

Research Paper



The Impact of Empathy Training on Social Problem Solving Skills in Female Students with Traumatic Experience

Mahsa Hatam^{*1}, Abbas Abolghasemi², Mousa Kafi³

1. M.A. in Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Citation: Hatam M, Abolghasemi A, Kafi M. The impact of empathy training on social problem solving skills in female students with traumatic experience. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(2): 107-118.

 <http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.6.2.10>

ARTICLE INFO

Keywords:

Empathy education,
social problem solving,
students,
traumatic experience

Received: 1 Sep 2018

Accepted: 14 Apr 2019

Available: 13 Aug 2019

ABSTRACT

Background and Purpose: Human beings face many traumatic events throughout their lives with different consequences. Many children and adolescents experience stressful events during their developmental period, such as parental addiction or death of an elderly relative. Posttraumatic stress disorder is a complicated and chronic disorder that causes significant problems and disruptions in social and educational performance. There are several techniques and approaches to treat this disorder which may lead to different consequences. Therefore, the aim of this study was to investigate the effect of empathy on social problem-solving ability among girl students with traumatic experiences. **Methods:** This study was a quasi-experimental research with pretest-posttest design. The study sample consisted of 36 ninth grade female students with traumatic experience, aged 14-15, in Rasht city in academic year 2017-2018 that were selected by purposeful sampling and then randomly divided into experimental and control groups. *Traumatic Events Screening Inventory* (Ford et al., 2002), clinical interview, and *Social Problem Solving Inventory-Short Form* (D'Zurilla et al., 2002) were used for data collection. The experimental group received 8 sessions of interventional empathy education, one session per week. Data were analyzed by univariate and multivariate covariance analysis.

Result: The results of covariance analysis showed that empathy education significantly increased social problem solving and improved the components of rational problem solving and avoidant attachment style ($p < 0.01$). However, no significant difference was found in the components of positive problem orientation, negative problem orientation and impulsive/negligent style.

Conclusion: Employing empathy education and extending it to different social contexts can improve the social problem solving of people with traumatic experiences. This education can be used as a capacity to increase self-control for preventing the symptoms of posttraumatic disorder in social contexts.

* **Corresponding author:** Mahsa Hatam, M.A. in Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
E-mail addresses: M.hatam38@yahoo.com

تأثیر آموزش همدلی بر مهارت‌های حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای تجربه تروما

مهسا حاتم*^۱، عباس ابوالقاسمی^۲، موسی کافی^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

آموزش همدلی،
حل مسئله اجتماعی،
دانش‌آموزان،
تجربه تروما

زمینه و هدف: انسان در طول زندگی خود با حوادث آسیب‌زای بسیاری مواجه می‌شود که پیامدهای ناشی از آن متفاوت است. بسیاری از کودکان و نوجوانان در طی تحول خود رویدادهای تنش‌گر مانند اعتیاد والدین و مرگ یک خویشاوند سالخورده و مانند آن را تجربه می‌کنند. اختلال تنیدگی پس از ضربه، اختلال پیچیده و مزمنی است که باعث بروز مشکلات قابل ملاحظه و اختلال در کنش‌وری اجتماعی و آموزشی می‌شود. روش‌ها و روی‌آوردهای مختلفی برای درمان این اختلال وجود دارد که پیامدهای مختلفی را به دنبال دارند. هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش همدلی بر حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای تجربه تروما بود.

روش: پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۶ نفر از دانش‌آموزان دختر ۱۴-۱۵ ساله مقطع نهم دارای تجربه تروما شهر رشت در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خود گزارشی سرزندگی (فورد و همکاران، ۲۰۰۲)، مصاحبه بالینی و فرم کوتاه حل مسئله اجتماعی (دزوریلا، نیزو و مایدیو- الیورز، ۲۰۰۲) استفاده شد. گروه آزمایش طی ۸ جلسه، هر هفته یک جلسه، تحت مداخله آموزش همدلی قرار گرفتند و تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس، انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش همدلی به طور معنی‌داری باعث افزایش مهارت حل مسئله اجتماعی و بهبود مؤلفه‌های حل مسئله منطقی و سبک اجتنابی می‌شود ($P < 0/01$)، اما در مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله و سبک تکانشی/بی‌احتیاطی، تفاوت معنادار دیده نشد.

