

تعریف طرحواره:

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 رخدادها توانا می سازند.

یک طرحواره در برگیرنده مجموعه ای از خاطرات، هیجانها، حسهای 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.

تاریخچه: * 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 بارثلت 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 مدلهای 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: طرحواره 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 تحلیلی 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.

سه دهه پیش بک مطرح ساخت که هرچند کاربرد اطلاعات مربوط به دوران کودکی برای درمان دوره حاد افسردگی و اضطراب لازم نیست اما برای درمان مشکلات مزمن شخصیتی ضروری به نظر می رسد.

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

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 گرایی 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.

محدودیت های شناخت درمانی :طبق نظر یانگ بیماران برای این که به شناخت درمانی پاسخ مطلوب بدهند باید چندین ویژگی را داشته باشند اما بیماران مبتلا به اختلالات خصیصه ای چند ویژگی زیر را دارند که آنها را برای درمان شناختی - رفتاری نامناسب می سازد:

۱. مشکلات مبهم و آشفته فراوان : برای شناخت درمانی فرد باید مشکلات مشخص و قابل تعریفی داشته باشد تا بتوانیم آنها را کانون و هدف درمان قرار بدهیم .

۲. مشکلات در روابط بین فردی : در شناخت درمانی انتظار میرود که بیمار رابطه ای مشارکتی با درمانگر خود برقرار سازد اما بیماران مبتلا به اختلالات خصیصه ای یا اصلا رابطه ای با درمانگر برقرار نمی سازند یا به نحوی افراطی به وی وابسته می شوند.

۳. انعطاف ناپذیری : انعطاف پذیری در شناخت درمانی لازم است تا بیمار بتواند افکار و رفتارهای خود را با تجزیه و تحلیل شناختی تغییر دهد ولی از مولفه های مشخص اختلالات شخصی وجود رگه هایی از انعطاف ناپذیری است.

۴. اجتناب : چون بیماران مبتلا به اختلالات خصیصه ای بطور دیرپایی از تجربه احساسهای ناخوشایند خود می گریزند (اجتناب هیجانی) و در عین حال از افکار دردناک خود روی گردانند (اجتناب شناختی) بنابراین تکنیک های شناختی غالباً در دستیابی به افکار و احساسات غیر انطباقی این افراد ناموفق هستند.

ترمینولوژی طرحواره درمانی :

شش سازه اصلی در طرحواره درمان عبارتند از :

۱. طرحواره های ناسازگار اولیه

۲. نیازهای بنیادین

۳. حیطه های طرحواره

۴. راهبردهای مقابله ای

۵. سبکهای طرحواره

۶. کنشهای طرحواره

طرحواره های ناسازگار اولیه :

* بک طرحواره های ناسازگار اولیه از جمله فقدان، شکست و مورد علاقه نبودن را معرفی کرد. این طرحواره ها در سالهای اولیه کودکی پدید می آیند.

* بالبی معتقد است اختلالهایی که در مرحله اولیه زندگی روی می دهند بر پردازش اطلاعات در سالهای اثر می گذارند.

* یانگ نیز فرض کرد برخی از طرحواره ها بویژه طرحواره هایی که در طی دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می گیرند ممکن است هسته مرکزی اختلالات شخصیت، مشکلات خصیصه ای خفیف تر و بسیاری از اختلالات دیرپای محور یک را تشکیل دهند. وی این مجموعه از طرحواره ها را **طرحواره های ناسازگار اولیه** نامگذاری کرد.

* بطور خلاصه طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای شناختی، هیجانی و واکنشهای جسمی خود ویرانگری هستند که در دوره های اولیه کودکی شکل می گیرند و در طول زندگی وی تکرار می شوند.

نیازهای بنیادین (منشاء طرحواره های ناسازگار اولیه) :

۵ نیاز هیجانی بنیادین در انسان وجود دارد که باید برآورده شوند و ناکامی در برآورده شدن این نیازها در فرد، موجب شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه می شوند. این ۵ نیاز اولیه عبارتند از :

۱. دلبستگی های ایمن به دیگران (شامل امنیت، ثبات، پرورش و پذیرش)

۲. استقلال، کارآمدی و حس هویت

۳. بیان آزادانه نیازها و هیجانهای پذیرفتنی

۴. خودانگیختگی

۵. محدودیت های واقع گرایانه و خود - بازداری (خود - کنترلی)

* در طرحواره درمانی هدف این است که به بیمار کمک کنیم تا با روشهای سازگارانه تری برای ارضای این نیازهای بنیادین خود بکوشد.

