

طرحواره درمانی و تعدیل طرحواره ها

تألیف: مهرانگیز محمدنژاد

بهار ۱۳۹۶

سرشناسه	: محمدنژاد، مهرانگیر، ۱۳۵۳ -
عنوان و نام پدیدآور	: طرحواره درمانی و تعدیل طرحواره ها/ تألیف مهرانگیر محمدنژاد.
مشخصات نشر	: تهران: معیاد اندیشه، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	: ۱۱۳ ص.
شابک	: 978-600-8540-68-7
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۱۰۵ - ۱۱۳.
موضوع	: شناخت درمانی طرحواره
موضوع	: Schema-focused cognitive therapy
موضوع	: طرحواره (روان شناسی)
موضوع	: Schemas (Psychology)
موضوع	: افسردگی -- درمان
موضوع	: Depression, Mental-- Treatment
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۶ ۳۹۴ ش/ ۴/ RC۴۵۵
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۵۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۷۱۶۹



niaadpub.com

عنوان کتاب: طرحواره درمانی و تعدیل طرحواره ها

مؤلف: مهر انگیز محمد نژاد

ناشر: معیاد اندیشه

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۶

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت: ۱۲۰/۰۰۰ ریال

شابک: ۷ - ۶۸ - ۸۵۴۰ - ۶۰۰ - ۹۷۸

همه ی حقوق مادی و معنوی این اثر برای مؤلف محفوظ است.

تکثیر و انتشار این اثر به هر صورت، از جمله باز نویسی، فتوکپی، ضبط الکترونیکی

و ذخیره در سیستم های بازیابی و پخش، بدون دریافت مجوز کتبی و قبلی از مؤلف

به هر شکلی ممنوع است.

این اثر تحت حمایت «قانون حمایت از حقوق مولفان، مصنفان و هنرمندان ایران» قرار دارد.

۷	مقدمه.....
۱۵	اختلالات خلقی.....
۲۱	جنس.....
۲۴	عوامل روانی - اجتماعی.....
۲۷	دیدگاه شناختی.....
۲۹	الگوهای اسنادی افسردگی.....
۳۱	دیدگاه انسان گرایی - هستی گرایی.....
۳۱	درمان.....
۳۱	درمان زیستی.....
۳۱	داروهای ضد افسردگی.....
۳۲	الکتروشوک درمانی.....
۳۳	نوردرمانی.....
۳۳	محرومیت از خواب.....
۳۳	درمان های روان شناختی.....
۳۳	درمان روان یویشی.....
۳۴	رفتار درمانی.....
۳۵	درمان شناختی.....
۳۶	درمان مبتنی بر طرحواره.....
۴۱	ضرورت کاربرد طرحواره درمانی.....
۴۶	چارچوب نظری مدل مبتنی بر طرحواره.....
۴۶	طرحواره های ناسازگار اولیه.....
۵۰	ریشه های تحولی طرحواره ها.....
۵۱	تجارب اولیه زندگی:.....
۵۴	حوزه اول: پریدگی و طرد.....
۵۵	رها شدگی / بی ثباتی.....
۵۵	بی اعتمادی / بد رفتاری.....
۵۵	محرومیت هیجانی.....

۵۶	حوزه دوم: خود گردانی و عملکرد مختل
۵۹	حوزه سوم: محدودیت های مختل
۶۰	حوزه چهارم: دیگر جهت مندی
۶۴	فرایندهای طرحواره (عملکردهای طرحواره)
۶۵	تداوم طرحواره
۶۶	بهبود طرحواره
۶۷	سبک های مقابله ای ناسازگار
۶۸	جبران افراطی طرحواره
۶۸	اجتناب طرحواره
۷۰	پاسخ های مقابل ای
۷۰	حالت های طرحواره
۷۵	مراحل طرحواره درمانی
۸۲	راهبردهای تغییر طرحواره
۸۵	تصویر سازی ذهنی:
۹۰	راهبردهای شکستن الگوهای رفتاری
۹۱	تحقیقات خارجی
۹۵	ابزارهای پژوهش
۹۶	روش اجرا
۹۷	طرح درمان
۹۸	بحث و بررسی داده ها
۱۰۵	منابع فارسی

زندگی این اصلی ترین موهبت هر موجود زنده نشان و قدری آن چنان والا دارد که تلاش برای تداوم آن از ابتدایی ترین غرایز است. چنان که می دانیم زندگی روندی همیشه همراه با موفقیت ندارد پس ناکامی ها نیز بخشی از زندگی هستند. به عبارتی آنان که تلاش نمی کنند شکست هم نمی خورند اما شگفت اینکه در زمانه ای که از ذهن خلاق انسان هر روز بدعتی نو سر می زند، انسان های بیشتری دستخوش حرمان و یأس و افسردگی شده اند، آن گونه که گاه زنده نبودن را به زیستن ترجیح می دهند و این مسئله ای است که بی گمان باید ذهن صاحب علم، بدیشه را به خود مشغول کند.

