رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوار خودانتقادی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی

The effectiveness of Trauma-Focused Mentalization-Based Group Treatment on Ambivalence over Emotional Expression and Self-Critical Rumination in Women with Adverse Childhood Experiences

سمیه عابدینی چمگردانی
دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
علی مهداد (نویسنده مسئول)
گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
زهرا یوسفی
گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

Somayeh Abedini Chamgordani
Ph.D Student of Counseling, Department of Counseling, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Ali Mahdad *
Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
alimahdad@iau.ac.ir
Zahra Yousefi
Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری متشکل از زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی شهر زرین‌شهر در سال ۱۴۰۴ بود که از طریق نمونه‌گیری هدفمند از میان آنان ۴۰ نفر انتخاب و به شیوهٔ تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه تجارب ناگوار کودکی (ACEs-10، فلیتی و همکاران، ۱۹۹۸)، مقیاس درد ذهنی (MPS، اورباخ و همکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان (AEQ، کینگ و امونز،۱۹۹۰) و مقیاس نشخوارخودانتقادی (SCRS، اسمارت و همکاران، ۲۰۱۶) بود. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوار خودانتقادی در گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری وجود داشت و بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد. براین مبنا می‌توان نتیجه گرفت که کاربست درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما برای کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: *ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما، دوسوگرایی در ابراز هیجان، نشخوار خودانتقادی، تجارب ناگوار کودکی، درد ذهنی، زنان.*

Abstract
The aim of the present study was to determine the effectiveness of trauma-focused mentalization-based group treatment on ambivalence over emotional expression and self-critical rumination in women with adverse childhood experiences. The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest design and a control group with a two-month follow-up. The statistical population consisted of women with ACEs and high levels of mental pain in the city of Zarrinshahr in 2025. Through purposive sampling, 40 women were selected and randomly assigned to two experimental and control groups of 20. The measurement tools included the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACEs-10; Felitti et al., 1998), Mental Pain Scale (MPS; Orbach et al., 2003), Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire (AEQ; King & Emmons, 1990), and Self-Critical Rumination Scale (SCRS; Smart et al., 2016). Data were analyzed using repeated measures ANOVA. The findings showed that there was a significant difference at the 0.001 level between the pre-test and post-test in ambivalence over emotional expression and self-critical rumination in the experimental and control groups, and there was also no significant difference at the 0.001 level between the post-test and follow-up mean in the experimental group, and the results were maintained during the follow-up. Based on this, it can be concluded that the use of trauma-focused mentalization-based group treatment is effective in reducing on ambivalence over emotional expression and self-critical rumination in women with ACEs and high levels of mental pain.

Keywords: *Trauma-Focused Mentalization, Ambivalence over Emotional Expression, Self-Critical Rumination, Adverse Childhood Experiences, Mental Pain, Women.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت:** آذر ۱۴۰۴ | **پذیرش:** دی ۱۴۰۴ | **ویرایش نهایی:** اردیبهشت ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

مقدمه

تجارب ناگوار کودکی[۱]، به‌منزلهٔ یکی از پیچیده‌ترین اشکال قربانی شدن بین‌فردی شناخته می‌شود که وقوع آنها در دوره‌های آغازین رشد تأثیر بنیادینی بر شکل‌گیری آسیب‌پذیری‌های روانی در سال‌های بعدی زندگی دارد (آبراهامز[۲] و همکاران، ۲۰۲۵). این تجارب رویدادهای بالقوه آسیب‌زایی هستند که پیش از رسیدن به هجده‌سالگی رخ داده و طیفی از سوءاستفاده‌های جسمی، عاطفی و جنسی، غفلت در مراقبت‌های جسمی و هیجانی و نیز اختلال در عملکرد خانواده را شامل می‌شوند (رادی[۳]، ۲۰۲۶). براساس برآورد جهانی حدود یک‌سوم از جمعیت جهانی دارای سابقه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی هستند (کلی[۴]و همکاران، ۲۰۲۵) و شیوع و تنوع این تجارب در میان زنان به نسبت مردان بالاتر است (اندرسون و جونز[۵]، ۲۰۲۶؛ سوپکه[۶] و همکاران، ۲۰۲۵)؛ به‌گونه‌ای که بیشتر تحت‌تأثیر این تجارب هستند (بوهون[۷] و همکاران، ۲۰۲۶؛ عصاری[۸] و همکاران، ۲۰۲۵) و اغلب حساسیت بالاتری به آثار ناشی از آن نشان می‌دهند و به همین سبب نرخ مرگ‌ومیر زودرس بیشتری را تجربه می‌کنند (سالوکانگاس[۹]و همکاران، ۲۰۲۴). این تجارب همچنین نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم درد ذهنی[۱۰] دارند که از عوامل اصلی افسردگی و خودکشی محسوب می‌شود (نیمبی[۱۱] و همکاران، ۲۰۲۵؛ کامپوس[۱۲]و همکاران، ۲۰۲۵).

درد ذهنی توسط اورباخ[۱۳]و همکاران (۲۰۰۳) به‌عنوان ادراکی از تغییرات نامطلوب در خود و کارکردهای آن که با احساسات منفی همراه است، مفهوم‌سازی شده (پمپلی[۱۴]و همکاران، ۲۰۲۵) که ظهور آن را می‌توان به‌عنوان نشانه‌ای از احساس تهدید خود در پاسخ به ناملایمات جسمی، روانی، وجودی یا اجتماعی برشمرد (کوزلویتز[۱۵]و همکاران، ۲۰۲۵) که در ارتباط با تجارب ناگوار کودکی، شبکهٔ پیچیده‌ای از روابط بین ناامیدی، علائم افسردگی و خودکشی را در فرد شکل می‌دهند که درد ذهنی در آن نقش اساسی و مرکزی را ایفا می‌کند (بارلاتی[۱۶]و همکاران، ۲۰۲۵). مازاد بر اینکه درد ذهنی با اختلالات روانی و پیامدهای متعددی همراه است که سلامت روان افراد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (کریستا[۱۷]، ۲۰۲۵). بااین وجود و علی‌رغم شواهد فزاینده‌ای که از اهمیت گنجاندن ارزیابی آن در محیط‌های روان‌شناختی و تحقیقات حمایت می‌کنند، این موضوع همچنان در رویه‌های بالینی معمول به‌اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته (لندی[۱۸]و همکاران، ۲۰۲۵) که پرداختن به آن در کنار دیگر سازه‌ها از ضروریات پژوهش حاضر است.

