

طرحواره درمانی: شکل‌گیری چارچوب مدل مفهومی در گذرگاه تحول تاریخی

حسین اسکندری^۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۲۳

تاریخ وصول: ۹۳/۹/۲۴

چکیده

نوشته حاضر به بحث پیرامون مسائل و چالش‌هایی که در برابر استفاده نامناسب و نا به جای طرحواره درمانی به وجود می‌آیند، پرداخته و در ادامه انتقادهایی که خود نظریه طرحواره با آنها رو به روست را مطرح کرده است و نهایتاً به توضیح این امر می‌پردازد که با توجه به دشواری و پیچیدگی طرحواره درمانی، چه عواملی سبب رواج این درمان شده است.

واژگان کلیدی: طرحواره، درمان، انتقادات.

مقدمه

طرحواره درمانی، درمانی یکپارچه و نوین است که توسط یانگ و همکارانش (یانگ، ۱۹۹۰، ۱۹۹۹) و عمدتاً بر اساس مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری به وجود آمده است. این درمان، عناصری را از مکاتب شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شی، سازنده‌گرایی و روانکاوی، در قالب یک مدل درمانی و مفهومی یکپارچه و غنی، تلفیق کرده است. در این مدل، هسته طرح روانشناختی که طرحواره ناساگار اولیه نامیده می‌شود

^۱ استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی

Email: sknd40@gmail.com.

و معمولاً مربوط به بیمارانی با اختلالات شخصیتی است، به وسیله راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی مورد پیگیری و مداخله درمانی واقع می‌شود (یانگ، ۲۰۰۳). امروزه استفاده از طرحواره درمانی به طور روز افزونی گسترش یافته است و پژوهش‌های صورت گرفته، کارآیی طرحواره درمانی را فراتر از اختلالات شخصیت و در زمینه اختلالات محور یک نشان می‌دهند، ولی به کارگیری طرحواره درمانی در گستره وسیع اختلالات می‌بایست با دقت بیشتری همراه باشد. کاربرد طرحواره درمانی، مستلزم آشنایی کامل با مبانی نظری و مفهومی این درمان و داشتن مهارت کافی در درمان شناختی- رفتاری و کار با طرحواره‌ها می‌باشد. در بسیاری از موارد، آشنایی نداشتن با مبانی نظری طرحواره درمانی، نداشتن تجربه و مهارت لازم و عدم ارزیابی از مناسبت درمان، موجب کاربرد نابجا و نامناسب این درمان می‌گردد که می‌تواند تأثیرات زیانباری بر درمانجو به دنبال داشته باشد. یکی از مسائل اساسی که در کاربرد طرحواره درمانی باید مورد توجه قرار گیرد، تناسب طرحواره درمانی با اهداف درمان است. پیش از اجرای طرحواره درمانی باید ارزیابی دقیقی صورت گیرد تا در زمینه مناسب بودن این شیوه درمانی برای درمان بیمار، تصمیم موثری گرفته شود و تناسب درمان تأیید گردد؛ باید اطمینان یافت که بیمار مناسب‌ترین شکل درمان را دریافت می‌کند و دلایل استفاده از این درمان تصریح شود.

متأسفانه گسترش وسیع کاربرد طرحواره درمانی با عدم ارزیابی کافی از مناسبت آن همراه بوده است و کاربرد وسیع آن در موارد نامناسب، آن را به عنوان رقیبی برای درمان شناختی - رفتاری مطرح ساخته است. باید به خاطر داشت که طرحواره درمانی در ادامه درمان شناختی رفتاری و به منظور تکامل آن در درمان اختلالات روانشناختی مزمن و مقاومی پدید آمد که درمان شناختی - رفتاری در بهبود آن‌ها موفقیتی به همراه نداشت. این درمان، ویژگی‌های خاصی در بیماران را مورد ملاحظه قرار می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری در توجه به این ویژگی‌ها و درمان آن‌ها ناتوان است. بنابراین، در جایی که درمان شناختی - رفتاری که در قالب مختصرتر و به صرفه‌تر اعمال می‌شود، موفق باشد، روی آوردن به مداخلات شدیدتر هم‌چون طرحواره درمانی نامناسب بوده و می‌تواند به بیمار صدمه بزند.

