The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder

Sajjad Basharpoor*, Sanaz Einy

Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Article Info:

Received: **13 Jun 2019** ***Revised:*** **29 Sep 2019** ***Accepted*****: 5 Feb 2020**

ABSTRACT

Introduction: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the prominent psychological consequences of war that is seen in some veterans. Mentalization-based therapy (MBT) is a psychoactive intervention that can target a range of psychological impairments. The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of MBT on the reduction of emotional dysregulation and impulsivity of veterans with PTSD. ***Materials and Methods:*** In this semi-experimental study with pretest-posttest design, 40 veterans with PTSD who referred to Isar Ardabil psychiatric hospital in 2018 were selected through convenient sampling and randomly assigned to two groups of experimental and control subjects. The data were collected using a PTSD checklist-military (PCL-M) of Weathers, difficulties in emotion regulation Scale (DERS) of Gratz and Roemer and Barratt impulsivity Scale (BIS). Then, the sessions of MBT were performed for 20 sessions of 75 minutes for the experimental group. ***Results:*** After control of pretesting effects, a significant difference between the mean posttest scores of the two groups in emotional dysregulation and impulsivity variables has been observed. ***Conclusion:*** MBT is a suitable strategy for improving the emotional dysregulation and reducing impulsivity of veterans with PTSD and can be used as an effective intervention method.

Key words:

1. Impulsive Behavior
2. Stress Disorders, Post-Traumatic
3. Veterans

***Corresponding Author:** Sajjad Basharpoor

E-mail: *basharpoor_sajjad@uma.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر میزان بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

سجاد بشرپور*، ساناز عینی

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۲۳ خرداد ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۷ مهر ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۱۶ بهمن ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه یکی از پیامدهای برجستهٔ روانی جنگ است که در برخی از جانبازان دیده می‌شود. درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی، یک مداخلهٔ روانکاوانه است که می‌تواند مجموعه‌ای از تخریب‌های این اختلال را مورد هدف قرار دهد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. ***مواد و روش‌ها:*** در این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -پس‌آزمون با، ۴۰ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که در سال ۱۳۹۷ به بیمارستان روانپزشکی ایثار اردبیل مراجعه کرده بودند، به‌عنوان نمونهٔ در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از چک‌لیست اختلال استرس‌پس‌ازسانحه -نسخهٔ نظامی ودرز، مقیاس مشکل در تنظیم هیجان کراتز و رومر و پرسشنامهٔ تکانشگری بارت گردآوری شدند. سپس جلسات درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به مدت ۲۰ جلسهٔ ۷۵ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. ***یافته‌ها:*** بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه در هر یک از متغیرهای بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. ***نتیجه‌گیری:*** درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی راهبردی مناسب برای بهبود بدتنظیمی هیجانی و کاهش تکانشگری جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوهٔ مداخلهٔ مؤثر استفاده کرد.

کلید واژه‌ها:

۱. رفتار تکانشگری
۲. اختلال استرس پس از سانحه
۳. جانبازان

* **نویسنده مسئول:** سجاد بشرپور

آدرس الکترونیکی: *basharpoor_sajjad@uma.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

مقدمه

یکی از پیامدهای روانی برای بازماندگان جنگ، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)[1] است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ۵۱ درصد جانبازان دچار PTSD هستند که شدت علایم آن از خفیف تا بسیار شدید متغیر است (۱). PTSD از جمله اختلالات بسیار شایع، مزمن و ناتوان‌کنندهٔ روانپزشکی است که بر اساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)[2] جزء مجموعهٔ تشخیصی اختلالات وابسته به استرس است که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد آسیب‌زا ایجاد شود و با چهار خوشه از نشانه‌ها شامل: ۱) مزاحمت‌ها، ۲) اجتناب و بی‌احساسی، ۳) تغییرات منفی در شناخت و خلق و ۴) تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش‌پذیری مشخص می‌شود (۲).

طی دهه‌های اخیر بیش از پیش بر نقش تنظیم هیجان در آسیب‌شناسی روانی تأکید می‌شود (۴، ۳) و بدتنظیمی هیجانی[3] که از طریق ایجاد اختلال در فرایند پردازش هیجانی، منجر به بروز و تداوم آسیب‌های روانی می‌شود، در رابطه با PTSD نیز صدق می‌کند (۵). بدتنظیمی هیجانی غالباً با تلاش‌های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می‌شود (۵). تشدید و خنثی‌سازی[4] هیجان به‌عنوان دو شکل از بدتنظیمی هیجانی مطرح شده‌اند. در حالت تشدید هیجان، هیجانات به صورت ناخواسته، مزاحم، درمانده‌کننده و مشکل‌ساز تجربه می‌شوند، نظیر آنچه که در افراد درگیر در PTSD رخ می‌دهد. خنثی‌سازی هیجان نیز می‌تواند در بردارندهٔ تجارب تفرقی نظیر دگرسان بینی خود یا محیط، جداسازی یا کرختی هیجانی باشد. خنثی‌سازی هیجانی مانع پردازش هیجانی شده و بخشی از سبک مقابله‌ای اجتناب محسوب می‌شود (۶). مطالعات نشان داده‌اند که بدتنظیمی هیجانی در بافت PTSD منجر به بیش برآورد تهدید، برآوردی تقلیل‌یافته از منابع مقابله و پاسخ‌های هیجانی همراه با تنش در مواجهه با استرس‌های محیطی می‌شود و در ۷۰ درصد افراد تجربه‌کنندهٔ تروما، پیش‌بینی‌کنندهٔ PTSD است (۷). از سوی دیگر، ناتوانی در تنظیم هیجان علاوه بر افزایش احتمال بروز آسیب در شرایط مواجهه با حوادث تروماتیک، ممکن است منجر به ناتوانی در مدیریت استرس حاد و یا بروز افکار خودکشی گرایانه شود (۸). مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و نشانه‌های PTSD در جانبازان رابطهٔ مثبت معنی‌داری وجود دارد (۹). مظلوم و یعقوبی در پژوهشی نشان دادند که تغییر باورهای فراشناختی و اصلاح راهبردهای ناسازگارانهٔ تنظیم هیجان می‌تواند کاهش نشانگان استرس پس از سانحه را به دنبال داشته باشد (۱۰).