از سازه‌های فرا تشخیصی که در ارتباط با تجارب ناگوار کودکی و درد ذهنی مورد توجه قرار گرفته، دوسوگرایی در ابراز هیجان است که به‌عنوان نشانه‌ای از اختلال در تنظیم هیجان شناخته می‌شود (چن[۱۹] و همکاران، ۲۰۲۴). کینگ و امونز[۲۰] (۱۹۹۰) دوسوگرایی در ابراز هیجان را تعارض درونی بیان هیجانات و ترس از پیامدهای منفی ناشی از نمایش چنین بیانی تعریف کردند (تیان[۲۱] و همکاران، ۲۰۲۵). شواهد پژوهشی نشان داده، افراد دارای تجارب ناگوار کودکی بیشتر مستعد مهار مزمن هیجانات در بزرگسالی هستند، زیرا چنین تجربیاتی آنها را به سمت ایجاد یک طرحواره شناختی سفت‌وسخت سوق می‌دهد که هرگونه ابراز هیجان ناگزیر پاسخ‌های تنبیهی را به دنبال خواهد داشت (چن، ۲۰۲۵). در نتیجه افراد با دوسوگرایی در ابراز هیجان بالا به سبب اینکه ادراکات منفی بیشتری از خود داشته و درک ذهنی‌تری از تجربیات خود به‌عنوان ناگوار دارند؛ احتمال دارد کمتر همدلی و کمک دیگران را درک کنند و در نتیجهٔ آسیب‌های دوران کودکی

1.Adverse childhood experiences
2.Abrahams
3.Roddy
4.Kelley
5 Anderson & Jones
6.Supke
7.Bohon
8.Assari
9.Salokangas
10.mental pain
11.Nimbi
12.Campos
13 Orbach
14 Pompili
15 Kozlowitz
16 Barlati
17 Cristea
18 Landi
19.Chen
20.King & Emmons
21.Tian

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

به‌احتمال زیاد دچار درد ذهنی‌شوند (چن و همکاران، ۲۰۲۴) که خود منجر به افزایش علائم اضطراب، افسردگی (ژو[1] و همکاران، ۲۰۲۴)، نشخوار فکری (زو[2] و همکاران، ۲۰۲۴) و یا حتی انتقاد از خود می‌گردد (هوانگ و وانگ[3]، ۲۰۲۴).

به‌واقع نشخوارخودانتقادی[4] از دیگر سازه‌های مرتبط با تجارب ناگوار کودکی و درد ذهنی است (بیرنی[5]و همکاران، ۲۰۲۵؛ رن[6] و همکاران، ۲۰۲۵) که اسمارت[7]و همکاران (۲۰۱۶) آن را به‌عنوان تمرکز مداوم توجه بر افکار خودانتقادی تعریف کردند که انتقاد از خود با یک سبک تفکر نشخوارکننده ترکیب می‌گردد و در آن تلاشی برای حل مسئله یا تغییر در شرایط رخ نمی‌دهد (کارابی و گلسوی[8]، ۲۰۲۵). به طور خاص، اگر یک محیط رشدی، غیرقابل‌پیش‌بینی و تهدیدآمیز تلقی شود، یا جایی که احساس دوست‌داشتنی‌بودن به‌ندرت تجربه شود، کودک را به سمتی سوق می‌دهد که تمایل داشته باشد خطاهای خود را به‌شدت زیر نظر بگیرد و آنها را تنبیه کند تا سطح بالایی از منبع کنترل درونی را حفظ نماید و این روند را تا بزرگسالی ادامه دهد (زاکاری[9] و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بر همین اساس افراد دارای تجارب ناگوار کودکی سطوح بالاتری از نشخوارخودانتقادی را نشان می‌دهند که در پی آن بهزیستی ذهنی آنها به خطر می‌افتد (سسن و گوموش[10]، ۲۰۲۵) و تأثیرات منفی بلندمدتی همچون افزایش علائم افسردگی، استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند (آلارت[11]و همکاران، ۲۰۲۵).

بنابراین با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی برآمده از تجارب ناگوار کودکی و درد ذهنی که با پیامدهایی همچون دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی همراه هستند، ضرورت ایجاب می‌کند تا از مداخلات روان‌شناختی متمرکز بر تروما بهره گرفته شود تا در صورت امکان بتوان از شدت آسیب‌های ناشی از این تجارب برای زنان کاست. یکی از مداخلات نوین در این حوزه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما[12] (MBT-TF) است که توسط فوناگی و بیتمن[13] (۲۰۲۱) با اقتباس از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی[14] برای افرادی دارای سابقه تروما طراحی گردید. از منظر آنان ذهنی‌سازی توانایی انسان برای درک اعمال دیگران و رفتار خود بر حسب حالات ذهنی عمدی مانند احساسات، آرزوها، اهداف و خواسته‌ها است و نقص در این توانایی بر عملکرد روانی، سلامت روانی، خودسازماندهی و روابط بین‌فردی تأثیر می‌گذارد (اسمیت[15] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین MBT-TF، بر این باور است که تجارب ناگوار کودکی عملکرد هماهنگ چندین سیستم زیست‌رفتاری کلیدی از جمله سیستم‌های استرس، وابستگی، ذهنی‌سازی و اعتماد معرفتی را مختل و باعث ایجاد یک سلسله اختلالات در این سیستم‌ها می‌شود و فرد آسیب‌دیده را مستعد انزوای خود از محیط اجتماعی و تجربه مجدد تروما می‌کند (روفناخت[16] و همکاران، ۲۰۲۳). مصداق این دیدگاه نتایج مطالعات اخیر است که نشان داده افراد دارای تجارب ناگوار کودکی به نسبت از توانایی ذهنی‌سازی پایین‌تری برخوردارند (جورجلینو[17] و همکاران، ۲۰۲۵) و متعاقب آن با اختلال در تنظیم هیجان (لوکاتی[18] و همکاران، ۲۰۲۳)، خود انتقادی (وویکو و لاکنر[19]، ۲۰۲۴) و نشخوار فکری مواجه می‌شوند (هورواث[20] و همکاران، ۲۰۲۳). برهمین اساس MBT-TF در فرایند درمانی خود به طور خاص بر بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی و اعتماد معرفتی، به‌ویژه در زمینه روابط دلبستگی و پرورش یک فرایند تأملی در اطراف رویدادهای آسیب‌زا باهدف تقویت سلامت‌زایی تمرکز دارد و هدف اصلی آن نه‌تنها بهبود علائم و عملکرد رابطه‌ای، بلکه امکان رشد شخصی بیشتر است (بیتمن و همکاران، ۲۰۲۴).

شواهد پژوهشی نشان داده که در سطح فرا تشخیصی و فرانظری، کار بر روی بازگرداندن اعتماد معرفتی، ذهنی‌سازی هیجان و عملکرد تأملی؛ در افراد با تجارب ناگوار کودکی، ممکن است نقشی اساسی در فرایند درمانی آنها بر عهده گیرد. به صورتی که توانایی ذهنی‌سازی

1.Zhou
2.Zou
3.Huang & Wang
4.self-critical rumination
5.Bırni
6.Ren
7.Smart
8.Karabey & Gülsoy
9.Zaccari
10.Cecen & Gümüş
11.Allaert
12.Trauma-Focused mentalization-based treatment (MBT-TF)
13.Fonagy & Bateman
14.Mentalization-based treatment
15.Smits
16.Rüfenacht
17.Gorgellino
18.Locati
19.Voicu & Luchner
20.Horváth

