

ذهن‌سازی در روان‌درمانه کودکان

راهنمایی‌هایی برای متخصصان بالینی

ویراست دوم

ذهنی سازی در روان درمانی کودکان

ذهنی سازی در درمان کودک بر روان درمانی با انتهای باز برای کودکانی با مشکلات بهداشت روانی پیچیده و مسائل دلبستگی تمرکز دارد. این درمان نمونه هایی از درمان شخصی سازی شده و یکپارچه را ارائه می دهد که «ساختاری ثابت اما در عین حال منعطف در نقطه تمرکز دارد» (پیتر فوناگی، پیشگفتار نخستین ویرایش).

این کتاب مبتنی بر مشاهده منظم درمان مسائل پیچیده در کودکان (۴-۱۲ ساله) با استفاده از فضای روان درمانی ذهنی سازی و طیفی از فنونی است که برای ارتقای توانایی های ذهنی سازی و اعتماد به دیگران جنبه هایی از درمان هایی را ادغام می کند که بیشتر رابطه محور و شایستگی محور هستند. در ویرایش جدید نویسندگان موضوع تنظیم توجه را با گنجانیدن مفهوم «دامنه تحمل» سیگل به طور مفصل توضیح داده اند. آن ها همچنین بیشتر در مورد توانایی های ذهنی سازی درمانگر، اهمیت ارائه ساختار در آغاز درمان و ارزش برقراری ارتباط برای ایجاد اعتماد معرفت شناختی نوشته اند.

این کتاب با ارائه دستورالعمل هایی برای متخصصان بالینی برای آموزش روان درمانگران کودک به علاوه روان پزشکان متخصص کودک، روان شناسان کودک و سایر درمانگرانی که با کودکان ۴ تا ۱۲ ساله ای که مشکلات تحولی مهمی را در ذهنی سازی تجربه می کنند مهم است.

آنلیز ورهویت پلایتر روان درمانگر روان تحلیلی بزرگسالان و کودکان است. تجربه سی ساله او کار با نوجوانان و والدین را نیز شامل می شود. او ناظر و آموزش دهنده برنامه های آموزشی روان درمانی است.

جولین زوالکینک روان شناس تحولی و انسان شناس است. او پژوهشی درباره آسیب شناسی تحولی با تأکید بر نابسامانی های دلبستگی، مشکلات ذهنی سازی و تأثیر مداخلات انجام داده است. او به ویژه علاقه مند به پر کردن شکاف بین پژوهش علمی و کار بالینی است.

تحولات در مجموعه روان تحلیلی

ویراستاران مجموعه: پیتز فوناگی، مری تارگت و لیز آلیسون

سایر عناوین در این مجموعه

ذهنی سازی در بهبود و درمان ترومای دلبستگی

جان جی. آلن

اهمیت رؤیاها: ارتباط دادن پژوهش بالینی و فرابالینی در روان تحلیلی

ویرایش شده توسط پیتز فوناگی، هورست کچله، ماریان لایت زینگر-بوهلبر و دیوید تیلمور

علوم تحولی و روان تحلیلی: یکپارچه سازی و نوآوری

ویرایش شده توسط لیندا میز، پیتز فوناگی و مری تارگت

تابو یا غیرتابو؟ افکار ممنوعه، اعمال ممنوعه در روان تحلیلی و روان درمانی

ویرایش شده توسط برنت ویلوک، ربکا سی. کرتیس و لوری سی. بوهم

تحولات اولیه و نابسامانی های آن: پژوهش بالینی، مفهومی و تجربی در مورد ADHD و سایر

آسیب شناسی ها و تأملات دانش شناختی آن

ویرایش شده توسط ماریان بوهلبر، جورج کانستری و مری تارگت

تخریب گری، ذهنیت مشترک و تروما: بحران هویت روان تحلیلی مدرن

ورنر بوهلبر

فرزندپروری اولیه و پیشگیری از اختلال: پژوهش روان تحلیلی در مورد مرزهای میان رشته ای

رابرتان. امدی

به کارگرفتن نظریه: نظریه ها واقعاً در عمل چگونه استفاده می شوند؟

جورج کانستری

۱۱	.....	قدردانی
۱۳	.....	۱: مقدمه‌ای بر ویرایش دوم
۲۰	.....	۲: مفاهیم نظری
۴۱	.....	۳: ارزیابی مشکلات ذهنی‌سازی در کودکان
۶۵	.....	۴: راهبرد درمانی
۹۶	.....	۵: کمک به والدین برای ارتقای ذهنی‌سازی
۱۲۸	.....	۶: روش مشاهده
۱۴۴	.....	۷: فنون مداخله: تنظیم توجه
۱۶۶	.....	۸: فنون مداخله: تنظیم هیجان
۱۸۲	.....	۹: فنون مداخله ذهنی‌سازی
۲۰۱	.....	۱۰: مروری بر درمان
۲۱۹	.....	۱۱: استراتژی تحقیق
۲۳۱	.....	ضمیمه الف: مثال‌هایی از حالت پیش‌ذهنی‌سازی در بازی
۲۳۵	.....	ضمیمه ب: فنون مداخله
۲۳۹	.....	ضمیمه ج: واژه‌نامه توصیفی
۲۴۷	.....	منابع
۲۵۹	.....	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۲۶۱	.....	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

