

راهنمای بالینی طرح‌واره‌درمانی

مرجع کامل درمان انفرادی، گروهی و تلفیقی

برای ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای

تألیف

جان فارل

نیل ریس

ایدا شاو

با مقدمه

جفری یانگ

ترجمه

دکتر مریم هدایتی

دکترای روان‌شناسی بالینی

دانشگاه شهید بهشتی

دکتر عادلہ صمیمی

دکترای روان‌شناسی بالینی

دانشگاه شهید بهشتی



(با مجوز رسمی ترجمه)



کتاب ارجمند

فهرست مطالب

فهرست شکل‌ها و جداول	۹
سخن مترجمان	۱۱
درباره نویسندگان	۱۳
پیش‌گفتار	۱۵
تقدیر و تشکر	۱۹
توضیحاتی درباره وب‌سایت همراه	۲۰
۱ مقدمه	۲۱
۱-۱ پیشینه	۲۱
۱-۲ فصل‌ها	۲۴
۲ مبانی طرح‌واره‌درمانی	۲۵
۲-۱ مدل نظری	۲۵
۲-۲ اهداف و مراحل طرح‌واره‌درمانی	۳۰
۲-۳ بازوالدینی حد و مرزدار	۳۱
۲-۴ مؤلفه‌های طرح‌واره‌درمانی	۳۹
۳ طرح‌واره‌درمانی تلفیقی	۴۱
۳-۱ بیماران: چه افرادی مناسب این درمان هستند؟	۴۶
۳-۲ جلسات طرح‌واره‌درمانی گروهی	۴۶
۳-۲-۱ جلسه خوش‌آمدگویی گروهی و پذیرش	۴۸
۳-۲-۲ جلسات آموزشی طرح‌واره‌درمانی	۴۸
۳-۲-۳ جلسات آگاهی از ذهنیت‌ها	۴۹
۳-۲-۴ جلسات مدیریت ذهنیت‌ها	۴۹

۵۰.....	جلسات کار تجربی بر ذهنیت‌ها ۳-۲-۵
۵۰.....	جلسات طرح‌واره‌درمانی انفرادی ۳-۳
۵۲.....	گزینه‌های اجرای طرح‌واره‌درمانی ۳-۴
۵۴.....	ساختار جلسات گروهی ۳-۵
۵۷.....	ارزیابی و جهت‌گیری ۳-۶
۶۶.....	بافت برنامه درمانی ۳-۷
۶۶.....	گروه‌های چندرشته‌ای در موقعیت‌های درمانی فشرده ۳-۷-۱
۶۷.....	محیط فیزیکی ۳-۷-۲
۷۱.....	جلسات طرح‌واره‌درمانی گروهی ۴
۷۶.....	رهنمودهای کلی به درمانگران برای طرح‌واره‌درمانی گروهی ۴-۱
۸۵.....	جلسه خوش‌آمدگویی گروهی و پذیرش ۴-۲
۹۸.....	جلسات پنج‌گانه آموزش طرح‌واره‌درمانی ۴-۳
۱۲۶.....	جلسات دوازده‌گانه آگاهی از ذهنیت‌ها ۴-۴
۱۳۹.....	جلسات دوازده‌گانه مدیریت ذهنیت ۴-۵
۲۲۷.....	جلسات دوازده‌گانه کار تجربی بر روی ذهنیت‌ها ۴-۶
۲۲۷.....	جلسات ذهنیت مقابله‌ای ناسازگار ۴-۶-۱
۲۴۹.....	جلسات ذهنیت والد ناکارآمد ۴-۶-۲
۲۶۸.....	جلسات ذهنیت کودک آسیب‌پذیر ۴-۶-۳
۲۸۴.....	جلسات ذهنیت کودک عصبانی / تکانشگر ۴-۶-۴
۲۹۳.....	جلسات ذهنیت کودک شاد ۴-۶-۵
۳۰۲.....	جلسات ذهنیت بزرگسال سالم ۴-۶-۶
۳۱۳.....	جلسات طرح‌واره‌درمانی انفرادی ۵
۳۱۴.....	مفهوم‌پردازی و اهداف طرح‌واره‌درمانی ۵-۱
۳۱۸.....	ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار ۵-۲
۳۱۹.....	مداخلات الگوشکنی رفتاری در طرح‌واره‌درمانی ۵-۲-۱
۳۲۸.....	مداخلات شناختی طرح‌واره‌درمانی ۵-۲-۲
۳۳۲.....	مداخلات تجربی طرح‌واره‌درمانی ۵-۲-۳
۳۳۵.....	ذهنیت‌های والد ناکارآمد ۵-۳

۳۳۵	۵-۳-۱	مداخلات الگوشکنی رفتاری طرح‌واره‌درمانی
۳۳۹	۵-۳-۲	مداخلات شناختی طرح‌واره‌درمانی (کاربرگ: طرح‌واره‌درمانی انفرادی - ...)
۳۴۳	۵-۳-۳	مداخلات تجربی طرح‌واره‌درمانی
۳۴۸	۵-۴	ذهنیت کودک آسیب‌پذیر
۳۴۸	۵-۴-۱	مداخلات الگوشکنی رفتاری طرح‌واره‌درمانی
۳۵۴	۵-۴-۲	مداخلات شناختی طرح‌واره‌درمانی
۳۵۹	۵-۴-۳	مداخلات تجربی طرح‌واره‌درمانی
۳۶۳	۵-۵	ذهنیت کودک عصبانی یا تکانشی
۳۶۳	۵-۵-۱	مداخلات الگوشکنی رفتاری طرح‌واره‌درمانی
۳۶۸	۵-۵-۲	مداخلات شناختی طرح‌واره‌درمانی
۳۷۳	۵-۵-۳	مداخلات تجربی طرح‌واره‌درمانی
۳۷۵	۵-۶	ذهنیت کودک شاد
۳۷۵	۵-۶-۱	مداخلات الگوشکنی رفتاری طرح‌واره‌درمانی
۳۷۷	۵-۶-۲	مداخلات شناختی طرح‌واره‌درمانی
۳۸۱	۵-۶-۳	مداخلات تجربی طرح‌واره‌درمانی
۳۸۲	۵-۷	ذهنیت بزرگسال سالم
۳۸۲	۵-۷-۱	مداخلات الگوشکنی رفتاری طرح‌واره‌درمانی
۳۸۳	۵-۷-۲	مداخلات شناختی طرح‌واره‌درمانی
۳۸۵	۵-۷-۳	مداخلات تجربی طرح‌واره‌درمانی
۳۸۹	۶	آموزش، نظارت، پژوهش و نکات پایانی
۳۸۹	۶-۱	آموزش
۳۸۹	۶-۲	نظارت
۳۹۱	۶-۳	پژوهش در طرح‌واره‌درمانی
۳۹۳	۶-۴	نکات پایانی
۳۹۵		واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۳۹۷		واژه‌نامه فارسی به انگلیسی
۳۹۹		منابع