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

می‌تواند در برابر اثرات این تجارب نقش حفاظتی ایفا کند (تیرونی[1] و همکاران، ۲۰۲۴). این یافته‌ها بر اهمیت فزاینده درمان زودهنگام افرادی که تحت‌تأثیر تجارب ناگوار کودکی قرار گرفته‌اند، با تمرکز بر رشد ذهنی‌سازی تأکید می‌کند (کناپن[2] و همکاران، ۲۰۲۵). همانطور که نتایج پژوهش روفناخت و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد MBT-TF می‌تواند منجر به کاهش احساس انزوا، افزایش توانایی در ارتباط با احساسات و هیجانات و پذیرش تغییرات در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شود. از طرفی MBT به عنوان پایهٔ اصلی MBT-TF توانسته است در درمان اختلالاتی که با سطوح بالایی از تروما مشخص می‌شوند، مانند اختلال شخصیت مرزی (جورگنسن[3] و همکاران، ۲۰۲۵) و اختلال شخصیت ضداجتماعی اثربخشی قابل‌توجهی نشان دهد (بیتمن و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج پژوهش صیادی و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که MBT بر اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی اثربخش است و همچنین شواهد پژوهشی حاکی از آن است که بهبود ذهنی‌سازی می‌تواند سطح خودانتقادی را کاهش دهد (بوش[4] و لاکنر، ۲۰۲۵؛ وویکو و لاکنر، ۲۰۲۴). بااین‌حال اگرچه که این درمان یک روش بالقوه مؤثر در طیف وسیعی از تظاهرات بالینی است؛ اما اکثر مطالعات درمانی در زمینهٔ اثربخشی آن متمرکز بر افراد دارای اختلال شخصیت بوده و محدود مطالعاتی به بررسی اثربخشی آن بر دیگر حوزه‌ها پرداخته‌اند؛ درنتیجه این یک ضرورت علمی است که تحقیقات بیشتر بر افزایش کیفیت و کمیت شواهد MBT-TF خارج از درمان اختلال شخصیت متمرکز شود (لویتن[5] و همکاران، ۲۰۲۴). در کنار آن تجارب ناگوار کودکی به‌عنوان یک مشکل مهم و نادیده گرفته شده در حوزه سلامت عمومی و تروما باید در طیف وسیعی از جمعیت‌ها و محیط‌های اجتماعی - فرهنگی موردمطالعه قرار گیرد (تریودی[6] و همکاران، ۲۰۲۵) و باتوجه‌به شیوع و اثرگذاری بالاتر و اثر تجمعی این تجارب و حضور درد ذهنی در میان زنان که نشانگر یک فراخوان فوری برای مداخلات مؤثر برای آنان است و نقش اهم سلامت روان زنان به دلیل تأثیرات بسزایی که می‌تواند در سلامت خانواده و جامعه داشته باشد؛ انتخاب روش درمانی متناسب با شرایط آنان برای پیشگیری و رهایی از پیامدهای نامطلوب سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از سوی دیگر مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی MBT-TF بر روی متغیرهای پژوهش در بین زنان دارای تجارب ناگوار کودکی پرداخته باشد در دسترس محقق نگرفت که یکی دیگر از خلأهای پژوهش حاضر است؛ بر همین مبنا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی بود.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی ساکن شهر زرین‌شهر در سال ۱۴۰۴ بود. حداقل حجم پیشنهادی نمونه برای طرح‌های نیمه‌آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر است (دلاور، ۱۴۰۳)؛ بر همین مبنا و مدنظر قراردادن احتمال ریزش نمونه، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه به‌صورت تصادفی گمارده شدند. ملاک‌های درنظر گرفته شده برای ورود به پژوهش شامل مؤنث بودن، داشتن حداقل دو تجربه ناگوار کودکی بر اساس پرسشنامه تجارب ناگوار کودکی، نمره بالاتر از ۹۰ از مقیاس درد ذهنی، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در پژوهش، عدم شرکت موازی در جلسات مشاوره و روان‌درمانی، عدم مصرف داروهای مربوط به‌سلامت روان، تأیید عدم ابتلا به اختلالات روانی بر اساس مصاحبه بالینی و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل و انصراف از ادامه مشارکت در روند پژوهش، حداقل ۲ جلسه غیبت، متعهد نبودن و مشارکت‌نکردن در فعالیت‌های گروه بود. درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما در ۱۲ جلسه ۲ ساعته و هفته‌ای یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اختتام جلسات، پس‌آزمون و به فاصله دو ماه پیگیری اجرا گردید. بر مبنای اصول و ملاحظات اخلاقی از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی کسب گردید و ضمن ایجاد اطمینان برای رعایت اصول رازداری و محرمانگی، انتشار نتایج به‌صورت کلی، حق خروج از پژوهش در هر یک از مراحل پژوهش، به منظور رعایت اصل عدم آسیب‌رسانی

1.Tironi
2.Knapen
3.Jørgensen
4 Bush
5.Luyten
6.Trivedi

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

ناشی از بیان تجارب ناگوار کودکی در طول درمان آزمودنی‌ها پیش‌آگاه‌سازی شدند و پروتکل پایش و مداخله فوری به‌هنگام نیاز برای صیانت از آنان پیش‌بینی گردید. همچنین امکان برگزاری مداخله برای گروه گواه فراهم شد. داده‌های گردآوری شده در مراحل سنجش با روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامۀ تجارب ناگوار کودکی[1] (ACE-10): این ابزار توسط فلیتی[2] و همکاران (۱۹۹۸) در ۱۰ سؤال به‌منظور سنجش تجارب ناگوار کودکی تا ۱۸ سالگی تدوین گردید که دارای یک ساختار دوعاملی شامل بدرفتاری با کودک و اختلال در عملکرد خانواده است. نحوۀ امتیازدهی به‌صورت بله (۱) و خیر (۰) و دامنه نوسان امتیازات آن بین ۰ تا ۱۰ است که نمرات بالاتر بیانگر تجارب ناگوار بیشتر است. پرکوویچ[3] و همکاران (۲۰۲۴) پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش امگا مک‌دونالد[4] برای خرده مقیاس‌های بدرفتاری با کودک (ω=۰/۷۳) و اختلال در عملکرد خانواده (ω=۰/۷۱) گزارش کردند. همچنین ضریب همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس[5] (DASS_21) محاسبه شد که با افسردگی ۰/۴۹، اضطراب ۰/۳۶ و استرس ۰/۴۳ بود که نشان از روایی همگرای پرسشنامه بود. در ایران دینلی و همکاران (۱۳۹۹) پایایی پرسشنامه را از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۰ محاسبه و روایی همگرای پرسشنامه از طریق محاسبۀ ضریب همبستگی پیرسون با پرسشنامه ترومای دوران کودکی[6] (CTQ)، ۰/۶۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی از طریق ضریب کودر- ریچاردسون ۰/۷۰ به دست آمد.

مقیاس درد ذهنی[7] (MPS): مقیاس درد ذهنی توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) به‌منظور اندازه‌گیری شدت درد ذهنی در ۴۴ سؤال و ۹ خرده مقیاس تدوین گردیده است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، تا حدی موافقم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) تنظیم شده است که براین‌اساس دامنه نوسان نمرات آن بین ۴۴ تا ۲۲۰ قرار می‌گیرد. سؤالات ۲۵ و ۴۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر به معنای وجود درد ذهنی با شدت بیشتر است. در پژوهش اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ گزارش گردیده و ضریب همبستگی پرسشنامه با اضطراب و افسردگی به ترتیب در دامنۀ (r=۰/۲۶ تا r=۰/۶۴) و (r=۰/۲۷ تا r=۰/۵۰) گزارش شده که حاکی از روایی همگرای آن بود. در ایران کرمی و همکاران (۱۳۹۷) به بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی آن پرداختند که از طریق تحلیل عامل اکتشافی منجر به شناسایی ۶ عامل مجزای پوچی (بی‌معنایی) و بی‌ارزشی، سردرگمی و آشفتگی هیجانی، فقدان کنترل، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری اجتماعی - از خودبیگانگی و ترس از تنهایی شد که در مجموع این شش عامل ۶۶/۴۰ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. همچنین پایایی از روش آلفای کرونباخ در نمره کل ۰/۹۶ گزارش گردید و ضریب همبستگی آن با مقیاس افسردگی بک[8] (BDI-II) ۰/۶۷ به دست آمد که حاکی از روایی همگرای پرسشنامه است (کرمی و همکاران، ۱۳۹۷). در این پژوهش پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان[9] (AEQ): پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان توسط کینگ و امونز (۱۹۹۰) در ۲۸ سؤال و دو خرده مقیاس طراحی گردیده که شیوۀ نمره‌گذاری آن به‌صورت طیف پنج‌درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد و دامنه نمرات آن بین ۲۸ تا ۱۴۰ قرار می‌گرفت که نمرات بالاتر نمایانگر دوسوگرایی بیشتر در ابراز هیجان است. کینگ و امونز (۱۹۹۰) پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی همگرای پرسشنامه با شاخص حساسیت بین‌فردی[10] (IPSM) (r=۰/۴۴) گزارش کردند. در پژوهش علوی و همکاران (۱۳۹۶) نتایج تحلیل عامل اکتشافی یک ساختار دوعاملی شامل دوسوگرایی در ابراز هیجان‌های مثبت و ابراز هیجان‌های منفی را نشان داد و تعداد سؤالات به ۲۳ مورد تقلیل یافت و دامنه نمرات در بین ۲۳ تا ۱۱۵ قرار گرفت. روایی همگرای

