

# تندآموز طرح‌واره‌درمانی

تألیف

اشکول رفائلی

دیوید برنستین

جفری یانگ

ترجمه

مه‌دی فرجی

دانشجوی دک‌ترای روان‌شناسی

**Routledge Publication**

(با مجوز رسمی ترجمه)



## فهرست مطالب

مقدمه..... ۹

### بخش اول: ویژگی های متمایز کننده نظری

- فصل ۱: نیازهای هیجانی اصلی همگانی..... ۱۵
- فصل ۲: شکل گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه: پیامد نیازهای... ۱۹
- فصل ۳: طبقه‌بندی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه..... ۲۸
- حوزه اول: قطع رابطه و طرد..... ۲۸
- ۱- طرح‌واره رهاشدگی / بی‌ثباتی..... ۲۹
- ۲- طرح‌واره بی‌اعتمادی / بدرفتاری..... ۲۹
- ۳- طرح‌واره محرومیت هیجانی..... ۲۹
- ۴- طرح‌واره نقص / شرم..... ۳۰
- ۵- طرح‌واره انزوای اجتماعی / بیگانگی..... ۳۰
- حوزه دوم: خودگردانی و عملکرد مختل..... ۳۱
- ۶- طرح‌واره وابستگی / بی‌کفایتی..... ۳۱
- ۷- طرح‌واره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری..... ۳۱
- ۸- طرح‌واره خودتحول نیافته / گرفتار..... ۳۲
- ۹- طرح‌واره شکست..... ۳۲
- حوزه سوم: محدودیت‌های مختل..... ۳۲
- ۱۰- طرح‌واره استحقاق / بزرگ‌منشی..... ۳۳
- ۱۱- طرح‌واره خودانضباطی و خویشتن‌داری ناکافی..... ۳۴
- حوزه چهارم: دیگر جهت‌مندی..... ۳۴

- ۱۲- طرح‌واره اطاعت ..... ۳۴
- ۱۳- طرح‌واره ایثار ..... ۳۵
- ۱۴- طرح‌واره تأییدطلبی / تصدیق‌جویی ..... ۳۵
- حوزه پنجم: گوش‌به‌زنگی زیاد / بازداری ..... ۳۶
- ۱۵- طرح‌واره منفی‌گرایی / بدبینی ..... ۳۷
- ۱۶- طرح‌واره بازداری هیجانی ..... ۳۷
- ۱۷- طرح‌واره معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی ..... ۳۸
- ۱۸- طرح‌واره تنبیه ..... ۳۸
- فصل ۴: پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ..... ۴۰
- فصل ۵: سبک‌های مقابله‌ای: پاسخ‌های تسلیم ..... ۴۷
- فصل ۶: سبک‌های مقابله‌ای: پاسخ‌های اجتنابی ..... ۵۰
- فصل ۷: سبک‌های مقابله‌ای: پاسخ‌های جبران افراطی ..... ۵۳
- فصل ۸: ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای به عنوان حالت‌ها ..... ۵۷
- فصل ۹: مرکز آسیب‌دیده: ذهنیت کودک آسیب‌پذیر ..... ۶۰
- فصل ۱۰: ذهنیت‌های کودک تکانشی و کودک عصبانی ..... ۶۴
- ذهنیت کودک عصبانی ..... ۶۴
- ذهنیت کودک تکانشی ..... ۶۶
- فصل ۱۱: ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار ..... ۶۹
- فصل ۱۲: ذهنیت‌های والد درونی‌شده ..... ۷۴
- فصل ۱۳: ذهنیت‌های سالم: بزرگسال سالم، کودک خشنود ..... ۷۸
- ذهنیت بزرگسال سالم ..... ۷۸
- ذهنیت کودک خشنود ..... ۸۰
- فصل ۱۴: بازوالدینی حدومرزدار ..... ۸۲

