

اثربخشی مدل بومی سازی شده طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های درمانگران
 ماندانا شعبان^۱، مهرانگیز پیوسته‌گر^۲، زهره خسروی^۳

The effectiveness of the localized model of schema therapy on changing the schema of therapists

Mandana Shaban¹, Mehrangiz Peyvastegar², Zohreh Khosravi³

چکیده

زمینه: روان‌درمانی برای درمانگران باعث افزایش رشد هیجانی و بهبود مهارت‌های بین فردی و همدلی می‌شود، همچنین باعث خودآگاهی در فهم مشکلات فردی تعارض‌ها و ارزش‌ها می‌شود؛ بر این اساس سؤال اصلی پژوهش این است که آیا مدل بومی از طرحواره درمانی می‌تواند بر عملکرد درمانگران اثرگذار باشد؟ **هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های درمانگران انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود که از بین ۵۵ درمانگر مراکز مشاوره افق سلامت، همراز، ساوالان و اردیبهشت در منطقه ۵ تهران با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۱۶ درمانگر انتخاب و در دو گروه آزمایش (۸ نفر) و گواه (۸ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۴) پاسخ دادند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در جلسات مداخله طرحواره درمانی بومی‌سازی پروتکل طرحواره درمانی (فرال و شاور، ۲۰۱۸) برای درمانگران شرکت کردند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که دو گروه در حوزه‌های دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی با هم تفاوت معنادار داشتند ($P < 0/05$)؛ همچنین نتایج بیانگر آن بود که نمرات حوزه‌های دیگر (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل) شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه پس از مداخله کاهش یافته اما این کاهش معنادار نبود ($P > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** مدل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی باعث تعدیل طرحواره‌ها در حوزه دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی شد؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که مدل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی کمک کند تا درمانگر ذهنیت‌های ناسالم خود را بشناسد. **واژه کلیدی‌ها:** بومی‌سازی، طرحواره درمانی، درمانگران.

Background: Psychotherapy for therapists increases emotional development and improves interpersonal skills and empathy, as well as self-awareness in understanding individual problems, conflicts, and values; Accordingly, the main question of the research is whether the native model of schema can affect the performance of therapists. **Aims:** The aim of this study was to determine the effectiveness of the localized model of therapeutic design on changing the schemas of therapists. **Method:** Method was quasi-experimental with pre-test, post-test and a three-month follow-up, Out of 55 therapists of Ofogh Salamat, Hamraz, Savalan and Ordibehesht Counseling Centers in District 5 of Tehran, 16 therapists were selected using sampling and were randomly assigned to two experimental groups (8 people) and witnesses (8 people). Both groups responded to the Young Response Questionnaire (1994) in three stages: pretest, posttest, and follow-up. The experimental group participated in 10 90-minute sessions in the treatment interventions of the localization of the schema therapy protocol (Farell & Shaw, 2018) for the therapists, and the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using repeated measures variance of analysis **Results:** Variation analysis of repeated measurements showed that the two groups were significantly different in reducing other areas of severity and earache ($P < 0/05$); The results also show that the scores of other areas (cutting and rejection, self-regulation and dysfunction) of the subjects in the experimental group decreased compared to the control group after the intervention, but this decrease was not significant ($P < 0/05$). **Conclusions:** The localized model of schema therapy modified schemas in other areas of attention and eloquence; Therefore, it can be expected that the localized model of treatment plan will help the therapist to recognize his unhealthy mentalities. **Key Words:** Localization, schema therapy, therapists.

Corresponding Author:mpavastegar@alzahra.ac.ir

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۱ Ph.D Student, Department of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۴/۲۱

دریافت: ۹۹/۰۳/۲۵

مقدمه

می‌شود (لوئیس و همکاران، ۲۱۰۸). ضمن اینکه در تمام روند درمانگری به ارتباط درمانگری، به ویژه مواجهه سازی همدلانه یا واقعیت آزمایی همدلانه و باز پرورش محدود و یا باز والدینی حد و مرزدار، توجه خاصی خواهد شد (سیدشریفی، نوابی‌نژاد و فرزاد، ۱۳۹۸).

روان درمانی برای درمانگران باعث افزایش رشد هیجانی و بهبود مهارت‌های بین فردی و همدلی می‌شود، همچنین باعث خودآگاهی در فهم مشکلات فردی تعارض‌ها و ارزش‌ها می‌شود، و در نهایت مدلی از آنچه قرار است در نقش درمانگر در آینده ایفا کند، پیدا خواهد کرد. اشتباهات درمانی مشاوران و روان‌درمانگران مبتدی به دو طبقه تقسیم می‌شوند. اول، خطاها و اشتباهات فنی که در سال‌های اولیه کار درمان اتفاق می‌افتد و نتیجه انتخاب نادرست فنون، تشخیص نادرست، ناتوانی درمانگر در درک مضمون و محتوای پنهان صحبت‌های آشکار درمان‌جو و اندکی هم نتیجه نگرش ساده‌انگارانه‌ی درمانگر است. دوم، اشتباهاتی که خیلی آشکار نیست و بی سروصدا تر و نهفته‌تر است و شامل تعداد گوناگونی از واکنش‌های انتقال متقابل و مقاومت متقابل درمانگر است، همانند احساسات جنسی، پرخاشگری، حالت دفاعی، جاه طلبی، تحقیر، ترس، رنجش و شرم که ممکن است درمانگر را به زحمت و دردسر بیاندازد اغلب این اشتباهات می‌تواند نشانه‌ی وجود حالت انتقال متقابل باشد (کیسمنت، ۲۰۰۲ و جاکوب و آنتز، ۲۰۱۱). خودمراقبتی از مهمترین بخش‌های کار حرفه‌ای هر درمانگری است، برای این منظور روان‌درمانی دوره‌ای برای هر درمانگری توصیه می‌شود (آندرسون، باتیستا و هوپ، ۲۰۱۹).

