

گروه درمانی مبتنی بر ذهنی سازی

فهرست مطالب

پیش‌گفتار مترجمان	۷
پیش‌گفتار	۹
فصل ۱ پیشینه تاریخی و نظری گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی	۱۴
فصل ۲ اصول اصلی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی	۵۹
فصل ۳ مقیاس درجه‌بندی کیفیت گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی و پایبندی به آن (MBT-G-AQS)	۱۱۳
فصل ۴ بندهای MBT-G-AQS	۱۲۲
فصل ۵ رونوشت یک جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی	۲۰۹
منابع	۲۵۱
پیوست ۱ مقیاس درجه‌بندی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی	۲۵۹
پیوست ۲ مقیاس درجه‌بندی کیفیت گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی	۲۶۱
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی	۲۶۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی	۲۶۶

فصل ۱

پیشینه تاریخی و نظری گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی سازی

مقدمه

در فصل ۱ به شرح کوتاه زیربنای نظری می‌پردازم که مشکلات فرآیند ذهنی‌سازی را عامل اصلی بیماری‌زا در اختلال شخصیت مرزی (BPD) می‌داند. نظام درمانی که گروه ما معرفی می‌کند می‌تواند فضای امنی برای شکل گرفتن انواع تعاملات و تجربیات مؤثر در بهینه کردن ظرفیت‌های ذهنی‌سازی ایجاد کند. بررسی پیشینه تاریخی و نظری گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT-G) نشان می‌دهد که این درمان ریشه در نوعی باور حرفه‌ای دیرینه دارد. بیش از ۵۰ سال است که جهت روان‌درمانی درمانجویان^۱ مبتلا به اختلالات شخصیت (PD) به‌ویژه BPD از گروه‌درمانی استفاده می‌شود. با وجود پیشینه غنی همچنان با کمبود کارآزمایی‌های کنترل‌شده مواجه هستیم که اثرات مفید فرآیند ذهنی‌سازی را تأیید کنند. در آغاز هزاره جدید چندین کارآزمایی تصادفی نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) و رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) با برخورداری از مؤلفه گروهی از سایر درمان‌های رایج مؤثرتر هستند (لینهان، ۱۹۹۱، ۱۹۹۳؛ بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۱، ۲۰۰۹). مسئولین بهداشت روان‌درمانی گروهی درمانجویان مبتلا به BPD را بخشی از درمان MBT یا DBT معرفی می‌کنند (NICE، ۲۰۰۹).

در ادامه از آنجا که درمانگران مشکلات ناشی از ذهنی‌سازی را برای درمانجویان مبتلا به BPD در موقعیت‌های گروهی دست کم می‌گیرند، به پویایی‌های گروه از دیدگاه تکاملی و دلبستگی می‌پردازم. ما/انسان‌های خردمند به عنوان نخستین‌های پیشرفته از خزانه ژنتیکی غنی بهره‌مند هستیم که ما را به‌صورت غریزی به پیروی از قوانین اصلی گروه و پذیرش هیجان‌های جمعی هدایت می‌کند. ما انتخاب می‌کنیم که عضوی ساکت و خاموش در گروه یا عضوی از یک زیرگروه پرتعامل باشیم تا از

۱ به ترجیح مترجمان patient معادل «درمانجو» در نظر گرفته شد

ذهنی‌سازی دیگران در گروه بهره‌مند شویم؛ بدون نیاز به تلاشی مضاعف در ذهنی‌سازی فردی، فقط کافی است از روش کاری بقیه اعضای گروه پیروی کنیم. درمانجویان مبتلا به BPD احتمالاً در طیفی بین عدم ارتباط یا ارتباط افراطی قرار می‌گیرند.

فصل ۱ به چالش‌های مضامین فوق در رابطه با درمانجویان مبتلا به BPD می‌پردازد و با تأکید بر ایجاد و حفظ گروه به منزله «بستری برای آموزش ذهنی‌سازی» پایان می‌یابد.