فهرست شکل ها و جداول

شکل ها

- ۲-۱ طرح واره درمانی: سبب شناسی اختلالات روان شناختی ۲۶
- ۴-۱ ایفای نقش ذهنیت های طرح واره ای در عمل. صحنه اول: چگونگی شکل گیری ذهنیت ها و عملکرد آنها در حال حاضر ۲۳۷
- ۴-۲ ایفای نقش ذهنیت های طرح واره ای در عمل. صحنه دوم: نمایش آنچه در طی طرح واره درمانی شروع به تغییر می کند ۲۴۰
- ۴-۳ ایفای نقش ذهنیت های طرح واره ای در عمل. صحنه سوم: نتایج طرح واره درمانی ۲۴۱

جداول

- ۲-۱ طبقه بندی طرح واره ها بر اساس حوزه های محتوایی آنها ۲۷
- ۲-۲ ذهنیت های طرح واره ای اصلی ۲۷
- ۲-۳ مداخلات پیشنهادی برای درمانگر در ارتباط با ذهنیت ها و نیازهای بیماران ۳۳
- ۲-۴ مدل های گروه درمانی ۳۷
- ۳-۱ جلسات برنامه طرح واره درمانی تلفیقی: گروهی و انفرادی ۴۲
- ۳-۲ فهرست مؤلفه ها، اهداف، تمرکز و محتوای درمان بیماران ۵۳
- ۳-۳ انواع و مدت برنامه طرح واره درمانی تلفیقی ۵۵
- ۳-۴ بسته لوازم طرح واره درمانگر ۶۹
- ۴-۱ فهرست کاربرگ ها، تمرین ها و تکالیف بر اساس جلسه، ذهنیت و موقعیت مکانی ۷۲
- ۵-۱ کاربرگ های بیماران برای جلسات طرح واره درمانی انفرادی ۳۱۵

توضیحاتی درباره وبسایت همراه

وبسایت به آدرس زیر برای این کتاب در دسترس است:



www.wiley.com/go/farrell

برای دانلود محتوای درمانی بیماران به منظور استفاده‌های شخصی خود، به وبسایت مراجعه کنید.

مقدمه

کتاب حاضر به توضیح طرح‌واره‌درمانی فردی و گروهی تلفیقی به عنوان برنامه‌ای فراتشخیصی می‌پردازد. این مدل درمانی برای اجرا در موقعیت‌های درمانی متنوع و با طول مدت‌های درمانی مختلف طراحی شده است. این کتاب به شیوه‌ای کاربردی و با تمرکز بالینی برای استفاده روان‌درمانگران، نوشته شده است. همچنین نمونه یادداشت‌های درمانگر، دستورالعمل‌های تفصیلی جلسات و کاربرگ‌هایی برای هر فرد و هر جلسه گروهی ارائه شده است.

۱-۱ پیشینه

طرح‌واره‌درمانی در اصل برای درمان فردی، توسط یانگ (۱۹۹۰؛ یانگ، کلوסקو و ویشار، ۲۰۰۳) و با تلفیق مداخلات شناختی، تجربی یا همان هیجان‌محور و الگوشکنی رفتاری، جهت درمان طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی ایجاد شده است. در واقع طرح‌واره‌درمانی مدل جامعی است که به شکلی راهبردی به تلفیق ابعاد سایر رویکردها پرداخته و در عین حال همچنان منحصر به فرد باقی مانده است. بعدها، نسخه طرح‌واره‌درمانی گروهی نیز شکل گرفت (فارل و شاو، ۲۰۱۲؛ ریس و وگل، ۲۰۱۰؛ میوست، ویرتمن و کلاسن، ۲۰۰۹). کارایی و اعتبار این دو درمان، یعنی طرح‌واره‌درمانی فردی و گروهی برای اختلال شخصیت مرزی (BPD) به شکل تجربی به اثبات رسیده است (گیسن - بلو و همکاران، ۲۰۰۶؛ فارل، شاو و وبر، ۲۰۰۹؛ ریس، لیب، آرنتز، شاو و فارل، ۲۰۱۳؛ نادورت و همکاران، ۲۰۰۹). مدل طرح‌واره‌درمانی، مدلی فراتشخیصی است و کاربرد آن برای اختلال شخصیت اجتنابی، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از آسیب، خودشیفتگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، سوء مصرف مواد و جامعه‌ستیزی در سرتاسر دنیا مورد کاوش و ارزیابی قرار گرفته است.



هم بیماران و هم درمانگران این رویکرد را مثبت ارزیابی کرده‌اند (اسپینهوون، گیسن - بلو، وندیک، کوئیمن و آرنتر، ۲۰۰۷). به علاوه شواهد روزافزون، مقرون‌به‌صرفه بودن طرح‌واره‌درمانی را برای درمان فردی نشان می‌دهند (گیسن - بلو و همکاران، ۲۰۰۶؛ نادورت و همکاران، ۲۰۰۹). با این حال، سیاست‌های اقتصادی بهداشت و درمان، دسترسی به روان‌درمانگرهای انفرادی متخصصی چون طرح‌واره‌درمانگرها را محدود ساخته و این مطلب مانع بهره‌گیری گسترده از طرح‌واره‌درمانی انفرادی در موقعیت‌های بالینی شده است. پژوهشگران، جلسات متعدد طرح‌واره‌درمانی گروهی را با تعداد محدودی از جلسات طرح‌واره‌درمانی انفرادی به شکلی ساختارمند و تلفیقی ترکیب کرده و مورد ارزیابی قرار دادند و در نهایت نتایج امیدبخشی گزارش کردند (میوست، ویرتمن و کلاس، ۲۰۰۹؛ ریس و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع طرح‌واره‌درمانی با ترکیب تعداد جلسات بیشتر درمان گروهی با جلسات انفرادی برنامه‌ریزی شده و هدفمند، امکان استفاده برای افراد و موقعیت‌های بیشتر و متنوع‌تری را فراهم می‌آورد.