فصل ۱۵: رویاروسازی همدلانه..... ۸۶

### بخش دوم: ویژگی‌های متمایزکننده عملی

فصل ۱۶: فرایند ارزیابی: مصاحبه متمرکز بر تاریخچه زندگی ..... ۹۱

سنجش اولیه و تاریخچه متمرکز بر زندگی..... ۹۲

پرسشنامه طرح‌واره یانگ..... ۹۵

پرسشنامه‌های دیگر و پرسشنامه‌های خودگزارشی..... ۹۷

خودپایشی به عنوان وسیله ارزیابی..... ۹۸

فصل ۱۷: فرایند ارزیابی: تصویرسازی هدایت‌شده..... ۱۰۰

فصل ۱۸: فرایند ارزیابی: رفتارهای داخل جلسه و رابطه درمانی..... ۱۰۵

فصل ۱۹: آموزش به بیمار در مورد طرح‌واره و مدل‌های ذهنیت... .. ۱۰۹

فصل ۲۰: دسته اول تکنیک‌ها: تکنیک‌های ارتباطی..... ۱۱۴

فصل ۲۱: دسته دوم تکنیک‌ها: تکنیک‌های شناختی..... ۱۱۸

جمع‌آوری اطلاعات/ شواهد..... ۱۱۸

تعریف مجدد/ اسناد مجدد..... ۱۲۱

فلش‌کارت‌های طرح‌واره‌ای و دفترچه خاطرات..... ۱۲۲

گفتگوهای طرح‌واره‌ای..... ۱۲۴

فصل ۲۲: دسته سوم تکنیک‌ها: تکنیک‌های متمرکز بر هیجان..... ۱۲۷

فصل ۲۳: دسته چهارم تکنیک‌ها: تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری..... ۱۳۱

درست کردن فلش‌کارت طرح‌واره‌ای متمرکز بر رفتارهای سالم‌تر جایگزین... .. ۱۳۲

تمرین یک رفتار در تصویرسازی یا ایفای نقش..... ۱۳۳

تعیین کردن تکالیف رفتاری..... ۱۳۳

همراه کردن رفتارها با پاداش‌های خوداجرایی و پیش‌آمدهای احتمالی. ۱۳۳

فصل ۲۴: گفتگوهای ذهنیتی و تصویرسازی.....	۱۳۵
گفتگوها در عملکرد ذهنیت.....	۱۳۵
تصویرسازی در عملکرد ذهنیت.....	۱۳۶
فصل ۲۵: نکات ویژه برای کار با اختلال شخصیت مرزی.....	۱۴۰
به‌کارگیری مدل طرح‌واره‌درمانی برای BPD.....	۱۴۱
درمان BPD با طرح‌واره‌درمانی.....	۱۴۴
حمایت تحقیقات در استفاده از طرح‌واره‌درمانی در BPD.....	۱۴۸
فصل ۲۶: نکات ویژه برای کار با اختلال شخصیت خودشیفته.....	۱۵۰
درمان اختلال شخصیت خودشیفته از طریق طرح‌واره‌درمانی.....	۱۵۰
درمان اختلال شخصیت ضد اجتماعی به روش طرح‌واره‌درمانی.....	۱۵۵
فصل ۲۷: نکات ویژه برای کار با زوجین.....	۱۵۸
به‌کارگیری مدل طرح‌واره‌درمانی برای زوجین.....	۱۵۸
اجرای طرح‌واره‌درمانی با زوجین.....	۱۶۱
فصل ۲۸: تأثیر متقابل طرح‌واره‌درمانی برای محور II و CBT برای محور I.....	۱۶۷
فصل ۲۹: رابطهٔ درمانی: بازوالدینی حدومرزدار.....	۱۷۱
فصل ۳۰: طرح‌واره‌های خود در مانگر.....	۱۷۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۱۸۱
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۱۸۷
منابع.....	۱۹۳

## مقدمه

درمان شناختی‌رفتاری (CBT) به عنوان درمانی زمان‌مند و مبتنی بر شواهد در درمان اختلالات محور I دارای جایگاه ارزشمندی است. همچنین CBT به دلیل پرداختن به اختلالات شخصیتی، رابطه‌ای، هیجانی و دیگر الگوهای پایدار، توجه زیادی را به خود جلب کرده است. یکی از این مدل‌های برجسته، طرح‌واره‌درمانی است که نخستین بار توسط یانگ (۱۹۹۰) معرفی شد و اخیراً توسط وی و همکارانش (یانگ، کلاسکو و ویشار؛ ۲۰۰۰) با جزئیات بیشتری شرح داده شده است.

