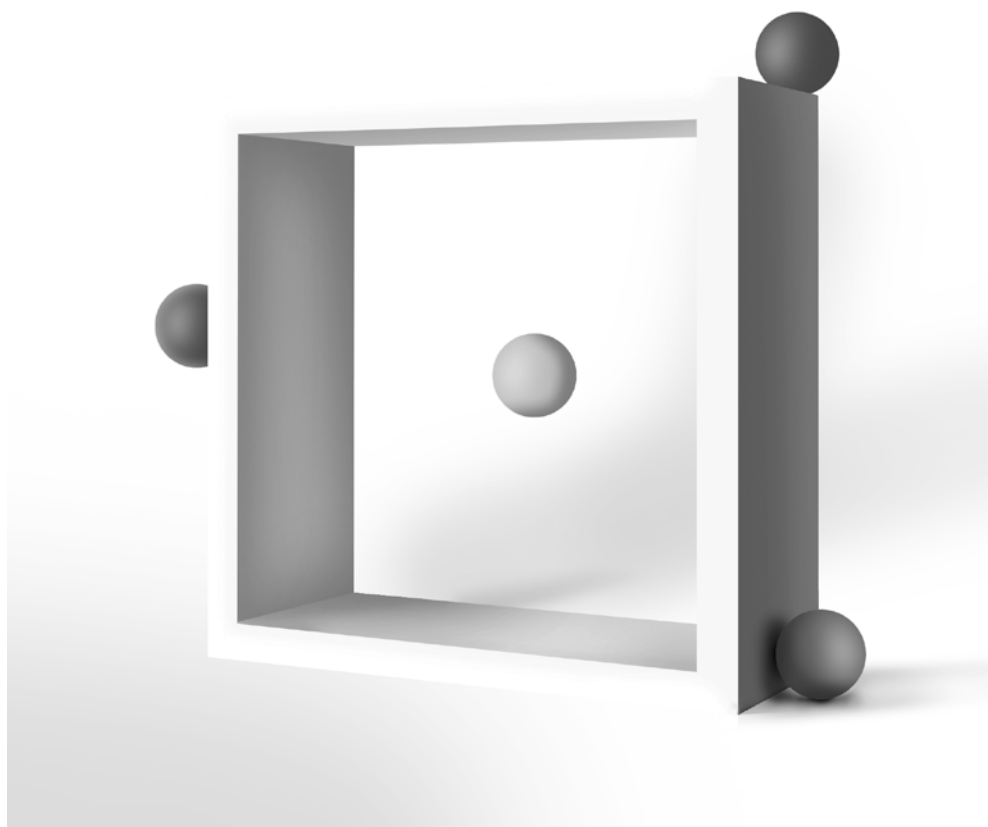


خانواده درمانی مبتنی بر ذهنی سازی



فهرست مطالب

۹	..... درباره نویسندگان
۱۱	..... مقدمه
۱۵	..... قدردانی
۱۷	..... فصل ۱: یکپارچه سازی رویکردهای سیستمی و ذهنی سازی
۱۸	..... دیدگاه ذهنی سازی
۲۰	..... دیدگاه سیستم های خانوادگی
۲۱	..... درمان سیستمی مبتنی بر ذهن سازی
۳۶	..... تأملات پایانی
۳۹	..... فصل ۲: ذهنی سازی مؤثر و نامؤثر
۴۱	..... نشانه های اصلی ذهنی سازی مؤثر
۴۲	..... ذهنی سازی: حالت و صفت
۴۵	..... ساحت های پیش ذهنی سازی: تفکر و تجربه
۴۹	..... ابعاد ذهنی سازی
۵۳	..... ارزیابی ذهنی سازی
۵۵	..... تأملات پایانی
۵۷	..... فصل ۳: اجرای مداخلات مبتنی بر ذهنی سازی
۵۷	..... موضع ذهنی سازی
۵۸	..... ذهنی سازی مؤثر در سه حوزه اصلی
۶۶	..... آغاز درمان با جین و خانواده اش
۷۵	..... درمان فردی جین
۷۸	..... از درمان انفرادی تا خانواده درمانی
۸۱	..... تأملات پایانی
۸۴	..... فصل ۴: رهایی از چرخه ها: حلقه های ذهنی سازی
۸۶	..... ذهنی سازی یک روایت تکرار شده

۸۸	ذهنی‌سازی مجدد پس از تجربه هیجانات شدید.....
۸۹	حلقه ذهنی‌سازی.....
۹۵	تغییر متعادل و ذهنی‌سازی لحظه.....
۹۶	بازیابی تعادل از راه تأمل و بازبینی.....
۹۹	تأملات پایانی.....

فصل ۵: آموزش ضمنی و تلویحی ذهنی‌سازی به خانواده‌ها..... ۱۰۲

۱۰۸	فعالیت‌ها و بازی‌های مشخص برای تحریک ذهنی‌سازی مؤثر.....
۱۰۹	گوشی‌های طبی ذهن‌خوانی و سایر «گوشی‌ها».....
۱۱۱	اسکن بدن و ذهن.....
۱۱۴	ایفای نقش.....
۱۱۷	تأملات پایانی.....

فصل ۶: ارتقای ذهنی‌سازی مؤثر..... ۱۲۰

۱۲۰	تشخیص ذهنی‌سازی مؤثر و نامؤثر.....
۱۲۲	راه‌اندازی دوباره ذهنی‌سازی مؤثر.....
۱۲۴	مداخلات مبتنی بر MIST.....
۱۴۳	تأملات پایانی.....

فصل ۷: ذهنی‌سازی فراتشخیصی..... ۱۴۶

۱۴۹	پژوهش در زمینه اختلالات روان‌شناختی.....
۱۵۵	درک یادگیری اجتماعی.....
۱۵۸	سیستم ایمنی روانی.....
۱۶۰	شفاف‌سازی مفهوم تروما.....
۱۶۱	تاب‌آوری.....
۱۶۲	جمع‌بندی.....
۱۶۶	تأملات پایانی.....

