

طرحواره درمانی گروهی

برای اختلال شخصیت مرزی

راهنمای درمان گام به گام به همراه نکات کتاب تمرین بیمار

طرحواره‌درمانی گروهی

برای اختلال شخصیت مرزی

راهنمای درمان گام به گام به همراه نکات کتاب تمرین بیمار

تألیف:

جوان فارل

ایدا شاو

به همراه فصل‌هایی از:

آرنود آرنتز، هیشتر فرتول، جورج لاکوود،

پل پریس، نیل ریس، هانی ون گندرین،

میشل ون ورسویچ و جفری یانگ

ترجمه:

سیده لیلا پورسمر

دانشجوی دکتری روان‌شناسی

دانشگاه تربیت مدرس

Wiley Publication

(با مجوز رسمی ترجمه)





(با مجوز رسمی ترجمه)



سرشناسه: فارل، جوان ام.، Farrell, Joan M
عنوان و نام پدیدآور: طرحواره درمانی گروهی برای اختلال
شخصیت مرزی: راهنمای درمان گام به گام به همراه نکات
کتاب تمرین ویژه بیمار/ تألیف جوان فارل، آیدا شاو، به
همراه فصولی از آرنولد آرنتز... [و دیگران]؛ ترجمه سیده لیلا
پورسمر.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند: ارجمند، ۱۳۹۶.

مشخصات ظاهری: ۳۳۶ ص، وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۵۹۷-۷

عنوان اصلی: Group Schema Therapy For Borderline
Personality Disorder: a Step-by Step Treatment Manual
With Patient Workbook, 2nd ed, 2012.

موضوع: اختلال شخصیت مرزی - درمان، Borderline

Personality Disorder-Treatment, روان‌درمانی گروهی،
Group Psychotherapy

شناسه افزوده: شاو، آیدا، Shaw, Ida A, آرنتز، آرنود، Arntz,

Arnoud، پورسمر، سیده لیلا، ۱۳۶۳-، مترجم.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۶ ف ۲ الف/۵ ۵۶۹/۵ RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۸۵۲

شماره کتابشناسی ملی: ۵۹۷۶۲۹

جوان فارل، آیدا شاو
طرحواره‌درمانی گروهی
برای اختلال شخصیت مرزی
راهنمای درمان گام به گام به همراه نکات کتاب تمرین
بیمار

ترجمه: سیده لیلا پورسمر

فروست: ۸۴۱

ناشر: کتاب ارجمند

صفحه‌آرا: سیده چراغی

مدیر هنری: احسان ارجمند

سرپرست تولید: مرضیه شکی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ و صحافی: نقش نيزار

چاپ اول، اسفند ۱۳۹۶، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۵۹۷-۷

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان
مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون
اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد
قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۲۰۴۴

بها: ۲۹۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۲۱۸۸۹۸۲۰۴۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

حافظ! جناب پیرمغان مأمّن وفاست
درس «حدیث مهر»، بر او خوان و ز او شنو

تقدیم به استاد گرانقدر
جناب آقای دکتر حسن حمیدپور

فهرست مطالب

تشکر و قدردانی	۹
دیباچه	۱۱
۱- مقدمه	۱۵
۲- طرحواره‌درمانی گروهی: مدل مفهومی	۲۳
۳- بهره‌مندی از عوامل درمانی گروه برای تسریع و تقویت مداخله‌های طرحواره‌درمانی	۳۵
۴- نقش درمانگر: بازوالدینی حد و مرزدار در خانواده‌گروه	۵۱
۵- اصول اولیه طرحواره‌درمانی گروهی	۹۵
۶- مرحله اول طرحواره‌درمانی گروهی: برقراری ارتباط و تنظیم هیجان	۱۲۳
۷- مرحله دوم طرحواره‌درمانی گروهی: تغییر ذهنیت طرحواره	۱۶۱
۸- مرحله سوم طرحواره‌درمانی گروهی: خودگردانی	۲۴۹
۹- تمرین‌های بیماران و نحوه استفاده از آن	۲۶۹
۱۰- ترکیب طرحواره‌درمانی فردی و گروهی	۲۷۹
۱۱- رسیدن به نیازهای هیجانی بنیادی با استفاده از بازوالدینی حد و مرزدار در طرحواره‌درمانی گروهی	۲۸۷
۱۲- مطالعه مروری طرحواره‌درمانی گروهی ویژه اختلال شخصیت مرزی	۲۹۹
۱۳- نتیجه‌گیری و راهنمایی‌هایی برای آینده طرحواره‌درمانی گروهی	۳۰۹
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۳۱۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۳۱۹
منابع	۳۲۱
درباره نویسندگان	۳۲۷

تشکر و قدردانی

قبل از هر چیز قصد داریم از کمیته طرحواره‌درمانی و جامعه بین‌المللی طرحواره‌درمانی که بعد از ارائه نظراتمان در کنفرانس کوایمبرا در سال ۲۰۰۸ ما را با آغوش باز پذیرا شدند قدردانی کنیم. پس از آن ملاقات، دوستی و همکاری بین ما شکل گرفت که به طور چشمگیری بر حرفه و زندگی مان تأثیر گذاشت و در نهایت به کتاب پیش رو منتهی شد. از آرنود آرتز برای راهنمایی‌های تحقیقاتی، حمایت‌های فردی و دوستانه‌اش، و از جفری یانگ برای نظرات الهام‌بخش، حمایت‌ها و دلگرمی‌هایش تشکر می‌کنیم. دوست و همکار عزیزمان هیتر فرت ول که با جسارت در پی منظم‌سازی اطلاعات انباشته شده بیماران که در طی بیست سال جمع آوری کرده بودیم برآمد و کتابچه تمرین بیماران این کتاب راهنما را منجر شد. نیل ریس، دوست و همکار ارزشمند ما که دست نوشته‌های بیشماری از این کتاب را مطالعه کرد و با اشتیاق به همراه جوان در نوشتن پیش‌نویس کتاب مشارکت کرد. پل پریس که در تمرینات تجربی با اهمیتی مشارکت کرد و در طول نوشتن این کتاب ما را یاری داد. بسیاری دیگر هستند که باید برای همراهی و حمایت‌هایشان قدرشناس‌شان باشیم: مارکو نیل، فردریک ووگل، هانی ون گندرین، جرارد زاربک (که رهبری‌های امید بخشش ما را در اتمام این کتاب یاری کرد)، ویندی بهاری، کریستوف فارهانس، ورتی اوهانیان و کلوس لب. گیتا جاکوب و اکهارد رودیگر فصلی را درباره طرحواره‌درمانی گروهی در کتاب طرحواره‌درمانی‌اشان در سال ۲۰۰۹ منظور کردند که سرآغازی برای نگارش کتاب پیش‌رو بود. به علاوه، ما از دیگر نویسنده میهمان این کتاب مایکل ون ورسویچ و نشر وایلی، دارن رید و کارن شلدز تشکر می‌کنیم. از صمیم قلب قدردان جورج لاک وود هستیم، کسی که ما را به شرکت در همایش کوایمبرا تشویق کرد و پذیرای ما در انجمن طرحواره‌درمانی و مؤسسه طرحواره‌درمانی میدوست بود که خود بنیانگذار آن است. او به طرق مختلف حامی ما بود- مطالعه پیش‌نویس‌های کتاب، پردازش نظریه‌هایی که برای جوان الهام بخش بود، پیشنهاد همکاری خلاقانه با ایدا و ارائه حمایت‌های عاطفی به همراه جولیانا.

تشکر ویژه‌ای از جرارد زاربک و IVAH که مجموعه تصویری مداخلات مطرح شده در این کتاب راهنما را تولید کردند داریم. از ویویان ران و نانا نواسد که کارگردانی و تدوین مجموعه تصویری را عهده‌دار بودند و طرحواره درمانگرانی که در بالا از آنها یاد شد و کریستین زن، اوا فاسبندر، نیکلاس ودمیر و بریجیت هف که نقش بیماران مرزی را به خوبی ایفا کردند کمال تشکر را داریم. همچنین از حمایت‌های مالی که در طی دوره تبیین و توسعه طرحواره‌درمانی گروهی دریافت کردیم تشکر می‌کنیم: مؤسسه ملی بهداشت روان، مرکز مطالعات سلامت روان پیشرفته دکتر جوئیس و ایور اسمال و

کمک هزینه Clarian. از اولین حامیان فعالیت مان که جسارت روبرو شدن با نظرات مخالف و تغییر مسیر در روبرو شدن با بیماران مرزی را داشتند ممنونیم: دیانا هاگ، جان میشل، جفری کلامز، آلن شومترز و ویکی سیلور.

درمانگرانی که توسط ما آموزش دیدند، نقش مهمی در تألیف این دستورالعمل بازی کردند، زیرا ما را مجبور به شفاف‌سازی روش‌های اجرایی طرحواره‌درمانی گروهی کردند. آنها همچنین ایده‌ها و بازخوردهای خلاقانه خود را با ما در میان گذاشتند که منجر به بهبود این شیوه آموزشی شد. بیش از هر چیز از بیماران مان تشکر می‌کنیم، کسانی که آنچه که باید درباره نیازها و دل‌مشغولی‌هایشان می‌دانستیم و آنچه که باید انجام می‌شد تا به آنها کمک کند را به ما آموختند - گروه‌های خلاق، بانرژی، بااستعداد و گاهی پرتنش افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. آنها از ابتدا که کار با "گروه جهنمی" را آغاز کردیم و به آزمون ایده‌های درمانی خود پرداختیم در کنار ما بودند و در طول ۲۷ سال شکل‌گیری رویکردی که در این کتاب حاضر است با اعتماد در کنار ما ماندند. این کتاب راهنما به آنها تقدیم می‌شود.

