



The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Epistemic Trust, Emotional Dysregulation and Impulsivity in Adults with Childhood Trauma

Ali Sayadi¹, Samaneh Zarei², Samaneh Maleki³, Fereshteh Arsalandeh^{4*}

1. Master of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Master of Educational Psychology, Buali Sina University, Hamedan, Iran.

3. Master of Family Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

4. PhD Student in Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Fereshteh Arsalandeh, PhD Student in Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

E-mail: Fereshteharsalan88@gmail.com

Received: 24 May 2024

Accepted: 4 Jan 2025

Abstract

Introduction: Childhood trauma can lead to extensive psychological problems in adulthood due to various structures, so exploration and intervention in these structures can be of vital importance in treating the concerns of people with childhood trauma. In this regard, the present study was conducted to investigate the effectiveness of mentalization-based treatment on epistemic trust, emotional dysregulation, and impulsivity in adults with childhood trauma.

Methods: The current study was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group. Among the people who experienced childhood trauma and were referred to clinics and counseling centers in Tehran, 30 people were selected using the convenience sampling method and randomly replaced in two experimental groups and a control group (15 people). The experimental group received 20 sessions of mentalization-based therapy, but the control group received no specific intervention. The research tools were: Childhood Trauma Questionnaire, Epistemic Trust, Mistrust, and Credulity Questionnaire, Difficulties in Emotion Regulation Scale, and Barratt Impulsiveness Scale. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance test.

Results: The results of the research showed that the treatment based on mentalization is effective in optimally increasing epistemic trust and reducing emotional dysregulation and impulsivity in adults with childhood trauma ($P < 0.05$).

Conclusions: Considering the confirmation of the effectiveness of mentalization-based therapy on the treatment of adults with childhood trauma, it is suggested that therapists consider this therapy to optimally increase epistemic trust and reduce emotional dysregulation and impulsivity in adults with childhood trauma.

Keywords: Epistemic trust, Emotional dysregulation, Impulsivity, Childhood trauma, Mentalization-based therapy.



اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی

علی صیادی^۱، ثمانه زارعی^۲، سمانه ملکی^۳، فرشته ارسلان ده^{۴*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فرشته ارسلان ده، دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

ایمیل: Fereshteharsalan88@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۴

چکیده

مقدمه: ترومای کودکی به واسطه ی سازه های مختلف، می تواند منجر به مشکلات روان شناختی گسترده در بزرگسالی شود، بنابراین کاوش و مداخله در این سازه ها، می تواند اهمیت حیاتی در درمان مشکلات افراد مبتلا به ترومای کودکی داشته باشد. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. از بین افراد دارای تجربه ترومای کودکی و مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر تهران، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۲۰ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی سازی دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه ترومای دوران کودکی، پرسشنامه اعتماد، بی اعتمادی و زودبآوری معرفتی، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و پرسشنامه تکانشگری بارت. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر افزایش بهینه اعتماد معرفتی و کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی موثر است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به تایید اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر درمان بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی پیشنهاد می شود که درمانگران، این درمان را در افزایش بهینه اعتماد معرفتی و کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی مد نظر قرار دهند.

کلیدواژه ها: اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی، تکانشگری، ترومای کودکی، درمان مبتنی بر ذهنی سازی.

مقدمه

ترومای کودکی (Childhood trauma)، تحت عنوان آزار جسمی، جنسی، عاطفی یا بی توجهی به کودک، به ویژه توسط والدین یا سایر مراقبان تعریف می شود (۱). مطالعات نشان داده است که ترومای دوران کودکی با بیماری های روانی متنوعی از جمله اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، مصرف مواد، خودکشی و روان پریشی مرتبط است (۲). تروما دوران کودکی علاوه بر اینکه تأثیرات زیان باری در حیطه ی رشدی، شناختی، هیجانی و رفتاری کودک دارد، سلامت روان وی را در بزرگسالی نیز تهدید می کند. درواقع قرار گرفتن در معرض تروما در کودکی ممکن است از طریق سازه های مختلفی مانند بی نظمی در پاسخ های هیجانی، رشد مهارت های اجتماعی- عاطفی و بین فردی را در بزرگسالی مختل کند (۳). بنابراین کاوش و درک فرآیندهای خاصی که از طریق آن ترومای دوران کودکی منجر به مشکلات روان شناختی گسترده در بزرگسالی می شود، پیامدهای مهمی برای ارزیابی و درمان دارد.

شواهد نوظهور نشان می دهد که یکی از سازه های مهم که ترومای کودکی می تواند آن را تضعیف نماید، اعتماد معرفتی (Epistemic Trust) است (۴). اعتماد معرفتی مفهومی است که برای اولین بار توسط پیتر فوناگی (Fonagy) معرفی شد. فوناگی اعتماد معرفتی را ظرفیت و گنجایش یادگیری از اجتماع و دیگران به عنوان منبع قابل اعتماد و قابل تعمیم و همچنین مرتبط با خود در نظر می گیرد (۵). به عبارت دیگر، اعتماد معرفتی منعکس کننده این انتظار است که برقراری ارتباط با دیگران می تواند دانش ما از جهان و جایگاه ما را در آن بهبود بخشد (۶). به طور کلی اعتماد معرفتی براساس تجربیاتی که در اوایل کودکی ایجاد می شوند، به وجود می آید، جایی که رشد سالم کودک به همراه داشتن یک دلبستگی ایمن و روابط بین فردی مبتنی بر پاسخ دهی حساس، چنین پدیده ای را تسهیل می نماید (۷). قرار گرفتن در معرض انواع تروماهای دوران کودکی، ویژه زمانی که به طور منظم و بی وقفه رخ می دهند، به این معنی است که کودکان در محیطی رشد نموده که مشخصه آن تجربیات مراقبتی بیش از حد استرس زا، غیرقابل اعتماد یا بدخواهانه است. چنین محیطی می تواند باعث اختلال در یادگیری در مورد دنیای اجتماعی شود و به علاوه منجر به بی اعتمادی و توسعه نیافتگی یا حتی شکست در اعتماد معرفتی شود (۸). در مجموع رشد سالم عملکرد شخصیت

در دوران کودکی مستلزم اعتماد معرفتی است و هر گونه اختلال در آن با پیامدهای بالینی در بزرگسالی همراه است (۸)، بنابراین توجه به این مولفه در روند درمان افراد آسیب دیده ضروری به نظر می رسد.

