

فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی

Copyright © 2009 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc

مجوز رسمی کپی‌رایت ترجمه فارسی این کتاب از سوی انتشارات گیلفورد به
کتاب ارجمند واگذار شده است.

سرشناسه: ولز، آدرین، ۱۹۶۲ - م. Wells, Adrian

عنوان و نام پدیدآور: فراشناخت‌درمانی برای اضطراب و افسردگی / نویسنده آدرین ولز؛ ترجمه مهدی اکبری ... [و دیگران].

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۳۸۴ ص، قطع: وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۸۱-۸

وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا

یادداشت: عنوان اصلی: Metacognitive therapy for anxiety and depression c2009.

موضوع: فراشناخت‌درمانی، اضطراب - اختلالات - درمان، افسردگی - درمان، شناخت‌درمانی

شناسه افزوده: اکبری، مهدی، ۱۳۶۳، مترجم.

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ۸۴۸۹/ف RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۲۲۰۶۵۱

شماره کتابشناسی ملی: ۲۷۴۸۲۳۴

فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی

تألیف

آدرین ولز

ترجمه

مهدی اکبری

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی

دکتر ابوالفضل محمدی

دکترای تخصصی روانشناسی بالینی

دکتر زهرا اندوز

دکترای تخصصی روانشناسی بالینی

ویراستار

مهدی اکبری

با مقدمه

دکتر آدرین ولز


GUILFORD
(با مجوز رسمی ترجمه)





آدرین ولز

فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی

ترجمه: مهدی اکبری، ابوالفضل محمدی، حسن حمیدپور، زهرا اندوز

ویراستار: مهدی اکبری

فروست: ۱۰۰

ناشر: کتاب ارجمند

صفحه‌آرا: پرستو قدیم‌خانی، طراح جلد: احسان ارجمند

چاپ: سامان، صحافی: افشین

چاپ اول، مرداد ۱۳۹۱، ۱۶۵۰ نسخه

بها: ۱۱۹۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۸۱-۸

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

- دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۷۷۰۰۲
- شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن: ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴
- شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶
- شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴
- شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶
- شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست، تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

فهرست

فصل اول: نظریه‌ی فراشناخت درمانی ۱۹

ماهیت فراشناخت	۲۴
دو شیوه تجربه کردن: سبک‌های پردازشی	۲۷
سندرم شناختی- توجهی (CAS)	۳۲
پیامدهای سندرم شناختی- توجهی	۳۵
باورهای فراشناختی مثبت و منفی	۳۸
خلاصه‌ای از مدل فراشناختی	۴۰
مدل بازسازی شده A-B-C	۴۰
ملاحظه‌ای در باب درمان‌های فرایندمدار در برابر درمان‌های محتوامدار	۴۴
جمع‌بندی	۴۶

فصل دوم: سنجش و ارزیابی ۴۷

پیااده‌سازی عملی مدل A-M-C	۴۸
آزمون‌های سنجش رفتاری در اضطراب	۵۰
پرسشنامه‌ها	۵۲
ابزار همجوشی فکر	۵۷
استفاده از مقیاس‌ها برای سنجش درمان	۵۹
جمع‌بندی	۶۲

فصل سوم: مهارت‌های بنیادین فراشناخت درمانی ۶۳

شناسایی و جابه‌جایی سطوح شناختی	۶۳
شناسایی سندرم شناختی- توجهی	۶۷
استفاده از گفتگوی سقراطی فراشناخت محور	۶۹
اسناددهی مجدد کلامی فراشناخت محور	۷۷
رویارویی فراشناخت محور	۸۰
چالش با باورهای فراشناختی	۸۲
جمع‌بندی	۸۷

فصل چهارم: تکنیک‌های آموزش توجه ۸۸

آشنایی با تکنیک آموزش توجه	۸۹
منطق تکنیک آموزش توجه	۹۱
بررسی اعتبار	۹۳
درجه‌بندی توجه به خود	۹۳

۹۴	دستورالعمل‌های استاندارد برای اجرای تکنیک آموزش توجه
۹۶	پسخوراند بیمار
۹۷	تکلیف منزل
۹۸	رفع موانع
۹۸	انگیزه برای ادامه سندرم شناختی - توجهی
۹۸	استفاده غلط از تکنیک برای اجتناب از علایم یا مدیریت آن‌ها
۹۹	طرح کلی جلسه اول تکنیک آموزش توجه
۱۰۰	ادامه جلسات تکنیک آموزش توجه
۱۰۰	مثال موردی
۱۰۲	تغییر تمرکز موقعیتی توجه
۱۰۴	جمع‌بندی

فصل پنجم: تکنیک‌های توجه آگاهی انفصالی ۱۰۵

۱۰۸	اهداف توجه آگاهی انفصالی
۱۰۹	مؤلفه‌های توجه آگاهی انفصالی
۱۰۹	مدل پردازش اطلاعات از توجه آگاهی انفصالی
۱۱۱	توجه آگاهی انفصالی و اشکال دیگری از توجه آگاهی
۱۱۵	ده تکنیک برای ایجاد توجه آگاهی انفصالی
۱۲۲	تقویت کردن توجه آگاهی انفصالی توسط گفتگوی سقراطی
۱۲۳	کاربرد توجه آگاهی انفصالی در فراشناخت درمانی
۱۲۴	جمع‌بندی

فصل ششم: اختلال اضطراب فراگیر ۱۲۵

۱۲۷	حضور فراگیر نگرانی
۱۲۸	آیا نگرانی قابل کنترل است؟
۱۲۹	مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر
۱۳۲	مدل فراشناختی در عمل
۱۳۴	ساختار درمان
۱۳۵	فرمول‌بندی موردی بیمار
۱۳۹	یک نکته در مورد استخراج فراشناخت‌واره‌ها
۱۴۱	آشناسازی بیمار با درمان
۱۴۴	از آشناسازی بیمار با درمان تا اصلاح فراشناختی
۱۴۵	بررسی باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری
۱۴۶	توجه آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی
۱۴۹	چالش با باورهای کنترل‌ناپذیری نگرانی
۱۵۱	چالش با باورهای فراشناختی مربوط به خطر

۱۶۵	..... برنامه‌های پردازشی جدید
۱۶۷	..... پیشگیری از عود
۱۶۸	..... طرح درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر

فصل هفتم: اختلال استرس پس از سانحه..... ۱۶۹

۱۷۴	..... مدل فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه
۱۷۷	..... مدل فراشناختی در عمل
۱۷۹	..... ساختار درمان
۱۷۹	..... فرمول‌بندی موردی بیمار
۱۸۳	..... آشناسازی بیمار با درمان
۱۸۵	..... ارائه‌ی منطق درمان
۱۸۵	..... ارائه‌ی استعاره التیام و اهداف فراشناخت درمانی
۱۸۶	..... توجه آگاهی انفصالی و تعویق اندیشناکی و نگرانی
۱۹۰	..... کاربرد توجه آگاهی انفصالی و تعویق اندیشناکی و نگرانی
۱۹۳	..... آموزش تعمیم
۱۹۳	..... حذف راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی
۱۹۴	..... تغییر توجه
۱۹۹	..... اجتناب باقیمانده
۱۹۹	..... برنامه جدید پردازش
۲۰۱	..... پیشگیری از عود
۲۰۱	..... برنامه درمانی اختلال استرس پس از سانحه

فصل هشتم: اختلال وسواسی - اجباری..... ۲۰۲

۲۰۳	..... مرور اجمالی بر فراشناخت درمانی: سطح عینی در مقابل سطح فراشناختی
۲۰۵	..... دو نوع تغییرات فراشناختی
۲۰۹	..... باورهای فراشناختی
۲۱۲	..... علایم توقف
۲۱۲	..... مدل فراشناختی اختلال وسواسی - اجباری
۲۱۷	..... مدل فراشناختی در عمل
۲۱۸	..... ساختار درمان
۲۱۹	..... فرمول‌بندی موردی بیمار
۲۲۵	..... آشناسازی بیمار با درمان
۲۲۷	..... ارائه‌ی منطق درمان
۲۲۸	..... آغاز درمان: نرمال‌سازی و برچسب‌زدایی
۲۲۸	..... توجه آگاهی انفصالی
۲۳۰	..... رویارویی و اجرای پاسخ

۲۳۱	.....	رویارویی و جلوگیری از پاسخ فراشناخت محور
۲۳۳	.....	افزایش همکاری بیمار با رویارویی و جلوگیری از پاسخ و اجرای پاسخ
۲۳۵	.....	چالش با باورهای فراشناختی اختصاصی اختلال وسواسی - اجباری درباره‌ی افکار
۲۳۸	.....	آزمایش‌های رفتاری
۲۴۲	.....	ترس‌هایی در ارتباط با آلودگی: یک نوع وسواس ویژه؟
۲۴۵	.....	تغییر باورهای مربوط به آیین‌مندی‌ها
۲۴۸	.....	آزمایش‌های رفتاری و باورهای مربوط به آیین‌مندی‌ها
۲۵۰	.....	برنامه‌های جدید پردازش: توقف علائم و ملاک‌های تشخیص احساس دانستن
۲۵۲	.....	پیشگیری از عود
۲۵۲	.....	برنامه‌ی درمان اختلال وسواسی - اجباری

