

درمان مبتنی بر ذهنی سازی

(Mentalization)

برای اختلال‌های شخصیت

راهنمای عملی

تألیف

آنتونی بیتمن

پیتر فوناگی

ترجمه

دکتر انوشه امین‌زاده



فهرست

۵.....	مقدمه مترجم.....
۷.....	پیشگفتار.....
۱۷.....	بخش ۱: چارچوب ذهنی سازی.....
۱۹.....	فصل ۱: ذهنی سازی چیست؟.....
۵۵.....	فصل ۲: استفاده از الگوی ذهنی سازی برای فهم اختلال شخصیت.....
۹۸.....	فصل ۳: همبودی.....
۱۲۰.....	فصل ۴: ارزیابی ذهنی سازی.....
۱۵۹.....	بخش ۲: تمرین ذهنی سازی.....
۱۶۱.....	فصل ۵: ساختار درمان مبتنی بر ذهنی سازی.....
۱۹۹.....	فصل ۶: حالت درمانگر.....
۲۲۵.....	فصل ۷: قوانین برای درمانگر ذهنی سازی.....
۲۵۵.....	فصل ۸: تمرکز ذهنی سازی: حمایت، همدلی و معتبرسازی.....
۲۷۰.....	فصل ۹: تمرکز ذهنی سازی: شفاف سازی، شرح عواطف، تمرکز عاطفی، چالش.....
۲۹۴.....	فصل ۱۰: تمرکز رابطه‌ای ذهنی سازی: ردیاب‌های انتقال و ذهنی سازی رابطه.....
۳۱۱.....	بخش ۳: گروه‌های ذهنی سازی.....
۳۱۳.....	فصل ۱۱: MBT - مقدماتی گروهی (MBT-I).....
۳۷۰.....	فصل ۱۲: درمان گروهی ذهنی سازی.....
۴۱۱.....	فصل ۱۳: اختلال شخصیت ضداجتماعی: ذهنی سازی، MBT گروهی و مشکلات رایج بالینی.....

بخش ۴: سیستم‌های ذهنی‌سازی	۴۴۹
فصل ۱۴: ذهنی‌سازی و خانواده: آموزش خانواده‌ها و مراقبین و برنامه‌ حمایتی (FACTS)	۴۵۱
فصل ۱۵: ذهنی‌سازی سیستم	۴۷۲
منابع پیشنهادی برای مطالعات آتی	۴۹۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۴۹۷
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۵۰۱

مقدمه مترجم

ذهنی‌سازی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران، در نتیجه درک نیت و عواطف خود و دیگران است. در این رویکرد این توانایی جزء رشد شخصیت سالم به حساب می‌آید که از طریق دلبستگی ایمن کودک به والدین شکل می‌گیرد؛ بنابراین تاریخچه دلبستگی بیمار با توجه ویژه به روابط گذشته و فعلی بررسی می‌شود تا پاسخی بیابد برای سؤال‌هایی مانند اینکه تا چه حد روابط دلبستگی فرد توانایی او را در ذهنی‌سازی مختل می‌کند؟ و تا چه حد فرد توانایی خود تصحیح‌گری در مورد لغزش‌های ذهنی‌سازی‌اش را در این شرایط دارد؟ این اعتقاد وجود دارد که درمان‌های گفتاری اثرات درمانی خود را از طریق تأثیر بر ذهنی‌سازی اعمال می‌کنند.

در درمان شناختی، به نظر می‌رسد ذهنی‌سازی یکی از دغدغه‌های اصلی باشد. همه درمان‌های شناختی از تکنیک‌هایی استفاده می‌کنند که بازسازی الگوهای فکری ناکارآمد و یادگیری مهارت‌های اساسی خود تأملی را تقویت می‌کنند. به عنوان مثال، درمانگر در جلب توجه بیمار به افکار خودآیند منفی و مفروضه‌های بنیادین و تأثیر آنها بر خلق تأکید زیادی دارد. حتی رفتاردرمانی کلاسیک شامل ذهنی‌سازی است. تکنیک‌هایی که شامل مداخلات غیرکلامی یا فیزیکی هستند احتمالاً مغز را در یادگیری معانی جدید درگیر می‌کنند.

در روان‌درمانی بین فردی تکنیک‌هایی که مطرح می‌شوند نیز ذهنی‌سازی را تقویت می‌کنند؛ مانند کمک به بیماران برای درک، تنظیم و بیان احساساتشان، استفاده گسترده از شفاف‌سازی تجربیات بین فردی و استفاده از رابطه درمانی برای شناسایی مشکلات رابطه بین فردی. روان‌درمانی بین فردی توجه به ذهنی‌سازی حالات روانی دیگران را تشویق می‌کند، در حالی که خودآگاهی را با توجه به حل مشکلات بین فردی در اینجا و اکنون ارتقاء می‌دهد.

