

بررسی و تحلیل پژوهش‌های حوزه طرحواره درمانی

منصوره اعلمی نیا^۱

تاریخ وصول: ۹۳/۸/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۶

چکیده

مقاله حاضر به بررسی و تحلیل پژوهش‌های حوزه طرحواره درمانی به روش تحلیلی و مروری پرداخته است. بدین منظور از میان پایان نامه‌های انجام شده در دانشگاه علامه طباطبائی که طرحواره درمانی را به عنوان متغیر مستقل در مداخلات درمانی خود به کار برده‌اند، ۵ پایان نامه (۴ پایان نامه دکتری و ۱ پایان نامه کارشناسی ارشد) انتخاب گردیده و مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفت. در این راستا علاوه بر تحلیل و آسیب‌شناسی این پژوهش‌ها، مسائل اساسی که اغلب در پژوهش‌های حوزه طرحواره درمانی مغفول واقع شده و سؤالات مهمی که بی‌پاسخ مانده و نیاز به بررسی‌های دقیق دارند نیز مطرح شده است.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی. یانگ. متغیر واسطه‌ای. متغیر تعدیل کننده. CBT

مقدمه

در طی دهه گذشته اقبال قابل توجهی به رویکرد طرحواره درمانی صورت گرفته است. بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نه تنها تأثیرگذاری و سودمندی طرحواره درمانی را در درمان اختلالات شخصیت مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند، بلکه دامنه کاربرد آن را گسترش داده و کارایی این درمان را در زمینه اختلالات محور یک هم‌چون اضطراب، اختلال استرس پس از آسیب، وسواس فکری - عملی و اختلال افسردگی عمده نیز بررسی کرده‌اند.

اگرچه پژوهش‌ها سودمندی طرحواره درمانی را در گستره وسیعی از اختلالات نشان می‌دهند و استفاده از طرحواره درمانی افزایش یافته است، ولی متأسفانه گسترش کاربرد

^۱ کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی. Email: alamii64@gmail.com

این درمان با عدم ارزیابی کافی از مناسبت آن همراه بوده است. توجه به خاستگاه، مبانی نظری و منطق این درمان روشن می‌سازد که نمی‌توان کاربرد آن را به طور کلی به اختلالات اضطرابی، خلقی و ... تعمیم داده و تجویز کرد. باید به خاطر داشت که طرحواره درمانی نه به عنوان انقلابی در برابر درمان شناختی رفتاری، بلکه به منظور تکامل آن در درمان اختلالات روانشناختی مزمن و مقاومی هم‌چون اختلالات شخصیت پدید آمد که پیش از این مواردی سخت و مشکل‌زا برای درمان تلقی می‌شدند و به اندازه کافی از درمان شناختی رفتاری سنتی بهره نمی‌بردند. این درمان، ویژگی‌های خاصی را در بیماران نشانه می‌گیرد که درمان شناختی - رفتاری در توجه و درمان این ویژگی‌ها ناتوان است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بنابراین، طرحواره درمانی را نباید به عنوان رقیب و یا شکل موفق‌تر درمان شناختی رفتاری در نظر گرفت، بلکه درمان مکملی در مواردی است که به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری موفقیتی نخواهد داشت. بدیهی است در جایی که شکل کوتاه‌تر، ملایم‌تر و به صرفه‌تر درمان، هم‌چون درمان شناختی رفتاری موفق است و کار بر روی ساختارهای سطحی‌تر، تغییرات قابل توجهی به همراه دارد، روی آوردن به مداخلات شدیدتر هم‌چون طرحواره درمانی که در سطحی عمیق به کاوش طرحواره‌ها در تاریخچه بیمار می‌پردازد، نامناسب بوده و می‌تواند به بیمار صدمه بزند (جیمز، ۲۰۰۱).

در این زمینه نیاز به تحقیقات بیشتری است تا مکانیسم تأثیرگذاری طرحواره درمانی در اختلالات خلقی و اضطرابی و دیگر مشکلات روانشناختی مزمن و مقاوم، به طور دقیق بررسی گردیده و افرادی که تناسب بیشتری با این درمان داشته و بهره بیشتری خواهند برد، تشخیص داده شوند و در این راستا ملاک‌هایی برای تخصیص بیماران به این درمان وضع گردد.

به کارگیری طرحواره درمانی در گستره وسیع اختلالات باید با دقت بیشتری همراه باشد. کاربرد طرحواره درمانی، مستلزم آشنایی کامل با مبانی نظری و مفهومی این درمان و داشتن مهارت کافی در درمان شناختی - رفتاری و کار با طرحواره‌ها می‌باشد. هم‌چنین پیش از اجرای طرحواره‌درمانی باید ارزیابی دقیقی صورت گیرد تا در زمینه تناسب این شیوه درمانی با اهداف درمان، تصمیم موجهی گرفته شود و تناسب درمان تأیید گردد؛ باید

اطمینان یافت که بیمار مناسبترین شکل درمان را دریافت می‌کند و دلایل استفاده از این درمان تصریح شود. در بسیاری از موارد، آشنایی نداشتن با مبانی نظری طرحواره درمانی، نداشتن تجربه و مهارت لازم و عدم ارزیابی از مناسبیت درمان، موجب کاربرد نابجا و نامناسب این درمان می‌گردد که می‌تواند موجب تأثیر منفی بر درمانجو شود. بررسی حاضر با در نظر داشتن نکات فوق، با هدف ارزیابی پژوهش‌های انجام شده در زمینه طرحواره درمانی صورت گرفته است.

به منظور ارزیابی طرح‌های تحقیقاتی انجام گرفته در زمینه طرحواره درمانی و بررسی نتایج حاصله، از میان پایان نامه‌های انجام شده در دانشگاه علامه طباطبایی که طرحواره درمانی را به عنوان متغیر مستقل در مداخلات خود به کار برده اند، ۵ پایان نامه (۴ پایان نامه دکتری و ۱ پایان نامه کارشناسی ارشد) انتخاب گردیده و مورد ارزیابی قرار گرفته است.

نتایج

- **پژوهش یک: اثربخشی و مقایسه طرحواره درمانی و معنادرمانی بر هراس از مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری (رساله دکتری). مسعود قربانعلی، ۱۳۸۹.**
هدف اصلی پژوهش، بررسی و مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره‌درمانی و معنادرمانی در کاهش هراس از مرگ و خودبیمارپنداری می‌باشد. در این مطالعه از طرح پژوهشی آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری چندگروهی با گروه کنترل استفاده شد. از جامعه آماری که شامل کلیه افراد مبتلا به خودبیمارپنداری همبود با هراس از مرگ شهر ارومیه بود، تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایشی ۲ و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۱ به مدت ۲۰ جلسه تحت مداخله طرحواره درمانی و گروه آزمایشی ۲ به مدت ۱۰ جلسه تحت مداخله با رویکرد معنادرمانی قرار گرفتند. طی این مدت، مداخله‌ای بر روی گروه کنترل صورت نگرفت. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که طرحواره درمانی و معنا درمانی هر دو به طور معنی‌داری باعث کاهش خودبیمارپنداری و هراس از مرگ می‌شوند. بین این دو رویکرد در کاهش هراس از مرگ تفاوت وجود ندارد، ولی طرحواره درمانی در درمان

خودبیمارپنداری اثربخشی بیشتری دارد. این پژوهش دو نتیجه مهم در بر داشت؛ اول این که مشخص شد طرحواره درمانی در درمان خودبیمارپنداری که اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شود، اثربخشی بالایی دارد؛ دوم این که مشخص شد تمرکز بر هراس از مرگ در درمان خودبیمارپنداری باعث بهبود معنی‌دار این بیماران می‌شود (قربانعلی، ۱۳۸۹).

ارزیابی

این تحقیق بر این فرض است که عدم اثربخشی رویکردهای درمانی در درمان خود بیمار انگاری به علت عدم توجه به هراس از مرگ در درمان این اختلال است. بنابراین، در درمان خودبیمارپنداری، هراس از مرگ را در کانون توجه خود قرار داده و در این راستا اثربخشی طرحواره درمانی و معنا درمانی را بر کاهش هراس از مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری مورد بررسی و مقایسه قرار داده است.

