

بررسی و تحلیل پژوهشی حوزه طرحواره درمانی

منصوره اعلمی نیا^۱

تاریخ وصول: ۹۳/۸/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۶

چکیده

مقاله حاضر به بررسی و تحلیل پژوهشی حوزه طرحواره درمانی به روش تحلیلی و مروری پرداخته است. بدین منظور از میان پایان نامه‌ی 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 آسیب شناسی این پژوهش، مسائل اساسی که اغلب در پژوهشی حوزه طرحواره درمانی مغفول واقع شده و سؤالات مهمی که بی‌پاسخ مانده و نیاز به بررسی‌ای 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 هم چون اضطراب، اختلال استرس پس از آسیب، وسواس فکری^۱ عملی و اختلال افسردگی عمده نیز بررسی کرده‌اند.

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

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

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، ویژگی‌ای خاصی را در بیماران نشانه می‌گیرد که درمان شناختی^۰ رفتاری در توجه و درمان این ویژگی ناتوان است (بانگ 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^۰ رفتاری موفق است و کار بر روی ساختار سطحی‌تر، تغییرات قابل توجهی به همراه دارد، روی آوردن به مداخلات شدیدتر هم‌چون طرحواره درمانی که در سطحی عمیق به کاوش طرحواره 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 ملاک‌یابی 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 مرت کافی در درمان شناختی- رفتاری و کار با طرحواره می‌باشد. هم‌چنین پیش از اجرای طرحواره درمانی 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 مرت 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 پژوهشی انجام شده در زمینه طرحواره درمانی صورت گرفته است.

به منظور ارزیابی طرحی تحقیقاتی انجام گرفته در زمینه طرحواره درمانی و بررسی نتایج حاصله، از میان پایان نامه‌ی 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 طرحواره درمانی 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 اثر بخشی رویکردی 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 درمانی 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 طرحواره‌درمانی 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 نپذیرفته است این باشد که شکلی 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؟ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه چگونه با هراس از مرگ ارتباط دارند؟ و کدام طرحواره‌ی 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. نتیجتاً 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 طرحواره در ارتباط با هراس از مرگ قرار دارند و چگونه هراس از مرگ را موجب می‌شوند. وی در تبیین علل اثربخشی طرحواره درمانی، تن به کلیاتی هم‌چون اهمیت و تأثیر طرحواره 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 راهبردی 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 آن 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 شیوه‌ی مقابله‌ی هر بیمار و کار بر روی طرحواره‌ی ساختی زیربنایی باور هستند، شناسایی ریشه‌ی تحولی مشکل هر بیمار، استفاده از شیوه‌ی 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه و ریشه‌ی تحولی با خودبیمارانگاری ارائه داده و با استفاده از پرسشنامه طرحواره‌ی یانگ پیش و پس از درمان طرحواره‌ی ناسازگار اولیه را در نمونه پژوهش سنجیده و تغییرات طرحواره‌ی ناسازگار را مورد ارزیابی قرار می‌داد تا بتوان بدین طریق تغییرات مشاهده شده در نشانه‌ی بیماری را به تغییرات طرحواری نسبت داد. از آن‌جا که رابطه طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با نشانه‌ی بیماری مشخص نشده است، تفسیر نتایج با محدودیت رو به روست و نمی‌توان هراس از مرگ را ناشی از طرحواره‌ی ناسازگار و تأثیر طرحواره‌درمانی 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 تمرینی انگیزشی، از میانه تا انتی درمان بسیاری از راهبردی 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 موقعیتی اجتماعی و عملکردی و هم‌چنین کاهش فعالیت طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌ی طرحواره در بیماران گردید. بیشترین کاهش فعالیت طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه در بیماران، در دو حوزه طرد و بریدگی و حوزه خودگردانی و محدودیتی 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 علامتی 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، طرح‌واره‌ی ناسازگاری دارند که این طرح‌واره آماج مناسبی برای رویکرد طرح‌واره درمانی تلقی می‌شوند (خورشید زاده، ۱۳۹۰).