در درمان بیمار محور به همین ترتیب، دور از انتظار نیست که شاهد تکنیک‌های خاصی باشیم که ذهنی‌سازی را ترویج می‌کنند. در واقع، می‌توان رویکرد بیمار محور را به عنوان روش درمانی ذهنی‌سازی اولیه در نظر گرفت، زیرا این رویکرد، دیدگاه بیمار (تکنیک همدلی) را به عنوان نقطه محوری خود دارد. اتخاذ موضع کنجکاوی و ندانستن منعکس‌کننده توصیه کارل راجرز (۱۹۵۱) است. در این سبک، درمانگران بیمار محور ناگزیر هستند که به بیمار کمک کنند تا ظرفیت ذهنی بیشتری را ایجاد کند.

در ذهن‌آگاهی، هدف تغییر رابطه بیمار با افکار و احساساتش به جای محتوای فکر است. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی از افکار و احساسات را افزایش می‌دهند و با جلب توجه به جریان

بی‌وقفه حالات ذهنی، ذهنی‌سازی را ترویج می‌کنند.

در رفتاردرمانی دیالکتیک که از مؤثرترین درمان‌ها در رابطه با افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی هست درمانگر با تکنیک‌های متنوع به دنبال این است که انواع بدتنظیمی‌ها (هیجانی، شناختی، رفتاری، بین فردی و هویتی) که در نتیجه بدتنظیمی‌های زیستی و تعامل و تقابل با محیط‌های مختل و بی‌اعتبارکننده شکل گرفته‌اند و تداوم یافته‌اند درمان شوند. به نظر می‌رسد که اگر منظور از ذهنی‌سازی را بفهمیم، آن را در بسیاری از جنبه‌های رفتاردرمانی دیالکتیک می‌یابیم: در فرآیند ارزیابی، تفکر دیالکتیک، راهبردهای حل مسئله و راهبردهای مبتنی بر پذیرش. تکنیک‌های درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی بخصوص در زمینه دلبستگی می‌توانند مکمل تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیک باشند.

در کتاب حاضر جنبه‌های گوناگون درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مورد بررسی قرار گرفته است. از نظر این جانب برجسته‌ترین بخش آن، داشتن جامعه‌ای مبتنی بر ذهنی‌سازی است که هدفش تقویت کنجکاوای اعضای جامعه در مورد تجربه اجتماعی یکدیگر و افکار و احساسات خود و اطرافیان‌شان است. این کنجکاوای باید همراه با ندانستن یا به عبارتی اجتناب از فرضیه‌سازی باشد نه آن‌طور که در جوامع غیرذهنی‌سازی به صورت تعصب اجتماعی، تعمیم‌دهی، نداشتن شک و تردید نسبت به افکار و باورها و داشتن تفکر سیاه و سفید دیده می‌شود. برای داشتن افرادی با توانمندی ذهنی‌سازی مستلزم داشتن جامعه، خانواده و مدارس ذهنی‌سازی شده هستیم. فرد و جامعه برای رسیدن به این هدف تأثیر متقابل بر روی هم دارند. تا زمانی که در جامعه‌ای این مهم حاصل نشده باشد احتمالاً تلاش برای ایجاد مهارت ذهنی‌سازی در بیماران مشکل و درمان با معضلات عدیده‌ای مواجه خواهد بود. به امید اینکه با دستیابی به جوامعی که مردم آن تلاش برای درک خود و دیگری را در اولویت قرار می‌دهند شاهد صلح جهانی باشیم.

در پایان لازم است از صبوری و بزرگواری جناب آقای دکتر ارجمند و تلاشگران عرصه فرهنگ در انتشارات ارجمند تشکر کنم. بی‌شک ترجمه حاضر کاستی‌هایی دارد که با پیشنهادها و راهنمایی‌های اساتید و خوانندگان محترم می‌تواند رساتر و روان‌تر شود.

دکتر انوشه امین‌زاده

خرداد ۱۴۰۲

بخش ۱

چارچوب ذهنی سازی

فصل ۱

ذهنی سازی چیست؟

مقدمه

درمان مبتنی بر ذهنی سازی (MBT) در آغاز در سال ۱۹۹۰ توسعه یافت و در ابتدا برای بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) در مجموعه سرپایی (روزانه) بیمارستان به کار گرفته شد. اخیراً MBT به شکل رویکرد پیچیده تری به منظور فهم و درمان اختلال های شخصیت در طیف وسیعی از زمینه های بالینی گسترش پیدا کرده است از جمله اختلال شخصیت ضداجتماعی (ASPD) که چاپ جدید درمان مبتنی بر ذهنی سازی شامل این اختلال هم می شود.

رویکرد ذهنی سازی تغییر کرده است و ما امیدواریم بعد از گذشت چند سال پیشرفت فراوانی کرده باشد. پیشرفت های اخیر به طور خاص تحت تأثیر یافته های جدید در روان شناسی تحولی، آسیب شناسی روانی و علوم اعصاب بوده اند و البته ما درس هایی زیادی از تجربه های بالینی در عمل و آموزش MBT آموخته ایم.

در این فصل مفهوم ذهنی سازی را توضیح خواهیم داد و الگوی به روز شده نظریه ذهنی سازی و شکل بالینی آن را توضیح خواهیم داد. ما نشان خواهیم داد که چگونه این تحولات در تفکر مبتنی بر ذهنی سازی بر درک و کارکرد بالینی ما در رابطه با BPD و ASPD تأثیر گذاشته است.