نتیجه‌گیری: با استفاده از آموزش همدلی و تعمیم آن به بافت‌های اجتماعی مختلف، می‌توان حل مسئله اجتماعی افراد دارای تجربه تروما را بهبود بخشید. همچنین این روش درمانی می‌تواند به عنوان ظرفیتی برای افزایش خودمهارگری جهت جلوگیری از بروز نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از ضربه در شرایط گوناگون استفاده شود.

دریافت شده: ۹۷/۰۶/۱۰

پذیرفته شده: ۹۸/۰۱/۲۵

منتشر شده: ۹۸/۰۵/۲۲

* نویسنده مسئول: مهسا حاتم، کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

پست الکترونیکی: M.hatam38@yahoo.com

تلفن: ۰۱۳-۳۳۶۹۰۲۷۴

مقدمه

انسان در طول زندگی خود با حوادث آسیب‌زای بسیاری مواجه می‌شود که پیامدهای ناشی از آن متفاوت است (۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا حادثه تروماتیک را یک محرک تنش‌آور به شدت آسیب‌زا می‌داند که به تجربه مستقیم شخصی رویدادی مانند مرگ واقعی یا تهدید به مرگ یا آسیب جدی و یا رویدادهای دیگری که تمامیت جسمی فرد، اعضای خانواده، و یا بستگان را تهدید می‌کند، مربوط است. بسیاری از کودکان و نوجوانان در طی تحول خود رویدادهای تنش‌گر مانند اعتیاد والدین و مرگ یک خویشاوند سالخورده و مانند آن را تجربه می‌کنند (۲).

اختلال تنیدگی پس از ضربه^۱، اختلال پیچیده و مزمنی است که باعث بروز مشکلات قابل ملاحظه و اختلال در عملکرد اجتماعی و آموزشی می‌شود (۳). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع این اختلال در نوجوانان پسر و دختر به ترتیب ۳/۷ و ۶/۳ درصد است و میزان بروز آن در طول عمر ۹ تا ۱۵ درصد تخمین زده شده است (۴). شیوع اختلال تنیدگی پس از ضربه در کودکان و نوجوانان مبتلا به تروما متفاوت است، اغلب مطالعات، شیوع ۳۰ تا ۴۰ درصد را گزارش کرده‌اند (۵).

تجربه رویداد آسیب‌زا در کودکان و نوجوانان شایع است (۶)، اگرچه بیشتر کودکان و نوجوانان در مقابل حوادث تروماتیک تاب می‌آورند، اما برخی دیگر دچار مشکلات روان‌شناختی طولانی‌مدت می‌شوند (۴). با توجه به اضافه شدن اختلال تنیدگی پس از ضربه کودکان و نوجوانان در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، شناسایی عوامل خطر این اختلال مخصوصاً در کودکان و نوجوانان از اهمیت علمی، بالینی، و اجتماعی بیشتری برخوردار شده است (۲). ارتباط تجربه رویدادهای آسیب‌زا زندگی با بسیاری از پیامدهای روان‌پزشکی از جمله افسردگی و اضطراب کاملاً مشخص شده است (۷ و ۸). همچنین تروماها می‌توانند منجر به خودکشی (۹ و ۱۰)، اختلال در تنظیم هیجان و تنیدگی پس از ضربه (۱۱) شوند.

نوجوانان با تجربه تروما در سیستم بازداری-فعال‌سازی رفتاری با مشکلات زیادی مواجه شده و وضوح هیجانی کمتری دارند (۱۲). تجربه تروما اثر قوی‌تری در میان دختران آزرده‌دهنده در مقایسه با پسران دارد (۱۳) و (۱۴). بسیاری از جوانانی که تجربیات حیاتی منفی مانند سوءاستفاده از

آنها در دوره کودکی در خانواده فقیر داشته‌اند در استفاده از راهبردهای شناختی و عاطفی برای حل مشکلات اجتماعی، دچار مشکل هستند. همچنین مشخص شده است که مجرمان جوان مشکلاتی در اجتماعی شدن، نارسایی در توانایی‌های عاطفی خود، و تمایل به استفاده از راهبردهای غیرفعال برای کنار آمدن با مشکلات دارند (۱۵).

