

# ذهنی سازی در روان درمانی

راهنمایی برای بالینگران

مؤلف

کارلا شارپ

دیکن بوینگتون

با مقدمه

پیتر فوناگی

ترجمه

حسین علی زاده

محمد رضا تمنایی فر



# فهرست

در باره نویسندگان.....	۷
یادداشت سردبیر مجموعه.....	۹
پیشگفتار.....	۱۱
دیباچه.....	۱۷
فصل ۱: آماده‌سازی برای ذهنی‌سازی.....	۲۳
فصل ۲: ذهنی‌سازی چیست؟.....	۳۷
فصل ۳: تحول ذهنی‌سازی.....	۵۸
فصل ۴: مشکلات در ذهنی‌سازی... و به دنبال آن مشکلات در یادگیری.....	۷۹
فصل ۵: ارزیابی و صورت‌بندی ذهنی‌سازی.....	۹۹
فصل ۶: ساختار درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی.....	۱۱۷
فصل ۷: موضع ذهنی‌سازی.....	۱۳۱
فصل ۸: مداخلات ذهنی‌سازی.....	۱۶۱
فصل ۹: پیشبرد موضع ذهنی‌سازی.....	۱۹۰
مفاهیم و اصطلاحات کلیدی.....	۱۹۷
منابع.....	۲۰۵

# درباره نویسندگان

**کارلا شارپ**، دکتری روان‌شناسی، استاد روان‌شناسی بالینی در مقطع دکتری و معاون پژوهشی دانشگاه هیوستون است. او مدیریت مرکز تخصصی ارزیابی، تشخیص، پیشگیری و درمان اختلالات نوجوانان<sup>۱</sup> را بر عهده دارد و همچنین سرپرست آزمایشگاه آسیب‌شناسی روانی تحولی است. دکتر شارپ علاوه بر فعالیت‌های علمی در آمریکا، با دانشگاه کالج لندن و دانشگاه ایالت آزاد آفریقای جنوبی نیز همکاری داشته است. پژوهش‌های او نقش چشمگیری در توسعه دانش ما درباره آسیب‌شناسی شخصیت در نوجوانان و جوانان ایفا کرده است. وی تاکنون جوایز پژوهشی متعددی دریافت کرده است؛ از جمله جایزه پژوهشگر برجسته میان‌دوره<sup>۲</sup> از انجمن مطالعه اختلالات شخصیت آمریکای شمالی و جایزه پیشرفت در درمان اختلالات شدید شخصیت از مرکز تخصصی اختلال شخصیت مرزی. دکتر شارپ پیش‌تر ریاست انجمن بین‌المللی مطالعات اختلالات شخصیت را بر عهده داشته و از سردبیران همکار مجله *اختلالات شخصیت: نظریه، پژوهش و درمان* وابسته به انجمن روان‌شناسی آمریکا بوده است. او بیش از ۳۰۰ اثر علمی شامل مقاله‌های داوری‌شده، فصل‌های کتاب و کتاب‌های تألیفی منتشر کرده است.

**دیکن بوینگتون**، روان‌پزشک کودک و نوجوان، مشاور بنیاد خدمات ملی سلامت<sup>۳</sup> در کمبریج و پیتربورو بریتانیا و مدیر پزشکی مرکز ملی کودک و خانواده آنا فروید در لندن است. زمینه تخصصی او کار با نوجوانان و جوانان پرخطر، به‌ویژه کسانی است که با مشکلات پیچیده مصرف مواد مواجه‌اند. او از توسعه‌دهندگان و مدرسان اصلی درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی است و در طراحی و اجرای درمان تلفیقی و انطباقی مبتنی بر ذهنی‌سازی<sup>۴</sup> (AMBIT) نقش کلیدی داشته است. این رویکرد موفق شده جوایز معتبر جهانی را کسب کند و در تیم‌های درمانی بسیاری در سراسر دنیا به‌کار گرفته شود. در سال ۲۰۱۴، مجله *خدمات سلامت* نام او را در فهرست «پنجاه نوآور برتر حوزه سلامت» قرار داد. دکتر بوینگتون مدرس بین‌المللی رویکرد AMBIT است و مقالات متعددی در این زمینه منتشر کرده

---

1. Adolescent Diagnosis Assessment Prevention and Treatment (ADAPT)

2. Mid-Career جایزه‌ای که به پژوهشگرانی اعطا می‌شود که در نیمه مسیر آکادمیک خود، دستاوردهای چشم‌گیری در عرصه پژوهش نشان داده‌اند. -م

3. National Health Service (NHS)

4. Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment (AMBIT)

است. حوزه‌های پژوهشی او شامل درمان اختلالات مصرف مواد در نوجوانان، به‌کارگیری عملی شواهد علمی در درمان<sup>۱</sup> و رویکردهای کاربردی برای ایجاد تغییرات نظام‌مند در خدمات سلامت روان است. او همچنین سابقه همکاری با گروه تحقیقاتی-کاربردی کمبریج در زمینه پژوهش و مراقبت‌های بهداشتی را در کارنامه دارد.

# یادداشت سردیر مجموعه

این کتاب بخشی از مجموعه کتاب‌های روان‌کاوی و علوم روان‌شناختی است؛ مجموعه‌ای که با هدف تقویت ارتباط میان پژوهشگران و بالینگران شکل گرفته است. کارلا شارپ و دیکن بوینگتون در کتاب ذهنی‌سازی در روان‌درمانی: راهنمایی برای بالینگران این هدف را به شکلی کاملاً تحسین‌برانگیز محقق کرده‌اند. کارلا شارپ روان‌شناس پژوهشگر و درمانگر بالینی است و دیکن بوینگتون روان‌پزشک است که در بنیاد خدمات ملی سلامت، مستقیماً با نوجوانان پرخطر کار می‌کند (و همچنین مدیر پزشکی مرکز آنا فروید است). این کتاب با رویکردی کاربردی تدوین شده و پیام‌های کلیدی را در کادرهایی حاوی نکات برجسته و نمونه‌های بالینی ارائه می‌دهد. در عین حال، کتابی پایه به‌شمار می‌رود: به این معنا که فرض را بر آن می‌گذارد که خواننده، هیچ آشنایی قبلی با ذهنی‌سازی یا درمان مبتنی بر آن ندارد. نویسندگان، مفهوم ذهنی‌سازی را شرح داده و نشان می‌دهند که این مکانیسم فراتشخیصی چگونه می‌تواند در تقویت اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف نقش داشته باشد. شارپ و بوینگتون نگاهی جامع به ذهنی‌سازی دارند: آن را هم عامل سلامت روانی<sup>۱</sup> می‌دانند و هم در صورت اختلال، عاملی مرتبط با آسیب‌های روانی. آن‌ها همچنین به روش‌های ارزیابی، تقویت و به‌کارگیری ذهنی‌سازی در فرایند سوپرویزن می‌پردازند. همان‌طور که پیتز فوناگی در پیشگفتار کتاب مطرح می‌کند، این اثر از دو جهت ارزشمند است: نخست در پیشبرد پارادایم ذهنی‌سازی و دوم در انتقال این مفهوم به زبانی واضح و قابل فهم برای خوانندگانی که تازه با آن آشنا شده‌اند یا درکی کلی و مبهم از آن دارند. این کتاب به‌روشنی بیان می‌کند که ذهنی‌سازی چیست و چرا در پژوهش و درمان جایگاهی مهم دارد.