ابتدا این سؤال مطرح می‌گردد که آیا طرحواره درمانی، درمان مناسبی برای کاهش هراس از مرگ محسوب می‌شود؟ محقق به چه دلایلی طرحواره درمانی را به عنوان شیوه درمانی مناسب و مرجح برای کاهش هراس از مرگ انتخاب کرده است؟ چرا از درمان شناختی رفتاری برای کاهش هراس از مرگ استفاده نشده است؟

محقق بیان می‌کند که رویکرد شناختی رفتاری به طور گسترده در درمان خودبیمارپنداری به کار گرفته شده، اما اغلب بیماران مبتلا به خودبیمارپنداری در پاسخ به درمان‌های شناختی رفتاری موفق نبودند و از این رو خودبیمارپنداری غالباً به صورت مزمن درآمده است. درحالی‌که در پیشینه تحقیق به پژوهش‌هایی اشاره شده است که نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری موجب کاهش چشمگیر نشانه‌های خودبیمار انگاری گشته و بر اساس ارزشیابی‌هایی که ۶ ماه بعد از درمان انجام گرفته شد، مداخلات شناختی رفتاری به طور چشمگیری بهتر از شرایط کنترل در کاهش رفتار و نگرانی‌های خود بیمار پندارانه عمل کرده بود. هم‌چنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند رویکرد شناختی رفتاری و رفتار درمانی در کاهش هراس از مرگ اثربخشی بالایی دارند. طبق گزارش محقق، در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر هراس از مرگ و خودبیمارپنداری تاکنون پژوهشی صورت نپذیرفته است.

محقق به منظور موجه نشان دادن انتخاب طرحواره درمانی می‌بایست به تحقیقاتی اشاره می‌کرد که عدم کارایی درمان شناختی رفتاری را در کاهش هراس از مرگ و خودبیمارانگاری نشان می‌داد؛ با این توصیف این سؤال بی‌پاسخ می‌ماند که با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری، چرا محقق طرحواره درمانی را برگزیده است؟ شاید علت اینکه تاکنون در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی بر هراس از مرگ و خودبیمارپنداری پژوهشی صورت پذیرفته است این باشد که شکل‌های ملایم‌تر و مختصرتر درمان هم‌چون درمان شناختی رفتاری مؤثر بوده و دلایلی برای اعمال مداخلات شدیدتری مانند طرحواره درمانی وجود ندارد.

نتایج تحقیق نشان می‌دهد که طرحواره درمانی با تمرکز بر هراس از مرگ، در کاهش هراس از مرگ و درمان خودبیمارانگاری مؤثر بوده است. حال این سؤال مطرح است که چگونه طرحواره درمانی هراس از مرگ را کاهش می‌دهد؟ طرحواره‌های ناسازگار اولیه چگونه با هراس از مرگ ارتباط دارند؟ و کدام طرحواره‌های ناسازگار اولیه منشأ هراس از مرگ می‌باشند؟ چه شواهدی نشان می‌دهد که هراس از مرگ در الگوی شناختی زیربنایی شکل گرفته در دوران کودکی و نوجوانی ریشه دارد؟ و چرا بررسی ریشه تحولی اهمیت دارد؟

محقق با استناد به نویز^۱ (۲۰۰۲) خودبیمارپنداری را نتیجه تجربیات آسیب‌زای مختلف در دوران کودکی همانند مواجهه با بیماری خطرناک یا مرگ عزیزان می‌داند که به سبب آن کودک یاد می‌گیرد که خطر در داخل بدن وی قرار دارد و خود را در معرض آسیب‌پذیری فیزیکی می‌داند و به این نتیجه می‌رسد که نباید به بدن اعتماد کرد. نهایتاً نتیجه این آسیب‌پذیری و بی‌اعتمادی نسبت به بدن، ترس از بدن، ترس از مرگ و خودبیمارپنداری است. پژوهش حاضر بر این فرض استوار است و تبیین بیشتری ارائه نمی‌دهد که در بررسی انجام شده کدام طرحواره‌ها در ارتباط با هراس از مرگ قرار دارند و چگونه هراس از مرگ را موجب می‌شوند. وی در تبیین علل اثربخشی طرحواره درمانی، تنها به کلیاتی هم‌چون اهمیت و تأثیر طرحواره‌ها و لزوم درک ریشه‌ی تحولی دوران کودکی و ربط دادن آن به

^۱ Neweeze

مشکلات فعلی بیماران اشاره می‌کند و استفاده از تکنیک‌های رفتاری هم‌چون مواجهه و پیشگیری از پاسخ و راهبردهای معطوف به رابطه‌درمانی را از دیگر عوامل این تأثیرگذاری بر می‌شمارد.

محقق در تبیین عدم تفاوت بین دو رویکرد طرحواره‌درمانی و معنادرمانی در کاهش هراس از مرگ بیان می‌کند که علل تشابه این دو رویکرد همپوشی تکنیکی مورد استفاده آن‌ها هم‌چون مواجهه و تکنیک‌های شناختی می‌باشد. در این صورت از آن‌جا که طرحواره‌درمانی تأثیر بیشتری نسبت به معنادرمانی ندارد و محقق علت یکسانی سودمندی این دو را عناصر مشترک رفتاری شناختی می‌داند، بنابراین، استفاده از طرحواره‌درمانی در کاهش هراس از مرگ توصیه نمی‌شود و مناسب‌تر است که از اشکال ساده‌تر و مختصرتر درمان استفاده شود.

نتایج پژوهش در زمینه مقایسه تأثیر دو رویکرد در کاهش خودبیمارپنداری حاکی از آن بود که اگرچه هر دو درمان باعث کاهش معنی‌دار خودبیمارپنداری می‌شوند، ولی طرحواره‌درمانی تأثیرگذاری بیشتری داشته است. محقق بر آن است که عناصری هم‌چون ارزیابی دقیق طرحواره‌های ناکارآمد و شیوه‌های مقابله‌هر بیمار و کار بر روی طرحواره‌ها که ساخت‌های زیربنایی باور هستند، شناسایی ریشه‌های تحولی مشکل هر بیمار، استفاده از شیوه‌های درمانی گسترده و متناسب با هر شخص و مشکل و تمرکز بر رابطه‌درمانی، موجب تأثیرگذاری بیشتر طرحواره‌درمانی می‌شود، در صورتی که در معنا‌درمانی مطلب زیادی در این موارد به چشم نمی‌خورد.

شایسته بود محقق در بررسی خود توضیحاتی پیرامون نحوه ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های تحولی با خودبیمارانگاری ارائه داده و با استفاده از پرسشنامه طرحواره‌یانگ پیش و پس از درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در نمونه پژوهش سنجیده و تغییرات طرحواره‌های ناسازگار را مورد ارزیابی قرار می‌داد تا بتوان بدین طریق تغییرات مشاهده شده در نشانه‌های بیماری را به تغییرات طرحواره‌ای نسبت داد. از آن‌جا که رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های بیماری مشخص نشده است، تفسیر نتایج با محدودیت رو به روست و نمی‌توان هراس از مرگ را ناشی از طرحواره‌های ناسازگار و

تأثیر طرحواره درمانی را به علت ویژگی اختصاصی آن یعنی تمرکز بر طرحواره‌ها دانست، زیرا می‌توان این احتمال را مطرح ساخت که سودمندی طرحواره درمانی به علت عناصر شناختی رفتاری آن و تأثیرگذاری بیشتر آن در بهبود خودبیمارانگاری نسبت به معنادرمانی می‌تواند به علت مدت بیشتر این درمان در مقایسه با معنادرمانی باشد، زیرا پس از مرحله ارزیابی و تمرین‌های انگیزشی، از میانه تا انتهای درمان بسیاری از راهبردهای شناختی رفتاری به شکل ساختار یافته‌تری مورد استفاده قرار می‌گیرد (یانگ، ۲۰۰۸).

• **پژوهش دوم: اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (رساله دکتری). محسن خورشید زاده، ۱۳۹۰.**

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. در این پژوهش، از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شده است. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در شهر بیرجند بود که از این میان تعداد ۵ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به مدت ۲۰ جلسه تحت درمان انفرادی با مدل طرحواره درمانی یانگ قرار گرفتند و مرحله پیگیری نیز دو ماه پس از پایان درمان دنبال شد. نتایج نشان می‌دهند که طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار ترس و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی و هم‌چنین کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرحواره در بیماران گردید. بیشترین کاهش فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران، در دو حوزه طرد و بریدگی و حوزه خودگردانی و محدودیت‌های مختل اتفاق افتاده است (خورشید زاده، ۱۳۹۰).