محقق با توجه به دلایل ذکر شده یعنی مزمن بودن اختلال اضطراب اجتماعی و نقش طرح‌واره‌ی ناسازگار و همچنین نقش تجارب دوران کودکی، خلق و خو و سبک فرزندپروری در ایجاد و توسعه این اختلال و سبکی 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 پژوهش‌های 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 تن 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 می‌کند برای فراهم ساختن مناسب‌ترین درمان که از کم شدت‌ترین و مختصرترین مداخلات استفاده می‌کنند. در این دیدگاه مداخلات شدید تن‌زمانی 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 دستاوردی درمانی قابل توجهی نداشته باشد به درمانی 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 می آورد، دلایل خود را به طور ویژه توضیح دهد (جیمز، ۲۰۰۱).

شناخت درمانی در قالب سطح شناخت واره، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می کند؛ به عنوان مثال در اختلالی اضطرابی از سطح نگرانی شروع می کند و سپس به مفروضه‌ی زیربنایی و باوری هسته‌ای می پردازد، اما در طرحواره درمانی این روند برعکس دنبال می شود و روش پایین به بالا در پیش گرفته می شود؛ یعنی مستقیماً به سراغ عمیق ترین سطح شناخت؛ یعنی طرحواره می رود. در مواردی که تمرکز بر ساختاری سطحی تر در قالب رویکرد شناختی رفتاری می تواند در رفع مشکلات فعلی موثر واقع شود، تمرکز بر ریشه‌ی تحولی طرحواره در سطح هیجانی نه تن ضرورتی ندارد، بلکه می تواند به ویژه در مورد درمانگر بی تجربه، موجب سوگیری و تحمیل یا تقویت باوری 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 هیچ گونه درمان روانشناختی دریافت نکرده‌اند. متغیریی که محقق در این پژوهش کنترل نموده است، متغیریی هستند که بیمار را به عنوان گزینه مناسبی برای دریافت طرحواره درمانی مطرح می سازد؛ یعنی بالعکس، طرحواره درمانی برای افراد مبتلا به مناسب است که اختلال شخصیتی همراه داشته‌اند و یا در درمان ی قبلی شکست خورده‌اند. هم چنین نمونه انتخابی، فاقد سبک‌ی مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی تشخیص داده شدند. به این ترتیب مشخصه دیگری که مانع بهره مندی آن از درمان شناختی رفتاری و نیاز به دریافت طرحواره درمانی می گردد، در این نمونه یافت نشد.

دلیل دیگری که برای انتخاب طرحواره درمانی مطرح می شود، شناسایی طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در بیماران است. برطبق نظریه یانگ، طرحواره‌ی ناسازگار بیماران اغلب مانع بهره مندی آنان از درمان شناختی رفتاری می شود؛ تغییر این طرحواره برای به دست آوردن نتایج درمانی مورد نظر ضروری است و برای دگرگون کردن این طرحواره نیاز به درمانی شدیدتری هم چون طرحواره درمانی می باشد. در مقابل تحقیقاتی وجود دارد که نشان می دهد بیماران دارای طرحواره‌ی ناسازگار اولیه نیز می توانند از درمان شناختی

رفتاری بهره کافی برند. در این راستا تحقیقی به منظور بررسی این فرضیه که وجود طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه، پیش‌بینی‌کننده پاسخ ضعیف به درمان شناختی رفتاری است، صورت گرفت. بدین منظور بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی که دارای طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه بودند، تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. نتایج پژوهش، نشان می‌دهد که حضور پررنگ‌تر طرح‌واره‌ی ناسازگار، با افسردگی، اضطراب و نشانه‌ی روانپزشکی کلی بیشتری همراه بوده است، ولی تقریباً اکثر بیماران کاهش معناداری در نشانه‌ی روانشناختی در هر یک از مقیاسی کلیدی از اندازه اثر متوسط تا زیاد نشان دادند. هم‌چنین کاهش نشانه با بهبود معنادار عملکردی اجتماعی در اندازه اثر بسیار زیاد همراه بوده است. بنابراین، یافته این فرض را که حضور پررنگ‌تر طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه، پاسخ ضعیف به درمان را پیش‌بینی می‌کند، رد کرده و به عکس نشان می‌دهد که حضور پررنگ‌تر طرح‌واره طرد، کاهش بیشتری را در نشانه‌ی روانشناختی و افسردگی پیش‌بینی می‌کند. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهند که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش معنادار نمرات طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه (اندازه اثر کوچک) گردیده و کاهش بیشتر نمرات طرح‌واره‌ی ناسازگار با کاهش بیشتر نشانه‌ی روانشناختی همراه بوده است. البته پژوهش مورد نظر ارزیابی پیگیری نداشته است و این امکان وجود دارد که طرح‌واره در درازمدت موجب بازگشت اثرات درمانی شده و نتایج ضعیف‌تری برای بیماران به همراه داشته باشد (لفورد 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 نشانه‌ی هراس اجتماعی بیمارانی که پیش از این به درمان‌های دیگر جواب نداده بودند، مؤثر بوده و در عین حال توانسته‌اند نمرات کلی شرکت‌کنندگان در پرسشنامه طرح‌واره یانگ را کاهش دهند (از متوسط ۲/۷۰ در پیش‌آزمون به ۲/۴۴ در پس‌آزمون و ۲/۱۳ در پیگیری یکسال بعد) (وگ و پرونچر، ۲۰۱۱).