طرح‌واره‌درمانی رویکردی یکپارچه‌نگر است که عناصری از شناخت‌درمانی (و به صورت عمومی‌تر CBT)، نظریه‌های روابط ابژه و دلبستگی و درمان‌های تجربی و گشتالت را در کنار هم قرار داده است. هدف ما بیان ویژگی‌هایی است که طرح‌واره‌درمانی را از سایر درمان‌های شناختی‌رفتاری متمایز می‌کند. همان‌طور که در فصل‌های بعدی بیان خواهیم کرد، تفاوت‌هایی در تئوری و عمل وجود دارند که جا دارد به بعضی از این تفاوت‌های اصلی در اینجا اشاره شود. اول اینکه، برخلاف بیشتر رویکردهای سنتی CBT، طرح‌واره‌درمانی

---

۱- با توجه به اینکه نسخه اصلی کتاب حاضر قبل از انتشار ویرایش پنجم راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) به رشته تحریر درآمده است، اشاره نویسنده به محور I و محور II در قسمت‌هایی از کتاب براساس سیستم محوری است که در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) اعمال شده بود. که براساس آن اکثر اختلالات روانی مثل اختلالات خلقی و اضطرابی در محور I و اختلالات شخصیت در محور II تقسیم‌بندی شده بودند. (م)

به‌طور مشخص با شکل‌گیری (سبب‌شناسی) علائم کنونی سروکار دارد و نه صرفاً با عوامل تداوم‌بخش آن. دوم، طرح‌واره‌درمانی تأکید ویژه‌ای بر رابطه‌ی درمانگر- بیمار دارد، و در تدارک آن است که در چهارچوب این رابطه، تجربه‌ی هیجانی سالم و مواجهه‌ی همدلانه صورت پذیرد. سوم، طرح‌واره‌درمانی اهداف روشنی را تعیین می‌کند که درمانگر بایستی به آنها دست یابد: کمک به مراجعان برای درک نیازهای هیجانی اصلی خود و آموزش شیوه‌هایی سالم برای برآورده کردن این نیازها به‌گونه‌ای سازگار، که مستلزم تغییر الگوهای رفتاری، ارتباطی، هیجانی و شناختی است.

بخش نخست این کتاب (فصل‌های ۱ تا ۱۵) به جزئیات نظری این مدل می‌پردازد که طرح‌واره‌درمانگران از آنها حمایت کرده‌اند. این مدل توجه بسیار زیادی به نیازهای هیجانی اصلی همگانی دارد (فصل ۱) و بر این باور است که طرح‌واره‌های ناسازگار (فصل‌های ۲ و ۳) هنگامی به وجود می‌آیند که این نیازها برآورده نشوند. همچنین در طرح‌واره‌درمانی به وجود سه سبک مقابله‌ای ناسازگار و گسترده اشاره می‌شود: سبک‌های مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران افراطی (که در فصل ۴ ارائه شده و در فصل ۵ تا ۷ به جزئیات آنها پرداخته شده است).

در ۱۵ سال اخیر، پیشرفت طرح‌واره‌درمانی منجر به شکل‌گیری مفهوم دیگری با عنوان **ذهنیت** شده است. ذهنیت‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در کار طرح‌واره‌درمانگرها دارد. ما این مفهوم را به صورت کلی توضیح می‌دهیم (فصل ۸) و سپس توجه اصلی خود را به انواع ذهنیت‌هایی که در کار بالینی با آنها مواجه می‌شویم معطوف می‌کنیم (فصل ۹ تا ۱۳). درنهایت ما بخش نظری کتاب را با بحثی در مورد مرکز ثقل طرح‌واره‌درمانی به پایان می‌بریم: بازوالدینی حدودمرزدار، مواجهه‌ی همدلانه (فصل‌های ۱۴ و ۱۵).

بخش دوم کتاب (فصل‌های ۱۶ تا ۳۰) درمورد کاربرد طرح‌واره‌درمانی بحث می‌کند. این بخش مانند فرایند اولیه درمان، با مرحله ارزیابی (فصل‌های

۱۶ تا ۱۸) و مفهوم‌سازی موردی (فصل ۱۹) که مراحل بعدی درمان را هدایت می‌کند، آغاز می‌شود. چند فصل بعدی کتاب، به چهار دسته از فنونی می‌پردازد که طرح‌واره‌درمانگرها در اختیار دارند: فنون رفتاری، فنون ارتباطی، فنون شناختی و فنون متمرکز بر هیجان (فصل‌های ۲۰ تا ۲۳). همچنین در فصلی جداگانه درباره کار با ذهنیت‌ها نیز به مطالبی اشاره می‌شود (فصل ۲۴). فصل‌هایی که در ادامه می‌آیند (۲۵ تا ۲۷) به استفاده از طرح‌واره‌درمانی برای کار با گروه مشخصی از مراجعان می‌پردازد (افرادی با شخصیت‌های مرزی، خودشیفته، ضد اجتماعی و زوج‌هایی که رابطه ناراحت‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند). فصل ۲۸ به اثر متقابل بین طرح‌واره‌درمانی (برای مشکلات بادوام) و دیگر درمان‌های CBT و مبتنی بر شواهد (برای اختلال‌های محور I و علائم حادتر) اختصاص دارد. فصل ۲۹ به مسئله بازوالدینی حدودمرزدار بازمی‌گردد؛ البته این بار از زاویه عملی و فصل ۳۰ اهمیت رسیدگی طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای خودِ درمانگر را بیان می‌کند؛ زیرا آنها با نیازها، طرح‌واره‌ها، ذهنیت‌ها و سبک‌های مقابله‌ای بیمار در ارتباط‌اند.