1.Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-10)
2.Felitti
3.Perković
4.McDonald's Omega
5.Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)
6.Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
7.Mental Pain Scale (MPS)
8.Beck Depression Inventory (BDI-II)
9.Ambivalence over Emotional Expression Questionnaire (AEQ)
10.Interpersonal Sensitivity Measure (IPSM)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) ۰/۳۵ و با پرسشنامه هراس اجتماعی[1] (SPIN) ۰/۴۳ گزارش شد. همچنین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ در دامنهٔ ۰/۷۷ تا ۸۶ /۰ و ضرایب بازآزمایی با فاصلهٔ ۴ هفته برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ محاسبه شد (علوی و همکاران، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ حاصل شد.

مقیاس نشخوارخودانتقادی[2] (SCR): این مقیاس توسط اسمارت و همکاران (۲۰۱۶) در قالب ۱۰ گویه به‌منظور سنجش فرایندهای نشخوارکننده مرتبط با افکار خود انتقادی طراحی گردید. نمره‌دهی آن بر مبنای طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا خیلی زیاد (۴) و دامنه نمرات آن بین ۱۰ تا ۴۰ است که نمرات بالاتر نشان از نشخوارخودانتقادی بیشتر می‌باشد. در پژوهش اسمارت و همکاران (۲۰۱۶) روایی مقیاس از روش تحلیل عامل اکتشافی حاکی از ساختار تک عاملی آن بود که در مجموع ۵۸/۴۱ درصد از واریانس را تبیین می‌کرد. و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ گزارش شد. در پژوهش شاهیان و همکاران (۱۴۰۳) بررسی روایی سازه مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی تک عاملی بودن آن را تائید کرد به صورتی که این عامل ۵۵ درصد از کل واریانس را تبیین می‌نمود؛ و روایی همگرای مقیاس با افسردگی (r=۰/۶۶)، اضطراب (r=۰/۵۲) و استرس (r=۰/۶۵) و روایی واگرا با شفقت به خود (r=۰/۷۰) گزارش شد. همچنین پایایی آن از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد (شاهیان و همکاران، ۱۴۰۳). در این پژوهش پایایی از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما[3] (MBT-TF): این درمان توسط فوناگی و بیتمن (۲۰۲۱) در سه‌فاز تمرکز بر ثبات و توسعهٔ امنیت هیجانی و شخصی، تمرکز بر پردازش خاطرات تروما و تمرکز بر سوگواری برای از دست رفتن‌های رشدی و ارتباطی مرتبط با تروما و نگاه به آینده تدوین شده است (بیتمن و همکاران، ۲۰۲۳). در این پژوهش MBT-TF در قالب یک برنامه گروهی در ۱۲ جلسه ۲ ساعته هر هفته یک جلسه توسط محقق اجرا گردید که خلاصه محتوای جلسات آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما (MBT-TF)

جلسه	محتوا
جلسه اول	شروع فاز اول: خوشامدگویی، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر، تعیین ارزش‌های مشترک گروه، معرفی چارچوب درمان، آموزش روان‌شناختی اولیه درباره تأثیر تجارب ناگوار بر ذهن و بدن و مفهوم اعتماد معرفتی.
جلسه دوم	آشنایی با پنجره تحمل، شناسایی هیجان و تنظیم هیجان (اضطراب، شرم و اجتناب)، شناسایی گسست، فلش‌بک‌ها و کابوس‌ها.
جلسه سوم	آموزش ذهنی‌سازی، حالات غیر ذهنی‌سازی، بررسی من به‌عنوان یک شخص و روابط (خود بیگانه).
جلسه چهارم	تمرین ایجاد ارتباط در گروه، آموزش و تمرین تشخیص و مدیریت اضطراب و گسست و سایر هیجانات در خود و یکدیگر
جلسه پنجم	شروع فاز دوم: معرفی ساختار سه‌مرحله‌ای پردازش تجارب ناگوار: ۱) بازخوانی، ۲) تأمل بر پیامدها، ۳) فراتأمل، با هدف ذهنی‌سازی احساسات و افکار پیرامون تجارب ناگوار، توافق گروه درباره نحوه مشارکت و قواعد.
جلسه ششم	انتخاب رویداد ناگوار برای بازخوانی، با تمرکز بر حالت عاطفی و فکری گذشته و زمان حال، تشویق به ذهنی‌سازی تجربه درون خود، افزایش ظرفیت تأمل عاطفی.
جلسه هفتم	آموزش و تمرین تأمل بر پیامدهای تجربه: تلاش برای تجربه و تأمل بر تأثیر تجربه بر رفتار و بررسی چگونگی اقدام برای مدیریت یا مقابله با آن و چگونگی تأثیر آن بر شکل‌گیری خودپنداره.
جلسه هشتم	آموزش و تمرین فراتأمل از طریق ذهنی‌سازی دیگران: تأمل بر احساسات گروه در ارتباط باتجربه، ذهنی‌سازی دیگران و حالات ذهنی آنها (حالت - به من)، و ذهنی‌سازی دیگران در مورد خود (حالت - شخصی‌سازی شده من). صحبت باز دررابطه‌با تجربه ناگوار، احساسات مرتبط باتجربه در آن زمان و همچنین احساسات فعلی خود نسبت به آن تجارب.
جلسه نهم	ذهنی‌سازی روابط تحت‌تأثیر تجارب ناگوار با حرکت از تأمل بر تجربه رابطه‌ای فوری به تأمل بر پیامدها، بررسی روابط گذشته همراه باتجربه ناگوار تأمل بر روابط خود گذشته از منظر خود فعلی، تجربه خود در فرایند بررسی اکنون، شروع بررسی شبکه اجتماعی هر شرکت‌کننده با استفاده از نقشه روابط.
جلسه دهم	بررسی روابط کنونی از منظر ذهنی‌سازی، بحث گروهی درباره نحوه تداوم اثرات تجارب در روابط امروزی و راهکارهای جدید.
جلسه یازدهم	شروع فاز سوم: مطابق پروتکل جلسات پس از گذشت ۴ هفته برگزار شدند. بازبینی وضعیت اعضا، تأمل بر آنچه از خود و گروه فهمیده‌اند، شروع فرایند سوگواری برای از دست‌دادن‌های رشدی و ارتباطی مرتبط با تجارب ناگوار.

1.Social Phobia Inventory (SPIN)
2.Self-Critical Rumination Scale (SCRS)
3.Trauma-Focused Mentalization-Based Treatment (MBT-TF)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

جلسه دوازدهم مرور دستاوردها، تأمل بر ارزش‌های گروهی و تصمیم‌گیری درباره نگهداری آنها، بحث درباره پایان گروه، اجرای پس‌آزمون.

