

فصل اول: تمرکز مجدد بر طرحواره‌های شناختی ..... ۱۳

فصل دوم: ارزیابی شناختی و مفهوم‌پردازی مورد ..... ۲۳

بررسی افکار خودآیند ..... ۲۸

بررسی فرایند شناختی ..... ۲۹

تعیین رویدادهایی که با شروع افسردگی ارتباط دارند ..... ۳۰

روش پیوستار ..... ۳۴

فهرست اطلاعات مثبت ..... ۳۵

آزمایش تاریخچه‌ای طرحواره ..... ۳۶

نتیجه‌گیری ..... ۳۹

پیوست ۴-۲ ..... ۴۸

پیوست ۵-۲ ..... ۴۹

پیوست ۶-۲ ..... ۵۰

پیوست ۷-۲ ..... ۵۲

پیوست ۸-۲ ..... ۵۳

پیوست ۹-۲ ..... ۵۴

پیوست ۱۰-۲ ..... ۵۵

فصل سوم: طرحواره‌های ناسازگار در افسردگی مزمن ..... ۵۹

درمان افراد مبتلا به افسردگی مزمن ..... ۶۳

چرا باید بر طرحواره‌ها تمرکز کنیم؟ ..... ۶۳

تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی ..... ۶۵

رفتارهای جبرانی ..... ۶۷

راهبردهای مداخله‌ای ..... ۶۷

حفظ اصول اساسی درمان شناختی ..... ۷۰

توضیح مورد ..... ۷۱

اطلاعات تشخیصی و تاریخچه ..... ۷۱

مفهوم‌پردازی بر اساس باورهای بنیادین ..... ۷۲

مداخلات درمانی ..... ۷۳

نتیجه‌گیری و مسائل حل نشده ..... ۷۵

فصل چهارم: ساختارهای طرحواره و مدل‌های شناختی اختلال استرس پس از سانحه .... ۸۱

مفهوم طرحواره در نظریه‌های شناختی اختلال استرس پس از سانحه ..... ۸۲

۸۲.....	نظریه‌های یکپارچه‌ی طرحواره‌ی درباره‌ی اختلال استرس پس از سانحه
۸۴.....	نظریه‌های مربوط به شناخت‌های چندگانه
۸۴.....	در مورد اختلال استرس پس از سانحه
۸۷.....	طرحواره‌های شناختی و مطالعات مربوط به پردازش
۸۷.....	اطلاعات در اختلال استرس پس از سانحه
۸۷.....	فرض‌های مربوط به عدالت، دنیا یا دیگران
۹۳.....	اسنادها و آسیب‌های روانی پس از سانحه
۹۶.....	ارزیابی مبتنی بر طرحواره
۹۹.....	رویکردهای طرحواره‌محور و مداخلات شناختی در اختلال
۹۹.....	استرس پس از سانحه
۱۰۲.....	راهنمای عملی برای ارزیابی و درمان طرحواره‌محور اختلال استرس پس از سانحه
۱۱۵.....	جهت‌گیری پژوهش‌های آینده

### فصل پنجم: درمان شناختی - رفتاری اختصاصی برای اختلال وسواس - اجباری مقاوم به

۱۲۴.....	درمان
۱۲۶.....	مدل نظری طرحواره محور
۱۲۷.....	ساختار هویت
۱۳۱.....	استفاده از مدل در کار بالینی
۱۳۲.....	خلاصه‌ی درمان شناختی-رفتاری برای اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان
۱۳۴.....	خلاصه‌ی ارزیابی و مداخلات درمانی طرحواره‌محور
۱۳۷.....	اثربخشی درمان و جهت‌گیری تحقیقات آینده