یانگ (۲۰۰۳) تصریح می کند که طرحواره درمانی برای درمان جنبه های شخصیتی اختلالات مزمن طراحی شده است و نه نشانه های روانپزشکی حاد. در واقع این درمان پس از آنکه نشانه های حاد اختلال فروکش کردند، به بهترین وجه برای درمان اختلالات شخصیت و اختلالات دیگری همچون افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و ... که با مشکلات شخصیتی زیربنایی همراه هستند، مناسب می باشد. یانگ معتقد است اغلب بیمارانی که مشکلات شخصیتی ریشه ای دارند، در پاسخ کامل به درمان های سنتی رفتاری-شناختی شکست می خورند، زیرا درمان شناختی- رفتاری سنتی فرض هایی درباره بیماران دارد که اغلب ثابت شده که درباره بیمارانی که مشکل شخصیتی دارند، نادرست است. این بیماران تعدادی ویژگی های شخصیتی دارند که موجب می شود موارد مناسبی برای درمان شناختی- رفتاری نباشند و از این رو است که طرحواره درمانی به منظور نشانه گیری و درمان این ویژگی ها ایجاد شده است.

از جمله مفروضات درمان شناختی- رفتاری می توان به این موارد اشاره کرد: بیماران برای درمان انگیزه داشته و بنابراین، با مقداری تحریک و تقویت مثبت، با شیوه های درمانی لازم، موافقت خواهند کرد؛ بیماران می توانند با یک آموزش مختصر به شناخت ها و هیجانانشان دست یابند و آن ها را به درمانگر گزارش دهند؛ بیماران می توانند شناخت ها و رفتارهای مشکل زایشان را در طی تمریناتی تغییر دهند؛ بیماران می توانند در طی جلسات کوتاه مدت، در یک ارتباط مشارکتی با درمانگر شرکت کند و مشکلات موجود در رابطه درمانی مسئله مهمی نیست که درمانگر بخواهد بر آن متمرکز شود و دیگر اینکه، بیماران مسائل قابل تشخیصی دارند که می تواند به عنوان اهداف درمانی مورد توجه قرار گیرد.

این مفروضات در مورد بیمارانی که مشکلات شخصیتی دارند، صدق نمی کند. این بیماران اغلب انگیزه و تمایل ندارند و یا قادر نیستند که با شیوه های درمان شناختی رفتاری هماهنگ شوند و مقاومت نشان می دهند. به نظر می رسد این دسته از بیماران بیشتر تمایل دارند به درمانگر تکیه کنند و از حمایت او برخوردار شوند تا اینکه راهبردهایی را برای کمک به خودشان یاد بگیرند. این بیماران اغلب به علت اجتناب شناختی و عاطفی، قادر نیستند به شناخت ها و هیجانانشان دسترسی یافته و آن ها را به درمانگر گزارش دهند. از آن جا

