

# به نام خدا

طرحواره درمانی

با راهنمایی

دکتر مجید صفاری نیا

## تعریف طرحواره درمانی:

بطور کلی به عنوان ساختار، قالب یا چارچوب تعریف می شود. در حوزه رشد شناختی طرحواره را قالبی در نظر می گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل میگیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند» (یانگ، ۱۳۸۶، ص 29).

طرحواره عبارت است از بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده ی یک واقعه یا طرح کلی از عناصر برجسته یک واقعه. یا هر اصل سازمان بخش کلی که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. طرحواره یک الگوی شناختی، هیجانی همراه با احساس های بدنی است که موجب بروز رفتارهایی می شود.

## طرحواره های ناسازگار اولیه:

طرحواره درمانی درون مایه های روانشناختی را که شاخصه بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی هستند را مد نظر قرار میدهد. این درون مایه ها را طرحواره های ناسازگار اولیه می نامیم» (یانگ، ۱۳۸۶، ص 29).

## خصوصیات طرحواره های ناسازگار اولیه:

الگوها یا درون مایه های فراگیر و عمیقی هستند، از خاطرات، هیجانات و احساسات بدنی تشکیل شده اند. در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره رابطه خود با دیگران هستند، به شدت ناکارآمدند و برای بقایشان می جنگند با اینکه فرد می داند طرحواره منجر به ناراحتی او

می شود. ولی با آن احساس راحتی می کند که این باعث می شود فرد به این نتیجه برسد که طرحواره اش درست است» (یانگ، ۱۳۸۶، ص 30).

## شیوه شکل گیری طرحواره

طرحواره ها در اوایل زندگی شکل

طرحواره درمانی یا درمان مبتنی بر طرحواره یک درمان ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ و همکاران (1999 و 1990) مبتنی بر درمان ها و مفهوم های سنتی درمان شناختی - رفتاری پی ریزی شده است. می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و بنا بر اصل حفظ هماهنگی شناختی (حفظ دیدگاه باثبات در مورد خود و دیگری) خودشان را بر تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند، حتی اگر هیچگونه کاربرد دیگری نداشته باشند.

طرحواره برای بقای خودش می جنگد و فرد با آن احساس راحتی می کند. افراد به سمت وقایعی کشیده می شوند که با طرحواره هایشان همخوانی دارد و به همین دلیل تغییر طرحواره ها سخت است.

چهار دسته از تجارب اولیه زندگی روند اکتساب طرحواره ها را تسریع می کنند

1- عدم ارضا نیازها: می تواند منجر به شکل گیری طرحواره هایی همچون محرومیت هیجانی و رها شدگی شود.

2- ارضا بیش از حد نیازها: می تواند منجر به شکل گیری طرحواره هایی همچون وابستگی / بی کفایتی و استحقاق بزرگ منشی شود.

3- آسیب دیدن و قربانی شدن: می تواند منجر به تشکیل طرحواره هایی همچون نقص / شرم، بی اعتمادی / بد رفتاری و یا آسیب پذیری نسبت به ضرر شود.

#### 4- درونی سازی یا همانند سازی با افراد مهم زندگی.

علاوه بر این چهار دسته تجارب، خلق و خو نیز در شکل گیری طرحواره ها تأثیر دارد. حتی خلق و خو در درونی سازی با افراد مهم موثر است. خلق و خوی کودک تعیین می کند که آیا با ویژگی افراد مهم زندگی اش همانند سازی می کند یا خیر. مثلاً کودک افسرده خو احتمال کمتری دارد که سبک خوشبینانه والدین خود را در مقابل بدشانسی ها درون سازی کند زیرا رفتار چنین والدی آنقدر مخالف طبع کودک است که نمی تواند آن را جذب کند.

#### تاریخچه :

واژه طرحواره در روان شناسی و به طور گسترده تر در حوزه شناختی تاریخچه ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی طرح واره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این ادراک از طریق طرح واره واسطه مندی می شود و پاسخهای افراد نیز توسط طرح واره جهت پیدا می کنند.

طرحواره بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده ی یک واقعه است. به عبارت دیگر طرحی کلی از عناصر برجسته ی یک واقعه را طرح واره می گویند

در روان شناسی احتمالاً این واژه بیشتر با کارهای پیازه تداعی می شود. چرا که او در مراحل مختلف رشد شناختی به تفصیل در خصوص طرح واره ها بحث کرده است

در حوزه ی رشد شناختی طرح واره به عنوان نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مساله است. بنابراین ما به یک طرح واره ی زبانی برای فهم یک جمله و به یک طرح واره ی فرهنگی برای تفسیر یک افسانه نیازمندیم

\*واژه طرحواره از نخستین دهه های قرن بیستم به متون روانشناسی راه یافت و روانشناسان بسیاری آن را با تعاریف خاص خود شان در چهارچوب نظری ویژه ای بکار بستند

\*به نظر می رسد بارتلت اولین کسی بود که مفهوم طرحواره را در روانشناسی و در گستره حافظه مطرح کرد

\*بعدها کم کم در روانشناسی جایگاه ویژه ای یافت و در نظریات پیازه مدل های باز نمایی ذهنی را بخوبی توضیح داد

\*در چند دهه اخیر نظریه پردازان شناختی – رفتاری مثل بک، باور، تیزدیل، متیوز و کلارک برای تبیین نابهنجاریهای روانی

\*و نظریه پردازان روانشناسی اجتماعی مثل نیس بت برای تبیین سازه های ذهنی در پیوند با درون دادهای اجتماعی از واژه طرحواره بهره بردند

طرحواره درمانی درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و همکارانش پایه گذاری شده است او در این درمان کوشیده است تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روشهای درمان شناختی – رفتاری (CBT) و مولفه هایی از سایر نظریه ها مثل دلبستگی، روابط شیء ای، ساختار گرایی و روان تحلیلگری و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارایه دهد.

طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش (یانگ ۱۹۹۹، ۱۹۹۰) بوجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است.

طرح واره درمانی، اصول و مبانی مکتب های شناختی رفتاری، دلبستگی گشتالت، روابط شئی، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. این شیوه ی درمان، سیستم جدیدی از روان درمانی را تدارک می بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و مقاوم که تاکنون یک مسئله بغرنج در درمان به شمار می آمدند، مناسب است .

واژه «طرحواره» یا «اسکیما (Schema)» بطور کلی بعنوان ساختار، قالب یا الگو تعریف می شود . در روان شناسی طرحواره را بصورت الگویی در نظر می گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد.

در حوزه شناخت درمانی، بک (۱۹۶۷) در اولین نوشته هایش به مفهوم طرحواره اشاره کرد. طرحواره برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان درمانی، اینست که بسیاری از طرحواره ها در سالهای اول زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و در تجارب بعدی زندگی کاملاً حضور می یابند. بنابراین طرحواره می تواند مثبت یا منفی باشند . همچنین می توانند در سالهای اول زندگی یا حتی در سالهای بعد شکل بگیرند. پروفیسور یانگ معتقد است

برخی از این طرحواره ها مخصوصاً آنها که در سالهای اولیه کودکی شکل گرفته اند می تواند علت اصلی مشکلات رفتاری افراد باشد.

طرح واره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته اند و در مسیر زندگی تکرار می شوند. طرح واره های ناسازگار اولیه برای بقا خودشان می جنگند این امر نتیجه ی تمایل بشر به “هماهنگی شناختی” است. اگر چه فرد می داند این طرحواره منجر به ناراحتی وی می شود ولی با طرحواره احساس راحتی می کند و همین احساس راحتی فرد را به این نتیجه می رساند که طرحواره اش درست است. افراد به سمت وقایعی کشیده می شوند که با طرحواره هایشان همخوانی دارند و به همین دلیل تغییر طرحواره ها سخت است

در روش متمرکز بر طرحواره تاکید زیادی بر ریشه مشکل می شود و در حقیقت علت بسیاری از رفتارهایی که افراد امروز انجام می دهند مربوط به دوران کودکی و نوجوانی آنهاست. مزیت های مهم طرح واره درمانی بر سایر درمانهای متداول این است که در مقایسه با اغلب رویکردهای دیگر، طرح واره درمانی یکپارچه تر است، مخصوصاً با این که جنبه هایی از مدل های شناختی، رفتاری، روان پویایی (مخصوصاً روابط شئی) دلبستگی و گشتالت را در هم می آمیزد. طرح واره درمانی اگر چه مولفه های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می داند، با این حال به تغییر هیجانی، تکنیک های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می دهد. میگنادات آی آر، یکی دیگر از مزیت های مدل طرح واره، ایجاز و از سوی دیگر پیچیدگی و قابل تعمق بودن آن است. درک آن برای بیماران و درمانگران راحت است.

**تاثیر طرح واره ها در زندگی افراد** احتمال دارد برخی افراد گذشته ی زندگیشان را دلیلی بر ادامه ی مشکلات فعلی بدانند. جفری یانگ معتقد است که چنین نظام فکری موجب تداوم مشکل می شود. در

رویکرد طرح واره درمانی به این نکته تاکید می شود که ممکن است افراد در شروع مشکلات خود نقش چندانی نداشته باشند، اما در تداوم مشکلات خود حتما نقش دارند. به همین دلیل او سعی می کند برای درد و رنجی که افراد در اثر زندگی گذشته متحمل شده اند، همدمی را در پیش بگیرد. اما برای تغییر مشکلات فعلی نیز دست روی دست نمی گذارند، بلکه با کاهش آسیب پذیری سعی می کند دامنه ی اثر گذاری طرح واره ها را کم کند

## طرحواره

واژه "طرحواره" یا «اسکیما (Schema) بطور کلی بعنوان ساختار، قالب یا الگو تعریف می شود. طرحواره شامل یک بسته حافظه ای است که محتوای آن را آموزه های فرد در طول زمان شکل می دهد. باید توجه داشت که در روند پدیدایی طرحواره ها عواملی مثل بنیادهای زیستی فرد و عوامل مربوط به محیط تربیتی او مثل محیط خانواده، فرهنگ، تجارب وی در فرایند رشد، رخدادهای بزرگ و... تاثیر می گذارند. به نظر صاحب نظران در این زمینه، این بسته حافظه ای مثل یک فیلتر بزرگ و پیچیده بر سر راه اطلاعات ورودی به حافظه و همچنین اطلاعات موجود در حافظه عمل کرده و با سرند، دسته بندی، و سازمان دهی، شکل گیری معانی جدید را در ذهن ممکن می سازد (یانگ، 2001).

طرحواره ها فراتر از یک باورند. آنها ما را برای مقوله بندی اطلاعات و پیش بینی رخدادها توانا می سازند. یک طرحواره در برگیرنده مجموعه ای از خاطرات، هیجانها، حس های بدنی و شناخت هاست. طرحواره درمانی به درک پایه های مشکلات روانشناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع – درمانگر و نشانندن فرمول بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده تری پای می فشارد (سینگل، 2003).

طرح واره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته اند و در مسیر زندگی تکرار می شوند. طرح واره های ناسازگار اولیه برای بقا



خودشان می‌جنگند این امر نتیجه‌ی تمایل بشر به “هم‌آهنگی شناختی” است. اگر چه فرد می‌داند این طرحواره منجر به ناراحتی وی می‌شود ولی با طرحواره احساس راحتی می‌کند و همین احساس راحتی فرد را به این نتیجه می‌رساند که طرحواره اش درست است. افراد به سمت وقایعی کشیده می‌شوند که با طرحواره هایشان همخوانی دارند و به همین دلیل تغییر طرحواره‌ها سخت است. در روش متمرکز بر طرحواره تاکید زیادی بر ریشه مشکل می‌شود و در حقیقت علت بسیاری از رفتارهایی که افراد امروز انجام می‌دهند مربوط به دوران کودکی و نوجوانی آنهاست (ریوز و تیلور، 2007).

