

Research Paper

The effectiveness of the educational program based on motivational interviewing and mentalization approaches on the experiential avoidance of students with childhood trauma

Behrooz Izadabadi¹ , Bahman Akbari^{*2} , Leila Moqhtader³ 

1. Ph.D. Student in psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Citation: Izadabadi B, Akbari B, Moqhtader L. The effectiveness of the educational program based on motivational interviewing and mentalization approaches on the experiential avoidance of students with childhood trauma. J Child Ment Health. 2024; 11 (3):97-114.



URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1446-en.html>

 [10.61186/jcmh.11.3.8](https://doi.org/10.61186/jcmh.11.3.8)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Motivational interview, mentalization, experiential avoidance, childhood trauma, students

Background and Purpose: Experiencing any traumatic event in childhood can affect people's well-being. This research was conducted with the aim of the efficacy of the training program based on motivational interviewing and mentalization approaches on the experiential avoidance of students with childhood trauma.

Method: This was a quasi-experimental with a pre-test, post-test, and two-month follow-up design with an experimental group and a control group. The statistical population of this research included all students with childhood trauma from 12 to 15 years who were referred to education counseling centers in Rasht city in 2022-2023. The target sample consisted of thirty students selected from the statistical population based on inclusion, exclusion, and voluntary criteria and convenience sampling. The students were randomly placed in the experimental and control groups (15 students in each group). The training program based on motivational interviewing and mentalization approaches was performed in group form for eleven sessions of 90 minutes in the experimental group, and the control group did not receive any intervention during the study process. Research tools included the latest validated version of The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ) (2011) and Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF; Bernstein & Fink, 1998). The data was analyzed using the Mixed variance analysis and SPSS-26 software.

Results: The results showed that there was a significant difference between the mean reduction in experiential avoidance ($F=3.115$, $P=0.04$) and behavioral avoidance components ($F=6.670$, $P=0.01$), distress aversion ($F=3.464$, $P=0.04$), and distraction- suppression ($F=5.975$, $P=0.02$) in the post-test phase of the experimental and control groups, and these results (reduction in experiential avoidance) continued in the experimental group and the follow-up phase ($P<0.05$).

Conclusions: Based on the results of this research, it can be concluded that training based on motivational interviewing and mentalization has helped prevent the downward spiral of negative mood and thinking and the tendency to anxious and avoidant responses of students with childhood trauma by creating the necessary cognitive strategies to face stress.

Received: 24 Aug 2024

Accepted: 9 Sep 2024

Available: 16 Feb 2025

* **Corresponding author:** Bahman Akbari, Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

E-mail: Akbari@iaurasht.ac.ir

Tel: (+98) 1333472099

2476-5740/ © 2025 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

Childhood trauma has enduring negative consequences for individuals' psychological functioning (1). Research highlights a direct influence of childhood trauma on post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms (5,7) underscoring the need to address experiential avoidance—a psychological defense mechanism often linked to emotional regulation issues (6). Therefore, it is necessary to pay attention to the part of childhood trauma in addition to paying attention to experiential avoidance as a model to reduce the severity of psychological complications (8). On the other hand, traumatic events in the formative periods of childhood development can disrupt the development of mentalizing capacities and make people prone to later problems with emotional regulation and distress tolerance (9). Mentalization refers to the ability to imagine the mental state of oneself and others (10). Mentalization against the effects of the trauma of the era of childhood is Especially important and helps to be flexible in facing the adversities of childhood (12).

According to the available evidence about the effects of trauma and the efforts of specialists to improve the symptoms related to it, many therapeutic interventions have been conducted in this area. Regarding these results, a study (15) showed general evidence for the effectiveness of student-centered motivational interviewing-based interventions. The motivational interview method has been very efficient for these people, strengthening their motivation to change (16). The motivational interviewing approach may help to resolve the ambivalence caused by engaging in trauma-focused treatments (17). Considering the tensions raised in the motivational interview model (patients' resistance to treatment and the lack of stability of change), today promoting mentalization and proper evaluation of the results of targeted psycho-social interventions related to it has become one of the therapeutic-educational priorities. It can help with negative emotions and feelings that are the basis of experiential avoidance (12,18). Thus, considering the results of earlier research on motivational interviewing and mentalization and their effect on the performance of individuals with childhood trauma, the present study aimed to determine the effectiveness of an intervention based on motivational interviewing and mentalization on experiential avoidance in students with childhood trauma.

Method

This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and 2-month follow-up design with an experimental group and a control group. The statistical population of this study included all middle school students (aged 12-15) with childhood trauma who had been referred to the counseling centers of the Education Department of Rasht County (a city in northern Iran) in the academic year 2022-2023. The target sample consisted

of thirty students selected based on inclusion, exclusion, and voluntary criteria and convenience sampling. The students were randomly placed in the experimental and control groups (15 students in each group). The inclusion criteria for the study included written consent from the student's parents or legal guardians, verbal consent, and voluntary participation of the sample in all stages of the study, not receiving a similar intervention in terms of content, and having no history of physical illness or psychological disorders (based on a review of the counseling file and interviews with parents). The exclusion criteria for the study included a diagnosis of comorbidity with other mental disorders (based on a clinical interview based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision, DSM-5-TR) and more than two absences from training sessions. Most of the study samples were male (80% in the experimental group and 86.7% in the control group), and there was no significant statistical difference between the two groups in terms of gender, and they were homogeneous ($P=0.624$). A group intervention based on motivational interviewing and mentalization was conducted by the first researcher at the Nadaye Darun Center (a psychotherapy center located in Rasht, Iran) in 11 sessions of 90 minutes for the experimental group, and the control group did not receive any type of intervention during the study process; however, they were assured that they would receive a summary of this intervention program at the end of the study.

The research instruments included Research tools included the latest validated version of The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ) (25) and Childhood Trauma Questionnaire–Short Form (CTQ-SF; Bernstein & Fink, 26) in Iran. which were administered to both experimental and control groups in three stages: pre-test, post-test, and follow-up. It is worth noting that the latest standardized form of these questionnaires in Iran was used in this study. The educational program used in this study was developed by the researcher, and its validity was assessed (38). The Content Validity Ratio (CVR) based on Lawshe's table was higher than 0.99 for all training sessions except the second, fifth, and tenth. Also, the Content Validity Index (CVI) for all questions was calculated between 0.80 and 1. Data analysis was performed using mixed-design analysis of variance and SPSS-26 software.

Results

In the first quantitative part, the mean and standard deviation of the research variables were calculated, and the results are presented in Table 1. Also, the results of the Shapiro-Wilk test have been reported to check the normality of the distribution of the variables.

Table 1. The mean and standard deviation of the variables in the pre-test and post-test in the experimental and control groups

Variable	S*	Experimental group			Control group		
		M	Sd	Sh-W	M	Sd	Sh-W
Experiment avoidance	Pre-test	257.73	41.41	0.975	267.33	28.51	0.892
	Post-test	241.40	35.61	0.927	270.60	19.99	0.970
	Follow-up	239.33	34.50	0.974	270.00	19.08	0.950
Behavioral avoidance	Pre-test	48.26	8.20	0.968	50.20	7.14	0.920
	Post-test	43.66	9.60	0.935	51.46	4.88	0.969
	Follow-up	43.40	9.42	0.972	51.66	4.67	0.972
Distress aversion	Pre-test	58.80	11.24	0.946	60.80	10.21	0.917
	Post-test	50.33	13.06	0.945	59.13	9.67	0.914
	Follow-up	50.00	12.75	0.969	59.26	9.72	0.967
Procrastination	Pre-test	26.00	6.94	0.939	28.66	5.83	0.897
	Post-test	23.06	6.36	0.936	27.40	4.64	0.937
	Follow-up	22.73	6.09	0.936	27.26	4.57	0.911
Distraction/ Suppression	Pre-test	36.20	6.31	0.973	36.53	5.40	0.912
	Post-test	31.60	8.20	0.898	38.73	3.19	0.971
	Follow-up	31.06	7.98	0.945	38.40	3.13	0.914
Repression/ Denial	Pre-test	35.20	7.75	0.172	37.86	4.89	0.279
	Post-test	34.20	7.73	0.155	37.20	6.02	0.130
	Follow-up	34.00	7.69	0.807	37.06	5.96	0.953
Distress endurance	Pre-test	53.26	11.29	0.973	53.26	9.63	0.940
	Post-test	58.53	5.39	0.911	56.66	6.72	0.901
	Follow-up	58.13	5.18	0.948	56.33	6.59	0.902

*S=Stage, M=Mean, Sd=Standard deviation, Sh-W= Shapiro-Wilk

Based on Table 1, the Shapiro-Wilk test results showed that the obtained values were greater than 0.05, suggesting a normal distribution of the data ($P > 0.05$). To examine the significance of the intervention's impact on experiential avoidance in students with childhood trauma, a mixed-design ANOVA was employed, and the test assumptions were assessed. Levene's test, Mauchly's test of sphericity, and Greenhouse-Geisser correction were used to examine the homogeneity of variances ($P > 0.05$). The mixed-design ANOVA results revealed a significant main effect of time and group on experiential avoidance ($F = 3.115$, $P = 0.048$), behavioral avoidance ($F = 6.670$, $P = 0.015$), distress aversion ($F = 3.464$, $P = 0.043$), and distraction-suppression ($F = 5.975$, $P = 0.020$). These findings indicated that the experimental and control groups differed significantly on experiential avoidance and its components (except for procrastination, repression-denial, and tolerance of distress) across the pre-test, post-test, and follow-up phases, with effect sizes of 0.100, 0.192, 0.110, and 0.176, respectively; a significance level of $P < 0.05$ was considered to reject the null hypothesis. To examine the sustainability of the intervention's effects, a post hoc Bonferroni test was conducted. The results of the Bonferroni test showed that the difference in the mean scores of the experiential avoidance variable and its components (except procrastination, suppression-denial, and disturbance tolerance) in the experimental group in the pre-test and post-test stages (experiential avoidance $Md = 16.33$, $P = 0.036$, behavioral avoidance $Md = 4.60$, $P = 0.010$, aversion to disturbance $Md = 8.467$, $P = 0.004$, distraction-stopping $Md = 4.60$, $P = 0.030$) and also pre-test and follow-up (experiential avoidance $Md = 18.40$, $P = 0.031$, behavioral avoidance $Md = 4.867$, $P = 0.007$, aversion to disturbance $Md = 8.800$, $P = 0.003$, distraction-stopping $Md = 5.13$, $P = 0.015$)

was significant ($P < 0.05$); However, in the control group, there was no significant difference between the scores in different stages of the test ($P > 0.05$). Based on these results, it can be concluded that the training intervention based on motivational interviewing and mentalization was effective in reducing experiential avoidance and its components (except for procrastination, suppression-denial, and distress endurance) in students with childhood trauma, and its effects persisted at the follow-up stage.

