

Original Article

The Effectiveness of Trauma-Focused Mentalization-Based Treatment on Depressive Symptoms in Women with Adverse Childhood Experiences

Somayeh Abedini Chamgordani¹  Ali Mahdad^{2*}  Zahra Yousefi² 

¹ Department of Counseling, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

Article History:

Received: March 13, 2026

Revised: July 01, 2026

Accepted: July 04, 2026

ePublished: August 31, 2026

*Corresponding author: Ali Mahdad,
Department of Psychology, Isf.C.,
Islamic Azad University, Isfahan,
Iran.

E-mail: alimahdad@iau.ac.ir

Background and Objectives: Adverse childhood experiences are key factors in increasing the risk of depression. Therefore, the present study aimed to evaluate the effectiveness of trauma-focused mentalization-based treatment on depressive symptoms in women with adverse childhood experiences.

Materials and Methods: The research method was a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population included women with adverse childhood experiences and high levels of mental pain living in Zarrinshahr City, Iran, in the spring of 2025. A total of 40 women were selected through purposive sampling and randomly divided into two groups of 20: control and experimental. The research tools included the Adverse Childhood Experiences Questionnaire, Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale, and the Depression, Anxiety, and Stress Scale. The experimental group participated in twelve 2-hour sessions of trauma-focused mentalization-based treatment once a week; however, the control group did not receive any intervention. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) using the SPSS (version 27) software.

Results: Trauma-focused mentalization-based treatment had a significant effect on improving depressive symptoms in women with adverse childhood experiences and high levels of mental pain ($P < 0.001$). There was no significant difference between post-test and follow-up means, and the results were maintained during the follow-up period.

Conclusion: According to research findings, trauma-focused mentalization-based treatment reduced depressive symptoms in women with adverse childhood experiences and high levels of mental pain; therefore, this treatment can be used in psychological centers to reduce depressive symptoms in women who report high levels of mental pain in addition to adverse childhood experiences.

Keywords: Adverse Childhood Experiences, Depressive Symptoms, Mental Pain, Mentalization-Based Treatment, Trauma-Focused, Women

Please cite this article as follows: Abedini Chamgordani Sh, Mahdad A, Yousefi Z. The Effectiveness of Trauma-Focused Mentalization-Based Treatment on Depressive Symptoms in Women with Adverse Childhood Experiences. *Pajouhan Scientific Journal*. 2026; 24(3): 190-200 DOI: 10.53208/psj.24.3.190

Extended Abstract

Background and Objective

Adverse childhood experiences, including abuse, neglect, and household dysfunction, can substantially shape the trajectory of individuals' behavioral development and future health, increasing the likelihood of developing any mental disorder, attempting suicide, and, prior to suicidal behavior, experiencing mental pain. In addition, for decades, research evidence has demonstrated that adverse childhood experiences are associated with an increased risk of developing depression and aggravating its symptoms; therefore, attention to mental pain and depressive symptoms in people who have had adverse childhood experiences is essential in order to prevent serious consequences, including suicide. On the other hand, these experiences may impair mentalizing capacity, the ability to conceptualize one's own and others' behavior in terms of underlying mental states, such as emotions, intentions, and beliefs, which constitutes the foundation of adaptive affect regulation, thereby exacerbating depressive symptoms. In this context, trauma-focused mentalization-based treatment, an adaptation of mentalization-based treatment, was specifically developed for individuals suffering from trauma. By enhancing trauma-related mentalizing capacity, increasing epistemic trust, reducing shame, and reconstructing self-representation, it aims to alleviate the symptoms that emerge following traumatic experiences. Despite evidence supporting the effectiveness of mentalization-based treatment in reducing depressive symptoms, no empirical evidence on the trauma-focused version of this treatment, particularly among women simultaneously presenting with adverse childhood experiences, high levels of mental pain, and depressive symptoms, was identified by the researchers. Therefore, examining the effectiveness of this intervention in such a high-risk population may contribute to the expansion of the empirical evidence regarding the application of trauma-focused mentalization-based treatment in reducing depressive symptoms associated with adverse childhood experiences and mental pain. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of trauma-focused mentalization-based treatment on depressive symptoms in women with adverse childhood experiences.

Materials and Methods

The present study followed the protocols of applied research in terms of purpose and employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest, follow-up, and control group. The statistical population comprised all women with adverse childhood experiences and high levels of mental pain residing in Zarrinshahr, Iran, during the spring of 2025. Among individuals with at least two adverse childhood experiences, a score higher than 90 on the Mental Pain Scale, and meeting the other inclusion criteria, 40 participants were selected through purposive sampling and subsequently randomly allocated to either the experimental group (trauma-

focused mentalization-based treatment; $n = 20$) or the control group ($n = 20$). Data were collected using the Adverse Childhood Experiences Questionnaire, the Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale, as well as the Depression, Anxiety, and Stress Scale, and were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA) and Bonferroni-adjusted pairwise comparisons in SPSS (version 27) software.

Results

Descriptive findings indicated that mean depressive symptom scores decreased from pretest to posttest in the experimental group, whereas no significant changes were observed across assessment points in the control group. Results of the repeated-measures ANOVA demonstrated significantly greater reductions in depressive symptoms in the trauma-focused mentalization-based treatment group than in the control group at posttest and follow-up. Significant main effects of group and time, together with a significant Group $\times$ Time interaction ($P < 0.05$), indicated differential changes in depressive symptoms over time. Group membership accounted for 41% of the variance in depressive symptom scores, and the Group $\times$ Time interaction yielded an effect size of 0.21. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons indicated significant reductions from pretest to posttest and follow-up ($P < 0.05$), whereas no significant difference was found between posttest and follow-up ($P > 0.05$), indicating that treatment effects were maintained at follow-up.