ذهنی‌سازی، مشکلات فرآیند ذهنی‌سازی و اختلال شخصیت مرزی

اختلال شخصیت مرزی یکی از طبقات تشخیصی در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تعریف شده است (و در ویرایش دهم دسته‌بندی آماری بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) با برجسب اختلال شخصیت بی‌ثباتی هیجانی معرفی می‌شود). با این حال، خود این دسته‌بندی ابهام دارد. طبق قوانین تشخیصی فرد دست کم باید پنج مورد (از نه مورد) از علائم ذکر شده را داشته باشد. با توجه به اینکه هیچ‌کدام از این معیارها الزامی یا ضروری نیستند، ۲۵۶ روش مختلف برای تشخیص اختلال مرزی وجود دارد (یوهانسون و همکاران، ۲۰۰۴)! اینکه درمانجویان هر دسته از اختلالات شخصیت از ویژگی‌هایی برخوردارند که از برجسب‌های تشخیصی خارج است، نیز بر پیچیدگی مسئله می‌افزاید. درمانجویان مبتلا به BPD (با هر اختلال شخصیت «همآیند»)، وقتی از طریق مصاحبه بالینی ساختارمند برای اختلالات محور دوم DSM-IV (SCID-II) ارزیابی می‌شوند، به‌طور میانگین حدود ۱۵ صفت شخصیتی ناسازگارانه از خود بروز می‌دهند (کارتروود و همکاران، ۲۰۱۰). ده‌ها صفت شخصیتی دیگر ممکن است در درمانجویانی با اختلالاتی غیر از مورد مرزی وجود داشته باشد که اگر این صفات شخصیتی را نیز به این اختلال اضافه کنیم، ناهمگونی مسئله بیشتر می‌شود. در این صورت ممکن است با درمانجویان BPD در مرز روان‌پریشی، با ویژگی‌های پارانوئید قوی و اختلال استرس پس از سانحه یا با ویژگی‌های ضد اجتماعی و اختلال مصرف مواد یا با ویژگی‌های اجتنابی و اختلال خوردن مواجه شویم. میزان شدت این علائم می‌تواند مسائل را حتی از قبل هم پیچیده‌تر کند. به‌طور کلی هرچه تعداد صفات و معیارهای اختلال شخصیت بیشتر باشد، تشخیص دشوارتر می‌شود (کرامر و همکاران، ۲۰۰۷). تعداد معیارها با کژکاری اجتماعی و کیفیت پایین زندگی همبستگی خطی دارد که با مقیاس ارزیابی جهانی عملکرد (GAF) نیز ثبت شده است. هرچه معیارهای بیشتری وجود داشته باشد، نمره GAF کمتر می‌شود (پدرسون و کارتروود، ۲۰۱۲).

بنابراین در این راهنما اصطلاح BPD به گروه ناهمگنی از درمانجویان اشاره می‌کند و مفهوم گسترده‌تری از BPD را مد نظر قرار می‌دهد. درمانجویانی که از پنج معیار BPD برخوردار نیستند ولی سه یا چهار معیار را نشان می‌دهند و سایر ویژگی‌های مهم آسیب‌زای شخصیت را دارند (همانند

صفات نمایشی، خودشیفته، ضد اجتماعی، یا اجتنابی)، در وضعیت بالینی مرزی معمول همراه با نشانه‌های: روابط ناپایدار، آشفتگی هویت و اختلال در تنظیم هیجان، قرار می‌گیرند و می‌توانند از درمان MBT بهره‌مند شوند.

وقتی اولین بار آدولف استرن روان‌پزشک آمریکایی اصطلاح «گروه مرزی» را در سال ۱۹۳۸ مطرح کرد، پژوهش‌های بالینی، نظری، جلسات، سمینارها و کنفرانس‌های متعددی برگزار شد و نام همکاران برجسته‌ی زیادی در تاریخ روان‌شناسی و روان‌پزشکی به منظور تبادل نظر مستمر درباره‌ی ماهیت آسیب‌شناسی مرزی ثبت شد. دلیل این مشارکت بالای محققان احتمالاً به این واقعیت برمی‌گردد که آسیب‌شناسی مرزی با سؤالات بنیادین پیرامون وضعیت وجودی انسان کنونی مرتبط است و صرفاً یک اختلال روان‌پزشکی نیست.

