



راهنمای بالینی درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای نوجوانان

ویراستار:

ترودی روسو، ماریا ویر، ایوانا ورووا

مترجمان:

ناهید بحرینی

دکتری روان شناسی

راشین رجایی

دکتری مشاوره

محمدرضا عابدی

دکتری مشاوره، عضو هیئت علمی دانشگاه اصفهان



سرشناسه	: روسو، ترودی Rossouw, Trudie
عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای بالینی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان/ویراستاران ترودی روسو، ماریا ویو، ایوانا ورووا؛ مترجمان ناهید بحرینی، راشین رجایی، محمدرضا عابدی؛ ویراستار ادبی زهره طاهری‌اندانی
مشخصات نشر	: اصفهان: دانشگاه اصفهان، ۱۴۰۵
مشخصات ظاهری	: ۳۰۰ ص.
فروست	: انتشارات دانشگاه اصفهان؛ ۸۰۶.
شابک	: 978-600-110-276-9
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: Mentalization-based treatment for adolescents : a practical treatment guide, 2021
موضوع	: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی Mentalization Based Therapy Mental healing شغای روانی اختلالات شخصیتی در نوجوانان - درمان Personality disorders in adolescence - Treatment روان‌رمانی Psychotherapy Wiwé, Maria ویو، ماریا Vrouva, Ioanna وروا، برنانا
شناسه افزوده	: بحرینی، ناهید، ۱۳۵۵-، مترجم
	: رجایی، راشین، ۱۳۶۶-، مترجم
	: عابدی، محمدرضا، ۱۳۳۵- (شاوره)
شناسه افزوده	: دانشگاه اصفهان
شناسه افزوده	: University of Isfahan
رده بندی کنگره	: RJ ۵۰۴
رده بندی دیوئی	: ۶۱۸/۹۲۸۹۱۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۱۰۶۱۰۶۲۴

عنوان کتاب: راهنمای بالینی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان
مترجمان: ناهید بحرینی، راشین رجایی، محمدرضا عابدی
ویراستار ادبی: زهره طاهری‌اندانی
ناظر فنی: رضا نیکبخت
ناشر: دانشگاه اصفهان
نوبت چاپ: اول، پاییز، ۱۴۰۵
شمارگان: ۱۰۰۰
چاپ و صحافی: دانشگاه اصفهان
قیمت: ۱۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال



تمامی حقوق نشر برای ناشر محفوظ است

مراکز فروش کتاب

اصفهان: دانشگاه اصفهان، چاپخانه دانشگاه، تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۳۲۱۸۵ و ۰۳۱-۳۷۹۳۲۰۹۲
 پُست الکترونیکی: press@res.ui.ac.ir فروش الکترونیکی کتاب: <https://press.ui.ac.ir>
 - میدان آزادی، خیابان دانشگاه، فروشگاه کتاب دانشگاه اصفهان تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۳۲۰۶۸
 تهران: میدان انقلاب، خیابان شهید لبافی‌نژاد، بین ۱۲ فروردین و اردیبهشت، پلاک ۲۳۸
 مؤسسه کتابیران، مرکز پخش کتاب‌های دانشگاهی، تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۹۴۴۰۹ و ۰۲۱-۶۶۴۱۱۱۷۳

پیشگفتار مترجمان

اگر گلایه‌ها و شکایت‌های والدین امروزی از نوجوانان را تحلیل کنیم، متوجه می‌شویم در متن این گلایه‌ها سه نگاه جدید در نوجوانان امروزی باعث هراس خانواده‌ها شده است؛ اول این‌که نوجوانان مشکلات را عادی‌سازی می‌کنند، دوم این‌که مشکلات را ساده‌سازی می‌کنند و سوم این‌که به خاطر بی‌دبیری از رفتارهای به اصطلاح نادرست‌شان، احساس گناه ندارند. بنابراین باید نوجوانان امروز را متفاوت از نوجوانان دهه‌های قبل دانست. در این زمینه، شرایط خاص جهانی و گستردگی شبکه‌های اطلاع‌رسانی را عامل مهمی می‌دانند ولی هرچه هست حاصل این تفاوت؛ دور شدن بیشتر دنیای والدین از دنیای نوجوانان است.

در این عرصه نیاز به مشاوره به شدت احساس می‌شود. حتی کسانی که در سال‌های قبل احساس نیاز به مشاوره (به عنوان یک روش مداخله) نداشتند، اکنون حداقل برای مشکلات نوجوانان چنین نیازی را به شدت احساس می‌کنند. این اقبال به مشاوره و خدمات روانشناسی باعث شده است شیوه‌های مختلفی برای مداخله در حوزه مشکلات نوجوانان مطرح شود ولی به نظر می‌رسد در این میان برد با روش‌هایی است که به والدین کمک می‌کند به دنیای نوجوانان بپیوندند و با تماس بیشتر با این دنیا فهم مسائل خود و نوجوانان را گسترده سازند. اگر به ویژگی‌ها و نیازهای دوران نوجوانی، به ویژه نوجوان امروز و نقش این دوران به عنوان دوران تعیین‌کننده مسیر شغلی، سلامت و به‌زیستی افراد نیز واقف باشیم، به لزوم دستیابی به مداخلات مبتنی بر شواهد و متمرکز بر رویکردهای نوین روانشناختی در این دوره پراسیب و در عین حال فرصت‌ساز از عمر پی خواهیم برد.

رویکرد ذهنی‌سازی به عنوان ابزار تفاهم در سال‌های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است. این رویکرد و درمان مبتنی بر آن، از رویکردها و مداخلات نسبتاً جدید در عرصه مداخلات روانشناختی است. مقالات و کتاب‌های متعددی در این باره نوشته شده که تعداد اندکی از آنها به فارسی ترجمه شده است. در حوزه ذهنی‌سازی نوجوانان و یا درمان مبتنی بر آن، ضرورت ترجمه منبعی کامل و جامع احساس می‌شد.

