

درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان رویکردی کوتاه مدت

تألیف

نیک میچلی
کارین انسینک
کارین لیندکویست
نورکا مالبرگ
نیکول مولر

ترجمه

دکتر پریسا سادات سید موسوی
استادیار دانشگاه شهید بهشتی

فاطمه رئیسی

دانشجوی دکتری دانشگاه علامه طباطبایی

دکتر فاطمه ابراهیمی



فهرست مطالب

۵.....	دیباچه پیتز فوناگی
۹.....	تقدیر و تشکر
۱۱.....	مقدمه

بخش اول چارچوب نظری

۲۱.....	۱ تحول ذهنی‌سازی
۴۶.....	۲ تحول‌نیافتگی یا شکست در ظرفیت ذهنی‌سازی

بخش دوم توصیف رویکرد درمانی

۷۲.....	۳ ساختار و اهداف MBT-C کوتاه‌مدت
۹۳.....	۴ موضع درمانی در MBT-C کوتاه‌مدت
۱۱۷.....	۵ فرایند سنجش در MBT-C کوتاه‌مدت
۱۴۸.....	۶ کار مستقیم با کودک در MBT-C کوتاه‌مدت
۱۸۴.....	۷ کار با والدین بر مبنای چارچوب مبتنی بر ذهن‌سازی
۲۱۰.....	۸ به سمت خداحافظی: پایان‌دادن به MBT-C کوتاه‌مدت
۲۲۹.....	۹ یک نمونه از MBT-C کوتاه‌مدت
۲۵۵.....	سخن پایانی: نگاهی به گذشته و آینده
۲۶۰.....	پیوست الف: سنجش کنش تأملی کودک و والدین
۲۶۴.....	درباره نویسندگان
۲۶۶.....	منابع
۲۸۳.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۸۶.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

دیباچه

پیتر فوناگی

شاید تا حدی تعجب‌آور باشد که امکان استفاده از یک رویکرد برای کودکان، نشانه پختگی آن رویکرد باشد. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) دارای این رشد و پختگی است و در قالب نوعی درمان در بافت روان‌درمانی فردی کودک به کار گرفته می‌شود.

از این منظر MBT استثنا نیست. مثلاً ماجرای «هانس کوچولو» نشان‌دهنده پختگی تفکر فروید بعد از دو دهه کار در حوزه روان‌تحلیلی بود. رفتاردرمانی نیز با درمان «آلبرت کوچولو» به اوج رسید. درمان شناختی‌رفتاری هم حدود ۱۵ تا ۲۰ سال پس از کشفیات آرون بک، در کار با کودکان به کار گرفته شد.

بسیار خوشحالم که یک گروه درمانی بسیار با استعداد تصمیم گرفتند با ایجاد تغییرات و اصلاحاتی متناسب با نیازهای کودکان و نوجوانان، از نسخه اصلی MBT که من و آنتونی بیتمن برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت طراحی کرده بودیم، در قالب چارچوبی برای کمک به کودکان بهره گیرند. جای خرسندی است که در درمان متمرکز بر کودک، برخی اصول طراحی شده برای درمان اختلال شخصیت (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۶) به کار گرفته شود. برخی تکنیک‌های درمانی به هم شبیه هستند؛ اما از تفاوت‌های آن‌ها نیز نمی‌توان غافل شد. موضع درمانگر در روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌سازی برای اختلال شخصیت^۱ برای تقویت ذهنی‌سازی شبیه همان رویکردی است که در درمان کودک نیز مشاهده می‌شود. با توجه به اینکه ریشه‌های MBT-PD در مطالعات مبتنی بر تحول ذهنی‌سازی است و MBT-C نوعی مداخله تحولی است، این شباهت چندان تعجب‌آور نیست. تفاوت‌های مشاهده شده میان این دو رویکرد به اهداف تحولی متفاوت این دو درمان مربوط می‌شود: MBT-PD می‌کوشد ظرفیت تحول یافته اما بازاری شده ذهنی‌سازی را آزاد سازد؛ در حالی که هدف MBT-C این است که فرایند تحول ذهنی‌سازی را تسهیل کند و شرایط محیطی لازم برای پرورش آن را فراهم آورد. با توجه به اهداف درمانی متفاوت، تفاوت‌های مهمی در اجرا نیز وجود دارد که باید به آن‌ها توجه

1. MBT-PD

شود؛ زیرا نشان‌دهنده شکاف مهمی در مجموعه فنون درمانی MBT در کار با بزرگسالان است. اجرای MBT-C حتماً به مشارکت والدین نیاز دارد. این مشارکت نه تنها در قالب آموزش و یادگیری روان‌شناختی مقدماتی است، بلکه به شکل ضمنی، ماهیت درمانی نیز دارد؛ زیرا هدفش آزادکردن مراقبان از بازداری‌ها یا تحریف‌های مرتبط با ذهنی‌سازی درخصوص فرزندشان است. طبق مدل دیالکتیک^۱ تحول خود که مبنای هر دو رویکرد را شکل می‌دهد، این موضوع که والدین فرزندان خود را به عنوان موجودی هدفمند چگونه می‌بینند، تحول ذهنی‌سازی در کودک را تسهیل می‌کند (فونانگی، گرگلی و تارگت، ۲۰۰۷). به نظر من در درمان بزرگسالان نیز اگر شخصی که فرد بزرگسال با او رابطه نزدیکی دارد، وارد درمان شود، درمان مؤثرتری خواهیم داشت و موجب بهبود ذهنی‌سازی متوازن خواهد شد. معنای نهفته در رویکرد MBT-C این است که ظرفیت‌های نوظهور ما برای درک افکار و احساسات خودمان و دیگران بسیار به حمایت اعضای خانواده و اطرافیان ما وابسته است و ما برای تحول و حفظ ظرفیت ذهنی‌سازی به کمک آن‌ها نیاز داریم. درمانگر نیز همراهی معتمد است که در فرایند درمان به کودک کمک می‌کند ظرفیت ذهنی‌سازی را کسب کند و به ارزش آن در روابط اجتماعی و بازشناسی خود پی ببرد. اگر در نبود درمانگر، کودک با شخصی (مثلاً یک دوست یا بزرگ‌تری) که خودش دارای ظرفیت ذهنی‌سازی است ارتباط نداشته باشد، حفظ این ظرفیت و دستاوردهای درمان برایش دشوار می‌شود. مشخص شدن جایگاه ارتباط متقابل در پرورش و تحول ظرفیت ذهنی‌سازی را به پژوهش‌های میجلی و همکارانش مدیونیم.

اما چرا ذهنی‌سازی مهم است؟ نویسندگان این کتاب ذهنی‌سازی و نحوه تحول آن را به طور کامل توضیح داده‌اند. آن‌ها در جایگاه روان‌شناسان تحولی، شیوه هم‌کوک‌شدن تدریجی کودک با دنیای روانی اطرافش، به‌خصوص در دهه اول زندگی را بسیار خوب توصیف کرده‌اند. حرکت از ادراک شهودی و ساده اما عمیق به سوی نوعی آگاهی غنی‌تر درباره افکار و احساسات که می‌توان عمیقاً درخصوص آن‌ها فکر کرد، سبب تقویت روابط اجتماعی کودک با بزرگ‌ترها و هم‌سالانش می‌شود و زمینه را برای آموختن درخصوص دنیای اجتماعی اطرافش فراهم می‌آورد.

بی‌تردید بسیاری از درس‌های اجتماعی که کودک فرامی‌گیرد، دردناک است. ذهنی‌سازی درخصوص برخی تجربه‌ها، به‌خصوص تجربه‌های مربوط به طرد، رهاشدن، خشم و آزار دشوار است و ممکن است درد تحمل‌ناپذیری را در شخص برانگیزد و باعث شود منافع تأمل بر حالت‌های روانی، در مقابل درد ناشی از برانگیخته‌شدن افکار و احساساتی دردناک (مثلاً تجربه یک مراقب دوست داشتنی اما سوءاستفاده‌کننده) اندک به نظر آید. وقتی شخص پیش‌بینی کند سفری که در پیش دارد او را آزار خواهد داد، از رفتن به آن منصرف می‌شود. برخی کودکان به دلیل آسیب‌پذیری‌های زیستی یا

محرومیت اجتماعی نمی‌خواهند که از ذهن مراقیشان آگاه شوند یا دربارهٔ افکار و احساسات نهفته در رفتار دوستانشان عمیق بیندیشند. اما در واقع، این بافت‌های اجتماعی ضروری موجب درک حالت روانی دیگران و فراهم کردن زمینه برای خودآگاهی کودک می‌شود. درمانگر باید منبع کنجکاوی و هیجان باشد تا به کودک انگیزه دهد بر مقاومت خود در آگاه شدن از افکار و احساسات و اکتشاف فاعلی غلبه کند.

با نگاه به شیوه‌ای که MBT-C در چارچوب‌بندی درمان کودک دارد، روان‌درمانی کودک موضوعی به ظاهر آسان به نظر می‌آید و صرفاً فرایند طبیعی تحول را منعکس می‌سازد. این روش به یادگیری زبان مادری شباهت دارد: فرایند تکامل همهٔ ابزارهای لازم زیستی را در اختیار ما قرار داده و اگر محیط زبانی مناسب فراهم شود، می‌توانیم زبان مادری خود را به خوبی یاد بگیریم. کودکانی که از تحریک محیطی مناسب محروم مانده‌اند، در یادگیری زبان دچار مشکل می‌شوند. همین امر دربارهٔ ذهنی‌سازی نیز صحت دارد. اگر مراقبان به اندازهٔ کافی به فاعلیت و عاملیت کودک اهمیت ندهند، فرایندهای زیستی مشخصی در کودک فعال نمی‌شوند. گاهی علاقه‌نداشتن کودک به یادگیری نشانهٔ این است که محیط اجتماعی او را تشویق نمی‌کند تا به جای تکیهٔ صرف بر دنیای فیزیکی، از دنیای درونی خویش و دیگران نیز آگاه شود.

