

طرح‌واره درمانی

(راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)

تقدیم به استاد گرامی

”دکتر علی صاحبی“،

او که می آموزد راه و رسم گذشتن از

شور عشق و رسیدن به سلامت عقل.

فهرست مطالب

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

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

مقدمه نویسندگان

باورش مشکل است که ۹ سال از نوشتن آخرین کتاب مهم ما در زمینه 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 پروژه 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 دهه گذشته وارد حوزه 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^۱ علاقمند شده‌اند. یکی از اولین رویکردهای جامع و یکپارچه، طرح‌واره‌درمانی است که توجه بسیاری از پژوهشگران و متخصصان بالینی جدید را به خود جلب کرده است، کسانی که به دنبال فراتر رفتن از مدل‌های دست‌وپاگیر موجود هستند.

یکی از علائم واضح علاقمندی زیاد به طرح‌واره‌درمانی، استفاده گسترده از پرسشنامه طرح‌واره‌یانگ (YSQ) به وسیله پژوهشگران و متخصصان بالینی در کشورهای مختلف است. اگر چه YSQ به زبان‌های اسپانیایی، یونانی، هلندی، فرانسوی، ژاپنی، نورژی، 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 جذابیت و شوق‌انگیزی طرح‌واره‌درمانی، موفقیت دو کتاب قبلی ما درخصوص طرح‌واره‌درمانی است که ۱۰ سال قبل منتشر شده‌اند: "شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح‌واره محور" که هم اکنون ویرایش سوم 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 دهه گذشته، شاهد گسترش حوزه عمل طرح‌واره‌درمانی فراسوی اختلالات شخصیت بوده است. این رویکرد برای درمان بسیاری از مشکلات 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".

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

یکی دیگر از تحولات اخیر، ترکیب طرح‌واره‌درمانی با مسایل معنوی بوده است. تا به حال سه کتاب (کیمیاگری هیجانی^۱)، اثر تارا بنت - گولمن^۲؛ **نیایش به هنگام مشکلات زندگی: راهی روانی - معنوی به سوی آزادی**^۳، نوشته جان سیکرو^۴ و **افسانه مور***^۵؛ اثر جوزف نولو^۶) که رویکرد طرح‌واره‌ای را با مراقبه متعالی هشیاری فراگیر^۷ یا با کارهای مذاهب سنتی ترکیب کرده‌اند؛ به زیور طبع آراسته شده‌اند.

یکی از تحولات ناامیدکننده‌ای که امیدواریم در دهه آینده تغییر کند، تأثیر رویکرد مراقبت مدبرانه^۸ و هزینه‌های زیاد درمان اختلالات شخصیت در ایالات متحده است. این رویکرد باعث شده متخصصان بالینی، در دریافت حق بیمه درمان افراد مبتلا به اختلالات شخصیت، مشکل پیدا کنند. پژوهشگران نیز در استفاده از بودجه پژوهشی فدرال، برای پژوهش در حوزه اختلالات شخصیت، به مشکل برخوردند. از آن جا که درمان اختلالات محور II، مدت زمان زیادی به طول خواهد انجامید؛ بنابراین با مدل مراقبت مدبرانه کوتاه‌مدت جور در نمی‌آید. در نتیجه، ایالات متحده در مقایسه با سایر کشورها، از پژوهش‌های مربوط به حوزه اختلالات شخصیت، کمتر حمایت مالی می‌کند.

نتیجه چنین کاهش حمایتی، کمبود پژوهش درخصوص اختلالات شخصیت بوده است. (تنها استثناء قابل توجه در این حوزه، "رفتار درمانی دیالکتیک"^۹ است که مارشا لینهان^{۱۰} برای درمان اختلال شخصیت مرزی طراحی کرده است.) در نتیجه، فرمول‌بندی و ارائه طرح‌های پژوهشی که ممکن است از طرح‌واره‌درمانی حمایت کند، برای ما فوق‌العاده سخت شده است.

بنابراین به سراغ کشورهای دیگر رفته‌ایم تا بتوانیم اهمیت این حوزه از پژوهش را پررنگ کنیم. ما از یکی از مطالعات نتیجه‌پژوهی^{۱۱} مهم که تقریباً در حال تمام شدن است و به وسیله آرنود آرنتز^{۱۲} در کشور هلند انجام شده، خیلی خوشحال و هیجان‌زده شدیم. در این مطالعه بزرگ و چندوجهی، طرح‌واره‌درمانی با رویکرد "اتوکرنگ"^{۱۳} در درمان اختلال شخصیت مرزی مورد مقایسه قرار گرفته است. بی‌صبرانه منتظر نتایج این پژوهش هستیم.

در این کتاب به مزیت‌های مهم 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 Through 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) نویسنده اثر معروف "مدینه 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". **مجله سخن**. ۶۵۳-۶۴۶:۲۲

برای اطلاعات بیشتر درباره 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)**. ترجمه داریوش آشوری و نادر افشار نادری. تهران: خوارزمی

پرهام، یاقر (۱۳۷۸). **با هم نگری و یکانگری** (۳۰۹ تا ۳۲۶). تهران: آگاه.

6- Joseph Novello

7- Mindfulness meditation

8- Managment care

9- Dialectical behavior thernay

10- Marsha Linehan

11- Outcome study

12- Arnoud Arentz

13- Otto Kernberg

جنبه‌هایی از مدل‌های شناختی، رفتاری، روان‌پویایی (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 رابطه‌درمانی نیز اهمیت می‌دهد.

یکی دیگر از مزیت‌های مدل طرح‌واره، ایجاز و از سوی دیگر پیچیدگی و قابل تعمق 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 به نظر می‌رسد. بنابراین طرح‌واره‌درمانی، هم جذابیت رفتاردرمانی شناختی دارد و هم اینکه با رویکردهای روان‌پویایی ترکیب شده است.

طرح‌واره‌درمانی دو ویژگی مهم رفتاردرمانی شناختی را حفظ کرده است: هر دو رویکرد، ساختاریافته و نظام‌مندند. درمانگر به دنبال فرآیند سنجش، روش‌های درمانی را اعمال می‌کند. در مرحله سنجش، چندین پرسشنامه به کار 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 اهمیت می‌دهد. همچنین به نظر می‌رسد طرح‌واره‌درمانی، 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 مزیت‌های مدل طرح‌واره، اختصاصی بودن آن است. این مدل طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های 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 رابطه‌درمانی و کارکردن در بطن آن فراهم می‌سازد. درمان‌گران در حین کار با بیماران، طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های خودشان را نیز مورد بازنگری و بازاندیشی قرار می‌دهند.

نهایتاً و به عنوان مهم‌ترین موضوع، معتقدیم که رویکرد طرح‌واره‌درمانی در مقایسه با "درمان متداول"^۱ بسیار دلسوزانه^۲ و انسانی^۳ است. طرح‌واره‌درمانی به جای آن که اختلالات روان‌شناختی را پدیده‌ای غیرعادی بنگرد، آنها را طبیعی جلوه می‌دهد. هر فردی، طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌هایی 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 شدت 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 حدومرزدار"، درمان‌گران را در ایجاد نگرش مراقبت‌آمیز از بیماران راهنمایی می‌کنند. استفاده از مفهوم ذهنیت‌ها، 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 اتحاددرمانی را با بیماران حفظ می‌کنند.

نهایتاً اینکه، در این کتاب روی برخی از تحولات جدید طرح‌واره‌درمانی که در طی دهه گذشته رخ داده‌اند، انگشت گذاشته‌ایم. اول اینکه در طرح‌واره‌ها تجدیدنظر کرده‌ایم و تاکنون ۱۸ طرح‌واره را در پنج حوزه شناخته‌ایم. دوم اینکه، دستورالعمل‌های درمانی جدید و دقیقی برای درمان بیماران مبتلا به

اختلال شخصیت‌های مرزی و خودشیفته فراهم کرده‌ایم. این دستورالعمل‌ها، حوزه کاربرد طرح‌واره‌درمانی را گسترش داده‌اند و عمدتاً مفهوم "ذهنیت طرح‌واره‌ای"^۱ 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 این که در فرآیند درمان بر طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای خودمان، مخصوصاً در بطن رابطه درمانی، توجه بیشتری مبذول می‌داریم.

امیدواریم این کتاب بتواند شیوه 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 خواسته خودمان دست یافته‌ایم.

سخن مترجمان

پرسش‌هایی که از بافتار تجارب بالینی برمی‌خیزند و پاسخی قابل تأمل می‌یابند، معمولاً حدود مرزهای 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 رفته شناخت‌درمانی نمی‌تواند بهبودی قابل ملاحظه‌ای در این گروه از بیماران ایجاد کند، بنابراین با گشاده‌نظری از مفاهیم رویکردهای دیگر استفاده کردند. نکته حائز اهمیت این که طرح‌واره‌درمانی از مبانی نظری منسجم و یکپارچه‌ای برخوردار است و مدلی التقاطی محسوب نمی‌شود.

پاتریشیا کولارد^۱ 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 به همراه ندارد. میزان موفقیت در این گروه از بیماران به زیر ۵۰٪ می‌رسید و برای بسیاری از آنها اصلاً موفق نبود. حداقل نیمی از بیماران از پیشرفت کار راضی نبودند. احساس کردم باید مؤلفه‌های دیگری به رویکرد شناخت‌درمانی کلاسیک اضافه کنم. نکته دیگر این که متوجه شدم بیماران "مرکز شناخت‌درمانی بک" از صافی‌های تشخیصی می‌گذشتند، در حالی که معمولاً در کلینیک‌های خصوصی نمی‌توان چنین ملاک‌های شمولی در نظر گرفت."

رویکرد طرح‌واره‌درمانی در قالب جنبش "سازنده‌گرایی"^۲ می‌گنجد که صاحب‌نظرانی چون لیوتی^۳ و سفران^۴ در این گروه جای می‌گیرند. در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به کارگیری تکنیک‌های تجربی^۵، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین‌فردی تأکید می‌شود (یانگ و باهری، ۱۹۹۸).^۶ گاهی اوقات به رویکرد سازنده‌گرایی، فراعقلانی^۷ نیز گفته می‌شود (پرتزر،^۸ ۱۹۹۸).