این منبع از طریق مکالمات اتاق درمان، نحوه کار با این مداخله درمانی را به صورت عینی و عملی تشریح می‌کند. از این رو می‌تواند برای خوانندگان جذاب و راهنمای بالینی کاربردی و ملموسی برای درمانگران باشد. مولفان؛ ترودی روسو، ماریا ویو و ایوانا ورووا سه زنی هستند که هر سه در زمینه نوجوانان در شهر محل تولد ذهنی‌سازی یعنی لندن فعالیت می‌کنند و هر سه به‌گونه‌ای تولد و بزرگ شدن ذهنی‌سازی را از نزدیک مشاهده کرده‌اند، خصوصاً ترودی روسو روان‌پزشکی که در کنار فوناگی (مبدع رویکرد) در سال‌های اولیه ایجاد ذهنی‌سازی برای توسعه آن فعالیت چشمگیری داشته است. اگرچه روسو روان‌پزشک است و ویو و ورووا روانشناس بالینی هستند ولی این تفاوت مانع استفاده از ذهنی‌سازی در کلینیک‌های مربوط به نوجوانان نشده و شاید باعث هم‌افزایی و استفاده دقیق‌تر از آن نیز شده است.

کتاب ضمن این که راهنمای خوبی برای کاربرد درمان ذهنی‌سازی برای نوجوانان است، به طور کلی ایجاد کننده احساس کفایت در کار بالینی نیز می‌باشد، یعنی اگر حتی شما با نوجوانان هم کار نمی‌کنید، این کتاب می‌تواند در افزایش احساس کفایت شما در کار مشاوره و درمان موثر باشد.

در ترجمه این اثر، روان بودن و مفهوم بودن کلام، ضمن رعایت امانت نسبت به نویسندگان و انتقال واژگان اصلی و تخصصی مد نظر قرار گرفته است. امید است راهنمای بالینی خوبی برای همه همکاران در کار با نوجوانان و حتی سایر حوزه‌ها باشد.

با تشکر و قدردانی از زحمات مدیریت و کارکنان محترم اداره چاپ و انتشارات دانشگاه اصفهان و سایر عوامل دست اندرکار در به ثمر نشستن کتاب

فهرست مطالب

عنوان.....	شماره صفحه
پیشگفتار مترجمان.....	أ
آشنایی با سرفصل‌های کتاب و نویسندگان.....	ز
پیشگفتار پیتر فوناگی.....	م
تقدیر و تشکر.....	ص
مقدمه.....	ط
بخش اول: مفهوم ذهنی‌سازی و تغییرات نوروبیولوژیک مرتبط با آن در نوجوانان	
فصل اول: درآمدی بر نظریه ذهنی‌سازی.....	۳
اهداف توسعه.....	۴
ذهنی‌سازی.....	۴
چندبُعدی بودن.....	۶
مسیر رشدی عملکرد ذهنی‌سازی.....	۷
هنگام بروز مشکلات.....	۱۰
تفکر غیرذهنی‌سازی.....	۱۲
ذهنی‌سازی و کار بالینی.....	۱۴
نتیجه.....	۱۶
تقدیر و تشکر.....	۱۶
منابع.....	۱۷
فصل دوم: رشد مغز نوجوان و رشد ذهنی‌سازی.....	۲۱
سیستم استرس: مقابله با ناملایمات.....	۲۳
سیستم پاداش: تنظیم دلبستگی و عاملیت/ خودمختاری.....	۲۷
سیستم ذهنی‌سازی: درک خود و دیگران.....	۳۱
نتیجه.....	۳۵
منابع.....	۳۶
بخش دوم: تمرین بالینی	
فصل سوم: راهبردهای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کار با نوجوانان.....	۴۳
موضع ذهنی‌سازی.....	۴۶
حمایت و همدلی.....	۴۸
شفاف‌سازی، تشریح و چالش.....	۵۱
ایجاد ذهنی‌سازی پایه.....	۵۴
ایجاد ذهنی‌سازی در رابطه درمانگر و مراجع.....	۵۷
منابع.....	۵۸
فصل چهارم: ساختار درمان.....	۶۱
مقدمه.....	۶۱
مرحله مقدماتی: سنجش و آموزش روان‌شناختی.....	۶۲
آموزش روان‌شناختی.....	۶۲

مرحلهٔ میانی-کار اصلی.....	۶۲
مرحلهٔ نهایی: نتیجهٔ کار.....	۶۲
۱- مرحلهٔ مقدماتی.....	۶۳
۱-۱- سنجش.....	۶۳
۱-۲- قرارداد.....	۶۴
۱-۳- فرمول‌بندی.....	۶۵
اطلاعات زمینه.....	۶۵
سبک شخصیت.....	۶۶
۱-۴- طرح بحران.....	۶۷
طرح بحران برای نوجوان.....	۶۸
طرح بحران برای والدین.....	۶۹
۲- آموزش روان‌شناختی.....	۷۰
آموزش روان‌شناختی غیر رسمی در جلسات.....	۷۱
کارگاه‌های آموزش روان‌شناختی.....	۷۲
۳- مرحلهٔ میانی: کار اصلی.....	۷۳
۴- مرحلهٔ نهایی: نتیجهٔ کار.....	۷۶
نکاتی دربارهٔ درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان.....	۷۷
ذهنی‌سازی چیست؟.....	۷۷
وقتی ذهنی‌سازی خوبی داریم چه اتفاقی می‌افتد؟.....	۷۷
وقتی با ذهنی‌سازی مقابله می‌کنیم چه اتفاقی می‌افتد؟.....	۷۸
«درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان» چگونه کمک می‌کند؟.....	۷۸
منابع.....	۷۹
فصل پنجم: کار با والدین و خانوادهٔ نوجوان.....	۸۱
مقدمه.....	۸۱
هدف از افزایش ذهنی‌سازی در خانواده.....	۸۲
اهداف، ساختار و فرایند درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای خانواده.....	۸۴
لیزا و خانواده‌اش.....	۸۸
کوین و خانوادهٔ او.....	۹۳
نتیجه.....	۹۶
منابع.....	۹۷
فصل ششم: دید قابل تغییر در دنیای طوفانی و پرفشار نظارت بر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان.....	۱۰۱
روش و ساختار نظارت بر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان.....	۱۰۲
مسیر و فرایند.....	۱۰۲
به اندازهٔ کافی مطابق الگو رفتار کردن.....	۱۰۵
همراهی در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان.....	۱۰۶
درک احساسی که درمانگر نسبت به خود دارد.....	۱۰۶
موضع ذهنی‌سازی در نظارت.....	۱۰۸
موضع ندانستن.....	۱۰۸
همدلی و حمایت.....	۱۱۰