فصل نهم: اختلال افسردگی اساسی ۲۵۴

۲۵۵	.....	اندیشناکی و تفکر افسرده‌ساز
۲۵۸	.....	سندرم شناختی - توجهی در افسردگی
۲۵۹	.....	مدل فراشناختی افسردگی
۲۶۲	.....	مدل فراشناختی در عمل
۲۶۴	.....	ساختار درمان
۲۶۴	.....	فرمول‌بندی موردی بیمار
۲۷۱	.....	انگیزه آفرینی
۲۷۲	.....	آشناسازی بیمار با نقش رفتارها
۲۷۳	.....	آموزش توجه
۲۷۴	.....	توجه آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن اندیشناکی
۲۷۵	.....	اجرای تکنیک‌های توجه آگاهی انفصالی
۲۷۶	.....	اصلاح باورهای فراشناختی منفی
۲۸۱	.....	تغییر باورهای فراشناختی مثبت
۲۸۳	.....	تغییر تهدیدیابی
۲۸۳	.....	مقابله ناسازگارانه با نوسان خلق
۲۸۴	.....	برنامه‌های جدید پردازش
۲۸۶	.....	پیشگیری از عود
۲۸۶	.....	ترس از بازگشت
۲۸۷	.....	نکاتی پیرامون گرایش به خودکشی و خود آسیب‌رسانی
۲۸۷	.....	برنامه‌ی درمان افسردگی

فصل دهم: شواهد نظریه و درمان فراشناختی ۲۸۸

۲۸۸	.....	ماهیت و پیامدهای سندرم شناختی-توجهی
۲۹۹	.....	خلاصه‌ی مبحث

۳۰۰	نقش علی سندرم شناختی-توجهی و فراشناخت‌واره‌ها
۳۰۱	آیا فراشناخت‌واره‌ها بیش از شناخت‌واره‌های معمولی در ایجاد اختلال نقش دارد؟
۳۰۴	ارزیابی مدل: یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر و مدلیابی معادلات ساختاری
۳۰۶	خلاصه شواهد مربوط به نظریه
۳۰۷	شواهد درمان
۳۱۶	جمع‌بندی

فصل یازدهم: گفتار پایانی ۳۱۷

۳۲۰	مشخصه‌های درمان فراتشخیصی
۳۲۱	فرمول‌بندی جامع
۳۲۶	عصب‌شناختی زیستی و فراشناخت درمانی
۳۲۸	فراشناخت درمانی در بافتارهای وسیع‌تر
۳۳۰	یادداشت پایانی

پیوستها ۳۳۳

۳۳۴	پیوست ۱
۳۳۶	پیوست ۲
۳۳۷	پیوست ۳
۳۳۹	پیوست ۴
۳۴۰	پیوست ۵
۳۴۱	پیوست ۶
۳۴۳	پیوست ۷
۳۴۵	پیوست ۸
۳۴۷	پیوست ۹
۳۴۹	پیوست ۱۰
۳۵۱	پیوست ۱۱
۳۵۳	پیوست ۱۲
۳۵۵	پیوست ۱۳
۳۵۷	پیوست ۱۴
۳۵۹	پیوست ۱۵
۳۶۲	پیوست ۱۶
۳۶۵	پیوست ۱۷
۳۶۸	پیوست ۱۸
۳۷۱	پیوست ۱۹

منابع ۳۷۳

یادداشتی از دکتر آدرین ولز بر ترجمه فارسی

کتاب حاضر، یک راهنمای گام به گام فراشناخت درمانی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. این کتاب ماحصل ۲۵ سال تلاش بی‌وقفه بالینی یک تیم پژوهشی و درمانی است. در این کتاب سعی کرده‌ام با ادبیات ملموس و روان، پیچیده‌ترین فرآیندهای آسیب‌شناسی شناختی اختلال‌های هیجانی و درمان آن را ترسیم کنم. ترجمه‌های متعدد این کتاب در کشورهای مختلف، حاکی از جایگاه فراشناختی در کالبد علمی روان‌درمانی معاصر است. خوشحالم که این بار برای ترجمه‌ی دیگری از این کتاب، یادداشتی می‌نویسم. تا آن جایی که من اطلاع دارم در حوزه‌ی فراشناخت درمانی، تاکنون یک کتاب در ایران ترجمه شده است (اختلال‌های هیجانی و فراشناخت) و ترجمه‌ی کتاب حاضر دومین اثر در این زمینه است. من حدود ۴ سال است که با مترجم این کتاب، دکتر مهدی اکبری، آشنا هستم و با توانمندی و دانشی که از او در زمینه فراشناخت درمانی سراغ دارم، امیدوارم این ترجمه روان برای متخصصین بالینی، به ویژه روان‌درمانگران شناختی رفتاری مفید و مؤثر واقع شود.

آدرین ولز
ژوئن ۲۰۱۲

This book is a metacognition therapy step to step guide to anxiety and depression disorders. This book is the result of 25 years nonstop clinical and research efforts of a research and treatment team. In this book, I have tried to demonstrate the most complex cognitive psychopathology processes of emotional disorder in a fluent and understandable language.

Numerous translations of this book in different countries show the metacognitive status of contemporary psychotherapy. I am delighted to write a note on another translation of this book. As far as I can tell, another book has already been translated in Iran in the field of metacognition (emotional disorders and metacognition), and the translation of the present book is the second work in this area. I know the translator of this book, Dr.Mehdi Akbari, since four years; therefore, I am familiar with his abilities and knowledge in the field of metacognition. I hope this fluent translation will prove useful and effective for specialists in clinical psychology and cognitive behavior therapists in particular.

Adrian Wells
Jun 2012

آنچه پیش‌رو دارید، خطوط کلی فراشناخت درمانی برای اختلال‌های اضطرابی و افسردگی است. شروع ترجمه این کتاب به سه سال پیش بر می‌گردد، یعنی حدود یک ماه بعد از چاپ نسخه اصلی این کتاب توسط انتشارات گیل‌فورد. ولی به دلیل مشغله کاری زیاد، دقت در ترجمه روان و قابل فهم، متأسفانه ترجمه این کتاب با تأخیر زیادی مواجه شد. البته این تأخیر سبب شد که با حساسیت خاصی به ترجمه این کتاب بپردازم، چون معتقدم فراشناخت، مبحث پیچیده‌ای است و ترجمه متون آن، نیازمند تسلط بر فنون ترجمه و دانش نظری و عملی فراشناخت است. در طول این مدت، من موفق به دیدار حضوری مؤلف این کتاب، پرفسور آدرین ولز در هفتمین کنگره بین‌المللی شناخت درمانی در ترکیه شدم. این دیدار فرصت مناسبی فراهم کرد که برخی ابهامات که در ترجمه این کتاب داشتم، رفع شود و از طرفی دیگر، تشویق ایشان، انگیزه مرا جهت اتمام ترجمه کتاب حاضر دو چندان کرد.

من قصد دارم در این بخش به طور غیر مسقیم به معرفی و تاریخچه فراشناخت درمانی بپردازم، امیدوارم آگاهی از این مطالب به فهم عمیق‌تر فراشناخت درمانی بیفزاید. برای آشنایی با شکل‌گیری فراشناخت درمانی و جایگاه کنونی آن در کالبد روان‌درمانی معاصر، بی‌شک باید روند درمان‌های رفتاری را از اواخر دهه ۱۹۶۰ تاکنون مرور کنیم. در اواخر دهه ۱۹۶۰، روان‌درمانی علمی با موج اول رفتار درمانی بر اساس نظریه‌های شرطی سازی کلاسیک پاولف، شرطی سازی عاملی اسکینر و برخی دیگر از جمله واتسون، لوینسون پا به عرصه درمان‌های روان‌شناختی گذاشت و در مدت زمان کمی در اواخر دهه ۱۹۷۰ به اوج رسید. موج اول بیشتر با درمان‌های مبتنی بر بررسی‌های آزمایشگاهی رفتار و یادگیری آغاز شد و در اثر نارضایتی از دیدگاه‌های روان تحلیل‌گری نسبت به روان‌درمانی که در دهه ۱۹۵۰ رویکرد غالب بود، به وجود آمد. روش‌های درمانی موج اول بیشتر شامل شرطی سازی عامل، مهارت‌آموزی، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم و شیوه‌های مواجهه محور هستند، البته استفاده از آنها همچنان به طور گسترده ادامه دارد. در کنار این رویکرد، رویکردهای دیگری هم جریان داشت که ارتباط زیادی به رفتار درمانی نداشت و شامل رویکردهای پردازش اطلاعات و علوم شناختی بود. به طور تدریجی این جو به رویکرد رفتار درمانی نفوذ پیدا کرد و سوالات چالش‌برانگیزی را به ذهن رفتار درمانگران متبادر کرد. برخی از این سوالات از این قبیل بودند که چرا یک بیمار افسرده وقتی بر اساس رویکرد رفتاری، تقویت دریافت می‌کند و مهارت‌هایی را آموزش می‌بیند، همچنان افسردگی او ادامه دارد؟ چرا گاهی اوقات تکنیک آرام‌سازی برای بیماران اضطرابی مؤثر نیست؟ چرا رفتار درمانی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی، با ریزش زیادی همراه است؟ چرا برخی از بیماران با اصلاح رفتارها و علائم بیماری‌شان، همچنان درگیر هیجان‌های منفی هستند؟ چرا با حذف علائم وسواسی در بیماران وسواسی در طول درمان، اشکال دیگری از علائم بروز پیدا می‌کنند. همگام با مطرح شدن نقش متغیرهای شناختی و اجتماعی در تئوری‌های رفتاری شخصیت توسط راتر (انتظار، منبع کنترل)، بندورا (یادگیری مشاهده‌ای و خودکارآمدی)، جورج کلی (سازه‌های شخصی)، آلبرت ایس (رفتار درمانی عقلاتی هیجانی) و سایر رویکردهای شناختی اولیه، خود به خود گرایش‌هایی در

