DOI: *10.29252/rbs.18.4.616*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2021, Volume 18, Issue 4

Mentalization and Its Multidimensional Nature

Mahnaz Ahmadi[1], **Reza Bagherian-Sararoudi**[2], **Sayed Mohamad Hosein Mosavi**[3]

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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.4.16.2]
[DOI: 10.52547/rbs.18.4.616]

ذهنی‌سازی و ماهیت چندبعدی آن

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

یافته‌ها: پژوهشگران حوزهٔ 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: کاربست ذهنی‌سازی در حوزهٔ 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 گسترش‌یافته 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.

*- **سید محمد حسین موسوی**

رایان نامه: hpsy97@resident.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.4.16.2]

[DOI: 10.52547/rbs.18.4.616]

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 زمینه های روانکاوی، روانشناسی رشد و علوم اعصاب شناختی ، نظریه‌ای را در مورد چگونگی رشد ظرفیت ذهن سازی 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 مبتلابه غفلت و آسیب روانی و هم برای افرادی که سابقه آسیب زایی 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 به‌طورمعمول 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 موقعیت های بین فردی رفتار کنیم و موجب سوءتفاهم های 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 روزانهٔ افراد آن چیزی است که باعث می‌شود تا ذهنی‌سازی ازنظر 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 ذهنی سازی مهم است و چرا درمان با تمرکز بر تکنیک های ذهنی سازی 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 ذهنی سازی، 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 نه‌تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید ابعاد را به‌طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورداستفاده قرار دهند (۵). عدم تعادل در هرکدام 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). ازاین‌رو 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 توسعهٔ آن در حوزه پژوهشی آشنایی بیشتری را کسب نمایند. لذا در این مطالعه مروری به جمع‌بندی از مفهوم و ماهیت چندبعدی ذهنی‌سازی پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

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

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.4.16.2]
[DOI: 10.52547/rbs.18.4.616]

Google ،(SID)Scientific Information Database 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)[1] در مقابل ذهنی‌سازی کنترل‌شده (صریح)[2]

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 (به‌عنوان‌مثال، هنگامی‌که 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 وقتی‌که 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 برشدت 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 ذهنی سازی خودکار هستیم. این شکل از ذهنی‌سازی واکنشی، غریزی و غیرعمدی است. وقتی‌که 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). دستهٔ بزرگی از نظریه‌های علوم اعصاب (۱۳-۱۱) به طور 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).

درعین‌حال که حالت‌های ضمنی و صریح دو قطب فرایند ذهن سازی 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، هنگامی‌که 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 به چالش کشیدن چنین پیش‌فرض‌های خودکار و تحریف شده است و نیازمند این است که بیمار با همراهی درمانگر از این فرض‌ها آگاه شود و 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، کند تر عمل می‌کند و در مورد عملکردهای اجرایی (حافظه کاری و کنترل بازدارنده) کاربرد دارد. ذهنی‌سازی کنترل‌شده به فرد اجازه می‌دهد رفتار را توضیح

1. Automatic mentalizing
2. Controlled mentalizing

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.4.16.2]
[DOI: 10.52547/rbs.18.4.616]

داده و پیش بینی کند و در تنظیم اجتماعی نقش دارد (۱۶). به‌طورکلی، کارکرد اصلی سیستمِ «آرام-تأملی-آگاه-واضح» تسهیل تعامل اجتماعی است نه تحریک و برانگیختن رفتار فردی. تصریح کردن یا «پردازش» فرضیات ضمنی به هماهنگی تعاملات اجتماعی کمک می‌کند که مستلزم آگاهی مشترکی است که تعاملات اجتماعی نیازمند آن است (۱۷). بااین‌حال، تعادل ذهنی‌سازی خودکار و کنترل‌شده برای عملکرد مؤثر ضروری است.

استرس و برانگیختگی، به‌ویژه در بستر دلبستگی، موجب ذهنی‌سازی خودکار می‌شود و دستگاه‌های عصبی را که با ذهنی‌سازی کنترل‌شده همراه هستند مهار می‌کند (۱۸). این امر نتایج مهمی برای کار بالینی دارد: هرگونه مداخله‌ای که با درخواست تصریح یا تفسیر فکر، دعوت به تأمل می‌کند، به‌خودی‌خود از بیمار می‌خواهد که درگیر ذهنی‌سازی کنترل‌شده شود. بسیاری از بیماران در شرایط فشار کم ممکن است عملکرد به نسبت خوبی (ازنظر ذهنی‌سازی) داشته باشند. بااین‌حال، تحت فشارهای شدیدتر، وقتی ذهنی‌سازی خودکار به‌طور طبیعی فعال می‌شود، ممکن است بیمار فعال کردن فرایندهای ذهنی‌سازی کنترل‌شده را دشوار بداند، بنابراین درک و تأمل درباره آنچه ممکن است اتفاق بیفتد دشوارتر خواهد شد.

