

درمان مبتنی بر ذهنی سازی

(Mentalization)

برای اختلال های شخصیت

راهنمای عملی

تألیف

آنتونی بیتمن

پیتر فوناگی

ترجمه

دکتر انوشه امین زاده



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 معتبر سازی.....
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

پیشگفتار

هدف از اولین «راهنمای عملی» برای درمان مبتنی بر ذهنی سازی (MBT) فراهم کردن توضیح قابل فهم، در دسترس و جامع از MBT برای استفاده در تجربه بالینی روزانه بود. ما امیدوار بودیم که آن کتاب با آموزش‌های محدود اضافی، به درمانگران این اطمینان را بدهد که آنچه در عملکرد بالینی به آنها ارائه می‌شود، MBT یا حداقل شبیه به MBT است؛ اما در طی چند سال گذشته آشکار شد که ما به طور خاص درباره مؤلفه‌های بنیادین الگو حساس نبوده‌ایم شاید به این علت که بعضی از جنبه‌های ضروری یا کمتر ضروری MBT برای خود ما هم روشن نبود؛ به همین سبب نیاز به وجود کتاب کاملاً جدیدی احساس شد. به علاوه مبانی نظری MBT، ساختار درمان و بعضی از مداخلات پیشنهادشده برای ارتقاء ذهنی سازی نیاز به شفاف سازی داشت. ما امیدوار هستیم که این راهنمای عملی جدید برخی از جنبه‌های گیج کننده MBT را روشن کند.

مهم تر از این، نیاز فوری به راهنمای عملی وجود داشت چراکه MBT در طی دهه گذشته تغییر کرده است؛ الگو و کاربرد بالینی آن به طور پیوسته با درک جدیدی که از تحقیقات ایجاد می‌شود اطلاع رسانی می‌شود. در حقیقت MBT «به نظر می‌رسد» در حال حاضر نسبت به یک دهه قبل به طور مشخص تغییر کرده است و بدون شک در دهه بعد نیز تغییر خواهد کرد؛ اما ما امیدواریم مؤلفه‌های بنیادینی که در اینجا توصیف می‌کنیم به عنوان سنگ بنایی برای پیشرفت‌های آتی باقی بمانند. در تلاش ما برای خلاصه سازی صحیح این الگو، کتاب کمی طولانی شده است اما امیدواریم این کار خدشه‌ای به علاقه خوانندگان وارد نکند.

MBT از آنچه ما پیش‌بینی می‌کردیم موفق تر بوده است شاید بیشتر از آنچه استحقاق آن را داشت. در ابتدا برای اختلال شخصیت مرزی توسعه یافت اما در حال حاضر برای درمان طیف وسیعی از اختلال‌های شخصیت استفاده می‌شود. ما در این کتاب اختلال‌های مختلف را پوشش نداده‌ایم به جز یک استثنا و آنهم MBT برای اختلال شخصیت ضداجتماعی است. این کتاب شامل خلاصه‌ای از کتاب راهنما است که در حال حاضر به عنوان مبنایی برای تحقیقات در زمینه MBT برای اختلال شخصیت ضداجتماعی استفاده می‌شود. در دیگر زمینه‌ها، برای مثال MBT برای درمان اختلال‌های خوردن، مصرف مواد مخدر، افسردگی و نوجوانانی که رفتار خود-آسیب رسانی دارند قبلاً مطالبی به صورت اجمالی انتشار یافته‌اند (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۲).

علت رواج MBT نیاز به مقداری توضیح دارد. ابتدا اینکه، درمانگران به راحتی ایده‌های زیربنایی الگو را درک می‌کنند و تشخیص می‌دهند که ارتقاء ذهنی سازی بیماران چیزی است که آنها قبلاً هم در

کار بالینی خود انجام می‌دادند. بنابراین ذهنی‌سازی چارچوب روشنی برای مداخلات بالینی در اختیارشان قرار می‌دهد. دوم اینکه، این سبک درمانی کاربرد وسیعی دارد، ریشه در روان‌شناسی تحولی و شناختی اجتماعی دارد. نتیجتاً، مداخلات ذهنی‌سازی بخشی از طیف وسیعی از درمان‌ها شده است که در گستره زندگی از رابطه مادر- کودک تا نوجوانی، بزرگسالی و سالخوردگی مورد استفاده قرار می‌گیرند. سوم، MBT به عنوان درمان روان‌شناختی‌ای که به متخصصین باتجربه در حوزه سلامت روانی عمومی آموزش داده می‌شود، توسعه یافت تا امکان استفاده عملی از آن برای افرادی که آموزش درمان خاصی را دریافت نکرده‌اند، فراهم شود. چهارم، MBT همپوشانی با دیگر درمان‌های موجود برای اختلال شخصیت دارد و به راحتی طیف وسیعی از رفتار درمانگران تندرو تا روان تحلیل‌گران را در برمی‌گیرد چراکه همه این درمان‌ها کم و بیش آن را در خود دارند. در نهایت MBT به عنوان درمانی که ریشه در پژوهش دارد شروع به کار کرد و ادامه یافت. این امر موجب شد شواهد مورد نیاز زیادی برای اثربخشی آن فراهم شود، علاقه فزاینده‌ای از جانب پژوهشگران نسبت به آن دیده شد و این امکان را برای کارورزان علاقه‌مند فراهم ساخت تا در مورد استفاده از آن در مواردی که خدمات بالینی با فشار روانی زیادی همراه است به بحث و تبادل نظر بپردازند.

