

رواندرمانی های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم انداز، با تاکید ویژه بر طرحواره درمانی

دکتر فرامرز سهرابی^۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۲۴

تاریخ وصول: ۹۳/۱۰/۱۲

چکیده

پژوهش حاضر که از نوع پژوهش های مروری است به بررسی روند تحول رواندرمانی های موج سوم با تاکید بر طرحواره درمانی می پردازد. رواندرمانی های موج سوم اصولاً نشأت گرفته از رواندرمانی های شناختی-رفتاری هستند که موج اول آن با نظریه رفتارگرایی کلاسیک و درمان های مبتنی بر مطالعات آزمایشگاهی رفتار و یادگیری ایجاد شد، موج دوم نیز بر فرایندهای شناختی و نقش فرایندهای شناختی در پدیدآیی و درمان اختلالات روانشناختی تاکید دارند و از ترکیب این دو موج مجموعه ای از درمان ها تحت عنوان درمان های شناختی^۰ رفتاری ایجاد شده اند. موج سوم نیز، با تلفیق سنت های معنوی شرقی، از جمله فنون مراقبه، تفکر نظاره ای با رفتاردرمانی-شناختی سنتی است که از این تلفیق به عنوان موج سوم رواندرمانی یاد می شود. طرحواره درمانی هم به عنوان یکی از درمان های موج سوم توسط جفری یانگ به عنوان یک مدل درمانی مطرح شد که بیشتر برای درمان اختلالات شخصیت و سایر اختلالات مزمنی که نسبت به درمان رفتاری-شناختی کلاسیک مقاومت نشان می دهند، به کار می رود.

واژگان کلیدی: رواندرمانی موج سوم، درمان شناختی-رفتاری، طرحواره درمانی.

مقدمه

رواندرمانی های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی به عنوان درمان های موج سوم شناختی-رفتاری تعریف می شود. رواندرمانی های موج سوم که دارای پشتوانه تجربی هستند شامل

^۱ دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران asmar567yahoo.com

اشاره کرد که هر دو روش بر شناسایی و اصلاح شناخت‌های تحریف شده و غیرمنطقی و غیرعقلانی تأکید دارند.

در پایان دهه‌ی ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ رویکردهای مربوط به خیز اول و خیز دوم با هم ادغام شده و مجموعه‌ای از درمان‌ها را تحت عنوان درمان‌های شناختی- رفتاری ایجاد کردند. موج سوم نیز، تلفیقی از سنت‌های معنوی شرقی، از جمله فنون مراقبه، تفکر نظاره‌ای با رفتاردرمانی- شناختی سنتی است که هایز و همکاران از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند که در اوایل دهه ۱۹۹۰ شروع شد و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید می‌کردند (کارداسیوتو^۱، ۲۰۰۵). همچنین در این رویکرد به کمک طرحواره‌ها که حکایت از باورهای بنیادینی می‌کند که تشکیل‌دهنده دیدگاه فرد درباره خود، دیگران و جهان اطراف است، به فرایند درمان کمک می‌کنند. این طرحواره‌ها، سازه‌های فرضی هستند که بازنمایی معانی در آن‌ها ذخیره می‌شود (آقاعلی، زندی‌پور و احمدی، ۱۳۹۰).

در ادامه ی مطلب به شرح مختصری از انواع رواندرمانی‌های رایج موج سوم پرداخته می‌شود و سپس با توجه به موضوع اصلی این ویژه نامه که بر اساس طرحواره درمانی تنظیم شده است، شیوه ی طرحواره‌درمانی به صورت مفصل‌تر مورد بحث قرار می‌گیرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: درمان مبتنی پذیرش و تعهد (ACT) رویکردی فرایندمدار است که به عنوان یکی از رواندرمانی‌های موج سوم شناخته می‌شود. در این رویکرد بر خلاف شناخت‌درمانی سنتی، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. در عوض به فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه می‌شود (هایز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس^۲، ۲۰۰۶). دو مفهوم کلیدی در این نوع درمان انعطاف‌پذیری روانی^۳ و اجتناب تجربی^۴ است. انعطاف‌پذیری روانشناختی یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی

1 Cardaciotto, L. A.

2 Hayes, S. C.; Luoma, J. B.; Bond, F. W.; Masuda, A. & Lillis, J.

3 Mental Flexibility

4 Experimental avoid

صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات و تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فرمن و هربرت^۱، ۲۰۰۸) اجتناب تجربی هم زمانی اتفاق می‌افتد که شخص تمایلی به ماندن در تجربیات خصوصی خاصی را ندارد و در جهت اصلاح شکل یا فراوانی این تجربیات بر می‌آید (حسینیان، پردلان، حیدری و سلیمی، ۱۳۹۳).