Discussion

The present study aimed to examine the effectiveness of trauma-focused mentalization-based treatment on depressive symptoms among women with adverse childhood experiences. The results demonstrated that trauma-focused mentalization-based treatment had a significant effect on improving depressive symptoms in women with adverse childhood experiences and high levels of mental pain, and its effect remained until the follow-up stage. Although no previous study has specifically examined the effectiveness of trauma-focused mentalization-based treatment in reducing depressive symptoms in this population, the present findings are consistent with previous evidence indicating that mentalization-based treatment, the foundational approach underlying this intervention, is effective in reducing depressive symptoms, as demonstrated by Lind et al. among adults working in organizations providing services to vulnerable families. On the other hand, the findings are in line with theoretical evidence for trauma-focused mentalization-based treatment. In explaining this finding, it can be stated that the improvement in trauma-related mentalizing capacity, the enhancement of epistemic trust, the reduction of shame, and the reconstruction of self-representation during the group intervention process had a favorable effect on reducing symptoms of depression. According to Bateman et al., adverse childhood experiences, by reducing mentalizing capacity, decreasing epistemic trust, disrupting emotion regulation, and contributing to the formation of self-critical patterns, give rise to

the development and maintenance of symptoms of depression. In contrast, mentalizing helps individuals more accurately recognize their own and others' mental states, regulate their emotions, and distance themselves from impulsive reactions based on maladaptive representations. Accordingly, by strengthening mentalizing capacity during the activation of the attachment system and trauma-related memories, trauma-focused mentalization-based treatment helps individuals experience adverse childhood experiences as mental representations rather than present realities. This process may enhance epistemic trust, improve emotion regulation, and reduce maladaptive cognitive and emotional responses, including self-blame, helplessness, and rumination. Collectively, these mechanisms may account for the sustained reduction in depressive symptoms observed throughout the follow-up period.

Conclusion

The findings indicated that trauma-focused mentalization-based treatment was effective in reducing depressive symptoms among women with adverse childhood experiences and high levels of mental pain, with treatment gains maintained throughout the follow-up period. These findings provide further empirical support for the potential clinical utility of this trauma-informed intervention in addressing depression within this high-risk population. Future studies employing larger and more heterogeneous samples, longer follow-up periods, and comparative treatment designs are warranted to further establish the robustness, generalizability, and comparative effectiveness of this intervention.

اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما بر علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی

سمیه عابدینی چمگردانی^۱، علی مهداد^{۲*}، زهرا یوسفی^۲

^۱ گروه مشاوره، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۲ گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: تجارب ناگوار کودکی از عوامل کلیدی در افزایش خطر ابتلا به افسردگی است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما بر علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی ساکن شهر زرین شهر در بهار سال ۱۴۰۴ بود. ۴۰ زن به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری کنترل و آزمایش تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه تجارب ناگوار کودکی، مقیاس درد ذهنی اورباخ و میکلینسر و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس می شد. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۲ ساعته هفته ای ۱ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما شرکت کردند؛ اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون تحلیل واریانس اندازه های مکرر در نسخه ۲۷ نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها: درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما اثر معناداری بر بهبود علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی داشت ($p < 0.01$). بین میانگین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد.

نتیجه گیری: بنابر یافته های پژوهش درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما سبب کاهش علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی گردیده است؛ بنابراین این درمان می تواند در مراکز روان شناختی جهت کاهش علائم افسردگی زنانی که علاوه بر تجارب ناگوار کودکی، سطح بالایی از درد ذهنی را گزارش می کنند، مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما، علائم افسردگی، تجارب ناگوار کودکی، درد ذهنی، زنان

استناد: عابدینی چمگردانی، سمیه؛ مهداد، علی، یوسفی، زهرا. اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما بر علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی. مجله علمی پژوهان، تابستان ۱۴۰۵؛ ۲۴(۳): ۱۹۰-۲۰۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۲/۲۲

تاریخ داوری مقاله: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۴/۱۳

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۰۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: علی مهداد، گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: alimahdad@iau.ac.ir

مقدمه

غفلت و اختلال در عملکرد خانواده در این دوران می تواند به طور قابل توجهی مسیر تحول رفتاری و سلامت آینده آدمی را شکل دهد [۲، ۳]. ضمن اینکه قرار گرفتن در معرض این تجارب با شانس بالاتر برای ابتلا به هرگونه اختلال روانی، افکار و اقدام به خودکشی همراه است [۴، ۵]؛ اما پیش از آنکه بسیاری از افراد به خودکشی فکر و یا برای آن اقدام کنند به یک رنج روانی، که از آستانه تحمل آنها فراتر است، مبتلا می شوند که به عنوان درد ذهنی شناخته می شود [۶]. از

سالانه بیش از ۱ میلیارد کودک در دنیا مورد سوءاستفاده و غفلت قرار می گیرند و افرادی که تعداد سه تجربه ناگوار و یا بیشتر از آن را در کودکی تجربه می کنند، به احتمال بیشتری ممکن است درگیر رفتارهای پرخطری باشند که آنها را مستعد اثرات طولانی مدت سلامتی مانند بیماری های متابولیک، استفاده از مواد مخدر و درد مزمن کند [۱]. بر همین مبنا دوران کودکی عرصه ای حیاتی برای رشد عاطفی و روانی است و تجارب ناگوار کودکی مانند سوءاستفاده،