این یافته نشان می‌دهد اگرچه طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه با نشانه‌ی روانشناختی ارتباط دارند، ولی درمان‌های دیگری هم‌چون درمان شناختی رفتاری نیز می‌تواند موجب بهبود

چشمگیر نشانه و کاهش فعالیت طرحواره گردند و اینکه طرحواره درمانی، تغییرات طرحواره‌ای بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری ایجاد می‌کند نیاز به بررسی‌ای مقایسه‌ای دقیق دارد.

اما مسئله دیگری که در این میان مطرح می‌گردد، نقش طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در فرآیند درمان و کاهش نشانه‌ی اختلال است. اگرچه مطالعات صورت گرفته بیانگر آن است که نمرات طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در میان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی به طور معناداری بیشتر است، اما این سؤال مطرح است که آیا طرحواره‌ی ناسازگار اولیه، منشأ نشانه‌ی اختلال مورد نظر است و یا اینکه منشأ مشکلات دیگری به همراه اختلال موجود می‌باشد و از این رو موجب مزمن شدن بیماری و مقاومت بیمار در برابر درمانی معمول شده و بر روند درمان تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر باید روشن نمود که طرحواره‌ی ناسازگار در فرآیند درمان نقش متغیر واسطه‌ای را بازی می‌کنند که رابطه علت و معلولی بین طرحواره درمانی و کاهش نشانه را بیان می‌کنند و درمان با واسطه تغییر طرحواره، بهبود اختلال را به دنبال دارد و یا این طرحواره چنانچه لفورده و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌کنند متغیر تعدیل کننده‌ای محسوب می‌شوند که بر رابطه مداخله درمانی با بهبود اختلال تأثیر گذاشته و از این رو 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 نشانه‌ی 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 نشانه‌ی اختلال می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد در این بیان، طرحواره‌ی ناسازگار به مثابه متغیر تعدیل کننده در نظر گرفته شده اند، زیرا طرحواره، به طور کلی منشأ اصلی اختلال فرض نمی‌شوند، بلکه در برخی موارد، وجود آن 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 طرحواره‌ی ناسازگار شناسایی شده، نشان‌دهنده صفات شخصیتی زیربنایی می‌باشند و نه بازتابنده نشانه‌ی مختص اختلال؛ برای مثال در مواردی دیده شده است که مداخلات آزمایشی در اختلالات محور یک، علی‌رغم بهبود نشانه، بر طرحواره تأثیری نداشته است و نمرات بالا در طرحواره‌ی ناسازگار اولیه، در غیاب نشانه‌ی اختلال، دیده می‌شود. شواهدی نشان می‌دهد که نمرات طرحواره به طور معناداری در اختلالات مزمن به نسبت اختلالات غیرمزمن بالاتر است. علاوه بر این، مطالعات بلندمدت ثابت طرحواره را با دوره‌ی پیگیری ۹ ساله نشان می‌دهند که از این ایده حمایت می‌کنند که طرحواره به نسبت نوسانات لحظه به لحظه و یا سال به سال نشانه‌ی 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه به شمار می‌آید، فرد را نه تنها در معرض اختلالات محور دو قرار می‌دهند، بلکه مستعد همه اختلالات می‌سازند (وک، پرونچر، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر، طرحواره‌ی 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 طرحواره در موارد خاص نیاز به ارزیابی دقیق و شواهد کافی دارد. در این پژوهش محقق بر این فرض است که طرحواره منشأ نشانه‌ی اختلال می‌باشند و آن‌را هسته اصلی اختلال می‌داند، از این‌رو طرحواره‌ی فعال در افراد نمونه را شناسایی کرده و آماج درمان قرار می‌دهد؛ و با سنجش مجدد آن پس از پایان درمان، تغییرات طرحواره‌ی 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه بیمار، مختص نشانه‌ی اضطراب اجتماعی وی می‌باشند و بدین طریق طرحواره درمانی مستقیماً خود اختلال اضطراب اجتماعی را هدف قرار می‌دهد و نه اختلال شخصیت همراه و طرحواره‌ی زیربنایی آن‌را، ولی در این صورت نیز نمی‌توان اطمینان یافت که طرحواره‌ی شناسایی