تعریف

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی از نظریه‌ی ذهنی‌سازی شکل گرفته است. ذهنی‌سازی جنبه‌ی درون‌فردی و بین‌فردی دارد و به درک رفتار و تجربه‌های خود فرد و دیگران بر اساس پدیده‌های ذهنی اشاره می‌کند. مثلاً احساسات، نگرش‌ها، آرزوها، امیدها، دانش، اهداف، برنامه‌ها، رؤیاهای، باورهای غلط و نظایر اینها. اگر فرد درکی ذهنی از خود و دیگران نداشته باشد، به راحتی ممکن است تحت تأثیر نیروهای بیرونی، محرک-پاسخ‌های ساده، رویدادهای اتفاقی، سائق‌ها و غرایز اولیه، فرآیندهای بیماری و غیره قرار گیرد. ذهنی‌سازی می‌تواند گاهی آن‌قدر ساده و بدیهی باشد که هرگز متوجه آن نشویم، گاهی هم می‌تواند بسیار چالش‌برانگیز باشد. ذهنی‌سازی توانایی توجه مستقیم فرد به جنبه‌های مربوط به پدیده‌های درون‌روانی فردی و بین‌فردی را پیش‌بینی می‌کند و قسمت اعظم آن به شکل غیرارادی و خودکار انجام می‌شود. در زندگی روزمره با نسبت دادن نیت‌ها و خواست‌ها به یکدیگر به صورت خودآگاه یا ناخودآگاه دائماً در حال ذهنی‌سازی هستیم. ذهنی‌سازی آشکار^۳ به این معناست که ما آگاهانه درباره‌ی انگیزه‌ها و حالت‌های خود و دیگران فکر می‌کنیم. به دلیل ماهیت ذهن‌گامی تلاش‌های ذهنی‌سازی «به شکست» می‌انجامد، به این معنی که خودمان و دیگران را به درستی در نمی‌یابیم. گاهی درباره‌ی افکار و احساسات خودمان و دیگران اشتباه می‌کنیم. هرچقدر مهارت ما در ذهنی‌سازی کمتر باشد، سوءبرداشت‌های ما بیشتر خواهد بود.

ریشه‌های تاریخی

مفهوم ذهنی‌سازی به باوری در روانکاوی فرانسوی برمی‌گردد که سائق و هیجان را به نماد تبدیل

می‌کند (بوچارد و لکورز، ۲۰۰۸) و با نظریه تفکر^۱ ویلفرد بیون روانکاو بریتانیایی هماهنگ است (بیون، ۱۹۷۰). پروفیسور پیتر فوناگی و همکاران مطرح‌کنندگان اصلی مفاد نوین این مفهوم هستند (فوناگی و همکاران، ۲۰۰۲) اما کانون این تفکر مؤسسه آنا فروید و کالج دانشگاه لندن بود؛ با این همه، مباحث کنونی ذهنی‌سازی مجموعه وسیع‌تری از پژوهشگران و متخصصان بالینی را در بر می‌گیرد (لوتن و همکاران، ۲۰۱۲). این مفهوم مجموعه نظریه‌های تکامل، دلبستگی، روانشناسی تحولی، روانکاو، زیست‌شناسی عصبی، پویایی‌های گروه و آسیب‌شناسی شخصیت را در بر می‌گیرد و از نظر تاریخی با نظریه جان بالبی (۱۹۹۸) درباره «الگوهای کاری درونی»^۲ در ذهن کودکان همسو است به‌ویژه درباره مفهوم بازنمایی‌های درونی^۳ که از تجارب دلبستگی آنها شکل می‌گیرد. فوناگی و همکاران نظریه عام خودتحولی را بنا نهادند که ریشه در رابطه دلبستگی دارد (فوناگی و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۶، ۱۹۹۷، ۲۰۰۲). طبق این نظریه دامنه و عملکرد مفهوم دلبستگی بسط یافته و شیوه‌ای برای مقابله با ترس‌هایی است که می‌تواند امنیت و بقای کودکان را تهدید کند. مفهوم دلبستگی مهم‌ترین عامل شکل‌گیری مفهوم خود و نیز ایجاد توانایی تأمل بر احوالات ذهنی^۴ است.