ذهنی سازی توانایی فهم اعمال افراد دیگر و خودمان بر اساس افکار، احساسات، آرزوها و علایق است؛ این توانایی بالایی در انسان است که زمینه ساز تعاملات روزانه است (به قاب ۱-۱ مراجعه کنید). بدون ذهنی سازی هیچ حس قدرتمندی از خود، تعامل اجتماعی سازنده، روابط متقابل و احساس امنیت فردی وجود ندارد (فوناگی، گرگلی، جوریست و تارگت، ۲۰۰۲). ذهنی سازی فرایند شناختی بنیادی است که در همه اختلال های روانی مهم نقش دارد. در حقیقت تکنیک های ذهنی سازی هم اکنون برای درمان اختلال اضطراب پس از حادثه (PTSD)، اعتیاد به مواد مخدر، اختلال های خوردن، اختلال های شخصیت در نوجوانی، بخصوص در مواردی که خود آسیب زنی وجود دارد و در کار با خانواده هایی که با بحران روبه رو هستند مورد استفاده قرار می گیرد (موارد بیشتر در بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۲ به طور خلاصه آمده است).

ذهنی سازی شامل آگاهی از حالت های ذهنی خود یا دیگران است، بخصوص وقتی در توضیح رفتار به کار گرفته می شود. اینکه حالت های ذهنی بر رفتار تأثیر می گذارند، مورد سؤال نیست. باورها،

قاب ۱-۱) ذهنی‌سازی چیست؟

- ◆ ذهنی‌سازی ادراک و تفسیر رفتار است که به وسیلهٔ حالت‌های ذهنی ارادی توضیح داده می‌شود (مثلاً یک باور: من بر این باورم که....)
- ◆ نیاز به تحلیل دقیق دارد از:
 - چگونگی اعمال
 - الگوهای قبلی از رفتار
 - تجربه‌هایی که فرد با آنها روبه‌رو بوده است
- ◆ نیازمند فرایندهای شناختی پیچیده است که اغلب نیمه هشیار هستند
- ◆ فعالیت ذهنی تخیلی است و مبتنی بر فرضیه‌هایی است که بیانگر تأثیرگذاری حالت‌های ذهنی روی رفتار انسان هستند.

آرزوها، احساسات و افکار چه درون یا بیرون از آگاهی همیشه روی آنچه ما انجام می‌دهیم اثر می‌گذارند. ذهنی‌سازی طیف وسیعی از ظرفیت‌ها را شامل می‌شود: دقیقاً شامل توانایی مشاهده رفتار خود به صورت منسجم توسط حالات ذهنی و متمایز ساختن خود از نظر روانی از دیگران است. این ظرفیت‌ها غالباً به طور آشکاری در افراد با اختلال شخصیت بخصوص در شرایط بین فردی پراسترس غایب هستند.

ذهنی‌سازی ظرفیت انسانی بی‌همتا است که می‌تواند به عنوان همان چیزی که انسانیت تعریف می‌شود دیده شود و ما را از پستانداران رده بالا جدا می‌کند. اگرچه این ظرفیت نمی‌تواند کاملاً ثابت، پیوسته یا یک‌بعدی باشد (به قاب ۲-۱ مراجعه کنید). ما نمی‌توانیم در حد مشابهی ذهنی‌سازی کنیم؛ بسیاری از ما در جنبه‌های مختلف ذهنی‌سازی نقاط قوت و وضعی داریم و بیشتر ما به احتمال زیاد برای ذهنی‌سازی در لحظات استرس‌زا و اضطراب‌آور تقلا می‌کنیم. همهٔ ما کم و بیش تجربهٔ فراموشی‌های لحظه‌ای ذهنی‌سازی را داشته‌ایم. تلاش برای درک رفتار دیگران بر اساس حالت‌های ذهنی تقریباً همیشه مشکل‌تر و مستلزم اشتباه است تا توضیحات مبتنی بر تأثیر محیط فیزیکی؛ یعنی جهان تصادفی قابل رؤیت علت و معلول‌ها. ما می‌توانیم همگی بر طبق باورهای اشتباه دربارهٔ حالت‌های ذهنی دیگران در شرایط بین فردی خاص عمل کنیم؛ که می‌تواند روزانه منجر به سوءبرداشت، مشکلات و رفتار اجتماعی نامناسب شود، یا در شرایطی که خطر بالای خشونت وجود دارد، منجر به نتایج غم‌انگیزتری شود.

