

# طرحواره‌درمانی هیجانی

تندآموز روان‌درمانی

تألیف

رابرت لیپی

ترجمه

آیدا انصاری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت

سپیده نوربخش‌زاد

کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت



# فهرست مطالب

## بخش ۱ مدل طرحواره‌درمانی هیجانی

۸.....	۱ از شناخت تا هیجان.....
۱۶.....	۲ هیجان‌ها چندوجهی هستند.....
۱۹.....	۳ انطباق تکاملی و هیجان.....
۲۲.....	۴ سازه اجتماعی هیجان.....
۲۵.....	۵ هیجان‌ها موضوع شناخت هستند.....
۳۱.....	۶ باورهای ما درباره هیجان‌ها بیانگر سوگیری‌های شناختی هستند.....
۳۴.....	۷ چهارده بُعد طرحواره‌های هیجانی.....
۳۹.....	۸ دیگران چگونه به هیجان‌های ما پاسخ می‌دهند.....
۴۲.....	۹ پیش‌بینی عاطفی.....
۴۸.....	۱۰ عادی‌سازی و غیرعادی‌سازی هیجان‌ها.....
۵۱.....	۱۱ استعاره‌های مربوط به جامعیت هیجان‌ها.....
۵۷.....	۱۲ کمال‌گرایی هیجانی.....
۶۲.....	۱۳ شناسایی راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان.....
۶۷.....	۱۴ اجتماعی شدن هیجانی.....
۷۲.....	۱۵ طرحواره‌های هیجانی در درمان.....

## بخش ۲ اصلاح طرحواره‌های هیجانی

- ۱۶ شناسایی و ارزیابی نظریه‌های علیت و تغییر ..... ۷۶
- ۱۷ راهبردهای سازگارانۀ تنظیم هیجان ..... ۸۲
- ۱۸ مفهوم‌سازی موردی ..... ۸۷
- ۱۹ ابراز هیجان ..... ۹۲
- ۲۰ اعتباربخشی، خود-اعتباربخشی و خود-شفقتی ..... ۱۰۱
- ۲۱ راهبردهای مشکل‌ساز برای جستجوی اعتباربخشی ..... ۱۰۷
- ۲۲ هیجان‌ها جهان‌شمول هستند ..... ۱۱۱
- ۲۳ احساس گناه و شرم ..... ۱۱۵
- ۲۴ هیجان‌ها پایدار نیستند ..... ۱۲۰
- ۲۵ شدت و کنترل هیجان ..... ۱۲۴
- ۲۶ توانمندسازی شخصی ..... ۱۲۸
- ۲۷ تحمل دوگانگی و پیچیدگی ..... ۱۳۲
- ۲۸ مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌ها ..... ۱۳۷
- ۲۹ طرحواره‌های هیجانی بین‌فردی ..... ۱۴۲
- ۳۰ پژوهش در زمینه‌ی طرحواره‌های هیجانی ..... ۱۴۶
- منابع ..... ۱۴۹
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ..... ۱۵۷
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ..... ۱۵۹

# طرحواره درمانی هیجانی

طرحواره‌درمانی هیجانی: ویژگی‌های متمایز دربارهٔ موارد متمایزکنندهٔ این رویکرد جدید برای کمک به درمان‌جو جهت مقابله با هیجان‌های «دشوار» است. نوشتن این کتاب توسط محققى که از سال‌ها تجربهٔ بالینی برخوردار است منبع قابل‌دسترس و بی‌عیب و نقصی را در اختیار خواننده قرار می‌دهد. با استفاده از قالب ویژگی‌های متمایزکننده، این کتاب ۱۵ ویژگی نظری و ۱۵ تکنیک عملی طرحواره‌درمانی هیجانی را توصیف می‌کند.

طرحواره‌درمانی هیجانی منبع ارزشمندی است که برای روان‌درمانگران، بالینگران، روان‌شناسان سلامت، مشاوران، روان‌پزشکان و همهٔ کسانی که دوست دارند دربارهٔ نقش هیجان‌ها و تنظیم هیجان بیشتر بدانند نوشته شده است.