ارزیابی

آیا طرحواره درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی، درمان مناسبی است؟
با وجود اثبات سودمندی درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی، شواهدی حاکی از آن است که این روش درمان نتوانسته جوابگوی تمامی بیماران باشد؛ برخی بیماران درمان را ترک می‌کنند، بسیاری از افراد با این روش درمان نشده‌اند و علامت‌های باقیمانده از اختلال، پس از درمان در آنان دیده شده است و عده دیگری پس

از بهبودی بازگشت نشان می‌دهند. از طرف دیگر تحقیقات نشان داده‌اند افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، طرحواره‌های ناسازگاری دارند که این طرحواره‌ها آماج مناسبی برای رویکرد طرحواره درمانی تلقی می‌شوند (خورشیدزاده، ۱۳۹۰).

محقق با توجه به دلایل ذکر شده یعنی مزمن بودن اختلال اضطراب اجتماعی و نقش طرحواره‌های ناسازگار و هم‌چنین نقش تجارب دوران کودکی، خلق و خو و سبک فرزندپروری در ایجاد و توسعه این اختلال و سبک‌های مقابله‌ای که افراد مبتلا به این اختلال دارند، مناسب بودن طرحواره درمانی را برای این اختلال نتیجه می‌گیرد.

محقق به طور کلی اختلال اضطراب اجتماعی را اختلالی مزمن و مقاوم به درمان در نظر می‌گیرد، در صورتی که شواهد نشان می‌دهند که اگرچه در مواردی درمان شناختی رفتاری در درمان این اختلال موفقیتی کسب نکرده، ولی در موارد بسیاری نیز موفق بوده است؛ این امر نیاز به درمان جایگزین در همه موارد را ثابت نمی‌کند، بلکه از آن‌جا که نظریه طرحواره محور و طرحواره درمانی برای توضیح موارد مقاوم به درمان سنتی شناختی رفتاری ایجاد شده است، مقاومت درمانی می‌بایست در پژوهش‌هایی بررسی شود تا روشن گردد که چه کسانی، با چه ویژگی‌هایی و به چه دلایلی به درمان شناختی رفتاری پاسخ نمی‌دهد و به درمان جایگزین و مکمل یعنی طرحواره درمانی نیاز دارند و طرحواره درمانی را تنها در مواردی که درمان شناختی رفتاری جواب نمی‌دهد، اعمال نمود.

فلسفه ایجاد طرحواره درمانی نشان می‌دهد که این الگوی درمانی می‌بایست در قالب مدل مراقبت گام به گام صورت گیرد (جیمز، ۲۰۰۱). الگوی مراقبتی گام به گام تلاش-هایی هستند برای فراهم ساختن مناسب‌ترین درمان که از کم شدت‌ترین و مختصرترین مداخلات استفاده می‌کنند. در این دیدگاه مداخلات شدید تنها زمانی اجرا می‌شوند که مداخلات ملایم‌تر و مختصرتر در فراهم کردن تغییرات معنادار درمانی شکست خورده‌اند و یا بر اساس شواهد، احتمال عدم موفقیت آن می‌رود. بدین منظور تصمیمات و نتایج درمانی به طور منظم تحت نظارت درمانگر قرار دارد تا در صورتی که درمان موجود، دستاوردهای درمانی قابل توجهی نداشته باشد به درمان‌های شدیدتر تغییر جهت دهد (باور و گیلبادی، ۲۰۰۵). بنابراین دیدگاه، درمانگر باید در درجه اول از درمان شناختی رفتاری

استفاده کند و هنگامی که به طرحواره درمانی روی می‌آورد، دلایل خود را به طور ویژه توضیح دهد (جیمز، ۲۰۰۱).

شناخت درمانی در قالب سطح شناخت واره، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند؛ به عنوان مثال در اختلال‌های اضطرابی از سطح نگرانی شروع می‌کند و سپس به مفروضه‌های زیربنایی و باورهای هسته‌ای می‌پردازد، اما در طرحواره درمانی این روند برعکس دنبال می‌شود و روش پایین به بالا در پیش گرفته می‌شود؛ یعنی مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناخت؛ یعنی طرحواره‌ها می‌رود. در مواردی که تمرکز بر ساختارهای سطحی‌تر در قالب رویکرد شناختی رفتاری می‌تواند در رفع مشکلات فعلی موثر واقع شود، تمرکز بر ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها در سطح هیجانی نه تنها ضرورتی ندارد، بلکه می‌تواند به ویژه در مورد درمانگر بی تجربه، موجب سوگیری و تحمیل یا تقویت باورهای غلط در درمانجو شود.

جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختری است که با اجرای پرسشنامه، مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده شده‌اند، فاقد اختلال شخصیتی شدید بوده و قبلاً هیچ‌گونه درمان روانشناختی دریافت نکرده‌اند. متغیرهایی که محقق در این پژوهش کنترل نموده است، متغیرهایی هستند که بیمار را به عنوان گزینه مناسبی برای دریافت طرحواره درمانی مطرح می‌سازد؛ یعنی بالعکس، طرحواره درمانی برای افراد مبتلا بهی مناسب است که اختلال شخصیتی همراه داشته‌اند و یا در درمان‌های قبلی شکست خورده‌اند. هم‌چنین نمونه انتخابی، فاقد سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی تشخیص داده شدند. به این ترتیب مشخصه دیگری که مانع بهره‌مندی آنان از درمان شناختی رفتاری و نیاز به دریافت طرحواره درمانی می‌گردد، در این نمونه یافت نشد.

دلیل دیگری که برای انتخاب طرحواره درمانی مطرح می‌شود، شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران است. بر طبق نظریه یانگ، طرحواره‌های ناسازگار بیماران اغلب مانع بهره‌مندی آنان از درمان شناختی رفتاری می‌شود؛ تغییر این طرحواره‌ها برای به دست آوردن نتایج درمانی مورد نظر ضروری است و برای دگرگون کردن این طرحواره‌ها نیاز به درمان‌های شدیدتری هم‌چون طرحواره درمانی می‌باشد. در مقابل، تحقیقاتی وجود دارد

که نشان می‌دهد بیماران دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز می‌توانند از درمان شناختی رفتاری بهره کافی ببرند. در این راستا تحقیقی به منظور بررسی این فرضیه که وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پیش‌بینی‌کننده پاسخ ضعیف به درمان شناختی رفتاری است، صورت گرفت. بدین منظور بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی که دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه بودند، تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. نتایج پژوهش، نشان می‌دهد که حضور پررنگ تر طرحواره‌های ناسازگار، با افسردگی، اضطراب و نشانه‌های روانپزشکی کلی بیشتری همراه بوده است، ولی تقریباً اکثر بیماران کاهش معناداری در نشانه‌های روانشناختی در هر یک از مقیاس‌های کلیدی از اندازه اثر متوسط تا زیاد نشان دادند. هم‌چنین کاهش نشانه‌ها با بهبود معنادار عملکردهای اجتماعی در اندازه اثر بسیار زیاد همراه بوده است. بنابراین، یافته‌ها این فرض را که حضور پررنگ تر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پاسخ ضعیف به درمان را پیش‌بینی می‌کند، رد کرده و به عکس نشان می‌دهد که حضور پررنگ تر طرحواره طرد، کاهش بیشتری را در نشانه‌های روانشناختی و افسردگی پیش‌بینی می‌کند. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهند که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش معنادار نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه (اندازه اثر کوچک) گردیده و کاهش بیشتر نمرات طرحواره‌های ناسازگار با کاهش بیشتر نشانه‌های روانشناختی همراه بوده است. البته پژوهش مورد نظر ارزیابی پیگیری نداشته است و این امکان وجود دارد که طرحواره‌ها در درازمدت موجب بازگشت اثرات درمانی شده و نتایج ضعیف تری برای بیماران به همراه داشته باشد (هالفورد و همکاران، ۲۰۰۲).

در تحقیق دیگری (بورگ و همکاران، ۲۰۰۸) نشان داده شد مداخلات شناخت درمانی و درمان بین فردی شدید ده هفته‌ای، هر دو در کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی بیمارانی که پیش از این به درمان‌های دیگر جواب نداده بودند، مؤثر بوده و در عین حال توانسته‌اند نمرات کلی شرکت کنندگان در پرسشنامه طرحواره یانگ را کاهش دهند (از متوسط ۲/۷۰ در پیش آزمون به ۲/۴۴ در پس آزمون و ۲/۱۳ در پیگیری یکسال بعد) (هاوک و پرونچر، ۲۰۱۱).