شده، منشأ نشانه‌ی اختلال اضطراب اجتماعی هستند، زیرا هنوز این احتمال به قوت خود باقی است که طرحواره‌ی ناسازگار شناسایی شده، منشأ مشکلات دیگر بوده و مستقیماً با نشانه‌ی اختلال حاضر ارتباط نداشته باشند.

به این ترتیب روشن می‌گردد که اگرچه در پژوهش مورد نظر طرحواره درمانی موجب بهبود معنادار نشانه‌ی اختلال و کاهش فعالیت طرحواره‌ی 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 پژوهشی 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه فعال در ۴۲ نفر مبتلا به اختلال وسواس - اجبار شناسایی شده و میزان رابطه طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با شدت اختلال وسواس و هم‌چنین میزان رابطه طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با اختلالات روانشناختی و شیوه فرزندپروری در مقایسه با گروه سالم (۷۰ نفر)، بررسی گردید.

یافته حاکی از آن بود که بین طرحواره‌ی 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه نمرات بالاتری نسبت به افراد عادی به

دست آوردند، ولی بین طرحواره‌ی 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 چر 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^۰ 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^۰ 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با شیوه‌ی 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 طرحواره‌ی ناسازگار با اختلالات روانشناختی به‌طور کلی نمی‌باشد.

اگرچه نمرات اکثر طرحواره‌ی ناسازگار اولیه به‌طور معناداری در مبتلایان به اختلال وسواس بالاتر از افراد عادی است، ولی بین این نمرات و شدت نشانه‌ی وسواس رابطه‌ای وجود نداشت. تحقیقات مشابهی در مورد سایر اختلالات نشان می‌دهد سطح بالایی از فعالیت اغلب طرحواره‌ی ناسازگار در گستره وسیعی از اختلالات خلقی و اضطرابی گزارش شده است. البته شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برخی اختلالات با طرحواره‌ی خاصی ارتباط دارند، ولی نقش اختصاصی طرحواره‌ی خاص در اختلالات

ویژه اثبات نشده است (وگ، پرونچر، ۲۰۱۱)؛ بنابراین، نمی‌توان این طرحواره را منشا نشانه‌ی اختصاصی و سواس دانسته و در نتیجه نیاز ویژه به طرحواره درمانی را در مورد این اختلال اثبات کرد. تن می‌توان گفت طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با اختلالات روانشناختی و از جمله اختلال و سواس ارتباط دارند و در برخی موارد این طرحواره در فرایند درمان اختلال ایجاد کرده و مانع موفقیت درمان رفتاری شناختی می‌شوند که در این موارد ویژه لازم است که این طرحواره مستقیماً مورد مداخله طرحواره درمانی قرار گیرند.

محقق بر آن است که اختلال و سواس اجبار از مقاوم‌ترین اختلالات به درمان است و به علت مشکلات به کارگیری درمان‌ی موجود، از جمله مقاومت بیماران و سواسی 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 پژوهش نشان می‌دهند که رویکرد طرحواره درمانی با تغییر در علائم و باوری ناکارآمد دو نمونه از بیماران و سواس اجبار مقاوم به درمان، موجب کاهش علائم و سواس گردید.