MBT-C بیش از همه برای کودکانی مفید است که برای یادگیری و تسلط بر این ظرفیت تحولی انسانی تلاش می‌کنند؛ اما اکتشاف آن‌ها به دلیل چالش‌هایی که ناشی از ظرفیت‌های نوظهورشان است، به مشکل برمی‌خورد: چالش درک «خام» از انگیزهٔ انسان و نداشتن ابزارهای لازم برای تاب‌آوردن در مقابل تهدیدها. این آسیب‌پذیری ممکن است زیستی باشد و کودکان دارای منابع طبیعی نامناسب (مانند نداشتن مهارت تنظیم هیجان) را شناسایی کند تا از آن‌ها در برابر پیامدهای ناشی از بدخواهی و خصومت اطرافیانشان محافظت کند. پاسخ هیجانی کودکان موجب کاهش ظرفیت آن‌ها برای درک دنیای اطراف شده و احتمال سوءبرداشت دربارهٔ باورها و نیت‌های دیگران را در آن‌ها افزایش می‌دهد. بنابراین نظام زیستی و بافت اجتماعی به‌تنهایی علت این مشکل نیستند؛ شکست ذهنی‌سازی در واقع شکست «ذهن در بدن»^۱ است.

یکی از مزایای MBT-C این است که الگوی تأسف‌برانگیز برخی روان‌درمانگران را در متهم کردن والدین به چالش می‌کشد. ماهیت بین‌ذهنی ذهنی‌سازی (این باور که ما ذهن خود را در افکار و احساسات دیگران دربارهٔ خودمان درمی‌یابیم) مسئولیت را در رابطهٔ متقابل بین مادر و کودک تقسیم می‌کند. اگر کودکی چه به دلایل زیستی چه به خاطر تجربه‌هایش، ذهنیت خود را از والدینش پنهان کند، والدین در ذهنی‌سازی او شکست می‌خورند؛ ولی نمی‌توان والدین را برای این شکست مقصر دانست. از سویی، درک محدود والدین از فرزندانشان موجب می‌شود کودکان نتوانند دربارهٔ خود

1. mind in body

بیاموزند؛ چون احساس نمی‌کنند که والدینشان آن‌ها را درک کرده‌اند. کودک در تعیین کیفیت محیطی که در آن تحول می‌کند نقش مهمی دارد و والدین کودکانی که آمادگی برای پنهان‌سازی ذهن خود از والدین دارند (کودکان مشکل‌دار و دسترس‌ناپذیر) به کمک نیاز دارند تا بتوانند از چرخه معیوب روابط ذهنی‌سازی‌نشده اجتناب کنند. در واقع، کودک باید از ذهنیت خودش آگاه باشد و والدین نیز باید آنجا باشند تا علاقه خود نسبت به ذهن کودک را به او نشان دهند تا کودک بتواند درک والدین از خود را درونی کرده و ظرفیت تاب‌آوری خود را توسعه دهد.

رابطه میان والد و کودک رابطه برابری نیست. نقش والدین این است که به کودک «آموزش» دهند. تعامل والدین با کودک باید زمینه را برای یادگیری اجتماعی کودک در بقیه سال‌های عمرش فراهم آورد. البته منظور ما یادگیری در مدرسه نیست؛ هرچند در آنجا نیز نوعی یادگیری (البته نه زیاد) روی می‌دهد. ما در محیط‌های اجتماعی می‌آموزیم که با دانش نهفته در فرهنگمان و دانشی که درباره خودمان و روابطمان کسب کرده‌ایم چه کار کنیم و از این روابط و اطلاعات چه انتظاری باید داشته باشیم. یادگیری اجتماعی باید انتخابی باشد؛ زیرا نمی‌توانیم به هرکسی اعتماد کنیم. اما از کجا بدانیم چه کسی قابل اعتماد است؟ به نظر ما ذهنی‌سازی در تشخیص کسانی که به آگاه‌شدن از ذهن ما علاقه‌مند هستند نقش حیاتی دارد (فوناگی، لویتن و آلیسون، ۲۰۱۵). کسانی که احساس می‌کنیم نه فقط به رفتارمان بلکه به افکار و احساساتمان پاسخ می‌دهند، احتمالاً قابل اعتماد هستند. اما بهتر است در ارتباط با کسانی که از ما غافل هستند یا ذهن ما را درست تفسیر نمی‌کنند، محتاط باشیم.

ذهنی‌سازی ضعیف توانایی کودک برای متمایز کردن افراد قابل اعتماد از غیرقابل اعتماد را کاهش می‌دهد و فرایند یادگیری اجتماعی را کند می‌سازد. مهم‌ترین دلیل استفاده از MBT برای کودکان نیز همین است: آن‌ها باید چیزهای زیادی بیاموزند. اگر دلیل ضعف در یادگیری به مشکلات عمیق در ذهنی‌سازی به دلیل اعتمادناپذیر بودن منابع دانش مربوط باشد، احتمالاً رویکرد مبتنی بر ذهنی‌سازی مفیدترین و مهم‌ترین درمان برای کودک خواهد بود. این رویکرد به کودک کمک می‌کند دانش باارزشی را بیاموزد که معلمان (یا هر بزرگ‌تر دیگری) در قالب بخشی از فرایند اجتماعی شدن در دنیایی که در آن زندگی می‌کند به او ارائه می‌دهند. پس تمرکز این کتاب بر کودکان مبتلا به مشکلات سلامت روان است؛ اما هدف کلی ما از اجرای MBT-C بهبود کیفیت ذهنی‌سازی در کودکان برای افزایش سازگاری آن‌ها در محیط اجتماعی پیچیده‌تر است.

این کتاب اطلاعات ارزشمندی در اختیار خواننده می‌گذارد و راهنمای مهمی برای به‌کارگیری نوعی رویکرد درمانی است که به منظور تحقق‌بخشیدن به هر دو هدف درمان و پیشگیری ثانویه طراحی شده است. افزون بر این، می‌توان این روش را برای تسهیل فرایند درمان کودکان با استفاده از جهت‌گیری‌های نظری دیگر به کار برد. به نظر من حضور این کتاب در کتابخانه هر درمانگری مفید خواهد بود.

تقدیر و تشکر

از گروه ویراستاری انجمن روان‌شناسی آمریکا¹ (APA)، به‌خصوص سوزان رینولدز و ایدا اوده، به خاطر ویرایش تخصصی این کتاب سپاسگزاریم. دو ویراستار دیگر (که درخواست کرده‌اند نامشان را ذکر نکنیم) نیز نقش مهمی در ویرایش این کتاب داشتند؛ زیرا به ما کمک کردند «خودمان را از بیرون ببینیم» و متن کتاب را متناسب با نیازهای خواننده اصلاح کنیم تا بهتر در یادش بماند. ما از همه افراد بااستعدادی که در توسعه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مشارکت داشتند، به‌ویژه پیتر فوناگی که تعداد ارجاعاتی که در این کتاب به پژوهش‌های او داده‌ایم به نقش برجسته او اشاره دارد، صمیمانه قدردانی می‌کنیم.

از همه خانواده‌هایی که با آن‌ها کار کردیم و به ما اجازه دادند تا درد، اعتماد و امیدشان را با شما در میان بگذاریم، به‌خصوص والدین و کودکانی که اجازه دادند عکسشان را در کتاب بگذاریم تا به خاطر سپردن مطالب هر بخش راحت‌تر باشد، بسیار متشکریم. عکس‌های مربوط به تقویم درمان از کودکانی است که آن‌ها را در کلینیک «خدمات سلامت روان کودک و نوجوان دو ژترز» (CAMHS) در هلند ملاقات کردیم. نقاشی روث زیلهوف در فصل ششم اختصاصاً برای این کتاب کشیده شده است.

کارین انسینک از پیتر فوناگی و ماری تارگت به خاطر فرصتی که برای یادگیری درخصوص تحول و سنجش ذهنی‌سازی در کودکان در اختیار او قرار دادند تشکر می‌کند. وی از لینا نورمندین به خاطر سال‌ها همکاری در پژوهش‌های بالینی و اجرای مداخلات متمرکز بر ذهنی‌سازی در کودکان و والدین (به‌خصوص در بافت تروما) سپاسگزار است.

کارین لیندکویست از مؤسسه اریکا در استکهلم و به‌خصوص اعضای تیم MBT برای کودکان (MBT-C) از جمله جان-الو کارلسون، آندرس شولر و هلنا وسترلوند و نیز آرتتا ترون به خاطر کمک به وی در پژوهش درباره MBT-C متشکر است.

نورکا مالبرگ از اعضای گروه پژوهشی New Haven MBT و اعضای سمینار روان‌پزشکی کودکان در مرکز مطالعات کودک یل به خاطر کمک به وی در شکل‌دادن به افکارش و انجام کارهای بالینی با کودکان سپاسگزار است. او از خانواده‌های زیادی که در این راه به او کمک کردند هم قدردانی می‌کند.

1. American Psychological Association

نیک میجلی از همکارانش (و همکاران سابقش) در تیم MBT برای خانواده‌ها (MBT-F) در مرکز ملی کودک و خانواده‌ها فروید، از جمله ایا آسن، دیکون بوینگتون، هلن برانست، جان دوتون، اما کاونی، کتی تروپ و سالی وود تشکر می‌کند. او از کارکنان کافه کریستال که همیشه در کافه خود پذیرای او بودند تا روی نوشتن این کتاب متمرکز بماند سپاسگزار است.

نیکول مولر از کلینیک CAMHS دو ژوترز و تیم MBT او، از جمله آنژا ون رون، دبی ون ریل، روث زیلهوف، هیسک ولترز، آنماری بوئو، هانک ندرهوف و میرندا ون در کرانس؛ افراد تحت سوپرویزن او، به خصوص مرلیژن روتن؛ و لیدویژ گرتیس که سال‌هاست با کمک آن‌ها درباره MBT-C می‌آموزد، تشکر می‌کند.