این یافته‌ها نشان می‌دهد اگرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های روانشناختی ارتباط دارند، ولی درمان‌های دیگری هم‌چون درمان شناختی رفتاری نیز می‌تواند موجب بهبود چشمگیر نشانه‌ها و کاهش فعالیت طرحواره‌ها گردند و اینکه طرحواره درمانی، تغییرات طرحواره‌ای بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری ایجاد می‌کند نیاز به بررسی‌های مقایسه‌ای دقیق دارد.

اما مسئله دیگری که در این میان مطرح می‌گردد، نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در فرایند درمان و کاهش نشانه‌های اختلال است. اگرچه مطالعات صورت گرفته بیانگر آن است که نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در میان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی به طور معناداری بیشتر است، اما این سؤال مطرح است که آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه، منشأ نشانه‌های اختلال مورد نظر است و یا اینکه منشأ مشکلات دیگری به همراه اختلال موجود می‌باشد و از این‌رو موجب مزمن شدن بیماری و مقاومت بیمار در برابر درمان‌های معمول شده و بر روند درمان تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر باید روشن نمود که طرحواره‌های ناسازگار در فرآیند درمان نقش متغیر واسطه‌ای را بازی می‌کنند که رابطه علت و معلولی بین طرحواره درمانی و کاهش نشانه‌ها را بیان می‌کنند و درمان با واسطه تغییر طرحواره‌ها، بهبود اختلال را به دنبال دارد و یا این طرحواره‌ها چنانچه هالفورد و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌کنند متغیر تعدیل کننده‌ای محسوب می‌شوند که بر رابطه مداخله درمانی با بهبود اختلال تأثیر گذاشته و از این‌رو باید مورد توجه قرار گیرد.

یانگ معتقد است مواردی از اختلالات محور یک که در درمان شناختی رفتاری موفقیتی کسب نمی‌کنند، ممکن است به علت مشکلات شخصیتی زیربنایی همراه با نشانه‌های اختلال موجود باشد. در این موارد، این مشکلات شخصیتی تأثیر درمان شناختی رفتاری را به طرق مختلفی کاهش می‌دهند و مانع موفقیت درمان شده و یا در صورت بهبود اولیه، موجب بازگشت نشانه‌های اختلال می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد در این بیان، طرحواره‌های ناسازگار به مثابه متغیر تعدیل کننده در نظر گرفته شده اند، زیرا طرحواره‌ها، به طور کلی منشأ اصلی اختلال فرض نمی‌شوند، بلکه در برخی موارد، وجود آن‌ها به همراه اختلالات محور یک، موجب مقاومت درمانی و مانع

اثرگذاری درمان می‌گردد که باید این موارد خاص شناسایی شده و تحت طرحواره درمانی قرار گیرند.

شواهد متفاوتی از این فرض حمایت می‌کنند که طرحواره‌های ناسازگار شناسایی شده، نشان‌دهنده صفات شخصیتی زیربنایی می‌باشند و نه بازتابنده نشانه‌های مختص اختلال؛ برای مثال در مواردی دیده شده است که مداخلات آزمایشی در اختلالات محور یک، علی‌رغم بهبود نشانه‌ها، بر طرحواره‌ها تأثیری نداشته است و نمرات بالا در طرحواره‌های ناسازگار اولیه، در غیاب نشانه‌های اختلال، دیده می‌شود. شواهدی نشان می‌دهد که نمرات طرحواره‌ها به طور معناداری در اختلالات مزمن به نسبت اختلالات غیرمزمن بالاتر است. علاوه بر این، مطالعات بلندمدت ثبات طرحواره‌ها را با دوره‌های پیگیری ۹ ساله نشان می‌دهند که از این ایده حمایت می‌کنند که طرحواره‌ها به نسبت نوسانات لحظه به لحظه و یا سال به سال نشانه‌های اختلالات، صفات شخصیتی زیربنایی ثابتی هستند که در سطوح مختلفی به وقوع می‌پیوندند و عامل آسیب‌پذیری برای اختلالات اضطرابی و خلقی به ویژه در موارد مزمن محسوب می‌شوند. می‌توان گفت تجربیات کودکی آسیب‌زا که سبب ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به شمار می‌آید، فرد را نه تنها در معرض اختلالات محور دو قرار می‌دهند، بلکه مستعد همه اختلالات می‌سازند (هاوک، پرونچر، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر، طرحواره‌های ناسازگار، متغیر تعدیل‌کننده‌ای محسوب می‌شوند که تأثیر عوامل آسیب‌زای اصلی ایجاد اختلال را شدت بخشیده و امکان ابتلا به اختلال را افزایش می‌دهند.

البته تعیین نقش واسطه‌گری و یا تعدیل‌کنندگی این طرحواره‌ها در موارد خاص نیاز به ارزیابی‌های دقیق و شواهد کافی دارد. در این پژوهش محقق بر این فرض است که طرحواره‌ها منشأ نشانه‌های اختلال می‌باشند و آن را هسته اصلی اختلال می‌داند، از این رو طرحواره‌های فعال در افراد نمونه را شناسایی کرده و آماج درمان قرار می‌دهد و با سنجش مجدد آن پس از پایان درمان، تغییرات طرحواره‌های ناسازگار را نشان داده است. قرار دادن ملاک نداشتن اختلال شخصیتی شدید در انتخاب نمونه می‌تواند به این علت باشد که محقق از این طریق اطمینان یابد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیمار، مختص نشانه‌های

اضطراب اجتماعی وی می‌باشند و بدین طریق طرحواره درمانی مستقیماً خود اختلال اضطراب اجتماعی را هدف قرار می‌دهد و نه اختلال شخصیت همراه و طرحواره‌های زیربنایی آن را، ولی در این صورت نیز نمی‌توان اطمینان یافت که طرحواره‌های شناسایی شده، منشأ نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی هستند، زیرا هنوز این احتمال به قوت خود باقی است که طرحواره‌های ناسازگار شناسایی شده، منشا مشکلات دیگر بوده و مستقیماً با نشانه‌های اختلال حاضر ارتباط نداشته باشند.

به این ترتیب روشن می‌گردد که اگرچه در پژوهش مورد نظر طرحواره درمانی موجب بهبود معنادار نشانه‌های اختلال و کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار شده است، ولی نمی‌توان ضرورت و برتری آن نسبت به درمان شناختی رفتاری را به طور کلی برای اختلال اضطراب اجتماعی ثابت کرد و آن را درمان مرجح برای اختلال اضطراب اجتماعی دانست و نیاز به پژوهش‌های بیشتری است تا طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری را در زمینه اختلال اضطراب اجتماعی مقایسه کرده و موارد استفاده از طرحواره درمانی و ترجیح آن بر درمان شناختی رفتاری روشن گردد.

• **پژوهش سوم: مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار همایند و ناهمایند با افسردگی (رساله دکتری). علی اسماعیلی، ۱۳۸۹.**

هدف اصلی تحقیق، مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبود بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار همایند و ناهمایند با افسردگی بود. جامعه آماری این تحقیق کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و مطب‌های خصوصی روانشناسان شمال تهران بودند که از این میان ۴۲ نفر مبتلا به اختلال وسواس تشخیص داده شدند. این طرح در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال در ۴۲ نفر مبتلا به اختلال وسواس-اجبار شناسایی شده و میزان رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت اختلال وسواس و هم‌چنین میزان رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات روانشناختی و شیوه فرزندپروری در مقایسه با گروه سالم (۷۰ نفر)، بررسی گردید.

یافته‌ها حاکی از آن بود که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شیوه‌ی فرزندپروری از یک سو و اختلالات روانشناختی از سوی دیگر رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به اختلال وسواس اجبار در اکثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نمرات بالاتری نسبت به افراد عادی به دست آوردند، ولی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شدت اختلال وسواس اجبار رابطه وجود ندارد.

