدری که مایه افتخار ایران زمین هستند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: این پژوهش با مجوز اداره کل بنیاد شهید و امور ایثارگران استان فارس انجام شد و سپس به تمامی افرادی که در پژوهش شرکت داده شدند اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان هم در مرحله مصاحبه حضوری و هم اطلاعات پرسش‌نامه‌ای کاملاً محرمانه خواهد بود.

تعارض منافع: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است

سهم نویسندگان: محمدمهدی زارع (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۵۰٪)؛ حسین بقولی (نویسنده دوم)، روش‌شناس/نویسنده بحث (۲۰٪)؛ سلطانعلی کاظمی (نویسنده سوم)، روش‌شناس/نویسنده بحث (۱۵٪)؛ حجت‌اله جاویدی (نویسنده چهارم)، روش‌شناس/نویسنده بحث (۱۵٪)

منابع مالی: این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

منابع

- 1- Zamani S, Veisani Y, Mohammadian F, Kikhavani S. The prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) in people who experienced imposed war by Iraq on Iran in Ilam in 2016: cross-sectional study. *J Mil Med*. 2018;20(4):412-20. [Persian]
- 2- Williams CL, Milanak ME, Judah MR, Berenbaum H. The association between PTSD and facial affect recognition. *Psychiatr Res*. 2018;265:298-302.
- 3- Shafiei M, Sadeghi M, Ramezani S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on executive function and experiential avoidance in veterans with post-traumatic stress disorder. *Iran J War Public Health*. 2017;9(4):169-75. [Persian]
- 4- Resick PA, Schnicke MK. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*. 1992;60(5):748-56.
- 5- Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cogn Behav Pract*. 2007;14(1):36-45.
- 6- Leahy RL. Introduction: Emotional schemas, emotion regulation and psychopathology. *Int J Cogn Ther*. 2012;5(4):359-61.
- 7- Leahy RL. Introduction: Emotional schemas and emotional schema therapy. *Int J Cogn Ther*. 2019;12:1-4.
- 8- Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *J Anxiety Disord*. 2009;23(8):1011-23.
- 9- Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thoughts. *J Anxiety Disord*. 2013;27(3):278-88.
- 10- Naderi Y, Moradi AR, Hasani J, Noohi S. Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post-traumatic stress disorder veterans. *Iran J War Public Health*. 2015;7(3):147-55. [Persian]
- 11- Cresswell CM, Kuiper L, Power MJ. Social networks and support in long-term psychiatric patients. *Psychol Med*. 1992;22(4):1019-26.
- 12- Yeh CL, Levar N, Broos HC, Dechert A, Potter K, Eden EA, Gilman JM. White matter integrity differences associated with post-traumatic stress disorder are not

seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther.* 1999;37(6):559-74.

32- Roemer L, Litz BT, Orsillo SM, Wagner AW. A preliminary investigation of the role of strategic withholding of emotions in PTSD. *Journal of Traumatic Stress.* 2001;14:149-56.

2006;30:469-80.

30- Simmons CA, Granvold DK. A cognitive model to explain gender differences in rate of PTSD diagnosis. *Brief Treat Crisis Interv.* 2005;5(3):290-9.

31- Salkovskis PM, Clark DM, Hackmann A, Wells A, Gelder MG. An experimental investigation of the role of safety-