قدردانی‌ها به ترتیب زیر است. اول از کودکان و والدین‌شان که در این پروژه مشارکت داشتند تشکر می‌کنیم. همه ما قدردان آنها هستیم بابت اجازه‌شان برای ضبط ویدیو و محتوای درمانی. جزئیات شخصی افراد مسلماً محرمانه مانده است. به منظور تعیین فنون و مداخلاتی که می‌توانند تحت عنوان روان‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی قرار بگیرند در سال ۲۰۰۲ پروژه‌ای گروهی با مشارکت افراد زیر تدارک دیده شد: جوزی هاگدرون، ویتسکه ون در ری، مارجا رکس وینکل، آرین شات، فروکچه اسلیپر و آنلیز ورهویت پلایتر، همچنین آخرین فرد به‌عنوان رهبر این پروژه بوده است. آنها درمان‌ها را اجرا کردند، طرز عمل یکدیگر را مشاهده کردند، فنون خاص درمان کودک مبتنی بر ذهنی‌سازی را مشخص کردند و برای بررسی چگونگی طبقه‌بندی این فنون، آنها را بین خود به بحث گذاشتند. این پروژه توسط کمیته نظارتی متشکل از جولین زوالکینک، آنلیز ورهویت پلایتر و مارسل اشمیتز تحت نظارت بود. همچنین در ویرایش دوم چندین نفر از همکارانمان در پیشرفت بیشتر پروژه نقش داشتند. از مارسل اشمیتز به خاطر کار کردن دقیق روی پنج تا از فصول این کتاب تشکر می‌کنیم. همچنین نینکه کولین و کاترین پَیویس بر اساس تخصص بالینی‌شان در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نظرات قابل توجهی دادند. از گروه نظارت هم‌تایان آنلیس به‌خاطر حمایت‌شان قدردانی می‌گردد: جان وندپوت، آکه ویرمن، مایک ون در لینگ، ماریان پلوگ مارکرز و توون ورهویت. از همه آنان به‌خاطر تلاش‌های خلاقانه و مشتاقانه‌شان در انجام این پروژه تشکر می‌کنیم. و آخرین نکته که اهمیتش کمتر از بقیه نیست اینکه حمایت مداوم و به‌شدت ضروری مت نیبرگ و لیکه براد بارت جهت کمک به ویرایش تمامی فصول برای بهبود استفاده از زبان انگلیسی را دریافت کردیم که از آنها سپاسگزاریم.

مقدمه‌ای بر ویرایش دوم

همان‌طور که فوناگی در پیش‌گفتار کتاب ویرایش‌شده توسط میدگلی و همکاران (۲۰۱۷، صفحه ۱۰ مقدمه) گفته است: «اگر به‌طور کلی دلیل تضعیف یادگیری به‌واسطه مشکلات عمیق در ذهنی‌سازی، به‌وضوح قابل اعتماد نبودن دانش باشد، آنگاه رویکرد مبتنی بر ذهنی‌سازی ممکن است مفیدترین و مهم‌ترین چیزی باشد که ما می‌توانیم ارائه دهیم». در این درمان تمرکز ما بر کودکانی است که مشکلاتی را در احساس یا درک شهودی از آنچه خود و دیگران در اعمال خود بیان می‌کنند، تجربه می‌نمایند: کودکانی که رشد توانایی ذهنی‌سازی و اعتماد به اطلاعات اجتماعی دریافتی از دیگران مرتبط، در آن‌ها بازداری یا مختل شده است. والدین‌شان در معنا دادن به رفتار آن‌ها با در نظر گرفتن این کودکان در جایگاه موجودات زنده‌ای که توسط افکار، احساسات و مقاصد برانگیخته می‌شوند، موفق نیستند. زمانی که کودکان خودشان را در ذهن والدین‌شان بازشناسی نکنند، رشد توانایی‌های ذهنی‌سازی در آن‌ها متوقف می‌شود. دلبستگی تروماتیک یا ناپه‌نچار، پیشرفت تحول شناختی اجتماعی را تضعیف و این کودکان را نسبت به دانش اجتماعی برآمده از دیگران بدگمان و مشکوک می‌کند. چون نیازهای آن‌ها با حساسیت برآورده نشده است، حس خودارزش‌مندی را تجربه نمی‌کنند و پذیرای اطلاعات جدید نیستند. گاهی اوقات آن‌ها فعالانه در برابر اطلاعات جدید مقاومت می‌کنند و ممکن است لجوج و انعطاف‌ناپذیر به نظر برسند که درمانگران این حالت را «غیر قابل دسترس» توصیف می‌کنند (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۹). درمان کوتاه‌مدت برای این کودکان کافی نخواهد بود چون روابط دلبستگی بسیار آشفته‌ای را تجربه کرده‌اند که اغلب آن‌ها را درگیر ذهن خود کرده و باعث عدم اعتماد آن‌ها به دیگران، از جمله درمانگر همدل شده است. رشد رابطه دلبستگی جدید و ایمن با درمانگر زمان زیادی طول می‌کشد اما برای اینکه کودک پذیرای یادگیری از سایر انسان‌ها شود ضروری است. در مورد اهمیت انعطاف‌پذیری در خصوص تعداد جلسات و طول مدت درمان، به دلیل خطر تشدید سیستم دلبستگی مختل صحبت می‌کنیم (فصل ۴). هنگامی که کودک احساس کند درمانگر خالصانه علاقه‌مند است و سعی در درک دیدگاه او دارد — که ممکن است زمان زیادی طول بکشد — قادر به پرورش اعتماد معرفت‌شناختی می‌شود (فوناگی و آلیسون، ۲۰۱۴). زمانی که کودک

بتواند به اطلاعات اجتماعی داده‌شده توسط درمانگر اعتماد کند، مهارت‌های ارتباطی او با والدین و نیز سایر افراد مرتبط زندگی‌اش بهبود می‌یابد. این تحول تنها زمانی می‌تواند رخ دهد که افراد اطراف کودک به‌ویژه والدین او نیز توانایی ذهنی‌سازی خودشان را رشد دهند.