الیوت جوریست

# پیشگفتار

درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی نخستین بار در اوایل دهه ۱۹۹۰ معرفی شدند و اکنون بیش از سه دهه از این نوآوری ارزشمند گذشته است. در آن زمان هدف اصلی خدمات سلامت روان، ارائه درمان‌های مبتنی بر شواهد برای افراد نیازمند بود (راث و فوناگی، ۱۹۹۶؛ فوناگی، تارگت، کوتزل، فیلیپس و کورتز، ۲۰۰۲). اما این مسیر با چالش‌هایی همراه بود. برخی از درمان‌های مرسوم نه تنها کمکی به بیماران نمی‌کردند، بلکه به آن‌ها آسیب نیز می‌رساندند. برای مثال، افرادی که با تشخیص اختلال شخصیت مرزی<sup>۱</sup> به مراکز درمانی در آمریکای شمالی مراجعه می‌کردند، به‌طور میانگین تحت درمان شش درمانگر مختلف قرار گرفته بودند، بدون آن‌که بهبودی چشمگیری در وضعیت‌شان حاصل شده باشد (لیب، زانارینی، اشمال، لینهان و بوهوس، ۲۰۰۴). پشت این آمار ناامیدکننده، واقعیتی تلخ نهفته بود: بسیاری از مداخلات روانی-اجتماعی مرسوم نه تنها کارآمد نبودند، بلکه در مواردی آسیب‌زا بودند. این درمان‌ها نتوانسته بودند تغییرات مثبتی در زندگی اجتماعی بیماران ایجاد کنند. مطالعه بلندمدت مایکل استون نیز گویای همین ناکارآمدی است. او نشان داد که تنها ۶۶ درصد از مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، پس از ۲۰ سال بهبودی نسبی پیدا کرده‌اند (استون، ۱۹۹۰). این یافته‌ها حاکی از ناکارآمدی درمان‌های مرسوم، حداقل برای برخی از گروه‌های تشخیصی بود؛ و از برخی جهات، یادآور روش‌های ناکارآمد پزشکی قرون هفدهم و هجدهم مانند زالودرمانی، پاک‌سازی و فصد خون هستند. جالب آن‌که شاید تصادفی نباشد که دو مورد آخر، یعنی پاک‌سازی و فصد خون، از جمله رفتارهای خودآسیب‌رسانی غیر خودکشی‌گرا<sup>۲</sup> هستند که در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شایع است.

رشد سریع درمان‌های مبتنی بر شواهد، به‌ویژه برای اختلالاتی مانند شخصیت مرزی، تحولی اساسی در مراقبت از بیماران ایجاد کرد. این پیشرفت‌ها نه تنها کیفیت درمان را ارتقا دادند، بلکه باعث شدند بدنامی و انگی که به این تشخیص‌ها چسبیده بود، تا حد زیادی کاهش یابد؛ چرا که تا قبل از آن، این تشخیص‌ها به دلیل بی‌اثر بودن «درمان‌های مرسوم»، به تشخیص حذفی<sup>۳</sup> تبدیل شده بودند و

---

1. Borderline Personality Disorder (BPD)

2. Nonsuicidal Self-Injury (NSSI)

3. diagnoses of exclusion: — م تشخیصی است که معمولاً تنها زمانی مطرح می‌شود که سایر گزینه‌ها رد شده باشند.

امید چندانی به بهبودی آن‌ها نبود (مؤسسه ملی سلامت روان انگلستان، ۲۰۰۳). در همین راستا، دوره‌های آموزشی جدیدی طراحی شدند تا اطمینان حاصل شود درمان‌گرانی که بر اساس شواهد علمی و کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده کار می‌کنند، مهارت‌های لازم برای اجرای مؤثر این درمان‌ها را دارند (راث و پیلینگ، ۲۰۰۸؛ راث، پیلینگ و ترنر، ۲۰۱۰). طی چهار دهه گذشته، فرهنگ درمان مبتنی بر شواهد با سرعت چشمگیری در حوزه سلامت روان گسترش یافته است. باعث افتخار است که با همکارانم از طریق توسعه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای اختلالات مختلف، سهمی هرچند کوچک اما مؤثر در پیشبرد اهداف انسانی، علمی و عملی این مسیر داشته‌ایم (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۹). اکنون این پرسش مهم مطرح می‌شود: آیا درمان‌های روانی-اجتماعی واقعاً به نتیجه مطلوبی رسیده‌اند؟ هنوز دو مانع اساسی بر سر راه وجود دارند و کتاب ارزشمند پیش رو که به مبانی و کاربرد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌پردازد، پاسخی روشن به هر دو مانع ارائه می‌دهد. اما این موانع چه هستند؟

مانع اول به پایه‌های نظری درمان‌های مبتنی بر شواهد مربوط می‌شود. این درمان‌ها معمولاً بر اساس تشخیص‌های مقوله‌ای از اختلالات روانی طراحی شده‌اند. به این معنا که کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده فرض را بر این می‌گذارند که هر اختلال روانی ماهیتی مشخص، مجزا و مستقل دارد. به بیان دیگر، گویی هر اختلال در طبقه‌ای دقیق و مشخص قرار دارد که با اختلالات دیگر هم‌پوشانی ندارد (راتر، ۲۰۱۳). اما هر بالینگری می‌داند که در دنیای واقعی، مشکلات روانی به این وضوح از هم جدا نیستند. از سوی دیگر، آستانه‌های تشخیصی اغلب قراردادی هستند؛ یعنی ممکن است فردی دچار مشکلات جدی باشد، اما چون دقیقاً از خط تشخیص عبور نکرده، از دریافت درمان محروم شود. این مشکل زمانی جدی‌تر می‌شود که عوامل نژادی، قومی و اجتماعی-اقتصادی هم وارد معادله شوند و شکاف‌های موجود را عمیق‌تر کنند؛ موضوعی که بی‌عدالتی اجتماعی را تشدید می‌کند. در واکنش به این مسئله، پژوهشگران مختلفی از جمله شارپ و همکاران (۲۰۱۵) و نویسندگان همین کتاب، راه‌حل‌های جدیدی مطرح کرده‌اند. آن‌ها به جای تکیه بر طبقه‌بندی‌های ثابت و مقوله‌ای، رویکردی ابعادی و تحولی را پیشنهاد کرده‌اند. این رویکرد که بر یافته‌های علوم اعصاب و چارچوب تحقیقاتی مؤسسه ملی سلامت روان<sup>۱</sup> استوار است (شارپ و همکاران، ۲۰۱۶)، به جای تمرکز صرف بر برچسب اختلال، توجه را به فرایندهای زیربنایی و نورویبولوژیکی مشترک در اختلالات معطوف می‌کند. چنین رویکردی هم با واقعیت‌های پیچیده بیماران هماهنگ‌تر است و هم امکان پژوهش و درمان را دقیق‌تر و منعطف‌تر می‌کند. در همین راستا، رویکرد درمانی ذهنی‌سازی که در این کتاب به خوبی معرفی شده است، «نمونه‌ای ایده‌آل<sup>۲</sup>» از این رویکرد فراتشخیصی به‌شمار می‌رود. این رویکرد هم به عوامل ژنتیکی و عصب‌تحولی توجه دارد و هم به عوامل روانی-اجتماعی مانند غفلت دوران

---

1. National Institute of Mental Health (NIMH)

2. poster child

کودکی یا تروماهای پیچیده تحولی.