در کنار اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی (Emotional dysregulation) یکی دیگر از سازه هایی است که پیامد ترومای کودکی است. به عبارتی دیگر، مشکلات تنظیم هیجان اغلب در افرادی که در معرض تروما، به ویژه سوء استفاده در دوران کودکی قرار دارند، دیده می شود (۹). تنظیم هیجان شامل تلاش برای شروع، نگهداری، تعدیل و یا بیان عواطف و هیجانات است. تحقیقات گسترده نشان می دهد که تنظیم ضعیف هیجان به مجموعه ای از شرایط روان پزشکی، از جمله افسردگی، مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی، خوردن، اختلال دوقطبی و PTSD مرتبط است (۱۰). مطالعات تصویربرداری از مغز در افرادی که بدرفتاری در دوران کودکی را تجربه کرده اند، به مدارهای پیشانی لیمبیک (مرتبط با تنظیم هیجان) به عنوان آسیب دیده ترین نواحی مغز اشاره می کنند (۱۱). همچنین مطالعات گذشته نگر نشان می دهد که مشکلات در تنظیم هیجان به دلیل قرار گرفتن در معرض تروماهای پیچیده در دوران کودکی است (۱۲). درواقع ترومای کودکی با تحت تأثیر قرار دادن فرآیندهای اصلی تنظیم هیجان موجب بروز دشواری در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان می شود. بهبودی از تروما نیز به تنظیم انطباقی هیجان نیاز دارد، بنابراین اختلال در تنظیم هیجان به عنوان یک عامل خطر برای حفظ علائم مربوط به تروما ذکر شده است (۱۳). کلوتر (Cloitre) و همکاران (۱۴) مدلی از تأثیر درازمدت ترومای دوران کودکی ارائه کرده اند. آنها بحث می کنند که تأثیر منفی ترومای دوران کودکی بر رشد دلبستگی ایمن می تواند کودک را از یادگیری مهارت های تنظیم هیجانی سازگارانه محروم کند. لذا کاوش مداخلات درمانی جهت بهبود تنظیم هیجان ناسازگارانه ضروری است.

ترومای دوران کودکی همچنین با افزایش تکانشگری مرتبط است. شواهد پژوهشی نشان می دهد که خودتنظیمی ضعیف، مانند تکانشگری، یکی از عواقب رشدی قرار گرفتن در معرض ترومای دوران کودکی است (۱۵). تکانشگری یک سازه چند وجهی است که با کاهش حساسیت به پیامدهای منفی، واکنش سریع به محرک ها بدون پردازش کامل اطلاعات و بی توجهی به پیامدهای بلندمدت

(مانند افکار، احساسات و اعتقادات، آرزوها و برنامه ها) است (۲۱). شواهد پژوهشی نشان دهنده تأثیر تروما بر دلبستگی، تنظیم هیجان، ذهنی سازی و اعتماد معرفتی است (۴). درواقع تروما فرآیند نزدیک‌جویی را در مواجهه با استرس و ناملایمات مختل می‌کند، زیرا فرد شروع به تکیه بیش از حد به مراقب یا به راهکارهای بیش فعال یا غیرفعال کننده دلبستگی یا ترکیبی از هر دو متوسل می‌شود (۲۲). در مورد تأثیر مخرب تروما بر ذهنی سازی فرض بر این است که بزرگ شدن در محیطی که با سوء استفاده و/یا بی توجهی مشخص می‌شود، ظرفیت ذهنی سازی را تضعیف می‌کند، زیرا فرد از داشتن یک مراقب پاسخگو، که برای به دست آوردن ظرفیت تنظیم استرس و برانگیختگی ضروری است، محروم است. لذا تمایل این کودکان به کنش‌نمایی این تجربیات غیرذهنی از خود و دیگران به عنوان بد، شرور، نادیده گرفته شده یا نالایق بودن، منجر به قربانی شدن مجدد آن‌ها می‌شود (۲۳). تروما همچنین می‌تواند اعتماد معرفتی را تضعیف نماید. درواقع تروما می‌تواند یادگیری اجتماعی کودکان را مختل کند و سبب شود که به عنوان مثال با زودباوری معرفتی و تکیه بیش از حد به دیگری قابل اعتماد، آنان را در معرض استثمار و سوء استفاده قرار دهد (۴). تأثیر منفی ترومای دوران کودکی نیز می‌تواند کودک را از یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجانی سازگارانه محروم کند (۱۴). بنابراین نقطه هدف درمان ذهنی سازی باید مولفه‌های آسیب‌زای مذکور باشد که به سبب ترومای کودکی ایجاد شده‌اند. در مجموع MBT بر بهبود ظرفیت ذهنی سازی و اعتماد معرفتی، به ویژه در زمینه روابط دلبستگی، با هدف تقویت سلامت زایی (۲۴) متمرکز است. تحقیقات همچنین از اثربخشی MBT برای بیماران با سطوح بالای تروما حمایت کرده است (۲۵). به عبارتی، مطالعات متعددی به بررسی درمان مبتنی بر ذهنی سازی و تروما پرداخته‌اند (۴، ۲۶، ۲۸، ۲۷). یافته‌های برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده است که ذهنی سازی و ظرفیت انعکاسی، میانجی مهمی بین ترومای کودکی و برخی ویژگی‌ها از جمله برخی علائم PTSD، گسستگی، انتقال بین نسلی تروما و پرخاشگری است (۲۹). انتظار می‌رود که درمان مبتنی بر ذهنی سازی با هدف قرار دادن برخی سازه‌ها مانند اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری نقش مهمی در درمان ترومای کودکی داشته باشد. مطالعه‌ای هم که در داخل کشور به بررسی MBT بر روی

مشخص می‌شود (۱۶). تکانشگری تحت تأثیر عواملی مانند استعداد ژنتیکی، مکانیسم‌های عصبی زیست‌شناختی و عوامل محیطی مانند ترومای دوران کودکی، نقش حیاتی در درک ایجاد انواع اختلالات از جمله مصرف مواد دارد (۱۷). مطالعات نورویولوژیکی همچنین تایید کرده‌اند که قرار گرفتن در معرض ترومای کودکی، سیستم‌های پاسخ به استرس را تغییر می‌دهد و کارکرد عصب شناختی، مانند کنترل مهار و حافظه کاری را مختل می‌کند. این امر ممکن است قربانیان ترومای کودکی را در برابر ایجاد ویژگی‌های شخصیتی تکانشی آسیب‌پذیرتر کند (۱۸). از نظر نورویولوژیکی، تکانشگری با تغییراتی در عملکرد سیستم‌های انتقال دهنده عصبی مختلف مانند دوپامین، سروتونین و نوراپی نفرین و همچنین در ساختار و عملکرد نواحی قشر جلوی مغز درگیر در تصمیم‌گیری و خودکنترلی مرتبط است. ترومای دوران کودکی نیز ممکن است رفتارهای تکانشگری را از طریق میانجیگری چندین مدار عصبی و فعالیت سیستم دوپامین مزوکورتیکولیمبیک و سیستم گلوتامات قشر مغز تحت تأثیر قرار دهد (۱۹). به طور کلی فرآیندهای خودتنظیمی ضعیف، مانند تکانشگری، یکی از مؤلفه‌های اصلی آسیب‌پذیری افراد قربانی در برابر انواع رفتارهای بهداشتی پرخطر، مانند مصرف مواد، فعالیت جنسی نایمن و رفتارهای غذایی ناسالم است (۱۵). مطالعات نشان داده است که ویژگی‌های شخصیتی تکانشی که در میان قربانیان ترومای کودکی یافت می‌شود، به طور قابل توجهی خطر مصرف مواد را در بزرگسالان جوان افزایش می‌دهد (۲۰). بنابراین با توجه به نقش مهمی که تکانشگری در سلامت و رفاه مادام‌العمر ایفا می‌کند، درک بیشتر چگونگی ارتباط ترومای کودکی با تکانشگری و کاوش رویکردی درمانی جهت مداخله در آن ضروری است. ترومای کودکی، پیامدهای روان‌شناختی متعددی را در دوران بزرگسالی به همراه دارد. لذا کاوش مداخلاتی که منجر به بهبود مکانیسم‌هایی (مانند اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری) شود، احتمالاً می‌تواند نقش مهمی در درمان تروما ایفا کند. یکی از این مداخلات که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است، درمان مبتنی بر ذهنی سازی (Mentalization-Based Therapy) است. درمان مبتنی بر ذهنی سازی (MBT) ریشه در نظریه‌های دلبستگی و روان‌تحلیلی دارد. ذهنی سازی به معنای توانایی درک رفتار خود و دیگران و یادگیری از لحاظ حالت‌های ذهنی زیرین آن