رابرت لیهی، پی‌اچ‌دی، مدیر مؤسسهٔ درمان شناختی نیویورک و استاد روان‌شناسی بالینی گروه روان‌پزشکی دانشکدهٔ پزشکی ویل کورنل است. پژوهش‌های او بر تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجان متمرکز است.

## ویژگی‌های برجسته درمان شناختی - رفتاری

ویراستار: ویندی دریدن

درمان شناختی - رفتاری (CBT) موقعیتی مرکزی در حرکت به سوی درمان‌های مبتنی بر شواهد قرار دارد و غالباً در محیط‌های بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با این حال، هیچ رویکرد جهان‌شمولی دربارهٔ درمان شناختی - رفتاری وجود ندارد و بالینگران از رویکردهای موج اول، دوم و حتی سوم صحبت می‌کنند.

این مجموعه راهنمای ساده و قابل دسترسی برای کاربران درمان شناختی - رفتاری فراهم کرده و ویژگی‌های متمایزکنندهٔ هر رویکرد را مشخص می‌کند. ویندی دریدن ویراستار این مجموعه متخصصان حوزه‌های مختلف را گرد هم آورد تا ۳۰ جنبهٔ اصلی رویکرد خود - ویژگی‌های نظری و عملی - را ارائه دهند.

مطالعهٔ مجموعهٔ ویژگی‌های متمایزکنندهٔ درمان شناختی - رفتاری برای روان‌درمانگران، مشاوران و روان‌شناسانی که می‌خواهند دربارهٔ طیف جدید و در حال رشد رویکردهای درمان شناختی - رفتاری بیشتر بدانند ضروری است.

### عناوین این مجموعه

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ویرایش دوم، ربکا کران

درمان شناختی - رفتاری روایتی، جان رودز

درمان رفتاری هیجانی منطقی، ویندی دریدن

درمان رفتاری هیجانی منطقی، ویرایش دوم، ویندی دریدن

طرحواره‌درمانی، اشکول رافائلی، دیوید برنستین و جفری یانگ

درمان شناختی مبتنی بر کارآزمایی، ایرسمار اولیویرا

رفتاردرمانی دیالکتیکی، ویرایش دوم، مایکل اسوالس و هیدی هیرد

درمان شناختی - رفتاری یکپارچهٔ یک جلسه‌ای، ویندی دریدن

طرحواره‌درمانی هیجانی، رابرت لیپی

# بخش ۱

## مدل طرحواره درمانی هیجانی

## از شناخت تا هیجان

وقتی به این موضوع که چگونه به فکر توسعه مدل طرحواره‌های هیجانی افتادم فکر می‌کردم، سفری طولانی که در فکر و احساسم درباره‌ی روان‌درمانی داشتم از ذهنم گذشت. همانند بسیاری از مردم هم‌نسل خودم، به‌عنوان فردی که شیفته‌ی تفکر روان‌تحلیلی بود، تقریباً همه‌ی کتاب‌های فروید را مطالعه کردم، حتی تصور می‌کردم تفسیرهایم از لکه‌های رورشاخ و سایر تکنیک‌های فرافکن، ناهشیار درونی افراد مورد آزمایش را روشن می‌کنند. سه سال به‌عنوان دانشجوی ادبیات انگلیسی تحصیل کردم - با بسیاری از سنت‌های ادبیات غرب آشنا شدم - که برای من این ماهیت خاص یک چشم‌انداز تراژیک بود. نه تنها شکسپیر بلکه هم‌چنین سبک تراژیک ادبیات یونان و پیام آن مبنی بر سرنوشت پیش‌بینی‌نشده حتی برای قدرتمندان و نخبگان مرا مجذوب کرده بودند. جذب دنیای تراژیک اونومانو و پیچیدگی شخصیت‌ها و سرنوشت آنها در رمان‌های داستایوفسکی شده بودم. به نظر می‌رسید تفکر روان‌تحلیلی با پس‌زمینه‌ی نیروهای فرهنگی که مجذوب آنها بودم آسان بود و ظاهراً برای همه‌چیز هم پاسخی داشت.