رفتاردرمانی دیالکتیکی: رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) رویکردی روان‌درمانگرانه است که توسط مارشا لینهان^۲ برای درمان مشکلات افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی^۳ که به طور مزمنی در معرض خودکشی قرار داشتند، ابداع شد. این رویکرد در سال ۲۰۰۱ عنوان یک درمان با پیشینه تجربی برای اختلال شخصیت مرزی را دریافت کرد و در حال حاضر تنها شکل درمان سرپایی مؤثر این اختلال است. رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر نظریه زیست-اجتماعی تبادلی است که به سبب‌شناسی مشکلات تنظیم خلق اختلال شخصیت مرزی می‌پردازد و راهبردهای درمان شناختی-رفتاری را با جنبه‌هایی از مراقبه (عمل‌ذن)^۴ ادغام می‌کند. این روش همچنین از فلسفه دیالکتیکی برای سنتز (ساختن) این دو دیدگاه متضاد در قالب یک مجموعه منسجم از اصول درمانی استفاده می‌کند (سوالس و هیرد^۵، ۲۰۰۹).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در ابتدا به منظور پیشگیری از عود افسردگی معرفی شد و جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی خود را شناسایی و از شروع دوره‌ی مجدد اختلال پیشگیری کنند. همچنین بیماران در برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یاد می‌گیرند که توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و در عوض به بدن و طبیعت اطراشان بیشتر توجه کنند (سگال، ویلیامز و تسدال^۶، ۲۰۰۲). به علاوه این مدل درمانی فرض می‌کند که مکانیسم

1 Forman, E.M. & Herbert, J. D.

2 Linehan, M.

3 Borderline personality disorder

4 Zen practice

5 Swales, M. A. & Heard, H.

6 Segal, Z. V. ;Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D.

درمانی فعال، تغییر مفروضه‌های ناکارآمد و باورهای هسته‌ای براساس ساختارهای منطقی است و به دنبال این تغییرات است که نشانه‌ها فروکش می‌کنند.

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی: کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) را نخستین بار کابات زین^۱ (۱۹۹۰) برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با استرس و درد مزمن در دانشگاه پزشکی ماساچوست عنوان کرد و مبنای ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی می‌باشد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در این الگو، ذهن آگاهی یعنی متمرکز کردن توجه عمدی شخص بر تجربه‌ای است که در حال حاضر جریان دارد، این توجه دارای ویژگی غیرقضاوتی و همراه با پذیرش است و روی تمرین‌های نشستن، مراقبه‌ی قدم زدن و برخی تمرین‌های یوگا تأکید می‌کنند (روسینزویگ و همکاران^۲، ۲۰۱۰؛ کابات زین، ۲۰۰۳).

فعال‌سازی رفتاری: فعال‌سازی رفتاری (BA) نوعی رفتاردرمانی محض مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار^۳ است (جاکوبسون، مارتل و دیمیدجیان^۴، ۲۰۰۱) که در درمان افسردگی بیشتر به کار برده می‌شود هرچند در درمان سایر اختلالات نیز کاربرد دارد. اجتناب رفتاری^۵ کانون درمان فعال‌سازی رفتاری است. در این درمان به بیمار آموخته می‌شود که در مقابله با شرایط محیطی آزارنده و ناکام‌کننده، به جای اجتناب، با رفتاری فعالانه‌تر واکنش نشان دهد. از جمله مهم‌ترین خصوصیات این درمان، مقرون به صرفه بودن از نظر زمان، هزینه، امکانات و سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی و منطبق بودن پروتکل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار می‌باشد (پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون، ۱۳۹۱).

