



Mentalization and Its Multidimensional Nature

Mahnaz Ahmadi¹, Reza Bagherian-Sararoudi², Sayed Mohamad Hosein Mosavi³

1. M.A. student in Organizational Industrial Psychology, Department of Psychology, Educational Sciences and Psychology school, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. Professor, Department of Health Psychology, Medical School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3. (Corresponding author)* M.A. student in Health Psychology, Department of Health psychology, Medical school, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: The concept of mentalization as a purely human capacity refers to the understanding of one's own and others' psychological processes, which in 4 dimensions forms the basis of one's daily interactions. Today, this basic psychological process has been considered in all major mental disorders. In this study, a summary review of the concept and multidimensional nature of mentalization has been studied.

Methods and Materials: This review study was conducted in December 2020 from indexed articles on mentalization and its four dimensions in PubMed Databases (SID), Scientific Information Database, Google Scholar, Scopus using related key words such as: Mentalization, Automatic mentalizing, Controlled mentalizing, Cognitive mentalizing, Affective mentalizing.

Findings: Neuroscientists have identified four components or different dimensions of mentalization: 1. automatic mentalizing versus controlled mentalizing 2. Self- mentalizing versus another mentalizing 3. Internal mentalizing versus external mentalizing 4. Cognitive mentalizing versus Affective mentalizing which indicates different social cognitive processes and different forms of mental illness can be explained as an imbalance in these dimensions.

Conclusions: Applications of mindfulness and treatment based on it indicate the treatment of several different mental health disorders Such as psychosis, depression, eating disorders as well as personality disorders. This model is applicable to a wide range of contexts and conditions, such as parenting, couple therapy, family therapy, art therapy, and services to help some of the most vulnerable, and social contexts such as schools and even prisons.

Keywords: Mentalization, dimensions of mentalization, social cognition, mental health.

Citation: Ahmadi M, Bagherian-Sararoudi R, Mosavi SMH. **Mentalization and Its Multidimensional Nature**. Res Behav Sci 2021; 18(4): 616-622.

* Sayed Mohamad Hosein Mosavi,
Email: hpsy97@resident.mui.ac.ir

مهناز احمدی^۱، رضا باقریان سرارودی^۲، سید محمدحسین موسوی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی صنعتی سازمانی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- (نویسنده مسئول)* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مفهوم ذهنی‌سازی به‌عنوان یک ظرفیت کاملاً انسانی به درک و فهم فرایندهای روان‌شناختی حالات ذهنی خود و دیگران اشاره دارد که در چهار بعد، زیربنای تعاملات روزمره فرد را تشکیل می‌دهد. امروزه این فرایند روان‌شناختی اساسی در همه اختلالات روانی عمده موردتوجه قرار گرفته است. در این مطالعه مروری، جمع‌بندی از مفهوم و ماهیت چندبعدی ذهنی‌سازی موردبررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مروری در آذرماه ۱۳۹۹ با استفاده از واژه‌های Automatic mentalizing، Mentalization، Controlled، Affective mentalizing، Cognitive mentalizing، mentalizing و کتاب‌ها و مقالات نمایه‌گذاری شده با این واژگان در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed، Scientific Information Database (SID)، Scopus، Google Scholar انجام شد. مقالات مربوط به ذهنی‌سازی و چهار بعد مربوط به آن استفاده شدند.

یافته‌ها: پژوهشگران حوزه علوم اعصاب چهار مؤلفه یا ابعاد مختلف ظرفیت ذهنی‌سازی را شناسایی کرده‌اند که عبارت‌اند از: ۱- ذهنی‌سازی خودکار در مقابل ذهنی‌سازی کنترل‌شده ۲- ذهنی‌سازی خود در مقابل ذهنی‌سازی دیگران ۳- ذهنی‌سازی درونی در مقابل ذهنی‌سازی بیرونی ۴- ذهنی‌سازی شناختی در مقابل ذهنی‌سازی عاطفی که نشان‌دهنده فرایندهای مختلف شناختی اجتماعی است و انواع مختلف بیماری‌های روانی را می‌توان به‌عنوان عدم تعادل در این ابعاد تبیین کرد.

نتیجه‌گیری: کاربرد ذهنی‌سازی در حوزه تشخیص و درمان مبتنی بر آن از درمان چندین اختلال سلامت روانی مختلف مانند روان‌پریشی، افسردگی، اختلالات خوردن و همچنین اختلالات شخصیت خبر می‌دهد. این الگو برای کاربرد در طیف وسیعی از زمینه‌ها و شرایط همچون فرزند پروری، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، هنر درمانی و خدماتی که برای کمک به برخی از افراد بسیار آسیب‌پذیر و زمینه‌های اجتماعی مانند مدارس و حتی زندان‌ها گسترش یافته است.

