طرح‌واره‌درمانی

(راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)

(جلد اول)

تألیف

جفری یانگ

ژانت کلوسکو

مارجوری ویشار

ترجمه

دکتر حسن حمیدپور

دکتر زهرا اندوز

کتاب ارجمند

GUILFORD

(با مجوز رسمی ترجمه)

فهرست مطالب

مقدمه نویسندگان ۹
سخن مترجمان ۱۳
فصل ۱. طرح‌واره‌درمانی: مدل مفهومی ۲۳
از شناخت‌درمانی تا طرح‌واره‌درمانی ۲۳
تدوین طرح‌واره‌درمانی ۲۷
طرح‌واره‌های ناسازگار اوّلیه ۲۹
ویژگی‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اوّلیه ۳۰
ریشه‌های تحوّلی طرح‌واره‌ها ۳۲
حوزه‌های طرح‌واره و طرح‌واره‌های ناسازگار اوّلیه ۳۶
شواهدِ تجربیِ طرح‌واره‌هایِ ناسازگارِ اوّلیه ۴۹
بیولوژی طرح‌واره‌های ناسازگار اوّلیه ۵۲
عملکردهای طرح‌واره ۵۶
سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار ۵۹
ذهنیّت‌های طرح‌واره‌ای ۶۴
سنجش و تغییر طرح‌واره ۷۲
مقایسه بین طرح‌واره‌درمانی و سایر مدل‌های درمانی ۷۵
خلاصه ۹۱
فصل ۲. سنجش و آموزش طرح‌واره ۹۳
مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح‌واره ـ محور ۹۵
فرآیند دقیق سنجش و آموزش ۱۰۰
پرسشنامه‌های طرح‌واره ۱۰۵
سنجش از طریق تصویرسازی ذهنی ۱۱۰
سنجش خلق و خوی هیجانی ۱۱۸
سایر روش‌های سنجش ۱۲۰
آموزش به بیمار دربارهٔ طرح‌واره‌ها ۱۲۰
تکمیل مفهوم‌سازی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرح‌واره ـ محور ۱۲۱
خلاصه ۱۲۲
فصل ۳. راهبردهای شناختی ۱۲۳
مروری بر راهبردهای شناختی ۱۲۴
سبک درمانی ۱۲۵
تکنیک‌های شناختی ۱۲۶
خلاصه ۱۴۱
فصل ۴. راهبردهای تجربی ۱۴۳

تصویرسازی و گفتگو در مرحلهٔ سنجش ۱۴۳
راهبردهای تجربی برای تغییر ۱۵۵
غلبه بر موانع اجرایی تکنیک‌های تجربی: اجتناب طرح‌واره ۱۷۴
خلاصه ۱۷۸
فصل ۵. الگوشکنی رفتاری ۱۷۹
سبک‌های مقابله‌ای ۱۸۰
آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتاری ۱۸۲
تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر ۱۸۶
اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی ۱۹۳
افزایش انگیزه برای تغییر رفتار ۱۹۴
تهیهٔ کارت آموزشی ۱۹۶
تمرین رفتارهای سالم از طریق ۱۹۷
تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش ۱۹۷
توافق در انجام تکالیف خانگی ۱۹۸
مرور و بررسی تکالیف خانگی ۱۹۸
نمونهٔ بالینی دربارهٔ الگوشکنی رفتاری ۱۹۸
غلبه بر موانع تغییر رفتار ۲۰۳
ایجاد تغییرات مهمّ در زندگی ۲۰۸
خلاصه ۲۰۹
فصل ۶. رابطهٔ درمانی ۲۱۱
رابطهٔ درمانی در مرحلهٔ سنجش و آموزش ۲۱۱
رابطهٔ درمانی در مرحلهٔ تغییر ۲۳۳
خلاصه ۲۴۲
فصل ۷. توصیف دقیق راهبردهای طرح‌واره‌درمانی ۲۴۳
حوزهٔ طرد و بریدگی ۲۴۳
حوزهٔ عملکرد و خودگردانی مختل ۲۶۳
حوزهٔ محدودیت‌های مختل ۲۷۶
حوزهٔ دیگر ـ جهت‌مندی ۲۸۳
حوزهٔ گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری ۲۹۷
پیوست اوّل. پرسشنامهٔ چندوجهی سرگذشت زندگی ۳۱۵
تحلیل مشکلات فعلی شما ۳۱۹
پیوست دوّم. پرسشنامهٔ طرح‌وارهٔ یانگ (فرم کوتاه) ۳۳۹
تفسیر پرسشنامهٔ طرح‌وارهٔ یانگ (فرم کوتاه) ۳۴۴
واژه‌نامه انگلیسی / فارسی ۳۴۵
واژه‌نامه فارسی / انگلیسی ۳۴۵
منابع ۳۶۱
نمایه ۳۶۷

مقدمه نویسندگان

باورش مشکل است که ۹ سال از نوشتن آخرین کتاب مهمّ ما در زمینهٔ طرح‌واره‌درمانی می‌گذرد. در طی این دهه، علاقه به این رویکرد فزونی یافته است و مدام از خودمان سؤال می‌کنیم "کی تصمیم می‌گیریم یک دستورالعمل درمانی جامع و روزآمد بنویسیم؟ "با عرض معذرت باید اذعان کنیم که هنوز برای انجام چنین پروژهٔ بزرگی، فرصت پیدا نکرده‌ایم.

با این حال بعد از سه سال کار فشرده، کتابی نوشتیم که امیدواریم برای انجام طرح‌واره‌درمانی به یک "کتاب مرجع" تبدیل شود. سعی کردیم تمام تجدید نظرها و مفاهیم جدیدی که در طی یک دههٔ گذشته وارد حوزهٔ طرح‌واره‌درمانی شده است را در این کتاب جای دهیم، نظیر "مدل مفهومی بازنگری شده"، "راهنماهای درمانی دقیق" و "شرح‌حال‌های بیماران". مخصوصاً این که فصل‌هایی درخصوص چگونگی کاربرد طرح‌واره‌درمانی برای درمان افراد مبتلا به اختلال‌های شخصیت مرزی و خودشیفته نوشتیم.

در طی ۱۰ سال گذشته، تغییرات زیادی در حوزه بهداشت روانی صورت گرفته که بر طرح‌واره‌درمانی تأثیر گذاشته‌اند. متخصصان بالینی رویکردهای مختلف درخصوص محدودیت‌های درمان‌های سنتی، اظهار نارضایتی کرده‌اند و به روان‌درمانی یکپارچه[1] علاقمند شده‌اند. یکی از اولین رویکردهای جامع و یکپارچه، طرح‌واره‌درمانی است که توجّه بسیاری از پژوهشگران و متخصصان بالینی جدید را به خود جلب کرده است، کسانی که به دنبال فراتر رفتن از مدل‌هایِ دست‌وپاگیر موجود هستند.

یکی از علائم واضح علاقمندی زیاد به طرح‌واره‌درمانی، استفادهٔ گسترده از پرسشنامهٔ طرح‌وارهٔ یانگ (YSQ) به‌وسیلهٔ پژوهشگران و متخصصان بالینی در کشورهای مختلف است.اگر چه YSQ به زبان‌های اسپانیایی، یونانی، هلندی، فرانسوی، ژاپنی، نروژی، آلمانی و فنلاندی ترجمه شده است، با این حال فقط در معدودی از کشورها، عناصر این مدل درمانی به کار گرفته شده است. نتایج پژوهش‌های گسترده درخصوص YSQ، حاکی از تأیید نسبی مدل طرح‌واره است.

یکی از دلایل جذّابیت و شوق‌انگیزی طرح‌واره‌درمانی، موفّقیت دو کتاب قبلی ما درخصوص طرح‌واره‌درمانی است که ۱۰ سال قبل منتشر شده‌اند: ***"شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح‌واره محور"*** که هم اکنون ویرایش سوّم خود را می‌گذراند و کتاب ***"زندگی خود را دوباره بیافرینید"*** که بیش از ۱۲۵ هزار نسخه از آن به فروش رفته است و به چندین زبان ترجمه شده است.