فصل ۸: ذهنی‌سازی رسانه‌های اجتماعی..... ۱۶۹

۱۷۲	تغییر فرایندهای اجتماعی شدن.....
۱۷۶	اعتماد معرفت‌شناختی و رسانه‌های اجتماعی.....
۱۸۰	چالش‌های دیجیتالی سلامت روان برای کودکان.....
۱۸۶	درمان از راه دور.....

اعتماد معرفت‌شناختی و خانواده‌درمانی آنلاین.....	۱۹۳
تأملات پایانی.....	۱۹۷
فصل ۹: درمان سیستمی مبتنی بر ذهنی‌سازی در گروه‌های چندخانواده‌ای و مدارس.....	۱۹۹
تکامل روند درمان چندخانواده‌ای.....	۲۰۰
راهبری از سوی هم‌سالان، گروه‌های خودیاری و درمان چندخانواده‌ای.....	۲۰۲
فعالیت‌ها و بازی‌های سرگرم‌کننده برای چند خانواده.....	۲۰۸
ذهنی‌سازی در مدرسه.....	۲۱۱
تأملات پایانی.....	۲۲۱
فصل ۱۰: ذهنی‌سازی در فرهنگ‌ها و جوامع گوناگون.....	۲۲۲
تفاوت‌های فرهنگی در ذهنی‌سازی.....	۲۲۴
سیستم‌های اجتماعی و ذهنی‌سازی.....	۲۲۵
تأملات پایانی.....	۲۳۴
منابع.....	۲۳۵
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۲۴۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۲۴۶

فصل ۱

یکپارچه‌سازی رویکردهای سیستمی و ذهنی‌سازی

.....

هنگامی که خانم جی، مادر سلیم، با کلینیک تماس گرفت تا در مورد پسر شش‌ساله‌اش کمک بگیرد، درمانگر از وی پرسید چه مسائلی او را نگران کرده است. او با گریه توضیح داد که پسر عزیزش مشکلات رفتاری زیادی در مدرسه داشته که باعث دردسرش شده است. این مسئله مادر را متعجب نکرده بود زیرا می‌دانست سلیم در دوست‌یابی مشکل دارد و در خانه نیز، «رفتارهای نگران‌کننده زیادی» از او سر می‌زند. سپس توضیح داد که سلیم «مشکل جدی در غذا خوردن» دارد و هیچ‌وقت در اتاق تنها نمی‌ماند. به عبارت دیگر مادر همیشه باید کنار سلیم باشد و مثلاً هر شب باید کنار او و در تخت او بخوابد. وی در ادامه گفت که هر روز زمان بسیار طولانی طول می‌کشد تا سلیم تکالیف مدرسه‌اش را انجام دهد؛ «او، مانند نوزادان، اغلب گریه می‌کند» و به‌طور کلی بسیار پرتوقع است. خانم جی گفت که او و همسرش کاملاً درمانده شده‌اند و نگران آینده سلیم هستند.

.....

رویکردهای سیستمی و ذهنی‌سازی نقاط مشترک بسیاری دارند: مهم‌ترین آنها این است که هر دو رویکرد بسیاری از مشکلات هیجانی و رفتاری را در اصل، دارای ماهیتی ارتباطی می‌دانند. این کتاب، از منظر ذهنی‌سازی، به رویکرد سیستمی می‌پردازد. هدف این پروژه، الهام‌بخشیدن به درمانگران سیستمی برای گسترش کارشان است. همان‌طور که درمانگران رویکرد ذهنی‌سازی از مفاهیم و

روش‌های سیستمی الهام گرفته‌اند. هدف از روش درمان سیستمی مبتنی بر ذهن‌سازی ارتقای ذهنی‌سازی به منظور هموارکردن راهی برای برقراری روابط اجتماعی و تعاملات بهتر، در خانواده و در سایر موقعیت‌های اجتماعی، و در نتیجه، افزایش گشودگی در برابر یادگیری و اعتماد معرفت‌شناختی (فوناگی، لویتن، الیسون و کمبل، ۲۰۱۹) و تاب‌آوری است. منظور ما از اعتماد معرفت‌شناختی اعتماد به اطلاعات درباره‌ی دنیای اجتماعی است که از شخص دیگری دریافت می‌کنیم؛ یعنی درک اینکه آنچه دیگران، طی ارتباط، به ما منتقل می‌کنند به تجربه‌ی شخصی ما بازمی‌گردد و توانایی سازگاری ما را در برابر شرایط چالش‌برانگیز، بسیار افزایش می‌دهد. به همین دلیل، این اعتماد را عامل محافظ بالقوه قدرتمندی در سلامت روان و عملکرد اجتماعی می‌دانیم (در ادامه‌ی فصل و در مبحث «چرا ذهنی‌سازی اهمیت دارد؟» توضیحات بیشتری بیان کرده‌ایم). تمرکز درمان بر حمایت از فرایند طبیعی حل مشکلات اجتماعی با در نظر گرفتن تجارب و دیدگاه‌های اصیل و واقعی افراد است. به هر حال این احساس که تجربه‌ی دیگری به اندازه‌ی تجربه‌ی خود ما حقیقی است به‌طور کلی موجب پذیرش ارزش درک دیدگاه دیگران می‌شود. همچنین این تجربه‌ی ذهن هر یک از اعضای خانواده را بالقوه، به سمت یادگیری و کشف موضوعی مرتبط با آنها، می‌گشاید و در نتیجه، اعتماد به یادگیری اجتماعی را در مجموع، بهبود می‌بخشد.