ذهنی‌سازی فعالیت ذهنی عمدتاً ناخودآگاه و تخیلی است: ما باید تصور کنیم که دیگران چه فکری می‌کنند یا چه احساسی می‌کنند. راه‌هایی که از طریق آن افراد ذهنی‌سازی می‌کنند بی‌شمار است چرا که گذشتهٔ هر فرد و توانایی او برای تصور کردن می‌تواند او را به نتایج متفاوتی دربارهٔ حالت‌های

قاب ۲-۱ ویژگی‌های ذهنی‌سازی

- ◆ مفاهیم بنیادین حالت‌های درونی (مثل هیجان‌ها، افکار و غیره) مبهم هستند. ما در مورد آنها استنباط می‌کنیم.
- ◆ استنباط‌ها مستعد خطا هستند و بنابراین ذهنی‌سازی می‌تواند به راحتی به بیراهه کشیده شود.
- ◆ حالت‌های ذهنی (برای مثال باورها) برخلاف جهان فیزیکی نسبتاً به راحتی قابل تغییرند؛ برای مثال تغییر عقیده یک نفر در پرتو شواهد جدید.
- ◆ تمرکز روی تولیدات ذهنی‌سازی در مقایسه با تمرکز روی وقایع فیزیکی بسیار مستعد اشتباه است چراکه ذهنی‌سازی فقط به بازنمایی واقعیت توجه دارد به جای خود واقعیت.
- ◆ قانون مهم ذهنی‌سازی «حالت کنجکاوی» است. این را می‌توان به عنوان رفتار بین فردی تعریف کرد که مشخصه آن این است که ذهن فرد می‌تواند با آگاهی از ذهن دیگری تحت تأثیر قرار گیرد، شگفت‌زده شود، تغییر یابد و روشن شود.

ذهنی دیگران برسانند. گاهی اوقات، ممکن است برای درک تجربیات خودمان، نیاز به پردازش عمیق فکری داشته باشیم، به ویژه هنگامی که با موضوعات هیجانی سر و کار داریم یا درگیر واکنش‌های غیرمنطقی و ناخودآگاه خودمان هستیم.

در اصل ذهنی‌سازی دیدن خودمان از بیرون و دیگران از درون است. این به ما کمک می‌کند تا برداشت‌های نادرست را از طریق دوباره واری کردن حالت‌های ذهنی که منجر به سوء تفاهم شده‌اند، درک کنیم. از دیدگاه بالینی، زیربنای اش «ذهن محوری» است - تمرکز بر به دست آوردن دید روشن و منسجم از آنچه بیمار ما می‌بیند، ذهن او را در ذهن داشتن، دارای ذهن - ذهنی شده و ذهن آگاه بودن از ذهن‌ها است. ذهنی‌سازی مهارتی کلیدی است چراکه حس ما از پیوستگی و تداوم شخصی بستگی دارد به تصور افکار و احساساتی که در گذشته داشتیم و نحوه ارتباط آنها با تجربیات فعلی ما و به این دلیل است که نحوه تصور خودمان در آینده به ندرت از نظر ویژگی‌های جسمانی است (به طور حتم پس از میان‌سالی) و بیشتر می‌خواهیم خود را به عنوان فردی متفکر و احساسی نشان دهیم.

ذهنی‌سازی، بازنمایی حالت‌های ذهنی ما، ستون فقرات حس ما از خودمان و هویت ما است (فوناگی و تارگت، ۱۹۹۷ ب). دیدن خود و دیگران به عنوان موجوداتی دارای عاملیت و هدف که توسط حالت‌های ذهنی معنادار و قابل درک هدایت می‌شوند انسجام روانی را در مورد خود و دیگران ایجاد می‌کند که برای هدایت کردن یک دنیای پیچیده اجتماعی ضروری است.

ایده‌های اصلی در رویکرد ذهنی‌سازی برای اختلال‌های شخصیت

اهداف رویکرد ذهنی‌سازی فراهم کردن توضیح فراگیری از پدیده‌شناسی و ریشه‌های BPD و APSD از منظر تحولی است. این با افزایش علاقه به طرح موضوع ظهور BPD در کودکی و نوجوانی که در سال‌های اخیر هم شدت گرفته، متناسب است. بخصوص که شواهد زیادی وجود دارد که نشان می‌دهند اختلال می‌تواند ریشه‌هایی در آسیب‌پذیری ژنتیکی و تحولی اولیه داشته باشد (فوناگی و لوتن، ۲۰۱۶).