مردم موارد افسردگی را از زمان های بسیار دور ثبت کرده اند، و توصیف هایی از آنچه ما امروزه اختلالات خلقی می خوانیم، در بسیاری از منابع طبّی قدیم وجود دارد.

هر چند که افسردگی از دیرباز به عنوان یک ناراحتی های روانی عمده شناخته شده است، اما در سه دهه اخیر اهمیت این بیماری هم از لحاظ رنج و کراری که مبتلایان به آن تحمل می کنند، و هم از لحاظ بار سنگینی که این ناراحتی بر منابع درمانی ملت ها تحمیل می نمایند، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. علاوه بر قدمت طولانی اختلال افسردگی، فراگیر بودن آن در جراحات کنونی نیز توجه هر فرد متفکری را به خود جلب می کند. در این که تعداد زیادی از افراد جامعه از اختلالات افسردگی رنج می برند، اتفاق نظر وجود دارد.

پژوهش ها نشان می دهند که سالانه ، دست کم ۱۷/۵ میلیون بزرگسال آمریکایی ، یعنی یک دهم آن ها ، افسردگی را تجربه می کنند و برآورد این است که در یک پنجم خانواده های آمریکایی ، یک فرد افسرده وجود دارد .

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) از سال ۱۹۷۳ ، شیوع افسردگی در میان کشورهای در حال توسعه ، از جمله کشورهای آسیایی و آفریقایی ، افزایش یافته است .

افسردگی که اغلب برای بیان اندوه عمیق به کار می رود ، رایجترین اختلال روانی^۱ است که در عصر حاضر به شدت رو به افزایش نهاده و در میان افراد زیادی است ، به طوری که آن را سرماخوردگی روانی گویند و تقریباً همه ، حداقل به صورت خفیه احساس افسردگی کرده اند . درصد زیادی از افراد هر جامعه ، در شرایط زمانی خاص ، به علت انواع استرس ها روابط میان فردی ناسالم و آسیب پذیر ، انواع فقدان ها ، مشکلات و درگیری های خانوادگی یا زناشویی ، نهایتاً ، دلسیری اجتماعی یا شغلی ، طلاق و جدایی ، قرار گرفتن در تضادهای دورنی و اجتماعی ، رشد ناسالم دوران کودکی ، بحران های اقتصادی ، تبعیضات نژادی و قومی ، کاهش ارزشهای اخلاقی و ایمانی ، تغییرات سریع اجتماعی و جنگ بسیاری از مشکلات حاصل از دنیای صنعتی پیچیده معاصر ، ممکن است دچار افسردگی شوند .

تردیدی نیست که امروزه مسئله افسردگی چنان غامض شده است که نمی توان از آن چشم پوشی کرد . کسانی که به بیماری افسردگی دچار می شوند ، دلسردی و نومیدی شدیدی تجربه می کنند که مدت زیادی طول می کشد و معمولاً با زندگی خانوادگی ، شغلی یا موقعیت های اجتماعی آن ها تداخل می کند . این بیماری به راحتی از میان نمی رود و می تواند بطور جدی فکر و رفتار بیمار را مختل کند .

در چنین شرایطی تلاش در جهت کنترل بیشتر افسردگی به منظور ارتقاء سطح بهداشت روانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است و نیاز به مطالعات پی گیر در زمینه بررسی اثر بخشی شیوه های درمانی موجود در جوامع مختلف، به منظور بررسی میزان تناسب آن ها به شرایط خاص فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، و مذهبی هر جامعه، همچنین به کار بردن روش های جدید با هدف اثر بخشی سریع، پایدار، و کم هزینه واقعیتهای انکارناپذیر است.

بر این اساس طرحواره درمانی^۱ برای درمان بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات محور I و II که مشکلات منش شناختی^۲ دیرپایی دارند، گزینه مناسبی به شمار می رود. این روش درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کارمیک بنا نهاده شده و با تأکید بیشتر بر ریشه های تحولی^۳ مشکلات روان شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استناد از تکنیک های برانگیزنده^۴ و ارائه مفهوم سبک های مقابله ای ناسازگار، افقهای نوینی فرا روی مرزهای رفتار درمانی شناختی گشوده است.