### فصل ششم: مدل‌های شناختی - رفتاری و طرحواره محور برای درمان اختلالات درمان

۱۴۶.....	مواد
۱۴۸.....	نظریه و درمان‌های شناختی-رفتاری برای
۱۴۸.....	اختلالات سوء مصرف مواد
۱۴۸.....	مهارت‌های مقابله‌ای جلوگیری از عود
۱۵۱.....	درمان عقلانی- رفتاری- عاطفی
۱۵۳.....	درمان شناختی
۱۵۵.....	درمان طرحواره‌محور
۱۵۷.....	مطالعه موردی
۱۵۹.....	پژوهش‌های مربوط به طرحواره در سوء مصرف مواد
۱۵۹.....	مصرف مواد و باورهای بنیادین
۱۶۲.....	تشکیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۱۶۲.....	تحقیقات مبتنی بر پرسشنامه
۱۶۶.....	طرحواره‌درمانی دوجبهی: تدوین مدل و یافته‌ها

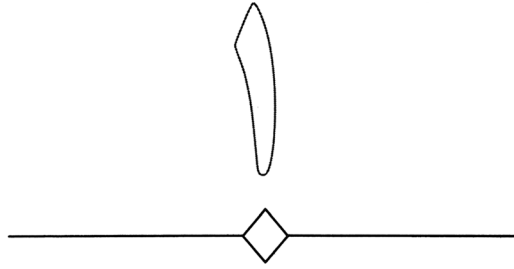
فصل هفتم: درمان شناختی - رفتاری طرحواره محور برای اختلالات خوردن.....	۱۷۹
طرحواره‌ها در اختلالات خوردن .....	۱۸۲
یافته‌های پژوهشی .....	۱۸۴
کمبودهای موجود در ادبیات پژوهش .....	۱۸۵
مدل پیشنهادی طرحواره محور برای اختلالات خوردن .....	۱۸۷
جبران طرحواره در رفتارهای محدودکننده .....	۱۸۸
اجتناب از طرحواره در رفتارهای مربوط به پرخوری .....	۱۸۹
فرایندهای چندگانه در موارد مختلط .....	۱۹۰
ارتباط مدل طرحواره با مدل‌های نگهدارنده‌ی اختلالات خوردن .....	۱۹۱
ملاحظات اولیه .....	۱۹۲
ارزیابی و ارزشیابی .....	۱۹۴
مفهوم‌پردازی اختلالات خوردن در درمان شناختی-رفتاری طرحواره محور .....	۱۹۸
آماده کردن بیمار .....	۲۰۱
تغییرات شناختی و رفتاری .....	۲۰۳
فرایند درمان شناختی-رفتاری طرحواره محور .....	۲۱۶
آموزش، نظارت و حمایت .....	۲۱۷

#### فصل هشتم: مفهوم‌پردازی موردی و طرحواره‌های شناختی در درمان شناختی اختلالات

سایکوتیک .....	۲۲۶
طرحواره‌های ناسازگار و اختلالات سایکوتیک .....	۲۲۸
ارزیابی و درگیر کردن بیمار در درمان .....	۲۳۱
مفهوم‌پردازی .....	۲۳۳
راهبردهای کلامی .....	۲۳۶
راهبردهای رفتاری .....	۲۴۰
روش‌های تغییر طرحواره .....	۲۴۱
نتیجه‌گیری .....	۲۴۸

#### فصل نهم: طرحواره‌ها و باورهای بنیادین ناسازگار در درمان و پژوهش زوجها.....

دلبستگی بزرگسالی .....	۲۵۷
مداخله .....	۲۶۷
جلوگیری از عود .....	۲۷۱
تحقیقات مربوط به اثربخشی درمان‌های شناختی بر روی مشکلات زوج .....	۲۷۲
جهت‌گیری تحقیقات آینده .....	۲۷۴



# تمرکز مجدد بر طرحواره‌های شناختی

لارنس. پی ریزو و کارولینا مک‌براید<sup>۱</sup>

آرون تی بک<sup>۲</sup> (۱۹۶۷، ۱۹۷۶) بیش از ۳۰ سال پیش، در نظریه‌ی خود درباره‌ی اختلالات هیجانی، بر عملکرد طرحواره‌های شناختی به عنوان اساسی‌ترین عامل تأکید کرد. بر اساس این نظریه، طرحواره‌ها در ایجاد و تداوم مشکلات روانی و همچنین عود دوره‌های بیماری نقش اساسی را بازی می‌کنند.