۱۱۰.....	کاوش و خلق مشترک
۱۱۲.....	تمرکز عاطفی، ساده و کوتاه
۱۱۳.....	بازگشت به هدف
۱۱۶.....	نتیجه
۱۱۶.....	منابع
بخش سوم: برنامه‌های کاربردی خاص	
۱۲۱.....	فصل هفتم: کار با نوجوانان دارای رفتار خودآسیب‌رسان
۱۲۲.....	فروپاشی ذهنی‌سازی؛ عامل رفتار خودآسیب‌رسان در نوجوان
۱۲۳.....	مفهوم «خود بیگانه»
۱۲۴.....	الگوی ذهنی‌سازی رفتار خودآسیب‌رسان
۱۲۵.....	هایپرمنتالیزیشن (بیش‌ذهنی‌سازی)
۱۲۶.....	مداخلات درمانی
۱۳۷.....	نتیجه
۱۳۷.....	منابع
۱۳۹.....	فصل هشتم: کار با نوجوانان دارای تنوع جنسیتی و خانواده‌هایشان
۱۳۹.....	مقدمه
۱۴۰.....	تأملات شخصی
۱۴۱.....	یادداشتی درباره ذهنی‌سازی مجسم‌شده در نوجوانی
۱۴۲.....	چالش‌های کار با نوجوانان دارای تنوع جنسیتی و خانواده‌هایشان
۱۴۴.....	توجه به مشکلات ذهنی‌سازی و تقویت آن هنگام بحث درباره جنسیت
۱۴۸.....	تقویت ذهنی‌سازی هنگام کار با خانواده‌ها
۱۵۲.....	تقویت ذهنی‌سازی تجسم‌یافته
۱۵۴.....	نتیجه
۱۵۴.....	منابع
۱۵۷.....	فصل نهم: اختلال سلوک - کار با مشکلات رفتاری برونی‌سازی در نوجوانان و خانواده‌هایشان
۱۵۷.....	اختلال سلوک
۱۵۸.....	ذهنی‌سازی و اختلال سلوک
۱۵۹.....	درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای اختلال سلوک
۱۶۱.....	موضع درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای اختلال سلوک
۱۶۳.....	تصویر بالینی - سوزان
۱۶۴.....	مداخلات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای اختلال سلوک
۱۶۴.....	کانون‌های مداخله و اقدامات متضاد
۱۶۵.....	حمایت از عاملیت به جای کنترل رفتار
۱۶۶.....	مصاحبه انگیزشی درباره «استفاده از خشونت»
۱۶۷.....	فرمول‌بندی کیس
۱۷۰.....	جلسات خانوادگی
۱۷۳.....	امکان‌سنجی و نتایج اولیه
۱۷۴.....	منابع
۱۷۷.....	فصل دهم: کار با نوجوانان دارای وضعیت روانی در معرض خطر
۱۸۰.....	ترومای رابطه‌ای و آسیب‌شناسی روانی در نوجوانی

۱۸۲	رشد ذهنی‌سازی و مفهوم «خود بیگانه»
۱۸۵	کیس بالینی
۱۹۲	نتیجه
۱۹۳	منابع
	فصل یازدهم: گروه‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی: در نوجوانان مبتلا به اختلالات شخصیت در حال ظهور
۱۹۷	
۱۹۸	ترکیب‌بندی گروه: چه کسی و چرا؟
۱۹۹	موضع ذهنی‌سازی در «گروه درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان»
۲۰۰	روش و ساختار
۲۰۱	قبل از شروع: ایمن‌سازی چارچوب
۲۰۲	چیدمان و آرایش گروه
۲۰۳	ایجاد اتحاد درمانی در کار گروهی
۲۰۴	جلسات اطلاعاتی مربوط به «گروه درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان»
۲۰۵	راهبردها و مداخلات ذهنی‌سازی در «گروه درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان»
۲۰۷	فعالیت‌های بیانگر
۲۱۵	پایان دادن به درمان
۲۱۶	منابع
	فصل دوازدهم: درمان یکپارچه مبتنی بر ذهنی‌سازی تطبیقی
۲۲۱	اعتماد معرفتی و نوجوانانی که به‌سختی در دسترس هستند
۲۲۲	پیچیدگی
۲۲۳	کمک گنج‌کننده
۲۲۴	حوزه مداخله: اهمیت شبکه‌های اجتماعی
۲۲۴	چهار ربع: گسترش تمرکز بر ذهنی‌سازی در شبکه‌های کمک‌رسانی
۲۲۶	اصول درمان یکپارچه مبتنی بر ذهنی‌سازی تطبیقی
۲۲۶	کار تیمی
۲۲۸	کار با مراجع
۲۲۹	کار شبکه‌ای
۲۳۰	یادگیری در کار
۲۳۱	درمان یکپارچه مبتنی بر ذهنی‌سازی تطبیقی: شروعی سریع
۲۳۲	سه کیفیت‌سنج در درمان یکپارچه مبتنی بر ذهنی‌سازی تطبیقی
۲۳۳	شبکه‌های ازهم‌گسیخته
۲۳۴	با هم فکر کردن (نه جدا از هم)
۲۳۵	نتیجه
۲۳۶	منابع
۲۳۹	واژه‌نامه انگلیسی-فارسی
۲۴۵	واژه‌نامه فارسی-انگلیسی
۲۵۱	نمایه