واژه‌های کلیدی: ذهنی‌سازی، ابعاد ذهنی‌سازی، شناخت اجتماعی، سلامت روان.

ارجاع: احمدی مهناز، باقریان سرارودی رضا، موسوی سید محمد حسین. **ذهنی‌سازی و ماهیت چندبعدی آن.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۴): ۶۲۲-۶۱۶

مقدمه

پیتر فوناگی و همکاران طی دهه‌های گذشته مدل‌های درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی را توسعه داده‌اند. ذهنی‌سازی را می‌توان به روش‌های مختلف تعریف کرد. یک تعریف «توجه به حالات ذهنی در خود و دیگران است، به‌ویژه هنگام تعبیر رفتار». حالات ذهنی که بر رفتار، هیجان‌ها، نیازها، اهداف، دلایل و افکار تأثیر می‌گذارد (۱). ذهنی‌سازی، ظرفیت درک احساسات، نیازها، خواسته‌ها و اهداف خود و دیگران است و زیربنای رفتارهای هدفمند است. فوناگی و همکاران (۱) با ترکیب رویکردهای مختلف از زمینه‌های روان‌کاوی، روانشناسی رشد و علوم اعصاب شناختی، نظریه‌ای را در مورد چگونگی رشد ظرفیت ذهن‌سازی در اوایل کودکی و به‌طور متفاوتی، چگونگی انحراف از این مسیر رشد طبیعی در بزرگسالی بیان کرده است.

همچنین فوناگی و همکاران (۱) ذکر می‌کنند که اگرچه ذهنی‌سازی برای کار با افراد آسیب‌پذیر، ضروری است اما این مفهوم هم در مورد افراد مبتلا به غفلت و آسیب روانی و هم برای افرادی که سابقه آسیب‌زایی ندارند نیز مهم است و ذهنی‌سازی یک توانایی کاملاً انسانی است که زیربنای تمام تعاملات روزه مره ماست. در پژوهشی دیگر همچنین فوناگی و همکاران (۲) بیان می‌کنند که ذهنی‌سازی چیزی است که مردم به‌طور معمول بدون اینکه آگاهانه به آن فکر کنند، اغلب اوقات انجام می‌دهند؛ و باوجود تمام تلاشی که می‌کنند اغلب هم به‌نوعی دچار اشتباه و خطا می‌شوند. بدون ذهنی‌سازی هیچ احساس قوی از خود، تعامل اجتماعی سازنده، روابط متقابل و هیچ احساس امنیت شخصی وجود نخواهد داشت.

بیتمن و همکاران (۳) اعتقاد دارند که همه ما می‌توانیم مطابق با باورهای غلط در مورد حالات ذهنی دیگران به‌ویژه در موقعیت‌های بین فردی رفتار کنیم و موجب سوءتفاهم‌های روزمره، مشکلات و تعارضات اجتماعی و یا در شرایط شدید خشونت، منجر به پیامدهای فاجعه‌آمیز شود. نقش ذهنی‌سازی به‌عنوان محور مصورسازی بین فرآیندهای شناختی انتزاعی‌تر و تعاملات بین فردی روزانه افراد آن چیزی است که باعث می‌شود تا ذهنی‌سازی از نظر درمانی اولین انتخاب برای رسیدن به ذهنی در نظر گرفته شود که نسبت به دیگر ذهن‌ها احساس گم‌گشتگی یا ناهمخوانی دارد (۱).

در این مورد سه دلیل اصلی وجود دارد که چرا ذهنی‌سازی مهم است و چرا درمان با تمرکز بر تکنیک‌های ذهنی‌سازی

مناسب است (۴): ۱- از طریق ذهنی‌سازی احساسات شخصی، فرد می‌توان یاد بگیرد که افکار و مفروضات شخصی خود را بشناسد و بفهمد که آن‌ها دلیل رفتارش هستند. این یک حسی از تحت کنترل داشتن اعمال شخصی و خودآگاهی و هویت شخصی را منجر می‌شود. ۲- ذهنی‌سازی پایه و اساس روابط معنادار و پایدار است. با ذهنی‌سازی، فرد دیدگاه فرد دیگر را می‌فهمد، در ضمن امکان برقراری رابطه با طرف مقابل را فراهم می‌آورد. این بستر موردنیاز روابط سالم است. ۳- ذهنی‌سازی، کلید تنظیم خود و هیجانات است.