در حین کار با کودکان در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متوجه شدیم که راهنمایی والدین (که اکنون به آن تحت عنوان درمان والد اشاره می‌شود) ماهیتاً نسبت به درمان روان‌کاوی معمول کودک، فشرده‌تر و متفاوت است. از طرف دیگر، این امر به مشکلات والدین ارتباط می‌یابد. این والدین اغلب افرادی هستند که تفکر آن‌ها بسیار عینی است و زمان کمی را صرف تأمل در مورد خواسته‌های فرزندان خود می‌کنند. اگر والدین بتوانند با کمک درمانگر والد تعاملات پیچیده خانوادگی را به‌خوبی حل کنند، این امر ارزش درمانی بالایی دارد. آن‌ها احساس شایستگی بیشتری می‌کنند و روابطشان با فرزندان‌شان بهبود می‌یابد. این به نوبه خود ارزش زیادی برای درمان کودک دارد. اگر والدین تصویر بهتری از افکار و مقاصد فرزندان خود – نه تنها افکار کودک تحت درمان، بلکه سایر فرزندان خود یا دوستان کودک – کسب کنند، بهتر می‌توانند با فرزندان خود برخورد و آن‌ها را تربیت کنند. اگر وضعیت در خانه بیشتر توأم با تأمل و تفکر شود احتمال زیادی وجود دارد که توانایی ذهنی‌سازی کودک بهبود یابد و همین‌طور ارتباطات در خانه بهتر خواهد شد. در این نوع درمان، هماهنگی درمانگران ضروری است، منظور این است که درمانگر والد، روان‌درمانگر کودک و سایر کارکنان مراقبت که ممکن است در فرایند درمان درگیر باشند، نیاز است باهم کار کنند تا همگی بتوانند بر ذهنی‌سازی تمرکز کنند. پیدایش اختلافات بین درمانگران آسان است به همین دلیل آن‌ها نیاز به هم‌سویی و هماهنگی متقابل دارند. هرچه درمانگران اتحاد بیشتری باهم داشته باشند، شرایط برای والدین و فرزندان امن‌تر می‌شود. برای استفاده از شکل درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی خانواده‌محور، حرف برای گفتن زیاد است (آسن و میدگلی، ۲۰۱۹)، جایی که والدین و فرزندان با هم کار می‌کنند تا تصویری از وضعیت ذهنی یکدیگر پیدا کنند و همچنین به دیدگاهی در این باره دست یابند که تا چه حد یک نفر می‌تواند در مورد دیگری شناخت پیدا کند. به‌خصوص اگر درمان هنوز شروع نشده باشد، چنین شکلی از درمان بر مراقبت گام‌به‌گام ارجحیت دارد. با وجود این اگر درمان‌های مختلفی قبلاً انجام شده‌اند و هنوز رنج زیادی در خانواده وجود دارد، ترجیح داده می‌شود با کودکان و والدین به‌صورت جداگانه کار شود زیرا این کار به درمانگر اجازه می‌دهد بر تقویت حسی از خود در هر دو طرف تمرکز کند. اغلب این‌ها کودکان و والدینی هستند که دارای خودانگاره منفی‌اند و برای اینکه به‌طور صحیح احساس پذیرفته و درک شدن توسط درمانگر را تجربه کنند، نیاز به رابطه اختصاصی با درمانگر دارند. تنها در این صورت است که شرایط ایمن برای ذهنی‌سازی در رابطه بین خود و دیگران فراهم خواهد شد. سطح برانگیختگی هم در والدین و هم در کودکان توانایی ذهنی‌سازی را تحت تأثیر قرار می‌دهد،

به این معنا که این توانایی هنگامی که سطح برانگیختگی منجر به فعال شدن رفتار دلبستگی شود در هر دو گروه کاهش می‌یابد. در حقیقت دلبستگی و ذهنی‌سازی می‌تواند به‌طور متضاد عمل کنند (فوناگی و تارگت، ۲۰۰۸). ترومای دلبستگی به‌ویژه سیستم دلبستگی را بیش از حد فعال می‌کند، زیرا فردی که کودک از او طلب محافظت و اطمینان‌بخشی می‌کند، همان کسی است که موجد این ترس است (هس و مین، ۱۹۹۰). ثابت شده است که ترومای دلبستگی منجر به فروپاشی سریع توانایی ذهنی‌سازی (فوناگی و تارگت، ۲۰۰۸، صفحه ۳۹) و گوش‌به‌زنگی معرفت‌شناختی می‌شود (فوناگی و بیتمن، ۲۰۱۹، صفحه ۱۷). بر این اساس هنگامی که رابطه دلبستگی در درمان ایجاد می‌شود، آگاهی درمانگر به سطح فعالیت سیستم دلبستگی اهمیت دارد. هنگامی که سطح برانگیختگی خیلی پایین است، هیچ فعالیت و تغییری وجود ندارد؛ و زمانی که سطح برانگیختگی بسیار بالا باشد، استرس مرتبط با آن توانایی ذهنی‌سازی را متوقف می‌کند. در مورد اخیر کاهش دادن برانگیختگی برای امکان‌پذیر شدن دوباره ذهنی‌سازی ضروری است. تعجبی ندارد که ایفای الگوهای ارتباطی آزارگرانه گذشته صرفاً به تدریج در جهت تعاملات مبتنی بر ذهنی‌سازی و احساس عاملیت خود تغییر می‌یابد (کناکس، ۲۰۱۶).

