

# دستنامه جامع ذهنی سازی

کاربست‌های بالینی ذهنی سازی  
در روان درمانی و سلامت روان

ویراست ۲

# فهرست

پیشگفتار ..... ۷

## بخش اول: اصول

فصل ۱: مقدمه ..... ۱۹  
فصل ۲: تحقیقات عصب‌شناسی معاصر ..... ۴۰  
فصل ۳: سنجش ذهنی‌سازی ..... ۵۷  
فصل ۴: ذهنی‌سازی، تاب‌آوری و اعتماد معرفتی ..... ۸۵  
فصل ۵: ذهنی‌سازی و آسیب‌روانی ..... ۱۰۴

## بخش دوم: تمرینات درمانگاهی

فصل ۶: ترندهای درمان فردی ..... ۱۳۱  
فصل ۷: گروه‌درمانی بزرگ‌سالان و نوجوانان ..... ۱۴۷  
فصل ۸: کار با خانواده‌ها ..... ۱۶۷  
فصل ۹: زوج‌درمانی ..... ۱۸۵  
فصل ۱۰: الگوهای درمانی ..... ۲۰۶  
فصل ۱۱: هنر درمانی‌های خلاقانه ..... ۲۲۰  
فصل ۱۲: درمان بستری سرپایی ..... ۲۳۸  
فصل ۱۳: AMBIT؛ درگیر کردن مراجع و جوامع ذهنی ..... ۲۵۴  
فصل ۱۴: سیستم‌های اجتماعی؛ فراتر از جهان کوچک فرد و خانواده ..... ۲۷۷

## بخش سوم: برنامه‌های کاربردی خاص

فصل ۱۵: کودکان ..... ۲۹۷  
فصل ۱۶: فرزندپروری و فرزندخواندگی ..... ۳۱۸

۳۳۶	..... فصل ۱۷: آسیب‌شناسی شخصیت مرزی در نوجوانی
۳۶۱	..... فصل ۱۸: اختلال سلوک
۳۸۷	..... فصل ۱۹: اختلال شخصیت مرزی
۴۰۱	..... فصل ۲۰: اختلال شخصیت ضداجتماعی در جامعه و محیط زندان‌ها
۴۱۸	..... فصل ۲۱: اختلالات شخصیتی اجتنابی و خودشیفته
۴۳۹	..... فصل ۲۲: اختلالات خوردن
۴۶۱	..... فصل ۲۳: افسردگی
۴۷۹	..... فصل ۲۴: هم‌بودی اختلال مصرف مواد و اختلال شخصیت
۴۹۶	..... فصل ۲۵: روان‌پریشی
۵۱۳	..... واژه‌های مخفف و علائم اختصاری
۵۱۵	..... واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۵۱۷	..... واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

بخش اول

اصول

## مقدمه

دکتر پیتر فوناگی  
آنتونی بیتمن

ذهنی‌سازی بعد و ویژه‌ای از تصویرسازی انسانی را توصیف می‌کند «آگاهی فرد از حالت ذهنی درون خودش و درون دیگران، به‌ویژه از نظر توضیح اعمال آنها». ذهنی‌سازی شامل درک و تفسیر احساسات، افکار، باورها و آرزوهایی است که علت آنچه افراد انجام می‌دهند را توضیح می‌دهد. این امر مستلزم آگاهی از شرایط فرد دیگر، الگوهای رفتاری پیشین او و تجربیاتی است که فرد در معرض آن قرار گرفته است.

این نظر که ذهنی‌سازی یک عمل تصویرسازی است نشان می‌دهد که هر عمل ذهنی‌سازی از نظر ماهیت نامشخص است؛ حالت‌های درونی مبهم، قابل تغییر هستند و اغلب حتی در ذهن خود فرد قابل تشخیص نیستند. این بدان معناست که هر تلاشی برای درک حالت ذهنی، در معرض خطا یا بی‌دقتی است. ذهنی‌سازی چیزی است که مردم به‌طور معمول بدون اینکه آگاهانه به آن فکر کنند، اغلب اوقات انجام می‌دهند؛ و با وجود تمام تلاشی که می‌کنند اغلب هم به‌نوعی اشتباه می‌کنند. معمولاً این اشتباهات شامل عدم تناسب و تطبیق‌های جزئی است، زیرا افراد خودشان را اصلاح کرده یا درک خود را از آنچه ممکن است در پاسخ به بازخورد دریافتی باشد، به‌روز می‌کنند.

تأکید بر تصویرسازی و عدم قطعیت طبیعی در رابطه با حالات ذهنی به یکی از ایده‌های بنیادین رویکرد بالینی ذهنی‌سازی اشاره می‌کند: «موضع کنجکاو». موضع کنجکاو سبکی از تعامل است که طی آن انتظار داریم ذهن فرد به‌واسطه فهمیدن ذهن دیگری، تحت تأثیر قرار گرفته، متحیر شود، تغییر کرده و روشن شود؛ اما این تأکید بر تصویرسازی و تأکید بر عدم قطعیت درون فردی و بین فردی، نقش جدیدی در فهم ما از اختلال روانی و ذهن اجتماعی ایفا می‌کند. همان‌طور که در فصل ۴ «ذهنی‌سازی، تاب‌آوری و اعتماد معرفتی» و فصل ۱۰ «الگوهای درمانی» با جزئیات بیشتر توضیح داده شده است، پیشنهاد ما این است که تصویرسازی انسانی هم موجب پیچیدگی اجتماعی و نوآوری فرهنگی انسان می‌شود و هم افراد

را مستعد اختلال روان‌شناختی و آشفتگی روانی می‌کند. ذهنی‌سازی در این حالت به‌عنوان «نیروی» بین فردی برای تصویرسازی اجتماعی قرار می‌گیرد؛ ذهنی‌سازی جنبه‌ای از شناخت اجتماعی است که افراد را قادر می‌سازد تا رفتار خود و دیگران را درک کنند و باعث تعاملات سازگاران و مشارکتی می‌شود.

