

# گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT-G)

## راهنمای نظری، بالینی و پژوهشی

تألیف

زیگموند کارترود

ترجمه

سارا انتظاری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

حدیثه عطائی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی

دکتر فرزانه هراتیان

استاد دانشگاه

ویراستار

حسام گودرزی



## فهرست مطالب

پیش‌گفتار مترجمان .....	۵
پیش‌گفتار .....	۷
فصل ۱ پیشینه تاریخی و نظری گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی .....	۱۳
فصل ۲ اصول اصلی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی .....	۵۸
فصل ۳ مقیاس درجه‌بندی کیفیت گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی و پایبندی به آن (MBT-G-AQS) .....	۱۱۲
فصل ۴ بندهای MBT-G-AQS .....	۱۲۱
فصل ۵ رونوشت یک جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی .....	۲۰۷
منابع .....	۲۴۹
پیوست ۱ مقیاس درجه‌بندی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی .....	۲۵۵
پیوست ۲ مقیاس درجه‌بندی کیفیت گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی .....	۲۵۷
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی .....	۲۵۹
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی .....	۲۶۲

## پیش‌گفتار

این راهنما نسخه انگلیسی نسبتاً بسط‌یافته و اصلاح‌شده کتابی است که به زبان نروژی در سال ۲۰۱۲ منتشر شد (گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی؛ کارترود، ۲۰۱۲). دلیل این اصلاحات این بود که در کتاب اصلی بارها به کتاب درسی من با عنوان «تحلیل گروهی و گروه‌درمانی روان‌پویشی» (کارترود، ۱۹۹۹) در خصوص گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT-G) در قالب نظری و بر پایه تحلیل گروهی و گروه‌درمانی روان‌پویشی اشاره شده بود، اما ترجمه انگلیسی نداشت. کتاب درسی به تشریح ریشه‌های فرهنگی، فلسفی، روان‌کاوی و عمل‌گرایانه تحلیل گروهی می‌پردازد و تاریخچه مفصلی از بنیانگذاران مهمی چون زیگموند فولکز، نظریه‌های مرتبط، مفاهیم زیربنایی تحلیل گروهی و ابهامات نظری و درمانی حل‌نشده را نیز بررسی می‌کند. تحلیل گروهی بیشتر از همتای منحصربه‌فرد خود یعنی روان‌کاوی بر روابط تمرکز دارد، با این حال همچون روان‌کاوی باید همواره به‌روز شود. لازم بود نظریات زیربنایی در مورد انسان خردمند<sup>۱</sup> از لحاظ اجتماعی تا جوهره وجودی به گونه‌ای عمیق‌تر از مفاهیم (منسوخ) روان‌کاوانه (فردی) دستگاه روان و نظریه سائق‌ها تجزیه و تحلیل شود. روان‌شناسی خود نیز از تدابیری برخوردار بود که به تحلیل گروهی غنا می‌بخشید. همان‌طور که هاینز کوهاث اختلال شخصیت خودشیفته را اختلالی نمادین برای درک ماهیت «خود»<sup>۲</sup> و ملزومات درمان روان‌کاوی می‌دانست، من نیز نقطه نظرات خود را با مالکوم پائیز از پیشگامان تحلیل گروهی در میان گذاشتم (مالکوم پائیز، ۱۹۹۶a، ۱۹۹۶b) که اختلال شخصیت مرزی (BPD) می‌تواند نقطه آغازی برای درک پویایی‌های گروه و پتانسیل درمانی آن باشد. هم‌زمان با این مطالعات در ایالات متحده نیز پیشرفت‌های نظری و درمانی مشابهی صورت می‌گرفت. خوشبختانه والت استون در مسیر کشف و بررسی پویایی‌های گروه و مفهوم «خود» من را همراهی می‌کرد (کارترود و استون، ۲۰۰۳؛ استون و کارترود، ۲۰۰۶).