ما این کتاب راهنما را برای درمان کودکان سنین ۴ تا ۱۲ سال و والدین آن‌ها تهیه کردیم. در درجه اول به دو دلیل عمده روی این دو گروه سنی تمرکز می‌کنیم. نخست، این دوره‌ای است که در آن درمان فشرده ممکن است از ایجاد آسیب‌شناسی روانی جدی‌تر در نوجوانی یا اختلالات دوره زندگی پیشگیری کند (برای مثال کاستل و ماگان، ۲۰۱۵؛ شارپ و تاکت، ۲۰۱۴). درواقع یک مطالعه گذشته‌نگر نشان داد که درمان طولانی‌مدت به‌ویژه برای کودکان زیر ۱۲ سال که آسیب جدی دیده‌اند در مقایسه با کودکان بزرگ‌تر، مؤثرتر است (فوناگی و تارگت، ۱۹۹۶). دوم، تغییرات مهم و قابل توجه در روابط دلبستگی بین سنین ۳ تا ۴ سالگی، هم‌زمان با تحول روان‌شناختی کودکان خردسال رخ می‌دهد. به استثنای مواردی که رشد کودک به دلیل مشکلات شدید اجتماعی مختل شده باشد، کودکان سنین ۴ تا ۶ سالگی با احتمال بالایی توانایی خواندن ذهن خود و دیگران را به‌طور کارآمدی در این سنین پرورش داده‌اند، به‌عنوان مثال توانایی ذهنی‌سازی. بنابراین ارتباط روان‌شناختی مهم‌ترین اصل محسوب می‌شود و این ارتباط بستگی به جریان باز و دوطرفه در رابطه دارد که پس از آن نیز برای امنیت دلبستگی در سراسر زندگی بسیار ضروری است (آلن، ۲۰۱۳، صفحه ۲۶). اصولاً در این شرایط کودکان قادر به درک اهداف و مقاصد والدینشان، انتقال اهداف و مقاصد خود، و تشخیص تفاوت بین آن‌ها می‌شوند. در این دوره میزان حمایت صورت‌گرفته از کودک به‌منظور رهایی او از نگرانی‌های مربوط به صمیمیت با والدین، تا اندازه‌ای تعیین‌کننده موفقیت او در انجام وظایف جدید اجتماعی است. این به آن‌ها اجازه می‌دهد دنیای اجتماعی را که شروع به گشوده‌شدن به روی آن‌ها می‌کند

آزادانه و خلاقانه مورد بررسی قرار دهند، بازی‌گونه و مصرانه مشغول شوند، مهارت‌های جدید یاد بگیرند و به جمع‌آوری اطلاعات بپردازند. در رابطهٔ دلبستهٔ ایمن، ظهور ذهنی‌سازی به‌آرامی رخ می‌دهد. درحالی‌که برای کودکی که از نظر جنسی بیش از حد تحریک می‌شود، یا تحت تهدید جسمی یا هیجانی مداوم است، این ظهور تدریجی ممکن است مملو از اضطراب شدید باشد که در این صورت رشد آزادانهٔ ذهنی‌سازی را پیچیده می‌کند. اساساً چنین کودکی ممکن است از الگوهای دفاعی انعطاف‌ناپذیری به‌منظور تحت کنترل درآوردن اضطرابش استفاده کند که احتمالاً منجر به ترسو یا وسواسی جلوه‌کردن او می‌شود (وادل، ۱۹۸۸). به‌این‌ترتیب توانایی ذهنی‌سازی متوقف می‌شود. کودکی که درک بیشتری از چیزهایی دارد که دیگران را برمی‌انگیزند و می‌تواند نسبت به انگیزه‌های آن‌ها همدلی نشان دهد، انعطاف‌پذیری بیشتری در تفکر خواهد داشت و خواهد توانست از ارزیابی‌های نادرست بیاموزد. این منبعی فوق‌العاده در اختیار کودک قرار می‌دهد که می‌تواند در زندگی اجتماعی در کنار آمدن با استرس و بناکردن حس خودی که به اعمالش جهت می‌دهد مورد استفاده قرار گیرد. هنگامی‌که کودکان احساس می‌کنند در روابط دلبستگی اولیهٔ خود، دیده، شنیده و یا درک نشده‌اند این فرایند در حوزه‌های معینی می‌تواند دچار وقفه شود. این کودکان در مسیر ساختن دنیای درونی و اعتماد معرفت‌شناختی، موفقیت کمی دارند و یا دنیای درونی آشفته‌ای دارند که برای مثال یا فرد پرخاشگر غالبی را درونی‌سازی کرده است و یا فردی افسرده و طردکننده را. این می‌تواند یا منجر به رفتاری نامنعطف و کنترل‌کننده یا رفتاری اجتنابی و منزوی‌کننده و همچنین مشکلات شدید در برقراری ارتباط با دیگران شود. برای کودکان سنین بین ۴ تا ۱۲ سال و والدین آن‌ها، این دوره‌ای حیاتی است که در آن ایجاد تغییرات مهم در جهت مسیری ایمن‌تر، و اجتناب از آسیب‌شناسی روانی ناتوان‌کننده و مادام‌العمر که در صورت عدم درمان مشکلات جدی این کودکان در ذهنی‌سازی و دلبستگی در انتظارشان است، هنوز نسبتاً آسان است.

قبل از اینکه به بررسی اجمالی پروژه‌مان و ساختار این کتاب بپردازیم، می‌خواهیم به تغییراتی که در ویرایش جدید صورت گرفته اشاره کنیم. با ارائهٔ این ویرایش هدف ما هنوز برآورده کردن نیاز به مراقبت‌های بهداشت روانی برای کودکان و مراقبان آن‌ها است: درمان شخصی‌سازی‌شده و یکپارچه که «ساختاری مستحکم و تمرکزی منعطف دارد» (فوناگی، ۲۰۰۸) به‌منظور مقابله‌ای متناسب با مشکلات پیچیده‌ای که کودک و خانواده‌اش درگیر آن هستند. درمان مشکلات غامض کودکان با استفاده از طیفی از فنون که توانایی‌های ذهنی‌سازی را ارتقا می‌دهند بُعد دیگری را به فعالیت بالینی می‌افزاید، بُعدی که می‌تواند درمان‌های رابطه‌محورتر و مبتنی بر شایستگی را با هم ادغام کند. کتاب ما هم‌سو با این بازشناسی است که رویکردهای فراتشخیصی هنگام مقابله با مشکلات بهداشت روانی دوران کودکی بسیار مهم هستند (چو و همکاران، ۲۰۱۶؛ فوناگی و همکاران، ۲۰۱۷). در این ویرایش

به‌روزشده، پیشرفت‌های جدیدی (از سال ۲۰۰۸) را با در نظر گرفتن نظریهٔ ذهنی‌سازی و تحول درمان، یافته‌های تحقیقات انجام‌شده در حوزه‌های رشد کودک، علم عصب‌شناسی و تجارب بالینی خودمان که در طول درمان و حین آموزش درمانگران به صورت عملی حاصل شده است گنجانده‌ایم.