فوناگی ذهنی‌سازی را در هشت بعد توصیف کرد: ذهنی‌سازی خودکار (ضمنی)، ذهنی‌سازی کنترل‌شده (صریح)، ذهنی‌سازی نسبت به خود، ذهنی‌سازی نسبت به دیگران، ذهنی‌سازی شناختی، ذهنی‌سازی عاطفی، ذهنی‌سازی درونی و ذهنی‌سازی بیرونی (۱). توانایی ذهنی‌سازی نیازمند این است که افراد بتوانند نه تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید ابعاد را به‌طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورد استفاده قرار دهند (۵). عدم تعادل در هر کدام از ابعاد یا شکست در ذهنی‌سازی می‌تواند منشأ آسیب‌شناسی روانی در بسیاری از اختلالات شخصیتی و روان‌پزشکی باشد و کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار بدهد (۶).

با توجه به نگرانی‌ها و چالش‌های اشاره‌شده، امروزه ارتقا ذهنی‌سازی و ارزیابی مناسب نتایج مداخلات روانی-اجتماعی هدفمند مربوط به آن به یکی از اولویت‌های آموزشی-درمانی تبدیل گشته و می‌تواند برای متخصصان و بیماران سودمند باشد (۷). از این رو لازم و ضروری است که پژوهشگران و متخصصان ایرانی و به‌خصوص دانشجویان حوزه سلامت روان به‌منظور کاربرد ذهنی‌سازی در زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی و همچنین توسعه آن در حوزه پژوهشی‌آشنایی بیشتری را کسب نمایند. لذا در این مطالعه مروری به جمع‌بندی از مفهوم و ماهیت چندبعدی ذهنی‌سازی پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مروری در آذرماه ۱۳۹۹ با استفاده از واژه‌های Automatic mentalizing, Mentalization, Controlled mentalizing, Cognitive mentalizing, Affective mentalizing و مقالات نمایه‌گذاری شده با این واژگان در پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed

Google Scholar، Scopus، انجام شد. مقالات مربوط به ذهنی‌سازی و چهار بعد مربوط به آن استفاده شدند.

یافته‌ها

ماهیت چندبعدی ذهنی‌سازی: ذهنی‌سازی یک توانایی چندوجهی با ابعاد مختلف است. دانشمندان علوم اعصاب چهار مؤلفه یا ابعاد مختلف را در خصوص ظرفیت ذهنی‌سازی شناسایی کرده‌اند (۸) که نشان‌دهنده فرایندهای مختلف شناختی اجتماعی است و اشکال مختلف بیماری روانی را می‌توان به‌عنوان عدم تعادل در این ابعاد تبیین کرد: بعد اول ذهنی‌سازی خودکار در مقابل ذهنی‌سازی کنترل‌شده هست که مربوط به دو حالت عملکرد (یعنی ضمنی و صریح) است. بعد دوم مربوط به دو موضوع ذهنی‌سازی خود در مقابل ذهنی‌سازی دیگری است و بعد سوم مربوط به دو جنبه از ذهنی‌سازی یعنی ذهنی‌سازی شناختی در مقابل ذهنی‌سازی عاطفی است و بعد آخر ذهنی‌سازی درونی در مقابل ذهنی‌سازی بیرونی نام دارد (۱). ممکن است برخی از افراد در برخی از این ابعاد نقص داشته باشند اما در برخی دیگر این‌گونه نیستند. همچنین عدم تعادل درون و بین ابعاد نیز وجود دارد. توجه به ترکیب کردن توانایی‌های ابعاد مختلف ذهنی‌سازی فرد در طول ارزیابی و درمان مهم است.

۱- ذهنی‌سازی خودکار (ضمنی)^۱ در مقابل ذهنی‌سازی کنترل‌شده (صریح)^۲

بعد خودکار به فرآیندهای ناخودآگاه در درک حالات ذهنی درونی در خود و دیگران اشاره دارد. آلن (۹) از مکالمه به‌عنوان نمونه‌ای از ذهنی‌سازی ضمنی در عمل یاد می‌کند (به‌عنوان مثال، هنگامی که فرد به‌طور ضمنی ذهن شخص دیگر را در طول مکالمه درک می‌کند و یا از پیش‌فرض‌های قبلی خود در ارتباط با دیگران استفاده می‌کند)، برعکس، ذهنی‌سازی کنترل‌شده به یک عمل هشیارانه اشاره دارد (مانند وقتی که در مورد احساسات یا انگیزه‌های خود صحبت می‌کنیم و یا زمانی که در حال گفت‌وگو در یک جلسه ویژه هستیم که به تمام حرکات بدنی خود و نوع کلماتی که انتخاب می‌کنیم و برشدد