دلایل ذکر شده در توجیه مناسب طرحواره درمانی، تن 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 و سواس بوده‌اند، انتخاب طرحواره درمانی در ابتدای امر، پیش از آنکه مقاومت درمانی و ویژگی‌ای 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 و سواس اجبار مؤثر بوده و میان این دو درمان تفاوتی دیده نشد. محقق در تبیین سودمندی طرحواره درمانی اشاره‌ای به نحوه ارتباط طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با نشانه‌ی اختلال و فرایند تغییر این طرحواره و تأثیر بر کاهش نشانه ندارد و حتی پس از درمان، طرحواره‌ی ناسازگار را در بیماران ارزیابی نکرده است تا بتوان بهبود

اختلال را به تغییر طرحواره‌ی ناسازگار و ویژگی‌ای اختصاصی طرحواره درمانی نسبت دارد، زیرا می‌توان این فرض را مطرح نمود که کاهش نشانه می‌تواند به عناصر شناختی رفتاری طرحواره درمانی مربوط باشد.

محقق از یکسان بودن تاثیر 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 ریشه‌ی 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 یافته 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 چرم: اثربخشی طرحواره درمانی در درمان جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه: کاهش علائم تجربه مجدد، بیش‌انگیزگی 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، بیش‌انگیزگی 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 بوده‌اند. یافته 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 طرحواره‌ی ناسازگار در این بیماران شده و دوره پیگیری دوماهه روند درمان، نشان از دوام دستاوردی درمان دارد.

نظر به اینکه علائم PTSD بسیار پایدار بوده و متغیری 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه نقش دارد، طرحواره درمانی با آماج قرار دادن ریشه‌ی رشدی اختلال و بازسازی طرحواره‌ی ناسازگار قادر به درمان پایدار علائم و کاهش شدت فعالیت طرحواره‌ی 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 سیستمی درمانی و حمایتی ارائه 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 پژوهش‌ایی اشاره دارد که نشان می‌دهند درمانی 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 درمانی معمول هم‌چون شناختی رفتاری مورد بررسی قرار گرفته و دلایل عدم موفقیت ارزیابی شده و در صورتی که طرحواره به عنوان عوامل میانجی در اثرگذاری درمان تشخیص داده شدند، در این موارد خاص، از طرحواره درمانی استفاده شود.

به نظر می‌رسد طرحواره‌ی 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

^۱ diathesis-stress model

رویدادی آسیب‌زا، تحریک و فعال شده و بر شیوه تفسیر فرد از رویداد و واکنش وی به آن تأثیر گذاشته و نشانه‌ی اختلال را بروز می‌دهند؛ نشانه‌ی اختلال هم‌چون اجتناب و کرختی هیجانی در بیماران نیز می‌تواند به بدکارکردی فردی و تعاملی منجر شده و باعث ضعیف شدن طحواره‌ی سازگارانه و قوی شدن طحواره‌ی 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 طحواره یانگ دریافت می‌کنند.

فرضیه فوق نیاز به انجام پژوهشی دقیقی را نشان می‌دهد که روشن سازند آیا آنچه زمینه و آمادگی ابتلا به این اختلال را فراهم می‌سازد، ضرورتاً طحواره‌ی 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 دوره‌ی بعدی زندگی ایجاد شده باشند؟ چند درصد از موارد ابتلا به PTSD در اثر پیش زمینه وجود طحواره‌ی ناسازگار اولیه بوده است؟ آیا در همه موارد این اختلال رد پای طحواره‌ی ناسازگار اولیه وجود دارند؟ آیا طحواره‌ی ناسازگار اولیه شناسایی شده در مبتلایان به این اختلال، به طور کلی عامل زمینه ساز اصلی این اختلال می‌باشد یا این طحواره تن‌متغیری تعدیل‌کننده‌ای هستند که در عده‌ای حضور داشته، بیماری را مزمن ساخته و مانع موفقیت در درمانی شناختی رفتاری می‌شوند؟ روشن است که پاسخ دادن به این سؤال اهمیت فراوانی دارد زیرا در صورت پذیرش فرض اول، طحواره‌ی ناسازگار اولیه به طور کلی در آسیب‌شناسی اختلال PTSD مطرح می‌شود و طحواره درمانی، درمان مؤثر این اختلال در نظر گرفته می‌شود ولی در صورت پذیرش فرض دوم، طحواره‌ی ناسازگار اولیه در هسته آسیب‌شناسی اختلال قرار ندارد و لازم است تن‌موردی که این عوامل مانع درمانی رایج می‌گردد، شناسایی و طحواره درمانی صورت گیرد. مسئله اساسی که در صورت پذیرش فرض اول باید مورد بررسی قرار گیرد این است که کدام طحواره و از چه طریقی امکان ابتلا به این اختلال را فراهم می‌سازند؟