علی‌رغم نقش محوری طرحواره‌های شناختی در کتاب‌های اولیه‌ی شناخت‌درمانی، رویکردهای درمانی و تکنیک‌های شناختی که بعداً به وجود آمدند، بیشتر شناخت‌ها را در سطح افکار خودآیند منفی، باورهای میانجی و سبک اسنادی مورد توجه قرار می‌دادند. به طور مشابه، پروتکل‌های روان‌درمانی نیز به صورت کوتاه‌مدت تدوین شدند و به فرایندهای در سطح طرحواره کمتر توجه می‌شد.

در اغلب نظریه‌های درمان شناختی، شناخت به سطوح مختلفی تقسیم می‌شود (کلارک<sup>۳</sup> و بک، ۱۹۹۹). افکار خودآیند (AT) سطحی‌ترین و اختصاصی‌ترین سطح

---

1- Carolina McBride

2 - Aaron T. Beck

3 - Clark

شناخت هستند. افکار خودآیند شناخت‌های لحظه‌ای هستند و بدون تلاش یا به صورت خود انگیخته و در پاسخ به موقعیت‌های مشخص رخ می‌دهند. آنها به راحتی قابل دسترسی هستند و به صورت افکار هوشیار بروز می‌کنند. نمونه‌هایی از افکار خودآیند عبارتند از "من در این امتحان می‌افتم" "به نظر او من واقعاً خسته کننده هستم" یا "هیچ وقت شغلی به دست نمی‌آورم". افکار خودآیند اغلب به صورت منفی‌گرایانه تحریف شده‌اند و به عنوان مثال به صورت فاجعه‌سازی، شخصی‌سازی یا کوچک‌نمایی ابراز می‌شوند. این افکار بسیار مهم هستند، زیرا با خلق فرد و واکنش‌های رفتاری او به موقعیت ارتباط تنگاتنگی دارند.

باورهای در سطح میانجی (که باورهای میانجی یا فرض‌های مشروط نامیده می‌شوند) اغلب به صورت قواعد "اگر... پس" هستند. نمونه‌هایی از باورهای میانجی عبارتند از: "اگر کارهایی را که دیگران می‌خواهند انجام دهم، پس آنها مرا دوست دارند" و "اگر به دیگران اعتماد کنم، آنها به من آسیب می‌زنند."

طرحواره‌های شناختی کلی‌ترین سطح شناخت هستند. افکار خودآیند منفی و باورهای میانجی به طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر طرح‌واره‌های شناختی هستند، به ویژه زمانی که این طرح‌واره‌ها فعال می‌شوند. در روانشناسی شناختی، طرح‌واره‌های شناختی نقش مهمی را در شناخت یادگیری و حافظه بازی می‌کنند. در حوزه‌ی بالینی، بک (۱۹۶۷) طرح‌واره‌های شناختی را به عنوان "ساختارهای شناختی برای ارزیابی، رمزگردانی و ارزشیابی محرک‌هایی که به ارگانسیم آسیب می‌رسانند..." تعریف کرد.

اخیراً تعدادی از نظریه‌پردازان به عقیده‌ی بک درباره‌ی نیاز به مفهوم‌پردازی بیماران بر اساس طرح‌واره‌های شناختی آنها بازگشته‌اند (برای مثال به یانگ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵، و سفران<sup>۲</sup>، والیس<sup>۳</sup>، سگال<sup>۴</sup> و شاو<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶ رجوع کنید). جفری یانگ<sup>۶</sup> (۱۹۹۵)؛ یانگ، کلووسکو<sup>۷</sup>، وایشار<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳) یکی از مهم‌ترین هواداران رویکرد طرح‌واره‌درمانی است. یانگ (۱۹۹۵) با توجه به محدودیت‌های شناخت‌درمانی کلاسیک، پیشنهاد کرد که تمرکز بر طرح‌واره‌ها بسیار مهم است. به عقیده‌ی وی بعضی از بیماران از تغییرات لحظه به لحظه در عاطفه‌ی خود کمتر آگاه می‌شوند و به همین دلیل تمرکز بر افکار خودآیند، برای این بیماران چندان نتیجه‌بخش نیست. برخی بیماران دیگر به آسانی