چالش دوم اما، مسئله‌ای است که همچنان بدون راه‌حل باقی مانده است: شیوع گسترده مشکلات سلامت روان (کازدین، ۲۰۱۹). شمار افرادی که با مشکلات سلامت روان مواجه‌اند، بسیار بیشتر از توان فعلی نظام‌های درمانی است. محاسبه سرانگشتی ما-که حالا دیگر قدیمی شده است<sup>۱</sup>- نشان می‌دهد که حتی اگر تمام روان‌شناسان بالینی آموزش دیده، هر روز ۹ ساعت بدون هیچ استراحت یا زمان ناهار فقط مشغول درمان‌های فردی یا گروهی باشند، در نهایت فقط می‌توانند به یک نفر از هر دوازده کودک یا نوجوان نیازمند خدمات درمانی ارائه دهند. این یعنی ما با بحران جدی در دسترسی به خدمات درمانی مواجه هستیم؛ مشکلی که به آن شکاف درمانی می‌گویند. این شکاف بیش از همه به ضرر افرادی تمام می‌شود که کمترین منابع و بیشترین آسیب‌پذیری و ناتوانی را دارند.

کتاب حاضر گامی بزرگ و به نظر من بسیار مهم در جهت پر کردن شکاف درمانی برمی‌دارد. ما بر این باوریم که جبران این شکاف تنها زمانی ممکن خواهد بود که دایره ارائه‌دهندگان خدمات روان‌شناختی گسترش یابد؛ یعنی افرادی خارج از جمع متخصصان آموزش دیده نیز توانمند شوند تا بتوانند پاسخ‌گوی نیاز گسترده جامعه باشند و در ارائه خدمات مؤثر مشارکت کنند. در این جاست که تاریخچه شکل‌گیری درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی سرنخ‌های مهمی در اختیار ما قرار می‌دهد. این درمان در ابتدا برای بیمارستانی طراحی شد که نیاز به خدمات روان‌درمانی داشت، اما کارکنان آن شامل پرستاران، مراقبان سلامت، مددکاران اجتماعی و کاردرمانگران بودند که هیچ‌کدام آموزش رسمی روان‌درمانی ندیده بودند (بیتمن و فوناگی، ۱۹۹۰ الف، ۱۹۹۹ ب). یکی از ویژگی‌های مهم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی این است که برای اجرا، به دانش تخصصی پیچیده‌ای درباره علل مشکلات سلامت روان نیاز ندارد. همان‌طور که در این کتاب اشاره شده است، ذهنی‌سازی ریشه در روان‌شناسی عامیانه دارد؛ یعنی همان درک طبیعی و شهودی که انسان‌ها برای درک رفتار خود و دیگران به‌کار می‌برند. این موضوع را نباید دست کم گرفت، چرا که این ظرفیت در همه انسان‌ها وجود دارد، حتی کسانی که آموزش رسمی ندیده‌اند. به همین دلیل، یکی از اصول بنیادی این درمان آن است که درک روان‌شناختی باید به زبانی ساده و قابل فهم برای همگان ارائه شود. چنین درکی می‌تواند کمک بزرگی باشد برای افرادی که در درک ذهن و نیت پشت رفتار خود یا دیگران دچار مشکل‌اند. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر این باور نیست که ناتوانی در ذهنی‌سازی، نقضی پایدار و تغییرناپذیر است، بلکه معتقد است عوامل ژنتیکی و تجارب محیطی نامناسب (مانند تروما یا غفلت) موجب می‌شوند که فرد در شرایط هیجانی شدید، توانایی ذهنی‌سازی خود را از دست بدهد. این فروپاشی ذهنی‌سازی می‌تواند به بروز پریشانی‌های درونی، مشکلات ارتباطی، راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار و در نهایت، اختلال روانی منجر شود. اما نقطه امید آن‌جاست که یافته‌های علوم اعصاب نشان می‌دهند که محیطی امن،

---

۱. قدیمی بودن این برآورد بر این نکته تأکید دارد که با گذشت زمان نه تنها مشکل حل نشده، بلکه احتمالاً ابعاد آن گسترده‌تر نیز شده است. -م

حمایت‌گر و خیرخواه می‌تواند این ظرفیت از دست‌رفته را احیا کند. این تغییر نه‌تنها ممکن، بلکه درمان‌بخش، مشارکتی و عمیقاً محترمانه است.

دقیقاً همین ویژگی است که باعث دلگرمی و امیدواری من به این کتاب شده است. بی‌تردید این کتاب، شفاف‌ترین و قابل‌فهم‌ترین توضیح از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی است که تاکنون منتشر شده و من این را با اطمینان می‌گویم، چون هیچ نقشی در نگارش آن نداشته‌ام! شاید همین موضوع به من این آزادی را می‌دهد که از صمیم دل آرزو کنم کاش این کتاب به دست طیف گسترده‌ای از خوانندگان برسد، به‌ویژه آن گروه از درمانگرانی که می‌خواهند توانمند شوند تا بتوانند به افراد آسیب‌پذیر کمک کنند. ما تنها در صورتی می‌توانیم با مشکل شیوع بالای اختلالات روانی مقابله کنیم که «عاملان غیر مرسوم»<sup>۱</sup> را نیز توانمند سازیم؛ چرا که با وجود تمامی پیشرفت‌های چهار دهه گذشته، اختلالات روانی همچنان به‌طور معناداری کاهش نیافته‌اند.

من باور دارم این کتاب ظرفیت آن را دارد که تغییر قابل‌توجهی ایجاد کند. امیدوارم لحن پرشور، زبان مشفقانه و حس انسان‌دوستی عمیق آن بتواند زمینه‌ساز ظهور نسل جدیدی از درمانگران باشد: افرادی آگاه، حساس به تروما، انسانی، سخاوتمند و شایسته. از صمیم قلب از نویسندگان این کتاب سپاسگزارم که اثری خلق کرده‌اند که خودم هرگز نمی‌توانستم بنویسم. با نهایت فروتنی، قدردان تلاش بی‌نظیرشان هستم.

## پیتر فوناگی

---

۱. مراد فوناگی از «عاملان غیر مرسوم»، افرادی هستند که معمولاً در ساختار رسمی خدمات سلامت روان نقشی مستقیم ندارند؛ مانند پرستاران، مددکاران اجتماعی، مراقبان سلامت، یا حتی کسانی از میان مردم (مشابه چیزی که در درمان تلفیقی و انطباقی مبتنی بر ذهنی‌سازی-AMBIT-وجود دارد). او باور دارد که اگر تنها به درمانگران متخصص بسنده کنیم، نمی‌توانیم پاسخ‌گوی گستردگی مشکلات سلامت روان باشیم. پس لازم است گروه‌های بیشتری از افراد توانمند شوند تا بتوانند نقشی مؤثر در حمایت روانی ایفا کنند؛ و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی دقیقاً چنین ظرفیتی را فراهم می‌کند. -م

## منابع

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999a). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1563–1569.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (1999b). Psychotherapy for severe personality disorder: Article did not do justice to available research data. *BMJ*, 319 (7211), 709–709.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (Eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Fonagy, P., Target, M. T., Cottrell D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom?: A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (2019). Annual research review: Expanding mental health services through novel models of intervention delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60 (4), 455–472.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364 (9432), 453–461.
- National Institute for Mental Health England. (2003). *Personality disorder: No longer a diagnosis of exclusion*. London: Department of Health.
- Roth, A. D., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (2), 129–147.
- Roth, A. D., Pilling, S., & Turner, J. (2010). therapist training and supervision in clinical trials: Implications for clinical practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38 (3), 291–302.
- Rutter, M. (2013). Developmental psychopathology: A paradigm shift or just a relabeling? *Development & Psychopathology*, 25 (4, Pt. 2), 1201–1213.
- Sharp, C., Fowler, J. C., Salas, R., Nielsen, D., Allen, J., Oldham, J., ... Fonagy, P. (2016). Operationalizing NIMH Research Domain Criteria (RDoC) in naturalistic clinical settings. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80 (3), 187–212.
- Sharp, C., Wright, A. G., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). the structure of personality pathology: Both general (“g”) and specific (“s”) factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124 (2), 387–398.
- Stone, M. H. (1990). *the fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.