رواندرمانی تحلیل تابعی: رواندرمانی تحلیل تابعی (FAP) بر اصول رفتارگرایی رادیکالی اسکینر و تحلیل رفتار مبتنی است و بر نقش تقویت مشروط^۶ تأکید دارد. این مدل دارای رویکردی رفتاری به درمان است که تأکیدی دقیق بر جنبه‌های درمانی و روابط (تعاملات)

1 Kabat-Zinn, J.

2 Rosenzweig, S. & et al.

3 functional behavior analysis

4 Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S.

5 behavioral avoidance

6 Contingent reinforcement

و تداوم می‌بخشند. تمرکز اولیه در این درمان بر تعاملات بین فردی است (اسوان و هول^۱، ۲۰۰۷).

حال که در مورد انواع مختلف درمان های موج سوم معرفی اجمالی به عمل آمد، در ادامه به بررسی یکی از پرکاربردترین نوع درمان های موج سوم یعنی طرحواره درمانی (ST) به طور مفصل پرداخته می‌شود.

پیشینه تاریخی طرحواره درمانی

واژه طرحواره^۲ از نخستین دهه‌های قرن بیستم به متون روانشناسی راه یافت و به نظر می‌رسد بارتلت اولین کسی بود که مفهوم طرحواره را در روانشناسی و در گستره حافظه مطرح کرد، بعدها کم کم در روانشناسی جایگاه ویژه‌ای یافت و در نظریات پیازه مدل‌های بازنمایی ذهنی را بخوبی توضیح داد (سلطان‌الکتابی، ۱۳۹۳). طرحواره، به طور گسترده‌تر در حوزه شناختی، تاریخچه‌ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند (طباطبایی برزکی، سهرابی و کریمی زارچی، ۱۳۹۱).

طرحواره‌ها از خاطرات، هیجان‌ها، افکار و احساس‌های بدنی تشکیل شده اند که طی دوران کودکی یا نوجوانی پدید می‌آیند و در طول زندگی پیچیده‌تر می‌شوند. طرحواره‌ها در ابتدا حالت سازگارانه دارند و بازنمایی‌های نسبتاً دقیقی از محیط دوران کودکی بوجود می‌آورند، اما همچنان که کودک رشد می‌کند، حالت ناسازگارانه پیدا می‌کنند (سلطان‌الکتابی، ۱۳۹۳). حدود چند دهه قبل بک (۱۹۶۷ و ۱۹۷۶) بر نقش بنیادی طرحواره‌های شناختی تاکید کرد و علیرغم نقش مرکزی طرحواره‌های شناختی در نوشته‌های اولیه شناخت درمانگران، رویکردهای درمانی پدید آمدند که تمایل زیادی به بررسی افکار منفی و باورهای ناکارآمد نشان دادند و در همین راستا پروتکل‌های درمانی بوجود آمده نیز به درمان‌های کوتاه مدت تمایل داشتند و توجه کمتری به طرحواره‌های شناختی می‌شد اما در

1 Swan, J. S. & Hull, A. M.

2 Schema

سال‌های اخیر برخی محققان به نظریه ابتدایی بک از طرحواره رجوع کردند که یانگ^۱ (۱۹۹۰) از پیشگامان رویکرد بالینی طرحواره‌محور بود (قربانعلی پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱).

پدیدآورنده نظریه طرحواره درمانی

جفری یانگ، عضو هیئت علمی دپارتمان روانپزشکی دانشگاه کلمبیاست که بنیانگذار «موسسه طرحواره‌درمانی» می‌باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱).

مبانی نظری و فلسفی

طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۲ مفهوم کلیدی طرحواره‌درمانی است (سمپرتگوی، کارمن، آرنتز و بکر^۳، ۲۰۱۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عقاید عمیقاً منفی درباره خود، دیگران و جهان اشاره دارد که ممکن است در طی اولین سال‌های زندگی بوجود بیاید (ویرجیل زیگلر- هیل، گرین، آرناو، سیسمور و مایرز^۴، ۲۰۱۱). در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتبی و دی^۵، ۲۰۰۴؛ تیم^۶، ۲۰۱۰). براساس مدل یانگ، طرحواره‌های ناسازگار (یا عقاید هسته‌ای منفی) به چارچوب شناختی ناکارآمد برای مشاهده خود و دیگران اشاره دارد که از ابتدا در پاسخ به رخداد‌های ناسازگار کودکی ایجاد می‌شود و به صورت مداوم در سراسر زندگی فرد گسترش می‌یابد. یانگ برای ضرورت ابداع طرحواره درمانی دو علت ذکر می‌کند:

