

طرحواره‌درمانی برای روان‌پریشی و اختلال دوقطبی کاوش در خود چندگانه

تألیف

جان رودز

ناتاشا ورونتسوا

ترجمه

دکتر حسن رضایی جمالویی

عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد

یگانه ابراهیمی

کاندیدای دکتری تخصصی روان‌شناسی



«من در مقام بنیان‌گذار طرحواره‌درمانی، از اینکه شاهد گسترش این مدل درمانی به قلمروهای جدیدی هستم، هیجان‌زده‌ام. این اولین کتابی است که به بررسی این موضوع می‌پردازد که چگونه طرحواره‌درمانی را می‌توان - هم از لحاظ نظری و هم از نظر بالینی - برای کار با افرادی که روان‌پریشی و شرایط دوقطبی را تجربه می‌کنند به کار برد. با توجه به پیچیدگی چنین اختلالاتی، واضح است که تغییراتی در تکنیک‌های درمانی لازم است. این کتاب به‌طور کامل این موارد را از طریق مطالعات موردی دقیق نشان می‌دهد. چیزی که این کتاب را متمایز می‌کند، توانایی نویسندگان در ایجاد پلی یکپارچه بین نظریه و عمل است. رودز و ورونسوا نه تنها فصلی بسیار مهم و حیاتی به رویکرد طرحواره‌درمانی اضافه کرده‌اند، بلکه درهایی را به روی درمان دلسوزانه‌تر و مؤثرتر برای افرادی که با چالش‌های روان‌پریشی و دوقطبی مواجه هستند نیز باز کرده‌اند.»

- جفری یانگ، بنیان‌گذار طرحواره‌درمانی و عضو هیئت‌مدیره
موسسه طرحواره‌درمانی نیویورک و نیوجرسی

«این کتاب چیزی را ارائه می‌دهد که خیلی‌ها مدت‌ها منتظر آن بودند، یعنی نحوه به‌کارگیری طرحواره‌درمانی و تکنیک‌های طرحواره‌درمانی در روان‌پریشی مزمن و اختلال دوقطبی. طرحواره‌درمانی یک درمان مؤثر برای اختلالات شخصیت و افسردگی مزمن است. نویسندگان این کتاب توضیح می‌دهند که چگونه نظریه و عمل طرحواره‌درمانی را می‌توان در این حوزه‌های مشکل‌ساز به کار برد. متخصصان بالینی از این کتاب سود زیادی خواهند برد.»

- آرنود آرنتز، استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آمستردام، آمستردام، هلند

«این کتابی ماهرانه در مورد کاربرد طرحواره‌درمانی در روان‌پریشی و اختلال دوقطبی است. فصل‌های کتاب، ارزش مفهوم‌سازی بخش‌های «خود» را نشان می‌دهند و همچنین با استفاده از گزارش‌های بالینی غنی روش‌های خلاقانه‌ای را برای تغییر تکنیک‌ها ارائه می‌کنند. هرکسی که در این حیطه‌های بالینی کار می‌کند باید این کتاب را بخواند.»

- هلن استارتاپ، مدیر مدرسه طرحواره‌درمانی، انگلستان

فهرست

فهرست کلمات اختصاری.....	۷
طرحواره‌درمانی انطباق‌یافته برای روان‌پریشی و اختلال دوقطبی.....	۹
قدردانی.....	۱۱
فصل ۱: ذهنیت‌ها، روان‌پریشی و دوقطبی.....	۱۳
فصل ۲: بررسی ذهنیت‌ها در روان‌پریشی.....	۲۸
فصل ۳: بررسی ذهنیت‌ها در دوقطبی.....	۵۳
فصل ۴: توسعه مفهوم ذهنیت‌ها در روان‌پریشی و دوقطبی.....	۷۹
فصل ۵: انطباق طرحواره‌درمانی برای روان‌پریشی و دوقطبی.....	۱۰۱
فصل ۶: دلبستگی، طرحواره‌ها و درمان متمرکز بر تصویرسازی برای روان‌پریشی (IMAPS).....	۱۱۷
فصل ۷: بازنویسی تصاویر در افرادی که تحت تأثیر تروما صدهایی می‌شنوند.....	۱۳۸
فصل ۸: روان‌پریشی و طرحواره‌درمانی.....	۱۶۱
فصل ۹: دوقطبی و طرحواره‌درمانی.....	۱۸۰
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۱۹۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۰۰

فهرست کلمات اختصاری

CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CBTp	Cognitive Behavioral Therapy for psychosis
CFT	Compassion Focused Therapy
TA	Thematic Analysis
C-TRU	Complex Trauma and Resilience Research Unit
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
EMDR	Eye Movement Desensitisation and Reprocessing
iMAPS	iMAGery therapy for PSychosis
EMS	early maladaptive schemas
YSQ	Young Schema Questionnaire
CMHT	Community Mental Health Team
PCL	Post Traumatic Stress Checklist
DID	dissociative identity disorder
PE	Prolonged Exposure
ImRs	imagery rescripting
BPD	borderline personality disorder
IFS	Internal Family Systems
OCD	obsessive-compulsive disorder

طرحواره درمانی انطباق یافته برای روان پریشی و اختلال دوقطبی

این کتاب به بررسی چگونگی استفاده از طرحواره درمانی و نظریه زیربنایی آن در کار با درمان جویانی می‌پردازد که از روان پریشی، دوقطبی و علائم مرتبط رنج می‌برند.

بخش اول کتاب تحقیقات کیفی عمیقی را ارائه می‌کند که شامل توضیحات شخصی می‌شود که حالات «خود» یا «ذهنیت‌های» یک فرد مبتلا به روان پریشی یا دوقطبی را توصیف می‌کند. این حالات خود شامل طیف وسیعی از ویژگی‌ها، مانند احساسات، افکار، انگیزه‌ها و رفتارها هستند که به صورت الگوها ظاهر می‌شوند. بخش دوم پیشنهاد می‌کند طرحواره درمانی را که یک رویکرد فرا تشخیصی است که روی هیجانات و عملکرد بین فردی کار می‌کند برای کار بالینی با این دو گروه از درمان جویان، انطباق دهیم و به کار ببریم.

این کتاب با ارائه بینش‌های منحصربه‌فرد، برای طیف وسیعی از متخصصان بالینی شاغل، مانند روان‌شناسان، درمانگران، روان‌پزشکان و کسانی که علاقه خاصی به روان پریشی یا دوقطبی دارند، جذاب خواهد بود.

جان رودز مشاور روانشناس بالینی و مدرس مدعو در دانشگاه هرتفوردشایر و پژوهشگری در بیرکبک دانشگاه لندن است. او کتاب‌های CBT روایتی: ویژگی‌های متمایز (۲۰۱۴) و روان پریشی و خود آسیب‌دیده (۲۰۲۲) را نوشته است و در سال ۲۰۰۹ همکاری مشترکی با نویسنده CBT روایتی برای روان پریشی داشته است. او مقالاتی در زمینه روان پریشی، تروما و افسردگی منتشر کرده است.

ناتاشا ورونتسوا روانشناس ارشد بالینی در مداخله اولیه برای روان پریشی در NHS بریتانیا است. او در پیشبرد درک روان‌شناختی از روان پریشی و به ویژه ارتباط آن با مشکلات هیجانی و تروماها، تخصص دارد. تحقیقات او به بهبود درمان‌های روان‌شناختی مربوط می‌شود و او در دانشگاه کالج لندن و کینگز کالج لندن تدریس می‌کند.