معرفی و خلاصه‌ای از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

در این بخش از مقدمه، MBT به خوانندگان معرفی می‌شود. ما پیشنهاد می‌کنیم که آن را قبل از شروع به خواندن فصل‌های بعدی بخوانید. هدف از این کار این است که خواننده دید کلی نسبت به روش درمانی پیدا کند و ما امیدواریم که زمینه مطالعه دقیق‌تر جزئیات بیشتر در فصل‌های بعدی فراهم شود. MBT، درمانی ساختاریافته است. به دقت مسیرها را هم در طول درمان در حدود ۱۸-۱۲ ماه و هم درون جلسات مدیریت می‌کند. می‌تواند به صورت فردی و گروهی اجرا شود. هدف از درمان افزایش قابلیت تاب‌آوری ظرفیت ذهنی‌سازی افراد است.

تکنیک‌های زیادی ظرفیت ذهنی‌سازی بیماران را افزایش می‌دهند و گستره وسیعی از فرایندهای روان‌درمانی، ذهنی‌سازی را آسان می‌کنند. نتیجتاً، MBT با درمان‌های «به نامی» همپوشانی دارد و طیفی از درمان‌هایی که آشکارا شناختی هستند تا آنهایی که صراحتاً روان‌تحلیل‌گری هستند در برمی‌گیرد. تفاوت کلیدی آنها برمی‌گردد به حدی که آنها روی ذهنی‌سازی به عنوان هدف درمان تأکید می‌کنند.

بنیان MBT برانگیختن دوباره ذهنی‌سازی وقتی با شکست روبه‌رو می‌شود، حفظ کردن آن وقتی وجود دارد و ارتقاء تاب‌آوری ظرفیت افراد برای ادامه دادن به آن، چراکه در غیر این صورت از دست خواهد رفت. در مورد افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی ناحیه کلیدی آسیب‌پذیری حیطه روابط بین فردی است بنابراین ارتباط درمانگر- بیمار حیطه مهمی است که مورد موشکافی قرار می‌گیرد.

به طور خلاصه، در مواقعی که بیمار روی مشکلات مشخص شده در جلسات فردی یا گروهی تمرکز می‌کند عواطف قدرتمندی را تجربه می‌کند و به نظر می‌رسد که آشکارا ذهنی‌سازی او محدود

یا ناموفق است و/ یا درک بیمار از نحوه ارتباط حالت‌های ذهن با رفتار ناکافی است. درمانگر با فرآیندی ساختاریافته به این موضوع می‌پردازد (مسیر مداخله در جلسه) شامل (الف) همدلی و معتبرسازی (ب) شفاف‌سازی، کشف کردن و در صورت لزوم چالش کردن و (ج) دنبال کردن فرایند ساختاریافته‌ای برای بسط آرام ذهنی‌سازی و تشویق بیمار به تشخیص حالت‌های ذهنی قبل از آنکه ظهور بیرونی پیدا کنند. فرایند در ابتدا از اینجا و اکنون جلسه شروع می‌شود اما به تدریج که ذهنی‌سازی بیمار پیشرفت می‌کند به اهمیت روابط دلبستگی می‌پردازد از جمله اینکه چطور این روابط در رابطه با درمانگر و افراد کلیدی در زندگی بیمار فعال می‌شوند و چطور روی ذهنی‌سازی تأثیر می‌گذارند. به تدریج پیشرفت در ذهنی‌سازی منجر به توانمند شدن بیمار برای توجه کردن به بازنمایی‌های تحریف‌شده از روابط شخصی می‌شود.

اول و مهم‌تر از همه MBT نوعی مشارکت است. هیچ‌چیز بدون بحث مشترک و در نظر گرفتن تجربه‌های ذهنی و اندیشه‌های هم بیمار و هم درمانگر اتفاق نمی‌افتد. فرایند ذهنی‌سازی مستلزم تمایل واقعی به درک فرایندهای ذهنی خود و دیگران است. این به همان اندازه که برای درمانگر ضروری است برای بیمار هم ضرورت دارد؛ بنابراین درمانگر MBT روی ذهن بیمار تمرکز می‌کند و تلاش می‌کند تجربه او را بفهمد. همین‌طور از بیمار خواسته می‌شود همین کار را در رابطه با درمانگر انجام دهد؛ برای مثال «چرا درمانگر از من می‌خواهد روی این موضوع در این لحظه تمرکز کنم؟» که می‌تواند با این جمله جفت شود «چرا بیمار من نمی‌خواهد در این لحظه روی این موضوع تمرکز کند؟» فرایند درمان به تلاشی مشترک تبدیل می‌شود. اهداف اولیه در مسیر بهبود ذهنی‌سازی به طور مشترک توسط بیمار و درمانگر توسعه‌یافته و بر آنها تمرکز می‌شود. اهداف نمی‌توانند صرفاً در راستای خواسته بیمار باشند اگرچه اهداف او در اولویت قرار دارند مگر اینکه با کل فرایند درمان تضاد داشته باشند.

