

رویاروسازی همدلانه در طرحواره درمانی

نویسنده:

مریم آخوندی



روان آگاه

محتوا

۱۱.....	فصل اول: کلیات و مفاهیم
۱۱.....	ایجاد رابطه با بیمار
۱۳.....	فرزندپروری مجدد محدود
۱۳.....	ملزومات درمانگر
۱۴.....	رابطه با والدین و مراقبان
۱۵.....	مواجهه‌سازی هم‌دلانه
۱۷.....	قانون پایه: موثق و معتبر بودن
۱۷.....	آموزش روانی
۱۸.....	آموزش روانی در سنین مختلف
۱۸.....	کودکان پیش‌دبستانی
۱۹.....	کودکان پایه‌های نخست ابتدایی
۱۹.....	کودکان راهنمایی
۲۰.....	گام‌های پایه آموزش روانی کودک
۲۴.....	استفاده از استعاره‌ها با طرح‌واره و حالات
۲۴.....	بینش مهم درمانگر نسبت به حالات ناسازگارانه
۲۵.....	آموزش روانی در مورد حالت محافظ بدون دل‌بستگی

- در ابتدا درمانگر مسئله حمایت و حفاظت را مطرح می‌کند..... ۲۶
- هر چه باهوش‌تر نیاز به حمایت دیگران کم‌تر خواهد بود..... ۲۷
- چرا شناسایی تله‌های زندگی مهم است؟..... ۲۷
- فصل دوم: مکانیسم مقابله‌ای در طرحواره درمانی ۳۳**
- اجتناب طرحواره..... ۳۶
- جبران افراطی طرحواره..... ۳۷
- پاسخ‌های مقابله‌ای..... ۳۸
- تشریح سبک مقابله‌ای تسلیم در طرحواره درمانی..... ۳۸
- سبک‌های مقابله‌ای در طرحواره درمانی..... ۳۹
- سبک مقابله‌ای تسلیم..... ۳۹
- تشریح سبک مقابله‌ای اجتناب در طرحواره درمانی..... ۴۳
- تکثیر در تاریکی..... ۴۴
- تأثیر سبک مقابله‌ای اجتناب..... ۴۴
- مثالی از سبک مقابله‌ای اجتناب..... ۴۵
- چرا از سبک مقابله‌ای اجتناب استفاده می‌کنیم؟..... ۴۵
- تغییر سبک مقابله‌ای اجتناب..... ۴۵
- گام اول: شناسایی روش‌های اجتنابی خود..... ۴۶
- گام دوم: شناسایی طرحواره‌های زیربنایی خود..... ۴۷
- گام سوم: با گام‌های کوچک شروع کنید..... ۴۷
- گام چهارم: روش‌های حل مسئله را یاد بگیرید..... ۴۷
- گام پنجم: رواندرمانی..... ۴۷
- تشریح راهبردهای مقابله و درمان طرحواره ایثار..... ۴۸

روان درمانی.....	۴۸
دوری از روابطی که طرحواره ایثار را تقویت می کنند.....	۴۹
صحبت و درد دل با افراد مطمئن.....	۴۹
۱. شناخت الگوی خودقربانگری.....	۴۹
۲. محدودیت گذاری و تعیین مرزها.....	۵۰
۳. تمرین مراقبت از خود.....	۵۰
۴. راه اندازهای خود را شناسایی کنید.....	۵۱
۵. تمرین نه گفتن.....	۵۱
۶. ابراز نیازها.....	۵۱
۷. کمک حرفه ای.....	۵۱
آیا روش های دیگری برای جلوگیری از خودقربانگری وجود دارد؟.....	۵۱
طرحواره درمانی.....	۵۲

فصل سوم: همدلی در روان درمانی ۵۳

روانشناسان چگونه همدلی را در جلسات روان درمانی به کار می برند؟.....	۵۴
روانشناسان چگونه می توانند توانایی همدلی را در خود تقویت کنند؟.....	۵۵
کاربرد همدلی در روان درمانی.....	۵۶
چالش های اتاق درمان کدامند؟.....	۵۷
همدلی یا همدردی در اتاق درمان.....	۵۹
همدلی یا همدردی با درمانجو؟.....	۶۰
همدلی یا همدردی با درمانجو در بخش روان درمانی.....	۶۰
چرا همدردی نکنیم؟.....	۶۱
چگونه همدلی کنیم؟.....	۶۱