این مولفه ها و ترومای کودکی پرداخته باشد، وجود ندارد؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی انجام شد و به علاوه ضروری است به این سوال پژوهشی پاسخ داده شود که آیا درمان مبتنی بر ذهنی سازی می تواند در افزایش بهینه اعتماد معرفتی، کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی موثر باشد یا خیر؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون بود. جامعه آماری این مطالعه شامل همه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر تهران بودند. از بین جامعه آماری، ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. نمونه مورد مطالعه، به وسیله پرسشنامه ترومای دوران کودکی، جهت ارزیابی علائم متوسط به بالا (نمره ۵۶ و بالاتر) توسط مصاحبه گر مورد سنجش قرار گرفتند. ملاک های ورود در این مطالعه عبارتند از: رضایت آگاهانه، تجربه ترومای کودکی و وجود علائم متوسط به بالا براساس پرسشنامه ترومای دوران کودکی، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از دو جلسه در فرایند جلسه، سوء مصرف مواد، وجود مشکلات شناختی و عصب شناختی شدید. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل موارد زیر است.

۱- پرسشنامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی؛ آزار جنسی؛ آزار فیزیکی؛ غفلت عاطفی و غفلت جسمی را اندازه گیری می کند. نمره گذاری پرسشنامه براساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره

۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۳۰). ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط ابراهیمی و همکاران (۳۱) مورد بررسی قرار گرفت. پایایی این ابزار در نمونه ایرانی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های پنج گانه در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ گزارش شد؛ همچنین روایی هم گرایی این پرسشنامه با پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۵۰ گزارش شد (۳۱).

۲- پرسشنامه اعتماد، بی اعتمادی و زودباوری معرفتی (ETMCQ): برای اندازه گیری اعتماد معرفتی و زودباوری از مقیاس خودگزارشی اعتماد معرفتی کمپبل (Campbell) و همکاران (۳۲) استفاده شد. ETMCQ یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۵ ماده ای است که ظرفیت فرد را برای در نظر گرفتن اطلاعات منتقل شده توسط دیگران به عنوان مهم، مرتبط با خود و قابل تعمیم به سایر زمینه ها ارزیابی می کند. پاسخ دهندگان باید هر مورد را در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای ارزیابی کنند که از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) است که منجر به امتیاز از ۱۵ تا ۱۰۵ می شود. این ابزار یک ساختار سه عاملی متشکل از ابعاد متمایز را نشان داد: (۱) اعتماد، اشاره به یک منبع انطباقی در شرایط اجتماعی نسبتاً مناسب، که در آن فرد به طور مطلوبی برای فرصت های یادگیری اجتماعی آماده است. (۲) بی اعتمادی، منعکس کننده تمایل به برخورد با هر منبع اطلاعاتی به عنوان غیرقابل اعتماد یا سوءنیت و رد کردن یا اجتناب از هر گونه تاثیر ارتباط از سوی دیگران (مثلاً، اگر بیش از حد به آنچه مردم به شما می گویند ایمان داشته باشید، به احتمال زیاد آسیب می بینید) و (۳) زودباوری، اشاره به عدم تبعیض فراگیر و شفافیت در مورد موقعیت فرد که آسیب پذیری در برابر اطلاعات نادرست و خطر احتمالی استثمار را ترویج می کند (به عنوان مثال، وقتی با افراد مختلف صحبت می کنم، خود را به راحتی متقاعد می کنم حتی اگر با اعتقادات قبلی ام تناقض داشته باشد). ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط امینی و همکاران (۳۳) مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاکی از برازش مطلوب مدل سه عاملی پرسشنامه در نمونه ایرانی

Scale): این پرسشنامه توسط بارت و همکاران ساخته شده است و همبستگی خوبی با پرسشنامه آیزنگ دارد (۳۷). مقیاس تکانشگری بارت شامل ۳۰ گویه مدرج چهار نمره ای لیکرت بود که از هرگز = ۱ تا همیشه ۴ نمره گذاری می گردد. در این مقیاس حداقل امتیاز ۳۰ و حداکثر ۱۲۰ خواهد بود. نمرات بالاتر به منزله تکانشگری بیشتر است. محتوای این پرسشنامه در قالب سه عامل تکانشگری نسخه اصلی این ابزار، سه عامل عدم برنامه ریزی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری شناختی خلاصه می شود. تکانشگری شناختی معرف تحمل پیچیدگی ها و مقاومت ها در شرایط تصمیم سازی بلافاصله است. تکانشگری حرکتی نشان دهنده عمل بدون فکر و تامل می باشد و تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه ریزی، مبین بی توجهی به آینده نگری در رفتار و اعمال است. همچنین تمامی گویه ها دارای نمره گذاری مثبت می باشند. میزان روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش نموده اند (۳۸). در ایران نیز اختیاری و همکاران (۳۹) به هنجاریابی نسخه فارسی این پرسشنامه پرداخته اند و روایی و پایایی پرسشنامه مذکور را به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۳ گزارش نموده اند که نشان از روایی و پایایی مطلوب این پرسشنامه است. شیوه اجرا به این صورت بود که پس از هماهنگی های لازم و بعد از جلب رضایت نمونه های پژوهش و جایگزین کردن آن ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه های پژوهش اجرا گردیدند. سپس پروتکل درمانی مبتنی بر ذهنی سازی بتمن و فوناگی به شیوه گروهی (۴۰) بر روی گروه آزمایش به مدت سه ماه، به تعداد ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله به صورت حضوری صورت گرفت. ولی گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون به عمل آمد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی زیررعايت گردید: رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، اصل رازداری در طول پژوهش، رضایت آگاهانه از ورود به پژوهش، در اولویت قرار دادن سلامت روان شناختی شرکت کنندگان و اینکه اگر تمایل به شرکت در مداخله و فرایند پاسخگویی به پرسشنامه ها نداشتند، به خواست آن ها احترام گذاشته می شد. داده های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. جدول ۱ محتوای جلسات درمانی صورت گرفته مطابق پروتکل درمانی مبتنی بر ذهنی سازی بتمن و فوناگی را نشان می دهد.