فرایند ارزیابی و مسیر درمان، بیمار را آماده می‌کند تا در درمان خود مشارکت داشته باشد. ارزیابی شامل تشریح آسیب‌پذیری‌های ذهنی‌سازی بیمار و فرمول‌بندی مشترک است که شامل جزئیات خاصی از الگوهای دلبستگی و نواحی آسیب‌پذیر در برابر بدتنظیمی هیجانی است. این را باید بیمار درک کند که این موضوع هم در مورد بیمار و هم درمانگر صادق است. اصلاً خوب نیست که عدم ذهنی‌سازی بیمار فقط توسط درمانگر که توانایی قابل توجهی در زمینه مشکلات بیمار دارد، درک شود؛ به این معنا که درک عدم ذهنی‌سازی بیمار صرفاً توسط ذهنی‌سازی درمانگر کاملاً برخلاف اصول روشن MBT است. مواجهه بیمار با عدم ذهنی‌سازی‌اش نمی‌تواند با ذهنی‌سازی در درمانگر اتفاق بیفتد این امر فقط می‌تواند با «روشن شدن» ذهنی‌سازی بیمار انجام شود. فرمول‌بندی، فرایندی مستمر است و می‌تواند هر زمان تغییر کند. گروه مقدماتی MBT در طی ۱۰ تا ۱۲ جلسه به بهبود فرمول‌بندی کمک می‌کند. این فرایند تمامی نواحی ذهنی‌سازی، فرایندهای دلبستگی، اختلال شخصیت، مدیریت هیجان و خود درمان را پوشش می‌دهد. این کار مقدماتی به این معنی است که بیمار می‌داند در تلاش برای حل مشکلات خود با چه چیزی روبه‌رو است و از روش و تمرکز درمان کاملاً آگاه است.

پس از انجام این کار مقدماتی، به بیمار MBT فردی و/یا گروهی توضیح داده می‌شود. در ابتدا برای ۱۸ ماه جلسات انفرادی و گروهی سازمان‌دهی می‌شود. با این حال، مدرکی مبنی بر اینکه این طرح بهترین یا مناسب‌ترین مدت طول درمان است در دسترس نیست. در نتیجه، MBT در حال حاضر در کوتاه‌ترین زمان و همچنین به صورت درمان گروهی یا فردی ارائه می‌شود. اینها اصلاحاتی در الگوی تحقیق هستند که باید به صورت تجربی مورد توجه قرار گیرند.

در ابتدای درمان، اهداف درمان همراه با بیمار مشخص می‌شود. اولین هدف وارد شدن به درمان و متعهد ماندن به آن است که این کار هم‌زمان با موافقت و تلاش بر سر کاهش فعالیت‌های آسیب‌زننده و رفتار خود تخریبی و در صورت امکان تثبیت شرایط محیط اجتماعی انجام می‌شود. بهبود روابط شخصی و اجتماعی، اگرچه هدف بلندمدتی است، در فرمول‌بندی با جزئیات آورده می‌شود و در طی درمان روی آن کار کرده می‌شود. به منظور توسعه فرمول‌بندی، درمانگر ترس‌های ارتباطی معمول بیمار را مشخص می‌کند برای مثال ترک شدن که سیستم دلبستگی بیمار را تحریک می‌کند و منجر به استفاده از راهبردهای دلبستگی ناسازگارانه در تعاملات بین فردی می‌شود. تعیین و تشخیص این راهبردها و الگوها در اوایل درمان انجام می‌شود که در زمان مناسب روی آنها تمرکز خواهد شد. هم بیمار و هم درمانگر ضروری است که به این راهبردهای دلبستگی وقتی که در بستر درمانی خود را نشان می‌دهند حساس باشند به طوری که بتوانند به دقت مورد موشکافی قرار بگیرند.

به طور خلاصه، الگوی روابط بیمار به ما امکان درک رابطه در درمان را می‌دهد و ارتباط در درمان به ارزیابی مجدد روابط در زندگی بیرون از درمان می‌انجامد. در نهایت بسیار مهم است که هم بیمار و هم درمانگر هدف بهبود عملکرد اجتماعی بیمار را به طور جدی مدنظر قرار دهند؛ که شامل کار، فعالیت اجتماعی، کار داوطلبانه، آموزش و دیگر فعالیت‌های سازنده زندگی می‌شود. این کار باید در شروع درمان اتفاق بیفتد نه به عنوان «ضمیمه» در اواخر درمان اضافه شود.