یافته ها

در این پژوهش میانگین و انحراف‌معیار سن افراد گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۷/۲۰ و ٤/۷۷ و در گروه گواه ۲۸ و ۴/۲۰ بود. از نظر وضعیت تأهل در گروه آزمایش ۱۵ نفر مجرد (۷۵٪) و ۵ نفر متأهل (۲۵٪) و در گروه گواه ۱۲ نفر مجرد (۶۰٪) و ۸ نفر (۴۰٪) متأهل بودند. در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۵۰٪) و در گروه گواه ۱۱ نفر (۵۵٪) دارای تحصیلات کارشناسی، در گروه آزمایش ۸ نفر (۴۰٪) و در گروه گواه ۷ نفر (۳۵٪) دارای تحصیلات فوق لیسانس و در هر کدامیک از گروه‌های آزمایش و گواه ۲ نفر (۱۰٪) دارای تحصیلات دکتری بودند. همچنین در مرحله ورود به پژوهش در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار تجارب ناگوار کودکی به ترتیب ۷/۲۰ و ۱/۷۹ و درد ذهنی۱۴۲/۶۰ و ۱۲/۱۵ و در گروه گواه میانگین و انحراف معیار تجارب ناگوار کودکی ۶/۱۵ و ۲/۳۲ و درد ذهنی ۱۴۱/۹۰ و ۱۱/۵۴ بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف‌معیار دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل سنجش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغیر	آزمون	گروه آزمایش		گروه گواه	
		M	SD	M	SD
دوسوگرایی در ابراز هیجان	پیش‌آزمون	۷۸/۷۵	۱۰/۰۳	۸۰/۸۵	۱۱/۵۴
	پس‌آزمون	۶۶/۳۰	۷/۴۴	۷۹/۱۰	۸/۹۰
	پیگیری	۶۸/۸۰	۸/۹۶	۸۰/۸۵	۹/۹۲
نشخوارخودانتقادی	پیش‌آزمون	۳۰/۹۵	۳/۸۳	۳۲/۰۵	۴/۲۷
	پس‌آزمون	۲۵/۳۰	۳/۵۸	۳۱/۵۵	۴/۵۲
	پیگیری	۲۳/۴۵	۴/۰۹	۲۹/۵۵	۳/۴۷

نتایج جدول ۲، بیانگر تفاوت در میانگین و انحراف‌معیار دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی در سه مرحله سنجش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و گواه است. در راستای بررسی اثر مداخلهٔ آزمایشی، از طریق روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ابتدا پیش‌فرض‌های الزامی برای اجرای آن بررسی شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو - ویلک در هر یک از مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌های پژوهش مورد بررسی و تائید قرارگرفت (p>۰/۰۵). از آزمون لون برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها استفاده شد؛ یافته‌ها نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌های دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی بین گروه‌ها برقرار است (p>۰/۰۵)؛ نتایج آزمون ام‌باکس که به‌منظور بررسی شرط همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس‌ها انجام شد حاکی از برقراری این پیش‌فرض بود (F=۱/۱۰۹ و Sig=۰/۳۲۹)؛ اما نتایج آزمون کرویت موچلی به دلیل اینکه در سطح معناداری قرار داشت (p<۰/۰۵) فرض آن رد شد؛ بر همین اساس از تصحیح گرین هاوس – گیسر[1] که نشانگر کاهش درجه آزادی و احتیاط بالاتر در رد فرض صفر غلط است، بهره گرفته شد. در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوار خودانتقادی

متغیر		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	η^2	توان آزمون
دوسوگرایی در ابراز هیجان	بین‌گروهی	گروه	۲۴۲۱/۰۰	۱	۲۴۲۱/۰۰	۲۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹
	درون‌گروهی	اثر زمان	۱۰۶۲/۳۵	۱/۰۹	۹۷۱/۹۶	۶/۵۶	۰/۰۱۲	۰/۱۴	۰/۷۳

1.Greenhouse-geisser

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

نشخوار خودانتقادی	بین‌گروهی	اثر زمان × گروه	۷۱۳/۵۱	۱/۰۹	۶۵۲/۸۱	۴/۴۰	۰/۰۳۹	۰/۱۰	۰/۵۵
		گروه	۶۰۳/۰۰	۱	۶۰۳/۰۰	۲۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹
	درون‌گروهی	اثر زمان	۵۰۸/۸۱	۱/۴۸	۳۴۳/۶۴	۲۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱
		اثر زمان × گروه	۱۷۱/۸۱	۱/۴۸	۱۱۶/۰۴	۷/۲۶	۰/۰۰۴	۰/۱۶	۰/۸۵

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که در تحلیل بین‌گروهی تفاوت میانگین نمرات دوسوگرایی در ابراز هیجان (F=۲۱/۶۶، P>۰/۰۰۱، η^2=۰/۳۶) و نشخوار خود انتقادی (F=۲۵/۲۲، P>۰/۰۰۱، η^2=۰/۳۹) در گروه آزمایش و گواه معنادار است. همچنین نتایج تحلیل درون‌گروهی حاکی از معناداری اثر اصلی زمان در متغیرهای دوسوگرایی در ابرازهیجان (F=۶/۵۶، P>۰/۰۰۱، η^2=۰/۱۴) و نشخوار خود انتقادی (F=۲۱/۵۱، P>۰/۰۰۱، η^2=۰/۳۶) است که نشان از معنادار بودن تفاوت میانگین در سه مرحله سنجش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. تعامل اثر زمان و گروه نیز در دوسوگرایی در ابراز هیجان (F=۴/۴۰، P>۰/۰۳۹) و نشخوارخودانتقادی (F=۷/۲۶، P>۰/۰۰۴) معنادار است که نشان از معنادار بودن تغییرات مراحل سنجش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هریک از گروه‌ها است. به جهت بررسی نقاط تفاوت از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در تعیین تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مقایسه زوجی		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
دوسوگرایی در ابراز هیجان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۱۰	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۴/۹۷	۲/۵۶	۰/۱۷۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۱۲	۲/۲۶	۱/۰۰۰
نشخوار خودانتقادی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۰۷	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۰۰	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۹۲	۰/۸۶	۰/۰۹۶

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۴، نشان می‌دهد که تفاوت میانگین برای متغیر دوسوگرایی در ابراز هیجان بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است (p<۰/۰۵)؛ اما تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری و نیز پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست (p>۰/۰۵) که حاکی از کاهش معنادار این متغیر پس از مداخله و حفظ اثر نسبی آن پس از پیگیری است. برای متغیر نشخوارخودانتقادی تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار است (p<۰/۰۵)؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری غیرمعنادار است (p>۰/۰۵) که نشان از اثربخشی مداخله بر کاهش نشخوارخودانتقادی و پایدار بودن اثر آن تا مرحله پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر دوسوگرایی در ابراز هیجان زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی اثربخش است. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش صیادی و همکاران (۱۴۰۳)، تیرونی و همکاران (۲۰۲۴)، بیتمن و همکاران (۲۰۲۳)، لوکاتی و همکاران (۲۰۲۳) و روفناخت و همکاران (۲۰۲۳) بود. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان عنوان کرد که در طی جلسات فاز نخست درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما با شکل‌گیری و تقویت یک رابطه ایمن و اعتماد برانگیز در گروه و همچنین ارائه آموزش‌های روان‌شناختی از جمله اعتماد معرفتی، پنجره تحمل، تنظیم هیجان، ذهنی‌سازی و ذهنی‌سازی هیجان و اجرا و تمرین آنها توسط زنان (جلسات ۱ تا ۴) به آنان یاری رساند تا هیجان‌های متعارض خود را شناسایی و مشاهده کنند بدون آنکه بخواهند آنها را سرکوب و یا انکار نمایند. همچنین با صحبت‌کردن در مورد آنها و درک آنها توسط دیگر اعضا و درمانگر دریافتند که بیان هیجانات با پاسخ‌های منفی و یا تنبیهی ازجمله طرد یا تهدید همراه