یکی از دلایل روی کار آمدن جنبش سازنده‌گرایی، عدم موفقیت در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی بود که اختلالات شخصیت نیز در زمره این مشکلات قرار می‌گیرند. تاریخچه روان‌درمانی حاکی از آن است که درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت، کاری سخت و طاقت‌فرسا بوده است. از آن جایی که اختلالات شخصیت، شیوع نسبتاً زیادی دارند (برای مثال نگاه کنید به مارشال^۹ و سرین^{۱۰}، ۱۹۹۷) و از طرفی وجود مشکل در محور II، می‌تواند در نوع، شدت و مدت زمان‌علایم محور I تأثیر بگذارد، لذا اهمیت نظریه‌ای که بتواند چنین مشکلاتی را مفهوم‌سازی کند و راهنماهای درمانی کارآ و

1- Patrizia collard
4- Safran
7- Post-rationalist
10- Serin

2- Constructivist
5- Experiencial
8- Pretzer

3- Liotti
6- Bahery
9- Marshall

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 قرار گرفت، پژوهش‌هایی انجام شده و نشان داده‌اند که اثربخش است (برای مثال نگاه کنید به نوردال^۱ و نی‌ستر^۲، ۲۰۰۵ و بامبر^۳، ۲۰۰۴). ولی با این حال هنوز زود است در این خصوص نتیجه‌گیری کنیم. پژوهش‌های آینده، راه را برای چنین نتیجه‌گیری‌هایی باز خواهد کرد.

رویکرد طرح‌واره‌درمانی در پژوهش‌آفرینی و ایجاد تمایل در متخصصان بالینی برای بررسی صحت و سقم فرضیه‌های برخاسته از این رویکرد، تا حدود زیادی موفق بوده است (برای مثال نگاه کنید به آرتنز^۴، کلوکمن^۵، سیس‌وردا^۶، ۲۰۰۵؛ استوپا^۷، واترز^۸، ۲۰۰۵؛ سیکرو^۹، نلسون^{۱۰}، گیلی^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ نوردال^{۱۲} و هوگام^{۱۳}، ۲۰۰۵)، اما ناگفته پیداست که به کارگیری تکنیک‌های این رویکرد در سایر بافتارهای فرهنگی و اجتماعی، احتیاج به دقت 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 هسته اصلی این کتاب به شمار می‌رود، در قالب سطوح شناخت، عمیق‌ترین سطح محسوب می‌شود، هرچند پدسکی^{۱۴} (۱۹۸۸) با مفهوم "طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه" مخالف است. او عقیده دارد با وجود مفهومی مثل "باور مرکزی"^{۱۵}، نیازی به اصطلاح طرح‌واره ناسازگار اولیه نیست. تغییر طرح‌واره‌ها از این جهت اهمیت پیدا می‌کند که به نوعی تغییر سبک زندگی^{۱۶} است (امرسون^{۱۷}، وست^{۱۸} و گینتنر^{۱۹}، ۱۹۹۱).

نکته قابل توجه این که، یانگ و همکارانش در این کتاب روی مفهوم "گفتگو" مانور زیادی داده‌اند. به عبارتی، آنها، ذهن را گفتگویی در نظر گرفته‌اند که خود این امر حاکی از تسلط رویکردهای "گفتگویی" به شکل‌گیری فرآیندهای عالی ذهن است (نگاه کنید به فرنی‌هوگ^{۲۰}، ۱۹۹۶). در فرآیند درمان، طرح‌واره‌ها به عنوان "صدای والدین" مفهوم‌سازی می‌شوند. در واقع طرح‌واره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به تدریج در ذهن او جای گرفته‌اند و هم‌اکنون به گونه‌ای نظام‌مند، اما ناکارآمد، زندگی وی را زیر سیطره خود گرفته‌اند. شناخت‌درمانی با همه پیشرفتی که کرده، نتوانسته چگونگی درون‌سازی طرح‌واره‌ها را به‌طور دقیق روشن کند (حمیدپور، الف ۱۳۸۵؛ حمیدپور، ۱۳۸۶). در نظر گرفتن طرح‌واره‌ها به عنوان صدای والدین، یادآور نظریه فرهنگی - تاریخی ویگوتسکی^{۲۱} و لوریا^{۲۲} است که گفتار درونی^{۲۳} 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 هر لحظه 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 "ذهنیت حاکم"^{۱*} (تیزدیل^۲، ۱۹۹۷)، "سبک پردازش فراشناختی"^۳، (ولز^۴، ۲۰۰۰) و "ذهنیت"^۵ (بک، ۱۹۹۶) به متون شناخت‌درمانی راه پیدا کرده‌اند.

با توجه به اهمیت نظارت بر کار روان‌درمانی در دوره‌های تحصیلات تکمیلی و وضعیت اسفبار آن در ایران، کتاب حاضر اهمیت بیشتری می‌یابد، زیرا یانگ و همکارانش معتقدند، طرح‌واره 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 توجه به این که یانگ و همکارانش، مهمترین ویژگی طرح‌واره 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^۶، نیومن^۷، مونی^۸، پدسکی، گریببرگ^۹ و کوهلوین^{۱۰} در شماره دوم، "جلد چهاردهم" مجله "روان‌درمانی شناختی"^{۱۱} که در تابستان ۲۰۰۰ با عنوان "خلاقیات 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 اول، مدل طرح‌واره‌درمانی توضیح داده شده و با رویکردهای دیگر مقایسه شده است. فصل دوم به بحث "سنجش طرح‌واره‌ها و آموزش به بیمار" می‌پردازد. فصل‌های سوم، چهارم و پنجم به ترتیب "تکنیک‌های شناختی"، "تجربی" و "رفتاری" را در برمی‌گیرد. ارائه 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 "ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای" می‌پردازد که در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اهمیت بسزایی پیدا می‌کند. فصل‌های نهم و دهم نیز به درمان اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته پرداخته است. کتاب طرح‌واره‌درمانی در اصل در یک جلد منتشر شده است، اما 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 اول فارسی بیاید.

اگر چه جفری یانگ و همکارانش در فصل اول این کتاب به مقایسه نظریه طرح‌واره با سایر مدل‌های روان‌درمانی پرداختند، اما به نظر می‌رسد حق مطلب چنان‌که باید و شاید ادا نشده است؛ زیرا یکی از مدل‌هایی که به‌طور تلویحی در شکل‌گیری نظریه طرح‌واره اثر انکارناپذیری گذاشته است، مدل

*. "ذهنیت حاکم" به جای Mind-in-place، معادل پیشنهادی آقای دکتر حبیب‌الله فاسمزاده 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- Kuehwein | 11- Cognitive Psychotherapy | |

روانشناسی فردی آلفرد آدلر^۱ است. مفهوم جبران افراطی که در نظریه طرح‌واره نقش بسزایی بازی می‌کند از مفاهیم بنیادی نظریه آدلر است. همچنین یانگ به بازسازی طرح‌واره‌ها از طریق تکنیک‌های تجربی اهمیت قائل می‌شود، اما سال‌ها قبل، آدلر از طریق تصویرسازی ذهنی خاطرات اولیه به تغییر باورهای غلط [معادل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در این کتاب] می‌پرداخت (لینگ^۲ و کوتمن^۳، ۱۹۹۱).

از آن جا که کتاب حاضر به ارائه مدلی مفهومی می‌پردازد، ترجمه بسیاری از مفاهیم به زبان فارسی با مشکل همراه بود. درباره 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 ترجمه 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 مهمی دارد، مترجمان "پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی" و "پرسشنامه طرح‌واره یانگ" (فرم کوتاه) را به عنوان پیوست اول و دوم 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، اما 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 حبیب‌الله قاسم‌زاده که همواره از لطف ایشان برخوردار بوده‌ایم نیز سپاسگزاریم، هرچند تشکر از ایشان در سطح مضمون است و راهی به سوی 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 سعه 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 حسینی، چند فصل کتاب را خواندند و پیشنهادهای ارزنده‌ای ارائه دادند، آقای احسان ارجمند با دقت نظر و صرف وقت بسیار، جلد کتاب را طراحی کردند و سرکار خانم صلحی، زحمت تایپ کتاب را کشیدند. از همه این عزیزان سپاسگزاریم. با این حال کاستی‌های کتاب بر عهده مترجمان است و بدون شک اظهارنظرهای اساتید گرانقدر و دانشجویان گرامی، می‌تواند راهگشا باشد.

مترجمان

بهار ۱۳۸۶

منابع

- حمیدپور، حسن (ب ۱۳۸۵). *گفتگوی درونی: مفهومی ارزشمند، اما فراموش شده در شناخت درمانی*. مقاله ارائه شده در دومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران. ۱۹ تا ۲۱ اردیبهشت ۱۳۸۵. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- حمیدپور، حسن (الف ۱۳۸۵). دیدگاه ویگوتسکی: کاربردهایی برای شناخت درمانی. در *"نورپسیکولوژی شناختی"*. به کوشش حبیب‌الله قاسم‌زاده. تهران: ارجمند.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۶). *لب‌پیشانی، خودآگاهی و گفتار درونی: تلویحاتی برای شناخت درمانی*. مقاله ارائه شده در سومین کنگره نورپسیکولوژی ایران. ۲ و ۳ خرداد ماه ۱۳۸۶. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- Arntz, A, Klokman, T., Sieswerda, S. (2005). An experimental 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 defenceless 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 dialogicalmind: a dialogic approach to the higher mental functions. *New Ideas in Psychology*, 14,1,47-62.
- Linn, M & Kottman, T. (1991). Changing Mistaken Beliefs through vialization of Early Recollection. *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 practice*, 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 حوزه شناخت‌درمانی و طرح‌واره‌درمانی داشته است. افراد زیادی زیر نظر یانگ، شناخت‌درمانی و طرح‌واره‌درمانی را یاد گرفته‌اند و به خاطر آموزش دقیق مهارت‌ها، مورد تشویق زیاد آنها قرار گرفته 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 - محور^۱" که برای متخصصان حوزه بهداشت روانی نوشته شده است و کتاب "زندگی خود را دوباره بیافرینید" (با کمک ژانت کلوסקو) که کتابی خود-یاری برای افراد عادی است. دکتر یانگ، مشاور چندین طرح پژوهشی در حوزه شناخت‌درمانی و طرح‌واره‌درمانی بوده است. او در مطالعه "مشترک انستیتو ملی بهداشت روانی" درباره افسردگی شرکت داشته است. علاوه بر این، وی عضو هیئت تحریریه مجله‌های "شناخت‌درمانی و شناخت‌پژوهی"^۲ و "درمان‌شناختی و رفتاری"^۳ است.