حیطه های طرحواره های ناسازگار اولیه :

یانگ مبتنی بر این ۵ نیاز بنیادین ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را در قالب ۵ حیطه اصلی طبقه بندی کرده است :

۱. حیطه جدایی و طرد : این افراد به این دلیل که نیاز به دل بستگی ایمن در آنها ناکام شده است قادر به برقراری دل بستگی های ایمن و ارضا کننده با دیگران نیستند چرا که خانواده های این افراد معمولا ناپایدار، آزار دهنده پ، طرد کننده و منزوی از دنیای اطراف خود هستند. طرحواره هایی که در این حیطه قرار می گیرند عبارتند از :

• طرد شدن - بی ثباتی --- محرومیت هیجانی • بی اعتمادی - آزار دیدن -- نقص داشتن - شرم
• انزوای اجتماعی - بیگانگی

۲. حیطه خودگردانی و عملکرد مختل : افراد دارای طرحواره های این حیطه در فاصله گرفتن از خانواده و نمادهای پدری یا مادری و عملکرد مستقل مشکل دارند چرا که در کودکی اعضای خانواده آنقدر در کارهای وی دخالت کرده اند و به گونه ای افراطی حمایتگر بوده اند که این افراد نتوانسته اند هویتی مستقل را در خود شکل دهند. طرحواره های این حیطه عبارتند از :

• آسیب پذیری در برابر صدمه یا بیماری - به هم ریختگی - خود رشد نیافته - شکست

۳. حیطه مرزهای مختل : نقص در حد و مرزهای درونی، بی مسئولیتی در قبال دیگران و بی هدفی دراز مدت از ویژگی های این حیطه است. این مشکلات منجر به عدم رعایت حقوق دیگران، عدم همکاری با آنان، اقدام به رفتارهای مغایر با قانون و عدم برنامه ریزی شخصی واقع گرایانه می شود. خانواده های این افراد غالبا بسیار دخالت کننده، سهل گیر و القا کننده حس برتری در کودک هستند در برخی موارد ممکن است کودک به دلیل عدم رعایت قانون مورد تنبیه قرار نگیرد و ذاهنمایی و هدایت مناسب و کافی دریافت نکند. طرحواره های این حیطه عبارتند از :

• استحقاق داشتن - بزرگ منشی --- خود انضباطی ناکافی

۴. حیطه هدایت شدن توسط دیگران : افراد این حیطه تاکید ویژه ای بر ارضای نیازهای دیگران دارند نه خودشان و این کار برای کسب تایید، حفظ ارتباط عاطفی و اجتناب از تنبیه است. خانواده این افراد همیشه این فرد را بصورت مشروط پذیرفته اند و محیط باذیرش بدون قید و شرط در خانواده وجود نداشته است بنابراین این کودکان یاد گرفته اند نیازهای خود را سرکوب نمایند. طرحواره های این حیطه عبارتند از :

• فدا کردن --- قربانی کردن خویشتن - تایید جویی - پذیرش جویی

۵. حیطه هوشیاری افراطی و بازداری :

در این حیطه بر سرکوبی احساسهای خود انگیزه، تکانه ها، اولویت ها و پیروی از قوانین انعطاف ناپذیر و تدوین شده تاکید افراطی می شود تا حدی که ممکن است به از دست دادن شادی، لذت، خود ابرازی، آرامش و رابطه های بین فردی نزدیک و سلامتی منجر شود. خانواده این افراد معمولا تنبیه گر، پر توقع، کمال گرا، پیرو قانون، سرکوب کننده هیجان و اجتناب کننده از هر گونه خطا، شادی و آرامش بوده است. طرحواره های این حیطه عبارتند از :

• منفی گرایی - بدبینی --- بازداری هیجانی --- استانداردهای ناعادلانه - عیب جویی افراطی -- تنبیه

راهبردهای مقابله ای ناسازگار:

همانطور که گفته شد رفتار فرد قسمتی از طرحواره او نیست بلکه رفتارهای ناسازگار به عنوان پاسخی در برابر طرحواره های ناسازگار اولیه شکل می گیرند به این رفتارها که توسط طرحواره ها بر انگیزه می شوند ولی جزئی از طرحواره ها نیستند اصطلاحاً " **راهبردهای مقابله ای** " می گویند. اگر چه بخش عمده ای از