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

نخواهد بود و آنها تنها نیستند و به‌نوعی تأیید و عادی‌سازی احساسات به‌عنوان بستر اولیه منجر به تقویت توانایی ذهنی‌سازی، افزایش حس عاملیت و کاهش بیش هوشیاری معرفتی (بیتمن و همکاران، ۲۰۲۳) و گامی در راستای کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجان در آنان شد. پس از تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی، زنان در طی جلسات فاز دوم (۵ تا ۱۰) به بازخوانی تجربه ناگوار انتخاب شده پرداختند. ریز برش تجارب ناگوار به زنان کمک کرد تا بتوانند تجربه ناگوار و تأثیر آنها از جمله دوسوگرایی در ابراز هیجان را بر خود و روابطشان را ذهنی‌سازی کنند که خود عاملی برای یافتن راه‌های جایگزین و سازگارانه برای نگاه به گذشته و تأثیر آن بر حال و افزایش ظرفیت تأمل عاطفی در آنان شد. همچنین بررسی و بحث در مورد روش‌های جایگزین برای تنظیم هیجان منجر به بهبود راهبردهای تنظیم هیجان زنان شد. به‌واقع برون‌ریزی تجارب ناگواری که ذهنی‌سازی نشده بودند و ذهنی‌سازی آنها، باعث شد که کمتر از راهبردهای نامطلوب تنظیم هیجان از جمله سرکوب هیجانات و عدم بیان هیجان استفاده نمایند (بیتمن و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین زنان در طی فاز سوم (جلسات ۱۱ و ۱۲) بر اساس اینکه ظرفیت ذهنی‌سازی، تأمل عاطفی، تنظیم هیجان و اعتماد معرفتی آنها بهبودیافته بود سعی کردند که تمرکز خود را بر سلامت افزایی و ترویج تغییرات مثبت در روابط بین‌فردی فراهم کنند به صورتی که بتوانند هیجانات خود را بدون ترس از پیامدهایی که ممکن است برای آنان داشته باشد ابراز نمایند و با کاهش تمایل به بازآفرینی تجارب ناگوار توانستند راه‌های جدیدی را برای بودن در روابط آزمایش کنند (روفناخت و همکاران، ۲۰۲۳) که کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجان را دربر داشت.

همچنین نتایج برآمده از پژوهش بیانگر اثربخشی پایدار درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر نشخوارخودانتقادی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی است. این نتایج همسو با پژوهش‌های بوش و لاکنر (۲۰۲۵)، وویکو و لاکنر (۲۰۲۴)، تیرونی و همکاران (۲۰۲۴)، هوروات و همکاران (۲۰۲۳) و بیتمن و همکاران (۲۰۲۳) بود. در تبیین نتیجهٔ حاصل می‌توان این‌گونه اظهار داشت که در طی جلسات فاز نخست (جلسات ۱ تا ۴) به دلیل پدیدایی و گسترش یک رابطه ایمن و بر اثر آموزش‌های روان‌شناختی زنان آموختند که به‌جای آنکه با هیجان خود یکی شوند آن را مشاهده کنند و درنتیجه افزایش تنظیم هیجان شرم و اضطراب که محرک اصلی برای نشخوارخودانتقادی هستند؛ از شدت آن کاستند. از طرفی آموزش ذهنی‌سازی پایه، شناسایی حالت‌های غیر ذهنی‌سازی و چرخه بازنمایی که در بستر آن نشخوارخودانتقادی رخ می‌داد توانایی زنان را برای مشاهده بدون قضاوت خود بالا برد (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین در محیط همدلانه و حمایتگر در طی فاز دوم درمان (جلسات ۵ تا ۱۰) زنان توانستند تا بدون ترس از قضاوت‌شدن یک تجربه ناگوار را برای پردازش انتخاب کنند و درمانگر با ذهنی‌سازی تجارب به آنان کمک نمود تا از ماهیت تکه‌تکه و مزاحم خاطراتشان گذر کنند. از طرفی کاوش و اعتبارسنجی تجارب و مدیریت سطوح برانگیختگی توسط درمانگر و گفتگو و تعامل همدلانه عاری از سرزنش و تأکید بر حمایت با افزایش تأمل عاطفی و اعتماد معرفتی منجر به تغییر در چرخه بازنمایی زنان شد. بدین صورت که مواجهه با یک واکنش جمعی گروهی که عملکرد آنها را در طی تجربه درک می‌کرد، مورد سرزنش و انتقاد قرار نمی‌داد؛ بلکه آنها را حمایت می‌کرد و خودانتقادی آنها را به چالش می‌کشید و همچنین در نتیجه تعامل جدید که با الگوی معمول بازآفرینی آنها متفاوت بود باعث کاهش نشخوار خودانتقادی در آنان شد. از طرفی فرایند بررسی دیدگاه‌های جایگزین باعث شد تا زنان برداشت‌ها و فرضیات ریشه‌دار خود در مورد دیگران و روابط خویش را زیر سؤال ببرند، تا رویکردی کمتر خودانتقادگرانه اتخاذ نمایند و امکان ارتباط با دیگران را به شیوه‌ای جدید بررسی کنند (بیتمن و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی تأثیر تجارب ناگوار زنان بر درک آنها از خود، دیدگاه‌های آنها نسبت به یکدیگر و نقشه روابط بین‌فردی و به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات در گروه باعث تقویت تمایل برای تغییر در آنان شد. در طی فاز سوم (جلسات ۱۱ و ۱۲) با بررسی آنچه در مرحله پردازش گذرانده بودند و همچنین امیدهای اولیه و دستاوردهایی که از گروه به دست آورده بودند و جنبه‌هایی که بدون تغییر باقی‌مانده بودند؛ دریافتند که هیجانات آنها به‌عنوان پاسخ به اعمالی است که نسبت به آنها انجام شده است و نسبت به خود دلسوزی نشان دادند. ذهنی‌سازی و درک عمیق از تأثیر تجارب و پاسخ‌های آنان به آنها کمک کرد واکنش‌های خود را باتوجه‌به تجربیاتشان طبیعی و موجه ببینند. توانایی ابراز احساس شکست و ناامیدی به آنان کمک کرد تا کنترل بیشتری بر موقعیت داشته باشند و بتواند داستان خود را با افراد مورداعتماد خود در میان گذاشته و در راستای ادغام گذشته باحال و تصور آینده‌ای سرشار از بهبودی و رشد شخصی گام بردارند (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بنابراین افزایش ظرفیت ذهنی‌سازی، اعتماد معرفتی، ذهنی‌سازی تجارب ناگوار در زنان باعث شد که بازتاب‌های ذهنی مثبت و پذیرنده‌تری از خودساخته و در نتیجه گفت‌وگوی درونی از حالت تنبیهی به حالت مراقبانه و تأملی تغییر کند که خود منجر به کاهش نشخوارخودانتقادی در آنان شد.