طرحواره در روان‌شناسی و به طور گسترده‌تر در حوزه شناختی تاریخچه‌ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی طرح‌واره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این ادراک از طریق طرح‌واره واسطه‌مندی می‌شود و پاسخهای افراد نیز توسط طرح‌واره جهت پیدا می‌کنند. طرحواره بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایزکننده‌ی یک واقعه است. به عبارت دیگر طرحی کلی از عناصر برجسته‌ی یک واقعه را طرح‌واره می‌گویند (یانگ، 1999).

در روان‌شناسی احتمالاً این واژه بیشتر با کارهای پیازه تداعی می‌شود. چرا که او در مراحل مختلف رشد شناختی به تفصیل در خصوص طرح‌واره‌ها بحث کرده است. در حوزه‌ی رشد شناختی طرح‌واره به عنوان نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مساله است. بنابراین ما به یک طرح‌واره‌ی زبانی برای فهم یک جمله و به یک طرح‌واره‌ی فرهنگی برای تفسیر یک افسانه نیازمندیم. واژه طرحواره از نخستین دهه‌های قرن بیستم به متون روانشناسی راه یافت و روانشناسان

بسیاری آن را با تعاریف خاص خود شان در چهارچوب نظری ویژه ای بکار بستند (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

به نظر می رسد بارتلت اولین کسی بود که مفهوم طرحواره را در روانشناسی و در گستره حافظه مطرح کرد. در چند دهه اخیر نظریه پردازان شناختی - رفتاری مثل بک، باور، تیزدیل، متیوز و کلارک برای تبیین نابهنجاریهای روانی و نظریه پردازان روانشناسی اجتماعی مثل نیس بت برای تبیین سازه های ذهنی در پیوند با درون دادهای اجتماعی از واژه طرحواره بهره بردند.

در حوزه شناخت درمانی، بک (۱۹۶۷) در اولین نوشته هایش به مفهوم طرحواره اشاره کرد. طرحواره برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان درمانی، اینست که بسیاری از طرحواره ها در سالهای اول زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و در تجارب بعدی زندگی کاملاً حضور می یابند. بنابراین طرحواره می تواند مثبت یا منفی باشند. همچنین می توانند در سالهای اول زندگی یا حتی در سالهای بعد شکل بگیرند. پروفیسور یانگ معتقد است برخی از این طرحواره ها مخصوصاً آنها که در سالهای اولیه کودکی شکل گرفته اند می تواند علت اصلی مشکلات رفتاری افراد باشد (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

## 3-2-2- شیوه شکل گیری طرحواره

طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و بنا بر اصل حفظ هماهنگی شناختی (حفظ دیدگاه باثبات در مورد خود و دیگری) خودشان را بر تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند، حتی اگر هیچگونه کاربرد دیگری نداشته باشند (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

طرحواره برای بقای خودش می‌جنگد و فرد با آن احساس راحتی می‌کند. افراد به سمت وقایعی کشیده می‌شوند که با طرحواره هایشان همخوانی دارد و به همین دلیل تغییر طرحواره‌ها سخت است. چهار دسته از تجارب اولیه زندگی روند اکتساب طرحواره‌ها را تسریع می‌کنند:

1- عدم ارضا نیازها: می‌تواند منجر به شکل‌گیری طرحواره‌هایی همچون محرومیت هیجانی و رها شدگی شود. این نیازها شامل: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجانهای سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیتهای واقع‌بینانه و خویشتن‌داری می‌باشد.

2- ارضا بیش از حد نیازها: می‌تواند منجر به شکل‌گیری طرحواره‌هایی همچون وابستگی/بی‌کفایتی و استحقاق بزرگ منشی شود.

3- آسیب دیدن و قربانی شدن: می‌تواند منجر به تشکیل طرحواره‌هایی همچون نقص/شرم، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و یا آسیب‌پذیری نسبت به ضرر شود.

4- درونی‌سازی یا همانندسازی با افراد مهم زندگی؛ کودک به طور انتخابی با افکار و احساسات والدین همانندسازی می‌کند، آنها را درون‌سازی می‌کند.

علاوه بر این چهار دسته تجارب، خلق و خو نیز در شکل‌گیری طرحواره‌ها تأثیر دارد. حتی خلق و خو در درونی‌سازی با افراد مهم موثر است. خلق و خوی کودک تعیین می‌کند که آیا با ویژگی افراد مهم زندگی‌اش همانندسازی می‌کند یا خیر. مثلاً کودک افسرده‌خو احتمال کمتری دارد که سبک خوشبینانه والدین خود را در مقابل بدشانسی‌ها درون‌سازی کند زیرا رفتار چنین والدی آنقدر مخالف طبع کودک است که نمی‌تواند آن را جذب کند (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

ابعاد خلق و خو عبارتند از: پایدار یا بی‌ثبات، خوشبین یا افسرده‌خو، خونسرد یا مضطرب، حواس‌پرت یا وسواسی، پرخاشگر یا منفعل، بازیگوش یا تحریک‌پذیر، اجتماعی یا خجالتی می‌باشد. خلق و خوی

هیجانی کودک در تعامل با وقایع دردناک دوران کودکی منجر به شکل گیری طرحواره ها می شود. به عنوان مثال یک کودک پرخاشگر در مقایسه با یک کودک منفعل و پذیرا بیشتر احتمال دارد مورد بدرفتاری بدنی والدین خشن خود قرار گیرد» (یانگ ، 2001) .

## 2-2-4- ویژگی های طرحواره ناسازگار

طبق نظر یانگ ( 2001) طرحواره های ناسازگار اولیه این ویژگی ها را دارند:

1- الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند.

2- از خاطرات، هیجان ها، شناختواره ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند.

3- در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند.

4- در سیر زندگی تداوم دارند.

5- درباره خود و رابطه با دیگران هستند.

6- به شدت ناکارآمدند.

همانطور که یانگ (1999، 2001) گفته طرحواره دارای ابعاد هیجانی، احساسات بدنی، خاطرات و شناختواره ها است. سیستم های متفاوتی برای ضبط هر یک از این موارد در مغز وجود دارد. ابعاد هیجانی و احساس های بدنی طرحواره در آمیگدال ثبت می شوند و خاطرات و شناختواره های همراه آن در هیپوکامپ و قشر عالی مغز ذخیره می شود. هیجانها و احساس های بدنی ذخیره شده در سیستم آمیگدال ویژگی های سیستم آمیگدال را دارا هستند. سیستم آمیگدال، ناهشیار است، سریعتر عمل می کند، خودکار است، خاطرات هیجانی ثبت شده در آمیگدال پردازش و ماندگارند، سیستم آمیگدال از تفاوت های شناخت دقیقی ندارد، و سیستم آمیگدال از نظر تکاملی مقدم بر قشر مغز است (یعنی زودتر شکل می گیرد و تکمیل

می شود). وقتی فرد با محرک هایی روبرو می شود که یاد آور وقایع دوران کودکی او هستند و در شکل گیری طرحواره ها نقش داشته اند، هیجان ها و احساس های بدنی همراه آن واقعه به طور ناهشیار توسط سیستم آمیگدال فعال می شوند. هیجانها و احساسهای بدنی خیلی سریعتر از شناختواره ها به کار می افتند (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

همچنین مولفه های شناختی طرحواره اغلب دیرتر از هیجان ها و احساس های بدنی شکل می گیرند. بسیاری از طرحواره ها در مراحل پیش کلامی بوجود می آیند. به خاطر همین بعد هیجانی طرحواره ها و مکان ضبط شدن آنها است که افراد بسیاری از مشکلشان شناخت کافی دارند اما در مواقع لزوم نمی توانند رفتار مناسبی داشته باشند و این یکی از نقص های درمان های شناختی است.

## 2-2-5- سبک ها و پاسخ های مقابله ای

سه سبک مقابله ای داریم همانطور که همه موجودات در مقابل تهدید سه واکنش نشان می دهند. جنگ، گریز، میخکوب که با سه سبک مقابله ای جبران افراطی، اجتناب و تسلیم هم خوانی دارد.

تسلیم: «وقتی بیمار تسلیم طرحواره می شود سعی نمی کند با آن بجنگد یا از آن اجتناب کند بلکه می پذیرد که طرحواره درست است وقتی با برانگیزنده های طرحواره روبه رو می شود پاسخ های هیجانی نامناسب نشان می دهد افرادی را برای شریک زندگی انتخاب می کنند که به احتمال زیاد با آنها مانند والدین خشمگین برخورد می کنند» (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

اجتناب: «وقتی سبک مقابله ای اجتناب را بکار می برند سعی می کنند طرحواره هیچ وقت فعال نشود. از فکر کردن به آن اجتناب می کنند آن ها ممکن است به طور افراطی مشروب بنوشند، دارو مصرف کنند، پرخوری کنند، هیجان طلب و معتاد بکار شوند و در ارتباط با دیگران کاملاً طبیعی به نظر میرسند» (یانگ،

2001).

جبران افراطی: «سعی می کنند تا حد ممکن با دوران کودکی خود یعنی زمان شکل گیری طرحواره متفاوت باشند مثلاً اگر در درون کودکی احساس بی ارزشی می کرده اند در بزرگسالی تلاش می کنند فردی بی عیب و نقص جلوه کنند. جبران افراطی را می توان به عنوان تلاش سالمی علیه طرحواره در نظر گرفت که متأسفانه به جای بهبود به تداوم منجر می شود» (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

پاسخ های مقابله ای: «رفتاری خاص که فرد در یک لحظه خاص و گذرا نشان می دهد مثلاً مرد بیماری وقتی دوست دخترش او را تهدید به قطع رابطه کرد آنقدر مشروب خورد که از حال رفت. تمام راههای فرد ویژه ای که بیمار از طریق آنها جبران افراطی، تسلیم و اجتناب را آشکار می سازد (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

## 2-2-6- عملکردهای طرحواره

دو عملکرد اصلی طرحواره ها عبارتند از: تداوم طرحواره و بهبود طرحواره.

«تداوم طرحواره: به هر چیزی که بیمار انجام می دهد تا وضعیت فعلی طرحواره را حفظ کند یا موجب تقویت آن شود. توسط سه ساز و کار اولیه تداوم می یابند، تحریف های شناختی، الگوهای خود آسیب رسان و سبک های مقابله ای» (سینگل<sup>1</sup>، 2003).

بهبود طرحواره: «بهبود طرح واره که هدف نهایی طرح واره درمانی است، دشوار و طولانی مدت است. زیرا طرحواره به سختی تغییر می کند و عمیقاً با باورهای فرد راجع به خود و محیطش گره خورده، بهبود طرحواره به اراده قوی و تمرین زیاد نیازمند است» (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

---

<sup>1</sup> -Single

## 2-2-7- ذهنیت های طرحواره ای

ذهنیت های طرحواره ای : «حالت های هیجانی و پاسخ های مقابله ای لحظه به لحظه ای که همه ما تجربه می کنیم و در موقعیت هایی بر انگیزته می شوند که حساسیت زیادی نیست به آن ها داریم و مدت کوتاهی بر ذهن غلبه دارند، در صورتی فعال می شوند که منجر به بر انگیزتگی هیجان های آشفته ساز، پاسخ های اجتنابی یا رفتارهای حوزه آسیب رسانی شوند طوری که کنترل فرد را در دست می گیرند و او را زیر سلطه می برند» (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

ده ذهنیت طرحواره ای وجود دارد که به چهار طبقه، دسته بندی می شوند، طبقه اول مربوط به ذهنیت های کودکانه می باشد که شامل:

- 1- ذهنیت کودک آسیب پذیر: این ذهنیت تجارب تلخ و ناگوار کودک بدرفتار است .
  - 2- ذهنیت کودک عصبانی: رفتارهای خشمگینانه را بدون توجه به پیامدهای آن ابراز می کند.
  - 3- ذهنیت کودک تکانشگر: هر وقت دلش بخواهد هیجانات و امیالش را بدون توجه به پیامدهای احتمالی ابراز می کنند.
  - 4- ذهنیت کودک شاد : نیازهای هیجانش در حال حاضر بر آورده شده اند»
- طبقه دوم به ذهنیت مقابله ای ناکارآمد مربوط می شود که شامل:
- 5- تسلیم شده مطیع : در مقابل طرحواره تسلیم می شود و نا امید و منفعل می شود .
  - 6- محافظ بی تفاوت: در مقابل اجتناب است با اجتناب از مردم، سوء مصرف مواد از رنج طرحواره فاصله می گیرند.
  - 7- جبران کننده افراطی: که از طریق بد رفتاری با دیگران با طرح و اراده هایش می جنگد»

طبقه سوم به ذهنیت والد نا کار آمد مربوط می شود که شامل:

8- والد تنبیه گر: والدی که کودک را به خاطر بد بودن تنبیه می کند.