همچنین دههٔ گذشته، شاهد گسترش حوزهٔ عمل طرح‌واره درمانی فراسوی اختلالات شخصیت بوده است. این رویکرد برای درمان بسیاری از مشکلاتِ افراد نابهنجار و مبتلا به اختلالات روان‌شناختی به کار گرفته شده است از جمله "افسردگی مزمن"، "آسیب‌دیدگی‌های دوران کودکی"، "مجرمان جنایتکار"، "اختلالات خوردن"، "زوجین مشکل‌دار" و "جلوگیری از عود سوءمصرف مواد".

1- Integrative

اغلب، طرح‌واره‌درمانی برای درمان اختلالات منش‌شناختی در افراد مبتلا به اختلالات محور I به‌کار می‌رود، به شرطی که علایم حادّ اختلال آنها برطرف شود.

یکی دیگر از تحوّلات اخیر، ترکیب طرح‌واره‌درمانی با مسایل معنوی بوده است. تا به‌حال سه کتاب (***کیمیاگری هیجانی***[1]، اثر تارابنت ـگولمن[2]؛ ***نیایش به هنگام مشکلات زندگی: راهی روانی ـ معنوی به‌سوی آزادی***[3]، نوشته جان سیکرو[4] و ***افسانهٔ مور****[5]، اثر جوزف نووولو[6]) که رویکرد طرح‌واره‌ای را با مراقبهٔ متعالی هشیاری فراگیر[7] یا با کارهای مذاهب سنتی ترکیب کرده‌اند؛ به زیور طبع آراسته شده‌اند.

یکی از تحوّلات ناامیدکننده‌ای که امیدواریم در دههٔ آینده تغییر کند، تأثیر رویکرد مراقبت مدبّرانه[8] و هزینه‌های زیاد درمان اختلالات شخصیت در ایالات متحده است. این رویکرد باعث شده متخصصان بالینی، در دریافت حق بیمهٔ درمان افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، مشکل پیدا کنند. پژوهشگران نیز در استفاده از بودجهٔ پژوهشی فدرال، برای پژوهش در حوزهٔ اختلالات شخصیت، به مشکل برخورده‌اند. از آن جا که درمان اختلالات محور II، مدّت زمان زیادی به‌طول خواهد انجامید؛ بنابراین با مدل مراقبت مدبّرانهٔ کوتاه‌مدت جور درنمی‌آید. در نتیجه، ایالات متحده در مقایسه با سایر کشورها، از پژوهش‌های مربوط به حوزهٔ اختلالات شخصیت، کمتر حمایت مالی می‌کند.

نتیجهٔ چنین کاهش حمایتی، کمبود پژوهش درخصوص اختلالات شخصیت بوده است. (تنها استثناء قابل توجّه در این حوزه، "رفتار درمانی دیالکتیک[9]" است که مارشا لینهان[10] برای درمان اختلال شخصیت مرزی طراحی کرده است.) درنتیجه، فرمول‌بندی و ارائهٔ طرح‌های پژوهشی که ممکن است از طرح‌واره‌درمانی حمایت کند، برای ما فوق‌العاده سخت شده است.

بنابراین به سراغ کشورهای دیگر رفته‌ایم تا بتوانیم اهمیّت این حوزه از پژوهش را پررنگ کنیم. ما از یکی از مطالعات نتیجه‌پژوهی[11] مهمّ که تقریباً در حال تمام شدن است و به وسیلهٔ آرنود آرنتز[12] در کشور هلند انجام شده، خیلی خوشحال و هیجان‌زده شدیم. در این مطالعهٔ بزرگ و چندوجهی، طرح‌واره‌درمانی با رویکرد "اتوکرنبرگ"[13] در درمان اختلال شخصیت مرزی مورد مقایسه قرارگرفته است. بی‌صبرانه منتظر نتایج این پژوهش هستیم.

در این کتاب به مزّیت‌های مهمّ طرح‌واره‌درمانی بر سایر درمان‌های رایج به‌طور مختصر اشاره می‌کنیم تا کسانی که آشنایی زیادی با طرح‌واره‌درمانی ندارند،با سیر شکل‌گیری آن تا حدودی آشنا شوند. در مقایسه با اغلب رویکردهای دیگر، طرح‌واره‌درمانی یکپارچه‌تر است، مخصوصاً این که

1- Emotional Alchemy
2- Tara Bennett - Goleman
3- Praying Throgugh our lifetraps: A psycho - spritual path to freedom
4- John cecero
5- The myth of more

* تامس مور (Thomas More) سیاستمدار و متفکر بزرگ انگلیسی (۱۴۷۸ – ۱۵۳۵ میلادی) نویسندهٔ اثر معروف "مدینهٔ فاضله" (Utopia) است که در آن تصویری بسیار زیبا از سرزمینی خیالی و اجتماعی ارائه می‌دهد. به نقل از:
رهنما، تورج (۱۳۵۱). "دنیای افسانه‌ای برتولت برشت". **مجلهٔ سخن**. ۲۲، ۶۴۶ـ۶۵۳.
برای اطلاعات بیشتر دربارهٔ اندیشه‌های تامس مور در خصوص یوتوپیا (آرمانشهر یا ناکجا آباد) و نقد نظرات او می‌توانید به منابع زیر رجوع کنید:
مور، تامس (۱۳۶۱). **آرمانشهر (یوتوپیا)**. ترجمهٔ داریوش آشوری و نادر افشارنادری. تهران: خوارزمی
پرهام، باقر (۱۳۷۸). **با هم نگری و یکتانگری** (۳۰۹ تا ۳۲۶). تهران: آگاه.

6- Joseph Novello
7- Mindfullness meditation
8- Managment care
9- Dialectical behavior therany
10- Marsha Linehan
11- Outcome study
12- Arnoud Arentz
13- Otto Kernberg

جنبه‌هایی از مدل‌های شناختی، رفتاری، روان پویایی (مخصوصاً روابط شیئی)، دلبستگی و گشتالت را در هم می‌آمیزد. طرح‌واره‌درمانی اگرچه مؤلفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می‌داند، با این حال به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی و رابطهٔ درمانی نیز اهمیّت می‌دهد.

یکی دیگر از مزّیت‌های مدل طرح‌واره، ایجاز و از سوی دیگر پیچیدگی و قابل تعمّق بودن آن است. درک آن برای بیماران و درمانگران راحت است. مدل طرح‌واره، ایده‌های پیچیده را به صورت ساده و قابل فهم عرضه می‌کند که درک این ایده‌ها در قالب مدل‌های دیگر مشکل و گیج‌کننده به‌نظر می‌رسد. بنابراین طرح‌واره‌درمانی، هم جذّابیت رفتاردرمانی‌شناختی دارد و هم اینکه با رویکردهای روان‌پویایی ترکیب شده است.

طرح‌واره‌درمانی دو ویژگی مهمّ رفتاردرمانی شناختی را حفظ کرده است: هر دو رویکرد، ساختاریافته و نظام‌مندند. درمانگر به دنبال فرآیند سنجش، روش‌های درمانی را اِعمال می‌کند. در مرحلهٔ سنجش، چندین پرسشنامه به‌کار برده می‌شود که سبک‌های مقابله‌ای و طرح‌واره‌ها را می‌سنجند. فرآیند درمان، فعال و جهت‌دهنده است. مدل طرح‌واره، علاوه بر بینش، به تغییر شناختی، هیجانی، بین‌فردی و رفتاری نیز اهمیّت می‌دهد. همچنین به نظر می‌رسد طرح‌واره درمانی، در درمان زوجین مشکل‌دار نیز مفید و اثربخش باشد، چون به آنها کمک می‌کند طرح‌واره‌های طرف مقابل را بشناسند و بهبود ببخشند.

یکی دیگر از مزیّت‌های مدل طرح‌واره، اختصاصی بودن آن است. این مدل طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیّت‌های خاصی را مشخص می‌کند. علاوه بر این، مدل طرح‌واره، راهبردهای درمانی خاصی، از جمله "دستورالعمل بازوالدینی مناسب برای هر بیمار" را مشخص کرده است. طرح‌واره‌درمانی روشی دقیق و قابل دسترس برای درک رابطهٔ درمانی و کارکردن در بطن آن فراهم می‌سازد. درمانگران در حین کار با بیماران، طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیّت‌های خودشان را نیز مورد بازنگری و بازاندیشی قرار می‌دهند.