رویکرد تحولی و مبتنی بر دلبستگی

دیدگاه تحولی در قلب رویکرد ذهنی‌سازی برای BPD و ASPD است. الگوی ذهنی‌سازی اولین بار در مطالعه تجربی بزرگی شکل گرفت که در آن دلبستگی ایمن نوزادان به والدینشان قویاً نه تنها با دلبستگی ایمن والدین در طی حاملگی (فوناگی، استیل و استیل، ۱۹۹۱) بلکه حتی بیشتر به وسیله ظرفیت والدین برای درک روابط کودکی‌شان با والدین خودشان بر اساس حالت‌های ذهن پیش‌بینی شد (فوناگی، استیل، استیل، موران و هیگیت، ۱۹۹۱). این مطالعه مسیر را برای برنامه‌نظام‌مند پژوهشی هموار کرد که نشان داد ظرفیت ذهنی‌سازی که در متن روابط دلبستگی اولیه ظهور پیدا می‌کند ممکن است عامل تعیین‌کننده خود-سازمان‌دهی و تنظیم عواطف باشد. مفهوم ذهنی‌سازی بر اساس این باور است که فهم یک نفر از دیگران بستگی به این دارد که حالت‌های ذهنی فرد به قدر کافی به وسیله بزرگسالان مراقب، دقیق و غیر تهدیدکننده درک شده باشد. ما بر اهمیت «بازتاب مشخص» واکنش‌های هیجانی کودک به وسیله بزرگسالی که توانایی نمایاندن عواطف کودک را دارد به نحوی که درک هیجان را هم‌زمان با برقراری حس کنار آمدن با دیگران و نه صرفاً بازتاب عاطفه، منتقل کند، تأکید داریم (فوناگی و همکاران، ۲۰۰۲؛ گرگلی و واتسون، ۱۹۹۶). ریشه مشکلات در تنظیم هیجانی، کنترل توجه و خودکنترلی ناشی از روابط دلبستگی ناکارآمد است که به نظر می‌رسد منجر به شکست در کسب مهارت‌های ذهنی‌سازی قدرتمند می‌شود. از این منظر به طور کلی اختلال‌های ذهنی وقتی می‌توانند ایجاد شوند که ذهن تفسیر اشتباهی از تجربه خودش از خودش و از دیگران می‌کند تا جایی که تصور ذهنی از دیگران بر اساس تجربه فرد از خودش استنباط می‌شود (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۰).

به نظر می‌رسد ظرفیت ذهنی‌سازی خودکار ویژگی اولیه و احتمالاً فطری انسان باشد اما بسیار دور از ذهن است که حد نهایت ظرفیت ذهنی‌سازی به طور ژنتیکی قابل دست‌یابی باشد و ظهور آن به شدت به پاسخ‌دهی به عوامل تأثیرگذار محیطی ربط دارد (هیوس و همکاران، ۲۰۰۵). گمان می‌رود که رشد ذهنی‌سازی به کیفیت محیط یادگیری اجتماعی، روابط خانوادگی کودک و به طور خاص دلبستگی‌های اولیه او بستگی دارد در حقیقت به نوعی بیانگر این است که تجربه‌های ذهنی او به حد کفایت از طرف مراقبان منعکس شده‌اند یا خیر. توانایی فردی که نماد دلبستگی است در پاسخگویی

عاطفی مشخص و وابسته به نیاز فرزندش که جلوه‌ای از تجربه شخصی خودش در دوران کودکی در زمینه پاسخگویی به تجربه ذهنی نوزاد است امکان رشد بازنمایی‌های مرتبه دوم منسجم از این تجربه‌های ذهنی را برای نوزاد فراهم می‌کند. کودکی که مادرش به نسبت در سن ۵ ماهگی بیشتر برای خواسته‌ها و احساسات تا افکار و دانش منابع متناسب با سن فراهم می‌کند، در ۲۴ ماهگی عملکرد بهتری در ذهن‌خوانی دارد. اگر در ۲۴ ماهگی مادر تغییر رویه دهد و منابعی برای افکار و دانش تا علائق و هیجان‌ها فراهم کند کودک مهارت‌های ذهن‌خوانی روشن‌تری در ۳۳ ماهگی خواهد داشت (تامپو و رافمن، ۲۰۰۶، ۲۰۰۸). ما معتقدیم که تفاوت‌های رشدی به وسیله آگاهی مادر از نیازهای کودک شکل می‌گیرد و در مقابل، این آگاهی منجر به دستیابی کودک به ذهنی‌سازی می‌شود.

به خصوص ما بر این باوریم که کیفیت انعکاس عاطفی به وسیله نماد دلبستگی علاوه بر رشد ظرفیت ذهنی‌سازی نقش مهمی در تحول و رشد اولیه فرایندهای تنظیم عاطفی و خودکنترلی (از جمله مکانیسم‌های توجه و کنترل مؤثر) ایفا می‌کند. رشد نوزاد در ادامه همین الگو را دنبال می‌کند. در کل، والدین در نقش «ذهنی‌سازهای حرفه‌ای» وظیفه برقراری ارتباط بین مفاهیم مربوط به حالت ذهن و راه‌های ارائه این مفاهیم به فرزندانشان دارند. وقتی کودک این شایستگی را به دست آورد و خودش «متخصص ذهنی‌سازی» شد دانش و مهارت ذهنی‌سازی به نسل بعدی انتقال پیدا می‌کند؛ بنابراین ما ذهنی‌سازی را فرایند اجتماعی قابل انتقال و بین نسلی می‌دانیم (فوناگی و تارگت، ۱۹۹۷ الف):