زمینه ضابطه‌مندی و درمان اختلال‌های روانشناختی بر اساس عوامل درونی و ذهنی در رویکرد رفتار درمانی به وجود آمد. ادغام رفتار درمانی با شناخت درمانی توسط آرون بک در اواسط دهه ۱۹۷۰، آغاز شکل‌گیری درمان‌های موج دوم رفتاری، موسوم به رفتار درمانی شناختی بود. دیری نپایید که رفتار درمانی شناختی آنقدر توسعه پیدا کرد که در آن زمان به ذهن کسی خطور نمی‌کرد که رفتار درمانی شناختی بتواند برای اکثر اختلال‌های روانشناختی به ارائه مدل‌های نظری و درمانی بپردازد و برای درمان اکثر اختلال‌های هیجانی به عنوان درمان تثبیت شده مطرح گردد. علی‌رغم اثربخشی تثبیت شده رفتار درمانی شناختی، برای اختلال‌های روانشناختی، بویژه اختلال‌های هیجانی، نتایج برخی از فراتحلیل‌های انجام شده در مورد اثربخشی این درمان‌ها، چالش‌های زیادی را به وجود آورد. از جمله چالش‌های پیش‌روی رفتار درمانی شناختی، می‌توان به عود مجدد علائم بیماری پس از پایان درمان، افت بیماران در طول درمان، مشارکت پایین برخی بیماران در طول دوره درمان اشاره کرد. علل این چالش‌ها را می‌توان در فرآیندهای رفتار درمانی شناختی جستجو کرد. روشهای CBT سنتی اساساً بر تغییر تاکید می‌کنند. به مراجعان مهارت‌هایی برای تغییر محتوای افکارشان، کاهش هیجان‌های ناخواسته و تعدیل هر نوع رفتار ناخوشایند آموزش داده می‌شود. در بسیاری از موارد چالش با افکار و فرضیات ناکارآمد بیمار در رفتار درمانی شناختی، نه تنها نمی‌تواند بیمار را به غلط بودن فکرش قانع کند، بلکه ممکن است به این حس که او تا چه حد بی‌کفایت است، دامن بزند. علاوه بر این، در بسیاری از مواقع، پاسخ‌های منطقی به صورت عبارت‌های تأکیدی و حتمی، خود به تنهایی ممکن است موجب افزایش فشار به بیمار گردد. به تعبیر یکی از بیماران که در هنگام آموزش تکنیک ABC و چگونگی چالش با افکار غیر منطقی بیان نموده، توجه کنید:

”وقتی افکار غم و افسردگی به سراغم می‌آیند، گویی زیر بار سنگینی فرو رفته‌ام و توان برخاستن را ندارم، چطور می‌توانم در چنین حالتی، چنین الگویی را در ذهن داشته باشم و بخواهم این قدر منطقی فکر کنم“

اکثر انسان‌ها توانایی تفکر الگوریتمی و منطقی را ندارند، حال در نظر بگیرید چنین فردی از لحاظ خلق هم در وضعیت مناسب نباشد، همان‌گونه که می‌دانیم در چنین حالتی تمام الگوهای فکری، رفتاری، احساسی، گرایش به هم رویدادی دارند و گویی فرد در چنین حالتی، دوباره یک دوره‌ی کامل افسردگی را تجربه می‌کند.

رویکردهای درمانی موج سوم در پاسخ به چالش‌های رفتار درمانی شناختی ایجاد شد. از بین درمان‌های موج سوم، فراشناخت درمانی به دلایل زیر از اهمیت بسزایی برخوردار است. در نظریه‌های شناختی- رفتاری، محتوای افکار مهم‌ترین عامل تعیین کننده در بروز اختلال‌های روانشناختی است. در حالی که بر اساس دیدگاه فراشناختی، شیوه تفکر ما درباره یک رویداد درونی (افکار، هیجان، احساس‌های بدنی) می‌تواند منجر به رنج هیجانی شود.

اندیشه‌محوری فراشناخت درمانی این است که عوامل فراشناختی در ایجاد سبک‌های فکری ناسودمندی که در اختلال‌های روانشناختی منجر به تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند، نقش تعیین کننده‌ای دارند. فراشناخت‌واره‌ها توجه را هدایت می‌کنند، سبک تفکر را تعیین می‌کنند و همچنین

منجر به فراخوانی پاسخ‌های مقابله‌ای می‌شوند که به صورت مکرر منجر به تولید اطلاعات ناکارآمدی می‌شود. بنابراین بر اساس این دیدگاه، منشأ تولید این باورها و افکار متنوع، فراشناخت‌واره‌های ایستا می‌باشند. بر اساس این دیدگاه، درمان باید به جای اصلاح محصولات فراشناخت‌واره‌ها (باورهای غیرمنطقی، افکار خودآیند منفی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه) خود فراشناخت‌واره‌ها را آماج قرار دهد.

براساس این رویکرد، در درمان باید از راهبردهایی استفاده کنیم که بیمار را قادر سازد تا رابطه‌ی جدیدی با افکار و باورهایش برقرار کند. همچنین به جای اینکه همانند رویکرد شناختی- رفتاری سنتی، اعتبار افکار و باورها را به چالش بکشیم، وظیفه درمانگر در این رویکرد تغییر دادن فراشناخت-واره‌هایی است که سبک‌های ناسازگارانه تفکر منفی تکرار شونده و غیر قابل کنترل را به راه می-اندازند.

کتاب حاضر که جدیدترین اثر آدرین ولز است، به چندین دلیل منحصر به فرد است. اولاً، محتوای این کتاب، یک توصیف جامع از ماهیت فراشناخت و فرآیند درمان آن است. در واقع، مخاطب با مطالعه این اثر، به سیر فکری نویسنده پیوند می‌خورد. ثانیاً، سبک نگارشی این کتاب، کاملاً بالینی و کاربردی می‌باشد. نویسنده در حد نیاز به مبانی نظری این رویکرد پرداخته، به طوری که رشته توجه خواننده از هم گسسته نگردد. ثالثاً، روایت ساده و قابل فهم از یک مبحث پیچیده و غامض و ارائه ابزارها، برگه‌های تمرین، فرم مصاحبه موردی اختلال‌ها به همراه طرح کلی درمان بر جذابیت و برقراری ارتباط با مخاطب می‌افزاید.

امیدوارم ترجمه این کتاب، زمینه تداوم و گسترش دانش و مهارت‌های بالینی متخصصان را ارتقاء ببخشد و آنها را به کالبد جریان علمی معاصر پیوند بزند. البته لازم به یادآوری است که افراد، صرف مطالعه دقیق و موشکافانه این کتاب، قادر به ارائه فراشناخت درمانی در محیط‌های بالینی نمی‌باشند و حضور یک استاد ناظر برای یادگیری فراشناخت درمانی ضروری می‌باشد.

در پایان از جناب آقای دکتر ارجمند که متن اصلی کتاب را در اختیار مترجمان قرار دادند، کمال تشکر را داریم. از زحمات همکاران تلاشگرمان در انتشارات ارجمند، خانم‌ها ایزدی، قدیم‌خانی، علی-پور و کریمی و همچنین آقای احسان ارجمند، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنیم. اگرچه کاستی‌های کتاب بر عهده مترجمان است ولی بی‌تردید اظهارنظرهای اساتید گرانقدر و دانشجویان گرامی، می‌تواند راه-گشا باشد.

مهدی اکبری

دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی بالینی

بهار ۱۳۹۱

پیش‌درآمدی بر فراشناخت درمانی

شناخت‌واره‌ها حقیقتاً مؤثرند. تاکنون اثبات شده است که افکار تأثیر مهمی بر روی بهزیستی هیجانی و روان‌شناختی دارند. اما کمی در این جمله دقت کنید: دیروز هزاران فکر از سر شما گذشته است. برخی از آن‌ها خوشایند و برخی دیگر چندان خوشایند نبوده‌اند. به نظر شما تمام آن افکار کجا رفته‌اند؟

افکار می‌آیند و می‌روند. مفروضه اصلی رویکرد مطرح شده در این کتاب این است که اختلال روان‌شناختی حاصل میزان بسط و چرخش برخی از افکار و به حال خود رها نمودن^۱ برخی دیگر از افکار می‌باشد. عامل اصلی این وضعیت، فرایند گزینش و سبک‌های کنترل فکر است که به فراشناخت وابسته می‌باشد. همچنین این وضعیت با شیوه برقراری ارتباط با تجارب درونی ما مربوط می‌باشد. در نظریه‌های شناختی- رفتاری، محتوای افکار مهم‌ترین عامل تعیین کننده در بروز اختلال‌های روان‌شناختی است. در حالی که شیوه تفکر ما درباره یک رویداد یا شیوه تفکر ما درباره گفتگوها، خودمان و دنیای پیرامونی، تأثیر عمیق‌تری دارد. در حقیقت شیوه پاسخ‌دهی ما به افکارمان می‌تواند منجر به رنج هیجانی شود.

در ۴۰ سال گذشته، مدل شناختی- رفتاری، فهم غنی از تأثیر شناخت بر بهزیستی روان‌شناختی فراهم کرده است و از آن تکنیک‌هایی برای درمان اضطراب، افسردگی و سایر اختلال‌های منتج شده است. فراشناخت درمانی^۲ (MCT) همانند مدل شناختی- رفتاری، اختلال روان‌شناختی را نتیجه تفکر تحریف شده می‌داند؛ با این حال بین این دو رویکرد تبیین متفاوتی درباره ماهیت تفکر تحریف شده و علل آن وجود دارد. جای تعجب دارد، اما در رویکردهای اولیه درباره مسأله ایجاد الگوهای تفکر ناکارآمد تبیینی وجود ندارد. اسناد چنین الگوهایی به وجود باورهای زیربنایی درباره خود و دنیا، مانند "من آدم ضعیفی هستم" یا "من یک بازنده‌ام" به نظر نمی‌رسد اسناد درست و کاملی باشد. یک باور منفی مانند "من یک بازنده‌ام" می‌تواند نیروی محرکه‌ای برای پاسخ‌های مختلفی مثل، راهبردهایی برای کسب موفقیت، نظیر عبرت گرفتن از یک اشتباه، تلاش بیشتر، توسعه مهارت‌های جدید یا بی‌اعتنایی به باور ذکر شده به عنوان فکری که نامرتبط است، باشد.