1 Young, J. E.

2 early maladaptive schemas

3 Sempértégui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M. H. J.

4 Virgil Zeigler- Hill, Green, Arnau, Sisemore, & Myers

5 Maltby, J. & Day, L.

6 Thimm, J. C.

۱. با اینکه رویکردهای شناختی- رفتاری در درمان بسیاری از اختلالات بالینی پیشرفت قابل ملاحظه ای داشتند، اما بسیاری از بیماران به این نوع از درمان‌ها جواب نمی‌دادند (سلطان‌الکتابی، ۱۳۹۳).

۲. رویکردهای شناختی- رفتاری کلاسیک به دلیل عدم موفقیت قابل توجه در درمان برخی اختلالات روانشناختی مزمن و مقاوم مثل اختلالات شخصیت، خودبیمار پنداری، اختلالات خلقی و اضطرابی مزمن جای خود را به تدریج به رویکردهای درمانی جدیدتری داده‌اند که یکی از این رویکردهای درمانی که برای حل مشکلات مزمن طراحی شد، طرحواره درمانی است.

در میان مفاهیم و تکنیک‌های انواع مکاتب روانشناسی، طرحواره‌درمانی رویکردی تحولی به صفات منشی (شخصیتی) است که اغلب زیربنای آسیب‌شناسی‌های شدید هستند. اگرچه طرحواره درمانی بیشتر در درمان اختلالات شخصیت کاربرد دارد اما پژوهش نشان‌دهنده کاربردهای آن در مورد اختلالات خلقی و اضطرابی مزمن نیز می‌باشد (هاوک و برونچر، ۲۰۱۱).

طرحواره درمانی شامل ارزیابی طرحواره‌ها با یک پروتکل درمانی است. یانگ معتقد است که طرحواره الگوی ثابت و درازمدتی است که در دوران کودکی بوجود آمده و تا دوران بزرگسالی نیز ادامه یافته است که با بکارگیری این مدل (طرحواره درمانی)، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به صورت ناهمخوان دیده و در نتیجه برای رهایی، انگیزه بیشتری پیدا می‌کنند. ما از طریق این طرحواره‌ها به جهان نگاه می‌کنیم، طرحواره‌ها باورها و احساسات مهمی در مورد خود و محیط می‌باشند که افراد آن‌ها را بدون چون و چرا پذیرفته‌اند و در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند. معمولاً این طرحواره‌ها به غیر از بافت درمانی در جای دیگری تغییر نمی‌کنند (یارمحمدی واصل، برجعلی، گلزاری و دلاور، ۱۳۹۱).

مبنای کار نظریه طرحواره، اصل هماهنگی شناختی است. افراد برانگیخته می‌شوند تا دیدگاه ثابت خود نسبت به جهان و خودشان را تداوم بخشند و تمایل دارند موقعیت‌ها را به

گونه‌ای تفسیر کنند که طرح‌واره‌هایشان تایید شود (سلطان‌الکتابی، ۱۳۹۳). فریمن و فاسکو^۱ (۲۰۰۴) معتقدند که طرح‌واره‌ها مفروضه‌ها یا قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را تحت کنترل خود در می‌آورند و در طول سال‌ها زندگی فرد تحول یافته‌اند.

روش‌شناسی

روش طرح‌واره درمانی که توسط یانگ به وجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده است و اصول دیدگاه‌های شناختی- رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شیء، ساختارگرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی تلفیق کرده است با این وجود هیچ یک از این مکاتب با طرح‌واره‌درمانی همپوشی کامل ندارند (یانگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱؛ یوسفی، ۱۳۹۰) و در واقع، این رویکرد مکمل درمان شناختی- رفتاری است، چرا که درمان شناختی- رفتاری در درمان بیماری‌های منس شناختی با مشکلاتی رو به رو بوده است که طرح‌واره‌درمانی سعی در پر کردن این خلاء دارد. مولفه اصلی طرح‌واره‌درمانی بر این تصور است که هر شخص یک طرح‌واره کلی دارد و در موقعیت‌های خاص آن‌ها فعال می‌شوند. هدف درمانگر شناسایی این طرح‌واره‌ها و تلاش در جهت اصلاح یا تغییر آن‌هاست. چنین نگرشی در آزادی بیمار و درمانگر راجع به دستور جلسات درمان، نوع مداخلات و چگونگی استفاده از تکنیک‌ها تاثیر به سزایی دارد (یانگ، گلوکو و ویشار^۲، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶).