سؤال اساسی دیگری که مطرح می‌شود این است که شاید طرحواره‌ی 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 نشانه‌ی آن در بزرگسالی ایجاد شده باشد و خود از عوارض اختلال باشد و نه بر اثر رویدادی 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، طرحواره‌ی ناسازگار ایجاد نموده و طرحواره‌ی 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 طرحواره‌ی از پیش موجود است.

چنانچه وجود طرحواره‌ی 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه مؤثر شناخته شده در این اختلال، با ویژگی‌ای این اختلال، این طرحواره‌ی ناسازگار موجب تفسیر و واکنش ناکارآمد به آسیب می‌شود و یا آسیب و نشانه‌ی اختلال، طرحواره‌ی ناسازگار را تقویت و تشدید می‌کنند؟ جهت تأثیر بین طرحواره 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 تن بر اساس این فرض که طرحواره‌ی 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در نمونه تحقیق اقدام نموده و از طریق طرحواره درمانی به بازسازی مجدد طرحواره‌ی 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.

یافته‌ی پژوهش نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی در هر ۵ حوزه اصلی طرحواره‌ی 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 حوزه‌ی طرحواره روند بهبودی رو به رشدی داشته‌اند. این سؤال مطرح است که کدامیک از این طرحواره و به چه صورتی در فرآیند ایجاد و تداوم اختلال نقش واسطه‌ای مهمی ایفا می‌کنند؟ از آن‌جا که فرض می‌شود ضربه آسیب‌زا و یا نشانه‌ی اختلال هم‌چون اجتناب و کرختی هیجانی موجب فعال شدن طرحواره‌ی ناسازگار و تضعیف شدن طرحواره‌ی سازگار در این افراد می‌گردد، این سؤال مطرح است که در فرآیند درمان، کاهش فعالیت طرحواره‌ی ناسازگار منجر به کاهش نشانه‌ی اختلال می‌شود و یا کاهش نشانه، ضعیف شدن طرحواره‌ی ناسازگار را به دنبال خواهد داشت؟ جهت تأثیر مشخص نمی‌باشد (کوکران و همکاران، ۲۰۱۰).

اگرچه پژوهشگر به برخی فرضیه و تحقیقات مطرح شده در این زمینه اشاره می‌کند، ولی خود در مورد نقش طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در ایجاد و تداوم این اختلال بررسی نکرده و تحلیلی ارائه نمی‌دهد و بیان نمی‌کند که کدام طرحواره و چگونه زمینه ابتلا به این اختلال را فراهم می‌سازد. در صورتی که این تحقیق از طرح تک‌موردی استفاده کرده که مربوط به زمینه‌ی با ماهیت اکتشافی است و این فرصت را برای پژوهشگر فراهم می‌کند تا به تجزیه و تحلیل مسئله اصلی تحقیق بپردازد و بتواند چگونگی نقش طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در بروز و تداوم اختلال را توصیف کند. تحقیقات مشابهی که در این زمینه صورت گرفته است، طرحواره‌ی ناسازگار اولیه مؤثر در رشد این اختلال را مشخص ساخته و نحوه تأثیرگذاری را توضیح داده‌اند. از آن‌جا که محقق نحوه ارتباط طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با نشانه‌ی 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 طباطبائی (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 متاهل دانشجو ساکن در خوابگاه‌های دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، 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 داده‌های حاصل از اثربخشی بودن درمان طرحواره محور بر بهبود نحوه ارتباط و رابطه جنسی زنان بود و فرضیه‌ی تحقیق در مؤلفه‌ی ارتباط و رابطه جنسی تأیید و در مؤلفه‌ی رضایت زناشویی و حل تعارض رد شد. در مجموع یافته‌ی حاصل نشان داد که استفاده از این روش درمانی می‌تواند در بهبود ارتباط زناشویی بین زنان و همسران آن کارآمد باشد (رسولی، ۱۳۸۸).