حل مسئله اجتماعی از عوامل فردی است که برای تنظیم و مدیریت پس از آسیب مهم است (۱۶). نارسایی در توانایی حل مسئله در اختلالاتی نظیر اضطراب، وسواس، تنیدگی پس از ضربه، و افسردگی (۱۷) گزارش شده است. از طرفی، استفاده کمتر از مهارت‌های حل مسئله سازش‌یافته و استفاده بیشتر از مهارت‌های حل مسئله سازش‌نیافته با شدت بیشتر علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه همراه است (۱۸). نتایج یک مطالعه نشان داد که مبتلایان به اختلالات رفتاری، مشکلات متعددی در همدلی نشان می‌دهند (۱۹). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین همدلی، خودکارآمدی، مسئولیت، و رفتارهای جامعه‌گرا، ارتباط مثبت وجود دارد (۲۰). همدلی، مؤلفه اجتماعی هوش هیجانی است. تنظیم هیجان ارتباط بین حوادث تروماتیک، سلامت روانی، و مشکلات رفتاری را نشان می‌دهد (۲۱). اختلال در تنظیم هیجان نتیجه بالقوه آسیب‌های دوران کودکی در کودکان و نوجوانان است و نشانه‌های تجزیه هیجان‌ها را پیش‌بینی می‌کند (۲۲). مشکل در تنظیم هیجان مانع بهبودی علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌شود (۲۳). اختلال تنیدگی پس از ضربه با هیجان‌های منفی از جمله شرم، گناه، خشم و نفرت ارتباط دارد و منجر به اختلال در توانایی تنظیم این حالت‌های هیجانی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال تنیدگی پس از ضربه گرایش دارند بیش از حد از راهبردهای ناکارآمد و نامؤثر تنظیم هیجان استفاده کنند (۲۴). حوادث نامطلوب دوران کودکی از توانایی یادگیری از تجارب زندگی، مانند چگونگی استفاده و درک اطلاعات هیجانی جلوگیری می‌کند (۲۵) و منجر به بی‌ثباتی عاطفی و خطرپذیری بیشتر برای اختلالات روان‌پزشکی می‌شود (۲۶).

نتایج مطالعه کارمر و لاندولت نشان داد که مداخلات زود هنگام در کودکانی که دچار حوادث تروماتیک شده‌اند ممکن است مفید باشد (۲۷). شواهد قوی بر اثربخشی سه روی آورد درمانی برای اختلال تنیدگی

زود هنگام، از صرف هزینه‌های سنگین که گریبان‌گیر نوجوان، خانواده، آموزشگاه، و جامعه می‌شود، جلوگیری به عمل آورد. با توجه به مطالب گفته شده و با در نظر گرفتن آمار کودکان و نوجوانان مبتلا به تروما، لزوم مطالعه در این زمینه و کمک به بهبود کیفیت زندگی در این گروه از افراد جامعه، بیش از پیش احساس می‌شود. از طرفی با توجه به اهمیت و تأثیر آموزش همدلی بر مهارت‌های عاطفی و اجتماعی افراد و با توجه به بررسی‌های پژوهشگران، تاکنون مطالعه‌ای که تأثیر آموزش همدلی را به طور اختصاصی بر روی افراد دارای تجربه تروماتیک نشان دهد، به ثبت نرسیده است. بدین ترتیب هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش همدلی بر حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای تجربه تروما است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر ۱۴-۱۵ ساله دارای تجربه تروماتیک مقطع نهم شهر رشت در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود بر اساس پرسشنامه سرند کردن حوادث تروماتیک و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، شناسایی شدند. نمونه پژوهش با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی ۴۰ نفر به روش هدفمند از جامعه مذکور انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایدهی شدند. در نهایت ۲ نفر از گروه آزمایش افت داشتند و از گروه گواه هم به صورت تصادفی ۲ نفر حذف شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل سن ۱۴-۱۵ سال، جنس دختر، هوش بهنجار، عدم دریافت درمان روان‌شناختی یا دارویی به طور همزمان، و رضایت آگاهانه بود. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز شامل عدم حضور در جلسات آموزشی بیشتر از ۲ جلسه و دریافت آموزش یا درمان هم‌زمان دیگر، بود.

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان داد که دامنه سنی آنها بین ۱۴ تا ۱۵ سال بود. همچنین ۷۷/۸ درصد از