# دیباچه

طی ۱۵ سال گذشته، هر یک از ما تلاش کرده‌ایم تا مفهوم ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر آن را برای خود و دیگران روشن و قابل فهم کنیم. کارلا شارپ، روان‌شناس بالینی دانشگاه هیوستون، مدیریت کلینیکی تخصصی در زمینه مشکلات شخصیت نوجوانان را بر عهده دارد و در حوزه‌های پژوهشی، بالینی و آموزشی ذهنی‌سازی با کودکان، نوجوانان و بزرگسالان کار می‌کند. دیکن بوینگتون، روان‌پزشک کودک، سال‌هاست در «خط مقدم» رسیدگی به مشکلات پیچیده روانی فعالیت دارد و این رویکرد درمانی را به تیم‌های سلامت روان در مراکز جامعه‌محور آموزش می‌دهد. تاکنون بیش از ۷۰ تیم و صدها درمانگر زیر نظر او با درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی آشنا شده‌اند. ما چه به صورت فردی و چه در همکاری‌های مشترک، همواره تلاش کرده‌ایم به درکی جامع، روشن و قابل فهم از ذهنی‌سازی و درمان آن دست یابیم و این دانش را به دیگران منتقل کنیم.

تجربه و آموخته‌های این سال‌ها ما را بر آن داشت تا کتاب حاضر را بنویسیم. هدف ما به اشتراک گذاشتن آموخته‌هایمان با بالینگرانی از هر پیشینه و تخصص است، از جمله پرستاران، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، روان‌پزشکان و همه کسانی که می‌خواهند «موضع ذهنی‌سازی» را وارد کار حرفه‌ای خود کنند. این موضع نه تنها شیوه ما را در ارتباط با بیماران تغییر داده، بلکه تعاملاتمان با همکاران و نگاه‌مان به زندگی روزمره را نیز دگرگون ساخته است. موضع ذهنی‌سازی بر فروتنی، کنجکاوی و میل به یادگیری تأکید دارد. هرچند ذهنی‌سازی بر پایه نظریه‌ها و اصطلاحات پیچیده روان‌شناختی بنا شده است، اما در اصل مفهومی ساده است که ارتباط سازنده، همدلانه و خلاقانه بین ذهن‌ها را ممکن می‌سازد. زمانی که بیش از حد پیچیده‌اش کنیم، این ظرفیت بنیادین از بین می‌رود. به همین دلیل با وجود بخش‌هایی از کتاب که ناگزیر پیچیده‌اند، کوشیده‌ایم اصل سادگی را حفظ کنیم، چرا که این سادگی آن را معنادار و کاربردی می‌کند. امیدواریم در این مسیر با ما همراه شوید و به جوهره این مفهوم پایبند بمانید. از همراهی شما در این سفر بسیار خرسندیم.

## کتاب حاضر

این کتاب حاصل سال‌ها تجربه ما در آموزش روان‌درمانی به درمانگران تازه‌کار و کارکنان حوزه سلامت روان است. اکنون خوشحالیم که می‌توانیم آموخته‌های خود را در اختیار شما بگذاریم. فصل

اول مروری کلی و بحثی بنیادین دربارهٔ منطق درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ارائه می‌دهد. در فصل دوم به معرفی مفهوم ذهنی‌سازی می‌پردازیم. در این فصل مبانی روان‌کاوانهٔ ذهنی‌سازی و کاربرد آن در حوزه‌های مختلف از جمله نخست‌شناسی، روان‌شناسی تحولی، علوم اعصاب اجتماعی، روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی بررسی شده‌اند. شما در این فصل با چهار قطب ذهنی‌سازی آشنا خواهید شد: خود در برابر دیگری، ضمنی-خودکار در برابر آشکار-کنترل‌شده، عاطفی در برابر شناختی و بیرونی در برابر درونی. همچنین به نقش مهم اهداف و ارزش‌ها در فرایند ذهنی‌سازی پرداخته خواهد شد. در پایان این فصل، درک نسبتاً کاملی از معنای ذهنی‌سازی و ویژگی‌های ذهنی‌سازی مطلوب خواهید داشت؛ درکی که زمینهٔ ورود به مباحث فصل سوم را فراهم می‌سازد.

فصل سوم به بررسی تحول ظرفیت ذهنی‌سازی از نوزادی تا بزرگسالی اختصاص دارد. همان‌طور که خواهید دید، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ماهیتی تحولی دارد. این نظریه منشأ آسیب‌های روانی را در بستر تحولی (به‌ویژه دلبستگی) در نظر می‌گیرد و ظرفیت ذهنی‌سازی را حاصل عبور از چند مرحلهٔ تحولی به‌سوی ذهنی‌سازی بالغانه می‌داند. در این فصل با سه ساحت پیش‌ذهنی‌سازی آشنا خواهید شد: غایت‌شناختی، برابری روانی و وانمودی؛ ساحت‌هایی که پیش از رسیدن به ذهنی‌سازی بالغانه، در کودکی و نوجوانی دیده می‌شوند. بر این نکته تأکید می‌شود که ذهنی‌سازی در خلأ شکل نمی‌گیرد، بلکه محیط مراقبتی اولیه (و سپس محیط اجتماعی گسترده‌تر) به‌مثابه آزمایشگاهی برای تمرین مهارت‌های ذهنی‌سازی عمل می‌کنند. لذا، روابط دلبستگی در خانه و بیرون از آن، ریشه‌های اصلی این ظرفیت هستند. از طریق ذهنی‌سازی والدین (یا کنش تأملی)، نوزادان، کودکان و نوجوانان می‌آموزند چگونه از بیرون به ذهن خود و از درون به ذهن دیگران نگاه کنند. وقتی کودکان توسط مراقبان ذهنی‌سازی می‌شوند، در می‌یابند که دیدگاه دیگران ارزشمند است. این درک، پایه‌گذار اعتماد معرفتی<sup>۱</sup> نسبت به دیگران می‌شود؛ اعتمادی که بنیان یادگیری اجتماعی است.