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

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

۱- 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 زیر‌نظر "جفری یانگ" آموزش دید. وی کتابی نوشته به نام "آرون. تی. بک" که موضوع آن، زندگی‌نامه 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 همه آنها در حوزه شناخت‌درمانی و مخصوصاً خطر خودکشی بوده‌اند. او در کلینیک خصوصی خود در بروکدینس 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: institute@schematherapy.com

Website: www.schemathrapy.com

معرفی کتاب

یانگ و همکارانش با پشتوانه سال‌ها تجربه 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 مواجهه‌می‌شوند که برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته طراحی شده است. علاوه بر این، طرح‌واره درمانی در پژوهش‌آفرینی نیز موفق بوده است و شواهدی تجربی وجود دارد که از این شیوه درمان حمایت می‌کند. راهبردها و روش‌های درمانی به گونه‌ای دقیق و جذاب 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 لذت می‌برند.

دیوید بارلو^۱

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 روزمره خود با آنها دست به گریبان هستند، راه‌حل می‌آفریند. به عنوان مثال، فردی که طرح‌واره انزوای اجتماعی / بیگانگی دارد، در عین حال که معتقد است از دیگران کناره‌گیری کرده، اما اغلب به گونه‌ای رفتار می‌کند که انزوای او بیشتر شود. طرح‌واره درمانی 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^۲

تلاش جفری یانگ و همکارانش نه تنها در تکامل شناخت درمانی و رفتاردرمانی شناختی نقش داشته، بلکه در بازگشایی افق‌هایی برای یکپارچگی شناخت‌درمانی با دیگر رویکردهای روان‌درمانی، مخصوصاً روان‌کاوی، نیز گام‌های موفق‌تری برداشته است. این کتاب به گونه‌ای شفاف، دقیق و هوشمندانه نحوه به کارگیری 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 واجتل^۳

1. David Barlow

2. Robert Sternberg

3. Paul Wachtel

فصل ۱

طرح‌واره‌درمانی: مدل مفهومی

طرح‌واره‌درمانی^۱ که توسط یانگ^۲ و همکارانش (یانگ ۱۹۹۹، ۱۹۹۰) بوجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرح‌واره‌درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی گشتالت^۳، روابط شیئی^۴، سازنده‌گرایی^۵ و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است.

این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن و مقاوم که تاکنون یک مسئله بصرنج 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 منش شناختی^۶ که چنین مسایلی شالوده 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 حوزه رفتاردرمانی شناختی^۷ به ما کمک می‌کند تا ضرورت ایجاد طرح‌واره‌درمانی را از نظر یانگ توضیح دهیم. پژوهشگران و متخصصین بالینی رویکرد شناختی - رفتاری در تدوین درمان‌های 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 زندگی فعلی بیمار است.

1- Schema therapy

2- Young

3- Gestalt

4- Object relations

5- Constructivism

6- Characterological

۷- 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 - 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 این حال بیشتر دستورالعمل‌های فعلی درمان در حوزه رفتاردرمانی شناختی، این انطباق را نشان نمی‌دهند.

با این حال، اگرچه بسیاری از بیماران با این شیوه درمان (رفتاردرمانی شناختی کلاسیک)، مشکلاتشان حل می‌شود، ولی بسیاری از آن‌ها به این نوع درمان جواب نمی‌دهند. مطالعات نتیجه‌پژوهی^۱، معمولاً میزان بالایی از موفقیت درمانی را گزارش می‌کنند (بارلو^۲، ۲۰۰۱). برای مثال در افسردگی، میزان موفقیت، بلافاصله پس از درمان، بالاتر از ۶۰٪ است، ولی میزان عود^۳ مشکل، پس از گذشت یک سال، حدود ۳۰٪ است (یانگ، وین‌برگر^۴ و بک^۵، ۲۰۰۱). همچنین تعداد قابل توجهی از بیماران نیز از درمان نتیجه نمی‌گیرند. اغلب بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت یا کسانی که مشکلات منش شناختی زیربنایی دارند از درمانهای شناختی - رفتاری کلاسیک نتیجه کامل نمی‌گیرند (بک، فریمن^۶ و همکاران، ۱۹۹۰). امروزه یکی از چالشهای رفتاردرمانی شناختی، تدوین درمانهای اثربخش برای این بیماران مزمن و مقاوم به درمان است.

مشکلات منش شناختی می‌توانند اثربخشی رفتاردرمانی شناختی کلاسیک را کاهش دهند. برخی از بیماران که برای درمان اختلالات محور I مثل اضطراب یا افسردگی مراجعه می‌کنند، نمی‌توانند روند درمان را با موفقیت پشت سر بگذارند، یا به محض پایان درمان، مشکلاتشان عود می‌کند. به عنوان مثال، خانمی که مبتلا به اختلال گذرهراسی^۷ بود، برای درمان شناختی - رفتاری مراجعه کرد. او با کمک برنامه درمانی مشتمل بر تنفس‌آموزی^۸، چالش با افکار فاجعه‌آمیز و رویارویی^۹ تدریجی با موقعیت‌های هراس‌زا، ترس خود از نشانه‌های آسیمگی^{۱۰} را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داد و بر اجتناب خود از موقعیت‌های گوناگون غلبه کرد، ولی به محض پایان سیر درمان، مشکل گذرهراسی بیمار دوباره عود کرد. یک عمر وابستگی^{۱۱} همراه با احساس آسیب‌پذیری^{۱۲} و بی‌کفایتی^{۱۳} - که ما آن‌ها را طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری و وابستگی می‌نامیم - 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 مهم زندگی‌اش، کارهای او را انجام دهند. این بیمار نمی‌توانست یک برنامه 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 - رفتاری علایم اختلالهای محور I مراجعه می‌کنند و پس از این که علایم برطرف شدند، مشکلات منش شناختی آن‌ها محور اصلی درمان قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، مردی که مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بود، تحت درمان با رویکرد رفتاردرمانی شناختی قرار گرفت و با کمک تکنیک "رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ"، افکار وسواسی و آئین‌مندیهای^{۱۴} 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 فعالیتهاش 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 طرح‌واره نقص^۱ همراه با سبک مقابله‌ای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی می‌نامیم. او در واقع به توهین‌ها و طرد شدن، خیلی حساس 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 - رفتاری مراجعه می‌کنند، ولی علائم 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، اما از درک دلایل آن عاجزند. آن‌ها، بیمارانی هستند که مسائلشان را در قالب مشکلات منش شناختی بروز می‌دهند آن‌ها: به خاطر رنج ناشی از مشکلات مزمنی که در ارتباط با افراد مهم زندگی یا در محل کارشان تحمل می‌کنند، به دنبال درمان هستند. کاربرد رفتاردرمانی شناختی کلاسیک برای چنین بیمارانی، فوق‌العاده مشکل است، چون معمولاً علائم محور I را ندارند یا این که همزمان چندین علامت دارند.

زیرپا گذاشتن مفروضه‌های رفتاردرمانی شناختی کلاسیک

توسط بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی

رفتار درمانی شناختی کلاسیک، مفروضه‌هایی در خصوص بیماران دارد که این مفروضه‌ها درباره بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی 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 - رفتاری مناسب نیستند.

یکی از مفروضه‌ها، این است که بیماران از دستورالعمل‌های درمانی تبعیت می‌کنند. رفتاردرمانی شناختی کلاسیک، فرض را بر این می‌گذارد که بیماران برای کاهش علائم، 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 مراجعه بسیاری از بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی، 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-داری^۲، 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.

مفروضه دیگر رفتاردرمانی شناختی، این است که بیماران با آموزشی مختصر می‌توانند به شناختواره‌ها^۳ 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 منش شناختی نمی‌توانند این کار را انجام دهند. به نظر می‌رسد شناختواره‌ها و هیجان‌های این بیماران

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 ریشه 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 پاسخ‌اِزاری^۱ 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 آن‌جا که این اجتناب در طی زمان به صورت عادت درمی‌آید، 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 "تحلیل تجربی"، "گفتمان منطقی"^۲، "آزمایشگری"^۳ و "تکالیف تدریجی"، تغییر دهند، ولی انجام این کار برای بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی چندان ساده نیست. تجربه ما نشان می‌دهد که تغییر افکار تحریف‌شده و رفتارهای خود آسیب‌رسان^۴، صرفاً از طریق تکنیک‌های شناختی - رفتاری مشکل است به طوری که حتی با گذشت ماهها از شروع درمان، بهبود چشمگیری در این بیماران مشاهده نمی‌شود.

از آن‌جائی که بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی معمولاً انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۵ ندارند، به‌ندرت به تکنیک‌های شناختی - رفتاری جواب می‌دهند و اغلب آن‌ها در یک دوره زمانی کوتاه مدت 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 منش شناختی آن‌ها، حالت خود - همخوان^۶ دارد: الگوهای خود - آسیب‌رسان آن‌ها بخشی از وجودشان محسوب می‌شود، به طوری که نمی‌توانند تغییر آن‌ها را تصور کنند. مشکلات آن‌ها، هسته اصلی هویت‌شان 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 صحت و درستی آن‌ها معتقدند.

همچنین رفتاردرمانی شناختی، فرض را بر این می‌گذارد که بیماران می‌توانند طی چند جلسه، رابطه مشارکتی خوبی با درمانگر برقرار کنند. معمولاً مشکلات موجود در رابطه درمانی به عنوان موضوع مهم در درمانهای شناختی - رفتاری مدنظر قرار نمی‌گیرند. چنین مشکلاتی در رویکرد شناختی - رفتاری به عنوان موانعی در نظر گرفته می‌شوند که برای دستیابی به تبعیت بیمار از روش‌های درمانی، باید بر آن‌ها غلبه کرد. رابطه درمانگر - بیمار در رویکرد شناختی - رفتاری معمولاً به عنوان "عنصر فعال"^۷ درمان در نظر گرفته نمی‌شود. با این حال، اغلب بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی در برقراری

1- Instrumental response

2- Logical discourse

3- Experimentation

4- Self-defeating

5- Psychological flexibility

6- Ego-syntonic

7- Active ingredient

رابطه درمانی مشکل دارند، لذا رابطه آن‌ها با درمانگر، بازتابی از مشکلاتشان در ارتباط با دیگران به شمار می‌رود. بسیاری از بیماران مقاوم به درمان، روابط بین فردی ناکارآمدی دارند که ریشه این روابط به اوایل زندگی شان برمی‌گردد. آشفتگی‌های دائم در ارتباط با افراد مهم زندگی، شاخص دیگری از اختلالات شخصیت است (میلون^۱، ۱۹۸۱). اغلب چنین بیمارانی در دستیابی به رابطه درمانی سالم، مشکل دارند و برخی از آن‌ها مثل افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی^۲ یا وابسته^۳، اغلب به قدری برای جلب توجه درمانگر، جهت ارضاء نیازهای هیجانی‌شان، تلاش می‌کنند که قادر به تمرکز بر زندگی خارج از حوزه درمان نیستند. برخی از این بیماران مثل افراد مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته^۴، پارانوئید^۵، اسکیزوئید^۶ یا وسواسی - اجباری^۷، به قدری بی‌قید یا متخاصم هستند که نمی‌توانند با درمانگر همکاری کنند. از آن جایی که مشکلات بین فردی، هسته اصلی مسائل آنان را تشکیل می‌دهد، بنابراین رابطه درمانی یکی از بهترین حوزه‌ها برای سنجش و درمان این گروه از بیماران به حساب می‌آید. رابطه درمانی با تمام اهمیتی که دارد، بیشتر اوقات در رفتار درمانی شناختی کلاسیک نادیده گرفته می‌شود.