همچنین یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که جانبازان مبتلا به PTSD در حالات هیجانی منفی، گرایش قوی به درگیر شدن در رفتارهای تکانشی[5] دارند (۱۱). تکانشگری به طور کلی به فقدان توانایی در به تأخیر انداختن کام‌رواسازی تعریف شده است (۱۲) و به صورت یک بُعد شناختی مفهوم‌پردازی می‌شود که با عدم بازداری شناختی، روند کند و ناقص تصمیم‌گیری و بی‌ثباتی هیجانی در افراد همراه است (۱۳). تکانشگری با مواجه شدن با تروما و علایم PTSD مرتبط است (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین PTSD و مؤلفه‌های بدتنظیمی هیجانی از جمله خنثی‌سازی هیجانی، مشکل در درگیرشدن در رفتارهای هدفمند و تکانشگری رابطهٔ مثبت معنی‌داری وجود دارد (۱۵، ۵). حافظی و خاجونی در پژوهشی نشان دادند که آموزش کنترل خشم باعث کاهش رفتارهای تکانش‌ورانه و اضطراب در افراد مبتلا به PTSD می‌شود (۱۶). در پژوهش دیگری نیز مشخص شده است که تکانشگری بالا، یک عامل خطر برای داشتن خلق ناپایدار و علایم PTSD است (۱۷).

با توجه به مطالب ارائه شده مشخص است که بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در ایجاد و تداوم PTSD در جانبازان جنگ تحمیلی نقش مؤثری ایفا می‌کنند؛ از این رو شناسایی و معرفی شیوه‌های درمانی مؤثر جهت کنترل این مشکلات مورد توجه پژوهشگران و روانشناسان می‌باشد. از جمله درمان‌هایی که می‌تواند در کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به PTSD تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (MBT)[6] است. MBT نوع خاصی از روان‌درمانی روان‌پویشی است که توسط بتمن و فوناگی[7] (۱۸) ابداع شده است و مبتنی بر دو مفهوم اصلی است: نظریهٔ دلبستگی بالبی و ذهنی‌سازی. ذهنی‌سازی به‌عنوان شکلی از فعالیت ذهنی تخیلی غالباً نیمه هوشیار تعریف می‌شود، به عبارتی درک و تفسیر رفتارهای خود و دیگران است که از حالات ذهنی عمدی (مانند نیازها، خواسته‌ها، احساسات و باورها) ناشی شده است. این فعالیت ذهنی شامل توانایی فرد در تشخیص واقعیت درونی از بیرونی و فرایندهای هیجانی و ذهنی درونی از وقایع بین‌فردی است (۱۹). لیبرمن[8] چهار بعد: ذهنی‌سازی خودکار در مقابل کنترل‌شده، ذهنی‌سازی خود در مقابل دیگری، ذهنی‌سازی ویژگی‌های درونی در مقابل ویژگی‌های بیرونی و ذهنی‌سازی شناختی در مقابل عاطفی را برای ذهنی‌سازی شناسایی کرد (۲۰). توانایی ذهنی‌سازی نیازمند این است که افراد بتوانند نه تنها نوعی تعادل را در این ابعاد حفظ کنند، بلکه باید بتوانند ابعاد را به طور مناسبی با توجه به شرایط محیطی مورد استفاده قرار دهند. این درمان بر اساس چند اصل پایه‌ریزی شده است: ۱) آگاهی درمانگر از حالات اولیهٔ

[1] Post- traumatic stress disorder
[2] Diagnostic and statistical manual of mental disorders
[3] Emotion dysregulation
[4] Neutralization
[5] Impulsivity
[6] Mentalization based therapy
[7] Batman and Fonagy
[8] Lieberman

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

تفکر (حالات غیر ذهنی‌ساز)[9] که شامل حالت هم‌ارزی روانی[10]، حالت غایت شناختی[11] و حالت وانمودی[12] است؛ در حالت هم‌ارزی روانی، افکار و احساسات "بیش از حد واقعی[13]" می‌شوند تا جایی که برای بیمار مورد توجه قرار دادن دیدگاه‌های جایگزین احتمالی بسیار دشوار است. در حالت غایت شناختی، حالات ذهن تنها در صورتی که پیامدهای آن‌ها به طور عینی قابل مشاهده باشد شناخته شده و باور می‌شود. در حالت وانمودی، افکار و احساسات از واقعیت جدا می‌شوند. به یک حد افراطی می‌رسند که ممکن است به احساساتی از مسخ واقعیت و گسستگی منجر شود (۱۸). ۲) درمانگر بایستی سطوح انگیختگی را با دقت کنترل کند، تا مطمئن شود که اضطراب نه خیلی کم و نه خیلی زیاد است چون که هر دو با ذهنی‌سازی تداخل دارند. ۳) درمانگر مطمئن باشد که ذهنی‌سازی شخصی او حفظ می‌شود. اگر ذهنی‌سازی درمانگر به خطر بیفتد، ارائهٔ درمان مؤثر امکان‌پذیر نخواهد بود (۱۸). کانون اصلی MBT، کمک به درمان‌جو است تا تجربه‌های ذهنی خود را به سطح هشیاری بیاورد و احساس منسجم و کاملی از عاملیت روانی را تسهیل کند. هدف درمان نیز رشد و تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق روابط درمانی و افزایش ظرفیت درمان‌جو برای بازشناسی افکار و احساساتی است که تجربه می‌کند (۲۱).