نقش ذهنی‌سازی به‌عنوان محور تصویرسازی بین فرآیندهای شناختی انتزاعی‌تر و تعاملات بین فردی روزانه افراد آن چیزی است که باعث می‌شود تا ذهنی‌سازی از نظر درمانی اولین انتخاب برای رسیدن به ذهنی در نظر گرفته شود که نسبت به دیگر ذهن‌ها احساس گم‌گشتگی یا ناهمخوانی دارد. شباهت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به هنر درمانی «فصل ۱۱، هنر درمانی‌های خلاقانه» به‌طور ذاتی بر طبیعت خلاقانه ذهنی‌سازی تأکید می‌کند. ایجاد پیوند با ذهنی دیگر فرآیندی خلاقانه است، همان‌طور که هنرمندان بزرگ آشکارا با ایجاد ارتباط با میلیون‌ها تجربه منحصربه‌فرد، هنرشان را نشان می‌دهند.

### خاستگاه‌های رشدی ذهنی‌سازی و تأثیر نامالیقات

ظرفیت ذهنی‌سازی تا حدودی ظرفیتی اکتسابی است: همه با ظرفیت ذهنی‌سازی و تنوع ذاتی در قدرت و توانایی طبیعی به دنیا می‌آییم اما رشد این ظرفیت بنیادی تحت تأثیر محیط اجتماعی اولیه تعدیل و پایه‌ریزی می‌شود. ما از رشد زبان به‌عنوان نمونه‌ای برای درک این فرآیند استفاده کرده‌ایم: توانایی کلامی ریشه ژنتیکی دارد، اما ماهیت دستور زبان فرد از زبان گفتاری خاص او و نحوه صحبت کردن آن زبان توسط افرادی که در محیط اولیه فرد قرار دارند ناشی می‌شود (نومن و همکاران، ۲۰۱۱). رشد ذهنی‌سازی پایدار و متعادل، وابسته به این است که آیا حالت ذهنی کودک خردسال به میزان کافی توسط بزرگسالان دلسوز، مراقب و امن درک شده است؟ (فوناگی و لویتن، ۲۰۱۶). تجربه کودک از آینه‌سازی نشان‌دار واکنش‌های هیجانی خود، توسط بزرگسال از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ فرآیندی که به‌واسطه آن بزرگسال عواطف کودک را به صورتی بازنمایی می‌کند که ضمن شناسایی و درک وضعیت کودک، به‌جای اینکه صرفاً عواطف او را انعکاس دهد، نوعی احساس کنار آمدن با عاطفه کودک را منتقل می‌کند (فوناگی و همکاران ۲۰۰۲؛ گرگلی و واتسون ۱۹۹۶). تجربه تعاملات آینه‌سازی مناسب به کودک کمک می‌کند تا بازنمایی‌های ثانویه از تجارب ذهنی خودش را توسعه دهد. این به‌نوبه خود تأثیر مثبتی بر تنظیم عاطفه و خود-کنترلی (از جمله فرآیندهای توجهی و کنترل نامالیقات) می‌گذارد زیرا ایجاد ظرفیت تأمل بر حالت ذهنی، ابزارهایی را برای این فرآیندهای تنظیمی فراهم می‌کند. کاربرد درمانی شناسایی اهمیت خانواده در رشد و حفظ ذهنی‌سازی در فصل ۸ «کار با خانواده‌ها» بحث شده است. تصور می‌شود بعدها در زندگی، قرار گرفتن در معرض محیطی گسترده‌تر (همچون همسالان، معلمان، دوستان) که موجب تمرکز بر حالت‌های ذهنی درونی می‌شود، رشد ذهنی‌سازی را تقویت کرده و گسترش می‌دهد (فوناگی و لویتن، ۲۰۱۶)، همان‌طور که در فصل ۱۴ «نظام‌های اجتماعی: فراتر از جهان کوچک فردی و خانواده» مورد بررسی قرار گرفته است.

پژوهش‌های حوزه تحولی، منشأ شناسی رشد مهارت‌های ذهنی‌سازی در نوزادی و کودکی را ممکن ساخته است. یکی از علامت‌های تحولی اصلی با تمرین باور- غلط اندازه‌گیری می‌شود- نمونه کلاسیک آزمون اسمارتیز است که در آن یک استوانه اسمارتیز (نوعی شکلات با روکش شکر که در انگلستان محبوب است) به کودک نشان می‌دهند و سپس نشان می‌دهند که در استوانه اسمارتیز نیست بلکه مداد است. وقتی نفر سوم که محتوای واقعی استوانه اسمارتیز را ندیده است وارد اتاق می‌شود، از کودک سؤال می‌شود فرد سوم درباره محتویات استوانه چه فکری خواهد کرد؟ در سنین چهار یا پنج‌سالگی بیشتر بچه‌ها پاسخ می‌دهند که نفر سوم فرض می‌کند که حاوی اسمارتیز است (این آزمون و آزمون‌های مشابه آن در کتاب فرا تحلیل نوشته ولمن و همکاران (۲۰۰۱) خلاصه شده است). این بچه‌ها که در آنها «نظریه ذهن» شکل گرفته است، متوجه می‌شوند که دیگران فهم متفاوتی از موقعیت نسبت به خودشان دارند. این مثالی از ذهنی‌سازی آشکار است که بیشتر کودکان خردسال قادر به انجام آن نیستند. با این وجود شواهدی وجود دارد که کودکان کم سن و سال‌تر می‌توانند ظرفیت ذهنی‌سازی آشکار را نشان دهند. این یافته از مطالعه‌ای بر نوزادان ۷ ماهه به دست آمد که در آن یک پویانمایی ویدئویی ساده از شخصیت کارتونی روی صفحه نمایش نشان داده می‌شود و می‌بیند یک توپ در یک جعبه قرار می‌گیرد. وقتی شخصیت کارتونی از صفحه خارج می‌شود (و بنابراین نمی‌تواند ببیند چه اتفاقی می‌افتد)، به کودک نشان داده می‌شود که توپ از جعبه خارج شده و از دید پنهان می‌شود؛ بنابراین وقتی شخصیت کارتونی برمی‌گردد این باور غلط را دارد که توپ در جعبه است و کودک این باور درست را دارد که توپ جای دیگری رفته است. در این شرایط که کودک در نظر می‌گیرد شخصیت کارتونی چه باور (متفاوتی) درباره محل توپ دارد، توجه کودک برای مدت طولانی جلب می‌شود (کوواج و همکاران، ۲۰۱۰). وجود سازوکارهایی برای کشف ضمنی و خودکار در مورد افکار دیگران در این مراحل اولیه رشد نشان‌دهنده این است که کودکان یک «احساس اجتماعی» اصلی، خاص انسانی و یک زمینه شناختی برای عملکرد اجتماعی را شکل می‌دهند (کوواج و همکاران، ۲۰۱۰).