---

1 - Young  
 2 - Safran  
 3 - Vallis  
 4 - Segal  
 5 - Shaw  
 6 - Jeffrey young  
 7 - Klosko  
 8 - Weishaar

می‌توانند به غیر منطقی بودن افکارشان پی ببرند اما گزارش می‌کنند هنوز هم "احساس بدی" دارند. بعضی دیگر از مراجعان نمی‌توانند اتحاد درمانی مشارکتی را که لازمه‌ی درمان‌های علامت‌مدار است، برقرار کنند. سرانجام، یانگ عنوان کرد بیمارانی که در جامعه و کلینیک‌های خصوصی دیده می‌شوند اغلب پیچیده‌تر و مزمن‌تر از بیمارانی هستند که در پژوهش‌های با پروتکل‌های درمان شناختی سه ماهه شرکت می‌کنند. در نتیجه، نیاز به تمرکز بر طرحواره‌های شناختی اجرای درمان شناختی را تحت تأثیر قرار داده است. این کتاب، با مشارکت و همکاری تعدادی از نویسندگانی که رویکرد طرحواره‌محور<sup>۱</sup> را برای شناخت و درمان اختلالات بالینی خاص متناسب کرده‌اند، نگاشته شده است.

افزایش علاقه به شناخت طرحواره‌های شناختی با پژوهش درباره‌ی ابعاد بنیادی آسیب‌پذیری روانی هم‌زمان بوده است. پژوهش درباره‌ی فرایندهای بنیادی، عواملی مانند مزاج<sup>۲</sup>، شخصیت و اختلالات شخصیت را در برمی‌گیرد. رویکردهای طرحواره‌محور افزایش علاقه به پژوهش درباره‌ی پیش‌آیندهای رشدی آسیب‌شناسی را نیز منعکس می‌کنند.

مفهوم طرحواره‌ها در روانشناسی شناختی، رشد شناختی، روانشناسی خود و نظریه‌ی دلبستگی ریشه دارد. در متون درمان شناختی، مفهوم طرحواره‌ی شناختی معناهای مختلفی دارد (جیمز<sup>۳</sup>، ساوتام<sup>۴</sup> و بلک‌برن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ سگال، ۱۹۸۸؛ یانگ و همکاران ۲۰۰۳). این تعریف‌ها بر اساس این موضوع که طرحواره‌ها، ساختارهای شناختی قابل دسترس یا غیرقابل دسترس هستند، متغیر هستند. اما، اغلب این تعریف‌ها عنوان می‌کنند که طرحواره‌های شناختی، شناخت‌های کلی و فراگیری هستند که در مقابل تغییر مقاومند و تأثیر بسیار زیادی بر فکر و عاطفه دارند. همان‌طور که در نظریه‌ی روان‌تحلیل‌گری عنوان می‌شود، ایده‌ی طرحواره‌های شناختی بر این باور است که فرایندهای ناهشیار بر فکر و عاطفه و رفتار تأثیر می‌گذارند. اما برخلاف مفهوم ناهشیار در نظریه‌ی روان‌پویایی، طرحواره‌ها از طریق پردازش ناهشیار اطلاعات بر افکار، عاطفه و رفتار تأثیر می‌گذارند، نه از طریق انگیزش‌های ناهشیار و سائق‌های غریزی.

---

9- schema-focused approach  
 2 - temperament  
 3 - James  
 4 - Southam  
 5 - Blackburn