9- والد پرتوقع: برای برآوردن آرزوهای بلند پروازانه کودک را تحت فشار قرار می دهند. دهمین ذهنیت، بزرگسال سالم است که سعی میکنیم از طریق آموزش برای اصلاح و بهبود سایر ذهنیت ها آنها را توانمند سازیم».

طبقه چهارم به ذهنیت سالم مربوط می شود که شامل:

10- ذهنیت بزرگسال سالم است که سعی می کنیم از طریق آموزش برای اصلاح و بهبود سایر ذهنیت ها آنها را توانمند سازیم (یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

## 2-2-8- حوزه های طرحواره و طرحواره های ناسازگار اولیه

با توجه به اینکه فرد چه تجاربی داشته و نیازهایش چگونه بر آورده شده و خلق و خوی فرد چیست 5 حوزه مشخص شده که هر حوزه طرحواره هایی را در بر می گیرد. تا کنون جمعا 18 طرحواره ناسازگار اولیه تشخیص داده شده (یانگ، 1999، یانگ، 2001، و یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386) که شامل:

1- طرحواره های حوزه بریدگی و طرد: این طرحواره های در خانواده هایی شکل می گیرد که بی عاطفه، سرد، مضایقه گر، منزوی، تندخو، غیر قابل پیش بینی یا بد رفتار هستند. بیمارانی که طرحواره هایی در این حوزه دارند نمی توانند دلبستگی های ایمن و رضایت بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی معتقدند که نیاز آنها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. طرحواره های حوزه بریدگی و طرد شامل:



**1-1 طرحواره رها شدگی/بی ثباتی:** بی ثباتی یا بی اعتمادی نسبت به دریافت محبت و برقراری ارتباط با اطرافیان، به طوری که فرد احساس می کند افراد مهم زندگی اش نمی توانند حمایت عاطفی و تشویق لازم را به او بدهند زیرا این افراد از لحاظ هیجانی، بی ثبات، غیر قابل پیش بینی (برای مثال ناگهان عصبانی می شوند) اعتماد ناپذیر و نامنظم اند. چنین فردی معتقد است هر لحظه ممکن است که افراد مهم زندگی اش او را ترک کنند و یا به دیگری علاقه مند شوند.

سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل الف) تسلیم: انتخاب همسر و دوستان از میان کسانی که در دسترس نیستند و رفتارشان قابل پیش بینی نیست. انتخاب همسر و دوستی که متعهد نیست و نمی تواند رابطه پایداری برقرار کند. ب) اجتناب: دوری از روابط صمیمانه همراه با ترس از رها شدن. زیاده روی در نوشیدن مشروب به هنگام تنهایی. ج) جبران افراطی: حفظ رابطه با همسر و افراد مهم زندگی با رفتارهایی نظیر وابستگی زیاد، سلطه گری یا کنترل کردن. رفتارهای سماجی و حاکی از وابستگی شدید و دلگیر کردن همسر تا حدی که از او دور شود؛ حملات آتشین به همسر به خاطر جدایی های کوتاه مدت.

## **1-2 بی اعتمادی/ بدرفتاری:**

انتظار اینکه دیگران به انسان ضربه می زنند، بدرفتارند، انسان را سرافکننده می کنند، دروغ می گویند و دغل کار و سود جو هستند. چنین انتظاری باعث می شود فرد وقایع پیرامون را به گونه ای خاص ادراک کند: آسیبی که به فرد وارد نموده اند، عمدی بوده و یا اینکه در نتیجه بی مبالاتی و غفلت مفرط پدید آمده است. ممکن است فرد احساس کند همیشه یک نفر موجودی او را می دزد یا حق اش را می خورد.

## **1-3 طرحواره محرومیت هیجانی:**

این افراد انتظار ندارند که تمایل آنها برای برقراری رابطه هیجانی با دیگران به طور کافی ارضا شود. سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل الف) تسلیم: انتخاب همسری که محرومیت هیجانی دارد و بیان

نکردن خواسته هایش. انتخاب همسری که سرد و بی عاطفه است. ارتباط سرد با افراد مهم زندگی؛ عدم تشویق دیگران به خاطر ابراز محبت. ب) اجتناب: اجتناب از روابط صمیمانه با دیگران. ج) جبران افراطی: برآورده ساختن نیازها و انتظارات هیجانی همسر و دوستان صمیمی. توقع غیر واقع بینانه که دیگران باید تمام نیازهای او را بر آورده کنند.

#### **1-4 طرحواره نقص/شرم:**

فرد احساس می کند که در مهمترین جنبه های شخصیتی اش انسانی نامطلوب، بد، حقیر و بی ارزش است یا اینکه در نظر افراد مهم زندگی اش فردی منفور و نامطلوب به حساب می آید. این طرحواره حساسیت بیش از حد نسبت به انتقاد، طرد، سرزنش، کمرویی، مقایسه های نابجا، احساس نا امنی در حضور دیگران و حس شرمندگی در ارتباط با عیب ها و نقص های درونی را دربر می گیرد.

سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل الف) تسلیم: انتخاب دوستان انتقادگر و طرد کننده، تحقیر خود و قرار دادن خود در موقعیت های زیر دست و فرمانبر. ب) اجتناب: اجتناب از بیان احساسات و افکار واقعی و اجازه ندادن به دیگران برای نزدیک شدن به او. ج) جبران افراطی: انتقاد و طرد دیگران به گونه ای که به نظر میرسد خودش هیچگونه عیب و ایرادی ندارد. رفتار انتقادگرایانه یا برتری طلبانه نسبت به دیگران، تلاش برای بی نقص جلوه دادن خود.

#### **1-5 انزوای اجتماعی / بیگانگی:**

احساس این که، فرد از جهان کناره گیری کرده و با دیگران متفاوت است و یا اینکه به جامعه یا گروه خاصی تعلق خاطر ندارد.

#### **1- طرحواره های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل:**

این طرحواره ها در خانواده هایی شکل می گیرد که اعتماد به نفس کودک را کاهش می دهند، گرفتارند و بیش از حد از کودک محافظت می کنند و یا اینکه نتوانسته اند کودک را به کارهای بیرون از خانه تشویق کنند. طرحواره های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل :

## **1-2 طرحواره وابستگی / بی کفایتی:** فرد معتقد است که نمی تواند مسئولیت های روزمره (مثل مراقبت از

دیگران، حل مشکلات روزانه، قضاوت درست و تصمیم گیری صحیح و...) را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران در حد قابل قبولی انجام دهد. این حالت اغلب به صورت درماندگی ظاهر می شود. مشاهده بی غرض رفتارها مشخص می کند که درصد بالایی از افراد (به ویژه دختران و زنان) این طرحواره را دارند. افراد با طرحواره وابستگی احساس می کنند که توانایی کسب درآمد، حل مشکلات، به عهده گرفتن وظایف جدید، و تصمیم گیری درست را ندارند. این طرحواره اغلب خود را به صورت منفعل بودن و درماندگی افراطی نشان می دهد.

سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل الف) تسلیم: کمک خواهی افراطی، چک کردن تصمیم ها با دیگران، انتخاب همسری بیش از حد حمایت کننده که هر کاری برای او انجام می دهد. درخواست از افراد مهم زندگی تا تصمیم های مالی او را بر عهده بگیرند. ب) اجتناب: اهمالکاری در تصمیم گیری ها، اجتناب از مسئولیت های معمول دوران بزرگسالی و ناتوانی در رسیدن به استقلال عمل. اجتناب از درگیر شدن با چالش های جدید زندگی مانند یادگیری رانندگی. ج) جبران افراطی: تاکید افراطی بر خود اتکایی حتی زمانی که کمک خواستن از دیگران امری طبیعی است. مستقل نمایی.

## **2-2 آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری**

ترس افراطی از این که فاجعه نزدیک است و هر لحظه احتمال وقوع آن وجود دارد و این که فرد نمی تواند از آن جلوگیری کند. ترس ها با یک یا چند جنبه متمرکز است. الف) حوادث پزشکی مانند حمله های

قلبی و ابتلا به ایدز، ب) وقایع هیجانی مانند دیوانه شدن، ج) سوانح محیطی مانند گیر افتادن در آسانسور و ... .

### 3-2 طرحواره خود تحول نیافته گرفتار:

ارتباط عاطفی شدید و نزدیکی بیش از حد با یکی از افراد مهم زندگی (اغلب والدین)، به قیمت از دست دادن فردیت یا رشد اجتماعی طبیعی. فرد ممکن است احساس کند که وجودش در دیگری ادغام شده و هویت جداگانه ای ندارد. این طرحواره اغلب خود را به صورت احساس پوچی و سردرگمی، جهت نداشتن و بی هدفی و یا در موارد شدید به صورت شک و تردید در موجودیت و ساختار وجودی فرد بروز می دهد.

سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل الف) تسلیم: هر چیزی را با مادر خود در میان گذاشتن، حتی در سنین بزرگسالی، زندگی کردن با والدین. تقلید از رفتارهای افراد مهم زندگی، حفظ و تداوم رابطه نزدیک با فردی که اجازه نمی دهد بیمار هویت جداگانه ای متناسب با نیازهای خاص خودش داشته باشد. ب) اجتناب: اجتناب از روابط صمیمی. اجتناب از رابطه با کسانی که بر فردیت و مستقل شدن تأکید می کنند. ج) جبران افراطی: تلاش در جهت اینکه به هر نحو ممکن به افراد مهم زندگی ثابت کند که مستقل است. انجام رفتارهایی که نشانگر خودگردانی (استقلال) افراطی است.

### 4-2 طرحواره شکست

باور به این فرد شکست خورده است یا در آینده شکست خواهد خورد و این که شکست برای او اجتناب ناپذیر است. فرد در مقایسه با همسالانش در حوزه های پیشرفت (مثل تحصیل، شغل، ورزش و ...) غالباً احساس بی کفایت می کند. اغلب شامل این باور است که شخص، دیوانه، بی استعداد، نالایق و نادان است و نسبت به دیگران، موفقیت کمتری دارد.

## 2- طرحواره های حوزه محدودیت های مختل:

این طرحواره ها در خانواده های به وجود می آیند که به جای انضباط، مواجهه مناسب، محدودیت های منطقی، مسئولیت پذیری، همکاری متقابل و هدف گزینی، وجه مشخصه آنها سهل انگاری افراطی، سردرگمی، یا حس برتری است. این طرحواره ها منجر به بروز مشکلاتی در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد یا هدف گزینی و رسیدن به اهداف واقع بینانه می شود.

### 1-3 طرحواره استحقاق بزرگ منشی:

فرد معتقد است نسبت به دیگران یک سر و گردن بالاتر است و حقوق ویژه ای برای خودش قائل است.

### 2-3 طرحواره خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی:

مشکلات مستمر در خویشتن داری مناسب و تحمل نکردن ناکامی ها در راه دستیابی به اهداف شخصی یا ناتوان در جلوگیری از بیان هیجان ها و تکانه ها.