قدردانی

جان رودز

مایلم از ورتوهی اوهانیان به خاطر نظارت الهام بخشش در طرحواره درمانی و دیو هارپر، زوئی ویلیامز و هانا وایتهد برای مشارکتشان در تحقیقات فصل‌های ۲ و ۳ تشکر کنم. می‌خواهم از کسانی که از من حمایت کردند، از ناتان و دوستانم تشکر کنم.

ناتاشا ورونتسوا

می‌خواهم از همه شرکت‌کنندگان تحقیق تشکر کنم که با مهربانی وقت و تجربیات خود را به اشتراک گذاشتند به این امید که بتوانند به دیگران کمک کنند. همچنین می‌خواهم از همه عزیزانم به خاطر شکیبایی و حمایتشان و به‌ویژه از گیلز بارت تشکر کنم.

فصل ۱

ذهنیت‌ها، روان‌پریشی و دوقطبی

درمان‌های روان‌شناختی معاصر برای روان‌پریشی و دوقطبی از طریق موج‌های مدل‌های رفتاری و شناختی تکامل یافته‌اند و اخیراً توجه بیشتری را بر اهمیت حوزه‌های هیجانی و بین فردی متمرکز کرده‌اند. متخصصان بالینی و محققان تاریخچه‌ای از آسیب‌های اولیه، ارزیابی‌های منفی شدید از خود و دیگران و اختلالات دلبستگی همراه با نمونه‌هایی از افرادی که حالت‌های خلقی شدید و روان‌پریشی دارند، یادداشت کرده‌اند. ایده این کتاب از اینجا آمد که چگونه می‌توانیم افرادی را که چنین مشکلات بین فردی و هیجانی دارند بهتر درک کنیم و به آن‌ها کمک کنیم، آن‌هم زمانی که می‌دانیم این مشکلات مقدم بر علائم، پیش‌بینی‌کننده علائم و تداوم‌بخش علائم «بیماری‌های روانی جدی» هستند که درمان‌جویان به آن‌ها مبتلا هستند. در این کتاب به بررسی این موضوع می‌پردازیم که چگونه طرحواره‌درمانی و نظریه زیربنایی آن، از جمله مفهوم ذهنیت‌ها، می‌توانند درک ما از این حوزه‌ها را ارتقا دهند. مفهوم ذهنیت طرحواره^۱ را در تجربیات افراد مبتلا به روان‌پریشی یا دوقطبی کاوش می‌کنیم و داده‌های کیفی تحلیل‌شده از گزارش مستقیم شرکت‌کنندگان را ارائه می‌دهیم. سپس چارچوبی برای کاربردهای بالینی تنظیم می‌کنیم و با مثال‌های موردی دقیق نشان می‌دهیم که چگونه چنین رویکردهای درمانی ایجاد شده‌اند.

فصل اول مفهوم ذهنیت‌هایی را که در طرحواره‌درمانی استفاده می‌شوند توضیح می‌دهد و به‌طور خلاصه شواهدی را که از این مدل حمایت می‌کنند بررسی می‌کند و به این موضوع می‌پردازد که چرا این درمان می‌تواند برای کار با روان‌پریشی و دوقطبی مفید باشد. در ادامه، وجود ذهنیت‌ها در افراد مبتلا به روان‌پریشی و دوقطبی با استفاده از تحقیقات کیفی شرح و بررسی خواهد شد و نتایج در فصل‌های ۲ و ۳ ارائه خواهند شد.

طرحواره‌درمانی و ذهنیت‌ها

طرحواره‌درمانی^۲ از سنت مبتنی بر شواهد درمان‌های شناختی-رفتاری (CBT) تکامل یافته است و بر

1- Schema mode
2- Schema Therapy

اساس درک دلبستگی و تأثیرات نامالایمات اولیه زندگی بر هویت، عملکرد هیجانی و رابطه‌ای ساخته شده است. این مدل ابتدا بر مفهوم‌سازی و کار با طرحواره‌ها- یعنی «الگوهای هیجانی و شناختی خودشنونده‌ای که در اوایل رشد ما شروع می‌شوند و در طول زندگی تکرار می‌شوند» (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) و بر هیجانات، ادراکات، احساسات بدنی و پاسخ‌های رفتاری تأثیر می‌گذارند- متکی بود. برای مثال، فردی ممکن است اغلب در اثر رها شدن احساس ناراحتی شدید کند و به‌شدت به رویدادهای محرکی مانند رفتن شریک زندگی به یک سفر کاری کوتاه یا در دسترس نبودن یک دوست برای یک رویداد اجتماعی، واکنش نامتناسب نشان دهد. با گذشت زمان، مشخص شد افرادی که گذشته پر مشقت و مشکلات کنونی متعددی دارند، شواهدی از تعداد زیادی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان می‌دهند که برخی از آن‌ها شاید در موقعیت‌های خاص فعال‌تر و قابل مشاهده‌تر شوند و در طول زمان تغییر کنند. این برای مدل اصلی طرحواره‌درمانی چالش‌برانگیز بود زیرا فرمول‌بندی‌هایی که طرحواره‌های زیادی را شامل می‌شدند دست‌وپا گیر بودند و ممکن بود برای درمان‌جویان طاقت‌فرسا باشند. مفهوم ذهنیت طرحواره به‌منظور ساده‌سازی مفهوم‌سازی موردی طرحواره‌درمانی برای درمان‌جویان دارای مشکلات پیچیده، از جمله کسانی که تشخیص اختلال شخصیت دریافت کرده بودند، توسعه یافت.

برای پاسخگویی بهتر به نیازهای بالینی این گروه، یانگ و همکاران (۲۰۰۳) چارچوب ذهنیت طرحواره را به‌منزله مجموعه‌ای ساده از زیرمجموعه‌های فرعی فراگیر و پایدار شخصیت که می‌توانند نقش‌های خاصی در پاسخ به موقعیت‌های روزمره ایفا کنند و می‌توانند با یکدیگر تعامل داشته باشند و همچنین در تعامل با افراد تجلی یابند، ارائه کردند. هر ذهنیت به روش‌های خاصی به مجموعه‌ای از طرحواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط است، اما همچون یک ویژگی نوسانی عمل می‌کند تا یک ویژگی پایدار. این چارچوب ذهنیت «خود چندگانه»، به‌مثابه سیستمی باز و منعطف که حالات خود چندگانه را مفهوم‌سازی می‌کند، در کار با پیچیدگی‌های افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، کاربرد بالینی بسیار خوبی دارد، اما هنوز برای افرادی که دارای اختلالات روان‌پریشی یا شرایط دوقطبی هستند، استفاده نشده است.