مهم‌ترین تغییرات در مقایسه با ویرایش نخست چیست؟ اول از همه، در این ویرایش ما موضوع «تنظیم توجه» را به‌دقت شرح می‌دهیم - در فصل ۷ توضیح داده شده است - که برای کار با کودکان سنین مدرسه حتی اهمیت بیشتری پیدا کرده است. مفهوم دامنهٔ تحمل دنیل سیگل (۲۰۱۲) کار بالینی ما را با کودکان بیش‌برانگیخته یا کم‌برانگیخته که توانایی ذهنی‌سازی پایینی دارند بهبود بخشیده است. در تنظیم توجه لازم است درمانگر کیفیت‌های ویژه‌ای از رابطه را که به آن‌ها «علائم آشکار ساز» گفته می‌شود مورد استفاده قرار دهد؛ به‌کارگیری شیوه‌ای برای جلب توجه کودک در رابطه‌ای سه‌گانه («توجه مشترک» به یک شیء مشترک). هنگام کار با کودکانی که توانایی ذهنی‌سازی آن‌ها رشد نیافته است، رفتار تعاملی غیرکلامی و مبتنی بر بدن ضروری است. کار روی تنظیم توجه مستلزم مراحل کوچک متعددی است که ما از طریق شناسایی فنون متعدد مختلفی آن را توضیح می‌دهیم (فصل ۷ را ببینید). نیاز است سوء تفاهم‌ها در روابط حساس در این سطح پایه برطرف شود تا اعتماد کودک قبل از بیان کلامی عواطف یا ذهنی‌سازی در مورد احساسات، آرزوها و غیره دوباره بازسازی شود. «موضع ندانستن» درمانگر (فصل ۴ را ببینید) در این مرحله ضروری است و مکانیسمی اصلی در فرایند درمانی محسوب می‌شود.

دومین تغییر که در ویرایش دوم پیدا خواهید کرد این است که ما توجه بیشتری را به توانایی ذهنی‌سازی درمانگر معطوف کرده‌ایم. هنگام کار با کودکان و والدین آن‌ها که در ذهنی‌سازی مشکل دارند، توانایی‌های ذهنی‌سازی درمانگر حیاتی هستند، همان‌طور که فوناگی و همکاران مکرراً این ضرورت را نشان داده‌اند (برای مثال آلن و همکاران، ۲۰۰۸، صفحه ۱۶۳-۱۷۱؛ بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۶، صفحه ۱۸۲). لازم است درمانگر (ما در سراسر این کتاب هنگام اشاره به درمانگران از ضمیر مؤنث استفاده می‌کنیم) در مورد آنچه در رابطهٔ خود با کودک یا والد او تجربه می‌کند شفاف باشد. به‌این ترتیب درمانگر می‌تواند چگونگی کارکرد ذهنی‌سازی را نشان دهد. او مسئولیت تمام ناهماهنگی‌های پیش‌آمده در تعامل را به عهده می‌گیرد و سعی می‌کند در مورد این که چه مشکلی رخ داده ذهنی‌سازی کند: «من فکر می‌کنم واکنشم کمی افراطی بود. می‌دانید، آخر من شوکه شدم از شنیدن چیزهایی که به من گفتید». ذهنی‌سازی درمانگر لازمهٔ فرایند درمان است، ما به زمان‌هایی که ذهنی‌سازی درمانگر متوقف می‌شود توجه بیشتری کردیم (نگاه کنید به فصل چهارم).

سوم اینکه در این ویرایش اهمیت اعمال ساختار بیشتر در آغاز فرایند درمانی بسیار مورد تأکید قرار گرفته است و ما در مورد چگونگی اجرایی کردن آن شفاف‌سازی کرده‌ایم. اکنون ما استفاده از

طرح درمانی را ترغیب می‌کنیم که شامل بحث در مورد اهداف شخصی‌سازی شده است. حتی اگر تدوین برنامه درمانی چندین جلسه طول بکشد بسیار ارزش‌مند است، زیرا فرصتی منحصربه‌فرد برای بحث در مورد مدل درمان و سودمندی ذهنی‌سازی و همچنین آموزش روانی فراهم می‌کند.

چهارم اینکه در طول این سال‌ها ما از تمرکز انحصاری بر ذهنی‌سازی به سمت به رسمیت شناختن اهمیت ارتباطات حرکت کرده‌ایم. نوشته‌های فوناگی و دیگران (فوناگی و آلیسون، ۲۰۱۴؛ فوناگی و همکاران، ۲۰۱۷ a؛ فوناگی و همکاران، ۲۰۱۷ b)، در مورد اعتماد معرفت‌شناختی کمک زیادی به قرار دادن اهداف درمان در چشم‌اندازی وسیع‌تر کرده است. درنهایت مهم‌ترین نتیجه این است که کودک و والدین یاد بگیرند بهتر با هم ارتباط برقرار کنند و همین‌طور پذیرای یادگیری و حمایت از یکدیگر شوند. بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی ابزار درمانی بسیار مناسبی برای برقراری ارتباط ملایم‌تر است.