در فصل چهارم با تکیه بر تحول طبیعی ظرفیت ذهنی‌سازی، توضیح می‌دهیم که این فرایند چگونه ممکن است از مسیر معمول خود منحرف شود. تمرکز اصلی این فصل بر تأثیر محیط مراقبتی ناسالم اولیه است؛ محیطی که می‌تواند روند طبیعی تحول ذهنی‌سازی را مختل کند. اختلال در این مسیر، نه نتیجهٔ یک عامل واحد، بلکه حاصل تعاملات پیچیده و دوسویهٔ عوامل زیستی (مانند ژنتیک) و عوامل محیطی است. برای درک بهتر این موضوع از اختلال شخصیت مرزی استفاده می‌کنیم. این انتخاب دو دلیل دارد: نخست، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ابتدا برای این اختلال ایجاد شد و دوم، این اختلال نمونهٔ مناسبی از آسیب در سطح کلی عملکرد شخصیت است (شارپ و همکاران، ۲۰۱۵). در این فصل توضیح می‌دهیم که چگونه ساحت‌های پیش‌ذهنی‌سازی که از نظر تحولی در دوران کودکی طبیعی هستند، اگر در بزرگسالی باقی بمانند به ساحت‌های غیر ذهنی‌سازی تبدیل می‌شوند و با آسیب روانی ارتباط پیدا می‌کنند. این ساحت‌ها می‌توانند بی‌اعتمادی معرفتی را تشدید کرده و در نتیجه مانع

یادگیری اجتماعی شوند. در چنین شرایطی فرد از دریافت حمایت‌های محیطی محروم مانده و تلاش‌های او برای ذهنی‌سازی ممکن است به احساس تنهایی و سوءتفاهم منجر شود. همچنین این فصل بر اهمیت دوران نوجوانی تأکید دارد؛ دوره‌ای حساس که ممکن است در آن روند ذهنی‌سازی دچار وقفه شده و بذریختن شخصیت کاشته شود. به همین دلیل نوجوانان بیش از هر زمان دیگری به حمایت و تکیه‌گاه<sup>۱</sup> اجتماعی نیاز دارند تا تحول سالم شخصیت در آن‌ها حفظ شود.

فصل پنجم به معرفی ابزارها و روش‌های ارزیابی ذهنی‌سازی اختصاص دارد. این فصل اهمیت زیادی دارد، زیرا موفقیت درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی تا حد زیادی به ظرفیت درمانگر در شناسایی لحظات فروپاشی ذهنی‌سازی وابسته است. بنابراین، ارزیابی مستمر ظرفیت ذهنی‌سازی مراجع و همچنین خود درمانگر، بنیان اصلی فرایند درمان محسوب می‌شود. ارزیابی ذهنی‌سازی در این فصل از چند منظر بررسی می‌شود: ظرفیت کلی ذهنی‌سازی، ساحت‌های پیش‌ذهنی‌سازی، سبک‌های ذهنی‌سازی و چهار قطب ذهنی‌سازی. در ادامه توضیح داده می‌شود که چگونه این ارزیابی‌ها در ابتدای درمان به نیمرخ ذهنی‌سازی و درنهایت به صورت‌بندی ذهنی‌سازی می‌انجامد. صورت‌بندی ذهنی‌سازی، روایتی منسجم از تاریخچه و مشکلات مراجع است که بر اساس ظرفیت ذهنی‌سازی تنظیم می‌شود. این صورت‌بندی ماهیتی مشارکتی و غیر قطعی<sup>۲</sup> دارد که به درمانگر امکان می‌دهد برای نخستین بار به مراجع نشان دهد که ذهنی‌سازی دقیقاً به چه معناست.

فصل ششم به معرفی ساختار اصلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اختصاص دارد. برای توضیح این ساختار، از مراجعی خیالی به نام ام.جی استفاده کرده‌ایم که در فصل‌های بعدی نیز به او خواهیم پرداخت. این روایت به شما کمک می‌کند تا با فرایند مداخلات ذهنی‌سازی آشنا شوید. اگرچه ساختار مداخلات ذهنی‌سازی می‌تواند متنوع باشد، اکثر آن‌ها از ساختار کلاسیک آغاز، میانه و خاتمه تشکیل شده‌اند. در بخش آغاز، تمرکز بر ارزیابی و صورت‌بندی ذهنی‌سازی است. در بخش میانه، عمده کار درمانی انجام می‌شود و بخش خاتمه بر تحکیم درمان و آمادگی برای پایان رابطه درمانی تمرکز دارد. این فصل بر مرحله آغاز درمان تمرکز دارد و به توضیح بیشتر صورت‌بندی ذهنی‌سازی می‌پردازد که در فصل پنجم معرفی شده است. در پایان این فصل، درک روشنی از ماهیت مشارکتی و غیر قطعی صورت‌بندی ذهنی‌سازی خواهید داشت. صورت‌بندی که یک فرضیه بالینی است، پایه مداخلات درمانی در مراحل میانه و خاتمه درمان فراهم می‌کند. حفظ موضع ذهنی‌سازی در طول این مسیر به درمانگر کمک می‌کند تا فرایند خاتمه درمان را با دقت و حمایت لازم هدایت کند.

فصل هفتم به مرحله میانی درمان می‌پردازد، جایی که موضع ذهنی‌سازی به منزله نوعی نگرش یا جایگاهی بنیادین معرفی می‌شود که درمانگر در طول درمان اتخاذ می‌کند. در واقع عامل اصلی تغییر درمانی، موضع ذهنی‌سازی است. اگر قرار باشد تنها یک نکته از این کتاب بیاموزید، امیدواریم آن

---

1. scaffolding  
2. tentative

نکته، نحوهٔ درونی‌سازی این موضع باشد. در این فصل ابتدا با نگاهی به روابط قدرت میان مراجع و درمانگر، موضع ذهنی‌سازی را در بستر اجتماعی-سیاسی آن بررسی می‌کنیم؛ موضوعی که نشان می‌دهد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی رویکردی غیر اقدارگرا دارد. سپس، معیارهایی را برای ارزیابی موضع ذهنی‌سازی در درمانگر مطرح می‌کنیم. این معیارها عبارت‌اند از: ندانستن، کنجکاوی و تفکر باز، استفادهٔ درمانگر از خود، حفظ تعادل، نظارت و مدیریت برانگیختگی، قطع یا پایان دادن به عدم ذهنی‌سازی خود درمانگر، نظارت و تصحیح اشتباهات خود و برجسته‌سازی و تقویت ذهنی‌سازی مراجع. در پایان فصل، با فرایند اساسی ذهنی‌سازی آشنا خواهید شد؛ فرایندی که در تمامی رفت‌وبرگشت‌ها (تعاملات) با مراجع به کار گرفته می‌شود. با شناخت این مؤلفه‌های بنیادین، در فصل هشتم به مداخلات اختصاصی ذهنی‌سازی خواهیم پرداخت.

فصل هشتم مکمل فصول ششم و هفتم بوده و هرم عاطفه را معرفی می‌کند. این هرم، طیفی از مداخلات ذهنی‌سازی را بر اساس میزان برانگیختگی هیجانی مراجع ارائه می‌دهد. این طیف شامل چهار سطح مداخله است: اعتباربخشی همدلانه، شفاف‌سازی و بسط عاطفه، حرکات متضاد و ذهنی‌سازی رابطه. در این فصل نیز از مورد ام‌جی برای نشان دادن نحوهٔ اجرای این مداخلات استفاده خواهیم کرد.