هر دو نظام تحلیل گروهی و روان‌شناسی خود از دیدگاه‌های نظری متفاوتی برخوردار بودند که ماهیت انسان را دوگانه توصیف می‌کرد. تحلیل گروهی نتیجه نوعی نظریه سائق متافیزیکی و پیچیده

---

1 Homo sapiens

2 self

بود و روان‌شناسی خود به علم تفسیر<sup>۱</sup> محض و یک‌جانبه‌ای متوسل شده بود و استفاده از علوم طبیعی برای درک و فهم ذهن را رد می‌کرد (کوهات، ۱۹۵۹؛ کارترود، ۱۹۹۸). به نظر پل ریکور (۱۹۸۱ا) علم تفسیر نوین فراتر از این نگرش‌های به‌ظاهر متضاد است. علم تفسیر بین علوم طبیعی و علوم انسانی شکافی ایجاد نمی‌کند. همان‌طور که ورای زبان ماهیتی وجود دارد، ورای علم تفسیر نیز ماهیت خاصی وجود دارد که آن را به یک عمل امکان‌پذیر تبدیل می‌کند. به نظر کوهات علم تفسیر ابزار اصلی روانکاوی است. این سخن در مورد اولین موج روان‌درمانی مبتنی بر علم تفسیر درست بود. اما نسل بعدی محققین گامی جسورانه به جلو برداشتند و از ریکور پرسیدند که ماهیت خود علم تفسیر چیست؟ عناصر اصلی تفسیر<sup>۲</sup> کدام‌اند؟ چگونه شکل می‌گیرند؟ و چه زمانی با هم یکپارچه شده و خودادراکی واقعی به‌وجود می‌آید؟ ریکور در کتابش با نام خود به مثابه دیگری (۱۹۹۲) از دیدگاهی فلسفی شرح می‌دهد خودادراکی (و در نتیجه «خود») ظرفیتی است که در فرد به‌وجود می‌آید تا بتواند توجه‌اش را به دنیای خود معطوف کند. این ظرفیت با کمک خرد عقلانی و فرهنگی در جامعه به‌دست می‌آید، به بیان دیگر درک دنیا و دیگران بر خودادراکی مقدم است.

در کتاب «تحلیل گروهی و گروه‌درمانی روان‌پویشی» (کارترود، ۱۹۹۹) مفاهیم این دیدگاه را در تحلیل گروهی به تفصیل شرح می‌دهم. شوربختانه، این کتاب نظری و کاربردی به زبان انگلیسی در دسترس نیست ولی قسمت‌های پراکنده و مختلفی از منابع انگلیسی که در پاراگراف‌های قبلی به آنها اشاره شد، نکات اصلی را در بر می‌گیرد.

کتاب درسی تحلیل گروهی من از زمان انتشار بیشتر در مناطق اسکانندیناوی مورد استفاده قرار گرفت. وقتی به نظریه و کاربرست ذهنی‌سازی روی آوردم، حوزه‌ای را پیدا کردم که سرشار از انرژی و نشاط، مفاهیم تازه و الهام‌بخش، دیدگاهی تجربی و روش درمانی جدیدی بود. مهم‌تر اینکه همه اینها بر پایه اصول علم تفسیر بنا شده بود. مثلاً اینکه توان تفسیر، که روش درک دیگران و خود فرد است، چگونه به‌وجود می‌آید؟ و آیا تفاوت‌های فردی در فرآیندی که اکنون «ذهنی‌سازی» نام دارد، در آسیب‌شناسی روانی نیز کاربرد دارد یا خیر؟ در دهه‌های گذشته دانشمندان در بسیاری از آثار علمی غنی ذهنی‌سازی، به این پرسش‌ها پرداخته‌اند (فوناگی و همکاران، ۲۰۰۲) که به‌طور کلی اختلالات شخصیت و به‌طور خاص اختلال شخصیت مرزی را در بر می‌گیرد (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۴). ظرفیت ذهنی‌سازی به عنوان عنصر کلیدی آسیب‌شناسی شخصیت در روان‌درمانی اهمیت زیادی دارد زیرا پدیده ذهنی‌سازی یا تفسیر (علم تفسیر) بر پایه معیارهای تکاملی بنا شده است، با مجموعه جدیدی از رویکردها و تدابیر جهت بررسی تفکر و درک پدیده‌های ذهنی. به عنوان مثال مقایسه فعالیت‌های مغزی شامپانزه‌ها و کودکان درک وسیعی از مفهوم روابط فرد-گروه برای ما به ارمغان آورده است