چارچوب ذهنیت طرحواره

ذهنیتی که در ابتدا توسط یانگ و همکاران تعیین شده بودند (۲۰۰۳) به ذهنیت‌های کودک، ذهنیت‌های والدین ناکارآمد، ذهنیت‌های مقابله ناسازگار و ذهنیت بزرگسال سالم گروه‌بندی شدند. همه ذهنیت‌ها به‌استثنای بزرگسال سالم و کودک سالم با فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه یا با سبک‌های مقابله‌ای خاص مرتبط با آن‌ها مرتبط هستند. این چارچوب دسته‌بندی ذهنیت‌ها را توصیف می‌کند و انواع مختلفی از ویژگی‌ها را که اغلب در هر نوع ذهنیت یافت می‌شود، پیشنهاد می‌کند و

برای مثال، احساسات درماندگی ذهنیت کودک آسیب‌پذیر را در مقابل انتقادات شدید ذهنیت والد تنبیه‌گر قرار می‌دهد. قابل‌درک است که ذهنیت‌های هر فرد مجموعه خاصی از ویژگی‌های مربوط به آن نوع ذهنیت را دارا هستند، اما این ویژگی‌ها بین افراد متفاوت است. در محیط بالینی واقعی، دسته‌بندی ذهنیت‌ها همچون راهنما عمل می‌کند و شامل انواع ذهنیت‌های ممکن است که می‌توانند وجود داشته باشند. هدف درمانگر این است که با حالات خاصی که توسط فرد توصیف شده است، کار کند و آن‌ها را با استفاده از کلمات ترجیحی درمان‌جو نام‌گذاری کند. در اینجا به‌طور خلاصه هر نوع ذهنیت را مطابق با چارچوب یانگ و همکاران به‌صورت خلاصه آورده‌ایم و کاربرد درمانی آن‌ها را معرفی کرده‌ایم.

ذهنیت‌های کودک

ذهنیت‌های کودک شامل چهار نوع است: سه ذهنیت کودک ناکارآمد - کودک آسیب‌پذیر^۱، کودک عصبانی^۲، کودک تکانشی یا بی‌انضباط^۳ - و کودک سالم. انتظار می‌رود که غلبه یک یا چند ذهنیت کودک ناکارآمد در بزرگسالی ناشی از برخی نیازهای هیجانی اصلی برآورده نشده در اوایل زندگی باشد. یانگ و همکاران این توصیفات را بر اساس مشاهدات بالینی انجام‌شده در حین کار با طیف وسیعی از درمان‌جویان در درمان ارائه کرده‌اند. آن‌ها گزارش کرده‌اند درمان‌جویانی که وارد ذهنیت کودک می‌شوند گاهی اوقات «احساس کودکی» دارند، اما همیشه این‌طور نیست. دیگران، نام ذهنیت‌ها را آسان کرده‌اند و صرفاً به ذهنیت‌های آسیب‌پذیر، عصبانی و تکانشی یا بی‌انضباط اشاره می‌کنند (مانند لازاروس و رافائلی، ۲۰۲۳). مانند همه ذهنیت‌ها، در کار بالینی، هدف انتخاب یک نام شخصی برای هر یک از ذهنیت‌های خاص فرد است که ویژگی‌های او و ترجیحات شخصی او را منعکس کند. در اینجا ابتدا دسته‌بندی ذهنیت یانگ و همکاران را با استفاده از نام اصلی آن‌ها ارائه می‌کنیم. باین‌حال، در تحقیقات ارائه‌شده در فصل‌های بعدی از اصطلاحات ساده‌شده استفاده خواهیم کرد.

ذهنیت کودک آسیب‌پذیر با احساس اضطراب، ترس، تنهایی، درماندگی و اندوه مشخص می‌شود. احساس بی‌دفاعی که می‌تواند با اشیائی ناامیدانه برای موردحمایت و مراقبت قرار گرفتن از سوی یک شخصیت دلسوز یا والدین همراه باشد. یانگ و همکاران زیرگروه‌هایی را برای نامالایمات هیجانی مختلف اولیه، از جمله کودک رهاشده، کودک آزاردیده، کودک محروم و کودک معیوب پیشنهاد کردند. ذهنیت‌های کودک آسیب‌پذیر با بیشتر طرواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط هستند و هدف اصلی شفا در طرواره درمانی هستند.

1- Vulnerable child

2- Angry child

3- Impulsive or undisciplined child

ذهنیت کودک عصبانی نیز با نیازهای هیجانی اولیه برآورده نشده مرتبط است، اما به‌جای آسیب‌پذیری و جستجوی کمک، عصبانیت یا خشم نشان می‌دهد، برآشفته می‌شود، فریاد می‌زند و ممکن است سرزنش کند. فردی که در ذهنیت کودک عصبانی قرار دارد ممکن است احساس سوءاستفاده، رها شدن، محرومیت یا اطاعت داشته باشد و می‌تواند به‌صورت ذهنی حس از دست دادن کنترل احساسات و رفتار خود را داشته باشد. واکنش‌های او ممکن است در نظر دیگران نامتناسب با شرایط محرک باشد و می‌تواند به شکل پرتوقعی کنترل نشده، برون‌ریزی، پرخاشگری و حتی خشونت نشان داده شود.

ذهنیت کودک تکانشی یا بی‌انضباط بر اساس انگیزه رسیدن به خواسته‌ها یا جستجوی لذت، بدون توجه به محدودیت‌ها یا پیامدها عمل می‌کند. یانگ و همکاران این ذهنیت را نمایشی از کودکی در حالت «طبیعی» و مهار نشده توصیف کردند. این ذهنیت کودک با عدم تحمل ناامیدی و ناتوانی در به تأخیر انداختن ارضا به خاطر اهداف بلندمدت مرتبط است. فردی که در این ذهنیت قرار دارد ممکن است از نظر دیگران فردی لوس، تنبل، بی‌حوصله یا بی‌دقت به نظر برسد و در مواجهه با کارهای خسته‌کننده یا کسل‌کننده به‌راحتی تسلیم شود.

ذهنیت کودک شاد^۱ نشان‌دهنده فقدان هرگونه فعال‌سازی طرحواره ناسازگار است و نشان‌دهنده این است که نیازهای هیجانی اصلی کودک به‌اندازه کافی برآورده شده‌اند. کودک شاد احساس رضایت و عشق، ارزشمندی، شایستگی، ایمنی، انعطاف‌پذیری، سازگاری، خوش‌بینی و خودجوشی دارد.

ذهنیت‌های والد ناکارآمد

دو نوع رایج از ذهنیت‌های والد ناکارآمد توسط یانگ و همکاران ارائه شده است: ذهنیت والد تنبیه‌گر^۲ و ذهنیت والد پرتوقع^۳. هر دو معمولاً ناشی از درونی‌سازی والدین یا مراقب در ابتدای زندگی فرد تصور می‌شوند، هرچند می‌توانند به تجربیات بعدی با همسالان مقتدر و قلدر نیز مرتبط باشند. نام اصلی که یانگ و همکاران برای ذهنیت‌های والد ناکارآمد گذاشتند ریشه در مشاهدات بالینی آن‌ها را در رابطه با ارتباطات مکرر بین فعالیت‌های این ذهنیت‌ها و تجربیات قبلی فرد با والدین دارد. با این حال، دیگران صرفاً از ذهنیت‌های منتقد یا پرتوقع صحبت کرده‌اند (مانند لازاروس و رافائلی، ۲۰۲۳). از نظر بالینی، توصیه می‌شود از زبانی استفاده کنید که به بهترین وجه با تجربه هر درمان‌جو از ذهنیت‌ها یا حالات خود مطابقت دارد. ما ذهنیت‌ها را در اینجا با استفاده از نام‌های اصلی که یانگ و همکاران برای آن‌ها اختصاص داده‌اند توضیح می‌دهیم.

