

TERÀPIA D'ESQUEMES

Jordi Cid Colom

Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les Comarques Gironines. Institut d'Assistència Sanitària

La Teràpia d'Esquemes (TE) continua produint estudis de resultats i mostrant, sota el meu parer, quin és el camí a seguir a l'hora d'implementar i aplicar protocols d'atenció als trastorns de personalitat en entorns clínics reals. Aquest aspecte és especialment rellevant en el format de teràpia de grup i en l'adaptació al marc hospitalari en forma de tractaments intensius. Dins dels estudis que han sortit durant el darrer any, és sorprenent l'interès en desenvolupar protocols de TE per a la depressió i l'assaig clínic controlat i randomitzat per a comparar la TE i la Teràpia Cognitiva Clàssica en la Depressió Major. Hem organitzat aquesta revisió de la producció científica en aquells estudis d'intervenció de la TE, i a continuació comentarem de manera molt sintètica els estudis on s'utilitzen els Qüestionaris d'Esquemes (QE) com a mesura de cognició per a caracteritzar la psicopatologia i per finalitzar, aquells que exploren les característiques psicomètriques (fiabilitat i validesa).

Estudis de resultats i de revisió de la Teràpia d'Esquemes

Començarem animant al lector a llegir la magnífica revisió de Jacob i Arntz (2013) sobre la TE dels Modes d'Esquemes. A nivell conceptual, els esquemes són definits com representacions de coneixement disfuncional apresos als primers anys de la vida, que compten tant creences explícites accessibles a la consciència com també coneixement implícit, i informació emocional i de procediments de conducta. I els modus descriuen els diferents estats emocionals que s'observa quan s'activa un conjunt d'esquemes. A nivell de recerca, presenten un breu estudi de metanàlisis de la TE, vegi's Cd-Scritc previs per identificar els estudis, on destaquem a) la recerca actual dóna validesa al model de Modes d'Esquemes, no en el model clàssic de TE (Young, Klosko, & Wheihaar, 2003), i on hi ha més evidència és en el TP límit, b) s'observa una taxa de pèrdues molt baixa en els estudis de TE, d'un 10 % durant el primer

any, en comparació amb altres estudis d'altres teràpies, 23 % per a la Dialèctico-Conductual, 34 % per la Teràpia de la Transferència (TFP), i 24,8 % en la Teràpia de la Mentalització. b) Unes mides de l'efecte raonables utilitzant l'Índex de Patologia del TP Límit, estant associats a la durada del tractament. Els assajos clínics que proporcionen entre 18-36 mesos de tractament obtenen una major mida de l'efecte (d Cohen).

Una segona revisió de la TE en el TP Límit és la de Sempértegui, Karreman, Arntz i Bekker (2013). En la revisió que fan de l'evidència del model teòric del TE pel TP Límit, revisen si les experiències negatives de la infància interfereixen amb les necessitats bàsiques de desenvolupament (unió amb els altres, autonomia, vàlua, expectatives raonables i límits realistes), i com a conseqüència comencen a utilitzar els esquemes desadaptatius i les estratègies d'afrontament per manejar el malestar. Els estudis semblen mostrar una connexió en la patologia límit, entre les experiències negatives, traumàtiques de la infància i l'adolescència. Malgrat la relació no és directa, ni tampoc prou consistent, semblaria que l'abús a la infància en mostres de pacients amb TP Límit és major que en controls sans. En aquesta línia, els pocs estudis disponibles troben que els esquemes de Desconfiança, Abandonament, Imperfecció i Insuficient autocontrol serien variables mediadores entre el maltractament a la infància i la Severitat del TP Límit. Els resultats de la revisió són menys contundents en el paper de l'abús sexual, i emfatitzen el buit en l'estudi del paper de les necessitats no cobertes en la infància i les estratègies d'afrontament en el desenvolupament de la patologia límit.