- ۶۲ هنر گوش دادن همدلانه در اتاق درمان
- ۶۲ انواع گوش دادن
- ۶۳ به چه چیزهایی گوش می‌دهیم؟
- ۶۴ گوش دادن همدلانه
- ۶۴ یادگیری شنونده فعال بودن
- ۶۵ ۱. سؤال پرسیدن
- ۶۶ ۲. به کار بردن جملات بازتابی
- ۶۷ بررسی خود برای درک درمانجو
- ۶۷ ۱. خودتان را جای درمانجویتان بگذارید
- ۶۸ ۲. توجه به احساسات خویش
- ۶۸ چالش‌های گوش دادن همدلانه
- ۷۰ موانع گوش دادن همدلانه
- ۷۱ رابطه اثربخش در مشاوره
- ۷۱ پذیرش (عشق) مثبت بدون قید و شرط
- ۷۳ همدلی
- ۷۵ همخوانی
- ۷۷ تاثیرات همدلی
- ۷۷ ناتوانی در بیان همدلی
- ۸۰ نحوه بیان همدلی
- ۸۳ تاکید به اهمیت همدلی به عنوان یک مهارت
- ۸۷ فصل چهارم: رویاروسازی همدلانه در طرحواره درمانی
- ۸۸ مسئولیت پذیری

۸۸	.....	مواجهه با خویشتن واقعی
۸۹	.....	سرعت تغییر
۸۹	.....	ویژگی‌های همدلی در مقابل دلسوزی
۹۰	.....	تفاوت‌های میان همدلی و دلسوزی
۹۰	.....	معنا
۹۱	.....	پاسخ‌های عاطفی
۹۱	.....	اثرات همدلی و شفقت بر افراد
۹۲	.....	شباهت‌ها بین همدلی و شفقت
۹۳	.....	تبدیل همدلی به شفقت: از شناخت تا عمل
۹۴	.....	اجتناب از همدلی سمی
۹۴	.....	نشانه‌های همدلی سمی
۹۶	.....	چطور خود را از همدلی سمی رها کنیم؟
۹۹	.....	منابع

فصل اول

کلیات و مفاهیم

درمان از هر شکلی که باشد ایجاد رابطه درمانی نقش مهمی را ایفا می‌کند؛ مثلاً در CBT که متمرکز بر درمان مرتبط با نشانه است اتحاد کاری بین درمانگر و بیمار مورد نیاز است؛ اما با این وجود طرحواره درمانی رابطه درمانی را تا جایی افزایش می‌دهد که موقعیت عامل اصلی تغییر می‌کند. یونگ و همکارانش در سال ۲۰۰۳ خاطر نشان ساختند که طرحواره درمانگر رابطه درمانی را یک مؤلفه حیاتی از سنجش طرحواره و تغییر می‌بینند. در مقایسه با CBT سنتی طرحواره درمانگر به دنبال توسعه رابطه عمیق‌تر است که طراحی شده تا نیازهای هیجانی برای زمان و هدف محدود تأمین شوند: فرزند پروری مجدد محدود. در طرحواره درمانی، درمان‌گر به دنبال ارائه فضای عاطفی و تجربی و تعدیل‌کننده است تا کودک آسیب‌پذیر و سوءاستفاده شده کمک دریافت کند. رابطه درمانی برای طرحواره درمانی مورد نیاز است بنابراین ایجاد رابطه ضروری است (آهوان و همکاران، ۱۳۹۷).

ایجاد رابطه با بیمار

چون کودکان درک کاملی از شخصیت خود ندارند نشانه‌های بالینی مثل اضطراب و افسردگی و سلوک و نقص توجه/بیش‌فعالی بخشی از معنای خویشتن خویش هستند مثلاً درمانگر می‌تواند به کودک نقص توجه/بیش‌فعالی بگوید: من به تو در مشکلات