ارزیابی

مسئله اساسی پیش‌رو این تحقیق، عدم تناسب مداخله انتخابی؛ یعنی طرحواره درمانی برای افزایش رضایت زناشویی است. درمان ارائه شده توسط رویکرد طرحواره^۵ محور، به بیماران دشواری اختصاص پیدا می‌کند که مشکلات شخصیتی داشته و در برابر درمانی موجود مقاومت نشان داده و بهبودی کسب نکرده‌اند (یانگ، ۲۰۰۳)؛ لذا زمانی که دستیابی به رضایت زناشویی از طریق درمانی ساده‌تر و مختصرتر میسر نشود، گزینه طرحواره درمانی پیش‌رو قرار می‌گیرد؛ در این موارد خاص، مشکلات زناشویی و ارتباطی بلندمدت و گاه مسائل مبهم و نامشخصی وجود دارند که تشخیص و درمان آن دشوار به نظر می‌رسد و ریشه در طرحواره 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه می‌تواند 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 طرحواره‌ی 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 درمان و راه‌حلی ساده‌تری قابل حل شدن است.

مسئله دیگر این‌که زمان در نظر گرفته شده برای اجرای طرحواره درمانی 8° جلسه - با توجه به ماهیت این درمان که با طرحواره‌ی 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 طرحواره 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 تن در برخی حوزه تعارض دارند ۲۰ تا ۲۵ جلسه درمان لازم است (نویز، ۲۰۰۷).

از آن‌جا که طول دوره درمان بسیار کوتاه بوده و طرحواره‌ی 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 شکلی ملایم‌تر و مختصرتر درمان هم‌چون درمان شناختی رفتاری مؤثر بوده است، دلایلی برای اعمال مداخلات شدیدتر و استفاده از طرحواره درمانی و بررسی ریشه‌ی 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 مناسبت 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 درمانی 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 در این موارد اعمال نمود.

هم‌چنین در اغلب پژوهشی صورت گرفته، نقش اختصاصی طرحواره‌های خاص در اختلالات ویژه اثبات نشده و تن به ذکر کلیات کفایت شده است. در این زمینه لازم است پژوهش‌هایی دقیق صورت گرفته و نحوه ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه اختصاصی و ریشه‌ی تحولی با اختلال مورد نظر روشن و چگونگی فرایند کاهش نشانه بر اثر دستکاری این طرحواره به طور دقیق توضیح داده شود. به عبارت دیگر، تصریح شود که کدام طرحواره 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 طرحواره‌ی ناسازگار اولیه بیماران اقدام نموده و این را شاهدهی بر نیاز به استفاده از طرحواره درمانی دانسته‌اند؛ باید در نظر داشت که ممکن است طرحواره‌ی ناسازگار اولیه شناسایی شده، ریشه مشکلات مورد نظر بیمار که هدف مداخله درمانی قرار گرفته‌اند، نباشند. ممکن است بیماری، طرحواره‌ی 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 طرحواره در موارد نامناسب موجب تقویت آن و بدتر شدن نشانه گردد. از طرفی وجود طرحواره‌ی ناسازگار اولیه، دلیل قطعی بر عدم پاسخگویی بیمار به درمانی ملایمی چون درمان شناختی رفتاری نمی‌باشد، زیرا پژوهش نشان می‌دهند که نه تن درمان شناختی رفتاری می‌تواند با وجود حضور این طرحواره‌ی ناسازگار موفق باشد، بلکه در مواردی درمان شناختی رفتاری توانسته نمرات طرحواره‌ی ناسازگار اولیه را به همراه نشانه‌ی روانشناختی کاهش دهد. بنابراین یافته، اینکه طرحواره درمانی، تغییرات طرحواره‌ی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری ایجاد می‌کند نیاز به بررسی‌ای مقایسه‌ای دقیق دارد. اما مسئله اساسی و مهمی که در پژوهشی حوزه طرحواره درمانی نادیده گرفته می‌شود، بررسی نقش طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در ایجاد مشکلات روانشناختی مزمن و مقاوم به درمان است. در این جا این سؤال اساسی مطرح است که آیا این طرحواره‌ی ناسازگار اولیه شناسایی شده، علت و منشأ به وجود آمدن نشانه‌ی روانشناختی ویژه است و یا این طرحواره منشأ مشکلات دیگری است که به همراه نشانه‌ی اختلال ایجاد شده و موجب مقاومت بیمار در برابر درمانی معمول و مزمن شدن بیماری او می‌شود. زیرا این احتمال وجود دارد که طرحواره‌ی ناسازگار شناسایی شده، منشأ مشکلات دیگر بوده و مستقیماً با نشانه‌ی اختلال حاضر ارتباط نداشته باشند. برای مثال می‌توان اشاره داشت که طرحواره‌ی ناسازگار اولیه می‌تواند 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 مکانی باز را مطرح می‌سازد که در طی درمان شناختی رفتاری بهبود قابل توجهی یافتند، ولی به علت حضور طرحواره‌ی

