

طرح واره درمانی

راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی

(جلد دوّم)

تألیف

جفری یانگ

ژانت کلوسکو

مارجوری ویشار

ترجمه

دکتر حسن حمیدپور

دکتر زهرا اندوز



فهرست

۹	مقدمه نویسندگان.....
۱۵	مقدمه مترجمان.....
۱۷	مقدمه‌های بر چاپ دوم.....
۱۹	درباره نویسندگان.....
۲۱	معرفی کتاب.....
۲۳	فصل ۸: تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت طرح‌واره‌ای.....
۲۴	چه موقع از رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای استفاده می‌کنیم؟.....
۲۵	ذهنیت‌های طرح‌واره‌های متداول.....
۲۵	ذهنیت‌های کودکانه.....
۲۷	سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار.....
۲۹	ذهنیت‌های والد ناکارآمد.....
۳۰	ذهنیت بزرگسال سالم.....
۶۳	فصل ۹: طرح‌واره‌درمانی برای اختلال شخصیت مرزی.....
۶۴	ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۶۶	ذهنیت کودک رهاشده.....
۶۷	ذهنیت کودک عصبانی و تکانشی.....
۶۸	ذهنیت والد تنبیه‌گر.....
۶۸	ذهنیت محافظ بی‌تفاوت.....
۷۰	فرضیه‌آفرینی درباره‌ی ریشه‌های تحوّل اختلال شخصیت مرزی.....
۷۸	ذهنیت‌های چهارگانه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۸۵	بازوالدینی حدومرزدار برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۸۶	اهداف کلی درمان.....
۱۲۳	فعالیت‌های لذت‌بخش برای مهربانی با خویشان.....
۱۲۵	جسارت‌آموزی.....
۱۲۶	محدودیت‌گزینی.....
۱۲۸	حوزه‌های محدودیت‌گزینی.....
۱۳۱	تبعیت از قواعد خاصی در مواقع خودکشی یا شبه‌خودکشی.....
۱۳۴	چاره‌اندیشی برای بحران‌های خودکشی.....
۱۳۶	تدارک مشاوره با کمک درمانگر.....
۱۳۶	درمان‌های الحاقی.....

۱۳۸.....	ارائه منطق درمان.....
۱۳۹.....	تصویرسازی ذهنی حوادث آسیب‌زا.....
۱۴۱.....	ترغیب به صمیمیت و فردیت‌یابی.....
۱۴۲.....	مشکلات درمانگر در درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی.....
۱۴۳.....	طرح‌واره اطاعت در درمانگر.....
۱۴۳.....	طرح‌واره ایثارگری در درمانگر.....
۱۴۴.....	طرح‌واره‌های نقص، معیارهای سرسختانه یا شکست در درمانگر.....
۱۴۴.....	طرح‌واره بازداری هیجانی در درمانگر.....
۱۴۷.....	فصل ۱۰: طرح‌واره‌درمانی برای اختلال شخصیت خودشیفته.....
۱۴۷.....	ذهنیت‌های طرح‌واره‌های بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته.....
۱۴۹.....	سایر طرح‌واره‌ها.....
۱۴۹.....	ذهنیت کودک تنها.....
۱۵۱.....	ذهنیت کودک خودبزرگ‌منش.....
۱۵۴.....	ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت.....
۱۵۷.....	ریشه‌های تحول خودشیفتگی.....
۱۶۱.....	ناتوانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته در جذب عشق.....
۱۶۵.....	مشاهده رفتار بیمار در جلسات درمان.....
۱۶۶.....	ماهیت و تاریخچه مشکل فعلی بیمار.....
۱۶۸.....	بیان مشکل و وضعیت بالینی فعلی.....
۱۷۳.....	هدف اولیه درمان.....
۱۸۰.....	رفتار جراتمندانه درمانگر در قبال بی‌احترامی‌های بیمار.....
۱۸۳.....	نشان دادن عمدی آسیب‌پذیری از سوی درمانگر.....
۱۹۷.....	آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها از طریق گفتگوی طرح‌واره‌ای.....
۲۰۱.....	کمک به بیمار برای تعمیم دستاوردهای درمان به محیط زندگی واقعی.....
۲۰۲.....	به‌کارگیری راهبردهای شناختی و رفتاری.....
۲۰۵.....	موانع شایع در درمان خودشیفتگی.....
۲۰۹.....	فهرست پیوست‌ها.....
۲۶۷.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....
۲۶۹.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....
۲۷۱.....	منابع.....

تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت طرح‌واره‌ای

همان‌طور که در فصل اول گفتیم، ذهنیت^۱، مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها یا عملیات طرح‌واره‌ای - سازگاری یا ناسازگاری است - که در حال حاضر در ذهن فرد فعال شده‌اند. وقتی که قصد داشتیم رویکرد خود را برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شدیدتر به کار ببریم، به تدریج مفهوم ذهنیت را به وجود آوردیم. ما کار خود را با رفتاردرمانی شناختی کلاسیک شروع کردیم. این رویکرد برای بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات محور I مؤثر است. با این حال، بسیاری از بیماران - مخصوصاً بیماران که گرفتار علائم مزمن و اختلالات محور II هستند - از رویکرد رفتاردرمانی شناختی کلاسیک سود نمی‌برند یا این‌که تنها علائم اختلالات محور I آنها تا حدودی برطرف می‌شود، اما باز هم درگیر مشکلات هیجانی جدی و نقص در عملکرد هستند. این مسئله نشان می‌دهد که آنها گرفتار آسیب‌شناسی منش شناختی بنیادی هستند. اگرچه طرح‌واره‌درمانی برای بسیاری از این بیماران اثربخش است، اما گروهی از بیماران که از اختلالات شدیدی رنج می‌برند و مخصوصاً اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته، به تدابیر درمانی دیگری نیازمندند.

اگرچه ما ابتدا تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت طرح‌واره‌ای^۲ را برای درمان این بیماران طراحی و تدوین کردیم، اما در حال حاضر از این شیوه برای درمان بیمارانی که عملکرد بهتری دارند، نیز استفاده می‌کنیم. از این نظر تکنیک‌های متمرکز بر ذهنیت^۳ می‌توانند بخش مکمل طرح‌واره‌درمانی در نظر گرفته شوند. به جای این‌که رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای و رویکرد طرح‌واره‌ای را جدا از هم بینگاریم، آنها را با یکدیگر تلفیق و یکپارچه می‌کنیم. تفاوت در این است که آیا از رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای به‌عنوان رویکرد اولیّه در درمان بیماران مبتلا به اختلال مرزی و خودشیفته استفاده می‌کنیم یا به‌عنوان درمان الحاقی در درمان بیماران سالم‌تر. رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای، مؤلفه پیشرفته رویکرد طرح‌واره‌ای محسوب می‌شود و زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد که روند درمان با مشکل مواجه شود یا درمانگر احساس کند برای گره‌گشایی از مشکلات بیمار مفید واقع می‌شود. تمام گفتگوهای بین دو بخش

1. mode

2. schema mode

3. mode work

ذهنیت از جمله گفتگوی بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، نوعی تکنیک متمرکز بر ذهنیت طرح‌واره‌ای محسوب می‌شوند.

چه موقع از رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای استفاده می‌کنیم؟

چه موقع متخصص بالینی از رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای به جای رویکرد ساده‌تر طرح‌واره استفاده می‌کند؟ تجارب بالینی ما نشان می‌دهد بیمارانی که عملکرد بهتری دارند، احتمالاً برای طرح‌واره‌درمانی استاندارد (که در فصل‌های قبلی کتاب توضیح داده شد) مناسب‌ترند. راهبردهای رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای نیز برای بیمارانی مناسبند که دست به گریبان اختلالات شدیدتری هستند. برای بیمارانی که عملکرد متوسطی دارند از هر دو رویکرد استفاده می‌کنیم، یعنی طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌ها را آماج درمان قرار می‌دهیم.

ممکن است وقتی که در روند درمان با مشکل مواجه شویم یا نتوانیم بر اجتناب و جبران افراطی بیمار غلبه کنیم، از رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای استفاده کنیم. بیماران دچار اختلال وسواسی-اجباری یا خودشیفته که سخت درگیر اجتناب یا جبران افراطی هستند و انعطاف‌ناپذیرند، ممکن است نیازمند به کارگیری رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای باشند.