در مجموع نتایج برآمده از پژوهش نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی دارای اثربخشی معنادار و پایدار است و می‌تواند با کاهش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

این دوسازه در راستای ارتقای سلامت روان آنان نقش مؤثری ایفا کند. بااین‌حال پژوهش حاضر در روند اجرایی خود با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است که در تعمیم نتایج آن باید احتیاط لازم صورت پذیرد؛ از جمله روش نمونه‌گیری هدفمند و انتخاب زنان به‌عنوان جامعه موردمطالعه و شرایط تنش‌زای جنگ اخیر که در جهت رفع این محدودیت‌ها در پژوهش‌های آتی می‌توان از روش نمونه‌گیری تصادفی و اجرای آن در جامعه مردان و در شرایط آرام بهره جست. علی‌رغم نتایج امیدوارکننده درمان گروهی مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما در جامعه زنان ایرانی به جهت تأیید اثربخشی آن، اجرای تحقیقات بیشتر در جوامع دیگر ضروری است که پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه روان‌شناسی و مشاوره از آن در جهت کاستن اثرات تجارب ناگوار کودکی و کاهش دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارخودانتقادی بهره گیرند.

منابع

دلاور، ع. (۱۴۰۳). *روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی*. تهران، انتشارات ویرایش. https://ravabook.ir

دینلی، س.، بادامی، ر.، مشکاتی، ز.، و فائقی، س. (۱۳۹۹). روان‌سنجی نسخه تغییر یافته پرسش‌نامه تجارب نامطلوب کودکی برای ورزشکاران. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۱۶(۱)، ۸۷-۹۴. https://jrrs.mui.ac.ir/article_17197.html?lang=fa

شاهیان، ه.، مولائی، م.، و سعادت، س. (۱۴۰۳). اعتباریابی نسخه فارسی مقیاس نشخوار خود انتقادی در دانشجویان. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳(۶)، ۲۴۰-۲۳۱. http://frooyesh.ir/article-1-5565-fa.html

صیادی، ع.، زارعی، ث.، ملکی، س.، و ارسلان ده، ف. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر اعتماد معرفتی، بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری در بزرگسالان مبتلا به ترومای کودکی. *روان پرستاری*، ۱۲ (۶)، ۱۶-۳۰. http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.12.6.16

علوی، خ.، اصغری مقدم، م.، ع.، رحیمی‌نژاد، ع.، و فراهانی، ح.، ا. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه دوسوگرایی در ابراز هیجان. *فصلنامه پژوهش در روانشناختی*، ۱۱(۱) ، ۷۴-۹۱. http://dx.doi.org/10.29252/rph.11.1.74

کرمی، ج.، بگیان، م.، ج.، مومنی، خ.، م.، و الهی، ع. (۱۳۹۷). سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی (OMMP). *روانشناسی سلامت*، ۷ (۲۵)، ۱۴۶-۱۷۲. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23221283.1397.7.25.10.7

Abrahams, T., Van de Ree, M., Hakvoort, L., Konijn, C., Otten, R., Popma, A., & Nijhof, K. (2025). Music therapy and adverse childhood experiences: A scoping review. *Nordic Journal of Music Therapy*, *34*(2), 145–173. https://doi.org/10.1080/08098131.2024.2388885

Allaert, J., De Raedt, R., Sanchez-Lopez, A., & Vanderhasselt, M. A. (2025). Counterfactual thinking is associated with impoverished attentional control in women prone to self-critical rumination. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *87*, 102017. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2025.102017

Anderson, A., C., & Jones, M., S. (2026). Scars that shape us: The role of gender in the ACE-delinquency pathway. *Journal of Criminal Justice*, *102*, 102576. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2025.102576.

Assari, S., Najand, B., & Donovan, A. (2025). Sex/Gender differences in the effects of childhood abuse on future risk of depression: Longitudinal evidence from the global flourishing study. *Children (Basel, Switzerland)*, *12*(6), 754. https://doi.org/10.3390/children12060754

Barlati, S., Innamorati, M., Vita, A., Nibbio, G., Erbuto, D., Sarubbi, S., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., Abbate-Daga, G., Carmassi, C., Castellini, G., De Fazio, P., Di Lorenzo, G., Di Nicola, M., Ferrari, S., Goracci, A., Gramaglia, C., Martinotti, G., Nanni, M. G., … Pompili, M. (2025). The interplay between childhood trauma, hopelessness, depressive symptoms, and mental pain in a large sample of patients with severe mental disorders: A network analysis. *Journal of affective disorders*, *380*, 545–551. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.185

Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P., & Debbané, M. (2023). *Guide to mentalization-based treatment (MBT)*. Cambridge University Press, Cambridge. https://doi.org/10.1017/9781108896054

Bateman, A., Rüfenacht, E., Perroud, N., Debbané, M., Nolte, T., Shaverin, L., & Fonagy, P. (2024). Childhood maltreatment, dissociation and borderline personality disorder: Preliminary data on the mediational role of mentalizing in complex post-traumatic stress disorder. *Psychology and psychotherapy*, *97 Suppl 1*, 58–74. https://doi.org/10.1111/papt.12514

Bırni, G., Erus, S., M., Satıcı, S. A., & Deniz., M., E. (2025). Psychological flexibility and self-critical rumination: A serial mediation between adverse childhood experiences and mental well-being in adulthood, *Personality and Individual Differences*, 232, 112861. https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112861.

Bohon, L. M., Sinclair, S., Medeiros-Tejomaya, R. R., Hamel, J., & Hock, A. H. (2026). Using SEM to test the associations among women's childhood ecology, adult psychosocial life history traits, and mating effort. *Evolution and Human Behavior*, *47*(1), 106783. https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2025.106783

Bush, G. J., & Luchner, A. F. (2025). Coping with shame: the role of self-reflective capacities in perceiving others as empathic. *Research in psychotherapy (Milano)*, *28*(1), 824. https://doi.org/10.4081/ripppo.2025.824

Campos, R. C., Bandarra, D., & Holden, R. R. (2025). Writing a suicide note: Testing the effects of childhood trauma and psychache. *Death Studies*, 1–6. https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2585931

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

Cecen, A. R., & Gümüş, Z. (2025). The underlying mechanism for childhood psychological maltreatment and self-satisfaction: The serial mediating roles of self-critical rumination and self-compassion. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *23*(3), 2252-2268. https://doi.org/10.1007/s11469-023-01228-2

Chen X. (2025). The interrelation between major depressive symptoms and ambivalence over emotional expression among college students: a network perspective on gender differences. *Frontiers in psychiatry*, *16*, 1658159. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1658159

Chen, S., Fu, T., Wang, Y., & Sun, G. (2024). Childhood trauma, psychache, and depression among university students: a moderated mediation model. *Frontiers in psychiatry*, *15*, 1414105. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1414105

Cristea F. (2025). Navigating the unknown: Mental pain, uncertainty, and self-isolation in Bali and Java. *Culture, medicine and psychiatry*, *49(4), 1126–1149. https://doi.org/10.1007/s11013-025-09930-7*

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8

Gorgellino, M., Kumar, G., Parkar, Y., Catalan, A., Fares-Otero, N., Debbané, M., Armando, M., & Alameda, L. (2025). The shadow of trauma: impaired mentalization in clinical populations - a systematic review. *Psychological medicine*, *55*, e186. https://doi.org/10.1017/S0033291725100822

Horváth, Z., Demetrovics, O., Paksi, B., Unoka, Z., & Demetrovics, Z. (2023). The reflective functioning questionnaire–revised–7 (RFQ-R-7): A new measurement model assessing hypomentalization. *PLoS one*, *18*(2), e0282000. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282000

Huang, T., & Wang, W. (2024). Relationship between fear of evaluation, ambivalence over emotional expression, and self-compassion among university students. *BMC psychology*, *12*(1), 128. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01629-5

Jørgensen, M. S., Høgenhaug, S. S., Sharp, C., & Bo, S. (2025). Mentalization-based therapy for borderline personality disorder: State-of-the-science and future directions. *Clinical psychology & psychotherapy*, *32*(4), e70120. https://doi.org/10.1002/cpp.70120