ذهنی‌سازی، خودتحولی و دلبستگی

نظریه خودتحولی و ذهنی‌سازی در کتاب تنظیم عواطف، ذهنی‌سازی و خودتحولی به تفصیل تشریح شده است. سؤالات اساسی در این زمینه عبارت‌اند از اینکه چگونه «خود» که لازمه فردیت و خودتأملی است، شکل می‌گیرد (مثلاً تجربه متمایز بودن از دیگر افراد و دیگر چیزها، مسئول اعمال خود بودن، عامل و مالک افکار و عواطف خود بودن و توانایی تأمل بر عواطف و افکار خود)؟ مهم‌ترین فرضیه این است که رابطه دلبستگی بستری است که در آن احوالات ذهنی کودک توسط فرد همدل دیگری تجربه و تفسیر می‌شود و آینه‌وار به او باز می‌گردد. کودک با قرار گرفتن در فضای اجتماعی-فرهنگی ایمنی که در آن افراد یکدیگر را حمایت می‌کنند، ظرفیت و توانایی ذهن‌خوانی را کسب می‌کند. این امر در او خودادراکی و خودآگاهی را پرورش می‌دهد. بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در روابط دلبستگی نایمن توان درک نیت‌های دیگران کاهش می‌یابد و در نتیجه فرد نمی‌تواند از شایستگی اجتماعی مناسبی برخوردار باشد (کارترود و همکاران، ۲۰۱۰). به‌ویژه می‌توان گفت دلبستگی آشفته^۵ در دوران کودکی ممکن است منجر به آسیب‌های روانی در بزرگسالی شود.

نظریه عام خودتحولی در مطالعات بسیاری محل بحث و بررسی قرار گرفته است. گیورگی

1 theory of thinking

2 internal working models

3 internal representations

4 mental states

5 disorganized attachment

گرگلی، روانشناس مجارستانی، یکی از پژوهشگرانی است که در این زمینه نقشی جدی ایفا کرده است؛ او علاقه ویژه‌ای به این مسئله دارد که بدانند مفهوم خود هسته‌ای (که در سایر نخست‌های نیز یافت می‌شود) چگونه به خود تأمل‌گر در انسان تغییر و تبدیل می‌یابد (گرگلی و آنوکا، ۲۰۰۸). این روند با شکل‌گیری بازنمایی‌های ابژه^۱، و بعدها بازنمایی‌های خود و یکپارچگی با نظام هیجانی اولیه ارتباط نزدیکی دارد. برای اینکه فرد بتواند درباره خود و دیگران (ابژه‌ها) تأمل کند، می‌بایست خود و دیگری (و رابطه با دیگران مهم) در سیستم حافظه وی بازنمایی شود. این بازنمایی‌ها باید در حافظه کاری بازیافت‌پذیر باشند و با گذشته، حال، آینده، احساسات و مسائل مربوط مرتبط شوند. افزون بر این، لازمه خود منسجم وجود عامل واحدی است که بازنمایی‌های خود، بازنمایی‌های ابژه و حالات عاطفی گوناگون را سامان دهد. بدون فاصله بازتابی، فرد در خطر «آشفته‌گی هیجانی» قرار می‌گیرد.

نظریه ذهنی‌سازی نشان می‌دهد که چگونه فرد در تعامل با شخص دیگری که ذهنی‌سازی می‌کند، می‌تواند نوعی گفت‌وگوی بازتابی با خود داشته باشد. فرد با ابزارهای اجتماعی به دست آمده می‌تواند فشارهای ناشی از فعال شدن نظام‌های هیجانی اولیه را به درستی درک و متناسب با فرهنگ ابراز کند. این نظریه خودآگاهی را با خلق و خو پیوند می‌دهد.

در این قسمت لازم است با مفاهیم زیر از روانشناسی تحولی (به دلیل کاربردی که در پیشینه بالینی MBT دارند) آشنا شوید: درک هدفمندی عینی^۲، تفکر برابری روانی^۳، مدل وانمودی^۴، تفکر پیش‌ذهنی و تفکر بازنمایی.