مفهوم ذهنی‌سازی برای گسترش دیدگاه در مورد درمان تروما استفاده می‌شود. در بیماران PTSD، فعالیت بیش از حد سیستم دلبستگی ناشی از تروما و عدم توانایی ذهنی‌سازی، حالات اولیهٔ تفکر را القاء می‌کند (۲۲). در فلش‌بک‌های پس از تروما، ارتباط خاطرات با پیوستگی ذهنیت از بین می‌رود و خاطرات با اجبار کامل تجربهٔ واقعیت فیزیکی، تجربه می‌شوند (هم‌ارزی روانی). در گسلش گسستگی، شکست در ذهنی‌سازی کردن عاطفه باعث ایجاد احساس غیر واقعی می‌شود (حالت وانمودی). نوسان بین هم‌ارزی روانی و حالت وانمودی تجربهٔ دنیای درونی، شاخص آسیب ناشی از تروما است. افرادی که دچار آسیب ناشی از تروما می‌شوند نیز ممکن است سعی کنند که خودشان را در برابر فلش‌بک‌های ناشی از سوء مصرف مواد، آسیب به خود یا زیاده‌روی و پاکسازی محافظت کنند. چنین اقداماتی مشخصهٔ حالت غایت شناختی است (۲۲). اولویت بالینی MBT در مورد تروما کاهش انگیختگی است تا بیمار بتواند دوباره در مورد دیدگاه‌های دیگران فکر کند، یعنی ذهنی‌سازی کند؛ به عبارتی این مدل درمانی بر پردازش خاطرات تروماتیک تأکید دارد؛ این درمان به بیمار کمک می‌کند که تروما و تعارض‌های ارتباطی را ذهنی‌سازی کند و دلبستگی ایمن‌تری را رشد دهد (۱۸). اغلب بازماندگان تروما از فکر کردن در مورد تجارب خود امتناع می‌کنند چرا که فکر کردن در مورد آن به معنای تجدید آن است. MBT موقعیتی را ایجاد می‌کند که در آن درمانگر با دلسوزی و پذیرش ذهنی به پریشانی‌های ذهنی بیمار پاسخ می‌دهد و بیمار را قادر می‌سازد تا به طور کامل حالات ذهنی را که دائماً به آن پناه می‌برد، تجربه کند، توضیح دهد، درک کند و در مورد آن‌ها فکر کند (۲۳). ذهنی‌سازی خاطرات تروماتیک به بیمار مبتلا به PTSD کمک می‌کند که آن‌ها را تأملی‌تر و صریح و نه به صورت خودکار و ضمنی بیان کند و توانایی ذهنی‌سازی بهبودیافته نیز با بهبود وضعیت بیمار مرتبط است (۲۴). آلن[14] و همکاران نشان دادند افرادی که از PTSD رنج می‌برند، فروپاشی در ذهنی‌سازی را تجربه می‌کنند (۲۵). این فروپاشی باعث ظهور مجدد حالاتی از افکار می‌شود که به لحاظ رشدی خیلی ابتدایی هستند. این حالات ابتدایی تفکر در علایم PTSD منعکس می‌شود. پالگی[15] و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی باعث کاهش نشانه‌های PTSD و علایم افسردگی در جانبازی شد که بیش از ۱۰ سال بود که از PTSD رنج می‌برد (۲۶).

در مجموع ویژگی‌های روانشناختی جانبازان مبتلا به PTSD و شیوع بالا در این بیماران دلایل مستدلی هستند که بایستی درمان‌های مؤثر برای بهبود PTSD رشد یابند و به طور گسترده‌ای در دسترس باشند (۱). از سوی دیگر نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین شدت نشانه‌های PTSD با بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری رابطهٔ مثبت معنی‌داری وجود دارد، همچنین پژوهش‌ها مختل بودن توانایی ذهنی‌سازی را در جانبازان مبتلا به PTSD تأیید کرده‌اند. از این رو با توجه به عدم به‌کارگیری درمان MBT در جانبازان PTSD، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی MBT بر کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به PTSD انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، در بین تمام جانبازان مبتلا به PTSD که در سال ۱۳۹۷ به بیمارستان روانپزشکی ایثار اردبیل مراجعه کرده بودند، انجام شد (N=۱۲۰). با توجه به ادبیات پژوهش برای بررسی‌های مداخله‌ای حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر می‌باشد، منتها برای اینکه نمونهٔ انتخاب شده نمایندهٔ واقعی جامعه باشد و نتایج پژوهش در جهت تعمیم‌دهی تا حدی قابل قبول باشد، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (جانباز مرد مبتلا به PTSD) با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به

[9] Nonmentalizing modes
[10] Psychic equivalence mode
[11] Teleological mode
[12] Pretend mode
[13] Too real
[14] Allen
[15] Palgi

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: ۱) حداقل تحصیلات سیکل؛ ۲) دامنهٔ سنی ۴۰ تا ۷۰ سال؛ ۳) عدم حضور در جلسات روان‌درمانی دیگر؛ ۴) کسب نمرهٔ بالاتر از نقطهٔ برش در چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحهٔ نظامی (PCL-M)[16]؛ ۵) عدم وجود علایم سایکوتیک از جمله توهم و هذیان؛ ۶) عدم وجود تشخیص‌های دیگر همراه با اختلال استرس پس از سانحه؛ ۷) عدم ابتلا به اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد. ملاک‌های خروج عبارتند از: عدم تمایل به ادامهٔ پژوهش و غیبت بیش از سه جلسه در جلسات درمانی، عدم وجود علایم سایکوتیک و نیز عدم وجود تشخیص‌های دیگر توسط روان‌پزشک صورت گرفت.