فرایند درمان

نظریه طرح‌واره دارای پیامدهای بالینی مهمی است، یانگ و همکاران (۲۰۰۳) درباره تاثیر هر طرح‌واره ناکارآمد اولیه بر فرایند درمانی بحث می‌کنند و برای هر یک رویکرد درمانی خاصی توصیه می‌کنند (به نقل از یارمحمدی واصل، برجعلی، دلاور و گلزاری، ۱۳۹۱).

1 Freeman, A. & Fusco, G. M.

2 Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E.

طرحواره درمانی هم به صورت گروهی و هم به صورت فردی اجرا می شود و عموماً تعداد جلسات طرحواره درمانی فردی بیشتر از طرحواره درمانی گروهی است. همچنین طرحواره درمانی بنا به مشکل بیمار می تواند به صورت کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت به کار گرفته شود. طول رواندرمانی نسبتاً طولانی است و حتی به ۲ سال و بیشتر هم می رسد که البته بستگی به شدت بیماری و آمادگی بیمار برای درمان دارد و انگیزه و هوش بیمار و خصوصاً هوش هیجانی بسیار مهم است. بعلاوه هر درمانگری می تواند طرحواره درمانی را به سبک خودش به کار گیرد. در دیدگاه طرحواره درمانی بر رابطه درمانی و نیز بر فرایند هیجانی تجارب و حشنتاک به عنوان ابزار تغییر رفتار تاکید زیادی می شود (آرنتز و ون-جندرن، ۲۰۰۹).

طرحواره درمانی دو مرحله دارد: (۱) مرحله سنجش و آموزش و (۲) مرحله تغییر. در مرحله اول درمانگر به بیمار کمک می کند تا طرحواره های خود را بشناسد، ریشه های تحولی آن را در کودکی ردیابی کند و آن ها را با مشکلات فعلی خود مرتبط سازد و در مرحله دوم (تغییر)، درمانگر با ادغام و به کارگیری مداخلات و راهبردهای شناختی، رفتاری، رابطه درمانی (بین فردی) و تجربی در تلاش است طرحواره های بیمار را بهبود بخشیده و الگوهای رفتار سالمی را جایگزین سبک های مقابله ای ناسازگار او کند (یانگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱).

در مرحله تغییر، درمانگر از مداخلات شناختی، رفتاری، رابطه درمانی (بین فردی) و تجربی استفاده می کند که در هر طرحواره شکل خاصی دارد. در بعد شناختی افکار غیر منطقی و خطاهای شناختی مورد تحلیل و چالش قرار می گیرد. در بعد رفتاری الگوهای رفتاری معیوب شکسته می شود، در بعد رابطه درمانی درمانگر سعی می کند در قالب مرزهای درمان و بدون عدول از اصول اخلاقی نیازهای بیماران را تامین کنند که به نوعی بازوالدینی حد و مرزدار نامیده می شود و در بعد تجربی با تصویرسازی ذهنی از کودک آسیب دیده حمایت می شود و خشم بیمار تخلیه می گردد.

پروتکل درمانی

همانگونه که ذکر شد، طول دوره درمان با استفاده از مدل طرحواره درمانی نسبتاً طولانی - مدت است که البته بسته به نوع درمان (فردی یا گروهی)، شدت بیماری، آمادگی و انگیزه بیمار برای درمان و هوش بیمار می‌تواند متفاوت باشد که از ده جلسه شروع و گاهی حتی به ۲ سال و بیشتر هم می‌رسد. مثلاً در پژوهشی که توسط مالوجیانیس و همکاران^۱ (۲۰۱۴) انجام گرفته، پروتکل طرحواره‌درمانی از ۶۰ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای تشکیل می‌شود که ۵۵ جلسه اول هفته‌ای یکبار و ۵ جلسه آخر دو هفته یکبار برگزار می‌شود و کل دوره درمان حدود ۲۰ ماه طول می‌کشد.