افرادی که افسرده و دارای خلق پایین هستند، با تغییر در سطح فعالیت، توانایی های شناختی، تکلم و اعمال نباتی (از قبیل: خواب، اشتها، فعالیت جنسی، و سایر رتم های بیولوژیک، و همچنین یا کاهش انرژی و علاقه، احساس نگاه، اشکال در تمرکز، و افکار مرگ و خودکشی) مشخص هستند.

این اختلال شایع، با میزان شیوه حدود ۱۵ درصد برای طول عمر شناخته شده و زن ها تا ۲۵ درصد نیز

برسد.

^۱ schema Therapy

^۲ character logical

^۳ origins

^۴ emotive

^۵ suicidal thoughts

بررسی های افسردگی که از نظر روش شناختی نیرومند بوده اند، را می توان به موارد درمان شده و نمونه های اجتماعی تقسیم کرد. از هشت بررسی موارد درمان شده در ایالت متحده، هفت تای آنها نشان دادند که زنان به طور معناداری افسرده تر از مردان بودند، به طوری که نسبت متوسط آن ها دو به یک بود. از ده بررسی موارد درمان شده ی خارج از ایالت متحده، نه تای آن ها نشان دادند که افسردگی در زنان بیشتر از مردان است، به طوری که نسبت متوسط آن ها $\frac{2}{3}$ به ۱ بوده، با این حال، موارد درمان شده ممکن است تفاوت های جنسی واقعی در افسردگی نشان ندهند، زیرا احتمالاً زنان بیشتر از مردان جویای درمان هستند. برای برخورد با این مسأله، تعداد زیادی بررسی اجتماعی اجرا شده اند؛ اغلب این بررسی ها نشان می دهند که افسردگی در زنان بیشتر از مردان است، نسبت متوسط آن ها اندکی زیر ۲ به ۱ است.

در کشور ما، بر اساس آمارهای اولیه^۱، سوی معاونت سلامت کشور، بیست و یک درصد مردم از اختلال روانی رنج می برند. این آمارها نشان می دهد که نسبت به ۱۵ میلیون نفر از افراد جامعه دچار اختلال روانی و نیازمند درمان هستند. براساس این تحقیقات، افسردگی به عنوان شایع ترین اختلال روانی، بیشتر در بین زنان دیده می شود تا مردان. بیماری های روانی در زنان رو به افزایش است و اضطراب^۲ و افسردگی از بیماری های بزرگ و شایع قرن حاضر در بین زنان است.

۶۰ درصد زنان دچار افسردگی هستند که اکثر آن ها در گروه تحصیل کردگان قرار دارند. افزایش میزان تحصیلات در سطوح عالی در بین دختران و از همه مهمتر نبود کار مناسب برای آنها و افزایش نرخ بیکاری در میان زنان از دلایل بالای افسردگی می باشد.

اولین نمود افسردگی، کندی روانی است. یک زن افسرده نمی تواند در فعالیت های زندگی به خوبی عمل کند و با فرزندان و همسر خود ارتباط مناسب داشته باشد. فرزندان تحت تاثیر این حالات روحی مادر

تفکر منفی پیدا خواهند کرد. و نظام فکری آن‌ها مبتنی بر بدبینی رشد می‌یابد و بر فعالیت‌های مدرسه‌ای، در رفتار و بازی با همسالان و ... تأثیر منفی برجای خواهد گذاشت. ضمن آنکه منشأ بسیاری از اختلافات خانوادگی و جدایی‌ها به افسردگی زنان و دختران بر می‌گردد. افسردگی ابعاد گسترده‌ای دارد و در طرز تفکر افراد به جهات مختلف اثر می‌گذارد و چه بسیار دختران افسرده که از خانه و مدرسه فرار می‌کنند و یا دست به اعمال خلاف اجتماع، خشونت، قتل و خودکشی می‌زنند. ما در سبب‌شناسی بسیاری از مسائل به افسردگی بر می‌خوریم. از طرفی تقریباً ده برابر افزایش خطر ابتلا به افسردگی در دو نسل وجود دارد. پس با وجود درمانی افسرده، با تسلی افسرده مواجه خواهیم بود.

در ریشه‌یابی افردگی، این مطلب می‌رسیم که، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ و راه‌های ناکارآمدی که بیماران از طریق آن‌ها یاد می‌گیرند با دیگران کنار بیایند، اغلب زیر بنای نشانه‌های مزمن اختلالات محور I مثل اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد و اختلالات روان - تنی به شمار می‌روند.