که بیماران شخصیتی معمولاً فاقد انعطاف‌پذیری روانشناختی هستند، کمتر به تکنیک‌های شناختی رفتاری پاسخ می‌دهند و تغییرات معناداری در دوره کوتاه زمانی نشان نمی‌دهند و حتی بعد از ماه‌ها درمان، اغلب بهبود قابل توجهی دیده نمی‌شود. مشکلات آنان در مرکز شخصیت و احساس هویت آنان قرار دارد و از این رو شدیداً در برابر رها کردن این مشکلات مقاومت نشان می‌دهند. بیمارانی که اختلالات شخصیتی دارند، ارتباطات بین فردی نامناسبی دارد که در ابتدای زندگی‌شان شروع شده است. این بیماران اغلب مشکلات بین فردیشان را در رابطه درمانی منعکس می‌سازند و بنابراین در شکل دادن اتحاد درمانی مشکل دارند. از آنجا که مسائل بین فردی اغلب در مرکز مشکلات هستند، ارتباط درمانی یکی از بهترین حوزه‌ها برای ارزیابی و کانون درمان این بیماران محسوب می‌شود؛ در صورتی که مشکلات ارتباط درمانی معمولاً تمرکز عمده درمان‌های شناختی رفتاری نمی‌باشد و در درمان شناختی-رفتاری درباره چگونگی پرداختن به رابطه درمانی مطلب زیادی گفته نشده است. عدم توجه به فرآیندهای بین فردی در درمان شناختی-رفتاری همچنین مانع اثرگذاری دقیق و کامل تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری می‌شود. آخرین نکته اینک برخی بیماران که برای درمان شناختی-رفتاری مراجعه می‌کنند، فاقد نشانه‌های ویژه‌ای هستند که اهداف درمان به شمار آیند. مشکلات آنها مبهم و پراکنده است و فاقد نشانه‌های آشکار هستند. آنها احساس می‌کنند چیزی حیاتی در زندگی آنها اشتباه است و یا مفقود است. این‌ها بیمارانی هستند که مشکلاتشان، مشکلات شخصیتی است. آنها برای جستجوی درمان برای مشکلات مزمن در روابطشان با افراد مهم در کارشان مراجعه می‌کنند و چون اینان فاقد نشانه‌های معنادار یا بسیاری از نشانه‌های محور یک هستند، درمان شناختی-رفتاری در مورد آنها با مشکل مواجه است.

مجموعه ویژگی‌های نامبرده در بیمارانی که مشکلات شخصیتی دارند موجب اشکالات قابل توجهی در اعمال درمان شناختی-رفتاری می‌شود. درمان شناختی-رفتاری بیشتر بر این‌جا و اکنون و نشانه‌ها و ساختارهای سطحی‌تر کار می‌کند و هنگامی که درمانگر با جلوه‌های پیچیده‌تر و ریشه‌ای‌تر مواجه می‌شود، نیاز به بررسی باورهای هسته‌ای و تاریخچه اولیه بیمار مطرح می‌شود؛ از این رو است که یانگ که درمان جدید را با تأکید بیشتر بر

جستجوی منشا کودکی و نوجوانی مشکلات روان‌شناختی، تکنیک‌های برانگیزاننده، ارتباط بیمار-درمانگر و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، برای این گروه از بیماران پیشنهاد می‌کند (یانگ، ۲۰۰۳؛ ۱۹۹۴).

بنابراین، طرحواره درمانی می‌بایست تنها در مواردی به کار رود که دلایلی هم‌چون دلایل نامبرده، نشان‌دهنده عدم کفایت درمان شناختی- رفتاری و نیاز به طرحواره درمانی باشد. باید در نظر داشت که هر فرد طرحواره‌هایی دارد که ممکن است در برخی موقعیت‌های خاص ناکارآمد بوده و مشکلاتی را به همراه داشته باشد، ولی ممکن است این طرحواره‌ها ریشه مشکلات جاری بیمار که بدان خاطر برای درمان مراجعه کرده است نباشد. این درمان به ویژه برای بیمارانی مناسب است که مشکلات آن‌ها در طرحواره‌های ناکارآمد اولیه ریشه دارد.

مشکل دیگری که وجود دارد مربوط به استفاده از طرحواره درمانی بدون داشتن صلاحیت و مهارت کافی است. طرحواره درمانی گاه توسط افرادی که آموزش کافی را ندیده‌اند و تجربه لازم را در درمانی شناختی- رفتاری ندارند مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ علاوه بر مهارت در درمان شناختی- رفتاری، درمانگر می‌بایست در کار با طرحواره‌ها ماهر و با تجربه باشد. برخی تکنیک‌های طرحواره درمانی ممکن است ساده به نظر برسند، درحالی که درمان از آنچه به نظر می‌رسد بسیار دشوارتر است. برای مثال دسترسی به طرحواره‌ها بسیار پیچیده‌تر از آن است که با اجرای پرسشنامه طرحواره یانگ پایان یابد؛ یک درمانگر بی‌تجربه ممکن است به اشتباه طرحواره نامناسبی را به یک بیمار افسرده نسبت داده و به او تلقین کرده و بیمار نیز آن را تأیید کند. اطمینان از اینکه طرحواره فراخوانده شده طرحواره مرکزی و مشکل‌سازی است که باید روی آن کار شود، نیازمند مهارت و تجربه فراوانی است. هم‌چنین لازم است پیش از وارد شدن به مرحله اصلی، یعنی فراخوانی طرحواره‌ها و به چالش کشیدن آن‌ها، درمانگر ارتباط مناسبی با بیمار برقرار کرده و اطلاعات کافی در مورد نحوه پاسخ‌دهی و واکنش بیمار کسب کرده باشد تا پیش‌بینی کند که بیمار چگونه در برابر به چالش کشیده شدن طرحواره‌های ناکارآمد پاسخ خواهد داد و چه راهبردهای مقابله‌ای را به کار خواهد برد و بتواند به خوبی روند جلسه را مدیریت و کنترل نماید.