کمبود توجه کمک می‌کردم اما جدا از این‌ها من فکر می‌کنم تو انسان بزرگی هستی و می‌توانی راحت را خودت پیدا کنی. اگر چه این کودک می‌شنود که من می‌خواهم تا تو را تغییر دهم اما تجربیات این تغییر در دست خودت است (خود محوری)؛ بنابراین کودک می‌تواند درمان را یک چیزی ببیند که به او کمک می‌کند استرسش کم شود و خودش را به جلو سوق دهد بدون اینکه از او بخواهند حتی در سایر حوزه‌های زندگی مثل خانوادگی، اجتماعی و شناختی. حتی اگر این فکر هوشمندانه‌ای نباشد پس احساس ضمنی هم وجود دارد که کودک سر خورده می‌شود و نیازهایش برای استقلال و تعیین سرنوشت خود تأمین نمی‌شود. فرمول‌بندی اهداف مثل کاهش نشانه‌های نقص توجه/بیش‌فعالی یک نوع حمله به درونی‌ترین بخش کودک است. این می‌تواند ناهوشیار باشد. چنین رفتارهایی را می‌توان نقص انجام تکلیف درمانی دید. مشکل دیگر در روان‌درمانی کودک و نوجوان این حقیقت است که معمولاً مراقب بزرگ‌سال در کودک نیاز به درمان را حس می‌کند و همین امر منجر به انگیزه بیرونی می‌شود. درمان قبلاً بخاطر تنبیهی بودن یک نوع تهدید ادراک شده است به‌ویژه با رفتار بیرونی‌سازی: اگر نمی‌توانید خودتان رفتار کنید ما باهم درمانگری می‌کنیم! اگر مورد چنین است تصویری ذهنی از آسیب روانی کودک را بسازید و الگوی قبلی را تغییر دهید که دیوانه‌ها پیش روانشناس می‌روند. نیازهای روان‌شناختی اصلی کودک برای استقلال و تعیین سرنوشت خود و اجتناب از ناراحتی در اینجا نقض شده‌اند و نیاز به نتایج هم‌سو در انسجام حس خویش وجود دارد (من دیوانه‌ام؟ چه چیزی مرا دیوانه می‌کند؟) مهم‌ترین نیاز برای ارتباط با والدین می‌تواند نادیده گرفته شود چون کودک نتیجه‌گیری می‌کند که او اکنون روی مسئله قوی‌تری کار می‌کند. افکار شک به خود مثلاً والدینم نمی‌توانند مرا تحمل کنند یا «برای من سخت است تا با این مقابله کنم» می‌تواند توهین به خودمفهوم‌ی کودک در زمینه خود کار آمدی و اتحاد خانواده باشد. تعمیر این افکار و ایجاد امنیت هنگامی مهم هستند که رابطه درمانی ایجاد می‌شود. اتاق درمان جای امنی است و درمانگر با حضور گرمش می‌تواند روی امنیت کار کند بدون اینکه به نشانه‌ها توجه کند بلکه به عامل زیربنای نشانه‌ها توجه می‌کند. این امر نیازمند درجه بالایی از

اعتماد است به‌ویژه زمانی که دل‌بستگی‌ها زخمی شده‌اند و دل‌بستگی ناایمن یا تروما وجود دارد. روی دیگر در سال ۲۰۰۹ از محیط درمانی در طرح‌واره درمانی به عنوان آزمایشگاه بلوغ صحبت می‌کند یعنی درمانگر به دنبال تأمین نیازهای عاطفی اصلی کودک در قبال نیازهای تأمین نشده است (مفهوم فرزند پروری مجدد محدود) (معظمی گودرزی، ۱۳۹۸).

فرزندپروری مجدد محدود

در طی سنجش و درمان، طرح‌واره درمانگر از خودش همواره در مورد نوع فرزند پروری مجددی سؤال می‌کند که درمان‌جو نیاز دارد. با توجه به اینکه کودک هر روز با والدین سروکار و ارتباط دارد درمانگر می‌تواند از این منبع استفاده کند. هدف مهم در درمان این است که والدین حامی بوده و نیازهای کودک را به خوبی تأمین کنند. درمانگر باید آگاه باشد که نیازهای تأمین نشده گذشته می‌تواند تا حدودی تأمین شوند. اگر والد یا مراقب قادر به یادگیری این کار باشد وظیفه درمانگر این است تا از فرزند پروری مجدد محدود استفاده کند اما مهم این است اطمینان حاصل کنیم که مرزهای حرفه‌ای در رابطه درمانگر و درمان‌جو حفظ می‌شوند. اگر مادر یا پدر فاقد عاطفه فیزیکی باشد درمانگر نباید عاطفه فیزیکی را در فرزند پروری مجدد بگنجانند. بلکه درمانگر می‌تواند نشان دهد می‌توان با ارتباط کلامی و غیرکلامی ابراز عشق کرد و عاطفه فیزیکی ضروری نیست و از عروسک یا حیوان خانگی می‌تواند استفاده کند تا نشان دهد عاطفه فیزیکی می‌تواند آغوش هم باشد (رهبر طارمسری، ۱۳۹۷).

ملزومات درمانگر

یونگ و همکارانش در سال ۲۰۰۳ خاطرنشان ساخت که طرح‌واره درمانگران نیازمند سطح بالای از همدردی و صمیمیت و پذیرش و ایجاد پیوند عاطفی با درمان‌جو هستند. ما دوست داریم صبر را در این فهرست قرار دهیم. به‌ویژه زمانی که کار با مراقب کودک می‌طلبد درمانگر از تغییر رفتار کمک بگیرد. درمانگر باید محدودیت‌های توانایی‌های درمانی را بشناسد و آگاه باشد که اعتماد ناکافی بین درمانگر و درمان‌جو می‌تواند