### 3- طرحواره های حوزه دیگر جهت مندی:

بیمارانی که طرحواره هایی در این حوزه دارند به جای رسیدگی به نیازهای خود به دنبال ارضای نیازهای دیگران هستند، آنها این کار را برای دستیابی به تایید، تداوم رابطه هیجانی و یا اجتناب از انتقام انجام می دهند. این افراد در کودکی آزاد نبوده اند تا از تمایلات طبیعی خودشان پیروی کنند و در بزرگسالی به جای اینکه از درون جهت دهی شوند از محیط بیرون تاثیر می پذیرند و از خواسته های دیگران تبعیت می کنند. ریشه های تحولی این طرحواره مبتنی بر پذیرش مشروط بوده است: کودکان باید جنبه های مهم شخصیت

خود را برای دست یابی به عشق یا تایید دیگران مهار می کردند. در اکثر این خانواده ها والدین به جای توجه و اهمیت قائل شدن برای نیازهای منحصر به فرد کودک، بیشتر نیازهای هیجانی یا

## **مبانی نظری و اصول طرحواره درمانی:**

### **طرحواره درمانی: مدل مفهومی**

- ✚ طرحواره درمانی یک مدل نظری و درمانی تلفیقی و وحدت بخش است.
- ✚ این روش به منظور درمان اختلالات روانی مزمن که به درمان متعارف مقاوم هستند طراحی شده است.
- ✚ هدف این مدل، درمان مشکلاتی است که ریشه ی عمیق در دوران رشد کودکی و نوجوانی دارند.
- ✚ طرحواره درمانی، تلفیقی از اصول و مبانی مکاتب شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط موضوعی، ساختارگرایی و روانکاوی است.
- ✚ طرحواره درمانی ترکیبی از روش ها و فنون شناختی، رفتاری، بین فردی و تجربه گرایانه است.

### **موارد مناسب برای طرحواره درمانی**

- ✚ اختلالات شخصیتی شدید
- ✚ مشکلات یا اختلالاتی که به مدت طولانی و به صورت مزمن وجود داشته اند
- ✚ اختلالات محور یک که به درمان متعارف پاسخ نمی دهند
- ✚ عود مکرر اختلال محور یک
- ✚ وجود مشکل مبهم و در عی نحال گسترده
- ✚ مشکلات ارتباطی طولانی مدت

اجتناب مفرط

الگوهای تفکر و رفتار دگم

به شکلی غیر متعارف طلبکارانه، مستحقانه و محتاجانه برخورد کردن

## تعریف طرحواره‌ی ناسازگار اولیه

یک تم یا الگوی گسترده‌ی عمیق و فراگیر است.

در بردارنده‌ی خاطرات، احساسات جسمانی، هیجانات و شناختها است.

در مورد خود فرد و رابط‌هاش با دیگران است.

در طول دوران کودکی و نوجوانی به وجود آمده و در طول زندگی همچنان فعال بوده

و رشد می‌کند.

تا حدود قابل توجهی ناکارآمد و بدکنش است.

رفتار از طرحواره نشات می‌گیرد ولی بخشی از طرحواره محسوب نمی‌شود.

## ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه

طرحواره‌ها یک تم هستند، نه صرفاً یک باور.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه از نظر شدت، فراگیری و گستردگی، و فراوانی بر روی

پیوستار جای می‌گیرند. یعنی این طرحواره‌ها از نظر شدت و میزان فعالیت در ذهن با

هم تفاوت دارند. هر قدر طرحواره شدیدتر باشد، موقعیت‌های بیشتری آن را فعال کرده

و هیجان منفی ناشی از آن شدت و طول مدت بیشتری خواهد داشت.

معمولا طرحواره ها در اثر تجارب ناگوار مکرر دوران کودکی و نوجوانی شکل می گیرند. در واقع می توان گفت که طرحواره ها حاصل تعامل مزاج و تجارب ناخوشایند هرروزه ی کودک با والدین، خواهر و برادرها و همسالان هستند.

بسیاری طرحواره ها در مراحل پی شکلامی رشد (در کهن مغز و امیگدالا) شکل می گیرند.

هر حادثه روزمره یا تغییر حالت خلقی که مرتبط با طرحواره باشد، می تواند طرحواره را برانگیخته و بیدار کند.

طرحواره ها می توانند به صورت قابل ملاحظه ارضای نیازهای اساسی به خودمختاری، ارتباط، ابراز خویشتن و غیره را مختل سازند.

طرحواره ها برای بقای خودشان می جنگند. بیماران در زندگی روزمره خود و تعاملاتشان با دیگران طوری عمل می کنند که طرحواره های آنها تایید شود.

طرحواره ها معمولاً خود تداوم بخش هستند. تغییر دادن آنها با استفاده از فنون کوتاه مدت میسر نیست.

## **طرحواره های شرطی و غیر شرطی**

طرحواره های غیرشرطی در اوایل رشد ایجاد شده و معمولا در مرکز ساختار شناختی قرار دارند.

این طرحواره ها باورهایی غیر شرطی در مورد خود و دیگران هستند.

در مورد طرحواره های غیرشرطی هیچ چیزی نمی تواند شرایط را تغییر دهد و در هر صورت فرد بی کفایت یا دوست نداشتنی است.



✚ طرحواره های شرطی ثانویه هستند. این طرحواره ها بعدها ایجاد می شوند و شرایطی را

برای تغییر مطرح می کنند "اگر همیشه هشیار و آماده باشم می توانم از بدبختی پیشگیری

کنم.

✚ پیروی از شرایط طرحواره های شرطی همیشه امکان پذیر نیست و در نهایت فرد با

طرحواره غیرشرطی خود روبرو می شود.

## طرحواره های شرطی و غیر شرطی

### طرحواره های غیرشرطی

- •رها شدگی / بی ثباتی
- •بی اعتمادی/بدرفتاری
- •محرومیت هیجانی
- •نقص
- •وابستگی/بی کفایتی
- •آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
- •خود تحول نیافته/گرفتار
- •شکست
- •منفی گرایی/بدبینی
- •تنبیه
- •استحقاق/بزرگمنشی
- •خویشتن داری /خودانضباطی ناکافی

### طرحواره های شرطی

- اطاعت •
- ایثار •
- پذیرش جویی / جلب توجه •
- بازداری هیجانی •
- معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی •

## ریشه های طرحواره

نیازهای بنیادین و محوری

تجارب ناخوشایند کودکی و نوجوانی

مزاج و سرشت

آثار فرهنگی نظیر قومیت، طبقه اجتماعی - اقتصادی، مذهب و غیره

## نیازهای بنیادین و محوری کودکی

دلبستی ایمن به دیگران (شامل نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش)

خودگردانی، کفایت و هویت

آزادی در بیان نیازها و هیجان های سالم

خودانگیختگی و تفریح

محدودیت های واقع بینانه و خویشتن داری

## طرحواره و نیازهای رشدی

این نیازها جهان شمول هستند و همه انسانها این نیازها را دارند.

افراد سالم می توانند این نیازها را به طور سازگارانه ای ارضا کنند.

گاهی اوقات تعامل بین خلق و خوی سرشتی کودک با محیط اولیه نه تنها این نیازها

را ارضا نمی کند، بلکه باعث ناکامی آنها می شود.

طرحوار ههای ناسازگاران هی اولیه زمانی شکل م یگیرند که نیازهای ویژه و بنیادین

دوران کودکی بر آورده نشوند.

هدف طرحواره درمانی این است که بیمار بتواند راههای سازگاران تری برای ارضای

این نیازهای هیجانی پیدا کند.

## تجارب ناخوشایند کودکی و نوجوانی

• نقش خانواده اولیه در شکل گیری طرحواره های اولیه

— ناکامی نیازها

• محرومیت هیجانی، رهاشدگی

— آسیب دیدن و قربانی شدن

• بی اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، آسیب پذیری

— رفاه و رسیدگی زیاد

• وابستگی/بی کفایتی، استحقاق/بزرگمنشی

— درونی سازی انتخابی/همانندسازی

• نقش همسالان، مدرسه، اجتماع و فرهنگ در شکل گیری طرحواره های بعدی

## مزاج و سرشت

باعث ایجاد شرایط و تجارب خاصی در زندگی کودک می شود.

✚ کودک را نسبت به شرایط خاصی آسیب پذیر می کند.

✚ ویژگی های افراطی در محیط اولیه و مزاج و سرشت افراطی، هر دو می توانند بر

دیگری تاثیر تعیین کننده ای داشته باشند.

## هیجده طرحواره‌ی ناسازگارانه اولیه

✚ استحقاق / بزرگمنشی

✚ خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی

✚ اطاعت

✚ ایثار

✚ پذیرش جویی / جلب توجه

✚ منفی گرایی / بدبینی

✚ بازداری هیجانی

✚ معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی

✚ تنبیه

✚ رها شدگی / بی ثباتی

✚ بی اعتمادی / بدرفتاری

✚ محرومیت هیجانی

✚ نقص / شرم

✚ انزوای اجتماعی / بیگانگی

✚ وابستگی / بی کفایتی

✚ آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری

خود تحول نیافته / گرفتار

شکست

## پنج حوزهی طرحوارهای

قطع ارتباط و طرد

خودمختاری و عملکرد آسب دیده

حدود، مرزها و محدودیت های آسب دیده

جهت گیری بر مبنای دیگران

گوش به زنگی مفرط / بازداری

## اکتساب طرحواره

ناکامی مسموم نیازها

در معرض ضرب ههای روحی قرار گرفتن، قربانی شدن، مورد بدرفتاری قرار گرفتن

بیش از حد چیزهای خود دریافت کردن

درونی سازی یا همانند سازی انتخابی

## عملکرد طرحواره

• خود تداوم بخشی طرحواره

- تحریف های شناختی

- الگوهای زندگی خودفریبانه

- سبک های مقابله ای و پاسخ های فرد به طرحواره ها

• بهبود طرحواره

## سبک‌های مقابله ای و پاسخ‌های فرد به طرحواره‌ها

✚ مقابله مؤلفه‌ی رفتاری نظریه طرحواره است که البته قابل کاربرد در مورد سبک‌های

شناختی و عاطفی فرد نیز هست.

✚ بیماران از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی و بخصوص رفتاری با طرحواره‌های

خود مقابله می‌کنند.

✚ بیمار در موقعیت‌های مختلف از سبک‌های رفتاری متفاوتی برای مقابله با یک

طرحواره استفاده می‌کنند.

## سبک‌های مقابله ای و پاسخ‌های فرد به طرحواره‌ها

○ سه سبک مقابله‌ای عمده عبارتند از

✚ – (freeze) تسلیم در برابر طرحواره

✚ – (flight) اجتناب از طرحواره

✚ – (fight) جبران افراطی طرحواره

○ بسیاری از پاس‌خ‌های مقابل‌های فرد مشتق از این سه سبک اصلی هستند.

## ضدحمله (جبران افراطی)

○ تلاشی نسبتاً سالم ولی ناموفق بر علیه طرحواره که منجر به تداوم طرحواره می‌شود

○ تلاش افراطی برای متفاوت بودن با دوران کودکی خود و با زمان شکل‌گیری طرحواره

○ مزاج و سرشت و درونی سازی، در انتخاب سبک مقابله ای نقش تعیین کننده ای دارند

○ نمونه هایی از سبک جبران افراطی

▪ پرخاشگری، خشونت

▪ تسلط جویی، جرّات مندی مفرط

▪ شهرت طلبی، مقام دوستی

▪ دیگران را ضایع کردن و دستکاری کردن

▪ انفعال پرخاشگری، طغیان

▪ نظم و وسواس مفرط

## تسلیم

○ فرد می پذیرد که طرحواره درست است

○ بدون اینکه بخواهد الگوهای برگرفته از طرحواره را تکرار می کنند.