جیمز^۱ به عنوان فردی که سال‌ها نظارت بر کارآموزان را در طرحواره درمانی برعهده داشته به مشکلاتی اشاره می‌کند که درمانگران بی تجربه به هنگام کار در این سطح باورها، دچار می‌شوند. او می‌گوید بسیاری از درمانگران بی تجربه نمی‌توانند طرحواره‌های فراخوانده شده را به چالش کشیده و مداخله مؤثری داشته باشند، در نتیجه گاه بیمار زمانی درمان را ترک می‌کند که کارآموز تلاشی برای ارزیابی مجدد باورها صورت نداده و طرحواره ناکارآمد بیمار تقویت شده است. او به موردی اشاره می‌کند که یک بیمار محور یک که تحت طرحواره درمانی بود گفت: «قبل از آمدن به درمان من نمی‌دانستم که این قدر مشکل دارم و چنین بی‌ارزشم» (جیمز، ۲۰۰۱).

تاکنون پیرامون مسائل و چالش‌هایی که در برابر استفاده نامناسب و نابه جای طرحواره درمانی به وجود می‌آیند بحث گردید. اما خود نظریه طرحواره نیز با انتقادهایی رو به روست. در نظریه طرحواره فرض می‌شود که طرحواره‌های ناسازگار اولیه از تعامل خلق و خوی فطری کودک با تجارب ناکارآمد او با والدین و اعضای خانواده در طی سالهای اولیه زندگی به وجود می‌آیند (یانگ، ۱۹۹۴) ولی باید به خاطر داشت که سیستم باورهای هسته‌ای افراد به وسیله عناصر بسیاری می‌تواند تحت تاثیر قرار گیرد که محدود به دوران کودکی و رابطه با والدین نیست؛ برای مثال می‌توان به جنبه‌های رشدی و فرهنگی اشاره داشت. در کار با بزرگسالان دیده شده است که اغلب باورهای فرهنگی و مربوط به سن وجود دارد- و نه لزوماً طرحواره‌های ناسازگار اولیه- که قوی‌ترین تاثیر را بر ادراک فرد از خودش می‌گذارد (جیمز، ۲۰۰۱).

یانگ معتقد است که طرحواره‌ها اساساً در خودآگاهی ضمنی شناسایی می‌شوند و معمولاً توسط وقایعی در محیط فعال می‌شوند که به آن طرحواره خاص مربوطاند (یانگ، ۱۹۹۴). با اینکه طرحواره‌ها به محض شکل‌گیری دست به مقاومت می‌زنند، اما ما همیشه از وجود آن‌ها آگاه نیستیم؛ این طرحواره‌ها معمولاً به نحوی ظریف و بیرون از آگاهی ما عمل می‌کنند؛ با این حال این سوال پیش می‌آید که چطور می‌توان با اجرای پرسشنامه طرحواره یانگ و در محدوده چند جلسه به این طرحواره‌ها دست یافت؟