مرحله دوم؛ یعنی بخش اصلی تحقیق، در یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون پس‌آزمون چندگروهی با گروه کنترل، ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار همایند و ناهمایند با افسردگی به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در ۶ گروه ۵ نفری چینش شدند. از این ۶ گروه، دو گروه به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند و از چهار گروه آزمایش، دو گروه (یک گروه وسواس - اجبار همایند با افسردگی و یک گروه ناهمایند با افسردگی) در ۱۲ جلسه به صورت فردی تحت طرحواره درمانی و دو گروه دیگر به همین منوال تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در بهبود شدت اختلال وسواس - اجبار همایند و ناهمایند با افسردگی مؤثر بوده‌اند. همچنین بین دو روش در اثربخشی تفاوتی وجود نداشت. علاوه بر این، همایند و ناهمایندی اختلال وسواس - اجبار با افسردگی اثر چندانی بر نتایج نداشت (اسماعیلی، ۱۳۸۹).

ارزیابی

مرحله اول و دوم طرح مورد نظر مجزا از هم به نظر می‌رسد. بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شیوه‌های فرزندپروری و اختلالات روانشناختی در راستای هدف اصلی تحقیق قرار ندارد. هم‌چنین جامعه مورد نظر که محدود به افراد مبتلا به اختلال وسواس می‌باشد، جامعه مناسبی برای بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار با اختلالات روانشناختی به‌طور کلی نمی‌باشد.

اگرچه نمرات اکثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌طور معناداری در مبتلایان به اختلال وسواس بالاتر از افراد عادی است، ولی بین این نمرات و شدت نشانه‌های وسواس رابطه‌ای وجود نداشت. تحقیقات مشابهی در مورد سایر اختلالات نشان می‌دهد سطح بالایی از

فعالیت اغلب طرحواره‌های ناسازگار در گستره وسیعی از اختلالات خلقی و اضطرابی گزارش شده است. البته شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برخی اختلالات با طرحواره‌های خاصی ارتباط دارند، ولی نقش اختصاصی طرحواره‌های خاص در اختلالات ویژه اثبات نشده است (هاوک، پرونچر، ۲۰۱۱)؛ بنابراین، نمی‌توان این طرحواره‌ها را منشأ نشانه‌های اختصاصی وسواس دانسته و در نتیجه نیاز ویژه به طرحواره درمانی را در مورد این اختلال اثبات کرد. تنها می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اختلالات روانشناختی و از جمله اختلال وسواس ارتباط دارند و در برخی موارد این طرحواره‌ها در فرایند درمان اختلال ایجاد کرده و مانع موفقیت درمان رفتاری شناختی می‌شوند که در این موارد ویژه لازم است که این طرحواره‌ها مستقیماً مورد مداخله طرحواره درمانی قرار گیرند.

محقق بر آن است که اختلال وسواس اجبار از مقاوم‌ترین اختلالات به درمان است و به علت مشکلات به کارگیری درمان‌های موجود، از جمله مقاومت بیماران وسواسی در برابر تکنیک اصلی درمان شناختی رفتاری؛ یعنی مواجهه و اجتناب از پاسخ، ضرورت به کارگیری درمانی مناسب‌تر از جمله طرحواره درمانی احساس می‌شود. شواهد تحقیقاتی حاکی از آن است که در این مواقع طرحواره درمانی می‌تواند شرایط و آمادگی لازم بیمار را برای اجرای تکنیک مواجهه فراهم کند. هم‌چنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رویکرد طرحواره درمانی با تغییر در علائم و باورهای ناکارآمد دو نمونه از بیماران وسواس اجبار مقاوم به درمان، موجب کاهش علائم وسواس گردید.

دلایل ذکر شده در توجیه مناسب طرحواره درمانی، تنها نشان می‌دهد که در مواردی که مقاومت درمانی به چشم می‌خورد، انتخاب طرحواره درمانی می‌تواند مناسب باشد ولی با توجه به تحقیقات فراوانی که بیانگر تأثیرگذاری قابل توجه درمان شناختی رفتاری بر اختلال وسواس بوده‌اند، انتخاب طرحواره درمانی در ابتدای امر، پیش از آنکه مقاومت درمانی و ویژگی‌های خاص که نیاز به طرحواره درمانی را نشان می‌دهند احراز شود، مناسب نخواهد بود.

سرانجام اینکه، نتایج تحقیق نشان می‌دهد که طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری هر دو در درمان اختلال وسواس اجبار مؤثر بوده و میان این دو درمان تفاوتی دیده نشد. محقق در تبیین سودمندی طرحواره درمانی اشاره‌ای به نحوه ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های اختلال و فرایند تغییر این طرحواره‌ها و تأثیر بر کاهش نشانه‌ها ندارد و حتی پس از درمان، طرحواره‌های ناسازگار را در بیماران ارزیابی نکرده است تا بتوان بهبود اختلال را به تغییر طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختصاصی طرحواره درمانی نسبت داد، زیرا می‌توان این فرض را مطرح نمود که کاهش نشانه‌ها می‌تواند به عناصر شناختی رفتاری طرحواره درمانی مربوط باشد.

محقق از یکسان بودن تأثیر دو درمان نتیجه می‌گیرد که می‌توان از هر دو درمان در مورد اختلال مورد نظر استفاده کرد و تلفیق این دو را پیشنهاد می‌کند، درحالی که توجه به منطق استفاده از طرحواره درمانی مشخص می‌سازد که در مواردی که درمان شناختی رفتاری مؤثر است، استفاده از طرحواره درمانی و بررسی ریشه‌های تحولی و کار بر روی سطوح عمیق‌تر شایسته و به صرفه نبوده و توجیهی ندارد، لذا با توجه به نتایج تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری درمان مناسب اختلال وسواس اجبار است و با وجود سودمندی این درمان، طرحواره درمانی توصیه نمی‌شود.

اما مسئله‌ای که اعتبار یافته‌ها را به چالش می‌کشد، مدت زمان کوتاه اجرای طرحواره درمانی (۱۲ جلسه) است. یانگ (۲۰۰۷) به طور متوسط مدت طرحواره درمانی را ۹ تا ۱۲ ماه می‌داند، البته او معتقد است که مدت زمان درمان بنا به شدت مشکل می‌تواند بسیار متفاوت باشد، به طوری که در مورد بیماران شخصیت مرزی حداقل سه سال طول می‌کشد و در مورد موارد خفیف‌تر مثل مشکلات زناشویی ۲۰ تا ۲۵ جلسه توصیه می‌شود (نویز، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد ۱۲ جلسه درمان برای بیماران وسواس اجبار که برخی موارد همایند با افسردگی است، زمان کمی است و نمی‌تواند اثرات درمانی را ظاهر سازد.

- پژوهش چهارم: اثربخشی طرحواره درمانی در درمان جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه: کاهش علائم تجربه مجدد، بیش‌انگیختگی و کرختی هیجانی (رساله دکتری). سیدعلی موسوی اصل، ۱۳۹۲.

پژوهش به منظور تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر درمان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه: کاهش علائم تجربه مجدد، بیش‌انگیختگی و کرختی هیجانی، پایه ریزی و اجرا شده است. روش تحقیق، طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه A-B، نمونه تحقیق از نوع نمونه هدفمند و حجم نمونه ۳ نفر بوده اند. یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی در رسیدن به آماج درمانی موفق و انجام آن کاهش علائم PTSD را به همراه داشته است؛ این درمان همچنین باعث کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این بیماران شده و دوره پیگیری دوماهه روند درمان، نشان از دوام دستاوردهای درمان دارد.

نظر به اینکه علائم PTSD بسیار پایدار بوده و متغیرهای شخصی در ایجاد و رشد و ابقا آن نقش موثری دارد و از سویی این عوامل مرتبط با روابط ناسازگار پیش از ضربه‌اند که در اینجا طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش دارد، طرحواره درمانی با آماج قرار دادن ریشه‌های رشدی اختلال و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار قادر به درمان پایدار علائم و کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار در این بیماران شده است (موسوی اصل، ۱۳۹۲).

ارزیابی

از جمله دلایل محقق در انتخاب طرحواره درمانی برای درمان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، گزارشاتی است که نشان دهنده عدم موفقیت سیستم‌های درمانی و حمایتی ارایه شده برای درمان این بیماران می‌باشند. بررسی مدحی (۱۳۸۵) حاکی از آن است که ۹۲ درصد از جانبازان اعصاب و روان جنگ ایران و عراق که به عنوان این اختلال تشخیص داده شده‌اند، بهبود نیافته‌اند (موسوی اصل، ۱۳۹۲). البته محقق در پیشینه پژوهش خود به پژوهش‌هایی اشاره دارد که نشان می‌دهند درمان‌های شناختی رفتاری، رفتار درمانی، زوج درمانی شناختی رفتاری و... بر درمان اختلال استرس پس از ضربه مؤثر بوده است. با توجه به این امر نیاز است که موارد عدم موفقیت درمان‌های معمول هم‌چون

شناختی رفتاری مورد بررسی قرار گرفته و دلایل عدم موفقیت ارزیابی شده و در صورتی که طرحواره‌ها به عنوان عوامل میانجی در اثرگذاری درمان تشخیص داده شدند، در این موارد خاص، از طرحواره درمانی استفاده شود.