جوآن فارل و ایدا شاو

دیباچه

بسیار خوشنود هستم که از من دعوت شد تا مقدمه‌ای بر این راهنمای درمانی پیشنهاد در طرحواره‌درمانی گروهی بنویسم.

از سال ۲۰۰۸ که بر اساس مطالعه نویسندگان این کتاب از اثرگذاری مثبت طرحواره‌درمانی گروهی در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی آگاه شدم، از توانمندی‌های بالقوه مدل گروهی برای در دسترس‌تر قرار دادن طرحواره‌درمانی بسیار هیجان‌زده هستم. در این عصر که رویکرد مدیریت سلامت روان در آمریکا و هر گوشه دیگر دنیا رو به وخامت می‌گذارد، طرحواره‌درمانی گروهی توانمندی بالقوه‌ای در ارائه راهکارهای درمانی قدرتمند طرحواره‌درمانی دارد. این رویکرد می‌تواند به تأثیرگذاری طرحواره‌درمانی فردی و حتی تأثیرگذارتر از آن باشد.

نخستین بار در همایش بین‌المللی جامعه طرحواره‌درمانی با جوان و ایدا ملاقات کردم و متوجه شدم آنها رویکرد طرحواره‌درمانی گروهی خود را به مدت ۲۵ سال گسترش داده‌اند. اینکه آنها تا چه حد از مفاهیم بنیادی رویکرد درمانی من به طور مستقل در رویکرد گروه‌درمانی خود استفاده کرده بودند، من را بسیار متعجب کرد. طرحواره‌درمانی گروهی از منظر اصطلاحاتی مانند مدل مفهومی، اتحاد درمانی و مداخلات درمانی با مدل فردی من ارتباط نزدیکی دارد.

در گذشته، همواره نسبت به بسط دادن رابطه درمانی مستحکمی که آن را "بازوالدینی حد و مرزدار" می‌نامم - که نقش کلیدی در تأثیرگذار بودن طرحواره‌درمانی دارد - به گروه تردید داشتم. همواره به گروه‌درمانی به عنوان شکل خفیف‌تری از درمان انفرادی نگاه می‌کردم، به ویژه در زمینه بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت. اینکه دانستم این طرز تفکر کاملاً نادرست است من را بسیار خوشنود کرد. رویکرد طرحواره‌درمانی گروهی جوان و ایدا کاملاً منحصر به فرد و با آتیه درخشان است.

طرحواره‌درمانی گروهی اعضاء را ترغیب می‌کند که همانند یک خانواده سالم زیر نظر و راهنمایی دو والد - درمانگر مجرب به "بازوالدینی" یکدیگر بپردازند. به نظر می‌رسد حس تعلق و پذیرش که در گروه همانند یک خانواده صمیمی ایجاد می‌شود، بازوالدینی حد و مرزدار و عناصر هیجان‌مدار را در طرحواره‌درمانی تقویت می‌کند.

به‌علاوه، با به‌کارگیری دو درمانگر همزمان برای هر گروه، طرحواره‌درمانی گروهی به یک درمانگر اجازه می‌دهد آزادانه در گروه حضور داشته باشد، در یک زمان با یک یا دو تن از اعضاء کار کند و تمرینات تجربی خلاقانه‌ای را اجرا کند. در همین زمان، درمانگر دوم "پایگاه ثابتی" برای سایر اعضای

گروه باقی می‌ماند، ارتباط هیجانی مستمری را با هر یک از اعضای برقرار می‌کند، واکنش‌های اعضای را زیر نظر می‌گیرد، اعضای را از آنچه که در گروه رخ داده آگاه می‌کند و برای تغییر مسیر گروه در جهت تمرکز بر نیازهای سایر اعضای گروه مداخله می‌کند.

همچنین اینکه طرحواره‌درمانی گروهی به خوبی فراتر از مدل گروهی درمان‌های سنتی شناختی رفتاری/ رفتاردرمانی دیالکتیکی عمل کرده است من را بسیار تحت تأثیر قرار داد. در مدل گروهی رویکرد شناختی رفتاری اعضای مهارت‌هایی را در چیدمان سمینار گونه‌ای می‌آموزند، و در گروه‌های غیرشناختی رفتاری درمانگر در حالی که اعضای، نظاره‌گر هستند با یکی از آنها به طور انفرادی کار می‌کند. در طرحواره‌درمانی گروهی، روش‌های به کار رفته در طرحواره‌درمانی فردی، همانند فعالیت‌های تجسمی و ایفای نقش ذهنیت‌ها به گونه‌ای تغییر کرده‌اند که تمام اعضای گروه را در تمرینات منحصر به فردی که از مزایای تعاملات و حمایت‌های گروهی برخوردار هستند، مشارکت می‌دهد. ترکیب عوامل درمانی گروه با گستره وسیعی از تکنیک‌های یکپارچه که در حال حاضر جزئی از طرحواره‌درمانی هستند، احتمالاً از دلایل اثرگذاری نتایج کارآزمایی‌های کنترل شده‌ای که قبلاً از آنها سخن گفتیم و نتایج اولیه سایر مطالعاتی است که در زمینه طرحواره‌درمانی گروهی در جریان هستند. این کتاب نخستین نسخه چاپی از دستورالعمل طرحواره‌درمانی گروهی است که در زمینه شرح اطلاعات بااهمیت بالینی کاربردی، موفق عمل کرده است. نویسندگان رویکرد منظمی را در شکل گروهی برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شرح داده‌اند، در حالی که انعطاف‌پذیری در درمان را که من همواره در طرحواره‌درمانی فردی به آن بسیار اهمیت می‌دهم حفظ کرده‌اند. پیشنهادات درمانی مشخص و به خوبی تنظیم شده‌اند، و به همراه حجم زیادی از مثال‌ها گردآوری شده‌اند. در عین حال از وسوسه نوشتن یک کتاب درمانی برای درمانگر که صرفاً دنباله‌رو دستورالعمل‌های داده شده باشد اجتناب شده است.

برای توضیح بیشتر، نویسندگان از عناصر اصلی طرحواره‌درمانی با استفاده از مداخلات "بازوالدینی حد و مرزدار" برای هر یک از ذهنیت‌های برانگیخته شده در گروه محافظت کرده‌اند و همچنین این مداخلات را با "لحظه‌های تجربی" که قابلیت فعالیت هیجان‌مدار برای تغییر در سطوح عمیق‌تر را دارد، پیوند داده‌اند. همانند طرحواره‌درمانی فردی، مدل گروهی آمیزه‌ای از فعالیت تجربی، شناختی، بین فردی و رفتاری است.

این کتاب یک راهنمای گام‌به‌گام برای درمان بیماران مرزی ارائه می‌دهد. این دستورالعمل همچنین شامل گستره وسیعی از روش‌های آموزشی مخصوص بیماران، تمرینات گروهی و تکلیف‌های خانگی است که همگی در سایت وایلی برای استفاده بیماران قابل دانلود است. مواد تشکیل‌دهنده کتاب تمرین هم بر اساس ذهنیت و هم بر اساس شکل مداخله تنظیم شده‌اند تا به درمانگران اجازه دهند، تمرین‌ها و تکلیف‌های خانگی را که بهترین هماهنگی با اعضای گروه و سبک درمانی آنها دارد،

انتخاب کنند. همچنین زبان روان کتاب نمونه‌هایی از جلسات درمانی و مثال‌های گوناگونی از بیماران را در اختیار خواننده قرار می‌دهد.

تجربه‌ای که نویسندگان کتاب در طول بیش از سی سال با آموزش به درمانگران در سرتاسر جهان کسب کرده‌اند، از میان حجم وسیعی از اطلاعات برگرفته از گروه‌های طرحواره‌درمانی با تنوع جمعیتی گسترده بدست آمده است. کتاب در سطحی نگارش شده است که برای گستره وسیعی از متخصصان بهداشت روان شامل روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، روان‌پزشکان، مشاوران، پرستاران روان‌پزشکی و همچنین کارآموزان پزشکی عمومی و تخصصی به کار می‌آید.

من این فرصت را داشتم که طرحواره‌درمانی گروهی را در مراحل آغازین آن تجربه کنم، یعنی درست زمانی که از جوان و ایدا برای آموزش طرحواره‌درمانی به درمانگران ارشد نیویورک دعوت کرده بودم. پس از این تجربه بیشتر از قبل درباره پتانسیل‌های طرحواره‌درمانی در گروه امیدوار هستم، و بسیار مشتاقم پس از دیدن آموزش‌های لازم، چنین گروهی را هدایت کنم.