ابزارهای پژوهش

۱- چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه -نسخهٔ نظامی

این ابزار مرکب از ۱۷ مادهٔ ۵ گزینه‌ای است که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست چهارم (DSM-IV) به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی توسط ودرز[17] و همکاران برای مرکز ملی اختلال پس از سانحهٔ ایالات متحدهٔ آمریکا تهیه شده است (۲۶). ۵ مادهٔ آن مربوط به تجربهٔ مجدد علایم آسیب‌زا، ۷ ماده مربوط به علایم کرختی هیجانی و اجتناب و ۵ مادهٔ دیگر آن مربوط به نشانه‌های برانگیختگی شدید است. نقطهٔ برش برای اختلال پس از سانحه ۵۰ در نظر گرفته شده است، در ایران توسط گودرزی هنجاریابی شده است (۲۷). در بررسی گودرزی همسانی درونی پرسشنامه ۰/۹۳ و در پژوهش ودرز و همکاران، ضریب همسانی ۰/۹۷ برای جانبازان جنگ ویتنام گزارش شده است.

۲- مقیاس مشکل در تنظیم هیجان

مقیاس مشکل در تنظیم هیجان (DERS)[18] توسط گراتز و رومر[19] با هدف بررسی مشکلات تنظیم هیجانی تدوین شده و دارای ۳۶ گویه است (۲۸). این ابزار که مقیاسی خودگزارشی است، شش زیر مقیاس: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۶ ماده)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان به هنگام فشار (۸ ماده)، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند به هنگام فشار (۵ ماده)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ ماده)، عدم وضوح هیجانی (۵ ماده) و دشواری کنترل تکانهٔ تحت فشار (۶ ماده) را در بر می‌گیرد. این ابزار در مقیاسی پنج درجه‌ای از "تقریباً هرگز" تا "تقریباً همیشه" نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس کمترین نمرهٔ فرد در مقیاس، ۳۶ و بیشترین نمره ۱۸۰ خواهد بود، نمرهٔ بالا نشان‌دهندهٔ مشکلات تنظیم هیجانی است. گراتز و رومر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصلهٔ دو هفته‌ای ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۹). پایایی نسخهٔ فارسی این مقیاس توسط عسگری و همکاران از طریق همسانی درونی و تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش شده است (۳۰). اعتبار ملاک همزمان پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک و پرسشنامهٔ چندوجهی درد تأیید شده است (۳۰). در این پژوهش پایایی پرسشنامهٔ بدتنظیمی هیجانی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

۳- پرسشنامهٔ تکانشگری بارت

نسخهٔ یازدهم پرسشنامهٔ تکانشگری بارت (BIS)[20] توسط بارت و همکاران ساخته شده است (۳۰). این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و فرد باید به هر یک از آن‌ها در یک مقیاس چهار درجه‌ای "به‌ندرت"، "گاهی اوقات"، "اغلب" و "بیشتر اوقات" پاسخ دهد. این مقیاس سه عامل تکانشگری شناختی/توجهی (۸ ماده)، تکانشگری حرکتی (۱۱ ماده) و بی‌برنامگی (۱۱ ماده) را ارزیابی می‌کند. ۱۱ ماده از ۳۰ مادهٔ این مقیاس نمره‌گذاری معکوس دارد. کمترین و بیشترین نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ است. نمرهٔ گروه کنترل غیر پزشکی معمولاً بین ۵۰ تا ۶۰ است. پاتون[21] و همکاران میزان روایی و اعتبار آن را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۹ گزارش کردند (۳۱). روایی همگرایی این پرسشنامه با محاسبهٔ ضریب همبستگی زیر مقیاس‌های آن مورد تأیید قرار گرفته شده است؛ اعتبار کل آن نیز از طریق آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است (۳۲). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تکانشگری ۰/۸۱ به دست آمد.

۴- درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی

مداخله‌ای است که بتمن و فوناگی در سال ۲۰۱۶ برای درمان اختلالات شخصیت و اختلالات اضطرابی تدوین کرده‌اند. این پروتکل درمانی در پژوهش‌های متعددی در مورد اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار گرفته است (۲۶-۲۴) و اثربخشی آن تأیید شده است.

روش اجرای پژوهش به این ترتیب بود که بعد از هماهنگی و کسب کد اخلاق پژوهش (IR.ARUMS.REC.1397.121) از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، هماهنگی‌های لازم با ریاست بیمارستان روانپزشکی ایثار صورت گرفت. بعد از جلب رضایت نمونه‌های پژوهش و تخصیص آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، قبل از ارائهٔ پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونهٔ مورد نظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و کم و کیف پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفتند و ارتباط لازم با آن‌ها

[16] The post-traumatic stress disorder checklist-military
[17] Weathers
[18] Difficulties in emotion regulation scale
[19] Gratz and Roemer
[20] Barratt impulsivity scale
[21] Patton

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

جدول ۱- محتوای جلسات پروتکل درمانی (MBT) بتمن و فوناگی (۱۸).