1 let go

2 metacognitive therapy

باورهای منفی، ضرورتاً منجر به الگوهای فکری مختل و رنج هیجانی پایدار نمی‌شوند. نظریه فراشناختی بیان می‌کند که اختلال‌های روانشناختی محصول فراشناخت‌واره‌هایی می‌باشند که با سایر افکار و باورهایی که مورد تأکید درمان شناختی-رفتاری (CBT)^۱ است، تفاوت زیادی دارند.

مسأله‌ی قابل توجهی در الگوی فکری هر اختلال روانشناختی، قابل مشاهده است. این الگو دارای کیفیتی تکرار شونده، چرخشی و در خود فروبرنده می‌باشد که تحت کنترل درآوردن آن دشوار است. در نظریه‌های اولیه چیز زیادی درباره چنین کیفیت‌هایی گفته نشده است و به جای آن تمرکز بر روی محتوای افکار ترجیح داده شده است. در رویکردهای اولیه بر روی باورهای غیرمنطقی خاص یا افکار خودآیند منفی مختصر تأکید شده است، اما این تنها مشخصه‌ی جزئی از شناخت و احتمالاً کم‌اهمیت‌ترین مشخصه است. برای مثال، اکثر بیماران، زنجیره‌ای طولانی از فعالیت شناختی غیر قابل کنترل را گزارش می‌کنند که به هیچ وجه با تعریف افکار خودآیند هم‌خوانی ندارد. در بطن رنج هیجانی، مسأله اصلی، کنترل فرایندهای ذهنی و گزینش دیدگاه‌هایی برای تفکر بی‌وقه^۲ می‌باشد. فراشناخت درمانی به جای یکسان دانستن مشکلات هیجانی با افکار خودآیند، حالت‌های درونی رنج‌آور را کاملاً با فرایندهای ناکارآمدی نگرانی، اندیشناکی و راهبردهای کنترل ذهنی مرتبط می‌داند. در آغاز مسیر خود به سوی فراشناخت درمانی که بیش از ۲۰ سال به طول انجامیده است، به این نتیجه رسیدیم که برای توسعه به ارائه تبیینی از عوامل کنترل‌کننده فکر و علل تقویت و بسط افکار پریشان‌کننده نیاز داریم. من معتقد بودم که دستیابی به این هدف وابسته به گسترش مفهوم فراشناخت، سنجش و کاربرد آن برای فرمول‌بندی کنترل توجه و فرایندهای ذهنی در اختلال روانشناختی می‌باشد.

فراشناخت‌واره بر عوامل شناختی درونی تأکید دارد که وظیفه کنترل، بازبینی^۳ و ارزیابی^۴ فکر را بر عهده دارند. فراشناخت قابل تقسیم به سه دسته کلی دانش فراشناختی^۵ (برای مثال، "برای مقابله با شرایط باید نگران شوم")، تجارب فراشناختی^۶ (برای مثال، احساس دانستن) و راهبردهای فراشناختی^۷ (برای مثال، شیوه‌های کنترل افکار و محافظت از باورها) می‌باشد.*

اندیشه محوری فراشناخت درمانی این است که عوامل فراشناختی در ایجاد سبک‌های فکری ناسودمندی که در اختلال‌های روانشناختی منجر به تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند، نقش تعیین

1 Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

2 sustained thinking

3 monitor

4 appraise

5 metacognitive knowledge

6 metacognitive experiences

7 metacognitive strategies

*بهتر است به این مطلب اشاره کنم که مسائل مهمی در تبیین ساختار شناختی، برای مثال تاثیر سطوح کنترل توجه و موضوعات مرتبط با منابع شناختی در نظریه فراشناختی حائز اهمیت است که در منابع مختلف (برای مثال، ولز و مانتوس، ۱۹۹۴؛ ۱۹۹۶) به طور کامل توصیف شده‌اند. مدل فراشناختی با تلفیق این حوزه‌های مهم در نظریه و پژوهش، تبیینی از سوگیری و نقش توجه در انجام تکلیف ارائه می‌کند. با توجه به این که این مسائل معمولاً جزء علاقه‌ی جانبی متخصصان فراشناخت درمانی می‌باشد، به همین دلیل به طور کامل در این کتاب مورد بحث قرار نگرفته‌اند.

کننده‌ای دارند. نظریه فراشناختی در شکل سخت^۱ خود بیان می‌کند که باورهای غیرمنطقی یا طرحواره‌هایی که در نظریه‌های شناختی آلبرت ایس و آرون تی بک مورد تأکیدند، تداوم و تأثیرشان محصولات فراشناخت‌واره‌ها^۲ هستند.

فراشناخت‌واره‌ها توجه را هدایت می‌کنند، سبک تفکر را تعیین می‌کنند و همچنین منجر به فراخوانی پاسخ‌های مقابله‌ای می‌شوند که به صورت مکرر منجر به تولید اطلاعات ناکارآمدی می‌شود. بنابراین بر اساس این دیدگاه پویا، منشأ تولید این باورها و افکار متنوع، فراشناخت‌واره‌های ایستا^۳ می‌باشند. همچنین بر اساس این دیدگاه در درمان به جای اصلاح محصولات فراشناخت‌واره‌ها (باورهای غیرمنطقی، افکار خودآیند منفی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه) باید خود فراشناخت‌واره‌ها را آماج قرار دهد.

نظریه فراشناختی در شکل نرم^۴ خود بیان می‌کند که باورهای فراشناختی که در کنار سایر باورهای ذخیره شده درباره خود و دنیا وجود دارند، به عنوان واحدهایی مجزا، وظیفه کنترل شناخت و استفاده از سایر باورها و دانش‌های کلی را برعهده دارند. بر اساس این الگو، درمان، احتمالاً اجزای مربوط به چالش‌ورزی با باورهای سنتی را حفظ خواهد نمود، اما علاوه بر آن بررسی فراشناخت‌واره‌های موجود نیز باید در برنامه درمان قرار داده شوند.

کاربرد رویکرد فراشناختی چه در قالب سخت و یا نرم، تلویحات عمیقی برای درمان دارد. بر اساس این رویکرد، در درمان باید از راهبردهایی استفاده کنیم که بیمار را قادر سازد تا رابطه‌ی جدیدی با افکار و باورهایش برقرار کند. همچنین به جای اینکه همانند رویکرد شناختی- رفتاری سنتی، اعتبار افکار و باورها را به چالش بکشیم، وظیفه درمانگر در این رویکرد تغییر دادن فراشناخت‌واره‌هایی است که سبک‌های ناسازگارانه تفکر منفی تکرار شونده و غیر قابل کنترل را به راه می‌اندازند. برای مثال، تبیین رویکرد فراشناختی در اختلال‌های مربوط به وقایع آسیب‌زا این است که باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترلی که مخل فرایند درونی خود تنظیمی هستند، علت اصلی فروکش نکردن طبیعی علایم می‌باشند. گرایش به نگرانی یا اندیشناکی، قفل شدن توجه بر تهدید و مقابله از طریق اجتناب از افکار در فرایند طبیعی سازگار شدن اختلال ایجاد می‌کند و منجر به تفکر بی‌وقفه درباره خطر و تداوم علایم می‌شود.

بر اساس رویکرد فراشناختی، درمان باید شامل حذف نگرانی و اندیشناکی، رها کردن راهبردهای تهدیدیبایی^۵ و کمک به افراد برای تجربه‌ی افکار مزاحم بدون اجتناب کردن یا واکنش نشان دادن به آن‌ها از طریق راهبرد ناکارآمد سرکوب یا راهبردهای مبتنی بر بزرگ‌نمایی افکار یا اندیشناکی باشد. این درمان از آن جهت که تأکید بر چالش با افکار یا باورهای مربوط به وقایع آسیب‌زا یا رویارویی مکرر با خاطرات وقایع آسیب‌زا ندارد، با رویکرد شناختی- رفتاری متفاوت است. به جای این موارد،

1 hard

2 metacognitions

3 stable

4 soft

5 threat monitoring

در این رویکرد، درمان، شامل برقراری ارتباط به شیوه‌ای متفاوت با افکار، ممانعت از تجزیه و تحلیل مفهومی افکار و کنار گذاشتن سبک‌های تفکر انعطاف‌ناپذیرانه، مثل نگرانی، اندیشناکی و تهدیدیابی است. در فراشناخت درمانی با این که باورها مورد چالش قرار می‌گیرند، اما تأکید بر روی باورهای شخص درباره خود شناخت می‌باشد.

در درمان افسردگی بر اساس فراشناخت درمانی به جای تمرکز بر افکار خودآیند منفی، فرایند اندیشناکی مورد آماج درمان قرار می‌گیرد. درمان شامل استفاده از تکنیک آموزش توجه برای غلبه بر سبک‌های تکرار شونده تفکر منفی و حفظ کنترل منعطف بر روی سبک‌های تفکر می‌باشد. چالش با باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری فکرهای مرتبط با افسردگی، چالش با باورهای مثبت درباره نیاز به اندیشناکی به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و یافتن پاسخ‌هایی برای دلایل غمگینی در کنار آموزش توجه، برنامه‌ی فراشناخت درمانی افسردگی را تشکیل می‌دهند.