Després presenten el resum de la recerca dels esquemes i dominis d'esquema, que sembla confirmar la no especificitat d'esquemes i modes d'esquemes en el TP Límit. Específicament en els esquemes, els pacients amb TP Límit quan són avaluats amb els qüestionaris d'esquemes treuen una alta puntuació en tots els esquemes, independentment de la versió del qüestionari d'esquemes utilitzat. En canvi, quan s'utilitza el qüestionari de modes d'esquema, malgrat els modes de nen abandonat/abusat, nen impulsiu/enfadat, protector aïllat i pare que castiga (centrals en la conceptualització del TP Límit) correlacionin de manera alta amb el TP Límit, no són exclusius del TP Límit, es troben també en altres TP. Aquesta troballa de no especificitat es podria explicar mitjançant el paper que farien els estils d'afrontament dels esquemes, l'activació d'uns esquemes (que

funcionen com a trets de personalitat) pot donar l'aparició de diferents modes d'esquemes (que funcionen com un estat, observem un patró cognitiu, emocional i d'estil d'afrontament conductual) en funció de l'estil d'afrontament que utilitza el pacient. I també, per la complexitat de la psicopatologia ja sigui per la presència de símptomes dissociatius i de biaixos cognitius cap a els aspectes negatius de la realitat. Evidentment aquestes dos factors necessiten ser confirmats en futurs estudis. Per últim, la revisió aborda els estudis d'eficàcia, efectivitat i cost-eficàcia de la TE fins l'any 2012, tots ells comentats en els Cd-Scrit previs, per la qual cosa no els detallarem aquí. Sols comentar breument dos aspectes: malgrat les proves disponibles vers l'eficàcia de la TE en el TP Límit, desconeixem quins són els factors claus en el canvi. I per acabar, emfatitzar una troballa interessant: un estudi va trobar que els pacients amb TLP límit que es recuperaven amb TE mostraven una disminució de la hipervigilància als estímuls negatius emocionals. Aquest resultat si es confirmés podria ser un indicador de bon pronòstic de recuperació.

Reiss et al. (2013) fan un estudi pilot de tipus naturalista, per valorar l'efectivitat d'un tractament intensiu en règim d'hospitalització de TE en pacients TP Límit greu que no responien al tractament comunitari en dues unitats especialitzades d'hospitalització dels Estats Units i en una d'Alemanya. L'estudi mostra els resultats de l'aplicació del programa en els pacients que ingressaren de forma consecutiva i que acceptaven participar de manera voluntària. En total 92 pacients van participar en tres programes, avaluats amb el Bordeline Syndrome Index (BSI, Conte et al, 1980), el Bordeline Symptom List (Bohus, 2004) el SCL-90-R (Derogatis, 1994) i l'escala de funcionament global (GAF). Aquestes avaluacions es van fer a l'inici del tractament i després en els tres programes, i a la unitat d'Alemanya es va fer una avaluació de seguiment als tres mesos. Les característiques comunes del programa de TE a les tres unitats eren: programa obert de 8,5 hores de TE en format de grup un cop a la setmana, i una hora de tractament individual a la setmana. Totes les sessions eren gravades i supervisades per supervisors de TE. Hi havia diferència en el grau d'experiència i formació dels psicòlegs clínics que van administrar els tractaments en els diferents hospitals. Els resultats indiquen diferències en la durada del tractament rebut, mitjana entre 10 i 18 setmanes d'ingrés, que es devia principalment a les diferències respecte el grau de severitat de la psicopatologia que presentava el pacient. També troben una disminució de la severitat dels símptomes de TP

Límit i una disminució global de la severitat de la psicopatologia mesurada amb la mida de l'efecte (d Cohen) que van de 2,84 fins a ,43. Breument, l'estudi 1 (unitat americana), assoleix la major mida de l'efecte en el BSI i el GAF (curiosament l'estudi que mostra una duració del tractament major i que té els terapeutes amb més experiència). En canvi l'estudi 3, unitat a Alemanya, els seus resultats mostren que es manté la disminució de símptomes del TP Límit (avaluat amb el BSL-95) i de la psicopatologia (mesurat amb el GSI del SCL-90R), al seguiment de tres mesos. Els autors assenyalen que aquesta mida de l'efecte (d Cohen =.84) és el mateix de l'estudi randomitzat de Teràpia Dialèctico-Conductual en hospitalització (Bohus et al. 2004).