آشنایی با سرفصل‌های کتاب و نویسندگان

«درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان»^۱ راهنمای عملی برای متخصصان سلامت روان کودک و نوجوان در راستای ارتقای دانش، مهارت و تمرین در این زمینه است. این کتاب با ارائه تمرین‌های بالینی روزانه به صورتی عملی^۲، این درمان در کار با نوجوانان را تشریح می‌کند و طی فصل‌هایی که توسط متخصصان جهانی نگارش شده‌اند، عملکرد درمان را در قالب‌های فردی، خانوادگی و گروهی تشریح می‌کند. بخش اول کتاب به مبانی نظری دربارهٔ رشد و تحول^۳ نوجوان اختصاص دارد. در ادامه، در بخش دوم، موضع و راهبرد^۴ درمان ذهنی‌سازی در کار با نوجوانان، همچنین ساختارهای نظارتی (سرپرستی)^۵ موجود برای حمایت از درمانگران ارائه می‌شود. بخش سوم نیز به معرفی تعدادی از برنامه‌های درمانی حمایتی کاربردی برای نوجوانان اختصاص دارد. این کتاب مورد توجه درمانگرانی قرار می‌گیرد که با نوجوانان کار می‌کنند و می‌خواهند در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و سایر موارد مربوط به سلامت روان کودک و نوجوان متبحر شوند.

ترودی روسو^۶: روان‌پزشک و مشاور کودک و نوجوان و عضو تمام‌وقت انجمن پزشکی عمومی است. او بیش از ۲۰ سال تجربهٔ درمانگری در طیفی وسیع از مشکلات بهداشت روان کودکان و نوجوانان دارد و در حال حاضر، به عنوان مشاور روان‌پزشکی کودک و نوجوان در بیمارستان پرایری^۷ شمال لندن و در کلینیک بهداشت روان کودک و نوجوان خود (کلینیک استپینگ / استونز^۸ در لندن) مشغول به کار است.

^۱ MBT-A (Mentalization Based Treatment for Adolescents)

^۲ practical

^۳ developement

^۴ stance & technique

^۵ supervisory structures

^۶ Trudie Rossouw

^۷ Priary hospital

^۸ Stepping Stones Clinic

ماریا ویو^۱: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، روان‌درمانگر برجسته، ناظر (سرپرست)^۲ و مربی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان و همچنین دارای گواهینامه مربیگری در درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای خانواده است. او به همراه روسو در حال آموزش و سنجش^۳ ناظران جدید درمان ذهنی‌سازی برای نوجوانان در مرکز ملی کودک و خانواده آنا فروید^۴ است و سخنران و ناظری مجرب در این زمینه است و چندین کتاب نیز در این باره به زبان سوئدی نوشته است.

ایوانا ورووا^۵: دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، درمانگر و ناظر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان و همچنین پژوهشگر افتخاری در یکی از دانشگاه‌های برجسته لندن^۶ است که در شمال لندن در یک تیم خدمات بهداشت دولتی و مطب خصوصی مشغول فعالیت است.

سایر مشارکت‌کنندگان

پیتر فوناگی^۷: مدیر بخش روان‌شناسی و علوم زبان‌شناسی دانشگاه لندن، مدیر اجرایی مرکز ملی کودک و خانواده آنا فروید لندن و ناظر ارشد بالینی در زمینه بهداشت روان کودک و نوجوان و همچنین استاد مدعو دانشکده‌های پزشکی هاروارد و ییل^۸ است. حیطه علائق بالینی او مسائل مربوط به روابط دلبستگی اولیه، شناخت اجتماعی، اختلال شخصیت مرزی و خشونت است.

دیکن بونینگتون^۹: روان‌پزشک و مشاور کودک و نوجوان، همچنین مدیر بخش پزشکی مرکز ملی کودک و خانواده آنا فروید، متولی و مربی «درمان یکپارچه مبتنی بر ذهنی‌سازی تطبیقی»^{۱۰} و سایر رویکردهای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و همچنین عضو تیم درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای خانواده در کمبریج‌شایر و پیتربور^{۱۱} است؛ محلی که به درمان اعتیادهای پیچیده نوجوانان و جوانان و پژوهش و مدیریت بخش بهداشت و مراقبت‌های اجتماعی

¹ Maria Wiwe

² supervisor

³ assessment

⁴ Anna Freud National Center for Children & Family

⁵ Ioanna Vrouva

⁶ UCL

⁷ Peter Fonagy

⁸ Harvard & Yale Medical Schools

⁹ Dickon Bevington

¹⁰ AMBIT (Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment)

¹¹ [از شهرهای انگلستان] Cambridgeshire & Peterborough

دانشگاه کمبریج^۱ اختصاص دارد.

مارک دنجرفیلد^۲: دکتری روان‌شناس بالینی، روان‌درمانگر و روان‌تحلیلگر (عضو جامعه و مرکز بین‌المللی روان‌تحلیلی اسپانیا)، استاد مرکز دانشگاهی بهداشت روان رامون لول^۳ و بارسلونا، دارای بیش از ۲۵ سال سابقه کار در بیمارستان‌ها و مراکز خدمات سلامت روان کودکان در بارسلون، مربی درمان یکپارچه مبتنی بر ذهنی‌سازی تطبیقی در مرکز ملی کودک و خانواده آنا فروید و ناظر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان با بیش از ۲۵ سال تجربه کاری در بیمارستان‌های تخصصی کودکان و مراکز خدمات بهداشت روان در بارسلونا به ویژه در کار با نوجوانان و بزرگسالان و مدیر پروژه تیم‌های بالینی مداخله در منزل است؛ پروژه پیشگامی در اسپانیا که بر اساس الگوی درمان یکپارچه مبتنی بر ذهنی‌سازی تطبیقی در مرکز ملی کودک و خانواده آنا فروید، با نوجوانان در معرض خطر آسیب روانی و طردشده که برای درمان مراجعه نمی‌کنند، سروکار دارد.

هالی دایر هال^۴: روان‌درمانگر و روان‌کاو کودک و نوجوان، هنردرمانگر، روان‌پزشک معتبر، مربی و سرپرست درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در بزرگسالان، خانواده و نوجوان، ناظر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوان و خانواده و مربی مرکز ملی کودک و خانواده آنا فروید است. دارای سابقه کار در مراکز خدمات سلامت روان کودک و نوجوان، عضو تیم هنردرمانی در مراکز خدمات بهداشت عمومی بریتانیا، ارائه‌دهنده هنردرمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی به صورت گروهی و فردی در بزرگسالان با تشخیص اختلال مرزی و سخنران دوره‌ها و کنفرانس‌های هنردرمانی در بریتانیا و کنفرانس‌های بین‌المللی است.