پژوهش‌های اولیه برای مطالعه طرحواره‌های شناختی از ابزارهای مداد-کاغذی مانند مقیاس نگرش‌های ناکارآمد<sup>۱</sup> (وایزمن<sup>۲</sup> و بک، ۱۹۷۸) استفاده کردند. مطالعات متعددی دریافتند افرادی که هم‌اکنون در دوره‌ی افسردگی به سر می‌برند، در پرسشنامه‌هایی که ظاهراً طرحواره‌های ناکارآمد را اندازه‌گیری می‌کنند، در مقایسه با افرادی که هرگز افسرده نبوده‌اند، نمرات بیشتری کسب می‌کنند (به سگال، ۱۹۸۸ رجوع کنید). اما، تحقیقات بعدی نشان دادند پس از بهبود نشانه‌های افسردگی، نمرات افراد به حالت به هنجار باز می‌گردد (بلاک‌برن، جونز<sup>۳</sup> و لوین<sup>۴</sup>، ۱۹۶۸؛ گیلز<sup>۵</sup> و راش<sup>۶</sup>، ۱۹۸۳؛ هاگا<sup>۷</sup>، دیک<sup>۸</sup> و ارنست<sup>۹</sup>، ۱۹۹۱؛ هلون<sup>۱۰</sup>، کندال<sup>۱۱</sup> و لامری<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۶؛ سیلورمن<sup>۱۳</sup>، سیلورمن و اردلی<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۴). توجه این یافته‌ها بر اساس دیدگاه طرحواره‌محور، به این صورت است که پس از بهبود نشانه‌ها طرحواره‌های شناختی غیرفعال می‌شوند و بنابراین شناسایی آن‌ها دشوار است.

بنابراین، تحقیقات جدید طرحواره‌های شناختی را با استفاده از تکالیف پردازش اطلاعات بررسی کردند. فرض بر این بود که تکالیف پردازش اطلاعات کمتر در معرض گزارش‌های سوگیرانه هستند و بهتر می‌توانند طرحواره‌ها را شناسایی کنند، به ویژه زمانی که تکالیف پردازش اطلاعات با تلاش برای فعال کردن طرحواره همراه می‌شوند. در یکی از این تکالیف، افراد درباره‌ی این موضوع قضاوت می‌کردند که بعضی از صفات مثبت یا منفی آنان را توصیف می‌کند یا خیر. سپس، این آزمودنی‌ها در یک آزمون یادآوری شرکت می‌کردند. این تحقیقات نشان دادند که افراد افسرده نه تنها نسبت به یادآوری اطلاعات منفی مربوط به خود سوگیری داشتند (دری<sup>۱۵</sup> و کیوپر<sup>۱۶</sup>، ۱۹۸۱؛ دابسون<sup>۱۷</sup> و شاو، ۱۹۸۷)، همچنین، مهم‌تر این‌که افرادی که قبلاً افسرده بودند نیز پس از القای خلق غمگین در یادآوری‌هایشان دچار سوگیری می‌شدند (هدلاند<sup>۱۸</sup> و روود<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۵؛ تیسدل<sup>۲۰</sup> و دنت<sup>۲۱</sup>، ۱۹۸۷). در یک تحقیق دیگر، افرادی که از افسردگی بهبود یافته بودند، در مقایسه با افرادی که هرگز افسرده نبودند، پس از شرکت در یک تکلیف القای خلق غمگین در طی یک آزمون شنیداری لغات متضاد اشتباهات

1 - Dysfunctional Attitude Test  
3 - Jones  
5 - Giles  
7 - Haaga  
9 - Ernst  
11 - Kendall  
13 - Silverman  
15 - Derry  
17 - Dabson  
19 - Rude  
21 - Dent

2 - Weissman  
4 - Lewin  
6 - Rush  
8 - Dyck  
10 - Holon  
12 - Lumry  
14 - Eardley  
16 - Kuiper  
18 - Hedlund  
20 - Teasdale

شنیداری بیشتری داشتند (اینگرام<sup>۱</sup>، برنت<sup>۲</sup> و مک‌لافلین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). سرانجام، میراندا<sup>۴</sup> و همکارانش (میراندا، گراس<sup>۵</sup>، پرسونز، هان، ۱۹۹۸؛ میراندا، پرسونز و بیرس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۰) نگرش‌های ناکارآمد را در افرادی که قبلاً افسرده بودند و کسانی که هرگز افسردگی را تجربه نکرده بودند، بررسی کردند. اگرچه دو گروه قبل از تکلیف القای خلق سطوح نگرش‌های ناکارآمد مشابهی داشتند، پس از القای خلق منفی تنها افراد افسرده افزایش در نگرش‌های ناکارآمد را گزارش کردند. این مطالعات و پژوهش‌های دیگر این عقیده را تأیید می‌کنند که طرحواره‌ها در جریان دوره‌های بهبود غیرفعال می‌شوند و هنگامی که این طرحواره‌ها فعال می‌شوند قابل دسترس می‌گردند و بر پردازش شناختی تأثیر می‌گذارند.