مفهوم برنامه تلفیقی و ساختاریافته، در اصل برای کار با بیماران حاد در موقعیت‌های بیمارستانی ایجاد شده (ریس و همکاران، ۲۰۱۳) اما در طیف وسیعی از جمعیت بیماران، موقعیت‌های درمانی و طول درمان قابل اجرا است. از بیمارانی که برای این برنامه درمانی مناسب هستند، می‌توان به بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت یا افرادی که صفاتی از اختلال شخصیت را دارند، افراد دارای مشکلات پیچیده یا مزمن روان‌شناختی، افرادی با تاریخچه ضربه‌های روانی متعدد و کسانی که در سایر رویکردهای درمانی با شکست مواجه شده‌اند، اشاره کرد. به‌طور کلی، این گروه از بیماران، افرادی هستند که از خدمات درمانی در سطوح بالایی بهره می‌برند و متأسفانه نشانی از ظرفیت‌ها و استعدادهای بالقوه آنها در کیفیت زندگی‌شان دیده نمی‌شود. از محاسن طرح‌واره‌درمانی این است که در نتیجه تغییرهای نوظهور در طبقه‌بندی تشخیصی و فراتشخیص‌های روان‌پزشکی، به‌جای تمرکز بر علائم خاص یا اختلالات، درمان را با مورد هدف قرار دادن ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای ناکارآمد پیش می‌برد. این برنامه می‌تواند برای بیماران بستری، درمان‌های روزانه و موقعیت‌های حاد سرپایی، همانند بیماران سرپایی درمان‌های عمومی، با تعداد جلسات متنوعی اجرا شود. اجرای این برنامه درمانی به شکل فشرده مانند جلسات نخست درمان سرپایی، می‌تواند شروع درمان و فرآیند آن را تسهیل سازد. این روش برای درمان بیمارانی که کار برده می‌شود که سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و مزمن دارند که می‌تواند منجر به شکل‌گیری اختلالاتی چون اختلال شخصیت مرزی با علائمی شدید و گاهی تهدیدکننده برای زندگی شوند. کاربرگ‌های این کتاب چه برای طرح‌واره‌درمانی فردی و چه به‌طور انتخابی برای سایر مدل‌های درمانی، قابل استفاده است. برای مثال، مداخلات تجربی می‌توانند به عنوان



مکمل درمان شناختی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت یا دارای آسیب‌های روانی پیچیده به فرآیند درمان افزوده شوند.

برنامه درمانی حاضر، به لحاظ نظری با طرح‌واره‌درمانی فردی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) و طرح‌واره‌درمانی گروهی (فارل و شاو، ۲۰۱۲) هماهنگ است. در طرح‌واره‌درمانی نیز همانند بیشتر رویکردهای درمانی که هدفی فراتر از مهارت‌آموزی دارند، برای رسیدن به معیارهای شایستگی، به آموزش تخصصی نیاز است. این کتاب راهنما به این منظور طراحی شده است تا طرح‌واره‌درمانی انفرادی، طرح‌واره‌درمانی گروهی و ترکیب تلفیقی آنها توسط طیف وسیعی از روان‌درمانگران متعلق به گرایش‌های نظری مختلف، همچون افرادی که در موقعیت‌های درمانی فشرده مثل برنامه‌های بستری و درمان‌های روزانه کار می‌کنند، قابل استفاده باشد. علاوه بر این، با ادغام جلسات درمان فردی و گروهی، راهنمایی مبسوط و گام‌به‌گام برای برنامه اصلی طرح‌واره‌درمانی فراهم می‌آورد. این برنامه عناصر اصلی طرح‌واره‌درمانی مشتمل بر بازوالدینی حد و مرزدار، آموزش درباره مدل طرح‌واره‌درمانی، آگاهی از ذهنیت‌ها، مدیریت ذهنیت‌ها و همچنین فعالیت‌های شناختی، تجربی و الگوشکنی تغییر رفتار را دربرمی‌گیرد. این عناصر می‌توانند در بین گروه‌های تشخیصی هم به کار برده شوند. برنامه، ۱۲ جلسه انفرادی و ۴۲ جلسه گروهی دارد که هر جلسه با سرفصل‌های زیر تعریف می‌شود: اهداف، مداخلات درمانگر، راهنمایی‌هایی برای مدیریت جلسات، نمونه یادداشت‌های درمانگر، اطلاعات مرتبط به صورت کاربرگ، تمرین‌های طرح‌واره‌درمانی و تکالیف درمانی. جلسات انفرادی به گونه‌ای طراحی شده است که تکمیل‌کننده کار گروهی باشد و در عین حال که امکان برآورده شدن نیازهای فردی را فراهم می‌آورد، بر ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای نیز متمرکز بماند. چگونگی برقراری تعادل بین تمرکز بر درمان فردی و گروهی نیز به بحث گذاشته شده است. این میزان از جزئیات به طرح‌واره درمانگر تازه‌کار این اجازه را می‌دهد که جلسات را با اطمینان هدایت کرده و کار گروهی و فردی را به شکلی کارآمد هماهنگ کند. همچنین به طرح‌واره درمانگران انفرادی کارآزموده‌تر این امکان را می‌دهد که هدایت جلسات گروهی را به‌طور مؤثری در دست گیرند. این برنامه، یک طرح ایستا و غیرمنعطف نیست، بلکه چهارچوبی است که ترکیبی از انعطاف و ساختار را هم‌زمان با هم دارد. این قالب ساختاریافته و در عین حال منعطف در خدمت چند هدف قرار دارد: راهنمای حاضر می‌تواند به عنوان یک طرح تفصیلی برای اجرای برنامه طرح‌واره‌درمانی فردی و گروهی ساختاریافته و تلفیقی در سطوح بالاتری از خدمات مراقبتی و با تعداد جلسات متعدد در هفته به کار برده شود. همچنین می‌تواند به عنوان طرح تحقیقاتی برای مطالعه نتایج روان‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد یا اینکه



درمانگران با استفاده از این راهنما، امکان انتخاب جلسات فردی یا گروهی یا ترکیبی از آنها را برای کار بر روی ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای خاص داشته باشند. درمانگران می‌توانند انتخاب کنند که برنامه را به شکل کامل اجرا کنند یا جلسات فردی، گروهی یا ترکیبی از آنها را برای متناسب کردن درمان با گروه و نیازهایش برگزینند.

۲-۱ فصل‌ها

در فصل ۲ مفاهیم بنیادین مدل طرح‌واره‌درمانی انفرادی که توسط یانگ (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) تدوین شده و نیز درمان گروهی انطباقی آن که فارل و شاو (۲۰۱۲) معرفی کرده‌اند، ارائه می‌شود. اهداف طرح‌واره‌درمانی، روش درمانگر در بازوالدینی حد و مرزدار و عناصر اصلی مدل در این فصل شرح داده شده است. روش ادغام طرح‌واره‌درمانی تلفیقی با جلسات فردی و گروهی مورد بحث قرار گرفته و سیر و مراحل کلی برنامه درمانی مشخص شده است. فصل ۳ برخی از ضروریات برنامه درمانی را توضیح می‌دهد: معیارهای ورود و خروج بیماران، درمانگران، بافت و محیط درمان شامل موقعیت فیزیکی و تیم درمانی چندرشته‌ای، طول مدت جلسات و درمان و درنهایت جداول زمانی و نیز شکل‌های ممکن برای ارائه برنامه درمانی در موقعیت‌های مختلف. فصل ۴ به ارائه جلسات گروه و مؤلفه‌های آن، همراه با نمونه یادداشت‌های درمانگر و محتوای فعالیت‌های بیمار (کاربرگ، تمرین‌های گروهی و تکالیف جلسات) می‌پردازد. فصل ۵ جلسات انفرادی دوازده‌گانه را (با محتوای اختصاصی، نمونه یادداشت‌ها و کاربرگ) معرفی می‌کند. فصل ۶ به توضیح آموزش طرح‌واره‌درمانی و نظارت توصیه‌شده برای درمانگران می‌پردازد. همچنین خلاصه‌ای از پژوهش‌های انجام شده و نیز توصیف مختصری از مطالعات در حال انجام، ارائه شده است.