نهایتاً و به عنوان مهمّ‌ترین موضوع، معتقدیم که رویکرد طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با "درمان متداول[1]" بسیار دلسوزانه[2] و انسانی[3] است. طرح‌واره‌درمانی به جای آن که اختلالات روان‌شناختی را پدیده‌ای غیرعادی بنگرد، آنها را طبیعی جلوه می‌دهد. هر فردی، طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیّت‌هایی دارد که این موارد در بیمارانی که برای درمان مراجعه می‌کنند، حالت افراطی و انعطاف‌ناپذیری به خودشان گرفته‌اند. همچنین، این رویکرد با بیماران بسیار احترام‌آمیز و همدلانه برخورد می‌کند، مخصوصاً نسبت به بیمارانی که شدّت اختلال آنها زیاد است، مثل افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که اغلب کمترین دلسوزی و بیشترین سرزنش را از درمانگران دریافت می‌کنند. مفاهیم "رویاروسازی همدلانه" و "بازوالدینی حدّومرزدار"، درمانگران را در ایجاد نگرش مراقبت‌آمیز از بیماران راهنمایی می‌کنند. استفاده از مفهوم ذهنیّت‌ها، فرآیند رویاروسازی را برای درمانگران راحت می‌سازد. این مفهوم به درمانگران اجازه می‌دهد که بیماران را با رفتارهای ناسازگارشان رویارو سازند، در عین حال که اتّحاددرمانی را با بیماران حفظ می‌کنند.

نهایتاً اینکه، در این کتاب روی برخی از تحوّلات جدید طرح‌واره‌درمانی که درطی دههٔ گذشته رخ داده‌اند، انگشت گذاشته‌ایم. اوّل اینکه در طرح‌واره‌ها تجدیدنظر کرده‌ایم و تاکنون ۱۸ طرح‌واره را در پنج حوزه شناخته‌ایم. دوّم اینکه، دستورالعمل‌های درمانی جدید و دقیقی برای درمان بیماران مبتلا به

1- Treatment as usual 2- Compassionate 3- Humane

اختلال شخصیت‌های مرزی و خودشیفته فراهم کرده‌ایم. این دستورالعمل‌ها، حوزهٔ کاربرد طرح‌واره‌درمانی را گسترش داده‌اند و عمدتاً مفهوم "ذهنیّت طرح‌واره‌ای[1]" به این مدل اضافه شده است. سوّم این که، بر سبک‌های مقابله‌ای مخصوصاً جبران افراطی و اجتناب و تغییر سبک‌های مقابله‌ای از طریق الگوشکنی رفتاری بیشتر تأکید کرده‌ایم. هدف درمان، این است که بیماران به جای سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار از سبک‌های مقابله‌ای سازگارتر استفاده کنند تا از این طریق بتوانند نیازهای هیجانی اساسی خودشان را ارضاء کنند.

طرح‌واره‌درمانی در حال شکل‌گیری و تکامل است. تأکید بیشتری بر بازوالدینی حدّومرزدار با تمام بیماران داریم که این امر درخصوص بیماران مبتلا به اختلالات شدیدتر، اهمیتی دوچندان می‌یابد. درمانگران در قالب مرزهای رابطه درمانی، تلاش می‌کنند نیازهای ناکامل بیمار را ارضاء کنند. نهایتاً این‌که در فرآیند درمان بر طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای خودمان، مخصوصاً در بطن رابطه درمانی، توجّه بیشتری مبذول می‌داریم.

امیدواریم این کتاب بتواند شیوهٔ جدیدی از درمان برای بیمارانی که الگوها و درون‌مایه‌های (طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای) انعطاف‌ناپذیر و مزمن دارند، فراهم کند. همچنین، امیدواریم طرح‌واره‌درمانی برای بیماران مشکل‌آفرین و نیازمند مفید واقع شود. اگر این هدف تحقق پیدا کند به خواستهٔ خودمان دست یافته‌ایم.

1- Schema mode

سخن مترجمان

پرسش‌هایی که از بافتار تجارب بالینی برمی‌خیزند و پاسخی قابل تأمل می‌یابند، معمولاً حدومرزهای روان‌درمانی را زیرپا می‌گذارند. اگر این پرسش‌ها به درستی پیگیری شوند، افق‌های جدیدی پیش روی متخصصان بالینی می‌گشایند.

یانگ و همکارانش در طی کسب تجارب گران‌بها در روند درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت و بیماران مقاوم به درمان، به این نتیجه رسیدند که تکنیک‌های شسته و رفتهٔ شناخت‌درمانی نمی‌تواند بهبودی قابل ملاحظه‌ای در این گروه از بیماران ایجاد کند، بنابراین با گشاده‌نظری از مفاهیم رویکردهای دیگر استفاده کردند. نکتهٔ حائز اهمیت این که طرح‌واره‌درمانی از مبانی نظری منسجم و یکپارچه‌ای برخوردار است و مدلی التقاطی محسوب نمی‌شود.

پاتریشیا کولارد[1] در سال ۲۰۰۴ با جفری یانگ مصاحبه‌ای ترتیب داد. یانگ در این مصاحبه اظهار داشت:

> "وقتی که در حول و حوش سال ۱۹۸۲ کار خصوصی را شروع کردم، متوجه شدم بیماران مشکلات متنوع و زیادی دارند و کاربرد شناخت‌درمانی کلاسیک برای این دسته از بیماران موفقیت چندانی به‌همراه ندارد. میزان موفقیت در این گروه از بیماران به زیر ۵۰٪ می‌رسید و برای بسیاری از آنها اصلاً موفّق نبود. حداقل نیمی از بیماران از پیشرفت کار راضی نبودند. احساس کردم باید مؤلفه‌های دیگری به رویکرد شناخت‌درمانی کلاسیک اضافه کنم. نکتهٔ دیگر این‌که متوجه شدم بیماران "مرکز شناخت‌درمانی بک" از صافی‌های تشخیصی می‌گذشتند، در حالی که معمولاً در کلینیک‌های خصوصی نمی‌توان چنین ملاک‌های شمولی درنظر گرفت".

رویکرد طرح‌واره‌درمانی در قالب جنبش "سازنده‌گرایی"[2] می‌گنجد که صاحبنظرانی چون لیوتی[3] و سفران[4] در این گروه جای می‌گیرند. در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به کارگیری تکنیک‌های تجربی[5]، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین‌فردی تأکید می‌شود (یانگ و باهری،[6] ۱۹۹۸). گاهی اوقات به رویکرد سازنده‌گرایی، فراعقلانی[7] نیز گفته می‌شود (پریتزر،[8] ۱۹۹۸).

یکی از دلایل روی کار آمدن جنبش سازنده‌گرایی، عدم‌موفقیت در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی بود که اختلالات شخصیت نیز در زمرهٔ این مشکلات قرار می‌گیرند. تاریخچهٔ روان‌درمانی حاکی از آن است که درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت، کاری سخت و طاقت‌فرسا بوده است. از آن جایی‌که اختلالات شخصیت، شیوع نسبتاً زیادی دارند (برای مثال نگاه کنید به مارشال[9] و سرین،[10] ۱۹۹۷) و ازطرفی وجود مشکل در محور II، می‌تواند در نوع، شدّت و مدّت زمانِ علایم محور I تأثیر بگذارد، لذا اهمیّت نظریه‌ای که بتواند چنین مشکلاتی را مفهوم‌سازی کند و راهنماهای درمانی کارآ و

1- Patrizia collard
2- Constructivist
3- Liotti
4- Safran
5- Exprientioal
6- Bahery
7- Post-rationalist
8- Pretzer
9- Marshall
10- Serin

اثربخشی پیش‌روی درمان‌گران قرار دهد، بیش از پیش نمایان می‌شود.