به نظر می‌رسد طرحواره‌های ناسازگار اولیه که متعاقب تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی شکل گرفته‌اند، عامل مهمی در بروز و تداوم اختلال استرس پس از ضربه می‌باشند و طبق مدل آسیب‌پذیری-تنش^۱، آمادگی ابتلا به این اختلال را در پاسخ به موقعیت آسیب‌زا فراهم می‌کنند. بدین صورت که طرحواره ناسازگار اولیه به هنگام مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا، تحریک و فعال شده و بر شیوه تفسیر فرد از رویداد و واکنش وی به آن تأثیر گذاشته و نشانه‌های اختلال را بروز می‌دهند؛ نشانه‌های اختلال هم‌چون اجتناب و کرختی هیجانی در بیماران نیز می‌تواند به بدکارکردی فردی و تعاملی منجر شده و باعث ضعیف شدن طرحواره‌های سازگارانه و قوی شدن طرحواره‌های ناسازگارانه خشک و دیرپا در معنی دادن به تجربیات می‌شود. از جمله شواهد این امر آن است که تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که افراد مبتلا به این اختلال در مقایسه با افراد بدون این اختلال نمرات بالاتری در پرسشنامه طرحواره یانگ دریافت می‌کنند.

فرضیه فوق نیاز به انجام پژوهش‌های دقیقی را نشان می‌دهد که روشن سازند آیا آنچه زمینه و آمادگی ابتلا به این اختلال را فراهم می‌سازد، ضرورتاً طرحواره‌های ناسازگار مربوط به تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی است و یا عوامل دیگری هم‌چون آمادگی وراثتی، صفات شخصیتی و یا شناختی ناکارآمدی است که می‌تواند در دوره‌های بعدی زندگی ایجاد شده باشند؟ چند درصد از موارد ابتلا به PTSD در اثر پیش‌زمینه وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه بوده است؟ آیا در همه موارد این اختلال، رد پای طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارند؟ آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه شناسایی شده در مبتلایان به این اختلال، به طور کلی عامل زمینه‌ساز اصلی این اختلال می‌باشد یا این طرحواره‌ها تنها متغیرهای تعدیل‌کننده‌ای هستند که در عده‌ای حضور داشته، بیماری را مزمن ساخته و مانع موفقیت در درمانی شناختی رفتاری می‌شوند؟ روشن است که پاسخ

^۱ diathesis-stress model

دادن به این سؤال اهمیت فراوانی دارد زیرا در صورت پذیرش فرض اول، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور کلی در آسیب شناسی اختلال PTSD مطرح می‌شود و طرحواره درمانی، درمان مؤثر این اختلال در نظر گرفته می‌شود ولی در صورت پذیرش فرض دوم، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در هسته آسیب شناسی اختلال قرار ندارد و لازم است تنها مواردی که این عوامل مانع درمان‌های رایج می‌گردد، شناسایی و طرحواره درمانی صورت گیرد. مسئله اساسی که در صورت پذیرش فرض اول باید مورد بررسی قرار گیرد این است که کدام طرحواره‌ها و از چه طریقی امکان ابتلا به این اختلال را فراهم می‌سازند؟

سؤال اساسی دیگری که مطرح می‌شود این است که شاید طرحواره‌های ناسازگاری که توسط پرسشنامه طرحواره یانگ در این بیماران شناسایی شده است، بر اثر رویداد آسیب‌زا و یا شرایط پس از ابتلا به اختلال و نشانه‌های آن در بزرگسالی ایجاد شده باشد و خود از عوارض اختلال باشد و نه بر اثر رویدادهای اولیه زندگی و ارتباط با والدین و اعضای مهم دیگر- چنانچه یانگ مطرح می‌سازد- به عبارت دیگر این سؤال مطرح است که رویداد آسیب‌زا موجب فعال شدن و تشدید طرحواره ناسازگار اولیه شده و یا شدت و قدرت ضربه و یا شرایط پس از ضربه به اندازه‌ای است که با فراهم آوردن اطلاعات جدید، طرحواره‌های ناسازگار ایجاد نموده و طرحواره‌های قبلی فرد در مورد خود و دنیا را در هم شکسته و زمینه ساز این اختلال، عدم تطابق طرحواره ایجاد شده بر اثر ضربه و یا شرایط پس از آن و اطلاعات جدید ناشی از آسیب، با طرحواره‌های از پیش موجود است.

چنانچه وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در پی تجربیات آسیب‌زای کودکی به وجود می‌آید فرض گرفته شود باز این مسئله مطرح است که با توجه به مشابهت نوع طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر شناخته شده در این اختلال، با ویژگی‌های این اختلال، این طرحواره‌های ناسازگار موجب تفسیر و واکنش ناکارآمد به آسیب می‌شود و یا آسیب و نشانه‌های اختلال، طرحواره‌های ناسازگار را تقویت و تشدید می‌کنند؟ جهت تأثیر بین طرحواره‌ها و این اختلال روشن نیست و نیاز به تحقیقات بیشتری می‌باشد (کوکرام و همکاران، ۲۰۱۰).

محقق در پژوهش حاضر به بررسی هیچ یک از سؤالات مطرح شده نپرداخته و تنها بر اساس این فرض که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، هسته اصلی اختلال PTSD می‌باشند که تا زمان رویداد آسیب‌زا ادامه داشته و بر اثر آن فعال و تشدید شده است، با استفاده از پرسشنامه طرحواره یانگ، به شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نمونه تحقیق اقدام نموده و از طریق طرحواره درمانی به بازسازی مجدد طرحواره‌های ناسازگار این جانبازان می‌پردازد. از آن‌جا که درمان، کاهش معناداری را در علائم اصلی اختلال PTSD موجب شده است، محقق نتیجه می‌گیرد که طرحواره درمانی به علت مقابله با هسته اصلی شکل‌گیری اختلال، می‌تواند با اثربخشی بالاتری نسبت به سایر درمان‌های روان‌شناختی این حوزه عمل نماید.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در هر ۵ حوزه اصلی طرحواره‌های ناسازگار، روند رو به بهبودی را طی نموده‌اند و بهبودی کلی بیماران در تمامی حوزه ۲۷٪ بوده است و در مقایسه با دوره پیگیری تمامی حوزه‌های طرحواره روند بهبودی رو به رشدی داشته‌اند. این سؤال مطرح است که کدامیک از این طرحواره‌ها و به چه صورتی در فرآیند ایجاد و تداوم اختلال نقش واسطه‌ای مهمی ایفا می‌کنند؟ از آن‌جا که فرض می‌شود ضربه آسیب‌زا و یا نشانه‌های اختلال هم‌چون اجتناب و کرختی هیجانی موجب فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار و تضعیف شدن طرحواره‌های سازگار در این افراد می‌گردد، این سؤال مطرح است که در فرآیند درمان، کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار منجر به کاهش نشانه‌های اختلال می‌شود و یا کاهش نشانه‌ها، ضعیف شدن طرحواره‌های ناسازگار را به دنبال خواهد داشت؟ جهت تأثیر مشخص نمی‌باشد (کوکران و همکاران، ۲۰۱۰).

اگرچه پژوهشگر به برخی فرضیه‌ها و تحقیقات مطرح شده در این زمینه اشاره می‌کند، ولی خود در مورد نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایجاد و تداوم این اختلال بررسی نکرده و تحلیلی ارائه نمی‌دهد و بیان نمی‌کند که کدام طرحواره‌ها و چگونه زمینه ابتلا به این اختلال را فراهم می‌سازد. در صورتی که این تحقیق از طرح تک موردی استفاده کرده که مربوط به زمینه‌هایی با ماهیت اکتشافی است و این فرصت را برای پژوهشگر فراهم

می‌کند تا به تجزیه و تحلیل مسئله اصلی تحقیق پردازد و بتواند چگونگی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بروز و تداوم اختلال را توصیف کند. تحقیقات مشابهی که در این زمینه صورت گرفته است، طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر در رشد این اختلال را مشخص ساخته و نحوه تأثیرگذاری را توضیح داده‌اند. از آنجا که محقق نحوه ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نشانه‌های اختلال را روشن نمی‌سازد، تفسیر نتایج با محدودیت رو به روست.