فصل نهم به‌منزلهٔ سخن پایانی کتاب، به سوپرویزن، کار تیمی و مسیرهای ادامهٔ آموزش در زمینهٔ ذهنی‌سازی می‌پردازد. همچنین ابزاری برای سنجش میزان یادگیری خوانندگان ارائه می‌شود. به خاطر داشته باشید که هدف نهایی ما این است که کتاب حاضر، آغازی باشد برای وارد کردن موضع ذهنی‌سازی در کار درمانی شما، فارغ از رویکرد درمانی‌تان. با بهره‌گیری از راهنمایی‌ها و مفاهیم این کتاب، می‌توانید ظرفیت ذهنی‌سازی را نه تنها در فضای درمان، بلکه در تعاملات روزمره و روابط شخصی‌تان نیز تقویت کنید.

در نگارش این کتاب تلاش شده تا حد امکان از زبان فنی و پیچیده پرهیز شود. هرچند برخی مفاهیم (مانند، برابری روانی، ساحت وانمودی، سبک پیش‌ذهنی‌سازی و غیره) قابل ساده‌سازی نبودند، اما نهایت تلاش را کرده‌ایم که آن‌ها را به‌طور واضح توضیح دهیم. به باور ما زبان پیچیده می‌تواند درک کاربردی مفاهیم را برای کارآموزان دشوار کند. از این رو، زبان این کتاب به‌گونه‌ای تنظیم شده که برای مخاطبانی با پیشینه‌های گوناگون قابل فهم باشد.

طی نگارش کتاب همواره این تصور را داشته‌ایم که در حال گفت‌وگویی زنده با دانشجویان و کارآموزان خود هستیم. هدفمان این بود که ذهنی‌سازی را به‌شکلی روشن معرفی کنیم و نشان دهیم چگونه این مهارت می‌تواند رابطهٔ بین مراجع و درمانگر را بهبود بخشد و در نهایت، کیفیت روابط فردی مراجع در زندگی روزمره را ارتقا دهد. برای تسهیل یادگیری، از ابزارهایی مانند نمودارها، تصاویر و جداول استفاده شده است. همچنین کلمات کلیدی که ساختار نظری و بالینی درمان ذهنی‌سازی را شکل می‌دهند، در متن پررنگ شده‌اند. هر بار کلمهٔ **پررنگی** را مشاهده کردید به آن

توجه کنید، زیرا ممکن است بارها تکرار شود و فهم دقیق آن برای درک مطالب ضروری است. فهرست کامل این کلمات در بخش پایانی کتاب در قسمت «مفاهیم و اصطلاحات کلیدی» آمده است. برای درمانگرانی که قصد دارند از این کتاب برای آموزش دانشجویان، کارآموزان یا اعضای تیم درمانی خود استفاده کنند، خودارزیابی فصل نهم توصیه می‌شود. همچنین بخش‌هایی از جلسات مورد ام‌جی در کادرهایی آمده‌اند تا نشان دهند موضع و درمان ذهنی‌سازی چگونه در عمل اجرا می‌شوند.

## یادداشتی دربارهٔ زبان و اطلاعات موردی

مجدداً تأکید می‌کنیم که این کتاب به هیچ رویکرد درمانی خاصی وابسته نیست. موضع ذهنی‌سازی در تمامی مکاتب و روش‌های روان‌درمانی قابل استفاده است. هرچند این مفهوم ریشه در نظریه‌ها و پژوهش‌های روان‌کاوی قرار دارد، اما تا حد امکان از به‌کاربردن اصطلاحات تخصصی و محدود به یک حوزه پرهیز کرده‌ایم. در سراسر کتاب جز در مثال‌های موردی، از ضمائر مفرد جنسیتی استفاده کرده‌ایم<sup>۱</sup>. نمونه‌های بالینی ارائه‌شده (از جمله مورد ام‌جی) ساختگی هستند و به هیچ فرد واقعی اشاره ندارند.

## قدردانی

طی پانزده سال گذشته، در سفری شگفت‌انگیز از یادگیری بوده‌ایم. سفری که در آن آموختیم ذهنی‌سازی چیست، چگونه خودمان را ذهنی‌سازی کنیم و چگونه آن را به دیگران بیاموزیم. امیدواریم با شرح این ظرفیت بنیادین انسانی بتوانیم زندگی بالینگران و افراد و خانواده‌هایی را که با آن‌ها کار می‌کنند، غنی‌تر کنیم. این کتاب را با احترام تقدیم می‌کنیم به بیماران و دانشجویانمان؛ آنان که که همواره بهترین آموزگاران ما بوده‌اند و اغلب، بخشنده‌ترین نیز.

---

۱. نویسنده تأکید دارد که استفاده از ضمائر «he» یا «she» در متن، صرفاً برای روانی نوشتار بوده و بار جنسیتی یا اشاره به جنس خاصی ندارد. -م

## آماده‌سازی برای ذهنی‌سازی

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی<sup>۱</sup> رویکردی یکپارچه در روان‌درمانی است که مؤلفه‌هایی از نظریه‌های روان‌پویشی، شناختی-رفتاری، سیستمی و بوم‌شناختی را با یکدیگر تلفیق می‌کند. این درمان توسط پیتر فوناگی و آنتونی بیتمن با هدف پرداختن به نقایص ذهنی‌سازی در روابط آشفته و عملکرد ضعیف شخصیت طراحی شده است. طی یک تا دو دهه گذشته، درمانگران و پژوهشگران حوزه ذهنی‌سازی با تکیه بر کارهای بنیادین بیتمن و فوناگی، این رویکرد را گسترش داده و آن را در زمینه‌های مختلف اجتماعی و بالینی تطبیق داده‌اند. درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی نقش مهمی در بازگرداندن گفتمان روان‌پویشی به جریان اصلی روان‌درمانی ایفا کرده‌اند و به‌خوبی با درمان‌هایی مانند درمان شناختی-رفتاری<sup>۲</sup> و رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۳</sup> تلفیق شده‌اند. این درمان با پشتوانه کارآزمایی‌های تصادفی کنترل‌شده، مطالعات پیامدی طبیعی، کارگاه‌های آموزشی بین‌المللی و کتابچه‌های راهنما، اکنون یکی از رویکردهای اصلی در درمان اختلال شخصیت در بزرگسالان و نوجوانان محسوب می‌شود (کریستیا و همکاران، ۲۰۱۷؛ استوربو و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، شواهد روبه‌رشد حاکی از اثربخشی آن در طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی است.

با وجود استقبال گسترده از مفهوم ذهنی‌سازی و شواهد علمی قوی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر آن، پذیرش این رویکرد به‌ویژه در آمریکا کندتر از درمان‌های شناختی-رفتاری بوده است. در سیستم‌هایی که بر روان‌درمانی‌های مهارت‌محور تأکید دارند، زبان تحلیلی نهفته در این رویکرد گاهی به‌درستی خوانش نمی‌شود. این امر، آموزش آن را برای درمانگران تازه‌کار (خصوصاً آن‌هایی که با روان‌کاوی آشنا نیستند) چالش‌برانگیز کرده است. بخشی از این چالش به این واقعیت بازمی‌گردد که این درمان، صرفاً مجموعه‌ای از تکنیک‌ها یا نوع خاصی از روان‌درمانی نیست. در عوض، تمرکز این درمان بر اتخاذ یک موضع عمومی درمانی است. برخی منتقدان بر این باورند که رویکردهای ذهنی‌سازی به دلیل انتزاعی بودن و اتکای زیاد بر سوپروایزهای باتجربه که بتوانند مفاهیم تحلیلی