En un altre estudi, Renner et al. (2013) adapten la TE en un format de teràpia de grup per a joves adults amb TP. De fet, ajunten el material de l'estudi de Farrell et al. (2009) que és un grup amb un component més experiencial i el de Vreeswijk et al. (2012) que és un grup més estructurat, i que té més components psicoeducatius i d'estratègies cognitives. Els pacients participaren en 18 sessions amb freqüència setmanal de 90 minuts (+ dues sessions de seguiment). Els resultats mostraven dos aspectes: una millora en les mesures de malestar i símptomes (avaluats mitjançant SCL-90), mida de l'efecte de Cohen de 0,81. I també una disminució de les mesures d'esquemes (QE-VC de 75 ítems i QM) amb una mida de l'efecte de Cohen de 0,88). No obstant això, els resultats del canvi suggerien que l'edat dels pacients era una variable medidora en el canvi en els esquemes; els pacients més joves canviaven més els seus esquemes.

A continuació tenim un assaig clínic randomitzat de la comparació entre la CBT clàssica i la TE en el trastorn depressiu major (Carter et al. 2013) en una mostra de 100 pacients, amb un tractament en dues fases, una sessió de teràpia a la setmana durant sis mesos i una segona fase una sessió a la setmana durant un mes. Els pacients provenien d'atenció primària de salut. Eren avaluats per un avaluador independent en el compliment dels criteris d'inclusió, i el diagnòstic d'eix I i II mitjançant l'administració de la SCID-I i II (Spitzer, 1992). Els terapeutes van ser 6, varen fer ambdues teràpies, i tenien competència per aplicar tan la CBT com TE. La fidelitat del tractament va fer-se mitjançant supervisió, videogravació de les sessions i administració de l'escala de competència (Cognitive Therapy Rating Scale per CBT, Dobson et al 1985). Les mesures de resultat van ser l'escala Montgomery-Asberg de Depressió

(MADRS) i l'Inventari de Beck de Depressió (BDI-II), ambdues administrades per un avaluador independent. Els resultats mostren que no s'observen diferències respecte l'assistència dels pacients deprimits a la primera fase, va ser d'un 68 % de pacients a la CBT clàssica de Beck vs. 78 % a la TE. En canvi, a la segona va disminuir, d'un 50 % de pacients a la CBT i un 60 % a la TE, encara que la diferència no és significativa. No s'observen diferències en les taxes de recuperació al final de les dues fases per cap de les dues teràpies, el percentatge de canvi al final de la fase de sessions setmanals va ser del 41 % per ambdues teràpies, i d'un 51 % al final de les sessions mensuals per TE i 49 % en la CBT. En definitiva, un 53 % de la mostra que s'havia recuperat (percentatge de canvi definit per la MADRS al final del tractament d'una recuperació del 50 % de la puntuació).

En un altre estudi, Wegener, Alfter, Geiser, Liedtke i Conrad (2013) intenten contestar la pregunta de si els esquemes es modifiquen sols amb Teràpia d'Esquemes o són possibles de modificar amb altres tipus de psicoteràpia. Per contestar aquesta pregunta agafen un grup de pacients (n=47, 38 dones i 9 homes) amb un diagnòstic de trastorn depressiu, que han estat ingressats de manera consecutiva en una hospital psicosomàtic d'Alemanya. Els criteris d'ingrés per a aquestes unitats és, no millorar clínicament durant el tractament comunitari i presentar alhora un deteriorament en el funcionament quotidià. Als usuaris que ingressen, els aplicaren un programa de tractament basat en el model de teràpia psicodinàmica, de 8 setmanes de durada. La dosi de tractament va ser de 14 hores a la setmana de diferents teràpies grupals. Aquestes van ser: a) un grup de teràpia psicodinàmica amb una freqüència de quatre dies per setmana i d'una hora i mitja de durada, b) una hora de teràpia individual a la setmana, c) dues sessions de teràpia del moviment a la setmana, d'una hora i mitja de durada, d) una sessió de grup d'art teràpia a la setmana també d'una hora i mitja de durada, e) una sessió de grup de teràpia TCC de la mateixa durada, i un grup de relaxació progressiva de dues sessions a la setmana. Per corroborar la seva hipòtesi, avaluen amb el SCL-90-R i el QE-V2 (Versió curta) abans i després del tractament. Els resultats mostren una disminució post-tractament dels dominis Deteriorament en l'Autonomia, Dirigit als Demés, Hipervigilància/Inhibició. També mostren que la disminució simptomàtica es preveu només pel canvi en els Esquemes del Domini de Deteriorament de l'Autonomia (esquemes que es relacionen amb les