جوان فارل طرحواره درمانگر برجسته‌ای است که به عنوان مرکز هیجان‌ات، "هدایتگر" و "پایگاه ثابت" گروه، به شکل کلی عمل می‌کند. نقشی که من می‌توانم خودم را پس از گذشت زمان و تجربه کاری در آن ببینم. چیزی که من را واقعاً متعجب کرد احتمالاً به این دلیل که سبک او از من و جوان متفاوت است کار گروهی بسیار برجسته ایدا شاو بود. انتقال این سطح از اصالت، خلاقیت و خودانگیختگی به گروه بسیار دشوار است. او قادر است مؤلفه‌هایی از گشتالت، نمایش درمانی، بازی نقش و سبک سرایت‌کننده خودش را در ایجاد رویکردی که کاملاً با درخواست‌های مبتنی بر سبک طرحواره‌ای گروه همخوانی دارد، ترکیب کند و بیماران را به ایجاد تغییرات بنیادی متقاعد سازد. تجارب گروه در این دستورالعمل به طرحواره درمانگران اجازه می‌دهد تا راهکارهای خلاقانه خود را بیابند.

من طرحواره‌درمانی گروهی را یکی از سه پیشرفت مهم طرحواره‌درمانی از زمان آغاز آن می‌دانم. این رویکرد توان عمده‌ای برای همکاری‌های بین‌المللی برای گسترش و انتشار طرحواره‌درمانی در مطالعاتی همچون مطالعات آزمایشی در هلند و آلمان و همچنین مداخله برای بیماران سرپایی و استفاده روزمره در بیمارستان، از خود نشان داده است.

همچنین درباره کارآزمایی بالینی گسترده‌ای که در ۱۴ پایگاه و ۵ کشور مختلف در حال اجرا است بسیار خوشنود هستم. آرنود آرنتز و جوان فارل به عنوان محققان اصلی مطالعه، درجه کارآمدی و میزان تأثیرگذاری مدل طرحواره‌درمانی گروهی را برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی بررسی می‌کنند. این کتاب حاوی راهنمای درمانی کامل و مواردی است که شرکت کنندگان در این مطالعه آن را به کار برده‌اند.

با وجودی که این دستورالعمل بر روی درمان بیماران مرزی متمرکز است، من باور دارم که این رویکرد توان بالقوه‌ای در به‌کارگیری برای دیگر بیماران' اختلالات و چیدمان‌های درمانی را دارد.

همانند طرحواره‌درمانی فردی، انتظار دارم مدل طرحواره‌درمانی گروهی (چنانچه بر اساس اصول مطرح شده در این کتاب استفاده شود) برای درمان بیماران مبتلا به سایر اختلالات شخصیت، بسیاری از اختلالات محور I، و دیگر مشکلات مزمن که به درمان‌های موجود پاسخ نمی‌دهند، مؤثر باشد. در حال حاضر طرحواره‌درمانی گروهی به عنوان درمان احتمالی برای اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت اجتنابی، وابسته، خودشیفته و ضد اجتماعی در حال بررسی است.

می‌خواهم در اینجا از بسیاری از اعضای جامعه بین‌المللی طرحواره‌درمانی که جوان و ایدا را برای شکل‌دهی مدل طرحواره‌درمانی گروهی و کتاب راهنمای آن، یاری رساندند تشکر کنم. این اعضا عبارتند از: آرنود آرتز، هانی ون گندرین و میشل ون ورسویچ از هلند؛ هیتر فرت ول، جورج لاکوود در آمریکا؛ پل پریس در سوییس؛ و نیل ریس در آلمان. این افراد فصول مشترکی را در این کتاب تألیف کرده‌اند که موضوعات کاربردی مانند تلفیق طرحواره‌درمانی فردی و گروهی، و جنبه‌هایی که بیشتر تئوری هستند، مانند فصول مربوط به نیازها و بازوالدینی حد و مرزدار را پوشش می‌دهد. این کتاب همچنین، در طی فصلی که من کمک نویسنده آن هستم، یک فراتحلیل درباره مطالعات انجام شده در زمینه میزان تأثیرگذاری طرحواره‌درمانی بر بیماران مرزی را مطرح کرده است.

این کتاب راهنمای برجسته را به تمامی متخصصان بهداشت روان که با بیماران پیچیده، مزمن و با پاسخ‌دهی پایین به درمان کار می‌کنند- به ویژه آنانی که به دنبال درمان‌های علمی با تأثیرگذاری بالا برای جایگزینی درمان‌های فعلی هستند- بسیار توصیه می‌کنم. این کتاب یکی از ابدهای مطالعه برای درمانگران با علاقه طرحواره‌درمانی، اختلال شخصیت مرزی، دیگر اختلالات شخصیت، درمان گروهی و رویکردهای جدید نشأت گرفته از درمان شناختی رفتاری می‌باشد. جوان و ایدا را برای جسارتشان در پذیرفتن خطرات گسترش یک رویکرد نوین، خلاقانه و الهام‌بخش در زمینه طرحواره‌درمانی تحسین می‌کنم.

دکتر جفری یانگ

موسسه طرحواره‌درمانی نیویورک،

دانشگاه کلمبیا،

بخش روان‌پزشکی

مقدمه

این کتاب راهنما شامل مجموعه‌ای از اقدامات گام‌به‌گام طرحواره‌درمانی گروهی ویژهٔ بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) است که به همراه مجموعه‌ای از بروشورها، تمرین‌های گروهی و تکلیف‌های منزل برای استفادهٔ بیماران گرد آمده است. فارل و شاو به مدت بیست و پنج سال برای خلق یک روش درمانی مؤثر و جامع برای این دسته از بیماران به شدت ناتوان تلاش کرده‌اند که نتیجه آن کتاب پیش‌رو است. متأسفانه توانمندی‌های پنهان این بیماران برای داشتن یک زندگی باکیفیت هیچ‌گاه درک نشده است. همکاری نویسندگان این اثر منجر به درهم آمیختن آموزه‌های فارل در زمینهٔ رویکردهای درمان شناختی، سازه شخصی، یادگیری اجتماعی و روان‌پوشی با آموخته‌های شاو در حوزه‌های رویکردهای روان‌شناسی تحولی و تجربی همچون گشتالت درمانی و بیوانرژی شده و در قالب یک مدل یکپارچه برای گروه‌درمانی اختلال شخصیت مرزی گرد آمده است. رویکرد مقدماتی آنها بر اساس مشاهداتی بود که نشان می‌داد روان‌درمانی سنتی برای بیماران^۱ BPD چندان اثربخش نیست. برای مثال، بیمارانی که با آنها کار می‌کردند به حدی پریشان بودند که توانایی گذراندن یک جلسه درمانی پنجاه دقیقه‌ای درون یک اتاق در بسته را نداشتند؛ آنها یا از جلسات درمان احتراز می‌کردند و یا هیچ‌گونه ارتباطی برقرار نمی‌کردند. برای برطرف کردن این رفتار مختل‌کنندهٔ درمان، فارل و شاو مقدماتی‌ترین هدف‌شان را کاهش پریشانی و اضطراب بیماران قرار دادند. بیماران به تدریج می‌توانستند در یک جلسهٔ درمان بمانند و پریشانی خود را کنترل کنند، اما همچنان از این تکنیک‌ها در خارج از اتاق درمان استفاده نمی‌کردند. یک دلیل برای این مسئله می‌تواند ناتوانی در درک پریشانی قبل از بحران باشد، نقطه‌ای که در آن می‌توان پریشانی را به بهترین نحو ممکن کاهش داد. در همین زمان، لین و شوارتز (۱۹۸۷) در مقاله‌ای تئوری "سطوح آگاهی هیجانی" را ارائه دادند که موازی با سطوح تحول شناختی پیازه در نظر گرفته شده بود. این تئوری با مشاهدات بالینی بیماران BPD و سطوح ابتدایی آگاهی هیجانی آنها مرحله‌ای که به طور کلی هیجان‌های خوب از بد تشخیص داده می‌شود همخوانی دارد. بنابراین، دومین هدف درمانی فارل و شاو بر بالا بردن سطح آگاهی هیجانی

۱. BPD: Borderline Personality Disorder

از این پس در این کتاب به جای واژهٔ اختلال شخصیت مرزی از حروف اول این کلمات استفاده می‌شود.

بیماران متمرکز شد، بدین طریق آنها قادر می‌شدند از پریشانی هیجانی قبل از بحران آگاه شوند. برای رسیدن به این مقصود استفاده از برخی از روش‌های تجربی مانند بالا بردن سطح آگاهی حسی-حرکتی ضروری بود. فعالیت آگاهی‌بخش جزئی از طرحواره‌درمانی است و به‌عنوان بخشی از دستورالعمل درمان به خوبی شرح داده شده است. فارل و شاو دریافتند، متأسفانه، با وجودی که بیماران قادر به فهم پریشانی هیجانی قبل از بحران هستند، همچنان در خارج از جلسه درمان از روش‌های کنترل خشم و شیوه‌های مقابله‌ای که آموخته‌اند استفاده نمی‌کنند. به شیوه‌ای عملی و صمیمانه آنها علت این مسئله را از بیماران جویا شدند، "چرا؟". پاسخ بیماران پایه‌ریز هدف سوم درمان بود؛ تغییر طرحواره‌ها. پاسخ‌های بیماران مشابه موارد زیر بود:

"من بد و مستحق تنبیه هستم، پس درست نیست که برای خودم کارهای خوب بکنم." و "یا من درمانده‌ام و دنیا نیز جای نامیدکننده‌ای است، پس چرا باید تلاش کنم؟"

در این مقطع (۱۹۹۰) اولین کتاب جفری یانگ منتشر شد. برای فارل و شاو روشن شد که فرد دیگری نیز در حال دست و پنجه نرم کردن با این مسئله دشوار و کوشش برای یافتن درمان مناسب برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. فارل و شاو نکات آشنایی را در این مدل تئوری یافتند و تلاش کردند تا مداخله‌های شناختی، رفتاری و تجربی که یانگ آن را درمان متمرکز بر طرحواره نامیده بود، با مدل خود یکپارچه کنند. آنها در ابتدا از اصطلاحاتی همچون بازوالدینی حدودمرزدار استفاده نمی‌کردند، اما رویکردشان از آغاز از زمانی که متوجه نقص در یادگیری هیجانی اولیه و عدم شکل‌گیری درست دلبستگی در بیماران BPD شدند و لزوم تغییر روش‌های سنتی روان‌درمانی برای کار با چنین نواقصی را درک کردند، بر این اصطلاح متمرکز بود. اولین نامی که برای فعالیت گروهی خود برگزیدند "آموزش آگاهی هیجانی" بود و نتایج آن را در اولین شماره از مجله درمان شناختی رفتاری عملی چاپ کردند (۱۹۹۴).