پس از ضربه وجود دارد: مواجهه درمانی، بازسازی شناختی (شامل درمان پردازش‌شناختی، شناخت‌درمانی، درمان شناختی رفتاری) و حساسیت‌زدایی با حرکات مداوم چشم و پردازش مجدد^۱ (۲۸ و ۲۹). الگوی شناختی غالب در افراد اختلال تنیدگی پس از ضربه، ارزیابی شناختی منفی از رویداد آسیب‌زا و عواقب آن است. ارزیابی شناختی منفی، نقش اصلی در تداوم اختلال تنیدگی پس از ضربه دارد و به همین دلیل تمرکز قابل توجهی از درمانهای مؤثر بر تروما و اختلال تنیدگی پس از ضربه بر این شناخت‌ها صورت می‌گیرد (۳۰). احتمالاً یکی از روش‌های جایگزین برای افراد دارای تجربه تروماتیک، آموزش همدلی است. این نوع آموزش باعث می‌شود تا افرادی که در مسائل بین‌فردی خود، راه‌حل‌های محدودتری دارند، آگاهی بیشتری بر رفتار خود و دیگران به دست آورند (۳۱). یافته‌های اخیر نشان می‌دهند که عوامل شناختی منجر به تشدید اختلال تنیدگی پس از ضربه و تداوم آن می‌شود و از طرفی درمانهایی که منافع شناختی را هدف قرار می‌دهند، در درمان علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه مؤثرتر هستند (۳۲). آموزش همدلی از طریق افزایش درک فرد با ارتقا آگاهی وی از خود و دیگران و افزایش پاسخ‌های همدلانه با استفاده از تنظیم هیجان به افزایش دقت در همدلی منجر می‌شود و پس‌خوراند مثبتی را برای فرد فراهم می‌آورد (۳۳). همچنین نتایج مطالعات نشان داده‌اند که آموزش همدلی به کاهش رفتارهای پرخطرگانه دانش‌آموزان (۳۱) و افزایش سطح سازش‌یافتگی نوجوانان و بهبود نمرات سازش‌یافتگی اجتماعی، تحصیلی و عاطفی آنها، منجر می‌شود (۳۴). همچنین آموزش همدلی می‌تواند موجب ارتقاء حل مسئله در نوجوانی شود (۳۵).

با توجه به شیوع و اهمیت موضوع و آسیب‌پذیری قشر دانش‌آموز به‌ویژه دانش‌آموزان دوره اول دبیرستانی به دلیل قرار گرفتن در سن بلوغ و انتخاب رشته که در کنار عوامل خانوادگی و سایر عوامل دیگر باعث تشدید خطر افت تحصیلی آنها می‌شود و نبود مطالعات کافی و متمرکز در داخل و خارج کشور در این زمینه و از طرفی نادیده گرفتن و عدم توجه به افراد دارای تجارب تروماتیک، انجام این پژوهش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ بنابراین ضروری است تا اثربخشی این آموزش مورد ارزیابی قرار گرفته تا از این طریق بتوان با ایجاد راهکارهای درمانی

1. Eye movement desensitization and reprocessing

۳. فرم کوتاه پرسشنامه تجدیدنظر شده حل مسئله اجتماعی^۲: این فرم یک ابزار خود گزارشی ۲۵ سوالی است که توسط دزوریل، نیزو و مایدیو-ایورز (۲۰۰۲) با هدف اندازه‌گیری مهارت فرد در حل مسئله اجتماعی ساخته شده است و از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای (خیلی زیاد تا به هیچ وجه) است و خرده مقیاس‌های آن شامل مقیاس جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، حل مسئله منطقی، سبک تکانشی/بی‌احتیاط، و سبک اجتنابی است. اعتبار این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۱ و در برخی مطالعات ۰/۶۹ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. روایی سازه این پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و همبستگی با دیگر مقیاس‌های حل مسئله و سازه‌های روان‌شناختی همپوش، ۰/۶۵ گزارش شده است (۳۷). در ایران مخبری، درتاج و دره‌کردی (۳۸)، ضریب آلفای ۰/۸۵ را برای پنج عامل و ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۸ را برای فرم کوتاه پرسشنامه حل مسئله اجتماعی، به دست آوردند. مخبری و همکاران (۱۳۹۰) روایی همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه سازش‌یافتگی اجتماعی بل (۱۹۶۱) را ۰/۵۰- گزارش کردند (۳۸).

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای: وزیری و لطفی عظیمی (۳۱) برنامه‌ای را برای آموزش همدلی ارائه داده‌اند که در زمینه مهارت‌های اجتماعی/عاطفی بر پایه نظریه‌های مختلف تدوین شده‌اند. هر کدام از این نظریه‌ها زیربنای بخشی از هر برنامه آموزشی در زمینه مهارت‌های عاطفی و اجتماعی، تشکیل می‌دهند. مهارت‌های این برنامه شامل خودآگاهی، کار گروهی، همدلی، دلسوزی برای خود و دیگران، و ترکیبی از مهارت‌های شخصی و میان‌فردی است (۳۱). آموزش این برنامه در مطالعه حاضر توسط پژوهشگر و در ۸ جلسه یک ساعته (هفته‌ای ۱ جلسه) در دفتر امور پرورشی ۲ مدرسه به صورت گروهی ارائه شد. محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱، به اختصار بیان شده است.