فصل چهارم این کتاب ابتدا به شکل یک سخنرانی توسط نیک میجلی با عنوان «موضع ذهنی‌سازی در کار با کودکان» در کنگره KJF در لوکرن (سوئیس)، ۲۰۱۵ ارائه شد. ما از رونالد مولر که سازمان‌دهنده این کنگره بود و بازخوردهای مفیدش ما را در نوشتن این کتاب یاری داد تشکر می‌کنیم. فصل پنجم نیز ابتدا در قالب یک مقاله توسط نیکول مولر و نیک میجلی با عنوان «رویکردهای سنجش در درمان ذهنی‌سازی کوتاه‌مدت برای کودکان (MBT-C)» در ژورنال «پیشگامان روان‌شناسی»^۱ (۲۰۱۵) منتشر و با اجازه ناشرین در این کتاب گنجانده شد.

مقدمه

تخمین زده شده که در هر دهه، تقریباً از هر ده کودک پنج تا شانزده ساله یک نفر به نوعی اختلال روان‌شناختی مبتلاست (گرین، مک‌گینی، ملترز، فورد و گودمن، ۲۰۰۵). برخی از اختلال‌های متداول روان‌شناختی در کودکان عبارت‌اند از: اختلال سلوک، رفتار ضداجتماعی، اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه، افسردگی و اضطراب. اختلال‌های هیجانی در دختران و اختلال‌های رفتاری در پسران شایع‌تر است. همان‌طور که هاگل و موگان اشاره می‌کنند، این اختلال‌های روانی «بر همه ابعاد زندگی کودک از جمله توانایی‌های تحصیلی، دوست‌یابی و حفظ روابط دوستانه، مشارکت سازنده در روابط خانوادگی و پیدا کردن مسیر زندگی خویش در دنیا تأثیر می‌گذارد.» به همین دلیل، به نظر ما این اختلال‌ها بر اعضای خانواده، دوستان، عملکرد تحصیلی و روابط اجتماعی کودک نیز اثر دارد.

امروزه درمان‌های شواهدمحور زیادی برای کودکان و خانواده‌ها وجود دارد؛ اما هنوز هم تعداد کودکانی که از درمان کنار گذاشته می‌شوند یا امکان استفاده از درمان‌های موجود را ندارند، بسیار زیاد است (فوناگی، لویتن و آلیسون، ۲۰۱۵). افزون بر این، بسیاری از درمان‌های شواهدمحور برای جمعیت‌های «خاص» طراحی شده‌اند و نمی‌توان انتظار داشت که یک درمانگر از تعداد زیادی مدل‌های درمانی برای حل مشکلات متعددی که کودکان به خاطر آن‌ها به مراکز سلامت روان ارجاع داده می‌شوند، استفاده کند. با وجود برنامه‌های درمانی متنوع برای اختلال‌های خاص دوران کودکی، رویکردهای محدودی برای کار با خانواده‌ها و کودکان وجود دارد که البته در حال افزایش است و خدمات سلامت روان کودک عمدتاً مداخلات مبتنی بر رویکرد درمانی شناختی‌رفتاری (CBT) را شامل می‌شود.

شواهد نشان می‌دهند CBT برای کمک به طیف وسیعی از اختلال‌های دوره کودکی مناسب بوده (مک‌لاگین، هالیدی، کلارک و ایلی، ۲۰۱۳) و منافع واضحی برای کودکان و خانواده‌ها دارد. اما می‌دانیم که استفاده از یک رویکرد واحد برای همه موقعیت‌ها همیشه خطرناک است؛ به‌خصوص زمانی که شواهد نشان می‌دهد انتخاب و ترجیح مراجع در قلب همه فعالیت‌های درمانی خوب جای دارد. همچنین بسیاری از متخصصان با خانواده‌هایی روبه‌رو بوده‌اند که به دلیل نداشتن مهارت تنظیم هیجان یا ناتوانی در استفاده از یک رویکرد خاص (که لازمه بهره‌بردن از آن، اجرای تکنیک‌های آن رویکرد است) نتوانسته‌اند از راهبردهای پیشنهادی آن رویکرد برای مدیریت مشکلات رفتاری

فرزندشان به طور مؤثری استفاده کنند (مانند اسکات و دادز، ۲۰۰۹). به همین دلیل امیدواریم این کتاب با معرفی نوعی درمان کوتاه‌مدت و متمرکز برای کودکان در سنین مدرسه (بالای پنج سال) که برگرفته از اصول روان‌پویشی سنتی است؛ ولی با نظریهٔ دلبستگی، پژوهش‌های تجربی دربارهٔ ذهنی‌سازی و ویژگی‌های سایر رویکردهای شواهدمحور تلفیق یافته است، بتواند این خلأ موجود را پر کند.

رویکرد ما

آلن و فوناگی (۲۰۰۶) در مقدمهٔ کتاب خود با عنوان «کتاب جامع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی»^۱ نوشته‌اند:

ما هیچ ادعایی در حمایت از جدیدبودن درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نداریم؛ برعکس، به نظر ما این درمان قدیمی‌ترین روش درمانی قابل‌تصور است: درمانی که ظرفیت انسان برای درک ذهن را هدف قرار می‌دهد. در نظر گرفتن و توجه به ذهن به اندازهٔ مفهوم خودآگاهی و پیوند انسانی قدمت دارد (صفحهٔ xix).

به‌ظاهر این گفته گزنده است؛ اما واقعیت این است که بی‌تردید آنچه به عنوان درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) توصیف می‌شود، برای بسیاری از درمانگران با گرایش‌های مختلف (به‌خصوص کسانی که مثل ما در سنت روان‌پویشی آموزش دیده‌اند) آشنا به نظر می‌رسد. در عین حال، عقیده داریم ایده‌های جدیدی به صورت عمدی یا تصادفی به این رویکرد افزوده شده‌اند. دیکون بوینگتون هنگام اجرای MBT در «مرکز کودک و خانوادهٔ آنا فروید» در لندن، یک ضمیمهٔ طنزگونه به عبارت آلن و فوناگی (۲۰۰۶) افزود و هشدار داد که «این دستاورد ممکن است ردی از نوآوری هم داشته باشد. این‌ها فقط آلودگی‌های کمی هستند که طی فرایند تولید به وجود می‌آیند و نباید لذت شما از این دستاورد را ضایع کنند» (آسن و همکاران، ۲۰۱۱).

ما در این کتاب، رویکرد MBT کوتاه‌مدت برای کودکان را شرح می‌دهیم و امیدواریم این رویکرد برای درمانگران هم آشنا و هم مفید باشد و با وجود مقدار کمی نوآوری، چیزهای ارزشمندی به جعبه‌ابزار درمانگران بیفزاید. این رویکرد را به صورت یک راهنمای درمانی توصیف خواهیم کرد، زیرا مدل درمانی ویژه‌ای دارد؛ ولی درمانگران می‌توانند این مدل را با محیط‌های درمانی مختلف تطبیق دهند. این الگو به قدری انعطاف‌پذیر است که می‌توان از آن برای کودکان با مشکلات مختلف استفاده کرد.

درمان ذهنی‌سازی برای کودکان (MBT-C) با تقویت تاب‌آوری در کودکان مبتلا به مشکلات مختلف می‌کوشد درمانی عمومی باشد و قابلیت تطبیق‌یافتن با نیازهای دوره‌ی کودکی (عمدتاً پنج تا دوازده سال) را داشته باشد. MBT-C که در این کتاب توصیف می‌شود، نوعی مداخله‌ی کوتاه‌مدت متمرکز است که به‌راحتی با سایر درمان‌های روانی‌اجتماعی تلفیق می‌شود. هدف کلی MBT-C تقویت ذهنی‌سازی و تاب‌آوری به‌گونه‌ای است که تحول کودک به مسیر صحیح بازگردد و کودک و والدینش احساس کنند آمادگی بیشتری برای مقابله با مشکلاتی دارند که آن‌ها را به اینجا کشانده است. از این رو، MBT-C هم توانایی تنظیم هیجانی کودک را تقویت می‌کند و هم به والدین کمک می‌کند به بهترین شکل به نیازهای هیجانی او پاسخ دهند.

مدل MBT-C از یک دوره‌ی دوازده‌جلسه‌ای فردی برای کودک و جلسات جداگانه برای والدین تشکیل شده است. برخی درمانگران درمان‌های کوتاه و فشرده را در حوزه‌ی مراقبت از سلامت روان مضر می‌دانند (اسلایر، ۲۰۰۲)؛ اما در حال حاضر پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که برخی درمان‌های کوتاه‌مدت، مثل مداخلات کوتاه‌مدت روان‌پوشی (عباس، رابونگ، لیسرنینگ، رفت و میجلی، ۲۰۱۳)، برای کودکان مفید هستند (مک‌لاگین و همکاران، ۲۰۱۳). فراتحلیل بارکرمنز-کرانبرگ، ون‌ایزندورن و جوهر (۲۰۰۳) روی مداخلات مبتنی بر دلبستگی نشان داد که مؤثرترین مداخلات به‌طور میانگین بین ۵ تا ۱۶ جلسه دارند و بیشتر روی اهدافشان متمرکز می‌شوند.

بسیاری از خانواده‌ها و کودکان به درمان کوتاه‌مدت مؤثر علاقه‌مند هستند؛ زیرا بدون اینکه وقفه‌ی زیادی در کارهای روزمره‌ی کودک به وجود آورد، به بهبود حال او کمک می‌کند. البته برخی کودکان از درمان‌های کوتاه‌مدت نفع نمی‌برند (رامچاندانی و جونز، ۲۰۰۳) و در مواردی که باید از مداخله‌ی بلندمدت‌تری استفاده کرد (مثلاً برای کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی ناایمن یا دارای ترومای ارتباطی که اعتمادکردن به بزرگ‌سالان برای آن‌ها بسیار دشوار است) می‌توان از سه دوره‌ی دوازده‌جلسه‌ای MBT-C بهره گرفت (حداکثر ۳۶ جلسه). تعداد دوره‌های اضافی براساس تحلیل مزایا و معایب ادامه‌ی درمان انتخاب می‌شوند. در این موارد، اتمام درمان هرگز مشخص نیست (بدون نقطه‌ی پایان) و حتماً به صورت کوتاه‌مدت و متمرکز بر اهداف مشخص پیش خواهد رفت.