در اولین برنامه درمانی برای اختلال شخصیت مرزی، فارل و شاو دستورالعملی را به منظور رسیدن به سه هدف عمده طراحی کردند: ۱) ایجاد برنامه‌ای برای مدیریت پریشانی به‌صورت فردی و برنامه‌ای برای خودآرام‌سازی و توانایی استفاده موثر از آن، ۲) قدرت تشخیص پریشانی هیجانی قبل از بحران و انجام اقدامات ضروری در همان مقطع زمانی، ۳) رها شدن از تأثیرات منفی طرحواره‌های نابهنجار برای رسیدن به اهداف ۱ و ۲. سومین هدف، چالش‌برانگیزترین قسمت است زیرا تعریف طرحواره‌های ناسازگار از دیدگاه فارل و شاو، همچون یانگ، به شکلی است که باید هم در سطح شناختی و هم در سطح هیجانی تغییر کند. برنامه گروه‌درمانی نخستین متشکل از جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۳۰ هفته به انضمام جلسات روان‌درمانی فردی بود. در یک مطالعه تصادفی کنترل‌شده که با حمایت مالی مؤسسه ملی سلامت روان انجام شد، درمان رایج روان‌درمانی فردی

درمان شناختی- رفتاری یا روان‌پویشی و نه طرحواره‌درمانی) با درمان رایج به‌همراه طرحواره‌درمانی گروهی مقایسه شد. این مطالعه از سال ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۵ ادامه داشت و در مقاله فارل، شاو و وبر (۲۰۰۹) گزارش شده است. برای شرکت در این مطالعه تمامی بیماران می‌بایست حداقل برای شش ماه در رابطه‌درمانی (درمان رایج) حضور می‌داشتند و در طول دوره مطالعه و همچنین دوره شش ماه پیگیری پس از مطالعه نیز در رابطه‌درمانی باقی می‌ماندند. بنابراین، بیماران به مدت ۲۰ ماه به‌طور هفتگی در جلسات روان‌درمانی شرکت کردند و نیمی از آنها علاوه بر جلسات روان‌درمانی در ۳۰ جلسه برنامه گروه‌درمانی نیز حضور داشتند. نتایج (که در فصل ۱۲: مطالعات مروری طرحواره‌درمانی ویژه BPD توسط آرنتز با جزئیات بیشتر شرح داده شده است)، برخی از بزرگترین موارد اندازه‌اثر درمانی که تا بحال در یک مطالعه روان‌درمانی منتشر شده است را نشان داد.

پیشرفت بعدی در مدل طرحواره‌درمانی گروهی هنگامی رخ داد که یکی از همکاران (فرت ول، نویسنده همکار فصل ۱۰ این کتاب که رزیدنت روان‌پزشکی بود و فارل در حوزه روان‌درمانی سرپرست او بود) در یکی از کارگاه‌های یانگ (۲۰۰۳) شرکت کرد و اطلاعات جدیدی را درباره پیشرفت‌های طرحواره‌درمانی با خود به‌همراه آورد؛ ذهنیت طرحواره‌ای. ذهنیت‌ها به عنوان حالت هیجانی، شناختی و رفتاری که فرد هم اکنون در آن قرار دارد تعریف می‌شوند. افزودن مفهوم ذهنیت هیجان را با درک و درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی آمیخته می‌کند. این ایده که، ذهنیت‌های طرحواره‌ای با اتفاقاتی که بیمار با بار هیجانی بالا تجربه می‌کند راه‌اندازی می‌شوند، می‌توانند به سرعت تغییر کنند و منتهی به تغییرات ناگهانی در رفتار و یا واکنش‌های نامناسب آزاردهنده شوند، به بیماران و درمانگران در درک تجارب و چگونگی کار با تغییرات ضمن درمان کمک می‌کند. مدل ذهنیت طرحواره‌ای، علائم اختلال شخصیت مرزی را به زبان ساده و قابل فهم برای بیماران بازگو می‌کند. همچنین مشخص کردن ذهنیتی که بیمار در آن قرار دارد، نوع پاسخی که درمانگر باید ارائه دهد را تعیین می‌کند (برای مثال، معتبرشماری در برابر مواجهه همدلانه و یا تعیین حدود). مفهوم ذهنیت طرحواره‌ای بویژه در روان‌درمانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که تقریباً در هر ۱۸ طرحواره‌سازگار نمره بالایی می‌گیرند با اهمیت است. تمرکز بر چهار یا پنج ذهنیت هم برای بیمار و هم برای درمانگر کمتر طاقت‌فرسا است. فارل و شاو به سرعت این نوآوری یانگ را با فعالیت گروه‌درمانی خود ترکیب کردند تا طرحواره‌درمانی گروهی فشرده ویژه بیماران مبتلا به BPD شدید و بستری شده ابداع کنند. برنامه فشرده گروهی مدل ذهنیت طرحواره‌ای بیماران BPD یانگ و همکارانش (۲۰۰۳) را برای استفاده در گروه سازگار کرد. مطالعات بر روی گروه شاهد متشکل از بیماران مرزی تأثیر درمانی چشمگیر این برنامه درمانی فشرده را نشان داد (به نقل از ریس، لیب، آرنتز، شاو و فارل). مدل فشرده اولیه شامل حداقل ده ساعت طرحواره‌درمانی گروهی و جلسات یک ساعته

طرحواره‌درمانی فردی هفتگی به مدت حداقل ۱۸ هفته است. بنابراین، در مجموع این برنامه درمانی متشکل از ۱۸۰ ساعت گروه‌درمانی و ۱۸ ساعت درمان فردی است. این مجموعه تقریباً برابر با یک سال درمان سرپایی است: هفته‌ای دو ساعت طرحواره‌درمانی گروهی و هجده جلسه فردی در طول یک سال. اینکه طرحواره‌درمانی گروهی در میان بیماران بستری و یا درمان‌های روزانه سودمندتر است و یا در طول جلسه‌های سالانه روان‌درمانی بیماران سرپایی، سؤالی است که هنوز جوابی برای آن مشخص نشده است.

در سال (۲۰۰۶) نویسندگان با یانگ و لاک وود ملاقات کردند و دریافتند آنچه که ابداع کرده‌اند در حقیقت نسخه گروهی طرحواره‌درمانی است. در سال (۲۰۰۸) فارل و شاو به همراه فرت‌ول، نتایج مطالعه کنترل شده تصادفی غیربالینی و مطالعه آزمایشی بالینی خود را در همایش سالانه جامعه بین‌المللی طرحواره‌درمانی ارائه دادند. آن ارائه، آنها را با آرنتز که برنامه‌ای برای مطالعه طرحواره‌درمانی به شیوه گروهی داشت آشنا کرد. نتیجه این آشنایی آغاز مطالعه بین فرهنگی در پنج کشور و چهارده پایگاه و بر روی ۴۴۸ بیمار BPD بر اساس مدل طرحواره‌درمانی گروهی فارل و شاو بود. راهنمای درمانی پیش‌رو نیز نتیجه همایش سالانه جامعه بین‌المللی طرحواره‌درمانی است که در آن کار گروهی برای خلق پروتکل درمانی مورد استفاده در مطالعه به سرپرستی فارل، شاو و سایر طرحواره‌درمانگران ارشد از چهار کشور شکل گرفت: هلند- آرنود آرنتز، هانی ون گندرن، میشل ون وریسویچ؛ سوئد- پال پریس؛ آمریکا- هیتر فرت ول، جورج لاک وود و جفری یانگ؛ و آلمان- نیل ریس.