• **پژوهش پنجم: بررسی اثربخشی درمان بر اساس رویکرد طرحواره-محور بر افزایش رضایت زناشویی زنان خوابگاه‌های دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی (پایان نامه کارشناسی ارشد). محبوبه خواجه رسولی، ۱۳۸۸.**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رویکرد طرحواره - محور بر افزایش رضایت زناشویی زنان انجام پذیرفت. بدین منظور از کلیه زنان متأهل دانشجو ساکن در خوابگاه‌های دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، تعداد ۲۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. طرح تحقیق از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود و آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان بر اساس رویکرد طرحواره-محور قرار گرفته و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند.

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخش بودن درمان طرحواره محور بر بهبود نحوه ارتباط و رابطه جنسی زنان بود و فرضیه‌های تحقیق در مؤلفه‌های ارتباط و رابطه جنسی تأیید و در مؤلفه‌های رضایت زناشویی و حل تعارض رد شد. در مجموع یافته‌های حاصل نشان داد که استفاده از این روش درمانی می‌تواند در بهبود ارتباط زناشویی بین زنان و همسران آنان کارآمد باشد (رسولی، ۱۳۸۸).

ارزیابی

مسئله اساسی پیش رو این تحقیق، عدم تناسب مداخله انتخابی؛ یعنی طرحواره درمانی برای افزایش رضایت زناشویی است. درمان ارائه شده توسط رویکرد طرحواره - محور، به بیماران دشواری اختصاص پیدا می‌کند که مشکلات شخصیتی داشته و در برابر درمان‌های

موجود مقاومت نشان داده و بهبودی کسب نکرده‌اند (یانگ، ۲۰۰۳)؛ لذا زمانی که دستیابی به رضایت زناشویی از طریق درمان‌های ساده‌تر و مختصرتر میسر نشود، گزینه طرحواره درمانی پیش رو قرار می‌گیرد؛ در این موارد خاص، مشکلات زناشویی و ارتباطی بلند مدت و گاه مسائل مبهم و نامشخصی وجود دارند که تشخیص و درمان آن دشوار به نظر می‌رسد و ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و نوجوانی دارند. حال آن‌که در پژوهش مورد نظر، هدف درمان افزایش رضایت زناشویی افراد عادی است و مشکلی شناسایی نشده تا آماج درمان قرار گیرد.

این‌که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند در ایجاد، حفظ و تداوم مشکلات و تعارضات زناشویی و ارتباطی بلند مدت بین زوجین نقش داشته باشند، امری پذیرفته شده است، اما این سؤال اساسی مطرح می‌شود که چند درصد مشکلات زناشویی ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارد و ناشی از تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی و نوجوانی است؟ به نظر می‌رسد این تعداد محدود بوده و بسیاری از مشکلات زناشویی و سازگاری بین زوجین از طریق درمان‌ها و راه حل‌های ساده‌تری قابل حل شدن است.

مسئله دیگر این‌که زمان در نظر گرفته شده برای اجرای طرحواره درمانی - ۸ جلسه - با توجه به ماهیت این درمان که با طرحواره‌های ناسازگار مستحکم و بلند مدتی رو به روست که شناسایی و به چالش کشیدن آن دشوار و زمان بر است، زمانی ناکافی است. از آن‌جا که طرحواره‌ها نسبت به دیگر سطوح شناخت مقاوم‌تر هستند، دوره طرحواره درمانی معمولاً طولانی مدت‌تر از درمانی شناختی رفتاری مختصر است. یانگ معتقد است که طول دوره درمان برای بیماران مختلف فرق می‌کند ولی معمولاً برای زوجی که هر دو در زندگی عملکرد خوبی دارند و تنها در برخی حوزه‌ها تعارض دارند ۲۰ تا ۲۵ جلسه درمان لازم است (نویز، ۲۰۰۷).

از آن‌جا که طول دوره درمان بسیار کوتاه بوده و طرحواره‌های ناسازگار، پیش و پس از درمان سنجیده نشدند تا تغییرات مشاهده شده را بتوان به تغییرات طرحواره‌ای نسبت داد، تفسیر نتایج با محدودیت رو به روست و این احتمال وجود دارد که نتایج حاصله در مدت کوتاه درمان، ناشی از عناصر شناختی رفتاری موجود در مداخلات باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه اگرچه کاربرد طرحواره درمانی به طور روزافزونی افزایش یافته است، ولی به نظر می‌رسد این افزایش در بسیاری موارد با دقت نظر و توجه به مبانی نظری و منطق شکل‌گیری این مدل درمانی همراه نبوده و از این رو در مواردی بدون در نظر گرفتن تناسب آن با اهداف درمانی به کار رفته است. به تصریح یانگ، بنیانگذار این مدل درمانی، طرحواره درمانی، به بیماران دشواری اختصاص پیدا می‌کند که مشکلات شخصیتی داشته و در برابر درمان‌های موجود مقاومت نشان داده و بهبودی کسب نکرده‌اند. فلسفه ایجاد طرحواره درمانی نشان می‌دهد که این الگوی درمانی می‌بایست در قالب مدل مراقبت گام به گام صورت گیرد؛ بنابراین، در جایی که شکل‌های ملایم‌تر و مختصرتر درمان هم‌چون درمان شناختی رفتاری مؤثر بوده است، دلایلی برای اعمال مداخلات شدیدتر و استفاده از طرحواره درمانی و بررسی ریشه‌های تحولی و کار بر روی سطوح عمیق‌تر شایسته و به صرفه نبوده و توجیهی ندارد. به این ترتیب، نمی‌توان کاربرد طرحواره درمانی را به طور کلی به سایر اختلالات تعمیم داد. ضرورت دارد پیش از استفاده از این درمان، در مورد مناسبیت آن ارزیابی کافی شده و دلایل اختصاصی از جمله عدم کفایت درمان شناختی رفتاری در زمینه درمانی خاص و یا نبودن فروض زیر بنایی استفاده از درمان‌های ملایم همچون درمان شناختی رفتاری تصریح و توضیح داده شود. بسیاری از پژوهش‌ها، به طور کلی اختلال ویژه‌ای در محور یک را مزمن و مقاوم به درمان خوانده‌اند و به طرحواره درمانی روی آورده‌اند، این درحالی است که ویژگی مزمن و مقاوم بودن را نمی‌توان به کل یک اختلال خاص در محور یک نسبت داد، زیرا نمونه‌های بسیاری از بیماران محور یک به درمان شناختی رفتاری و درمان‌های ملایم‌تر پاسخ مثبت داده‌اند، و عدم پاسخگویی درصدی از بیماران در یک اختلال خاص، نیاز به درمان جایگزین در همه موارد را ثابت نمی‌کند، بلکه باید روشن گردد که چه کسانی، با چه ویژگی‌هایی و به چه دلایلی به درمان شناختی رفتاری پاسخ نمی‌دهند و به درمان جایگزین و مکمل یعنی طرحواره درمانی نیاز دارند و طرحواره درمانی را تنها در این موارد اعمال نمود.