هدف MBT-C نیز مانند سایر مداخلات مبتنی بر ذهنی‌سازی، تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی در والدین و کودک است. هم برای والدین و هم کودک این فرایند شامل فرصت‌هایی برای تمرین مفید ذهنی‌سازی و همچنین توجه به موقعی است که این ظرفیت دچار شکست می‌شود یا موقعی که نقص‌هایی در ظرفیت ذهنی‌سازی دیده می‌شود. این تمرکز بر این اساس است که طبق یافته‌های پژوهشی، ظرفیت ذهنی‌سازی با داشتن احساس مثبت نسبت به خود، روابط سالم و تنظیم هیجان قوی‌تر ارتباط دارد (انسینک، بگین، نورمندین و فوناگی، ۲۰۱۶؛ انسینک، برتلوت، برنازانی، نورمندین و فوناگی، ۲۰۱۴). تمرکز بر این ظرفیت‌ها احتمالاً برای کودکان (و همچنین والدین آن‌ها) با مشکلات

مختلف، مؤثر خواهد بود؛ حتی اگر اختلال روان‌شناختی آن‌ها ناشی از نقص در ذهنی‌سازی نباشد. همان‌طور که در ادامه خواهید دید، MBT-C بیشتر روی «فرایند» متمرکز می‌شود نه محتوا: هدف اولیه این نیست که والد یا کودک نسبت به مشکلات خود بینش کسب کنند یا متوجه شوند این مشکلات از کجا می‌آیند؛ بلکه این است که توانایی آن‌ها برای استفاده از ظرفیت ذهنی‌سازی بهبود یابد تا بتوانند هیجان‌ات و روابط خود را مدیریت کنند و کودک نیز بتواند از روابط اجتماعی برای یادگیری هیجانی بهره‌گیرد. به این ترتیب، هدف نهایی MBT-C این است که کودک بعد از پایان درمان از روابط مفید خود بیشتر بهره‌برد و والدین بتوانند خارج و فراتر از فرایند درمان به تحول کودک کمک کنند.

خاستگاه‌های MBT-C کوتاه‌مدت

نمی‌توان تاریخچه غنی و کاملی از تفکر بالینی زیربنای این کتاب شرح داد؛ ولی تحولات مؤثر بر نگارش این کتاب به طور خلاصه ارائه شده و درباره ایده‌هایی که الهام‌بخش نویسندگان این راهنمای درمانی بوده، صحبت خواهیم کرد.

فوناگی در مقاله خود در سال ۱۹۹۱، در اشاره به شیوه تفکری جدید نسبت به حالات مرزی ذهن در بزرگسالان به مفهوم «دست‌یافتن به نوعی بازنمایی از رویدادهای ذهنی» اشاره کرد که در ادبیات روان‌پوشی به عنوان ظرفیت نمادسازی از آن یاد شده است. به عقیده فوناگی، «این اصطلاح، به خصوص در روان‌تحلیلی، معانی زیادی را به خود اختصاص داده است (ص ۶۴۱). به همین دلیل او پیشنهاد می‌کند که «من به خاطر حفظ اختصار می‌خواهم "توانایی درک حالت‌های ذهنی هشیار و ناهشیار در خود و دیگران" را "ظرفیت ذهنی‌سازی" بنامم» (ص ۶۴۱).

اصطلاح «ذهنی‌سازی» ابتدا «به خاطر رعایت اختصار» ایجاد شده بود؛ اما شکل استفاده از آن در سال‌های بعد تغییر کرد. بیتمن و فوناگی (۲۰۱۳) در مقاله «مروری بر MBT» با افتخار اظهار کردند که میزان استفاده از اصطلاح «ذهنی‌سازی» در عناوین مقالات و چکیده‌ها از ۱۰ مورد در سال ۱۹۹۱ به ۲۷۵۰ مورد در سال ۲۰۱۱ افزایش یافته است و اکنون نویسندگان «از روان‌تحلیلگران گرفته تا نوروسایتیست‌ها، از پژوهشگران حوزه تحول کودک گرفته تا متخصصان ژنتیک، از فلاسفه وجودی گرفته تا پدیدارشناسان، از این عبارت استفاده می‌کنند» (ص ۵۹۵).

فوناگی در مقاله‌اش در سال ۱۹۹۱ به تحول مفهوم ذهنی‌سازی در حوزه‌های مختلف، از جمله پژوهش درباره نظریه ذهن (پرمارک و وودراف، ۱۹۸۷) و کنش تأملی و دل‌بستگی (فوناگی، استیل، موران و هیگیت، ۱۹۹۱) اشاره کرد. اما در آن زمان این اصطلاح بیشتر در فضای بالینی و

به‌خصوص در درمان اختلال شخصیت مرزی^۱ (BPD) که فوناگی و بیتمن (۲۰۱۰) آن را «اختلال ذهنی‌سازی» مفهوم‌سازی کردند، به کار برده می‌شد. از ابتدای دهه ۱۹۹۰ بیتمن و فوناگی تغییرات خاصی را در فنون درمان روان‌پویشی ایجاد کردند؛ آن‌ها روی ظرفیت ذهنی‌سازی متمرکز شدند و درنهایت، برای درمان بزرگ‌سالان مبتلا به BPD، مدل جدیدی را به نام «درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی» (MBT) ارائه دادند (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۴).

MBT اساساً برای درمان بزرگ‌سالان مبتلا به BPD طراحی شده است؛ اما در سال‌های اخیر تغییراتی در آن ایجاد شده و برای درمان کودک و خانواده‌ها نیز به کار می‌رود (میجلی و ورووا، ۲۰۱۲). یکی از کاربردهای اولیه این مدل در درمان کوتاه‌مدت ارتباطی مبتنی بر ذهنی‌سازی^۲ (SMART؛ فیرون و همکاران، ۲۰۰۶) بود: یک مداخله خانوادگی که بعداً MBT-F نامیده شد (آسن و فوناگی، ۲۰۱۲ الف و ۲۰۱۲ ب) و ارزیابی‌های اولیه نشان دادند که این رویکرد برای طیف وسیعی از کودکان مبتلا به مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی مفید است (کیونی و همکاران، ۲۰۱۲). در حوزه درمان فردی کودکان، ظاهراً رویکرد تحولی روان‌پویشی فوناگی و تارگت (۱۹۹۶ الف) اولین درمانی است که آشکارا برآمده از مفهوم ذهنی‌سازی است. یک دهه بعد نیز ورگوت-پلیتر، زوالکینک و اشمیتس (۲۰۰۸) مدل روان‌درمانی تحولی روان‌پویشی آن هاری (۱۹۹۸) را از دیدگاه ذهنی‌سازی مورد بررسی قرار دادند و به یک مدل درمان با پایان باز دست یافتند که بعداً روان‌درمانی پویشی مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک نامیده شد (زوالکینک، ورگوت-پلیتر و فوناگی، ۲۰۱۲). همان‌طور که در ادامه این کتاب مطرح می‌شود، این مدل از منظر تفسیر و بینش تحولی فراتر از رویکرد روان‌پویشی سنتی است و درمانگر کودک را نه فقط «ابژه انتقال» بلکه «ابژه تحول» می‌بیند (آنا فروید، ۱۹۶۵) که از این طریق، کسب ظرفیت‌های جدید در کودک مانند تنظیم هیجان بهتر و کنش تأملی تسهیل می‌یابد. انسینک و نورمندی (۲۰۱۱) MBT را در تلفیق با تکنیک‌های روان‌درمانی پائولین کرنبرگ (مثلاً کرنبرگ و شازان، ۱۹۹۱؛ کرنبرگ، وینر و باردناشتین، ۲۰۰۰) و مدل‌های مشابه که در مطالعات موردی رامریس، شوآن و میجلی (۲۰۱۲) و پرپچیکوفا و گودمن (۲۰۱۴) توصیف شده، برای کودکان دچار سوءاستفاده جنسی به کار بردند. همه این رویکردها که پایانی باز داشته و بلندمدت هستند و غالباً برای کودکان دارای سابقه غفلت مراقب و بدرفتاری شدید به کار می‌روند، آشکارا اصول ذهنی‌سازی را با روان‌درمانی پویشی کودک تلفیق کرده‌اند.

در حوزه درمان کودکان کوچک و بزرگ‌تر نیز در فنون MBT تغییراتی رخ داده است. تاکنون چند مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی برای والدین و نوزادان (مانند اتزادی و داویس، ۲۰۱۲؛ اوردوی و همکاران، ۲۰۱۴؛ اسلا، اسلید و همکاران، ۲۰۰۵) و نوجوانان (مانند بلبرگ، ۲۰۱۳؛ فوگل و همکاران،

1. borderline personality disorder

2. short-term mentalization and relational therapy

۲۰۱۵؛ مالبرگ و فوناگی، ۲۰۱۲؛ روسو و فوناگی، ۲۰۱۲؛ شارپ و همکاران، ۲۰۰۹) طراحی شده است. پژوهش‌ها اثربخشی مداخلات تقویت‌کننده ظرفیت ذهنی‌سازی را در بافت مدرسه (تملو، فوناگی و ساکو، ۲۰۰۵) و برنامه‌های آموزش روان‌شناختی مبتنی بر مدرسه (باک، ۲۰۱۲؛ باک، میجلی، ژو، ویسافت و اوپل، ۲۰۱۵) تأیید کرده‌اند. مطالعات تجربی دربارهٔ آنچه درمانگران در اتاق مشاوره انجام می‌دهند (صرف‌نظر از نام رویکرد درمانی) حاکی از آن است که تقویت ذهنی‌سازی یکی از ویژگی‌های درمان‌های روان‌پویشی، CBT کودک و همین‌طور بازی‌درمانی است (گودمن، میجلی و اشنایدر، ۲۰۱۶؛ گودمن، رید و آتی-لوید، ۲۰۱۵؛ مانوز اسپچ، آنستیک، نورمندین و میجلی، ۲۰۱۶). با توجه به ارتباط میان دلبستگی، تروما و ظرفیت ذهنی‌سازی (به فصل دوم مراجعه کنید) عجیب نیست که پیشرفت‌های جالبی درخصوص کشف این مسئله صورت گرفته که ذهنی‌سازی چگونه در کار با کودکانی که به فرزندپذیری پذیرفته شده‌اند یا در پرورشگاه هستند، کمک‌کننده است (مانند بامنز، آدکینز و باجر، ۲۰۱۵؛ جکوبسن، ها و شارپ، ۲۰۱۵؛ میجلی و همکاران، ۲۰۱۷؛ مولر، گریس و سیکر، ۲۰۱۲؛ تیلمور، ۲۰۱۲).