یانگ، (۱۹۹۰) با تلفیق مداخلات روانشناختی، تجربی و یا همان هیجان‌محور و الگوشکنی رفتاری، جهت درمان طیف وسیعی از اختلالات روانشناختی طرحواره درمانی را ابداع کرد. طرحواره درمانی مدلی فراتشخیصی است و کاربرد آن برای اختلال شخصیت اجتنابی، اضطراب اجتماعی، اختلال خوردن، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت خودشیفته، سوء مصرف مواد و موارد دیگر مورد ارزیابی قرار گرفته است و اثربخشی آن تأیید شده است (یانگ، ۲۰۰۶). طرحواره یک ساختار شناختی، به منظور غربال کردن، کدگذاری و ارزیابی محرکی است که ارگانسیم در معرض آن قرار گرفته است؛ بر اساس ماتریکس طرحواره فرد قادر می‌شود تا خود را در ارتباط با زمان و فضا

بسیاری به اشتباه، مشاوره و روان درمانی را فرآیند ساده‌ای می‌دانند که طی آن یک نفر مشککش را مطرح می‌کند و درمانگر از او می‌خواهد تا تجربه‌های دوران کودکی‌اش را شرح بدهد و سپس درمانگر، معنای واقعی این تجربه‌ها را تفسیر می‌کند و آنگاه فرد مورد نظر به بینش دست می‌یابد (ترال و پرینستین، ۲۰۰۱، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۶). باید توجه داشت که افراد گرفتار مشکلات هیجانی و عاطفی، در حالت استیصال و رنج فراوان ممکن است به هر شخصی متوسل شوند؛ اما درمان صحیح این نوع مسائل و مشکلات پیچیده و دشوار، توسط افرادی امکان‌پذیر است که علاوه بر تبحر و مهارت کافی، دانش، بینش و روش‌های لازم در روان درمانی را دارا بوده و خود درگیر مشکلات پیچیده اعصاب و روان نباشند؛ در غیر این صورت، مشاوره و روان درمانی می‌تواند بسیار مضر و حتی خطرناک باشد (شاملو، ۱۳۹۵). عوامل شناختی مختلفی در طول فرآیند درمان می‌تواند بر فرآیند درمان مؤثر باشد. نوعی از شناخت‌ها که می‌تواند در رابطه درمانی مهمی باشند، طرحواره‌ها^۱ هستند (سیمونز، سیستاد، سیمونز و هانسن، ۲۱۰۸). طرحواره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به عنوان واسطه، پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (دانگ، شارما و شاکوات، ۲۰۱۹). برخی از طرحواره‌ها به‌ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیتی و مشکلات بین فردی باشند (آقایی، کهرزائی و فرنام، ۱۳۹۸).

طرحواره درمانی^۲ چهار دسته راهبردهای تغییر یا تکنیک درمانگری عمده را با یکدیگر تلفیق کرده و در فرآیند درمان از این راهبردها بسته به شرایط درمانگری بهره گرفته می‌شود که عبارتند از: تکنیک‌های شناختی، رفتاری، تجربی و رابطه درمانی. از راهبردهای شناختی^۳ به منظور آزمون تجربی و منطقی طرحواره‌های غیر انطباقی اولیه استفاده می‌شود و شامل مداخلات مختلفی است و از فنون شکستن الگوهای رفتاری، به منظور تغییر الگوهای رفتاری خود ویرانگر استفاده می‌شود؛ همچنین از راهبردهای تجربه‌گرایانه به منظور متزلزل ساختن طرحواره‌ها و تغییرات شناختی نیز استفاده

1. Schema
2. schema therapy
3. Cognitive Strategies

ذهنیت‌های ناسازگار و ناکارآمد محسوب می‌شوند و در طی طرحواره‌درمانی با معتبرشماری شایستگی‌ها و بازی تشویقی، شکل می‌گیرند و نیرومند می‌شوند (فارل، شاو و وبر، ۲۰۰۹). هر طرحواره درمانگری موظف است در راستای رشد فردی، افزایش عزت‌نفس، یادآوری تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، شناخت طرحواره‌ها و نیازهای بنیادین و شناخت‌های هیجان غالب خود در خلال جلسه مشاوره و خارج از آن آگاه باشد (فارل و شاو، ۲۰۱۸). فارل و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که ذهنیت طرحواره‌ای به عنوان زیرساخت‌های شناختی، عاطفی و رفتاری می‌تواند در استرس شغلی افراد مؤثر باشد. تن، شاتز، آبما، باملیس و آنتز (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که بهتر است آموزش طرحواره درمانگران در گروه‌های کوچک‌تر انجام شود، که شرکت‌کنندگان بتوانند سؤالاتشان را بپرسند، شرکت‌کنندگان لزوم وجود سوپرویزن با همکاران را برای پرسیدن سؤالات علمی بیان کردند. و نکته مهم این بود که شرکت‌کنندگان برای بررسی فرآیند انتقال متقابل نیاز به یک فرد متخصص در این حوزه را به اتفاق بیان کردند.

کلین‌دوس (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان داد که رابطه معناداری میان شدت اختلالات مختلف روانشناختی، هیجان‌ها و رفتارهای نامناسب با طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد. به طوری که طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی - شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که ریشه در تجارب نامطلوب دوران کودکی و خلق و خوی اولیه دارند و منجر به برداشت‌های ناکارآمد، هیجان‌ها و رفتارهای نامناسب می‌گردند.

هاوک و پروونچر (۲۰۱۱) و جعفری، پویامنش، قربانیان و کبیری (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان دادند که تکنیک‌های طرحواره درمانی که شامل: شناخت و سنجش طرحواره‌های اولیه ناسازگار و سپس تغییرات شناختی و رفتاری است، عامل تغییرات نمرات گروه آزمایش که شامل دانشجویان دانشگاه بوده است شده است. زرین کلاه، صادقی و صالحی (۱۳۹۷) در پژوهشی با هدف اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه گزارش کردند که مشاوره گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر و معنادار بوده یعنی باعث کاهش میانگین نمرات گروه آزمایشی مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار گردیده است.