سوفی هاوسچایلد^۵: روان‌شناس بالینی، درمانگر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوجوان و دستیار پژوهش در مؤسسه پیشگیری روانی-اجتماعی بیمارستان دانشگاهی هایدلبرگ^۶ است. حیطه پژوهشی او تعلیم و روان‌درمانی در زمینه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، اختلال سلوک و اختلال شخصیت مرزی است.

هیکو جسورون^۷: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و روان‌درمانگر کودک و نوجوان، دارای ۳۵ سال سابقه روان‌درمانگری در هلند و صاحب سمت‌های مختلف در زمینه مراقبت

¹ Cambridge University

² Mark Dangerfield

³ Ramon Llull University

⁴ Holly Dwyer Hall

⁵ Sophie Hauschild

⁶ Heidelberg

⁷ Haiko Jessurun

از سلامت روان به عنوان درمانگر و سرپرست تیم، مدرس ارشد دوره‌های آموزشی روان‌درمانگری کودک و نوجوان، مربی، سرپرست و فعال در زمینه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی نوجوان، دانشجوی دکتری در دانشگاه تکنولوژی / ایندهون^۱ لندن، آموزش‌دیده در دوره‌های درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در مؤسسه ملی آنا فروید لندن و فعال در زمینه گسترش «درمان یکپارچه مبتنی بر ذهنی‌سازی تطبیقی» است.

پاتریک لویتن^۲: دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی و استاد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه لوون^۳ بلژیک، استان روان‌پویشی^۴ و فعال در بخش پژوهش‌های بالینی، آموزشی و روان‌شناسی سلامت کالج دانشگاه لندن^۵ است. حیطه علایق پژوهشی او اختلالات طیف عاطفی (مانند افسردگی، اختلالات مرتبط با استرس و درد) و اختلالات شخصیت و همچنین مشارکت در پژوهش‌های پایه و مداخله‌ای در هر دو حیطه است.

سaskia مالکورپ^۶: روان‌شناس بالینی و دانشجوی دکتری در دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه لوون بلژیک است. حیطه پژوهشی او نقش ذهنی‌سازی در رشد کودکان و نوجوانان در معرض آسیب‌های روانی است.

جیسون مالدونادو^۷: روان‌درمانگر ارشد خانواده و خانواده‌درمانگر سیستمی، مددکار اجتماعی بالینی، دارنده پست‌های تخصصی و ارشد بالینی در چندین مؤسسه بین‌المللی مشهور لندن و مدرس مجرب در زمینه مددکاری اجتماعی و درمان سیستمی است. علاقه عمده او «خود»^۸ و ساختن معنا از تجربیات زندگی است.

نیکول مولر^۹: روان‌درمانگر کودک، نوجوان و خانواده‌رمانگر مرکز خدمات بهداشت روان کودک و نوجوان جوترز^{۱۰} در هلند است. ابتدا به عنوان درمانگر شناختی-رفتاری^{۱۱} آموزش دیده بود و سال‌ها با روش تصویرسازی عاطفی هدایت‌شده^{۱۲} کار می‌کرد تا اینکه به درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، کار با کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال دلبستگی، تروما^{۱۳} یا

¹ Eindhoven University of Technology

² Patrick Luyten

³ Leuven University College London

⁴ ISTDP

⁵ University College London

⁶ Saskia Malcorps

⁷ Jason Maldonado

⁸ self

⁹ Nicole Muller

¹⁰ Jutters

¹¹ CBT

¹² Guided Affective Imagery

¹³ trauma

اختلالات شخصیت نوظهور^۱ در خانواده علاقه‌مند شد. با همکاری تیم بین‌المللی کتاب، کتاب راهنمای درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کودکان^۲ (کار با کودکان ۵ تا ۱۲ ساله) را نوشته است و مربی و سرپرست درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودک، نوجوان و خانواده^۳ در هلند و مرکز ملی کودک و خانواده^۴ آنا فروید لندن است.

سونجا تاینر^۵: استاد بیمارستان دانشگاهی هیدلبرگ^۵ آلمان و رئیس مؤسسه پیشگیری روانی-اجتماعی، روان‌شناس بالینی، روان‌کاو، ناظر و مربی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان است. حیطه پژوهشی او اختلال سلوک، اختلال شخصیت مرزی، پژوهش‌های روان‌درمانی و توسعه شایستگی متخصصان سلامت روان است. او رئیس بخش اروپایی انجمن پژوهش‌های روان‌درمانی و توسعه‌دهنده خدمات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در آلمان است.

انتشارات دانشگاه اصفهان

¹ emerging personality disorders

² MBT-C

³ MBT-F

⁴ Svenja Taubner

⁵ University Hospital in Heidelberg

انتشارات دانشگاه اصفهان

پیشگفتار

پیتر فوناگی

اتفاقی چشمگیر، غیرقابل قبول و مبهم در جریان است. میزان بار مشکلات کنونی بهداشت روان بر دوش نسل نو نشان‌دهنده بحرانی فراگیر در این حوزه است. در بریتانیا، اطلاعاتی نسبتاً جامع و قابل اعتماد درباره وسعت و عمق مشکلات سلامت روان کودک و نوجوان در دست است (سادلر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸).