1. Mentalization-based treatment (MBT)

2. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

3. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

پیچیده را در عمل بالینی به کار گیرند، حداقل برای درمانگران تازه‌کار دشوار و مبهم جلوه می‌کنند. تجربه ما از کارگاه‌ها و آموزش‌ها نشان می‌دهد که کارآموزان و درمانگران تازه‌کار اغلب با سؤالات مشابهی مواجه می‌شوند؛ از جمله: «ذهنی‌سازی دقیقاً یعنی چه؟»، «ذهنی‌سازی مگر همان نظریه ذهن نیست؟»، «تفاوت آن با همدلی، ذهن‌آگاهی یا تنظیم هیجان چیست؟»، «برابری روانی به چه معناست؟»، «چطور بفهمم که خودم در حال ذهنی‌سازی‌ام؟»، «چطور بفهمم مراجع ذهنی‌سازی نمی‌کند؟»، «می‌دانم که باید موضع ذهنی‌سازی داشته باشم، اما چگونه؟ چه بگویم؟ چه کار کنم؟» از سوی دیگر، سوپروایزرها نیز سؤالاتی از این دست مطرح می‌کنند: «چگونه می‌توانم ذهنی‌سازی را به اعضای تیم درمانی‌ام آموزش دهم، وقتی هیچ‌کدام زمینه‌ای در روان‌کاوی ندارند؟»، «چطور این رویکرد را به دانشجویانی آموزش دهم که هنوز درکی عمیق از ماهیت رابطه درمانی ندارند؟ می‌خواهم اصول ذهنی‌سازی را با زبانی ساده توضیح دهم».

کتاب حاضر پیش از هر چیز پاسخی است به این دغدغه‌ها. هدف ما آن بوده که اصول بنیادین درمان ذهنی‌سازی را با زبانی ساده در اختیار خوانندگان قرار دهیم. بر پایه تجربیات آموزشی و بالینی، به این باور رسیده‌ایم که موضع ذهنی‌سازی قابلیت اکتسابی است؛ می‌توان آن را آموخت و به دیگران آموزش داد. نکته مهم این است که ذهنی‌سازی می‌تواند در دل هر رویکرد درمانی جای گیرد، چرا که همه درمانگران به نحوی ذهنی‌سازی می‌کنند! کاری که کتاب حاضر انجام می‌دهد این است که به شما کمک می‌کند مؤثرتر از این ظرفیت بهره ببرید.

این فصل بستری مفهومی برای مباحث فصل‌های بعدی فراهم می‌سازد. ابتدا به جهت‌گیری درمانی لازم برای تلفیق ذهنی‌سازی در کار بالینی می‌پردازیم. سپس نشان می‌دهیم که چرا این رویکرد با هر نوع درمانی قابل ترکیب است. دلیل روشن است: ذهنی‌سازی زیربنای تمامی تعاملات مؤثر انسانی است؛ چه در روان‌درمانی و چه در زندگی روزمره. لذا می‌توان آن را عاملی مشترک در همه رویکردهای درمانی دانست. تقویت این ظرفیت نه تنها اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد، بلکه در سطحی وسیع‌تر، کیفیت روابط انسانی را بهبود می‌بخشد.

## جهت‌گیری مجدد درمانگر

برای اتخاذ موضع ذهنی‌سازی در کار بالینی، درمانگر نیازمند نوعی جهت‌گیری مجدد است. این جهت‌گیری با کنار گذاشتن موضع مقتدرانه آغاز می‌شود. بسیاری از درمانگران و متخصصان مجرب در زمینه سلامت روان، سال‌ها تلاش کرده‌اند تا به مرجعی در این زمینه تبدیل شوند. آن‌ها اغلب در حیطه‌ای خاص -مانند درمان یک اختلال مشخص یا کار با جمعیتی خاص- تخصص پیدا کرده‌اند و از راهنماهای درمانی دقیق و مبتنی بر شواهد استفاده می‌کنند. در این جا پرسشی کلیدی مطرح می‌شود:

چرا درمانگری که در رویکرد مشخصی آموزش دیده و به آن مسلط شده، باید بخواهد موضع ذهنی‌سازی را در کار خود بگنجانند، آن‌هم با علم به این‌که ماهیت ذهنی‌سازی، «ندانستن» و عدم قطعیت است؟ واقعیت این است که /حساس دانستن و تسلط بر روند درمان، برای بسیاری از درمانگران منبعی از اعتمادبه‌نفس و آرامش است.

در سوی دیگر طیف، درمانگر تازه‌کاری را تصور کنید که تجربه عملی چندانی ندارد. آغاز درمان برای چنین فردی، به‌ویژه در حضور سوپروایزر، اغلب با اضطرابی شدید همراه است. درمانگران تازه‌کار معمولاً پیش از کار بالینی، تجربه عملی محدودی با بیماران واقعی دارند. در برخی موارد جلسات آن‌ها ضبط و به‌منظور دریافت بازخورد بررسی می‌شوند و این خود فشار مضاعفی ایجاد می‌کند. حتی در تیم‌های بین‌رشته‌ای سلامت روان، صرف نظر از پیشینه آموزشی یا سطح تجربه، احساس مسئولیت در قبال سلامت روانی دیگران می‌تواند منبعی جدی از اضطراب باشد.

---

### ذهنی‌سازی مستلزم

### کنار گذاشتن موضع

### مقتدرانه است.

---

در هر دو گروه از درمانگران-چه افراد باتجربه و چه تازه‌کار-تکیه بر راهنماهای درمانی مبتنی بر شواهد که بر اختلالات مشخص تمرکز دارند، احساس امنیت و آرامش ایجاد می‌کند. پیروی از دستورالعمل‌های این کتابچه‌ها، نوعی اطمینان خاطر فراهم می‌کند؛ این‌که رعایت دقیق مراحل درمان مبتنی بر شواهد می‌تواند بهبودی بیماران را تضمین کند؛ همان‌طور که در کارآزمایی‌های بالینی تصادفی کنترل‌شده نیز به اثبات رسیده است. با این حال، همان‌طور که در ادامه بحث خواهیم کرد، محدودیت‌های این رویکردهای اختلال‌محور در دهه گذشته آشکارتر شده‌اند. این امر ضرورت بازاندیشی و نوآوری در درک ماهیت اختلالات روانی و درمان آن‌ها را در پرتو علوم جدید برجسته کرده است.