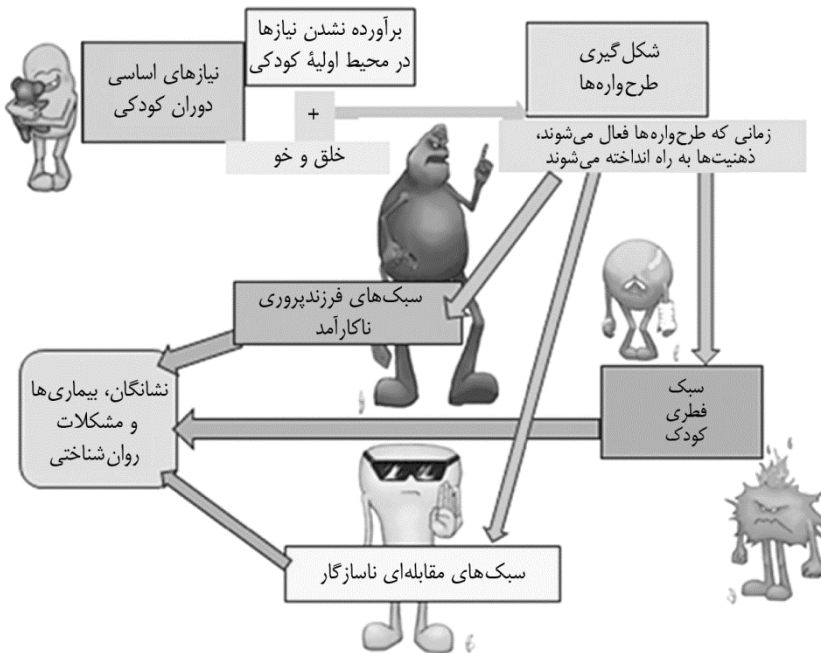
از آنجا که هدف این کتاب، فراهم کردن برنامه‌ای با قابلیت اجرای کامل است، می‌توان آن را در بین ادبیات موجود در طرح‌واره‌درمانی منحصربه‌فرد دانست. کتاب، متمرکز بر روی یک اختلال خاص یا محدود به یکی از رویکردهای درمانی صرف نیست و هر دو درمان فردی و گروهی طرح‌واره را با هم تحت پوشش قرار می‌دهد. خواننده محترم برای مطالعه درخصوص نظریه و تمرکز بر روی یک اختلال خاص به کتب طرح‌واره‌درمانی که در بخش منابع کتاب آورده شده، ارجاع داده می‌شود.

مبانی طرح‌واره‌درمانی

۲-۱ مدل نظری

مدلی که این کتاب معرفی می‌کند، منطبق با نظریه، مؤلفه‌های درمان و اهدافی است که یانگ، کلاسکو و ویشار در سال ۲۰۰۳ مطرح کرده‌اند. در این فصل، مدل طرح‌واره‌درمانی به صورت اجمالی توضیح داده شده است. بنابراین خوانندگان می‌توانند برای کسب اطلاعات مبسوط‌تر در ارتباط با این نظریه و کاربردهای آن به کتاب مذکور رجوع کنند. طرح‌واره‌درمانی در نتیجه تلاش‌های یانگ و همکارانش (۲۰۰۳) برای درمان مؤثرتر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت و همچنین بیمارانی که به شناخت‌درمانی کلاسیک جواب نداده‌اند یا دچار عود شده‌اند، شکل گرفت. این درمان مبتنی بر مدلی تلفیقی و رویکردی ساختارمند و سازمان‌یافته است. به سبب همین تلفیق، با مدل‌های درمانی دیگر مانند شناختی، روان‌پویشی، روابط موضوعی و گشتالت، هم‌پوشانی دارد و در عین حال با هیچ رویکرد درمانی به‌طور کامل مطابقت ندارد.

در شکل ۲-۱ مدلی که طرح‌واره‌درمانی برای سبب‌شناسی آسیب روانی فرض کرده به صورت خلاصه مطرح شده است. زمانی که نیازهای متعارف و سالم تحولی در دوران کودکی برآورده نشوند، طرح‌واره‌های ناسازگار 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. طرح‌واره‌درمانی به این تعاملات به صورت مدل آسیب‌پذیری پویا و متمایزی نگاه می‌کند. طرح‌واره‌ها شامل خاطرات، احساسات بدنی، هیجانات و شناخت‌هایی می‌شوند که در کودکی شکل می‌گیرند و در طول زندگی فرد گسترش پیدا می‌کنند. این طرح‌واره‌ها اغلب در دوران کودکی نقش و عملکردی سازگارانه دارند (به‌طور مثال در



شکل ۲-۱ طرح‌واره‌درمانی: سبب‌شناسی اختلالات روان‌شناختی.

شرایط وقوع سوءاستفاده و بدرفتاری، منجر به پایداری و مقاومت می‌شوند. در چنین حالتی، طرح‌واره برای کودکی که باور دارد در برابر بزرگسال یا والدش ضعیف و دارای نقص است، امید بیشتری فراهم می‌آورد. طرح‌واره‌های ناسازگار، در بزرگسالی نادرست، ناکارآمد و محدودکننده هستند، اما با این وجود به شدت حفظ می‌شوند و اغلب خارج از حیطه هشیاری فرد قرار دارند. (یانگ، ۱۹۹۰، یانگ و همکاران ۲۰۰۳)، هجده طرح‌واره اولیه ناسازگار را در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مشخص کرد (جدول ۲-۱). همه این طرح‌واره‌ها در جلسات آموزشی طرح‌واره‌درمانی گروهی به بیماران توضیح داده می‌شوند.

زمانی که طرح‌واره‌های ناسازگار فعال می‌شوند، حالات شدیدی به وجود می‌آیند که در رویکرد طرح‌واره‌درمانی، «ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای» نامیده می‌شوند. منظور از ذهنیت طرح‌واره‌ای، حالات هیجانی، شناختی و رفتاری است که در حال حاضر بر فرد حاکم است. اغلب، ذهنیت‌های ناکارآمد زمانی به وجود می‌آیند که چندین طرح‌واره ناسازگار اولیه فعال شده باشد. چهار طبقه‌بندی اصلی ذهنیت‌ها در جدول ۲-۲ مشخص شده است.