ناسازگار اولیه که مشکلات شخصیتی زیربنایی و سبک زندگی ناسازگاری را برای بیمار رقم زده بود، نتوانستند مرت و بهبودی کسب شده را حفظ کنند (یانگ، ۲۰۰۳). بنابراین، نیاز به انجام پژوهش‌هایی است که روشن سازند که آیا طرحواره‌ی ناسازگار در فرایند شکل‌گیری بیماری، نقش متغیر واسطه‌ای را ایفا کرده و منشأ شکل‌گیری آسیب است و آیا در درمان، دستکاری این طرحواره منشأ مستقیم از بین رفتن نشانه است و رابطه علت و معلولی بین طرحواره درمانی و کاهش نشانه را بیان می‌کنند و یا این طرحواره‌ی ناسازگار، متغیر تعدیل‌کننده‌ای محسوب می‌شوند که استعداد ابتلا به بیماری را افزایش داده و در درمان نیز چنانچه لفورده 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. پژوهشی 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 طرحواره‌ی ناسازگار را به طور کلی در هسته اختلال مورد نظر خود در نظر گرفته‌اند، این درحالی است که این قضاوت، نیازمند انجام تحقیقات دقیقی است تا به گونه‌ای علمی این مسئله را روشن کند. اهمیت این مسئله در این است که در صورتی که طرحواره‌ی ناسازگار اولیه به طور کلی در هسته آسیب شناسی یک اختلال مطرح می‌شود، طرحواره درمانی، درمان مؤثر این اختلال در نظر گرفته می‌شود، ولی در صورتی که طرحواره‌ی ناسازگار اولیه در هسته آسیب شناسی اختلال قرار نداشته باشد، لازم است تن مواردی که این عوامل مانع درمانی رایج می‌گردد، شناسایی و طرحواره درمانی صورت گیرد. شواهد متفاوتی از این فرض حمایت می‌کنند که طرحواره‌ی ناسازگار شناسایی شده، نشان‌دهنده صفات شخصیتی زیربنایی می‌باشند که موجب مقاومت درمانی می‌شوند و به مثابه متغیر تعدیل‌کننده می‌باشند، زیرا با شدت نشانه ارتباط نداشته و علی‌رغم بهبود نشانه و نوسان آن در طول زمان، نسبتاً ثابت بوده‌اند. می‌توان گفت این طرحواره، 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 پژوهشی جدیدی مورد نیاز است تا با ارزیابی دقیق و شواهد کافی، نقش واسطه‌گری و یا تعدیل‌کنندگی این طرحواره را تعیین سازند. مسئله

دیگری که با مرور پژوهش مطرح و بی جواب می‌ماند این است چگونه می‌توان گفت طرح‌حواره‌ی ناسازگار شناسایی شده در بیماران، در اثر رویدادی 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 طرح‌حواره به علت رویدادی 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 طرح‌حواره لزوماً کاهش نشانه‌ی 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 طرح‌حواره را به همراه داشته باشند؟ چنانچه در برخی پژوهش نشان داده شده است که درمان شناختی رفتاری به تنهایی می‌تواند طرح‌حواره‌ی 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 طرح‌حواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی
- قربانعلی، مسعود. (۱۳۸۹). اثربخشی و مقایسه طرح‌حواره درمانی و معنا درمانی بر هراس از مرگ در افراد مبتلا به خودبیمار پنداری. رساله دکتری. دانشگاه علامه طباطبایی
- اسماعیلی، علی. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی طرح‌حواره 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 طرح‌حواره درمانی در درمان جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه: کاهش علائم تجربه مجدد، بیش‌انگیختگی 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 خوابگاه ی 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