خلق پروتکل درمانی و نگارش این کتاب بوسیله فارل و شاو آغاز شد. آنها مدل اولیه گروهی و دستورالعمل درمانی را با گروه کاری خود در میان گذاشتند. با بررسی بازخوردهای گروه و نظرات کتبی و نتایج قابل مشاهده طرحواره‌درمانی گروهی در طی کارگاه‌های آموزشی، حوزه وسیعی از اهداف، مراحل و وظایف طرحواره‌درمانگر گروهی مشخص شد. این طرح کلی، نقش مؤثری در شکل دادن به دستورالعمل کاربردی طرحواره‌درمانی گروهی که حاصل ۲۵ سال ممارست فارل و شاو است، داشت. در ضمن، مشارکت گروه علاوه بر نگارش فصل‌های مربوط به حوزه تخصصی طرحواره‌درمانی به خلق دستورالعمل درمانی مفهومی برای طرحواره‌درمانی گروهی کمک کرد. آنها در این مسیر از نظرات و حمایت‌های بی‌دریغ جفری یانگ برای سازگار شدن طرحواره‌درمانی با گروه‌های درمانی بسیار سود بردند. جورج لاک وود و نیل ریس به طور خستگی‌ناپذیری به اصلاح و بهبود خطاها کوشیدند. آرنود آرنتز مانند همیشه در تمام مسیر یک حمایت‌گر واقعی بود. روند نگارش این کتاب راهنما منعکس‌کننده همکاری میان متخصصان و سبک یکپارچه طرحواره‌درمانی به عنوان یک رویکرد به روان‌درمانی و زندگی است.

دشواری خلق دستورالعملی که بتواند انعطاف‌پذیری طرحواره‌درمانی را حفظ کند

همراه شدن درمانگر با ذهنیتی که بیمار در آن قرار دارد یکی از الزامات طرحواره‌درمانی است. این مسئله به انعطاف‌پذیری بالای طرحواره درمانگر در مقایسه با رویکردهای چارچوب‌مدار آموزش مهارت همچون درمان رفتاردرمانی دیالکتیکی نیاز دارد. هدایت طرحواره‌درمانی در گروه، حتی به انعطاف‌پذیری بیشتری نیز نیاز دارد، در این حالت درمانگر درون گروه تلاش می‌کند با ذهنیت هشت تا نه نفر از اعضاء هماهنگ شود و یک گروه یکپارچه را خلق کند. به علاوه، گروه درمانگر باید از عوامل درمانی ویژه‌ای که منجر به تسریع فعالیت اجزاء طرحواره‌درمانی می‌شود استفاده کند (فارل و همکاران، ۲۰۰۹). این عناصر حیاتی به یک دستورالعمل درمانی نیاز دارد که انعطاف‌پذیری تکالیف طرحواره‌درمانی گروهی بیماران را حفظ کند و با ذهنیت‌هایی که گروه هر لحظه در آن قرار دارد همراه شود. به علاوه، بیماران BPD در دوران کودکی از محیط قابل پیش‌بینی، ساختار ایمن و حمایتگر محروم بوده‌اند. بنابراین، علاوه بر انعطاف‌پذیری و استفاده از موقعیت‌های درمانی مناسب در جهت مسیر گروه، یک گروه طرحواره‌درمانی مناسب ویژه بیماران BPD به ساختار و پیش‌بینی‌پذیری نیز نیاز دارد. از دیگر ملزومات ضروری برای یک مدل طرحواره‌درمانی گروهی مناسب، مدلی است که بتواند چارچوب و اطلاعات کافی را فراهم کند تا بدین‌ترتیب درمانگران قادر به وفادار ماندن به مدل باشند. وفاداری به مدل برای اینکه بتوانیم به صورت تجربی یک شیوه درمانی را در مطالعات پژوهشی ارزشیابی کنیم از نکات حیاتی است. تعهد به مدل چیزی است که باعث می‌شود نتایج مثبت شیوه درمانی اولیه در شرایط بالینی مختلف تکرارپذیر باشد. هدف ما ایجاد راهکار درمانی است که با داشتن ساختار و ویژگی پیش‌بینی‌پذیری به بیمار احساس امنیت دهد و در بالاترین سطح به مدل درمانی متعهد بماند. همچنین مداخله‌های درمانی با ذهنیت گروه هماهنگ باشند و برای استفاده در موقعیت‌های درمانی در مسیر گروه مناسب باشند.

فصل‌های کتاب

قسمت "چگونگی انجام" دستورالعمل را با شرح مختصر طرحواره‌درمانی فردی، موارد مشترک میان درمان فردی و گروهی و مواردی که با ورود درمان به گروه تغییر می‌یابند، آغاز می‌کنیم. این فصل‌ها شامل شرح تغییراتی هستند که بازوالدینی حد و مرزدار برای سازگار شدن با مدل گروه‌درمانی نیاز دارد. ابداعات فارل و شاو در زمینه مدل تیم درمانگران برای درمان اختلال شخصیت مرزی، تغییرات طرحواره‌درمانی فردی در گروه، شرح انطباق هر یک از مداخله‌ها با ذهنیت‌های شایع BPD و اینکه چگونه آنها را در گروه به‌کار ببریم، از دیگر مباحث مطرح شده در این فصل‌ها است. در این ۹ فصل

نوشته شده توسط فارل و شاو برآنیم تا برای شما مراحل را گام‌به‌گام شرح دهیم تا بتوانید طرحواره‌درمانی گروهی را اجرا کنید.

ویژگی‌های بیماران متناسب با طرحواره‌درمانی گروهی که در این کتاب راهنما گردآمده است (فصل ۹)، حاصل بیست و اندی سال کار بالینی است. تمام مشخصه‌های بیمار، در میان بیماران BPD شرکت‌کننده در گروه‌های مختلف آزمون شده و بر اساس نحوه پاسخ‌گویی، شرکت فعالانه در درمان و پیگیری‌های پس از درمان، بازنگری شده و تغییر یافته است. مشخصه‌های بیماران در مطالعاتی که هم اکنون در هلند، آلمان، آمریکا، اسکاتلند، استرالیا و ۱۴ پایگاه مختلف دیگر در حال اجرا هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگرها می‌توانند از میان تمرین‌ها، بروشورها، و تکلیف‌های خانگی، تکلیف و تمرینی را که با اهدافشان، ذهنیت موجود در گروه و مرحله‌ی درمانی گروه سازگارتر است، برگزینند. همچنین می‌توانند تمرین‌های مناسبی را بر اساس گروه طرحواره‌درمانی ویژه‌ای که با آن سر و کار دارند خلق کنند. متخصصان بالینی که در طرحواره‌درمانی تازه وارد هستند، نیز می‌توانند سرفصل‌های پیشنهادی را به ترتیب و بر اساس میزان پاسخگویی بیماران دنبال کنند، همچنین طرحواره‌درمانگرهای باتجربه‌تر این شانس را دارند تا اولویت‌های خود را بر اساس نیاز تغییر دهند. شناخت درمانگرها می‌تواند از تمرینات تجربی، و نیز درمانگرهای تجربی از روش‌های شناختی و رفتاری ذکر شده بهره ببرند. گروه درمانگرهایی که آموزش طرحواره‌درمانی ندیده‌اند نیز می‌توانند با یادگیری مفاهیم طرحواره‌درمانی و با استفاده از تمرین‌های گروهی مطرح شده، این روش را بر روی بیماران BPD خود آزمون کنند.

فصل‌های ۱۰ تا ۱۳ به سایر کاربردها و مطالب مهم طرحواره‌درمانی گروهی اختصاص داده شده است. فصل ۱۰ توسط گندرین، ورسویچ، فارل، لاک وود و فرت ول نوشته شده است و پیرامون مباحث تلفیق طرحواره‌درمانی فردی و گروهی با ذکر گزارش بیماران است. نظارت طرحواره‌درمانگران بر یکدیگر که در فصل ۱۰ به آن اشاره شده است اثر مهم کار تیمی در هماهنگ کردن عناصر متفاوت را بازگو می‌کند. فصل ۱۱ که پریس و لاک وود آن را نوشته‌اند به نیازهای هیجانی به عنوان یک قطب‌نما برای مداخلات بازوالدینی که مناسب اجرا در گروه هستند و توسط طرحواره‌درمانگران اجرا می‌شود اشاره دارد. آنها از اصل هماهنگی ذهنیت در طرحواره‌درمانی فراتر رفته‌اند و اینکه بازوالدینی متناسب با گروه بر اساس ذهنیت و نیازهای اصلی به چه شکل می‌تواند باشد را به شیوه‌ی کاربردی شرح داده‌اند. رهبر قابل‌تحسین مطالعه طرحواره‌درمانی، آرنود آرتز، در فصل ۱۲ اثرگذاری طرحواره‌درمانی گروهی بر اساس پژوهش‌ها را شرح می‌دهد.

به یاد داشته باشید که این دستورالعمل در زمینه‌ی طرحواره‌درمانی گروهی برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی طراحی شده است. روش‌ها و سبک‌های بازوالدینی گوناگونی که در این

دستورالعمل شرح داده شده‌اند به ذهنیت‌ها، نیازهای بنیادی، و سطح تحولی بیماران BPD در مراحل گوناگون فرآیند درمان ۱۸ تا ۲۴ ماهه اشاره دارد. ممکن است برخی از بیماران در این سه مؤلفه مشابه یکدیگر باشند و برخی تشخیص اختلال شخصیت مرزی بگیرند و گروه دیگر نه. بیماران با تشخیص‌های مختلف، نیازهای متفاوتی دارند و در سطوح تحولی گوناگونی قرار دارند. طرحواره‌درمانی گروهی قادر است با افراد مختلف هماهنگ شود. اصل کلی تمام طرحواره‌درمانی‌ها این است که مداخله باید همخوان با بیمار و ذهنیت‌های او باشد. گروهی که سالم‌تر و با کارایی بالاتری است ممکن است به جای "خانواده جایگزین" که دو درمانگر آن را رهبری می‌کنند، به گروهی از همسالان نیاز داشته باشد تا بازوالدینی بیشتر توسط خود گروه، در کنار راهنمایی‌های درمانگر انجام شود. در فصل ۱۳ ریس، فارل، آرتنز و یانگ کاربرد طرحواره‌درمانی گروهی را برای سایر گروه‌های بیماران بررسی می‌کنند و به بحث درباره آینده این شیوه درمانی می‌پردازند.