بود. مقادیر ضرایب همسانی درونی برای خرده مقیاس های اعتماد معرفتی، بی اعتمادی معرفتی و زودباوری معرفتی به ترتیب برابر با ۰/۶۶، ۰/۵۶ و ۰/۷۹ محاسبه شد. همچنین، روایی ملاکی، هم گرا و واگرای ابزار نیز مورد تأیید قرار گرفت. در ایران پیرزاده اسماعیلی نسب و نوروزی نیز، این پرسشنامه را رواسازی و هنجاریابی نموده اند (۶). برای به دست آوردن روایی این پرسشنامه از افرادی استفاده شد که از اینترنت و شبکه های اجتماعی استفاده می کردند و ۴۵۰ نفر از این افراد با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و برای به دست آوردن پایایی ۴۰۰ نفر از دانشجویان که از اینترنت و فضای مجازی استفاده می کردند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند، پایایی درونی عامل های پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی و آلفای کرونباخ به شرح زیر است: اعتماد معرفتی ۰/۹۳، بی اعتمادی ۰/۸۸، زودباوری ۰/۸۹. از آنجایی که مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی همگی بالاتر از ۰/۷۰ هستند؛ لذا می توان بیان داشت که این پرسشنامه دارای پایایی و همسانی درونی مناسبی است.

۳-مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS): این مقیاس ۳۶ سوالی توسط گراتز و رومر (Gratz, & Roemer) ساخته شده است و ۶ مولفه عدم پذیرش پاسخ های هیجانی؛ دشواری در بکارگیری رفتارهای هدفمند؛ دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی؛ دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی؛ فقدان شفافیت هیجانی را اندازه گیری می کند. نمره گذاری مقیاس در طیف ۵ درجه ای از تقریباً اصلاً تا تقریباً همیشه نمره گذاری می شود. به این صورت که اصلاً ۱ نمره، گاه گاهی ۲ نمره، تقریباً در نیمی از موارد ۳ نمره، بیشتر اوقات ۴ نمره و تقریباً همیشه ۵ نمره تعلق می گیرد. سوالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره گذاری معکوس هستند. سازندگان مقیاس برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده و ضرایب در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ به دست آمده است (۳۴). در داخل ایران اعتبار مقیاس به روش آزمون-بازآزمایی ضرایب همبستگی در دامنه ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است (۳۵). در یک پژوهش دیگر برای بررسی اعتماد مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس ها در دامنه بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ به دست آمده است (۳۶).

۴-پرسشنامه تکانشگری بارت (Barratt Impulsiveness)

جدول ۱: جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مبنای پروتکل بتمن و فوناگی (۴۰)

جلسات درمان	محتوای درمان
اول (ذهنی‌سازی و موضع ذهنی‌سازی یعنی چه؟)	بیان اهداف جلسات گروهی، تأکید بر حضور فعالانه اعضا در گروه، معرفی اعضای گروه و اینکه چرا به درمان ارجاع شده‌اند؟ توضیح جنبه‌های خاص، ابعاد و مزایای ذهنی‌سازی و تمایز آن با سوءتعبیرها از سوی درمانگر، ارائه تکلیف خانگی
دوم (مشکل داشتن با ذهنی‌سازی یعنی چه؟)	بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری/ حساسیت بین فردی) شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان ارائه تکالیف خانگی
سوم (چرا ما هیجاناتی داریم و هیجانات اصلی کدامند؟)	بیان اهداف جلسه (هیجانات اصلی و اجتماعی/ هیجانات اولیه و ثانویه) توصیف انواع هیجانات و تفاوت‌های فردی در کنترل هیجانات، ارائه تکالیف خانگی
چهارم (ذهنی‌سازی هیجانات)	بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات) تفسیر علامت‌های هیجانی درونی خود و دیگران/ خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند/ احساسات غیرذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه آن‌ها را مدیریت کنیم/ ارائه روش آرمیدگی/ ارائه تکالیف خانگی.
پنجم (اهمیت روابط دلبستگی)	بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی)/ بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی/ ارائه تکالیف خانگی
ششم (دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی‌سازی)/ تعارض‌های دلبستگی/ ارائه تکالیف خانگی
هفتم (ترومای کودکی چیست؟)	بیان اهداف جلسه (ترومای کودکی چیست؟)/ ارائه رویکرد آموزشی/ ارائه جزوه در مورد علائم و مکانیسم‌های مرتبط با ترومای کودکی/ ارائه تکالیف خانگی
هشتم (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)/ بیان مشخصات و اهداف اختصاصی MBT/ آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه/ ارائه تکالیف خانگی
نهم (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (جنبه دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)/ اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران/ ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و اعضای دیگر گروه/ ارائه تکالیف خانگی
دهم (اضطراب، دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه/ ارائه آموزش در مورد اضطراب و ترس/ بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مولفه کلیدی در درمان است/ ارائه تکالیف خانگی
یازدهم (افسردگی، دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه/ ارائه رویکرد آموزشی در مورد افسردگی/ ارائه آموزش در مورد درمان افسردگی/ بحث در مورد تفکر افسرده‌ساز/ ارائه تکالیف خانگی
دوازدهم	خلاصه و نتیجه‌گیری
سیزدهم (حمایت و تایید همدلانه)	مرور بر بحث قبلی (MBT-I)/ بیان اهداف جلسات گروهی/ پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود/ تایید همدلانه
چهاردهم و پانزدهم (شفاف‌سازی)	شفاف‌سازی مباحث مطرح شده اعضای گروه از سوی درمانگر/ ترکیب مشکلات/ کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش کشیدن
شانزدهم (شناسای عاطفی و تمرکز عاطفی)	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباح مطرح شده از سوی اعضای گروه
هفدهم	آموزش در جهت ذهنی‌سازی مطالب برای تسهیل اعتماد معرفتی
هجدهم و نوزدهم (ذهنی‌سازی ارتباط)	ذهنی‌سازی ارتباط با توجه به ردیاب‌های انتقال
بیستم	آماده‌سازی برای پایان دادن به درمان/ تمرکز بر احساسات فقدان در زمینه پایان درمان/ پایان دادن به درمان.

جدول ۲: ویژگی های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		آماره	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	chi-square	معناداری
جنسیت	زن	۹	۸	۵۳/۳۳	۰/۱۳۶	۰/۷۱۳
	مرد	۶	۷	۴۶/۶۷		
	کل	۱۵	۱۵	۱۰۰		
وضعیت تاهل	مجرد	۴	۶	۲۶/۶۷	۰/۶۰۰	۰/۴۳۹
	متاهل	۱۱	۹	۷۳/۳۳		
	کل	۱۵	۱۵	۱۰۰		
	راهنمایی	۳	۲	۱۳/۳۳		
	دیپلم	۴	۶	۲۶/۶۷		
تحصیلات	فوق دیپلم	۴	۵	۳۳/۳۳	۱/۳۷۸	۰/۷۱۱
	لیسانس و بالاتر	۴	۲	۱۳/۳۳		
	کل	۱۵	۱۵	۱۰۰		

میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل: ۳۴/۸۰ و ۴/۸۲۸

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش: ۳۷/۴۰ و ۳/۲۰۳

بودند. در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) راهنمایی، ۶ نفر (۴۰ درصد) دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) فوق دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) لیسانس و بالاتر بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\chi^2 = 1/378$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P = 0/711$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۳۷/۴۰ و ۳/۲۰۳ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل ۳۴/۸۰ و ۴/۸۲۸ بود که براساس میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t = 1/738$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P = 0/093$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر سن می باشد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی به تفکیک گروه و مرحله سنجش آمده است.