	جلسات	محتوی جلسات
MBT مقدماتی	اول (ذهنی‌سازی و موضع ذهنی‌سازی چیست؟)	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/ ارائهٔ تکلیف خانگی
	دوم (مشکل‌داشتن با ذهنی‌سازی یعنی چه؟)	بیان اهداف جلسه (شاخص‌های ذهنی‌سازی ضعیف و خوب/مشکلات در ذهن‌خوانی خود و دیگران/ مشکلات تنظیم هیجان و تکانشگری/حساسیت بین‌فردی)/شفاف‌سازی تفسیرهای شرکت‌کنندگان/ارائهٔ 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/ارائهٔ تکلیف خانگی
	چهارم (ذهنی‌سازی هیجانات)	بیان اهداف جلسه (چگونگی برخورد با هیجانات و احساسات)/تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و دیگران/خودتنظیمی احساسات و اینکه چگونه دیگران می‌توانند به تنظیم احساسات ما کمک کنند/احساسات غیر ذهنی‌سازی که بسیار ناراحت‌کننده هستند و چگونه آن‌ها مدیریت کنیم/ارائهٔ روش‌های آرمیدگی/ارائهٔ تکلیف خانگی
	پنجم (اهمیت روابط دلبستگی)	بیان اهداف جلسه (اهمیت روابط دلبستگی)/بحث در مورد دلبستگی و راهبردهای دلبستگی در بزرگسالی/ارائهٔ تکالیف خانگی
	ششم (دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (دلبستگی و ذهنی‌سازی)/تعارض‌های دلبستگی/ارائهٔ تکالیف خانگی
	هفتم (اختلال استرس پس از سانحه چیست؟)	بیان اهداف جلسه (اختلال مرتبط با آسیب چیست؟ اختلال استرس پس از سانحه چیست؟)/ارائهٔ رویکرد آموزشی/ارائهٔ جزوه در مورد معیارهای اختلال استرس پس از سانحه/ ارائهٔ تکالیف خانگی
	هشتم (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)/ بیان مشخصات و اهداف اختصاصی MBT/آموزش و تمرین ذهنی‌سازی در گروه/ارائهٔ تکالیف خانگی
	نهم (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه (جنبهٔ دلبستگی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی)/اهمیت ایجاد ارتباط با دیگران/ ایجاد روابط دلبستگی با درمانگر و اعضای دیگر گروه/ارائهٔ تکالیف خانگی
	دهم (اضطراب، دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه/ارائهٔ آموزش در مورد اضطراب و ترس/بیان انواع اختلالات اضطرابی و راهکارهای درمانی آن‌ها و اینکه یاری شخص دیگر مؤلفهٔ کلیدی در درمان است/ارائهٔ تکالیف خانگی
	یازدهم (افسردگی، دلبستگی و ذهنی‌سازی)	بیان اهداف جلسه/ارائهٔ رویکرد آموزشی در مورد افسردگی/ارائهٔ آموزش در مورد دوره و درمان افسردگی/بحث در مورد تفکر افسرده‌ساز/ارائهٔ تکالیف خانگی
	دوازدهم	خلاصه و نتیجه‌گیری
MBT گروهی	سیزده (حمایت و تأیید همدلانه)	مروری بر بحث گروهی قبلی (MBT-I)/ بیان اهداف جلسات گروهی/پرسش از اعضای گروه در مورد مشکلاتی که می‌خواهند در گروه مطرح شود/تأیید همدلانه
	چهاردهم و پانزدهم (شفاف‌سازی)	شفاف‌سازی مباحث مطرح‌شدهٔ اعضای گروه از سوی درمانگر/ ترکیب مشکلات/کاوش مشکلات و در صورت لزوم به چالش‌کشیدن
	شانزدهم (شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی)	شناسایی عاطفی و تمرکز عاطفی بر روی مباحث مطرح‌شده 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 زمینهٔ پایان درمان/ پایان دادن به درمان

برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامهٔ کتبی از جانبازان برای شرکت در مداخله، پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا به تکمیل آن‌ها اقدام کنند. این کار به صورت انفرادی انجام گرفت و در صورت بروز هر گونه ابهام در حین تکمیل پرسشنامه‌ها، راهنمایی‌های لازم در چارچوب نحوهٔ اجرای پرسشنامه‌های مربوطه، به آزمودنی ارائه شد. گروه آزمایشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را ۲۰جلسهٔ ۷۵ دقیقه‌ای دریافت کردند. گروه کنترل نیز ملاقات‌هایی با آزمون‌گر داشتند، ولی درمان فعال و مشخصی روی آن‌ها اجرا نشد. با فاصلهٔ دو هفته پس از اتمام مداخلات، اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. در ضمن اطمینان‌دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونهٔ تحقیق از لحاظ روانی برای شرکت در پژوهش از ملاحظات اخلاقی این پژوهش بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش، سطح معنی‌داری مورد پذیرش $P<۰/۰۵$ بود.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش ۲/۳۱ ± ۵۲/۳۵ سال و در گروه کنترل ۱/۸۷ ± ۵۱/۱۴ سال بود. در گروه آزمایش ۳ نفر مجرد و ۱۷ نفر متأهل و در گروه کنترل ۴ نفر مجرد و ۱۶ نفر متأهل بودند. در گروه آزمایش ۱۲ نفر تحصیلات زیر دیپلم و ۸ نفر تحصیلات دیپلم و بالاتر و در گروه کنترل ۹ نفر تحصیلات زیر دیپلم و ۱۱ نفر تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند.

نتایج جدول ۲ میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل را در بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری نشان می‌دهد.