1. Automatic mentalizing
2. Controlled mentalizing

صدای خودکنترل داریم (۴). در تعامل روزانه ما، ذهنی‌سازی خودکار برجسته است، اما وقتی همدیگر را نمی‌فهمیم، حالت کنترل‌شده آن غالب می‌شود. وقتی باهم هستیم و به نظر می‌رسد به‌طور خودکار یکدیگر را درک می‌کنیم در حال ذهنی‌سازی خودکار هستیم. این شکل از ذهنی‌سازی واکنشی، غریزی و غیرعمدی است. وقتی که رفتار فرد دیگر منطقی به نظر نمی‌رسد و سعی می‌کنیم دلایل اقدامات آن‌ها را دریابیم به ذهنی‌سازی کنترل‌شده تغییر می‌کنیم. ذهنی‌سازی کنترل‌شده یک فرآیند نسبتاً تدریجی است که نیاز به زبان، تأمل و تلاش ذهنی فعال دارد (۴).

درواقع، ما می‌توانیم یک دوگانگی بین حالت واکنشی، زیربنایی، پاسخ‌دهنده به هیجان و عملکرد ذهنی کنجکاوانه و تأملی ترسیم کنیم (۱۰). دسته بزرگی از نظریه‌های علوم اعصاب (۱۱-۱۳) به‌طور ضمنی یا مستقیم این نوع دوگانگی را مطرح می‌کنند. در این نظریه‌ها، یک سیستم تأملی کنجکاوانه، در تقابل باحالت واکنشی قرار دارد که با ویژگی‌هایی چون سادگی نسبی و پاسخگویی به عواطف مشخص می‌شود (۱۴).

درعین حال که حالت‌های ضمنی و صریح دو قطب فرایند ذهن‌سازی را تعریف می‌کنند، اما از یکدیگر جدا و گسسته نیستند (۹). مشکلات ذهنی‌سازی هنگامی ایجاد می‌شود که فرد تنها بر فرض‌های خودکار در مورد حالات ذهنی خود یا دیگران متکی باشد که بسیار ساده‌انگارانه است. در حالت تعادل در این بعد، هنگامی که سوءتفاهم‌ها رخ می‌دهد، فرد تعجب می‌کند چه چیزی در این تعامل اتفاق می‌افتد و برای درک شرایط با توجه به شرایط ذهنی فعلی، به ذهنی‌سازی کنترل‌شده تغییر می‌کند. در حقیقت، هر مداخله روان‌درمانی در اصل مستلزم به‌چالش کشیدن چنین پیش‌فرض‌های خودکار و تحریف شده است و نیازمند این است که بیمار با همراهی درمانگر از این فرض‌ها آگاه شود و روی آن‌ها تأمل کند؛ به‌عبارت‌دیگر، هرگونه درمان مؤثر در آن سطح، کمک به بیمار برای ذهنی‌سازی است.

اکثر متخصصان توافق دارند که دو سیستم برای ذهنی‌سازی از مکانیسم‌های مختلف عصبی شناختی ناشی می‌شود که هر دو برای تفکر و تفسیر حالات ذهنی اختصاص یافته‌اند (۱۵). ابتدا سیستم خودکار رشد می‌کند و حالات ذهنی را به‌طور سریع و کارآمدی دنبال می‌کند، درحالی‌که سیستم کنترل‌شده بعدها توسعه می‌یابد، کندتر عمل می‌کند و در مورد عملکردهای اجرایی (حافظه کاری و کنترل بازدارنده) کاربرد دارد. ذهنی‌سازی کنترل‌شده به فرد اجازه می‌دهد رفتار را توضیح

داده و پیش بینی کند و در تنظیم اجتماعی نقش دارد (۱۶). به طور کلی، کارکرد اصلی سیستم «آرام-تأملی-آگاه-واضح» تسهیل تعامل اجتماعی است نه تحریک و برانگیختن رفتار فردی. تصریح کردن یا «پردازش» فرضیات ضمنی به هماهنگی تعاملات اجتماعی کمک می کند که مستلزم آگاهی مشترکی است که تعاملات اجتماعی نیازمند آن است (۱۷). بالین حال، تعادل ذهنی سازی خودکار و کنترل شده برای عملکرد مؤثر ضروری است.