expectatives de no poder funcionar de manera independent o autònoma). Interpreten aquestes dades com una prova de confirmació de la hipòtesi relacionada amb què els esquemes es modifiquen per tècniques inespecífiques, i apunten que la teràpia psicodinàmica integradora pot modificar els esquemes. No obstant això, el disseny de l'estudi no permet extreure aquest grau de generalització, sols un assaig clínic randomitzat amb controls de variables mediadores de la depressió i del tractament podria dirimir aquest aspecte. Per últim, comentar un estudi de casos en un TP obsessiu-compulsiu, Montazeri, Neshatdoost, Abedi i Abedi (2013), i estudi de Vyskocilova i Prasko (2013) on descriu els aspectes ètics de la contratrasferència en els modes d'esquemes i com treballar-la en supervisió de casos.

Estudis del Model de la TE en la psicopatologia

En aquest apartat comentem aquells estudis on s'utilitzen els Questionaris d'Esquemes com a mesura de la cognició, i l'organitzarem en apartats temàtics, com els altres anys. En els Trastorns Depressius, Renner, Arntz, Leeuw i Huibers (2013) presenten l'adaptació de la TE a la Depressió Crònica. Primer desenvolupen el model teòric de la depressió crònica basant-se en el coneixement actual dels quatre factors de risc descrits pels models cognitius de la depressió (adversitat precoç, factors cognitius, patologia de la personalitat i factors interpersonals). En aquest model, els esquemes, principalment Abandonament, Privació Emocional i Fracàs, serien entesos com a factors de risc pròxims i per tant com a variable medidora entre els factors de risc més llunyans tals com l'adversitat precoç i la patologia de la personalitat, que s'entenen com a factors de vulnerabilitat. L'estil d'evitació dels esquemes i els factors interpersonals serien entesos com a factors de manteniment de la depressió crònica, en el cas que una situació actual activés els factors de risc pròxims (factors cognitius). En segon lloc descriuen com es poden modificar els factors de risc de la depressió crònica mitjançant l'adaptació de la teràpia en 3 fases: fase d'exploració (1-10 sessions), fase de canvi i fase de prevenció de recaigudes. Per últim, descriuen que estan fent un estudi de sèrie de casos únics per testejar aquest protocol. En un segon estudi, Hawke i Provencher (2013), troben que hi ha més esquemes associats (QE-V3, versió de 114 ítems i 18 esquemes avaluats) en una mostra de 69 pacients que presenten un trastorn de l'estat d'ànim i d'ansietat complex.

En els trastorns de la conducta alimentària, Boone, Braet, Vandereycken i Claes (2013), busquen la relació entre els esquemes i el perfeccionisme relacionat amb la imatge corporal en una mostra de 88 dones amb un TCA. Les troballes més interessants eren que l'escala de Preocupació per l'avaluació del Perfeccionisme era una variable que significativament mediava les relacions entre el domini d'esquemes de Problemes amb l'Autonomia (esquemes que es relacionen amb les expectatives de no poder funcionar de manera independent o autònoma) i Hipervigilància/inhibició (esquemes que fan èmfasi en suprimir els propis impulsos i desitjos) i la preocupació per a la imatge corporal.