○ نمونه هایی از تسلیم

▪ تبعیت

▪ وابستگی

## اجتناب

○ تلاش برای جلوگیری از فعال شدن طرحواره

○ فکر نکردن به طرحواره، جلوگیری از بروز افکار و تصاویری که طرحواره را برمی

انگیزند، پرت کردن حواس در صورت بروز این افکار

○ فعال نبودن در درمان، عدم انجام تکالیف، بیان نکردن عواطف، رها کردن درمان

○ نمونه هایی از اجتناب

▪ مصرف الکل یا دارو، پرخوری

▪ روابط بی بندوبار، اعتیاد به کار

▪ کناره گیری اجتماعی

▪ خودمختاری مفرط

▪ تحریک جویی و سواسگونه

▪ خود تسکین دهی معتادانه

▪ کناره گیری روانی

## مقایسه با مدل بک

✚ تاکید بیشتر بر رابط هی درمانی

✚ تاکید بیشتر بر عاطفه (مثلاً تجسم ذهنی، ایفای نقش)

✚ بحث بیشتر در مورد ریش ههای کودکی و فراین دهای رشدی

✚ تاکید بیشتر بر سب کهای مقابل های

✚ تاکید بیشتر بر ت مهایی بنیادین



## علل توجه به طرحواره درمانی

- بر اساس رویکرد طرحواره درمانی در هر نوع از آسیب های روان شناختی ردپایی از فعال بودن شناخت ها و طرحواره های خاص وجود دارد.
- در حال حاضر علاقه روز افزون به طرحواره های شناختی همراه با تحقیق در ابعاد مهم آسیب شناسی روانی و مطالعه بیماران روانی رو به افزایش است.
- با توجه به محدودیتهای درمان شناختی سنتی، یانگ (1995) پیشنهاد کرده است که تمرکز و توجه به طرحواره ها اغلب ضروری است، چون بعضی از بیماران دسترسی کمی به تغییرات لحظه به لحظه در عاطفه دارند و روی افکار خودکار بی ثمر بیشتر متمرکز می شوند
- یکی از رویکردهای درمانی که برای حل مشکلات مزمن و سخت طراحی شده، طرحواره درمانی است.
- تحقیقات متعدد نشان داده اند که افراد بیمار نسبت به افرادی غیر بیمار امتیاز بالاتری در سنجش های خود گزارش دهی طرحواره های ناسازگار به دست می آورند. با این حال، تحقیقات قبلی نشان داده اند با انجام درمان های مرتبط با طرح واره های شناختی علائم افزایش یافته، به حالت طبیعی در می آیند
- برخی فنون اصلی CBT مانند مواجهه و جلوگیری از پاسخ توسط بعضی از بیماران، لزوم یافتن انواع دیگر درمان که بطور متفاوت از این درمان و یا در جهت کمک به اجرای فنون شناختی – رفتاری صورت پذیرد، ضرورت می یابد.

- در سالهای اخیر برخی پژوهشگران به نظریه ابتدایی بک که بر نقش طرحواره‌های شناختی در مفهوم سازی مشکل بیمار تاکید می کرد، بازگشتند و بحث درمان های طرحواره - محور را مطرح کردند(یانگ، 1990).

- حال با توجه به مواردی که مطرح شد و همچنین عدم کارایی مطلوب و مشکلات بکار گیری درمان های موجود در درمان برخی از اختلالات روانشناختی مزمن و خصوصا اختلالات منش شناختی و شخصیتی طرحواره درمانی با توجه به ویژگیهایی که دارد بنظر درمانی مناسب می رسد.

### **دلایل اجرای طرحواره درمانی**

- ادعای طرحواره درمانی مبنی بر درمان بیماریهای مزمن و منش شناختی
- تلفیقی بودن این درمان و بر آوردن علاقمندی درمانگران به درمانهای تلفیقی ویکپارچه
- عدم کار آمدی برخی درمانها برای برخی اختلالات ( بطور خاص اختلالات شخصیت)
- بنابراین هدف مطالعه کارگاه حاضر حاضر بررسی مبانی مقدماتی مبنی بر درک و درمان اختلالات روانشناختی از طریق طرحواره درمانی است.

## ارزیابی و درمان

(در دو مرحله انجام میشود)

### اهداف گسترده ی طرحواره درمانی

- کمک به بیمار در جهت ارضای نیازهای بنیادین
- به شیوه ای سازگارانه
- از طریق تغییر طرحواره های ناسازگارانه، پاس خهای مقابله ای و مدها

### مرحله اول: ارزیابی و آموزش

#### اهداف مرحله اول

#### ارزیابی و آموزش

- شناسایی و آموزش بیمار در مورد طرحواره های مرکزی زندگی
- پیوند دادن طرحواره ها به مشکلات کنونی و تاریخچه زندگی
- آوردن بیمار به سطح تماس با طرحواره ها پرهیجان (شناخت های گرم)
- شناسایی پاسخ های مقابله ای و مدهای ناکارآمد

### راهبردهای ارزیابی و مفهوم پردازی

- مصاحبه
- پرسشنامه های خود سنجی
- توجه به رابطه درمانی
- شناسایی الگو: پیوند دادن مشکلات کنونی با تاریخچه زندگی

- برانگیختن طرحواره ها از طریق تصویر سازی ذهنی، دیالوگ ها، و تمرین های کودک

درونی

- مشاهده ی الگوها در رابطه ی درمانی
- تلفیق اطلاعات با استفاده از **فرم مفهوم سازی طرحواره**

آموزش بیمار

- مرور پرسشنام ههای مختلف طرحواره به همراه بیمار
- معرفی ”Reinventing your life“ به بیمار
- مرور مقابله ها با بیمار
- مرور مدها با بیمار
- تلفیق این اطلاعات توسط درمانگر برای بیمار

**Basic Concept:**

**Empathetic Confrontation**

**مرحله ی دوم درمان: راهبردهای تغییر**

**راهبردهای شناختی (بازسازی شناختی)**

- آزمون اعتبار طرحواره (شواهد تایید کننده و ردکننده طرحواره در طول زندگی)
- قالب بندی مجدد شواهد تایید کننده طرحواره

- ارزیابی مزایا و معایب سبکهای مقابله ای در قبال هر طرحواره
- دیالوگ طرحواره ناکارآمد اولیه و بخش سالم
- استفاده از کارت یادآور
- فرم ثبت طرحواره و جنبه سالم در زندگی روزمره

### **راهبردهای تجربه گرا**

- ارائه منطق استفاده از فنون تجربه گرا
- انجام گفتگوهای تجسمی
- فرزندپروری مجدد محدود در تصویرسازی ذهنی
- تصویرسازی تجارب آسیب زنده
- نوشتن نامه به منشاء طرحواره
- تصویرسازی ذهنی برای الگوشکنی رفتاری

### **راهبردهای رفتاری**

- الگوشکنی رفتاری

### **راهبردهای بین فردی در رابطه درمانی**

- استفاده از رابطه درمانی برای تعدیل طرحواره

منزلت اجتماعی خود را مهم می دانستند. طرحواره های حوزه دیگر جهت مندی شامل:

### **1-4 طرحواره اطاعت**

احساس اجبار نسبت به واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران، این کار معمولاً برای اجتناب از خشم، محرومیت هیجانی یا انتقاد صورت می‌گیرد. این طرحواره اغلب به صورت اطاعت افراطی همراه با حساسیت بیش از حد نسبت به احساسات دیگران تجلی می‌یابد. این طرحواره منجر به خشمی فرو خورده شده که خود را در قالب یک سری رفتارهای ناسازگارانه مثل پرخاشگری منفعل، طغیان‌های عاطفی کنترل نشده، علایم روان تنی، کناره‌گیری از عواطف، برون‌ریزی و سو مصرف مواد نشان می‌دهد. سبک‌های مقابله در مقابل این طرحواره شامل: الف) تسلیم: واگذاری حق انتخاب و کنترل موقعیت به دیگران، انتخاب همسر یا افراد مهم زندگی که کنترل‌کننده‌اند. مهیا کردن شرایط برای دیگران به منظور رسیدن به آرزوهایشان. ب) اجتناب: اجتناب از موقعیت‌هایی که مستلزم تعارض با دیگران است. اجتناب از کلیه روابط بین فردی. اجتناب از موقعیت‌هایی که خواسته‌هایش با دیگران متفاوت است. ج) جبران افراطی: نافرمانی در مقابل مراجع قدرت. انجام رفتارهای منفعلانه، پرخاشگرانه یا نافرمانی.

## **4-2 طرحواره اینثار**

تمرکز افراطی بر اضای نیازهای دیگران در زندگی روزمره که به قیمت عدم ارضای نیازهای خود فرد تمام می‌شود. رایج‌ترین دلایل انجام این کارها جلوگیری از آسیب رساندن به دیگران، جلوگیری از احساس گناه ناشی از خودخواهی و یا تداوم ارتباط با افراد نیازمند می‌باشند.

## **4-3 طرحواره پذیرش جویی / جلب توجه:**

تأکید افراطی در کسب تأیید، توجه و پذیرش از سوی دیگران که مانع شکل‌گیری معنای مطمئن و واقعی از خود می‌شود. احساس ارزشمندی فرد بیشتر به واکنش‌های دیگران وابسته است تا به تمایلات طبیعی خودش. گاه این طرحواره با تأکید افراطی بر مقام و منزلت، قیافه و ظاهر، پذیرش اجتماعی، پول یا

پیشرفت مشخص می شود و وسیله ای است برای دست یابی به تأیید، تحسین و توجه دیگران (اهداف اولیه از دست یابی به تأیید، تحسین و توجه دیگران کسب قدرت یا توانایی کنترل نیست).

سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل : الف) تسلیم: تلاش برای تاثیر گذاشتن بر دیگران. جلب توجه دیگران به موفقیت های مرتبط با منزلت اجتماعی خود. ب) اجتناب: اجتناب از تعامل با کسانی که مورد تحسین هستند و حسادت نسبت به آنها. ج) جبران افراطی: دوری جستن از روابط به گونه ای که توجه دیگران را اصلاً جلب نکند، بی ارزش جلوه دادن موفقیت های دیگرانی که مورد تحسین هستند.

#### 4- طرحواره های حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری:

تاکید افراطی بر واپس زنی احساسات، تکانه ها و انتخاب های خود انگیزه فرد یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات انعطاف ناپذیر و درونی شده درباره عملکرد و رفتار اخلاقی که اغلب منجر به از بین رفتن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط نزدیک و سلامتی می شود. طرحواره های این حوزه در خانواده هایی به وجود می آید که در آنها عصبانیت، توقع و گاهی تنبیه مشاهده می شود. در این خانواده ها بر عملکرد عالی، بی نقص گرایی، وظیفه شناسی، پیروی از قوانین، پنهان سازی هیجان ها، و اجتناب از اشتباه تأکید می شود، در عین حالی که به لذت، خوشحالی و آرامش چندانی داده نمی شود. معمولاً در چنین افرادی تمایلی نهفته نسبت به بدبینی و نگرانی وجود دارد. دوران کودکی چنین بیمارانی پر از خشونت، واپس زدگی و سختگیری بوده و خویشتن داری و فداکاری بیش از حد بر خود انگیزگی و لذت غلبه داشته است. این بیماران یاد گرفته اند که در خصوص حوادث منفی زندگی گوش به زنگ باشند و زندگی را طاقت فرسا در نظر بگیرند. طرحواره های حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری شامل:

**1-5 طرحواره منفی گرایی و بد بینی:** تمرکز عمیق و مداوم بر جنبه های منفی زندگی (درد، مرگ، دلخوری، فقدان، عدم توافق، تعارض، گناه، مشکلات حل نشده، اشتباهات بالقوه، خیانت، کارهایی که

اشتباه انجام می شوند و..) همراه با دست کم گرفتن جنبه های مثبت و خوش بینانه زندگی یا غفلت از آنها. این بیماران در حین فعال شدن این طرحواره دست به پیش بینی های افراطی می زنند. مثلاً پیش بینی می کنند که کارهای شغلی، اقتصادی و بین فردی به طرز اسفباری اشتباه از آب در می آیند. این بیماران از اشتباه کردن خیلی می هراسند.

سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل الف) تسلیم: تمرکز بر جنبه های منفی، نادیده گرفتن جنبه های مثبت، نگرانی های مداوم، انجام ندادن کارها به دلیل اجتناب از نتیجه احتمالی منفی. ب) اجتناب: زیاده روی در نوشیدن مشروب با هدف نادیده گرفتن احساسات بدبینانه و فلاکت بار. پایین نگه داشتن سطح توقع و انتظارات. ج) جبران افراطی: خوش بینی زیاد و انکار واقعیت های ناخوشایند.