ذهنی‌سازی در بستر تعاملات با دیگران رشد پیدا می‌کند و کیفیت آن در ارتباط با درک دیگران تحت تأثیر این است که چقدر خوب آنهایی که اطراف ما هستند ما را ذهنی‌سازی می‌کنند همچنین اطرافیان آنها چقدر خوب آنها را ذهنی‌سازی می‌کنند. این تجربه چگونگی ذهنی‌سازی افراد دیگر درونی می‌شود ظرفیت ما را برای درک خودمان و همین‌طور دیگران و در نتیجه مشارکت بهتر در فرایندهای اجتماعی تعاملی بالا می‌برد؛ البته از سوی دیگر مواجهه اولیه با تعاملاتی که ویژگی‌شان ذهنی‌سازی ضعیف است کودک را به سمت ذهنی‌سازی ضعیف سوق می‌دهد. والدین فقط برچسب‌هایی را برای حالات ذهنی آموزش نمی‌دهند. محیط هیجانی و زبانی که آنها ایجاد می‌کنند دربردارنده مفهوم حالت‌های ذهنی است (معنای «فکر کردن» چیست؟ احساس کردن چیزی چه احساسی دارد، معنای خوشحال بودن چیست، وقتی فرد تردید دارد چگونه رفتار می‌کند؟). والدین از طریق تعاملشان با کودک و در کنار او طرحی را ایجاد می‌کنند که با آن مفاهیم حالت‌های ذهنی می‌توانند بازنمایی شوند. در حقیقت، آنها (والدین م) مجموعه‌ای از فرایندهایی را که برای نشان دادن حالت‌های ذهنی تکامل یافته‌اند و (به لحاظ فرهنگی) عمدتاً از والدینشان، همچنین از دیگران در محیط اجتماعی اطرافشان به ارث برده‌اند، منتقل می‌کنند (آبرین، اسلاتر و پیترسون، ۲۰۱۱). ما معتقدیم که ارتباطی بین میزان به دست آوردن این مکانیسم‌های تخصصی برای نمایش حالت‌های ذهنی اکتسابی و کیفیت رابطه بین افراد خانواده (یعنی افرادی که مباحث مربوط به حالت‌های ذهنی را بر عهده دارند) وجود دارد. کیفیت

روابط بزرگسال-کودک روی فرضیات کودک دربارهٔ منشاء، محل و کارکرد حالت‌های ذهنی‌اش تأثیر خواهد گذاشت. این به نوبهٔ خود باعث می‌شود که افراد به جنبه‌های مختلف رفتار قابل مشاهده توجه کنند و علاوه بر این، ارزیابی‌های متفاوت از حالات ذهنی منجر به الگوهای متفاوتی از رفتار قابل مشاهده می‌شود.

طبیعت چند بعدی ذهنی‌سازی

دانشمندان علوم اعصاب چهار مؤلفه یا بعد متفاوت را برای ذهنی‌سازی مشخص کرده‌اند (لیبرمن، ۲۰۰۷) که برای تمایز در کاربردهای بالینی این مفهوم مفید هستند. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از:

۱. ذهنی‌سازی خودکار در مقابل کنترل‌شده
۲. ذهنی‌سازی خود در برابر دیگران
۳. ذهنی‌سازی ابعاد درونی در برابر بیرونی
۴. ذهنی‌سازی شناختی در برابر عاطفی

برای ذهنی‌سازی مؤثر نیاز است افراد نه تنها قادر باشند بین این ابعاد شناختی تعادلی برقرار کنند بلکه آنها را مبتنی بر بافت به طور مناسب به کار گیرند.

در بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت، ذهنی‌سازی نامتعادل حداقل روی یک بعد از این چهار بعد مشهود است. از این منظر انواع مختلف آسیب‌شناسی می‌توانند بر اساس ترکیب‌های مختلف اختلال در این چهار بعد تشخیص داده شوند (که ما می‌توانیم از آنها به عنوان نیمرخ‌های ذهنی‌سازی نام ببریم؛ به شکل ۱-۴ در فصل ۴ مثالی از نیمرخ ذهنی‌سازی در BPD و ASPD مراجعه کنید).

ذهنی‌سازی خودکار در مقابل کنترل‌شده

بنیادی‌ترین بعد ذهنی‌سازی طیف خودکار (یا ضمنی) و کنترل‌شده (یا آشکار) است (به قاب ۱-۳ مراجعه کنید). ذهنی‌سازی کنترل‌شده نشان‌دهندهٔ فرایندی منظم و نسبتاً آرام است که نوعاً کلامی است و نیازمند تأمل، توجه، آگاهی، قصد و تلاش است. قطب متضاد این بعد، ذهنی‌سازی خودکار است که مستلزم فرایند سریع‌تری است که واکنشی است و نیاز کمی به توجه، آگاهی و قصد دارد یا اصلاً نیازی ندارد.

در زندگی روزانه و تعاملات رایج اجتماعی بیشترین ذهنی‌سازی ما خودکار است چرا که بیشتر تبادلات مستقیم نیازی به توجه زیاد ندارند. بخصوص در محیطی با دلبستگی ایمن وقتی چیزها به آرامی حرکت می‌کنند در سطح بین فردی نیازی به ذهنی‌سازی کنترل‌شده‌تر یا عمدی‌تر نیست؛ در حقیقت به‌کارگیری ذهنی‌سازی کنترل‌شده از چنین تعاملاتی جلوگیری می‌کند و آنها را بی‌جهت سنگین یا ناراحت‌کننده می‌سازد (بیش‌ذهنی‌سازی). هم تجربهٔ عقل سلیم و هم علوم اعصاب به ما