درمانگران وقتی بیماران را با MBT درمان می‌کنند تعدادی قانون را دنبال می‌کنند. ابتدا، درمانگران به عدم ذهنی‌سازی بیمار گوش‌به‌زنگ هستند نه تنها به حالت‌های مختلف عدم ذهنی‌سازی که برای روانی، حالت وانمودی و کنش غایت‌شناختی نامیده می‌شوند بلکه به حالت‌هایی که بیمار در یکی از قطب‌های هر یک از ابعاد ذهنی‌سازی تثبیت شده است (ابعاد ذهنی‌سازی و عدم ذهنی‌سازی در فصل ۱ مورد بررسی قرار خواهند گرفت). در کل، ذهنی‌سازی وقتی در حد بهینه است که ابعاد مختلف- برای مثال هیجانی، شناختی یا بازنمایی خود و دیگری- در تعادل هستند و حالت‌های عدم ذهنی‌سازی غیرفعال باشند. بخش کلیدی برای درمانگر بالینی این است که پیوسته از عدم تعادل و کمبود انعطاف‌پذیری در ابعاد مختلف و بودن یکی از ابعاد در وضعیت عدم ذهنی‌سازی آگاه باشد. عدم ذهنی‌سازی در یک بعد یا حالت نشانه این است که مداخله ضروری است. درمانگر بر سطح برانگیختگی با دقت نظارت می‌کند و اطمینان می‌یابد که سطح اضطراب نه خیلی پایین، نه خیلی بالا باشد چون هر دو با ذهنی‌سازی تداخل دارند. سوم تمرکز درمانگر در تمام طول جلسه حفظ شود و

همیشه متوجه لحظات آسیب‌پذیری ذهنی‌سازی در ارتباط با حوادث زندگی بیمار یا در خود جلسات باشد. چهارم، درمانگر مطمئن باشد که ذهنی‌سازی درون خودش حفظ‌شده است. غیرممکن است درمان اثربخشی انجام شود اگر ذهنی‌سازی درمانگر به خطر بیفتد؛ بنابراین درمانگر همیشه ظرفیت خودش را رصد می‌کند و حتی می‌تواند بگوید به طور مثال که ذهنش به هم‌ریخته و نمی‌تواند فکر کند. این نوع از خود-افشایی حالت ذهنی توسط درمانگر نباید با در میان گذاشتن اطلاعات شخصی درمانگر اشتباه شود. در میان گذاشتن تأثیر عمل و حالت ذهنی بیمار روی درمانگر در خدمت این است که از بیمار می‌خواهیم ذهن دیگری را علاوه بر ذهن خودش هم در نظر بگیرد. در تمام روابط ما باید به حالت‌های دیگران علاوه بر حال خودمان حساس باشیم. بدون این شرایط، گفتگوی ساختاریافته دو طرفه و درک همدلانه نمی‌تواند ایجاد شود؛ بنابراین اثری که بیمار بر درمانگر دارد و آنچه از ذهن درمانگر که در دسترس بیمار قرار می‌گیرد، مهم است. در آخر، مداخلات باید با دقت با ظرفیت ذهنی‌سازی بیمار هماهنگ باشد. در حالت برابری روانی اصلاً خوب نیست که مداخلات پیچیده‌ای که به تفکر فراوان و ارزیابی کنش فردی نیاز دارند، انجام شود! این کار به ذهنی‌سازی پایان می‌دهد به جای اینکه آن را تسهیل کند. همان‌طور که قبلاً ذکر شد بیمار نمی‌تواند با عدم ذهنی‌سازی‌اش از طریق ذهنی‌سازی درمانگر آشنا شود مگر اینکه ذهنی‌سازی در بیمار مجدداً فعال شود. ذهنی‌سازی بیمار باید «آنلاین» باشد. این کار از طریق یک سری از مراحل انجام می‌شود که خط سیر اجرای هر جلسه را تشکیل می‌دهد.

گام اول در جلسه، گوش دادن به روایت بیمار است. گاهی درمانگر می‌تواند روایت را مطرح کند اگر دلیل بسیار محکمی برای انجام این کار دارد برای مثال وقتی که درمانگر متوجه خطری است یا درمان در حال از هم پاشیدن است یا احتمال خطر عمل‌های تکانشی در بیمار داده می‌شود یا درمانگر هیجان غیرقابل‌تحملی را تجربه می‌کند، مانند ترسیدن از بیمار. گوش دادن به داستان بیمار این اجازه را به درمانگر می‌دهد که کار را با معترس‌سازی همدلانه شروع کند. معترس‌سازی همدلانه نیاز دارد که درمانگر چیزی را در داستان پیدا کند که بیمار روی آن تأکید می‌کند. این رفتاری نیست که در روش همدردی نشان داده می‌شود یا تکرار کلمه به کلمه داستانی که بیمار می‌گوید، نیست. معترس‌سازی همدلانه به دنبال ایجاد این حس در بیمار است که درمانگر حالت درونی او را درک کرده است، درمانگر واقعاً بیمار و مسئله‌ای را که وی در مورد آن صحبت می‌کند، فهمیده است. اغلب، درمانگر به دنبال هیجان اصلی بیمار است و تجربه این هیجان هست که معتبر می‌شود به جای اینکه هیجان‌های اجتماعی یا هیجان‌های ثانویه مورد بررسی قرار گیرد. معترس‌سازی مداخله‌ای مبتنی بر عواطف است؛ مؤلفه کلیدی آن وابسته بودن به حالت هیجانی درونی بیمار است. پاسخ غیر وابسته از جانب درمانگر در این نقطه احتمالاً باعث تحریک عدم ذهنی‌سازی یا ایجاد راهبردهای دلبستگی اجتنابی در بیمار می‌شود. هنگامی که پاسخ وابسته، همکاری را افزایش و تکانشگری را کاهش داد، هیجان‌ها در سطح قابل‌مدیریتی حفظ شد درمانگر می‌تواند پاسخ‌های حساس اما غیر وابسته را لحاظ کند تا سعی