بدون شک هر شخصی که این کتاب را مطالعه می‌کند، اهداف خودش را از مطالعه آن دنبال می‌کند و به سبک پردازشی خودش مطالب آن را پردازش می‌کند. این کتاب یک راهنمای دقیق برای درمان می‌باشد و در بردارنده تکنیک‌هایی است که مبتنی بر نظریه می‌باشند. خوانندگان این کتاب با فرم‌های مصاحبه برای تشکیل فرمول‌بندی موردی بیمار، برنامه‌های درمان و مقیاس‌هایی برای اجرا در مرحله سنجش آشنا خواهند شد. بسیاری از اندیشه‌های این کتاب جدید است و احتمالاً برای درک کامل ماهیت فراشناخت درمانی، این اندیشه جدید، نیازمند آموزش، تجربه و نظارت است. در نگارش این کتاب تلاش کرده‌ام تا جای ممکن، اصطلاحات تخصصی را حذف کنم، با این حال این مسأله را در نظر داشتم که این کار به وحدت مفهومی و علمی رویکرد فراشناخت درمانی صدمه نزند.

فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی

فصل اول



نظریه‌ی فراشناخت درمانی

افکار مهم نیستند، بلکه مهم پاسخ‌دهی به افکار است.

هر فردی ممکن است افکار منفی و مزاحم را تجربه کند و گاهی اوقات به این افکار منفی اعتقاد پیدا کند. اما چرا همه‌ی افراد دچار اضطراب، افسردگی یا رنج‌های هیجانی مزمن نمی‌شوند. یک سؤال مهم این است که چرا برخی افراد می‌توانند با راهبردهای سازگارانه، افکارشان را کنترل کنند یا آن‌ها را نادیده بگیرند و برخی افراد در این کار ناموفق هستند و دچار آشفتگی دیرپا و مزمن می‌شوند؟

هدف این کتاب پاسخگویی به سؤال فوق است. فراشناخت‌واره‌ها در کنترل سالم و ناسالم ذهن نقش دارند. علاوه بر این، این کتاب بر اساس این اصل استوار است که در تعیین و کنترل هیجان‌ها صرفاً محتوای افکار شخص مهم نیست، بلکه نحوه برخورد با افکار دارای اهمیت می‌باشد.

تفکر را می‌توان به فعالیت یک گروه بزرگ ارکستر تشبیه کرد که نوازنده‌ها و ابزار موسیقی زیادی در آن نقش دارند. برای نواختن یک آهنگ خوش صدا به نت‌های موسیقی و رهبر ارکستر نیاز داریم. فراشناخت رهبر ارکستر است. فراشناخت را می‌توان شناخت درباره‌ی شناخت تعریف کرد. فراشناخت مسئول بازیابی، کنترل و ارزیابی فرآیندها و محصولات آگاهی است.

برای اغلب ما ناراحتی هیجانی، زودگذر و موقتی است، به این دلیل که ما یادگرفته‌ایم به شیوه‌های انعطاف‌پذیر با انگاره‌های منفی ذهن‌مان (یعنی، افکار و باورها) کنار بیاییم. رویکرد فراشناختی بر این اصل بنا شده است که افراد به دلیل فراشناخت‌واره‌های خاصی که دارند، دچار آشفتگی هیجانی می‌شوند. فراشناخت‌واره‌ها باعث می‌شوند افراد با الگوی خاصی به تجارب درونی خود واکنش نشان دهند. این واکنش‌ها باعث تداوم هیجان‌های دردسرساز و پابرجایی انگاره‌های منفی می‌شوند. در واقع، این الگوهای خاص واکنش به تجارب درونی را می‌توان

سندرم شناختی- توجهی^۱ نامید، مثل نگرانی، اندیشناکی^۲، توجه انعطاف‌ناپذیر و راهبردها یا رفتارهای مقابله‌ای خودتنظیمی^۳ ناسازگارانه.

نمونه‌ای از این الگوی زهرآگین در پاسخ یکی از بیماران جدید من قابل مشاهده است. من از بیمار پرسیدم: مهم‌ترین نکته‌ای که در طی فراشناخت درمانی برای افسردگی‌تان آموختید، چه بود؟ او جواب داد: "مشکل اصلی این نیست که من افکار منفی درباره‌ی خودم دارم، بلکه مهم چگونگی واکنش من به این افکار است. من متوجه شدم که با واکنش‌هایم نسبت به افکار منفی، گویی بنزین روی آتش می‌ریختم. قبل از این اصلاً متوجه اثرات این رفتارم نبودم." این بیمار متوجه شد که پاسخ او به افکار منفی، ناخواسته به سبک تفکر ناسازگارانه‌ای تبدیل می‌شود که نتیجه‌ی بلافصل این نوع سبک تفکر، تقویت خودانگاره‌ی منفی است. در بخش‌های بعدی این فصل به ماهیت این فرآیند دوباره خواهیم پرداخت.

فراشناخت درمانی بر این اصل بنا شده است که فراشناخت‌واره‌ها در درک شیوه فعالیت شناخت و نحوه ایجاد تجارب آگاهانه (نسبت به خویشتن و دنیای اطراف) نقش کلیدی دارد. فراشناخت‌واره‌ها باعث جلب توجه و آغاز فرآیندی هشیار می‌شود. علاوه بر این، فراشناخت‌واره‌ها بر نوع راهبردهایی که ما برای نظم‌دهی به افکار و احساسات خودمان انتخاب می‌کنیم، تأثیر ویژه‌ای بر جای می‌گذارد و ارزیابی از این راهبردها نیز بر عهده‌ی همین فراشناخت‌واره‌ها است. در کتاب حاضر با ارائه شواهد پژوهشی و مثال‌های بالینی به دنبال طرح این نکته هستیم که فراشناخت تأثیر غیر قابل انکاری بر محتوای افکار و باورهایمان دارد و علت اساسی هیجان‌ها و تجارب آگاهانه (طبیعی یا غیرطبیعی) ما است.

رویکردهای درمانی شناختی- رفتاری کلاسیک، مانند نظریه طرحواره‌ای بک (مثل بک، ۱۹۶۷؛ ۱۹۷۶) و رفتار درمانی عقلانی هیجانی^۴ الیس (مثل الیس ۱۹۶۲، الیس و هارپر، ۱۹۶۱) بر این اصل بنیادین استوارند که علت مشکل روانشناختی، آشفتگی یا سوگیری فکری است. در هر دو رویکرد، نقش محوری به باورهای ناکارآمد نسبت داده می‌شود. فراشناخت درمانی با این اصل کلی موافق است و از این نظر نوعی شناخت درمانی محسوب می‌شود. تفاوت بین فراشناخت درمانی با رویکردهای کلاسیک شناختی- رفتاری در این است که آن چیزی را که درمانگران شناختی- رفتاری علت اختلال تلقی می‌کنند (سبک‌های خاص از تفکر و انواع خاصی از باورها) در فراشناخت درمانی خیلی به آن‌ها بها داده نمی‌شود و علت اختلال محسوب نمی‌شود. سبک تفکری که در رویکرد درمانی شناختی- رفتاری کلاسیک بها داده می‌شود (تحریف‌های شناختی

1 Cognitive Attentional Syndrome (CAS)

2 rumination

3 self- regulatory

4 rational- emotive behavior therapy

نظیر تفکر سیاه و سفید و معیارهای مطلق انگارانه) در فراشناخت درمانی مورد تأکید واقع نمی‌شود. سبک تفکر مورد علاقه‌ی فراشناخت درمانی، سندرم شناختی- توجهی است. این سبک با درگیری افراطی در تفکر کلامی نمایان می‌شود و خود را به صورت نگرانی و اندیشناکی نشان می‌دهد. علاوه بر این، سوگیری خاصی در توجه نیز به وجود می‌آید که همانا توجه افراطی و انعطاف‌ناپذیر بر تهدید (تهدیدیابی) است. باورهای حائز اهمیت در فراشناخت درمانی، شناخت‌واره‌های متداول در درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی عقلانی- هیجانی که مربوط به خویشتن، جهان و دیگران‌اند، نیستند، بلکه باورهای افراد درباره‌ی تفکرشان (باورهای فراشناختی) می‌باشند.

رویکردهای کلاسیک شناختی- رفتاری در فرمول‌بندی اختلال روانشناختی بر این عقیده‌اند که وقایع باعث ناراحتی و مشکلات روانشناختی نمی‌شوند، بلکه شیوه‌ی تفسیر و معنایابی وقایع باعث مشکل و درد می‌شود. درمانگران شناختی- رفتاری با معنایی سروکار دارند که افراد به تجارب خود می‌دهند. بر اساس این رویکرد، ریشه‌ی مشکل افراد در نگاه تحریف‌شده‌ی آن‌ها به خودشان و جهان نهفته است. بنابراین درمانگران شناختی- رفتاری سعی می‌کنند محتوی افکار و باورهای افراد را تغییر دهند، اما هدف فراشناخت درمانی، نقد و بررسی شیوه‌ی تفکر افراد است. در فراشناخت درمانی ریشه‌ی مشکلات به سبک‌های انعطاف‌ناپذیر و تکراری تفکر در پاسخ به افکار، احساسات و باورهای منفی بر می‌گردد. هدف فراشناخت درمانی از بین بردن سبک‌های پردازش ناسودمند است. مدل فراشناختی بیان می‌کند که هر گونه چالش با درون مایه‌های (محتوا) شناختی، انحصاراً در سطح فراشناختی به وقوع می‌پیوندد. به عنوان مثال بیمار افسرده‌ای را در نظر بگیرید که اعتقاد دارد "من آدم بی‌ارزشی هستم." درمانگر شناختی- رفتاری برای حل این مشکل، چنین سؤالی را مطرح می‌کند: "چه شواهدی برای حمایت از این باورتان دارید؟" اما فراشناخت درمانگر سؤال می‌کند: "چه نکته‌ای در ارزیابی ارزش شما نهفته است؟"