جدول ۲-۱ طبقه‌بندی طرح‌واره‌ها بر اساس حوزه‌های محتوایی آنها

بریدگی و طرد	خودگردانی و عملکرد مستقل
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	وابستگی / بی‌کفایتی
محرومیت هیجانی	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر/ بیماری
نقص / شرم	خود تحول نیافته/ گرفتار
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	رهاشدگی/ بی‌ثباتی
بازداری هیجانی	اطاعت
	شکست
محدودیت‌های مختل	توقعات افراطی
استحقاق	ایثار
خویش‌داری ناکافی	معیارهای سرستانه
سایر	
منفی‌گرایی	تأییدطلبی
تنبیه	

جدول ۲-۲ ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای اصلی

ذهنیت‌های کودکانه	کودک آسیب‌پذیر	ریشه‌داشتن واکنش‌ها در نیازهای برآورده نشده کودکی
	کودک عصبانی/ تکانشی	
ذهنیت‌های والد ناکارآمد	والد تنبیه‌گر/ انتقادگر	درونی‌سازی جنبه‌های منفی افراد مهم دوران کودکی به صورت انتخابی
	والد پرتوقع	
ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار	محافظ اجتنابی	استفاده افراطی از واکنش‌های بقایی در پاسخ به آسیب یا نیازهای ارضا نشده - فرار، مبارزه و میخکوب‌شدن.
	جبران‌کننده افراطی	
	تسلیم‌شده مطیع	
ذهنیت‌های سالم	کودک شاد	رشد نیافته
	بزرگسال سالم	

ذهنیت‌های کودکانه (کودک آسیب‌پذیر، کودک عصبانی، کودک تکانشی) زمانی ایجاد می‌شوند که نیازهای هیجانی اولیه در دوران کودکی (مانند امنیت، محبت و راهنمایی، خودمختاری) به اندازه کافی برآورده نشوند. این ذهنیت‌های کودکانه با احساسات شدید مثل ترس، درماندگی یا خشم مشخص می‌شوند و واکنش‌های کودکانه را به همراه دارند. ذهنیت‌های والد ناکارآمد (والد تنبیه‌گر یا والد پرتوقع) دومین طبقه ذهنیت‌ها را تشکیل می‌دهند. ذهنیت‌های والد ناکارآمد انعکاسی از درونی ساختن



جنبه‌های منفی نمادهای دلبستگی (مانند والدین، معلمان، همسالان و ...) به صورت انتخابی و در طول دوران کودکی و نوجوانی است. سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد یعنی سومین طبقه‌بندی ذهنیت‌ها، تحت عنوان استفاده افراطی از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار (مبارزه - جبران افراطی، فرار - اجتناب یا میخکوب‌شدن، تسلیم) تعریف می‌شوند. هدف تمامی این سبک‌ها محافظت از شخص در برابر تجربه کردن درد، اضطراب یا ترس است. از آنجایی که این ذهنیت‌های مقابله‌ای، به شیوه‌ای ناسازگارانه خارج از آگاهی فرد عمل می‌کنند، بنابراین هدف طرح‌واره‌درمانی این است که بیمار به سبک‌های مقابله‌ای خود بینش پیدا کند و واکنش‌های مقابله‌ای سالم‌تر و سازگارانه‌تری را یاد بگیرد. ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار، مفهوم مکانیسم‌های دفاعی، یعنی مفهومی که در شناخت درمانی مورد غفلت قرار گرفته است را دربرمی‌گیرند و منجر به فهم و درک بهتر درمانگران و بیماران از اختلالات شخصیت می‌شوند. سبک مقابله‌ای جبران افراطی شیوه و روشی است که فرد در آن مخالف طرح‌واره فعالش عمل می‌کند. به‌طور مثال می‌توان به ذهنیت زورگوی مهاجم اشاره کرد که در آن شخص، درد ناشی از طرح‌واره‌اش را با ایجاد درد و رنج در دیگران تلافی می‌کند. سبک مقابله‌ای اجتنابی شامل اجتناب و کناره‌گیری جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است. ذهنیت محافظ بی‌تفاوت یکی از ذهنیت‌های اجتنابی است که دامنه آن رفتارهایی شامل گوشه‌گیری یا از دست‌دادن مختصر تمرکز در تعاملات تا حتی گسستگی شدید را در برمی‌گیرد. این ذهنیت به‌طور معمول زمانی ظاهر می‌شود که بیمار در رابطه درمانی قرار دارد و تلاش می‌کند با فعال‌ساختن این ذهنیت از درهم‌شکستن ذهنیت کودک آسیب‌پذیر در برابر ترس یا احساسات دردناک محافظت کند. سومین سبک مقابله‌ای، تسلیم است. در این حالت فرد تسلیم و مطیع طرح‌واره فعال می‌شود. به‌طور مثال اگر طرح‌واره نقص/شرم فرد فعال باشد، پاسخ تسلیم عبارت است از این‌که فرد بپذیرد نقص و کاستی دارد و مطابق با آن رفتار کند؛ یعنی هیچ‌گاه کارهای دشوار را به‌عهده نمی‌گیرد و به‌گونه‌ای عمل می‌کند تا با عدم‌کفایت خود روبه‌رو نشود.

در چهارمین دسته‌بندی، یعنی ذهنیت سالم و کارآمد، ذهنیت‌های بزرگسال سالم و کودک شاد به چشم می‌خورند. ذهنیت بزرگسال سالم، افکار و رفتارهای کارآمد و مهارت‌های مورد نیاز برای عملکرد در زندگی بالغانه را شامل می‌شود. ذهنیت کودک شاد، منبع و منشأ فعالیت‌های بازیگوشانه و لذت‌بخش به‌خصوص در روابط اجتماعی است. به بسیاری از افراد فرصت تفریح و بازی داده نشده است یا حتی به آن تشویق هم نشده‌اند. به این دلیل فرصت شناسایی علائق خود را از دست داده‌اند و نتوانسته‌اند در تعاملات اولیه با همسالان شرکت داشته باشند. در افراد مبتلا به اختلال شخصیت یا ویژگی‌های آن، ذهنیت‌های سالم به شدت رشدنیافته هستند.



ذهنیت‌ها اغلب به وسیلهٔ رویدادهایی که بیماران در آن هیجان شدیدی را تجربه می‌کنند، فعال می‌شوند. ذهنیت‌ها می‌توانند در افراد مبتلا به اختلال شخصیت به سرعت جابه‌جا شوند، در نتیجه می‌توان در این افراد شاهد تغییرات ناگهانی رفتار یا واکنش‌های نامتناسب بود که یکی از دلایل مشکلات بین فردی و عدم ثبات هیجانی و رفتاری آنها محسوب می‌شوند. ذهنیت‌ها همچنین می‌توانند به شدت ثابت و غیرقابل انعطاف باشند، همان‌گونه که در بسیاری از بیماران اجتنابی دیده می‌شود. پاسخ‌های مقابله‌ای منفی معمول - مانند پرخاشگری، خصومت، بازی‌دادن، بهره‌کشی، تسلط‌ورزی، توجه‌طلبی، تحریک‌طلبی، تکانشگری، سوء مصرف مواد، اطاعت، وابستگی، افراط در اتکاء به خود، وسواس، بازداری، کناره‌گیری روان‌شناختی، انزوای اجتماعی و اجتناب موقعیتی و هیجانی - همگی در قالب ذهنیت‌ها قابل فهم هستند.