به طور کلی، شیوع اختلالات روانی در دوران کودکی ممکن است در طی پانزده سال از یک در ده نفر، به یک در هشت نفر افزایش یافته باشد. با تفکیک سن، متوجه می‌شویم در دختران ۱۷ تا ۱۹ ساله این میزان به ۲۴ درصد افزایش یافته است. طی ۶ سال بررسی بیماری‌های بزرگسالان (مک‌مانوس^۲ و همکاران، ۲۰۱۶) به طور مشابه، افزایشی جالب توجه در شیوع اضطراب و افسردگی به ویژه در میان گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال دیده می‌شود. نظرسنجی مجموعه پژوهشی دانشگاه لندن در مطالعات کوید-۱۹ تصویری نگران‌کننده‌تر را نشان داده است (فانکورت^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

طی چند هفته، ده‌ها هزار نفر از ساکنان بریتانیا در رابطه با تبعیضات خود در طول دوران قرنطینه بررسی شدند. این نظرسنجی شامل دو معیار پرکاربرد و بسیار قابل اعتماد برای افسردگی و اضطراب بود و تصویری تقریباً مطمئن در سطح کلی مشکلات سلامت روان به دست آمد. با تمرکز بر نمونه هزاران جوان ۱۸ تا ۲۹ ساله که این نظرسنجی را تکمیل کردند، به ترتیب میانگین سطوح ۱۰ و ۸ در میزان افسردگی و اضطراب نشان داده شد. حتی با تعدیل توزیع غیرنرمال نمرات پایه در هر دو ابزار نیز شیوع اضطراب و افسردگی در این بررسی پنل وسیع، بیشتر از ۴۰ درصد نشان داده شد.

¹ Sadler

² McManus

³ Fancourt

به نظر نمی‌رسد کسی دلیل تمرکز بارز مشکلات سلامت روان در گروه سنی نوجوان^۱ را درک کرده باشد. توضیحات زیادی ارائه شده است. ظهور و تسلط شبکه‌های اجتماعی^۲ در زندگی نوجوانان ممکن است عامل مهمی باشد. دربارهٔ عدم تناسب جنسیت نیز مطالب زیادی نوشته شده است. شکی نیست که در جامعهٔ ما، با دستاوردهای متضاد تحصیلی و شغلی و همچنین یک سیستم ارزشی نامتناسب با نقش‌های جنسیتی، فشار اجتماعی بر دختران بسیار بیشتر بوده است (یا دست‌کم تا کنون این‌طور بوده است). مطمئناً بین این عوامل خطر^۳ ارتباطی متقابل وجود دارد. جنسیت ممکن است در استفاده از شبکه‌های اجتماعی نقش داشته باشد. در زمینهٔ تسلط دیداری این رسانه‌ها بر فرهنگ نیز دختران نسبت به پسران، به مراتب آسیب‌پذیری بیشتری دارند.

بسیاری از آسیب‌پذیری‌های عمومی نوجوانان در بخش اول این کتاب به‌خوبی بررسی شده‌اند، اما با وجود بررسی رشد در هر دو سطح روان‌شناختی و نوروسایکولوژی (دست‌کم در انگلستان)، علت افزایش ۱۵ درصدی مشکلات روان‌شناختی در سال ۲۰۱۹ در میان نوجوانان توضیح داده نمی‌شود و مشخص نیست چرا ۵۰ درصد از دخترانی که مشکلات سلامت روان قابل تشخیص داشته‌اند، رفتارهای خودآسیب‌رسان^۴ یا تلاش برای خودکشی را تجربه کرده‌اند و چرا آمار خودکشی در این گروه سنی در حال افزایش است. اگر به‌طور کامل به نقش نوجوانی به عنوان دوران تعیین‌کنندهٔ مسیر شغلی، سلامت و به‌زیستی افراد واقف باشیم، به فاجعه‌بار بودن این قضیه پی می‌بریم. همان‌طور که برخی از پژوهش‌ها (مورفی^۵ و فوناگی، ۲۰۱۳) نشان می‌دهند، اگر ۷۵ درصد از مشکلات سلامت روان در سن ۱۸ سالگی اتفاق بیفتند، به‌طور قطع در وهلهٔ اول، برای دستیابی سریع آسان به مداخله‌ای مبتنی بر شواهد و متمرکز بر رویکردها و اصول بهداشت روان برای نوجوانان و خانواده‌ها، به تحولی اساسی نیاز داریم.

مجموعه‌ای جالب از فصول این کتاب به این موضوع اختصاص دارد و نویسندگان شایستهٔ تقدیر هستند، زیرا مقدمه‌ای کامل ارائه داده‌اند که با زبان مشترک خود، مورد قبول همهٔ درمانگران با هر نوع جهت‌گیری و خانواده‌ها با هر نوع مشکلی است؛ خانواده‌هایی که به دنبال حمایت اصولی برای فرزندشان هستند و نوجوانانی که در میان انبوه شبکه‌های اجتماعی پیچیده راه خود را جست‌وجو می‌کنند، همچنین سیستم‌هایی بزرگ‌تر همچون مدرسه، جامعه و

¹ young age group

² social media

³ risk factors

⁴ self harm

⁵ Murphy

مراکز اجتماعی که در کاهش اضطراب و افسردگی در میان نوجوانان تا کنون موفق عمل نکرده‌اند.

این کتاب مفاهیمی نظری را در چارچوبی کلی به صورت ساده، روشن و بالقوه مفید ارائه می‌دهد. درک اینکه چرا دنیای خدمات بالینی سلامت روان کودک و نوجوان نسبتاً کند عمل کرده دشوار است؛ بنابراین، به الگویی متفاوت از درمان‌های روانی-اجتماعی نیاز است که برخی از نویسندگان (مانند فوناگی و لویتن، ۲۰۱۹) به آن اشاره کرده‌اند. این تغییر مستلزم کاهش تمرکز بر درمان‌های مشخص نام‌گذاری‌شده‌ای است که از طریق مجموعه‌ای از فناوری‌ها به گروه‌هایی خاص از بیماران ارائه می‌شوند. مشکلاتی در تأیید علمی این گروه‌ها در این کاهش نقش داشته‌اند. دانشکده‌های روان‌درمانی نیز تا حدودی ارزش خود را از دست داده‌اند (قبلاً کافی بود بگوییم یک درمانگر به شیوه روان‌پویشی یا شناختی-رفتاری آموزش دیده است که هم از نظر اعتبارسنجی و هم از نظر تعریف نوع درمان، نوعی گذرنامه محسوب می‌شد).