۲-ذهنی‌سازی خود در برابر ذهنی‌سازی دیگران

این بعد ذهنی‌سازی، ظرفیت فرد برای درک حالات ذهنی خودمان و یا تجربه‌ها و حالات درونی افراد دیگر است. این دو ارتباط نزدیکی باهم دارند و عدم تعادل نشان‌دهنده آسیب‌پذیری در ذهنی‌سازی خود یا دیگران است. افراد دارای مشکلات ذهنی‌سازی به‌احتمال‌زیاد روی یک انتهای این طیف تمرکز دارند، گرچه ممکن است در هر دو طرف اختلال ایجاد شود. عدم تعادل هنگامی رخ می‌دهد که شخص فقط به ذهن دیگران توجه داشته باشد یا برعکس، فقط از نیازها و اهداف شخصی‌اش آگاه باشد (۴).

در راستای این پیش‌فرض‌ها، مطالعات تصویربرداری عصبی نشان می‌دهد که ظرفیت افراد برای ذهنی‌سازی درباره دیگران ارتباط نزدیکی با توانایی آن‌ها برای تأمل بر خودشان دارد زیرا این دو ظرفیت به لایه‌های عصبی مشترک متکی هستند (۱۹)؛ بنابراین، اختلالات ناشی از نقص شدید در هویت خود- مهم‌ترین آن‌ها روان‌پریشی و اختلال شخصیت مرزی- نیز با نقص های شدید در توانایی تأمل در مورد وضعیت ذهنی دیگران مشخص می‌شوند (۱).

بااین‌حال، این امر نباید به این معنا باشد که افراد با نقص در ذهنی‌سازی خودشان، همواره در توانایی ذهنی‌سازی کردن دیگران اختلالات مشابهی را نشان می‌دهند. برخی افراد ممکن است در ذهنی سازی نسبت به خود و دیگران اختلالات فراگیر کمتری داشته باشند و در یکی از دو انتهای این بعد مهارت‌های قوی‌تری داشته باشند به‌عنوان‌مثال، افراد دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی اغلب می‌توانند به‌طور شگفت‌آوری در «خواندن ذهن» دیگران مهارت داشته باشند، اما به‌طورمعمول فاقد درک واقعی از دنیای درونی خود هستند (۱).

۳-ذهنی‌سازی درونی در برابر بیرونی

ذهنی‌سازی، تعبیری بر اساس شاخص‌های بیرونی حالات ذهنی شخص است (مثل حالات چهره) یا فهمیدن تجربه درونی فرد از آنچه شخصی در مورد فرد دیگر و موقعیتی که در آن است، می‌داند. این بعد فقط به فرایند تمرکز روی جلوه‌های بیرونی قابل مشاهده در مقابل حالت ذهنی درونی دیگران مربوط نمی‌شود؛ بلکه شامل تفکر فردی در مورد خود و حالات درونی و بیرونی خود نیز می‌شود. این بعد متمرکز بر درونی / بیرونی وقتی زمانی متعادل می‌شود که فرد بتواند حالت‌های ذهنی خودش و دیگران را باحالت‌های 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 ویژگی‌های بیرونی، در صورت عدم توانایی ذهنی‌سازی تأملی، فرد را در زمینه‌های اجتماعی بسیار آسیب‌پذیر می‌کند، زیرا موجب نوعی حساسیت بیش‌ازحد بین فردی می‌شود (۲۰).برای مثال، بیماران BPD اغلب تمایل دارند که هیجانات را در دیگران، ازجمله درمانگرشان، بیش ذهنی‌سازی کنند. این امر به این دلیل است که آن‌ها به نشانگرهای بیرونی حالات ذهنی توجه بیشتری می‌کنند و ایده‌های اولیه آن‌ها از طریق ذهنی‌سازی کنترل‌شده/تأملی بررسی نمی‌شوند (۱) (که احتمالات انتساب افکار و احساسات را محدود کند). به‌عنوان‌مثال، اگر درمانگر تکیه بدهد و دهان خود را حتی اندکی باز کند، ممکن است بیمار معتقد باشد که این خمیازه‌ای است که نشان می‌دهد درمانگر حوصله او را ندارد. اگر درمانگر اخم کند، شاید محتاطانه، ممکن است بیمار این را عصبانیت یا تنفر نسبت به خودش تفسیر کند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.4.16.2]
[DOI: 10.52547/rbs.18.4.616]

