

# طرح واره درماني

(راهنمای کاربردى برای متخصصین بالینی)

(جلد اول)

تألیف

جفری یانگ

ژانت کلوسکو

مارجورى ویشار

ترجمه

دکتر حسن حمیدپور

دکتر زهرا اندوز

Guilford Publication

(با مجوز رسمی ترجمه)



کتاب ارجمند

## فهرست مطالب

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

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

## فصل ۱

### طرح‌واره‌درمانی: مدل مفهومی

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

این شیوه درمان، سیستم جدیدی از روان‌درمانی را تدارک می‌بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات روان‌شناختی مزمن و مقاوم که تاکنون یک مسئله بغرنج در درمان محسوب می‌شدند، مناسب است. تجارب بالینی ما نشان می‌دهد بیمارانی که دچار اختلالات شدید شخصیتی هستند و نیز افراد مبتلا به مشکلات چشمگیر منش شناختی<sup>۶</sup> که چنین مسائلی شالوده اختلالات محور I آن‌ها را تشکیل می‌دهند، به طرح‌واره‌درمانی خیلی خوب پاسخ می‌دهند (البته گاهی اوقات در ترکیب با سایر رویکردهای درمانی).

#### از شناخت‌درمانی تا طرح‌واره‌درمانی

نگاهی به حوزه رفتاردرمانی شناختی<sup>۷</sup> به ما کمک می‌کند تا ضرورت ایجاد طرح‌واره‌درمانی را از نظر یانگ توضیح دهیم. پژوهشگران و متخصصین بالینی رویکرد شناختی - رفتاری در تدوین درمانهای اثربخش برای اختلالات محور I از جمله اختلالات خلقی، اضطرابی، جنسی، خوردن، جسمانی‌سازی و سوء‌مصرف مواد، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. این درمانها، کوتاه‌مدت بوده (تقریباً ۲۰ جلسه) و هدف آن‌ها کاهش نشانه‌ها، مهارت‌آموزی و حل مسایل زندگی فعلی بیمار است.

1- Schema therapy

2- Young

3- Gestalt

4- Object relations

5- Constructivism

6- Characterological

۷. در این بخش از اصطلاح "رفتاردرمانی شناختی" برای اشاره به دستورالعملهای درمانی مختلفی که بوسیله نویسندگانی نظیر بک (بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹) و بارلو (کراسکی، بارلو و میدوز، ۲۰۰۰) برای درمان اختلالات محور I تدوین شده است، استفاده می‌کنیم. برخی از درمان‌گران شناختی - رفتاری، دستورالعملهای درمانی را برای کار با بیماران مشکل آفرین به گونه‌ای منطبق کرده‌اند که تا حدودی با طرح‌واره‌درمانی همخوان است (مثل بک، فریمن و همکاران، ۱۹۹۰). این تغییرات را در ادامه همین فصل بحث می‌کنیم. با این حال بیشتر دستورالعملهای فعلی درمان در حوزه رفتاردرمانی شناختی، این انطباق را نشان نمی‌دهند.

دلیل گوشه‌گیری و انزوای شدید، زندگی اجتماعی منسجم و چندان کارآمدی نداشت، موضوعی که ما آن را طرح‌وارهٔ نقص<sup>۱</sup> همراه با سبک مقابله‌ای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی می‌نامیم. او در واقع به توهین‌ها و طرد شدن، خیلی حساس بود و به همین دلیل از همان اوایل دوران کودکی از بیشتر تعاملات اجتماعی اجتناب می‌کرد. این فرد اگر قصد دارد زندگی اجتماعی رضایت‌بخشی داشته باشد، باید با الگوی اجتنابی خود که همیشه با او همراه بوده است، دست و پنجه نرم کند.

با این حال، بیماران دیگری هستند که برای درمان شناختی - رفتاری مراجعه می‌کنند، ولی علایم مشخصی برای آماج درمانی ندارند. مشکلات آن‌ها، مبهم و گنگ بوده و مثل یک کلاف سردرگم به نظر می‌رسد. آن‌ها احساس می‌کنند کمبود دارند یا فکر می‌کنند یک جای کارشان مشکل دارد، اما از درک دلایل آن عاجزند. آن‌ها، بیمارانی هستند که مسائلشان را در قالب مشکلات منش شناختی بروز می‌دهند. آن‌ها: به خاطر رنج ناشی از مشکلات مزمنی که در ارتباط با افراد مهم زندگی یا در محل کارشان تحمل می‌کنند، به دنبال درمان هستند. کاربرد رفتاردرمانی شناختی کلاسیک برای چنین بیمارانی، فوق‌العاده مشکل است، چون معمولاً علایم محور I را ندارند یا این که همزمان چندین علامت دارند.