هر دو رویکرد شناختی- رفتاری و رویکرد فراشناختی بر این نکته اصرار دارند که محتوای افکار و باورها، تعیین‌کننده‌ی نوع اختلال هستند. افکار افراد درباره‌ی خطر به اضطراب دامن می‌زند؛ افکار افراد درباره‌ی فقدان و نازنده سازی باعث غمگینی می‌شوند. رویکرد فراشناخت درمانی ادعان می‌کند که محتوای افکار تنها علت اختلال نیست، به این دلیل که اغلب افراد چنین افکاری را تجربه می‌کنند و اکثراً هیجان‌های گذرا و موقتی را تجربه می‌کنند. اختلال هیجانی را می‌توان به نوعی گرفتار شدن در چنین حالت‌های آشفته‌سازی فرمول‌بندی کرد. این حالت‌ها، مزمن یا بازگشت‌پذیر هستند. علت اختلال هیجانی به فراشناخت‌واره‌ها بر می‌گردد، زیرا این فراشناخت‌واره‌ها، سبک‌های فکری را تشکیل می‌دهند. چنین سبک‌های فکری افراد را در دام

حالت‌های پایدار و بازگشت‌پذیر خود پردازشی منفی می‌اندازند. در اصل فراشناخت درمانی به عواملی می‌پردازد که منجر به تشکیل این سبک‌های فکری پردوام و مقابله‌های ناکارآمد می‌شوند. فرض اصلی رویکرد شناختی- رفتاری این است که تفسیرهای اشتباه درباره‌ی وقایع، علت اختلال روانشناختی به شمار می‌روند و این تفسیرها از باورها نشأت می‌گیرند، اما این باورها در حوزه‌ی متداول شناختی قرار می‌گیرند. "جهان جایگاه خطرناکی است" و "من انسان بی‌کفایتی هستم" را می‌توان به عنوان نمونه‌ای از این باورها برشمرد.

در مدل فراشناختی، چنین باورهایی را می‌توان حاصل فراشناخت‌واره‌هایی تلقی کرد که الگوهای توجه و تفکر را به گونه‌ای هدایت می‌کنند که دائماً این باورها تکرار می‌شوند و فرد را به دام می‌اندازند. نتیجه‌ی ضمنی چنین مدلی این است که فراشناخت‌واره‌ها و الگوهای فکری باید در فرآیند درمان تغییر کنند، چون این عوامل به عنوان علل باورهای منفی پایدار یا شناخت‌واره‌های متداول تلقی می‌شوند. باورها یا طرحواره‌هایی که در رویکرد شناختی- رفتاری به عنوان علت در نظر گرفته می‌شوند، از سوی متخصصان فراشناخت درمانی به عنوان موجودیتی ثابت نگریسته نمی‌شود که باید اصلاح شوند، بلکه باورها یا طرحواره‌ها را به عنوان محصولات فرآیندهای فکری تلقی می‌کنند.

از مقدمه‌ی قبلی این نکته کاملاً آشکار است که فراشناخت درمانی بین شناخت و فراشناخت تمایز واضحی قائل می‌شود و در کار درمان عمدتاً متمرکز بر حوزه دوم (فراشناخت) می‌باشد. شناخت درمانگران اولیه در ابتدا بین شناخت و فراشناخت تمایز قائل نبودند. به عنوان نمونه می‌توان به یکی از آثار تأثیرگذار بک اشاره کرد: "در طی فرآیند مصاحبه با یک مادر افسرده متوجه شدم که تفکر او تحت تأثیر ایده‌های اشتباهی است که درباره‌ی خود و جهان پیرامون خود در ذهنش شکل گرفته است. علیرغم شواهد متناقضی با این افکار، او باز هم اعتقاد داشت که او یک مادر شکست خورده است" (بک، ۱۹۶۷ ص ۱۶).

پر واضح است که علت تفکر افسرده‌ساز این بیمار به باورهای منفی او درباره‌ی "شکست" نسبت داده می‌شود. فرض بک این است که تفکر این بیمار تحت تأثیر عقاید اشتباهش درباره‌ی شکست است. با این حال، همیشه این فرض درست از آب در نمی‌آید که باور فرد درباره‌ی شکست، تفکر او را کنترل کند. آیا تمام افرادی که این باور در ذهنشان شکل گرفته است، در آینده دچار افسردگی می‌شوند؟ طبق نظریه‌ی شناختی باید این اتفاق بیفتد، اما بعید است چنین اتفاقی بیفتد. فراشناخت درمانی به طور متفاوتی به این موضوع نگاه می‌کند. اکثر افراد چنین افکار و باورهایی درباره‌ی شکست را تجربه کرده‌اند، اما افراد بسته به فراشناخت‌واره‌های خود به گونه‌ای متفاوت به این افکار واکنش نشان می‌دهد. بنابراین، دانش یا باورهای فراشناختی زنجیره‌ی افکار را کنترل می‌کند نه شناخت‌واره‌های متداول را.

اگر موافق باشید این مسأله را با جزئیات بیشتر بررسی کنیم. اغلب افراد معتقدند که گاهی اوقات در زندگی‌شان شکست خورده‌اند، اما برخی از آن‌ها در راه دستیابی به موفقیت گام بر می‌دارند، در حالی که برخی دیگر ممکن است در زنجیره‌ی افکار منفی گرفتار شوند. غم اندیشی^۱ درباره‌ی شکست‌ها و ضعف‌های شخصی حاصل چنین زنجیره‌ی افکاری است. چگونه می‌توان به تعیین سازوکارهای الگوهای متفاوت پاسخ‌دهی هیجانی و شناختی پرداخت؟ من اعتقاد دارم که باید در فراشناخت به دنبال چنین سازوکاری بگردیم. به عبارت دیگر، ما باید در فرآیند درمان به دنبال جنبه‌ای از شناخت باشیم که شیوه‌ی تفکر و رفتار فرد را در پاسخ به یک فکر، احساس یا باور تعیین می‌کند.

درباره‌ی همان مادر افسرده‌ای که به بک اشاره کرد، فرض احتمالی ما این است که تفکر این مادر تحت کنترل باورهای فراشناختی است که شاید به عنوان نمونه بتوان به این باورها اشاره کرد: "اگر درباره‌ی شکست‌هایم فکر کنم و دلیل این شکست‌ها را تحلیل کنم، در آینده مادر بهتری خواهم بود." متأسفانه، اندیشناکی که از این باورهای فراشناختی نشأت گرفته است، به احتمال قریب به یقین به جواب رضایت بخشی منجر نمی‌شوند و بیمار را در دام تفکر مستمر درباره‌ی شکست خوردگی می‌اندازد.

در ادامه‌ی فصل با جزئیات مفصل به شرح اصول بنیادین (درمانی و نظریه‌ای) فراشناخت درمانی می‌پردازم. پیامد اساسی مدل فراشناختی، به عنوان عامل محوری اختلال روانشناختی این است که در فرآیند درمان نباید بر چالش یا واقعیت‌آزمایی افکار و باورهای فرد سرمایه‌گذاری کرد، بلکه هدف اصلی درمان باید تمرکز بر تغییر شیوه پاسخ‌دهی فرد به این باورها باشد. در واقع، آماج اصلی در فرآیند درمان، فراشناخت‌واره‌هایی است که هسته‌ی بنیادین اختلال‌های روانشناختی هستند و باید از هر گونه ارزیابی شواهد تأیید کننده یا رد کننده‌ی محصولات شناختی (مثل "من شکست خورده هستم") صرف نظر کرد. تنها یک استثناء برای این قاعده وجود دارد و آن زمانی است که خود محصولات شناختی از جنس فراشناخت‌واره‌ها هستند، برای مثال، زمانی که افراد از نگران‌اندیشی^۲ خود نگرانند (برای مثال، "نگران اندیشی به من آسیب خواهد زد").

تا به این جای فصل به اندازه‌ی کافی به استدلال پیرامون فراشناخت پرداختیم. اکنون قصد داریم قبل از معرفی کامل مدل فراشناختی، این سازه را با جزئیات بیشتری بررسی کنیم.

1 brooding
2 worrying

ماهیت فراشناخت

فراشناخت ابتدا در حوزه‌ی روانشناسی رشد مطرح شد و سپس به حوزه‌های روانشناسی حافظه، سالمندی و نوروسایکولوژی راه یافت (براون، ۱۹۷۸؛ فلاول، ۱۹۷۹؛ متکالف و شیامورا، ۱۹۹۴). تنها در چند سال اخیر به نقش فراشناخت به عنوان عامل بنیادین اغلب یا تمام آشفتگی‌های روانشناختی پرداخته شده است (ولز و ماتیوز، ۱۹۹۴؛ ولز، ۱۹۹۵؛ ۲۰۰۰).

فراشناخت گستره‌ای از عوامل به هم مرتبط را توصیف می‌کند و شامل هر نوع دانش یا فرآیند شناختی است که در تفسیر، بازبینی یا کنترل شناخت نقش دارند. تقسیم فراشناخت به دانش، تجارب و راهبردها، بسیار مفید و راه‌گشا است (مثل فلاول، ۱۹۷۹؛ نلسون، استوارت، هووارد و کراولی، ۱۹۹۱؛ ولز، ۱۹۹۵).