پژوهشگران در خلال کار با مراجعین‌شان متوجه اهمیت رابطه

جهت‌یابی کند و تجربه‌های خود را به روش معناداری طبقه‌بندی و تفسیر کند (بارلو، ۲۰۰۲). به عبارتی دیگر طرحواره‌ها به ما کمک می‌کنند که ارتباط آسان‌تری با خود، دنیا و دیگران برقرار کنیم، البته به شرطی که این طرحواره‌ها سازگار باشند، در طرحواره درمانی تمرکز بر درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ است (یانگ ۲۰۰۶). یانگ و کلاسکو و ویشار (۲۰۰۳) بیان می‌دارند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود شکننده‌ای هستند که در جریان رشد آغاز و در سرتاسر زندگی تکرار می‌شوند (خراسانی‌زاده، پورشریفی، رنجیری پور، باقری و پویامنش، ۱۳۹۸).

مدلی که طرحواره درمانی برای آسیب‌شناسی روانی مطرح کرده شامل این است که زمانی که نیازهای متعارف و سالم تحولی در دوران کودکی برآورده نشوند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه شکل می‌گیرند. در واقع طرحواره‌های ناسازگار، سازه‌های روانشناختی مشتمل بر باورهای ما درباره خودمان، دنیا و افراد دیگر هستند که در نتیجه تعامل بین ناکامی نیازهای اساسی دوران کودکی، خلق و خوی فطری و محیط اولیه به وجود می‌آیند. طرحواره درمانی به این تعاملات به صورت مدل آسیب‌پذیری پویا و متمایزی نگاه می‌کند، طرحواره‌ها شامل خاطرات، احساس‌های بدنی، هیجان‌ها و شناخت‌هایی می‌شوند که در دوران کودکی شکل می‌گیرند. و در طول زندگی فرد گسترش پیدا می‌کنند. این طرحواره‌ها اغلب در دوران کودکی نقش و عملکردی سازگارانه دارند (فارل و شاو، ۲۰۱۸).

مواجهه همدلانه، رویکرد درمانگر در برابر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتار ذهنیت ناکارآمد است؛ مواجهه همدلانه تنها در متن یک باز والدینی حد و مرزدار با بیمار مؤثر است. با تشخیص ذهنیت‌های ناکارآمد مشخص می‌شود که حضور آنها به برآوردن نیازهای نهفته کودکی بیماران کمک چندانی نمی‌کنند (فرال و همکاران، ۲۰۰۹). ذهنیت‌های والد نیز باید شناخته شده و مجزا از بیمار در نظر گرفته شوند. لازم است با اظهار نظرهای سرزنشگرانه ذهنیت والد تنبیه‌گر چالش شود و کنار گذاشته شود و احکام ذهنیت والد پرتوقع باید به طور واقع‌بینانه بازنگری شود. ذهنیت‌های سالم - بزرگسال سالم و کودک شاد - پادزهرهای

^۱ Early Maladaptive Schema

۵۵ درمانگر شاغل بر اساس جدول مورگان حجم نمونه ۴۸ نفر برآورد شد که از این تعداد با توجه به غربالگری اولیه و ملاک‌های ورود و خروج در پژوهش در مجموع ۱۶ درمانگر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل حداقل سابقه ۲ سال کار با رویکرد طرحواره درمانی، داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی ارشد روانشناسی و ملاک‌های خروج از پژوهش مصرف داروهای روان‌پزشکی و یا مصرف مواد و غیبت بیش از دو جلسه در طی جلسات گروه‌درمانی در نظر گرفته شد. در ابتدا درمانگران در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۴) پاسخ دادند، سپس درمانگران مورد مطالعه در این پژوهش به طور تصادفی در دو گروه گواه (۸ نفر) و آزمایش (۸ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخله طرحواره درمانی بومی‌سازی برگرفته از پروتکل طرحواره درمانی فارل و شاو (۲۰۱۸) که به تأیید ۷ تن از اساتید این حوزه رسیده بود قرار گرفتند؛ پس از آن درمانگران در مرحله پس‌آزمون پرسشنامه‌ای که در مرحله پیش‌آزمون پاسخ داده بودند را مجدداً تکمیل کردند. همچنین همه پرسشنامه‌های تکمیل شده در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از سه ماه مجدداً در مرحله پیگیری تکرار شدند.

در این پژوهش ابتدا، بسته درمانی اولیه تهیه و مورد ترجمه قرار گرفت و جهت اعتباریابی از شیوه محتوایی لاوشه استفاده شد. پس از تهیه شدن بسته درمانی توسط محقق، به منظور تعیین روایی محتوایی نظرات ۷ نفر اساتید حوزه طرحواره درمانگری پیرامون ارتباط جلسات درمانی، کفایت تعداد جلسات، زمان استفاده شده برای هر جلسه و غیره جهت تهیه گزارش نهایی مورد استفاده قرار گرفت و از طریق محاسبه ضریب توافقی لاوشه روایی سنجی محتوایی انجام شد. از آنجایی که در این پژوهش تعداد متخصصانی که در رابطه با محتوای جلسات نظرخواهی شده است ۷ نفر بودند، مقدار روایی محتوایی محاسبه شده بیش از ۴۲/۸ مورد تأیید قرار گرفت.