1- Happy child mode

2- Punitive parent mode

3- Demanding parent mode

ذهنیت والد تنبیه‌گر معمولاً سرزنشگر، شرمسار کننده، مطیع کننده، خشن و غیر بخشنده، حمله کننده و ایجادکننده درد است. افرادی که این ذهنیت در آن‌ها فعال می‌شود ممکن است به دلیل ابراز نیازهای عادی در اوایل زندگی تنبیه شده باشند. هنگامی که ذهنیت والد تنبیه‌گر فعال می‌شود، می‌تواند باعث نفرت از خود، انکار خود و انتقاد از خود شود و ممکن است منجر به آسیب به خود، افکار خودکشی و رفتارهای خود تخریبی شود. در درمان، هدف تعیین محدودیت‌هایی برای فعال‌سازی ذهنیت والد تنبیه‌گر است؛ درحالی که منشأ آن را درک می‌کنیم، اما جلوه‌های مخرب آن را نمی‌پذیریم. گاهی اوقات، رویکرد طرحواره درمانی ممکن است به دنبال حذف کامل این ذهنیت باشد.

ذهنیت والد پرتوقع، برخلاف والد تنبیه‌گر، با نفرت از خود یا حمله صریح به خود مشخص نمی‌شود، بلکه خود را تحت فشار قرار می‌دهد تا به استانداردهای بالایی برسد. در این حالت، ممکن است تمرکز بر کمال، موفقیت افراطی، کارآمدی، اجتناب از اتلاف وقت، یا فروتنی شدید و همیشه مقدم داشتن نیازهای دیگران بر نیازهای خود باشد. احساس تلاش برای بهبود خود و «آدم خوب» بودن وجود دارد، اما با چنین رویکرد فشار آوری و چنان معیارهای کمال‌گرایانه‌ای که فرد احساس می‌کند تلاش‌هایش هرگز به اندازه کافی نیست، پریشانی مداوم ایجاد می‌شود. معمولاً انتظار داریم درمان‌جویانی که این ذهنیت درون آن‌ها فعال‌سازی می‌شود، مراقبان اولیه‌شان در کودکی به شیوه‌هایی کمال‌گرایانه و پرتوقع با آن‌ها رفتار کرده باشند، یا از سوی دیگر در دوران کودکی توسط مراقبی آسیب‌پذیر یا منزوی که قادر به مهار ناراحتی کودک نبوده تربیت شده باشند. در کار بالینی در طرحواره درمانی، ممکن است در مورد نحوه تأثیرگذاری این ذهنیت پرتوقع بر فرد مذاکره کنیم و به دنبال رسیدن به رویکردی متعادل‌تر، انعطاف‌پذیرتر و معقول‌تر به منظور تلاش برای اهداف یا رعایت استانداردهای اخلاقی باشیم.

ذهنیت‌های مقابله‌ای

ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار ارائه شده توسط یانگ و همکاران سه نوع هستند: تسلیم‌شده مطیع^۱، محافظ بی تفاوت^۲ و جبران‌کننده افراطی^۳. هر یک از این‌ها با سبک استراتژی روان‌شناختی که کودک برای انطباق با زندگی در یک محیط تهدیدآمیز و نیازهای هیجانی برآورده نشده استفاده می‌کند مطابقت دارد: به ترتیب تسلیم، اجتناب و جبران بیش از حد. می‌توان گفت هر یک از این انواع مقابله در زمان به وجود آمدنشان، دست‌کم از برخی جهات سازگارانه یا کاربردی بوده‌اند. با این حال، هنگامی که در زندگی بزرگسالی به آن‌ها تکیه شود، هر یک می‌توانند به طرق خاصی غیرمفید باشند. در

1- Compliant surrender

2- Detached protector

3- Over compensator

طرحواره‌درمانی، هدف کاهش نیاز به مقابله ناسازگارانه به وسیله برآوردن نیازهای بخش‌های آسیب‌پذیرتر فرد است، اما بر شیوه‌های مقابله نیز می‌توان مستقیماً با استفاده از تکنیک‌هایی مانند رویارویی همدلانه کار کرد.

ذهنیت تسلیم‌شده مطیع مطابق با طرحواره‌های ناسازگار عمل می‌کند؛ برای جلوگیری از بدرفتاری بیشتر به دنبال تسلیم شدن در برابر اراده دیگران، پذیرش بالقوه نامایمات یا سوءاستفاده‌ها و کوتاهی در برداشتن گام‌هایی برای برآورده کردن نیازهای سالم و در عوض اولویت دادن به اجتناب از تعارض، طرد یا تلافی است. افرادی که ذهنیت تسلیم‌شده مطیع در آن‌ها فعال می‌شود، منفعل و مطیع به نظر می‌رسند و در مواجهه با شخصیت‌های قدرتمندتر، درماندگی را تجربه می‌کنند و چاره‌ای جز تلاش برای جلب رضایت طرف مقابل به منظور اجتناب از عواقب ندارند.

ذهنیت محافظ بی تفاوت از اجتناب به منزله سبک مقابله در برابر طرحواره‌های ناسازگار استفاده می‌کند و اغلب شامل اشکالی از قطع ارتباط اجتماعی می‌شود. این ذهنیت از فاصله‌گذاری روانی و هیجانی استفاده می‌کند که گاهی با کناره‌گیری رفتاری همراه است و افراد تحت تأثیر این ذهنیت ممکن است احساس بی‌حسی یا پوچی کنند و با دیگران با گوشه‌گیری، بی‌علاقگی یا بدبینی برخورد کنند. نوعی از این ذهنیت برای فرار از احساسات دردناک به فعالیت‌های خود تحریک‌کننده یا خود تسکین‌دهنده متکی می‌شود و این موضوع می‌تواند منجر به الگوهای رفتاری اعتیادآور یا اجباری مانند اعتیاد به کار، قماربازی مشکل‌ساز، سوءمصرف مواد، پرخوری، افراط در بازی‌های رایانه‌ای یا افراط در تماشای تلویزیون شود. ذهنیت محافظ بی تفاوت معمولاً برای افراد در مقطعی از زندگی‌شان بسیار مفید بوده است و شاید حتی برای بقا در محیط‌های نامطلوب بسیار مهم بوده است، ولی ممکن است فرد آن قدر به این ذهنیت تکیه کرده باشد که به حالت خودکار درآمده باشد.

ذهنیت جبران‌کننده افراطی شامل رفتار کردن برعکس طرحواره ناسازگار است. برای مثال، جلب توجه بیش از حد ممکن است برای جبران بیش از حد تنهایی و بی‌ارزشی زیربنایی باشد یا کمال‌گرایی و ابراز برتری می‌تواند برای مقابله با احساس نقص زیربنایی مورد استفاده قرار گیرد. انواع واکنش‌های جبران افراطی می‌تواند شامل خودبزرگ‌بینی، کنترل‌گری کمال‌گرایانه یا پارانوئیدی، یا حتی قلدری و پرخاشگری نسبت به دیگران باشد. زمانی که فردی در ذهنیت جبران‌کننده افراطی قرار می‌گیرد، افرادی که اطراف او هستند احساس می‌کنند تحت سلطه، کنترل یا مورد حمله او قرار گرفته‌اند.