کتاب حاضر گزارشی است از پروژه‌ای که در آن مراحل مقدماتی شش درمان به‌طور فشرده پیگیری شده است و درمانگران ناظر، مداخلات صورت گرفته در هر جلسه درمانی را به‌طور فشرده و یادداشت کردند. نتیجه کار مجموعه داده‌های منحصربه‌فردی است که اساس این کتاب راهنما را تشکیل داده است. در پایان پروژه، ما مطالب مشاهده‌شده از ۶۲ جلسه درمانی و تعاریف خلاصه‌شده ۱۸۶ مداخله را جمع‌آوری کردیم. ما به شش کودک که اغلب در این کتاب از آن‌ها نام برده می‌شود، اسامی زیر را داده‌ایم: پل (نه‌ساله)، گریت (هشت‌ساله)، ایوو (۱۱ ساله)، زاندر (۹ ساله)، ادوارد (۱۰ ساله) و تنها دختر، مآرتجه (۷ ساله). در ویرایش دوم بر اساس دانش فعلی خودمان در مورد سناریوهای بالینی این درمان‌ها اظهارنظر می‌کنیم. این بحث به‌ویژه برای درمانگران تازه‌کار مفید خواهد بود زیرا می‌خواهند این استراتژی درمانی را بیاموزند و از گزینه‌های مختلفی که درمانگر می‌تواند در موقعیتی عملی بداند مطلع شوند. ما فکر کردیم بهتر است خود سناریوهای درمانی تغییر نکنند چون آن‌ها بخش‌های درمانی واقعی بودند. برای نگارش مرحله اول درمان، با در نظر گرفتن جلسات بازخورد و طرح درمان، اینک نمونه‌هایی را بر اساس مواد خام حاصل از مراحل ارزیابی و بازخورد از سال ۲۰۰۲ به وجود آورده‌ایم. این نمونه‌های جمع‌آوری شده را می‌توانید در فصل ۱۰ پیدا کنید. یکی دیگر از اهداف ما در نوشتن این متن ترغیب درمانگران برای انجام پژوهش علمی است. این متن فونونی را معرفی می‌کند که به‌منظور ارتقای جنبه‌های خاصی از رشد کودک تعیین شده‌اند. از جنبه دیگر، دستورالعمل‌های ارائه‌شده در اینجا به‌منظور برآوردن نیاز درمانگران به درک بیشتر در مورد درمان کودک - والد مبتنی بر ذهنی‌سازی است. از این نظر، این کتاب همچنین می‌تواند به‌عنوان کتابی درسی برای دوره‌های آموزشی و سوپرویزن مورد استفاده قرار گیرد.

ساختار کتاب به شرح زیر است. فصل دوم نظریه‌هایی را که بر اساس آن‌ها درمان کودک مبتنی بر ذهنی‌سازی شکل گرفته است شرح می‌دهد. در پایان کتاب واژه‌نامه‌ای برای ارجاع آسان وجود دارد که

معانی سازه‌های توصیف‌شده در کتاب را ارائه می‌دهد. در فصل سوم ما دربارهٔ جمعیت هدف‌مان که شامل کودکانی است که در زمینه‌های رشدی مانند دلبستگی، تنظیم استرس و خودسازمان‌دهی عملکرد ناکافی دارند و همچنین در مورد ابزارهای ارزیابی مرتبط بحث می‌کنیم. فصل چهارم شامل دستورالعمل‌ها و راهبردهای درمانی در مورد چگونگی انجام درمان کودک مبتنی بر ذهنی‌سازی است. این فصل چارچوب‌های درمانی این رویکرد را ارائه می‌کند و با تدوین اصول اساسی و موضع درمانی زیربنایی آن خاتمه می‌یابد. فصل پنجم ویژگی‌های خاص درمان والدینی را که فرزند آن‌ها تحت درمان کودک مبتنی بر ذهنی‌سازی است شرح می‌دهد. فصل ششم بر روش‌های نظارت به‌عنوان ابزاری برای بهبود مهارت‌های روان‌درمانی تمرکز دارد. همچنین در این فصل روش‌هایی که دنبال شده‌اند و شیوه‌های مورد استفاده برای گردآوری داده‌هایی که اساس این متن را تشکیل می‌دهند، شرح داده شده‌اند. فصول ۷، ۸ و ۹ شامل فنون درمان کودک مبتنی بر ذهنی‌سازی است که به‌طور تجربی شناسایی شده و مورد مشاهده قرار گرفته‌اند و به سه دسته تقسیم شده‌اند: تنظیم توجه، تنظیم عاطفه و ذهنی‌سازی. در ویرایش دوم ما نیز با دانش توسعه‌یافتهٔ فعلی خود در مورد این فنون اظهار نظر می‌کنیم. این دسته‌بندی‌های مشاهدات، هنگام موردبحث قرار دادن درمان در جلسات داوری تخصصی، برای اهداف آموزشی و به‌عنوان ابزاری برای سنجش فرایند در مطالعات اثربخشی، مفید هستند. آن‌ها چشم‌اندازی را در مورد خط‌مشی درمان کودک مبتنی بر ذهنی‌سازی ارائه می‌دهند. برای سهولت شناسایی، دسته‌بندی‌ها در ضمیمهٔ ب خلاصه و جدول‌بندی شده‌اند و هرکدام دارای برچسب کوتاهی هستند. ضمیمهٔ الف شامل نمونه‌هایی از حالت‌های پیش‌ذهنی‌سازی در بازی است. فصل ۱۰ مسائلی را که ممکن است در حین اجرای درمان پیش‌بیانند خلاصه می‌کند و مواردی از قبیل آشنا شدن، موقعیت درمانی و جلسات مختلف درمان را پوشش می‌دهد. سرانجام در فصل ۱۱، موضوعات پژوهشی‌ای موردبحث قرار گرفته‌اند که راه را برای تحقیقات آینده نشان می‌دهند و اینکه چه جنبه‌هایی را هنگام اجرای پژوهش در مورد بررسی اثربخشی درمان کودک مبتنی بر ذهنی‌سازی باید در نظر گرفت.