کودکان کم‌وبیش از ۹ ماهگی تمایز بین هدف و وسیله رسیدن به آن و انطباق با شرایط جدید را کسب می‌کنند. آنها می‌توانند (از میان گزینه‌های مختلف) راهی برگزینند که به‌بهترین وجه به هدف برسند. اینجا می‌توان در مورد خود به عنوان عاملی هدف‌محور (هدفمندی عینی) صحبت کرد. ظرفیت کنش هدف‌محور به توانایی تفکر علت و معلولی یا فهم قصد و نیت پشت اعمال ربطی ندارد، اما کنش را به هدف پیوند می‌دهد. اصطلاح «هدفمندی عینی» برای نوعی تفکر مربوط به واپس‌روی احوالات ذهنی نیز به کار می‌رود. این نوع تفکر زمانی صورت می‌گیرد که درمانجویان در پذیرش هر چیزی غیر از اعمال هدفمند عینی مشکل دارند، نظیر: «من تا وقتی که آن را نبینم باور نمی‌کنم که...» و «تو این کار را خواهی کرد.» «اگر واقعاً به من اهمیت می‌دهی باید...»

از حدود ۲ سالگی کودک درمی‌یابد که نیت‌های (آرزوها، نیازها) دیگران می‌تواند منتهی به عمل شود، بدون اینکه واقعاً نیاز به عملی باشد. مثلاً کودک می‌تواند به دیگران در کارهایی که برایشان

1 object representation

2 teleological

3 psychic equivalence

4 pretend

اولویت دارد، کمک کند. در اینجا منظور از خود نوعی عامل ارادی است. این توانایی تفکر به روش ذهنی‌سازی را «نظریه ذهن ساده‌انگارانه» نامیده‌اند. کودک اکنون می‌تواند نیت‌های کلی را به دیگران نسبت دهد، اما این امر تابع اصل انسجام ذهنی است؛ یعنی، هنوز قادر به درک این مسئله نیست که دیگران می‌توانند نیت‌های متناقضی داشته باشند. کودک در همین حدود سنی مفهوم «من» را درمی‌یابد و انگیزه اعمال، افکار و احساسات را بیشتر از قبل به «خودش» نسبت می‌دهد. با این حال آگاهی معطوف به بیرون و «در لحظه» است. یعنی منطبق با اهداف دنیای پیرامون و وابسته به شرایط موجود است. تفکر انتزاعی بیرون از این لحظه در این سن امکان‌پذیر نیست (بوگدان، ۲۰۱۰).

نظریه تفکر پیش‌ذهنی در این مدل تحولی نقش محوری دارد. در ابتدا تفکر در سطح برابری روانی است، یعنی کودک قادر به تمایز دنیای درونی و بیرونی (یا خیال و واقعیت) نیست و هنوز چنین بینشی ندارد. یکی از شیوه‌های کسب این توانمندی بازی وانمودی است. ماهیت بازی طوری است که اشکال متضادی از واقعیت شبیه‌سازی می‌شود. کودک در حین بازی تصور می‌کند که دیگران با واقعیت خود فرق دارند. با این بازی پی می‌برد که می‌توان خیال و واقعیت را دستکاری کرد. وضعیتی که شباهت خیال و واقعیت آنقدر زیاد است که از هم قابل تمایز نیستند، برای کودک بسیار هیجان‌انگیز است. مثلاً وقتی پدر کم‌وبیش شبیه یک عروسک شیطانی است. هنگامی که توانایی تمایز خیال و واقعیت به‌درستی درک نشده باشد، کودک بین دو مدل تفکر برابری روانی که در آن دنیا می‌تواند «بیش از حد واقعی» تصور شود و تفکر وانمودی که با واقعیت فاصله زیادی دارد، در نوسان است.