ذهنیت بزرگسال سالم

ذهنیت بزرگسال سالم^۱ در کنار ذهنیت کودک سالم، نشان‌دهنده فقدان فعال‌سازی طرحواره ناسازگار

است. افراد در ذهنیت بزرگسال سالم می‌توانند به عملکردهای استراتژیک و سازمان‌یافته خود و سایر ذهنیت‌ها توجه کنند و می‌توانند رفتارهای بزرگسال سالم مانند فرزند پروری، کار، حفظ سلامت، فعالیت جنسی، فعالیت‌های فکری، فعالیت‌های زیبایی‌شناختی و فرهنگی شرکت کنند. بزرگسال سالم می‌تواند کودک آسیب‌پذیر را تربیت و از او محافظت کند، می‌تواند برای کودک عصبانی، تکانشی یا بی‌انضباط محدودیت‌هایی تعیین کند و می‌تواند والد ناکارآمد و شیوه‌های مقابله ناسازگار را تعدیل یا با آن‌ها مقابله کند. طرحواره‌درمانی به دنبال تقویت و حمایت از ذهنیت بزرگسال سالم برای انجام کارکردهای اجرایی و تنظیم عملکرد سایر ذهنیت‌ها و به‌طور کلی خود چندانگانه است.

اثربخشی و مقبولیت

اثربخشی طرحواره‌درمانی در تعدادی از کارآزمایی‌های بالینی، عمدتاً با گروه‌هایی از افراد مبتلا به افسردگی مزمن یا اختلالات شخصیت، نشان داده‌شده است (باکوس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کوروک و اوزباکی، ۲۰۱۸). مروری بر کارآزمایی‌های موجود که طرحواره‌درمانی را برای افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌کاربرده‌اند نیز نتایج امیدوارکننده‌ای را نشان داده است، هرچند نویسندگان خاطرنشان کرده‌اند که تحقیقات بیشتری موردنیاز است (پیترز و همکاران، ۲۰۲۲). به‌منزله یک رویکرد فراتشخیصی که به مسائل اساسی دلبستگی، عملکرد هیجانی و بین فردی توجه می‌کند، منطقی است که طرحواره‌درمانی می‌تواند برای افرادی با طیف وسیعی از تظاهرات بالینی، به‌ویژه کسانی که مشکلات نسبتاً طولانی‌مدت دارند، مفید باشد.

در گزارش‌های به‌دست‌آمده از کارآزمایی‌ها مقبولیت بالای طرحواره‌درمانی برای درمان‌جویان موردتوجه قرار گرفته است و نرخ بسیار پایینی از ترک درمان نشان داده‌شده است (رنر و همکاران، ۲۰۱۶)، به‌ویژه در مقایسه با کسانی که روان‌درمانی معمول دریافت کرده‌اند (باملیس و همکاران، ۲۰۱۴) و یا در مقایسه روان‌درمانی برای گروه‌های مشابهی از درمان‌جویان (گیسن بلو و همکاران، ۲۰۰۶). تأکید طرحواره‌درمانی بر ایجاد یک رابطه درمانی قوی می‌تواند تا حدی از ترک درمان ممانعت کند. بر اساس تجربه بالینی می‌گوییم که مدل ذهنیت طرحواره دارای مزایای مفهومی خاصی است که باعث مقبولیت آن می‌شود. به عبارت دیگر، مفهوم مرکزی خود چندانگانه، به معنای وجود چندین حالت در فرد و نقشه ذهنیت مرتبط با آن‌ها، ویژگی متمایزی است که درک پیچیدگی حالات خود در تعامل با یکدیگر و تغییر در طول زمان و همچنین رویارویی همدلانه مؤثر با بخش‌ها یا الگوهای ناکارآمد و همکاری آن‌ها پیرامون تغییر را تسهیل می‌کند. فرآیندهای ناکارآمد و ناسازگار را می‌توان فقط به یک ذهنیت یا بخشی از خود نسبت داد، نه به کل وجود خود که ارتباط فرد با جنبه‌های سالم پرمحتوای خود را حفظ می‌کند و پتانسیل ذهنیت تدافعی یا احساس آسیب را کاهش

می‌دهد. مشاهدات ما از تجربه بالینی این است که این مدل بصری است و بسیاری از درمان‌جویان می‌توانند به‌سادگی با آن ارتباط تجربی برقرار کنند.

دلیل کاربرد در روان‌پریشی

مشکلاتی که طرحواره‌درمانی برای آن‌ها ابداع شده است در افرادی که روان‌پریشی را تجربه می‌کنند رایج هستند؛ این مشکلات شامل اختلالات دلبستگی^۱، تروماهای اولیه^۲، مشکلات بین فردی و مسائل مربوط به تنظیم هیجان می‌شوند که همگی در گروه‌های طیف اسکیزوفرنی شیوع بالایی دارند (ادینگتون و ادینگتون، ۲۰۰۸؛ گولی و همکاران، ۲۰۱۴؛ لیوینگستون و همکاران، ۲۰۰۹؛ استانتون و همکاران، ۲۰۲۰). مشاهده این موضوع که این دشواری‌ها به‌طور گسترده در روان‌پریشی رایجند دلیلی کافی برای رسیدگی به آن‌ها خواهد بود. باین‌حال، این مورد نیز مطرح شده است که آن‌ها دارای اثرات علی هستند که علائم روان‌پریشی را تغذیه می‌کنند.

بارها توسط فراتحلیل‌ها نشان داده شده است که تروماها و ناملازمات اولیه به‌شدت پیش‌بینی‌کننده شروع روان‌پریشی هستند (بونولدی و همکاران، ۲۰۱۳؛ مک کی و همکاران، ۲۰۲۱؛ ون وینکل و همکاران، ۲۰۱۳؛ وارز و همکاران، ۲۰۱۲) و مطالعات کوهورت آینده‌نگر به‌طور مشخصی از پیوند علی تروما به روان‌پریشی حمایت می‌کند و نه معکوس آن (آرسنالت و همکاران، ۲۰۱۱؛ کوتاجار و همکاران، ۲۰۱۰). مدل‌های نظری، مفهوم‌سازی‌هایی از مسیرهای تأثیرگذار ارائه داده‌اند (هاردی، ۲۰۱۷؛ هاردی و همکاران، ۲۰۱۶) و به مسائلی همچون تنظیم هیجان و باورهای منفی شدید در مورد خود و دیگران در کنار اختلالات حافظه به‌منزله عواملی که از طریق آن‌ها تأثیرات تروما باعث علائم سایکوتیک می‌شوند، اشاره کرده‌اند. بر اساس این چارچوب نظری، یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی درمان متمرکز بر تروما برای افراد مبتلا به روان‌پریشی در حال حاضر در حال انجام است (پیترز و همکاران، ۲۰۲۲) و بخش‌هایی از آن به هر مسیر فرضی که تروما می‌تواند از طریق آن باعث روان‌پریشی شود می‌پردازد.

در میان انواع رویدادهای آسیب‌زا در تاریخچه افرادی که روان‌پریشی را تجربه می‌کنند، تروماهای بین فردی با بروز و شدت علائم روان‌پریشی مثبت و همچنین با اختلالات دلبستگی، باورهای هسته‌ای منفی (همفری و همکاران، ۲۰۲۲) و اختلال عملکرد اجتماعی (استاین و همکاران، ۲۰۱۴) مرتبط هستند. این موضوع همسو با مبنای نظری طرحواره‌درمانی است که بیان می‌کند نیازهای هیجانی برآورده نشده اولیه به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و ظهور ذهنیت‌های ناکارآمد کمک می‌کنند که تعامل آن‌ها هم در درون فرد و هم در ارتباط با افراد دیگر به‌صورت بی‌نظمی هیجانی و رابطه‌ای

1- Attachment disruptions

2- Early trauma

آشکار می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). معنای بالینی مشاهده‌توالی مسائلی که ایجادکننده و پیش‌بینی‌کننده تجارب روان‌پریشی افراد هستند این است که پرداختن به این توالی تروما - اختلال در تنظیم هیجان، باورهای طرحواره‌ای و عملکرد بین فردی - با درمانی که به‌طور خاص آن‌ها را هدف قرار می‌دهد مانند طرحواره‌درمانی، این پتانسیل را دارد که نه‌تنها این عناصر تجربه‌درمان‌جو را بهبود بخشد، بلکه بر بروز علائم روان‌پریشی نیز تأثیر بگذارد.