نشانه‌های اختلال شخصیت از طریق دیدگاه ذهنیت‌ها قابل فهم و توصیف می‌شوند. به عنوان نمونه در مفهوم‌بندی موردی اختلال شخصیت مرزی، ترس از رها شدن توصیف‌کنندهٔ حالت هیجانی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر است. خشم شدید که گاهی با ابراز شدید و غیرقابل کنترل همراه می‌شود، در ذهنیت کودک عصبانی و تکانشی اتفاق می‌افتد. ذهنیت کودک تکانشی برانگیزانندهٔ رفتارهایی است که می‌توانند مضر باشند، به‌طوری‌که این ذهنیت یکی از منابع رفتارهای خود آسیب‌رسان است. ذهنیت والد ناکارآمد منشأ دیگری برای رفتارهای خود آسیب‌رسان است تا این باور که کودک سزاوار تنبیه یا شکست‌خورده است را تأیید کند. ذهنیت‌های والد می‌توانند منشأ اقدام به خودکشی هم باشند؛ یعنی وقتی که بیمار تمام امید خود را در اثر این ذهنیت از دست می‌دهد و قضاوتش او را به بدبختی و احساس بی‌ارزشی محکوم می‌کند. ذهنیت محافظ بی‌تفاوت می‌تواند یکی از علل رفتارهای جرح خویشتن باشد، به‌خصوص بریدن یا سوزاندن پوست به‌منظور این‌که چیزی را احساس کند. ذهنیت مقابله‌ای محافظ بی‌تفاوت، تجربهٔ خلأ و پوچی را نشان می‌دهد. این حالت می‌تواند تا به حدی برای فرد غیرقابل تحمل باشد که اقدام به خودکشی کند. چنانچه فرد از احساساتش جدا و منفک شده باشد، هویتش یعنی بخش مرکزی و اصلی آن کسی که هست، ثابت نخواهد بود. تغییرات سریع ذهنیت‌ها می‌تواند برخی از واکنش‌های هیجانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و در نتیجه روابط بی‌ثبات آنها را توجیه کند.

در قالب دیدگاه ذهنیت‌مدار، سایر اختلالات شخصیت و مشکلات روان‌شناختی نیز دقیقاً به همین راحتی قابل توصیف و تبیین هستند به‌طوری‌که درمانگر می‌تواند با زبانی ساده و قابل فهم برای بیمار، به انجام مداخلات درمانی بپردازد. زبان و ادبیات رویکرد ذهنیت‌مدار بیش از آسیب‌شناسی روانی، بر نقش یادگیری متمرکز است و بیمار را نسبت به تغییر امیدوار می‌کند.



۲-۲ اهداف و مراحل طرح‌واره‌درمانی

یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در مورد اهداف درمانی عمده طرح‌واره‌درمانی چنین بیان کردند که با تغییر طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌ها، الگوهای زندگی فرد تغییر کند و بتواند نیازهای اساسی‌اش را در خارج از رابطه درمانی (محیط درمان)، به شیوه‌ای سازگارانه برآورده کند. اهداف طرح‌واره‌درمانی، رسیدن به چیزی فراتر از آموزش مهارت‌های رفتاری است که شامل فعالیت‌هایی بنیادین برای تغییر شخصیت می‌شود. این تغییر در قالب کاهش شدت طرح‌واره‌های ناکارآمدی که منجر به نوسان و بی‌ثباتی حالات هیجانی و رفتاری مرتبط با ذهنیت‌ها می‌شوند، مفهوم‌بندی می‌گردد. به نظر می‌رسد که برانگیخته شدن این حالت‌های شدید مانع به کارگیری سبک‌های مقابله‌ای یا مهارت‌های بین فردی سازگارانه می‌شود. این در حالی است که مهارت‌ها به افراد امکان درک ظرفیت‌ها و بهبود کیفیت زندگی‌شان را می‌دهند. اهداف درمان با توجه به هر ذهنیت، می‌توانند به صورت زیر در نظر گرفته شوند:

رشد و بهبود بخشیدن به ذهنیت بزرگسال سالم تا بیمار قادر باشد:

۱. از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر مراقبت و حمایت کند. در چنین شرایطی، ذهنیت بزرگسال سالم از کفایت لازم برای حمایت از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر به هنگام بروز ترس، ناراحتی یا تنهایی که بازتاب نیازهای ارضا نشده دوران کودکی است، برخوردار خواهد بود.
۲. خود را تسکین بخشد و جایگزینی برای سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد بیابد. به‌طور مثال فرد بتواند به هنگام بروز هیجانات، آن را تجربه کند و به ارتباط با دیگران و به ابراز نیازهایش بپردازد. سبک‌های مقابله‌ای جایگزین که نیازهای فرد را با توجه به موقعیت او در دنیای واقعی برآورده می‌کنند، به جای سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمدی مانند اجتناب، ایجاد می‌شوند.
۳. شیوه‌های مناسب و مؤثر ابراز خواسته‌ها و هیجانات را جایگزین رفتارهای برخاسته از ذهنیت کودک عصبانی / تکانشی کند. به‌طور مثال فرد بتواند نیازهایش را به صورت بالغانه و جرأت‌مند بیان و خشمش را به روشی سالم ابراز کند.
۴. ذهنیت والد تنبیه‌گر را کنار بگذارد، از انتقادهای درونی‌شده گزنده خلاص شود و به جای آن بتواند به خودش به شیوه‌ای مثبت و سالم انگیزه دهد، اشتباهاتش را بپذیرد و زمانی که لازم است تاوان آنها را پس بدهد. ذهنیت والد پرتوقع را تا حد انتظارات و معیارهای واقع‌بینانه تعدیل کند.



ما هدف پنجمی هم اضافه کردیم:

۵. ذهنیت کودک شاد را آزاد کند تا بتواند برای یافتن آنچه به او شادی و لذت می‌دهد، به جستجو در محیط پردازد و تفریح و بازی کند.