بهبود علائم افسردگی است [۱۹، ۲۰]؛ باوجود شواهد مؤید کارآمدی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کاهش علائم افسردگی، شواهد تجربی درباره نسخه متمرکز بر تروما، به ویژه در زنانی که به طور همزمان دارای تجارب ناگوار کودکی، سطوح بالای درد ذهنی و علائم افسردگی هستند در دسترس محققان قرار نگرفت. از این رو، بررسی اثربخشی این مداخله در چنین جمعیت پر خطری می تواند به توسعه شواهد تجربی در خصوص کاربرد درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما در کاهش پیامدهای علائم افسردگی مرتبط با تجارب ناگوار کودکی و درد ذهنی کمک کند. این ضرورت در شرایطی برجسته تر می شود که مطالعات، شیوع بالای افسردگی در این جمعیت [۲۱]، ماهیت عودکننده این علائم، خطر بالای ابتلا به اختلال افسردگی و بار قابل توجه آن بر نظام های بهداشتی [۲۲] را نشان داده اند؛ بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما بر علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی انجام شد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و مطالعه ای نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی ساکن شهر زربین شهر در بهار سال ۱۴۰۴ بود. نحوه انتخاب نمونه پژوهش به شیوه نمونه گیری هدفمند انجام شد. بدین صورت که پس از کسب مجوز از کارگروه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اطلاعاتی در شبکه های اجتماعی منتشر شد و برای داوطلبان مایل به شرکت، لینک آنلاین پرسش نامه تجارب ناگوار کودکی و مقیاس درد ذهنی ارسال شد. از میان ۸۹ زن، که به سؤالات پاسخ داده بودند، افرادی که حداقل ۲ تجربه ناگوار کودکی داشتند و نمره ای بالاتر از ۹۰ در مقیاس درد ذهنی کسب کرده و تمایل به ادامه شرکت در پژوهش را نشان دادند، ضمن دارا بودن معیارهای ورود به پژوهش به صورت هدفمند ۴۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل جای گذاری شدند. از آنجاکه تخصیص تصادفی کامل به روش علمی در این پژوهش اجرا نشد و به دلیل محدودیت های اجرایی و اخلاقی امکان کورسازی فراهم نبود، مطالعه حاضر در دسته مطالعات نیمه تجربی طبقه بندی می گردد. در نهایت، ابزار پژوهش در سه مرحله زمانی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به فاصله دو ماه توسط زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی تکمیل گردید. گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل در طی دوره پژوهشی مداخله ای دریافت نکرد. حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G*Power 3.1 برای تحلیل واریانس اندازه های مکرر با فرض اثر متوسط ۰/۲۵، سطح معناداری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸۰، دو گروه و سه زمان اندازه گیری و هم بستگی ۰/۵ بین اندازه گیری ها،

دیدگاه اورباخ و همکاران درد ذهنی تجربه ای درونی و ناخوشایند است که مجموعه ای از حالات شناختی و هیجانی منفی مرتبط با ادراک تغییرات منفی در خود را در بر می گیرد و به مثابه یکی از عوامل مهم در بروز خودکشی و افسردگی شناخته می شود [۷]؛ بنابراین توجه به درد ذهنی و علائم افسردگی در افرادی که تجارب ناگوار کودکی داشته اند، برای پیشگیری از پیامدهای جدی، از جمله خودکشی، ضروری است.

افسردگی با مجموعه ای از علائم عاطفی، شناختی و جسمی همراه است که منجر به اختلال در خلق و عملکرد روانی شده و با از دست دادن علاقه یا لذت همراه می گردد [۸]. این علائم می توانند سلامت روانی و جسمانی افراد را به خطر انداخته و آنها را با مسائل بهداشتی متعددی مواجه سازند [۹]. این در حالی است که برای دهه ها شواهد پژوهشی نشان داده که تجارب ناگوار کودکی با افزایش خطر ابتلا به افسردگی و تشدید علائم آن ارتباط دارند [۱۰].

ضمن اینکه این تجارب می توانند از طریق اختلال در ظرفیت ذهنی سازی که توانایی مفهوم سازی رفتار خود و دیگران براساس حالات ذهنی اساسی مانند احساسات، نیات و باورها بوده و زیربنای تنظیم عاطفی تطبیقی است را مختل کرده و از این طریق ابتلا به علائم افسردگی را شدت بخشند [۱۱]. آسیب در این ظرفیت می تواند در بلندمدت به شکل گیری برداشت های منفی از خود و دیگران منجر شود. در چنین شرایطی فرد ممکن است در وضعیت هم ارزی روانی قرار گیرد؛ حالتی که در آن محرک های مرتبط با تجارب ناگوار باعث باز تجربه خاطرات آسیب زا به صورت واقعیت فعلی می شوند. این فرایند با افزایش احساس اضطراب، ناراحتی، افسردگی و اجتناب دفاعی از محرک های مرتبط با تروما همراه است [۱۲]. در مقابل، ذهنی سازی کارآمد فرد را در برابر آشفتگی فراشناختی محافظت کرده و به ادغام تجربه های ذهنی در یک نظام پردازش منسجم کمک می کند؛ امری که تعاملات اجتماعی سازگانه را تسهیل می نماید [۱۳]؛ بر همین اساس به نظر می رسد درمان های روان شناختی که ظرفیت های ذهنی سازی را ارتقا می دهند، ممکن است در کاهش علائم افسردگی و درد ذهنی مؤثر باشند [۱۴].

در این راستا درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما که اقتباسی از درمان مبتنی بر ذهنی سازی است به طور خاص برای افرادی که از تروما رنج می برند توسعه یافته است. هدف این درمان کاهش علائمی است که پس از تجارب آسیب زا ایجاد می شوند؛ در نتیجه، با بهبود ظرفیت ذهنی سازی مرتبط با تروما، افزایش اعتماد معرفتی و کاهش شرم و بازسازی تصویر خود به دنبال محقق ساختن این مهم است [۱۵]. پژوهشگران معتقدند این درمان با تمرکز بر ذهنی سازی تجارب ناگوار و ارتقای اعتماد معرفتی می تواند به کاهش پیامدهای روان شناختی ناشی از تروما کمک کند [۱۲، ۱۵، ۱۶]. مطالعات سیستماتیک و متاآنالیز نشان داده اند که درمان مبتنی بر ذهنی سازی می تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود [۱۷، ۱۸]. همچنین یافته های پژوهش های مختلف حاکی از اثربخش بودن این درمان بر

حجم نمونه کل مورد نیاز ۳۴ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن احتمال غیبت و ریزش نمونه ۴۰ شرکت کننده (۲۰ نفر در هر گروه) انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل جنسیت مؤنث، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، حداقل دو تجربه ناگوار کودکی، نمره بالاتر از ۹۰ در مقیاس درد ذهنی، عدم ابتلا به اختلال روانی براساس مصاحبه بالینی، عدم مصرف داروهای روان پزشکی، و داشتن رضایت آگاهانه بود. همچنین شرکت همزمان در برنامه آموزشی یا درمانی دیگر، وابستگی به مواد مخدر یا مشروبات الکلی غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به مشارکت در فعالیت گروهی معیارهای خروج از پژوهش بودند. داده ها با استفاده از ابزارهای استاندارد و دارای روایی و پایایی تأیید شده گردآوری شدند که عبارتند از:

پرسشنامه تجارب ناگوار کودکی (Adverse Childhood Experiences Questionnaire)

این پرسشنامه توسط فلیتی (Felitti) و همکاران [۲۳] طراحی شد و تجارب ناگوار کودکی را تا سن ۱۸ سالگی در ۱۰ سؤال با پاسخ های بله (۱) و خیر (۰) می سنجد. دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۱۰ بوده و نمرات بالاتر حاکی از تجارب ناگوار بیشتر است [۲۳]. پایایی آن در مطالعات بین المللی با ضریب امگا مکدونالد بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس بین ۰/۳۶ تا ۰/۴۹ گزارش شده است [۲۴]. در نمونه ایرانی آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و روایی همگرایی آن از طریق ضریب همبستگی با پرسشنامه ترومای دوران کودکی ۰/۶۸ به دست آمد [۲۵]. در این پژوهش پایایی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۰ محاسبه شد.

مقیاس درد ذهنی اورباخ و میکولینسر (Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale)

این مقیاس توسط اورباخ (Orbach) و همکاران [۲۶] طراحی شده و شدت درد ذهنی را در ۴۴ سؤال و ۹ خرده مقیاس می سنجد. پاسخ ها براساس طیف لیکرت پنج درجه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره گذاری می شود؛ دامنه نمرات کل بین ۴۴ تا ۲۲۰ است. دو سؤال ۲۵ و ۴۲ معکوس نمره گذاری می شوند و نمرات

بالاتر نشان دهنده درد ذهنی شدیدتر است. پایایی خرده مقیاس ها در مطالعه اصلی با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ و همبستگی با پرسشنامه افسردگی بین ۰/۲۷ تا ۰/۵۰ گزارش شد که حاکی از روایی همگرایی مناسب آن است [۲۶]. در نمونه ایرانی تحلیل عامل اکتشافی ۶ عامل را شناسایی کرد که در مجموع، ۶۶/۴۰ درصد از واریانس کل را تبیین کردند و پایایی کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شد [۲۷]. در این پژوهش پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression Anxiety Stress Scales)

این ابزار خودگزارشی ۲۱ سؤالی توسط لایبوند و لایبوند (Lovibond and Lovibond) [۲۸] طراحی شده و سه سازه افسردگی، اضطراب و استرس را هر کدام با ۷ سؤال می سنجد. پاسخ ها براساس طیف لیکرت ۴ درجه ای از اصلاً در مورد من صدق نمی کند (۰) تا کاملاً در مورد من صدق می کند (۳) نمره گذاری شده و دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۰ تا ۲۱ است و نمرات بالاتر نشان دهنده شدت علائم است. پایایی اولیه مقیاس با آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۱ و روایی همگرا با پرسشنامه های اضطراب و افسردگی بک بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۱ گزارش شد [۲۸]. در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ بود و نتایج تحلیل عاملی تأییدی روایی مناسب آن را تأیید کرد [۲۹]. پژوهش حاضر از این مقیاس برای سنجش علائم افسردگی بهره گرفته شد که پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۷۷ محاسبه شد.

برنامه مداخله ای: مداخله درمانی برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما براساس پروتکل ارائه شده توسط باتمن (Bateman) و همکاران [۱۲] بود که توسط روان شناس متخصص آموزش دیده در این حوزه در قالب ۱۲ جلسه ۲ ساعته هفته ای یک جلسه در یکی از مراکز مشاوره شهر زرین شهر به صورت گروهی ارائه شد. شرح خلاصه جلسات این درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهنی سازی متمرکز بر تروما

جلسه	محتوا
اول	شروع فاز نخست: ثبات و توسعه امنیت هیجانی و شخصی: خوشامدگویی، اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضا، مشخص کردن ارزش های گروه، معرفی چهارچوب درمان، آموزش روان شناختی مرتبط با اثر تجارب ناگوار بر ذهن و بدن و اعتماد معرفتی.
دوم	آموزش پنجره تحمل، شناسایی و نام گذاری هیجانات (اضطراب، شرم و اجتناب) و تنظیم هیجان، آگاهی از نشانه های گسست، تجربه های بازگشتی و کابوس.
سوم	آموزش ذهنی سازی و حالات غیرذهنی سازی، کاوش من به عنوان یک شخص و روابط (خود بیگانه).
چهارم	تمرین های تعاملی، آموزش شناسایی، مدیریت و تنظیم اضطراب و گسست و سایر هیجانات در خود و دیگران