درمانی و اثرات تغییرات حالت روحی خود بر کیفیت رابطه درمانی شدند، پژوهشگران بررسی کردند خصوصاً در ارتباط با مراجعین دشوار اهمیت ذهنیتی که در آن قرار دارند بر اجرای تمرین‌ها و آموزش مفاهیم طرحواره‌ای و شکل‌گیری رابطه درمانی بسیار مهم است (میرزاحسینی، ارجمند و منیرپور، ۱۳۹۸)، همچنین توجه کردند که بیش از همه عملکردشان و ذهنیت‌شان در خلال اجرای تصویرسازی ذهنی مهم است (مک لئود، ۲۰۱۰، ترجمه پاشاشریفی، رضاخانی و دوکانه‌ای فرد، ۱۳۹۱) پژوهشگران بعد از بررسی چالش‌های با مراجعین خاص و عدم قدرت پاسخگویی مناسب و مبتنی بر بزرگسال سالم به مراجعین بر این باورند که ذهنیت سبک مقابله‌ای ناسالم درمانگر می‌تواند شخصاً منجر به آسیب دیدن مراجع و عدم اجرای تمام و کمال درمان برای ایشان بشود، به طور مثال ایشان متوجه شدند زمانی که در ذهنیت محافظ‌بی تفاوت به سر می‌برند، تمایلشان برای درک مراجع و صحبت در مورد مشکلات داغ احتمالی در جلسه کاهش پیدا می‌کند و تمایل دارند با تمرکز بر تکنیک‌های شناختی از درگیر شدن در هیجانانگیزان پرهیزند، همچنین متوجه شدند که در زمان‌های خاص در ارتباط با برخی مشکلات مشخص با مراجعین‌شان وارد ذهنیت اجتنابی (محافظ بی تفاوت) می‌شوند (تن و همکاران، ۲۰۱۶). با توجه به عملکرد ضعیف برخی از روانشناسان و مشاوران و نارضایتی برخی از بیماران از نتایج درمانی، آموزش و اصلاح طرحواره‌های درمانگران و باز آموزشی تکنیک‌های مختلف درمانی و نحوه درست برقراری رابطه درمانی که مبتنی بر همدلی و توجه مثبت نامشروط است، ضروری به نظر می‌رسد. این موضوع و سایر مشکلات از این دست، محققین را بر آن داشت تا اثرات درمان طرحواره مدار درمانگران و تأثیرات درمان آنها بر افزایش اثربخشی درمان را مورد بررسی قرار دهند و راهی را بیابند تا درمانگران با تغییرات خود به بهبود مراجعان کمک کنند. بنابراین و با توجه به مطالب مطرح شده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا پروتکل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های درمانگران اثرگذار است؟

روش

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و دارای طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل روانشناسان شاغل در مراکز مشاوره افق سلامت، همراز، ساوالان و اردیبهشت در منطقه ۵ شهر تهران بود. از

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی ذهنیت محور بومی سازی شده (فارل و شاو، ۲۰۱۸)

عنوان جلسه	هدف	محتوا	فعالیت‌ها
جلسه اول	معارفه و ایجاد احساس امنیت	شروع معرفی با کاموا و ایجاد احساس تعلق صحبت در مورد مشکلات اصلی شناخت فعال‌کننده‌ها پرسشنامه طرحواره یانگ و ذهنیت یانگ معرفی پنج نیاز اساسی	تمرین و کاربرد گک حباب امن
جلسه دوم	معرفی نیازها	نیاز به دل‌بستگی ایمن، خودمختاری و احساس هویت، آزادی در بیان احساسات، محدودیت‌های واقع‌بینانه و تفریح و لذت ارتباط بین طرحواره‌ها و نیازها ایجاد تصویرسازی ذهنی بررسی فرمول‌بندی موردی (مشکل حال حاضر فرد، الگوی مرتبط و تکرار شونده، نیازهای دوران کودکی من، محیط اولیه)	بررسی شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، نوجوانی و حال حاضر
جلسه سوم	شناسایی و فرمول‌بندی	فاکتورهای زیستی، فعال‌کننده‌ها طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها ظرفیت بزرگسال سالم	بررسی شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، نوجوانی و حال حاضر
جلسه چهارم	آگاهی از ذهنیت سبک مقابله‌ای	بررسی موقعیت‌هایی که ذهنیت فعال می‌شود. نشانه‌های اصلی، احساسات، حس‌های بدنی، افکار، خاطرات، طرحواره‌ها و نیاز	سنجش نیازها "آیا رفتار من منجر به برآورده شدن نیازهایم می‌شود"
جلسه پنجم	آگاهی از ذهنیت‌های والد	شناسایی پیام‌های اصلی والد بررسی شواهد تأیید و رد ذهنیت والد معرفی ۴ ذهنیت والد پرتوقع، سرزنشگر، القاگر گناه و القاگر ترس بررسی ظرفیت‌های بزرگسال سالم	سنجش ذهنیت والد
جلسه ششم	پرورش ذهنیت بزرگسال سالم	معرفی ارزش‌ها رفتار جرأت‌مندانه سه شکل: فاصله گرفتن، خودمراقبتی و مواجهه شناسایی طرحواره‌ها و نیازهای مرتبط به این ذهنیت	تقویت دسترسی به ذهنیت بزرگسال
جلسه هفتم	کار روی ذهنیت کودک عصبانی و کودک تکانشی	شیوه بازی با خشم و نشان دادن سالم خشم با استفاده از بازی بادکنک و مداد شمعی تصویرسازی کودک تنها در خیابان	تکلیف بازی با بادکنک و مداد شمعی
جلسه هشتم	آگاهی از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر	نقاشی کودک آسیب‌پذیر، تمرین بادکنک و احساس بررسی افکار، احساسات، خاطرات، حس‌های بدنی و نیازهای کودک آسیب‌پذیر، آموزش مهرورزی و شفقت به خود	اجرای مهرورزی و شفقت به خود در راستای تسکین ذهنیت کودک آسیب‌پذیر
جلسه نهم	مدیریت ذهنیت کودک آسیب‌پذیر با والد خوب	جاگذاری پیام والد خوب با صداهای والد سرزنشگر، پرتوقع، القاگر گناه و القاگر ترس	کار تجربی با تغییر ذهنیت‌ها
جلسه دهم	ذهنیت کودک شاد	بازی و تفریح پیدا کردن پیام‌های والد خوب در مجلات گفتن پیام‌های والد خوب به یکدیگر	عملکرد ذهنیت‌ها در زندگی فعلی شما (شغلی و غیر شغلی)