در ابتدا از طریق آینه‌سازی نشان‌دار با مراقب اولیه، حسی از خود و عاملیت هیجانی از طریق ذهنی‌سازی بروز می‌کند (جرجلی و واتسون، ۱۹۹۶). سپس مراقب در تعاملات ذهنی‌سازی، هیجان‌های کودک (و خود مراقب) را به صورت کلمات بیان می‌کند. از طریق این روایت‌های ذهنی‌سازی، روابطی که دنیای هیجانی کودک را پوشش و ساختار داده است به کودک نشان داده می‌شود (فوناگی و تارگت، ۱۹۹۶). توانایی مراقب در ذهنی‌سازی مناسب نوزاد به طوری که از این طریق آینه‌سازی نشان‌دار کند، یکی از مزایای فرزند پروری مسئولانه است. مراقب قادر است پیچیدگی روان‌شناختی و عاملیت هیجانی کودک را درک کند؛ علامت‌های کودک را تعبیر کرده و به طور مناسبی به آنها پاسخ دهد، بروز طیف وسیعی از هیجان‌ات کودک را تحمل کند و با روشی متناسب و غیر تحمیلی با آنها سازگار شود (حداقل به میزانی که کودک به طور مداوم این را حس کند) (تارگت و فوناگی، ۱۹۹۶)؛ بنابراین نوزادان با دلبستگی ایمن نه فقط از طریق نزدیکی فیزیکی، بلکه از طریق نزدیکی روان‌شناختی و دسترسی به

مراقب (مراقبان) خودشان نیز سود می‌برند. در شرایط عادی، دلبستگی ایمن و ذهنی‌سازی به صورت هماهنگ رشد می‌کنند (فوناگی و همکاران، ۲۰۰۸). نوزادانی که دلبستگی امن‌تری دارند، در دوران کودکی رشد بهتری در ظرفیت ذهنی‌سازی می‌کنند؛ به‌عنوان مثال مهارت بیشتری در استدلال باورها در ارتباط با همسالان دارند (دروزی و هریس، ۲۰۰۲). باز هم این بسیار ساده به نظر می‌رسد: به‌واسطه ویژگی ذهنی‌سازی، کودکان ذهنی‌ساز بهتری می‌شوند و از طریق چرخه‌ای سالم، حساس‌تر شده و بهتر می‌توانند تجارب ذهنی‌ساز بودن را احساس کنند. این به‌نوبه خود آنها را قادر می‌سازد تا ذهن‌ساز بهتری باشند (فوناگی و تارگت، ۲۰۰۷).

از طرف دیگر، نقص مداوم یا جدی در فرایند آینه‌سازی نشان‌دار در شخصیت‌های دلبستگی اولیه منجر به اختلال در ظرفیت تأمل بر خود و دیگران می‌شود، زیرا منجر به تجربه‌های ذهنی‌سازی نشده از خود می‌شوند که به آن تجارب «خود بیگانه» می‌گویند. خود بیگانه به تجربه فرد اعتبار نمی‌دهد و بنابراین برای فرد بیگانه است (فوناگی و تارگت، ۲۰۰۰). تا حدودی، چنین شکست‌هایی، جزئی از زندگی معمول است: همان‌طور که در ابتدای فصل اشاره شد، هیچ‌کس نمی‌تواند درباره صحت افکار خودش در خصوص ذهن دیگری اطمینان داشته باشد و بعضی از کاستی‌ها در آینه‌سازی نشان‌دار تا اندازه‌ای تجربه اجتناب‌ناپذیری است و بنابراین تمام انسان‌ها حالت ذهنی‌سازی نشده دارند. با این وجود، در انواع مختلف آسیب‌شناسی روانی - به‌طور پارادایمی در موارد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) و بیشتر مواقع در نتیجه ترکیب آسیب‌پذیری بیولوژیکی و شرایط محیطی - این تجارب خود بیگانه آن‌قدر مشهود هستند که فردیت فرد را تحت کنترل درمی‌آورد. این امر منجر به فشاری دائمی برای بیرونی کردن این تجربه‌های ذهنی‌سازی نشده از خود می‌شود، چیزی که در عوض ممکن است به صورت گرایش به تسلط بر ذهن دیگران و/یا انواع مختلف رفتارهای خود آسیب‌رسان ظهور یابد (فوناگی و لویتن، ۲۰۱۶).

پژوهش‌ها نشان داده است که برخلاف تصور قبلی مبنی بر رشد کامل شناختی در سنین نوجوانی، مغز در طول نوجوانی در معرض تحولات عصبی زیستی مهمی قرار می‌گیرد و پیامدهای خاصی در شناخت اجتماعی دارد (بلیک‌مور، ۲۰۱۲؛ دومونتیل و همکاران، ۲۰۱۴؛ کرون و دال، ۲۰۱۲؛ دومونتیل و همکاران، ۲۰۲۰، و اسا و همکاران، ۲۰۱۸). تحقیقات بیشتری درباره رشد عصبی زیستی ذهنی‌سازی نیاز است اما پیشنهادهایی مطرح است که درحالی‌که نواحی مغز در ارتباط با ادراک اجتماعی در اوایل زندگی رشد می‌کنند، تنظیم دقیق یا تخصصی شدن عملکرد دیگر نواحی شبکه مغزی اجتماعی ممکن است در دوره نوجوانی ادامه یابد (مور و همکاران، ۲۰۱۲، ص ۵۰). این نتیجه در یافته‌های مور و همکارانش (۲۰۱۲) در ارتباط با کارکرد به نسبت ضعیف در آزمون خواندن ذهن از چشم‌ها توسط افراد ۱۴ تا ۱۶ ساله در مقایسه با بزرگسالان منعکس شد. پیشینه پژوهشی در حال توسعه درباره رشد مغز اجتماعی در طول نوجوانی، اشاره می‌کند که این دوره باید به‌عنوان دریچه‌ای به افزایش حساسیت رشدی در ارتباط با شناخت اجتماعی در نظر گرفته شود (بلیک‌مور و میلز، ۲۰۱۴). از نظر پیامدهای