فصل آخر، یکی دیگر از خصوصیات متمایزکننده طرح‌واره‌درمانی را برجسته می‌کند. به خصوص زمانی که با دیگر رویکردهایی که در درمان اختلالات شخصیت یا مشکلات ارتباطی بادوام فعالیت می‌کند، مقایسه می‌شود. طرح‌واره‌درمانی قطعاً رویکردی دلسوزانه و انسانی است و بر این فرض استوار است که هر فرد، نیازها، طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌هایی دارد و در افرادی که وارد فرایند درمان می‌شوند، این موارد صرفاً مشخص‌ترند و انعطاف کمتری دارند.





بخش اول

ویژگی‌های متمایزکننده نظری



## نیازهای هیجانی اصلی همگانی

طرح‌واره‌درمانی با شناخت یک‌سری از نیازهای هیجانی همگانی آغاز می‌شود. این نیازها عبارت‌اند از: نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش برای خودگردانی، شایستگی و احساس هویت. همچنین، نیاز به آزادی بیان برای ابراز نیازها و هیجانات جهت ایفای نقش و خودانگیختگی و قرار گرفتن در دنیایی واقعی با محدودیت‌های واقعی؛ که برآورده کردن این نیازها منجر به پرورش خویشتن‌داری می‌گردد.

در واقع می‌توان گفت تمام افراد از نیازهای هیجانی برخوردارند. اگرچه قدرت این نیازها در افراد متفاوت است. مثلاً؛ امکان دارد برخی از مردم نیاز ذاتی قوی‌تری برای خودجوشی و بیان خلاق داشته باشند و برخی نیز ممکن است نیاز بیشتری برای کسب محبت داشته باشند؛ اما بالاتر و فراتر از این تفاوت‌های فردی، وجود شباهتی همگانی است: تمام انسان‌ها از این نیازها برخوردارند.

نیازهای هیجانی از دوران کودکی وجود دارند و در واقع، در کودکی از قدرت بیشتری برخوردارند. به عنوان نمونه؛ نیاز به امنیت یا ثبات اگرچه مادام‌العمر است، اما در دوران کودکی که فرد ناتوان و آسیب‌پذیرتر است از اهمیت به‌سزایی برخوردار است.

سلامت روانی در مدل طرح‌واره، توانایی برآورده کردن نیازهای اساسی به روشی تطبیقی و سازش‌پذیر است و تأمین این نیازهای اساسی در رشد

کودکان نقش اصلی را ایجاد می‌کند. هدف اصلی در تربیت یا فرزندپروری مؤثر کمک به کودک برای برآورده کردن این نیازها است و هدف اصلی طرح‌واره‌درمانی کمک به بزرگسالانی است که موفق به برآورده کردن این نیازها نشده‌اند.

طرح‌واره‌درمانی علاوه بر نیازهای هیجانی اصلی همگانی، نیازهایی را که در بزرگسالی ظهور پیدا می‌کنند نیز شناسایی می‌کند (مثل؛ نیاز به کار و نیاز مراقبت از دیگران)، نیازهایی که برای سلامت روانی مهم هستند، اما طرح‌واره‌درمانی تمایلی برای تمرکز بر آنها ندارد. احتمالاً، زمانی‌که نیازهای هیجانی اساسی‌تر (و اولیه) به اندازه کافی تأمین شده باشد، افراد به خوبی از پس نیازهای بعدی برمی‌آیند.

طرح‌واره‌درمانی ریشه در درمان شناختی‌رفتاری (CBT) دارد؛ اما معمولاً CBT به نیازهای اساسی همگانی نمی‌پردازد؛ و اگر چنانچه در شناخت‌درمانی این نیازها موقتاً یادآوری شود، بر حسب نیازی است که مراجع یا درمانگر آنها را تشخیص دهند.