### زیرپا گذاشتن مفروضه‌های رفتاردرمانی شناختی کلاسیک توسط بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی

رفتار درمانی شناختی کلاسیک، مفروضه‌هایی درخصوص بیماران دارد که این مفروضه‌ها دربارهٔ بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی صدق نمی‌کنند. این بیماران ویژگی‌های خاصی دارند که آن‌ها را از بیماران مبتلا به اختلالات محور I متمایز می‌کند و به همین دلیل برای درمان شناختی - رفتاری مناسب نیستند.

یکی از مفروضه‌ها، این است که بیماران از دستورالعمل‌های درمانی تبعیت می‌کنند. رفتاردرمانی شناختی کلاسیک، فرض را بر این می‌گذارد که بیماران برای کاهش علایم، مهارت‌آموزی و حل مشکلات فعلی زندگی‌شان، انگیزه کافی دارند. بنابراین با کمی ترغیب و تقویت مثبت، روش‌های درمانی لازم را انجام می‌دهند. با این حال، انگیزه و دلیل مراجعهٔ بسیاری از بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی، فوق‌العاده پیچیده و غامض است و اغلب از انجام کامل روش‌های رفتاردرمانی شناختی طفره می‌روند. آن‌ها ممکن است تکالیف خانگی را انجام ندهند و برای یادگیری راهبردهای خویشتن-داری<sup>۲</sup>، تردید و دودلی زیادی نشان دهند. این بیماران به جای این که راهبردهایی را یاد بگیرند که به خودشان کمک کنند، بیشتر به دنبال کسب تأیید از درمانگر هستند.

مفروضهٔ دیگر رفتاردرمانی شناختی، این است که بیماران با آموزشی مختصر می‌توانند به شناختواره‌ها<sup>۳</sup> و هیجان‌های خودشان دست یابند و آن‌ها را به درمانگر گزارش کنند. در ابتدای درمان از بیماران انتظار می‌رود که افکار و احساسات خود را مشاهده و ثبت کنند، ولی بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی نمی‌توانند این کار را انجام دهند. به نظر می‌رسد شناختواره‌ها و هیجان‌های این بیماران

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

مشکلات منش شناختی می‌توانند اثربخشی رفتاردرمانی شناختی کلاسیک را کاهش دهند. برخی از بیماران که برای درمان اختلالات محور I مثل اضطراب یا افسردگی مراجعه می‌کنند، نمی‌توانند روند درمان را با موفقیت پشت‌سر بگذارند، یا به محض پایان درمان، مشکلاتشان عود می‌کند. به عنوان مثال، خانمی که مبتلا به اختلال گذرهراسی<sup>۷</sup> بود، برای درمان شناختی - رفتاری مراجعه کرد. او با کمک برنامهٔ درمانی مشتمل بر تنفس‌آموزی<sup>۸</sup>، چالش با افکار فاجعه‌آمیز و رویارویی<sup>۹</sup> تدریجی با موقعیت‌های هراس‌زا، ترس خود از نشانه‌های آسیمگی<sup>۱۰</sup> را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داد و بر اجتناب خود از موقعیت‌های گوناگون غلبه کرد، ولی به محض پایان سیر درمان، مشکل گذرهراسی بیمار دوباره عود کرد. یک عمر وابستگی<sup>۱۱</sup> همراه با احساس آسیب‌پذیری<sup>۱۲</sup> و بی‌کفایتی<sup>۱۳</sup> - که ما آن‌ها را طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری و وابستگی می‌نامیم - او را از خطرپذیری باز می‌داشت. او برای تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس لازم را نداشت و در کسب مهارتهایی مثل رانندگی، غلبه بر مشکلات زندگی، مدیریت مالی و انتخاب اهداف مناسب، با شکست مواجه شده بود. ترجیح می‌داد افراد مهم زندگی‌اش، کارهای او را انجام دهند. این بیمار نمی‌توانست یک برنامهٔ تفریحی دسته‌جمعی را هماهنگ کند، کاری که به عنوان تکلیف خانگی به وی داده شده بود و برای حفظ دستاوردهای درمان، ضروری بود.