دیدگاه ذهنی‌سازی

ذهنی‌سازی فعالیتی تصورگرایی است که رفتارهای انسان را بر اساس حالات ذهنی هدفمند، تفسیر می‌کند. تأکید بر واژه «تصورگرایی» در تعریف بیان‌شده مهم است زیرا تصور زیربنای ذهنی‌سازی است: این ویژگی به ما امکان می‌دهد از افکار، احساسات و نیت اطرافیان خود تفسیری شهودی داشته باشیم و از این راه، رفتارهای آنان را چنان درک کنیم که گویی تجربیات فاعلی خود را سازمان‌دهی می‌کنیم. حالات ذهنی به نیازها، تمایلات، هیجانات، باورها، تخیلات، اهداف، نیت و دلایل شخصی اشاره دارد. ذهنی‌سازی، در بیشتر مواقع، ناهشیار انجام می‌شود اما ممکن است فعالیت و تأملی هدفمند باشد. ذهنی‌سازی فعالیتی حیاتی برای بازنمایی، برقراری ارتباط، تنظیم هیجانات و باورهای برخاسته از تمایلات و آرزوهای ما است؛ خواه این تمایلات برآورده شوند، تهدید شوند یا ناکام بمانند. همان مکانیسم‌های روان‌شناختی و عصبی، که برای درک خود استفاده می‌کنیم، در درک دیگران نیز به کار می‌روند. به این ترتیب، پایه‌های تعاملات اجتماعی ما شکل می‌گیرد.

توانایی ذهنی‌سازی همانند توانایی اکتساب و تحول زبان، در روند تکامل، با شیوه‌هایی از سوی محیط تعدیل و محافظت می‌شود. ظرفیت ذهنی‌سازی، در اصل، درک ناهشیار و تأملی نیت، هیجانات و دیدگاه‌های دیگران است (سیفراه و چنی، ۲۰۱۳)؛ چنان‌که زبان مادری ما نوع زبانی را که در ابتدای

کودکی می‌آموزیم، تعیین می‌کند، ماهیت مهارت‌های ذهنی‌سازی ما را نیز محیط اجتماعی مان شکل می‌دهد. خانواده، به‌منزله واحد اجتماعی بنیادین، بافت اولیه کسب و شکل‌گیری درک اجتماعی است. این نکته، همراه با دلایل دیگر (که برخی از آنها ممکن است ژنتیکی باشد)، بازگوکننده این واقعیت است که توانایی، تمایل یا تناسب اتخاذ یک موضع ذهنی‌سازی شده بین افراد و خانواده‌ها متفاوت است. محیط فرهنگی گسترده‌تر ما نیز ممکن است، با توجه به میزان ارزشمندی فرهنگ فردگرایی در آن، تمرکز بر ذهنی‌سازی خود را بیشتر از تمرکز بر دیگری تشویق کند (ایوال-ناوه، راثیلد-یاکار و کارمن، ۲۰۱۹).

ذهنی‌سازی فرایند اجتماعی اساساً دوسویه یا تبادلی است (فونگی و تارگت، ۱۹۹۷) که در بافت روابط دلبستگی اولیه و تعاملات با دیگران، تحول می‌یابد و کیفیت آن بسیار تحت تأثیر توانایی ذهنی‌سازی افراد اطراف ما قرار دارد. این تجربه ذهنی‌سازی شدن توسط دیگران، درونی می‌شود و ما را قادر می‌سازد ظرفیت خود را برای هم‌دلی و تعامل بهتر در فرایندهای اجتماعی تعاملی، افزایش دهیم. تصور می‌شود رابطه بین دلبستگی و ذهنی‌سازی دوسویه است؛ از این رو که مشکل در تأمل بر حالات ذهنی احتمالاً در روابط نزدیک تأثیر منفی می‌گذارد. رابطه دلبستگی ضعیف، دریافت نکردن پاسخ به‌شیوه حساس، ممکن است تحول طبیعی ظرفیت ذهنی‌سازی را که وابسته به احساس درک شدن است، تضعیف کند. ما باید دیگران را درک کنیم تا آنها را به‌منزله موجوداتی که قادر به درک ما هستند، بفهمیم. به این فکر کنید که چگونه صحبت کردن دیگران با ما به یادگیری زبان منجر می‌شود و سپس ما، با استفاده از این آموخته‌ها، با دیگران گفت‌وگو می‌کنیم. ذهنی‌سازی دقیقاً همانند این فرایند است. یادگیری ذهنی‌سازی از طریق انجام دادن آن صورت می‌گیرد. مشکل این است که برخی از ما، بنا به دلایلی، چندان درست ذهنی‌سازی نمی‌کنیم. ما در درک دیگران دچار سوء تفاهم می‌شویم و در مورد دلیل رفتارشان، فرض‌هایی را شکل می‌دهیم و پیش از اینکه بفهمیم دنبال چه هستیم، عمل می‌کنیم. ما دقیقاً می‌دانیم که چه کاری را نباید انجام دهیم؛ با وجود این به خود می‌آییم و متوجه می‌شویم که در حال انجام دادن همان کاری هستیم که از آن نفرت داریم. ساعت‌های بی‌پایان را صرف نشخوار فکری می‌کنیم که منظور دوستان از رفتارشان چه بوده؛ درحالی‌که او حتی از رفتار خود و اثر آن آگاه نبوده است. ما، به‌دلایلی نامعلوم، غرق در هیجانات خود می‌شویم یا هیچ احساسی در مورد برخی اتفاقات ناراحت‌کننده نداریم. بیشتر ما، به‌ویژه هنگام ناراحتی، دچار شکست در ذهنی‌سازی می‌شویم یا، به‌عبارت بهتر، در ذهنی‌سازی ناکارآمد هستیم. بینشی که ما درمانگران در کار با افراد، زوج‌ها و خانواده‌ها بدان دست یافته‌ایم این است که ارتقای ذهنی‌سازی، هرچند اندک، در بهبود شرایط و حل مشکلات بیشتر خانواده‌ها مؤثر بوده است و این‌گونه بود که MIST پدید آمد. به عقیده ما، ذهنی‌سازی مؤثرتر به تاب‌آوری بیشتر فرد و خانواده منجر می‌شود: درک بهتر وضعیت ذهنی خود و دیگران به