ابزار

طرحواره‌ای است. در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً درست درباره من = ۵ تا کاملاً غلط درباره من = ۱ حوزه طرحواره‌ای بریدگی و طرد با سؤال‌های ۱ تا ۲۵، خودگردانی و عملکرد مختل با سؤال‌های ۲۶ تا ۴۵، دیگر جهت‌مندی با سؤال‌های ۴۶ تا ۵۵، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری با سؤال‌های ۵۶ تا ۶۵،

پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ^۱ (YSQ-SF): این پرسشنامه ۷۵ عبارتی توسط یانگ ۱۹۹۸، ساخته شده و شامل ۵ حوزه

1. Yong Early Maladaptive Schema questionnaire- Short Form

دیگر جهت‌مندی ۰/۸۳، محدودیت‌های مختل ۰/۸۴ و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار آماری SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها

برای بررسی اثربخشی درمان طرحواره‌مدار درمانگران ابتدا ۱۶ نفر از درمانگران با میانگین سنی ۴۰ سال و ۱۰ ماه و ۱۷ روز (با انحراف استاندارد (SD) سنی ۵ سال و ۳ ماه و ۱۲ روز)؛ دامنه سنی آنها بین ۳۳ تا ۵۲ سال بود و همچنین در مجموع ۵۶/۳٪ از آنها دارای مدرک کارشناسی ارشد و بقیه دارای مدرک دکتری بودند و ۶۲/۵٪ از درمانگران زن و سایرین ۳۷/۵٪ مرد بودند.

محدودیت‌های مختل با سؤال‌های ۶۶ تا ۷۵ ارزیابی می‌شود (خراسانی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). والر، می‌یر و هنیان (۲۰۰۱) برای تمام حوزه‌ها ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸ و روایی مطلوبی گزارش کردند. خراسانی‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره‌ی‌انگ را در مورد ۴۲۰ نفر از دانشجویان اجرا و ضریب همسانی درونی پرسشنامه را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای حوزه‌های بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، محدودیت‌های مختل و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۲، ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای حوزه بریدگی و طرد ۰/۸۸، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۸۹،

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی حوزه‌های طرحواره‌ای درمانگران به تفکیک گروه‌ها

گروه آزمایش						
حوزه‌های طرحواره‌ای	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بریدگی و طرد	۶۶/۸۷	۲۱/۱۷	۴۶/۸۷	۱۱/۴۶	۴۹	۱۳/۰۹
خودگردانی و عملکرد مختل	۵۷/۲۵	۱۲/۸۷	۳۸/۵	۸/۶۵	۴۱/۱۲	۱۱/۷۴
محدودیت‌های مختل	۳۰/۷۵	۱۰/۴۳	۲۲	۸/۳۶	۲۳	۸/۷۱
دیگر جهت‌مندی	۳۲/۱۲	۹/۹۹	۲۴/۵	۵/۹۲	۲۵/۱۲	۶/۴
گوش به زنگی	۳۱/۶۲	۱۱/۴۸	۲۱	۶/۶۱	۲۲/۳۷	۷/۰۴
گروه گواه						
بریدگی و طرد	۴۹/۶۲	۷/۲۴	۴۹	۶/۴۵	۴۷/۸۷	۶/۹۳
خودگردانی و عملکرد مختل	۴۰/۷۵	۷/۶۱	۴۱/۳۷	۷/۲۴	۴۰/۲۵	۹/۰۶
محدودیت‌های مختل	۲۱/۲۵	۷/۱۲	۲۲/۶۲	۶/۰۹	۲۱/۸۷	۴/۷۳
دیگر جهت‌مندی	۲۴/۲۵	۴/۷۷	۲۴/۲۵	۷/۵۳	۲۴/۷۵	۶/۹۲
گوش به زنگی	۱۸/۵	۷/۴۲	۱۷/۵	۴/۲۷	۱۹/۷۵	۵/۰۶

این متغیرها در گروه‌ها همگن است. همچنین نتایج آزمون ام.باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است. همچنین آماره W موچلی برای متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی‌داری متفاوت است؛ بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. در این شرایط باید از اصلاح اسپیلن گرین‌هاوس گیسر استفاده شود؛ بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون اثرهای درون آزمودنی‌ها از این آماره استفاده شد. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط اندازه‌های تکراری گزارش شده است.

نتایج جدول ۳ نشان داد که حوزه‌های دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری دارد. استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است که در پژوهش حاضر اعمال شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگراف-اسمیرنف، برای همگنی واریانس‌های آزمون لوین و جهت سنجش برابری واریانس‌های گروه و همبستگی آنها از آزمون موچلی استفاده شد که در جدول ۳ نتایج گزارش شده است. یافته‌های جدول ۴ نشان داد که آماره f آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس متغیرها در گروه آزمایش و گواه برای متغیرهای وابسته معنادار نیست. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	آزمون کولموگراف-اسمیرنف		آزمون لوین		آزمون موخلی		آزمون ام.باکس
		Z	سطح معناداری	F	سطح معناداری	% مقدار	سطح معناداری	
بریدگی و طرد	آزمایش گواه	۰/۲۲	۰/۲۰	۱/۱۸	۰/۲۴	۳۷/۹۶	۰/۰۰۱	۱/۰۴
	گواه	۰/۳۳	۰/۰۷					
خودگردانی و عملکرد مختل	آزمایش گواه	۰/۲۰	۰/۲۰	۱/۴۸	۰/۱۱	۱۶/۷۹	۰/۰۰۱	۱/۴۷
	گواه	۰/۲۱	۰/۲۰					
محدودیت‌های مختل	آزمایش گواه	۰/۲۵	۰/۱۳	۱/۳۲	۰/۱۶	۱۶/۸۵	۰/۰۰۱	۱/۹۸
	گواه	۰/۲۶	۰/۱۰					
دیگرجهت‌مندی	آزمایش گواه	۰/۲۰	۰/۲۰	۱/۲۳	۰/۲۱	۱۱/۰۵	۰/۰۲۳	۱/۶۲
	گواه	۰/۲۳	۰/۲۰					
گوش به زنگی	آزمایش گواه	۰/۲۴	۰/۱۹	۱/۴۴	۰/۲۴	۲۰/۶۸	۰/۰۰۱	۱/۱۰
	گواه	۰/۳۳	۰/۱۱					