قبل از استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون -پس‌آزمون و پیگیری نرمال می‌باشد و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند ($P>۰/۰۵$). همچنین عدم معنی‌داری آزمون لوین برای متغیر بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است ($P>۰/۰۵$). به‌منظور آزمودن فرض کلی همگنی واریانس -کوواریانس، از آزمون باکس استفاده شد که عدم معنی‌داری آن این پیش فرض را هم مورد تأیید قرار داد ($P>۰/۰۵$). بنابراین برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی (متغیر مستقل) بر بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به PTSD (متغیرهای وابسته) از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، سطح معنی‌داری همهٔ آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در میان گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای وابسته (بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری) تفاوت وجود دارد. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته (بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری) در مجموع معنی‌دار است.

همانطور که در جدول ۴ نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان MBT بر بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری تأثیر معنی‌داری دارد ($P<۰/۰۵$). به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در گروه‌های آزمایش و کنترل.

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
			انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین
بدتنظیمی هیجانی	آزمایش	۲۰	۱۲۵/۵±۱۰/۱۱	۸۷/۶±۵۵/۲۱
	کنترل	۲۰	۱۲۹/۷±۵۰/۲۷	۱۲۵/۸±۰۰/۳۲
تکانشگری	آزمایش	۲۰	۷۶/۱۳±۸۰/۲۲	۵۹/۱۲±۱۵/۷۲
	کنترل	۲۰	۷۴/۱۲±۵۵/۵۹	۷۴/۱۳±۰۰/۳۷

جدول ۳- اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) در مرحلهٔ پس‌آزمون بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری.

موقعیت	آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	P	Eta
عضویت گروهی پس‌آزمون	اثر پیلایی	۰/۱۶۳	۳/۲۲	۲	۳۳	۰/۰۳۲	۰/۱۶۳
	لامبدای ویلکز	۰/۸۳۷	۳/۲۲	۲	۳۳	۰/۰۳۲	۰/۱۶۳
	اثر هتلینگ	۰/۱۹۵	۳/۲۲	۲	۳۳	۰/۰۳۲	۰/۱۶۳
	بزرگ‌ترین ریشهٔ خطا	۰/۱۹۵	۳/۲۲	۲	۳۳	۰/۰۳۲	۰/۱۶۳

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به میانگین نمرات بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در دو گروه آزمایش (MBT) و کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون.

منبع	متغیر وابسته	DF	MS	F	P	Eta
گروه	بدتنظیمی هیجانی	۱	۱۲۲/۳۴۱	۵/۲۸	۰/۰۲۸	۰/۱۳۵
	تکانشگری	۱	۱۱۰/۷۴۰	۴/۷۸	۰/۰۳۶	۰/۱۲۳

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به PTSD بود. بر اساس نتایج به دست آمده MBT بر بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به PTSD تأثیر معنی‌داری داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در کاهش بدتنظیمی هیجانی جانبازان مبتلا به PTSD مؤثر بوده است. پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همخوان باشد یافت نشد، اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آن‌ها استنتاج کرد (۲۵-۲۳). مطالعهٔ پژوهشی نشان داده است که بهبودی PTSD در جانبازان می‌تواند با بهبود توانایی ذهنی‌سازی مرتبط باشد (۲۳). ذهنی‌سازی خاطرات تروماتیک به بیمار مبتلا به PTSD کمک می‌کند که آن‌ها را تأملی‌تر و صریح و نه به صورت خودکار و ضمنی بیان کند و توانایی ذهنی‌سازی بهبودیافته نیز با بهبود وضعیت بیمار مرتبط است (۲۴).

آلن و همکاران نشان دادند افرادی که از PTSD رنج می‌برند، فروپاشی در ذهنی‌سازی را تجربه می‌کنند (۲۴). این فروپاشی باعث ظهور مجدد حالاتی از افکار می‌شود که به لحاظ رشدی خیلی ابتدایی هستند. این حالات ابتدایی تفکر در علایم PTSD منعکس می‌شود. پالگی و همکاران نشان دادند که جانبازان PTSD از فروپاشی ذهنی‌سازی رنج می‌برند (۲۶)؛ درمان ذهنی‌ساز مدار باعث کاهش نشانه‌های PTSD و علایم افسردگی در جانبازی شد که بیش از ۱۰ سال بود که از PTSD رنج می‌برد. در تبیین این یافته می‌توان اشاره کرد که انگیختگی هیجانی حاد باعث عدم تعادل معنی‌دار در ذهنی‌سازی می‌شود. از لحاظ ابعاد ذهنی‌سازی، بدتنظیمی هیجانی موقتاً در قطب عاطفی بودن، همراه با تفکری که با ذهنی‌سازی خودکار و غیر انعکاسی مشخص می‌شود را در بر می‌گیرد. حالت غیر ذهنی‌سازی هم که ارتباط نزدیکی با بدتنظیمی هیجانی دارد، هم‌ارزی روانی است که در این حالت هیجانات بیش از حد واقعی احساس می‌شوند. این باعث می‌شود که تجربهٔ رویدادهای درونی (افکار و احساسات) عینی‌تر به نظر برسند، وقتی که از لحاظ اهمیت و ارزش مانند یک حادثهٔ فیزیکی باشند؛ این همان چیزی باشد که تأثیر انگیختگی هیجانی را بیش از حد می‌کند (۱۸)