بر اساس جدول ۲ در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) زن و ۶ نفر (۴۰ درصد) مرد و همچنین در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) زن و ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) مرد بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر جنسیت برابر با $\chi^2 = 0/136$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P = 0/713$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر جنسیت است. افزون بر این در گروه آزمایش ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۷۳/۳۳ درصد) متاهل و همچنین در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰ درصد) مجرد و ۹ نفر (۶۰ درصد) متاهل بودند که میزان آماره Chi-Square بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر جنسیت برابر با $\chi^2 = 0/600$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نیست ($P = 0/439$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه از نظر جنسیت می باشد. در نهایت در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ درصد) راهنمایی، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) فوق دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) لیسانس و بالاتر

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش				گروه کنترل
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پس آزمون
اعتماد	میانگین	۱۵/۸۰	۱۷/۲۷	۱۵/۸۰	۱۵/۹۳
	انحراف معیار	۱/۱۴۶	۱/۲۲۳	۱/۰۱۴	۱/۰۳۳
بی اعتمادی	میانگین	۲۶/۰۷	۲۲/۲۰	۲۴/۸۷	۲۴/۴۷
	انحراف معیار	۰/۹۶۱	۱/۵۲۱	۱/۳۵۶	۱/۸۴۶
زودباوری	میانگین	۲۰/۶۷	۱۸/۹۳	۲۱/۰۰	۲۰/۹۳
	انحراف معیار	۰/۶۱۷	۱/۰۳۳	۰/۹۲۶	۰/۸۸۴
عدم پذیرش	میانگین	۲۲/۰۰	۱۸/۰۰	۲۱/۶۷	۲۱/۶۷
	انحراف معیار	۱/۱۳۴	۱/۰۶۹	۱/۰۴۷	۱/۳۹۷
اهداف	میانگین	۲۲/۶۷	۱۸/۸۰	۲۳/۲۷	۲۳/۰۰
	انحراف معیار	۱/۲۹۱	۱/۳۷۳	۱/۱۰۰	۱/۷۳۲
تکانهها	میانگین	۲۱/۴۰	۱۷/۲۷	۲۱/۲۰	۲۰/۸۷
	انحراف معیار	۱/۰۵۶	۲/۳۷۴	۰/۹۴۱	۱/۶۴۲
آگاهی	میانگین	۲۳/۱۳	۱۸/۸۷	۲۳/۵۳	۲۳/۴۷
	انحراف معیار	۱/۰۵۶	۱/۵۵۲	۰/۹۹۰	۰/۹۹۰
راهِبردها	میانگین	۲۱/۲۷	۱۸/۲۰	۲۱/۷۳	۲۱/۴۷
	انحراف معیار	۱/۱۰۰	۱/۲۰۷	۱/۱۶۳	۱/۱۸۷
شفافیت	میانگین	۲۳/۴۷	۱۹/۰۷	۲۳/۰۷	۲۲/۷۳
	انحراف معیار	۰/۹۱۵	۱/۴۴۸	۱/۳۳۵	۱/۹۴۴
نمره کل بدتنظیمی هیجانی	میانگین	۱۳۳/۹۳	۱۱۰/۲۰	۱۳۴/۴۷	۱۳۳/۲۰
	انحراف معیار	۲/۵۲۰	۳/۶۲۹	۳/۳۷۸	۶/۳۹۴
عدم برنامه ریزی	میانگین	۲۰/۴۰	۱۷/۲۰	۱۹/۶۰	۱۹/۲۷
	انحراف معیار	۰/۷۳۷	۱/۳۷۳	۱/۳۵۲	۱/۴۸۶
تکانشگری حرکتی	میانگین	۳۱/۰۰	۲۷/۸۰	۳۰/۸۰	۳۰/۵۳
	انحراف معیار	۰/۹۲۶	۱/۰۱۴	۰/۹۴۱	۱/۳۵۶
تکانشگری شناختی	میانگین	۱۰/۶۰	۷/۹۳	۱۰/۵۳	۱۰/۳۳
	انحراف معیار	۰/۹۸۶	۰/۵۹۴	۰/۹۹۰	۱/۲۳۴
نمره کل تکانشگری	میانگین	۶۲/۰۰	۵۲/۹۳	۶۰/۹۳	۶۰/۱۳
	انحراف معیار	۱/۶۹۱	۱/۷۵۱	۱/۷۱۰	۲/۶۹۶

داده ها نرمال بودند. پیش فرض همگنی واریانس ها با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P > ۰/۰۵$) مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد ($F = ۱۸۳/۳۷۹$ ، $P = ۰/۰۸۳$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی به تفکیک گروه و مرحله سنجش در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون shapiro-wilk استفاده شد که براساس نتایج

آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و ۵ آمده است. و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۴

جدول ۴: نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلاپی	۰/۶۴۱	۷/۸۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۰	۷/۸۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۱۸/۸۱۳	۷/۸۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۱۸/۸۱۳	۷/۸۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	۰/۹۹۹

درصد تفاوت دو گروه مربوط به درمان مبتنی بر ذهنی سازی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر ذهنی سازی) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۵- ارائه شده است.

نتایج جدول ۴- بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P=0/001$ و $F=7/839$) معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی با کنترل (حذف یا کوواریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۶۴/۱

جدول ۵: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
اعتماد	۶/۱۸۲	۱	۸/۱۷۰	۰/۰۱۱	۰/۳۳۸	۰/۷۶۵
بی اعتمادی	۳۸/۱۵۸	۱	۱۹/۲۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴۶	۰/۹۸۴
زودباوری	۹/۶۱۳	۱	۱۴/۴۴۶	۰/۰۰۲	۰/۴۷۴	۰/۹۴۶
بدتنظیمی هیجانی-عدم پذیرش	۴۰/۲۰۵	۱	۲۸/۷۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲	۰/۹۹۹
بدتنظیمی هیجانی-اهداف	۵۹/۰۷۳	۱	۱۶/۸۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳	۰/۹۷۰
بدتنظیمی هیجانی-تکانه ها	۵۶/۰۵۵	۱	۹/۸۸۸	۰/۰۰۶	۰/۳۸۲	۰/۸۳۹
بدتنظیمی هیجانی-آگاهی	۷۵/۳۲۵	۱	۴۶/۳۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳	۰/۹۹۹
بدتنظیمی هیجانی-راهبردها	۴۱/۳۸۵	۱	۴۱/۳۵۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱	۰/۹۹۹
بدتنظیمی هیجانی-شفافیت	۵۱/۳۷۵	۱	۱۴/۲۲۳	۰/۰۰۲	۰/۴۷۱	۰/۹۴۳
عدم برنامه ریزی	۱۷/۳۸۱	۱	۱۴/۶۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸	۰/۹۴۹
تکانشگری حرکتی	۳۲/۹۳۵	۱	۳۰/۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳	۰/۹۹۹
تکانشگری شناختی	۱۵/۹۱۷	۱	۲۶/۴۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳	۰/۹۹۸