درمان شناختی رفتاری برای روان‌پریشی (CBTp) همان‌طور که توسط NICE (مرکز ملی همکاری برای سلامت روان (بریتانیا)، ۲۰۱۴) بیان‌شده است اثربخشی خود را در درمان علائم روان‌پریشی ثابت کرده است، اما اثربخشی آن محدود است و اندازه اثر کوچک تا متوسط دارد و نرخ بالایی از ترک درمان در آن مشاهده شده است (گولد و همکاران، ۲۰۰۴؛ لینکلن و همکاران، ۲۰۱۴؛ وایکس و همکاران، ۲۰۰۸). CBTp در ابتدای کار به‌طور واضح به‌منظور پرداختن مستقیم به مشکلات هیجانی و بین فردی تدوین نشده بود: هیجان‌ات و باورهای اصلی (که گاهی اوقات به‌منزله باورهای طرحواره‌ای از آن‌ها یاد می‌شود) در فرمول‌بندی‌ها گنجانده شده بودند، اما تمرکز مداخلات بیشتر بر بهبود اثرات علائم مثبت روان‌پریشی، استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای کاربردی، اصول مواجهه رفتاری و ارزیابی‌های شناختی به‌مثابه اهداف درمانی و مکانیسم‌های تغییر بود. در تلاش برای بهبود دسترسی‌پذیری و پیامدهای درمان‌های روان‌شناختی برای افرادی که روان‌پریشی را تجربه کرده‌اند، پروتکل‌های جدیدتر CBTp و درمان‌های نزدیک به آن مانند درمان متمرکز بر شفقت (CFT) تأکید فزاینده‌ای بر مؤلفه‌هایی دارند که به دنبال هدف قرار دادن مستقیم باورهای طرحواره‌ای و فرآیندهای رابطه‌ای و هیجانی هستند (برای مثال فریمن و همکاران، ۲۰۲۱؛ هریوت میتلند و همکاران، ۲۰۱۹؛ پیترز و همکاران، ۲۰۲۲).

مشابه با منطق اولیه ابداع طرحواره‌درمانی، یعنی هدف قرار دادن مشکلات طولانی‌مدت و مکرر که با درمان شناختی - رفتاری استاندارد رفع‌شدنی نیستند، می‌خواهیم به مسائل بین فردی و هیجانی افراد مبتلا به روان‌پریشی بپردازیم و این موضوعی است که در درمان سنتی CBTp که متمرکز بر علائم است به آن پرداخته نمی‌شود. تحقیقات اولیه در مورد کاربرد مفاهیم طرحواره‌درمانی در این گروه، طیفی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه که توسط شرکت‌کنندگان مبتلا به روان‌پریشی گزارش شده‌اند را ارائه کرده‌اند (تیلور و هارپر، ۲۰۱۷)، اما تحقیقاتی در مورد ذهنیت‌ها هنوز انجام نشده است. مفهوم خود چندانگانه^۱ که توسط مدل ذهنیت طرحواره‌ای بیان‌شده است قدرت خاصی در بهبود درک متخصصان بالینی از پویایی علائم روان‌پریشی و همچنین تعامل درمانی درمان‌جویان دارد.

دلیل کاربرد در اختلال دوقطبی

مانند روان‌پریشی، اختلال دوقطبی از نظر تاریخچه‌ای اغلب همچون یک بیماری بیولوژیکی تلقی می‌شد که فرض می‌شد مبنای ژنتیکی دارد و مبتلایان باید یاد بگیرند که با آن کنار بیایند. درمان‌های روان‌شناختی در ابتدا تنظیم ریتم شبانه‌روزی^۱ و مدیریت استرس^۲ را هدف قرار دادند و اساساً به دنبال تثبیت رفتاری نوسانات خلقی با استفاده از تکنیک‌هایی با مبنای فیزیولوژیکی بودند (لام، ۱۹۹۹؛ لام و همکاران، ۲۰۱۰). متعاقباً، دیدگاه شناختی‌تری به کار گرفته شد و طیفی از ویژگی‌ها مانند مفروضات و قوانین ناسازگارانه برای زندگی به‌مثابه محرک چرخه‌های صعود و فرود خلق‌وخوی شناسایی شدند (مانسل و همکاران، ۲۰۰۷). پروتکل‌های جدیدتر به دنبال توجه به ریتم‌های اجتماعی و بین‌فردی در زندگی درمان‌جویان مبتلا به دوقطبی هستند (کرو و همکاران، ۲۰۲۰؛ استاردو و همکاران، ۲۰۲۰). بااین‌حال، تمرکز همچنان تا حد زیادی بر مهارت‌ها و ادراکات متمرکز بر تنظیم خلق‌وخوی با هدف تلاش برای حفظ نوسانات در محدوده‌ای باریک، است.

مطالعاتی که اختلالات دلبستگی و تروماهای اولیه را در گروه‌هایی از افراد مبتلا به تشخیص دوقطبی ارزیابی کرده‌اند، شیوع قابل‌توجهی از هر دو را نشان داده‌اند (دوالیه و اوسوریو، ۲۰۱۷؛ هارنیک و همکاران، ۲۰۱۴؛ کفلی و همکاران، ۲۰۱۸؛ موریس و همکاران، ۲۰۰۹)؛ هرچند نسبت به درمان روان‌پریشی مطالعات ناچیزتری انجام شده است. در راستای این موضوع که یک ارتباط علی بین تروما و اختلال دلبستگی با این اختلال وجود دارد، شدت سابقه تروما و اختلال دلبستگی با شدت علائم و اختلال عملکردی بعدی مرتبط است (آس و همکاران، ۲۰۱۶؛ کیتاک و ارتن، ۲۰۲۱؛ وروبل و همکاران، ۲۰۲۲). درواقع، با توجه به پیوندهای دیده‌شده در سایر گروه‌های تشخیصی که تحقیقات دقیق‌تری در مورد آن‌ها انجام شده است، بعید به نظر می‌رسد که آسیب‌های اولیه و اختلالات دلبستگی بر مشکلات کنونی این گروه تأثیرگذار نباشد. در پیشینه پژوهشی می‌بینیم که این مفاهیم در موارد بالینی مورد استفاده قرار نگرفته‌اند (هت و همکاران، ۲۰۲۲) یعنی مفهوم‌سازی مبتنی بر تروما و دلبستگی از اختلال دوقطبی انجام نگرفته است. پرداختن به این موضوع باعث عمیق‌تر شدن درک ما از این وضعیت و همچنین تسهیل کاربرد بالینی تکنیک‌های درمانی می‌شود که می‌توانند برخی از مشکلات هیجانی و بین‌فردی را که درمان‌جو با آن‌ها مواجه است بهبود بخشند و در غیر این صورت این مشکلات می‌توانند باعث حفظ علائم و همچنین اختلال عملکرد شوند. تحقیقات اخیر با توجه به کاربرد طرحواره‌درمانی در این گروه، طیف وسیعی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در شرکت‌کنندگان مبتلا به دوقطبی گزارش کرده‌اند، اما تحقیقاتی در مورد ذهنیت‌ها هنوز انجام نشده