٤-ذهنی‌سازی شناختی[1] در برابر عاطفی[2]

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، ذهنی سازی؛ 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 ذهنی سازی شناختی یا عاطفی وزن غیرمنطقی می‌دهند. مطالعات نشان داده است که بیماران مبتلابه BPD دارای نقص همدلی شناختی هستند (۲۲،۲۱) 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 داده‌شده 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. به‌احتمال‌زیاد هرکسی در بعضی از این ابعاد کم‌وبیش 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 قابل‌توجهی دارند که منجر به عدم تعادل در ذهنی‌سازی و گاهی نقص کامل ذهنی‌سازی می‌شود.

برانگیختگی روان‌شناختی شدید باعث می‌شود دسترسی به ظرفیت ذهنی‌سازی کنترل‌شده 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). بااین‌وجود، در شرایط استرس بین فردی اجتماعی، کارکردهای تأملی، شناختی و پیچیده‌تر ممکن است مفیدتر باشد و عدم توانایی در استفاده از این مهارت‌های کنترل‌شده تر و آگاهانه‌تر منجر به مشکلات واقعی در برخورد با افراد دیگر می‌شود. در شرایط خاصی از برانگیختگی هیجانی، تمرکز بر دیدگاه دیگران(ذهنی‌سازی دیگران)کار دشواری می‌شود. هنگامی‌که افراد هیجانی هستند، نه‌تنها 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 به‌احتمال‌زیاد 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، ازجمله 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 طرح‌شده است (۱). به‌عنوان‌مثال، در بزرگسالان مبتلابه اختلال شخصیت، عدم تعادل روانی مداوم در حداقل یکی از این چهار بعد مشهود است. از این منظر، انواع مختلفی از آسیب شناسی روانی را می توان 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

1. Cognitive mentalizing
2. Affective mentalizing

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.4.16.2]
[DOI: 10.52547/rbs.18.4.616]

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

ذهنی‌سازی یک مفهوم فراتشخیصی است و برای همهٔ متخصصان با هر الگوی مداخله‌ای و برای طیف وسیعی از وضعیت‌های سلامت روان کاربرد دارد. کاربردهای ذهنی‌سازی و درمان مبتنی بر آن از درمان چندین اختلال سلامت روانی مختلف خبر می‌دهد مانند روان‌پریشی، 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 آسیب‌پذیر و زمینه‌های اجتماعی مانند مدارس و حتی زندان‌ها گسترش‌یافته است (۱). این گسترش طیف بالینیِ کار مرتبط با ذهنی‌سازی نشان‌دهنده این است که این چارچوب نظری با تأکید بیشتری بر نظام‌ها و بافت فرهنگی گسترده‌تر ذهنی‌سازی گسترش‌یافته است. تحقیقات تجربی روبه افزایشی در مورد منشأ رشدی و تحولی ذهنی‌سازی و نحوهٔ تمرکز بر ذهنی سازی به‌منظور بهبود نتایج برای بیماران وجود دارد که این امر موجب ترغیب متخصصان بالینی به افزودن ذهنی‌سازی در مداخلات بالینی خود، از طریق کاربرد بسیاری از تکنیک‌های تعریف‌شده برای ارتقای ذهنی‌سازی است.

همچنین جایگاه ذهنی‌سازی به‌عنوان مؤلفه‌ای توسعه‌یافته در پیشینهٔ پژوهشی عصب‌شناختی و فرایندهای عالی شناختی و همچنین جایگاه اصلی آن در تحقیقات پیرامون رشد کودک و نوجوان به این معناست که ذهنی‌سازی 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 روان‌پزشکی 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 مبتلابه اختلالات جسمی، روان‌پزشکی و شخصیتی به کار ببرند.

تقدیر و تشکر

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

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. InHandbook of borderline personality disorder in children and adolescents 2014 (pp. 211-225). Springer, New York, NY.
6. Laurenssen 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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.4.16.2]
[DOI: 10.52547/rbs.18.4.616]

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. InFolk 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.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.4.16.2]

[DOI: 10.52547/rbs.18.4.616]