Conclusion

This study aimed to investigate the effectiveness of a training program based on motivational interviewing and mentalization in reducing experiential avoidance among adolescents with childhood trauma. The results showed that the intervention was effective in decreasing experiential avoidance among adolescents with a history of childhood trauma. These findings are implicitly consistent with earlier research (9, 10, 12, 15-18) supporting the effectiveness of motivational interviewing and mentalization-based training on experiential avoidance in students with trauma.

According to experts (16), adolescents with childhood trauma become aware of the immediate and long-term consequences of their maladaptive behaviors, especially avoidance, during motivational interviewing, and develop a motivation for change. On the other hand, experts (11) believe that mentalization-based therapy provides a clear social explanation of trust between the therapist and clients, creating an atmosphere of trust that allows for the dismantling of rigid pre-existing beliefs about oneself and others. In mentalization-based therapy, the therapist, considering the patient's arousal level, facilitates mentalization reconstruction through stopping,

reviewing, and exploring, creating a foundation for a stronger and more flexible mentalization ability. This flexibility in the dimensions of mentalization indicates its effectiveness in reducing negative thoughts and experiential avoidance (12).

The results of this study should be considered based on its methodological limitations. These limitations include the convenience of sampling and the Passivity of the control group during the study process. Considering the effectiveness of the training program based on motivational interviewing and mentalization, it is suggested that this protocol be used in the treatment of childhood trauma by school psychologists and at the clinical level by specialists.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of psychology of Islamic Azad University, Rasht branch, which was successfully defended on 09-21-2024. Scientific permission for this study was issued by the Islamic Azad University of Rasht through letter number 162551119 on 04-09-2022. This research has the code of ethics 008.1401.REC.RASHT.IAU.IR issued by the Ethics Committee of the Islamic Azad University of Rasht Branch. Executive license for this study was issued by the Education Organization of Guilan Province through letter

number 142 on 06-12-2023. Also, other ethical considerations contained in the publication guide of the American Psychological Association and the ethical codes of the Iranian Psychological System Organization, such as the principle of confidentiality, confidentiality of information, and obtaining written consent from the sample subjects, have been seen in this research.

Founding: The research was conducted without any financial aid from any organization.

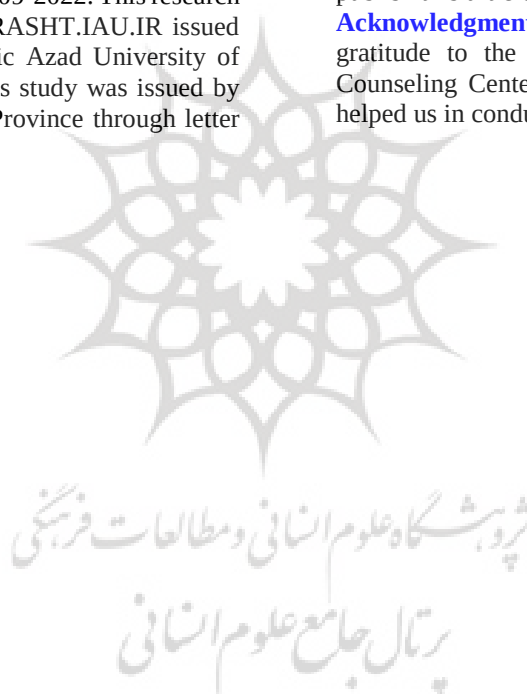
Author contribution: The first author of this article was the designer and implementer of the research; The second author was a supervisor; and the third author took part in this article as an advisor.

Conflict of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Data Availability: The corresponding author has the research data and materials which shall be provided to other researchers upon their reasonable request.

Consent for publication: the authors have full consent to publish this article.

Acknowledgments: In this part, we would like to express our gratitude to the respected officials of the Nedaye Darun Counseling Center and to all the families and students who helped us in conducting this research.



مقاله پژوهشی

اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر روی آوردهای مصاحبه انگیزشی و ذهنی سازی بر اجتناب تجربه‌ای دانش آموزان با ترومای کودکی

بهروز ایزدآبادی^۱، بهمن اکبری^{۲*}، لیلا مقتدر^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: تجربه هرگونه حادثه آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند بهزیستی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهش با هدف اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر روی آوردهای مصاحبه انگیزشی و ذهنی سازی بر اجتناب تجربه‌ای دانش آموزان با ترومای کودکی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری، تمامی دانش آموزان با ترومای کودکی در مقطع سنی ۱۲ تا ۱۵ سال بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان رشت مراجعه کرده‌اند. نمونه مورد نظر ۳۰ دانش آموز از جامعه آماری مذکور بود که با روش نمونه‌گیری دردسترس و براساس معیارهای ورود و خروج و داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۱۵ دانش آموز) جایدهی شدند. برنامه آموزشی مبتنی بر روی آوردهای مصاحبه انگیزشی و ذهنی سازی در قالب ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش به صورت گروهی اجرا شد و گروه گواه در طی فرایند مطالعه هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل آخرین نسخه اعتباریابی شده پرسشنامه‌های چندبعدی اجتناب تجربه‌ای گامز و همکاران (۲۰۱۱) و پرسشنامه ترومای کودکی برنشتاین و فینک (۱۹۹۸) در ایران بود. تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس آمیخته و نرم افزار SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین کاهش میانگین اجتناب تجربه‌ای ($F=3/115$, $P=0/04$) و مؤلفه‌های اجتناب رفتاری ($F=6/01$, $P=0/01$)، انزجار از آشفتگی ($F=3/464$, $P=0/04$) و حواس‌پرتی- توقف ($F=5/975$, $P=0/02$) در مرحله پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه وجود دارد و این نتایج (کاهش اجتناب تجربه‌ای) در گروه آزمایش و در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این پژوهش، می‌توان استنباط کرد که آموزش مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی سازی با ایجاد راهبردهای شناختی لازم برای مواجهه با تنیدگی‌ها به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده خلق و تفکر منفی و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و اجتنابی دانش آموزان با ترومای کودکی کمک کرده است.

کلیدواژه‌ها:

مصاحبه انگیزشی،
ذهنی سازی،
اجتناب تجربه‌ای،
ترومای کودکی،
دانش آموزان

دریافت شده: ۱۴۰۳/۰۶/۰۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۳/۰۶/۱۹

منتشر شده: ۱۴۰۳/۱۱/۲۸

* نویسنده مسئول: بهمن اکبری، استاد، گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

رایانامه: Akbari@iaurasht.ac.ir

تلفن: ۰۱۳-۳۳۴۷۲۰۹۹

مقدمه

ترومای دوران کودکی^۱ اثرات منفی پایداری بر عملکرد روانی افراد دارد (۱). یافته پژوهشی نشان می‌دهد قرار گرفتن در معرض انواع مختلف ترومای دوران کودکی از طریق چندین مسیر پیچیده از جمله راهبردهای تنظیم هیجانی کم‌ذهنی‌سازی^۲ و سازش‌نا یافته^۳ در نوجوانی و جوانی، به بروز تئیدگی‌های شدید پس از سانحه^۴ منجر می‌شود (۲). یکی از عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روانشناختی^۵، ترومای دوران کودکی است (۳). منظور از ترومای کودکی آسیب‌های ناشی از نادیده گرفتن نیازهای اولیه هیجانی و یا غفلت از آنها است که در دسته‌بندی‌های دیگر از انواع ترومای کودکی با عنوان سوءاستفاده هیجانی^۶، آزاردیدگی هیجانی^۷ و غفلت هیجانی^۸ مطرح شده‌اند. از آنجا که غفلت در هسته همه اشکال تروماهای دوران کودکی نهفته است (۴)، خط سیر این پژوهش نیز حول این موضوع خواهد بود.

مطالعات نشان می‌دهد، اجتناب تجربه‌ای^۹ تحت تأثیر ترومای کودکی قرار گرفته، به طور مستقیم بر نشانه‌های اختلال تئیدگی پس از سانحه^{۱۰} تأثیر معناداری خواهد داشت (۵، ۷). اجتناب تجربه‌ای به عنوان تلاش‌هایی انعطاف ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روانشناختی، سرکوب یا مهار آنها تعریف شده است (۶). وقتی اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک راهبرد بلندمدت مورد استفاده قرار گیرد به محدود ساختن تجربه سالم پدیده‌های روان‌شناسی منجر شده و مانع دستیابی فرد به اطلاعات درونی و مهم می‌شود (۷). یافته‌ها همچنین اثر غیرمستقیم معناداری را بین انواع مختلف مواجهه با ترومای دوران کودکی و علائم تئیدگی پس از سانحه از طریق ارتباط آن با راهبردهای بین‌فردی کم‌ذهنی‌سازی و سازش‌نا یافته تنظیم هیجان (واکنش‌پذیری هیجانی^{۱۱} و تمایل به اجتناب از ارتباط عاطفی) نشان می‌دهد (۲). در واقع، افرادی که سابقه تجربه آسیب یا سانحه را دارند، به دنبال رویداد آسیب‌زا به احتمال بیشتری به نشخوار در مورد چگونگی وقوع آن رویداد و پاسخ‌های

احتمالی به آن موقعیت می‌پردازند و خودسرزنشی بیشتری را تجربه می‌کنند (۷)؛ بنابراین ضرورت دارد به مؤلفه ترومای کودکی در کنار توجه به اجتناب تجربه‌ای به عنوان الگویی جهت کاهش شدت عوارض روان‌شناختی توجه شود (۸).