به عبارت دیگر در MBT ذهنی‌سازی خاطرات تروماتیک به جانباز مبتلا به PTSD کمک می‌کند که آن‌ها را تأملی‌تر و صریح و نه به صورت خودکار و ضمنی بیان کند و توانایی ذهنی‌سازی بهبودیافته نیز با بهبود وضعیت بیمار مرتبط است (۲۰). جلسات MBT مقدماتی با ثبت هیجانات در رابطه با خود و دیگران، تفسیر علامت‌های هیجانی درونی در خود و دیگران، خودتنظیمی احساسات و همچنین ارائهٔ روش‌های آرمیدگی می‌تواند به تنظیم هیجان در جانبازان مبتلا به PTSD منجر شود؛ جلسات MBT گروهی هم با تأیید همدلانه و ایجاد یک سکوی عاطفی مشترک بین بیمار و درمانگر تجربه بیمار را در این مورد که او تنها نیست افزایش می‌دهد و نشان می‌دهد که ذهن دیگری می‌تواند برای مشخص‌کردن حالات ذهنی و افزایش پویایی هیجانات مفید باشد. به عبارت دیگر، تمرکز بیشتر به عاطفه و تعامل بین‌فردی در طول یک جلسه و در طول زمان زمینه‌ای فراهم می‌کند که در آن به کاوش حالت‌های پیچیده‌تر ذهنی در زمینه‌ای از دلبستگی که به طور معمول باعث از دست رفتن ذهنی‌سازی می‌شد، پرداخته شود که این خود می‌تواند باعث کاهش بدتنظیمی هیجانی در جانبازان مبتلا به PTSD شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش تکانشگری جانبازان مبتلا به PTSD مؤثر بوده است. پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همخوان باشد یافت نشد، اما مطالعاتی هستند که می‌توان چنین نتایجی را از آن‌ها استنتاج کرد (۲۶-۲۳). در تبیین این یافته می‌توان چنین اشاره کرد که از لحاظ عدم تعادل در ابعاد ذهنی‌سازی، تکانشگری بر قطب خودکار بُعد خودکار -کنترل‌شده تأکید دارد. اگر تأمل کافی در مورد تأثیر اعمال خود بر روی دیگران یا خودمان وجود نداشته باشد، رفتار تکانشی حاصل خواهد شد. آن تأملی هم که وجود دارد به احتمال زیاد جدا از واقعیت خواهد بود: به عبارت دیگر، آن احتمالاً پیش ذهنی‌سازی یا ذهنی‌سازی بیش از حد باشد. همچنین تکانشگری می‌تواند نتیجهٔ حالت غایت شناختی باشد. حالت غایت شناختی پیش ذهنی‌سازی بیشتر بر پیامدهای فیزیکی و قابل مشاهده تأکید می‌کند؛ یک حالتی از عدم ذهنی‌سازی است که به شدت در قطب بیرونی بعد درونی -بیرونی ذهنی‌سازی قرار دارد و فقدان لحظه‌ای ذهنی‌سازی کنترل‌شده را نشان می‌دهد (۱۸).

MBT از طریق روش‌های همدلانه، شفاف‌سازی عاطفهٔ کنونی و تمرکز عاطفی باعث کاهش حالات غیر ذهنی‌ساز و ایجاد تعادل بین ابعاد ذهنی‌سازی می‌شود. در MBT موقعیت درمانی توضیح اجتماعی واضحی از اعتماد را فراهم می‌کند، درمانگر را به‌عنوان یک منبع قابل اعتماد دانش معرفی می‌کند که ظرفیت باطل‌کردن باورهای پیشین سخت‌گیرانه دربارهٔ خود و دیگران و کاهش دادن تجارب بیمار از تکانشگری را دارد. در نتیجه، درک بهتر موقعیت اجتماعی از طریق ذهنی‌سازی بهبودیافته موجب درک بهتر افراد مهم در زندگی فرد می‌شود که به نوبهٔ خود پتانسیلی را برای فرد به وجود می‌آورد تا به پاسخ‌های

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

حساس توجه کند و احساس درک شدن به او دست دهد (۱۸). بنابراین، همانطور که ذهنی‌سازی در بطن شناخت اجتماعی است، واضح است که مشکلات در تکانشگری به احتمال زیاد در افرادی با ذهنی‌سازی ضعیف ظاهر می‌شوند که در کنترل کردن فرضیات خودکارشان در مورد دیگران با استفاده از تفکر بازتابی مشکل دارند؛ MBT با آموزش، ظهور مجدد ذهنی‌سازی و یادگیری اجتماعی همراه است. در MBT، درمانگر با توجه به سطح انگیختگی بیمار، بر اساس روش توقف، بازبینی و کاوش باعث بازسازی ذهنی‌سازی شده و زمینه‌ای برای ایجاد ظرفیت ذهنی‌سازی قوی‌تر و انعطاف‌پذیرتر فراهم می‌آورد (۱۸)؛ این انعطاف‌پذیری در ابعاد ذهنی‌سازی، نشان‌دهندهٔ مؤثر بودن آن در کاهش تکانشگری است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ از جمله اینکه پژوهش روی جانبازان مبتلا به PTSD بیمارستان روانپزشکی ایثار اردبیل انجام شد که تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه این پژوهش روی جانبازان مبتلا به PTSD در شهرهای دیگر انجام پذیرد و یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود. با توجه به پایین بودن حجم جامعهٔ آماری، امکان کنترل میزان تحصیلات و همتاسازی گروه‌ها به لحاظ درصد جانبازی فراهم نشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تأثیر میزان تحصیلات و درصد جانبازی کنترل و یا مورد بررسی قرار بگیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی میزان و نوع مشکلات بین‌فردی و خانوادگی جانبازان کنترل شود تا رابطهٔ این تعاملات و شرایط بین‌فردی با بهبود یا بروز بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به PTSD مورد بررسی قرار گیرد.