استرس و برانگیختگی، به ویژه در بستر دلبستگی، موجب ذهنی سازی خودکار می شود و دستگاه های عصبی را که با ذهنی سازی کنترل شده همراه هستند مهار می کند (۱۸). این امر نتایج مهمی برای کار بالینی دارد: هرگونه مداخله ای که با درخواست تصریح یا تفسیر فکر، دعوت به تأمل می کند، به خودی خود از بیمار می خواهد که درگیر ذهنی سازی کنترل شده شود. بسیاری از بیماران در شرایط فشار کم ممکن است عملکرد به نسبت خوبی (از نظر ذهنی سازی) داشته باشند. بالین حال، تحت فشارهای شدیدتر، وقتی ذهنی سازی خودکار به طور طبیعی فعال می شود، ممکن است بیمار فعال کردن فرایندهای ذهنی سازی کنترل شده را دشوار بداند، بنابراین درک و تأمل درباره آنچه ممکن است اتفاق بیفتد دشوارتر خواهد شد.

۲- ذهنی سازی خود در برابر ذهنی سازی دیگران

این بعد ذهنی سازی، ظرفیت فرد برای درک حالات ذهنی خودمان و یا تجربه ها و حالات درونی افراد دیگر است. این دو ارتباط نزدیکی باهم دارند و عدم تعادل نشان دهنده آسیب پذیری در ذهنی سازی خود یا دیگران است. افراد دارای مشکلات ذهنی سازی به احتمال زیاد روی یک انتهای این طیف تمرکز دارند، گرچه ممکن است در هر دو طرف اختلال ایجاد شود. عدم تعادل هنگامی رخ می دهد که شخص فقط به ذهن دیگران توجه داشته باشد یا برعکس، فقط از نیازها و اهداف شخصی اش آگاه باشد (۴).

در راستای این پیش فرض ها، مطالعات تصویربرداری عصبی نشان می دهد که ظرفیت افراد برای ذهنی سازی درباره دیگران ارتباط نزدیکی با توانایی آن ها برای تأمل بر خودشان دارد زیرا این دو ظرفیت به لایه های عصبی مشترک متکی هستند (۱۹)؛ بنابراین، اختلالات ناشی از نقص شدید در هویت خود-مهم ترین آن ها روان پریشی و اختلال شخصیت مرزی- نیز با نقص های شدید در توانایی تأمل در مورد وضعیت ذهنی دیگران مشخص می شوند (۱).

بالین حال، این امر نباید به این معنا باشد که افراد با نقص در ذهنی سازی خودشان، همواره در توانایی ذهنی سازی کردن دیگران اختلالات مشابهی را نشان می دهند. برخی افراد ممکن است در ذهنی سازی نسبت به خود و دیگران اختلالات فراگیر کمتری داشته باشند و در یکی از دو انتهای این بعد مهارت های قوی تری داشته باشند به عنوان مثال، افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی اغلب می توانند به طور شگفت آوری در «خواندن ذهن» دیگران مهارت داشته باشند، اما به طور معمول فاقد درک واقعی از دنیای درونی خود هستند (۱).

۳- ذهنی سازی درونی در برابر بیرونی

ذهنی سازی، تعبیری بر اساس شاخص های بیرونی حالات ذهنی شخص است (مثل حالات چهره) یا فهمیدن تجربه درونی فرد از آنچه شخصی در مورد فرد دیگر و موقعیتی که در آن است، می داند. این بعد فقط به فرایند تمرکز روی جلوه های بیرونی قابل مشاهده در مقابل حالت ذهنی درونی دیگران مربوط نمی شود؛ بلکه شامل تفکر فردی در مورد خود و حالات درونی و بیرونی خود نیز می شود. این بعد متمرکز بر درونی / بیرونی وقتی زمانی متعادل می شود که فرد بتواند حالت های ذهنی خودش و دیگران را باحالت های ظاهری و فیزیکی متوازن کند. مشکلات ذهنی سازی ممکن است فقط زمانی آشکار شود که برای تعیین حالات ذهنی دیگران، تعادل علائم درونی و بیرونی در نظر گرفته نشود. تمرکز روی ویژگی های بیرونی، در صورت عدم توانایی ذهنی سازی تأملی، فرد را در زمینه های اجتماعی بسیار آسیب پذیر می کند، زیرا موجب نوعی حساسیت بیش از حد بین فردی می شود (۲۰). برای مثال، بیماران BPD اغلب تمایل دارند که هیجانات را در دیگران، از جمله درمانگرشان، بیش ذهنی سازی کنند. این امر به این دلیل است که آن ها به نشانه های بیرونی حالات ذهنی توجه بیشتری می کنند و ایده های اولیه آن ها از طریق ذهنی سازی کنترل شده/تأملی بررسی نمی شوند (۱) (که احتمالات انتساب افکار و احساسات را محدود کند). به عنوان مثال، اگر درمانگر تکیه بدهد و دهان خود را حتی اندکی باز کند، ممکن است بیمار معتقد باشد که این خمیازه ای است که نشان می دهد درمانگر حوصله او را ندارد. اگر درمانگر اخم کند، شاید محتاطانه، ممکن است بیمار این را عصبانیت یا تفر نسبت به خودش تفسیر کند.