از سویی دیگر، حوادث آسیب‌زا در دوره‌های شکل‌گیری تحول کودکی می‌تواند توسعه ظرفیت‌های ذهنی‌سازی^{۱۲} را مختل و افراد را مستعد مشکلات بعدی با تنظیم هیجانی و تحمل‌پریشانی کند که در اختلالاتی مانند اختلال شخصیت مرزی^{۱۳} آشکار می‌شود (۹). ذهنی‌سازی به توانایی تصور وضعیت روانی خود و دیگران اشاره دارد. تصور می‌شود که افزایش آن باعث تقویت مهارگری و عاملیت^{۱۴} در افرادی می‌شود که دارای اختلال در تنظیم عاطفی هستند (۱۰). تنظیم و تفکیک هیجان نقش مهمی در ترومای کودکی و مشکلات رفتاری دارد و به طور کلی تنظیم هیجان، بین حوادث آسیب‌زا با سلامت روانی و مشکلات رفتاری روابط معناداری را نشان می‌دهد (۱۱)؛ بنابراین، تحول ذهنی‌سازی در برابر تأثیرات ترومای دوران کودکی از اهمیت فراوانی برخوردار است و به انعطاف‌پذیری در مواجهه با ناملایمات دوران کودکی کمک می‌کند (۱۲).

با توجه به شواهد موجود در مورد اثرات ناشی از تروما و تلاش‌های متخصصین در جهت بهبود علائم مرتبط با آن در این حوزه، مداخلات درمانی متعددی انجام شده است. پژوهشگران (۱۳) در یک ارزیابی آزمایشی غیرتصادفی که با روش ترکیبی (کیفی-کمی) انجام شد، اثربخشی مداخله گروهی مصاحبه انگیزشی^{۱۵} مبتنی بر ذهنی‌سازی را بر رفتارهای افراطی نوجوانان بررسی کردند. یافته‌ها نشان داد که گروه مداخله در مقایسه با گروه گواه، پیشرفت‌های قابل‌توجهی در سلامت روان، تنظیم هیجان و تعارض والد-کودک از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تجربه کردند. مصاحبه انگیزشی بر اساس این ایده عمل می‌کند که تغییر یک فرایند^{۱۶} است نه یک رویداد^{۱۷}. این روی آورد بین‌رشته‌ای به حل

10. Post-traumatic stress disorder (PTSD)
11. Emotional reactivity
12. Mentalization
13. Borderline personality disorder
14. Agency
15. Motivational interview
16. Process
17. Event

1. Childhood Trauma
2. Hypomentalization
3. Maladaptive
4. Trauma
5. Psychological well-being
6. Emotional abuse
7. Emotional abuse
8. Emotional neglect
9. Experiential avoidance

مسئله شناخته شده عدم اطمینان در مورد تغییر کمک می‌کند و به افراد برای دستیابی به تغییرات پایدار در سبک زندگی یاری می‌رساند (۱۴). نتایج یک پژوهش (۱۵) نشان داد که شواهد کلی برای اثربخشی مداخلات مبتنی بر مصاحبه انگیزشی متمرکز بر دانش آموز وجود دارد. بر اساس پژوهش‌های انجام شده (۱۶، ۱۷) روش مصاحبه انگیزشی برای این افراد بسیار کارآمد بوده و موجب تقویت انگیزه جهت تغییر می‌شود، زیرا مصاحبه انگیزشی روشی رهنمودی و در عین حال مراجع محور است که مبانی آن بر مشارکت بیمار، فراخوانی انگیزه درونی وی و احترام به حس خودمختاری^۱ مراجعین پایه‌گذاری شده است؛ بنابراین، روی آورد مصاحبه انگیزشی ممکن است به حل دوسوگرایی ناشی از درگیر شدن در درمان‌های متمرکز بر تروما کمک کند.

درحالی‌که کارآمدی مصاحبه انگیزشی به‌طور وسیع و در جمعیت‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفته و آشکار شده است، اما از لحاظ کاربردپذیری محدودیت‌هایی وجود دارد که لازم است مورد توجه قرار گیرد (۱۵). با توجه به کشاکش‌های^۲ مطرح شده در مدل مصاحبه انگیزشی (مقاومت بیماران نسبت به درمان و عدم پایداری تغییر)، امروزه ارتقا دهنی‌سازی و ارزیابی مناسب نتایج مداخلات روانی-اجتماعی هدفمند مربوط به آن به یکی از اولویت‌های آموزشی-درمانی تبدیل شده و می‌تواند برای متخصصان و بیماران سودمند باشد. اگرچه پژوهش‌های مبتنی بر شواهد نشان می‌دهد تلاش‌های آگاهانه ذهنی که هم در محیط‌های بالینی و هم در محیط‌های غیر بالینی اجرا می‌شوند، با تمرکز بر افزایش ظرفیت‌های ذهنی‌سازی در افرادی که بدرفتاری^۳ را تجربه کرده‌اند، چارچوب امیدوارکننده‌ای را ارائه می‌دهد؛ به‌طور خاص تسهیل بازتاب مؤثر حالات روانی در خود و دیگران ممکن است به پردازش تجربیات نامطلوب دوران کودکی، کاهش تأثیر بدرفتاری، و کاهش بالقوه علائم تنیدگی در بزرگسالی کمک کند (۱۸). پشتوانه نظری قوی برای توسعه ظرفیت ذهنی‌سازی که توسط تروما مختل شده و حمایت از تقویت ذهنی‌سازی در درمان وجود دارد. (۹). متخصصان (۱۲) در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که علاوه بر تمرکز درمانی معمول برای کمک به کودکان متأثر از ترومای کودکی مداخلات مبتنی بر

ذهنی‌سازی در مورد خود و دیگران می‌تواند به غلبه بر عواطف و ادراکات منفی که زمینه‌ساز اجتناب تجربه‌ای است، کمک کند. در یک پژوهش انجام شده در ایران (۱۹) که با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در مشکلات رفتاری کودکان انجام شد، مشخص شد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان به عنوان یک شیوه درمانی موثر است و می‌توان از آن در جهت کاهش مشکلات کودکان استفاده کرد. در واقع افراد با آموزش ذهنی‌سازی می‌آموزند که رفتارهای عادی را از حالت جمود و خشکی خارج کرده و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به سوی اهداف خنثی، شرایط را برای تغییر ممکن سازند (۲۰). در درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی، هدف آن است که فرد بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و بتواند وقوع رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آنها را اغلب برمی‌انگیزند، جدا کند و در پایان معنای آنها را تغییر دهد (۲۱).

در صورتی که به کمک مصاحبه انگیزشی به افراد اجازه داده شود که تحول را به اختیار خود دنبال کنند (به شیوه‌ای خودتنظیم‌شده)، تغییرات رفتاری آنها نسبت به تغییرات رفتاری که به آنها تحمیل می‌شود (با تنظیم بیرونی) پایدارتر خواهد بود (۲۲). بر این اساس، افراد در فرایند گروه درمانی ذهن آگاهی و مصاحبه انگیزشی، یاد می‌گیرند به فرایند ذهنی از طریق آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی، و فراشناختی آگاهی یابند و در این مسیر، میزان تحمل پریشانی و خودکارآمدی^۴ را بهبود دهند (۲۳). در این راستا، با توجه به خصوصیات فردی مراجعین (منابع مهارگری درونی در برابر بیرونی)، مقاومت افراد نسبت به درمان و بالا بودن میزان عود نشانه‌ها کشاکشی مهم در مسیر اثربخشی روی آوردهای درمانی مختلف بر نشانه‌های ناشی از تروما است. نتایج یک پژوهش (۱۷) نشان داد اجتناب از خاطرات و یادآوری‌های آسیب‌زا با عادت به مقابله همراه است که در پایان به حفظ علائم تنیدگی پس از سانحه در طول زمان منجر می‌شود؛ بنابراین با توجه به خلاءهای موجود در مدل مصاحبه انگیزشی از یکسو و تمرکز درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی بر عملکرد بازتابی، ظرفیت تنظیم هیجانی و کیفیت دلبستگی

3. Abuse

4. Self-efficiency

1. Self determination

2. Tensions

از سوی دیگر، اجرای یک مداخله مبتنی بر ذهنیت همراه با تقویت انگیزه درونی ضروری است. اهمیت این پژوهش توجه همزمان به آسیب‌شناسی و سبب‌شناسی روان‌شناختی ترومای دوران کودکی است تا با توجه به گستردگی این عوامل بتواند گام‌هایی در جهت پیشگیری از رفتارهای اجتنابی دانش‌آموزان و همچنین ارتقا سطح کیفی سلامت روان‌شناختی آنها بردارد. بدین ترتیب با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین درباره مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی و اثر آنها بر عملکرد افراد با ترومای کودکی، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اثربخش بودن مداخله مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان با ترومای کودکی انجام شد.

روش

(الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر در دسته‌بندی بر مبنای هدف، از نوع مطالعات کاربردی و از لحاظ روش، از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعه آماری، شامل تمامی دانش‌آموزان دارای ترومای کودکی در مقطع متوسطه یکم (دامنه سنی ۱۲ تا ۱۵ سال) بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ به مراکز مشاوره آموزش و پرورش شهرستان رشت مراجعه کرده‌اند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ دانش‌آموز بود که توسط مدارس به این مراکز ارجاع داده شده بودند. این دانش‌آموزان به روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس شرایط ورود و خروج و داوطلبانه انتخاب شدند و پرسشنامه خودگزارشی ترومای کودکی بر روی آنها اجرا شد. لازم به ذکر است که حجم نمونه انتخاب شده براساس فرمول پیشنهادی توسط پالانت (۲۴) برای طرح‌های آزمایشی بوده است. بر اساس نظر پالانت حجم افراد نمونه در مطالعات مداخله‌ای در هر گروه نباید کمتر از ۱۵ نفر باشد. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت کتبی والدین دانش‌آموزان و یا سرپرست قانونی آنها، رضایت شفاهی و حضور داوطلبانه افراد نمونه در تمامی مراحل پژوهش، عدم دریافت مداخله مشابه از نظر محتوا و نداشتن سابقه بیماری جسمی و اختلالات روان‌شناختی (براساس بررسی پرونده مشاوره‌ای و مصاحبه با والدین) و معیارهای

خروج از پژوهش شامل تشخیص همبودی با سایر اختلالات روانی (براساس مصاحبه بالینی منطبق بر نسخه ویرایش شده پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱) و بیش از دو جلسه غیبت در جلسات آموزشی بود. دانش‌آموزان فوق‌پس از تشخیص‌گذاری و انطباق با ملاک‌های ورود به پژوهش به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (در هر گروه ۱۵ دانش‌آموز) جایدهی شدند؛ و ۳ نفر به عنوان جایگزین احتمالی در صورت خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش یا عدم رعایت ملاک‌های لازم، تعیین شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه چندبعدی اجتناب تجربه‌ای گامز^۲ و همکاران (۲۵) و پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنشتاین و فینک^۳ (۲۶) بود که از هر دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری اجرا شد. پس از انجام پیش‌آزمون، گروه آزمایش مداخله گروهی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی را در قالب ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مرکز مشاوره ندای درون (یکی از مراکز روان‌درمانی واقع در شهر رشت- ایران) دریافت کرده و گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای در طی فرایند مطالعه دریافت نکرد؛ ولی به آنها اطمینان داده شد که در پایان مطالعه، خلاصه‌ای از این برنامه مداخله را دریافت می‌کنند. سپس پس‌آزمون بر روی گروه‌های آزمایش و گواه اجرا و بعد از ۲ ماه پی‌گیری انجام شد.