شکل‌گیری ارتباط معنی‌دارتر می‌انجامد و این همان چیزی است که MIST سعی در ترویج آن دارد. دیدگاه ما، در مورد نحوه شکل‌گیری ظرفیت ذهنی‌سازی در روند تحول کودکان، مورد توافق همگان نیست. برخی ذهنی‌سازی (نظریه ذهن) را ساختاری ذاتی در مغز می‌دانند که، برای ظهور، به فرایند رشد بسنده می‌کند (لزلی، فریدمن و جرمن، ۲۰۰۴). بسیاری از روان‌شناسان شناختی بر این باورند که ذهنی‌سازی از استنتاجی شبه‌علمی حاصل می‌شود که طبق آن کودک، طی فرایند تکامل، تلاش می‌کند نسخه‌ای مطلوب از واقعیت اجتماعی خلق کند (گاپنیک و ولمن، ۲۰۱۲). برخی استدلال‌های قانع‌کننده‌ای را مطرح کرده‌اند که ذهنی‌سازی از سوی بزرگسالان و کم‌بیش آشکار آموزش داده می‌شود (هیز و فریث، ۲۰۱۴). با این حال، در این کتاب، ما رویکرد اجتماعی-تحولی را در پیش می‌گیریم و توضیح می‌دهیم ذهنی‌سازی ظرفیت تکاملی منحصر به انسان است که در ذهن هر فرد بروز می‌یابد و این ظرفیت از سوی محیط بین‌فردی و سیستم اجتماعی گسترده‌تری برانگیخته می‌شود که فرد را احاطه کرده است. در اصل، ما معتقدیم دقیقاً همانند کودکی هجده‌ماهه که تا با او صحبت نشود، سخن‌گفتن را نمی‌آموزد، اگر اطرافیان توجه ما را بر تجارب فاعلی خودمان متمرکز نکنند، ظرفیت ذهنی‌سازی پدیدار نخواهد شد.

دیدگاه سیستم‌های خانوادگی

دیدگاه دیگری که از طریق آن، با خانواده‌ها کار می‌کنیم، «دیدگاه سیستمی» است. مشاهده خانواده، به‌منزله یک سیستم، کارآمد است زیرا خانواده‌ها را با استفاده از مفاهیمی چون تعادل هموستاتیک و ویژگی‌های خاصی مانند سلسله‌مراتب، مرزها، زیرگروه‌ها و همچنین تعاملات آشکار و پنهان و ائتلاف‌ها توضیح می‌دهد. در نظر گرفتن اعضای خانواده به‌منزله افرادی که بر اساس مجموعه‌ای از قوانین ضمنی و آشکار رفتار می‌کنند که این قوانین در طول زمان یا در طول نسل‌ها شکل گرفته‌اند و روابط و تعاملات این افراد را درون سیستم کنترل می‌کنند، ممکن است برای درمانگران مفید باشد (واتسلاویک، باولاس و جکسون، ۱۹۶۷). اگر حین درمان ویژگی‌های خاصی از سیستم کشف یا آشکار شود که تصور می‌شود در مشکلات فعلی نقشی دارد، شاید بتوان سیستم را با زیرسؤال‌بردن آن ویژگی‌ها، مانند قوانین و الگوهای ارتباطی تثبیت‌شده، تغییر داد.

از دهه ۱۹۵۰، متخصصان رویکرد سیستمی طیف وسیعی از چارچوب‌ها و مداخلات مفهومی را با هدف درمان مشکلات و حالات گوناگون، متحول ساخته‌اند. برخی از این موارد به‌ویژه ایده‌های سالوادور مینوچین با رویکرد ذهنی‌سازی ارتباط خاصی دارند (مینوچین، مونتالو، گرنی، راسمن و شومر، ۱۹۶۷) و در تدوین رویکردی با الهام از ذهن‌سازی مؤثر بوده است (فوناگی و آسن، ۲۰۱۲الف، ۲۰۱۲ب).

مینوچین بر تعاملات «ناکارآمد» متمرکز بود. تعاملاتی که احتمال دارد در جلسه، خودبه‌خود و در این‌جا و اکنون، پدید آیند. به پیشنهاد او، اگر این تعاملات ناکارآمد رخ ندهد، می‌توان آنها را طی جلسه و با تشویق به «اجرای» عمدی الگوهای مشکل‌ساز برانگیخت (مینوچین، ۱۹۷۴). چنین کاری امکان پدیدارشدن افکار و احساسات شدید را در هر یک از اعضای خانواده حاضر در جلسه، فراهم می‌کند و ممکن است این افکار و احساسات بلافاصله، برای ایجاد و گسترش تغییر، به‌کار روند.

تکنیک پرسشگری چرخه‌ای و انعکاسی، که ابتدا تیم میلان آن را پدید آورد (سلوینی پالاتسولی، باسکولو، چکین و پراتا، ۱۹۷۸)، نمونه‌ای از به‌کارگیری ابزارهای سیستمی قدیمی است که فرایند ذهنی‌سازی را به‌شدت ارتقا می‌دهد. «پرسشگری مداخله‌ای» (تام، ۱۹۸۸) با حالات روانی هر یک از اعضای خانواده هماهنگ می‌شود. ما متوجه شدیم بسیاری از درمانگران سیستمی، که از این رویکرد استفاده می‌کنند، تمایل ندارند به‌صراحت در مورد حالات احساسی کنونی افراد کنجکاوی کنند؛ در عوض، به‌طور کلی بر شیوه تأثیر رفتارها و اعتقادات هر شخص در رفتار دیگران و نحوه تأثیر الگوهای خانوادگی و سایر عوامل زمینه‌ای در اعمال و تعاملات افراد تمرکز می‌کنند (بوسکولو، چکین، هافمن و پنن، ۱۹۸۷). اصل ذهنی‌سازی این است که «همیشه بر افکار و احساسات فعلی تمرکز داشته باشید و به آنها بپردازید».