هم‌چنین در اغلب پژوهش‌های صورت گرفته، نقش اختصاصی طرحواره‌های خاص در اختلالات ویژه اثبات نشده و تنها به ذکر کلیات کفایت شده است. در این زمینه لازم است پژوهش‌هایی دقیق صورت گرفته و نحوه ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه اختصاصی و ریشه‌های تحولی با اختلال مورد نظر روشن و چگونگی فرایند کاهش نشانه‌ها بر اثر دستکاری این طرحواره‌ها به طور دقیق توضیح داده شود. به عبارت دیگر، تصریح شود که کدام طرحواره‌ها در ارتباط با اختلال مورد نظر قرار دارند و چگونه آن را موجب می‌شوند. برخی محققین به منظور نشان دادن مناسب بودن طرحواره درمانی در نمونه مورد نظر خود، در ابتدای امر به شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران اقدام نموده و این را شاهدهی بر نیاز به استفاده از طرحواره درمانی دانسته‌اند؛ باید در نظر داشت که ممکن است طرحواره‌های ناسازگار اولیه شناسایی شده، ریشه مشکلات مورد نظر بیمار که هدف مداخله درمانی قرار گرفته‌اند، نباشند. ممکن است بیماری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای نامرتبط با اختلال مورد نظر داشته باشد که ضرورتی بر مواجهه و دستکاری آن وجود نداشته و چه بسا مواجهه بیمار و دستکاری این طرحواره‌ها در موارد نامناسب موجب تقویت آن و بدتر شدن نشانه‌ها گردد. از طرفی وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دلیل قطعی بر عدم پاسخگویی بیمار به درمان‌های ملایمی چون درمان شناختی رفتاری نمی‌باشد، زیرا پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نه تنها درمان شناختی رفتاری می‌تواند با وجود حضور این طرحواره‌های ناسازگار موفق باشد، بلکه در مواردی درمان شناختی رفتاری توانسته نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به همراه نشانه‌های روانشناختی کاهش دهد. بنابراین یافته‌ها، اینکه طرحواره درمانی، تغییرات طرحواره‌ای بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری ایجاد می‌کند نیاز به بررسی‌های مقایسه‌ای دقیق دارد. اما مسئله اساسی و مهمی که در پژوهش‌های حوزه طرحواره درمانی نادیده گرفته می‌شود، بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایجاد مشکلات روانشناختی مزمن و مقاوم به درمان است. در این جا این سؤال اساسی مطرح است که آیا این طرحواره‌های ناسازگار اولیه شناسایی شده، علت و منشأ به وجود آمدن نشانه‌های روانشناختی ویژه است و یا این طرحواره‌ها منشأ مشکلات دیگری است که به همراه نشانه‌های اختلال ایجاد شده و موجب مقاومت بیمار در برابر درمان‌های معمول و مزمن شدن

بیماری او می‌شود. زیرا این احتمال وجود دارد که طرحواره‌های ناسازگار شناسایی شده، منشأ مشکلات دیگر بوده و مستقیماً با نشانه‌های اختلال حاضر ارتباط نداشته باشند. برای مثال می‌توان اشاره داشت که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بر سازگاری بین فردی و سبک زندگی فرد تأثیر گذاشته و لذا بر روند پیشروی درمان، ارتباط با درمانگر و حفظ بهبود حاصل شده از درمان تأثیر بگذارند. یانگ نمونه‌ای بیمار مبتلا به وسواس و بیمار مبتلا به اختلال هراس از مکان‌های باز را مطرح می‌سازد که در طی درمان شناختی رفتاری بهبود قابل توجهی یافتند، ولی به علت حضور طرحواره‌های ناسازگار اولیه که مشکلات شخصیتی زیربنایی و سبک زندگی ناسازگاری را برای بیمار رقم زده بود، نتوانستند مهارت و بهبودی کسب شده را حفظ کنند (یانگ، ۲۰۰۳). بنابراین، نیاز به انجام پژوهش‌هایی است که روشن سازند که آیا طرحواره‌های ناسازگار در فرایند شکل‌گیری بیماری، نقش متغیر واسطه‌ای را ایفا کرده و منشأ شکل‌گیری آسیب است و آیا در درمان، دستکاری این طرحواره‌ها منشأ مستقیم از بین رفتن نشانه‌ها است و رابطه علت و معلولی بین طرحواره درمانی و کاهش نشانه‌ها را بیان می‌کنند و یا این طرحواره‌های ناسازگار، متغیر تعدیل‌کننده‌ای محسوب می‌شوند که استعداد ابتلا به بیماری را افزایش داده و در درمان نیز چنانچه هالفورد و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌کنند چونان متغیر تعدیل‌کننده‌ای بر رابطه مداخله درمانی با بهبود اختلال تأثیر گذاشته و از این رو باید مورد توجه قرار گیرد. پژوهش‌های صورت گرفته در حوزه طرحواره درمانی که این درمان را در زمینه اختلالات محور یک به کار می‌برند، اغلب پژوهش خود را به گونه‌ای گزارش کرده‌اند که گویا این طرحواره‌های ناسازگار را به طور کلی در هسته اختلال مورد نظر در نظر گرفته‌اند، این درحالی است که این قضاوت‌ها، نیازمند انجام تحقیقات دقیقی است تا به گونه‌ای علمی این مسئله را روشن کند. اهمیت این مسئله در این است که در صورتی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور کلی در هسته آسیب‌شناسی یک اختلال مطرح می‌شود، طرحواره درمانی، درمان مؤثر این اختلال در نظر گرفته می‌شود، ولی در صورتی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در هسته آسیب‌شناسی اختلال قرار نداشته باشد، لازم است تنها مواردی که این عوامل مانع درمان‌های رایج می‌گردد، شناسایی و طرحواره درمانی صورت گیرد. شواهد متفاوتی از این فرض حمایت

می‌کنند که طرحواره‌های ناسازگار شناسایی شده، نشان‌دهنده صفات شخصیتی زیربنایی می‌باشند که موجب مقاومت درمانی می‌شوند و به مثابه متغیر تعدیل‌کننده می‌باشند، زیرا با شدت نشانه‌ها ارتباط نداشته و علی‌رغم بهبود نشانه‌ها و نوسان آن در طول زمان، نسبتاً ثابت بوده‌اند. می‌توان گفت این طرحواره‌ها، عواملی هستند که تأثیر عوامل آسیب‌زای اصلی ایجاد اختلالات محور یک را شدت بخشیده و امکان ابتلا به اختلال را افزایش می‌دهند. البته در این زمینه پژوهش‌های جدیدی مورد نیاز است تا با ارزیابی‌های دقیق و شواهد کافی، نقش واسطه‌گری و یا تعدیل‌کنندگی این طرحواره‌ها را تعیین سازند. مسئله دیگری که با مرور پژوهش‌ها مطرح و بی‌جواب می‌ماند این است که چگونه می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار شناسایی شده در بیماران، در اثر رویدادهای اولیه زندگی و ارتباط با والدین و اعضای مهم دیگر - چنانچه یانگ مطرح می‌سازد - ایجاد شده است؟ و آیا نمی‌توان این احتمال را مطرح ساخت که این طرحواره‌ها به علت رویدادهای ناگوار بعدی در زندگی بزرگسالی و یا شاید در اثر روند طولانی مدت بیماری و مزمن شدن بیماری و تجربیات منفی ناشی از آن ایجاد و یا تقویت شده باشند؟ تغییر طرحواره‌ها لزوماً کاهش نشانه‌های اختلالات را به همراه داشته است و یا می‌توان در مواردی گفت که بهبودی از بیماری و تجربیات مثبت بعد از آن توانسته ضعیف شدن طرحواره را به همراه داشته باشند؟ چنانچه در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده است که درمان شناختی رفتاری به تنهایی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه را کاهش دهد. به هر روی نیاز به تحقیقات بیشتری است که به طور ویژه این سؤالات را نشانه رفته و با توجه به ادله کافی به آن جواب دهند.

منابع

- خورشید زاده. محسن. (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.
- قربانعلی، مسعود. (۱۳۸۹). اثربخشی و مقایسه طرحواره درمانی و معنا درمانی بر هراس از مرگ در افراد مبتلا به خودبیمار پنداری. رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.

اسماعیلی، علی. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر بهبودی بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار همایند و ناهمایند با افسردگی. رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.

موسوی اصل، سیدعلی. (۱۳۹۲). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه: کاهش علائم تجربه مجدد، بیش انگیزختگی و کرختی هیجانی. رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی.

خواجه رسولی، محبوبه. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان بر اساس رویکرد طرحواره-محور بر افزایش رضایت زناشویی زنان خوابگاه‌های دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- James, I. A. (2001). Schema therapy: The next generation, but should it carry a health warning?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(04), 401-407.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency Narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25(4), 257-276.
- Halford, W. K., Bernoth-Doolan, S., & Eadie, K. (2002). Schemata as moderators of clinical effectiveness of a comprehensive cognitive behavioral program for patients with depression or anxiety disorders. *Behavior modification*, 26(5), 571-593.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(3), 165-182.
- Roediger, Eckhard. (2008). An Interview with Jeffrey Young. <http://www.schematherapie-frankfurt.de/down/Interview.pdf>
- Nuys, David Van. (2007). An Interview with Jeffrey Young Ph.D. on Schema Therapy. http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=13055