برخی از بیماران با هدف درمان شناختی - رفتاری علایم اختلالهای محور I مراجعه می‌کنند و پس از این که علایم برطرف شدند، مشکلات منش شناختی آن‌ها محور اصلی درمان قرار می‌گیرد. به عنوان مثال، مردی که مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بود، تحت درمان با رویکرد رفتاردرمانی شناختی قرار گرفت و با کمک تکنیک "رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ"، افکار وسواسی و آئین‌مندیهای<sup>۱۴</sup> اجباری، که منجر به بطالت بخش عمده‌ای از زندگی‌اش شده بودند، به طور عمده کاهش یافتند. زمانی که علایم محور I او کاهش پیدا کردند، فرصت مناسبی برای از سرگیری سایر فعالیت‌هایش بود. ولی به

- |                    |                       |                   |
|--------------------|-----------------------|-------------------|
| 1- Outcome studies | 2- Barlow             | 3- Relapse        |
| 4- Weinberger      | 5- Beck               | 6- Freeman        |
| 7- Agoraphobia     | 8- Breathing training | 9- Exposure       |
| 10- Panic          | 11- Dependence        | 12- Vulnerability |
| 13- Incompetence   | 14- Rituals           |                   |

خارج از دسترس‌شان قرار دارند. بسیاری از این بیماران، درگیر اجتناب شناختی و عاطفی هستند. آن‌ها تصاویر ذهنی و افکار آشفته‌ساز خود را بلوکه می‌کنند و نمی‌خواهند ریشه مشکلات خود را بیابند. علاوه بر این، از بسیاری از موقعیت‌ها و رفتارها اجتناب می‌کنند که روبه‌رو شدن با آن‌ها برای پیشرفتشان ضروری به نظر می‌رسد. این الگوی اجتنابی که نوعی پاسخ‌اِزبازی<sup>۱</sup> است از قوانین یادگیری تبعیت می‌کند، زیرا با کاهش عواطف منفی، تقویت می‌شود. هیجان‌های منفی مثل اضطراب یا افسردگی از طریق محرک‌های مرتبط با خاطرات دوران کودکی برانگیخته می‌شوند و فرد با اجتناب از این محرک‌ها، سعی می‌کند هیجان‌های منفی را تجربه نکند. از آن جا که این اجتناب در طی زمان به صورت عادت درمی‌آید، بنابراین تغییر راهبرد مقابله با عواطف منفی، بی‌نهایت مشکل و طاقت‌فرسا می‌شود. همچنین رفتاردرمانی شناختی، فرض را بر این می‌گذارد که بیماران می‌توانند رفتارها و شناختواره‌های مشکل‌آفرینشان را از طریق تمرین‌هایی چون "تحلیل تجربی"، "گفتمان منطقی"<sup>۲</sup>، "آزمایشگری"<sup>۳</sup> و "تکالیف تدریجی"، تغییر دهند، ولی انجام این کار برای بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی چندان ساده نیست. تجربه ما نشان می‌دهد که تغییر افکار تحریف‌شده و رفتارهای خود آسیب‌رسان<sup>۴</sup>، صرفاً از طریق تکنیک‌های شناختی - رفتاری مشکل است به طوری که حتی با گذشت ماهها از شروع درمان، بهبود چشمگیری در این بیماران مشاهده نمی‌شود.

از آن جایی که بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی معمولاً انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۵</sup> ندارند، به‌ندرت به تکنیک‌های شناختی - رفتاری جواب می‌دهند و اغلب آن‌ها در یک دوره زمانی کوتاه مدت به تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای دست نمی‌یابند. به نظر می‌رسد این بیماران از نظر روان‌شناختی، انعطاف‌ناپذیرند. انعطاف‌ناپذیری، شاخص اصلی اختلالات شخصیت است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴؛ ص ۶۳۳). این بیماران از تغییر خود ناامیدند و از طرفی مشکلات منش شناختی آن‌ها، حالت خود - همخوان<sup>۶</sup> دارد: الگوهای خود - آسیب‌رسان آن‌ها بخشی از وجودشان محسوب می‌شود، به طوری که نمی‌توانند تغییر آن‌ها را تصور کنند. مشکلات آن‌ها، هسته اصلی هویت‌شان به حساب می‌آید و از دست دادن آن‌ها می‌تواند به مثابه نابودی بخشی از وجودشان باشد. این دسته از بیماران در حین چالش شناختی، به شیوه‌ای انعطاف‌ناپذیر، غیرارادی و گاهی اوقات پرخاشگرانه، از چیزهایی دفاع می‌کنند که از قبل به صحت و درستی آن‌ها معتقدند.

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

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

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

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

### تدوین طرح‌واره‌درمانی

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

1- Millon  
2- Borderline  
3- Dependent  
4- Narcissistic  
5- Paranoid  
6- Schizoid  
7- Obsessive - Compulsive

1- Instrumental response  
2- Logical discourse  
3- Experimentation  
4- Self-defeating  
5- Psychological flexibility  
6- Ego-syntonic  
7- Active ingredient