از این رو، به منظور تعدیل این نواقص می‌توان افزایش الگوهای آزمایش‌پذیر مداخله‌ای را مشاهده کرد. ما در اولین کارآزمایی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای نوجوانان (روسو و فوناگی، ۲۰۱۲)، ظرفیت ذهنی‌سازی را امنیت دلبستگی را به عنوان واسطه‌های احتمالی اثرات درمان اندازه‌گیری کردیم؛ با این پیش‌فرض که موضوع‌های توسعه‌دهنده این ظرفیت روانی چارچوبی تجربی برای تمرکز بر درمان ذهنی‌سازی^۱ فراهم می‌کنند. در این خصوص، به متغیرهای واسطه و تعدیل‌کننده بیشتری برای مطالعات آینده نیاز است. همان‌طور که در چندین فصل این کتاب به وضوح نشان داده می‌شود، چارچوب مفهوم ذهنی‌سازی شکلی جدید از تشخیص را بر اساس نوعی تحلیل عملکردی مکانیکی^۲ ارائه می‌دهد. نواقص مختلف ذهنی‌سازی ممکن است اختلالات روانی متفاوتی را آشکار کنند که در اختلال عملکرد شناخت اجتماعی ریشه دارند و با الگوهای تطبیقی در انواع روابط کودک-والد (مراقب) مرتبط هستند. ذهنی‌سازی همچنین، مشابه رویکردهای دیگری مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ (هیس، ۲۰۱۵) و درمان متمرکز بر شفقت^۴ (گیلبرت، ۲۰۱۹)، رویکردی است که می‌توان آن را جنبشی از رویکردهای قانونمند^۵ به سمت رویکردهای اندیشه‌محور^۶ دانست. ما

¹ mentalization

² mechanistic functional analysis

³ ACT

⁴ Hayes

⁵ CFT

⁶ Gilbert

⁷ nomothetic

⁸ idiographic

به بیش از یک ضریب اندازه اثر مرتبط با تفاوت‌های میانگین بین دو گروه نیاز داریم که اصولاً به دلیل درمانی که در معرض آن بوده‌اند، متفاوت است و می‌دانیم در زیرگروه میانگین‌ها در یک کارآزمایی بالینی مسیرهای اساسی متفاوتی وجود دارند که فردی هستند و حتی زمانی که بهبود کلی غالب است، معمولاً وخامت در کنار بهبودی را نشان می‌دهند. همه اینها به نوعی رویکرد روان‌درمانی فردی منتهی می‌شود که از عناصر درمانی به صورت ترکیبی استفاده می‌کند تا به بهترین نحو با مشکلات فعلی فرد مطابقت داشته باشد و جهت‌گیری‌ها، بافت‌ها و حتی فرهنگ‌های مختلف را ادغام یا شاید مرتبط کند.

آیا رویکرد ارائه‌شده در این کتاب راه‌حلی کلیدی برای درک مشکلات سلامت روان نوجوانان است؟ ذهنی‌سازی ریشه‌ای عمیق در تاریخچه تکامل ما دارد. زمانی که دوبا شدن گونه ما را به سمت زندگی اجتماعی سوق داد، به ظرفیت شناختی بیشتری نیاز بود (دانبار و سوسیس^۱، ۲۰۱۸). نوزاد انسان به طریقی قابل ملاحظه نابالغ‌تر از سایر نخستی‌ها به دنیا می‌آید و تولد به‌خودی‌خود دردناک و خطرناک است و به حمایت اجتماعی نزدیکان نیاز دارد (হারدی^۲، ۲۰۱۳). نه فقط خویشاوندان نزدیک، هر کسی در گروه مسئول حفاظت از کوچک‌ترهاست. خویشاوندان و سایر اعضای گروه همیشه حاضر هستند و کودکان می‌توانند به راحتی به دنبال ارتباط، آرامش و بازی با هر کسی که می‌خواهند باشند. گونه ما به دوره‌های طولانی حفاظت، مراقبت اساسی و یادگیری عمیق و طولانی نیاز دارد تا اینکه نوجوان آماده پیوستن به جامعه‌ای شود که عمدتاً برای امرار معاش یا پیوستن به آشنایان و ارتباطات دوجانبه میان گروهی در آن تلاش می‌کند.

اجتماعی بودن انسان ظرفیتی منحصربه‌فرد برای به اشتراک‌گذاری حالت‌های ذهنی^۳ با دیگران ایجاد می‌کند (توماسلو^۴، ۲۰۱۹). وقتی افراد آماده تعامل هستند، از طریق ملاقات ذهن‌ها و با شراکت در حالت‌های ذهنی دیگران در سیستم اجتماعی، به آگاهی بین فردی دست می‌یابند. فیلسوفان بررسی ذهن این وقایع ذهنی را «نگاه اشتراکی»^۵ نامیده‌اند (توملا^۶، ۲۰۰۵). این احساس شراکت زیربنای همکاری اجتماعی و بخشی از افکار و احساسات فراتر از فرد و فراتر از ماهیت او است. با هم اندیشیدن به این روش باعث به وجود آمدن شناخت اجتماعی می‌شود که «حالت ما»^۷ نامیده می‌شود. این حالت در دوران نوزادی

¹ Dunbar & Sosis

² Hardy

³ mental states

⁴ Tomasello

⁵ jointly seeing to it

⁶ Tuomela

⁷ we-mode

زمینه‌ای را فراهم می‌کند که موجب رشد ذهنی‌سازی و در دوران نوپایی باعث تحریک ذهنی‌سازی می‌شود؛ بازی را از یک فعالیت انفرادی به بازی گروهی سوق می‌دهد، روابط همسالان در اواسط کودکی (کودکی میانه) را موجب می‌شود و ویژگی‌های سیستمی منحصربه‌فردی را در خانواده ایجاد می‌کند. «حالت ما» موجب پیوندهای اجتماعی نوجوانی، حمایت‌های ضروری اجتماعی گروه همسال و عبور افراد از وابستگی به سمت استقلال می‌شود. ایده اصلی مطرح شده در الگوهای درمانی و راهبردهایی که در مجموعه عالی جمع‌آوری شده در این کتاب شرح داده شده‌اند، دربارهٔ همین موضوع است. «حالت ما» عصارهٔ رویکرد ذهنی‌سازی است که شاید فراتر از درمان ذهنی‌سازی و نیز منشأ سایر رویکردهای درمانی مانند رفتاردرمانی دیالکتیک^۱ یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باشد.