همچنین ممکن است برای بیمارانی که سخت دچار خودانتقادگری و خودتنبیه‌گری هستند از رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای استفاده کنیم. این بیماران معمولاً صدای والدین ناکارآمد خود را درون‌سازی کرده‌اند، والدینی که بیمار را تنبیه کرده‌اند و او را به شدت مورد انتقاد قرار داده‌اند. متخصص بالینی و بیمار بر علیه ذهنیت والد ناکارآمد متحد می‌شوند. برچسب زدن یا نام‌گذاری ذهنیت به بیمار کمک می‌کند تا ذهنیت را برون‌سازی کند و به این طریق، احساس خودناهمخوانی بیشتری با ذهنیت پیدا کند. ما ممکن است از رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای در درمان بیمارانی استفاده کنیم که به ظاهر تعارض درونی غیرقابل حلّی دارند. مثلاً دو بخش از خویشتن آنها درباره‌ی یک تصمیم‌گیری سرنوشت‌ساز زندگی، مثل رها کردن یک رابطه طولانی، بلا تکلیف و سردرگم مانده است. هر بخش از خویشتن را می‌توان به‌عنوان یک ذهنیت نام‌گذاری کرد و سپس این ذهنیت‌ها با یکدیگر وارد مذاکره و گفتگو شوند. نهایتاً این‌که معمولاً توصیه می‌کنیم رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای را برای درمان بیمارانی به‌کار بگیریم که نوسان عاطفی زیادی دارند مثل بیماران دچار اختلال شخصیت مرزی که دائم بین خشم، خودتنبیه‌گری و بی‌احساسی در نوسان هستند.

ذهنیت‌های طرح‌واره‌های متداول

همان‌طور که در فصل اول اشاره شد ما چهار ذهنیت مهم را شناخته‌ایم*: ذهنیت‌های کودکانه، ذهنیت‌های مقابله‌ای ناکارآمد، ذهنیت‌های والد ناکارآمد و ذهنیت بزرگسال سالم. هر کدام از این ذهنیت‌ها (به جز ذهنیت بزرگسال سالم و ذهنیت کودک شاد)، طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای خاصی دارند.

ذهنیت‌های بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و خودشیفته نسبتاً جدا از یکدیگر هستند و این بیماران در هر زمان تنها یک ذهنیت را تجربه می‌کنند. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به سرعت از یک ذهنیت به ذهنیت دیگر می‌روند. فعال شدن ذهنیت‌ها در سایر بیماران نظیر بیماران مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته، سرعت کمتری دارد و ذهنیت فعال شده مدت زمان بیشتری به حاکمیت خود ادامه می‌دهد. به‌عنوان مثال، بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته که یک ماه تعطیل است، ممکن است کل این زمان را در ذهنیت خودآرام‌بخش بی‌تفاوت بگذراند. چنین ذهنیتی به دنبال هیجان‌خواهی و نوجویی است. در مقابل یک بیمار مبتلا به اختلال شخصیت خودشیفته دیگر ممکن است در این تعطیلات به‌کار پردازد یا بخشی از این زمان را در مهمانی و در ذهنیت جاه‌طلب بگذراند.

با این حال برخی از بیماران مثل افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-اجباری در یک ذهنیت گیر می‌کنند و تقریباً هیچ نوسانی نشان نمی‌دهند. چنین بیمارانی بدون توجه به مکان، زمان و شرایط، تقریباً همیشه به یک سبک و سیاق عمل می‌کنند: خویشتن‌دار، انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرا. وقتی که نمی‌توانیم یک ذهنیت را بشناسیم بایستی به جابه‌جا شدن ذهنیت‌ها دقت کنیم. ذهنیت‌ها می‌توانند دائم عوض شوند یا این‌که نسبتاً ثابت بمانند. هرگونه افراطی در ذهنیت‌ها به مشکلات جدی و اساسی برای بیمار منجر می‌شود.