۴- ذهنی‌سازی شناختی^۱ در برابر عاطفی^۲

ذهنی‌سازی شناختی شامل توانایی نام‌گذاری، شناسایی و استدلال در مورد حالات ذهنی (در خود یا دیگران) است درحالی‌که ذهنی‌سازی عاطفی شامل توانایی درک احساس چنین حالاتی است (در خود یا دیگران) که برای هر تجربه واقعی همدلی یا درک خویشتن ضروری است (۱). ذهنی‌سازی مناسب در این بعد تعادل بین منطق و احساس است. در حالت ایدئال، ذهنی‌سازی؛ فرضیات، افکار، اهداف و دیگر حالات ذهنی شناختی را با احساسات، خواسته‌ها، نیازها و سایر حالات ذهنی مؤثر ادغام می‌کند. هنگامی‌که جنبه‌های شناختی نادیده گرفته می‌شود و تمرکز بیش‌ازحد روی حالات هیجانی وجود دارد یا وقتی تمرکز بیش‌ازحد روی شناخت وجود دارد، عدم تعادل در بعد شناختی و عاطفی مشاهده می‌شود.

برخی از افراد به ذهنی‌سازی شناختی یا عاطفی وزن غیرمنطقی می‌دهند. مطالعات نشان داده است که بیماران مبتلا به BPD دارای نقص همدلی شناختی هستند (۲۱، ۲۲) که با افزایش حساسیت نسبت به هر نوع نشانه عاطفی همراه است (۲۳). این نشان می‌دهد که این بیماران ممکن است برتری پردازش هیجانی داشته باشند که در پژوهش‌ها عصب‌شناختی نشان داده شده است که شاید این برتری پردازش هیجانی به ترکیبی از پرکاری آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی مرتبط است (۲۴).

بحث و نتیجه‌گیری

ذهنی‌سازی از ابعاد مختلفی ساخته شده است. به احتمال زیاد هرکسی در بعضی از این ابعاد کم‌ویش مهارت داشته باشد یا تمایل به گرایش به سمت یک قطب از ابعاد را داشته باشد، اما افراد دارای آسیب‌شناسی شخصیت در برخی از ابعاد، اختلالات قابل توجهی دارند که منجر به عدم تعادل در ذهنی‌سازی و گاهی نقص کامل ذهنی‌سازی می‌شود.

برانگیختگی روان‌شناختی شدید باعث می‌شود دسترسی به ظرفیت ذهنی‌سازی کنترل شده بسیار سخت شود و ذهنی‌سازی خودکار و غیر تأملی مسلط می‌شود. تا حدی این حالت یک پاسخ جنگ/گریز به استرس است و این مزیت را دارد که امکان پاسخگویی فوری به خطر را می‌دهد (۲۵). با این وجود، در شرایط

1. Cognitive mentalizing
2. Affective mentalizing

استرس بین فردی اجتماعی، کارکردهای تأملی، شناختی و پیچیده‌تر ممکن است مفیدتر باشد و عدم توانایی در استفاده از این مهارت‌های کنترل شده تر و آگاهانه‌تر منجر به مشکلات واقعی در برخورد با افراد دیگر می‌شود. در شرایط خاصی از برانگیختگی هیجانی، تمرکز بر دیدگاه دیگران (ذهنی‌سازی دیگران) کار دشواری می‌شود. هنگامی‌که افراد هیجانی هستند، نه تنها برایشان دشوار یا حتی غیرممکن است که به دیدگاه شخص دیگر اهمیت بدهند بلکه ممکن است بر اساس شواهد بی‌ثبات، خیلی سریع گمانه‌زنی کنند (ذهنی‌سازی خودکار).