در این زمینه و با تکیه بر تجربه‌مان در آموزش درمانگران تازه‌کار، چه در دوره دکتری روان‌شناسی بالینی (توسط شارپ) و چه در کار با تیم‌های درمانی (توسط بوینگتون)، تصمیم گرفتیم اصول رویکرد مبتنی بر ذهنی‌سازی را با زبانی ساده و قابل فهم معرفی کنیم. هدف ما تسهیل فرایند جهت‌گیری درمانگر از موضع سنتی و مقتدرانه به موضع ذهنی‌سازی بود، آن‌هم بدون وابستگی به رویکرد درمانی خاص. در مسیر این هدف، به بازخوردهای مطالعات اجرای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی توجه کردیم. برای مثال، مطالعه هاتسباو و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد حتی درمانگرانی که آموزش رسمی در زمینه

ذهنی‌سازی دیده بودند، منابع نظری را مطالعه کرده و تحت سوپرویزن درمانگران مجرب قرار داشتند، همچنان در اجرای مؤثر این درمان در موقعیت‌های بالینی متغیر احساس ناتوانی می‌کردند. بسیاری از آنان اغلب درخواست می‌کردند که پروتکل‌های مشخص و ملموسی در اختیارشان قرار گیرد تا در مواجهه با سردرگمی و اضطراب به آن تکیه کنند. اما درست در این نقطه، یکی از چالش‌های بنیادین این رویکرد خود را نشان می‌دهد: همان‌طور که در ادامه کتاب خواهید دید، درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی با هدف دامن زدن به ابهام و عدم قطعیت طراحی شده‌اند! پس پرسش مهمی مطرح می‌شود: چگونه می‌توانیم به درمانگران کمک کنیم تا وابستگی خود به قطعیت را کاهش دهند؟ و اصلاً چرا این مسئله حائز اهمیت است؟ رویکرد مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مؤلفه‌هایی تأکید دارد که در بسیاری از درمان‌های رایج، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند: ایجاد رابطهٔ دلبستگی با مراجع، نزدیکی ذهنی و هیجانی به‌ویژه در لحظات بحران و اتخاذ موضع **ندانستن**. بر خلاف بسیاری از مدل‌های درمانی دیگر، این رویکرد مستلزم سطحی از شفافیت از سوی درمانگر است و همچنین بر عاطفهٔ بین درمانگر-بیمار تمرکز دارد. بنابراین، موفقیت در این رویکرد تنها به دانش نظری محدود نمی‌شود، بلکه به مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی درمانگر نیز بستگی دارد. در راهنماهای مختلف درمان ذهنی‌سازی به این ویژگی‌ها اشاره شده است، از جمله: گشودگی ذهنی، انعطاف‌پذیری شناختی بالا، فروتنی فکری، خشکی روانی پایین، سازگاری و تحمل بالا در برابر ابهام و عدم قطعیت. سؤالی که پیش می‌آید این است: چگونه می‌توان این نگرش‌ها و ویژگی‌ها را آموخت؟ به بیان دیگر، چگونه می‌توان ذهنی‌سازی را آموزش داد؟

همان‌طور که در ادامه خواهید دید، هدف ما ارائهٔ ویژگی‌های اساسی موضع ذهنی‌سازی به‌شکلی خلاصه و گویا است. بر اساس مطالب این کتاب، خواهید توانست صرف‌نظر از رویکرد درمانی‌تان، موضع ذهنی‌سازی را در کار بالینی خود جای دهید. این کتاب می‌تواند منبعی مقدماتی در کنار دوره‌های آموزشی پایه یا پیشرفتهٔ ذهنی‌سازی مورد استفاده قرار گیرد تا آنچه در جریان آموزش می‌آموزید، برایتان عمیق‌تر و کاربردی‌تر شود. همچنین این کتاب می‌تواند مقدمه‌ای برای آشنایی اولیه با نظریه و کاربرد ذهنی‌سازی باشد تا تصمیم بگیرید آیا می‌خواهید از کتابچه‌های راهنما یا کارگاه‌های تخصصی‌تر استفاده کنید یا خیر. علاوه‌بر این، می‌توانید هنگام معرفی یا آموزش رویکردهای ذهنی‌سازی به دیگران نیز از محتوای این کتاب بهره بگیرید.

بالین‌حال، تأکید ما بر آن است که همین کتاب به‌تنهایی بتواند پاسخ‌گوی نیازهای بالینی شما باشد، به‌نحوی که بتوانید محتوای آن را مستقیماً در کار بالینی خود به‌کار ببرید. هنگام آموزش دانشجویان همواره آن‌ها را تشویق می‌کنیم که **عضلات ذهنی‌سازی** خود را نه‌تنها در جلسات درمان، بلکه در زندگی روزمرهٔ خود نیز **خم و راست کنند**. همان‌طور که در ادامه توضیح خواهیم داد، ذهنی‌سازی

ساختاری ابعادی دارد؛ به این معنا که در پیوستاری از روابط سالم (عادی) تا ناسالم (غیر عادی) و عملکرد خود نقش ایفا می‌کند. هر چه بیشتر تمرینش کنید این مهارت قوی‌تر خواهد شد. به همین دلیل شما را تشویق می‌کنیم که موضع ذهنی‌سازی را در **رفت و برگشت‌های** (تعاملات) روزمره خود به کار گیرید. این کار شما را به همسر، شریک، والد، دوست و درمانگر بهتری تبدیل خواهد کرد؛ قول شرف می‌دهیم!

پیش از آن‌که وارد فصل‌های تخصصی‌تر کتاب و ویژگی‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی شویم، مایلیم اندکی درنگ کنیم و به این پرسش اساسی بپردازیم: چرا درمانگران و سایر متخصصان سلامت روان صرف نظر از رویکرد درمانی‌شان، باید موضع ذهنی‌سازی را در کار خود وارد کنند؟ چرا باید از امنیت و قطعیت حاصل از موضع مقتدرانه دل بکنیم؟

## بحث بزرگ روان‌درمانی

بروس ومپولد در کتاب *بحث بزرگ روان‌درمانی* (۲۰۱۵) مطرح می‌کند که در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی، نگرایی‌هایی جدی درباره ناکارآمدی و حتی آسیب‌رسانی برخی رویکردهای روان‌درمانی وجود داشت. این نگرانی‌ها زمینه‌ساز ظهور درمان‌های شناختی و رفتاری شدند. درمان‌هایی که ادعای اثربخشی بر مبنای شواهد علمی و تجربی داشتند. انقلاب درمان شناختی-رفتاری به قدری موفق بود که تا سال ۲۰۱۲ حدود ۴۵ درصد از روان‌شناسان بالینی در ایالات متحده گزارش کردند که رویکرد اصلی آن‌ها شناختی یا رفتاری است. در مقابل، تنها ۱۸ درصد از رویکرد روان‌پویشی، ۲۲ درصد از رویکردهای التقاطی یا یکپارچه و ۱۴ درصد از رویکردهای انسان‌گرایانه، سیستمی یا بین فردی استفاده می‌کردند (نورکراس و روگان، ۲۰۱۳).

ظهور گسترده رویکردهای شناختی-رفتاری با دو جنبش مهم دیگر همزمان بود: جنبش نخست، تغییر در نظام طبقه‌بندی اختلالات روانی بود. در این تغییر، نظام تشخیص DSM از دیدگاه روان‌کاوانه در نسخه‌های اول و دوم، به سمت رویکردی توصیفی‌تر در DSM III حرکت کرد. این تغییر با هدف افزایش اعتبار و پایایی تشخیص‌ها صورت گرفت. حامیان DSM III تأکید داشتند که اختلالات روانی همچون بیماری‌های جسمی باید بر اساس علائم عینی و رفتارهای قابل مشاهده تعریف شوند. بر خلاف نسخه‌های پیشین که بر تفاسیر نظری متکی بودند، DSM III برای هر اختلال فهرستی دقیق از معیارهای تشخیصی ارائه کرد. این معیارها شامل نشانه‌های رفتاری، علائم خودگزارش‌شده، آستانه‌های تشخیصی و معیارهای کنار گذاشتن تشخیص بودند. همچنین اطلاعاتی درباره ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سبب‌شناسی، سیر تحول و تشخیص‌های افتراقی برای هر اختلال ارائه شد. ویژگی بارز دیگر DSM III، رویکرد غیر نظری آن بود؛ یعنی تلاش شد تا اختلالات بدون وابستگی به مکتبی