ایده طراحی یک مدل کوتاه‌مدت MBT برای کودکان سن مدرسه، در یک کنفرانس در لندن (۲۰۱۱) به ذهن ما خطور کرد؛ کنفرانسی که در آن درمانگران علاقه‌مند به تفکر دربارهٔ تحولات بالینی MBT برای کودکان و خانواده‌ها دورهم جمع شده بودند. برخی از اعضای آن کنفرانس همان سال بار دیگر در لندن و بار سوم در استکهلم (۲۰۱۳) یکدیگر را ملاقات کردند. ارتباط نزدیک ما با همکارانی که عضو این گروه بودند، زمینهٔ اندیشیدن به MBT-C را فراهم آورد. در همین زمان بود که پژوهشگران نروژی یافته‌های مثبتی در زمینهٔ اثربخشی درمان تحولی فشرده منتشر کردند (مانند گیدال و نوتزون، ۲۰۰۲؛ هاگویک و جونز، ۲۰۰۶، ۲۰۰۸؛ جونز، ۲۰۰۸؛ سندسن، تانوم، جونز، براتست و ایگبرگ، ۲۰۱۲). از سوی دیگر، موج تغییرات ایجادشده در نگرش درمانی نسبت به کار با والدین نیز بر ما تأثیر گذاشت. والدین دیگر نه به عنوان یک مؤلفهٔ اضافی در کار با کودک، بلکه در جایگاه یک عامل محوری در تغییر درمانی در نظر گرفته می‌شدند. همان‌طور که عنوان کتاب اندیشه‌آفرین ناودیک و ناودیک (۲۰۰۵) این جایگاه را به‌خوبی نشان می‌دهد: «کار با والدین درمان را نتیجه‌بخش می‌کند.» به همین دلیل، وقتی انجمن روان‌شناسی آمریکا فرصتی برای نوشتن کتابی دربارهٔ MBT کودکان به ما داد، پنج نفر از اعضای آن گروه دورهم آمدیم تا با توجه به تجربیاتمان در حوزه‌های بالینی و همکاری باهم، یک مدل MBT-C کوتاه‌مدت را توسعه داده و توصیف کنیم که امیدوار بودیم برای درمانگران کودک با دامنهٔ متنوعی از زمینه‌های مفهومی و بالینی قابل استفاده بوده و در موقعیت‌های متنوعی برای کودکان مختلف و والدینشان کاربرد داشته باشد.

آنچه در این کتاب بیان می‌شود، حاصل تجربه‌های ما در بافت‌ها و موقعیت‌های مختلف در

کلینیک‌هایی در سطح بریتانیا، اروپا و آمریکای شمالی است. نیکول مولر روان‌شناس کودک و خانواده درمانگر در «مرکز سلامت روان کودک و نوجوان دو ژوترز» در هوگوی هلند است؛ جایی که او و گروهش تجربه‌ی جامعی در زمینه‌ی کاربرد MBT-C کوتاه‌مدت برای کودکان و خانواده‌های مبتلا به اختلال‌های دلبستگی، تروما یا اختلال‌های شخصیت در حال ظهور دارند. مولر علاوه بر آموزش‌های مقدماتی و پیشرفته‌ای که در زمینه‌ی MBT-C دیده، چندین مقاله درباره‌ی MBT برای کودکان و خانواده‌ها نوشته و علاقه‌ی ویژه‌ای به کار با کودکان فرزندخوانده یا کودکانی که در پرورشگاه‌ها زندگی می‌کنند دارد (مولر، ۲۰۱۱؛ مولر، گرتیس و سیکر، ۲۰۱۲). هم نورکا مالبرگ و هم نیک میجلی در زمینه‌ی روان درمانی پویشی کودک آموزش دیده و در مرکز آنا فروید در لندن فعالیت می‌کنند. آن‌ها عضو یک تیم بالینی هستند که نوعی مدل MBT برای خانواده‌ها را تدوین کرده‌اند (MBT-F؛ آسن و فوناگی، ۲۰۱۲ الف، ۲۰۱۲ ب؛ کاوینی و همکاران، ۲۰۱۲). نیک میجلی کار خود را با تمرکز بر MBT برای کودکان فرزندخوانده (میجلی و همکاران، ۲۰۱۷) از جمله مدل آموزش روان‌شناختی مبتنی بر ذهنی‌سازی، یعنی «برنامه‌ی والدگری تأملی»^۱ ادامه می‌دهد. نورکا مالبرگ بعد از رفتن به ایالات متحده، مدل MBT را برای کودکان در کلینیک خصوصی خود اجرا کرده و اکنون دو سال است که در جایگاه مدیر بخش بالینی در «پروژه‌ی مداخله‌ی زودهنگام بازدید در خانه»^۲ در کیتیکت فعالیت می‌کند. وی به کار با والدین در حوزه‌ی درمان کودک بسیار علاقه دارد (مالبرگ، ۲۰۱۵). کارین انسینک در حال حاضر استاد روان شناسی کودک و نوجوان در دانشگاه لاوال در کبک کاناداست. او هم‌اکنون در سمت متخصص بالینی و پژوهشگر در مرکز آنا فروید فعالیت می‌کند و در حوزه‌ی تحول ظرفیت‌های ذهنی‌سازی کودک با آموزش پیترو فوناگی و ماری تارگت دکترای خود را گرفته است. انسینک روی ذهنی‌سازی، تروما و آسیب‌شناسی روانی در کودکان، نوجوانان و والدین متمرکز است و در بخشی از کارش در کبک در طراحی یک مدل MBT برای کار با کودکان و والدین با پیشینه‌ی تروما و مشکلات شخصیتی همکاری داشته است (انسینک و نورمندی، ۲۰۱۱). کارین لیندکویست روان‌شناس بالینی است که با کودکان و نوجوانانی که در پرورشگاه زندگی می‌کنند و همچنین والدین زیستی و رضاعی آن‌ها کار می‌کند. وی در جایگاه پژوهشگر نیمه‌وقت در مؤسسه‌ی آمریکا در استکهلم (سوئد) نیز فعالیت می‌کند؛ جایی که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را آموزش دیده است. مؤسسه‌ی اریکا دوره‌های آموزشی حرفه‌ای در سطح دانشگاه و همچنین خدمات سلامت روان مبتنی بر ذهنی‌سازی و روان‌پویشی را برای کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها ارائه می‌دهد. این مؤسسه یکی از اولین دوره‌های آموزش‌های جامع برای روان درمانگران مشتاق به استفاده از MBT برای کودکان را برگزار کرده است. مؤسسه‌ی اریکا در زمینه‌ی ارزیابی اثربخشی مدل روان‌پویشی کوتاه‌مدت مبتنی بر MBT برای کودکان و نوجوانان پیشگام بوده

1. Reflective Fostering Program

2. Home Visiting Early Intervention Project

است (ترون، پرتوفت، نمیروفسکی و لیندکویست، ۲۰۱۶).

همان‌طور که نشان داده شد، همه ما نویسندگان این کتاب در زمینه روان‌درمانی پوشی کودکان آموزش دیده و از مدل MBT که در مرکز آنا فروید توسعه یافته و همین‌طور سایر مؤسسات در ایالات متحده و اروپا تأثیر گرفته‌ایم. ایده‌های ما تاحدی متفاوت بوده‌اند؛ ولی تلاش کرده‌ایم رویکردی که در این کتاب معرفی کرده‌ایم تلفیقی یکپارچه از چیزهای مختلفی باشد که تاکنون آموخته‌ایم. از همکاران خود به خاطر کمک به ما در توسعه و توصیف MBT-C کوتاه‌مدت و نوشتن این کتاب صمیمانه تشکر می‌کنیم.

به‌صراحت باید بگوییم مدل ارائه‌شده در این کتاب هنوز مورد ارزیابی سیستماتیک قرار نگرفته و صرفاً مطالعه اولیه‌ای روی پیامدهای طبیعی آن در موسسه اریکا^۱ انجام شده است (ترون، پرتوفت نمیروفسکی، و لیندکویست، ۲۰۱۶) و در واقع نوعی راهنمای بالینی مبتنی بر رویکرد نظری که هنوز شواهد پژوهشی ندارد، به شمار می‌رود. بسیاری از اجزای مدل به‌طور واضح ریشه در یافته‌های تجربی دارند و همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، درمان‌های MBT با جمعیت‌های بالینی مختلفی شامل بزرگسالانی با اختلال شخصیت مرزی (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۹) و نوجوانانی با رفتارهای خودآسیب‌رسان (روسو و فوناگی، ۲۰۱۲) و والدینی با کودکان در معرض خطر (اسلید، سادلر، و همکاران، ۲۰۰۵) اثربخشی خود را نشان داده است. مدل خاصی از MBT که در این کتاب معرفی شده است، با تأکید بر فعالیت‌های کوتاه‌مدت برای کودکان در دوره کودکی میانه، به ارزیابی سیستماتیک نیاز دارد تا بتوانیم مطمئن‌تر بگوییم که چه مداخله‌ای برای چه کسی در چه موقعیتی و تحت چه شرایطی، اثرگذار خواهد بود.