این سؤال که آیا طرح‌واره‌درمانی برای درمان اختلال شخصیت مفید و ثمربخش است، هنوز پاسخ درخور توجهی دریافت نکرده است. هرچند بعد از سال ۲۰۰۳ که کتاب طرح‌واره‌درمانی در اختیار متخصصان بالینی قرارگرفت، پژوهش‌هایی انجام شده و نشان داده‌اند که اثربخش است (برای مثال نگاه کنید به نوردال[1] و نی‌ستر،[2] ۲۰۰۵ و بامبر،[3] ۲۰۰۴). ولی با این حال هنوز زود است در این خصوص نتیجه‌گیری کنیم. پژوهش‌های آینده، راه را برای چنین نتیجه‌گیری‌هایی باز خواهد کرد.

رویکرد طرح‌واره درمانی در پژوهش‌آفرینی و ایجاد تمایل در متخصصان بالینی برای بررسی صحّت و سقم فرضیه‌های برخاسته از این رویکرد، تا حدود زیادی موفّق بوده است (برای مثال نگاه کنید به آرنتز،[4] کلوکمن،[5] سیس‌وردا،[6] ۲۰۰۵؛ استوپا،[7] واترز[8] ۲۰۰۵؛ سیکرو،[9] نلسون،[10] گیلی،[11] ۲۰۰۴؛ نوردال، هولتی[12] و هوگام،[13] ۲۰۰۵)، امّا ناگفته پیداست که به کارگیری تکنیک‌های این رویکرد در سایر بافتارهای فرهنگی و اجتماعی، احتیاج به دقّت و تأمل بیشتری دارد. قبل از به کارگیری این تکنیک‌ها، بهتر است مدل طرح‌واره‌درمانی به خوبی درون‌سازی شود و در این زمینه احتیاط لازم به عمل آید وگرنه این تب تند خیلی زود به عرق سرد خواهد نشست.

مفهوم طرح‌واره که هستهٔ اصلی این کتاب به شمار می‌رود، در قالب سطوح شناخت، عمیق‌ترین سطح محسوب می‌شود، هرچند پدسکی[14] (۱۹۸۸) با مفهوم "طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه" مخالف است. او عقیده دارد با وجود مفهومی مثل "باورمرکزی"[15]، نیازی به اصطلاح طرح‌وارهٔ ناسازگار اولیه نیست. تغییر طرح‌واره‌ها از این جهت اهمیّت پیدا می‌کند که به نوعی تغییر سبک زندگی[16] است (امرسون،[17] وست[18] و گینتنر،[19] ۱۹۹۱).

نکتهٔ قابل توجّه این که، یانگ و همکارانش در این کتاب روی مفهوم "گفتگو" مانور زیادی داده‌اند. به عبارتی، آنها، ذهن را گفتگویی درنظر گرفته‌اند که خود این امر حاکی از تسلط رویکردهای "گفتگویی" به شکل‌گیری فرآیندهای عالی ذهن است (نگاه کنید به فرنی‌هوگ،[20] ۱۹۹۶). در فرآیند درمان، طرح‌واره‌ها به عنوان "صدای والدین" مفهوم‌سازی می‌شوند. درواقع طرح‌واره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به‌تدریج در ذهن او جای گرفته‌اند و هم‌اکنون به‌گونه‌ای نظام‌مند، امّا ناکارآمد، زندگی وی را زیر سیطرهٔ خود گرفته‌اند. شناخت‌درمانی با همهٔ پیشرفتی که کرده، نتوانسته چگونگی درون‌سازی طرح‌واره‌ها را به‌طور دقیق روشن کند (حمیدپور، الف ۱۳۸۵؛ حمیدپور، ۱۳۸۶). درنظر گرفتن طرح‌واره‌ها به عنوان صدای والدین، یادآور نظریهٔ فرهنگی ـ تاریخی ویگوتسکی[21] و لوریا[22] است که گفتاردرونی[23] را بستر تفکر و نظم‌بخشی رفتار به حساب می‌آورد (حمیدپور، ب ۱۳۸۵).

یانگ، ذهن را پویا می‌نگرد و امروزه نگاه کردن به ذهن به‌عنوان سیستمی که هرلحظه امکان دارد اطلاعات به‌گونه‌ای خاص در آن پردازش شوند، بین شناخت‌درمان‌گران خیلی رواج پیدا کرده است. به

1- Nordahl
2- Nysater
3- Bamber
4- Arntz
5- Klokman
6- Sieswerda
7- Stopa
8- Waters
9- Cecero
10- Nelson
11- Gillie
12- Holthe
13- Haugum
14- Pagesky
15- Core belief
16- Life style
17- Emerson
18- West
19- Gintner
20- Fernyhough
21- Vygotsky
22- Luria
23-Inner speech

همین دلیل است که مفاهیمی چون "ذهنیّت حاکم"*[1] (تیزدیل[2]، ۱۹۹۷)، "سبک پردازش فراشناختی"[3]، (ولز[4]، ۲۰۰۰) و "ذهنیّت"[5] (بک، ۱۹۹۶) به متون شناخت‌درمانی راه پیدا کرده‌اند.

با توجّه به اهمیّت نظارت بر کار روان‌درمانی در دوره‌های تحصیلات تکمیلی و وضعیت اسفبار آن در ایران، کتاب حاضر اهمیّت بیشتری می‌یابد، زیرا یانگ و همکارانش معتقدند، طرح‌وارهٔ درمانگر، باید طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای خود را مورد بازنگری و اصلاح قرار دهد چون ممکن است با طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای بیمار تداخل پیدا کند و نه تنها باعث بهبودی بیمار نشود، بلکه مشکل او را بدتر کند. از سوی دیگر با توجّه به این که یانگ و همکارانش، مهمترین ویژگی طرح‌وارهٔ درمانگر را "انعطاف‌پذیری" می‌دانند، لزوم خلّاق بودن در فرآیند درمان، پررنگ جلوه می‌کند. به همین دلیل درمانگرانی که خواستار جلسات بیش از حد ساخت‌یافته و درمان‌های قدم به قدم هستند، ممکن است طرح‌واره‌درمانی چندان به مزاج آنها سازگار نیاید. صاحب‌نظرانی چون روزن[6]، نیومن[7]، مونی[8]، پدسکی، گرینبرگ[9] و کوهلوین[10] در شمارهٔ دوّم، "جلد چهاردهم" مجلهٔ "***روان‌درمانی‌شناختی***[11]" که در تابستان ۲۰۰۰ با عنوان "خلاقیت در بافتار شناخت‌درمانی" منتشر شده است، به بحث چگونگی خلّاق بودن در طی فرآیند شناخت‌درمانی پرداخته‌اند.

کتاب طرح‌واره‌درمانی در ۱۰ فصل تنظیم شده است. در فصل اوّل، مدل طرح‌واره‌درمانی توضیح داده شده و با رویکردهای دیگر مقایسه شده است. فصل دوّم به بحث "سنجش طرح‌واره‌ها و آموزش به بیمار" می‌پردازد. فصل‌های سوّم، چهارم و پنجم به ترتیب "تکنیک‌های شناختی"، "تجربی" و "رفتاری" را در برمی‌گیرد. ارائهٔ مفاهیم همراه با مثال‌های بالینی در این فصول، اشتیاق بیشتری در خواننده برای پیگیری مطلب ایجاد می‌کند. در فصل ششم به بحث رابطه‌درمانی می‌پردازد و نکاتی را مطرح می‌کند که شاید تا به حال در کمتر جایی بحث شده‌اند مثل "تعارض نیازهای درمانگر با بیمار"، "تقابل طرح‌واره‌های درمانگر با طرح‌واره‌های بیمار"، "مقابله با بحران‌های درمان" و ... . فصل هفتم کتاب، در نوع خود بی‌نظیر است. زیرا در این فصل هر یک از ۱۸ طرح‌واره به ترتیب در قالب "سیمای بالینی طرح‌واره"، "اهداف درمان"، "راهبردهای درمانی" و "مشکلات طرح‌واره در فرآیند درمان" مورد بحث قرار گرفته‌اند. فصل هشتم مربوط به چگونگی تغییر "ذهنیّت‌های طرح‌واره‌ای" می‌پردازد که در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اهمیّت بسزایی پیدا می‌کند. فصل‌های نهم و دهم نیز به درمان اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته پرداخته است. کتاب طرح‌واره درمانی در اصل در یک جلد منتشر شده است، امّا به دلیل حجم مطالب، تصمیم گرفته شد در قالب دو جلد ارائه شود. از آن جا که اکثر منابع کتاب در هفت فصل مورد استفاده قرار گرفته بودند، ترجیح داده شد منابع کتاب در آخر جلد اوّل فارسی بیاید.