رویکردهای سیستمی کلاسیک اغلب بر حالات ذهنی اعضای خانواده، مثلاً هنگام بروز تعاملات با هیجانان فراوان، تمرکز اندکی دارند. معمولاً در این رویکرد، چندان در این زمینه کاوش نمی‌شود که چگونه تجربه افراد، در چنین جلساتی، ممکن بود درک آنها از رابطه را تغییر دهد. در مقابل، در رویکرد مبتنی بر ذهنی‌سازی، تمرکز اعضای خانواده بر بخش خاصی از تعامل بین خود اعضا و تجربیات هر شخص در «این‌جا و اکنون» حفظ می‌شود. این رویکرد به احساس و تصور اعضای خانواده در مورد تجربیات اجتماعی عمیق توجه خاصی دارد.

ذهنی‌سازی یعنی فهم ادراک دیگران که می‌تواند فرضیات اساسی افراد را تغییر دهد. این رویکرد ممکن است حالاتی روانی را که به‌نظر می‌رسد در رفتارها و اعمال دیگر اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد و همچنین نحوه تفکر یا احساس کل خانواده را در مورد مسئله‌ای خاص تغییر دهد.

درمان سیستمی مبتنی بر ذهن‌سازی

از رویکردی که در این کتاب مطرح کرده‌ایم، با عنوان «درمان سیستمی مبتنی بر ذهن‌سازی» یاد می‌کنیم. به این ترتیب، رویکرد حاضر شامل برخی مفاهیم و تکنیک‌های حوزه درمان سیستمی است و از مفاهیم درمان مبتنی بر ذهن‌سازی نیز بهره می‌برد تا همه اعضای خانواده بتوانند خود و دیگران را به‌شیوه‌های جدید و با جزئیات بیشتر، ببینند و درک کنند و از این راه، احتمالات و تجربه‌های چندگانه

و متفاوت را بهتر بپذیرند. شواهد روزافزون دربارهٔ اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌سازی (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۸، ۲۰۰۹، ۲۰۱۹؛ بلنکرز و همکاران، ۲۰۱۹؛ بایرن و همکاران، ۲۰۱۹؛ فوناگی و همکاران، ۲۰۱۴؛ کیونی و همکاران، ۲۰۱۲؛ روسو و فوناگی، ۲۰۱۲؛ اسمیتس و همکاران، ۲۰۲۰) به این رویکرد اعتبار می‌بخشد. درمان سیستمی مبتنی بر ذهن‌سازی شیوهٔ جدید درمان نیست بلکه روشی یکپارچه برای پرداختن به درمان زوج‌ها و خانواده‌هاست. در رویکرد MIST، هدف اولیهٔ درمانگر کمک به یافتن راه‌حل‌های عملی برای مشکلات خانواده نیست بلکه او تلاش می‌کند موانع موقت یا تقریباً موقت در روابط خانواده را از بین ببرد. برای نمونه، چنین موانعی ممکن است شامل امتناع ناگهانی و نامنتظره از پاسخ به پرسشی، «خالی شدن ذهن» یا سوءبرداشت ناخواسته یا عمدی از گفته‌های فردی دیگر از اعضای خانواده بشود. با این حال حذف موانع این‌چنینی می‌تواند به افراد خانواده کمک کند تا راه‌حل(های) خود را برای مشکلات درک‌شده در طی جلسه بیابند.

چرا ذهن‌سازی بسیار مهم است؟

ما از ظرفیت تکاملی بی‌ظرفی برای یادگیری اطلاعات جدید و انتقال آن به کسانی که از ما می‌آموزند، به‌ویژه فرزندانمان، برخورداریم. ما نخستین سال‌های زندگی خود را صرف یادگیری شیوهٔ انجام‌دادن برخی کارها، چگونگی استفاده از واژگان بسیار، استفاده از ابزارها، میلیون‌ها قانونی که باید رعایت کنیم و مواردی دیگر می‌کنیم اما نمی‌توانیم، فقط با مشاهده، همه‌چیز را بیاموزیم. زندگی حقیقتاً بسیار پیچیده است. ما باید آموزش ببینیم و در طول هزاران سال، روش‌های بسیار کارآمدی برای انتقال اطلاعات به نسل بعدی ایجاد کرده‌ایم تا دقیقاً بدانند چه چیزی را باید بیاموزند و چه چیزی را خود بیافرینند.

هنگامی که کودکان مورد خطاب مستقیم قرار می‌گیرند، هنگامی که تماس چشمی با آنها برقرار می‌شود، وقتی با نام کوچکشان خوانده می‌شوند، هنگامی که کسی به آنها لبخند می‌زند یا با ابروی بالا رفته به آنها نگاه می‌کند و یا سلام گرمی به آنها می‌دهد، همهٔ این حرکات کوچک نشانه‌هایی برای کودکان است که دریابند آنچه رخ می‌دهد مهم است و باید آن را به خاطر بسپارند. این نشانه‌ها، که «سرنخ‌های رهنمون‌گر»^۱ نامیده می‌شوند (نگاه کنید به فصل هفتم)، به کودک کمک می‌کنند خود را یکی از اعضای مورد احترام و مهم جامعه بشمارد. آنها با نوعی «گوش‌به‌زنگی معرفت‌شناختی»^۲ طبیعی که همهٔ ما آن را احساس می‌کنیم، با بدگمانی به اطلاعات بالقوه مخرب، فریبده یا نادرست، به‌دلیل محافظت از خود، پاسخ می‌دهند (اسپربر و همکاران، ۲۰۱۰).

به‌نظر می‌رسد سرنخ‌های رهنمون‌گر باعث می‌شود کودک از خودمراقبتی رها شود، به آنچه شنیده

1. ostensive cues
2. epistemic vigilance

است گوش فرادهد و به آن عمل کند. چنین تصدیقی احتمالاً موجب می‌شود به آنچه می‌شنویم اعتماد کنیم؛ یعنی «اعتماد معرفت‌شناختی» یا اعتمادمان به دانش تحول می‌یابد. بزرگسالان نیز، مانند کودکان، به چنین احساس تصدیق و درک‌شدن از سوی دیگران واکنش نشان می‌دهند؛ صرفاً با این تفاوت که، از دید بزرگسال، ممکن است ابروبالانداختن یا لبخندزدن به او کافی نباشد. از نظر بزرگسالان، این سرخ‌های رهنمون‌گر اغلب به شنونده نشان می‌دهند که طرف صحبتشان آنها را «درک می‌کند»، عاملیت او و پیچیدگی‌های ذهنی وی را تشخیص می‌دهد و این حالات ذهنی را متوجه می‌شود و از آنها حمایت می‌کند.