مشخصات جمعیت‌شناختی افراد نمونه حاکی از آن بود که بیشتر نمونه‌های مورد مطالعه، از نظر جنسیت پسر (۸۰٪) در گروه آزمایش و ۸۶٪/۸۷ در گروه کنترل) بودند. بین دو گروه از نظر جنسیت اختلاف معنادار آماری وجود نداشت و همگن بودند ($P=0/624$).

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربه‌ای^۴: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی است که توسط گامز و همکارانش (۲۵) به منظور سنجش اجتناب تجربه‌ای طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۶۲ گویه و ۶ مؤلفه شامل اجتناب رفتاری^۵ (گویه‌های ۱، ۸، ۱۴، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۹، ۴۵، ۵۱، ۵۵، ۵۹)، انزجار از آشفتگی^۶ (گویه‌های ۲، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱،

4. The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)
5. Behavioral avoidance
6. Distress aversion

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision (DSM-5-TR)
2. Gámez
3. Bernstein & Fink

پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های اجتناب رفتاری ۰/۷۵، انزجار از آشفتگی ۰/۸۱، تعلل ۰/۷۲، حواس‌پرتی-توقف ۰/۷۰، سرکوبی-انکار ۰/۶۹، تحمل آشفتگی ۰/۷۷ و برای کل آزمون ۰/۸۳ به دست آمد.

۲. پرسشنامه ترومای دوران کودکی: این پرسشنامه توسط برنشتاین و فینک (۲۶) ساخته شد. پرسشنامه ترومای دوران کودکی یک ابزار غربالگری برای آشکارکردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسشنامه هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان استفاده می‌شود. این پرسشنامه ۵ نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را می‌سنجد که شامل سوءاستفاده جنسی^۹ (گویه‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوءاستفاده جسمی^{۱۱} (گویه‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده عاطفی^{۱۲} (گویه‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت عاطفی^{۱۳} (گویه‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) و غفلت جسمی^{۱۴} (گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) است. این پرسشنامه خودگزارش دهی دارای ۲۵ گویه است و بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات برای هر کدام از مؤلفه‌ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۱۲۵ تا ۲۵۰ است. این پرسشنامه شامل ۳ گویه (گویه‌های ۱۰، ۱۶، ۲۲) برای جستجوی گزارش ترومای منفی کاذب است. بر اساس توصیه ابداع‌کنندگان پرسشنامه، افراد به دو گروه تقسیم می‌شوند، کسانی که نمره آنها در محدوده متوسط تا شدید قرار داشت، دارای سابقه سوءاستفاده دوران کودکی و نمره کمتر از آن بدون سابقه در نظر گرفته شده است (۲۶). سازندگان پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ را بر روی گروهی از نوجوانان بررسی و برای مؤلفه‌های سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی، و غفلت جسمی این ضرایب را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند و همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آمده است (۳۲). اعتبار این پرسشنامه به دو روش آزمون-بازآزمون و آلفای

۳۴، ۳۸، ۴۴، ۵۰، ۵۴، ۵۸، ۶۱، تعلل^۱ (گویه‌های ۵، ۱۱، ۱۷، ۳۰، به صورت معکوس و ۳۶، ۴۲، ۴۷)، حواس‌پرتی-توقف^۲ (گویه‌های ۳، ۹، ۱۵، ۲۲، ۲۷، ۳۳، ۴۰)، سرکوبی-انکار^۳ (گویه‌های ۴، ۱۰، ۱۶، ۲۱، ۲۳، به صورت معکوس و ۲۸، ۳۵، ۴۱، ۴۶، ۴۹، ۵۲، ۵۶، ۶۰) و تحمل آشفتگی^۴ (گویه‌های ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۲۹، ۳۷، ۴۳، ۴۸، ۵۳، ۵۷، ۶۲) است. گویه‌ها بر روی طیف لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۶) نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس اجتناب تجربه‌ای در دامنه‌ای از ۶۲ تا ۳۱۷ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر است. ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مؤلفه‌های اجتناب رفتاری ۰/۸۵، انزجار از آشفتگی ۰/۸۴، تعلل ۰/۸۹، حواس‌پرتی-توقف ۰/۸۹، سرکوبی-انکار ۰/۸۶ و تحمل آشفتگی ۰/۸۷ در دامنه ۸۰ تا ۰/۸۹ و برای کل آزمون ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۵). این پرسشنامه در ایران هنجاریابی و ضریب اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد؛ نتایج نشان داد که این میزان برای مؤلفه‌های مطرح شده به ترتیب فوق: ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. برای محاسبه روایی پرسشنامه چندبعدی اجتناب تجربه‌ای از اجرای همزمان آن با فهرست عواطف مثبت و منفی^۵ (۲۷)، پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان^۶ (۲۸)، پرسشنامه تجدید نظر شده شخصیت^۷ (۲۹) و نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل^۸ (۳۰) استفاده شد؛ یافته‌های مربوط به روایی همگرا نشان داد که پرسشنامه چند بعدی اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های (اجتناب رفتاری، انزجار آشفتگی، تعلل، حواس‌پرتی-توقف و سرکوبی-انکار) با عواطف منفی، روان‌رنجورخویی، تنظیم هیجان منفی و پذیرش و عمل ارتباط مثبت و معنادار و با تحمل آشفتگی، عواطف مثبت و راهبردهای تنظیم هیجان مثبت ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. یافته‌های روایی افتراقی نشان داد که بین دو گروه بالینی و غیربالینی در مؤلفه‌های اجتناب تجربه‌ای تفاوت معناداری وجود دارد (۳۱). همچنین اعتبار این پرسشنامه در

9. Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF; Bernstein & Fink)
10. Sexual abuse
11. Physical abuse
12. Emotional abuse
13. Emotional neglect
14. Physical neglect

1. Procrastination
2. Distraction/ Suppression
3. Repression/ Denial
4. Distress endurance
5. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
6. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire- Persian (CERQ-P)
7. Personality Inventory Revised (NEO)
8. Acceptance and Action Questionnaire(AAQ-II)

کروناخ در دامنه ۰/۹۴ - ۰/۷۹ گزارش شده است (۳۳). ضریب پایایی به روش بازآزمایی و ضریب اعتبار به روش همسانی درونی نسخه فارسی این پرسشنامه در یک پژوهش انجام شده در ایران به ترتیب ۰/۹ و ۰/۹۴ به دست آمده است. (۳۴). همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های سوءاستفاده جنسی ۰/۷۸، سوءاستفاده جسمی ۰/۸۴، سوءاستفاده عاطفی ۰/۸۶، غفلت عاطفی ۰/۸۹، غفلت جسمی ۰/۸۳ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

(ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: بر مبنای چهارچوب مطرح شده توسط انجمن پژوهش پزشکی^۱ و در قالب گام اول که همان گام پیش‌بالینی یا مرحله نظری است، به این سوال پاسخ داده شد که چرا این مداخله اثربخش خواهد بود. در این راستا ابتدا پیشینه درمان‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی و مصاحبه انگیزشی مطالعه شد و همچنین کاربری نظریات مرتبط با مداخلات در قالب کار با کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت. در پایان مرحله یکم، براساس اسناد، منابع، ادبیات نظری، پیشینه پژوهشی و برنامه‌های موجود در این زمینه و استخراج عناصر و اصول مشترک بین روش‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی و بررسی اهداف، محتوای جلسات و تکالیف و تمرین‌های آنها (بر اساس محدودیت‌های موردنظر در مطالعات قبلی) برنامه آموزشی گروهی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی در سه سطح شروع جلسات، ادامه و اجرای محتوای اصلی و اصول پایان دادن به جلسات تدوین شد. در این مطالعه، روش‌های متفاوتی برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد؛ اطلاعات گردآوری شده از طریق مصاحبه، مشاهده و بررسی اسناد و مدارک، طبقه‌بندی و بر اساس نظر پژوهشگر مورد تعبیر و تفسیر قرار گرفتند. برای انتخاب نمونه از بین منابع و اسناد موجود از فرایند اشباع نظری استفاده شد؛ به گونه‌ای که گردآوری اطلاعات عینی