یانگ طرحواره‌درمانی گروهی را به عنوان سومین سطح از تحول طرحواره‌درمانی می‌داند (رودیگر، ۲۰۰۸). این سطح تنها یک نوآوری با نگاهی به مفاهیم اصلی طرحواره‌درمانی نیست، بلکه نیروی تازه نفسی برای همکاری بین المللی در جهت رشد و توسعه طرحواره‌درمانی است. مدل گروهی طرحواره‌درمانی وعده‌های مهمی را برای حل مسئله غامض این زمانه به سیستم سلامت عمومی ارائه داده است؛ درمان مبتنی بر شواهد و به طور گسترده قابل دسترس اختلال شخصیت مرزی (و به طور بالقوه سایر اختلالات شدید). همانند طرحواره‌درمانی فردی، انتظار می‌رود مدل گروهی طرحواره‌درمانی که توسط فارل و شاو پایه‌ریزی شده است برای درمان سایر اختلالات محور I و مشکلات مزمنی که به دیگر درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند کاربرد داشته باشد.

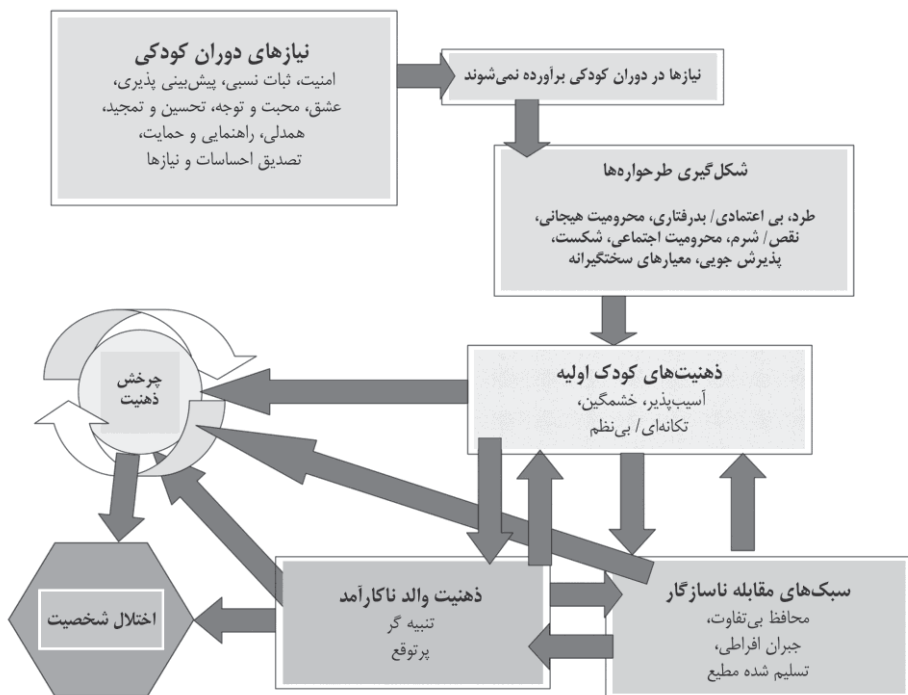
طرحواره‌درمانی گروهی: مدل مفهومی

در این کتاب راهنما مدل طرحواره‌درمانی گروهی هماهنگ با تئوری، مؤلفه‌های درمان، اهداف کلی برنامه طرحواره‌درمانی فردی یانگ، کلوסקو، ویشار (۲۰۰۳) و بر اساس نتایج پژوهش موفقیت‌آمیز آرنتز و ون‌گندرن (۲۰۰۹) در هلند، نوشته شده است. در اینجا مدل مفهومی طرحواره‌درمانی ویژه اختلال شخصیت مرزی به طور مختصر شرح داده می‌شود و منابع دیگر برای توضیحات بیشتر درباره مدل طرحواره‌درمانی فردی و کاربردهای آن به خوانندگان معرفی می‌گردد. طرحواره‌درمانی یک درمان یکپارچه با ریشه در شناخت‌درمانی، نظریه یادگیری و پژوهش‌های روان‌شناسی تحولی و حاصل کوشش‌های یانگ است. این شیوه درمان در مورد بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت و همچنین درمان بیماری‌هایی که به شناخت‌درمانی معمول پاسخ نداده و دچار عود مجدد می‌شوند، اثربخش است. همان‌گونه که از نام آن برمی‌آید، تمرکز طرحواره‌درمانی در سطح طرحواره‌ها است. لازمه کار با طرحواره‌ها تغییر تمرکز از مشکلات روزمره به الگوهای ثابت در طول زندگی است، تغییری که برای بهبود اختلالات شخصیت ضروری است. طرحواره‌درمانی بر اساس یک نظریه یکپارچه و رویکردی ساختارمند و منظم شکل گرفته است. مفاهیم طرحواره‌درمانی با شناخت‌درمانی، درمان روان‌پویشی، نظریه روابط شیء و روان‌درمانی گشتالت همپوشانی دارد، اما همچنان دارای تفاوت‌های اساسی نیز هست و با هیچ مدل دیگری کاملاً همخوان نیست. اهداف طرحواره‌درمانی از مهارت‌های رفتاری فراتر می‌رود و شامل مجموعه‌ای از اقدامات عمیق برای تغییر شخصیت است. این تغییرات به شکل کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار دیده می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار با هیجان‌هایی که زیادتر یا کمتر از حد تنظیم شده‌اند و حالت‌های کنشی که ذهنیت‌ها نامیده می‌شوند، راه‌اندازی می‌شوند. مقابله‌های سازگار و یا مهارت‌های بین‌فردی بیماران سدی در برابر راه‌اندازی این حالت‌های شدید هیجانی هستند؛ این مقابله‌ها و مهارت‌ها به آنها اجازه می‌دهند تا با توانمندی‌های بالقوه خود آشنا شوند و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند.

شکل ۲،۱ مدل سبب‌شناسی اختلال شخصیت مرزی را بر اساس طرحواره‌درمانی شرح می‌دهد. هنگامی که نیازهای تحولی سالم و طبیعی دوران کودکی برآورده نمی‌شوند، طرحواره‌های ناسازگار شکل می‌گیرند. طرحواره‌های ناسازگار ساختارهای روان‌شناختی هستند که شامل باور ما نسبت به

خود، جهان و دیگران هستند و حاصل برهم‌کنش میان نیازهای برآورده نشده کودکی، سرشت ذاتی کودک و محیط ابتدایی زندگی هستند. طرحواره‌های ناسازگار ترکیبی از خاطره‌ها، ادراک‌های جسمانی، هیجان‌ها و شناخت‌های دوران کودکی هستند و در دوران زندگی به تدریج به پیچیدگی‌ها و جزئیات آنها افزوده می‌شود. این طرحواره‌ها معمولاً در دوران کودکی فرد، نقش انطباقی دارند (برای مثال در شرایطی که کودک مورد بدرفتاری قرار می‌گیرد، چنانچه باور پیدا کند که فرد خطاکار خود است و نه والد بزرگسالش، احتمال نجات یافتنش از این شرایط بالاتر می‌رود). با رشد فرد این طرحواره‌ها تبدیل به طرحواره‌های نادرست، ناکارآمد و محدودکننده‌ای می‌شوند که جایگاه بسیار مستحکمی در اعماق ناخودآگاه دارند و به ندرت به آگاهی می‌رسند.

نوزده طرحواره ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت تشخیص داده شده است (یانگ، ۱۹۹۰؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). از این میان، پانزده طرحواره اصلی در چهار حوزه تنظیم شده‌اند: (۱) بریدگی و طرد، (۲) خودگردانی و عملکرد مختل، (۳) محدودیت‌های مختل، (۴) انتظارات غیر واقع‌بینانه. سه طرحواره به تازگی به این لیست افزوده شده‌اند - منفی‌گرایی، تنبیه و پذیرش‌جویی. از آنجایی که برای در نظر گرفتن مستقل این سه طرحواره، پایه و اساس تجربی وجود ندارد، آنها را در این جدول قرار ندادیم.



شکل ۲،۱ مدل طرحواره‌درمانی در سبب‌شناسی اختلالات شخصیت

با فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار، حالت‌های شدیدی رخ می‌دهد که در طرحواره‌درمانی به آنها "ذهنیت‌های طرحواره‌ای" گفته می‌شود. ذهنیت طرحواره‌ای به حالت‌های هیجانی، شناختی و رفتاری گفته می‌شود که فرد در همان لحظه در آن قرار دارد. اغلب اوقات ذهنیت‌های ناکارآمد با راه‌اندازی همزمان چندین طرحواره ناسازگار، بروز می‌یابند. طبق تعریف این ذهنیت‌ها به چهار حوزه اصلی تقسیم می‌شوند (جدول ۲،۲).