راهبردهای مقابله ای **رفتاری** هستند اما بیمار از راهبردهای **شناختی** و **هیجانی** نیز برای مقابله با طرحواره ها استفاده می کند. سه راهبرد مقابله ای طرحواره عبارتند از :

۱. جبران افراطی طرحواره --۲. اجتناب از طرحواره --۳. تسلیم طرحواره شدن

* دو عامل تعیین کننده در این باره که هر فرد چه نوع شیوه مقابله ای را بر می گزیند عبارتند از : (۱) سرشت فرد و (۲) درونی سازی و سرمشق گیری

سبکهای طرحواره:

باید توجه داشت که غالب بیماران ترکیبی از طرحواره های مختلف و پاسخهای مقابله ای دارند یعنی گاه اجتناب، گاه تسلیم و برخی اوقات نیز جبران افراطی را بکار می گیرند. بنابراین می توان گفت **سبک طرحواره** شبکه ای منسجم و یکپارچه از مولفه های شناختی، هیجانی، انگیزشی و رفتاری یک یا چند طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله ای مختلفی است که فرد در پاسخ به این طرحواره ها برمی گزیند.

آنچه مهم است آنست که درمانگر درصدد چرخش بر می آید یعنی حرکت بین سبکها و خروج از یک سبک ناکارآمد به سمت یک سبک طرحواره ای کارآمدتر و سالمتر تا بدین وسیله در مسیر فرآیند ترمیم طرحواره گام بردارد.

انواع سبکهای طرحواره ای :

یانگ و همکاران سبک های طرحواره ای را در قالب ۴ طبقه عمده مطرح کرده اند:

۱. سبکهای کودک که عبارتند از: کودک آسیب پذیر، کودک عصبانی، کودک تکانشی - بی انضباط و کودک خوشحال

۲. سبکهای مقابله ای ناسازگار : تسلیم شونده فروتن، محافظ جدا افتاده، و جبران کننده افراطی

۳. سبکهای پدر و مادری ناسازگار : پدر و مادر تنبیه گر، و پدر و مادر متوقع

۴. سبک بزرگسال سالم

کنش های طرحواره :

طرحواره ها دو کنش متفاوت دارند که عبارتند از : تداوم طرحواره و ترمیم آن

۱. تداوم طرحواره :

هر فکر، احساس، رفتار و خاطره ای می تواند منجر به تداوم و تقویت طرحواره شود. طرحواره ها توسط سه مکانیزم اولیه تداوم می یابند :

الف) تحریف های شناختی : فرد از طریق **تحریف های شناختی** محیط را بگونه ای سوء تعبیر می کند که بتواند طرحواره را تقویت کند یعنی اطلاعاتی را از محیط می گیرد که با طرحواره وی هماهنگ باشد و از نظر **هیجانی** هم فرد هیجانهای مرتبط با طرحواره دردناک را بازداری کرده و از حیطة خودآگاه می راند.

ب) الگوهای خود آسیب رسان زندگی : از نظر **رفتاری** فرد خود را در الگوهای آسیب رسان درگیر می سازد و موقعیت ها و رابطه هایی را بر می گزیند و حفظ می کند که تداوم طرحواره مورد نظر را در پی داشته باشد.

ج) سبک مقابله ای طرحواره : فرد همچنین با سبک مقابله ای ناسازگاری که دربرابر طرحواره می گزیند موجبات تداوم طرحواره را فراهم می آورد.

۲. ترمیم طرحواره : هر خاطره، فکر یا احساسی می تواند طرحواره را ترمیم کند اما از آنجا که طرحواره ها نسبت به تغییر مقاومند ترمیم طرحواره نیاز به انگیزه و تمایل برای رو به روشن شدن و مبارزه با طرحواره و قانونمندی ها و تمرین های مستمر دارد.

ترمیم طرحواره هدف اصلی طرحواره درمانی است و چون یک طرحواره در برگزیده مجموعه ای از خاطرات، هیجانها، حسهای بدنی و شناختارهاست بنابراین در ترمیم طرحواره باید تمامی این عناصر را تعدیل نمود. تغییر طرحواره شامل تغییر رفتار هم می شود و به بیمار می آموزد الگوهای رفتاری سالمتر و سازگارتری را جایگزین سبکهای مقابله ای ناسازگار کند.