1 hermeneutics

2 interpretation

(توماسلو، ۲۰۱۴). تحولات مذکور مفهومی تکاملی و مبتنی بر ذهنی‌سازی از اختلالات شخصیت در بر دارد که زمینه‌ساز کتاب درسی ما با عنوان «روان‌پزشکی شخصیت» (کارتروود و همکاران، ۲۰۱۰) بود. این کتاب بسیار مورد توجه خوانندگان اسکاندیناوی قرار گرفت.

من مسئول واحد رسیدگی به اختلالات شخصیت بودم. این واحد بعدها با عنوان «بخش روان‌پزشکی شخصیت» گسترش یافت. با آنتونی بیتمن که او را از سال ۱۹۹۲ می‌شناختم تماس گرفتم؛ او درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT) را در بیمارستان سنت آن لندن آغاز کرده بود. بیتمن به عنوان مدرس و سرپرست بخش ما در اسلو استخدام شد و طولی نکشید که ما یک گروه اسکاندیناویایی برای MBT تشکیل دادیم.

در آگوست ۲۰۰۸ برنامه درمان MBT اسلو آغاز به کار کرد و بیمارستان روزانه سابق انجمن‌های درمانی با روش کاربست تحلیل گروهی تعطیل شد و ما مجبور شدیم دوباره به کارکنان آموزش بدهیم. در آن زمان دستورالعمل‌های کاربردی یا راهنمای جامعی برای MBT وجود نداشت (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۶) بنابراین با همکاری گروه اسکاندیناویایی به هدف آموزش در سطح خرد و کلان، «راهنمای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی» و «مقیاس پایبندی و صلاحیت MBT نسخه درمان فردی» (کارتروود و بیتمن، ۲۰۱۰) و سپس «راهنمای روان‌تربیتی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی» (MBT-I) (کارتروود و بیتمن، ۲۰۱۱) را تهیه کردیم. متأسفانه این راهنماها به انگلیسی ترجمه نشده است اما بخش‌های مهمی از جمله مقیاس پایبندی و صلاحیت MBT (MBT-ACS) در پایگاه‌های اینترنتی مختلف موجود است (مثلاً: <http://mentalising.no/index.php?page=English>). شرح کاملی از MBT-ACS و تحقیقی درباره اعتبارسنجی آن نیز در مجله «پژوهش‌های روان‌درمانی» منتشر شده است (کارتروود، ۲۰۱۳).

در بسیاری از قسمت‌های نسخه نروژی کتاب سوم این راهنماهای سه‌گانه به دو راهنمای قبلی اشاراتی کرده‌ام و چون این منابع به زبان انگلیسی در دسترس نیستند، متن حاضر را شرح و بسط داده‌ام.

این راهنما نیز مانند بقیه کتاب‌های روان‌درمانی سه هدف عمده را دنبال می‌کند. هدف اول این است که به عنوان نوعی ابزار آموزشی مفید استفاده شود. هدف دوم این است که با ارزیابی میزان پایبندی و کیفیت مطابق دستورالعمل، امکان کنترل کیفیت را نیز فراهم کند و هدف سوم ترویج پژوهش است.

راهنمای روان‌درمانی باید بتواند روش‌هایی را معرفی کند که برای مورد خاصی از روان‌درمانی و مراجعین مشخص کاربرد داشته باشد. طبق تعریف لوبورسکی و باربر (۱۹۹۳) راهنمای درمانی حرفه‌ای از سه جزء زیر تشکیل می‌شود:

۱. اصول راهنمای فنون درمانی.