اما پس از فارغ‌التحصیلی از دانشگاه واقعیت‌ها بر من مستولی شدند و تحقیقات بیشتری را که در آن زمان تا حدودی محدود به اثربخشی درمان روان‌تحلیلی و فقدان روایی در آزمون روان‌تشخیصی بود مطالعه کردم. حقیقتاً دردناک بود و کمتر مجذوب آنها شدم؛ سرانجام، ناامید شده و به توسعه‌ی پژوهش و نظریه در شناخت اجتماعی

علاقه‌مند شدم.

پژوهش‌های شناخت اجتماعی نشان می‌دهند که ادراک ما اغلب تحت تأثیر طرح‌واره‌ها، اسناد و استنباط ما دربارهٔ صفت‌هایی که مشاهده یا عمل می‌کنیم دچار سوگیری هستند. برای نمونه، رفتار دیگران را از طریق استنباط صفت‌های آنها توضیح می‌دهیم در حالی که به احتمال زیاد رفتار خودمان را با در نظر گرفتن موقعیت خاصی که در آن هستیم توضیح می‌دهیم - این موضوع به سوگیری «کنشگر-مشاهده‌گر» معروف است. این سنت اجتماعی روان‌شناختی مدیون کارهای اولیه فریتز هیدیر (۱۹۵۸) و سایرینی است که در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ کار او را ادامه دادند. مدل اسنادی‌ای که توسط واینر توسعه یافت و بعداً توسط سلیگمن، آلوی و آبرامسون برای افسردگی به کار رفت، محصول مستقیم زمینهٔ شناخت اجتماعی بود و فرایندهایی را توصیف می‌کند که ما از آنها در استنباط قصد و سایر فرایندهای روان‌شناختی در دیگران استفاده می‌کنیم. این مطالعات سنگ‌بنای شناخت اجتماعی بودند که امروزه «نظریه ذهن» یا «فراشناخت» نام دارد - اما خواستگاه آن به کارهای اولیه در روان‌شناسی اجتماعی برمی‌گردد. در همان دوره درگیر پژوهش در شناخت اجتماعی تحولی بود که تحت تأثیر کارهای بزرگان و مدل پیشرفتهٔ سازنده‌گرایی ژان پیاژه قرار داشت. مدل من این بود که افراد گاهی در توالی تحولی به «ساخت» جنبه‌هایی از تجربهٔ اجتماعی‌شان می‌پردازند. پژوهش من در این باب بود که کودکان و بزرگسالان چگونه نابرابری اجتماعی را «می‌سازند» - آنها چگونه نابرابری اقتصادی را توضیح، توجیه یا به چالش می‌کشند و صفت‌های دیگران را استنباط می‌کنند.

در اواخر دههٔ ۱۹۷۰ که برای نخستین بار کارهای بک و ایس را مطالعه می‌کردم تحت تأثیر رویکرد قدرتمند و حساس آنها در درک و درمان افسردگی و اضطراب قرار گرفتم. این رویکرد «عقلانی» وارد بخش منطقی ذهن شد - مرا به سمت پس‌زمینه‌ای که در فلسفه تحلیلی و استدلال منطقی داشتیم سوق داد؛ و این‌گونه به نظر می‌رسید که به درمانجو و درمانگر قدرت می‌دهد. کمک کرد به کار بالینی برگردم - همانند بسیاری از افرادی که به «پاسخ سؤال‌شان می‌رسند» - خودم را وقف آن کردم. هم‌چنین به نظر می‌رسید که مدل شناختی با چیزی که در شناخت اجتماعی روی آن کار می‌کردم



سازگار بود - به‌ویژه که بر پردازش طرحواره‌ای تأکید می‌کرد، فرایندی که به‌خوبی در زمینه شناخت و شناخت اجتماعی مورد تأیید واقع شده بود. احساس می‌کردم پاسخ سؤال را پیدا کرده‌ام. بعداً متوجه شدم که این پاسخ‌ها سؤالات بیشتری را در ذهنم ایجاد کرده‌اند.