نگاهی به طرح این کتاب

این کتاب به دو بخش تقسیم شده است: بخش نظری و بخش بالینی. خوانندگانی که با مفهوم ذهنی‌سازی و پژوهش‌های تجربی و تحولی مرتبط آشنایی دارند، ممکن است بخواهند از بخش اول (نظری) بگذرند؛ ولی ما حتی به کسانی که فقط به کار بالینی علاقه دارند هم پیشنهاد می‌کنیم که بخش اول را مطالعه کنند. به‌طور کلی، MBT بر این اساس استوار است که یادگیری مجموعه‌ای از رفتارها، مثلاً راهبردهای درمانی تقویت‌کننده ذهنی‌سازی، به‌تنهایی کافی نیست و آنچه اهمیت دارد «نیتی» است که به این رفتارها معنی می‌دهد؛ نیت‌هایی که در نهایت به نحوه تفکر ما درباره دنیا و به عبارت دیگر، به «نظریه» وابسته است. به همین دلیل، در اولین فصل این کتاب، مفهوم ذهنی‌سازی با تمرکز روی ذهنی‌سازی در کودکان و انتظار ما از این ظرفیت در دوره کودکی مرور شده است. در فصل دوم،

1. Erica foundation

موقعیت‌هایی که ممکن است موجب عدم تحول ذهنی‌سازی شود و تشخیص اینکه چه زمان‌هایی ذهنی‌سازی با شکست مواجه می‌شود، شرح داده شده‌اند. سپس رابطه میان مشکلات ذهنی‌سازی و مشکلات بالینی که کودکان و والدین را به درمان می‌کشاند، توصیف می‌کنیم. هدف دو فصل اول این کتاب ارائه پیش‌زمینه مفهومی برای مدل MBT-C کوتاه‌مدت است که در ادامه معرفی خواهد شد.

بخش دوم کتاب با معرفی MBT-C کوتاه‌مدت آغاز شده و مدل و چارچوب این رویکرد و اینکه برای چه افرادی مناسب است، معرفی می‌شود. از آنجا که موضع ذهنی‌سازی مبنای همه کارهای بالینی (با کودکان و والدین) در مدل MBT-C است، در فصل چهارم، قبل از اینکه جزئیات تکنیک‌های MBT را بیان کنیم، موضع ذهنی‌سازی را به طور دقیق بررسی خواهیم کرد. فرایند سنجش کودکان در MBT-C، نکات مهم مرتبط با سنجش از دیدگاه ذهنی‌سازی و تکنیک‌های ویژه سنجش ذهنی‌سازی در کودکان و والدین موضوع فصل پنجم خواهد بود. در فصل ششم مداخلات درمانی در کار مستقیم با کودکان را بررسی می‌کنیم و سپس در فصل هفتم درباره جزئیات بالینی کار با والدین در MBT-C صحبت خواهیم کرد. سپس فصلی در خصوص پایان‌دادن به درمان خواهیم داشت و در انتهای این فصل نیز درباره شیوه اجرای این روش روی یک کودک مبتلا به مشکلات رفتاری مثالی را ذکر می‌کنیم و همچنین تغییرات بالقوه‌ای که در آینده در رویکرد MBT-C کوتاه‌مدت ممکن است رخ دهد و آخرین تحولات آن مرور خواهند شد. در بخش پیوست، ابزارهای سنجش که برای ارزیابی عملکرد تأملی کودکان و والدین مفید است، به اختصار معرفی می‌شوند.

این کتاب نه یک دستورالعمل درمانی کامل بلکه راهنمایی برای درمانگران برای آشنایی با رویکرد MBT-C کوتاه‌مدت است و به آن‌ها نشان می‌دهد که چگونه می‌توان این رویکرد را با توجه به مشکلات خانواده و بافت درمان اجرا کرد. در سراسر این کتاب از توصیف‌های بالینی استفاده می‌کنیم و امیدواریم خواننده بتواند با شیوه کار مدل MBT-C در عمل آشنا شود. این توصیف‌های بالینی براساس نمونه‌های بالینی واقعی هستند که در تجربه خود با آن‌ها مواجه شده‌ایم؛ البته نام مراجعان به دلیل حفظ رازداری تغییر کرده است. توصیف مراجعان به این شکل همیشه با خطر ایدئال‌سازی درمان روبه‌روست؛ ولی ما سعی کرده‌ایم در این موارد، درمانی بی‌نقص و «تمام‌عیار» را برای خواننده توصیف نکنیم؛ بلکه درمانی واقعی با همه مشکلات و نقایصش را به تصویر بکشیم.

بخش اول

چارچوب نظری

تحول ذهنی سازی

ذهنی سازی توانایی منحصربه فرد انسان برای تفسیر معنای رفتار دیگران با توجه به حالت های ذهنی و نیت های درونی آنها و نیز ظرفیت او برای درک تأثیر عواطف و رفتارهای خود بر دیگران تعریف می شود (فوناگی و تارگت، ۱۹۹۶ ب، ۲۰۰۰؛ تارگت و فوناگی، ۱۹۹۶). به زبان ساده، ذهنی سازی یعنی درک خود و دیگران براساس آنچه در درون ما روی می دهد؛ ذهنی سازی «توجه کردن به ذهن» و «دیدن خود از بیرون و دیدن دیگران از درون» است. شاید این تعریف خیلی شناختی به نظر برسد؛ ولی آلن و فوناگی (۲۰۰۶) یادآور می شوند که ذهنی سازی «اشباع از هیجان است» (ص ۸). به همین دلیل وقتی ذهنی سازی می کنیم، در واقع ما:

- از احساس، شخصیت یا ویژگی های خود به مثابه انسان آگاه هستیم و به همین دلیل می دانیم که «از بیرون در نظر دیگران چطور به نظر می آییم.» در این حالت واکنش دیگران نسبت به خود را راحت تر درک می کنیم؛
- می توانیم هیجانها و انگیزه های دیگران را در نظر گرفته و رفتارهای آنها را از این زاویه درک کنیم؛
- از محدودیت های توانایی خود برای درک آنچه در ذهن دیگران می گذرد، آگاه هستیم؛
- کنجکاو هستیم بدانیم دیدگاه دیگران نسبت به دنیا چگونه است و چطور نظر ما بر رفتار آنها اثر می گذارد یا اینکه چگونه رفتار آنها از دیدگاه ما تأثیر می پذیرد؛
- آگاهییم که وقتی تلاش می کنیم رفتار دیگران را درک کنیم ممکن است دچار اشتباه شویم و تلاش برای درک این سوء تفاهم ها روابط میان فردی ما را غنی می سازد.

در این فصل مفهوم ذهنی سازی را به طور خلاصه توضیح می دهیم و نتایج پژوهش هایی را که درباره تحول این ظرفیت در دوره کودکی و اوایل نوجوانی انجام شده است، مرور می کنیم. همان طور

که گفتیم، ذهنی‌سازی به تحول ادراک ما از خود و دیگران به عنوان «عوامل روانی هدفمند»^۱ اشاره دارد و از پژوهش‌های تجربی برای نشان‌دادن اهمیت ذهنی‌سازی در سلامت هیجانی و روانی استفاده می‌کند. چون در این کتاب فقط دورهٔ میانهٔ کودکی (۵ تا ۱۲ سال) را بررسی می‌کنیم، ویژگی‌های ذهنی‌سازی را فقط در همین بازهٔ سنی ذکر کرده و سعی می‌کنیم به برخی سؤالات درمانگران درخصوص این ظرفیت پاسخ دهیم. امیدواریم توضیحات این فصل، مبنای مفهومی قوی‌ای برای مدل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کودکان (MBT-C) فراهم آورد.

چرا ذهنی‌سازی مهم است؟

تام پرسی نُه‌ساله، مهربان، بخشنده، کمک‌کننده و خوش‌رفتار است و دوستانی صمیمی دارد. معلم تام شاکی است که او به دلیل حواس‌پرتی معمولاً تکالیفش را انجام نمی‌دهد و سر کلاس مدام با دوستانش صحبت می‌کند. حواس‌پرتی‌های تام او را در خانه نیز دچار مشکل کرده است؛ چون پدرش باید او را از حالت حواس‌پرتی خارج کند. او معمولاً می‌گوید که همهٔ تکالیفش را انجام داده؛ ولی در لحظه‌ای که می‌خواهد به رختخواب برود، والدینش متوجه می‌شوند بخش زیادی از مشق‌هایش را ننوشته است. همچنین او مرتب کارهایش را چه در خانه و چه در مدرسه فراموش می‌کند.

یک روز تام و پدرش نزدیک مدرسه بودند که تام ناگهان یادش آمد ظرف غذایش را در خانه جا گذاشته است. آن‌ها مجبور شدند به خانه برگردند و در راه بازگشت با ترافیک سنگینی مواجه شدند. پدر تام که متوجه شده بود نمی‌تواند رأس ساعت به قرار ملاقات کاری‌اش برسد، به‌شدت عصبانی شد و در طول ۱۵ دقیقهٔ بعدی تا خانه به او غر زد که برنامه‌ریزی و نظم ندارد و بسیاری از کارهای نادرست تام را با فریاد به او یادآوری کرد. وقتی تام و پدرش به خانه رسیدند، مادر تام در را باز کرد تا ظرف غذای او را بدهد؛ اما دید که چشمان تام پر از اشک شده و عصبانی است. تام گفت: «این منصفانه نیست. بابا تمام راه سر من داد زد و دعوایم کرد.» هم تام و هم مادرش می‌دانستند که وقتی پدر ناراحت می‌شود، ممکن است بداخلاق شده و حرف‌هایی بزند که بعد پشیمان شود. او به تام نگاه کرد و با نگاهش به او فهماند که «همه‌چیز درست می‌شود و تو از پشش برمی‌آیی.» مادر تام به او گفت: «شاید بابا کمی تند برخورد کرده، ولی او نگران بوده که سر وقت به قرار ملاقاتش نرسد. بگذار شب درموردش صحبت کنیم.»