از بین منابع و اسناد تا جایی ادامه پیدا می‌کند که چیز تازه‌ای به اطلاعات قبلی افزوده نشود. از جمله این منابع و برنامه‌ها، برنامه گروه درمانی مصاحبه انگیزشی (۳۵)، پروتکل درمان ذهنی‌سازی (۳۶) که در پژوهش‌های متعددی در مورد اختلال تنیدگی پس از سانحه مورد استفاده قرار گرفته و درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای کودکان (۳۷) بود. برنامه آموزشی به کارگرفته شده در این پژوهش، توسط پژوهشگر تدوین و اعتباریابی آن انجام شد (۳۸). اعتبار محتوای برنامه آموزشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی توسط پنج متخصص با مدرک دکترای روان‌شناسی بالینی و تربیتی از دانشگاه شیراز، دانشگاه علامه طباطبائی تهران و دانشگاه گیلان که دانش و تجربه لازم در این زمینه داشتند، ارزیابی شد. از جمله ملاحظات اخلاقی جهت اعتبار درونی پژوهش این بود که از روان‌شناسان دانشگاه‌های مختلف که در پژوهش فوق‌ذینفع نبودند، استفاده شد. به منظور ارزیابی روایی محتوایی کمی جلسات آموزشی، ابتدا پرسشنامه‌ای در مورد میزان هماهنگی محتوای پروتکل به متخصصین ارائه و از آنها خواسته شد تا به گویه‌ها پاسخ دهند و در پایان دیدگاه‌های اصلاحی خود را به صورت مبسوط و کتبی ارائه کنند. برای بررسی کمی روایی محتوا از نسبت روایی محتوا^۲ و شاخص روایی محتوا^۳ استفاده شد. نسبت روایی محتوا بر اساس جدول لاوشه^۴ برای تمام جلسه‌های آموزش به جز جلسه دوم، پنجم و دهم بالاتر از ۰/۹۹ به دست آمد. البته تغییرات لازم از نظر تخصصی که جلسه دوم، پنجم و دهم را حائز روایی بالا نمی‌دانست، در پروتکل اعمال شد. همچنین، نتایج شاخص روایی محتوا برای تمام گویه‌ها بین ۰/۸۰ الی ۱ محاسبه شد. شرح خلاصه‌ای از جلسه‌های آموزشی گروهی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
۱	خوشامدگویی، معرفی اعضای گروه، آشنایی با قوانین و هنجارها	ارائه اطلاعات لازم به شرکت‌کنندگان در مورد مداخله مربوطه و ایجاد یک چشم انداز از فرایند گروه و بیان اهداف جلسات گروهی.	-----
۲	همدلی تاکید بر حضور فعالانه اعضا در گروه، اظهار و حمایت	اهمیت ایجاد ارتباط در چارچوب یک رابطه مشارکتی، آموزش روش‌های آرام‌سازی، آموزش اعضا در مورد اظهار همدلی.	انجام تمرین شفقت و نوع دوستی در طول هفته و ایجاد ارتباط با احساسات مشفقانه نسبت به دیگران.
۳	با مرتبط احساسات، افکار و هیجانات شناسایی قرار مشکل تاثیر تحت که زندگی از حیطه‌هایی است گرفته	چگونگی ارتباط احساسات، افکار و هیجانات با ابعاد رفتاری و شناخت بیشتر نسبت به حساسیت‌های درون فردی و بین فردی شرکت‌کنندگان.	پیاپی روی با افکار و احساسات، پیاپی روی با هیجانات از طریق تمرین شناسایی، پذیرش و عدم شخصی‌سازی آن.
۴	آشنایی با مفهوم اجتناب تجربه‌ای، دور شدن از خود به عنوان محتوا و نزدیک شدن به خود به عنوان زمینه	آشناسازی و مواجهه شرکت‌کنندگان با رفتارهای اجتنابی خود از طریق پرسیدن پرسش‌های باز پاسخ، برجسته‌سازی تناقض‌ها، تأیید و خلاصه کردن، انجام تمرین برانگیختگی-مهیا سازی-برانگیختگی.	تمرین برگشت به عقب و مشاهده محتوای ذهن، تمرین حرف زدن و گوش دادن آگاهانه.
۵	آشنایی در مورد روابط دلبستگی، راهبردها و خانوادگی تعارض‌های آن، تقویت حمایت نزدیکی عاطفی. و ذهنی‌سازی بر مبتنی بین فردی	کنکاش با ذهنی‌سازی روابط بحث در مورد دلبستگی و الگوهای فعال درونی، تمرین و بین فردی (مثلاً قربانی-مزاحم-ناجی). عاطفی اوضاع کردن	تمرین پوشش بدن و تنفس ذهن آگاهانه.
۶	مدیریت شکست ذهنی‌سازی و حالت‌های ذهنی‌سازی اولیه	پرکشاکش، مدیریت در موقعیت‌های فرد ذهن کردن درگیر با موفق ذهنی‌سازی ایجاد دیگران. و خانواده خود، احساس‌های و افکار تمرین درک و ذهنی‌سازی شکست مدل واکنش‌های طبیعی پس از مواجهه با برخی از تروماها، تقویت و فراخوانی گفت‌وگوی تغییرمدار، تمرکز بر منابع و تقویت حس خودکارآمدی	تمرین حالت هدایت خودکار و شکار حالات ذهنی. خود گفتاری به‌عنوان یک راهنما، و تمرین سپر اعتماد به خود.
۷	تروما تأثیر چگونگی و محیط، و خود مجدد ارزیابی جهت خود توانمندی‌های آنها، بررسی نقش‌های بر خودکارآمدی. حس تقویت شناسایی ماهیت ارزش‌ها، و شفاف سازی و اولویت بندی کردن ارزش‌ها و اهداف.	شناسایی ماهیت ارزش‌ها، کاوش و اولویت بندی کردن ارزش‌ها و اهداف.	تمرین رؤیایپردازی برای آینده و تمرین دسته بندی ارزش‌ها.
۹	تسهیل برای مطالب ذهنی‌سازی جهت در آموزش اعتماد معرفتی.	مدل ذهنی‌سازی و یادگیری، ذهنی‌سازی-سفر رؤیایی.	تمرین سفر رؤیایی با یکی از دوستان یا اعضای خانواده.
۱۰	خلاصه‌سازی و طراحی برنامه برای تغییر رفتار و متعهد بودن به آن.	جمع‌بندی و پرسش‌های کلیدی، طراحی برنامه برای تغییر رفتار و متعهد بودن به آن.	فرم طرح تغییر، و فهرست اعمال متعهدانه.
۱۱	آماده‌سازی برای پایان آموزش و تمرکز بر احساسات عدم حضور (فقدان).	توجه ذهن آگاهانه به‌عنوان یک سفر زندگی، مراسم پایانی.	مراقبه مهربانانه، و ایده‌هایی برای حفظ توجه آگاهانه.

(د) روش اجرا: جهت اجرای این پژوهش، ابتدا با اخذ مجوز از اداره کل

آموزش و پرورش استان گیلان طی نامه شماره ۱۴۲ در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۲ و ارائه آن به مراکز مشاوره نواحی یک و دو شهرستان رشت و با همکاری مدیران مراکز، افرادی (از بین مجموع ۹۰ مراجع) که با مشکلاتی همچون رفتارهای اجتنابی، رفتارهای متأثر از ترومای دوران کودکی و اختلال تئیدگی پس از سانحه، توسط مدارس به این مراکز ارجاع داده شده بودند، انتخاب شدند و پرسشنامه خودگزارشی ترومای

دوران کودکی بر روی آنها اجرا شد. دانش‌آموزان دارای نمرات متوسط تا شدید (با توجه به نمره برش در پرسشنامه) از بین مجموع ۹۰ مراجع انتخاب شده و تحت مصاحبه بالینی ساختاریافته قرار گرفتند؛ و در پایان ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را تأمین کردند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. بعد از اجرای پیش‌آزمون، مداخله مورد نظر توسط پژوهشگر یکم و در مرکز مشاوره ندای درون (مرکز مشاوره ناحیه ۱) بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه هیچ نوع مداخله‌ای در طی

فرایند مطالعه دریافت نکرد. به منظور حفظ اصول اخلاقی پژوهش، اعضای گروه گواه در پایان مطالعه از مزایای جلسات آموزشی برخوردار شده و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد. نتایج به دست آمده از داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و با نرم افزار SPSS-26 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن بر اساس عضویت گروهی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در جدول ۲ نشان داده شده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	آماره شاپیرو ویلک	میانگین	انحراف استاندارد	آماره شاپیرو ویلک	گروه گواه
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	۲۵۷/۷۳	۴۱/۴۱	۰/۹۷۵	۲۶۷/۳۳	۲۸/۵۱	۰/۸۹۲	آماره شاپیرو ویلک
	پس‌آزمون	۲۴۱/۴۰	۳۵/۶۱	۰/۹۲۷	۲۷۰/۶۰	۱۹/۹۹	۰/۹۷۰	انحراف استاندارد
	پیگیری	۲۳۹/۳۳	۳۴/۵۰	۰/۹۷۴	۲۷۰/۰۰	۱۹/۰۸	۰/۹۵۰	میانگین
اجتناب رفتاری	پیش‌آزمون	۴۸/۲۶	۸/۲۰	۰/۹۶۸	۵۰/۲۰	۷/۱۴	۰/۹۲۰	آماره شاپیرو ویلک
	پس‌آزمون	۴۳/۶۶	۹/۶۰	۰/۹۳۵	۵۱/۴۶	۴/۸۸	۰/۹۶۹	انحراف استاندارد
	پیگیری	۴۳/۴۰	۹/۴۲	۰/۹۷۲	۵۱/۶۶	۴/۶۷	۰/۹۷۲	میانگین
انزجار از آشفتگی	پیش‌آزمون	۵۸/۸۰	۱۱/۲۴	۰/۹۴۶	۶۰/۸۰	۱۰/۲۱	۰/۹۱۷	آماره شاپیرو ویلک
	پس‌آزمون	۵۰/۳۳	۱۳/۰۶	۰/۹۴۵	۵۹/۱۳	۹/۶۷	۰/۹۱۴	انحراف استاندارد
	پیگیری	۵۰/۰۰	۱۲/۷۵	۰/۹۶۹	۵۹/۲۶	۹/۷۲	۰/۹۶۷	میانگین
تعطل	پیش‌آزمون	۲۶/۰۰	۶/۹۴	۰/۹۳۹	۲۸/۶۶	۵/۸۳	۰/۸۹۷	آماره شاپیرو ویلک
	پس‌آزمون	۲۳/۰۶	۶/۳۶	۰/۹۳۶	۲۷/۴۰	۴/۶۴	۰/۹۳۷	انحراف استاندارد
	پیگیری	۲۲/۷۳	۶/۰۹	۰/۹۳۶	۲۷/۲۶	۴/۵۷	۰/۹۱۱	میانگین
حواس‌پرتی-توقف	پیش‌آزمون	۳۶/۲۰	۶/۳۱	۰/۹۷۳	۳۶/۵۳	۵/۴۰	۰/۹۱۲	آماره شاپیرو ویلک
	پس‌آزمون	۳۱/۶۰	۸/۲۰	۰/۸۹۸	۳۸/۷۳	۳/۱۹	۰/۹۷۱	انحراف استاندارد
	پیگیری	۳۱/۰۶	۷/۹۸	۰/۹۴۵	۳۸/۴۰	۳/۱۳	۰/۹۱۴	میانگین
سرکوبی-انکار	پیش‌آزمون	۳۵/۲۰	۷/۷۵	۰/۱۷۲	۳۷/۸۶	۴/۸۹	۰/۲۷۹	آماره شاپیرو ویلک
	پس‌آزمون	۳۴/۲۰	۷/۷۳	۰/۱۵۵	۳۷/۲۰	۶/۰۲	۰/۱۳۰	انحراف استاندارد
	پیگیری	۳۴/۰۰	۷/۶۹	۰/۸۰۷	۳۷/۰۶	۵/۹۶	۰/۹۵۳	میانگین
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	۵۳/۲۶	۱۱/۲۹	۰/۹۷۳	۵۳/۲۶	۹/۶۳	۰/۹۴۰	آماره شاپیرو ویلک
	پس‌آزمون	۵۸/۵۳	۵/۳۹	۰/۹۱۱	۵۶/۶۶	۶/۷۲	۰/۹۰۱	انحراف استاندارد
	پیگیری	۵۸/۱۳	۵/۱۸	۰/۹۴۸	۵۶/۳۳	۶/۵۹	۰/۹۰۲	میانگین

به منظور بررسی معنادار بودن تأثیر آموزش مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان با ترومای کودکی از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. در ابتدا، پیش‌فرض‌های آزمون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که آزمون لوین در مرحله پس‌آزمون برای متغیر اجتناب تجربه‌ای ($P=0/092$)، اجتناب رفتاری ($P=0/108$)،

با توجه به جدول ۲، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای تمام متغیرها معنادار نبود ($P>0/05$)، بنابراین توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن به تفکیک برای افراد گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد شده است.