1- Circadian rhythm regulation

2- Stress management

است (اوکیسکوا و همکاران، ۲۰۲۲). پیشنهادمان این است که چارچوب ذهنیت طرحواره و مفهوم کلی خود چندگانه، توانایی بهبود درک متخصصان بالینی از تظاهرات پویا و در حال تغییر افراد مبتلا به اختلال دوقطبی را دارد و همچنین چارچوبی برای درک مشارکت تأثیرات ناملايمات اولیه، الگوهای فراگیر واکنش هیجانی و بین فردی، تکانه‌ها و انگیزه‌های متضاد و نحوه تعامل بین این‌ها در اختیار قرار می‌دهد.

اهداف تحقیق اصلی ارائه‌شده

با توجه به شیوع مسائلی مانند اختلالات دلبستگی و مشکلات هیجانی و بین فردی در این گروه‌ها، منطقی بالینی برای بررسی کاربرد چارچوب ذهنیت طرحواره و رویکرد طرحواره‌درمانی برای گروه‌هایی از افراد مبتلا به روان‌پریشی و اختلال دوقطبی وجود دارد. در تحقیقات اولیه ارائه‌شده در بخش اول این کتاب، از روشی کیفی برای پرداختن به اهداف زیر استفاده کردیم:

- برای بررسی اینکه آیا شرکت‌کنندگان می‌توانند مفاهیم ذهنیت را درک کنند یا خیر و آیا می‌توانند مثال‌هایی از این‌که چگونه این حالات ممکن است در زندگی‌شان تجلی یافته باشند ارائه کنند.
- برای تجزیه و تحلیل محتوا و معنای ذهنی تجربیات مرتبط با ذهنیت در گروه‌هایمان.
- برای نشان دادن تجارب فعال‌سازی ذهنیت که توسط شرکت‌کنندگان گزارش شده است، با اشاره به توضیحات موجود در پیشینه پژوهشی موجود.
- برای توجه به اینکه آیا الگوهای ارتباطی بین تجارب ذهنیت و علائم مشهود هستند یا خیر که این موضوع می‌تواند در توسعه نظریه‌ها و تحقیقات بیشتر مفید باشد.

نحوه انجام تحقیق

دو مطالعه جداگانه اما همسو با استفاده از روشی مشابه انجام شد، یکی برای گروهی از شرکت‌کنندگان مبتلا به روان‌پریشی و دیگری برای گروهی مبتلا به اختلال دوقطبی. مرحله اول تحقیق توسط وایتهد و اینگلیدو (وایتهد و اینگلیدو، ۲۰۱۸) انجام شد. از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد که در این مصاحبه‌ها توصیفات ذهنیت‌ها بررسی شد و در تجزیه و تحلیل‌ها شواهدی از ذهنیت‌ها و همچنین هرگونه الگوی جالب یا ویژگی غیرمنتظره‌ای یادداشت شد.

تحلیل موضوعی^۱ (TA؛ براون و کلارک، ۲۰۰۶) استفاده شد زیرا به خوبی با اهداف تحقیقاتی‌مان مطابقت داشت و امکان رویکردی انعطاف‌پذیر، شفاف و سیستماتیک را بدون اینکه مجبور باشیم

1- Thematic analysis

پرداختن به عمق موضوع را قربانی کنیم، فراهم می‌کرد. TA برای هدفمان مناسب بود، هر دو نوع تحلیلی که می‌خواستیم انجام دهیم را دربر داشت: اولی ارزیابی یک چارچوب ذهنیت خاص در شرکت‌کنندگان و دومی بررسی عمیق تجربیات ذهنی آن‌ها و ایجاد ایده‌ها و نظریه‌های بدیع. TA را می‌توان در طیف وسیعی از مواضع نظری و معرفت‌شناختی به کار برد؛ هدف تحقیق ما کشف تجربیات ذهنی شرکت‌کنندگان بود، اما می‌دانستیم که اندیشه‌هایی از قبل در پیشینه‌های حرفه‌ای خود کسب کرده‌ایم و آن‌ها را هنگام مصاحبه و تجزیه و تحلیل همراهمان داریم.

هر یک از این دو مطالعه شامل هفت شرکت‌کننده بودند که این شرکت‌کنندگان از طریق گروه‌های سلامت روان در مرکز NHS داخلی لندن در تحقیق گمارده شدند. یکی از شرکت‌کنندگان در مطالعه روان‌پریشی از بخش سلامت روان بیماران در همان منطقه گمارده شد. گروه روان‌پریشی شامل پنج مرد و دو زن ۲۶ تا ۵۳ ساله بود. همه آن‌ها با یک اختلال روان‌پریشی غیر عاطفی تشخیص داده شده بودند (شش نفر مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوئید، یک نفر مبتلا به اختلال اسکیزوافکتیو). گروه دوقطبی شامل دو مرد و پنج زن ۳۱ تا ۵۸ ساله بودند که همگی تشخیص دوقطبی نوع یک گرفته بودند. تأییدیه اخلاقی مطالعات توسط پنل اخلاقی NHS اعطا شده بود و همه شرکت‌کنندگان رضایت کتبی آگاهانه برای شرکت در تحقیق را ارائه داده بودند.

بر اساس توصیفات ذهنیت طرحواره که توسط یانگ و همکاران (۲۰۰۳) ارائه شده است، از یک مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. این مصاحبه شامل رهنمودهای استاندارد و توصیفات نوشتاری در مورد ذهنیت‌ها روی کارت‌ها و همچنین دنبال کردن پاسخ‌های خاصی به‌منظور ترغیب شرکت‌کنندگان برای ارائه توصیفات عمیق‌تر، بود. هشت ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد یانگ و همکاران در کارت‌ها توضیح داده شد. در این مصاحبه در مورد تجربیات کنونی شرکت‌کنندگان پرسیده شد و به‌طور واضح به دنبال شناسایی منشأ این تجربیات در دوران کودکی یا جاهای دیگر نبودیم. در راستای گشودگی نسبت به منشأ بالقوه این حالات «خود» و در راستای کار نویسندگان دیگر مانند لازاروس و رافانلی (۲۰۲۳) تصمیم گرفتیم در دو فصل تحقیقاتی، نام‌های ذهنیت‌های والد ناکارآمد و ذهنیت‌های کودک را ساده‌سازی کنیم: صرفاً به ذهنیت‌های تنبیه‌گر، پرتوقع، آسیب‌پذیر، عصبانی و تکانشی/بی‌انضباط اشاره خواهیم کرد.