پنجم	شروع فاز دوم: پردازش خاطرات تجارب ناگوار کودکی: آموزش سه گام بازخوانی، تأمل بر پیامدها، فرا تأمل برای پردازش تجارب ناگوار، توافق بر سر قواعد ایمنی و نحوه مشارکت.
ششم	انتخاب رویداد ناگوار برای بازخوانی، تمرکز هم‌زمان روی حالت هیجانی و شناختی گذشته و حال، ذهنی‌سازی تجربه درون خود، تقویت ظرفیت تأمل عاطفی.
هفتم	تمرین تأمل بر پیامدهای تجربه: کوشش جهت تجربه و تأمل بر تأثیر تجربه بر رفتار، اقدام برای مدیریت یا مقابله با آن و نحوه اثرگذاری آن بر شکل‌گیری خودپنداره.
هشتم	تمرین فرائط از طریق ذهنی‌سازی دیگران، تأمل بر احساسات گروه در ارتباط با تجربه، ذهنی‌سازی دیگران و حالات ذهنی آنها و ذهنی‌سازی دیگران در مورد خود
نهم	ذهنی‌سازی روابط متأثر از تجارب ناگوار با حرکت از تأمل بر تجربه رابطه‌ای فوری به تأمل بر پیامدها، بررسی روابط گذشته همراه با تجربه ناگوار، تأمل بر روابط خود گذشته از منظر خود فعلی، تجربه خود در بررسی حال، بررسی شبکه ارتباطی هر عضو با استفاده از نقشه روابط.
دهم	تحلیل روابط کنونی از منظر ذهنی‌سازی، بررسی استمرار اثرات تجارب در روابط امروزی و یافتن راهکارهای تازه.
یازدهم	شروع فاز سوم: سوگواری برای ازدست‌رفتن‌های رشدی و ارتباطی و نگاه به آینده: اجرای ادامه جلسات بعد از ۴ هفته براساس پروتکل. بازبینی وضعیت اعضا، تأمل بر یادگیری‌ها، آغاز فرایند سوگواری برای فرصت‌های رشدی ازدست‌رفته و پیوندهای ارتباطی آسیب‌دیده بر اثر تجارب ناگوار.
دوازدهم	مرور و تأمل بر دستاوردها و ارزش‌های گروهی، تصمیم درباره حفظ ارزش‌ها، صحبت راجع به پایان گروه، اجرای پس‌آزمون.

درنهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد. در این پژوهش از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرها و برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو - ویلک، همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین، پیش‌فرض کرویت داده‌ها از آزمون ماچلی و برای آزمون معناداری فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1404.150 از کارگروه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) تأیید شد. تمامی ملاحظات اخلاقی با توجه به حساسیت‌های جمعیت آسیب‌پذیر رعایت گردید؛ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ و محرمانگی داده‌ها تضمین گردید و حمایت روان‌شناختی لازم در طول مداخلات برای پیشگیری از هر گونه آسیب فراهم شد. ضمن اینکه براساس اصول اخلاق در پژوهش گروه کنترل، در صورت ابراز تمایل در لیست انتظار برای دریافت مداخله پس از اتمام مراحل پژوهش قرار گرفتند.

یافته‌ها

تحلیل آماری نشان داد میانگین سن در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۷/۲۰ و ۲۸ و انحراف معیار آن به ترتیب ۴/۷۷ و ۴/۲۰ بوده است. از نظر وضعیت تأهل ۱۵ نفر مجرد (۷۵٪) و ۵ نفر متأهل (۲۵٪) در گروه آزمایش و ۱۲ نفر مجرد (۶۰٪) و ۸ نفر (۴۰٪)

متأهل در گروه کنترل حضور داشتند. از نظر سطح تحصیلات بیشترین درصد فراوانی در هر دو گروه آزمایش (۵۰٪) و کنترل (۵۵٪) مدرک کارشناسی و کمترین آن (۱۰٪) مدرک دکتری بود. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره متغیر علائم افسردگی در گروه مداخله (درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما) نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون دارد. برای ارزیابی اثر مداخله آزمایشی، ابتدا پیش‌فرض‌های الزامی برای اجرای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بررسی شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها در همه مراحل سنجش از طریق آزمون شاپیرو - ویلک در هر دو گروه تأیید شد ($p > 0.05$). یافته‌های حاصل از آزمون لوین حاکی از برقراری پیش‌فرض همگنی واریانس‌های علائم افسردگی بین گروه‌ها بود ($p > 0.05$)؛ اما نتایج آزمون کرویت ماچلی به دلیل اینکه در سطح معناداری قرار داشت ($p < 0.05$) فرض آن رد شد؛ لذا از آزمون محافظه‌کارانه تصحیح گرین‌هاوس - گیسر (Greenhouse-geisser) استفاده شد. براساس یافته‌ها در جدول ۳، در تحلیل بین‌گروهی اثر اصلی گروه در علائم افسردگی معنادار است، به این معنا که نمره علائم افسردگی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد ($p < 0.05$). نتایج نشان داد ۴۱ درصد از تفاوت‌های فردی در علائم افسردگی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. یافته اثرهای درون آزمودنی نشان داد که اثر اصلی زمان در علائم افسردگی معنادار است. همچنین اثر تعاملی زمان

و گروه نیز معنادار است ($p < 0/05$) و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش برابر ۰/۲۱ است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پژوهش در متغیر علائم افسردگی در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت میانگین برای متغیر علائم افسردگی بین مراحل پیش‌آزمون با مراحل

پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p < 0/05$)؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نیست ($p > 0/05$) که نشان از اثربخشی مداخله بر کاهش علائم افسردگی و پایداری اثر آن تا مرحله پیگیری است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم افسردگی	گروه آزمایش	۱۳/۳۵	۳/۰۶	۸/۴۵	۲/۸۵	۹/۴۰	۳/۳۷
	گروه کنترل	۱۴/۳۰	۲/۴۰	۱۳/۹۰	۲/۹۱	۱۳/۸۰	۲/۶۲

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرهای بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
علائم افسردگی	بین گروهی	گروه	۳۸۸/۸۰	۱	۳۸۸/۸۰	۲۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
	درون گروهی	اثر زمان	۱۶۲/۰۵	۱/۲۰	۱۳۴/۲۸	۱۴/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۸
		اثر زمان × گروه	۱۱۰/۸۵	۱/۲۰	۹۱/۸۵	۱۰/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۹۱

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه گروه‌ها به تفکیک متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۶۵	۰/۲۲	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۲۲	۰/۶۱	۰/۰۰۲
		پیش‌آزمون	-۲/۶۵	۰/۲۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۲۵	۰/۶۲	۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی انجام گرفت. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر بهبود علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی اثر معناداری داشته و اثر آن تا مرحله پیگیری باقی مانده است. تا زمان انجام این پژوهش مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما بر بهبود علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی پرداخته باشد، انجام نشده است؛ با این حال، می‌توان عنوان کرد این یافته‌ها تاحدودی همسو با نتایج مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی به‌عنوان رویکرد پایه این مداخله بر کاهش علائم افسردگی همچون نتایج پژوهش هایک گراس (Hajek Gross) و همکاران است [۱۷]. این همسویی با نتایج پژوهش لیند (Lind) و همکاران که اثربخشی این مداخله را بر کاهش علائم افسردگی بزرگسالان شاغل در سازمان‌های کمک‌کننده به