بالینی، این پژوهش نشان می‌دهد که نوجوانان دارای ضعف زمینه‌ای در ظرفیت ذهنی‌سازی (چه به خاطر دلایل ژنتیکی یا محیطی و یا هر دو) ممکن است در مواجهه با چالش‌های رشدی قابل توجه در این مرحله از زندگی آسیب‌پذیری ویژه‌ای داشته باشند. شارپ و همکارانش (کالپاکچی و همکاران، ۲۰۱۶؛ شارپ و همکاران، ۲۰۱۶) مفهوم بیش‌ذهنی‌سازی را برای به دست آوردن مشخصات ذهنی‌سازی خاص مرتبط با بروز اختلال شخصیت مرزی در نوجوانی مطرح کردند-گرایش به پیش‌فرض‌های بدون شواهد و اغلب ماهرانه از وضعیت درونی که در فصل ۱۷ «آسیب‌شناسی شخصیت مرزی در نوجوانان» به‌طور کامل توضیح داده شده است. ما مفهوم بیش‌ذهنی‌سازی را به‌عنوان یک ویژگی متمایزکننده اختلال شخصیت مرزی نوظهور در نظر می‌گیریم که در بافت فکری اخیر درباره نقش تصویرسازی اجتماعی در آسیب‌شناسی روانی به‌طور ویژه‌ای ظنین‌انداز شده است. ما گمان می‌کنیم که حساسیت تصویری بیش‌ازحد که مشخصه شخصیتی وضعیت بیش‌ذهنی‌سازی در نوجوانان است، نشانه‌ای از هم‌تراز کردن تغییرات رشدی با سازگاری تصویری اجتماعی فرد در زمینه محیطی و نورویبولوژیکی به‌شدت متغیر در این مرحله است. تجربه خود بیگانه‌سخت‌گیر که با رفتارهای خشونت‌آمیز نسبت به دیگران یا نسبت به خود به‌صورت آسیب به خود همراه است - به‌ویژه در لحظات استرس و پریشانی بین فردی - مشخصه دیگری از مشکلات ذهنی‌سازی همراه با بروز اختلال در نوجوانی است.

## رشد توانایی ذهنی‌سازی در بافت ناملایمات اولیه

رابطه بین ناملایمات - به‌طور ویژه، آسیب‌روانی در بافت روابط دلبستگی - و اختلال روانی در فصل ۵ «توانایی ذهنی‌سازی و آسیب‌روانی» مورد بحث قرار گرفته است. به‌طور خلاصه موقعیتی که در آنجا بیان شده است به این صورت است که فرایندی که طی آن آسیب‌روانی ممکن است در بعضی از افراد به آسیب‌شناسی روانی منجر شود، از طریق سازوکارهای واکنش تطبیقی با محیط اجتماعی که اغلب در تعامل با گرایش‌های مشروط است، رخ می‌دهد. پیشنهاد ما این است که تجربیات نامطلوب در زمینه روابط دلبستگی به‌طور بالقوه بسیار قابل توجه‌اند زیرا از طریق این روابط، اولین تجربیات کودک از توانایی ذهنی‌سازی اتفاق می‌افتد که در وهله اول، در دوره نوزادی، اغلب با تجربه ذهنی‌سازی تجسم‌یافته همراه است (فوناگی و تارگت، ۲۰۰۷؛ فوتوپلو و همکاران، ۲۰۱۷، همچنین به فصل ۲ «تحقیقات علوم شناختی معاصر» نگاه کنید). در واقع، ظرفیت‌های مراقب برای ذهنی‌سازی کودک و تأمین تماس تنظیم‌کننده هیجانی مناسب و مشروط، ارتباط مستقیمی با یکدیگر نشان داده است (کروکیال و همکاران، ۲۰۱۸؛ شای و همکاران، ۲۰۱۷). در موارد بدرفتاری، غفلت یا بدرفتاری، تأثیر این عدم تناسب نیازهای کودک با واقعیت آنچه او تجربه می‌کند، پیامی قوی در کودک ایجاد می‌کند که محیط اجتماعی به‌گونه‌ای نیست که ذهن دیگران به‌اندازه کافی قابل اعتماد باشد یا به بهزیستی او توجه شود. توانایی ذهنی‌سازی رشد زبان را پیش‌بینی می‌کند و درک مادرانه از حالت ذهنی کودک، مدت‌ها قبل از بیان اولین کلمه، از نظر جسمی یا حداقل فلسفی تجربه‌شده و با آنها ارتباط برقرار می‌شود.

## ماهیت چندبعدی ذهنی‌سازی

در حالی که ما تاکنون تمایل داشتیم در مورد ظرفیت ذهنی‌سازی به‌عنوان موجودیت یا استعداد واحد صحبت کنیم، دانشمندان علوم اعصاب چهار مؤلفه یا ابعاد مختلف را در خصوص توانایی ذهنی‌سازی شناسایی کرده‌اند (لیبرمن، ۲۰۰۷) که نشان‌دهنده فرایندهای مختلف شناختی اجتماعی است:

۱. ذهنی‌سازی خودکار در مقابل ذهنی‌سازی کنترل‌شده.
۲. ذهنی‌سازی خود در مقابل ذهنی‌سازی دیگری.
۳. ذهنی‌سازی درونی در مقابل ذهنی‌سازی بیرونی.
۴. ذهنی‌سازی شناختی در مقابل ذهنی‌سازی عاطفی.