طرح‌واره‌درمانی در طی مراحل به این اهداف می‌رسد. مراحل و اهداف هر مقطع به صورت زیر خلاصه می‌شوند:

۱. پیوند و تنظیم هیجان

- درمان و التیام بخشیدن به کودک آسیب‌پذیر
- کنار گذاشتن سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد
- تنظیم عواطف و مهارت‌های مقابله‌ای

۲. تغییر ذهنیت طرح‌واره‌ای

- مقابله با ذهنیت‌های والد تنبیه‌گر و والد پرتوقع
- مسیریابی مجدد کودک عصبانی و تکانشی
- برقراری محدودیت‌ها
- مدیریت بحران‌ها

۳. خودمختاری

- فردیت: پیروی از تمایلات طبیعی
- رشد و پرورش روابط سالم
- پایان بخشیدن تدریجی به همراه امکان برقراری تماس

۲-۳ بازوالدینی حد و مرزدار

بازوالدینی حد و مرزدار، هم سبکی درمان‌گرا نه و هم عنصر فعال فرآیند تغییر ذهنیت محسوب می‌شود. بازوالدینی حد و مرزدار به این معناست که در چهارچوب رابطه درمانی مناسب، با نیازهای ذهنیت کودک مانند والدی خوب عمل شود. از این طریق امنیت، ارزشمندی و تسلی برای ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، فرصت تخلیه هیجانی و شنیده شدن برای ذهنیت کودک عصبانی و رویارویی همدلانه و محدودیت‌گزینی برای ذهنیت کودک تکانشی فراهم آورده می‌شود. بازوالدینی حد و مرزدار یکی از مؤلفه‌های اصلی و بخش فعال طرح‌واره‌درمانی است و اغلب از آن به عنوان «قلب طرح‌واره‌درمانی» یاد می‌شود.



رفتار یک طرح‌واره درمانگر در «آنچه که یک والد خوب انجام می‌دهد» خلاصه می‌شود. در ابتدای درمان به سبب اینکه اغلب بیماران دارای ذهنیت‌های کودک هستند و ذهنیت بزرگسال سالم، رشد نیافته است، به والدگری قوی نیاز است. بعدها، ذهنیت بزرگسال سالم بیشتر حضور دارد و نقش درمانگر به «والد» یک نوجوان و در نهایت والد یک بزرگسال تغییر می‌کند. پس از این مرحله، بیماران همچنان به ارتباط با درمانگر نیاز دارند، اما قادر هستند تا برای خودشان و یکدیگر هم والدگری کنند. زبان، پختگی و کاربرد تکنیک‌های خاص طرح‌واره درمانی باید متناسب با سطح تحولی، اختلالات همبود و سلامت روان شناختی اعضای گروه باشد (به عنوان مثال برخی از تکنیک‌ها و واژه‌هایی که ممکن است برای بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مفید باشد، می‌تواند برای بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته، قابل پذیرش نباشد). زمانی که با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر کار می‌کنیم، مانند والدینی هستیم که با کودکی خردسال و ترسان صحبت می‌کنیم. هنگام رویارویی با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، به سختی مت‌ای محکم عمل می‌کنیم (در حالی که هم‌زمان رابطه خود را با بیمار از دست نداده‌ایم و اجازه می‌دهیم بیمار متوجه همدلی ما با احساسات و نیازهای زیربنایی ذهنیتش شود).

هدف بازوالدینی حد و مرزدار ایجاد رابطه‌ای فعال، حمایتگر، اصیل و صادق با بیمار است تا او بتواند در محیطی امن، آسیب‌پذیر باشد و هیجانات و خواسته‌های خود را بیان کند. ایجاد بازوالدینی حد و مرزدار توسط درمانگر در خلال رابطه درمانی این امکان را به بیمار می‌دهد تا از طریق دلبستگی ایمن و همانندسازی صحیح، خلأهای اساسی و مهم در یادگیری هیجانی‌اش را پر کند. این فرآیند منجر می‌شود تا بیمار اغلب حتی برای اولین بار احساس ارزشمندی را تجربه کند. در ابتدا، درمانگر تلاش می‌کند تا کاستی‌های موجود در خواسته‌های هیجانی بیمار را در چهارچوب محدودیت‌های متناسب با رابطه درمانی برآورده سازد. برخی از نیازهای برآورده‌نشده دوران کودکی عبارتند از: امنیت، ثبات، تأیید، مرزهای مناسب و محدودیت‌های سالم. با مرور زمان، تجربه رابطه درمانی به بیماران یاد می‌دهد تا به خواسته‌ها و نیازهایشان به شیوه‌ای مؤثر بها دهند و در نهایت به خودمختاری و عملکردی سالم در روابط بین فردی برسند. چنین رویکردی به نیازها در تقابل مستقیم و آشکار با اکثر مدل‌های دیگر است که بر برآورده شدن سریع نیازهای بیمار تمرکز دارند. طرح‌واره درمانی توان ذهنیت بزرگسال سالم بیمار را ارزیابی می‌کند. این درمان تلاش می‌کند که خلأ موجود در یادگیری هیجانی اولیه بیماران درباره نیازها را طی مرحله اولیه درمان با برآورده کردن مستقیم نیازها از طریق درمانگر و صرف فراهم‌سازی تجربه‌های مثبت، جبران کند. این تجارب، تعاملات و نگرش‌های ضمنی جدید که فرآیند برآورده شدن نیازهای هیجانی اصلی را جبران می‌کنند، سنگ بنای ساخت ذهنیت بزرگسال سالم محسوب می‌شوند. جدول ۲-۳ رابطه بین ذهنیت‌های بیمار، نیازهای برآورده‌نشده درگیر و مداخله مورد نیاز درمانگر را توضیح می‌دهد.