آخرین مفروضه رفتار درمانی شناختی، این است که بیمار مشکلاتی دارد که به راحتی می‌توان آن‌ها را به عنوان آماج درمان مدنظر قرار داد. این مفروضه، اغلب در خصوص بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی صدق نمی‌کند؛ چون معمولاً مشکلاتشان مبهم، مزمن و فراگیر است. آن‌ها از حوزه‌های مهم زندگی‌شان ناراضی‌اند و تا جایی که به خاطر می‌آورند این‌گونه بوده‌اند. شاید آن‌ها نمی‌توانند به مدت طولانی، رابطه‌ای دوستانه با کسی برقرار کنند و در شکوفا ساختن توان بالقوه خود در کارشان با شکست مواجه می‌شوند، یا این‌که زندگی خود را پوچ و بی‌معنی می‌دانند. آن‌ها در حوزه‌های عشق، کار و تفریح، به طور جدی احساس نارضایتی می‌کنند. مشکلات آن‌ها فراگیر است و نمی‌توان مسایل زندگی‌شان را به طور دقیق و مشخص تعریف کرد. به همین دلیل معمولاً نمی‌توان برای درمان آن‌ها در رویکرد شناختی - رفتاری کلاسیک، آماج مشخصی تعیین کرد.

در مباحث بعدی کتاب، شاهد آن خواهیم بود که وجود یک سری طرح‌واره‌های خاص، چگونگی می‌تواند رفتار درمانی شناختی کلاسیک را در دستیابی به اهداف اصلی خود باز دارد.

تدوین طرح‌واره‌درمانی

بنا به دلایلی که توضیح داده شد، یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) طرح‌واره‌درمانی را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمنی که به قدر کافی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین کرد. این بیماران در رفتار درمانی شناختی کلاسیک به عنوان "شکست‌درمانی" در نظر گرفته می‌شوند. یانگ با یکپارچه‌سازی تکنیک‌های مختلف در قالب یک نظریه منسجم، طرح‌واره‌درمانی را که رویکردی نظام‌مند است، بوجود آورد و با این کار باعث گسترش مرزهای

1- Millon

2- Borderline

3- Dependent

4- Narcissistic

5- Paranoid

6- Schizoid

7- Obsessive - Compulsive

رفتاردرمانی شناختی شد. طرح‌واره‌درمانی بسته به مشکل بیمار می‌تواند به صورت کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت بکار گرفته شود. طرح‌واره‌درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و با تأکید بیشتر بر ریشه‌های تحوُّلی^۱ مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزنده^۲ و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، افقهای نوینی فراروی مرزهای رفتاردرمانی شناختی گشوده است.

زمانی که علائم حاد بیماری کاهش پیدا کنند، طرح‌واره‌درمانی برای درمان بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات محور I و II که مشکلات منش شناختی دیرپایی دارند، گزینه مناسبی به شمار می‌رود. این روش درمان، اغلب به همراه سایر روش‌ها مثل رفتاردرمانی شناختی یا داروهای روان‌گردان به کار گرفته می‌شود. طرح‌واره‌درمانی برای درمان جنبه‌های مزمن منش شناختی اختلالات روانی طراحی شده است، نه برای کاهش علائم حاد آن اختلالات (مثل افسردگی عمده^۳ یا حملات آسیمگی عودکننده). مفید بودن طرح‌واره‌درمانی در درمان افسردگی و اضطراب مزمن، اختلالات خوردن، مشکلات شدید زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط صمیمی، تأیید شده است. علاوه بر این، طرح‌واره‌درمانی برای مجرمان جنایی^۴ و همچنین در جلوگیری از عود مشکل در بین سوء‌مصرف‌کنندگان مواد نیز مؤثر است.

طرح‌واره‌درمانی، درون مایه‌های روان‌شناختی را مدنظر قرار می‌دهد که شاخصه بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی هستند. این درون‌مایه‌ها را طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۵ می‌نامیم که در بخش بعدی به تفصیل درباره آن‌ها صحبت خواهد شد. طرح‌واره‌درمانی به درمان‌گران کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کنند. در این مدل، ردّ پای طرح‌واره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از دوران کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به کارگیری این مدل، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به شکل خود - ناهمخوان^۶ ببینند و در نتیجه، برای رها شدن از شر مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا کنند. درمان‌گران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین‌فردی، در مبارزه با طرح‌واره‌ها با بیماران هم‌پیمان می‌شوند. وقتی بیماران الگوهای ناکارآمد مبتنی بر طرح‌واره‌هایشان را تکرار می‌کنند، درمانگر آن‌ها را به شیوه‌ای همدلانه^۷ با دلایل و ضرورت تغییر، روبه‌رو^۸ می‌کند. درمانگر به علت به کارگیری "باز والدینی حدّومرزدار"^۹ در برابر نیازهای ارضاء نشده دوران کودکی بسیاری از بیماران، در حکم یک پادزهر^{۱۰} نسبی عمل می‌نماید.

- | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|
| 1- Origins | 2- Emotive | 3- Major depression |
| 4- Criminal offenders | 5- Early maladaptive schemas | 6- Ego-dystonic |
| 7- Empathically | 8- Confront | 9- Limited reparenting |
| 10- Antidote | | |

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

تاریخچهٔ سازهٔ طرح‌واره

در این بخش می‌خواهیم، سازه‌های اصلی نظریهٔ طرح‌واره را مورد بررسی قرار دهیم. کار را با تاریخچه و تحوّل مفهوم طرح‌واره شروع می‌کنیم.

کلمهٔ "طرح‌واره" در حوزه‌های پژوهشی مختلفی به کار برده شده است. طرح‌واره به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب^۲ یا چهارچوب^۳ تعریف می‌شود. در فلسفهٔ قدیم یونان، منطقیون رواقی^۴، مخصوصاً فروسیپوس^۵ (۲۰۶ الی ۲۷۹ ق.م)، اصول منطق را در قالب "طرح‌واره استنباط"^۶ (نوسبام^۷، ۱۹۹۴) مطرح کردند. طرح‌واره در نظام فلسفی کانت^۸، "درک و دریافت نقطه اشتراک تمام عناصر یک مجموعه" تعریف می‌شود. این واژه همچنین در نظریهٔ ریاضی مجموعه‌ها، هندسهٔ جبری، آموزش، تحلیل ادبی، برنامه‌ریزی کامپیوتری نیز به کار برده شده است.

واژهٔ طرح‌واره در روان‌شناسی و به طور گسترده‌تر در حوزهٔ شناختی، تاریخچه‌ای غنی و برجسته دارد. در حوزهٔ رشد شناختی، طرح‌واره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه‌براین، ادراک از طریق طرح‌واره، واسطه‌مندی^۹ می‌شود و پاسخهای افراد نیز توسط طرح‌واره جهت پیدا می‌کنند. طرح‌واره، بازنمایی^{۱۰} انتزاعی خصوصیات متمایزکنندهٔ یک واقعه است. به عبارت دیگر، طرحی کلی از عناصر برجستهٔ یک واقعه را طرح‌واره می‌گویند. در روان‌شناسی، احتمالاً این واژه بیشتر با کارهای پیاز^{۱۱} تداعی می‌شود، چراکه او در مراحل مختلف رشدشناختی به تفصیل در خصوص طرح‌واره‌ها بحث کرده است. در حوزهٔ رشدشناختی، طرح‌واره به عنوان "نقشهٔ انتزاعی شناختی" در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است. بنابراین ما به یک طرح‌وارهٔ زبانی^{۱۲} برای فهم یک جمله و به یک طرح‌وارهٔ فرهنگی^{۱۳} برای تفسیر یک افسانه نیاز داریم.

از روان‌شناسی شناختی که بگذریم، در حوزهٔ شناخت‌درمانی، بک (۱۹۶۷) در اولین نوشته‌هایش به مفهوم طرح‌واره اشاره کرد. با این حال، در بافتار روان‌شناسی و روان‌درمانی، طرح‌واره به عنوان هر اصل سازمان بخش‌گلی در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزهٔ روان‌درمانی، این است که بسیاری از طرح‌واره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند، حتی اگر هیچ‌گونه کاربرد دیگری نداشته باشند. این مسئله، همان چیزی است که گاهی اوقات به عنوان نیاز به "هماهنگی شناختی"^{۱۴} از آن یاد می‌شود، یعنی "حفظ دیدگاهی با ثبات دربارهٔ خود یا دیگران"؛ حتی اگر این دیدگاه نادرست یا تحریف شده باشد. با این تعریف گلی، طرح‌واره می‌تواند مثبت یا منفی، سازگار

1- Structure

2- Framework

3- Outline

4- Stoic logicians

5- Frosippus

6- Inference schmata

7- Nussbaum

8- Kant

9- Mediate

10- Representation

11- Piaget

12- Linguistic schema

13- Cultural schema

14- Cognitive consistency

یا ناسازگار باشد و همچنین می‌تواند در اوایل زندگی یا در سیر بعدی زندگی شکل بگیرد.

تعریف یانگ از طرح‌واره

یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) معتقد است برخی از این طرح‌واره‌ها - به‌ویژه آن‌ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند - ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش‌شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند. یانگ برای بررسی دقیق‌تر این ایده، مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها را مشخص کرده است که به آن‌ها "طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه" می‌گوید.