قاب ۳-۱ ابعاد ذهنی‌سازی: خودکار در برابر کنترل‌شده

- ◆ خودکار:
- فرایند سریع و واکنشی
- کاهش ذهنی‌سازی تأملی بخصوص در بافتی که به لحاظ دلبستگی فعال است
- حساسیت بالاتر به نشانه‌های غیرکلامی که اهداف دیگران را می‌توان بر اساس آنها استنباط کرد
- کاربرد روزانه
- با محیط دلبستگی ایمن ارتباط دارد
- ◆ کنترل‌شده:
- کلامی
- نیاز به تأمل، توجه و تلاش دارد
- وقتی استفاده می‌شود که خطاهای ذهنی‌سازی و سوءبرداشت‌ها علنی می‌شوند، تعامل نیاز به توجه دارد و اگر اضطراب یا عدم اطمینان در بافت خاصی وجود دارد.

می‌گویند که در محیطی با دلبستگی ایمن ما ذهنی‌سازی کنترل‌شده را با آرامش خاطر انجام می‌دهیم و کمتر مواظب قصد و نیت‌های اجتماعی هستیم؛ خاطره بازی فرزندان با والدینشان یا دوستان قدیمی‌شان شیوه تبادل‌نشان را در طی فرایندهای شهودی خودکار هدایت می‌کند. با وجود این، وقتی که ضرورت داشته باشد، فرد با توانایی‌های نرمال و قوی می‌تواند به ذهنی‌سازی کنترل‌شده جابه‌جا شود چنانچه شرایط، تقاضای چنین کاری را داشته باشد.

برای مثال، وقتی کودکی هنگام بازی شروع به گریه کردن می‌کند والدینش با کنکاش درباره علت تغییر در عواطف کودک پاسخ می‌دهند یا دوستی هنگام صحبت کردن ممکن است متوجه تغییر در حال و هوا و خلق دوستش شود و شگفت‌زده شود که آیا این گفتگو به خاطره یا تداعی ناراحت‌کننده‌ای ارتباط پیدا کرده است؛ به عبارت دیگر، عملکرد خوب ذهنی‌سازی شامل توانایی جابه‌جایی انعطاف‌پذیر و به نشانه پاسخ به شرایط موجود از ذهنی‌سازی خودکار به کنترل‌شده است.

مشکلات ذهنی‌سازی زمانی به وجود می‌آیند که فرد منحصراً بر فرضیات خودکار در مورد حالات ذهنی خود یا دیگران تکیه می‌کند که معمولاً بیش از حد ساده‌گرایانه هستند، یا زمانی که موقعیت برای فرد در به‌کارگیری صحیح فرضیات خودکار دشوار می‌شود. در حقیقت، هر نوع مداخله روان‌شناختی در ذات خود شامل چالش با چنین فرضیه‌های خودکار تحریف‌شده است و لازم است که بیمار نسبت به آنها هشیار شود و تلاش کند روی این فرضیه‌ها همراه با درمانگر تأمل کند؛ به عبارت دیگر هر نوع درمان مؤثر در هر سطحی منوط به ذهنی‌سازی بیمار است (ما در این باره در بخش بعدی بحث می‌کنیم، «مفهوم‌سازی مجدد درمان»).

بیشتر متخصصان موافق‌اند که این دو سیستم برای ذهنی‌سازی برآمده از دو مکانیزم متفاوت عصب‌شناختی هستند هر دو به تفکر در مورد تفسیر حالت ذهنی و روانی (آپرلی، ۲۰۰۱) اختصاص دارند. سیستم خودکار در ابتدا پیشرفت می‌کند و حالات ذهنی را به روشی سریع و کارآمد ردیابی می‌کند در حالی که سیستم آشکار بعداً پیشرفت می‌کند، آرام‌تر عمل می‌کند و تقاضاهای سنگین‌تری بر کنش‌های اجرایی تحمیل می‌کند (حافظه‌کاری و کنترل بازداری). ذهنی‌سازی آشکار به ما اجازه می‌دهد رفتار را توضیح دهیم و پیش‌بینی کنیم و در تنظیم اجتماعی نقش دارد (مک‌گیر، ۲۰۰۷). با وجود این، تعادل بین ذهنی‌سازی خودکار و کنترل‌شده مهم است. تأمل صریح و آشکار نمی‌تواند واقعی به نظر برسد مگر اینکه با آگاهی شهودی از حالات روحی که بر آن انعکاس یافته، مفهوم‌سازی شود.

استرس و برانگیختگی بخصوص در بافت دل‌بستگی، ذهنی‌سازی خودکار را پیش می‌کشد و سیستم عصبی که همراه با ذهنی‌سازی کنترل‌شده است را باز می‌دارد (نولته و همکاران، ۲۰۱۳). این یافته دلالت‌های مهمی برای کار بالینی دارد: هر مداخله‌ای که نیاز به تأمل دارد، با درخواست شفاف‌سازی یا توضیح درباره‌ی فکر، طبیعتاً از بیمار می‌خواهد تا در ذهنی‌سازی کنترل‌شده شرکت کند. بعضی بیماران ممکن است در وضعیت استرس پایین، عملکرد نسبتاً خوبی داشته باشند (در زمینه‌ی ذهنی‌سازی)؛ اما در سطوح بالای استرس وقتی ذهنی‌سازی خودکار به طور طبیعی نمایان می‌شود ممکن است بیماران فعال کردن فرآیندی که ذهنی‌سازی کنترل‌شده را به عهده دارد خیلی دشوار بدانند و بنابراین درک و تأمل کردن در مورد آنچه ممکن است اتفاق بیفتد دشوارتر خواهد بود.