علوم اعصاب مرتبط با ابعاد ذهنی‌سازی در فصل ۲ توضیح داده شده است و سنجش و اندازه‌گیری آنها در فصل ۳ «سنجش ذهنی‌سازی» بیان شده است. همچنین، تشخیص ابعاد در هنگام سنجش بالینی از ذهنی‌سازی مفید است (به فصل ۳ مراجعه کنید) و کاربردهای بالینی قابل توجهی دارند (به‌عنوان مثال به فصل ۱۹ «اختلال شخصیت مرزی» نگاه کنید).

ذهنی‌سازی کارآمد، مستلزم آن است که فرد بتواند تعادل بین این ابعاد شناخت اجتماعی را حفظ کند، همچنین آنها را متناسب با زمینه استفاده کند (فوناگی و لویتن، ۲۰۰۹). به‌عنوان مثال، در بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت، عدم تعادل روانی مداوم در حداقل یکی از این چهار بعد مشهود است. از این منظر، انواع مختلفی از آسیب‌شناسی روانی را می‌توان بر اساس ترکیبات مختلف اختلال در چهار بعد (که ما از آنها به‌عنوان «نیم‌رخ ذهنی‌سازی» مختلف یاد می‌کنیم) تشخیص داد.

### ذهنی‌سازی خودکار در مقابل ذهنی‌سازی کنترل‌شده

اساسی‌ترین بعد برای ذهنی‌سازی، طیف بین ذهنی‌سازی خودکار (ضمنی) و کنترل‌شده (واضح) است. ذهنی‌سازی کنترل‌شده نشان‌دهنده فرایندی تدریجی و به نسبت کند است که به‌طور معمول کلامی است و نیاز به تأمل، توجه، آگاهی، قصد و تلاش دارد. قطب مخالف این بعد، ذهنی‌سازی خودکار، با پردازش بسیار سریع تری صورت می‌گیرد، حالت واکنشی دارد و نیاز به توجه، قصد، آگاهی یا تلاش کمی دارد. چندین محقق علوم اعصاب (کارور و همکاران، ۲۰۱۷؛ کرسپی و همکاران، ۲۰۱۶؛ یونگ، ۲۰۱۴) الگوهای را مطرح کرده‌اند که تفکر قیاسی عمل‌گرایانه (در حد شدید در بیماری اوتیسم) را با سبک تفکر واگرای افرادی که با احتمال بیشتری اختلالات ذهنی رایج را نشان می‌دهند در کنار یکدیگر قرار می‌دهند. فروید (۱۹۶۱/۱۹۲۳) از اولین کسانی بود که به دوگانگی بین حالت‌های شناختی و تجربی عملکرد اشاره کرد (اپستین ۱۹۹۴). در واقع، ما می‌توانیم دوگانگی بین حالت واکنشی، بنیادی، پاسخ‌دهنده به هیجان و عملکرد ذهنی کنجکاوانه و تأملی ترسیم کنیم (کارور و همکاران ۲۰۱۷). دسته بزرگی از

نظریه‌های علوم اعصاب (به‌عنوان مثال، اوانز و استانوویچ، ۲۰۱۳؛ کانمن، ۲۰۱۱؛ روتبارت و همکاران، ۲۰۰۳؛ توتس، ۲۰۰۶) به‌طور ضمنی یا مستقیم این نوع دوگانگی را مطرح می‌کنند. در این نظریه‌ها، یک سیستم تأملی کنجکاوانه، در تقابل با حالت واکنشی است که با ویژگی‌هایی چون سادگی نسبی و پاسخگویی به عواطف مشخص می‌شود (متکالف و میشل، ۱۹۹۹؛ استراک و دویچ، ۲۰۰۴).

در زندگی روزمره و تعامل اجتماعی عادی، ذهنی‌سازی خودکار فعال است زیرا بیشتر تعاملات ظاهری نیاز به توجه بیشتری ندارند. به‌خصوص در محیط دلبستگی ایمن، هنگامی که همه‌چیز طبق معمول در سطح بین فردی انجام می‌شود، ذهنی‌سازی کنجکاوانه‌تر یا کنترل‌شده‌تر فراخوانده نمی‌شود. در حقیقت، استفاده از چنین سبک ذهنی‌سازی ممکن است مانع از چنین تعاملاتی شود و باعث شود که آنها بی‌جهت احساس اهمیت کرده یا عصبی شوند (بیش‌ذهنی‌سازی). تجربه و علوم اعصاب به ما می‌گویند که افراد ذهنی‌سازی کنترل‌شده را کم کرده و کمتر مراقب انگیزه‌های اجتماعی در محیط دلبستگی ایمن هستند؛ والدی که با کودک یا دوستان قدیمی نزدیک خود سروکار دارند، تعاملات خود را در طی فرایندهای خودکار و حسی انجام می‌دهد. با این حال، در صورت لزوم، شخصی که توانایی ذهنی‌سازی بهنجاری دارد متناسب با وضعیت، قادر است به ذهنی‌سازی کنترل‌شده تغییر حالت دهد. به‌عنوان مثال، هنگامی که کودک در حین بازی شروع به گریه می‌کند، والدین با سؤال واضح درباره آنچه کودک را ناراحت کرده است، پاسخ خواهند داد یا شخصی در مکالمه ممکن است تغییری در لحن و خلق خود متوجه شود و تعجب کند که آیا مکالمه دچار خاطره یا تداعی نامالایمات شده است یا نه؛ به‌عبارت دیگر، عملکرد خوب در ذهنی‌سازی، توانایی تغییر انعطاف‌پذیر و مسئولانه از ذهنی‌سازی خودکار به کنترل‌شده است.

مشکلات ذهنی‌سازی هنگامی ایجاد می‌شود که فرد تنها بر فرض‌های خودکار در مورد حالات ذهنی خود یا دیگران متکی باشد که بسیار ساده‌انگارانه است، یا هنگامی که شرایط موجب می‌شود فرد نتواند فرض‌های خودکار خود را به‌طور مناسب اعمال کند. در حقیقت، هر مداخله روان‌درمانی در اصل مستلزم به چالش کشیدن چنین پیش‌فرض‌های خودکار و تحریف شده است و نیازمند این است که بیمار با همراهی درمانگر از این فرض‌ها آگاه شود و تلاش کند روی آنها تأمل کند؛ به‌عبارت دیگر، هرگونه درمان مؤثر در آن سطح کمک به بیمار برای ذهنی‌سازی است. در ادامه این فصل به این نکته برمی‌گردیم.