خانواده‌های آسیب‌پذیر نشان داده‌اند [۱۹] و یا اثربخشی آن بر علائم افسردگی زنان دارای علائم طیف شخصیت مرزی و افسرده در مطالعه حاج محمدحسینی (Haj Mohamad Hoseini) و همکاران قابل‌مشاهده است [۲۰]. از طرفی یافته‌های به‌دست‌آمده در راستای شواهد نظری درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما است [۱۲، ۱۵، ۱۶]. از دیدگاه ذهنی‌سازی، افسردگی یک پاسخ تکاملی تعیین‌شده به تهدیدهای روابط دلبستگی و در نتیجه تهدیدهای خود مثل جدایی، طرد، فقدان، شکست است که ذهنی‌سازی را مختل و تحریف می‌کند و منجر به یک چرخه معیوب می‌شود. زیرا خلق افسرده، استرس و برانگیختگی بیشتر را افزایش می‌دهد و منجر به اختلالات و تحریف‌های بیشتر در ذهنی‌سازی می‌شود که به از دست‌دادن تاب‌آوری در مواجهه با استرس و در نتیجه افزایش آسیب‌پذیری در برابر افسردگی می‌انجامد [۳۰]. ضمن اینکه افراد مبتلا به افسردگی معمولاً نمی‌خواهند در مورد آنچه برایشان اتفاق می‌افتد تأمل کنند و وقتی سعی در انجام این کار می‌کنند، ذهنی‌سازی آنها احتمالاً توسط خلق افسرده‌شان تحریف می‌شود

می‌افزاید؛ بنابراین استفاده از این مداخله به روان‌درمانگران، روان‌شناسان و مشاوران حوزه سلامت روان پیشنهاد می‌شود.

محدودیت‌ها

با وجود نقاط قوت مذکور، نتایج این پژوهش باید با در نظر گرفتن برخی از محدودیت‌های روش‌شناختی تفسیر شوند. حجم نمونه نسبتاً محدود ممکن است توان آماری پژوهش را برای شناسایی اثرات کوچک‌تر و نیز دقت برآورد اندازه اثر کاهش داده باشد. نمونه‌گیری تنها از زنان ۲۰ تا ۴۰ سال، استفاده از یک جامعه شهری خاص و اجرای پژوهش در شرایط ناآرام جنگ ۱۲ روزه و کوتاه بودن زمان پیگیری از مواردی است که لزوم احتیاط در تعمیم‌دهی نتایج را ایجاد می‌کند. از این رو، پژوهش‌های آتی می‌توانند اثربخشی این درمان را در گروه‌های جمعیت‌شناختی متنوع، با نمونه‌های بزرگ‌تر و شرایط زمانی آرام بررسی کنند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمامی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی مشارکت‌کننده در این پژوهش و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) صمیمانه قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی رشته مشاوره است که در کارگروه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1404.150 به تأیید و ثبت رسیده است. نظر به ماهیت حساس تجارب ناگوار کودکی و درد ذهنی در شرکت‌کنندگان، تمامی مراحل پژوهش با رعایت اصول اخلاقی، حفظ کرامت انسانی و صیانت از سلامت روان‌شناختی آنان انجام شد. پیش از ورود به مطالعه، اهداف و مراحل اجرای پژوهش به‌طور شفاف تبیین و رضایت آگاهانه و داوطلبانه شرکت‌کنندگان اخذ شد. همچنین، حق انصراف از پژوهش در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد برای آنان محفوظ بود. به منظور کاهش هرگونه ناراحتی هیجانی ناشی از یادآوری تجارب ناگوار، فرایند گردآوری داده‌ها در فضایی امن، همراه با رعایت اصول همدلی و احترام انجام شد و تمامی اطلاعات به‌صورت محرمانه نگهداری و داده‌ها بدون شناسه‌های هویتی تحلیل و نتایج به‌صورت گروهی گزارش شدند.

سهم نویسندگان

سمیه عابدینی چمگردانی، علی مهداد و زهرا یوسفی در طراحی پژوهش، نگارش مقدمه و روش‌شناسی و بازنگری علمی مقاله