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی بود. نتایج این پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی سازی به بالا رفتن بهینه اعتماد معرفتی در گروه آزمایش در مرحله پس-آزمون منجر شده است. نتایج این پژوهش با یافته های اسمیت (Smits) و همکاران (۴)، طاهری خوراسگان

چنانچه در جدول ۵- مشاهده می شود استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر افزایش اعتماد، کاهش بی اعتمادی و زودباوری، کاهش بدتنظیمی هیجانی و کاهش تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

(۶) و کمپلینگ (Kamplang) و همکاران (۷) هم سو است. در تبیین این یافته ها، ابتدا براساس نظریه فوناگی و همکاران (۴۱) ارتباط ذهنی سازی و اعتماد معرفتی را شرح می دهیم و سپس به موقعیت درمانی MBT در تبیین چگونگی تسهیل اعتماد معرفتی می پردازیم. شواهد پژوهشی نشان می دهد که آسیب شناسی روانی، دلبستگی ناایمن و ذهنی سازی مخدوش با مولفه اعتماد معرفتی در هم تنیده هستند. درواقع فعل و انفعال بین ذهنی سازی و اعتماد معرفتی به طور نظری به ویژه در رابطه درمانی مورد بررسی قرار گرفته است (۴۲). از آنجایی که اعتماد معرفتی ریشه در تجربیات اولیه رشد دارد، اختلال در این تجربیات (یعنی تجربیات آسیبزا) ممکن است مانع توسعه اعتماد معرفتی شود. درواقع تروما توانایی تکاملی برای یادگیری اجتماعی و اعتماد معرفتی، دلبستگی و ذهنی سازی را مختل کرده و پذیرش فرد نسبت به تأثیرات اجتماعی مثبت را محدود می نماید. ترومای کودکی با مختل نمودن اعتماد معرفتی، ذهنی سازی را نیز مختل کرده و این منجر به بیش ذهنی سازی ناکارآمد (یعنی اطمینان بیش از حد به حالات ذهنی) یا کم ذهنی سازی (یعنی عدم اطمینان در مورد حالات ذهنی) می شود (۲۳). به عبارتی اعتماد معرفتی انعطاف ناپذیر (زودباوری معرفتی و بی اعتمادی معرفتی) به عنوان پاسخ های دفاعی به تروما، ممکن است به عدم اطمینان یا قطعیت در مورد حالات روانی کمک کند و ذهنی سازی را مسدود نماید (۴۳). اما در MBT موقعیت درمانی توضیح اجتماعی واضحی از اعتماد را فراهم می کند. درمانگر را به عنوان یک منبع قابل اعتماد دانش معرفی می کند که ظرفیت باطل کردن باورهای پیشین سخت گیرانه درباره خود و دیگران را دارد. در نتیجه، درک بهتر موقعیت اجتماعی از طریق ذهنی سازی بهبود یافته موجب درک بهتر افراد مهم در زندگی فرد می شود و این به نوبه خود سبب می شود که پتانسیلی را برای فرد به وجود آورد تا به پاسخ های حساس توجه کند و احساس درک شدن به او دست دهد و به علاوه ذهنی سازی نیز چون در بطن شناخت اجتماعی است، این امر تسهیل اعتماد معرفتی را به همراه دارد (۲۶). بنابراین می توان گفت که مداخلات مبتنی بر ذهنی سازی با آموزش، ظهور مجدد ذهنی سازی و یادگیری اجتماعی همراه است و با تمرکز بر افزایش ظرفیت درک حالت های ذهنی زیرین (مانند افکار، احساسات و اعتقادات، آرزوها و برنامه ها) خود و دیگران، می تواند فرآیند یادگیری اجتماعی و

اعتماد معرفتی بهینه را تسهیل نماید. در واقع سطح بهینه اعتماد معرفتی از افراد در برابر فریب محافظت می کند و در عین حال اعتماد به صحت اطلاعات در ارتباطات بین فردی را حفظ می کند. برعکس، اعتماد معرفتی ناکافی می تواند منجر به هوشیاری معرفتی و زودباوری شود و در نتیجه حالت ها و رفتارهای ذهنی انعطاف ناپذیر یا افزایش تمایل به فریب خوردن را در پی داشته باشد (۴۳). زودباوری معرفتی نیز به نوعی افراد را در معرض استثمار و سوء استفاده قرار می دهد. بنابراین می توان گفت که MBT اعتماد معرفتی را به عنوان یک مکانیسم درمانی، نقطه هدف قرار می دهد و با تامل کافی در مورد حالات ذهنی خود و دیگران، از شکل گیری حالات بیش ذهنی سازی یا کم ذهنی سازی و زودباوری معرفتی به عنوان پاسخ های دفاعی جلوگیری می نماید.

یافته های دیگر پژوهش این بود که درمان مبتنی بر ذهنی سازی به کاهش بدتنظیمی هیجانی در شرکت کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون منجر شده است. این یافته ها با پژوهش های بشرپور و عینی (۲۶)، گریفیث (Griffiths) و همکاران (۴۴) و مارشال و یانچاک (Marszał & Jańczak) (۴۵) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که فوناگی و همکاران (۴۶) استدلال نمودند که ریشه رشدی بی نظمی هیجانی، عدم ظرفیت ذهنی سازی است؛ ذهنی سازی ظرفیت تخیلی در انسان است یعنی تصور کردن رفتار خود و دیگران براساس حالت های ذهنی زیربنایی. توانمند ساختن فرد برای تأمل در حالات روانی خود و دیگران، یعنی ظرفیت ذهنی سازی، می تواند تعادل روانی فرد را حفظ کند، در نتیجه او را از افتادن در مجموعه ای از پاسخ های هیجانی نامطلوب محافظت کند. ناتوانی در ذهنی سازی نیز می تواند باعث ایجاد یک چرخه معیوب شود و نارسایی عاطفی، بی نظمی هیجانی و انگیزتگی را در یک دوره تشدید کند (۴۴). به عبارت دیگر، انگیزتگی هیجانی باعث عدم تعادل معنی دار در ذهنی سازی می شود. از لحاظ ابعاد ذهنی سازی، بی نظمی هیجانی موقتا در قطب عاطفی بودن، همراه با تفکری که با ذهنی سازی خودکار و غیرانعکاسی مشخص می شود را در بر می گیرد. یکی از حالات غیرذهنی سازی هم که ارتباط نزدیکی با بی نظمی هیجانی دارد، هم ارزی روانی است که در این حالت هیجانات بیش از حد واقعی احساس می شوند. این باعث می شود که تجربه رویدادهای درونی مثل

خواهد شد (۴۷). در واقع می توان گفت که کم ذهنی سازی (Hypomentalizing) با تکانشگری رابطه دارد و این رابطه با این نظریه مطابقت دارد که برانگیختگی بیش از حد در افراد مبتلا به ترومای کودکی، کنترل بازدارنده (به عنوان مثال توجه/ شناخت) را کاهش می دهد. این به نوبه خود با القای فرآیندهای خودکار زودرس ذهنی سازی (به عنوان مثال، «حالت های غیرذهنی سازی») و اختلال در تنظیم احساسات و تکانشگری همراه است (۴۷). به طور کلی افراد تکانشی به واسطه ذهنی سازی ضعیف، در کنترل کردن فرضیات خودکارشان در مورد دیگران با استفاده از تفکر بازتابی مشکل دارند، MBT با آموزش و ظهور مجدد ذهنی سازی همراه است. در این روش درمانگر با توجه به سطح انگیزتگی بیمار، براساس روش توقف، بازبینی و کاوش باعث بازسازی ذهنی سازی شده و زمینه ای برای ایجاد ظرفیت ذهنی سازی قوی تر و انعطاف پذیر فراهم می آورد (۴۰). این انعطاف پذیری در ابعاد ذهنی سازی نشان دهنده موثر بودن آن در کاهش تکانشگری در افراد تروما زده است.