Karabey, T., & Gülsoy, Z. (2025). Determination of self-critical rumination levels and work stress levels in intensive care nurses: A descriptive, cross-sectional and relational study. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues.* Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s12144-025-07896-8

Kelley, T., M., Bowers, J., Savard, D., M., Pettit, W., F., & Pransky, J., B. (2025). The mediating effect of understanding the Principle of Thought and innate mental health between maladaptive repetitive thought and psychopathology/mental health for adults exposed to adverse childhood experiences, *Child Protection and Practice*, *4*, 100101. https://doi.org/10.1016/j.chipro.2025.100101

King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of personality and social psychology*, *58*(5), 864–877. https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.864

Knapen, S. R. Y., Mensink, W., Hoogendoorn, A. W., Swildens, W. E., Duits, P., Hutsebaut, J., & Beekman, A. T. F. (2025). Associations between childhood trauma and epistemic trust, attachment, mentalizing, and symptoms of borderline personality disorder. *Psychopathology*, 1–22. Advance online publication. https://doi.org/10.1159/000542919

Kozlowitz, S., Ribeiro, A., Sibeoni, J., Brossard, B., & Chevance, A. (2025). What is mental pain? A systematic review and metasynthesis of qualitative research on the lived experience of mental pain. *Psychotherapy and psychosomatics*, 1–20. Advance online publication. https://doi.org/10.1159/000548567

Landi, G., Boccolini, G., Chinali, G., Grandi, S., & Tossani, E. (2025). Italian validation of the Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale-8 (OMMP-8). *Annals of general psychiatry*, *24*(1), 46. https://doi.org/10.1186/s12991-025-00584-8

Locati, F., Milesi, A., Conte, F., Campbell, C., Fonagy, P., Ensink, K., & Parolin, L. (2023). Adolescence in lockdown: The protective role of mentalizing and epistemic trust. *Journal of clinical psychology*, *79*(4), 969–984. https://doi.org/10.1002/jclp.23453

Luyten, P., Campbell, C., Moser, M., & Fonagy, P. (2024). The role of mentalizing in psychological interventions in adults: Systematic review and recommendations for future research. *Clinical psychology review*, *108*, 102380. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102380

Nimbi, F. M., Renzi, A., Limoncin, E., & Galli, F. (2025). The role of environmental sensitivity, traumatic experiences, defense mechanisms and mental pain on central sensitivity: testing a path analysis model in chronic headache on quality of life. *Psychology, health & medicine*, *30*(1), 59–78. https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2411065

Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide & life-threatening behavior*, *33*(3), 219–230. https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219

Perković, V. V., Pedić Duić, P., & Lauri Korajlija, A. (2024). Validation of the Croatian version of the adverse childhood experiences questionnaire 10-item version. *European Journal of Developmental Psychology*, *22*(1), 80–93. https://doi.org/10.1080/17405629.2024.2411955

Pompili, M., Berardelli, I., Erbuto, D., & Caraci, F. (2025). Can dextromethorphan-bupropion reduce mental pain in depressed individuals? A generating hypothesis overview perspective. *Annals of General Psychiatry*, *24*(1), 15. https://doi.org/10.1186/s12991-025-00549-x

Ren, L. N., Pang, J. S., Jiang, Q. N., Zhang, X. F., Li, L. L., Wang, J., Li, J. G., Ma, Y. Y., & Jia, W. (2025). Self-compassion, automatic thoughts, and mental pain in depression: Mediating effects and clinical implications. *World journal of psychiatry*, *15*(4), 101105. https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i4.101105

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]

Roddy, S. M. (2026). Adverse childhood experiences. In *Swaiman's Pediatric Neurology* (pp. 285-292). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-443-10944-7.00034-2

Rüfenacht, E. N., Shaverin, L., Bateman, A., Fonagy, P., & Taubner, S. (2023). Theorie und Praxis der Trauma-fokussierten Mentalisierungsbasierten Therapie: Ist eine Traumabehandlung in der Gruppe möglich? [Theory and practice of trauma-focused mentalization-based treatment. Is trauma treatment possible in a group setting?]. *Die Psychotherapie*, *68*(6), 458–465. https://doi.org/10.1007/s00278-023-00686-2

Rüfenacht, E., Shaverin, L., Stubley, J., Smits, M. L., Bateman, A., Fonagy, P., & Luyten, P. (2023). Addressing dissociation symptoms with trauma-focused mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *37*(4), 467–491. https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2272765

Salokangas, R. K. R., Salokangas, H. R. W., From, T., Lehtoranta, L., Juolevi, A., Hietala, J., & Koskinen, S. (2024). Gender differences in the association between adverse childhood experiences and premature mortality: A prospective population study. *Child abuse & neglect*, *153*, 106838. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106838

Smart, L. M., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Development and validation of a measure of self-critical rumination. *Assessment*, *23*(3), 321-332. https://doi.org/10.1177/1073191115573300

Smits, M. L., De Vos, J., Rüfenacht, E., Nijssens, L., Shaverin, L., Nolte, T., ... & Bateman, A. (2024). Breaking the cycle with trauma-focused mentalization-based treatment: theory and practice of a trauma-focused group intervention. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1426092. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1426092

Supke, M., Hahlweg, K., Schulz, W., & Job, A. K. (2025). Sex-specific differences in the experience of adverse childhood experiences: transmission, protective, and risk factors from the perspectives of parents and their children-results of an 18-year German longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *19*(1), 46. https://doi.org/10.1186/s13034-025-00904-6

Tian, Z., Sheng, R., Zhang, Y., & Li, H. (2025). Latent profile analysis of emotional expression conflicts and associated influencing factors in breast cancer patients receiving postoperative chemotherapy. *Cancer management and research*, *17*, 1259–1269. https://doi.org/10.2147/CMAR.S509857

Tironi, M., Charpentier Mora, S., Liotti, M., Fiorini Bincoletto, A., Tanzilli, A., Cavanna, D., Lingiardi, V., Speranza, A. M., Giovanardi, G., & Bizzi, F. (2024). Adverse childhood experiences and psychological maladjustment in adolescence: The protective role of epistemic trust, mentalized affectivity, and reflective functioning. *Journal of clinical psychology*, *80*(11), 2228–2246. https://doi.org/10.1002/jclp.23733

Trivedi, G. Y., Surana, P., Pandya, N., Patel, N., Trivedi, R. G., Kathirvel, S., & Kumar, A. (2025). Psychometric properties of expanded adverse childhood experiences assessment questionnaire at a wellness centre in India. *Asian journal of psychiatry*, *108*, 104523. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.104523

Voicu, A., & Luchner, A. (2024). The indirect effect of mentalized affectivity on the relationship between self-criticism and attentional control. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, *43*(11), 9933–9943. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05122-x

Zaccari, V., Mancini, F., & Rogier, G. (2024). State of the art of the literature on definitions of self-criticism: a meta-review. *Frontiers in psychiatry*, *15*, 1239696. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1239696

Zhou, X., Guo, J., Wu, H., Chen, D., Wang, C., & You, J. (2024). The relationship between ambivalence over emotional expression and nonsuicidal self-Injury among Chinese adolescents: A longitudinal moderated mediation model. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, *28*(1), 90–106. https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2134068

Zou, M., Liu, B., Ren, L., Mu, D., He, Y., Yin, M., ... & Wang, X. (2024). The association between aspects of expressive suppression emotion regulation strategy and rumination traits: a network analysis approach. *BMC psychology*, *12*(1), 501. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01993-2

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.97]