از حدود ۴ سالگی نوعی تحول شناختی رخ می‌دهد (بوگدان، ۲۰۱۰). کودک از «نظریه ذهن» پخته‌تری برخوردار می‌شود، به این صورت که نیت‌ها را بخشی از شبکه پیچیده بازنمایی‌های خود و دیگری ادراک می‌کند. عملکردهای اجرایی پیشرفته (در کنار دیگر مکانیسم‌ها) برای کودک توانایی انجام عملیات فراشناختی را ایجاد می‌کند تا بتواند اساس بازنمایی‌هایی را درک کند که نمایانگر چیزی مثل نسبییت تفکر^۱ است. از این رو، فراشناخت پیش‌شرط خودآگاهی است، مثلاً بدانم که فکر ساخته ذهن من ممکن است اشتباه باشد (مثلاً این فکر که پیتر گرسنه است ممکن است بازنمایی اشتباهی از این مرحله باشد). در این مرحله خود عامل بازنمایی است و کودک تا پیش از این مرحله، ظرفیت ذهنی‌سازی آشکار را ندارند. فراموشی در دوران کودکی (قبل از ۳ تا ۴ سالگی) به این دلیل است که کودک خردسال قادر نیست تجارب شخصی را به عنوان وقایعی مختص به خودش در نظر بگیرد، یعنی نمی‌تواند بفهمد که این اتفاق از منظر روایت زندگی مختص «من» است. قبل از این سن فقط مجموعه‌ای از خاطرات گهگاهی نامنسجم وجود دارد که ساختار روایتی ندارد. از این به بعد ظرفیت ذهنی‌سازی به‌سرعت رشد می‌کند. چالش این مرحله این است که حتی در موارد و شرایط

پیچیده‌تر بتواند بین خیال و واقعیت تمایز قائل شود و تشخیص دهد که افکار و احساسات فقط بازنمایی‌هایی از واقعیت هستند نه خود آن.

خود روایت‌گر (حدود ۵ تا ۶ سالگی) مبتنی بر خود به عنوان عاملی بازنمایی است. گذار از حافظه رویدادی و روندی^۱ به حافظه بیانی^۲ (مثلاً: «برای من اتفاق افتاد») از نظر دامنه و پیچیدگی بسط می‌یابد. اکنون فرد می‌تواند اعمال و تجربیاتش را به‌شکلی واقع‌بینانه و منسجم‌تر روایت کند. اما، پیش‌فرض این توانمندی حفظ ظرفیت بازنمایی چندگانه خود و دیگری به گونه‌ای است که توالی زمانی و روابط علی و معنادار بین آنها برقرار شود. به‌طور کلی، می‌توان گفت که هدف این دوره تحولی تثبیت ساختارها و توانایی‌هایی است که پیش‌شرط خود بازنماگر و خود روایت‌گر به شمار می‌روند. چالش‌های فرهنگی-اجتماعی که کودک با آنها مواجه می‌شود، افزون بر رسوم فرهنگی-اجتماعی پیچیده که در آن گیر می‌افتد، فشار مداومی را موجب می‌شود که از رهگذر آن توانایی‌های ذهنی‌سازی در او بکار می‌افتند تا بتواند دنیا را معنادار و فهمیدنی تفسیر کند. تعاملات هیجانی بین کودک و نگاره‌های دلبستگی^۳ برای رسیدن به این هدف ضروری به شمار می‌رود.

نظریه ذهنی‌سازی بر توانایی ذهنی‌سازی (از جمله فراشناخت) به عنوان مهم‌ترین جنبه خود و ایجاد کننده یک خود منسجم تأکید دارد. بدون ذهنی‌سازی، وقتی فرد در معرض رویدادهای درونی و بیرونی قرار می‌گیرد، بدون اینکه خودآگاهی داشته باشد، دائماً در نوسان و تغییر است و از احوالات خود ناسازگار و متغیری برخوردار است. ذهنی‌سازی به این احوالات خود متغیر معنی و مفهوم می‌بخشد و آنها را از منظر گذشته فرد، برداشت‌های وی از دیگران، در تعاملات کنونی و آینده ارزیابی می‌کند. ذهنی‌سازی نوعی توانایی ژنتیکی است، اما با حضور دیگران محقق می‌شود و از رهگذر تعامل با آنها تجلی می‌یابد.