مفاهیم نظری

شکل‌گیری نظریه ذهنی‌سازی در کودکان

تعاملات اجتماعی بر اساس نیاز به تعلق داشتن برانگیخته و با محرومیت و طرد اجتماعی متوقف می‌شوند (بامیستر و همکاران، ۲۰۰۷). در این فصل چندین مرحله تحولی اصلی در تعامل اجتماعی، قبل از شکل‌گیری الگوهای ذهنی در مورد «روابط خود - دیگری» در کودک مشخص شده‌اند. مبنای انگیزشی قوی برای رفتارهای بین فردی که در اوایل زندگی آغاز می‌شوند، نیاز به تعلق داشتن و نقطه مقابل آن یعنی حساسیت به طرد است. محرومیت اجتماعی، مورد غفلت قرار گرفتن یا طرد شدن توسط والدین، نه تنها ممکن است منجر به پریشانی هیجانی شود بلکه پژوهش نشان داده که این امر می‌تواند منجر به کاهش حساسیت به درد و بی‌حسی هیجانی شود که این‌ها مانع رشد همدلی، رفتارهای بین فردی، سازمان‌دهی خود و تفکر هوشمندانه می‌شوند (بامیستر و همکاران، ۲۰۰۷). دهه گذشته شاهد تحقیقات نظری و تجربی فزاینده‌ای در مورد مراحل تحولی اصلی در ارتباط با خود و دیگران بوده است. اکنون ما در مورد رشد این توانایی برای ذهنی‌سازی که ممکن است به آرامی به رشد خود ادامه دهد و یا در زمان خاصی متوقف یا منحرف شود بیشتر می‌دانیم (فوناگی، ۲۰۱۷، صفحه ۸ مقدمه). این فصل چارچوبی نظری و تجربی ارائه می‌دهد در مورد خود فرایند رشد و به‌علاوه شرایطی که رشد را متوقف می‌کنند که برای بهبود توانایی ذهنی‌سازی کودک و والدینش نیاز است که این شرایط در درمان مورد رسیدگی قرار گیرند.

مراحل تحولی اصلی در روابط خود - دیگری

دیدن این نکته جالب توجه است که نوزادان تنها چند دقیقه بعد از تولد در صورت فراهم بودن فرصت، قادر به تقلید حالات چهره هستند (بیب و همکاران، ۱۹۷۷؛ ملتزوف و مور، ۱۹۷۷؛ استن بروک و همکاران، ۲۰۱۶). ما با توانایی فطری خواندن ذهن سایر انسان‌ها از طریق توجه به حالات چهره آن‌ها به‌علاوه فعالیت‌های رفتاری‌شان متولد شده‌ایم. تعبیر نیات دیگران تسریع‌کننده‌ای قوی برای سازمان‌دهی و شکل‌گیری سیستم عصب‌شناختی است (سیگل، ۲۰۱۲، صفحه ۱۵؛ ترونیک، ۲۰۰۷).

تحقیقات در مورد نوزادان نشان داده است که در ماه‌های اول زندگی، نوزاد فعالانه به دنبال تعامل با مراقب خود است (یبب و لاجمن، ۱۹۸۸). از زمان تولد به بعد، ریش و وابسته به تجربه و در انتظار تجربه بخشی از کل سیستم‌های حسی اساسی مغز ما هستند (سیگل، ۲۰۱۲، صفحه ۲۶). نوزاد بر اساس اطلاعات ذخیره‌شده به حالات چهره مراقب خود پاسخ می‌دهد و از قبل انتظار چیزی از طرف مقابل را دارد (ناگی، ۲۰۰۸؛ ترونیک و بیگلی، ۲۰۱۱). اگر مراقب آن‌ها در حدود سه‌ماهگی با «چهره‌ای بی‌حرکت» با آن‌ها برخورد کند، نوزادان با اضطراب و آشفتگی واکنش نشان می‌دهند، چون این حالت به شدت غیر منتظره است. مواجهه نسبتاً کوتاه با چهره‌ای بی‌حالت و بدون هیجان از طرف مراقب باعث می‌شود نوزاد پریشان و نگران از دست دادن ارتباط هیجانی با مراقب خود شود. مواجهه مکرر با چهره بی‌حرکت نشان می‌دهد که این نوزادان تجربه منفی قبلی را فراموش نکرده‌اند، همان‌طور که واکنش استرس فزاینده آن‌ها گویای این است که آن‌ها انتظار تجربه هیجانی منفی‌ای را دارند (ناگی و همکاران، ۲۰۱۷). از یک‌ماهگی به نظر می‌رسد که نوزادان به سرعت با سطح پاسخ‌گویی مراقبان خود سازگار می‌شوند، چنان‌که اندازه‌گیری‌های مکرر در طول یک دوره سه‌ماهه نشان داده است نوزادانی که مادرانی با سطح پاسخ‌گویی بالا داشتند در مقایسه با نوزادانی که دارای مادران کمتر پاسخ‌گو بودند، پس از سه اندازه‌گیری در حین آزمون چهره بی‌حرکت، بیشتر توجه می‌کردند و به لحاظ عاطفی بیشتر در تکلیف درگیر می‌شدند (بیگلو و پاور، ۲۰۱۴؛ هالی و استنس بوری، ۲۰۰۳). نوزادانی که مادران‌شان از نظر بالینی افسرده بودند بیشتر احتمال داشت به چهره بی‌حرکت مادر با نگاه سرد و بی‌روح پاسخ دهند، اگرچه این وضعیت برای آن‌ها ناراحت‌کننده بود ولی بیشتر اوقات در مقایسه با نوزادان مادران غیر افسرده از رفتارهای خودآرام‌سازی استفاده می‌کردند (مانیان و بورن اشتاین، ۲۰۰۹).