نتیجه گیری

به طور کلی می توان گفت که MBT می تواند به عنوان یک مداخله مناسب برای بالا بردن بهینه اعتماد معرفتی، کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی در نظر گرفته شود و به علاوه می تواند به عنوان یک مداخله موثر در کلینیک ها و مراکز خدمات روان شناختی برای درمان افراد مبتلا به تجربه ترومای کودکی مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می شود که روان شناسان و روان درمانگران در مراکز و بیمارستان ها از مولفه های درمانی این رویکرد جهت کاهش مشکلات افراد مبتلا به ترومای کودکی استفاده کنند. یافته های این مطالعه باید در چارچوب برخی محدودیت های مهم تفسیر شود. ابتدا، ترومای کودکی با استفاده از یک معیار خودگزارشی مختصر ارزیابی شد. اگرچه اعتبار پرسشنامه ترومای کودکی به خوبی ثابت شده است، یادآوری و سوگیری گزارش ممکن است بر یافته های این مطالعه تأثیر بگذارد. دوم، تکرار این یافته ها در نمونه های بزرگتر و به شیوه نمونه گیری تصادفی مورد نیاز است، زیرا حجم نمونه نسبتاً کوچک و به شیوه نمونه گیری در دسترس ممکن است قدرت آماری و تعمیم پذیری محدودی داشته باشد. سوم، با توجه به محدودیت زمانی امکان دوره پیگیری وجود نداشت. از این رو

افکار و احساسات عینی تر به نظر برسند. این همان چیزی است که تأثیر انگیزتگی هیجانی در افراد تروماتیز را بیش از حد می کند (۲۶). به طور کلی سطح بالاتر بی نظمی هیجانی با سطح پایین تر ذهنی سازی همراه است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که در آشفته ترین افراد، مشکلات ذهنی سازی تا حدی به شکل بی نظمی در تنظیم هیجان ظاهر می شود (۴۴). درمان مبتنی بر ذهنی سازی به این افراد آشفته و مبتلا به ترومای کودکی کمک می کند که تاملی تر و صریح نه به صورت خودکار و ضمنی عمل کنند. در این جلسات با ثبت هیجانات در رابطه با خود و دیگران، تفسیر علامت های هیجانی درونی در خود و دیگران، خودتنظیمی احساسات و همچنین ارائه روش های آرمیدگی می تواند به تنظیم هیجان در افراد ترومازده منجر شود. به علاوه تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین فردی در طول یک جلسه و در طول زمان زمینه ای فراهم می کند که در آن به کاوش حالت های پیچیده تر ذهنی در زمینه ای از دلبستگی که به طور معمول باعث از دست رفتن ذهنی سازی می شد، پرداخته شود که این خود می تواند باعث کاهش بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به ترومای کودکی شود (۲۶).

بخش دیگر یافته های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی به کاهش تکانشگری در شرکت کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون منجر شده است. این یافته ها با پژوهش های اوشری (Oshri) و همکاران (۲۰)، بشرپور و عینی (۲۶) و بتمن و فوناگی (Bateman & Fonagy) (۴۷) هم سو است. در تبیین این یافته ها می توان گفت که وظیفه اولیه در MBT تثبیت ابرازگری هیجانی است، زیرا بدون کنترل بهتر عاطفه، نمی توان به بازنمایی های درونی توجه جدی داشت. عاطفه کنترل نشده منجر به تکانشگری می شود و تنها زمانی که این عاطفه تحت کنترل باشد، می توان بر بازنمایی های درونی تمرکز کرد و احساس خویشتن در بیمار را تقویت نمود (۴۷). تکانشگری می تواند پیامد عدم ظرفیت ذهنی سازی باشد. عدم ظرفیت ذهنی سازی بدین معنی است که افراد تامل کافی در مورد تأثیر اعمال شان بر روی دیگران یا خود نداشته باشند، این امر باعث می شود که افراد به سمت چیزی بلغزند که می توان آن را تحت عنوان حالت بی ذهن (mindless state) توصیف نمود. به عبارت دیگر در چنین شرایطی، ظرفیت ذهنی سازی ظاهراً از بین می رود و رفتار تکانشی حاصل

سپاسگزاری

از کلیه افراد شرکت کننده در این پژوهش، تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تضاد منافع ندارد.

یافته های فعلی باید مقدماتی در نظر گرفته شوند. با توجه به این محدودیت ها، پژوهش های بیشتری برای تایید بیشتر کارایی و کاربردپذیری این روش مداخله در افراد مبتلا به تجربه ترومای کودکی در قالب کارآزمایی های تصادفی کنترل شده و پیگیری تاثیرات درمانی ضروری است.

References

1. Laghaei M, Mehrabizadeh Honarmand M, Jobson L, Abdollahpour Ranjbar H, Habibi Asgarabad M. Pathways from childhood trauma to suicidal ideation: mediating through difficulties in emotion regulation and depressive symptoms. *BMC psychiatry*. 2023 Apr 28; 23(1):295. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04699-8>
2. Zhang J, Liu Z, Long Y, Tao H, Ouyang X, Wu G, Chen M, Yu M, Zhou L, Sun M, Lv D. Mediating role of impaired wisdom in the relation between childhood trauma and psychotic-like experiences in Chinese college students: a nationwide cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2022 Oct 21; 22(1):655. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04270-x>
3. Corkish B, Yap K. Does mental contamination mediate the association between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms in adults? *Child Abuse & Neglect*. 2024 Jun 1; 152:106789. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106789>
4. Smits ML, Luyten P, Feenstra DJ, Bales DL, Kamphuis JH, Dekker JJ, Verheul R, Busschbach JJ. Trauma and outcomes of mentalization-based therapy for individuals with borderline personality disorder. *American journal of psychotherapy*. 2022 Jan 1; 75(1):12-20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210027>
5. Fonagy P, Luyten P. A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. *Developmental psychopathology*. 2016 Jan 29; 29:1-67. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy317>
6. Taheri Khorasegan F. Prediction of Coping Strategies based on Epistemic Trust and Epistemic Credulity in Adolescents. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*. 2022 Dec 21; 1(3):50-8.
7. Kampling H, Riedl D, Hettich N, Lampe A, Nolte T, Zara S, Ernst M, Brähler E, Sachser C, Fegert JM, Gingelmaier S. To trust or not to trust in the thrall of the COVID-19 pandemic: conspiracy endorsement and the role of adverse childhood experiences, epistemic trust, and personality functioning. *Social Science & Medicine*. 2024 Jan 1; 341:116526. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116526>
8. Pfaltz MC, Halligan SL, Haim-Nachum S, Sopp MR, Åhs F, Bachem R, Bartoli E, Belete H, Belete T, Berzengi A, Dukes D. Social functioning in individuals affected by childhood maltreatment: Establishing a research agenda to inform interventions. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2022 Jul 5; 91(4):238-51. <https://doi.org/10.1159/000523667>
9. Zonca V, Cattane N, Lopizzo N, Lanfredi M, Rossi R, Mondelli V, Cattaneo A. Childhood Trauma, Emotional Dysregulation in Adolescents and Salivary Inflammatory Biomarkers. *Biological Psychiatry*. 2021 May 1; 89(9):S325. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.02.811>
10. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*. 2015 Aug 1; 91:129-36. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>
11. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*. 2014 May 1; 22(3):149-61. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
12. Althoff RR, Verhulst FC, Rettew DC, Hudziak JJ, van der Ende J. Adult outcomes of childhood dysregulation: a 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010 Nov 1; 49(11):1105-16. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.006>
13. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating

- psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation?. *Child abuse & neglect*. 2015 Jan 1; 39:167-74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>
14. Cloitre M, Cohen LR, Koenen KC. Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life. Guilford Press; 2011 Nov 15.
15. Shin SH, McDonald SE, Conley D. Profiles of adverse childhood experiences and impulsivity. *Child abuse & neglect*. 2018 Nov 1; 85:118-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.028>
16. Gao T, Mei S, Li M, O'Donnell K, Caron J, Meng X. Impulsivity mediates the relationship between childhood maltreatment and quality of life: Does social support make it different?. *Personality and individual differences*. 2022 Jan 1; 184:111208. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111208>
17. Chang HM, Chen C, Lu ML, Jou S, Santos VH, Goh KK. The interplay of childhood trauma, oxytocin, and impulsivity in predicting the onset of methamphetamine use. *Child Abuse & Neglect*. 2024 Jan 1; 147:106579. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106579>
18. Gould F, Clarke J, Heim C, Harvey PD, Majer M, Nemeroff CB. The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of psychiatric research*. 2012 Apr 1; 46(4):500-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.005>
19. Sanchez EO, Bangasser DA. The effects of early life stress on impulsivity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022 Jun 1; 137:104638. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104638>
20. Oshri A, Kogan SM, Kwon JA, Wickrama KA, Vanderbroek L, Palmer AA, MacKillop J. Impulsivity as a mechanism linking child abuse and neglect with substance use in adolescence and adulthood. *Development and psychopathology*. 2018 May; 30(2):417-35. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000943>
21. Nakhli M, Ahmadi PD, Asadpour PD. The Impact of Mentalization-Based Therapy on Improving the Mother-Child Relationship and Secure Attachment in Children. *Quarterly Journal of Family and Research*. 2022 Dec 10; 19(3):45-62.
22. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Publications; 2010 Jan 4.
23. Luyten P, Campbell C, Fonagy P. Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of personality*. 2020 Feb; 88(1):88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>
24. Bateman AW, Fonagy P, editors. Handbook of mentalizing in mental health practice. American Psychiatric Pub; 2019 Apr 18. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615379019>
25. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, Faltinsen E, Todorovac A, Sales CP, Callesen HE, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2020; 2020(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
26. Basharpour S, Einy S. The effectiveness of mentalization-based therapy on emotional dysregulation and impulsivity in veterans with post-traumatic stress disorder. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2020 Jun 10; 8(3):10-9. <https://doi.org/10.29252/shefa.8.3.10>
27. Shafaghi M, Saadat S. The mediating role of mentalization in the relationship between traumatic childhood experiences and aggression in girl adolescents. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2023 Dec 10; 12(9):179-88.
28. Bateman A, Constantinou MP, Fonagy P, Holzer S. Eight-year prospective follow-up of mentalization-based treatment versus structured clinical management for people with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2021 Jul; 12(4):291. <https://doi.org/10.1037/per0000422>
29. Oehlman Forbes D, Lee M, Lakeman R. The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*. 2021 Mar; 58(1):50. <https://doi.org/10.1037/psr0000341>
30. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
31. Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and*

- Clinical Psychology. 2014; 19(4), 275-282.
32. Campbell C, Tanzer M, Saunders R, Booker T, Allison E, Li E, O'Dowda C, Luyten P, Fonagy P. Development and validation of a self-report measure of epistemic trust. PloS one. 2021 Apr 16; 16(4):e0250264. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250264>
33. Amini, M., Mazaheri, M. A., Zabihzadeh, A., Shokri, O., Campbell, C. Psychometrics Properties of the Epistemic Trust, Mistrust and Credulity Questionnaire (ETMCQ) in Iranian Society. Applied Psychology, 2024; (): -.
34. Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
35. Imani, S., Alkhaleel, Y., shokri, O. (2019). 'The relationship between dysfunctional attitudes and Social Anxiety Disorder in adolescents (students): the mediating role of Emotion Regulation', Journal of Educational Psychology Studies, 16(33), pp. 1-28. (In Persian)
36. Cheshure A, Zeigler-Hill V, Sauls D, Vrabel JK, Lehtman MJ. Narcissism and emotion dysregulation: Narcissistic admiration and narcissistic rivalry have divergent associations with emotion regulation difficulties. Personality and Individual Differences. 2020 Feb 1; 154:109679. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109679>
37. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the barratt impulsiveness scale. Journal of Clinical Psychology. 1995; 51(6):768-74. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)
38. Kazemi-Zahrani H, Mohagheghian M. Efficacy of mindfulness based on cognitive therapy on impulsivity and self-inhibition in patients with bipolar disorder under medical treatment. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2019 Dec 1. <https://doi.org/10.18502/ssu.v27i7.1930>
39. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2008 Nov 10; 14(3):247-57.
40. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press; 2016. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
41. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. 2017 Dec; 4:1-1. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
42. Fonagy P, Allison E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. Psychotherapy. 2014 Sep; 51(3):372. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
43. Benzi IM, Carone N, Parolin L, Martin-Gagnon G, Ensink K, Fontana A. Different epistemic stances for different traumatic experiences: implications for mentalization. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome. 2023 Oct 10; 26(3). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.708>
44. Griffiths H, Duffy F, Duffy L, Brown S, Hockaday H, Eliasson E, Graham J, Smith J, Thomson A, Schwannauer M. Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomised controlled trial. BMC psychiatry. 2019 Dec; 19:1-3. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2158-8>
45. Marszał M, Jańczak A. Emotion dysregulation, mentalization and romantic attachment in the nonclinical adolescent female sample. Current Psychology. 2018 Dec; 37(4):894-904. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9573-0>
46. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press; 2002.
47. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. World psychiatry. 2010 Feb; 9(1):11. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>