پس از بازنگری در تعریف اولیه‌ای که از طرح‌واره ارائه کرده بودیم به این نتیجه رسیدیم که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خصوصیات زیر را دارند:

- الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند،
- از خاطرات، هیجان‌ها، شناختواره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند،
- در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند،
- در سیر زندگی تداوم دارند،
- درباره خود و رابطه با دیگران هستند،
- به شدت ناکارآمدند.^۲

خلاصه این‌که، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود - آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. توجه کنید که طبق این توصیف، رفتار یک فرد، بخشی از طرح‌واره محسوب نمی‌شود، چون یانگ معتقد است که رفتارهای ناسازگار در پاسخ به طرح‌واره به وجود می‌آیند. بنابراین، رفتارها از طرح‌واره‌ها نشأت می‌گیرند، ولی بخشی از طرح‌واره‌ها محسوب نمی‌شوند. این مفهوم را در همین فصل و در قسمت سبک‌های مقابله‌ای^۳، بیشتر توضیح می‌دهیم.

ویژگی‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

اجازه دهید بعضی از ویژگی‌های طرح‌واره‌ها را بررسی کنیم. (از این به بعد واژه "طرح‌واره" و "طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه" را به جای یکدیگر به کار می‌بریم و در این کتاب یک معنی دارند.) بیمارانی را در نظر بگیرید که از بین آسیب‌رسانترین و قدرتمندترین چهار طرح‌واره زیر، یکی را داشته باشند. این طرح‌واره‌ها از فهرست هجده طرح‌واره نظریه ما استخراج شده‌اند (جدول ۱-۱): رهاشدگی/بی‌ثباتی^۴، بی‌اعتمادی/بدرفتاری^۵، محرومیت هیجانی^۶ و نقص/شرم^۷. این بیماران در دوران

1- Toxic

2- Dysfunctional

3- Coping style

4- Abandonment/Instability

5- Mistrust/Abuse

6- Emotional Deprivation

7- Defectiveness/Shame

پیوست اول

پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی*

پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی

هدف این پرسشنامه

هدف این پرسشنامه دستیابی به تصویری جامع از زندگی شماست. در فرآیند روان‌درمانی، ثبت دقیق اطلاعات باعث روشن شدن مشکل و ارائه راه‌حل‌های مؤثر می‌شود. می‌توانید با تکمیل این پرسشنامه از اتلاف وقت جلسات درمان جلوگیری کرده و از آن به نحو احسن استفاده کنید. تکمیل این پرسشنامه، فرآیند درمان شما را تسهیل می‌کند. کاملاً قابل درک است که شما در خصوص اطلاعاتی که در این پرسشنامه وارد می‌کنید، نگران باشید. اما هویت حرفه‌ای روان‌شناسی بر رازداری بنا شده است. این اطلاعات نزد روان‌شناس محفوظ می‌ماند.

● اگر تمایل ندارید به بعضی از سؤاها جواب بدهید، اشکالی ندارد به آنها جواب ندهید.

۱) اطلاعات کلی

نام خانوادگی: نام:

آدرس:

شماره تلفن منزل: شماره تلفن محل کار: شماره تلفن همراه:

سن: شغل:

از طرف چه کسی به این کلینیک معرفی شدید؟

وضعیت تأهل: مجرد متأهل مطلقه ازدواج مجدد دوران نامزدی
نوع منزل: شخصی استیجاری

* از آنجا که یانگ و همکارانش در مرحله سنجش طرح‌واره‌ها از "پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی" استفاده می‌کنند، برای سهولت بیشتر درمانگران، این پرسشنامه از کتاب زیر ترجمه گردید و به عنوان پیوست در این قسمت آورده شده است. (م.م.)

Lazarus, A. (1981). *The Practice of MultiModal Therapy*. New York: McGraw-Hill.

۲) مشکلات فعلی

مشکلات فعلی خود را بنویسید؟

.....
.....
.....

شدت مشکل (یا مشکلات) شما چقدر است؟

.....
.....

- مشکلات، تا حدودی باعث ناراحتی شما شده‌اند.
- مشکلات، به شدت باعث ناراحتی شما شده‌اند.
- مشکلات، خیلی زیاد باعث ناراحتی شما شده‌اند.
- مشکلات، شما را از پای درآورده‌اند.

مشکلات شما از کی شروع شدند؟

.....
.....

درست زمانی که دچار مشکل شدید چه اتفاقاتی در زندگی شما رخ داد که فکر می‌کنید در ایجاد مشکل شما نقش داشته‌اند؟

.....
.....

برای حل مشکل خود از چه راه‌حلهایی استفاده کردید و کدام راه‌حل‌ها مفید بودند؟

.....
.....
.....
.....

آیا قبل از این که به این کلینیک بیایید به روان‌شناس، روان‌پزشک یا مشاور مراجعه کردید؟

بلی خیر

اگر مراجعه کردید، لطفاً نوع اقدامات آنها و میزان تأثیر آنها را بنویسید؟

.....
.....
.....
.....
.....
.....

۳) سابقه شخصی و اجتماعی

۳-۱) تاریخ تولد:

۳-۲) تعداد برادر (برادران):

۳-۳) تعداد خواهر (خواهران):

۳-۴) فرزند چندم خانواده هستید؟

۳-۵) آیا پدرتان در قید حیات است؟ بلی خیر

۳-۶) اگر پدرتان زنده است، سن ایشان چقدر است؟

۳-۷) اگر پدرتان فوت شده‌اند، زمان مرگ ایشان، شما چند سال داشتید؟

۳-۸) علت مرگ پدرتان چه بود؟

.....
.....

۳-۹) شغل پدر: سطح تحصیلات پدر:

۳-۱۰) آیا مادرتان در قید حیات است؟ بلی خیر

۳-۱۱) اگر مادرتان زنده است، سن ایشان چقدر است؟

.....
.....

۳-۱۲) اگر مادرتان فوت شده‌اند، زمان مرگ ایشان، شما چند سال داشتید؟

۳-۱۳) علت مرگ مادرتان چه بود؟

.....
.....

۳-۱۴) شغل مادر: سطح تحصیلات مادر:

۳-۱۵) سطح تحصیلات خودتان:

.....
.....

۳-۱۶) نقاط ضعف و قوت دوران تحصیل خود را بنویسید؟

.....
.....
.....

۳-۱۷) فکر می‌کنید کدام یک از جملات زیر توصیف کننده دوران بچگی شماست؟ [می‌توانید چند

عبارت را انتخاب کنید].

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> بچه‌ای که شاد و خندان بود. | <input type="checkbox"/> بچه‌ای که غمگین و ناراحت بود. |
| <input type="checkbox"/> بچه‌ای که مشکلات درسی داشت. | <input type="checkbox"/> بچه‌ای که مشکلات خانوادگی داشت. |
| <input type="checkbox"/> بچه‌ای که بیماری جسمی داشت. | <input type="checkbox"/> بچه‌ای که مشکلات عاطفی داشت. |

۳۱۸ طرح‌واره‌درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)

۳-۱۸) فکر می‌کنید کدامیک از جملات زیر توصیف‌کننده دوران نوجوانی شماست؟ [می‌توانید چند عبارت را انتخاب کنید].

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که شاد و خندان بود. | <input type="checkbox"/> نوجوانی که غمگین و ناراحت بود. |
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که مشکلات درسی داشت. | <input type="checkbox"/> نوجوانی که مشکلات خانوادگی داشت. |
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که بیماری جسمی داشت. | <input type="checkbox"/> نوجوانی که مشکلات عاطفی و رفتاری داشت. |
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که با معلمان درگیر می‌شد. | <input type="checkbox"/> نوجوانی که گوشه‌گیر و منزوی بود. |
| <input type="checkbox"/> نوجوانی که دوست صمیمی نداشت. | <input type="checkbox"/> نوجوانی که با مذهب مشکل داشت. |

۳-۱۹) در حال حاضر مشغول چه کاری هستید؟

.....
.....

۳-۲۰) از زمانی که مشغول به کار شدید چه شغل‌هایی را عوض کردید؟

.....
.....

۳-۲۱) آیا از شغل فعلی خود راضی هستید؟ بلی خیر

اگر از شغلتان راضی نیستید دلیل آن را بنویسید؟

.....
.....
.....

۳-۲۲) آیا دخل و خرج شما مساوی است؟ بلی خیر

۳-۲۳) آیا از نظر مالی در مضیغه هستید؟ بلی خیر

۳-۲۴) بلندپروازهای گذشته شما چی بودند؟

.....
.....
.....

۳-۲۵) بلندپروازی‌های آینده شما چی هستند؟

.....
.....
.....

۳-۲۶) قد شما چند سانتیمتر است؟

.....

۳-۲۷) وزن شما چقدر است؟

.....

۳-۲۸) آیا تا به حال به خاطر مشکلات روانشناختی در بیمارستان بستری شده‌اید؟

بلی خیر

۳-۲۹) آیا تا به حال به خودکشی فکر کرده‌اید؟

بلی خیر

۳-۳۰) آیا تا به حال برای خودکشی اقدام کرده‌اید؟

بلی خیر

۳-۳۱) آیا کسی از اعضای خانواده شما یا بستگان نزدیکتان دست به خودکشی زده است؟

بلی خیر

۳-۳۲) آیا کسی از اعضای خانواده شما به خاطر تشنج و افسردگی یا سایر مشکلات روانی در

بیمارستان بستری شده است؟

بلی خیر

۳-۳۳) آیا تا به حال به خاطر مسایل قانونی، پای شما به دادگاه، یا کلانتری یا زندان کشیده شده است؟

بلی خیر

تحلیل مشکلات فعلی شما

این بخش به شما کمک می‌کند که مشکلات فعلی خود را بطور دقیق و شفاف بشناسید. علاوه بر این، تکمیل این بخش به ما کمک می‌کند که روشهای درمان مؤثری برای شما به کار ببریم. این بخش مشکلات شما را در هفت بُعد بررسی می‌کند. این ابعاد عبارتند از: رفتار، عواطف، احساس‌های جسمی، تصاویر ذهنی، افکار، روابط بین فردی و عوامل زیستی.

۴) رفتار

۴-۱) فکر می‌کنید کدامیک از رفتارهای زیر به شما ربط دارند؟ [می‌توانید چندین رفتار را انتخاب کنید].

- | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | اقدام به خودکشی | <input type="checkbox"/> | پرخوری |
| <input type="checkbox"/> | مصرف خودسرانه دارو | <input type="checkbox"/> | ناتوانی در نگهداشتن یک شغل |
| <input type="checkbox"/> | بی‌خوابی | <input type="checkbox"/> | وسواس‌های عملی |
| <input type="checkbox"/> | از دست دادن کنترل | <input type="checkbox"/> | سیگار کشیدن |
| <input type="checkbox"/> | رفتار عجیب و غریب | <input type="checkbox"/> | نسنجیده عمل کردن |
| <input type="checkbox"/> | تنبلی | <input type="checkbox"/> | کناره‌گیری از دیگران |
| <input type="checkbox"/> | تیک‌های عصبی | <input type="checkbox"/> | مشروب نوشیدن |
| <input type="checkbox"/> | بیش از حد کار کردن | <input type="checkbox"/> | مشکلات خوردن |
| <input type="checkbox"/> | رفتار پرخاشگرانه | <input type="checkbox"/> | مشکل در تمرکز حواس |
| <input type="checkbox"/> | مشکل در خواب | <input type="checkbox"/> | به تعویق انداختن کارها |
| <input type="checkbox"/> | واکنش‌های تکانشی | <input type="checkbox"/> | زود به گریه افتادن |
| <input type="checkbox"/> | اوقات تلخی | <input type="checkbox"/> | اجتناب از موقعیت‌ها |

۴-۲) آیا رفتار یا عمل خاصی هست که شما دوست داشته باشید آن را تغییر بدهید؟

.....
.....
.....

۴-۳) چه مهارت‌ها یا ویژگی‌هایی دارید که به آنها افتخار می‌کنید؟

.....
.....
.....

۴-۴) دوست دارید چه کاری را بیشتر انجام دهید؟

.....
.....
.....

۴-۵) دوست دارید چه کاری را کمتر انجام دهید؟

.....
.....
.....

۴-۶) دوست دارید چه کاری را شروع کنید؟

.....
.....
.....

۴-۷) دوست دارید چه کاری را متوقف کنید؟

.....
.....
.....

۴-۸) چقدر وقت آزاد دارید؟

.....
.....
.....

۴-۹) آیا می‌توانید خودتان را از شر کارهای بی‌معنی و مزخرف خلاص کنید؟

.....
.....
.....

۴-۱۰) آیا روشهای آرام‌بخش، مثل یوگا، را هر روز اجرا می‌کنید؟

.....
.....
.....

۵) احساسات

۵-۱) فکر می‌کنید کدامیک از احساسهای زیر به شما ربط دارند؟ [می‌توانید چندین احساس را انتخاب کنید].

- | | | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | غمگین | <input type="checkbox"/> | احساس گناه | <input type="checkbox"/> | خشم |
| <input type="checkbox"/> | خسته | <input type="checkbox"/> | شاد | <input type="checkbox"/> | دلخور |
| <input type="checkbox"/> | بی‌قرار | <input type="checkbox"/> | تعارف | <input type="checkbox"/> | ناراحت |
| <input type="checkbox"/> | تنها | <input type="checkbox"/> | متأسف | <input type="checkbox"/> | افسرده |
| <input type="checkbox"/> | رضایت‌خاطر | <input type="checkbox"/> | امیدوار | <input type="checkbox"/> | مضطرب |
| <input type="checkbox"/> | برانگیخته | <input type="checkbox"/> | ناامید | <input type="checkbox"/> | ترسناک |
| <input type="checkbox"/> | خوش‌بین | <input type="checkbox"/> | درمانده | <input type="checkbox"/> | وحشت‌زده |
| <input type="checkbox"/> | تنش | <input type="checkbox"/> | راحت | <input type="checkbox"/> | پرانرژی |
| <input type="checkbox"/> | نفرت | <input type="checkbox"/> | حسود | <input type="checkbox"/> | غبطه |

۵-۲) پنج مورد از ترسهای مهم خود را بنویسید؟

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.

۵-۳) چه احساسهایی را بیشتر دوست دارید تجربه کنید؟

.....
.....
.....

.....
۴-۵) چه احساسهایی کمتر دوست دارید تجربه کنید؟
.....
.....
.....

.....
۵-۵) اخیراً چه احساسهای مثبتی را تجربه کرده‌اید؟
.....
.....
.....

.....
۶-۵) در چه موقعیت‌هایی نمی‌توانید احساسهای خود را کنترل کنید؟
.....
.....
.....

.....
۷-۵) در چه موقعیت‌هایی احساس راحتی و آرامش می‌کنید؟
.....
.....
.....

.....
۸-۵) لطفاً جملات زیر را تکمیل کنید:
الآن احساس می‌کنم...

.....
وقتی احساس غرور می‌کنم که...
.....
.....
.....

وقتی احساس گناه می‌کنم که...

.....
.....
.....

وقتی خوشحالم که...

.....
.....
.....

وقتی ناراحتم که...

.....
.....
.....

اگر نمی‌ترسیدم ممکن بود...

.....
.....
.....

وقتی عصبانی می‌شوم که...

.....
.....
.....

اگر عصبانی بشوم...

.....
.....
.....

۹-۵) از چه کارهایی لذت می‌برید و آنها را به عنوان کار لذتبخش انجام می‌دهید؟

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

۱۰-۵) آیا در کسب لذت و آرامش ناشی از تعطیلات آخر هفته یا مرخصی‌ها مشکل دارید؟
بلی خیر
۱۱-۵) اگر پاسخ شما بلی است دلیل آن را توضیح دهید؟

۶) احساسهای بدنی

۱-۶) فکر می‌کنید کدامیک از احساسهای بدنی زیر به شما ربط دارند؟

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | سرگیجه | <input type="checkbox"/> | سردرد |
| <input type="checkbox"/> | مشکلات دیداری | <input type="checkbox"/> | درد معده |
| <input type="checkbox"/> | تیک | <input type="checkbox"/> | تپش قلب |
| <input type="checkbox"/> | مشکلات شنیداری | <input type="checkbox"/> | مشکلات پوستی |
| <input type="checkbox"/> | خستگی | <input type="checkbox"/> | گرفتگی عضلانی |
| <input type="checkbox"/> | تنش | <input type="checkbox"/> | خشکی دهان |
| <input type="checkbox"/> | کمر درد | <input type="checkbox"/> | آشفته‌گی در خواب |
| <input type="checkbox"/> | ناتوانی در آرامش | <input type="checkbox"/> | درد سینه |
| | | <input type="checkbox"/> | لرزش |
| | | <input type="checkbox"/> | کریختگی |

۷) تصاویر ذهنی

۱-۷) فکر می‌کنید کدامیک از تصاویر ذهنی زیر به شما ربط دارند؟ [می‌توانید چندین تصویر ذهنی را انتخاب کنید].

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی لذتبخش جنسی | <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی ناخوشایند جنسی |
| <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از تنهایی | <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی ناخوشایند دوران کودکی |
| <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از اغواگری جنسی | <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از درماندگی |
| <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از دوست داشته شدن | <input type="checkbox"/> | تصاویر ذهنی حاکی از پرخاشگری |

۲-۷) چه تصویری از خودتان در ذهن شما نقش بسته است؟

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | آسیب زنده به دیگران | <input type="checkbox"/> | آسیب دیده |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------|

پیوست اول. پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی ۳۲۵

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | ناتوان در برابر مشکلات | <input type="checkbox"/> | درمانده |
| <input type="checkbox"/> | اجتماعی و بشاش | <input type="checkbox"/> | موفق |
| <input type="checkbox"/> | شکست خورده | <input type="checkbox"/> | فاقد کنترل |
| <input type="checkbox"/> | گیر افتاده | <input type="checkbox"/> | دنباله رو |
| | | <input type="checkbox"/> | مورد تمسخر قرار گرفته |

۷-۳) سایر تصاویر ذهنی:

۷-۳-۱) اغلب اوقات چه تصویری از خودتان در ذهن شما نقش می‌بندد؟

.....

.....

.....

.....

۷-۳-۲) خیال‌پردازی یا تصویر ذهنی لذتبخش خود را بنویسید؟

.....

.....

.....

.....

۷-۳-۳) خیال‌پردازی یا تصویر ذهنی ناخوشایند خود را بنویسید؟

.....

.....

.....

.....

۷-۳-۴) اگر قرار باشد در یک مکان امن و راحت باشید چه تصویری به ذهنتان خطور می‌کند؟

.....

.....

.....

.....

۵-۳-۷) آیا اغلب اوقات کابوس می‌بینید؟

.....
.....
.....
.....
.....

۸) افکار

۸-۱) فکر می‌کنید کدامیک از افکار زیر به شما ربط دارند؟

- من فردی بی‌ارزش، بی‌کفایت و نالایق هستم. بلی خیر
- من فردی دیوانه، خطرناک و شیطان صفت هستم. بلی خیر
- زندگی بی‌ارزش، بی‌معنی و بی‌محتواست. بلی خیر
- خیلی اشتباه می‌کنم و هیچ کاری درست از آب در نمی‌آید. بلی خیر

۸-۲) اگر قرار باشد خودتان در قالب کلمه توصیف کنید کدامیک از کلمات زیر را برمی‌گزینید؟

[می‌توانید چندین کلمه را انتخاب کنید].

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | حواسپرت | <input type="checkbox"/> | دیوانه | <input type="checkbox"/> | باهوش |
| <input type="checkbox"/> | باارزش | <input type="checkbox"/> | باملاحظه | <input type="checkbox"/> | با اعتماد به نفس |
| <input type="checkbox"/> | جاه‌طلب | <input type="checkbox"/> | جذاب | <input type="checkbox"/> | منحرف |
| <input type="checkbox"/> | دوست نداشتنی | <input type="checkbox"/> | حساس | <input type="checkbox"/> | زشت |
| <input type="checkbox"/> | بی‌کفایت | <input type="checkbox"/> | قابل اعتماد | <input type="checkbox"/> | بلا تکلیف |
| <input type="checkbox"/> | بی‌ارزش | <input type="checkbox"/> | گیج | <input type="checkbox"/> | پشیمان |
| <input type="checkbox"/> | آدم معمولی | <input type="checkbox"/> | سخت‌کوش | <input type="checkbox"/> | شوخ طبع |
| <input type="checkbox"/> | شیطان صفت | <input type="checkbox"/> | صادق | <input type="checkbox"/> | بی‌فایده |

۸-۳) آیا تا به حال پیش آمده به علت فراوانی افکار خاصی که به ذهن شما خطور می‌کند، کلافه شوید؟

- بلی خیر

پیوست اول. پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی ۳۲۷

۴-۸) هر یک از جملات زیر را به دقت بخوانید و میزان اعتقاد خود به آنها را مشخص کنید.