En les addiccions, Shorey, Stuart i Anderson (2013a) avaluen els esquemes (avaluats QE-VL3, versió de 232 ítems i que avalua 18 esquemes) en una mostra d'addictes dones amb Dependència a Opioides que busquen tractament (n=402), trobant que aquestes puntuen significativament més alt en els esquemes de Dependència i Càstig quan se les compara amb les que presenten una Dependència a l'alcohol. En un segon estudi, els mateixos autors Shorey et al. (2013b) comparen una mostra d'addictes a drogues amb una mostra d'estudiants d'universitat, i troben puntuacions significativament majors en 9 dels 18 esquemes en la mostra d'addictes a drogues, confirmant la tendència dels estudis on les persones que presenten psicopatologia puntuen significativament més alt en el QE.

En mostres de criminals, Gilbert, Daffern, Talevski i Ogloff (2013) presenten un model general de l'agressió en criminals violents on els esquemes funcionen com a mediadors que poden influenciar en la conducta agressiva. En un segon estudi, Carvalho i Nobre (2013) en una mostra d'abusadors sexuals infantils empresonats troben puntuacions més altes a les dimensions de desunió/refús, deteriorament en l'autonomia, dirigit als altres, hipervigilància, inhibició (avaluat amb la versió de 90 ítems del QE-VS3) en comparació amb presos sense delictes d'agressió sexual. En canvi, els violadors presentaven més esquemes relacionats amb el domini de deteriorament de l'autonomia en comparació amb el grup de presos sense delictes d'agressió sexual.

En estudis des de la perspectiva evolutiva, Kim et al. (2013) troben en una mostra d'estudiants com el trauma de la infància (avaluat amb el Questionari de

Trauma Infantil), explica una part de la variància dels esquemes relacionats amb el domini de Desconnexió/Refús; i com la negligència emocional juga un paper important en tots els dominis d'esquemes, a excepció de Límits insuficients. En un segon estudi, Gay, Harding, Jackson, Burns i Baker (2013) en mostres d'estudiants busquen la relació entre l'abús sexual a la infància, els esquemes, i la relació posterior amb un patró de violència. Les anàlisis de regressió mostren que els esquemes de Desconnexió/Refús són un mediador entre l'abús sexual i la victimització, com a patró de violència íntima. Aquest mateix domini d'Esquemes, són variables mediadores entre l'abús emocional a la infància i un patró violència, més d'actuació.

En estudis de sexualitat humana, Oliveira i Nobre (2013) avaluen els esquemes (Versió de 90 ítems del CEY-VS3) en dones que tenen problemes de disfunció sexual. Aquestes presenten més esquemes dels dominis de deteriorament en l'autonomia (Fracàs, Dependència i Vulnerabilitat al Perill) en comparació a dones que no tenen problemes de disfunció sexual. En un segon estudi, Sigre-Leirós, Carvalho i Nobre (2013) avaluen els esquemes d'un grup d'estudiants, als quals divideixen en dos grups, aquells que mostren conductes sexuals agressives i els que no en mostren (avaluat amb el Sexual Experiences Survey—SEXP). Els resultats mostren que el grup de conductes sexuals agressives tenen puntuacions més elevades en els esquemes de Desconnexió i Refús (principalment Desconfiança/Abús, Deteriorament Autonomia (principalment Dependència) i Hipervigilància e Inhibició (principalment Negativisme) que els que no en presenten.

En mostres d'adolescents, Calvete, Orue i Hankin (2013) presenten com els pensaments automàtics son variables mediadores entre els símptomes d'ansietat social i els esquemes en una mostra d'adolescents, sobretot en el domini de Dirigit als Altres (les necessitats dels altres es posen en primer lloc, deixant de costat les pròpies iniciatives). En un segon estudi, Calvete, Orue i Hankin (2013) avaluen mitjançant qüestionaris el model transaccional de la vulnerabilitat cognitiva a l'estrès de Hankin i Abramson (2001) en adolescents.