اگر چه جفری یانگ و همکارانش در فصل اوّل این کتاب به مقایسهٔ نظریهٔ طرح‌واره با سایر مدل‌های روان‌درمانی پرداختند، امّا به‌نظر می‌رسد حقّ مطلب چنان‌که باید و شاید ادا نشده است؛ زیرا یکی از مدل‌هایی که به‌طور تلویحی در شکل‌گیری نظریهٔ طرح‌واره اثر انکارناپذیری گذاشته است، مدل

---

*. "ذهنیّت حاکم" به جای Mind-in-place، معادل پیشنهادی آقای دکتر حبیب‌اللّه قاسم‌زاده است. (م.م.)

1- Mind-in-place
2- Teasdale
3- Metacognitive mode
4- Wells
5- Mode
6- Rosen
7- Newman
8- Mooney
9- Greenberg
10- Kuehlwein
11- Cognitive Psychotherapy

روان‌شناسی فردی آلفرد آدلر[1] است. مفهوم جبران افراطی که در نظریهٔ طرح‌واره نقش بسزایی بازی می‌کند از مفاهیم بنیادی نظریهٔ آدلر است. همچنین یانگ به بازسازی طرح‌واره‌ها از طریق تکنیک‌های تجربی اهمیّت قائل می‌شود، امّا سال‌ها قبل، آدلر از طریق تصویرسازی ذهنی خاطرات اوّلیه به تغییر باورهای غلط [معادل طرح‌واره‌های ناسازگار اوّلیه در این کتاب] می‌پرداخت (لینگ[2] و کوتمن[3]، ۱۹۹۱).

از آن جا که کتاب حاضر به ارائهٔ مدلی مفهومی می‌پردازد، ترجمهٔ بسیاری از مفاهیم به زبان فارسی با مشکل همراه بود. دربارهٔ برخی از مفاهیم کتاب، به صورت زیرنویس، مطالبی ارائه شده که ممکن است در درک بهتر مفاهیم مؤثر واقع شوند.

سعی مترجمان این بوده که تا جای ممکن متنی روان و قابل فهم ارائه دهند، "تا چه قبول افتد و چه در نظر آید". مترجمان در حین ترجمهٔ کتاب گاهی اوقات ناگزیر شدند برای برخی از واژه‌های کتاب، معادل‌هایی وضع کنند که تمامی این معادل‌ها در حکم پیشنهاد مقدماتی‌اند. فیدبک‌های صاحبنظران، اساتید و دانشجویان می‌تواند در این زمینه راهگشا باشد. برای معادل‌های کتاب هیچ گونه تنگ‌نظری وجود ندارد. معادل‌های بهتر می‌تواند جایگزین آنها شود.

از آن جا که سنجش دقیق طرح‌واره‌ها در مدل طرح‌واره درمانی نقش مهمّی دارد، مترجمان "پرسشنامهٔ چندوجهی سرگذشت زندگی" و "پرسشنامهٔ طرح‌وارهٔ یانگ" (فرم کوتاه) را به عنوان پیوست اوّل و دوّم در کتاب آورده‌اند.

در راه ترجمه و انتشار این کتاب از لطف افراد زیادی برخوردار بوده‌ایم. از استاد گرامی، جناب آقای دکتر علی صاحبی که متن اصلی کتاب را در اختیار مترجمان قرار دادند، کمال تشکر را داریم. مترجمان، کتاب حاضر را به دکتر علی صاحبی تقدیم می‌کنند، امّا امیدواریم حکایت ما مثل آن اعرابی نشود که سبوی محقرش را از آب باران پر کرد و پیش خلیفه بُرد و در بازگشت از رود دجله و فرات عبورش دادند.

از استاد فرزانه، جناب آقای دکتر حبیب‌اللّه قاسم‌زاده که همواره از لطف ایشان برخوردار بوده‌ایم نیز سپاسگزاریم، هرچند تشکر از ایشان در سطح مضمون است و راهی به‌سوی کلام نمی‌گشاید. آقای دکتر ارجمند در راه انتشار کتاب، مساعدت‌های فراوانی مبذول داشتند و همچنین جناب آقای دکتر مظفر که مته به خشخاش‌گذاری‌های ما را با خوشرویی و سعهٔ صدر پذیرا شدند، از آنها ممنون و سپاسگزاریم.

دوست گرامی، آقای علی پژوهنده، متن فارسی را با اصل کتاب مقابله کردند و در این راه زحمت زیادی متحمل شدند. همکار گرامی، آقای علی حسینایی، چند فصل کتاب را خواندند و پیشنهادهای ارزنده‌ای ارائه دادند، آقای احسان ارجمند با دقّت‌نظر و صرف وقت بسیار، جلد کتاب را طراحی کردند و سرکار خانم صلحی، زحمت تایپ کتاب را کشیدند. از همهٔ این عزیزان سپاسگزاریم. با این حال کاستی‌های کتاب بر عهدهٔ مترجمان است و بدون شک اظهارنظرهای اساتید گرانقدر و دانشجویان گرامی، می‌تواند راهگشا باشد.

مترجمان

بهار ۱۳۸۶

1- Alfred Adler 2- Linng 3- Kottman

منابع

حمیدپور، حسن (ب ۱۳۸۵). ***گفتگوی درونی: مفهومی ارزشمند، امّا فراموش شده در شناخت‌درمانی***. مقاله ارائه شده در دوّمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران. ۱۹ تا ۲۱ اردیبهشت ۱۳۸۵. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

حمیدپور، حسن (الف ۱۳۸۵). دیدگاه ویگوتسکی: کاربردهایی برای شناخت‌درمانی. در ***"نورپسیکولوژی شناختی"***. به کوشش حبیب‌اللّه قاسم‌زاده. تهران: ارجمند.

حمیدپور، حسن (۱۳۸۶). ***لُب پیشانی، خودآگاهی و گفتار درونی: تلویحاتی برای شناخت‌درمانی***. مقالهٔ ارائه شده در سومین کنگرهٔ نوروپسیکولوژی ایران. ۲ و ۳ خرداد ماه ۱۳۸۶. دانشگاه تربیت معلم تهران.

Arntz, A, Klokman, T., Sieswerda, S. (2005). An expermental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36,226,239.

Bamber, M. (2004). The good, the bad and defenceles Timmy-A: single case study of schema mode therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11,425-438.

Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and Psychopathology. in P.Salkovskis (Ed). *Frontiers of cognitive therapy*. (pp.1-25). New York: Guilford press.

Cecero, T.J., Nelson, T.D., & Gillie, T.M. (2004). Assessment tools and tenets of schema therapy: toward the construct validity of early maladaptive schema questionnaire research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12,344-357.

Collard,P. (2004). Interview with jeffrey young: reinventiny your life through schematherapy. *Counseling Psychology Quarterly*,17,1,1-11.

Emerson, P., West, T.D, & Gintner, G.G. (1991). An adlerian perspective on cognitive restructuring and treating depression *Journal of cognitive psychotherapy*. 5,1,41-53.

Fernyhough, C. (1996). The dialogical mind: a dialogic approach to the higher mental functions. *New Ideas in Psychology*, 14,1,47-62.

Linng, M & Kottman, T. (1991). Changing Mistaken Beliefs through viualization of Early Recolection. *Individual Psychology,* 47, 2, 255-260.

Nordahl, H.M., & Nyseter, T.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*,36,254-264.

Nordahl, H.M., Holthe, H., & Haugum, J. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorder: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12,142-190.

Padesky, C.A. (1988). Schema-focused CT: comments and questions. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4,5,7.

Pretzer, T. (1991). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of personality disorders. In c.Perris & P.D McGorry. (Eds). *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality disorders: Handbook of theory and practice*. (pp.69-291). New York: John wily & sons.