## 2-5 طرحواره بازداری هیجانی:

بازداری افراطی اعمال، احساسات و ارتباطات خود انگیزته که معمولاً به منظور اجتناب از طرد دیگران، احساس شرمندگی و از دست دادن کنترل بر تکانه های شخصی صورت می گیرد. شایع ترین حوزه های بازداری عبارتند از: 1- بازداری خشم و پرخاشگری. 2- بازداری از بیان تکانه های مثبت از قبیل خوشحالی، محبت، برانگیختگی جنسی و بازی. 3- بازداری از بیان آسیب پذیری یا بیان راحت و صریح احساسات و نیازهای شخصی. 4- تاکید افراطی بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجان ها.

سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل الف) تسلیم: خود را فردی خونسرد و آرام و متین جلوه دادن. تأکید بر استدلال، کم اهمیت جلوه دادن هیجانانگیز، انجام رفتارهای کنترل گرانه، بی احساسی، نشان ندادن هیجانانگیز و رفتار خود انگیزته. ب) اجتناب: اجتناب از موقعیت هایی که افراد راجع به احساسات خود بحث می کنند یا آنها را بیان می نمایند. اجتناب از انجام فعالیت هایی که نیازمند خود بیانگری است مانند ابراز عشق و یا ترس و یا رفتارهای آزادانه ای مثل رقص. ج) جبران افراطی: فرد به طور ناشیانه سعی



می کند مجلس گرم کن باشد به گونه ای که غیر طبیعی به نظر می رسد. انجام رفتارهای تکانشگرانه بدون بازداری که گاهی اوقات تحت تاثیر مواد مهار زدایی همچو الکل صورت می گیرد.

### 3-5 طرحواره معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی:

باور اساسی مبنی بر اینکه فرد برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه درباره رفتار و عملکرد خود، باید کوشش فراوانی به خرج دهد و این کار معمولاً برای جلوگیری از انتقاد صورت می گیرد. این طرحواره به طور معمول در خانواده هایی به وجود می آید که تحت فشارند، نسبت به خودشان و دیگران بیش از حد عیب جویی می کند و توقع دارند کارها با کیفیت عالی و در کوتاه ترین زمان ممکن انجام شود. این طرحواره اغلب منجر به نقص های جدی در احساس لذت، آرامش، سلامتی، احساس ارزشمندی، پیشرفت یا روابط رضایت مندانه می شود و به شکل های زیر بروز می کند: بی نقص گرایی (توجه غیر معمول به جزئیات یا ارزیابی کمتر از حد عملکرد خود در مقایسه با عملکرد دیگران)، قوانین غیر قابل انعطاف و باید ها (در بسیاری از حوزه های زندگی از جمله معیارهای بالا و غیر واقع بینانه اخلاقی، فرهنگی و مذهبی)، دغدغه زمان و کارآمدی به منظور انجام کار بیشتر.

افراد با این طرحواره معتقدند باید سخت تلاش کنند تا به معیارهای بلند پروازانه خود دست یابند و این کار را به خاطر اجتناب از عدم تایید یا خجالت زدگی انجام می دهند. این طرحواره معمولاً منجر به عیب جویی افراطی از خود و دیگری می شود. این وضعیت در صورتی به عنوان یک طرحواره ناسازگار اولیه شناخته می شود که منجر به اختلال در سلامت، احساس ارزشمندی، روابط بین فردی یا لذت بردن از زندگی شود. سبک های مقابله در مقابل این طرحواره شامل الف) تسلیم: تلاش زیاد برای بی نقص جلوه دادن خود. ب) اجتناب: اجتناب از موقعیت ها و تکالیفی که منجر به قضاوت در مورد عملکرد فرد می شود. اجتناب از انجام کارها، اهمالکاری. ج) جبران افراطی: بی توجهی به معیارها و انجام کارها بدون در

نظر گرفتن زمان به صورت شتاب زرده. کنار گذاشتن تمام معیارهای بلند پروازانه و عادت کردن به انجام رفتار پایین تر از حد معمول.

#### 4-5 طرحواره تنبیه

باور اساسی مبنی بر اینکه افراد باید به خاطر اشتباهاتشان شدیداً تنبیه شوند. اغلب شامل خشم، عصبانیت و بی بردباری نسبت به کسانی است که طبق معیارها و انتظارات او عمل نکرده اند. معمولاً اینگونه افراد به دلیل در نظر نگرفتن شرایط ویژه نادیده گرفتن مشکلات دیگران، عدم همدلی با آنها، نمی توانند از احساسات خودشان و دیگران چشم پوشی کنند (یانگ، 1999؛ یانگ، 2001؛ یانگ و همکاران، ترجمه حمید پور و اندوز، 1386).

شاید بتوان گفت طرحواره یک بسته حافظه ایست که محتوای آن را آموزه های فرد در طول زمان شکل می دهد. باید توجه داشت که در روند پدیدایی طرحواره ها عواملی مثل بنیادهای زیستی فرد و عوامل مربوط به محیط تربیتی او مثل محیط خانواده، فرهنگ، تجارب وی در فرایند رشد، رخدادهای بزرگ و . . . تاثیر می گذارند.

این بسته حافظه ای مثل یک فیلتر بزرگ و پیچیده بر سر راه اطلاعات ورودی به حافظه و همچنین اطلاعات موجود در حافظه عمل کرده و با سرند، دسته بندی، و سازمان دهی، شکل گیری معانی جدید را در ذهن ممکن می سازد. طرحواره ها فراتر از یک باورند آنها ما را برای مقوله بندی اطلاعات و پیش بینی رخدادهای توانا می سازند. یک طرحواره در برگیرنده مجموعه ای از خاطرات، هیجانها، حس های بدنی و شناختارهاست. ویژگی مقاوم بودن و سخت جانی طرحواره ها آنها را در صدر فهرست چالشهای کسانی می گذارد که در حرفه شان با "تغییر" سر و کار دارند.

طرحواره درمانی به درک پایه های مشکلات روانشناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع - درمانگر و نشان دادن فرمول بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده تری پای می فشارد.

## تداوم طرح واره ها در زندگی

حداقل پنج ساز و کار برای تداوم طرح واره ها مطرح شده است:

- 1- سبک های مقابله ای (تسلیم - اجتناب - جبران افراطی)
  - 2- انتخاب همسر
  - 3- انتخاب شغل
  - 4- تحریف های شناختی
  - 5- استدلال های مبتنی بر درست بودن شیوه ی تفکر و سبک مقابله ای در بین این ساز و کارها
- انتخاب

همسر از اهمیت ویژه ای برخوردار است

این درمان برای چه کسانی بکار می رود؟

وقتی که رفته رفته درمانگران از درمان اختلالهای محور یک مثل اضطراب به سمت کار بر روی اختلالات عمیقتر مثل اختلالات شخصیتی محور دو حرکت کردند با محدودیت های مدل شناخت درمانگری بک رو به رو شدند. بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی مجموعه ای از مشکلات پیچیده و مقاومی را دارند که در بسیاری از موارد روند درمان را متوقف می سازد.

بنابراین یانگ تحت تاثیر ساختار گرایي طرحواره درمانی را بنا نهاد که اختلالات شخصیتی و دیگر اختلالهای دیرپا را نشانه رفته است. تجربه نشان داده است که طرحواره درمانی در درمان افسردگی و اضطراب دیرپا، اختلالهای خورد و خوراک، مسایل زناشویی و مشکلات پایدار در حفظ روابط صمیمانه سازگار، اثربخش بوده است همچنین این روش در مورد مجرمان و در پیشگیری از عود در میان سوء مصرف کنندگان مواد مخدر کارایی دارد». طرحواره درمانی برای درمان بیماران مزمن و مقاوم به درمان و بیمارانی که اختلالات شخصیت دارند یا کسانی که مشکلات منش شناختی مزمن دارند و نمی توانند بخوبی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت کنند تدوین شده است .

طرحواره درمانی با توجه به مشکل بیمار می تواند کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت باشد» (یانگ، ۱۳۸۶، ص، 23).

## پروتکل طرحواره درمانی

### ساختار جلسات درمانی

#### جلسه اول:

در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می شود.

همچنین در این جلسه بر روی موارد زیر تاکید می شود:::

1. ایجاد انگیزه برای درمان

2. مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی

3. مرور اهداف و منطق کلی درمان

4. برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه

5. بیان قواعد گروه (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن و .....

6. شناخت مشکل فعلی مراجع

7. سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی

### شرح تکنیک تمرکز بر تاریخچه شخصی.....:

تمرکز بر تاریخچه ی زندگی: «درمانگر تلاش می کند که بفهمد مشکل فعلی بیمار موقعیتی و مربوط به زمان حال است یا اینکه به سبک زندگی بیمار بر می گردد و ریشه در گذشته او دارد. از پرسشنامه های طرحواره نیز استفاده می کنند از طریق تصویر سازی ذهنی که اغلب این کار مفیدترین شیوه برای شناخت طرح واره ها می باشد یکی از موانع شایع این کار اجتناب طرح واره است.

مثلا برخی بیماران به محض تجسم دوران کودکی آشفته می شوند که یکی از راهکارهای مفید این است که از بیمار بخواهیم به زمان حال برگردد و سپس در اوایل بزرگسالی، نوجوانی و در آخر کودکی را تجسم کند. روش دیگر، گفتگو با جنبه اجتماعی بیمار است و این جایی است که طرحواره اصلی بیمار در آن قرار دارد یعنی ذهنیت کودک آسیب پذیر» (یانگ، 1386).

### جلسه دوم:

در جلسه دوم شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو می شود.

اهداف اختصاصی این جلسه::

1. تعریف طرحواره درمانی

2. تعریف طرحواره های ناسازگار اولیه

3. تعریف ویژگی های طرحواره های ناسازگار اولیه

#### 4. تعریف ریشه های تحولی طرح واره ها

**شرح:::**

شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها :::

در این جلسه شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می گیرد. به این صورت که آزمودنی به صورت عینی و در واقعیت در حضور بقیه اعضای گروه طرحواره های مثبت و منفی دوران کودکی و حال حاضر خود را باز گو می کند و به دسته بندی و طبقه بندی آنها می پردازد که این امر می توان تاثیر بسزایی در آگاهی و شناخت فرد بر این طرحواره ها داشته باشد و فرد را در برنامه ریزی زندگی یاری می کند.

همچنین در این جلسه به تعریف طرحواره درمانی، و طرحواره های ناسازگار اولیه که در متن به صورت کامل توضیح داده شده است می پردازد.

**جلسه سوم:**

در جلسه سوم تکنیک های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای آموزش داده می شود.

**اهداف:::**

1. معرفی حوزه های طرح واره و طرح واره های ناسازگار اولیه

2. شرح مختصر در مورد بیولوژی طرح واره های ناسازگار اولیه

3. توضیح در مورد عملکرد های طرحواره

**شرح:::**

آزمون اعتبار طرح واره:

درمانگر و بیمار شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار که از طرح واره حمایت می‌کند را جمع‌آوری می‌کند سپس شواهد ردکننده طرح واره را جمع‌آوری می‌کند.

### ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای:

هدف این است که بیماران ماهیت حوزه آسیب‌رسان سبک‌های مقابله‌ایشان را بشناسند و به وجود آن‌ها پی ببرند. که اگر بتواند رفتار سالم‌تری را جایگزین سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار کند می‌تواند شانس شادکامی خود را در زندگی افزایش دهد.

### جلسه چهارم:

در جلسه چهارم مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون‌ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده می‌شود.