اهمیت این طرحواره‌ها در ایجاد و تداوم آسیب‌شناسی روانی و همچنین نقش این طرحواره‌ها در مقاومت نسبت به درمان، مشترکات زیادی با محور II راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دارد (یعنی اختلالات شخصیت) (ویرایش چهارم؛ DSM-IV؛ انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۹۹۴). همانند اختلالات شخصیت، طرحواره‌ها موضوعات فکری پایداری را در برمی‌گیرند که در اوایل زندگی ایجاد شده‌اند و نقش مهمی را در شناخت و درمان طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی بازی می‌کنند. اما، برخلاف اختلالات شخصیت، طرحواره‌ها به جای مقوله‌ای بودن به صورت ابعادی هستند و بیشتر شناختی-عاطفی هستند تا رفتاری. همچنین، طرحواره‌ها در روانشناسی شخصیت و پدیدارشناسی شناختی ریشه دارند، اما اختلالات شخصیت از فرهنگ نام‌های روانپزشکی و آسیب‌شناسی توصیفی سرچشمه گرفته‌اند.

با توجه به علاقه فزاینده درباره شخصیت، مزاج و پیشایندهای رشدی آسیب‌شناسی روانی و همچنین نظریه طرحواره، ما فکر می‌کنیم کتابی که به نظریه طرحواره و رویکردهای طرحواره‌محور به مشکلات بالینی پردازد، بسیار سودمند خواهد بود. این کتاب به این موضوع می‌پردازد که چگونه اصول اساسی نظریه طرحواره را می‌توان برای مشکلات بالینی اختصاصی به کار برد. فصول این کتاب چند اختلال عمده‌ی روانی را پوشش می‌دهد. این اختلالات عبارتند از افسردگی، اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال مصرف مواد، اختلال وسواسی-جبری، اسکیزوفرنیا و مشکلات زناشویی. هر فصل با تحقیقات بنیادی درباره‌ی فرایندهای طرحواره و مسائل مربوط به ارزیابی طرحواره در آن اختلال خاص آغاز می‌شود و در ادامه کاربردهای



بالینی رویکرد طرحواره‌محور. مورد بحث قرار می‌گیرد. هر فصل تلویحاتِ رویکرد طرحواره‌محور را بر روی نظریه، پژوهش و درمان تشریح می‌کند. بنابراین، این کتاب برای یک درمانگر-پژوهشگر یا یک پژوهشگر-درمانگر که آشنایی مقدماتی با متون درمان شناختی دارد، نگاشته شده است. نویسندگان همکار در این کتاب از مدیران کلینیک تا اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی متغیر هستند و همه‌ی آن‌ها مدل‌های درمانی جدیدی را تدوین کرده‌اند که در آن علم و کار بالینی را با هم تلفیق کرده‌اند.