کوتاه‌سخن اینکه گوینده، با واژگان یا کنش خود، نشان می‌دهد که قادر است جهان را از دیدگاه دیگری درک کند. در چارچوب سیستمی، آگاهی از ویژگی‌های خاص خانواده (مانند سنت‌های خاص، مرزها و حدود مشخص) می‌تواند، در قالب سرخ رهنمون‌گر، به ما کمک کند بدانیم چگونه به فردی اعتماد کنیم.

در این‌جا ذهنی‌سازی مطرح می‌شود زیرا درک ذهنیت دیگران به‌خودی‌خود، در صورت تعامل مناسب، موجب پدیدآمدن سرخ رهنمون‌گر قدرتمندی می‌شود. ذهنی‌سازی دارای ظرفیت ایجاد اعتماد معرفت‌شناختی است. اگر فردی را ذهنی‌سازی می‌کنم، او را به‌منزله فردی عامل شناخته‌ام. باین‌حال، برای ایجاد اعتماد معرفت‌شناختی از این طریق، باید بتوانم طرف مقابل را به‌خوبی ذهنی‌سازی کنم تا وی دریابد که ذهنی‌سازی دقیق و درستی از او صورت گرفته است.

ما انسان‌ها تکامل یافته‌ایم تا توانایی ارتباط برقرارکردن داشته باشیم و از سازکارهای اختصاصی ذهن‌خوانی ارتباطی استفاده کنیم تا بتوانیم در سیستم‌های اجتماعی مفید، همکاری مؤثری داشته باشیم (توماسلو، ۲۰۱۹). شاید خانواده از بارزترین نمونه سیستم‌هایی است که از این ظرفیت چشمگیر بهره‌مند می‌شود. البته در همین بافتار است که ایرادهای ذهن‌خوانی ارتباطی آشکارتر می‌شود. آنچه سعی می‌کنیم در MIST انجام دهیم این است که این بخش از ذهن اجتماعی را بازتنظیم کنیم. ما سعی نداریم افکار بد را با افکار خوب جایگزین کنیم یا، به‌جای احساسات بد، احساسات خوب ایجاد کنیم بلکه فقط فرصت‌هایی را برای بازگرداندن ذهن‌خوانی ارتباطی به حالت طبیعی خود، فراهم می‌آوریم. تلاش ما بر این است که موانع موجود در فرایندهای خودجوش تفکر و احساس را از سر راه برداریم.

آغاز فرایند: گفت‌وگوی تلفنی بر مبنای رویکرد ذهن‌سازی-سیستمی

به مورد خانم جی و سلیم بازمی‌گردیم

.....

درمانگر از خانم جی پرسید به‌نظر او مشکل چه اندازه اضطراری است و چقدر برای ملاقات با

درمانگر عجله دارد. خانم جی پاسخ داد: «در اولین فرصت ممکن ... می‌خوام به کلینیک بیام و درمورد سلیم و مشکلاتش توضیح بیشتری بدم.» درمانگر پرسید به نظر او چه کسی باید در نخستین جلسه حضور داشته باشد و از وی خواست مزایا و معایب آوردن فرزندش و نیز جوانب مثبت و منفی همراهی همسرش را در نظر بگیرد. همچنین او را تشویق کرد که فکر کند آیا شخص دیگری هست که حضورش در اولین جلسه مفید باشد. در ادامه، درمانگر این پرسش‌ها را با ملاحظت مطرح کرد:

- چرا تصور می‌کنید که بهتر است به‌تنهایی در جلسه حاضر شوید؟
- اگر همسر شما در جلسه اول حضور نداشته باشد، ممکن است دچار چه احساسی شود؟
- حضور سلیم در جلسه و شنیدن مشکلاتش از زبان شما چه پیامدهای منفی‌ای خواهد داشت؟
- اگر سلیم در جلسه حضور داشته باشد، شما ممکن است درمورد کدام یک از مشکلات او نتوانید صحبت کنید؟ این خوب خواهد بود یا بد؟

خانم جی با حوصله به تمامی پرسش‌ها پاسخ داد. هرچند برای جواب‌دادن به پرسش‌ها مکث می‌کرد و اغلب پاسخ‌هایش را با «نمی‌دونم» یا «مطمئن نیستم» آغاز می‌کرد. در ادامه، درمانگر درمورد ترجیح خانم جی درباره محل برگزاری نخستین جلسه پرسید: در کلینیک، در خانه، در مرکز بهداشت یا مکان دیگری که او بیشتر احساس راحتی می‌کرد؛ ترجیح همسرش و سلیم چیست؟ آنها چه تصمیمی خواهند گرفت؟ و آیا همسر خانم جی، با آنچه او به‌منزله مشکل توصیف کرده بود، موافق بود یا اصلاً می‌خواست مراجعه کند، یا نظر دیگری داشت؟ در پایان مکالمه تلفنی که تقریباً بیست دقیقه به طول انجامید، خانم جی گفت که ترجیح می‌دهد سلیم به‌همراه والدینش در اولین قرار ملاقات شرکت کند. درمانگر تصمیم وی را تأیید کرد و افزود خانم جی اگر بخواهد پس از بررسی بیشتر یا هم‌فکری درمورد جلسه مشاوره با اعضای خانواده یا دوستان، می‌تواند قرار ملاقات یا افرادی را که قرار است در آن شرکت کنند، تغییر دهد.

.....