### اهداف:::

1. معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند به همراه

مثال‌هایی از زندگی روزمره

2. تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرح‌واره‌ای

3. ایجاد آمادگی در بین بیماران برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها

### شرح تکنیک‌ها:::

#### مرحله سنجش و آموزش

در مرحله اول، طرح‌واره‌های درمانگر به بیماران کمک می‌کند تا طرح‌واره‌های خود را بشناسند و به ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها در دوران کودکی و نوجوانی پی ببرند.

در این مرحله، مدل طرح واره را به بیماران آموزش می‌دهیم و بیماران یاد می‌گیرند سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد (تسلیم، اجتناب و جبران افراطی) خود را بشناسند و ببینند چگونه پاسخهای مقابله‌ای شان باعث تداوم طرح واره‌های آن‌ها می‌شوند.

سنجش یک فرایند چند بعدی است که شامل مصاحبه درباره تاریخچه زندگی، تکمیل پرسشنامه‌های طرح واره، تکالیف خودبازنگری و تمرین‌های تصویرسازی ذهنی است. در فرایند سنجش، طرح واره‌ها از نظر هیجانی برانگیخته می‌شوند و به بیماران کمک می‌کنیم بین مشکلات فعلی و تجارب دوران کودکی خود، ارتباط هیجانی برقرار کنند. در پایان این مرحله، درمانگر و بیمار، مشکل بیمار را در قالب مدل طرح واره، مفهوم‌سازی می‌کنند و در خصوص ادامه درمان و چگونگی آن به توافق می‌رسند.

طرح درمان، راهبردهای شناختی، تجربی و رفتاری و همچنین مولفه‌های بهبود بخش رابطه درمانگر-بیمار را بر می‌گیرد.

### **مرحله تغییر**

در مرحله تغییر، درمانگر بسته به نیازهای بیمار، راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را در هر جلسه، به گونه‌ای انعطاف‌پذیر به کار می‌گیرد. طرح واره درمانگر هیچ‌گاه از یک دستورالعمل درمانی ثابت و انعطاف‌ناپذیر پیروی نمی‌کند.

**خاطرات آسیب‌زا:** هنگام تصویرسازی ذهنی برای خاطرات آسیب‌زا، دو هدف عمده را دنبال می‌کنیم.

۱- کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده

۲- با وارد نمودن بزرگسال سالم و تصویر ذهنی بیمار زمینه‌حمایت و کسب آرامش او فراهم شود.

### **جلسه پنجم:**

در جلسه پنجم برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده می‌شود.



## اهداف دیگر این جلسه:::

1. ایجاد آمادگی برای تغییر
2. سنجش طرحواره ها از طریق پرسشنامه
3. ارایه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره ها

## شرح تکنیک ها:::

### راهبردهای تجربی برای تغییر گفتگوهای خیالی:

به بیمار آموزش داده می شود در تصویر ذهنی با افرادی که در دوران کودکی باعث ایجاد طرح واره هایش شده اند و هم با کسانی که در زندگی موجب تقویت آن می شوند گفتگو کند.

از آنجا که والدین مهمترین نماد دوران کودکی هستند لذا والدین نقش های اول در گفتگوی خیالی دارند. از بیماران خواسته می شود خشم خود را نسبت به والدینی که رفتار آنان منجر به شکل گیری طرحواره شده است را ابراز کنند. هدف توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرح واره و فاصله گرفتن از آن است. هدف دوم از ابراز خشم نسبت به والدین این است که به بیمار کمک کنیم از طرح واره ها به صورت هیجانی فاصله بگیرد.

کار با تصاویر ذهنی به منظور باز والدینی «برای بیمارانی مفید است که اغلب طرحواره هایشان در حوزه بریدگی و طرد قرار دارد توانایی این بیماران برای برقراری ارتباط با دیگران، احساس امنیت، دوست داشته شدن، و ارزشمندی به شدت آسیب دیده است. درمانگر به کودک کمک می کند به ذهنیت کودکانه برگردد و در مورد برخی چیزهایی که از دست داده اند، مطالبی را یاد بگیرند.

### جلسه ششم (ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر):

در جلسه ششم تکنیک های تجربی مثل:::

تصویر سازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین

و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده می شود.

### شرح تکنیک ها:::

تکنیک تصویرسازی ذهنی، در طرحواره ها را از حوزه عقلانی به حوزه هیجانی سوق می دهد. برای شناخت طرحواره هایی که مرکز زندگی بیماران است. کمک به بیماران تا بتوانند ریشه های تحولی طرحواره های خود در دوران کودکی و نوجوانی را به مشکلات زندگی فعلی ربط دهند» (یانگ ، ۱۳۸۶، ص، 144).

تصویرسازی در یک محیط امن «تصویرسازی باید توسط خود بیمار ایجاد شود و در مانگر به او تلقین کند و در تصویرسازی در محیط امن با تصویری از یک محیط امن آغاز شده و به پایان می رسد. بویژه در مورد بیماران آسیب پذیر و حادثه دیده، این بیماران ممکن است هیچ وقت محیط امن را تجربه نکرده باشند که در اینجا درمانگر کمک می کند محیط امنی در ذهن خود بسازد» (یانگ ، ۱۳۸۶، ص، 146).

تصویرسازی از دوران کودکی درمانگر بعد از ارائه منطق تکنیک و ایجاد تصویرسازی ذهنی محیط امن برای احساس راحتی و آرامش بیماران به سمت تصویر سازی ذهنی از دوران کودکی حرکت می کند. معمولاً تصاویر ذهنی را به ترتیب زیر در بیماران فعال می کنیم.

1. تصاویر ذهنی آشفته ساز

2. تصاویر ذهنی حاکی از رابطه با والدین

3. تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل گیری طرحواره

نقش داشته اند» (یانگ، ۱۳۸۶، ص، 149).

پس از بررسی تصویر ذهنی دوران کودکی، درمانگر از بیمار می‌خواهد تصویری ذهنی از موقعیت‌های فعلی را دنبال کند که همین احساس را دارد. بدین ترتیب درمانگر بین خاطرات دوران کودکی و زندگی فعلی بیمار، ارتباط مستقیمی ایجاد می‌کند» (یانگ، ۱۳۸۶، ص، 151).

### **جلسه هفتم:**

در جلسه هفتم رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده می‌شود.

### **اهداف دیگر::**

1. برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران

2. آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط بیماران

### **شرح تکنیک‌ها:::**

برقراری گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم: ابتدا درمانگر نقش جنبه سالم را به عهده می‌گیرد. بعد کم‌کم بیمار نقش جنبه سالم را به عهده می‌گیرد ماه‌ها تمرین مداوم نیاز است تا طرحواره ضعیف و جنبه سالم قوی شود (یانگ، ۱۳۸۶، ص، 133).

### **جلسه هشتم (معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر):**

در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده می‌شود.

### **اهداف دیگر:::**

1. انجام گفتگوهای خیالی (در بالا توضیح داده شد)

2. نوشتن نامه به عنوان تکالیف خانگی

3. آرایه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان

4. باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی

## شرح تکنیک ها::

نوشتن نامه به والدین «نوشتن نامه به والدین، با افراد مهم زندگی بیمار که در دوران کودکی یا نوجوانی به او آسیب رسانده‌اند در جلسه بعدی درمان نامه را با صدای بلند برای درمانگر می‌خوانند» (یانگ، ۱۳۸۶، ص، 169).

باز والدینی حد و مرز دار: «فراهم نمودن چیزی که بیمار به آن نیاز دارد، ولی در دوران کودکی از سوی والدینش ارضاء نشده‌است.

درمانگر می‌تواند از راههای گوناگون به نیازهای باز والدینی بیمار پی ببرد: مانند تاریخچه دوران کودکی، مشکلات بین فردی، پرسشنامه‌ها و تمرین‌های تصویرسازی ذهنی و گاهی رفتار بیمار در رابطه درمانی به عنوان بهترین منبع اطلاعات» (یانگ، ۱۳۸۶، ص، 216).

### جلسه نهم (الگو شکنی رفتار):

در جلسه نهم مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده می‌شود.

1. تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر

2. اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی

3. آمادگی برای انجام الگو شکنی رفتار

## شرح::

الگو شکنی رفتاری «در این مرحله که طولانی‌ترین و در برخی موارد حساس‌ترین بخش طرحواره درمانی است بیمار تلاش می‌کند به جای الگوهای رفتاری طرحواره، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. اگر بیمار بتواند با موفقیت مرحله شناختی و تجربی را پشت سر بگذارد درمانگر می‌تواند مرحله الگو شکنی رفتاری را شروع کند» (یانگ، ۱۳۶۸، ص، 179).

اولویت بندی رفتارها برای الگو شکنی «درمانگر و بیمار بعد از تهیه فهرست الگوهای زندگی و رفتارهای مشکل ساز، راجع به مشکل سازترین رفتار و اینکه کدام رفتار باید آماج درمان قرار بگیرند، تصمیم می‌گیرند. در برابر مهم‌ترین رفتارهای مشکل ساز، رفتارهای سالم احتمالی را به عنوان راه حل جایگزین، مورد بررسی قرار می‌دهند (یانگ، ۱۳۶۸، ص، 193).

### **جلسه دهم (ادامه الگو شکنی رفتار):**

در جلسه دهم مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین می‌شود.

#### **اهداف درمانی:::**

1. افزایش انگیزه برای تغییر
2. آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش
3. آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی

### **شرح تکنیک های دیگر:::**

تکنیک ها و محرکهای برانگیزاننده طرحواره ها

- ❖ تصویر سازی ذهنی: بستن چشمها و بیان آنچه به ذهن می آید
- ❖ وقایع فعلی: بحث در مورد وقایع ناراحت کننده فعلی
- ❖ خاطرات گذشته: خواستن از بیمار برای صحبت در مورد تجارب اولیه دوران کودکی از طریق تصویر سازی ذهنی
- ❖ رابطه درمانی

کارت های آموزشی طرحواره:

خلاصه ای از پاسخ های سالم به موقعیت های فعال ساز طرحواره است بیماران این کارت ها را همراه خود دارند. بهتر است این کارت ها قویترین شواهد علیه طرحواره را در برگرد تا بتواند پاسخ های منطقی بیماران را فعال کند» (یانگ ، ۱۳۸۷، ص، 136).

### **راہبرد های تجربی برای تغییر:**

استفاده از تکنیک های تجربی برای تغییر به ترتیب زیر صورت می گیرد: 1) ارایه منطق استفاده از چنین تکنیکها در درمان. 2) انجام گفتگوهای خیالی 3) باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی 4) تصویر سازی ذهنی وقایع آسیب زا 5) نوشتن نامه به عنوان تکلیف خانگی و 6) تصویر سازی ذهنی به منظور الگوشکنی

### **الگو شکنی رفتاری**

بیمار در مرحله الگوشکنی رفتاری، تلاش می کند به جای الگوهای رفتاری طرح واره - خاست، سبک های مقابله ای سالم تری را جانشین سازد. این مرحله طولانی ترین و در برخی موارد حساس ترین بخش طرح واره درمانی است. بدون انجام این مرحله، احتمال عود اختلال بالاست. بدون تغییر الگوهای رفتاری، حتی اگر بیمار نسبت به طرح واره های ناسازگار اولیه خود بینش پیدا کند و تکنیک های شناختی و تجربی را نیز انجام دهد، اختلال دوباره خودش را نشان خواهد داد. بدون انجام مرحله رفتاری طرح واره درمانی، پیشرفت درمان به کندی صورت می گیرد و ممکن است بیماران نتوانند از زیرسلطه طرح واره هایشان خارج شوند. به همین دلیل ضروری است که به منظور دستیابی بیماران به نفع کامل درمانی و تداوم آن الگوهای رفتاری شان تغییر کند

الگوشکنی رفتاری باعث می شود بیمار از طرحواره فاصله بگیرد و به او کمک می کند تا به جای این که طرح واره را به عنوان یک حقیقت مسلم درباره ی خود بنگرد، آنرا به صورت یک موجود مزاحم نگاه