Rosen, H,. Newman, C.F. Mooney, A.K,. Padesky, Ch.A. Greenberg, R.L., & Kuehlwein, K.T. (2000). Creativity in the context of cognitive therapy. (special issue). *Journal of cognitive psychotherapy*. 14,2,123,188.

Rosen, H., Newman, C.F., Mooney, K.A., Padesky, Ch.A., Kuehlwein, K.T. (2000). *Journal of cognitive psychotherapy*. Special issue Creativity in the context of cognitive therapy. 14,2-123-188.

Stopa, L, & Waters, A. (2005). The effect of mood on response to the young schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy:theory, research and practic*e, 78,45-57.

درباره نویسندگان

جفری یانگ، عضو هیئت علمی دپارتمان روان‌پزشکی دانشگاه کلمبیاست. او بنیانگذار و رئیس مراکز "شناخت‌درمانی نیویورک" و "کانک‌تیکوت" و "انستیتو طرح‌واره‌درمانی" است (institute@schematherapy.com). دکتر یانگ در طی ۲۰ سال گذشته، سخنرانی‌های زیادی در حوزهٔ شناخت‌درمانی و طرح‌واره‌درمانی داشته است. افراد زیادی زیرنظر یانگ، شناخت‌درمانی و طرح‌واره درمانی را یادگرفته‌اند و به خاطر آموزش دقیق مهارت‌ها، مورد تشویق زیاد آنها قرارگرفته است.

او بنیانگذار "طرح‌واره‌درمانی" است که رویکردی یکپارچه برای درمان اختلالات مزمن و بیماران مقاوم به شمار می‌رود. علاوه بر کتاب حاضر، او کتاب‌های دیگری نیز دارد، از جمله کتاب "شناخت‌درمانی ***اختلالات شخصیت: رویکرد طرح‌واره ـ محور***[1]" که برای متخصصان حوزهٔ بهداشت روانی نوشته شده است و کتاب ***"زندگی خود را دوباره بیافرینید"*** (با کمک ژانت کلوسکو) که کتابی خود-یاری برای افراد عادی است. دکتر یانگ، مشاور چندین طرح پژوهشی در حوزهٔ شناخت درمانی و طرح‌واره‌درمانی بوده است. او در مطالعهٔ "مشترک انستیتو ملی بهداشت روانی" دربارهٔ افسردگی شرکت داشته است. علاوه بر این، وی عضو هیئت تحریریهٔ مجله‌های ***"شناخت‌درمانی و شناخت‌پژوهی"***[2] و ***"درمان‌شناختی و رفتاری"***[3] است.

دکتر ژانت کلوسکو، معاون "مرکز شناخت‌درمانی لونگ آیسلند" در گریت‌نک نیویورک (۸۴۸۵-۴۶۶-۵۱۶) و روان‌شناس ارشد "انستیتو طرح‌واره‌درمانی" در منهتن و "مؤسسهٔ سلامت زنان وُدستوک" (۶۶۹۹-۶۷۹-۸۴۵) است. وی مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی خود را از دانشگاه ایالتی نیویورک در شهر آلبانی دریافت کرد و دورهٔ کارورزی خود را در دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه براون گذراند. در حین گذراندن دورهٔ PhD در دانشگاه ایالتی نیویورک، با "دیوید بارلو" در حوزهٔ اختلالات اضطرابی کارکرد. علاوه بر این، دکتر کلوسکو جایزهٔ ویژه در حوزهٔ پژوهش و جایزهٔ انتشار را از بخش روان‌شناسی بالینی انجمن روان‌شناسی آمریکا دریافت کرد. او مقاله‌ها و کتب متعددی را منتشر کرده است و نویسندهٔ کتاب ***"درمان شناختی ـ رفتاری افسردگی"*** (با کمک ویلیام ساندرسون) و کتاب پرفروش ***"زندگی خود را دوباره بیافرینید"*** (با کمک جفری یانگ) نیز بوده است. خانم کلوسکو در رشته ادبیات انگلیسی نیز مدرک لیسانس دارد.

مارجوری ویشار، استاد بالینی در دپارتمان روان‌پزشکی و علوم رفتاری دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه براون است (Marjorie-Weishaar@brown.edu). او در دپارتمان روان‌پزشکی، شناخت‌درمانی را برای رزیدنت‌های روان‌پزشکی و اینترن‌های روان‌شناسی و فوق‌دکترا آموزش می‌دهد. علاوه بر این، خانم ویشار، دو جایزهٔ آموزشی از دانشکدهٔ پزشکی براون گرفته است. دکتر ویشار از دانشگاه پنسیلوانیا فارغ‌التحصیل شده و سه مدرک فارغ‌التحصیلی از دانشگاه ایالتی پنسیلوانیا دریافت کرده

۱ـ این کتاب توسط دکتر علی صاحبی و حسن حمیدپور ترجمه و از سوی انتشارات ارجمند و آگه در سال ۱۳۸۴ منتشر شده است.

2- Cognitive Therapy and Research

3- Cognitive and Behavioral Practice

است. او شناخت‌درمانی را تحت‌نظر "آرون بک" و طرح‌واره‌درمانی را زیر نظر "جفری یانگ" آموزش دید. وی کتابی نوشته به نام ***"آرون. تی. بک"*** که موضوع آن، زندگی‌نامهٔ شخصی و علمی بنیانگذار شناخت‌درمانی یعنی "بک" است و اخیراً به زبان چینی ترجمه شده است. دکتر ویشار، مقالات متعددی منتشر کرده و سخنرانی‌های زیادی ارائه داده و در نوشتن فصل‌هایی از چند کتاب همکاری داشته است که همهٔ آنها در حوزهٔ شناخت‌درمانی و مخصوصاً خطر خودکشی بوده‌اند. او در کلینیک خصوصی خود در برودیدنس رودآیسلند کار می‌کند.

برای اطلاعات بیشتر در مورد طرح‌واره‌درمانی به آدرس زیر مراجعه نمایید:

Schema Therapy Institute 36 West 44th street,

Suite 1007 New York, NY 10036,

Phone: 212-221-1818, ext.5

E-mail: instituete@schematherapy.com

Website: www.schemathrapy.com

معرفی کتاب

یانگ و همکارانش با پشتوانهٔ سال‌ها تجربهٔ بالینی و پژوهش، رویکردی نوین و ارزشمند برای درمان بیماران مشکل‌آفرین و دردسرساز تدوین کرده‌اند. طرح‌واره درمانی، تلفیقی خردمندانه از رویکردهای مختلف است و افق‌های جدیدی فراروی شناخت‌درمانی کلاسیک گشوده است. متخصصان بالینی در این کتاب با رویکردی مواجه می‌شوند که برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته طراحی شده است. علاوه بر این، طرح‌واره درمانی در پژوهش‌آفرینی نیز موفّق بوده است و شواهدی تجربی وجود دارد که از این شیوهٔ درمان حمایت می‌کند. راهبردها و روش‌های درمانی به گونه‌ای دقیق و جذّاب سازماندهی شده‌اند و همین امر، کاربرد آنها را راحت‌تر کرده است. متخصصان بالینی که علاقه دارند از رویکردهای شناختی مبتنی بر طرح‌واره در کارهای بالینی خود استفاده کنند، این کتاب را منبعی ارزشمند خواهند یافت و از خواندن آن لذّت می‌برند.

دیوید بارلو[1]

طرح‌واره درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک‌های درمانی است. این رویکرد بر پایه شناخت درمانی بنا شده و برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمرهٔ خود با آنها دست به گریبان هستند، راه‌حل می‌آفریند. به عنوان مثال، فردی که طرح‌وارهٔ انزوای اجتماعی / بیگانگی دارد، در عین حال که معتقد است از دیگران کناره‌گیری کرده، امّا اغلب به گونه‌ای رفتار می‌کند که انزوای او بیشتر شود. طرح‌واره‌درمانی نشان می‌دهد که چگونه می‌توانیم به چنین بیمارانی کمک کنیم تا الگوهای ناسازگار خود را بشناسند و تغییر دهند. تأکید می‌کنم این کتاب را حتماً مطالعه کنید.