اکثر درمانگران توافق دارند که دو سیستم برای ذهنی‌سازی از مکانیسم‌های مختلف عصبی شناختی ناشی می‌شود که هر دو برای تفکر و تفسیر حالات ذهنی اختصاص یافته‌اند (آپرلی، ۲۰۱۱). ابتدا سیستم خودکار رشد می‌کند و حالات ذهنی را به‌طور سریع و کارآمدی دنبال می‌کند، در حالی که سیستم کنترل‌شده بعدها توسعه می‌یابد، کندتر عمل می‌کند و در مورد عملکردهای اجرایی (حافظه کاری و کنترل بازدارنده) کاربرد دارد. ذهنی‌سازی کنترل‌شده به فرد اجازه می‌دهد رفتار را توضیح داده و پیش‌بینی کند و در تنظیم اجتماعی نقش دارد (مک‌گیر، ۲۰۰۷). به‌طور کلی، تصور ما این است که کارکرد اصلی سیستم «آرام-تأملی-آگاه-واضح» تسهیل تعامل اجتماعی است نه تحریک و برانگیختن رفتار فردی. تصریح کردن یا «پردازش» فرضیات ضمنی به هماهنگی تعاملات اجتماعی کمک می‌کند که مستلزم

آگاهی مشترکی است که تعاملات اجتماعی نیازمند آن است (فوناگی و آلیسون، ۲۰۱۶). باین حال، تعادل ذهنی‌سازی خودکار و کنترل‌شده، برای عملکرد مؤثر ضروری است. تأمل واضح نمی‌تواند درک درستی داشته باشد، مگر اینکه با آگاهی عینی از حالات ذهنی که در مورد آنها تأمل می‌شود، زمینه‌سازی شود. استرس و برانگیختگی، به‌ویژه در بستر دل‌بستگی، موجب ذهنی‌سازی خودکار می‌شود و دستگاه‌های عصبی را که با ذهنی‌سازی کنترل‌شده همراه هستند مهار می‌کند (نولت و همکاران، ۲۰۱۳). این امر پیامدهای مهمی برای کار بالینی دارد: هرگونه مداخله‌ای که با درخواست تصریح یا تفسیر فکر، دعوت به تأمل می‌کند، به‌خودی‌خود از بیمار می‌خواهد که درگیر ذهنی‌سازی کنترل‌شده شود. بسیاری از بیماران در شرایط فشار کم ممکن است عملکرد به نسبت خوبی (از نظر ذهنی‌سازی) داشته باشند. باین حال، تحت فشارهای بالاتر، وقتی ذهنی‌سازی خودکار به‌طور طبیعی فعال می‌شود، ممکن است بیمار فعال کردن فرایندهای ذهنی‌سازی کنترل‌شده را دشوار بداند، بنابراین درک و تأمل درباره آنچه ممکن است اتفاق بیفتد دشوارتر خواهد شد.

### ذهنی‌سازی خود در برابر ذهنی‌سازی دیگران

این بعد ذهنی‌سازی، ظرفیت فرد برای ذهنی‌سازی کردن وضعیت خودش - خود (شامل تجربیات جسمی خود فرد) - یا وضعیت دیگران است. این دو ارتباط نزدیکی با هم دارند و عدم تعادل نشان‌دهنده آسیب‌پذیری در ذهنی‌سازی خود یا دیگران است. افراد دارای مشکلات ذهنی‌سازی به احتمال زیاد روی یک انتهای این طیف تمرکز دارند، گرچه ممکن است در هر دو اختلال ایجاد شود.

این امر که درک خود و توانایی ذهنی‌سازی در بافتی از روابط دل‌بستگی ایجاد می‌شود، اصل اساسی رویکرد مبتنی بر دل‌بستگی است. کودک مشاهده می‌کند، منعکس می‌کند و سپس توانایی منبع دل‌بستگی خود را در بازنمایی و تأمل حالات ذهنی، درونی‌سازی می‌کند. از این رو، خود و دیگران و ظرفیت تأمل بر خود و دیگران، ناگزیر به شدت درهم‌تنیده شده‌اند. در راستای این پیش‌فرض‌ها، مطالعات تصویربرداری عصبی نشان می‌دهد که ظرفیت افراد برای ذهنی‌سازی درباره دیگران ارتباط نزدیکی با توانایی آنها برای تأمل بر خودشان دارد زیرا این دو ظرفیت به لایه‌های عصبی مشترک متکی هستند (لیبرمن، ۲۰۰۷)؛ بنابراین، جای تعجب نیست که اختلالات ناشی از نقص شدید در هویت خود - مهم‌ترین آنها روان‌پریشی و اختلال شخصیت مرزی - نیز با نقص‌های شدید در توانایی تأمل در مورد وضعیت ذهنی دیگران مشخص می‌شوند.

باین حال، این امر نباید به این معنا باشد که افراد با نقص در ذهنی‌سازی خودشان، همواره در توانایی ذهنی‌سازی کردن دیگران اختلالات مشابهی را نشان می‌دهند. برخی افراد ممکن است در ذهنی‌سازی نسبت به خود و دیگران اختلالات فراگیر کمتری داشته باشند و در یکی از دو انتهای این بعد مهارت‌های قوی‌تری داشته باشند. به‌عنوان مثال، افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی اغلب می‌توانند به‌طور شگفت‌آوری در «خواندن ذهن» دیگران مهارت داشته باشند، اما به‌طور معمول فاقد درک واقعی از دنیای

درونی خود هستند (به بخش ۲۰، «اختلال شخصیت ضداجتماعی در اجتماعات و زندان» مراجعه کنید). تاکنون، بر اساس پیشینه تصویربرداری عصبی، می‌توانیم دو شبکه عصبی مجزا را که در شناخت خود و شناخت دیگران به کار می‌رود، شناسایی کنیم (لیبرمن ۲۰۰۷؛ نورثوف و هوانگ ۲۰۱۷؛ نورثوف و همکاران، ۲۰۱۱).