کند. تکنیک های شناختی و تجربی، جنبه سالم شخصیت بیمار را تقویت می کنند، به ویژه این که جنبه ی سالم را برای جنگ با طرح واره های بیمار توانمند می سازند. به هنگام اجرای مرحله رفتاری درمان، تکنیک های شناختی و تجربی به بیمار کمک می کنند تا برموانع تغییر رفتار غلبه کند

### **مراحل الگوشکنی رفتاری**

- 1) آمادگی برای انجام الگوشکنی رفتاری (2) تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج های احتمالی تغییر (3) اولویت بندی رفتارها برای الگوشکنی (4) افزایش انگیزه برای تغییر رفتار (5) تهیه کارت آموزش (6) تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویر سازی ذهنی و ایفای نقش (7) توافق در انجام تکالیف خانگی (8) مرور و بررسی تکالیف خانگی

### **ابزار های سنجش طرحواره های ناسازگار**

- 1- پرسشنامه فرم کوتاه یانگ (YSQ-SF) برای تعیین و شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه
- 2- پرسشنامه فرزندپروری یانگ (YPI) برای شناسایی و تأیید ریشه های کودکی طرحواره های ناسازگار اولیه

### **تکنیک ها و محرکهای برانگیزاننده طرحواره ها**

- ❖ تصویر سازی ذهنی: بستن چشمها و بیان آنچه به ذهن می آید
- ❖ وقایع فعلی: بحث در مورد وقایع ناراحت کننده فعلی
- ❖ خاطرات گذشته: خواستن از بیمار برای صحبت در مورد تجارب اولیه دوران کودکی از طریق تصویر سازی ذهنی
- ❖ رابطه درمانی

## چهار گروه تکنیک های طرحواره درمانی

• هیجانی

• بین فردی

• شناختی

• رفتاری

## تکنیک های هیجانی

- تکنیک های هیجانی مراجع را به تجربه و بیان جنبه های هیجانی مشکلاتش تشویق می کند. یکی از راهها برای انجام این کار این است که از مراجع خواسته شود چشمان خود را ببندد و تصور کند با شخصی که مستقیماً هیجانهای وی به او مربوط است گفتگو کند. آنها سپس تشویق می شوند که هیجانهای خود را تا جای ممکن در این گفتگوی دو جانبه تصویری بیان کنند. یانگ و دیگران (2003) بدین منظور چندین تکنیک را به شرح زیر معرفی می نمایند:

• 1- بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته

• 2- گفتگوی خیالی با والدین بیمار

• 3- بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی

• 4- تصویر سازی ذهنی



- 5-تخلیه هیجانی

## **تکنیک های شناختی**

- آزمون اعتبار طرحواره
- تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره
- ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای بیمار
- برقراری گفتگوی بین جنبه سالم و جنبه طرحواره
- تدوین و ساخت کارت های آموزشی
- تکمیل فرم ثبت طرحواره
- مورد حمله قرار دادن تحریف های شناختی طرحواره خاست
- ایجاد چالش های ذهنی با استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین

## **تکنیک های تجربی**

- تصویر سازی و گفتگو در مرحله سنجش
- گفتگوی خیالی
- نوشتن نامه به والدین
- الگو شکنی رفتارهای قالبی

## تکنیک های شناسایی طرحواره های ناسازگار

- تکنیک پیکان رو به پایین
- تکنیک تبیین پردازش طرحواره ای
- تکنیک شناسایی جبران و اجتناب طرحواره
- تکنیک انگیزه آفرینی برای تغییر طرحواره
- تکنیک فعال سازی خاطرات اولیه منجر به شکل گیری طرحواره
- تکنیک چالش با طرحواره
- تکنیک بررسی زندگی از چشم انداز یک طرحواره مثبت
- تکنیک ایفای نقش

ردیف	طرحواره های ناکارآمد	راهبردهای بازآفرینی نقش والدین توسط درمانگر
1	رهاشدگی / بی ثباتی	درمانگر باید باثبات عمل کند تا مراجع براساس آن روابط باثبات تری با دیگران برقرار نماید و تحریفهای مراجع درباره رها شدن را اصلاح نماید.
2	بی اعتمادی / بدرفتاری	درمانگر باید با مراجع به شیوه صادقانه و قابل اعتماد رفتار نماید و هر گونه بی اعتمادی و منفی گرایی مراجع نسبت به درمانگر را اصلاح نماید.

3	محرومیت هیجانی	درمانگر با گرمی، همدلی، محبت و عشق مراجع را می‌پذیرد و تلاش می‌کند او به سوی اهداف خود هدایت نماید.
4	نقص / شرم	درمانگر مراجع خود را آن گونه که هست می‌پذیرد و سعی می‌کند به مراجع کمک کند نقصهای کوچک خود را بپذیرد و بر نقاط مثبت شخصیت او تأکید می‌کند.
5	انزوای اجتماعی	درمانگر سعی می‌کند به مراجعان مهارت‌های ارتباط مؤثر را آموزش دهد.
6	وابستگی / بی کفایتی	درمانگر سعی می‌کند مراجع به او وابسته نشود و کمک می‌کند استقلال در تصمیم‌گیری داشته باشد و در این فرایند پیشرفت‌های مراجع را مورد تشویق قرار می‌دهد.
7	آسیب‌پذیری	درمانگر سعی می‌کند به تدریج مراجع را از احساس ترس درباره جهان به احساس اطمینان و اعتماد سوق دهد و به او نشان دهد که او توانایی کنترل رویدادهای جهان را دارد.
8	خود تحول نیافته	درمانگر سعی می‌کند به مراجع کمک کند تا هویت مستقلی برای خود بوجود آورد.
9	شکست	درمانگر سعی می‌کند با مشارکت مراجع فهرستی از موفقیت‌ها و استعدادهای مراجع را فراهم کند و برای موفقیت‌های آتی گام‌های کوچکتری را طراحی نماید.
10	استحقاق	درمانگر سعی می‌کند به شیوه همدلانه مراجع را با طرحواره استحقاق خود آشنا سازد و محدودیتهای لازم برای زندگی اجتماعی را به مراجع نشان دهد.
11	خودانضباطی ناکافی	درمانگر محدودیتهای قاطعی را در درمان اعمال می‌کند تا الگوی از خودکنترلی و خود انضباطی باشد.

## تکنیک های شناختی

تکنیک های شناختی طرح واره درمانی عبارتند از:

- 1- آزمون اعتبار طرح واره
- 2- تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرح واره
- 3- ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای بیمار
- 4- برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره
- 5- تدوین و ساخت کارت های آموزشی
- 6- تکمیل فرم ثبت طرح واره

## مدهای طرحواره ای

### طرحواره ها و سبک های مقابله ای در مقابل مدها

مدها عبارتند از:

- ✚ آن طرحواره ها و پاس خهای مقابله ای که در حال حاضر برای فردی فعال هستند
- ✚ حالت غالب و مسلط فرد در یک زمان خاص
- ✚ زمانی فعال می شوند که یک سلسله طرحواره های خاص یا پاسخ های مقابله ای به صورت هیجانات شدید یا سبک های مقابله ای دگم سربر آورده باشند.
- ✚ سطوح پایدار خود که به خوبی با سایر سطوح تلفیق نشده اند
- ✚ اغلب توسط موقعی تهایی در زندگی برانگیخته می شوند که ما نسبت به آنها بسیار حساس هستیم و در ما واکن شهای هیجانی شدید ایجاد می کنند.
- ✚ با مفهوم حال تهایی ایگو همپوشی فراوان دارد
- ✚ تلنگر به طرحواره هستند

## مدهای طرحواره های متداول

گروه بندی مدهای شناخته شده:

مدهای کودکانه

مدهای مقابله ای ناکارآمد

مدهای والد ناکارآمد

مد بزرگسال سالم

## مدهای کودکانه

کودک آسیب پذیر

کودک عصبانی

کودک تکانشور - بی انضباط

## پیشینه تحقیقات مربوط به طرحواره ها

- تحقیقات در رابطه با طرحواره درمانی هنوز در مرحله مقدماتی قرار دارد. با این حال، اغلب تحقیقات انجام شده تاکنون در زمینه اختلال شخصیت مرزی و سپس افسردگی مزمن و اختلالات خوردن بوده است. همچنین تحقیقاتی در زمینه اختلال وسواس - اجبار، مسائل زناشویی و ارتباطی، اعتیاد صورت گرفته است.

- هانس و همکاران (2005). درپژوهشی با عنوان "بررسی طرحواره درمانی و طرحواره های ناسازگار اولیه در اختلالات شخصیت و سایر بیماری های روانی" انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که طرحواره های ناسازگار اولیه با آسیب های شخصیت و ناراحتی های روانی مرتبط است. دراین پژوهش طرحواره های ناسازگار با طرحواره درمانی اصلاح شدند
- سوکمن و پینارد (1999) و سوکمن، دلفان، آنابل و پینارد (2003) با استفاده از رویکرد طرحواره محور تغییر در علائم و باورهای ناکارآمد دو نمونه (39 نفری) از بیماران وسواسی مقاوم به درمان را مورد آزمایش قرار دادند. شناخت درمانی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ که در گذشته بمدت 2سال اجرا شده بود نتیجه چندانی از آن بدست نیامده بود.



## منابع

- شریفی درآمدی، پ (1377) مقایسه وضعیت بهداشت روانی نوجوانان طلاق و محروم از مادر و عادی سنین بین 15-18 سال شهر اصفهان. فصلنامه روان شناسی و علوم تربیتی 2.
- کلوسکو، ج. (1384). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح واره درمانی. مترجم حمیدپور و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ اثر به زبان اصلی 2002)
- یانگ، ج. کلوسکو، ژ. ویشار، م. (1386). طرح واره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). مترجم حمیدپور، اندوز، زهرا. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ اثر به زبان اصلی 2002)

- Amato,P.K&Sobolewski,J.M.(2001).the effects of divorce and marital discord on adult childrens psychological well-bening.American Sociological Review.
- Carbonell,D.M,&partelena-Barehmi,C.(1999).pyschodrama for girls coping with trauma international Journal of group psychotherapy 49(3),285-306
- Clark,T.L.,& Davis, D(2010).treating trauma:using psychodrama in groups available form:<http://counseling out fitters.com>
- Dunne, P.B. (2002). Drama therapy techniques in oneto- one treatment with disturbed children and adolescents. *Arts in Psychotherapy, 15(2)*, 139-149.
- Fong,j(2006)psychodrama as preventive measure : teenager girls confronting violence.Journal of group psychotherapy,psychodrama& socimetry.99-108
- Gatta, M., Lara DZ., Lara DC., Andrea S., Paolo TC., Giovanni C., Rosaria S., Carolona B., Antonio BP.(2010). Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: Short-term effects on psychiatric symptoms. *The Arts in Psychotherapy,37(3);240-247.*
- Griffith, L.(2003). Combining Schema-Focused Cognitive Therapy and Psychodrama: A Model for Treating Clients With Personality Disorders. *Journal of psychotherapy Psychodrama& Sociometry, 55(4);128-140.*
- Karatas, Z., Gokcakan, Z. (2009). The effect of group-based psychodrama therapy on decreasing the level of aggression in adolescents. *Turkish Journal of Psychiatry.*

Larson H ,Taggart- Reedy,& Wilson, M(2001).the effecd of perceived dysfunctional family-of origin rules on the dating relationships of young adult. Contemporary fanailly therapy 23(A).December -20001 Human Scines

MeadusR.J.Adolescents coping with mood disorders canda university 2007 14 .  
(2 209-215

Sori.C.F(2006).engaging children in family therapy.creative approaches to integrating theory and researching clinical practice.Newyork.

Pramann, R. (2005). Enhancing Treatment effectiveness: Using psychodrama to address the trauma and pain of victims. Retrieved July 30,2006, from <http://www.sccc.com/articles.htm>

Willis, S. T. (1991). Who goes there? Group analytic drama for disturbed adolescents. In P. Holmes, M. Karp (Eds.), *Psychodrama: Inspiration and technique*. New York: Tavistock/Routledge.