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه گروه در سه مرحله

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
بریدگی و طرد	مراحل مداخله	۱۰۸۲/۰۴	۱/۰۲ و ۱۴/۳۸	۱۰۵۲/۸۶	۶/۳۲	۰/۰۲۴	۰/۳۱
	مراحل × گروه	۸۶۱/۲۹	۱/۰۲ و ۱۴/۳۸	۸۳۸/۰۶	۵/۰۳	۰/۰۴	۰/۲۶
	بین گروهی	۳۵۲/۰۸	۱ و ۱۴	۳۵۲/۰۸	۰/۷۸	۰/۳۹	۰/۰۵
خودگردانی و عملکرد مختل	مراحل مداخله	۸۰۹/۵۴	۱/۱۵ و ۱۶/۲۲	۶۹۸/۳۶	۸/۰۰	۰/۰۱۰	۰/۳۶
	مراحل × گروه	۸۴۴/۷۹	۱/۱۵ و ۱۶/۲۲	۷۲۸/۷۷	۸/۳۵	۰/۰۰۸	۰/۳۷
	بین گروهی	۲۸۰/۳۳	۱ و ۱۴	۲۸۰/۳۳	۰/۶۴	۰/۴۳	۰/۰۴
محدودیت‌های مختل	مراحل مداخله	۱۴۰/۲۹	۱/۱۵ و ۱۶/۲۱	۱۲۱/۱۰	۲/۹۷	۰/۰۹۹	۰/۱۷
	مراحل × گروه	۲۳۴/۲۹	۱/۱۵ و ۱۶/۲۱	۲۰۲/۲۵	۴/۹۶	۰/۰۳۶	۰/۲۶
	بین گروهی	۱۳۳/۳۳	۱ و ۱۴	۱۳۳/۳۳	۰/۹۸	۰/۳۳	۰/۰۶
دیگرجهت‌مندی	مراحل مداخله	۱۳۵/۵۴	۱/۵۰ و ۲۱/۱۳	۸۹/۸۰	۷/۵۳	۰/۰۰۶	۰/۳۵
	مراحل × گروه	۱۵۲/۵۴	۱/۵۰ و ۲۱/۱۳	۱۰۱/۰۶	۸/۴۷	۰/۰۰۴	۰/۳۷
	بین گروهی	۳۲۰/۳۳	۱ و ۱۴	۳۲۰/۳۳	۱۹۳/۵۲	۰/۰۰۲	۰/۵۱
گوش به زنگی	مراحل مداخله	۲۸۳/۰۴	۱/۶۸ و ۲۳/۵۹	۱۶۷/۹۳	۱۲/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶
	مراحل × گروه	۲۷۱/۵۴	۱/۶۸ و ۲۳/۵۹	۱۶۱/۱۱	۱۱/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	بین گروهی	۲۲۷۹/۰۸	۱ و ۱۴	۲۲۷۹/۰۸	۱۶۳/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که برنامه بومی‌سازی طرحواره درمانی برای درمانگران بر نمره بریدگی و طرد ($P=0/39$) خودگردانی و عملکرد مختل ($P=0/43$) و محدودیت‌های مختل ($P=0/33$) مؤثر نبوده و بر روی دیگرجهت‌مندی ($P=0/002$) با اندازه اثر ۰/۵۱ و گوش به زنگی ($P=0/001$) با اندازه اثر ۰/۷۲ مؤثر بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون			پیش‌آزمون-پیگیری			پس‌آزمون-پیگیری		
	تفاوت	انحراف	سطح معناداری	تفاوت	انحراف	سطح معناداری	تفاوت	انحراف	سطح معناداری
دیگرجهت‌مندی	۳/۸۱	۱/۲۶	۰/۰۲۸	۳/۲۵	۱/۱۱	۰/۰۳۴	۰/۵۶	۰/۷۱	۰/۸۹
گوش به زنگی	۵/۸۱	۰/۱۲۵	۰/۰۰۱	۴/۰۰	۱/۳۸	۰/۰۳۶	۱/۸۱	۰/۹۲	۰/۲۱