En estudis de psicopatologia, Saldias, Power, Gillanders, Campbell i Blake (2013) busquen la relació entre la percepció dels estils de cria dels pares, els Modes d'Esquema i la Autolesions sense intencionalitat suïcida en 57 pacients

que presentaven aquestes conductes. Els resultats troben que els Modes d'Esquema del “Pare Castigador (sent que un mereix ser castigat o castigar, és típic presentar conductes autolesives” i “el Nen enfadat (se sent intensament enfadat, enfurismat per no satisfacció de les necessitats)” actuaven de mediador entre les autolesions sense intenció suïcida i els estils de criança dels pares. En un segon estudi, Peters, Sauer-Zavala i Baer (2013) busquen la relació entre trets de TP Límit, esquemes i pensaments automàtics en una mostra d'estudiants. La ruminació i la supressió dels pensaments són els que estan més relacionats amb els trets de TP Límit, però en canvi no troba relacions amb els esquemes. En altre estudi, Dozois, Martin i Faulkner (2013) busca fins a quin punt el sentit de l'humor pot ser un estil d'afrontament que actua de mediador entre els esquemes i la conducta agressiva. Per acabar, Thim (2013) busca la relació entre els esquemes (QE-V2) i les conductes interpersonals desadaptatives (Qüestionari de Problemes Interpersonals).

Estudis psicomètrics

Pel que fa als estudis psicomètrics, Douglas i Ball (2013) en un article amb molt rigor metodològic, troben que no es manté l'estructura factorial del QE en la seva versió curta de 75 ítems. L'estructura factorial de quatre factors explica millor l'estructura dels 15 esquemes del QE. Per acabar, també s'han publicats en paper els dos estudis de validació del QE Curt en la seva tercera versió (YSQ-S3 en anglès, QE-V3), que té 114 ítems i avalua els 18 esquemes, la validació alemanya en mostres clíniques comunitàries (Kriston, Schäfer, Jacob, Härter i Hölzel, 2012), i espanyola en mostres d'estudiants (Calvete, Orue i González-Diez, 2012), i la validació al Flamenc de la QE-VL2, de 205 ítems i que avalua 15 esquemes, en poblacions clíniques (Pauwels et al., 2013) ja comentades en el Cd-Scrit 2.0 de l'any passat.

Referències

- Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W., & Claes, L. (2013), Are Maladaptive Schema Domains and Perfectionism Related to Body Image Concerns in

Eating Disorder Patients? *Eur. Eat. Disorders Rev*, 21, 45–51. doi: 10.1002/erv.2175

- Carter, J.D., McIntosh, V., Jordan, J., Porter, R.J., Frampton, C.M., & Joyce, P.R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders* 151, 500–505.
- Calvete, E., Orue, I., Hankin, B. (2013). Early Maladaptive Schemas and Social Anxiety in adolescents: the mediating role of anxious automatic thought. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 278-288. ISBNAR: 0887-6185
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors and depressive symptoms in adolescents. *J Abnormal Child Psychopathology*, 41, 399-410.
- Carvalho, J. & Nobre, P.J. (2013). Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: Preliminary findings. *International Journal of Law and Psychiatry*, 11.
- Dozois, D.J., Martin, R.A., & Faulkner, B. (2013) Early maladaptive schemas, styles of humor and aggression. *Humor*, 26, Issue 1, 97–116, ISSN (Online) 1613-3722, ISSN (Print) 0933-1719, DOI: 10.1515/humor-2013-0006.
- Douglas, S. & Ball, S. (2013). The Factor structure and concurrent validation of Early Maladaptive Schema Questionnaire: research version. *Cognitive Behaviour and Research*.
- Gaya, L.E., Harding, H.G., Jackson, J.L., Burns, E.E., & Baker, B. (2013). Attachment Style and Early Maladaptive Schemas as Mediators of the Relationship between Childhood Emotional Abuse and Intimate Partner Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22, Issue 4. DOI: 10.1080/10926771.2013.775982
- Geiger, P.J., Peters, J.R., Sauer-Zavala, S.E., & Baer, R.A. (2013). Relationships Among Maladaptive Cognitive Content, Dysfunctional Cognitive Processes, and Borderline Personality Features. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 457-464. doi: 10.1521/pedi_2013_27_097