که پیش‌فرض کروییت در مورد متغیر اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن برقرار نیست ($P < 0/05$)؛ بنابراین به دلیل عدم برقراری این مفروضه در متغیر اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن از تصحیح گرین‌هاوس-گیزر استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن در جدول ۳ ارائه شده است.

انزجار از آشفتگی ($P = 0/129$)، تعلل ($P = 0/053$)، حواس‌پرتی-توقف ($P = 0/113$)، سرکوبی-انکار ($P = 0/548$) و تحمل آشفتگی ($P = 0/317$) و در مرحله پیگیری برای متغیر اجتناب تجربه‌ای ($P = 0/100$)، اجتناب رفتاری ($P = 0/109$)، انزجار از آشفتگی ($P = 0/157$)، تعلل ($P = 0/089$)، حواس‌پرتی-توقف ($P = 0/110$)، سرکوبی-انکار ($P = 0/576$) و تحمل آشفتگی ($P = 0/349$) معنادار نبود ($P > 0/05$). در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. همچنین نتایج آزمون کروییت مآچلی نشان داد

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری	مجدورات
اجتناب تجربه‌ای	گروه‌ها	۱۲۰۶۴/۰۴۴	(۱/۲۸)	۲۲۰۹/۴۱۳	۵/۴۶۰	۰/۰۲۷	۰/۱۶۳
	مراحل	۱۰۵۸/۱۹۹	(۱/۰۰۵, ۲۸/۱۳۹)	۶۶۳/۰۳۰	۱/۵۹۶	۰/۲۱۷	۰/۰۵۴
	تعامل مراحل با گروه	۲۰۶۵/۰۱۰	(۱/۰۰۵, ۲۸/۱۳۹)	۶۶۳/۰۳۰	۳/۱۱۵	۰/۰۴۸	۰/۱۰۰
اجتناب رفتاری	گروه‌ها	۸۱۰/۰۰۰	(۱/۲۸)	۱۴۴/۵۳۲	۵/۶۰۴	۰/۰۲۵	۰/۱۶۷
	مراحل	۵۶/۰۳۰	(۱/۰۱۲, ۲۸/۳۲۹)	۲۷/۶۹۰	۲/۰۲۳	۰/۱۶۶	۰/۰۶۷
	تعامل مراحل با گروه	۱۸۴/۶۹۳	(۱/۰۱۲, ۲۸/۳۲۹)	۲۷/۶۹۰	۶/۶۷۰	۰/۰۱۵	۰/۱۹۲
انزجار از آشفتگی	گروه‌ها	۱۰۰۶/۶۷۸	(۱/۲۸)	۳۰۴/۵۲۵	۳/۳۰۶	۰/۰۸۰	۰/۱۰۶
	مراحل	۵۲۱/۴۸۵	(۱/۰۰۴, ۲۸/۱۲۲)	۷۱/۳۳۵	۷/۳۱۰	۰/۰۱۱	۰/۲۰۷
	تعامل مراحل با گروه	۲۴۷/۰۸۰	(۱/۰۰۴, ۲۸/۱۲۲)	۷۱/۳۳۵	۳/۴۶۴	۰/۰۴۳	۰/۱۱۰
تعلل	گروه‌ها	۳۳۲/۵۴۴	(۱/۲۸)	۴۳/۵۶۸	۷/۶۳۳	۰/۰۱۰	۰/۲۱۴
	مراحل	۹۸/۵۳۷	(۱/۰۰۶, ۲۸/۱۵۷)	۵۷/۳۸۶	۱/۷۱۷	۰/۲۰۱	۰/۰۵۸
	تعامل مراحل با گروه	۱۵/۶۶۸	(۱/۰۰۶, ۲۸/۱۵۷)	۵۷/۳۸۶	۰/۲۷۳	۰/۶۰۷	۰/۰۱۰
حواس‌پرتی توقف	گروه‌ها	۵۴۷/۶۰۰	(۱/۲۸)	۷۰/۲۵۱	۷/۷۹۵	۰/۰۰۹	۰/۲۱۸
	مراحل	۴۲/۱۶۸	(۱/۰۱۹, ۲۸/۵۲۳)	۳۹/۱۳۳	۱/۰۷۸	۰/۳۰۹	۰/۰۳۷
	تعامل مراحل با گروه	۲۳۳/۸۳۵	(۱/۰۱۹, ۲۸/۵۲۳)	۳۹/۱۳۳	۵/۹۷۵	۰/۰۲۰	۰/۱۷۶
سرکوبی-انکار	گروه‌ها	۱۹۰/۶۷۸	(۱/۲۸)	۱۲۰/۴۲۱	۱/۵۸۳	۰/۲۱۹	۰/۰۵۴
	مراحل	۱۷۰/۷۸	(۱/۰۰۸, ۲۸/۲۳۶)	۱۷/۰۰۳	۱/۰۰۴	۰/۳۲۵	۰/۰۳۵
	تعامل مراحل با گروه	۰/۶۸۳	(۱/۰۰۸, ۲۸/۲۳۶)	۱۷/۰۰۳	۰/۰۴۰	۰/۸۴۵	۰/۰۰۱
تحمل آشفتگی	گروه‌ها	۳۳/۶۱۱	(۱/۲۸)	۱۰۵/۱۸۹	۰/۳۲۰	۰/۵۷۶	۰/۰۱۱
	مراحل	۳۴۳/۸۶۸	(۱/۰۰۸, ۲۸/۲۱۲)	۷۶/۸۰۲	۴/۴۷۷	۰/۰۴۳	۰/۱۳۸
	تعامل مراحل با گروه	۱۶/۶۹۶	(۱/۰۰۸, ۲۸/۲۱۲)	۷۶/۸۰۲	۰/۲۱۷	۰/۶۴۶	۰/۰۰۸

پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند و اندازه اثر آن به ترتیب برابر با ۰/۱۰۰، ۰/۱۹۲، ۰/۱۱۰، ۰/۱۷۶ به دست آمد. لازم به ذکر است که سطح $P < 0/05$ برای رد فرض صفر در نظر گرفته شد. در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش به منظور بررسی اثرات پایداری مداخله آموزشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی بر متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میزان اثر F در زمان و گروه در متغیر اجتناب تجربه‌ای ($F = 3/115$ ، $P = 0/048$)، اجتناب رفتاری ($F = 6/670$ ، $P = 0/015$)، انزجار از آشفتگی ($F = 3/464$ ، $P = 0/043$) و حواس‌پرتی-توقف ($F = 5/975$ ، $P = 0/020$) به دست آمد. این یافته نشان داد که گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیر اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن (به غیر از تعلل، سرکوبی-انکار و تحمل آشفتگی) در سه مرحله پیش‌آزمون،

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش به منظور بررسی اثرات پایداری مداخله آموزشی

متغیر	مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
		اختلاف میانگین	مقدار احتمال	اختلاف میانگین	مقدار احتمال
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	۱۶/۳۳*	۰/۰۳۶	-۳/۲۶	۰/۶۹۳
	پیگیری	۱۸/۴۰*	۰/۰۳۱	-۲/۶۶	۰/۷۴۵
	پس‌آزمون	۲/۰۶	۰/۰۹۶	۰/۶۰	۰/۲۱۶
اجتناب رفتاری	پیش‌آزمون	۴/۶۰*	۰/۰۱۰	-۱/۲۶۷	۰/۴۵۲
	پیگیری	۴/۸۶۷*	۰/۰۰۷	-۱/۴۶۷	۰/۳۹۰
	پس‌آزمون	۰/۲۶۷	۰/۰۸۴	-۰/۲۰۰	۰/۱۹۰
انزجار از آشفتگی	پیش‌آزمون	۸/۴۶۷*	۰/۰۰۴	۱/۶۶۷	۰/۵۴۰
	پیگیری	۸/۸۰۰*	۰/۰۰۳	۱/۵۳۳	۰/۵۶۹
	پس‌آزمون	۰/۳۳	۰/۰۵۱	-۰/۱۳	۰/۳۷۲
تعلل	پیش‌آزمون	۲/۹۳	۰/۲۳۱	۱/۲۶	۰/۶۰۱
	پیگیری	۳/۲۶۷	۰/۱۸۵	۱/۴۰۰	۰/۵۶۵
	پس‌آزمون	۰/۳۳	۰/۰۷۱	۰/۱۳	۰/۳۷۲
حواس‌پرتی-توقف	پیش‌آزمون	۴/۶۰*	۰/۰۳۰	-۲/۲۰	۰/۲۸۲
	پیگیری	۵/۱۳*	۰/۰۱۵	-۱/۸۶	۰/۳۵۳
	پس‌آزمون	۰/۵۳	۰/۰۵۴	۰/۳۳	۰/۱۴۸
سرکوبی-انکار	پیش‌آزمون	۱	۰/۴۴۸	۰/۶۶۷	۰/۶۱۲
	پیگیری	۱/۲۰	۰/۳۶۹	۰/۸۰	۰/۵۴۸
	پس‌آزمون	۰/۲۰	۰/۰۵۳	۰/۱۳	۰/۱۹۰
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	-۵/۲۶	۰/۰۷۲	-۳/۴۰	۰/۲۳۸
	پیگیری	-۴/۸۶	۰/۰۸۶	-۳/۰۶	۰/۲۷۲
	پس‌آزمون	۰/۴۰	۰/۰۷۰	۰/۳۳	۰/۱۲۸

آموزشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی بر متغیر اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن (به غیر از تعلل، سرکوبی-انکار و تحمل آشفتگی) در دانش‌آموزان با ترومای کودکی اثربخش بوده و اثرات آن در مرحله پیگیری باقی مانده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان با ترومای کودکی اجرا شد. نتایج به دست آمده نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در میزان متغیر اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن (به غیر از تعلل، سرکوبی-انکار و تحمل آشفتگی) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد؛ و آموزش مبتنی بر روی آوردهای مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان با ترومای کودکی مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی پیشین (۹، ۱۲،

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ نشان داده شده است. بر این اساس تفاوت میانگین نمرات متغیر اجتناب تجربه‌ای و مؤلفه‌های آن (به غیر از تعلل، سرکوبی-انکار و تحمل آشفتگی) در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون، (اجتناب تجربه‌ای $Md=۱۶/۳۳$ ، $P=۰/۰۳۶$ ، اجتناب رفتاری $Md=۴/۶۰$ ، $P=۰/۰۱۰$ ، انزجار از آشفتگی $Md=۸/۴۶۷$ ، $P=۰/۰۰۴$ ، حواس‌پرتی-توقف $Md=۴/۶۰$ ، $P=۰/۰۳۰$ و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری (اجتناب تجربه‌ای $Md=۱۸/۴۰$ ، $P=۰/۰۳۱$ ، اجتناب رفتاری $Md=۴/۸۶۷$ ، $P=۰/۰۰۷$ ، انزجار از آشفتگی $Md=۸/۸۰۰$ ، $P=۰/۰۰۳$ ، حواس‌پرتی-توقف $Md=۵/۱۳$ ، $P=۰/۰۱۵$ ، معنادار است ($P<۰/۰۵$))؛ اما در گروه گواه تفاوت معناداری بین نمرات در مراحل مختلف آزمون وجود نداشت ($P>۰/۰۵$). بر اساس این نتایج می‌توان گفت مداخله

۱۳، ۱۶-۱۹، ۲۱، ۲۳) به طور ضمنی از نظر تأثیر آموزش مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی بر اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان با تروما همسو است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت: براساس نظر متخصصان (۱۶) در ابتدا دانش‌آموزان با ترومای کودکی اصلاً به درمان و تغییر رفتارهای مشکل‌آفرین خود فکر نمی‌کنند که بخواهند تلاشی برای تغییر داشته باشند و در مرحله اول با مصاحبه انگیزشی تا اندازه‌ای متوجه پیامدهای منفی رفتارهای ناکارآمد خود می‌شوند و تمایل به تغییر پیدا می‌کنند. در این مرحله، درمانگر بیشتر به زیان‌های رفتارهای مشکل‌آفرین و مزایای تغییر آنها اشاره می‌کند و این دانش‌آموزان با پیامدهای فوری و درازمدت به ویژه اجتناب‌ها که همان عوامل تداوم‌بخش هستند، آشنا می‌شوند و می‌فهمند حذف رفتار مشکل‌آفرین، وابسته به اجتناب آنها از رفتارهای خود است. در مورد این نتایج در پژوهشی (۲۳) نشان داده شد که در مصاحبه انگیزشی از دو تکنیک به طور عمده استفاده می‌شود، کاهش احساس خصومت و حالت دفاعی بیمار و نشان دادن خطرات و شدت اثرات بیماری که بیمار به آن واقف نیست. به طوری که دادن بینش به اجتناب‌ها و دفاع‌های ناپخته بیمار، مقابله با مکانیزم‌های انکار در مرحله غفلت و ناآگاهی اولین خط درمان مصاحبه انگیزشی است. بر همین اساس متخصصان (۱۰) معتقدند در درمان ذهنی‌سازی، موقعیت درمانی توضیح اجتماعی واضحی از اعتماد را فراهم می‌کند و درمانگر را به عنوان منبع قابل اعتماد دانش معرفی می‌کند که ظرفیت باطل کردن باورهای پیشین سخت‌گیرانه درباره خود و دیگران و کاهش تجارب فرد از رفتارهای فرار و اجتناب را دارد. یافته‌های یک پژوهش دیگر (۱۲) حاکی است در درمان ذهنی‌سازی، درمانگر با توجه به سطح انگیزش بیمار، بر اساس توقف، بازبینی و کاوش باعث بازسازی ذهنی‌سازی شده و زمینه‌ای برای ایجاد ظرفیت ذهنی‌سازی قوی‌تر و انعطاف‌پذیرتر فراهم می‌آورد که این انعطاف‌پذیری در ابعاد ذهنی‌سازی نشان‌دهنده مؤثر بودن آن در کاهش افکار منفی و اجتناب تجربه‌ای است.

دانش‌آموزان با ترومای کودکی با منابع تنش‌زای مختلفی در دوران کودکی رو به رو بوده‌اند و این در حالی است که آنها راهبردهای شناختی لازم برای مواجهه با این تنیدگی‌ها را نداشتند و به همین دلیل از رفتارهای اجتنابی برای رهایی از این تنیدگی‌ها استفاده می‌کردند؛ ولی در پایان این

دانش‌آموزان به دلیل شکست در رهایی از رنج و تنیدگی ناشی از تجربیات دوران کودکی، دچار افکار منفی، ناامیدی و افسرده‌کننده می‌شوند. به نظر می‌رسد با افزایش انگیزه درونی دانش‌آموزان با تجربه ترومای کودکی، توانمندی‌های هیجانی، ارزیابی‌های ذهنی مثبت و باور به توانمندی‌های شخصی افزایش می‌یابد. به طوری که مصاحبه انگیزشی از طریق افزایش انگیزه درونی و آمادگی فرد برای تغییر، افزایش مشارکت فعال‌تر، ماندگاری و پایبندی بیشتر به برنامه درمانی، تقویت رفتار مثبت، افزایش نگرانی در مورد رفتار ناپه‌نجا به طور غیرمستقیم و بدون فشار و اجبار، مشارکت در تنظیم برنامه درمان، بررسی سود و زیان تغییر، تعیین ارزش‌ها، ارزیابی و تقویت اطمینان به تغییر و حمایت از تغییرات، اثرات مثبتی بر کاهش رفتارهای مبتنی بر اجتناب تجربه‌ای این دانش‌آموزان دارد. در واقع در مصاحبه انگیزشی رابطه بین درمانگر و بیمار برابر و انسان‌گرایانه و بدون سرزنش و نصیحت است و همین رابطه همدلانه و پذیرش نامشروط بیمار، باعث افزایش پاسخ به درمان در دانش‌آموزان دارای تجربه تروما شد.

در آموزش ذهنی‌سازی، دانش‌آموزان دارای تجربه تروما با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود دریافتند که هیجانات مثبت کیفیتی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند و این هیجانات، زمانی تجربه می‌شوند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای اجتنابی را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور و یا فرار از افکار و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند در موقعیت‌های درناک انجام می‌دادند، کنار بگذارد و به یک نوع رهایی برسد. در نتیجه، ذهنی‌سازی این امکان را برای دانش‌آموزان دارای تجربه تروما فراهم ساخت که در شرایط سخت و دشوار زندگی، تصورات و راه‌حل‌های قالبی، خودمحور، مبتنی بر تجربه‌های شخصی منفی و محدود را کنار گذاشته، شروع به ارزیابی ذهنی رفتارهای اجتنابی خود کنند و با طرح پرسش‌های منطقی و بازبینی مداوم راه‌حل‌های ممکن به تصمیم‌های هوشمندانه و منطقی دست یابند و در پایان تلاش‌های خود را در راستای کاهش رفتارهای اجتنابی تنظیم نمایند. در واقع الگوی شناختی غالب در افراد اختلال تنیدگی پس از سانحه، ارزیابی شناختی منفی از رویداد آسیب‌زا و عواقب آن است. ارزیابی شناختی منفی، نقش اصلی در تداوم اختلال تنیدگی پس از سانحه دارد و به همین دلیل تمرکز قابل توجهی از درمان‌های مؤثر بر تروما بر این

شناخت‌ها صورت می‌گیرد (۱۱)؛ بنابراین، با توجه به این که ذهنی‌سازی و مصاحبه انگیزشی مستلزم راهبردهای ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه دانش‌آموزان دارای تجربه تروما بر تغییر، تعهد و پویایی بودند، به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیج فرو کاهنده خلق و تفکر منفی و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و اجتنابی کمک کردند و امکان مواجهه با تمام جنبه‌های زندگی، حتی جنبه‌های دردناک را میسر ساختند.

برنامه آموزشی فوق به گونه‌ای تدوین شده که با توجه به محدودیت‌های موجود از لحاظ کاربردپذیری (عدم پایداری تغییر که به عنوان یک کشاکش جدی در مدل مصاحبه انگیزشی مطرح است) ظرفیت‌های بالقوه هر دو روی آورد مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی که پیش‌تر اثربخشی آنها تأیید شده است را مدنظر قرار داده و به کار گیرد. این برنامه آموزشی با تأکید بر اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک عامل فراتشخیصی حائز اهمیت که افراد با ترومای کودکی تجربه می‌کنند، می‌تواند به عنوان یک برنامه آموزشی مؤثر نقش فراوانی در کاهش اجتناب تجربه‌ای دانش‌آموزان با ترومای کودکی داشته باشد. نتایج این مطالعه باید بر اساس محدودیت روش شناختی آن مورد توجه قرار گیرد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به نمونه‌گیری دردسترس و همچنین منفعل بودن افراد گروه گواه در طی فرایند مطالعه اشاره کرد. تکرار این مطالعه با گروه‌های سنی دیگر و همچنین رفع این محدودیت‌ها به دقت و تعمیق‌دهی نتایج کمک می‌کند. از دیگر محدودیت‌ها، اینکه در پژوهش حاضر نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی مانند جنسیت شرکت‌کنندگان در نظر گرفته نشده است. پیشنهاد می‌شود جهت بررسی اثربخش بودن این برنامه آموزشی به صورت دقیق‌تر، در پژوهش‌های آتی نقش این عوامل لحاظ شود. گنجاندن مداخله موردنظر در درمان‌های معمول تروما به نوجوانان مبتلا به ترومای کودکی کمک خواهد کرد تا افزون بر مدیریت علائم تروما، رفتارهای آسیب‌زا و ناسالم خود را که از این عامل تأثیر می‌پذیرند، به صورت مؤثری مدیریت کنند و به سمت مثبت تغییر دهند. همچنین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی بیشتر روان‌شناسان و مربیان پرورشی مدارس در زمینه اصول و تکنیک‌های اساسی آموزش مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی، به پرورش