مطمئن نبودم که آیا به‌عنوان پژوهشگر علمی ادامه دهم یا کار بالینی را دنبال کنم. سپس، در یک بعدازظهر غم‌انگیز که در دفترم در ونکوور در دانشگاه بریتیش کلمبیا نشسته بودم، سارا اسپرارو - دوست قدیمی من در دانشگاه ییل - از مرکز مطالعات کودک دانشگاه ییل با من تماس گرفت و گفت که دوست و همکار مشترک ما داو خودکشی کرده است. داو دستیار پژوهشی دانشگاه ییل، دوست و همکاری صمیمی‌ام در انجام تحقیقات بود. فشار زیادی را احساس کردم، تحت تأثیر قرار گرفته بودم، گیج و عصبانی شده بودم، می‌دانستم که در روزهای آتی قصد دارم روی افرادی کار کنم که با دیوهای تاریک افسردگی مبارزه می‌کنند. می‌خواستم مطمئن شوم که آیا افرادی مانند دوستم می‌توانند راه دیگری برای رهایی از افسردگی پیدا کنند. به باور خیلی‌ها این تراژدی به من کمک کرد تا مسیرم تغییر یابد و کارم معنای بیشتری پیدا کند. هرگز از این تصمیم پشیمان نیستم. تصمیم گرفتم در مرکز درمان شناختی دانشگاه پنسیلوانیا آموزش‌های بیشتری را نزد بک ببینم.

### **رویکرد اولیه نسبت به درمان شناختی**

در طول سال‌های نخست کارم در درمان شناختی مجبور بودم همانند درمانگران شناختی تکنیک محور عمل کنم و تکنیک‌ها را یکی پس از دیگری اجرا می‌کردم. بسیاری از بیمارانم بهبود می‌یافتند اما متوجه شدم که این کار در مورد برخی درمانجویانم مؤثر نیست و مرا به هدفم که بهبود بیماران است نمی‌رساند. به‌جای استفاده از تکنیک‌های بیشتر، تصمیم گرفتم سکوت کنم و به آنها گوش دهم، ببینم از نظر آنها چه چیزی پاسخ‌های کمتر مثبت به حساب می‌آید. هم‌چنین به متقدمان درمان شناختی گوش دادم. این متقدمان می‌گفتند که ما در درمان شناختی با مقاومت، انتقال،

انتقال متقابل، تجارب دوران کودکی، ناهشیار یا هیجان مقابله نمی‌کنیم. همانند هر دستیاری که دنبال «علت» یا «جنبش» است، در درجه نخست در مقابل این انتقادهای مقاومت کرده و آنها را رد می‌کردم؛ اما سپس تصور می‌کردم که «شاید حق با آنها باشد.»