[۳۱]؛ بنابراین در تبیین این نتیجه می‌توان گفت، بهبود ظرفیت ذهنی‌سازی مرتبط با تروما، افزایش اعتماد معرفتی و کاهش شرم و بازسازی تصویر خود در طی فرایند مداخله گروهی تأثیر مطلوبی بر کاهش علائم افسردگی داشته است. به اعتقاد باتمن (Bateman) و همکاران تجارب ناگوار کودکی با کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی، کاهش اعتماد معرفتی، اختلال در تنظیم هیجان و شکل‌گیری الگوهای خود انتقادی، زمینه‌ساز بروز و تداوم علائم افسردگی می‌شوند و ذهنی‌سازی به فرد کمک می‌کند حالات ذهنی خود و دیگران را دقیق‌تر بازشناسد، هیجان را تنظیم کند و از واکنش‌های تکانشی مبتنی بر بازنمایی‌های ناکارآمد فاصله بگیرد [۱۱]. این رویکرد به مراجعان می‌آموزد رویدادهای آسیب‌زا همچون تجارب ناگوار کودکی را نه به‌صورت حقیقتی ثابت و تهدیدکننده، بلکه به‌مثابه تجربه‌هایی قابل فهم و قابل بازنمایی ذهنی پردازش کنند. این فرایند می‌تواند از شدت نشخوار ذهنی، احساس درماندگی و خود سرزنشی بکاهد؛ مؤلفه‌هایی که در تداوم افسردگی نقش اساسی دارند [۱۶]. همچنین از آنجا که خلق افسرده با شیوه‌های غیرذهنی‌سازی تجربه خود و دیگران مرتبط است، با ارتقای ظرفیت ذهنی‌سازی و فهم حالات ذهنی، فرد در تعاملات بین‌فردی کمتر دچار سوءبرداشت، اجتناب یا واکنش‌های هیجانی شدید می‌شود و همین امر کیفیت روابط و احساس پیوستگی روانی را بهبود می‌بخشد [۱۲]. از طرفی تمرکز درمان بر تروما باعث می‌شود هیجانات دردناک بدون غرق‌شدگی و اجتناب افراطی پردازش شوند و این امر به کاهش فعال‌سازی مداوم سیستم استرس و بهبود تنظیم هیجان منجر شود [۱۵]. به‌طور کلی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما می‌تواند با تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی، اعتماد معرفتی و بهبود تنظیم هیجان به زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی کمک کند تا تجارب ناگوار کودکی خود را به‌صورت معنادار پردازش کرده و از چرخه‌های شناختی و هیجانی افسرده‌ساز فاصله بگیرند [۱۲] که در نتیجه آن علائم افسردگی بهبود می‌آید.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما می‌تواند به‌طور مؤثر علائم افسردگی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی را کاهش دهد و اثر آن تا مرحله پیگیری پایدار باقی بماند. از نقاط قوت این پژوهش تمرکز بر جمعیتی آسیب‌پذیر، یعنی زنان دارای تجارب ناگوار کودکی با سطوح بالای درد ذهنی، است؛ گروهی که از نظر بالینی در معرض خطر بالاتری برای تداوم یا تشدید علائم افسردگی قرار دارند. همچنین استفاده از درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی متمرکز بر تروما از منظر نظری و بالینی انتخابی مناسب و هدفمند بوده است، زیرا این مداخله مستقیماً بر سازوکارهایی تمرکز دارد که در پیوند میان تجارب ناگوار کودکی و افسردگی نقش بنیادین دارند. از طرفی، ارزیابی پایداری اثرات درمان در مرحله پیگیری، امکان بررسی ماندگاری تغییرات درمانی را فراهم ساخت که بر ارزش کاربردی نتایج برای محیط‌های بالینی

پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

هزینه‌های اجرای پژوهش توسط پژوهشگران تأمین شده و حمایت مالی سازمانی دریافت نشده است.

مشارکت کردند. علی مهداد، به‌عنوان نویسنده مسئول، با همکاری سمیه عابدینی چمگردانی مسئولیت جذب و ارزیابی شرکت‌کنندگان، گردآوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آماری و تفسیر یافته‌ها را بر عهده داشتند. زهرا یوسفی مشاوره علمی پژوهش را عهده‌دار بود، بر روند اجرای مطالعه نظارت کرد و مقاله را از نظر محتوای علمی به‌صورت انتقادی بازنگری نمود. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده و مسئولیت صحت و یکپارچگی محتوای آن را