طرحواره‌ها^۲، ساختارهای دایمی سیستم شناختی هستند که به عنوان فیلتر و کلیشه، در تلخیص تجربه فرد از دنیا عمل می‌کنند و فرد را در سازماندهی رفتار و یاد می‌دهند.

به عبارتی طرحواره، نوعی الگوی سازمان یافته‌ی تفکر، احساس و رفتار مبتنی بر مجموعه‌ای از طرحواره‌هاست و هر مجموعه حالت طرحواره از حالت‌های طرحواره‌ها دیگر نسبتاً مستقل است.

یانگ معتقد است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قدیمی‌ترین مؤلفه‌های شناختی محسوب می‌شوند و حتی گاهی اوقات پیش از آنکه کودک زبان را بیاموزد، شکل می‌گیرند و اغلب نفوذ خود را بر سیستم پردازش اطلاعات در زیر آستانه‌ی هوشیاری اعمال می‌کنند.

^۱ early maladaptive schema(EMS)

^۲ schemas

طرحواره های منفی همراه با افسردگی، نوعی سوگیری منظم و منفی در تفسیر، یادآوری و پیش بینی تجربیات به وجود می آورند. همچنین، افسردگی را می توان به عنوان عاملی فعال کننده یا نیروی روانی برای طرحواره های منفی، فرض کرد.

درمان مبتنی بر طرحواره ها، یک فرم تلفیقی از روان درمانی است که توسط یانگ برای بیماران مقاوم به درمان، از جمله اختلالات شخصیت، افسرده های مزمن یا اختلالات اضطرابی بنا نهاده شده است. این بیماران، اغلب، امیخ های درمانی ضعیفی به اشکال مختلف شناخت درمانی می دهند، به دلیل آنکه روابط بین فردی این افراد به گونه ای است که درگیر شدن در رابطه ی تشریک مساعی با درمانگر که لازمه ی شناخت درمانی است را برای آن ها شکل می سازد.

رفتار درمانی شناختی کلاسیک، مفرغ ها را در خصوص بیماران دارد که این مفروضه ها درباره بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی صدق نمی کند. مشکلات منش شناختی می توانند اثر بخشی رفتار درمانی شناختی کلاسیک را کاهش دهند. برخی از بیماران که برای درمان اختلالات محور I مثل اضطراب یا افسردگی مراجعه می کنند، نمی توانند روند درمان را با موفقیت پشت سر بگذارند، یا به محض پایان درمان، مشکلشان عود می کند.

طرحواره درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روشهای درمان شناختی-رفتاری، دلبستگی گشتالت^۱، روابط شیئی^۲، سازنده گرایی^۳ و روان کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است.

این شیوه های درمان، سیستم جدیدی از روان درمانی را تدارک می بیند که مخصوصاً برای بیماران مبتلا به اختلالات روان شناختی مزمن و مقاوم که تاکنون یک مسئله بغرنج در درمان محسوب می شوند،

^۱ Gestalt

^۲ object relation

^۳ constructivism

مناسب است. تجارب بالینی نشان می دهد که دچار اختلالات شدید شخصیتی هستند و نیز افراد مبتلا به مشکلات چشمگیر منش شناختی که چنین مسایلی شالوده اختلالات محوری آن ها را تشکیل می دهند، به طرحواره درمانی خیلی خوب پاسخ می دهند.

این رویکرد درمانی، برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تأکید می کنند، بر الگوهای خود - ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. در قالب واژه های طرحواره درمانی، این الگوها طرحواره های ناسازگار اولیه می شوند. یانگ ۱۸ طرحواره ی ناسازگار اولیه و مکانیسم های مقابله ای ناسازگار را که به طور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می شوند، و در نتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می شود، معرفی کرده است. در مدل طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار اولیه و مکانیسم های مقابله ای ناسازگار به عنوان هسته های بنیادین شناختی و عاطفی اختلالات شخصیت در نظر گرفته می شوند.

تاکنون چندین پژوهش در زمینه های کارآمدی طرحواره درمانی صورت گرفته است، مطالعه ای به منظور اثر بخشی تعدیل طرحواره ها بر روی کاهش علایم اختلالات شخصیت انجام داده اند، این گروه دریافتند که تعدیل طرحواره ها می تواند پیش بینی کننده میزان کاهش علایم این نوع اختلالات باشد.

از آن جا که بنا به نظریه ی یانگ، طرحواره های ناسازگار اولیه اغلب ریزش های زشته های اختلالاتی از قبیل افسردگی است و بر طبق آمار ارائه شده، افسردگی در زنان بسیار شایع است به نظر می رسد که با تعدیل و اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه، افسردگی در افراد مبتلا میتواند کاهش یابد.