رابرت استرنبرگ[2]

تلاش جفری یانگ و همکارانش نه تنها در تکامل شناخت درمانی و رفتاردرمانی‌شناختی نقش داشته، بلکه در بازگشایی افق‌هایی برای یکپارچگی شناخت‌درمانی با دیگر رویکردهای روان‌درمانی، مخصوصاً روان‌کاوی، نیز گام‌های موفّقی برداشته است. این کتاب به گونه‌ای شفاف، دقیق و هوشمندانه نحوهٔ به‌کارگیری طرح‌واره‌درمانی را نشان می‌دهد و می‌تواند مورد استفاده متخصصان بالینی باتجربه و دانشجویان قرار گیرد. این کتاب فوق‌العاده ارزشمند است و جا دارد که از آن تقدیر شود.

پال واچتل[3]

1. David Barlow 2. Robert Sternberg 3. Paul Wachtel

فصل ۱

طرح‌واره‌درمانی: مدل مفهومی

طرح‌واره‌درمانی[1] که توسط یانگ[2] و همکارانش (یانگ ۱۹۹۹، ۱۹۹۰) بوجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی ـ رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرح‌واره‌درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی ـ رفتاری، دلبستگی گشتالت[3]، روابط شیئی[4]، سازنده‌گرایی[5] و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومیِ ارزشمند تلفیق کرده است.

این شیوهٔ درمان، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختیِ مزمن و مقاوم که تاکنون یک مسئلهٔ بغرنج در درمان محسوب می‌شدند، مناسب است. تجارب بالینی ما نشان می‌دهد بیمارانی که دچار اختلالات شدید شخصیتی هستند و نیز افراد مبتلا به مشکلات چشمگیر منش‌شناختی[6] که چنین مسایلی شالودهٔ اختلالات محور I آن‌ها را تشکیل می‌دهند، به طرح‌واره‌درمانی خیلی خوب پاسخ می‌دهند (البته گاهی اوقات در ترکیب با سایر رویکردهای درمانی).

از شناخت‌درمانی تا طرح‌واره‌درمانی

نگاهی به حوزهٔ رفتاردرمانی‌شناختی[7] به ما کمک می‌کند تا ضرورت ایجاد طرح‌واره‌درمانی را از نظر یانگ توضیح دهیم. پژوهشگران و متخصصین بالینیِ رویکرد شناختی ـ رفتاری در تدوین درمانهایِ اثربخش برای اختلالات محور I از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی، جنسی، خوردن، جسمانی‌سازی و سوءمصرف مواد، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. این درمانها، کوتاه‌مدت بوده (تقریباً ۲۰ جلسه) و هدف آن‌ها کاهش نشانه‌ها، مهارت‌آموزی و حل مسایل زندگیِ فعلیِ بیمار است.

1- Schema therapy
2- Young
3- Geshtalt
4- Object relations
5- Constructivism
6- Characterological

۷ ـ در این بخش از اصطلاح "رفتاردرمانی شناختی" برای اشاره به دستورالعملهای درمانی مختلفی که بوسیله نویسندگانی نظیر بک (بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹) و بارلو (کراسکی، بارلو و میدوز، ۲۰۰۰) برای درمان اختلالات محور I تدوین شده است، استفاده می‌کنیم. برخی از درمان‌گران شناختی ـ رفتاری، دستورالعملهای درمانی را برای کار با بیماران مشکل آفرین به گونه‌ای منطبق کرده‌اند که تا حدودی با طرح‌واره‌درمانی همخوان است (مثل بک، فریمن و همکاران، ۱۹۹۰). این تغییرات را در ادامه همین فصل بحث می‌کنیم. با این‌حال بیشتر دستورالعملهای فعلی درمان در حوزهٔ رفتاردرمانی شناختی، این انطباق را نشان نمی‌دهند.

با این‌حال، اگرچه بسیاری از بیماران بـا ایـن شـیوهٔ درمـان (رفـتاردرمانی‌شناختیِ کـلاسیک)، مشکلاتشان حل می‌شود، ولی بسیاری از آن‌ها به این نـوع درمـان جـواب نـمی‌دهند. مـطالعات نتیجه‌پژوهی[1]، معمولاً میزان بالایی از موفقیت درمانی راگزارش می‌کنند (بارلو[2]، ۲۰۰۱). برای مثال در افسردگی، میزان موفقیت، بلافاصله پس از درمان، بالاتر از ۶۰٪ است، ولی میزان عود[3] مشکل، پس از گذشت یک‌سال، حدود ۳۰٪ است (یانگ، وین‌برگر[4] و بک[5]، ۲۰۰۱). همچنین تعداد قابل توجّهی از بیماران نیز از درمان نتیجه نمی‌گیرند. اغلبِ بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت یا کسانی که مشکلات منش‌شناختیِ زیربنایی دارند از درمانهای شناختی ـ رفتاریِ کلاسیک نتیجه کامل نمی‌گیرند (بک، فریمن[6] و همکاران، ۱۹۹۰). امروزه یکی از چالشهای رفتاردرمانی‌شناختی، تدوین درمانهای اثربخش برای این بیماران مزمن و مقاوم به درمان است.

مشکلات منش‌شناختی می‌توانند اثربخشی رفتاردرمانی‌شناختیِ کلاسیک راکاهش دهند. برخی از بیماران که برای درمان اختلالات محور I مثل اضطراب یا افسردگی مراجعه می‌کنند، نمی‌توانند روند درمان را با موفقیت پشت‌سر بگذارند، یا به محض پایان درمان، مشکلشان عود می‌کند. به عنوان مثال، خانمی که مبتلا به اختلال گذرهراسی[7] بود، برای درمان شناختی ـ رفتاری مراجعه کرد. او با کمک برنامهٔ درمانی مشتمل بر تنفس‌آموزی[8]، چالش با افکار فاجعه‌آمیز و رویارویی[9] تدریجی با موقعیت‌های هراس‌زا، ترس خود از نشانه‌های آسیمگی[10] را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داد و بر اجتناب خود از موقعیت‌های گوناگون غلبه کرد، ولی به‌محض پایان سیر درمان، مشکل گذرهراسی بیمار دوباره عود کرد. یک عمر وابستگی[11] همراه با احساس آسیب‌پذیری[12] و بی‌کفایتی[13] ـ که ما آن‌ها را طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری و وابستگی می‌نامیم ـ او را از خطرپذیری باز می‌داشت. او برای تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس لازم را نداشت و در کسب مهارتهایی مثل رانندگی، غلبه بر مشکلات زندگی، مدیریت مالی و انتخاب اهداف مناسب، با شکست مواجه شده بود. ترجیح می‌داد افراد مهمّ زندگی‌اش، کارهای او را انجام دهند. این بیمار نمی‌توانست یک برنامهٔ تفریحی دسته‌جمعی را هماهنگ کند، کاری که به عنوان تکلیف خانگی به وی داده شده بود و برای حفظ دستاوردهای درمان، ضروری بود.

برخی از بیماران با هدف درمان شناختی ـ رفتاری علایم اختلالهای محور I مراجعه می‌کنند و پس از این که علایم برطرف شدند، مشکلات منش‌شناختی آن‌ها محور اصلی درمان قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، مردی که مبتلا به اختلال وسواسی ـ اجباری بود، تحت درمان با رویکرد رفتاردرمانی شناختی قرارگرفت و با کمک تکنیک "رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ"، افکار وسواسی و آئین‌مندیهای[14] اجباری، که منجر به بطالت بخش عمده‌ای از زندگی‌اش شده بودند، به طور عمده کاهش یافتند. زمانی که علایم محور I او کاهش پیدا کردند، فرصت مناسبی برای از سرگیری سایر فعالیتهایش بود. ولی به

1- Outcome studies
2- Barlow
3- Relapse
4- Weinberger
5- Beck
6- Freeman
7- Agoraphobia
8- Breating training
9- Exposure
10- Panic
11- Dependence
12- Vulnerability
13- Incompetence
14- Rituals

دلیل گوشه‌گیری و انزوای شدید، زندگی اجتماعی منسجم و چندان کارآمدی نداشت، موضوعی که ما آن را طرح‌وارهٔ نقص[1] همراه با سبک مقابله‌ای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی می‌نامیم. او در واقع به توهین‌ها و طرد شدن، خیلی حسّاس بود و به همین دلیل از همان اوایل دوران کودکی از بیشتر تعاملات اجتماعی اجتناب می‌کرد. این فرد اگر قصد دارد زندگی اجتماعی رضایت‌بخشی داشته باشد، باید با الگوی اجتنابی خود که همیشه با او همراه بوده است، دست و پنجه نرم کند.