کند ذهنی‌سازی دربارهٔ داستانی که بیمار می‌آورد را تحریک کند. جلسات متمرکز هستند. آنها شامل گفتگوهای مبتنی بر تداعی آزاد که به دنبال آشکارسازی فرایند ناهشیار هستند، نمی‌باشند. ناحیهٔ مورد هدف، حافظهٔ کاری یا نیمه هشیاری که تجربه را حفظ می‌کند، است. انتظار می‌رود که تمرکز در جلسه، بعد از گذشت ۱۰-۱۵ دقیقه از جلسه حاصل شود و این تمرکز سپس به نقطهٔ محوری تبدیل می‌شود که هر زمان عدم ذهنی‌سازی بر رابطه غلبه کرد درمانگر و بیمار جهت خود را به آن معطوف کرده و به آن بازمی‌گردند.

سپس «داستانی» که بیمار آورده شفاف‌سازی می‌شود. این کار توضیح و شفاف‌سازی حوادث نیست که آنهم به موقع باید انجام شود؛ بنا بر این است که درمانگر حوادث و حقایق را تا جایی که امکان دارد به سرعت روشن کند. برای مثال اگر بیمار در مورد عمل خود آسیب‌زننده‌اش یا تلاش برای خودکشی، عریه‌کشی یا انفجار هیجانی صحبت می‌کند درمانگر فوراً شفاف‌سازی کند وقتی چنین اتفاقی افتاد چه کسی آنجا بود، شرایط چگونه بود و غیره. این کار میزان خطر و اطلاعات مهم دیگری را مشخص می‌کند. با وجود این درمانگر MBT مایل است که وقایع با ذهنی‌سازی احاطه شوند. شفاف‌سازی، تفکری که بیمار روی وقایع دارد را مشخص می‌کند؛ به عبارت دیگر، حالت «پیش‌مرضی» ذهنش چه بود، امیدش به چه بود، تجربه‌اش وقتی منتظر بود نامزدش به خانه برگردد چه بود؟ چه چیزی درون ذهنش بود و چه هیجان‌هایی را در آن لحظه داشته و آیا حالا می‌تواند به گونه دیگری به آن فکر کند؟ این فرایند شفاف‌سازی که در خدمت ذهنی‌سازی است بی‌شک با تشخیص و کشف عواطف ارتباط دارد.

عواطف و روابط بین فردی متقابلاً بر هم اثر می‌گذارند و مشخصهٔ ریشهٔ مشکلات شخصیتی اختلال شخصیت مرزی هستند. از یک طرف هیجان‌های غیرقابل مدیریت به روابط حمله می‌کنند و از طرف دیگر، روابط، احساسات قدرتمند را تحریک می‌کنند. بیماران احتمالاً قادر نیستند احساساتشان را به درستی تشخیص دهند اما آن را به صورت ابتدایی به صورت تجربه‌های بدنی اولیه تجربه می‌کنند. کار کردن با بیماران برای تشخیص طیف احساسات بخشی از مؤلفهٔ شفاف‌سازی و کشف در MBT است. گاهی اوقات هیجان‌ها در بافت خاصی نرمال است. اغلب اوقات بیماران احساس می‌کنند تجربه‌شان «اشتباه» است در نتیجه ادراکات درونی خود را نامعتبر ساخته و احساس شرم می‌کنند. شاید احساس آنها مناسب است اما بیش از اندازه است یا در مواقعی غیرقابل توضیح باشد.

چنانچه بیمار و درمانگر بتوانند ظرفیت ذهنی‌سازی در مورد آنچه روی آن تمرکز است را حفظ کنند، شفاف‌سازی عواطف فعلی در جلسه گام بعدی است. این کار خیلی بیشتر از این است که از بیمار پرسیم او در حال حاضر چه احساسی دارد اگرچه ممکن است مؤلفهٔ اصلی باشد. این احساس در حقیقت به معنای عواطف فعلی در رابطه با موضوع جلسه است و نه عواطف اخیر مربوط به موضوعی که روی آن در جلسه تمرکز شده است. برای مثال بیماری ممکن است احساس غم در جلسه داشته باشد چراکه دوستش شب گذشته به رابطه‌شان تعهد کمتری نشان داده بود و این باعث شده بود که از دست او عصبانی شود. این به عنوان عاطفهٔ مربوط به چیزی که در جلسه مورد بحث