ذهنیت‌های کودکانه

ذهنیت‌های کودکانه در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی کاملاً واضح و آشکارند. به همین دلیل چنین افرادی، کودکانه رفتار می‌کنند. ما چهار ذهنیت کودکانه را تا به حال شناسایی کرده‌ایم: ذهنیت کودک آسیب‌پذیر، ذهنیت کودک عصبانی، ذهنیت کودک تکانشی/بی‌انضباط و ذهنیت کودک شاد (به جدول ۱-۸ مراجعه کنید). ما معتقدیم این ذهنیت‌ها، ذاتی هستند و نشان‌دهنده گسترده‌ی هیجانی ذاتی نوع انسان به شمار می‌روند. اتفاقات و حوادث دوران اولیه کودکی ممکن است ذهنیت کودک را سرکوب

* البته جدیداً یانگ و همکارانش به چهار ذهنیت دیگر نیز اشاره می‌کنند، بنابراین در حال حاضر چهارده ذهنیت طرح‌واره‌ای وجود دارد. پرسشنامه ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای در پیوست کتاب آمده است (م.م).

جدول ۱-۸. ذهنیت‌های کودکانه

ذهنیت کودکانه	توصیف	طرح‌واره‌های مرتبط و متداول
کودک آسیب‌پذیر	تجربه کردن اضطراب یا ملال‌انگیزی، مخصوصاً ترس و درماندگی در زمان فعال شدن طرح‌واره‌های مرتبط.	رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/ شرم، انزوای اجتماعی، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری، گرفتار/ خویشتن تحول‌نیافته، منفی‌گرایی/ بدبینی
کودک عصبانی	بروز خشم مستقیم در واکنش به نیازهای ارضاننده یا رفتار ناعادلانه مرتبط با طرح‌واره‌های مرکزی.	رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی، اطاعت (یا هر زمان که طرح‌واره‌های مرتبط با کودک آسیب‌پذیر فعال شوند).
کودک تکانشی/ بی‌انضباط	دست زدن به عمل تکانشگرانه طبق تمایلات فوری و عاجل برای لذت بردن، بدون توجه به محدودیت‌ها یا نیازها و احساسات دیگران (به نیازهای اساسی ربطی ندارد).	استحقاق، خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی
کودک شاد	احساس محبت، پیوند، خرسندی و رضایت‌خاطر.	هیچ طرح‌واره‌ ناسازگاری فعال نمی‌شود.

نیازهایشان ارضا نمی‌شود یا طرح‌واره‌های خاص این ذهنیت (مثل رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی و اطاعت) فعال شوند، مستقیماً خشم خود را بروز می‌دهند. وقتی که طرح‌واره‌ها برانگیخته شوند و بیمار احساس رهاشدگی رفتاری، محرومیت و یا اطاعت کند، عصبانی می‌شود و ممکن است داد و بیداد راه بیندازد و بد و بیراه بگوید و دست به رفتارهای تکانشی بزند و یا این‌که دچار خیال‌پردازی‌های خشم‌برانگیز شوند.

وقتی که ذهنیت کودک تکانشی/ بی‌انضباط حاکم می‌شود، فرد برای ارضای نیازها و دستیابی به لذت به صورت تکانشی عمل می‌کند، بدون این‌که به محدودیت‌ها و مشکلات دیگر آن توجه کند. این ذهنیت در کودک، نشانگر حالت طبیعی، بازدارنده نشده، بی‌تمدن غیرمسئول و آزاد است (پیتر پن نمونه‌ی اعلایی از این ذهنیت محسوب می‌شود). کودک تکانشی/ بی‌انضباط، سخت کم‌طاقت است و نمی‌تواند رضایت آنی را به خاطر اهداف آتی به تأخیر بیندازد. فردی که چنین ذهنیتی دارد ممکن است لوس، عصبانی، بی‌دقت، تنبل، ناشکیبا، بی‌توجه و بی‌ادب به نظر برسد. طرح‌واره‌های مرتبط با این ذهنیت عبارتند از استحقاق، خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی.