ذهنی‌سازی و اختلالات شخصیت

نظریه ذهنی‌سازی با مفاهیم و نظریه‌های مربوط به اختلال شخصیت مرزی همبستگی زیادی دارد. این ارتباط نتیجه روابط کاری نزدیک پیتر فوناگی و آنتونی بیتمن در لندن است. آنها هر دو از تحلیل‌گران و متخصصان بالینی فعال هستند که به پژوهش درباره درمانجویان مرزی می‌پردازند و به درمان آنها مبادرت می‌ورزند. فوناگی و بیتمن با هم به MBT شکل دادند (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۴). با این حال لازم است بدانید که نقص در توانایی ذهنی‌سازی مشخصه کلیه PD ها است. این امر تا حدی بدیهی است زیرا یکی از معیارهای عمومی PD این است که فرد دارای الگوهای فکری ناسازگار است، مثلاً

1 episodic and procedural memory

2 declarative memory

3 attachment figures

رویدادهای بین فردی را تحریف یا به شکل نامنعطف تفسیر می‌کند. نظریه ذهنی‌سازی به بررسی و توضیح مشخصه‌های این الگوهای تحریفی و نامنعطف تعبیر و تفسیر می‌پردازد. در این نظریه تمرکز بر الگوهای فکری «پیش‌ذهنی» شامل تفکر برابری روانی و مدل وانمودی است. تفکر برابری روانی ساده، ملموس، سیاه و سفید و سرسخت است و به واقعیتی اشاره می‌کند که به اندازه‌ای حقیقی پنداشته شده که جایی برای دیدگاه‌های دیگر باقی نمی‌گذارد. اما در مدل وانمودی ارتباط با واقعیت قطع شده است، طوری که افکار و گفتار مبهم، استعاره‌ای و خالی از هرگونه هیجانی است. نظریه شناختی تفسیرهای تحریف‌شده و نامنعطف را طرح‌واره‌های شناختی غیر انطباقی تلقی می‌کند. نظریه ذهنی‌سازی با تأکید بیشتر بر اهمیت هیجان‌ها، شرایط و ساختار دلبستگی به پیامدهای درمانی می‌پردازد. اما نکته اصلی این است که در همه PD ها توانایی تفسیر مناسب رویدادهای بین فردی بین ذهن دو نفر طوری مختل شده که از اهمیت بالینی برخوردار است.

برای مثال، فردی که به اختلال شخصیت پارانوئید مبتلا است، دیگران را بدتر از آنچه در واقعیت هستند تفسیر می‌کند و خود را در برابر توطئه و فریب‌کاری آسیب‌پذیرتر از واقعیت می‌پندارد که این خود پیامد نقص در توانایی ذهنی‌سازی فرد است. اما نظریه از این سطح فراتر می‌رود و به «عواطف ذهنی‌سازی‌نشده» نیز می‌پردازد. در مورد اختلال شخصیت پارانوئید، نوعی غضب خودشیفته مزمن، نوعی خود بیگانه^۱ و همانندسازی فرافکنانه^۲ وجود دارد (فوناگی و همکاران، ۲۰۰۲). فرد مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید در صورت مواجهه با هر گونه رفتار تحقیرآمیز قادر نیست آن را تا مدت‌ها فراموش کند. در عمق وجود وی سازش‌ناپذیری مطلق شکل می‌گیرد که افکار او را درگیر انتقام و کینه‌توزی می‌کند. مجموعه‌ای درهم تنیده از بازنمایی‌های خود، عواطف و بازنمایی‌های دیگران که به صورت ضعیف و ناکارآمدی ذهن را کنترل می‌کند. بدین معنی که وقتی شخص حقارت را تجربه می‌کند، بی‌درنگ به تفکر برابری روانی متوسل شده، نامنعطف و نامعقول می‌شود و بر شکل روایت خود از واقعیت پافشاری می‌کند. در این حالت تجارب تحقیرآمیز قبلی و غضب ناشی از آنها نیز در کانون توجه قرار می‌گیرد و مانع از تفکر بین ذهنی صحیح می‌شود. در نتیجه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی لاجرم بر عواطف نیز متمرکز است.

همان‌طور که مثال اختلال شخصیت پارانوئید نشان می‌دهد، در نظریه ذهنی‌سازی عارضه کلی اهمیت دارد، یعنی تفکر تحت تأثیر حالت هیجانی فرد است. اگر فردی علاقه‌مند و کنجکاو باشد احتمالاً افکار خوش‌بینانه دارد. اگر افسرده باشد احتمالاً افکار غم‌انگیز و ناراحت‌کننده‌ای در سر دارد. اگر شیدا باشد افکار بلندپروازانه و غیر واقع‌بینانه دارد. اگر ترسیده باشد افکار نگران‌کننده دارد و اگر