در مجموع می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌عنوان یک رویکرد درمانی جدید با پیشینهٔ پژوهشی قوی، راهبردی مناسب در بهبود بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری جانبازان مبتلا به PTSD است و می‌توان از آن به‌عنوان یک شیوهٔ مداخله‌ای مؤثر در درمان PTSD استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه محقق اردبیلی انجام شده است. از مسئولین محترم بیمارستان‌های روانپزشکی ایثار اردبیل و نیز از کلیهٔ بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و با همکاری صادقانهٔ خود زمینه را برای نتیجه‌گیری دقیق مهیا نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

1. Kamalmanesh A, Maredpour A. Evaluation of posttraumatic stress disorder among war survivors. Health Res J. 2017; 2(2): 87-98.

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. 5th ed. Virginia, United States: American Psychiatric Association. 2013.

3. Seligowski AV, Lee DJ, Bardeen JR, Orcutt HK. Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. Cogn Behav Ther. 2015; 44(2): 87-102.

4. Tull MT, Gratz KL, McDermott MJ, Bordieri MJ, Daughters SB, Lejuez CW. The role of emotion regulation difficulties in the relation between PTSD symptoms and the learned association between trauma-related and cocaine cues. Subst Use Misuse. 2016; 51(10): 1318-29.

5.Tull MT, Barrett HM, McMillan ES, Roemer L. A preliminary investigation of relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. Behav Ther. 2007; 38(3): 303-13.

6. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychol Bull. 2008; 99(1): 20-35.

7. Bardeen JR, Kumpula MJ, Orcutt HK. Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following as mass shooting. J Anxiety Dis. 2013; 27(2): 188-96.

8. Ozdamir O, Boysan M, Ozdamir PG, Yilmaz E. Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. Psychiatry Res. 2015; 228(2): 598-605.

9. Sheykhan R, Ghazanfari F, Jadidi F, Adineh M, Sadrmohamadi R. Attachment styles and cognitive emotion regulation strategies as predictor of posttraumatic stress disorder in veterans. J Mazand Univ Med Sci. 2016; 26(137): 95-104.

10. Mazloom M, Yaghubi H. Role of emotion regulation and thought control in prediction of post-traumatic stress disorder. J Clin Psycol. 2016; 8(4): 1-10.

11. James LM, Strom TQ, Leskela J. Risk-taking behaviors and impulsivity among veterans with and without PTSD and mild TBI. Mil Med. 2014; 179(4): 357-63.

12. Basharpoor S. Personality trait (theory and testing). 1st ed. Tehran: Savalan. 2015.

13. Gullo MJ, Dawe S. Impulsivity and adolescent substance use: Rashly dismissed as "all-bad"?

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]

Neurosci Biobehav Rev. 2008; 32(8): 1507-18.

14. Netto LR, Pereira JL, Nogueira JF, Cavalcanti-Ribeiro P, Santana RC, Teles CA, et al. Impulsivity is relevant for trauma exposure and PTSD symptoms in a non-clinical population. Psychiatry Res. 2016; 239: 204-11.

15. Ehring T, Quack D. Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. Behav Ther. 2010; 41(4): 587-98.

16. Hafezi F, Khajuni A. The effect of anger management skill training on reduction of impulsive behaviors and anxiety in patients with PTSD. J Soc Psychol. 2012; 5(20): 89-107.

17. Bjork JM, Burroughs TK, Franke LM, Pickett TC, Johns SE, Moeller FG, et al. Rapid-response impulsivity predicts depression and posttraumatic stress disorder symptomatology at 1-year follow-up in blast-exposed service members. Arch Phys Med Rehabil. 2017; 98(8): 1646-51.

18. Batman P, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders. 1st ed. United Kingdom: Oxford University Press. 2016.

19. Fonagy P, Target M. The mentalization-focused approach to self-pathology. J Pers Disord. 2006; 20: 544-76.

20. Lieberman MD. Social cognitive neuroscience: A review of core processes. Annu Rev Psychol. 2007; 58: 259-89.

21. Oliveira CD, Rahioui H, Smadja M, Gorsane MA, Louppe F. Mentalization based treatment and borderline personality disorder. L'Encéphale. 2016; 43(4): 340-5.

22. Allen JG. Restoring mentalizing in attachment relationships: Treating trauma with plain old therapy. Washington, DC: American Psychiatric Press. 2012.

23. Ferrajão PC, Aragão Oliveira R. Portuguese war veterans: Moral injury and factors related to recovery from PTSD. Qual Health Res. 2016; 26(2): 204-14.

24. Bateman AW, Fonagy P. Handbook of metallizing in mental health practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 2012; p. 419-444.

25. Palgi SH, Palgi Y, Ben-Ezra M, Shrira A. "I will fear no evil, for I am with me": Mentalization-oriented intervention with PTSD patients. A case study. J Contemp Psychother. 2014; 44(3): 173-82.

26. Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. Depress Anxiety. 2001; 13(3): 132-56.

27. Goodarzi MA. Reliability and validity of post-traumatic stress disorder Mississippi scale. J Psychol. 2003; 7(2): 135-78.

28. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation a dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2008; 30(4): 315-9.

29. Asgari P, Pasha G, Aminian M. The relationship emotional regulation, life events and body image with eating disorder in women. Andisheh va Raftar. 2009; 4(13): 65-78.

30. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. Biol Psychiatry. 1997; 41(10): 1045-61.

31. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol. 1995; 51(6): 768-74.

32. Javid M, Mohammadi N, Rahim CH. Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt impulsiveness scale-11 (BIS-11). J Manage Syst. 2012; (8): 23-34.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.29252/shefa.8.3.10]