وقتی که ذهنیت کودک شاد فعال شود، فرد احساس رضایت‌خاطر و تعلق می‌کند. این ذهنیت با هیچ‌کدام از طرح‌واره‌های سازگار اولیه ارتباط ندارد، چون نیازهای اصلی کودک به قدر کافی ارضاء شده‌اند. ذهنیت کودک شاد نشانگر عدم فعال‌سازی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است.

سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار

سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار بیانگر تلاش کودک برای کنار آمدن با نیازهای هیجانی ارضاء نشده در یک محیط آسیب‌زاست. این سبک‌های مقابله‌ای در دوران کودکی انطباقی هستند اما غالباً در دوران بزرگسالی ناسازگارند. ما سه نوع سبک مقابله‌ای را شناخته‌ایم: تسلیم‌شده مطیع، محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کننده افراطی (به جدول ۲-۸ نگاه کنید). آنها به ترتیب مطابق با فرآیندهای مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران افراطی هستند.

عملکرد سبک مقابله‌ای تسلیم‌شده مطیع، اجتناب از بدرفتاری‌های بعدی است. عملکرد دو سبک مقابله‌ای دیگر یعنی محافظ بی‌تفاوت و جبران‌کننده افراطی، گریز از هیجان‌های آشفتگی‌ساز است که در پی فعال‌سازی طرح‌واره‌ها به وجود آمده‌اند.

سبک مقابله‌ای تسلیم‌شده مطیع به درستی طرح‌واره‌ها اذعان می‌کند و گردن می‌نهد. بیمارانی که چنین سبکی اتخاذ می‌کنند، منفعل و وابسته به نظر می‌رسند. آنها از دستوره‌های درمانگر (یا هر فرد دیگری) بی‌چون و چرا اطاعت می‌کنند. افرادی که سبک مقابله‌ای تسلیم‌شده مطیع دارند، در برابر

کند یا رشد دهد، اما انسان با توان بروز ذاتی تمام این چهار ذهنیت متولد می‌شود.

بیماری که ذهنیت کودک آسیب‌پذیرش بر او حاکم شده است، احتمالاً فردی ترسیده، ناراحت، بیچاره یا در مانده به نظر می‌رسد. این ذهنیت مثل یک کودک کم سن و سال است که برای زنده ماندن نیاز مبرم به مراقبت بزرگسالان دارد، اما از بد حادثه چنین مراقبتی دریافت نکرده است. کودک، نیاز مبرم به والد یا سرپرست دارد تا نیازهایش را مرتفع سازد (مارلین مونروی اسیر و بی‌پناه، نمونه بارز فعال شدن ذهنیت کودک آسیب‌پذیر است). ماهیت خاص ذهنیت کودک آسیب‌پذیر بستگی به طرح‌واره‌ها دارد: والدین، کودک خود را به مدت زیادی تنها می‌گذارند (کودک رها شده) شدیداً او را به باد انتقاد می‌گیرند (کودک ناقص) او را شدیداً تنبیه می‌کنند (کودک بدرفتاری شده) و محبت را از او دریغ می‌کنند (کودک محروم). طرح‌واره‌های دیگری که ممکن است با این ذهنیت ارتباط داشته باشند عبارتند از انزوای اجتماعی، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتار/ خویشتن تحول‌نیافته و شکست.

اغلب طرح‌واره‌ها جزء ذهنیت کودک آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند. به همین دلیل ما معتقدیم که در رویکرد ذهنیت طرح‌واره‌ای، ذهنیت کودک آسیب‌پذیر از جایگاه خاصی برخوردار است و مهمترین ذهنیت تلقی می‌شود. هدف نهایی، دستیابی به بیشترین بهبود برای این ذهنیت است. اگر ذهنیت کودک عصبانی در بیماران فعال شود، به شدت خشمگین می‌شوند. تقریباً تمام بچه‌های کم سن و سال در مواجهه با ناکامی نیازهایشان عصبانی می‌شوند. اگرچه والدین ممکن است کودک را تنبیه کنند یا سد راه او شوند، ولی با این حال، خشم، واکنشی طبیعی در کودکان کم سن و سال به چنین محمصه‌هایی است. بیمارانی که ذهنیت کودک عصبانی در آنها فعال شده‌اند، اگر به این نتیجه برسند که