۲. خود فنون درمانی با مثال‌هایی مرتبط و مناسب دربارهٔ تعاملات درمانی.

۳. مقیاس‌ها و ابزارهایی برای سنجش مهارت درمانگران.

راهنمای پیشنهادی ما این معیارها را برآورده می‌کند.

گروه‌درمانی با اعضای که یکدیگر را نمی‌شناسند، فضای منحصر به فردی برای کشف توانایی‌های ذهنی‌سازی فرد است که در تعامل با دیگران آشکار می‌شوند. شرایط درمان گروهی با شرایط خصوصی و کنترل‌شدهٔ روان‌درمانی فردی از اساس متفاوت است. با وضعیت خانواده‌درمانی نیز متفاوت است که در آن روایت‌گرهای اصلی به خاطر پیوند خانوادگی گذشته و زندگی روزمره با هم، از تجربیات مشترکی برخوردارند. از آنجا که شرکت‌کنندگان در گروه‌درمانی معمولاً هیچ سابقهٔ قبلی مشترکی ندارند یا در زندگی روزمره با یکدیگر در تماس نیستند، درمانگر آزادانه‌تر می‌تواند اصول گروه را تدوین کند. معتقدیم که گروه‌های درمانی فضایی ایده‌آل برای آگاهی، درک و حل مشکلات فرد در فرآیند ذهنی‌سازی هستند و لازم است برای پیشرفت گروه و رسیدن به این اهداف اقدامات مهمی صورت پذیرد.

گروه‌ها ابزار کاری پیچیده‌ای هستند. در فصل ۱ این راهنما توضیح می‌دهم که چگونه درمان گروهی با درمانجویانی که بسیار آشفته هستند، ممکن است به تجربه‌ای بسیار بد تبدیل شود. درمانگر باید در گروه ساختار و قوانین خاصی ایجاد کند تا استعدادها و بالقوهٔ ذهنی‌سازی در اعضای گروه آشکار شود. این راهنما برای این ساختار پیشنهادها و مختلفی مطرح می‌کند. با توجه به این معیارها MBT-G با گروه‌درمانی روان‌پویشی نیز از اساس متفاوت است. برای مثال فرآیند گروه‌درمانی روان‌پویشی از کاهش یافتن میدان ادراکی فرد در حین تداومی‌های آزاد گروه به وجود می‌آید در حالی که MBT-G بسیار پویاست چون سطوح انگیزشی چندگانه‌ای را برای افراد و کل گروه قائل می‌شود. به منظور تشویق تعاملات خودجوش در گروه و به عمل در آوردن مفهوم اینجا و اکنون در فرآیندهای ذهنی‌سازی، باید بتوانیم گروه را به صورت یک واحد کل درآوریم. با وجود این سازه‌های پویا MBT-G با رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT)، گروه‌های مهارت‌آموزی یا گروه‌های رفتاری شناختی، نیز تفاوت اساسی دارد. شباهت‌ها و تفاوت‌های MBT-G با سایر درمان‌های گروهی را در پایان فصل ۲ تشریح کرده‌ام.

باید تأکید کنم که MBT-G درمان گروهی بسیار انعطاف‌پذیری است که در فصل ۲ به بررسی آن می‌پردازیم. برای درمانجویانی که عملکرد ضعیفی دارند، مثلاً درمانجویان بستری در بخش‌های روان‌پزشکی می‌توان MBT-G را کاملاً دقیق اجرا و با آموزش روان‌شناختی همراه کرد. اما در تحلیل گروهی درمانجویان با عملکرد بالا، اجزا و عناصر تشکیل دهندهٔ MBT با بافت گروه ادغام می‌شود و به راحتی قابل تشخیص نیست. روش گروه‌درمانی MBT-G که به منظور درمان درمانجویان مرزی طراحی شده است با گروه‌درمانی روان‌پویشی و درمان‌های شناختی که از اصول آن فاصله دارند، کاملاً متفاوت است.