- Gilbert, F., Daffern, M., Talevski, D., & Ogloff, J.R.P. (2013). General aggression model cognition schema offenders violence. *Criminal Justice and Behavior* February, 40(2), 119-138 doi: 10.1177/0093854812467943
- Hawke, L. & Provencher Martin, D. (2013). Early Maladaptive Schemas: Relationship With Case Complexity in Mood and Anxiety Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 359-369.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders—A Review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Kim, J.H., Kim, J.E., Won, S.H., Rim, H.D., Kim, B.S., Lee, S.J. (2013). The Role of Childhood Trauma on Early Maladaptive Schema Domain. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*, 52(5), 334-341.
- Montazeri, M.S., Neshatdoost, H.T., Abedi, M.R., & Abedi, A. (2014). Effectiveness of schema therapy on symptoms intensity reduction and anxiety in a special case with obsessive compulsive personality disorder. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)*, 16(5), 92-94.
- Oliveira, C. & Nobre, P.J. (2013). Cognitive Structures in Women with Sexual Dysfunction: The Role of Early Maladaptive Schemas. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(7), 1755–1763. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02737.x
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Ida, A., Shaw, I.A., & Farrell, J. (2013). Responding to the Treatment Challenge of Patients with Severe BPD: Results of Three Pilot Studies of Inpatient Schema Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*: page 1 of 13. doi:10.1017/S1352465813000027
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for Chronic Depression Using Schema Therapy. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 20, 2.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features:

Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492.

- Saldias, A., Power, K., Gillanders, D.T., Campbell, C.W., & Blake, R.A. (2013). The Mediatory role of maladaptive schema modes between parental care and non-suicidal self-injury. *Cognitive Behaviour Therapy*.
- 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.
- Shorey, R.C., Stuart, G.L., & Anderson, S. (2013). Differences in Early Maladaptive Schemas in a Sample of Alcohol and Opioid Dependent Women: Do Schemas Vary Across Disorders? *Addict Res Theory*, 21(2), 132–140. doi:10.3109/16066359.2012.703266.
- Shorey, R.C., Stuart, G.L., & Anderson, S. (2013). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 522–527.
- Sigre-Leirós, V.L., Carvalho, J., & Nobre, P. (2013). Early Maladaptive Schemas and Aggressive Sexual Behavior: A Preliminary Study with Male College Students. *International Society for Sexual Medicine*, 10(7), 1764–1772. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02875.x
- Thim, J.C. (2013). Early maladaptive schemas and interpersonal problems: a circumplex analysis of the YSQ. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 13(1), 113-124.
- Vyskocilova, J. & Prasko, J. (2013). Countertransference, schema modes and ethical considerations in cognitive behavioral therapy. *Acta Nervosa*, 55(1-2), 33-39.
- Wegener, I., Alfter, S., Geiser, F., Liedtke, R., & Conrad, R. (2013). Schema change without schema therapy: the role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry*, 76(1), 1-17.
-

- Comentats CdScritc 2012
- Calvete, E., Orue, I., & González-Diez, Z. (2012). An Examination of the Structure and Stability of Early Maladaptive Schemas by Means of the Young Schema Questionnaire-3 European Journal of Psychological Assessment. 10.1027/1015-5759/a000158
- Hawke, L.D., Provencher, M.D., & Parikh, S.V. (2012). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. Journal of Affective Disorders. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.034>
- Kriston, L., Schäfer, J., Jacob, G. A., Härter, M., Hölzel, L. (2012). Reliability and validity of the German version of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). European Journal of Psychological Assessment. 10.1027/1015-5759/a000143
- Molly, C., McCarthy, & Margaret, N. Lumley (2012): Sources of Emotional Maltreatment and the Differential Development of Unconditional and Conditional Schemas. Cognitive Behaviour Therapy. DOI: 10.1080/16506073.2012.676669
- Pauwels, E., Claes, L., Smits, D., Dierckx, E., Muehlenkamp, J.J., Peuskens, H., & Vandereycken, W. (2012). Validation and Reliability of the Young Schema Questionnaire in a Flemish Inpatient Eating Disorder and Alcohol and Substance Use Disorder Sample. Cogn Ther Res. DOI 10.1007/s10608-012-9501-4