با این حال، بیماران دیگری هستند که برای درمان شناختی ـ رفتاری مراجعه می‌کنند، ولی علایم مشخصی برای آماج درمانی ندارند. مشکلات آن‌ها، مبهم و گنگ بوده و مثل یک کلاف سردرگم به نظر می‌رسد. آن‌ها احساس می‌کنند کمبود دارند یا فکر می‌کنند یک جای کارشان مشکل دارد، امّا از درک دلایل آن عاجزند. آن‌ها، بیمارانی هستند که مسائلشان را در قالب مشکلات منش‌شناختی بروز می‌دهند آن‌ها: به خاطر رنج ناشی از مشکلات مزمنی که در ارتباط با افراد مهمّ زندگی یا در محل کارشان تحمل می‌کنند، به دنبال درمان هستند. کاربرد رفتاردرمانی شناختیِ کلاسیک برای چنین بیمارانی، فوق‌العاده مشکل است، چون معمولاً علایم محور I را ندارند یا این که همزمان چندین علامت دارند.

زیرپاگذاشتن مفروضه‌های رفتاردرمانی شناختی کلاسیک توسط بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی

رفتار درمانیِ شناختیِ کلاسیک، مفروضه‌هایی در خصوص بیماران دارد که این مفروضه‌ها دربارهٔ بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی صدق نمی‌کنند. این بیماران ویژگیهای خاصی دارند که آن‌ها را از بیماران مبتلا به اختلالات محور I متمایز می‌کند و به همین دلیل برای درمان شناختی ـ رفتاری مناسب نیستند.

یکی از مفروضه‌ها، این است که بیماران از دستورالعمل‌های درمانی تبعیت می‌کنند. رفتاردرمانی شناختیِ کلاسیک، فرض را بر این می‌گذارد که بیماران برای کاهش علایم، مهارت‌آموزی و حل مشکلات فعلی زندگی‌شان، انگیزه کافی دارند. بنابراین با کمی ترغیب و تقویت مثبت، روش‌های درمانی لازم را انجام می‌دهند. با این حال، انگیزه و دلیل مراجعهٔ بسیاری از بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی، فوق‌العاده پیچیده و غامض است و اغلب از انجام کامل روش‌های رفتاردرمانی شناختی طفره می‌روند. آن‌ها ممکن است تکالیف خانگی را انجام ندهند و برای یادگیری راهبردهای خویشتن ـ داری[2]، تردید و دودلی زیادی نشان دهند. این بیماران به جای این که راهبردهایی را یاد بگیرند که به خودشان کمک کنند، بیشتر به دنبال کسب تأیید از درمانگر هستند.

مفروضهٔ دیگر رفتاردرمانی شناختی، این است که بیماران با آموزشی مختصر می‌توانند به شناختواره‌ها[3] و هیجان‌های خودشان دست یابند و آن‌ها را به درمانگر گزارش کنند. در ابتدای درمان از بیماران انتظار می‌رود که افکار و احساسات خود را مشاهده و ثبت کنند، ولی بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی نمی‌توانند این کار را انجام دهند. به نظر می‌رسد شناختواره‌ها و هیجان‌های این بیماران

1- Defectiveness 2- Self-control 3- Cognitions

خارج از دسترس‌شان قرار دارند. بسیاری از این بیماران، درگیر اجتناب شناختی و عاطفی هستند. آن‌ها تصاویر ذهنی و افکار آشفته‌ساز خود را بلوکه می‌کنند و نمی‌خواهند ریشهٔ مشکلات خود را بیابند. علاوه بر این، از بسیاری از موقعیت‌ها و رفتارها اجتناب می‌کنند که روبه‌رو شدن با آن‌ها برای پیشرفتشان ضروری به نظر می‌رسد. این الگوی اجتنابی که نوعی پاسخ ابزاری[1] است از قوانین یادگیری تبعیت می‌کند، زیرا با کاهش عواطف منفی، تقویت می‌شود. هیجان‌های منفی مثل اضطراب یا افسردگی از طریق محرکهای مرتبط با خاطرات دوران کودکی برانگیخته می‌شوند و فرد با اجتناب از این محرکها، سعی می‌کند هیجان‌های منفی را تجربه نکند. از آن جا که این اجتناب در طی زمان به‌صورت عادت درمی‌آیند، بنابراین تغییر راهبرد مقابله با عواطف منفی، بی‌نهایت مشکل و طاقت‌فرسا می‌شود.

همچنین رفتاردرمانی شناختی، فرض را بر این می‌گذارد که بیماران می‌توانند رفتارها و شناختواره‌های مشکل‌آفرینشان را از طریق تمرین‌هایی چون "تحلیل‌تجربی"، "گفتمان منطقی"[2]، "آزمایشگری"[3] و "تکالیف تدریجی"، تغییر دهند، ولی انجام این کار برای بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی چندان ساده نیست. تجربهٔ ما نشان می‌دهد که تغییر افکار تحریف‌شده و رفتارهای خود آسیب‌رسان[4]، صرفاً از طریق تکنیک‌های شناختی ـ رفتاری مشکل است به طوری که حتّی با گذشت ماهها از شروع درمان، بهبود چشمگیری در این بیماران مشاهده نمی‌شود.

از آن جائی‌که بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی معمولاً انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[5] ندارند، به‌ندرت به تکنیک‌های شناختی ـ رفتاری جواب می‌دهند و اغلب آن‌ها در یک دورهٔ زمانی کوتاه مدّت به تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای دست نمی‌یابند. به نظر می‌رسد این بیماران از نظر روان‌شناختی، انعطاف‌ناپذیرند. انعطاف‌ناپذیری، شاخص اصلی اختلالات شخصیت است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ص ۶۳۳). این بیماران از تغییر خود ناامیدند و از طرفی مشکلات منش‌شناختی آن‌ها، حالت خود ـ همخوان[6] دارد: الگوهای خود ـ آسیب‌رسان آن‌ها بخشی از وجودشان محسوب می‌شود، به طوری که نمی‌توانند تغییر آن‌ها را تصور کنند. مشکلات آن‌ها، هسته اصلی هویّت‌شان به حساب می‌آید و از دست دادن آن‌ها می‌تواند به مثابه نابودی بخشی از وجودشان باشد. این دسته از بیماران در حین چالش شناختی، به شیوه‌ای انعطاف‌ناپذیر، غیرارادی و گاهی اوقات پرخاشگرانه، از چیزهایی دفاع می‌کنند که از قبل به صحّت و درستی آن‌ها معتقدند.

همچنین رفتاردرمانی شناختی، فرض را بر این می‌گذارد که بیماران می‌توانند طی چند جلسه، رابطهٔ مشارکتی خوبی با درمانگر برقرار کنند. معمولاً مشکلات موجود در رابطهٔ درمانی به عنوان موضوع مهمّ در درمانهای شناختی ـ رفتاری مدّنظر قرار نمی‌گیرند. چنین مشکلاتی در رویکرد شناختی ـ رفتاری به عنوان موانعی در نظر گرفته می‌شوند که برای دستیابی به تبعیت بیمار از روش‌های درمانی، باید بر آن‌ها غلبه کرد. رابطهٔ درمانگر ـ بیمار در رویکرد شناختی ـ رفتاری معمولاً به عنوان "عنصر فعال"[7] درمان درنظر گرفته نمی‌شود. با این حال، اغلب بیماران مبتلا به مشکلات منش‌شناختی در برقراری

1- Instrumental response
2- Logical discourse
3- Exprimentation
4- Self-defeating
5- Psychological flexibility
6- Ego-syntonic
7- Active ingredient