نگارش این راهنما این مزیت را برایم به همراه داشت که بتوانم با تعداد زیادی از همکاران گفت‌وگوهای روشنگرانه‌ای داشته باشم. اولین و مهم‌ترین آنها آنتونی بیتمن است؛ در گفت‌وگوهای بی‌وقفه‌ای که با او داشتم همراه حامی و مشوقی بود. سپس اعضای گروه MBT اسکاندیناویایی مانند کارستن رنه یورگنسن، مورتن کیولبی، سباستین سیمونسن، کرستن آسکوف لارسن، نانا لوند نورگارد، کراکا بیورنهلوم، آن نیلسون، کرستن گراژ راسموسن، پر سورنسن، فرانسیسکو آلبردی، هنینگ جوردت، بیورن فیلیپس، آنا استن و نیکی سوندستروم. از برنامه MBT بنیاد درمانگاه برگن، کری لوسیوس، نینا آرفورد، فردریک سیلوستر جنسن، توری بجلکاروی، رندی آبراهامسن، هلگا مجلدهایم، بریتا لیوستاد و کاترینا مورکن را می‌توان نام برد. از بخش روان‌پزشکی شخصیت، ایوین اورنس، الفریدا کوارشتاین، ترزا ویلبرگ، کریستین شلوتر، سیری جانز، بندیک هویگارد، توریید برگویک، بندیکت استفنسن، اشیلد یورستاد، ژان مکس روباس، گان اینگرید اولشتاین، مرته توندر، کجیل برمر، کریستوفر والتر و اسپن فولمو شرکت داشتند. اعضای گروه در دوره‌های MBT-G در طی سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۴ در بخش نمایش و بحث در مورد فیلم‌های ضبط‌شده مشارکت داشتند. همچنین لازم است از صدها درمانجویی که موافقت کردند از جلسات درمانی آنها فیلم‌برداری شود، قدردانی کنم.

نمونه‌های بالینی این راهنما بر مبنای درمان‌های واقعی است، گرچه مقداری هویت آنها را تغییر دادیم تا ناشناس بمانند. تشکر ویژه‌ای دارم از درمانگران و درمانجویان گروه که اجازه انتشار رونوشت کامل یکی از جلسات خود را دادند که در فصل ۵ آمده است و در متون روان‌درمانی گروهی منحصر به فرد است. در این کتاب تمام آنچه به MBT-G مربوط است و نحوه عملکرد مقیاس کیفیت و پایبندی را برای خوانندگان به تفصیل شرح می‌دهیم.

بخشی از نسخه انگلیسی این راهنما را پل یوهانسون، آفریدا کوارشتاین و اسپن فولمو و بخشی را هم من ترجمه کرده‌ام. بخش‌هایی از فصل ۱ و متن بندهای ۱۰-۱۹ با همکاری آنتونی بیتمن نوشته شده است. جرمی هولمز هم هنگام بررسی متن نظرات مفید و سازنده‌ای مطرح کرد. نوشتن مفاهیم مستقیم به زبان انگلیسی با ترجمه متن نروژی خودم کمی فرق می‌کند. به خاطر محدودیت‌های مالی این کتاب از ترجمه حرفه‌ای برخوردار نشد. زبان و نحوه بیان من شاید خیلی روان و سلیس نباشد که امیدوارم مخاطبان انگلیسی زبان سبک نگارش «انگلیسی-نروژی» من را تحمل کنند.

در پایان از دانشگاه اسلو و بیمارستان دانشگاه اسلو برای کلیه همراهی‌ها و از انجمن نویسندگان و مترجمان حرفه‌ای نروژ (NFF) که از نسخه نروژی راهنما حمایت کردند سپاسگزاری می‌کنم.

# پیشینه تاریخی و نظری گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی

### مقدمه

در فصل ۱ به شرح کوتاه زیربنای نظری می‌پردازیم 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<sup>۱</sup> 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 می‌پردازیم. 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



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<sup>۱</sup>، 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<sup>۳</sup> 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.