کاملاً موافقم	تاحدودی موافقم	نه موافقم و نه مخالفم	تاحدودی مخالفم	کاملاً مخالفم	جملات
					۱. نباید اشتباه کنم.
					۲. باید هر کاری را به نحو احسن و بدون عیب و نقص انجام بدهم.
					۳. اگر کاری را بلد نیستم باید وانمود کنم که از پس آن کار برمی آیم.
					۴. نباید اطلاعات شخصی خود را با کسی در میان بگذارم.
					۵. شرایط محیطی باعث شده آدم بدبختی باشم.
					۶. زندگی من تحت کنترل عوامل بیرونی است.
					۷. بقیه نسبت به من خوشحالترند.
					۸. خیلی برای من مهم است که دیگران از من خوششان بیاید.
					۹. لیاقت خوشبختی را ندارم.
					۱۰. اگر مشکلاتم را نادیده بگیرم به تدریج حل می شوند.
					۱۱. وظیفه من است که دیگران را خوشحال و خوشبخت کنم.
					۱۲. باید کارم را بدون عیب و نقص انجام بدهم.
					۱۳. کلاً دو راه در زندگی پیش رو ندارم: یا باید کارم را درست انجام بدهم یا این که اصلاً دست به هیچ کاری نمی زنم.

۵-۸) چه انتظاری از درمان دارید؟

.....

.....

.....

.....

۸-۶) فکر می‌کنید درمان چه کاری برای شما انجام می‌دهد؟

.....
.....
.....

۸-۷) فکر می‌کنید مدت زمان درمان شما چقدر طول می‌کشد؟

.....
.....
.....

۸-۸) به نظر شما یک درمانگر با مراجع خود چگونه باید برخورد کند؟

.....
.....
.....

۸-۹) به نظر شما یک درمانگر ایده‌آل چه ویژگی‌هایی دارد؟

.....
.....
.....

۸-۱۰) لطفاً این جملات را تکمیل کنید:

آدمی هستم که...

.....
.....
.....

تمام زندگی من...

.....
.....
.....

از همان زمان که بیچه بودم...

.....
.....
.....

برای من سخت است که بپذیرم...

.....
.....
.....

یکی از چیزهایی که نمی توانم ببخشم این است که...

.....
.....

۹) روابط بین فردی

۹-۱) خانواده اصلی

۹-۱-۱) شخصیت خود را توصیف کنید؟

.....
.....
.....

۹-۱-۲) نگرش پدرتان نسبت به شما در حال حاضر چگونه است؟

.....
.....
.....

۹-۱-۳) نگرشی پدرتان نسبت به شما در گذشته چگونه بوده است؟

.....
.....
.....

۹-۱-۴) شخصیت مادر خود را توصیف کنید.

.....
.....
.....

۹-۱-۵) نگرش مادرتان نسبت به شما در حال حاضر چگونه است؟

.....
.....
.....

۹-۱-۶) نگرش مادرتان نسبت به شما در گذشته چگونه بوده است؟

.....

.....
.....

۹-۱-۷) والدین شما از چه طریقی انضباط را در خانه اعمال می‌کنند؟

.....
.....
.....

۹-۱-۸) حال و هوای عاطفی خانواده شما چگونه بود؟

.....
.....
.....

۹-۱-۹) چه ویژگی‌هایی در شما وجود دارد که دقیقاً مثل ویژگیهای پدر یا مادرتان است.

.....
.....
.....

۹-۱-۱۰) آیا می‌توانید با والدین خود درد دل کنید؟

.....
.....
.....

۹-۱-۱۱) آیا والدیتان شما را درک می‌کنند؟

.....
.....
.....

۹-۱-۱۲) آیا والدیتان به شما احترام می‌گذاشتند؟

.....
.....
.....

۹-۱-۱۳ آیا والدینتان شما را دوست داشتند؟

.....
.....
.....

۹-۱-۱۴ آیا کسی در تصمیم‌گیریهای شما دخالت می‌کنند؟

.....
.....
.....

۹-۱-۱۵ مهمترین فرد در زندگی شما کیست؟

.....
.....
.....

۹-۲ دوستان

۹-۲-۱ آیا با دیگران راحت دوست می‌شوید؟

.....
.....
.....

۹-۲-۲ آیا می‌توانید روابط دوستانه خود را ادامه دهید؟

.....
.....
.....

۹-۲-۳ وقتی در محیطهای اجتماعی قرار می‌گیرید چه احساسی دارید؟

کاملاً راحت تا حدودی راحت تا حدودی ناراحت کاملاً مضطرب

۹-۲-۴ آیا شما عقاید احساسات و نگرشهای خود را با صراحت و صداقت با دوستانتان در میان

می‌گذارید؟ بلی خیر

۹-۲-۵) اگر پاسخ شما خیر است لطفاً دلیل آن را بنویسید.

.....
.....
.....
.....

۹-۷-۶) آیا قبل از ازدواج با جنس مخالف رابطه‌ی دوستانه داشته‌اید؟ بلی خیر
اگر پاسخ شما خیر است لطفاً دلیل آن را بنویسید؟

.....
.....
.....

۹-۲-۷) آیا دوست صمیمی داشته‌اید که بتوانید با او درد دل کنید؟ بلی خیر

۹-۳) ازدواج

۹-۳-۱) دوران نامزدی شما چقدر طول کشید؟

.....

۹-۳-۲) سن همسر شما چقدر است؟

.....

۹-۳-۳) شغل همسرتان چیست؟

.....

۹-۳-۴) شخصیت همسر خود را توصیف کنید؟

.....

.....

.....

.....

۹-۳-۵) در چه حوزه‌هایی با یکدیگر اشتراک نظر دارید؟

.....

.....

.....

.....

۹-۳-۶) در چه حوزه‌هایی با یکدیگر اختلاف نظر دارید؟

.....
.....
.....

۹-۳-۷) آیا فرزند دارید؟ بلی خیر

۹-۳-۸) اگر فرزند دارید، لطفاً سن و جنسیت آنها را بنویسید؟

.....
.....
.....

۹-۳-۹) آیا بچه‌های شما مشکل خاصی دارند؟

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | پر خاشگری | <input type="checkbox"/> | گوشه گیری | <input type="checkbox"/> | مشکلات تحصیلی |
| <input type="checkbox"/> | قُلْدُری و زورگویی | <input type="checkbox"/> | شلختگی | <input type="checkbox"/> | بی انضباطی |

۹-۴) سایر روابط اجتماعی

۹-۴-۱) آیا با همکاران خود مشکل دارید؟ بلی خیر

اگر جواب سؤال بلی است لطفاً دلایل آن را بنویسید؟

.....
.....
.....

۹-۴-۲) لطفاً این جملات را کامل کنید:

● یکی از راههایی که مردم باعث آزار من می‌شوند این است که...

.....
.....
.....

● یک مادر باید...

.....
.....
.....

● یک پدر باید...

.....
.....
.....

● یک دوست واقعی باید ...

.....
.....
.....

۳-۴-۹) آیا تا بحال پیش آمده که احساس کنید دیگران شما را تحویل نمی‌گیرند؟

بلی خیر

اگر جواب سؤال بلی است، دلیل آن را بنویسید؟

.....
.....
.....

۱-۱۰) عوامل زیستی:

آیا مشکل جسمی خاصی دارید؟ بلی خیر

اگر جواب سؤال مثبت است لطفاً مشکل خود را بنویسید؟

.....
.....
.....

۲-۱۰) آیا از طی شش ماه گذشته داروی خاصی مصرف کرده‌اید؟ بلی خیر

۳-۱۰) نام دارو را بنویسید؟

.....
.....

۴-۱۰) اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان به این مشکلات مبتلا بوده است، لطفاً آن را مشخص

کنید.

<input type="checkbox"/>	مشکل تیروئید	<input type="checkbox"/>	مشکلات پوستی	<input type="checkbox"/>	آسم
<input type="checkbox"/>	بیماری عفونی	<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>	سرطان
<input type="checkbox"/>	تشنج	<input type="checkbox"/>	زخم معده	<input type="checkbox"/>	میگرن

(۱۱) تاریخچه زندگی

هر انسانی در طول زندگی خود خاطرات و تجارب مهمی دارد که در ذهن او حک می شوند.

۱-۱) لطفاً با توجه به مراحل سنی زیر خاطرات و تجارب مهم را بنویسید؟

.....
.....
.....
.....

۲-۱) تولد تا ۵ سالگی

.....
.....
.....
.....

۳-۱) ۶ تا ۱۰ سالگی

.....
.....
.....
.....

۴-۱) ۱۱ تا ۱۵ سالگی

.....
.....
.....
.....

۵-۱) ۱۶ تا ۲۰ سالگی

.....
.....
.....
.....

۳۳۶ طرح‌واره‌درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)

۱۱-۶ (۲۱ تا ۲۵ سالگی)

.....
.....
.....
.....

۱۱-۷ (۲۶ تا ۳۰ سالگی)

.....
.....
.....
.....

۱۱-۸ (۳۱ تا ۳۵ سالگی)

.....
.....
.....
.....

۱۱-۹ (۳۵ تا ۴۰ سالگی)

.....
.....
.....
.....

۱۱-۱۰ (۴۱ تا ۴۵ سالگی)

.....
.....
.....
.....

۱۱-۱۱ (۴۶ تا ۵۰ سالگی)

.....
.....

پیوست اول. پرسشنامه چندوجهی سرگذشت زندگی ۳۳۷

.....
.....

۱۱-۱۲) ۵۱ تا ۵۵ سالگی

.....
.....
.....
.....

۱۱-۱۳) ۵۶ تا ۶۰ سالگی

.....
.....
.....
.....

۱۱-۱۴) پس از ۶۰ سالگی

.....
.....
.....
.....

۳۳۸ طرح‌واره‌درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)

پیوست دوم

پرسشنامه طرح واره یانگ

(فرم کوتاه)

نام: نام خانوادگی: تاریخ:

دستورالعمل

فهرست زیر حاوی جمله‌هایی است که یک شخص ممکن است برای توصیف خودش از آن‌ها استفاده کند. لطفاً هر جمله را با دقت بخوانید و ببینید تا چه حد توصیف درستی از شما به دست می‌دهد. اگر شما برای پاسخ دادن خاطر جمع نیستید، بر پایه چیزی که احساس می‌کنید جواب دهید نه بر اساس آنچه فکر می‌کنید درست است.