دانش و باورهای فراشناختی

”دانش فراشناختی“ را می‌توان باورها یا اعتقادات افراد درباره‌ی تفکرشان تعریف کرد. به عنوان مثال، باورهای افراد درباره‌ی نوع خاصی از افکار و باورهای آن‌ها درباره‌ی توانمندی حافظه یا قدرت تمرکزشان را می‌توان در زمره‌ی دانش فراشناختی تلقی کرد. یک فرد ممکن است اعتقاد داشته باشد که برخی افکار آسیب‌زا هستند. یک فردی مذهبی ممکن است، اعتقاد داشته باشد که تجربه کردن افکار خاصی، نشانه‌ی گناهکاری است و منجر به عذاب می‌شود. این‌ها نمونه‌ای از باورهای فراشناختی افراد درباره‌ی اهمیت افکار به شمار می‌روند. داشتن چنین باورهایی تعیین کننده‌ی نحوه‌ی پاسخ‌دهی فرد به افکارش و نحوه‌ی سازماندهی آن‌ها می‌باشد.

طبق نظریه‌ی فراشناختی، دو نوع دانش فراشناختی وجود دارد (ولز و ماتیوز، ۱۹۹۷؛ ولز، ۲۰۰۰): (۱) باورهای تصریحی (اخباری)^۱ و (۲) باورهای تلویحی (رویه‌ای)^۲.

دانش تصریحی را می‌توان از طریق کلام بیان کرد. مثل ”نگران‌اندیشی می‌تواند منجر به حمله‌ی قلبی شود“، ”داشتن افکار بد به معنای این است که من از نظر ذهنی مشکل دارم“ و ”اگر توجه‌ام را به خطر معطوف کنم، از آسیب در امان خواهم ماند.“

دانش تلویحی را نمی‌توان مستقیماً از طریق کلام بیان کرد. دانش تلویحی را می‌توان در قالب افکاری که در نقش قواعد و برنامه‌های هدایت‌گر تفکر می‌باشند، توصیف نمود. برای مثال عوامل کنترل تخصیص توجه^۳، جستجوی حافظه و استفاده از راهبردهای اکتشافی^۴ برای قضاوت‌گری. طرح یا برنامه‌ی پردازش را می‌توان به طور غیرمستقیم از راهبردهای سنجش مانند نیمرخ

1 declarative
2 procedural
3 allocation of attention
4 heuristic

فراشناختی^۱ استنباط کرد (ولز و متیوز، ۱۹۶۴). دانش تلویحی یا رویه‌ای، نمایانگر "مهارت‌های فکری"^۲ افراد است.

در فراشناخت درمانی، علاوه بر این دو نوع دانش فراشناختی، دو حوزه‌ی محتوایی وسیع نیز وجود دارد. اختلال‌های روانشناختی نشان می‌دهد که درون این حوزه‌ها چندین باور با محتوای اختصاصی وجود دارد. این حوزه‌های وسیع شامل باورهای فراشناختی مثبت^۳ و باورهای فراشناختی منفی^۴ می‌باشد. باورهای فراشناختی مثبت شامل باورهای افراد درباره‌ی مزیت‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی است که منجر به تشکیل سندرم شناختی - توجهی می‌شوند. می‌توان به عنوان نمونه به برخی از باورهای فراشناختی مثبت اشاره کرد: "معطوف کردن توجه به تهدید، کاری مفید و راه‌گشا است" و "نگران‌اندیشی درباره‌ی آینده می‌تواند در گریز از خطر به من کمک کند."

باورهای فراشناختی منفی را می‌توان باورهای افراد درباره‌ی کنترل‌ناپذیری، معنا، اهمیت و خطر افکار و تجارب شناختی، تعریف کرد. به عنوان نمونه می‌توان به برخی از این باورها اشاره کرد: "هیچ کنترلی بر افکارم ندارم"، "نگران‌اندیشی می‌تواند به ذهنم آسیب برساند"، "اگر افکار خشونت‌بار به ذهنم خطور کند، برخلاف میل خود، طبق این افکار عمل می‌کنم" و "ناتوانی در یادآوری اسامی، نشانه‌ای از تومور مغزی یا آلزایمر زودرس است."

در فراشناخت درمانی این گونه فرض می‌شود که باورهای فراشناختی تأثیر محوری بر روی شیوه پاسخگویی به افکار، باورها، علایم و هیجان‌های منفی دارند. این باورهای فراشناختی، آب در آسیاب سبک تفکر زهرآگین می‌ریزند که خود این عوامل منجر به رنج هیجانی پایدار می‌شوند.

تجارب فراشناختی

تجارب فراشناختی را می‌توان ارزیابی‌ها یا احساس‌های افراد از حالت‌های ذهنی‌شان تعریف کرد. به عنوان مثال، تفسیرهای منفی بیماران و سواسی از افکار ناخواسته‌شان را می‌توان در زمره‌ی تجارب فراشناختی قرار داد. نگرانی درباره‌ی نگرانی که ویژگی اختلال اضطراب فراگیر به شمار می‌رود، نمونه‌ای از یک تجربه‌ی فراشناختی است. بیماران مبتلا به اختلال هراس نیز درباره‌ی رویدادهای شناختی درونی، دچار سوء تفسیر می‌شوند. آن‌ها می‌ترسند قادر به کنترل رفتارشان نباشند یا کنترل افکارشان از دست‌شان خارج شود. این تجارب را می‌توان تجارب فراشناختی تلقی کرد.

1 metacognitive profiling
2 thinking skills
3 positive metacognitive beliefs
4 negative metacognitive beliefs

احساس‌های ذهنی نیز در زمره‌ی تجارب فراشناختی قرار می‌گیرند. یکی از احساس‌های فراشناختی طبیعی و آشنا، پدیده‌ی ”نوک زبان بودن“^۱ است. این پدیده زمانی رخ می‌دهد که افراد از وجود یک مطلب خاص در ذهن‌شان آگاهند، اما همان لحظه نمی‌توانند آن را به یاد بیاورند. این احساس شبیه به تجربه‌ی ”احساس دانستن“^۲ و قضاوت درباره‌ی یادگیری است که در حوزه‌ی پردازش‌های تجربی فراحافظه^۳ و قضاوت به آن پرداخته شده است (نلسون، گرلر و نارنس، ۱۹۸۴؛ نلسون و دانلوزکی، ۱۹۹۱). این تجارب ذهنی بر روی رفتارهایی مانند تلاش برای یادآوری و راهبردهای یادگیری تأثیر می‌گذارند.

فراشناخت درمانی به این نکته اذعان دارد که ارزیابی منفی از احساسات و افکار در تهدید ادراک شده و انگیزه‌بخشی برای کنترل تفکر، نقش دارد. احساس‌های ذهنی و ارزیابی از شناخت می‌توانند به عنوان اطلاعاتی استفاده شوند که بر قضاوت درباره‌ی تهدید و شیوه‌ی مقابله تأثیر می‌گذارند. با این حال اغلب این تجارب با چنین هدفی جور در نمی‌آیند. به عنوان مثال، مردی که از افکار وسواسی رنج می‌برد، ممکن است فکر قتل به ذهنش خطور کند. او برای مدتی دائم با حافظه‌ی خودش کلنجار می‌رود که آیا واقعاً مرتکب قتل شده است یا خیر. اگر به هر دلیلی نتواند تأییدی مبنی بر عدم ارتکاب قتل از حافظه‌ی خود بگیرد، چنین پدیده‌ای را به عنوان عامل احتمال ارتکاب چنین عملی تفسیر می‌کند. این مثال نشان می‌دهد که راهبردها و ارزیابی‌های او از حافظه‌اش (فرا-تجارب)^۴ ناسودمند و به تداوم اضطرابش دامن می‌زنند.

راهبردهای فراشناختی

راهبردهای فراشناختی را می‌توان پاسخ‌های افراد برای کنترل یا تغییر تفکرشان تعریف کرد. این راهبردها برای بازبینی هیجانی و خود تنظیمی شناختی به کار گرفته می‌شوند. راهبردهای به کار گرفته شده، ممکن است فعالیت‌های شناختی را شدت ببخشند، سرکوب کنند یا ماهیت آن‌ها را تغییر دهد. برخی از این راهبردها با تغییر جنبه‌هایی از شناخت می‌خواهند افکار یا هیجان‌های منفی را کاهش دهند. به عنوان مثال، فردی ممکن است در تلاش برای آماده شدن برای انجام کاری، توجه خود را بر روی تهدیدهای بالقوه متمرکز کند، یا ممکن است تلاش کند تا افکار آشفته‌ساز را با استفاده از مثبت اندیشی^۵ یا توجه برگردانی از هیجان‌ها متوقف سازد.

در اختلال‌های روانشناختی، تجربه‌ی ذهنی فرد بیمار، تجربه‌ای خارج از کنترل است. این راهبردها اغلب سعی در کنترل فکر دارند، ولی بی‌خبرند که آن‌ها در درازمدت نتیجه‌ی معکوس

1 tip-of-the-tongue
2 feeling of knowing
3 metamemory
4 meta-experiences
5 positive thinking

بدهند. سرکوبی افکاری خاص، تحلیل تجارب برای دستیابی به پاسخ سؤال‌ها یا پیش‌بینی وقایع آینده برای مشکل‌گریزی را می‌توان از جمله‌ی این راهبردها تلقی کرد. افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، اغلب خطوط افکار به ذهن‌شان را تجربه‌ای منفی تفسیر می‌کنند و اغلب راهبردهایی را برای سرکوب این افکار به کار می‌گیرند. در اختلال‌هایی مثل خودبیمارانگاری^۱ و اضطراب فراگیر نیز یکی از راهبردهای به کار گرفته شده، تمرکز بر محرک‌های منفی خاص و درگیر شدن در فرآیند نگران‌اندیشی درباره‌ی آن‌ها است. به عنوان مثال، بیمار مبتلا به خودبیمارانگاری توضیح می‌داد که چگونه او همه‌ی علل آسیب‌زای احتمالی در ضعف عضلانی‌اش را تحلیل می‌کند تا اطمینان حاصل کند که هیچ چیز مهمی را فراموش نکرده است. مشکل این راهبرد و بیشتر راهبردهایی که بیماران به کار می‌گیرند، تداوم احساس تهدید است.