خود در برابر دیگران

این بعد ذهنی‌سازی شامل توانایی ذهنی‌سازی حالت خود- خود فرد (از جمله تجربه‌های فیزیکی خود)- یا حالت دیگران است (به قاب ۴-۱ مراجعه کنید). این دو بعد، ارتباط خیلی نزدیکی دارند و عدم تعادل بین آنها علامت آسیب‌پذیری ذهنی‌سازی خود و/یا دیگران است. افرادی که دارای مشکلات ذهنی‌سازی هستند به احتمال زیاد بر یک انتهای طیف تمرکز می‌کنند، اگرچه ممکن است در هر دو اختلال داشته باشند.

این اصل بنیادین در رویکرد مبتنی بر دل‌بستگی ما است که حسی از خود و توانایی ذهنی‌سازی، در بافت روابط دل‌بستگی رشد پیدا می‌کنند. کودک مشاهده می‌کند، انعکاس می‌دهد و سپس توانایی نماد دل‌بستگی‌اش در ارائه و تأمل روی حالت‌های ذهنی را درونی‌سازی می‌کند. از این رو خود و دیگران و ظرفیت تأمل روی خود و دیگران، ناگزیر درهم تنیده می‌شوند. در راستای این فرضیه‌ها مطالعات تصویربرداری عصبی بیانگر آن است که ظرفیت ذهنی‌سازی درباره‌ی دیگران بسیار به توانایی تأمل کردن روی خود مرتبط است چرا که هر دو ظرفیت به زیرلایه‌های عصبی مشترکی متکی هستند (لیبرمن،

قاب ۴-۱ ابعاد ذهنی‌سازی: خود در برابر دیگران

♦ تمرکز روی دیگران

- مستعد سرایت هیجانی
- همراه با دقت زیاد در خواندن ذهن دیگران بدون درک واقعی جهان درونی خود
- ممکن است منجر به بهره‌کشی و سوء استفاده از دیگران شود یا مورد سوء استفاده قرار گیرند

♦ تمرکز روی خود:

- بیش‌ذهنی‌سازی حالت خود
- علاقه یا ظرفیت محدود در درک حالت‌های دیگران
- ممکن است منجر به خود-بزرگ‌بینی شود.

(۲۰۰۷)؛ بنابراین، تعجب‌آور نیست که اختلالاتی که با اختلالات شدید در احساس هویت شخصی مشخص می‌شوند- به ویژه روان‌پریشی و BPD- با نقص شدید در توانایی تأمل در مورد حالات روانی دیگران نیز مشخص می‌شوند.

با وجود این نباید برداشت شود که فردی که در ظرفیت ذهنی‌سازی خودش نقص دارد همیشه در توانایی‌اش در ذهنی‌سازی دیگران نقص‌های مشابهی نشان خواهد داد. برخی افراد ممکن است اختلال همگانی کمتری در ذهنی‌سازی خود و دیگران داشته باشند اما مهارت‌های قوی‌تری در یکی از دو انتهای این طیف ذهنی‌سازی داشته باشند. برای مثال، افراد با ASPD به شکل شگفت‌انگیزی اغلب در «خواندن ذهن» دیگران مهارت دارند اما نوعاً نقص جدی در درک واقعی از جهان درون خود دارند.

هنوز هم پیرو منابع تصویربرداری عصبی می‌توانیم دو شبکه عصبی مجزا را برای شناخت خود و شناخت دیگران مشخص کنیم (لیبرمن، ۲۰۰۷). اولین مورد سیستم بازنمایی مشترک است که در آن پردازش همدلانه بر بازنمایی مشترک از «حالت‌های ذهنی» دیگران متکی است. این نشان‌دهنده نوعی «بازشناسی سرشتی» است که هنگام تجربه و مشاهده دیگران در حالات ذهنی رخ می‌دهد و از طریق مکانیزم شبیه‌سازی حرکتی نورون آینه‌ای کار می‌کند (لمباردو و همکاران، ۲۰۱۰). دوم سیستم/اسناد حالت ذهنی است که بیشتر به پردازش نمادین و انتزاعی متکی است (ریپول، اسنایدر، استیل و سیور، ۲۰۱۳). مطابق با انتظار ما از نحوه عملکرد ابعاد ذهنی‌سازی، این دو سیستم ممکن است به طور متقابل بازدارنده باشند (برس، رابی و اسپنگلر، ۲۰۰۹) به این صورت که مناطق عصبی که اغلب در مهار رفتار تقلیدی به کار گرفته می‌شوند همان‌هایی هستند که در اسنادهای حالت ذهنی آشکار، درگیر هستند.