تمامی مصاحبه‌ها به‌صورت صوتی ضبط و رونویسی شدند. اولین تحلیل بر اساس تئوری ذهنیت‌های طرحواره‌ای ساختار یافت. رونوشت‌های مصاحبه‌ها به دسته‌های مربوط به هر یک از هشت ذهنیت طرحواره‌ای ناکارآمد کدگذاری شدند. این کار به ما این امکان را داد که ببینیم چند شرکت‌کننده توضیحات مربوط به هر ذهنیت را ارائه کرده‌اند. هنگامی که نقل‌قول‌های مربوط به هر ذهنیت باهم گروه‌بندی شدند، تحلیل دوم را انجام دادیم و به دنبال مضامین و ساختارهای معنایی

نوظهور در گفته‌های شرکت‌کنندگان بودیم. این کار شامل این موارد بود: جستجوی مضامین فرعی در مطالب، شناسایی شباهت‌ها و روابط بین آن‌ها، ایجاد ارتباط بین مضامین فرعی و مضامین پیچیده‌تر و بازبینی مجدد مطالب برای بررسی اینکه آیا مضامین منسجم و معرف داده‌های مصاحبه هستند یا خیر. سپس توانستیم مضامین و مضامین فرعی را نام ببریم، آن‌ها را در چارچوب خودشان در نظر بگیریم، آن‌ها را با تئوری و پیشینه پژوهشی موجود مرتبط کنیم و در قالب روایی ارائه کنیم.

ساختار کتاب

نیمه اول کتاب، تحقیقات کیفی اصلی را ارائه می‌دهد که ارتباط مفاهیم ذهنیت طرحواره‌ای را برای گروه‌هایی از افراد مبتلا به روان‌پریشی (فصل ۲) و اختلال دوقطبی (فصل ۳) بررسی می‌کند. ما به دنبال نشان دادن تجربیات ذهنی شرکت‌کنندگان مطالعه و پیوند آن‌ها با مفهوم ذهنیت طرحواره و توضیحات موجود در پیشینه پژوهشی، بوده‌ایم. فصل ۴ این یافته‌ها را گرد هم می‌آورد، این موضوع که چگونه ذهنیت‌ها می‌توانند به روش‌های مختلف به درک ما از روان‌پریشی و دوقطبی کمک کنند را بررسی می‌کند، پیوندهایی با چندین مدل نظری ایجاد می‌کند و مفهوم ذهنیت را به‌طور عمیق بررسی می‌کند. نیمه دوم کتاب به کاربردهای بالینی می‌پردازد. فصل ۵ کاربرد روش طرحواره‌درمانی را برای کار با افرادی که روان‌پریشی و دوقطبی را تجربه کرده‌اند، با تأکید بر ارزیابی و فرمول‌بندی و به دنبال آن انتخاب تکنیک‌های درمانی، تشریح می‌کند. در فصل ۶، تیلور و همکارانش پروتکل، مثال‌های موردی و نتایج کار تصویرسازی برای تروماهای مرتبط با روان‌پریشی را ارائه می‌کنند. در فصل ۷، پاولیک رویکرد بازنویسی تصاویر مبتنی بر طرحواره برای کار با صداها در روان‌پریشی را توضیح می‌دهد. فصل ۸ تصویری عمیق از طرحواره‌درمانی متمرکز بر ذهنیت‌ها که برای کار با پارانوئا انطباق-یافته است را ارائه می‌دهد، و فصل ۹ درنهایت کاربرد طرحواره‌درمانی را برای درمان‌جویان مبتلا به دوقطبی نشان می‌دهد.

منابع

- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 4 (1), 2.
- Addington, J., & Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, 99 (1), 176–181.
- Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 168 (1), 65–72.
- Bakos, D. S., Gallo, A. E., & Wainer, R. (2015). Systematic review of the clinical effectiveness of Schema Therapy. *Contemporary Behavioral Health Care*, 1 (1), 11–15.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of Schema Therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171 (3), 305–322.

- Bonoldi, I., Simeone, E., Rocchetti, M., Codjoe, L., Rossi, G., Gambi, F.,... Fusar-Poli, P. (2013). Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: A meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Research*, 210 (1), 8–15.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77–101.
- Citak, C., & Erten, E. (2021). Impact of childhood trauma and attachment on resilience in remitted patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 280, 219–227.
- Crowe, M., Inder, M., Swartz, H. A., Murray, G., & Porter, R. (2020). Social rhythm therapy: A potentially translatable psychosocial intervention for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 22 (2), 121–127.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of General Psychiatry*, 67 (11), 1114–1119.
- Dualibe, A. L., & Osório, F. L. (2017). Bipolar disorder and early emotional trauma: A critical literature review on indicators of prevalence rates and clinical outcomes. *Harvard Review of Psychiatry*, 25 (5), 198.
- Engledew, Z. (2018). An exploration of schema modes in bipolar disorder. University of East London.
- Freeman, D., Emsley, R., Diamond, R., Collett, N., Bold, E., Chadwick, E.,... Twivy, E. (2021). Comparison of a theoretically driven cognitive therapy (the Feeling Safe Programme) with befriending for the treatment of persistent persecutory delusions: A parallel, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 8 (8), 696–707.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T.,... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63 (6), 649–658.
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2004). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Focus*, 48 (1), 335–101.
- Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129 (4), 257–274.
- Hardy, A. (2017). Pathways from trauma to psychotic experiences: A theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8, 697.
- Hardy, A., Emsley, R., Freeman, D., Bebbington, P., Garety, P. A., Kuipers, E. E.,... Fowler, D. (2016). Psychological mechanisms mediating effects between trauma and psychotic symptoms: The role of affect regulation, intrusive trauma memory, beliefs, and depression. *Schizophrenia Bulletin*, 42 (suppl_1), S34–S43.
- Harnic, D., Pompili, M., Innamorati, M., Erbuto, D., Lamis, D. A., Bria, P.,... Janiri, L. (2014). Affective temperament and attachment in adulthood in patients with bipolar disorder and cyclothymia. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (4), 999–1006.
- Heriot-Maitland, C., McCarthy-Jones, S., Longden, E., & Gilbert, P. (2019). Compassion focused approaches to working with distressing voices. *Frontiers in Psychology*, 10, e130.
- Hett, D., Etain, B., & Marwaha, S. (2022). Childhood trauma in bipolar disorder: New targets for future interventions. *BJPsych Open*, 8 (4), e130.
- Humphrey, C., Berry, K., Degnan, A., & Bucci, S. (2022). Childhood interpersonal trauma and paranoia in psychosis: The role of disorganised attachment and negative schema. *Schizophrenia Research*, 241, 142–148.
- Kefeli, M. C., Turow, R. G., Yıldırım, A., & Boysan, M. (2018). Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 260, 391–399.
- Körük, S., & Özabacı, N. (2018). Effectiveness of Schema Therapy on the treatment of depressive disorders: A metaanalysis. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 10 (4), 460–470.
- Lam, D. (1999). Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice. Wiley.
- Lam, D., Jones, S. H., & Hayward, P. (2010). Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice. John Wiley & Sons.
- Lazarus, G., & Rafaeli, E. (2023). Modes: Cohesive personality states and their interrelationships as organizing concepts in psychopathology. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 132 (3), 238–248.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Westermann, S., Ziegler, M., Kesting, M.-L., Heibach, E., & Mehl, S. (2014). Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry Research*, 216 (2), 198–205.
- Livingstone, K., Harper, S., & Gillanders, D. (2009). An exploration of emotion regulation in psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16 (5), 418–430.
- Mansell, W., Morrison, A. P., Reid, G., Lowens, I., & Tai, S. (2007). The interpretation of, and responses to, changes in internal states: An integrative cognitive model of mood swings and bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35 (5), 515–539.
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P.,... Clarke, M. C. (2021).