وقتی تام مجدداً سوار ماشین شد، احساس ناراحتی کمتری داشت و به پدرش گفت: «متأسفم ولی

لطفاً دیگر سر من داد نزن.» او می‌دانست که پدرش او را دوست دارد و ساعت‌ها وقت می‌گذاشت تا در انجام تکالیفش به او کمک کند و تشویقش می‌کرد نمرات خوبی بگیرد. توانایی در نظر گرفتن این جنبه‌های مثبت پدر به او کمک کرد تا سریع‌تر از حالت ناراحتی خارج شود و مدتی طولانی از حرف‌های آزاردهنده پدرش ناراحت نباشد. او طبق تجربه‌های گذشته‌اش می‌دانست که وقتی پدرش عصبانی است حرف‌هایی می‌زند که واقعاً منظورش آن‌ها نیست. علاوه بر این، تام تاحدی از شخصیت پدرش هم اطلاع داشت؛ چون قبلاً بارها شنیده بود که پدر و مادر درباره‌ی این ویژگی باهم صحبت می‌کنند و پدرش همیشه از اینکه هنگام عصبانیت پرخاشگری می‌کند عذرخواهی می‌کند. پدر تام از اینکه همسرش هنگام عصبانیت او را آرام می‌سازد، خوشحال است و درک می‌کند که تحمل چنین وضعیتی برای همه دشوار است. یک بار تام و پدرش با هم بحث می‌کردند و مادر با لحن شوخی به پدر گفت: «خیلی خب، من اصلاً فکر نمی‌کنم که تام بچه‌بازی درمی‌آورد یا رفتار ناپخته دارد. فکر می‌کنم فقط کمی تبلی می‌کند که همه‌مان این را خوب می‌دانیم!» و بعد پدر خنده‌اش گرفت. تام از این کار مادر خوشش می‌آمد.

افزایش آگاهی تام درخصوص درک دیگران از رفتارش مثل شمشیر دولبه است: این آگاهی به او کمک می‌کند در بازی‌های اجتماعی نقش خود را خوب ایفا کند؛ اما امکان دارد او را نگران کند که دیگران درباره‌اش چگونه فکر می‌کنند. مثلاً او می‌داند که وقتی یکی از همکلاسی‌هایش که به اختلال اسپرگر مبتلاست او را نیشگون می‌گیرد نباید تلافی کند؛ اما هنوز این را درک نمی‌کند که چرا او مثل بقیه به خاطر این رفتارش تنبیه نمی‌شود. البته علاقه‌ی تام به درک دلایل رفتار مردم در حال افزایش است؛ مثلاً او درحالی‌که مشغول بازی کامپیوتری است، به حرف‌های والدینش باهم یا حرف‌های عمه‌اش درباره‌ی اتفاقاتی که توی فامیل افتاده یا مشکلات شخصی پسرعمه‌اش هم گوش می‌کند.

این مثال نشان می‌دهد که تام در نُه‌سالگی می‌داند چه احساسی دارد، می‌تواند احساس خود را بیان کند و شخصیت پدر و مادرش را هم به‌خوبی درک می‌کند. او دلایل پیچیده رفتارهای دیگران را روزه روز بیشتر درک می‌کند. تام با خودش، شخصیتش، ضعف‌ها و قوت‌هایش نیز آشنا شده است. تام گاهی از این آگاهی برای مدیریت بهتر رفتارش بهره می‌گیرد. او نه‌تنها می‌داند که وقتی افراد عصبانی می‌شوند ممکن است حرف‌هایی بزنند که درواقع منظور واقعی آن‌ها نبوده، بلکه آگاهی از این ویژگی پدرش به او کمک می‌کند تا وقتی پدرش عصبانی است به فکر تلافی کردن نباشد. او احساس ناراحتی‌اش را در این مواقع این‌طور تعدیل می‌کند: به یاد عشق و امنیتی می‌افتد که از پدرش گرفته است و بعد نسبت به مراقبت‌ها و کمک‌های آنان حس قدردانی پیدا می‌کند. افزون بر این، آگاهی تام از ویژگی‌های شخصیتی خود کمکش می‌کند با گفته‌های پدرش مبنی بر بی‌مسئولیتی و بی‌خیال‌بودنش راحت‌تر کنار بیاید. شاید این موضوع، برای بیشتر ما و در بیشتر اوقات، خیلی ساده و مسلم به نظر

برسد. اما چیزی که تام در اینجا نشان می‌دهد ظرفیت او برای ذهنی‌سازی است؛ یعنی توانایی درک دیدگاه دیگری و به‌کارگیری درک خود از علت رفتار دیگران برای مدیریت پاسخ‌های هیجانی خودش.

در مثال بالا می‌بینیم که چگونه ظرفیت ذهنی‌سازی زمینه را برای تحول خود فراهم می‌آورد: در واقع، تام دیگر برای درک علت عصبانیت پدرش به مادر وابسته نیست و وقتی پدرش او را بی‌مسئولیت می‌خواند، احساس تام درباره‌ی خودش تغییر نمی‌کند؛ زیرا خودش را می‌شناسد و می‌داند که پدرش این حرف‌ها را می‌زند، چون عصبانی است. همان‌طور که فوناگی، گرگلی، جوریست و تارگت (۲۰۰۲) اشاره کرده‌اند، می‌توانیم ببینیم که چطور ذهنی‌سازی در احساس فرد نسبت به خودش و توانایی تنظیم هیجان او نقش محوری دارد. ظرفیت تام برای ذهنی‌سازی، حتی در وضعیت پراسترسی که پدرش عصبانی بود، به او کمک کرد هیجان‌اتش را مدیریت کند. در واقع تام توانست موقعیت را درک کند، آن را از دیدگاه پدرش بنگرد و روی اولویت‌هایش متمرکز بماند. به گفته‌ی آلن و فوناگی (۲۰۰۶)، این کارکرد ذهنی‌سازی مثل داشتن یک «دکمه‌ مکث» است که به تنظیم واکنش‌های هیجانی ما کمک می‌کند. از سوی دیگر، دلبستگی ایمن تام به پدرش و کمک مادر درخصوص توضیح علت رفتار پدرش، از تام در مقابل احساس بد نسبت به خود محافظت می‌کند. به همین دلیل، حتی وقتی پدرش شدیداً از او انتقاد می‌کند، احساس خودارزشمندی تام از میان نمی‌رود و بهتر می‌تواند بپذیرد که رفتارش را تغییر دهد. احتمالاً درس‌های مثبتی که تام از این واقعه درباره‌ی خشم و پرخاشگری آموخت، بیشتر از اثرات منفی آن است و در آینده نیز در مقابل خشم هم‌سالان یا در موقعیت‌های دیگر زندگی، خود را نمی‌بازد. تا اینجا به اهمیت ذهنی‌سازی، به‌خصوص در روابط نزدیک، پی بردیم و دیدیم که چطور این ظرفیت حتی تجربه‌های دشوار را تغییر می‌دهد. همان‌طور که فوناگی و آلیسون (۲۰۱۴) اشاره می‌کنند، احتمال سوءبرداشت در روابط بین افراد نزدیک در بالاترین سطح خود قرار دارد؛ به‌خصوص روابط دلبستگی که در آن‌ها ادراک کلی هیجان‌ات کافی نیست؛ به عبارت دیگر، چون در چنین روابطی درک صحیح خود و دیگران در کیفیت رابطه نقش بسیار مهمی دارد، به سطوح بالاتری از ادراک درباره‌ی احساسات و شخصیت خود و دیگران نیاز داریم.

وقتی بتوانیم معنای رفتارهای دیگران و خودمان را درک کنیم، دنیای میان‌فردی‌مان پیش‌بینی‌پذیرتر، ایمن‌تر و معنادارتر می‌شود. اما وقتی نیت رفتار دیگران را اشتباه درک کنیم یا برای درک حالات درونی خود دچار مشکل شویم، به ابهام، سوءبرداشت و مشکلاتی در ارتباط دچار می‌شویم که ممکن است موجب بالاگرفتن تعارض و خشم و ترس شود. تفسیر ما از دلیل رفتار افراد بر تفکر و رفتار ما با آن‌ها به شدت تأثیرگذار خواهد بود.

غالباً کودکان و والدین با واژه «ذهنی‌سازی» آشنا نیستند و کودکان از ما می‌پرسند که آیا

ذهنی‌سازی همان «روانی»^۱ است؟ منظور آن‌ها از روانی همان دیوانه است. والدین هم از ما می‌پرسند آیا ذهنی‌سازی همان ذهن آگاهی، همدلی یا ادراک هیجانی است؟ کسانی که با پژوهش‌های این حوزه آشنا هستند، ممکن است از ما بپرسند این مفهوم به اصطلاحاتی مثل «نظریه ذهن^۲»، «رویکرد ذهن‌محور»^۳ یا حتی «شناخت هیجانی» چه ارتباطی دارد؟

اصطلاح ذهنی‌سازی ریشه در واژه‌شناسی روان‌پوشی فرانسوی دهه ۱۹۶۰ دارد (مارتی، ۱۹۹۱)؛ اما استفاده از این اصطلاح در ادبیات مدرن به کارهای پیترو فونایگی، آنتونی بیتمن، ماری تارگت و همکارانشان بازمی‌گردد که از دهه ۱۹۹۰ تلاش زیادی کردند تا با همراه کردن خطوط پژوهشی مختلف و مطالعه میان‌رشته‌ای، مدل تلفیقی از ذهنی‌سازی تحولی را طراحی کنند. این تلاش برای درک فرایند تغییر در روان‌تحلیلی کودک (فونایگی و تارگت، ۱۹۹۸) و توسعه درمان‌های مربوط به بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (بیتمن و فونایگی، ۲۰۰۴) صورت گرفت. ما هم موافقیم که توضیح این اصطلاح برای کودکان و والدین همیشه کار ساده‌ای نیست؛ اما همین عجیب بودن به ما کمک می‌کند تا این ظرفیت را به شکل روشی مطرح کنیم که در درمان سعی داریم روی آن کار کنیم.