اگر دوست دارید، جمله را طوری بازنویسی کنید که در مورد شما درست تر باشد و ببینید جمله چقدر در مورد شما درست است. سپس یکی از شماره‌های ۱ تا ۶ را انتخاب کنید و در جای خالی پیش از جمله بنویسید.

مقیاس درجه بندی

- ۱ = کاملاً غلط
- ۲ = تقریباً غلط
- ۳ = بیشتر درست است یا غلط
- ۴ = اندکی درست
- ۵ = تقریباً درست
- ۶ = کاملاً درست

مثال

الف) ۴ من نگرانم که دیگران مرا دوست نداشته باشند.

۱ — اغلب، کسی را نداشته‌ام که از من حمایت کند. حرف‌هایش را با من بزند و عمیقاً نگران اتفاقاتی باشد که برایم می‌افتد.

۳۴۰ طرح‌واره‌درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی)

- ۲ — به طور کلی، کسی نبوده که به من عاطفه، محبت و صداقت نشان دهد.
- ۳ — در بیشتر اوقات زندگی، این احساس به من دست نداد که برای فرد دیگری، شخص ویژه و ممتازی به شمار می‌روم.
- ۴ — در اغلب اوقات کسی را نداشتم که واقعاً در دل به من گوش دهد، مرا بفهمد یا این که احساس‌ها و نیازهای واقعی مرا درک کند.
- ۵ — وقتی که نمی‌دانستم کاری را چگونه انجام دهم، به ندرت شخصی پیدا می‌شد که مرا نصیحت و راهنمایی کند.

*ed

- ۶ — من به افراد نزدیک خودم خیلی وابسته‌ام چون می‌ترسم مرا ترک کنند.
- ۷ — آن قدر به دیگران نیازمندم که نگران از دست دادن آن‌ها هستم.
- ۸ — نگرانم از این که افرادی که به من نزدیکند مرا ترک و رها کنند.
- ۹ — وقتی احساس می‌کنم کسی که برایم مهم است از من دوری می‌کند، مأیوس می‌شوم.
- ۱۰ — برخی اوقات آن قدر نگران آن هستم که مردم مرا ترک کنند که آن‌ها را از خودم می‌رانم.

*ab

- ۱۱ — احساس می‌کنم مردم از من سودجویی می‌کنند.
- ۱۲ — احساس می‌کنم باید در حضور دیگران از خودم محافظت کنم، چون فکر می‌کنم در غیر این صورت به من آسیب می‌زنند.
- ۱۳ — دیگران دیر یا زود به من خیانت می‌کنند.
- ۱۴ — نسبت به انگیزه‌های دیگران سوءظن شدید دارم.
- ۱۵ — معمولاً به طور جدی به انگیزه‌های نهانی مردم فکر می‌کنم.

*ma

- ۱۶ — فکر می‌کنم وصله ناجور اجتماع هستم.
- ۱۷ — اساساً با بقیه خیلی فرق دارم.
- ۱۸ — نمی‌توانم به کسی تعلق خاطر داشته باشم، انسان گوشه‌گیری هستم.
- ۱۹ — احساس می‌کنم از مردم بیگانه شده‌ام.
- ۲۰ — همیشه احساس می‌کنم در بین افراد گروه، جایی ندارم.

*si

- ۲۱ — مردان یا زنانی که دوستشان دارم، وقتی نقاط ضعف مرا ببینند، دیگر دوستم ندارند.
- ۲۲ — اگر کسی واقعاً مرا بشناسد دوست ندارد با من رابطه‌ای نزدیک برقرار کند.
- ۲۳ — لیاقت عشق، توجه و احترام دیگران را ندارم.
- ۲۴ — احساس می‌کنم هیچ کس مرا دوست ندارد.
- ۲۵ — در بسیاری جنبه‌ها، بیش از آن ناپذیرفتنی هستم که بتوانم خودم را به دیگران نشان بدهم.

*ds

- ۲۶ — تقریباً هیچ کاری را نمی‌توانم به خوبی دیگران انجام دهم.
- ۲۷ — وقتی به موفقیت نزدیک می‌شوم از درون احساس بی‌کفایتی می‌کنم.
- ۲۸ — بیشتر مردم در حوزه‌های شغلی و کاری از من تواناترند.
- ۲۹ — نمی‌توانم مانند اغلب مردم در کارهایم با استعداد باشم.
- ۳۰ — در کار یا تحصیل، مثل بقیه باهوش نیستم.
- *fa
- ۳۱ — احساس می‌کنم نمی‌توانم به تنهایی از پس کارهای زندگی روزمره‌ام بر بیایم.
- ۳۲ — فکر می‌کنم در انجام کارهای روزمره، آدم وابسته‌ای هستم.
- ۳۳ — فاقد عقل سلیم هستم.
- ۳۴ — اصلاً به قضاوت‌های خودم در موقعیت‌های روزمره، اعتماد ندارم.
- ۳۵ — احساس می‌کنم نمی‌توانم به تنهایی گلیم خودم را از آب بیرون بکشم.
- *di
- ۳۶ — نمی‌توانم از شر این احساس رها شوم که اتفاق بدی می‌خواهد بیفتد.
- ۳۷ — احساس می‌کنم هر لحظه ممکن است یک فاجعه طبیعی، جنایی، حقوقی یا پزشکی برایم اتفاق بیفتد.
- ۳۸ — می‌ترسم مورد حمله قرار بگیرم.
- ۳۹ — می‌ترسم تمام سرمایه خود را از دست بدهم و بیچاره شوم.
- ۴۰ — اغلب نگرانم دچار سکتة قلبی بشوم، حتی وقتی دلایل پزشکی کمی برای این احتمال وجود دارد.
- *vh
- ۴۱ — قادر نیستم از والدینم جدا شوم، کاری که هم سن و سالهایم انجام می‌دهند.
- ۴۲ — من و والدینم تمایل داریم خود را بیش از حد در مشکلات زندگی یکدیگر درگیر کنیم.
- ۴۳ — برای من و والدینم بسیار سخت است که بدون داشتن احساس گناه یا خیانت، مسایل جزئی خصوصی خود را از یکدیگر پنهان نگاه داریم.
- ۴۴ — اغلب احساس می‌کنم که انگار والدینم در من زندگی می‌کنند... من نمی‌توانم یک زندگی جداگانه برای خودم داشته باشم.
- ۴۵ — اغلب احساس می‌کنم هویت جداگانه‌ای از والدین و همسرم ندارم.
- *em
- ۴۶ — فکر می‌کنم اگر کاری را بکنم که دلم می‌خواهد، برای خودم دردسر درست می‌کنم.
- ۴۷ — احساس می‌کنم چاره‌ای ندارم جز اینکه به خواسته‌های دیگران تن بدهم، چون در غیر این صورت مرا ترک می‌کنند یا در صدد تلافی برمی‌آیند.
- ۴۸ — در روابطم، به دیگران اجازه می‌دهم که بر من مسلط شوند.
- ۴۹ — همیشه به دیگران اجازه داده‌ام به جای من تصمیم بگیرند، در نتیجه من واقعاً نمی‌دانم چی می‌خواهم.

- ۵۰ — خیلی برایم مشکل است از دیگران تقاضا کنم حقوقم را رعایت کنند و احساساتم را درک کنند.
*sb
- ۵۱ — کار مراقبت از نزدیکانم، روی روش من است.
- ۵۲ — آدم خوبی هستم، چون بیش از آنکه به فکر خودم باشم، به فکر دیگرانم.
- ۵۳ — مهم نیست که چه قدر سرم شلوغ است، من همیشه می‌توانم وقتی را برای دیگران کنار بگذارم.
- ۵۴ — همیشه سنگ صبور مشکلات دیگران بوده‌ام.
- ۵۵ — دیگران نظرشان این است که من برای دیگران خیلی کار می‌کنم، ولی برای خودم کاری انجام نمی‌دهم.
*ss
- ۵۶ — از این که احساسات مثبتم (مثل محبت و توجه) را به دیگران نشان بدهم، خیلی خجالت می‌کشم.
- ۵۷ — برای من خیلی سخت است که احساساتم را نزد دیگران بروز دهم.
- ۵۸ — برای من خیلی سخت است که راحت و خودانگیخته رفتار کنم.
- ۵۹ — آنقدر خودم را کنترل می‌کنم که مردم فکر می‌کنند آدمی بی‌احساس هستم.
- ۶۰ — مردم نظرشان این است که من عصبی و ناراحتم.
*ei
- ۶۱ — باید در هر کاری که انجام می‌دهم بهترین باشم؛ نمی‌توانم توقعم را کم کنم.
- ۶۲ — سعی می‌کنم نهایت تلاش خودم را بکنم؛ این که کار "تا حدودی خوب باشد" هیچ‌گاه راضی‌ام نمی‌کند.
- ۶۳ — باید به تمام مسئولیت‌هایم عمل کنم.
- ۶۴ — احساس می‌کنم برای پیشرفت و دستیابی به خواسته‌های خود همواره تحت فشار هستم.
- ۶۵ — وقتی که کاری را اشتباه انجام می‌دهم، نمی‌توانم خودم را ببخشم یا برای اشتباهم بهانه تراشی کنم.
*us
- ۶۶ — وقتی از کسی چیزی می‌خواهم، خیلی برایم سخت است «نه» بشنوم.
- ۶۷ — آدم خاصی هستم و نمی‌توانم محدودیتهایی را که بر سر راه مردم وجود دارد بپذیرم.
- ۶۸ — از اینکه مرا محدود کنند یا نگذارند کاری را که می‌خواهم بکنم متنفرم.
- ۶۹ — احساس می‌کنم نباید از قانونها و قراردادهای بهنجاری که مردم تابع آنها هستند، اطاعت کنم.
- ۷۰ — احساس می‌کنم کاری که من باید بکنم ارزشمندتر از کارهای دیگران است.
*et
- ۷۱ — نمی‌توانم برای انجام تمام و کمال وظایف معمول یا خسته‌کننده، نظم و انضباط خاصی داشته باشم.
- ۷۲ — اگر به یکی از اهدافم نرسم زود مأیوس می‌شوم و دست از کار می‌کشم.

۷۳ — برای من خیلی سخت است که رضایت آنی را فدای خوشحالی آنی کنم.

۷۴ — نمی‌توانم به خودم فشار بیاورم که کارهایی را که برایم خوشایند نیستند، انجام دهم، حتی وقتی که می‌دانم نتایج خوبی در پی دارند.

۷۵ — به ندرت توانسته‌ام به تصمیم خودم پایبند باشم.

*is