به جای رد کردن انتقادهای درباره درمان شناختی-رفتاری، این مسائل را فرصتهایی برای گسترش دامنه درمان-شناختی در نظر گرفتم. درباره این موضوعها کتابهای زیادی نوشته و یا ویرایش کردم از جمله غلبه بر مقاومت در درمان شناختی، رابطه درمانی در روان‌درمانی‌های شناختی-رفتاری، بن‌بست‌ها در درمان شناختی-رفتاری و درمان اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان. از آنجایی که تصور می‌کردم هیجان‌ها موضوع اصلی درمان هستند دو کتاب درباره این موضوع نوشتم - تنظیم هیجان در روان‌درمانی و طرحواره‌درمانی هیجانی. وقتی منتقدان درمان شناختی-رفتاری تلاش می‌کردند رویکرد ما را ساده‌انگارانه و فرمولی نشان دهند معتقد بودم که پاسخ خوبی برایشان داریم. به واسطه کارهای پیشرفته‌ای که در حوزه اختلالات شخصیت و مفهوم‌سازی موردی که توسط آرون بک، جودیت بک، آرت فریمن، دنیس دیویس، جفری یانگ، آرنولد آرنتز، جاکی پیرسون، کریستین پادسکی و ویلیام کویکن انجام شده‌اند، اعتقاد دارم که درمان شناختی-رفتاری رویکرد قدرتمند و مدل پیچیده‌ای برای پرداختن به بسیاری از مسائلی است که زمانی در حوزه روان‌پویایی بودند. مدل شناختی به‌طور بالقوه پژوهش و نظریه مدل‌های روان‌شناسی تکاملی، جامعه‌پذیری، نظریه دل‌بستگی، عصب‌روان‌شناسی، شناخت اجتماعی، نظریه شخصیت، پیش‌بینی اثر، نظریه تنظیم هیجان و سایر مدل‌ها را ادغام می‌کند. به یک تعبیر فکر می‌کنم تازه در حال آغاز کار در یک مدل پیچیده‌تر در مورد عملکرد انسان هستیم.

نقش هیجان بخش عمده‌ای از این مدل محسوب می‌شود. همواره به هیجان علاقه داشته‌ام اما چندین مشاهده و تجارب نقطه عطفی در این زمینه برایم بوده‌اند. سال‌ها پیش وقتی در حال صحبت کردن با همکار درمان شناختی-رفتاری‌ام بودم مادرم ناگهان به دلیل خونریزی مغزی فوت کرد؛ در همان حال شروع به گریه کردن کردم و او گفت «جالب است که من به‌عنوان یک بزرگسال هرگز تا به حال گریه نکرده بودم.»

می‌دانستم که او احساسات مرا تأیید می‌کند و به من اهمیت می‌دهد، اما نظر او در آن زمان قطعاً گم‌شده مدل شناختی-رفتاری را برایم به ارمغان آورد. این قطعاً گم‌شده که تجربه از دست دادن، اجتناب‌ناپذیر، غم‌انگیز و اعتباربخشی به درد و رنج است. این چیزی را که در داستان میگل داوانامونو تحت عنوان درد جاودانگی خوانده بودم به من یادآوری کرد. داوانامونو داستانی می‌گوید که در آن دیدگاه عملی و تراژیک زندگی را مقایسه می‌کند. یک مرد مسن کنار خیابان نشسته و گریه می‌کند و مرد جوانی پیش او می‌آید و می‌گوید «چرا گریه می‌کنی؟» مرد مسن با ناراحتی پاسخ می‌دهد «به خاطر مرگ پسرم گریه می‌کنم.» مرد جوان می‌گوید «چرا گریه می‌کنی؟ گریه کردن که هیچ فایده‌ای ندارد.» مرد مسن پاسخ می‌دهد «من دقیقاً به این دلیل که گریه کردن هیچ فایده‌ای ندارد دارم گریه می‌کنم.» و داوانامونو این‌گونه ادامه می‌دهد که ما باید یاد بگیریم «برای طاعون گریه کنیم - نه اینکه فقط آن را شفا دهیم.» تراژدی رنج مشترک همه ماست؛ تأیید می‌کند که فقدان آسیب می‌زند و تجربه درد تا اندازه‌ای برای داشتن یک زندگی کامل ضروری است.

به جای اینکه تصور کنیم هدفمان تجربه «احساس خوب» است، باید یاد بگیریم که یافتن معنا به توانایی احساس کردن همه‌چیز بستگی دارد. غیرممکن است بدون تجربه طیف کاملی از هیجان‌ها، زندگی عمیق و معناداری را با تمام دلبستگی‌ها و از دست دادن‌هایش تجربه کنیم. همه ما خشم، اضطراب، غمگینی، حسادت، غبطه، درماندگی و ناامیدی را تجربه خواهیم کرد؛ اما پاسخ ما به این هیجان‌ها تعیین می‌کند که آیا از این تجربه به‌طور مؤثری استفاده کنیم یا سعی داریم از هیجان‌هایی که در حال تجربه کردن هستیم فرار کنیم.