ظرفیت‌ها و توانمند شدن دانش‌آموزان دارای والدین آسیب‌زنده کمک می‌کند و باعث ارتقاء آگاهی در مورد ترومای کودکی و روش‌های درمانی تاثیرگذار بر این مشکل خواهد شد، تا با بررسی دوره‌ای غربال‌گری مناسب و تشخیص و درمان زودرس اختلال تروما، از تأثیر علائم آن بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی و خانوادگی افراد مبتلا کاسته شود. بنابراین، با توجه به اثربخش بودن برنامه آموزشی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی و ذهنی‌سازی پیشنهاد می‌شود که این پروتکل در محوره‌های درمانی مربوط به ترومای کودکی توسط روان‌شناسان مدارس و همچنین در سطح کلینیکی توسط متخصصان استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده نخست در رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است که در تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۳۱ با موفقیت دفاع شد. مجوز علمی این مطالعه توسط دانشگاه آزاد اسلامی رشت طی نامه شماره ۱۶۲۵۵۰۱۰۹ در تاریخ ۱۴۰۱/۰۱/۲۰ صادر شد. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.RASHT.REC.1401.008 صادره از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت است. مجوز اجرایی این مطالعه توسط اداره کل آموزش و پرورش استان گیلان طی نامه شماره ۱۴۲ در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۲ صادر شد. همچنین سایر ملاحظات اخلاقی مندرج در راهنمای انتشار انجمن روان‌شناسی آمریکا و کدهای اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی ایران مانند اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات، دریافت رضایت کتبی از افراد نمونه در این پژوهش رعایت شده است.

حامی مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست این مقاله به عنوان طراح و اجرا کننده پژوهش بود؛ نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما؛ و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور در این مقاله نقش داشتند.

تضاد منافع: انجام این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را به دنبال نداشته است.

در دسترس بودن داده‌ها: داده‌ها و بروندات تحلیل این مقاله در اختیار نویسنده مسئول قرار دارد که در صورت درخواست منطقی در اختیار سایر پژوهشگران قرار می‌گیرد.

رضایت برای انتشار: نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل خود را اعلام کردند.

تشکر و قدردانی: در این قسمت از مسئولین محترم مرکز مشاوره ندای درون و از تمامی خانواده‌ها و دانش‌آموزانی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، تقدیر و تشکر می‌کنیم.

References

1. Park JY, Lee CW, Jang Y, Lee W, Yu H, Yoon J, et al. Relationship between childhood trauma and resilience in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 323:162-170. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36395993/> [Link]
2. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2022; 132:105815. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914329/> [Link]
3. Tarber DN, Cohn TJ, Casazza S, Hastings SL, Steele J. The role of self-compassion in psychological well-being for male survivors of childhood maltreatment. *Mindfulness*. 2016;7:1193-202. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-016-0562-4> [Link]
4. Strathearn L. Maternal neglect: oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *Journal of neuroendocrinology*. 2011; 23(11):1054-65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2011.02228.x> [Link]
5. Hosseini Ramaghani NA, Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholamrezaei S, Mirderikvand F. The mediating role of the metacognition, time perspectives and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and post-traumatic stress disorder symptoms. *European journal of psychotraumatology*. 2019;10(1):1648173. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1648173> [Link]
6. Hershenberg R, Mavandadi S, Wright E, Thase ME. Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of affective disorders*. 2017; 208:414-417. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27814567/> [Link]
7. Kline NK, Berke DS, Rhodes CA, Steenkamp MM, Litz BT. Self-blame and PTSD following sexual assault: A longitudinal analysis. *Journal of interpersonal violence*. 2021;36(5-6):NP3153-168. <https://doi.org/10.1177/0886260518770652> [Link]
8. Shmouli Selah Cheini R, Naseri A. Mediating role of experiential avoidance in predicting borderline personality disorder based on childhood trauma. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2024;10(6):142-156. [Persian] <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2186-en.html> [Link]
9. Oehlman Forbes D, Lee M, Lakeman R. The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*. 2021; 58(1):50-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32881544/> [Link]
10. Najian A, Kachooei M, Farahani H. Online mentalization-based treatment on negative affection and non-suicidal self-injury in adolescence. *Journal of Research in Psychopathology*. 2022; 3(8):34-40. [Persian] https://jrp.uma.ac.ir/article_1586.html [Link]
11. Hatam M, Abolghasemi A, Kafi M. The Impact of Empathy Training on Social Problem Solving Skills in Female Students with Traumatic Experience. *J Child Ment Health* 2019; 6 (2):107-118. [Persian] <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.2.10> [Link]
12. Ensink K, Bégin M, Normandin L, Godbout N, Fonagy P. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of trauma & Dissociation*. 2017;18(1):11-30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27070273/> [Link]
13. Lo CK, Tse N, Chiu J. A mixed-method non-randomized pilot evaluation of a mentalization-informed motivational interviewing group intervention for concerned significant others of adolescents with excessive gaming behaviors. *Children and Youth Services Review*. 2024;159:107496. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107496> [Link]
14. Almansour M, AlQurmalah SI, Razack HI. Motivational interviewing—an evidence-based, collaborative, goal-oriented communication approach in lifestyle medicine: A comprehensive review of the literature. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2023;18(5):1170-1178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37206188/> [Link]
15. Snape L, Atkinson C. The evidence for student-focused motivational interviewing in educational settings: A review of the literature. *Advances in School Mental Health Promotion*. 2016;9(2):119-139. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1754730X.2016.1157027> [Link]
16. Rokhyani E, Sugiyo S, Edy P. Effectiveness of Motivational Interviewing (MI) Technique Towards Resilience of Sexual Violence Students of Yuniior High School in Nganjuk. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*. 2020; 5(7)ISSN No: 2456-2165. [Link]
17. Arkowitz H, Miller WR, Rollnic S. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. Second Edition, The Guilford Press. 2015; New York/London. <https://www.amazon.com/Motivational-Interviewing-Treatment-Psychological-Applications/dp/1593855850> [Link]
18. Schwarzer NH, Nolte T, Fonagy P, Feigenbaum J, King-Casas B, Rüfenacht E, et al. Linking mentalizing capacity, shame, and depressive symptoms in the context of childhood maltreatment. *Children and Youth Services Review*. 2024;163:10778. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107787> [Link]
19. Darabi M, Manavipour D, Mohammadi A. The effectiveness of the program based on mentalization and mindfulness (mother and child) in behavioral and emotional problems of primary school children. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023;4(1):115-133. [Persian] <https://doi.org/10.22034/aftj.2023.336257.1511> [Link]
20. Hamidi M, Shariat S, Aghabozorgi S, Keshavarz Mohammadi R. The Effectiveness of Child-based Mindfulness Program on Impulsivity and Aggression in Children with Externalizing Disorders. *J Child Ment Health* 2020; 6 (4 :144-155. [Persian] <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.4.14> [Link]

21. Mohammadi Y, Savabi Niri V, Shayanfar S. The Effectiveness of Child-Centered Mindfulness Therapy on Emotion Regulation and Self-Concept Improvement in Children with Divorced Parents. *J Child Ment Health* 2023; 10 (2): 4. [Persian] <https://doi.org/10.61186/jcmh.10.2.5> [Link]
22. Oh H, Lee C. Culture and motivational interviewing. *Patient education and counseling*. 2016; 99(11):1914-1919. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.010> [Link]
23. Bourojeni SF, Ahmadi R, Ghazanfari A, Sharifi T. The effectiveness of mindfulness-based and motivational interviewing group therapy on pain self-efficacy and distress tolerance in patients with multiple sclerosis. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(100):635-51. [Persian] <http://psychologicalscience.ir/article-1-1084-en.html> [Link]
24. Pallant J. SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS. McGraw-hill education (UK). 2020; 778 – 780. <https://doi.org/10.4324/9781003117452> [Link]
25. Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*. 2011; 23(3):692-713. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21534697/> [Link]
26. Bernstein D, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire. A Retrospective Self-Report. Manual/The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company; 1998. <https://doi.org/10.1037/t02080-000> [Link]
27. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Pers Soc Psychol*. 1988; 54(6):1063-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3397865/> [Link]
28. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001; 30(8):1311-27. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6) [Link]
29. McCrae RR, Costa PT, Jr. Rotation to Maximize the Construct Validity of Factors in the NEO Personality Inventory. *Multivariate Behavioral Research*. 1989; 24 (1), 107-124. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2401_7 [Link]
30. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011; 42(4):676-88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22035996/> [Link]
31. Moradi A, Barghi Irani Z, Bagiyani Koulemarz MJ, Kariminejad K, Zabet M. Factor determination and psychometric features of the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ). *Social Cognition*. 2018; 6(2):57-82. [Persian] https://sc.journals.pnu.ac.ir/article_4422.html [Link]
32. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003; 27(2):169-190. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12615092/> [Link]
33. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of affective disorders*. 2011; 130(1-2):205-208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20943272/> [Link]
34. Garrusi B, Nakhaee N. Validity and reliability of a Persian version of the childhood trauma questionnaire. *Psychological reports*. 2009; 104: 509-516. <https://doi.org/10.2466/PRO.104.2.509-516> [Link]
35. Rosengren DB. Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook. Guilford publications; 2009. <https://www.amazon.com/Building-Motivational-Interviewing-Skills-Practitioner/dp/1606232991> [Link]
36. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide. Oxford University Press; 2016. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001> [Link]
37. Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach. 2017. <https://www.amazon.com/Mentalization-Based-Treatment-Children-Time-Limited-Approach/dp/1433827328> [Link]
38. Izadabadi B, Akbari B, Moqhtader L. Determining the Validity of the Educational Package Based on Motivational Interviewing and Mentalization Approaches for Experiential Avoidance and Sense of Agency of Students with Childhood Trauma. *Salamat-I ijtimai (Community Health)*. 2023; 10(4):30-41. [Persian] <https://doi.org/10.22037/ch.v10i4.31734> [Link]