است، شناسایی می‌شود؛ اما در همان زمان بیمار ممکن است احساس کند همین‌طور که در مورد این موضوع در جلسه حرف می‌زند چیز نامناسبی در حال اتفاق افتادن است ممکن است به این توجه کند که درمانگر او را قضاوت می‌کند یا او را فردی شکست‌خورده در شرایطی که توصیف می‌کند، می‌داند. این حالت مشخصه عواطف جاری مشترک بین بیمار و درمانگر در جلسه است که تمرکز عاطفی جلسه نامیده می‌شود. مؤلفه عاطفی بین فردی است. معمولاً ضمنی است. در MBT درمانگر تلاش می‌کند فرایند ضمنی آشکارتر شود، این کار مجدداً تعادلی بین بعد ضمنی - آشکار ذهنی‌سازی ایجاد می‌کند. در اغلب موارد، روابط در قطب ضمنی گرفتار می‌شوند. افراد به بن‌بست می‌رسند و درباره آن موضوع ضمنی گفتگو نمی‌کنند ولو اینکه این موضوع بر تعاملاتی که در زیر سطح قرار دارند تأثیر بگذارد. این کار درمانگر MBT است که مؤلفه‌های مهم تعاملی را به سطح بیاورد. برای مثال بیماری ممکن است دوست ندارد درباره چیزی صحبت کند. همین‌طور که تعامل جلو می‌رود درمانگر فکر می‌کند بیمار نیاز دارد درباره این موضوع صحبت کند اما به محض اینکه درمانگر سؤالاتی می‌پرسد تا بیمار موضوع را باز کند بیمار عقب‌نشینی می‌کند. خیلی زود تعاملی دو طرفه شکل می‌گیرد که مشخصه عاطفی آن برای بیمار و درمانگر کمی ناامیدی است، اما قطب آرام درمانگر و عقب‌نشینی زیرکانه بیمار این موضوع را مخفی می‌کند. آشکار ساختن عواطف هم بیمار و هم درمانگر در رابطه با این فرایند تعاملی تمرکز عاطفی نامیده می‌شود؛ بنابراین درمانگر می‌گوید «من متوجه شدم که تعامل خاصی بین ما برقرار شده هر وقت من شما را ترغیب می‌کنم که در مورد این موضوع صحبت کنید، شما من را به عقب می‌رانید یا از مسیر منحرف می‌کنید. حدس می‌زنم شما کمی ناامید شده‌اید از اینکه من این موضوع را رها کنم؟ در مورد خودم هم من تشخیص می‌دهم که من هم اندکی ناامید شده‌ام. در حقیقت ما روی اینکه در مورد این موضوع نیاز داریم گفتگو کنیم توافق نداریم. شما چی فکر می‌کنید؟»

تمرکز عاطفی عبارت‌اند از شناسایی نحوه تعامل بین فردی در جلسه و عواطف همراه با آن که اگر به درستی و با دقت انجام شود، تمرکز بر تعامل بین درمانگر - بیمار در لحظه در جلسه افزایش می‌یابد. در حقیقت این کار غالباً نشان‌دهنده فعال شدن راهبردهای دلبستگی و الگوهای ارتباطی بیمار یا درمانگر هستند. البته این کار اجازه می‌دهد که به سمت ذهنی‌سازی رابطه پیش بروند؛ بنابراین زمینه برای ذهنی‌سازی رابطه با استفاده از ردیاب‌های انتقال در طی زمان فراهم می‌شود. ردیاب‌های انتقال، پیوندهای واضح و روشن بین الگوهای ارتباطی در گذر زمان هستند به عبارت دیگر بین‌نگرش و رفتارهایی که بیمار نسبت به مردم در زندگی‌اش داشته و شیوه‌ای که او با درمانگر ارتباط برقرار می‌کند شباهت‌هایی ایجاد می‌شود؛ به طور مثال «کاملاً قابل درک هست که شما احساس بی‌اعتمادی نسبت به دیگران دارید چرا به من اعتماد کردید؟ این کار از جانب شما کمی عجیب نیست؟» ردیاب‌های انتقال لزوماً با جزئیات دنبال نمی‌شوند اما به صورت کلامی به ردیاب‌ها اشاره می‌شود. تمرکز جلسه با استفاده از آنها به هم نمی‌خورد. در مقابل در زمان ذهنی‌سازی رابطه، تمرکز اصلی ما ایجاد دیدگاهی جایگزین بر روی جنبه مهمی از رابطه بیمار - درمانگر است. آیا این نوع رابطه به خاطر حساسیت

داشتن بیمار به نوع خاصی از تعامل‌ها ایجاد شده است؟ آیا نشان‌دهنده ناحیه آسیب‌پذیر بیمار در روابط است که اعتماد به نفس و توانایی او را برای داشتن روابط لذت‌بخش پایین می‌آورد؟