جدول ۱.۲ دسته بندی طرحواره‌ها بر اساس حوزه محتوی

<p>بریدگی و طرد (ارتباط و پذیرش) بی‌اعتمادی/ بد رفتاری محرومیت هیجانی نقص/ شرم انزوای اجتماعی/ بیگانگی بازداری هیجانی</p>	<p>خودگردانی و عملکرد مختل (خودگردانی و عملکرد) وابستگی/ بی‌کفایتی آسیب‌پذیری نسبت به صدمات/ بیماری خودتحويل نیافته/ گرفتار رهاشدگی/ بی‌ثباتی اطاعت شکست</p>
<p>محدودیت‌های مختل (محدودیت‌گزینی) استحقاق خوب‌بستن‌داری ناکافی</p>	<p>انتظارات غیر واقع‌بینانه (انتظارات واقع‌بینانه) ایثار معیارهای سخت‌گیرانه</p>

ذهنیت‌های کودک اولیه (کودک آسیب‌پذیر، خشمگین، تکانه‌ای) با برآورده نشدن مناسب نیازهای هیجانی بنیادی در دوران رشد (مانند احساس امنیت، محبت یا خودگردانی) ایجاد می‌شوند. این "ذهنیت‌های کودک" اولیه با احساسات شدیدی همچون ترس، ناامیدی یا خشم تعریف می‌شوند و شامل واکنش‌های فطری کودک هستند. **ذهنیت‌های والد ناکارآمد** (والد تنبیه‌گر و یا پرتوقع) دسته دوم ذهنیت‌ها را تشکیل می‌دهند. ذهنیت‌های والد ناکارآمد انعکاس‌دهنده درونی‌سازی ابعاد منفی الگوهای دلبستگی (برای مثال، والدین، معلمان و همسالان) در طول دوران کودکی و نوجوانی هستند. نام‌گذاری این ذهنیت‌ها با عنوان "والد" نباید دلیلی برای سرزنش والدین در بروز نشانه‌های BPD باشد. والدین خود موضوعات طرحواره‌ای و ذهنیتی دارند و ممکن است شیوه فرزندپروری نادرستی را تجربه کرده باشند، و در نتیجه در فرزندپروری عملکرد ناقصی داشته باشند. براساس مطالعه مروری که توسط زرنانی و فرانکنبرگ (۲۰۰۷) انجام شده است، مطالعات گوناگون سطح بالایی از سوءرفتار جنسی - ۴۰٪ تا ۷۰٪ - را گزارش کرده‌اند. هرمن، هری و ون دروولک (۱۹۸۹) طی پژوهشی یافتند که ۸۱٪ از بیمارانی که تشخیص اختلال شخصیت مرزی دریافت کرده‌اند سوء رفتارهای جسمی، جنسی و یا عاطفی را از دوران کودکی خود گزارش کرده‌اند.

جدول ۲،۲ ذهنیت‌های طرحواره‌ای، نقش آنها در اختلال شخصیت مرزی، ارتباطشان با علائم BPD

علائم BPD مرتبط	نقش ذهنیت در BPD	ذهنیت‌های کودکی
ترس حقیقی یا خیالی از طرد شدن	احساسات شدید و ناراحت‌کننده- رنج عاطفی و ترس، که توان‌فرسا است و منجر به چرخش به سوی ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار و ایجاد سایر علائم BPD می‌گردد	کودک آسیب‌پذیر تجربه احساسات شدید، رنج عاطفی و ترس، که توان‌فرسا است و منجر به چرخش به سوی ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار و ایجاد سایر علائم BPD می‌گردد
خشم‌های شدید نامتناسب روابط طوفانی واکنش‌های هیجانی	منشاء مشکلات با سایرین، زیرا خشم تنها درباره مشکل کنونی نیست، بلکه با شدتی نامتناسب و همراه با سوءتعبیر است	کودک خشمگین برونریزی خشم در پاسخ به ادراک برآورده نشدن نیازهای بنیادی و یا رفتارهای ناعادلانه
نقص در کنترل خشم خود- آسیب زنی تکانشگری که با احتمال آسیب به خود همراه است حس ناپایداری از خود	منشاء مشکلات بین‌فردی، شغلی و قانونی. رفتارها معمولاً خود آسیب‌رسان هستند یا با احتمال آسیب به خود همراه هستند	کودک تکانشی رفتارهای تکانشی بر اساس تمایل فوری به لذت، بدون توجه به محدودیت‌ها یا نیازهای سایرین (بدون ارتباط با نیازهای بنیادی)
پوچی قطع ارتباط با واقعیت خودانگاره ناپایدار	معمولاً طیفی از دوری‌گزینی تا قطع ارتباط شدید یا گوشه‌گیری فیزیکی وجود دارد. می‌تواند به شکل راندن دیگران از خود با عصبانیت باشد- ذهنیت محافظ خشمگین	ذهنیت‌های مقابله‌ای ناپهنجار اجتناب راندن سایرین از خود، قطع کردن ارتباطات، بازداری عاطفی، گوشه‌گیری، اجتناب
خشم شدید نامتناسب نقص در کنترل خشم	معمولاً همراه با ذهنیت زورگو و مهاجم	جبران افراطی سبک مقابله‌ای حمله و کنترل، گاهی تاحدودی کارآمد
خودانگاره ناپایدار پوچی	معمولاً و بیشتر مواقع با چرخش ذهنیت به سوی جبران افراطی همراه است	تسلیم اطاعت و وابستگی- رها کردن نیازهای خود برای خوشنودی سایرین
تهدید به خودکشی یا اقدام به آن	بسیار متداول، منشاء رفتارهای خود آسیب‌رسان یا تلاش برای خودکشی	ذهنیت‌های والد ناکارآمد تنبیه‌گر نکوهش، محدودسازی و تنبیه خود و دیگران
تهدید به خودکشی یا اقدام به آن خودانگاره ناپایدار	متداول، منشاء احساس کمبود، احساس ناپایدار نسبت به خود	پرتوقع تعیین انتظارات بسیار بالا و سطح بالای مسئولیت پذیری، فشار آوردن بر خود/ دیگران برای رسیدن به استانداردها
هویت بی‌ثبات پوچی	رشد نیافته	ذهنیت‌های سالم بزرگسال بالغ رسیدگی به نیازها به شیوه سالم
هویت بی‌ثبات پوچی	معمولاً حضور ندارد	کودک شاد احساس مورد علاقه بودن، مرتبط بودن، خرسندی
واکنش‌های هیجانی هیوت بی‌ثبات سایکوز وابسته به استرس	می‌تواند منشاء بی‌ثباتی عاطفی، رفتاری، بین‌فردی، هویتی باشد سایکوز زودگذر	چوخش ذهنیت احساس "پریشانی" همیشگی و فرسوده‌کننده، گیجی نسبت به خود و دیگران

لوباستیل، آرنتز و سیزورد (۲۰۰۵) و آرنتز و همکاران (۲۰۰۵) ارتباط تجربی میان ذهنیت‌های طرحواره‌ای و سوءرفتار جنسی دوران کودکی را مورد واری قرار دادند. ذهنیت‌های بیماران اختلال شخصیت مرزی بر اثر تعامل میان سرشت ذاتی کودک و محیط دوران کودکی بوجود می‌آیند. با این وجود، برخلاف مدل سنتی حساسیت به استرس که در اکثر رویکردها (مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی) پذیرفته شده است و اعتقاد دارد استرس به سرشت آسیب‌پذیر حمله می‌کند، طرحواره‌درمانی به این تعامل به عنوان مدلی انعطاف‌پذیر و یا گونه متفاوتی از حساسیت به استرس نگاه می‌کند. بر اساس این مدل بیمار BPD دارای ویژگی‌هایی همانند حساسیت زیاد و واکنش‌پذیری نسبت به محیط است که با قرار گرفتن در معرض شیوه‌های فرزندپروری مسموم و غیرحساس منجر به نتایج منفی می‌شود. با وجود این، در شرایط معدودی نیز همراه شدن همین ویژگی‌ها با میزان بالای پاسخگویی و توجه والدین می‌تواند نتیجه خوبی در پی داشته باشد (لاک وود، پریس، ۲۰۱۲). دلیل آن هرچه که هست، دل‌بستگی ایجاد نشده یا نایمن به عنوان علت بدتنظیمی‌های هیجانی در اختلال شخصیت مرزی در نظر گرفته می‌شود. هنگامی که یک بیمار مبتلا به BPD در ذهنیت والد ناکارآمد قرار دارد، خود-بی‌ارزش‌سازی و خود-نفرتی را تجربه می‌کند و یا به شدت به خودش سخت می‌گیرد. همچنین ممکن است این احساسات به سوی دیگران نشانه گرفته شوند- در نتیجه، فردی که در ذهنیت والد تنبیه‌گر قرار دارد به جای تنبیه یا سرزنش خودش، دیگران را تنبیه و قضاوت می‌کند.

ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد، دسته سوم ذهنیت‌ها، تحت عنوان استفاده بیش از حد از راهکارهای مقابله‌ای ناسالم تعریف می‌شوند (جنگ - جبران افراطی، گریز - اجتناب، و یا میخکوب شدن - تسلیم). تمام اینها با هدف حمایت از ذهنیت آسیب‌پذیر کودک در برابر رنج، اضطراب و یا ترس بیش از حد رخ می‌دهند. این ذهنیت‌های مقابله‌ای بدون آگاهی قبلی در آغاز درمان فعال هستند. ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد با مفهوم مکانیزم‌های دفاعی در هم آمیخته است، مفهومی که در گذشته در رویکرد شناخت‌درمانی فراموش شده بود و برای درک بهتر اختلالات شخصیت کاربرد فراوانی دارد. سبک مقابله‌ای جبران افراطی دربرگیرنده شرایطی است که طی آن فرد درست برخلاف طرحواره‌ای که برانگیخته شده است رفتار می‌کند. نمونه آن ذهنیت زورگو و مهاجم است که در آن مشابه آسیب ادراک شده، به تلافی برگردانده می‌شود. سبک مقابله‌ای اجتناب، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت را در بر می‌گیرد. این ذهنیت نشانه اصلی BPD است که در طیفی از، از دست دادن کوتاه‌مدت تمرکز بر محیط، تا قطع ارتباط شدید با واقعیت گسترده است. بیمار BPD معمولاً زمانی وارد درمان می‌شوند که در ذهنیت محافظ بی‌تفاوت قرار دارند. این ذهنیت به منظور حفاظت از ذهنیت کودک آسیب‌پذیر در برابر احساسات دردناک و توان‌فرسا به‌راه می‌افتد. تسلیم، سومین سبک مقابله‌ای است که بیانگر تسلیم در برابر بروز طرحواره است. برای مثال، چنانچه طرحواره نقص راه‌اندازی شود، پاسخ تسلیم می‌تواند

پذیرش این نقص و رفتار کردن بر اساس آن باشد - هرگز وارد رقابت و کاری نشو تا نالایق به نظر نرسی.

در چهارمین دسته، **ذهنیت‌های سالم**، ذهنیت بزرگسال سالم و ذهنیت کودک شاد دیده می‌شود. ذهنیت بزرگسال سالم شامل افکار کاربردی و رفتارهای متعادل است، و ذهنیت کودک شاد منبعی برای بازیگوشی و فعالیت‌های لذت‌بخش بویژه در اجتماع است. ذهنیت‌های سالم در BPD به شدت کمتر از معمول تحول یافته‌اند. ذهنیت‌ها معمولاً به وسیلهٔ رخدادهایی که دارای بار هیجانی زیادی هستند راه‌اندازی می‌شوند. این ذهنیت‌ها می‌توانند در بیمارانی که از اختلالات شخصیت شدید رنج می‌برند مانند بیماران BPD به سرعت تغییر یابند، و منجر به تغییرات رفتاری ناگهانی و یا عکس‌العمل‌های نامتناسب شوند که خود یکی از اصلی‌ترین عوامل مشکل‌ساز در روابط بین‌فردی بیماران است.

نظریهٔ ذهنیت‌های طرحواره‌ای یانگ و همکاران (۲۰۰۳) ویژهٔ بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در مطالعه لوب استیل، ون ورسویچ و آرنتز (۲۰۰۸) به شیوهٔ تجربی اعتبارسنجی شده است. ملاک‌های تشخیصی اختلال شخصیت مرزی در چهارمین نسخه راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی که به علائم فکری بیماران اشاره دارد، را می‌توان بر اساس ذهنیت‌های طرحواره‌ای معمول در میان این بیماران تفسیر کرد. جدول ۲،۲ این روابط را نشان داده است. به منظور جمع‌بندی رابطهٔ میان چارچوب تشخیصی و ذهنیت‌ها: **ترس از طرد شدن** حالت هیجانی **ذهنیت کودک آسیب‌پذیر** را شرح می‌دهد. **خشم شدید**، همراه با برون‌ریزی‌های غیرقابل کنترل خشم، در ذهنیت‌های **کودک خشمگین** و **کودک تکانه‌ای** بروز پیدا می‌کند. **ذهنیت کودک**، منشاء رفتارهایی است که به طور بالقوه و یا حقیقی خود - آسیب‌رسان هستند. **ذهنیت‌های والد ناکارآمد** (تنبیه‌گر، پرتوقع) منبع دیگری برای رفتارهای خود آسیب‌رسان هستند. این ذهنیت‌ها به کودک القا می‌کنند که لایق تنبیه یا شکست است. بیماران مبتلا به BPD شدید حتی "صدای" والدین‌شان را به صورت جملات امری می‌شنوند که به آنها دستور می‌دهد خود را تنبیه کنند. ذهنیت‌های والد همچنین می‌توانند دلیلی برای اقدام به خودکشی بیمار باشد. این ذهنیت‌ها، در حالی که امید را از بیماران می‌گیرند با قضاوت‌های خود آنها را محکوم به احساس بدبختی و بی‌ارزشی می‌کنند. **ذهنیت مقابله‌ای محافظ بی‌تفاوت** می‌تواند دلیلی برای رفتارهای خود - آسیب‌رسان بویژه بریدن و یا سوزاندن پوست باشد، تا شاید بیمار با این کار بتواند حسی را تجربه کند. **ذهنیت محافظ بی‌تفاوت**، منشاء **احساس پوچی و بی‌ثباتی هویت** بیماران BPD است. این احساس می‌تواند غیرقابل تحمل باشد تا جایی که منجر به اقدام به خودکشی شود. اگر از احساسات خود، که بخش مرکزی وجودتان است جدا شوید، هویت شما دیگر پایدار باقی نخواهد ماند. **تکانشگری** نیز می‌تواند در داشتن حس ناپایدار نسبت به خود سهیم باشد، زیرا بیمار خود را به صورت ناپایدار و غیرقابل پیش‌بینی تجربه می‌کند.

چرخش ذهنیت توضیح مدل طرحواره‌درمانی برای تجربه‌های روانپزشکانه مرتبط با استرس زودگذر (به طور معمول بدبینی) و یا قطع ارتباط شدید با واقعیت است که در BPD وجود دارد، و یکی از معیارهای DSM-IV-TR برای تشخیص این اختلال است. علت برخی از واکنش‌پذیری‌های هیجانی بیماران BPD و در نتیجه روابط ناپایدار آنها چرخش ذهنیت شناخته شده است. مدل ذهنیت، علائم BPD را به زبانی ساده و قابل فهم برای بیماران شرح می‌دهد و کانونی برای فعالیت‌های روان‌درمانی درمانگرها فراهم می‌کند. همان‌طور که در فصل هفتم با تفصیل بیشتری شرح داده می‌شود، برای رسیدگی مؤثر به نیازهای نهفته در پس ذهنیت‌ها، هر ذهنیتی که بیمار در آن قرار دارد پاسخ مناسب درمانگر را تعیین می‌کند؛ ذهنیت‌های کودک به معترشماری، محبت و حمایت همراه با مواجهه همدلانه نیاز دارند و ذهنیت‌های خشمگین و تکانشی نیازمند تعیین حدود هستند. مواجهه همدلانه، رویکرد درمانگر در برابر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتار ذهنیت ناکارآمد است. با همدلی کردن با دلایل پدیدآیی مشکلات بیمار، مواجهه مستقیم با رفتاری که برای زندگی سالم‌تر باید تغییر دارد را تعدیل می‌کنیم. مواجهه همدلانه تنها در متن یک بازوالدینی حد و مرزدار با بیمار مؤثر است. با تشخیص ذهنیت‌های ناکارآمد مشخص می‌شود که حضور آنها به برآوردن نیازهای نهفته کودکی بیماران کمک چندانی نمی‌کنند. ذهنیت‌های والد نیز باید شناخته شده و مجزا از بیمار در نظر گرفته شوند. لازم است با اظهارنظرهای سرزنشگرانه ذهنیت والد تنبیه‌گر چالش شود و کنار گذاشته شود و احکام ذهنیت والد پرتوقع باید به طور واقع‌بینانه بازنگری شود. ذهنیت‌های سالم - بزرگسال سالم و کودک شاد- پادزهرهای ذهنیت‌های ناسازگار و ناکارآمد محسوب می‌شوند و در طی طرحواره‌درمانی با معترشماری شایستگی‌ها و بازی تشویقی، شکل می‌گیرند و نیرومند می‌شوند. به نظر می‌رسد لازم است بر بازی و ذهنیت کودک شاد در طرحواره‌درمانی تأکید شود، زیرا بازی تجربه آموزنده از دست‌رفته مهمی در زندگی بیماران BPD محسوب می‌شود. این تجربه هم با جستجوی محیط به شناخت خود (برای مثال، کشف اینکه چه تجربه‌هایی را دوست داری و یا از آنها بیزار می‌کنی) کمک می‌کند، و هم در زمینه یادگیری‌های بین‌فردی از طریق سایر افرادی که در بازی سهیم هستند، مؤثر است. مفهوم بازی در بزرگسالی را می‌توان از اینکه یک بزرگسالان اغلب تا چه حد می‌تواند با دیگران "خوب بازی کند" درک کرد. هماهنگ شدن ذهنیت بیمار با مداخله و گام درمانی بسیار با اهمیت است. این همخوانی نکته اصلی رابطه بیمار و درمانگر است. این مسئله انعکاسی از توانمندی درمانگر برای درک این موضوع است که بیمار در اعماق ناخودآگاه خود در چه سطحی قرار دارد و در این لحظه در حقیقت چه کسی است. ایجاد این هماهنگی‌ها در طرحواره‌درمانی گروهی به دلیل تعداد بیشتر بیماران دشوارتر است، اما کم اهمیت‌تر نیست. به دلیل این وظیفه حیاتی درمانگر در گروه‌های بیماران BPD به دو درمانگر نیاز است، یکی برای توجه به مجموعه کل گروه، ذهنیت‌ها، فرآیند درمان،