جدول ۲-۳ مداخلات پیشنهادی برای درمانگر در ارتباط با ذهنیت‌ها و نیازهای بیماران

ذهنیت طرح‌واره‌ای	نیازهای برآورده‌نشده دوران کودکی	مداخله درمانگر بازوالدینی حد و مرزدار
کودک آسیب‌پذیر تجربه احساسات شدید ناراحتی، تنهایی و اضطراب. درد هیجانی و ترس می‌تواند طاقت‌فرسا شود و منجر به اتخاذ سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار شود.	دلبستگی ایمن (شامل امنیت، پیش‌بینی‌پذیری، تکیه‌گاه باثبات، عشق و محبت، راهنمایی و تربیت، توجه، پذیرش، تحسین، همدلی، راهنمایی، مراقبت و تأیید).	برآورده کردن نیازهای گذشته، فراهم ساختن راحتی، تسکین، اطمینان بخشیدن، پیچاندن پتو و ارتباط با کودک آسیب‌پذیر به شیوه‌ای عینی و متناسب با سطح رشد، گوش دادن، قوت‌قلب دادن درباره ترس‌ها و لحن صدایی آرام و ملایم.
کودک عصبانی در پاسخ به ادراک نیازهای اصلی برآورده نشده یا درمان نامتناسب، خشم خود را به صورت مستقیم آشکار می‌کند. می‌تواند شکل بدقلقی‌ها و بدخلقی‌های کودک خردسال را به خود بگیرد.	راهنمایی، تأیید احساسات و نیازها، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خودکنترلی. آزادی در بیان نیازها و هیجانات و تأیید آنها.	گوش دادن، ابراز هیجانات، حمایت از برون‌ریزی خشم، راهنمایی بیماران درباره راه‌های مناسب و ایمن ابراز خشم (مثلاً زورآزمایی)، برقراری محدودیت به منظور امنیت یا پیشگیری از پیامدهای منفی. باید به آنها کمک شود تا نیازهای ارضانده‌ای که در حال واکنش نشان دادن به آنها هستند را بشناسند و متوجه بشوند که ممکن است در زمان عصبانیت و خشم اشتباه فکر کنند.
کودک تکانشی/بی‌نظم بر اساس لذت‌جویی و بدون توجه به محدودیت‌ها یا نیازهای دیگران (غیر مرتبط با نیازهای اصلی) به صورت تکانشی عمل می‌کند.	محدودیت‌های واقع‌بینانه و خودکنترلی، اعتباربخشی به احساسات و نیازها، راهنمایی.	درمانگر باید به آرامی محدودیت‌هایی قاطعانه وضع کند و به راهنمایی و آموزش تمرین‌های مربوط به آزادسازی کودک سالم بپردازد. باید به آنها کمک شود تا نیاز حال حاضر خود را بشناسند.
کودک سالم - رشد نیافته احساس عشق، محبت، ارتباط و پیوستگی می‌کند و راضی و خشنود است.	خودانگیختگی و تفریح. راهنمایی و پرورش، توجه، تأیید، پذیرش، تشویق برای کشف و بازی.	از بازیگوشی‌های آنها لذت ببرید و این مسئله را به شکل عینی و بصری با لبخند زدن و خندیدن، دعوت آنها به بازی و بازی کردن با آنها، نشان دهید.
والد تنبیه‌گر/انتقادگر سرسخت و انتقادکننده است و خود و دیگران را تنبیه می‌کند.	ذهنیت‌های والد ناکارآمد نیازهای کودک را سرکوب می‌کند و نمی‌پذیرد. این اتفاق می‌تواند برای هریک از نیازها، خصوصاً عشق و محبت، تربیت، تحسین، پذیرش، راهنمایی، تأیید و ابراز هیجانی به وقوع بپیوندد.	مانع پیام‌های ذهنیت والد تنبیه‌گر/انتقادگر بشوید، محدودش کنید و در نهایت این ذهنیت را از بین ببرید. با نیازهای کودک آسیب‌پذیر ارتباط برقرار کرده و از آنها حمایت کنید.
والد پرتوقع انتظارات و سطوح بالایی از مسئولیت را برای خودشان و گاهی برای دیگران قائل هستند و خودشان یا دیگران را برای دستیابی به آنها تحت فشار می‌گذارند.		با این پیام‌ها چالش کنید، به ارزیابی آنچه معیارها و انتظارات منطقی نامیده می‌شود، بپردازید. با نیازهای کودک آسیب‌پذیر ارتباط برقرار کرده و از آنها حمایت کنید.



جدول ۳-۲ مداخلات پیشنهادی برای درمانگر در ارتباط با ذهنیت‌ها و نیازهای بیماران — ادامه

مداخله درمانگر	نیازهای برآورده‌نشده دوران کودکی	ذهنیت طرح‌واره‌ای
بازوالدینی حد و مرزدار	محافظة اجتنابی	محافظ اجتنابی
نیازهای زیربنایی را شناسایی کنید. این نیازها برای کودک آسیب‌پذیر، شامل ارتباط و برون‌ریزی هیجانی می‌شود. در صورت وجود ذهنیت محافظه‌عصبانی محدودیت‌هایی وضع کنید و تلاش کنید از طریق آنها با مراجع ارتباط برقرار کنید.	هر نیاز برآورده نشده در دوران کودکی می‌تواند یکی از این ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد را به وجود آورد، در نتیجه هر نیازی می‌تواند سرمنشأ آن باشد. آنها انواع واکنش‌ها برای بقا شامل فرار، مبارزه، میخکوب‌شدن هستند. به صورت افراطی استفاده می‌شوند و خودکار هستند.	دیگران را از خود دور و ارتباطات را قطع می‌کند. دچار کناره‌گیری هیجانی، تنهایی و اجتناب است.
به بیمار کمک کنید تا نیازهای زیربنایی و اساسی‌اش را بشناسد و ارزیابی کند که آیا این نیازها از طریق سبک جبران افراطی آنها برآورده می‌شوند یا خیر. با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر بیمار ارتباط برقرار کنید. آسیب‌ها را به گروه محدود کنید.	نیاز ضروری و آنی این ذهنیت ارتباط و رویارویی همدلانه است. نیاز بلندمدت یادگیری سبک مقابله‌ای سالم است تا تناسب بیشتری با زندگی بالغانه داشته باشد. این دقیقاً همان هدف درمان است و مستلزم رشد ذهنیت بزرگسال سالم است.	جبران‌کننده افراطی سبک مقابله‌ای حمله متقابل و کنترل است. گاهی تا حدودی سازگارانه است.
نیازهای برآورده نشده را شناسایی و ارزیابی کنید که آیا این ذهنیت مقابله‌ای می‌تواند آن را برآورده کند یا خیر. به بیمار کمک کنید تا نیازش برآورده شود. با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر ارتباط برقرار کنید.	ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد، در مقابل فوریت‌ها و شرایط اضطراری نیازمند محافظت هستند.	ذهنیت تسلیم‌شده مطیع فرد تسلیم‌شده طرح‌واره، به شیوه‌ای عمل می‌کند که گویا طرح‌واره صحت دارد. برای مثال شخص با طرح‌واره ایشار از نیازهای خودش به خاطر دیگران می‌گذرد. فرد با طرح‌واره شرم و نقص خود را شکست خورده و ناکام می‌پذیرد و تلاشی نمی‌کند.
فرد را به استفاده از شایستگی و کفایت دعوت کنید. فرصت‌هایی را برای به‌کارگیری و شناسایی توانایی‌هایش ایجاد کنید. به توانمندی‌هایش اشاره کنید و به آنها بازخورد مثبت بدهید. خودمختاری را تصدیق کنید و بپذیرید.	تصدیق و حمایت و خودمختاری، کفایت و احساس هویت. عدم برآورده شدن نیازهای دوران کودکی می‌تواند منجر به رشد نیافتن ذهنیت بزرگسال سالم شود. هر چه نیازها کمتر برآورده شده باشند، ذهنیت بزرگسال سالم کمتر رشد می‌کند.	بزرگسال سالم - رشد نیافته نیازهای فرد به شیوه‌ای سالم و بالغانه برآورده می‌شود، قادر است از خوشی‌های زندگی بهره‌بردار، روابط سالمی ایجاد کند و آنها را ادامه دهد.

اجرای بازوالدینی حد و مرزدار در طرح‌واره‌درمانی گروهی مستلزم انجام برخی مطابقت‌ها است. این تطبیق از طریق مواردی مانند تمرکز بر نیازهای جمعی گروه و برقراری تعادل در بین آنها، به مثابه