ذهنی‌سازی ارتباط در جلسه درمان ماهیت آموزشی برای بیمار دارد تا بتواند احساسات مشکل‌ساز را در شرایط بین فردی در زندگی روزانه از طریق حفظ ذهنی‌سازی زمانی که فرد در تعامل احساسی قرار دارد، مدیریت کند. ما چند مرحله برای بررسی درمانگران مشخص کرده‌ایم. ابتدا درمانگر باید همدلانه دیدگاه بیمار از خودش را معتبر بشمارد. اگر بیمار می‌گوید که درمانگر را به شیوه خاصی تجربه می‌کند درمانگر لازم است بخشی از آن تجربه را که می‌تواند معتبر بداند را پیدا کند. فعالانه از بی‌اعتبار کردن تجربه بیمار اجتناب کند. دوم، او باید سهم خودش را در تجربه بیمار از خودش بسنجد. او این کار را صریحاً با بلند فکر کردن درباره آن انجام می‌دهد و از بیمار می‌خواهد توضیح دهد چگونه به این نتیجه رسیده است. این سؤال پرسیدن باید اعتباردهنده و با کنجکاوی خالصانه‌ای باشد و نباید از این منظر باشد که تجربه بیمار تحریف‌شده یا غلط است. چنین نگرش نامعتبر کننده‌ای منجر به فاجعه می‌شود چراکه نامعتبرسازی، پاسخی غیر وابسته است که به برانگیختگی شدید منجر شده و در نتیجه کاهش در ذهنی‌سازی را به دنبال خواهد داشت. ذهنی‌سازی روابط می‌تواند به طور معناداری فقط در بافت ذهنی‌سازی جای بگیرد. به محض اینکه درمانگر نقش خودش را در فرایند رابطه پذیرفت گام بعدی که شناسایی جزئیات است می‌تواند اتفاق بیفتد. در اینجا هدف تولید فهم پیچیده‌تری از رابطه است برای اینکه بتوان آن را از زاویه متفاوتی دید و فهمیدن اینکه ارتباط آن با زندگی بیمار چیست. هدف، تولید بینش در راستای درکی از نقش گذشته در شکل‌گیری زمان حال نیست.

ذهنی‌سازی رابطه متقابل یا احساسی که در درمانگر وجود دارد و زنه تعادل برای ایجاد ذهنی‌سازی در رابطه هست. به احساسات و حالت ذهنی درمانگر در MBT اهمیت زیادی داده شده است، البته نه به عنوان نماینده احساسات فراقکن شده بیمار بلکه به عنوان جنبه معنادار یک رابطه تعاملی که معمولاً نشان‌دهنده نحوه تأثیرگذاری ذهن‌ها بر ذهن‌ها است. این تعامل، موضوعی است که مورد بررسی و موشکافی قرار می‌گیرد. برای مثال اگر درمانگر از بیمارانش که مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی است، ترسیده باشد این از نظر مداخله بالینی ناشی از بیمار نیست، بلکه احساس مهم درمانگر است که در درمان اختلال ایجاد می‌کند و می‌تواند در مسیر بهبود روابط بیمار مهم باشد. درمانگر به نوعی تجربه‌اش را برای بیمار بیان می‌کند که آن را مطبوع جلوه دهد و به عنوان چیز باارزشی که کشف‌شده به آن نگاه کند. ما پیشنهاد می‌کنیم که این کار در چند مرحله انجام شود. ابتدا، درمانگر بررسی دقیقی در مورد چگونگی احساسش انجام دهد و اینکه چه ارتباطی به تعامل بیمار- درمانگر دارد. دوم، او پاسخ احتمالی بیمار به اظهار صریح خود در مورد حالتی که دارد مورد توجه قرار می‌دهد و این موضوع را قبل از گفتگو در مورد احساس فعلی‌اش بیان می‌کند. سوم در گفتگویی که هست به طور مشخص بیان می‌کند که این تجربه فقط مربوط به خودش است و سپس عکس‌العمل بیمار را به جمله خودش نظاره‌گر می‌شود.

این امکان وجود دارد که برداشت شما از آنچه من می‌خواهم بگویم این باشد که من دارم شما را توبیخ می‌کنم یا از شما انتقاد می‌کنم اما مطمئن باشید که چنین چیزی نیست (پیش‌بینی پاسخ بیمار).

مشکل اینجا است وقتی شما این‌طوری رو به جلو می‌نشینید و با انگشت خود اشاره می‌کنید و صدای تان را بلند می‌کنید من احساس اضطراب و خطر می‌کنم (تعیین شواهد رفتاری و تمرکز روی ذهنی‌سازی بیرونی، ابراز احساس خودش و تأثیری که می‌تواند روی بیمار داشته باشد).

البته این احساسی هست که من دارم (اشاره به احساس) اما این شرایط کار را برای من در تمرکز کردن روی آنچه شما می‌گویید سخت می‌کند (تأثیر مضاعفی بر مداخله او در این رابطه گذاشته است).

از اینجا به بعد عکس‌العمل بیمار باید بررسی شود و جلسه می‌تواند ادامه پیدا کند؛ اما اگر نگرش تهدیدآمیز و نمودهای عصبانیت در همه روابط بیمار نفوذ کرده‌اند، کاوش ضروری است. مطالب گفته‌شده خلاصه کوتاهی از جنبه‌های اساسی الگوی اصلی درمان بود. پایبندی به الگو با استفاده از مقیاس پایبندی MBT رتبه‌بندی می‌شود (کارت‌رادی و همکاران، ۲۰۱۳). این مقیاس می‌تواند موجب تمرکز در مصاحبه در زمان نظارت بالینی شود. این مقیاس در پایگاه اینترنتی مرکز آنا فروید به نشانی زیر موجود است:

<http://annafreud.org/training-research/mentalization-based-treatment-training/mbt-adherence-scale/>