ذهنی‌سازی را می‌توان به مثابه یک چتر در نظر گرفت (لویتن و فونایگی، ۲۰۱۵؛ شارپ، ۲۰۰۶) که برخی از دیگر سازه‌های مهم را تحت پوشش خود قرار می‌دهد. مثلاً «نظریه ذهن» (پریماک و وودراف، ۱۹۷۸) با برخی مؤلفه‌های شناختی ذهنی‌سازی هم‌پوشانی دارد؛ درحالی‌که همدلی بیشتر روی بعد هیجانی درک دیدگاه دیگران متمرکز است و معمولاً در حوزه ارتباط فرد با دیگران به کار می‌رود. مفهوم ذهن آگاهی و ذهنی‌سازی نیز غالباً با هم مقایسه می‌شوند (ماسترپاسکوا، ۲۰۱۶) و هر دو بر اهمیت کنجکاوی، گشودگی و پذیرش نسبت به حالت‌های ذهنی تأکید می‌کنند (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره رابطه میان این سه اصطلاح به چوی-کاین و گاندرسون، ۲۰۰۸ و کیم، ۲۰۱۵ مراجعه کنید).

چون در فصل‌های بعدی با اصطلاح «کنش تأملی»^۴ مواجه می‌شویم، خوب است در اینجا درباره این مفهوم صحبت کنیم. اصطلاح «ذهنی‌سازی» و «کنش تأملی» غالباً به جای هم به کار می‌روند؛ هرچند در ابتدا کنش تأملی برای اشاره به اندازه‌گیری ذهنی‌سازی از طریق روایت‌های مربوط به روابط دلبستگی به کار می‌رفت. ما در این کتاب از کنش تأملی برای اشاره به ظرفیت ذهنی‌سازی، به‌خصوص ذهنی‌سازی آشکار استفاده می‌کنیم که به توانایی هشیارانه فرد برای متوقف کردن و تأمل درباره حالات

1. mental

2. Theory of mind

3. Mind-mindedness

به این معنی که پدر و مادر در پرورش نوزاد خود، به عنوان یک موجود دارای ذهن با او برخورد می‌کنند.

4. reflective functioning

ذهنی خود و دیگران اشاره دارد. البته ذهنی‌سازی با اصطلاحات دیگری هم‌پوشانی دارد؛ ولی دارای ابعاد متمایزی است که در کار بالینی با کودکان یاری‌رسان است. همکاران ما ابعاد مختلفی را شناسایی کرده‌اند (لویتن، فوناگی، لاوکی و ورموت، ۲۰۱۲) اما دو بعد از نظر ما در کار با کودکان مفیدتر است: تفاوت میان ذهنی‌سازی آشکار (یا کنترل‌شده)^۱ با ذهنی‌سازی ضمنی (یا خودکار) و تفاوت میان ذهنی‌سازی درباره خود با ذهنی‌سازی درباره دیگران.

اول از همه، ذهنی‌سازی دو بعد ضمنی/خودکار و آشکار/کنترل‌شده دارد. در اغلب مواقع، ذهنی‌سازی به صورت خودکار عمل می‌کند و ما نیازی نداریم که آن را با کلمات بیان کنیم. در واقع، ما بدون فکرکردن و اغلب براساس حالتی که در چشم و چهره افراد می‌بینیم، به حالت‌های ذهنی آن‌ها پی می‌بریم و احساس می‌کنیم آن‌ها خشمگین، شاد، ناراحت، ترسیده، علاقه‌مند یا بی‌حوصله هستند. از دیدگاه تکاملی، پردازش سریع اطلاعات اجتماعی در تشخیص اینکه بفهمیم فردی که می‌بینیم ممکن است دوست ما باشد و احتمال موفقیت و بقای ما را افزایش دهد یا فردی است که امنیت ما را تهدید می‌کند، نقش حیاتی دارد. زمانی که با تهدید روبه‌رو هستیم، سرعت پردازش اطلاعات اهمیت زیادی دارد؛ زیرا پای مرگ و زندگی در میان است. البته این پردازش خودکار براساس تجربیات قبلی ماست و به همین دلیل، احتمال سوگیری آن زیاد است.

استفاده از این نوع ذهنی‌سازی برای موقعیت‌های اجتماعی پیچیده‌تری که باید با دقت اطلاعات را تحلیل کنیم تا نتیجه دقیق‌تری داشته باشیم، مناسب نیست. در مثال تام و پدرش، وقتی مادر تام به او نگاه کرد، تام به طور ضمنی متوجه شد که منظور مادرش این است که او (تام) به‌زودی حالش خوب می‌شود و این قدر قوی هست که بتواند استرس موقت این موقعیت را مدیریت کند. این علامت‌های غیرکلامی مثل تماس چشمی، رعایت نوبت در صحبت‌کردن و توجه به پاسخ‌های احتمالی، اغلب خارج از حوزه هشیاری روی می‌دهد. پژوهشگران عصب‌شناختی «ذهنی‌سازی ضمنی/خودکار» را مطالعه کرده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که این نوع ذهنی‌سازی را مجموعه‌ای از مدارهای مغزی هدایت می‌کنند که بر اطلاعات حسی تکیه دارند و از دیدگاه تکاملی، کاملاً بدوی به شمار می‌آیند (لویتن و فوناگی، ۲۰۱۵) و آمیگدال (بادامه)، عقده‌های پایه و قشر سینگولیت قدامی خلفی را که همه در شناسایی سریع تهدیدها و اطلاعات اجتماعی مربوط به پاسخ جنگ یا گریز نقش دارند، دربر می‌گیرند.

ذهنی‌سازی ضمنی یا خودکار غالباً سریع عمل می‌کند؛ اما همیشه دقیق نیست. با توجه به اینکه ذهنی‌سازی خودکار تا حد زیادی مبتنی بر تجربیات قبلی است، اگر تجربه‌های گذشته به‌شدت منفی بوده باشند، این پردازش نیز احتمالاً سوگیری منفی خواهد داشت. در این موارد، تجربه‌های قبلی

1. explicit/controlled

می‌گویند که باید در مقابل تهدید بالقوه بسیار هوشیار بوده و اعتماد کردن به دیگران را بالقوه خطرناک بدانیم. با این حال، این نوع ذهنی‌سازی در زمینه‌های اجتماعی که تهدید اندکی دارند، محتمل نیست. مثلاً گاهی کودک دچار تردید می‌شود و تصور می‌کند کسی می‌خواهد او را فریب دهد. در چنین موقعیتی کودک نیاز دارد صبر کند و درخصوص صحت قضاوتش بیشتر فکر کند. به عبارت دیگر، گاهی لازم است از «ذهنی‌سازی آشکار» استفاده کنیم. ذهنی‌سازی آشکار فرایندی است که به تفکر هشیارتر و روشن‌تر دربارهٔ هیجانان، افکار و نیت‌های دیگران نیاز دارد. جالب است که دانشمندان علوم اعصاب می‌گویند این نوع ذهنی‌سازی تحت تأثیر مدارهای جدیدتر مغزی عمل می‌کند که بیشتر با پردازش زبانی و نمادین ارتباط دارند، مانند قشر پیش‌پیشانی جانبی و قشر پیش‌پیشانی میانی^۱ (لویتن و فوناگی، ۲۰۱۵). این‌ها بخش‌هایی از مغز هستند که هنگام انجام کارهایی مثل استدلال، کنترل هدفمند و درک دیدگاه دیگران فعال می‌شوند. این فرایندها از فرایندی که در ذهنی‌سازی ضمنی روی می‌دهد کندتر هستند؛ اما به ما کمک می‌کنند تا درخصوص هیجانان، افکار و احساسات خودمان و دیگران دقیق‌تر بیندیشیم. با این توانایی و در نظر گرفتن ابعاد مختلف موقعیت مطمئن می‌شویم که واکنش‌های فوری ما به یک واقعه صحیح بوده است یا نه و سپس سعی می‌کنیم ادراک‌های اولیهٔ خود را با این تفکرات هماهنگ سازیم.

وقتی با موقعیت‌های دشواری روبه‌رو می‌شویم که به تأمل فعال نیاز دارد، از ذهنی‌سازی آشکار/کنترل‌شده بهره می‌گیریم تا معنای موقعیت را درک کنیم. مثلاً در نمونه‌ای که در ابتدای فصل ذکر کردیم، مادر تام باید با دقت فکر کند که چگونه می‌تواند به شکلی مداخله کند که متناسب با موقعیت باشد و به پدر تام نیز بفهماند که باید خونسردی خود را حفظ کند. او طوری مداخله کرد که پدر تام احساس نکند نادیده گرفته شده و در عین حال، به احساس ترس و آشفتگی هیجانی تام نیز توجه کرد و سعی کرد از او محافظت کند. این واکنش مادر سبب شد پدر تام نیز که غالباً دارای ظرفیت تأمل، بخشندگی و همدلی است، مجدداً بتواند ظرفیت ذهنی‌سازی خویش را به دست آورد. وقتی پدر این ظرفیت خود را از دست می‌دهد، بیشتر احتمال دارد که حواس‌پرتی و بی‌قراری پسرش را هدفمند و از روی لجبازی بداند تا اینکه فکر کند این رفتار شاید تاحدی ناشی از عصبانیت خود او باشد.

مثال‌هایی که تاکنون ذکر کردیم دربارهٔ ظرفیت ذهنی‌سازی نسبت به دیگران است؛ اما واقعیت این است که ذهنی‌سازی درخصوص خود فرد نیز اتفاق می‌افتد. مثلاً پدر تام ممکن است دربارهٔ خلق و خوی خود و تأثیر آن بر خانواده‌اش فکر کند. او ممکن است فعالانه به شیوه‌هایی بیندیشد که می‌تواند خودآگاهی‌اش را حفظ کند و زمانی که بیش از حد عصبانی می‌شود، اندکی صبر کند تا بتواند

1. lateral prefrontal cortex and the medial prefrontal cortex