علاوه بر این نوزادان با توانایی تجربه احساسات هیجانی اولیه متولد می‌شوند که به نوزاد می‌گوید توجه کند و وضعیت را به‌عنوان خوب، بد یا خنثی ارزیابی کند (سیگل، ۲۰۱۲، صفحه ۱۵۲-۱۵۱). پس از اولین فرایند ارزیابی اولیه، رشد هیجان‌های بنیادی مانند ترس، خشم، تعجب، غم و شادی به راحتی قابل تشخیص است (اکمن، ۲۰۰۹). رشد این هیجان‌های بنیادی در یک رابطه دلبسته ایمن به زیبایی در فیلم «درون و بیرون»^۱ به تصویر کشیده شده است. با این حال، مرحله اول حالت‌های هیجانی اولیه به خودی خود هدفمند و معنادار است. این حالت‌ها، «عواطف حیاتی» نامیده می‌شوند، همان‌طور که گویای این هستند که ما در سطوح ابتدایی چگونه احساس می‌کنیم. به اشتراک گذاشتن این حالت‌های هیجانی اولیه - برای مثال حین فرایند تنظیم هیجانی در رابطه کودک - والد، یا در رابطه سالمی بین زوج‌های صمیمی - اجازه تجربه احساس لمس و درک شدن را که لازمه رشد رابطه‌ای

شکوفای قوی است می‌دهد (شور، ۲۰۰۱). «ارتباط وابسته که در آن حالت درونی کودک توسط مراقب دریافت می‌شود، معنا می‌یابد و به آن پاسخ داده می‌شود، برای رشد مغز دارای اهمیت حیاتی است» (سیگل، ۲۰۱۲، صفحه ۱۵۵). توانایی توجه کردن به این حالت‌های هیجانی اولیه در اشخاص دیگر، نقطه‌شروعی است برای رشد و پیشرفت توانایی‌های تنظیم توجه. به راحتی می‌توان دید که فرایند پذیرش و تأیید حالت‌های هیجانی اولیه در اشخاص دیگر و یا خود فرد ممکن است همیشه به درستی پیش نرود، زیرا توجه ما به آسانی توسط انواع عوامل حواس‌پرتی تجربه شده یا آموخته شده منحرف می‌شود. برای مثال اگر شخصی یاد گرفته باشد احساس ناخوشایند حمایت نشدن را انکار کند در نتیجه نمی‌تواند این نیاز را در دیگری تشخیص دهد یا به آن توجه کند.

در رابطه با رشد حافظه، مرحله اصلی تحولی بعدی، درحالی‌که نوزادان با محیط‌شان تعامل دارند نمایان می‌شود. بر اساس این تعاملات، نوزادان خاطرات پنهان از تجارب رفتاری، ادراکی، هیجانی و حسی-حرکتی را ذخیره می‌کنند و «الگوهای ذهنی» یا «طرح‌واره‌هایی» از آنچه انتظار می‌رود تشکیل می‌دهند (بالبی، ۱۹۸۸؛ گرگلی و واتسون، ۱۹۹۶، صفحه ۱۱۸۹). حافظه پنهان نیازی به فرایندهای هشیار برای رمزگذاری و بازیابی ندارد، برعکس حافظه آشکار. دستیابی به الگوهای ذهنی که بر مبنای حافظه پنهان هستند و همین‌طور تفکر در مورد آن‌ها دشوارتر است. این الگوهای ذهنی پنهان یا «الگوهای کاری درونی» به عنوان تعیین‌کننده اینکه چه کسی هستیم و همچنین به عنوان شیوه‌ای منطقی برای درک چگونگی عملکرد دنیای بین فردی تجربه می‌شوند (بالبی، ۱۹۸۸؛ سیگل، ۲۰۱۲، صفحه ۱۳۲). از بدو تولد به بعد تجارب دیده شدن و درک و حمایت شدن توسط فردی دیگر، بلافاصله شروع به ذخیره شدن در حافظه پنهان ما می‌کنند. این فرایند همچنین تجربه «ذهنیت مشترک» یا تجربه «نگهداری ذهن در ذهن» نیز نامیده می‌شود (آلن و فوناگی، ۲۰۰۶، صفحه ۲۱ مقدمه؛ فوناگی، ۲۰۰۶، صفحه ۷۷). در طی این دوره نوزادان فعالانه یاد می‌گیرند که برای به دست آوردن اطلاعات الگوبرداری شده در مورد چگونگی عملکرد دنیای عینی و اجتماعی‌شان به سیگنال‌های مراقبان خود که به آن‌ها «ارجاع اجتماعی» نیز می‌گویند توجه کنند، همان‌طور که در آزمایش «پرتگاه دیداری» نشان داده شده است (کامپوس و اشتنبرگ، ۱۹۸۱). نوزادان در ۵ ماهگی می‌توانند به‌طور فعال ترجیح خود را برای فعالیت‌های اجتماعی (یاورانه) در مقابل فعالیت مرتبط با اهداف منفی (بازدارنده) نشان دهند. آن‌ها به سرعت مقاصد منفی یا مثبت را درک می‌کنند ولو اینکه این‌ها اجسام مربع شکل یا گردی باشند که با هم در تعامل اند (هاملین و همکاران، ۲۰۰۷؛ هاملین، ۲۰۱۵). این امر نشان می‌دهد که نوزادان قبل از شکل دادن الگوهای خاص ارتباطی با «دیگری واقعی»، مانند الگوهای دلبستگی، میزان اجتماعی یا غیراجتماعی بودن او را تخمین می‌زنند (چای و سانگ، ۲۰۱۸؛ فاست و لیسکوفسکی، ۲۰۱۲؛ همچنین نگاه کنید به سالوادوری و همکاران، ۲۰۱۵).