به خاطر داشته باشید کلید اصلی، ایجاد روایتی متمرکز است که با فرایند ذهنی‌سازی همراه باشد. فرایند، هم‌زمان به فرایند درونی ذهن بیمار، به فرایند بین ذهن درمانگر و بیمار و به فرایند درونی ذهن درمانگر اشاره دارد، زیرا این فرایندها به تمرکز عاطفی مورد توافق مرتبط هستند. ذهنی‌سازی با دیگران اساس روابط اجتماعی و شخصی رضایت‌بخش است که مطمئناً باید هدف همه ما باشد. این مجموعه بدون تلاش بسیاری از افراد ممکن نبود، شکل بگیرد. ما قدردان همه درمانگران و پژوهشگران سراسر دنیا که علاقه‌مند به MBT هستند و به پژوهش‌های مبتنی بر شواهد در این زمینه افزوده‌اند، هستیم. بدون حضور آنها این کتاب جدید بیرون نمی‌آمد و MBT تاکنون استمرار پیدا نمی‌کرد. به نظر می‌رسد که نام بردن از تک تک این افراد امکان‌پذیر نباشد و بدون شک بعضی افراد را جا خواهیم انداخت بنابراین از گروه‌هایی که ما را وادار به فکر کردن بیشتر کردند، به الگوی بالینی افزودند و با شوق و ذوق این جدوجهد را زیر سؤال بردند، تشکر می‌کنیم. گروه‌هایی در استرالیا، دانمارک، هلند، نروژ، نیوزیلند، سوئد، ایالات متحده آمریکا و انگلستان همگی تأثیرگذار بوده‌اند؛ اما به طور خاص ما از زیگموند کارت‌رادی و تیم کلینیک روان‌پزشکی شخصیت در اسلو برای تحقیقات و کار خود در زمینه پایبندی و ذهنی‌سازی و گروه‌ها؛ فین اسکاردرد، بنت سامرفلدت و پاول رابنسون برای کارشان در اختلال خوردن؛ داون بالز و همکارانش در هلند برای پایبندی بسیار زیاد به الگو و پژوهش

آموزنده‌شان و برنامه‌های آموزشی مبتنی بر MBT در هلند؛ جان گاندرسون، لوئیس چوی-کین و برندون اونراه در بیمارستان مک‌لین در بوستون، ایالات متحده برای رویکرد ترکیبی‌شان به MBT و برای گسترش موفقیت‌آمیز بالینی MBT و برنامه آموزشی؛ رابین کایسل و تیم او برای تلاش زیادی که برای آوردن MBT به کرانه غربی ایالات متحده انجام دادند و جان آلن، جان الدهام، افراین بلیبرگ و کارلا شارپ برای ایجاد فضایی برای MBT در کلینیک مینگر در تگزاس، ایالات متحده؛ رابرت گرین، دیو کارلای و رابین فارمر برای پژوهش روی MBT در خدمات عمومی سلامت روان و اشتیاقی که برای توسعه الگوی MBT در نیوزلند داشته‌اند؛ لیندا مایز، آریتا اسلید، نورکا مالبرگ و نانسی ساکمن درد دانشگاه یل، ایالات متحده برای کاری که روی MBT و والدگری انجام دادند؛ مورتن جودلبای، هنینگ جوردت، سباستین سیمونسن و اریک سیمونسن در دانمارک برای تحقیق و پیشرفت بالینی که داشته‌اند؛ و میشل دوینی، لین پریدیس، کارلا بوکلس و مارجی استوجبری در استرالیا برای انطباق‌ها و خردمندی بالینی‌شان تشکر می‌کنیم. هنوز افراد بی‌شمار دیگری هستند که می‌توان نام برد و ما از همگی متشکریم. در آخر اما نه کمتر از بقیه باید تشکر کنیم از همکارانمان در لندن، انگلستان که در دهه گذشته برای گسترش و رشد MBT هم به عنوان نظریه و هم در عمل با ما کار کرده‌اند. لیز الیشون، ایا اسن، دیکون بوینگتون، مارتین دبان، پاسکو فیرون، پیتز فاگل، جورج جرگلی، الساندر لاما، پاتریک لوتن، نایک میرگلی، تروودی روسو و ماری تارگت.

در پایان، هر وقت که فکر کردید این کتاب خیلی خوب «خواندنی» هست نتیجه کار ساعیانه کلو کمبل و کلیر فارار است دو نفری که زمان زیادی را صرف کردند تا کار ما قابل درک شود و برای محدود کردن ناهماهنگی‌ها و خطاهای آشکارمان و روشن کردن بسیاری از عبارات گیج‌کننده سماجت نشان دادند. بخش‌هایی که زیاد قابل فهم نیستند بعد از اینکه آنها رفتند، نگاشته شده‌اند. ما همچنین متشکریم از انتشاراتمان که صبورانه برای دست‌نوشته نهایی منتظر شد. بیشتر از همه از بیماران و خانواده‌های‌شان متشکریم که به ما همه چیزهایی را که درباره این شرایط بی‌رحم می‌دانیم، یاد دادند.

آنتونی بیتمن

پیتز فوناگی

لندن، انگلستان

دسامبر ۲۰۱۵

منابع

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M. S., Johansson, P. N., Schluter, C., . . . Bateman, A. W. (2013). The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, structure and reliability. *Psychotherapy Research*, 23, 705–717.

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، جوریت 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 ضعفی 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 ۱-۲ 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 (تاموایو 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 (ازجمله 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 چطور 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