- اولین مورد این شبکه، سیستم بازنمایی مشترک است که در آن پردازش به بازنمایی مشترک حالت‌های ذهنی دیگران متکی است. این بازنمایی نوعی «شناخت درونی» است که در هنگام تجربه کردن و مشاهده دیگران که حالت‌های ذهنی را تجربه می‌کنند، رخ می‌دهد که از طریق مکانیسم شبیه‌سازی حرکتی نورون‌های آینه‌ای انجام می‌شود (لومباردو و همکاران، ۲۰۱۰).
- دوم، سیستم تخصیص‌یافته حالت ذهنی است که بیشتر به پردازش نمادین و انتزاعی متکی است (ریپول و همکاران، ۲۰۱۳).

در راستای انتظار ما از نحوه عملکرد ابعاد ذهنی‌سازی، این دو سیستم ممکن است به‌طور متقابل بازدارنده باشند (باردی و همکاران، ۲۰۱۷؛ برّس و همکاران، ۲۰۰۹)، به‌این ترتیب که مناطق عصبی که اغلب در مهار رفتار تقلیدی به کار گرفته می‌شوند، درگیر نسبت‌های حالت ذهنی صریح هستند.

### ذهنی‌سازی درونی در برابر بیرونی

ذهنی‌سازی، تفسیری بر اساس شاخص‌های بیرونی حالات ذهنی شخص است (مثل حالات چهره) یا فهمیدن تجربه درونی فرد از آنچه شخصی در مورد فرد دیگر و موقعیتی که در آن است، می‌داند. این بعد فقط به فرایند تمرکز روی جلوه‌های بیرونی قابل رؤیت در مقابل حالت ذهنی درونی دیگران مربوط نمی‌شود؛ بلکه شامل تفکر فردی در مورد خود و حالات درونی و بیرونی خود نیز می‌شود. از منظر سنجش بالینی، تمایز درونی و بیرونی به‌ویژه در کمک به درک درمانگران بالینی در اینکه چرا برخی از بیماران از نظر توانایی «خواندن ذهن» دیگران دچار اختلال جدی هستند، بسیار مهم است. با این وجود ممکن است نسبت به حالت‌های چهره یا وضعیت بدنی بسیار حساس باشند و گمان کنند که نسبت به حالت‌های ذهنی دیگران دقیق هستند. افرادی که دسترسی ضعیف و عدم اطمینان در مورد تجربیات ذهنی خود دارند ممکن است در مورد آنچه از مشاهده رفتار خود و همچنین واکنش دیگران احساس می‌کنند نتیجه‌گیری کنند: به‌عنوان مثال، پاهای آنها احساس بی‌قراری می‌کند؛ بنابراین، آنها باید احساس اضطراب داشته باشند. تمرکز بیرونی ممکن است فرد را نسبت به رفتارهای قابل مشاهده دیگران بسیار آسیب‌پذیر کند. فقدان دانش قابل‌اعتماد در مورد دنیای درونی، اشتیاقی برای کنجکاوی نسبت به واکنش‌های دیگران ایجاد می‌کند، حتی زمانی که این موارد به سمت فرد هدایت نمی‌شوند. اگر ذهنی‌سازی به‌طرف بیرون نامتعادل نشده باشد، مشاهده فردی دیگر که از اضطراب بی‌قرار است موجب حالت درونی ناراحتی و نگرانی بیش‌ازحد معمول می‌شود.

مشکلات ذهنی‌سازی ممکن است فقط زمانی آشکار شود که برای تعیین حالات ذهنی دیگران، تعادل علائم درونی و بیرونی در نظر گرفته نشود. برای مثال، بیماران BPD اغلب تمایل دارند که هیجان‌ها را در دیگران، از جمله درمانگرشان، بیش‌ذهنی‌سازی کنند. این امر به این دلیل است که آنها به نشانگرهای بیرونی حالات ذهنی توجه بیشتری می‌کنند و ایده‌های اولیه آنها از طریق ذهنی‌سازی کنترل‌شده/تأملی بررسی نمی‌شوند (که احتمالات انتساب افکار و احساسات را محدود کند). به‌عنوان مثال، اگر درمانگر تکیه بدهد و دهان خود را حتی اندکی باز کند، ممکن است بیمار معتقد باشد که این خمیازه‌ای است که نشان می‌دهد درمانگر حوصله او را ندارد. اگر درمانگر اخم کند، شاید محتاطانه، ممکن است بیمار این را عصبانیت یا تنفر نسبت به خودش تفسیر کند. تحقیقات قابل‌توجهی در مورد حساسیت بیش‌ازحد بیماران BPD به حالت‌های چهره انجام شده است؛ عملکرد آنها در آزمون خواندن ذهن در چشم بهتر از حد معمول است و در درمانگران این تصور ایجاد شود که بیمارانشان ذهن‌خوانی‌های بالاتر از حد متوسط هستند (گاهی اوقات پارادوکس همدلی مرزی نامیده می‌شود؛ دینسدیل و کرسپی، ۲۰۱۳). تمرکز روی ویژگی‌های بیرونی، در صورت عدم توانایی ذهنی‌سازی تأملی، فرد را در زمینه اجتماعی بسیار آسیب‌پذیر می‌کند، زیرا موجب نوعی حساسیت بیش‌ازحد بین فردی می‌شود که به‌خوبی توسط گاندرسون و لیونز-روث (۲۰۰۸) توصیف شده است. در MBT، مداخلات ذهنی‌سازی اغلب با بررسی تفسیرهای بیمار از شخص بر اساس نشانه‌های بیرونی شروع می‌شود و سپس سناریوهای احتمالی را در مورد آنچه ممکن است حالات درونی آن فرد باشد در نظر می‌گیرد و بیمار را ترغیب می‌کند تا ظرافت‌ها و پیچیدگی‌های دنیای درونی افراد را در نظر بگیرد (فلاسیبک و همکاران، ۲۰۱۷).