در نمونه‌ای دیگر، خانمی که مبتلا به افسردگی بود در طول فراشناخت درمانی توضیح می‌داد که با تمرکز افراطی (یا اندیشناکی) بر بی‌کفایتی‌ها و اشتباهات خود با احساس غمگینی خودش مقابله می‌کرده است. هدفش این بود که احساس بدتری درباره‌ی خودش پیدا کند به گونه‌ای که دیگر قابل تحمل نباشد، آن وقت خود را مجبور به ترک این شرایط کند.

کاملاً واضح است که راهبردها بستگی به دانش فراشناختی و مدل‌های درونی دارد که در ذهن افراد درباره‌ی چگونگی عملکرد شناخت و هیجان‌شان شکل گرفته است. دانش (باورها)، تجارب و راهبردهای فراشناختی به هم وابسته‌اند و در اختلال روانشناختی نقش بسزایی دارند.

در نظریه‌ی فراشناختی این مفروضه پذیرفته شده است که دانش، تجارب و راهبردهای غیرانطباقی دست در دست یکدیگر به الگوهای فکری ناسودمند دامن می‌زنند و نتیجه‌ای بجز آشفتگی روانشناختی به بار نمی‌آورند. با این حال، قبل از این که به طور مفصل به توصیف این راهبردهای فکری پردازم، دوست دارم توجه شما را به تجارب فراشناختی معطوف کنم که نقش مهمی در فراشناخت درمانی ایفا می‌کنند. این حقیقت که انسان‌ها هم دارای قابلیت فکر کردن به شیوه معمول هستند و هم می‌توانند درباره‌ی فکر کردن خود نیز فکر کنند، به این معناست که ما افکارمان را به دو شیوه تجربه می‌کنیم. ما این شیوه‌ها را "سبک‌های پردازشی"^۲ نام‌گذاری کرده‌ایم (ولز، ۲۰۰۰).

دو شیوه تجربه کردن: سبک‌های پردازشی

معمولاً افکار یا باورها به عنوان وقایعی در ذهن به طور خاص تجربه نمی‌شوند، بلکه افراد آن‌ها را عینی تلقی می‌کنند. معمولاً افراد باورها و افکار را همانند ادراک‌ها به طور مستقیم تجربه می‌کنند.

1 hypochondria
2 modes

افراد باورها و افکار را مثل شنیدن صدای تیک تیک ساعت یا دیدن دانه‌های برفی که بر پشت بام می‌افتد، تجربه می‌کنند. با این حال، می‌توان شناخت‌واره‌ها را به شکل‌های دیگری نیز تجربه کرد و آن‌ها را صرفاً به صورت یک فکر یا احساس تجربه کرد که با دنیای واقعی متفاوتند.

ما معمولاً افکار و باورهای مان را به صورت وقایعی درونی تلقی نمی‌کنیم و آن‌ها را با واقعیت اشتباه می‌گیریم. در واقع ما خود و دنیای اطراف مان را از منشور باورها و افکارمان می‌بینیم و این افکار و باورها به تمام دنیای اطراف ما رنگ و لعاب خاصی می‌بخشند. ما نمی‌توانیم افکارمان را به عنوان بازنمایی‌ها یا ساختارهایی درونی تلقی کنیم که ربطی به خویشتن واقعی یا دنیای ما ندارند. در نظریه فراشناختی، به این نوع تجربه متداول، سبک پردازش عینی^۱ گفته می‌شود. در چنین سبک پردازشی، افکار یا باورها از تجارب مستقیم خود یا جهان متمایز نمی‌شوند. هشیاری ما مملو از تجارب متمایز نشده است، به گونه‌ای که نمی‌توانیم در هشیاری خود بین وقایع، افکار و ادراک‌های درونی و بیرونی تمایز قائل شویم.

سبک پردازش عینی می‌تواند در تقابل با سبک پردازش فراشناختی^۲ قرار بگیرد. در چنین سبکی، افکار می‌توانند هشیارانه به عنوان وقایعی جدا از خویشتن و جهان تجربه شوند. این وقایع می‌توانند فقط به عنوان نوعی بازنمایی تلقی شوند که میزان صحت و درستی آن‌ها متفاوت است. در این سبک پردازشی رابطه‌ی افراد با افکارشان به گونه‌ای است که می‌توانند از افکارشان فاصله بگیرند و آن‌ها را به عنوان بخشی از دورنمای چند عاملی تجربه‌ی هشیار نظاره کنند.

منظور از سبک پردازش فراشناختی، شناسایی و چالش با افکار منفی همانند رویکرد شناختی-رفتاری نیست. در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر باور بیمار را در میزان درستی و صحت فکر به چالش می‌کشد، اما چنین چالشی ممکن است باعث تغییر در شیوه‌ی تجربه‌ی افکار نشود. برای این که سبک پردازش فراشناختی فعال شود، بایستی فرد دست به راهکارهایی بزند تا چنین شیوه‌ی تجربه‌ای ایجاد شود و فرد بتواند خودش را از شر سبک پردازش عینی برهاند. این کار نوعی مهارت تلقی می‌شود که فرد باید با تجارب درونی خود به شیوه‌ی دیگری رابطه برقرار کند که ربطی به صحت و سقم فکر ندارد. این مهارت نیازمند تمرین است. به عبارت دیگر، با تجربه کردن سبک پردازش فراشناختی، مکانیزم‌ها و فرآیندهای فراشناختی ضروری (دانش رویه‌ای) برای پشتیبانی از این نوع سبک پردازش، تقویت و توسعه می‌یابد.

در سبک پردازش فراشناختی، دستیابی به تجربه متفاوت دیگری که باب طبع فراشناخت درمانی نیز می‌باشد، تحقق می‌یابد. این تجربه را توجه آگاهی انفصالی^۳ (DM) می‌گویند (ولز و ماتیوز، ۱۹۹۴). در این کتاب منظور از توجه آگاهی، هشیاری عینی از افکار و باروهاست، در حالی

1 object mode
2 metacognitive mode
3 Detached Mindfulness (DM)

که منظور از انفصالی اشاره به دو عامل دارد: (۱) درگیر نشدن^۱ از هر گونه فعالیت مفهومی یا مقابله‌ای در واکنش به فکر و (۲) جداسازی تجربه‌ی هشیار خویشتن از فکر. منظور از مؤلفه‌ی دوم این است که افراد از خودشان به عنوان ادراک کننده فکر آگاه شوند و خودشان را از فکر جدا سازند. بنابراین، فکر یا باور منفی می‌تواند به خارج از مرزهای خویشتن سوق داده شود و از مدل ذهنی خود^۲ جدا گردد. در این صورت به موضوعی بی‌ربط برای خودتنظیمی تبدیل می‌شود. اگر چنین پدیده‌ی رخ بدهد، فرد خودش را طبق این افکار و باورهای منفی تعریف نمی‌کند و به تفسیر جهان خود با استناد به این افکار و باورها نمی‌پردازد.

مدل فراشناختی اختلال روانشناختی

قبلاً به برخی از مفاهیم اساسی مدل فراشناختی اختلال روانشناختی اشاره کردیم. در این قسمت می‌خواهم این مدل را به طور مفصل توضیح بدهم.

نظریه فراشناختی، نوعی مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF)^۳؛ ولز و ماتیوز، ۱۹۹۴؛ ۱۹۹۶؛ ولز، ۲۰۰۰) است. دلیل چنین نام‌گذاری این است که مدل حاضر به تبیین عوامل شناختی و فراشناختی دخیل در کنترل نزولی^۴ یا تداوم اختلال هیجانی می‌پردازد. نمودار این مدل همراه با مؤلفه‌های فراسطحی‌اش در شکل ۱-۱ نشان داده شده است. در این مدل، فرآیندهای شناختی در سه سطح متعامل مد نظر قرار گرفته‌اند: پردازش خودکار و انعکاسی^۵ (پردازش سطح پایین)، پردازش هشیار و پیوسته^۶ افکار و رفتارها (که به عنوان سبک شناختی مشهور است) و مجموعه دانش یا باورهایی که ماهیتی فراشناختی داشته و در حافظه‌ی بلندمدت ذخیره می‌شوند.

در شکل ۱-۱، فراسیستم^۷ از بقیه سیستم شناختی معمول متمایز است، اما نظیر هر سیستم دیگری عملکردهای آن در سطوح مختلف پردازش صورت می‌گیرد. فراسیستم، یک مدل یا نمونه از پردازش شناختی متداول و فعلی را در بطن خودش به وجود می‌آورد و آن را به سمت دستیابی به اهداف نقشه‌ی فعال شده رهنمون می‌سازد.

فراشناخت درمانی بر این اصل اساسی بنا شده است که اختلال روانشناختی بر اثر فعال‌سازی سبک فکری خاص و زهرآگینی به وجود می‌آید که به این سبک فکری، سندرم شناختی-توجهی می‌گویند. اغلب مردم دوره‌هایی از هیجان و ارزیابی منفی (مثل غمگینی، اضطراب، خشم، بی‌ارزشی) را به طور موقتی و گذرا تجربه می‌کنند، با این حال، سندرم شناختی-توجهی باعث می‌شود، افراد در دام آشفتگی‌های تکراری و دیرپا بیفتند.

1 Disengagement
3 Self-Regulatory Executive Function (S-REF)
5 automatic and reflexive processing
7 meta-system

2 self-model
4 top-down
6 online conscious processing