به نظر می‌رسد آستانه تغییر حالت به سبک خودکار (جنگ/گریز) در افرادی که در اوایل زندگی در معرض استرس یا آسیب روانی قرار دارند، کمتر خواهد بود (۱). همچنین ممکن است یک تأثیر ژنتیکی وجود داشته باشد که افراد به احتمال زیاد به این حالت خودکار و کنترل نشده ذهنی‌سازی تغییر پیدا کنند. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد فعال‌سازی سیستم دلبستگی با غیرفعال کردن ذهنی‌سازی مرتبط است (۲). مطالعات تصویربرداری (۱۸) نشان داده‌اند که نواحی مغز که به‌طور طبیعی با دلبستگی‌های مادرانه و عاشقانه در ارتباط هستند، فعالیت‌های نواحی مغزی را که با جنبه‌های مختلف کنترل شناختی همراه است، از جمله موارد مرتبط با قضاوت کردن‌های اجتماعی و ذهنی‌سازی، کاهش می‌دهد؛ بنابراین به نظر می‌رسد هر چیزی که سیستم دلبستگی را تحریک کند (فرا‌تر از برانگیختگی ناشی از استرس)، ظرفیت عمومی ذهنی‌سازی را از بین می‌برد. چنین لحظات نقص در ذهنی‌سازی خیلی اهمیت دارند زیرا ارتباط با دیگران در بافت رابطه دلبستگی را برای فرد دشوار می‌کند.

بنابراین ذهنی‌سازی کارآمد، مستلزم آن است که فرد بتواند تعادل بین این ابعاد شناخت اجتماعی را حفظ کند، همچنین آن‌ها را متناسب با زمینه استفاده کند (۸). ظرفیت انسانی افراد برای تصور خودشان در رابطه با محیط اجتماعی و فرهنگی پیرامونشان به صورتی که مطابق با واقعیت اجتماعی هماهنگ و مشترک بین فردی باشد به‌عنوان کلید سلامت روان مطرح شده است (۱). به‌عنوان مثال، در بزرگسالان مبتلا به اختلال شخصیت، عدم تعادل روانی مداوم در حداقل یکی از این چهار بعد مشهود است. از این منظر، انواع مختلفی از آسیب‌شناسی روانی را می‌توان بر اساس ترکیبات مختلف اختلال در چهار بعد تشخیص داد. یکی از معانی آن این است که نحوه ذهنی‌سازی افراد برای توانایی آن‌ها در معاشرت اجتماعی که زمینه‌ساز

و نحوه تمرکز بر ذهنی سازی به منظور بهبود نتایج برای بیماران وجود دارد که این امر موجب ترغیب متخصصان بالینی به افزودن ذهنی سازی در مداخلات بالینی خود، از طریق کاربرد بسیاری از تکنیک‌های تعریف شده برای ارتقای ذهنی سازی است.

همچنین جایگاه ذهنی سازی به عنوان مؤلفه‌ای توسعه یافته در پیشینه پژوهشی عصب‌شناختی و فرایندهای عالی شناختی و همچنین جایگاه اصلی آن در تحقیقات پیرامون رشد کودک و نوجوان به این معناست که ذهنی سازی از حوزه‌های مختلف پژوهش، اعم از عصب‌شناسی رشد کودک تا آسیب‌شناسی بزرگسالان منشأ گرفته است. با توجه به اینکه بررسی این مفهوم در حوزه‌های مختلف روانشناسی و روان پزشکی هنوز در ایران گسترش چندانی پیدا نکرده است، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران ایرانی، مفهوم و نظریه ذهنی سازی را در حوزه‌های مختلف پژوهشی، آموزشی و درمانی ویژه بیماران مبتلا به اختلالات جسمی، روان پزشکی و شخصیتی به کار ببرند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از سرکار خانم نرگس مقدس به خاطر کمک در جستجوی مقالات تشکر و قدردانی می‌شود.

تشکیل درک منسجمی از خود و روابط سازگار است، بسیار مهم است. اگر تصورات اجتماعی افراد- که ذهنی سازی یکی از مؤلفه‌های آن است- با واقعیت اجتماعی به میزان کافی مطابقت نداشته باشد، این تصورات به طور نادرست و ناسازگارانه نسبت به تفکر درباره ذهن خود و دیگران آسیب پذیرند. بنابراین آشنایی با مفهوم ذهنی سازی و آسیب‌شناسی مبتنی بر ذهنی سازی، متخصصین و درمانگران حوزه سلامت را در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی و شخصیتی حمایت می‌کند.