خوانندگان این کتاب ممکن است درمورد خرد درمانگر تردید کنند زیرا مراجعی بالقوه را پیش از نخستین جلسه درمان، این‌چنین در برابر رگبار پرسش‌ها قرار داده است. در رویکرد MIST، درمان از همان لحظه‌ای آغاز می‌شود که افراد با درمانگر صحبت می‌کنند. بدین ترتیب درمانگر، از همان ابتدا، آنچه از برخورد درمانی انتظار می‌رود نشان می‌دهد: جلب توجه مراجع به احتمالات و دیدگاه‌های متفاوت. در اولین برخورد، مراجع تشویق می‌شود که خود و سایر اعضای سیستم را که ممکن است خانواده، خدمات مراقبتی کودک، مدرسه یا کودک و خدمات سلامت روانی نوجوان باشند، ذهنی‌سازی کند.

اما تشویق مراجع به ذهنی‌سازی، در عمل، به چه معنی است؟ پرسش‌هایی که درمانگر در طول مکالمه تلفنی با مادر سلیم مطرح کرد می‌تواند مداخله‌ای در نظر گرفته شود که به مادر سلیم، و البته درمانگر، کمک می‌کند به مسئله از زوایای متفاوتی نگاه کنند. مکالمات تلفنی مشابهی را می‌توان با مددکار اجتماعی، آموزگار، پزشک عمومی یا دیگر متخصصان انجام داد (اما به خاطر داشته باشید که، صرف‌نظر از منبع ارجاع، در رویکرد MIST ترجیح این است که، پیش از گفت‌وگو با متخصصان، با یکی از اعضای خانواده دربارهٔ مشکل صحبت کنید). درمانگران سیستمی تمایل دارند بافت (بافت‌هایی) را که درخواست کمک از آنها شکل می‌گیرد، در نظر بگیرند. در نظر گرفتن این بافت‌ها در سطوح گوناگون سیستم کمک‌کننده خواهد بود: سطح مراجع، ارجاع‌دهنده، دیگران مهم، سطح همسایگان و شبکهٔ دوستان، ارتباطات مبتنی بر مذهب، مدارس و شرایط کار اعضای خانواده، فرهنگ یا خرده‌فرهنگی که خانواده به آن تعلق دارد و زمینهٔ کلی سیاسی-اجتماعی. رویکرد بوم‌شناسی برون‌برنر (۱۹۸۶) با توضیحات فوق هم‌راستاست. توجه به بافت‌های دربرگیرندهٔ مراجع به درمانگران اجازه می‌دهد مداخلات چندسطحی را در نظر بگیرند. آیا آنها فقط باید با خانواده کار کنند؟ آیا درمان باید شامل متخصصان دیگر یا خانوادهٔ گسترده شود؟ چگونه می‌توان از روابط مبتنی بر مذهب، یا سایر روابط فرهنگی اعضای خانواده، برای تبیین مسائل کمک گرفت؟ آیا کودک یا والدین باید جداگانه با درمانگر ملاقات کنند؟ وقتی از منظر سیستمی به آن نگاه کنیم، درمانگران انتخاب‌های بسیاری دارند زیرا زمینه‌های احتمالی بسیاری برای شکل‌گیری درمان وجود دارد. ذهنی‌سازی فقط محصول رابطهٔ دوگانهٔ مادر-فرزند یا رابطهٔ سه‌گانهٔ مادر-پدر-فرزند نیست بلکه نتیجهٔ گروهی اجتماعی و فرهنگی است که کودک آن را بر دغدغه‌ها، ترس‌ها و لذت‌هایش متمرکز می‌داند (آسن، کمبل و فوناگی، ۲۰۱۹؛ فوناگی و همکاران، ۲۰۱۹). هدف کلی MIST تقویت ذهنی‌سازی در کل سیستم گسترده‌تر است. ما ادعا می‌کنیم مشکلات به این علت پدید می‌آیند که ذهنی‌سازی، در فضای بوم‌شناختی خانواده، متوقف و یا از مسیر خارج می‌شود.

ساخت مشترک بافت‌های درمانی

پس از بافت‌خوانی نوبت به بافت‌سازی می‌رسد. چگونه می‌توان بافت درمانی مناسب را برای درخواست کمک مراجع ایجاد کرد؟ پرسش درمانگران اغلب این است که «برای مطرح‌شدن مشکلات موجود، باید چه بافت‌هایی را استفاده یا ایجاد کنم؟» هنگام پاسخگویی به این پرسش اساسی، در نظر گرفتن چهار نوع بافت متفاوت مفید خواهد بود: شخص، مکان، زمان و فعالیت (آسن، ۲۰۰۴).

بافت شخص

این پرسش، که مشخصاً «چه کسی» باید در جلسه حضور داشته باشد، احتمالات بسیاری را مطرح می‌کند، از فرزندان، والدین و اعضای خانواده گسترده گرفته تا دیگران مهم، دوستان، شخصیت‌های مذهبی یا سایر متخصصان. به این ترتیب، سیستم درمانی پذیرای پیوستن افراد جدید به جلسات درمانی یا ترک افراد است. ذهنی‌سازی موضوعی بین‌فردی است. باید به خود یادآوری کنیم که ذهنی‌سازی در فضای «بین‌فردی» رخ می‌دهد. در این فضا ما دلایل اعمال دیگران (یا در واقع خودمان) را تصور می‌کنیم یا تصور می‌کنیم که در ذهن دیگران چه کسی هستیم؛ بنابراین بافت شخص تعیین‌کننده بافت ذهنی‌سازی است. احساسات و افکار، با تغییر در بافت، تغییر خواهند کرد.

بافت مکان

گزینه‌های متفاوتی برای «محل» برگزاری جلسه درمانی وجود دارد: کلینیک، خانه، مدرسه، بیمارستان، سوپرمارکت، دادگاه، مسجد و حتی راهروهای دادگاه. کار با کودک و خانواده در محیطی طبیعی، محیطی که مشکل به‌وضوح نمایان می‌شود، چه بسا مؤثرتر از محدودکردن تمامی کارهای بالینی به چارچوب دفتر مشاوره یا دیگر محیط‌های درمانی باشد.