همکاران (۲۰۰۹)؛ تن و همکاران (۲۰۱۶)؛ کلین دویس (۲۰۱۳)؛ هاوک و پروونچر (۲۰۱۱)؛ جعفری و همکاران (۱۳۹۲) و زرین کلاه و همکاران (۱۳۹۷) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در نظریه طرحواره درمانی، انتقال و انتقال متقابل به معنای فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ذهنیت‌های طرحواره‌ای، و یا راهبردهای جبرانی رفتاری مراجع و یا درمانگر در بافتار رابطه درمانی است. نظریه ناهماهنگی طرحواره‌های مراجع و درمانگر، به درک نحوه بروز انتقال و انتقال متقابل و مدیریت آنها در بافتار ارتباط درمانی کمک شایانی می‌کند. این نظریه عنوان می‌کند گاهی اوقات در کار با مراجعان مبتلا به اختلال شخصیت و یا مراجعان دشوار طرحواره‌های ناسازگار اولیه مراجع و رفتارهای برخاسته از آن، باعث تحریک طرحواره‌های ناسازگار درمانگر و بروز یک رفتار منفی از سوی درمانگر می‌شود. این امر ممکن است چنان ادامه پیدا کند، که به یک بازی باخت باخت منجر شود. برای مثال، مراجعی را در نظر بگیرید که از طرحواره‌های خویش‌داری و خودانطباقی ناکافی و اطاعت رنج می‌برد و به طرحواره اطاعت به صورت جبران افراطی واکنش نشان می‌دهد. این مراجع با درمانگری که ویژگی‌هایی از طرحواره‌های معیارهای سرسختانه و تنبیه را دارد، وارد درمان می‌شود. در یک جلسه، مراجع احساس می‌کند که درمانگر تکالیف درمانی را به صورت بلندپروازانه، غیرمشارکتی و دستوری به وی تحمیل می‌کند. پاسخ معمول مراجع در این گونه موقعیت‌ها، عدم انجام کارهاست. این موضوع طرحواره‌ی تنبیه درمانگر را تحریک کرده و در نتیجه درمانگر مراجع را سرزنش می‌کند. این امر طرحواره اطاعت و واکنش افراطی او (لج‌بازی) مراجع را دوباره فعال کرده و چرخه‌ی معیوبی را در این راستا شکل می‌گیرد. بنابراین درمانگران می‌توانند با استفاده از تلوپات‌ها کاربردی این نظریه‌ها، مفهوم‌پردازی دقیق مراجع، شناخت عمیق طرحواره‌ها، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و راهبردهای رفتاری خویش و استفاده از مهارت‌های خودانعکاسی، این موقعیت‌های دشوار را به درستی مدیریت کنند (یانگ، کلوکو و ویشار، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۳).

بنابراین از آنجا که ذهنیت‌های درمانگر و وضعیت روانشناختی او بر چگونگی عملکرد او در اتاق درمان مؤثر است (به طور مثال قرار گرفتن درمانگر در ذهنیت محافظ بی‌تفاوت مراجع را نیز به

با توجه به معنادار بودن دو متغیر دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی، نتایج آزمون بنفرونی این دو متغیر در جدول فوق نشان می‌دهد تفاوت میانگین در نمرات دیگر جهت‌مندی ($P=0/05$) و گوش به زنگی ($P=0/01$) بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی مدل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های درمانگران پرداخت. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تغییرات هر یک از حوزه‌های طرحواره‌ای (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش به زنگی) در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعه پیگیری به تفکیک در هر گروه ارائه شده است. نتایج بیانگر آن است که تنها نمرات حوزه‌های دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی در گروه آزمایش به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت معنادار دارند، اما نمرات باقی حوزه‌ها (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل) طی سه وهله در گروه گواه تفاوت معنادار ندارند؛ همچنین نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت دو گروه در حوزه‌های طرحواره‌ای نشان می‌دهد که دو گروه در کاهش حوزه‌های دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی با هم تفاوت معنادار دارند؛ همچنین نتایج بیانگر آن است نمرات حوزه‌های دیگر (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل) آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه پس از مداخله کاهش یافته اما این کاهش معنادار نیست. بنابراین این فرضیه تنها برای حوزه‌های دیگر جهت‌مندی و گوش به زنگی تأیید می‌شود، یعنی مدل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی باعث تعدیل طرحواره معنادار این دو حوزه طرحواره‌ای درمانگران، در گروه آزمایش شده است، که اندازه اثر مداخله «مدل بومی‌سازی شده طرحواره درمانی» در تغییر نمرات حوزه دیگر جهت‌مندی برابر با ۵۱ درصد و این اندازه اثر برای گوش به زنگی برابر با ۷۳ درصد محاسبه شده است، که نشان‌دهنده اندازه اثر قابل قبول مداخله است. یافته‌های به دست آمده در این پژوهش با نتایج تحقیقات فارل و

ترال، تیموتی جی و پریستین، میچل جی (۱۳۹۶). روانشناسی بالینی فیرش. ترجمه مهرداد فیروزبخت. انتشارات رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۱).

خراسانی‌زاده، عاطفه؛ پورشرفی، حمید؛ رنجبری‌پور، طاهره؛ باقری، فریبرز و پویامنش، جعفر (۱۳۹۸). الگوی ساختاری رابطه بین الگوهای ارتباط والد - فرزند و طحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری سبک‌های دلبستگی. *روانشناسی کاربردی*. ۱۳(۱) ۵۵-۷۶.

جعفری، اصغر؛ پویامنش، جعفر؛ قربانیان، ناصر و کبیری، مهسا (۱۳۹۲). اثربخشی طحواره درمانی در تعدیل طحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان. *مجله آموزش و ارزشیابی*، ۶(۲۴)، ۷۹-۹۱.

سیدشرفی، منصوره؛ نوابی‌نژاد، شکوه و فرزاد، ولی‌الله (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار و طحواره درمانگری بر خودکارآمدی والدگری مادران سرپرست خانواده. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*. ۱۸ (۷۶)، ۴۱۵-۴۰۷.

شاملو، سعید. (۱۳۹۵). *روانشناسی بالینی: با تجدید نظر و اضافات*. تهران: انتشارات رشد.

زرین‌کلاه، فاطمه؛ صادقی، سهراب و صالحی، محمدرضا (۱۳۹۷). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر طحواره‌درمانی بر طحواره‌های ناسازگار اولیه، فصلنامه پویا در آموزش علوم تربیتی و مشاوره. ۳(۷)، ۷۸-۹۰.