ذهنی سازی یک مفهوم فراتشخیصی است و برای همه متخصصان با هر الگوی مداخله‌ای و برای طیف وسیعی از وضعیت‌های سلامت روان کاربرد دارد. کاربردهای ذهنی سازی و درمان مبتنی بر آن از درمان چندین اختلال سلامت روانی مختلف خبر می‌دهد مانند روان پریشی، افسردگی، اختلالات خوردن و همچنین اختلالات شخصیت. این الگو برای کاربرد در طیف وسیعی از زمینه‌ها و شرایط همچون فرزند پروری، زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی، هنر درمانی و خدماتی که برای کمک به برخی از افراد بسیار آسیب پذیر و زمینه‌های اجتماعی مانند مدارس و حتی زندان‌ها گسترش یافته است (۱). این گسترش طیف بالینی کار مرتبط با ذهنی سازی نشان دهنده این است که این چارچوب نظری با تأکید بیشتری بر نظام‌ها و بافت فرهنگی گسترده‌تر ذهنی سازی گسترش یافته است. تحقیقات تجربی روبرو افزایشی در مورد منشأ رشدی و تحولی ذهنی سازی

References

1. Allen, Jon G. PhD Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice, Second Edition, Journal of Psychiatric Practice: March 2020 - Volume 26 - Issue 2 - p 160-161.
2. Fonagy P. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press; 2002. 577.
3. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press; 2016 Jan 28.
4. Allen JG. Mentalizing in practice. Handbook of mentalization-based treatment. 2006 Aug 4:3-0.
5. Sharp C. The social-cognitive basis of BPD: A theory of hypermentalizing. In Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents 2014 (pp. 211-225). Springer, New York, NY.
6. Laurensen EM, Eeren HV, Kikkert MJ, Peen J, Westra D, Dekker JJ, Busschbach JJ. The burden of disease in patients eligible for mentalization-based treatment (MBT): quality of life and costs. Health and quality of life outcomes. 2016 Dec;14(1):1-9.
7. Allen JG, Fonagy P, editors. The handbook of mentalization-based treatment. John Wiley & Sons; 2006 Aug 4.
8. Fonagy P, Luyten P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. Dev Psychopathol. 2009;21(4):1355-81.

9. Fearon P, Target M, Sargent J, Williams LL, McGregor J, Bleiberg E, Fonagy P. Short-term mentalization and relational therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. *Handbook of mentalization-based treatment*. 2006 Aug 4:201-22.
10. Carver CS, Johnson SL, Timpano KR. Toward a functional view of the p factor in psychopathology. *Clinical Psychological Science*. 2017 Sep;5(5):880-9.
11. Evans JS, Stanovich KE. Dual-process theories of higher cognition: Advancing the debate. *Perspectives on psychological science*. 2013 May;8(3):223-41.
12. Thinking Kahneman D. *Fast and Slow* New York: Farrar, Straus, and Giroux. 2011.
13. Rothbart MK, Ellis LK, Rosario Rueda M, Posner MI. Developing mechanisms of temperamental effortful control. *Journal of personality*. 2003 Dec;71(6):1113-44.
14. Strack F, Deutsch R. Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and social psychology review*. 2004 Aug;8(3):220-47.
15. Frye D, Zelazo PD, Palfai T. The cognitive basis of theory of mind. Manuscript submitted for publication. [PZ] Gallup, G. (1986) Self-awareness and the emergence of mind in humans and other primates. In: *Psychological perspectives on the self*. 1992;3.
16. McGeer V. The regulative dimension of folk psychology. In *Folk psychology re-assessed 2007* (pp. 137-156). Springer, Dordrecht.
17. Fonagy P, Allison E. Psychic reality and the nature of consciousness. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2016 Feb 1;97(1):5-24.
18. Nolte T, Bolling DZ, Hudac C, Fonagy P, Mayes LC, Pelphrey KA. Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in human neuroscience*. 2013 Nov 27;7:816.
19. Lieberman MD. Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annu. Rev. Psychol.*. 2007 Jan 10;58:259-89.
20. Choi-Kain LW, Gunderson JG. Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2008 Sep;165(9):1127-35.
21. Harari H, Shamay-Tsoory SG, Ravid M, Levkovitz Y. Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry research*. 2010 Feb 28;175(3):277-9.
22. Ritter K, Dziobek I, Preißler S, Rüter A, Vater A, Fydrich T, Lammers CH, Heekeren HR, Roepke S. Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry research*. 2011 May 15;187(1-2):241-7.
23. Lynch TR, Rosenthal MZ, Kosson DS, Cheavens JS, Lejuez CW, Blair RJ. Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*. 2006 Nov;6(4):647.
24. Domes G, Schulze L, Herpertz SC. Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *J Pers Disord*. 2009 Feb;23(1):6-19.
25. Daubney M, Bateman A. Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *Australas Psychiatry*. 2015 Apr;23(2):132-5.