1 James, I. A.

اما این سؤال مطرح است که با توجه به دشواری و پیچیدگی طرحواره درمانی، چرا این درمان متداول شده است. یک دلیل این است که این رویکرد برای درمانگران جذابیت خاصی دارد؛ در این درمان به جای مداخله در سطح نشانه‌ها، درمانگر ریشه‌های عمیق ایجاد و حفظ مشکلات بیمار را جستجو می‌کند و کار کردن بر روی باورهای هسته‌ای و بررسی تاریخچه بیمار، گاه این احساس را در درمانگر ایجاد می‌کند که کار عمیق‌تر و اصولی‌تری انجام داده است و هسته مرکزی مشکل را اصلاح می‌نماید. رویکردهای نسل اول هم‌چون رویکرد شناختی- رفتاری ممکن است در مقایسه با شور و هیجان حفاری کردن زندگی در طول باورهای هسته‌ای، پیش پا افتاده به نظر آیند. هم‌چنین مسئله قدرت درمانی وجود دارد؛ اغلب احساس قدرت زیادی وجود دارد زمانی که یک فرد به صورت نافذ و با سرعت به هسته مشکلات یک فرد می‌رود و این جالب است که بشنویم که بیمار به شما می‌گوید: «این درست است من خودم را ناقص می‌بینم. ولی من هیچ‌گاه پیش از آن این را نمی‌دانستم».

در این درمان برخلاف درمان شناختی- رفتاری، رابطه درمانی و اتحاد درمانی مورد تمرکز بوده و نقش مهمی را ایفا می‌کند. هم‌چنین این رویکرد سرزنش و مسئولیت مربوط به مشکلات را از بیمار بر می‌دارد و به موقع بر دوش والدین و سرپرستان، معلمان و خواهر و برادرها می‌اندازد.

از دیگر دلایل جذب درمانگران به این درمان می‌توان به اختصاصی بودن آن اشاره کرد. این درمان در اینکه درمانگر چطور بیمار را ارزیابی و هدایت کند، بسیار ساختار یافته است. در این مدل، طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های خاصی از جمله بازآفرینی مجدد نقش والدینی مناسب برای هر بیمار مشخص شده است و درمانگر راه مشخصی را در پیش رو دارد.

سرانجام اینکه شهرت درمان‌های طرحواره محور ممکن است به این واقعیت مربوط باشد که آن‌ها شباهت‌های زیادی به دیگر اشکال درمان مثل درمان تحلیل شناختی و روان تحلیل‌گری کوتاه مدت دارند. این جنبه‌های مشترک آن‌ها را به ویژه برای آنانی که از جهت‌گیری‌های درمانی دیگر می‌آیند، دسترس‌پذیر، قابل قبول و معتبرتر می‌سازد (جیمز، ۲۰۰۱).

از طرفی اگرچه هر مدل درمانی قدرت خود را دارد، ولی طرحواره درمانی هم از نظر مفهومی و هم برحسب تکنیک وسیع‌تر است و ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد. در مقایسه با روانکاوی، طرحواره درمانی نیز عمیق‌تر می‌شود و بر احساسات و افکاری که خارج از آگاهی افراد است متمرکز می‌شود، ولی این کار را به طریق فعال‌تری انجام می‌دهد و از راهبردهای مختلفی استفاده می‌کند. تحلیل‌گر روانکاوی فاصله بیشتری دارد و نیازها را تفسیر می‌کند، درحالی‌که در طرحواره درمانی، درمانگر، بازوالدگری می‌کند و بسیاری از نیازهای بیمار را جبران می‌کند.

در مقایسه با شناخت درمانی این مسئله برعکس است، در هر دو درمانگران فعال هستند، ولی درمان شناختی کاملاً منطقی است و در حقیقت تلاش می‌کند که به بیمار پیام‌زود که از هیجانات منفی خود رها شود، درحالی‌که به هنگام مواجهه با بیماران مزمن تر در طرحواره درمانی، درمانگر تلاش می‌کند که در جلسات، احساسات بیمار را تحریک کرده و بفهمد که این احساسات از کجا آمده‌اند؛ هم‌چنین طرحواره درمانی نسبت به شناخت درمانی عمیق‌تر می‌شود. آنچه باورهای هسته‌ای در شناخت درمانی خوانده می‌شود در مقایسه با طرحواره‌ها مرکزی نیست. هم‌چنین طرحواره درمانی برخلاف درمان شناختی یک مدل تحولی است و بر نیازهای کودکی که از نظریه دلبستگی می‌آید تأکید دارد.

منابع

- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange).
- James, I. A. (2001). Schema therapy: The next generation, but should it carry a health warning?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(04), 401-407.