### ذهنی‌سازی شناختی در برابر عاطفی

به نظر می‌رسد هیجان‌ها شدید با تأمل جدی در حالات ذهنی ناسازگار است. این نکته به‌سختی بیان می‌شود، اما همان‌طور که بدیهی است، مطالعات تصویربرداری عصبی، زمینه‌زیست‌شناختی را تأیید کرده‌اند. به‌عنوان مثال، نشان داده شده است که فعال‌سازی هیجانی در مواجهه با استرس، توانایی افراد در «گشودگی و ساختن» را محدود می‌کند که این به معنای گشودگی (گسترش) ذهن برای احتمالات جدید و ساختن منابع شخصی‌شان است که موجب تاب‌آوری و بهزیستی می‌شود (فردریکسون، ۲۰۰۱). در مطالعه تصویربرداری طنین مغناطیسی کارکردی از ۳۰ زن سالم مشخص شد که طی مواجهه تحریک‌آمیز واکنش هیجانی بالا به تهدید، به‌کارگیری شبکه ذهنی‌سازی را سرکوب می‌کند (ببیر و همکاران، ۲۰۱۴).

ذهنی‌سازی شناختی شامل توانایی نام‌گذاری، شناسایی و استدلال در مورد حالات ذهنی (در خود یا دیگران) است درحالی‌که ذهنی‌سازی عاطفی شامل توانایی درک احساس چنین حالاتی است (در خود یا دیگران) که برای هر تجربه واقعی همدلی یا درک خویشتن ضروری است. برخی از افراد به ذهنی‌سازی شناختی یا عاطفی وزن غیرمنطقی می‌دهند. مطالعات نشان داده است که بیماران مبتلا به BPD دارای نقص همدلی شناختی هستند (هاراری و همکاران، ۲۰۱۰؛ ریتز و همکاران، ۲۰۱۱) که با

افزایش حساسیت نسبت به هر نوع نشانه عاطفی همراه است (لینچ و همکاران، ۲۰۰۶). این نشان می‌دهد که این بیماران ممکن است برتری پردازش هیجانی داشته باشند که شاید به ترکیبی از پرکاری آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی و نقص تنظیمی قشر پیش‌پیشانی مرتبط است (دموز و همکاران، ۲۰۰۹).

## زمینه- و رابطه- خاص ماهیت ذهنی سازی

بنابراین، ذهنی سازی از ابعاد مختلفی ساخته شده است. به احتمال زیاد هرکسی در بعضی از این ابعاد کم‌و بیش مهارت داشته باشد یا تمایل به گرایش به سمت یک قطب از ابعاد را داشته باشد، اما افراد دارای آسیب‌شناسی شخصیت در برخی از ابعاد، اختلالات قابل توجهی دارند که منجر به عدم تعادل در ذهنی سازی و گاهی نقص کامل ذهنی سازی می‌شود. در این بخش ما در مورد موقعیت‌هایی صحبت می‌کنیم که ممکن است منجر به نقص یا مشکلات ذهنی سازی شوند. علاوه بر چندبعدهای بودن، تغییرات ذهنی سازی در طول زمان و موقعیت‌ها و محرک‌های خاص به احتمال زیاد منجر به مشکلات ذهنی سازی می‌شود. به عنوان مثال، بیماران BPD ممکن است بتوانند در موقعیت‌های آزمایشی ذهنی سازی به نسبت خوبی را اعمال کنند اما هنگامی که از لحاظ هیجانی برانگیخته شوند (به عنوان مثال، در وضعیت دشوار بین فردی)، ممکن است سردرگمی قابل توجهی داشته باشند، زیرا گرفتار فرض‌های خودکار در مورد حالت‌های درونی دیگران می‌شوند و برای تأمل و تعدیل کردن این فرض‌ها دچار چالش می‌شوند؛ به عبارت دیگر، وقتی آنها در حالت برانگیختگی هیجانی قرار دارند، به طور معمول توانایی ذهنی سازی کنترل‌شده را از دست می‌دهند و ممکن است تلاش کنند تا روایتی منطقی را تصور کنند که توضیح حالات ذهنی دیگران را ممکن می‌سازد. این مطلب در فصل ۳ بیشتر مورد بحث قرار گرفته است که مرور کلی در این مورد می‌کند که چگونه تفاوت‌های فردی در پیشینه دلبستگی منجر به تفاوت‌های قابل توجه در ظرفیت‌های ذهنی سازی به عنوان پاسخی به برانگیختگی شود.

برانگیختگی روان‌شناختی شدید باعث می‌شود دسترسی به ظرفیت ذهنی سازی کنترل‌شده بسیار سخت شود و ذهنی سازی خودکار و غیر تأملی مسلط می‌شود. تا حدی این حالت یک پاسخ جنگ/گریز به استرس است و این مزیت را دارد که امکان پاسخگویی فوری به خطر را می‌دهد. با این وجود، در شرایط استرس بین فردی اجتماعی، کارکردهای تأملی، شناختی و پیچیده‌تر ممکن است مفیدتر باشد و عدم توانایی در استفاده از این مهارت‌های کنترل‌شده تر و آگاهانه‌تر منجر به مشکلات واقعی در برخورد با افراد دیگر می‌شود. در شرایط خاصی از برانگیختگی هیجانی، تمرکز بر دیدگاه دیگران کار دشواری می‌شود. هنگامی که افراد هیجانی هستند، برایشان دشوار یا حتی غیرممکن است که به دیدگاه شخص دیگر اهمیت بدهند و ممکن است بر اساس شواهد بی‌ثبات، خیلی سریع گمانه‌زنی کنند. افراد ممکن است باور کنند که فقط دیدگاه آنها درست است و هر آنچه را که درباره شخص دیگری می‌دانند به جز آنچه برای حمایت از دیدگاه خودشان است نادیده می‌گیرند؛ بنابراین، درجه‌ای که فرد خود را تحت تأثیر فشارهای بین فردی قرار می‌دهد، ممکن است در مهارت‌های ذهنی سازی در کل تجربه‌های زندگی