### **پیشرفت‌های اخیر در درمان شناختی-رفتاری**

در سال‌های اخیر پیشرفت‌هایی در درمان شناختی-رفتاری حاصل شده که نشان می‌دهند افراد چگونه می‌توانند با هیجان‌های دشوار مقابله کنند. در حال حاضر مدل‌های شناختی-رفتاری پیشگام پیچیدگی همه سطوح هیجان و پردازش هیجان را

مورد توجه قرار می‌دهند و رویکردی فراتشخیصی مبتنی بر فرایند به‌جای طبقه‌بندی‌های DSM ارائه می‌دهند (هیز و هافمن، ۲۰۱۸؛ هافمن، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با تأکید بر ذهن‌آگاهی، بر ارتباط فرد با افکار و هیجان‌هایش تأکید می‌کند نه محتوای افکار که هیجان‌ها را به وجود می‌آورند (هیز، استروسال و همکاران، ۲۰۱۱). مدل اکت هم‌چنین بر نقش ارزش‌ها در روشن‌سازی اهداف تأکید می‌کند که به ما اجازه می‌دهند پریشانی و ناراحتی را تحمل کنیم زیرا دنبال معنا در زندگی مان هستیم. مدل طرحواره‌درمانی هیجانی بر اساس برخی از چشم‌اندازهای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بنا شده اما مدل پیشنهادی من بیشتر دربارهٔ نظریهٔ فردی پیرامون هیجان و نظریهٔ تنظیم هیجان است (لیهی، ۲۰۱۵؛ ۲۰۱۸). از این نظر که مردم چگونه فکر می‌کنند و چگونه به هیجان‌هایشان پاسخ می‌دهند مدلی شناختی است، اما از راهبردهایی استفاده می‌کند که با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش سازگار هستند. یکی دیگر از مدل‌های مرتبط مدل رفتاردرمانی دیالکتیکی است که بر مهارت‌های تنظیم هیجان و رفتار تمرکز می‌کند و به درمانجویان کمک می‌کند «اسطوره‌هایشان» دربارهٔ هیجان‌ها را شناسایی کنند (لینهان، ۱۹۹۳). مجدداً، طرحواره‌درمانی هیجانی بسیاری از این ایده‌ها و تکنیک‌ها را شناسایی و ترکیب می‌کند اما مدل رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌خودی‌خود دربارهٔ این نیست که مردم دربارهٔ هیجان‌هایشان چگونه فکر کرده و آن را ارزیابی، توضیح و ارزش‌گذاری می‌کنند. مدل فراشناختی که توسط ولز معرفی شد و بر سندرم شناختی توجهی (CAS) تأکید می‌کند ارتباط مستقیم‌تری با مدل طرحواره‌درمانی هیجانی دارد؛ براساس سندرم شناختی توجهی افراد در دام فکرهایشان می‌افتند، تلاش می‌کنند فکرهای ناخواسته را کنترل یا سرکوب کنند و به‌این‌ترتیب چرخهٔ نگرانی یا نشخوار دائمی می‌شوند (ولز، ۲۰۰۰). می‌توان مدل طرحواره‌درمانی هیجانی را به خاطر برخی شباهت‌های ساختاری با مدل فراشناختی برابر دانست، اما در مدل پیشنهادی بر هیجان‌ها نه فکرها تأکید می‌شود، زیرا با ارزش‌ها، رفتار و کارکرد بین‌فردی مرتبط است. به همین ترتیب، محتوای طرحواره‌درمانی هیجانی «نظریه‌ای ساده» را شامل می‌شود که درمانجویان دربارهٔ ارزیابی هیجان‌ها، شرم، گناه، نقش ابراز و اعتباربخشی و عادی‌سازی تجارب هیجانی خود و دیگران دارند (لیهی، ۲۰۱۵). البته،