اما در رابطه با افزایش شیوع اختلالات روانی در میان نوجوانان چطور؟ همان‌طور که نازک شدن لایهٔ اوزون جنبه‌های حیاتی محیط فیزیکی ما را تهدید می‌کند، از نظر بوم‌شناختی نیز تهدید می‌شویم. محیط سازگاری زیستی ما، محیط اجتماعی فراهم کردن معاش، یعنی محل به دست آوردن ظرفیت نگاه مشترک و درک متقابل حالت‌های ذهنی دیگران است. بر اساس این مفهوم‌سازی، ذهنی‌سازی به پای روابط تک‌به‌تک، برای سازگاری و تطابق با یک جامعه به وجود آمده است و بر این اساس ممکن است نظریهٔ دلبستگی از برخی جهات در اینجا به کار نیاید، زیرا نظریهٔ دلبستگی و نوشته‌های آغازین ما دربارهٔ ذهنی‌سازی اساساً بر مبنای تعاملی دونفره است (بالبی^۲، ۱۹۶۹، ۱۹۷۳؛ فوناگی و همکاران، ۲۰۰۲) که بر رابطهٔ دونفره، یعنی تعامل نوزاد-مراقب و انعکاس احساسات در حال شکل‌گیری در چهرهٔ مراقب و عوامل دیگر به عنوان پایه و اساس ذهنی‌سازی تأکید دارد. وقتی نوزاد بازنمایی مادر از خود را به عنوان عامل اصلی تشخیص می‌دهد، حس خودشناسی در او ایجاد می‌شود که در ابتدا تصور می‌شد عامل اصلی رشد فردی نه فقط نوزاد، بلکه شاید نوجوان و بزرگسال باشد. در واقعیت این امر شکی وجود ندارد، اما این بخشی از قضیه است. این تجربهٔ دونفره به عنوان بخشی از مقولهٔ گسترده‌تر «حالت ما» به وضوح قابل درک است. تمرکز بر خود یکی از راه‌های خاص ایجاد حس تعلق و احساس نسبت به دیگران است. در میان انسان‌های نخستین جست‌وجوگر غذا، بر شکل‌هایی متفاوت از «حالت ما» در توسعهٔ این جنبه‌های هویت تأکید می‌شده است که شاید هنوز هم در بسیاری از جوامع غیرغربی وجود داشته باشند. برای مثال،

^۱ DBT

^۲ Bowlby

در جوامع شبیه انسان‌های نخستین که متفاوت از جوامع ما هستند، کودکان و مراقبان درگیر چند فعالیت مداوم هم‌زمان هستند و به‌ندرت در تعامل دوفره قرار دارند (کلر^۱، ۲۰۱۸). در این جوامع، فرهنگی حاکم است که با فرهنگ جوامعی که در آن نوزاد یا کودک به عنوان عامل اصلی و کانون توجه مراقبان در اولویت قرار دارد، کاملاً متفاوت است. در تعاملات گسترده‌تر چند لایه و مداوم، کودک برای آگاهی از حالت‌های ذهنی دیگران و خواسته‌ها و علایق آنها حساس می‌شود و منشأ عملکردهای او ممکن است حالت‌های ذهنی گروه اجتماعی باشد و در نهایت، شناخت این احساس تعلق و درک شباهت خود با گروه باعث شکل‌گیری هویت و اعتبار او می‌شود.

آنچه در اینجا مطرح می‌شود این است که ذهنی‌سازی محصول سازگاری اجتماعی و همکاری در گروه است، اما ممکن است تا کنون به شیوه‌ای اغراق‌آمیز، «خود» به عنوان عامل اصلی معرفی شده باشد. سال‌هاست که ما درباره «تأمل درباره خود»^۲ به عنوان رویکردی درمانی برای افرادی که احساس «خود» بسیار ضعیف در آنها شکل گرفته است، هشدار داده‌ایم، اما شاید در این رابطه اهمیت آموزه‌هایی که به جای مفاهیم نظری، از تجربیات بالینی ناشی می‌شوند کاملاً درک نشده باشد؛ اگر ذهنی‌سازی را اساساً نشانه‌ای از تعلق بدانیم، یکی از راه‌های درک مشکلات ذهنی‌سازی تجربه از دست دادن انسجام و تعلق اجتماعی است. آیا نباید افزایش شیوع مشکلات بهداشت روان نوجوانان را ناشی از کمبود تاب‌آوری و آسیب‌پذیری‌های ناشی از فقدان پیوند اجتماعی در نظر گرفت؟! نمی‌توان گفت میزان ارتباط اجتماعی نوجوانان نسبت به گذشته کمتر شده است، ولی نتواند وجود دارد که نشان می‌دهد ارتباط بین‌نسلی از زمان جنگ جهانی دوم رو به زوال بوده است و نوجوانان از بسیاری جهات به عاملان ارتباط اجتماعی تبدیل شده‌اند، در حالی که گروه‌های همسال اهمیت بی‌سزا در رشد و پیشرفت دارند. به عقیده من، ما در شیوه بازسازی نوجوانی در اواخر قرن بیستم و اوایل قرن بیست‌ویکم دچار یک ناهماهنگی در تکامل انسانی شده‌ایم.

در حال حاضر انسان‌ها در محیطی زندگی می‌کنند که به‌سرعت از محیطی که در آن تکامل یافته‌اند (محیطی که به اصطلاح محیط سازگاری زیستی نامیده می‌شود) فاصله گرفته است. اختلاف بین محیط کنونی و محیطی که در آن انتخاب‌هایی مشخص وجود داشتند، به عنوان نوعی عدم سازگاری تکاملی شناخته می‌شود، زیرا محیطی که دارای ظرفیت و مزیت انتخاب است، سریع‌تر به سازگاری تکاملی می‌رسد. برای مثال، در موقعیت‌هایی که انسان با کمبود

¹ Keller

² self reflection