در این کتاب، چند فصل (یعنی فصل‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۸) به‌طور گسترده‌ای از نظریه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ تأثیر پذیرفته‌اند (۱۹۹۵، یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). یانگ (۱۹۹۵) طرحواره‌های ناسازگار اولیه را به عنوان "ساختارهای بسیار پایدار و مقاوم که در دوره کودکی ایجاد می‌شوند و به سراسر زندگی فرد گسترش می‌یابند" تعریف کرده‌است (ص ۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه که موضوعات اساسی زندگی فرد را در برمی‌گیرند و به وسیله‌ی ابزارهای خودگزارشی ارزیابی می‌شوند، تا حدودی با تعریف‌های دیگر طرحواره که در آن‌ها بر یک ساختار و سازمان ناآشکار از اجزای شناختی و عاطفی تأکید می‌شود، (سگال، ۱۹۸۸؛ سگال، گمار<sup>۱</sup>، تروچان<sup>۲</sup>، جرجیوس<sup>۳</sup>، هوروتیز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵) متفاوت هستند. طبق یک دیدگاه "ساختاری‌تر"، وجود طرحواره‌های شناختی را تنها می‌توان با تکالیف پردازش اطلاعات نشان داد. برعکس، ۱۶ طرحواره‌ی ناسازگار اولیه با پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ ارزیابی می‌شود (YSQ-یانگ ۱۹۹۵)<sup>۵</sup>. نمونه‌هایی از طرحواره‌های ناسازگار اولیه عبارتند از: شکست، آسیب‌پذیری در مقابل صدمه و محرومیت هیجانی. به‌طور کلی شواهد زیادی در مورد ساختار عاملی (لی<sup>۶</sup>، تیلور<sup>۷</sup> و دان<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹؛ اشمیدت<sup>۹</sup>، جوینر<sup>۱۰</sup>، یانگ و تلچ<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۵) (۱۹۹۵) و پایایی YSQ وجود دارد (ریزو و همکاران، زیر چاپ). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، محتوای کلامی طرحواره را در برمی‌گیرند و بنابراین نسبت به تعاریف دیگر طرحواره که اساساً بر ساختار تأکید می‌کنند، در دسترس‌تر هستند. در دسترس

1- Gemar  
2- Truchon  
3 - Geurguis  
4 - Horowitz

۵ - ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط دکتر لادن فتی و همکاران بررسی شده است. رجوع کنید به: فتی، ل. موتابی، ف. دابسون، ک. مولودی، ر. ضیایی، ک. (۱۳۸۸). ساختار عاملی نسخه‌ی ایرانی پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ-۲۳۲ در یک نمونه‌ی غیربالینی. فصل‌نامه‌ی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۱۶، ۲۴۶-۲۲۷.

6 - Lee  
7 - Taylor  
8 - Dunn  
9 - Schmidt  
10 - Joiner  
11 - Telch

بودن طرحواره‌های ناسازگار اولیه از لحاظ بالینی یک ویژگی مطلوب است، زیرا آن‌ها در ارزیابی درمانی کاملاً آشکار می‌شوند (الیوت<sup>۱</sup> و لاسن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان ساختارهایی که در سطح آگاهی قرار دارند، کاملاً با مفهوم باورهای هسته‌ای هماهنگ هستند. باورهای هسته‌ای به عنوان محتوای شناختی یا بازنمایی کلامی طرحواره‌ها تعریف شده‌اند. هم باورهای بنیادین و هم طرحواره‌ها به عنوان ساختارهای باوری بسیار پایه‌ای و بیش‌تعمیم‌یافته تعریف شده است. باورهای بنیادین و طرحواره‌ها بر انتخاب و تفسیر اطلاعات ورودی تأثیر می‌گذارد، سطوح قدرت و فعالیت مختلفی دارند و از عواطف و شناخت‌های خاصی برخوردارند. به دلیل کمبود مطالعات تجربی و نظری برای توجیه تمایز اساسی طرحواره‌ها و باورهای بنیادین، این دو واژه معمولاً به صورت مترادف به کار می‌رود. ما نیز در عنوان این کتاب از هر دو واژه استفاده کرده‌ایم. در فصل‌های کتاب نیز از هر دو واژه استفاده شده است.

مفهوم طرحواره‌های شناختی در ابتدا برای شناخت اختلالات افسردگی تدوین شد و پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شد. بنابراین، این کتاب با یک فصل درباره‌ی طرحواره‌های شناختی و اختلال افسردگی اساسی آغاز می‌شود. فصل دوم به افسردگی مزمن اختصاص داده شده است. زیرا هم‌اکنون شواهد قابل توجهی درباره تفاوت‌های اساسی بین افسردگی مزمن و غیرمزمن وجود دارد. به علاوه، همچنان که در فصل دوم توضیح داده شده است، شواهد نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار مخصوصاً با اشکال مزمن افسردگی ارتباط دارند.