«قدم‌زدن» حین گفت‌وگوی درمانی، به‌جای نشستن، ممکن است ذهن مراجع و درمانگر را آزاد کند. دقیقاً همانند تصمیم‌گیری درمورد حضور افراد در جلسه، تصمیم‌گیری درباره مکان جلسه درمانی نیز محتوا و شکل درمان را تعیین می‌کند. حالات روانی و پویایی میان اعضای خانواده در مکان‌های متفاوت، دقیقاً مانند حضور افراد گوناگون، متفاوت است.

مشکلات کودک در مدرسه ممکن است به‌علت تعارض بین مدرسه و خانه باشد؛ بنابراین مکان دارای اهمیت است. شاید احساسات و افکار در مکان خاصی دفن شده باشند. چه بسا هم بازدید از این مکان‌ها و هم انتخاب‌نکردنشان گزینه‌ای عاقلانه باشد اما احتمالاً عاقلانه‌ترین گزینه این است که بپرسیم چرا برخی مکان‌ها بلافاصله کنار گذاشته می‌شوند.

بافت زمان

بافت زمانی را می‌توان برحسب طول مدت جلسه، فراوانی، مدت درمان و زمان دقیق جلسه (یا جلسه‌ها) تعریف کرد. درمانگران، با رویکردهای متفاوت، تمایل دارند جلسات درمانی را در بازه زمانی مشخصی بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه، با تعداد مشخص جلسات شش یا دوازده و اغلب در مدت سه ماه تا یک سال برگزار کنند. آیا مدت زمان بهینه مشخصی درمورد جلسات درمانی وجود دارد؟ شاید زیگموند فروید جلسات پنجاه‌دقیقه‌ای را بیشتر برای سهولت یادداشت‌برداری و نه با هدف تعیین مدت بهینه مشاوره خود ابداع کرده بود. به همین صورت، برگزاری جلسات نود دقیقه‌ای درمانگران سیستمی اغلب برحسب عادت است تا نیاز.

بافت اغلب می‌تواند مدت جلسات را مشخص کند؛ هرچند نمی‌تواند قانونی قطعی تعیین کند. در خدمات بالینی اورژانسی، ممکن است برگزاری جلسه‌سی دقیقه‌ای برای هر خانواده واقع‌بینانه باشد. جلسات خانوادگی ده یا پانزده دقیقه‌ای ممکن است چارچوب زمانی مناسبی برای مداخله خانوادگی در مطب خانواده‌درمانگر باشد زیرا این بازه زمانی با بافت مراقبت‌های اولیه بسیار خاص متناسب است (آسن، تامسون، یانگ و تامسون، ۲۰۰۴).

در سوی دیگر طیف، چه بسا خانواده‌هایی که با چندین مشکل مواجه‌اند یا مشکلاتشان مزمن است و به جلسات طولانی‌تری نیاز داشته باشند. برگزاری جلسات شصت دقیقه‌ای، در فواصل دو هفته‌ای، احتمالاً تغییرات لازم را در خانواده‌ها ایجاد نمی‌کند. در این حالت، ممکن است مجبور باشیم مداخلات طولانی‌تری را در نظر بگیریم. این فعالیت‌ها در موقعیت چند خانواده انجام می‌شود (آسن، ۲۰۰۲) زیرا از نظر اقتصادی، مقرون‌به‌صرفه‌تر است که در چنین بازه زمانی‌ای با شش تا هشت خانواده کار کنیم نه فقط با یک خانواده.

پارامترهای بافتی در زمینه زمان‌بندی باید اجرایی و عمل‌گرایانه باشند اما عمل‌گرایی با چه هدفی؟ مدل MIST در این باره توضیحاتی می‌دهد که امیدواریم روشن‌کننده باشد. هدف اجرایی‌بودن یا عمل‌گرایانه‌بودن بهینه‌سازی ظرفیت سیستم برای ایجاد فضای درک حالات روانی است. به این معنی که رفتار، بیش‌ازپیش به‌منزله بازنمایی باورها، آرزوها، نیازها، امیال و مقاصد در نظر گرفته شود.

بافت فعالیت

در طول دوره درمان دقیقاً چه اتفاقی می‌افتد؟ فعالیت‌هایی که خانواده‌ها در آنها دخیل‌اند، ممکن است بسیار متفاوت باشد. البته این بافت شامل گفت‌وگوها یا بحث‌های درمانی است که بر کلمات متمرکزند. به عقیده ما، کتابچه‌های راهنما در توضیح جزئیات گفت‌وگوی درمانی اغلب زیاده‌روی می‌کنند و سعی دارند موضوع صحبت را دیکته کنند؛ این کار ممکن است ظرفیت ذهنی‌سازی افراد را محدود کند. در مدل MIST، از فعالیت‌های بازی‌گونه و استعاری متعددی استفاده شده است که برخی از آنها غیرکلامی یا فراکلامی‌اند؛ مانند ایفای نقش، مجسمه‌سازی، کلاژ و تمرینات جسمی. فعالیت‌های درمانی متناسب با مسائل مطرح شده است و ممکن است، از جلسه‌ای به جلسه دیگر، تغییر کند.

چرا MIST بیشتر از درمان‌های دیگر بر فعالیت‌های بازی‌گونه تمرکز دارد؟ این تمرکز به‌معنی بی‌احترامی به مراجعان نیست و مطمئناً نباید از رنج‌شدیدی که مراجعان هنگام ورود به اتاق درمان تحمل می‌کنند، غافل شد. MIST، به‌عمد و به‌منظور پرورش قوه تخیل و تصویرسازی ذهنی، بازی را در درمان به‌کار می‌برد زیرا ذهنی‌سازی و به‌ویژه ذهنی‌سازی انعطاف‌پذیر به‌گشودگی تخیل‌گرایانه نیاز دارد.