REFERENCES

- Baca KJ, Salsbury SA. Adverse childhood experiences and trauma informed care for chiropractors: a call to awareness and action. *Chiropr Man Therap*. 2023;31(1):30. DOI: [10.1186/s12998-023-00503-2](https://doi.org/10.1186/s12998-023-00503-2) PMID: [37580756](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37580756/)
- Silva D, Fávero M, Del Campo A, Sousa-Gomes V, Silva C, Moreira P, et al. From victimization to aggression: The effect of adverse childhood experiences, attachment, and alcohol consumption on aggressors. *Eur Psychol*. 2026. DOI: [10.1027/1016-9040/a000577](https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000577)
- Vahedian M, Moazami Farahani F, Khosrokhani Z. Comparison of behavioral injuries of single-parent children and two-parent children. *Pajouhan Sci J*. 2024;22(3):232-8. DOI: [10.32592/psj.22.3.232](https://doi.org/10.32592/psj.22.3.232)
- Barrett EL, Grummitt L, Jones S, Rowlinson K, Vasilopoulos F, Teesson M, et al. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and associations with mental disorders, suicide and physical health in adulthood: An Australian nationally representative cross-sectional study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2026;60(1):80-90. DOI: [10.1177/00048674251381004](https://doi.org/10.1177/00048674251381004) PMID: [41248303](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41248303/)
- Fathi A, Sharifi Rahnemo S, Naqhani E, Ghahramani S, Sharifi Rahnemo M. Modeling the relationship between meaning in life and childhood trauma with suicidal thoughts with the mediating role of coping styles. *Pajouhan Sci J*. 2025;23(2):101-13. DOI: [10.53208/psj.23.2.101](https://doi.org/10.53208/psj.23.2.101)
- García-Ormaza J, Tabares JV, Ammendola E, Muela A. Mental pain and lifetime suicide attempts in early adolescence: a preliminary study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2025;19(1):30. DOI: [10.1186/s13034-025-00883-8](https://doi.org/10.1186/s13034-025-00883-8) PMID: [40121464](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40121464/)
- Wang T, Yang L, Yang L, Liu BP, Jia CX. The relationship between psychological pain and suicidality in patients with major depressive disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024;346:115-21. DOI: [10.1016/j.jad.2023.10.160](https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.160) PMID: [37926158](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37926158/)
- Aldalaykeh M, Abu Raddaha AH, Alhalaqa F, Sami W, Khraim F. Physical health among adults with depressive symptoms in qatar: findings from qatar biobank population-based study. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(5):726. DOI: [10.3390/ijerph22050726](https://doi.org/10.3390/ijerph22050726) PMID: [40427842](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40427842/)
- Li M, Zaki N, Zhang Y, Luo Q, Yang H, Long D, et al. The longitudinal association between physical health and depressive symptoms over eight years: evidence from the health and retirement study. *J Affect Disord*. 2024;359:262-8. DOI: [10.1016/j.jad.2024.05.075](https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.075) PMID: [38795775](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38795775/)
- O'Shields JD, Slavich GM, Mowbray O. Adverse childhood experiences, inflammation, and depression: evidence of sex- and stressor specific effects in a nationally representative longitudinal sample of US adolescents. *Psychol Med*. 2025;55:e140. DOI: [10.1017/S0033291725001102](https://doi.org/10.1017/S0033291725001102) PMID: [40357904](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40357904/)
- Wagner-Skacel J, Riedl D, Kampling H, Lampe A. Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Sci Rep*. 2022;12(1):6809. DOI: [10.1038/s41598-022-10787-8](https://doi.org/10.1038/s41598-022-10787-8) PMID: [35474233](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35474233/)
- Bateman A, Fonagy P, Campbell C, Luyten P, Debbané M. Cambridge guide to mentalization-based treatment (MBT). Cambridge University Press. 2023. DOI: [10.1017/9781108896054](https://doi.org/10.1017/9781108896054)
- Wu H, Liu X, Hagan CC, Mobbs D. Mentalizing during social interaction: A four component model. *Cortex*. 2020;126:242-52. DOI: [10.1016/j.cortex.2019.12.031](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2019.12.031) PMID: [32092493](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32092493/)
- Olivola M, Mazzoni F, Tarantino B, Guffanti A, Marcatili M, Motta FL, et al. Mentalization and emotional-cognitive rigidity as predictors of esketamine's effects on treatment-resistant depression: findings from a prospective observational study. *J Affect Disord*. 2025;120231. DOI: [10.1016/j.jad.2025.120231](https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120231) PMID: [40907711](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40907711/)
- Smits ML, De Vos J, Rüfenacht E, Nijssens L, Shaverin L, Nolte T, et al. Breaking the cycle with trauma-focused mentalization-based treatment: theory and practice of a trauma-focused group intervention. *Front psychol*. 2024;15:1426092. DOI: [10.3389/fpsyg.2024.1426092](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1426092) PMID: [39346509](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39346509/)
- Rüfenacht E, Shaverin L, Stubble J, Smits ML, Bateman A, Fonagy P, et al. Addressing dissociation symptoms with trauma-focused mentalization-based treatment. *Psychoanal Psychoth*. 2023;37(4):467-91. DOI: [10.1080/02668734.2023.2272765](https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2272765)
- Hajek Gross C, Oehlke SM, Prillinger K, Goreis A, Plener PL, Kothgassner OD. Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav*. 2024;54(2):317-37. DOI: [10.1111/sltb.13044](https://doi.org/10.1111/sltb.13044) PMID: [38279664](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38279664/)
- Vogt KS, Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2019;92(4):441-64. DOI: [10.1111/papt.12194](https://doi.org/10.1111/papt.12194) PMID: [30099834](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30099834/)
- Lind M, Hagelquist JØ, Rasmussen H. Mentalization-based principles within the organization: Elevated empowerment and lower depressive symptoms. *Curr Psycho*. 2022;41(4):2319-26. DOI: [10.1007/s12144-020-00749-6](https://doi.org/10.1007/s12144-020-00749-6)
- Haj Mohamad Hoseini T, Mirzahoseini H, Zargham Hajebi M. Comparison of the effectiveness of Mentalization-based therapy and affect phobia therapy on reducing the symptoms of borderline personality disorder and depression. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2021;64(1):2631-41. DOI: [10.22038/mjms.2021.19026](https://doi.org/10.22038/mjms.2021.19026)
- Desch J, Mansuri F, Tran D, Schwartz SW, Bakour C. The association between adverse childhood experiences and depression trajectories in the Add Health study. *Child Abuse Negl*. 2023;137:106034. DOI: [10.1016/j.chiabu.2023.106034](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106034) PMID: [36706612](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36706612/)
- Wood CJ, Barton J, Wicks CL. Effectiveness of social and therapeutic horticulture for reducing symptoms of depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers Psychiatry*. 2025;15:1507354. DOI: [10.3389/fpsyg.2024.1507354](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1507354) PMID: [39917376](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39917376/)
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58. DOI: [10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8) PMID: [9635069](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/)
- Perković VV, Pedić Duić P, Lauri Korajlija A. Validation of the Croatian version of the adverse childhood experiences

- questionnaire 10-item version. *Eur J Dev Psychol.* 2025;**22**(1):80-93. DOI: [10.1080/17405629.2024.2411955](https://doi.org/10.1080/17405629.2024.2411955)
25. Deinali S, Badami R, Meshkati Z, Faeghi S. Psychometric properties of the modified Persian version of adverse childhood experience questionnaire for athletes. *J Res Rehabil Sci.* 2020;**16**(1):87-94. DOI: [10.22122/jrrs.v16i0.3510](https://doi.org/10.22122/jrrs.v16i0.3510)
 26. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suici Life threat Behav.* 2003;**33**(3):219-30. DOI: [10.1521/suli.33.3.219.23219](https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219) PMID: 14582833
 27. Karami J, Bagian MJ, Momeni K, Elahi A. Measurement of mental pain: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire. *Health Psychol.* 2018;**7**(25):146-72. DOI: [10.1001.1.23221283.1397.7.25.10.7](https://doi.org/10.1001.1.23221283.1397.7.25.10.7)
 28. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (dass) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther.* 1995;**33**(3):335-43. DOI: [10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u) PMID: 7726811
 29. Kakemam E, Navvabi E, Albelbeisi AH, Saeedikia F, Rouhi A, Majidi S. Psychometric properties of the Persian version of Depression Anxiety Stress Scale-21 Items (DASS-21) in a sample of health professionals: a cross-sectional study. *BMC health Servi Res.* 2022;**22**(1):111. DOI: [10.1186/s12913-022-07514-4](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07514-4) PMID: 35078477
 30. Luyten P, Malcorps S, Fonagy P. Mentalization-based treatment for adolescent depression. *Psychodyn Psychiatry.* 2024;**52**(4):490-511. DOI: [10.1521/pdps.2024.52.4.490](https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.4.490) PMID: 39679698
 31. Luyten P, Fonagy P. An integrative developmental psychopathology approach to depression. In: Etiopathogenic theories and models in depression 2022;(245-263). Cham: Springer International Publishing. DOI: [10.1007/978-3-030-77329-8_13](https://doi.org/10.1007/978-3-030-77329-8_13)