فصل‌های دیگر کتاب، نظریه‌ی یانگ (۱۹۹۵) را برای مشکلات بالینی خاص متناسب کرده‌اند. در فصل ۶ فعالیت دردناک طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان یک عامل خطر برای عود اختلالات سوء‌مصرف مواد مطرح شده است. در فصل ۷، والر<sup>۳</sup> و همکارانش توضیح می‌دهند که چگونه واکنش به طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور نسبی شکل اختلال خوردن را تعیین می‌کند. فصل ۸ توضیح می‌دهد چگونه طرحواره‌های شناختی بر شکل نشانه‌های روان‌پریشی تأثیر می‌گذارند. سپس، روش مفهوم‌پردازی مورد و مداخلات اختصاصی برای بیماران مبتلا به اسکزوفرنیا و اشکال دیگر اختلالات روان‌پریشی توضیح داده شده است.

فصل‌های ۴، ۵ و ۹ (که به ترتیب درباره اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواس-جبری و مشکلات زناشویی است) بیشتر بر مسائل نظری و سمت و سوی پژوهش‌های آینده تمرکز کرده‌اند. زیرا در این زمینه‌ها کوشش‌های اندکی برای تبدیل نظریه و پژوهش به دستورالعمل‌های بالینی انجام شده است.

فصل ۴ مشکلات مربوط به قربانیان تروما را تشریح کرده است، زیرا این افراد سعی می‌کنند تجربه‌های آسیب‌زای خود را با طرحواره‌هایشان درباره‌ی خود، دنیا و آینده هماهنگ کنند.

فصل ۵ زیر گروهی از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مقاوم را توصیف می‌کند که ممکن است راهبردهای طرحواره‌محور در مورد آن‌ها، مؤثرتر از درمان‌های مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ باشد. سرانجام، فصل ۹ جدیدترین کاربرد بالینی نظریه‌ی طرحواره را بررسی می‌کند (درمان مشکلات مربوط به زوج). موضوعات بحث شده در این فصل کاربرد نظریه‌ی دلبستگی، سناریوهای ارتباطی و نظریه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۵) را در شناخت و درمان زوج‌های ناسازگار در برمی‌گیرد. در نهایت ما این کتاب را با بحثی درباره‌ی نقاط قوت و محدودیت‌های رویکرد طرحواره‌محور، سؤال‌های بدون جواب و جریان پژوهش‌های آینده به پایان می‌رسانیم.

## منابع

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. (1967). *Degression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Blackburn, I. M., Jones, S., & Lewin, R. J. (1986). Cognitive style in depression. *British journal of Clinical Psychology*, 25, 241-251.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Derry, P. A., & Kuiper, N. A. (1981). Schematic processing and self-reference in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 286-297.

- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1987). Specificity and stability of self-referent encoding in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 34-40.
- Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997). A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 12-28.
- Giles, D. E., & Rush, A. J. (1983). Cognitions, schemas, and depressive symptomatology. In M. Rosenbaum, C. M. Franks, & Y. Jaffe (Eds.), *Perspectives on behaviour therapy* (pp. 184-199). New York: Springer Publishing Company.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Hedlund, S., & Rude, S. S. (1995). Evidence of latent depressive schemas in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 517-525.
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 9, 52-59.
- Ingram, R. E., Bernet, C. Z., & McLaughlin, S. C. (1994). Attentional allocation processes in individuals at risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 317-332.
- James, I. A., Southam, L., & Blackburn, M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 369-377.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 441-451.
- Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., & Hahn, J. (1998). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 363-376.
- Miranda, J., Persons, J. B., & Byers, C. N. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 237-241.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., et al. (in press). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509-526.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 295-321.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.

- Segal, Z. V., Gemar, M., Truchon, C., Guirguis, M., & Horowitz, L. M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 205-213.
- Silverman, J. S., Silverman, J. A., & Eardley, D. A. (1984). Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, 41, 28-30.
- Teasdale, J. D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Young, J. E. (1995). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.