منابع

- آقاعلی، فاطمه؛ زندی‌پور، طیبه و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). مطالعه تاثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تاکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم در سال ۱۳۸۸. *فصلنامه روانشناسی و دین*، ۴(۱): ۵۴-۳۷.
- پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد و پرهون، کمال. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت و درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۶(۴): ۵۲-۳۶.
- حسینیان، سیمین؛ پردلان، نوشین؛ حیدری، حمید و سلیمی، سمانه. (۱۳۹۳). تحلیل ساختاری فرسودگی شغلی پرستاران با مولفه‌های مبتنی بر پذیرش، تعهد و تنظیم هیجان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۳): ۴۶-۳۷.
- سلطان‌الکتابی، مرضیه. (۱۳۹۳). مقایسه دیدگاه‌های طرحواره‌درمانی، روان‌پویایی و آزادی‌درمانی. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*، ۷۲: ۷۴-۸۸.

1 Malogiannis, I. A. & et. Al.

طباطبایی برزکی، سعید؛ سهرابی، فرامرز و کریمی زارچی، مهدی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تکنیک های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره های افراد افسرده. فصلنامه فرهنگ مشاوره و رواندرمانی، ۳(۱۱): ۷۵-۸۶.

قربانعلی پور، مسعود و اسماعیلی، علی. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان خودبیمار پنداری. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۳(۹): ۴۳-۵۸.

یارمحمدی واصل، مسیب؛ برجعلی، احمد؛ گلزاری، محمود و دلاور، علی. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عودکننده. فصلنامه فرهنگ مشاوره و رواندرمانی، ۳(۱۲): ۲۱-۴۸.

یانگ، جفری؛ کلوکسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۲۰۱۲). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز، ۱۳۹۱، تهران: ارجمند

یوسفی، ناصر. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و نظام عاطفی بوون بر میل به طلاق در مراجعان متقاضی متارکه. مجله روان شناسی بالینی، ۳(۱۱): ۵۳-۶۴.

- Arntz, A. & van Genderen, H. (2009). Schema Therapy for borderline personality disorder; John Wiley & Sons, Ltd, Publication.
- Cardaciotto, L. A. (2005). Assessing Mindfulness: The Development of a Bi-Dimensional Measure of Awareness and Acceptance [Thesis]. Philadelphia, PA: Drexel University.
- Christensen, A. & Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: Guilford Press.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, Hoboken, New Jersey: Wiley, 3(1): 263-265.
- Freeman, A. & Fusco, G. M. (2004). *Borderline personality disorder- A therapist s guide to taking control*. USA: Norton.
- Hawke, L. D. & Provencher, M. D. (2011). Schema therapy and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25 (4): 257-276.

- Hayes, S. C.; Luoma, J. B.; Bond, F. W.; Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*, 44(1): 1-25.
- Jacobson, N. S.; Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8: 255-270.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical psychological: Science & Practice*, 10: 144-156.
- Maltby, J. & Day, L. (2004). Forgiveness and defense style. *Journal of Genetic Psychology*, 165 (1): 99-110.
- Malogiannis, I. A. & et. Al. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45: 319-329.
- Rosenzweig, S.; Greeson, J. M.; Reibel, D. K.; Green, J. S.; Jasser, S. A. & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal Psychosomatic Research*, 68: 29 - 36.
- Segal, Z. V.; Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based Cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33: 426-447.
- Swales, M. A. & Heard, H. (2009). Dialectical behavior therapy, Distinctive features. USA: Routledge press.
- Swan, J. S. & Hull, A. M. (2007). The cognitive behavioural analysis system of psychotherapy: a new psychotherapy for chronic depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13: 458° 469.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41: 373-380.
- Valero-Aguayo, L.; Kohlenberg, R. T.; Ferro-García, R. & Tsai, M. (2011). Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Clinical and health*, 22 (3): 209-221.
- Virgil Zeigler-Hill, V. Z., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B. & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42: 96-103.