مک‌لئود، جان (۱۳۹۱). کتاب کار مشاوره: رشد رویکرد شخصی. ترجمه حسن پاشاشرفی، سیمین دخت رضاخانی و فریده دوکانه‌ای فرد. تهران: انتشارات سخن (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۰).

میرزاحسینی، حسن؛ ارجمند، سوگند؛ منیرپور، نادر (۱۳۹۸). آزمون مدل طحواره‌ای یانگ جهت تبیین مشکلات خوردن در افراد مبتلا به مشکلات شخصیتی. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۱۸ (۸۰)، ۹۴۸-۹۴۱.

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت؛ ویشار، مارجوی (۱۳۹۳). *طحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی*. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. چاپ چهارم، تهران: ارجمند (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

Anderson, K. N., Bautista, C. L., & Hope, D. A. (2019). Therapeutic alliance, cultural competence and minority status in premature termination of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 89(1), 104-114.

سمت قرار گرفتن در این ذهنیت سوق می‌دهد و ذهنیت والد سرزنشگر و یا پرتوقع مراجع را به سمت ذهنیت‌های کودک و ذهنیت تسلیم شونده مطیع سوق می‌دهد) می‌توان انتظار داشت که مدل بومی‌سازی شده طحواره درمانی کمک کند تا درمانگر ذهنیت‌های ناسالم خود را بشناسد آنها را بهبود بخشد و ذهنیت سالم خود به بیماران خود کمک کند تا در دام ذهنیت‌های ناسازگار بیمار نیافتد (هاین، ۲۰۱۹). همچنین طحواره درمانی درمانگران باعث افزایش رشد هیجانی و بهبود مهارت‌های بین فردی و همدلی می‌شود، همچنین باعث خودآگاهی در فهم مشکلات فردی تعارض‌ها و ارزش‌ها می‌شود و در نهایت مدلی از آنچه قرار است در نقش درمانگر در آینده ایفاء کند، پیدا خواهد کرد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مشکلات تعمیم‌پذیری نتایج پژوهشی به دلیل تعداد نمونه کم و محدود به کلینیک‌های متمرکز در منطقه ۵ تهران، عدم مقایسه بررسی اثربخشی مدل بومی‌سازی شده طحواره درمانی با درمان‌های دیگر روانشناختی نظیر درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد و درمان دیالکتیک بر روی درمانگران و مشاوران و عدم پیگیری شش ماهه و یک ساله اشاره کرد. همچنین با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، پیگیری شش ماهه و یک ساله برای درمانگران صورت گیرد، همچنین این روش درمانی این پژوهش در مقایسه با درمان‌های دیگر روانشناختی بر روی درمانگران انجام و با نتایج پژوهش مقایسه شود. در تدوین طرح‌های تحقیقی آتی، کنترل متغیرهای مزاحم و تبدیل آنها به متغیرهای تعدیل‌کننده، نیز مورد توجه خاص قرار گیرد.

منابع

آقایی، احمد؛ کهرازی، فرهاد و فرنام، علی (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی طحواره درمانگری و زوج‌درمانگری هیجان‌مدار به صورت گروهی بر رضایت از زندگی و طحواره‌های سازش‌نا یافته زوجین. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۱۸ (۷۳): ۱۳۳-۱۴۲.

پروت، تریسی ای و وادکینز، ملانی جی (۱۳۹۵). مهارت‌های ضروری مصاحبه و مشاوره (یک رویکرد یکپارچه برای تمرین). ترجمه شکوه نوابی‌نژاد، نادره سعادت‌ی و مهدی رستمی. تهران: انتشارات جنگل (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۵).

- Waller, G., Meyer, C., & Hanian V. (2001). Psychometric properties of the long & short versions of the Young Schema Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (2):137-147.
- Young, J.E. (2006). Cognitive therapy for personality disorders: A schema- Focused approach. 3rd ed. Professional resource exchange.
- Barlow, D. H. (2002). clinical hand book of psychological disorder: A step - by - step Treatment manual (3rd ed) pp.264-305.
- Casement, P. (2002). Learn from mistakes: Beyond dogma in psychoanalysis and psychotherapy (1st Ed.). Brunner-Routledge.
- Corey, G. (2005). Theories and practice of counseling and psychotherapy (7th Ed). Brooks/Cole.
- Corey, M., & Corey, G. (2003). Becoming a helper (5th Ed). Pacific Grove: CA: Brooks/Cole.
- Dang, S., Sharma, P., & Shekhawat, L. S. (2019). Cognitive schemas among mental health professionals and other health professionals. *Indian journal of psychological medicine*, 41(3), 258
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. (2018). Experiencing Schema therapy from the inside out. New York. Guilford Press. pp 33-35
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized Controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 40(2): 317-328.
- Hans, M. N, John.Sans, L. (2005). *Clinical Psychology, Psychotherapy*. 12(2), 142-149.
- Haeyen, S. (2019). Strengthening the healthy adult self in art therapy: using schema therapy as a positive psychological intervention. *Journal of Front psychology*. 2(1): 56-59.
- Hawke, L.D. Provencher, M.D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25: 257-276.
- Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M. H. R., & Ferguson, E. (2018). Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological assessment*. 3(4): 45-61.
- Jacob G.A., Arntz A. (2011). Schema therapy. *Psychotherapeutic*, PP: 247-258.
- Keulen-de Vos, M. E. (2013). Emotional states, crime and violence: a schema therapy approach to the understanding and treatment of forensic patients with personality disorders.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2003). Bad therapy: Master therapists share their worst failures. New York: Brunner- Routledge.
- Simons, R. M., Sistas, R. E., Simons, J. S., & Hansen, J. (2018). The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Addictive behaviors*, 78, 1-8
- Ten, M., Schutz, N., Abma, T., Bamelisa, L., Antz, A. (2016). How to train experienced therapists in a new method: A qualitative study into therapists views. *Clinical psychology and psychotherapy*. 10.1002. P: 78-93.