بعضی از رویکردهای شناختی‌رفتاری نیز با دسته‌بندی نیازها به باید‌ها، عملاً آنها را دست‌کم گرفتند. توجه به این موارد و یکپارچه‌سازی سایر ایده‌های مفید از رویکردهای دیگر (هیجان‌محور، پوشی و دلبستگی) وجه تمایز طرح‌واره‌درمانی از دیگر رویکردهای CBT است.

درواقع می‌توان گفت موضوع نیازها، خیلی پیش از این مرکز توجه نظریه‌های بالینی بوده است (به‌عنوان مثال: نظریه کنترل / انتخاب، گلاسر؛ ۱۹۶۹ و سلسله نیازهای مزلو؛ ۱۹۶۲) و در بیشتر تحقیقات اخیر روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی شخصیت و روان‌شناسی اجتماعی نیز این نیازها اهمیت ویژه‌ای به دست آورده‌اند (به‌عنوان مثال، نیاز به تعلق، بامیستر و لری؛ ۱۹۹۵ و یا کار گسترده نظریه خودمختاری روی نیازهای همگانی برای خودگردانی، شایستگی و ارتباط، دسی و رایان؛ ۲۰۰۰).

نیازها، خصوصاً نیاز به محبت، صمیمیت و امنیت، هسته اصلی نظریه دلبستگی نیز هستند. نظریه دلبستگی یکی از رویکردهای برجسته در رابطه با رشد انسان در نیم قرن گذشته بوده است که با مشاهدات قدرتمند جان بالبی آغاز شد. این مشاهدات نشان می‌دهند که پدیده‌های مطالعه شده توسط کردارشناسان تکاملی (مثل لورنز و هارلو) اشاره مستقیم به رشد کودک و به‌طور کلی رشد هیجانی و اجتماعی انسان دارد. همان‌طور که چندین دهه پژوهش بر روی انسان‌ها و حیوانات نشان می‌دهد، دلبستگی ایمن در اوایل زندگی به عنوان اساس بسیاری از فرایندهای تطبیقی بعد از آن عمل می‌کند. کودک با یک پایگاه ایمن می‌تواند کنجکاوی، اکتشاف، خودآرامش‌بخشی و خودتنظیمی را توسعه دهد و در نهایت قادر به پرورش پیوندهای هیجانی نزدیک گردد.

نظریه دلبستگی و پژوهش‌های مربوط به آن، منابع اصلی تأثیرگذار در طرح‌واره‌درمانی بوده‌اند. ایده‌های بالبی و آیزورث (همچنین دیگر نویسندگان مکتب روابط شیء بریتانیا خصوصاً مارگارت ماehler و رونالد وینیکات) یکی از سه ستونی است که طرح‌واره‌درمانی بر آن ایستاده که به‌وضوح مفهوم نیازها را بیان می‌کند (دو ستون دیگر که در فصل بعد به آن برمی‌گردیم رویکردهای تجربی / هیجانی محور و CBT هستند).

برخی از نظریه‌ها که به‌طور جدی درباره نیازها صحبت می‌کنند (مثل مدل سلسله‌مراتبی مزلو و نظریه دلبستگی) بر نیازهای خاصی انگشت می‌گذارند و آنها را به عنوان پایه و اساس در نظر می‌گیرند. به‌عنوان مثال نظریه دلبستگی فرض می‌کند که اگر نیازهای ایمنی دلبستگی برآورده نشوند، مانعی برای رسیدن به نیازهای دیگر (بعدی) می‌شود. در صورتی که طرح‌واره‌درمانی از پیش‌فرض‌هایی مانند سلسله‌مراتب یا شیب مهم اجتناب می‌کند. در عوض همه

نیازها را به عنوان نیازهای ضروری و همگانی، خصوصاً در دوران بزرگسالی، در نظر می‌گیرد.

و نکته پایانی در مورد نیازها، به عنوان یکی از ویژگی‌های طرح‌واره‌درمانی این است که: آموزش مراجعان در مورد نیازهایشان به‌طور کلی و نیازهای برآورده‌نشده‌شان (به‌طور اخص) می‌تواند مداخله کاملاً مؤثری باشد. باید به آنها گفته شود که آنها نیازمند هستند نه زیاده خواه و هدف درمان کمک به آنها برای برآورده شدن نیازهایشان بدون قضاوت درباره گذشته، و متمرکز بر خوش‌بینی نسبت به آینده است.