شرکت کنندگان در گروه آزمایش و ۶۱/۱ درصد از گروه گواه، ۱۵ ساله بودند. از طرفی ۳۸/۹ درصد از شرکت کنندگان در گروه آزمایش و ۵۰ درصد گروه گواه، فرزند اول خانواده بودند. همچنین از نظر تحصیلی مشخص شد که ۵/۶ درصد شرکت کنندگان در گروه آزمایش و ۱۱/۱ درصد از گروه گواه، سابقه مردودی در طول سنوات تحصیل داشتند.

ب) ابزار پژوهش

۱. فرم خود گزارشی پرسشنامه سرزندگی حوادث تروما^۱: این پرسشنامه یک ابزار ۲۴ سوالی از نوع بله-خیر است که توسط فورد و همکاران (۲۰۰۲) با هدف بررسی سابقه حوادث تروما و تمایز این حوادث از تجربیات منفی زندگی در کودکان و نوجوانان ساخته شده است (۳۶). این فرم تجربه تعدادی از حوادث از جمله آسیب‌های بدنی قلبی و فعلی، بستری شدن‌های مختلف، خشونت خانوادگی، خشونت در جامعه، فجایع طبیعی، تصادفات رانندگی، و سوءاستفاده فیزیکی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نتایج یک مطالعه نشان داد که این پرسشنامه با ابزارهای دیگر ارزیابی حوادث تروماتیک زندگی، همبستگی در دامنه ۰/۶۸ الی ۰/۹۳ نشان داده است و ضریب آلفای کرونباخ این آزمون نیز ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۶). همچنین این ضریب در پژوهش بشرپور، نریمانی و عیسی زادگان، ۰/۷۶ به دست آمده است (۸).

۲. مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: در این پژوهش برای تشخیص قطعی و کامل تر، از مصاحبه بالینی ساختاریافته علائم توصیف شده برای تجارب تروما بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی استفاده شد.

جدول ۱: برنامه آموزش همدلی

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	نوع تکلیف خانگی
یکم	دانش‌افزایی: بی تفاوتی چیست؟	ما و دیگران وقتی بی تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟	آگاهی از بی تفاوتی خود و دیگران	ثبت بی تفاوتی خود و دیگران
دوم	دانش‌افزایی: همدردی چیست؟	وقتی همدردی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ وقتی همدردی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ آیا لازم است که همدردی کنیم؟	آگاهی از همدردی	ثبت همدردی خود
سوم	دانش‌افزایی: همدلی چیست؟	وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ آیا لازم است که همدلی کنیم؟ فرق بی تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟	آگاهی از همدلی	ثبت همدلی روزانه خود

چهارم	دانش‌افزایی: موانع همدلی کدام هستند؟	با گفته‌های دوستانتان همدلی کنید. همدلی دوستانتان را ارزشیابی کنید. چه مهارت‌هایی به همدلی کمک می‌کنند؟ برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟	آگاهی از موانع همدلی	ثبت و تمرین همدلی
پنجم	دانش‌افزایی: برای همدلی چه مهارت‌هایی نیاز داریم؟	۲ مورد از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. چرا باید همدلی را یاد بگیریم. آیا نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما تأثیر می‌گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا به چه مهارت‌هایی احتیاج داریم؟	آگاهی از مهارت‌های همدلی	تمرین مهارت‌های همدلی
ششم	دانش‌افزایی: خطاهای تفسیری کدام‌اند؟ (نام‌گذاری، برچسب زدن...)	هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری چکار کنیم؟ نتیجه خطاهای تفسیری در روابط ما چیست؟	آگاهی از خطاهای تفسیری	ثبت خطاهای تفسیری خود
هفتم	دانش‌افزایی: همدلی به چه مهارت‌هایی احتیاج دارد؟	رفتارهای خودتان و دوستانتان دنبال کنید. نتیجه کاربرد فنون را در رفتارهای خود و دوستانتان نام ببرید. ترکیب فنون در همدلی خود و دوستانتان چگونه رخ می‌دهد؟	آگاهی از مهارت‌های همدلی	تمرین مهارت‌های همدلی
هشتم	دانش‌افزایی: همدلی چگونه تقویت می‌شود؟	به همدلی خودتان و گروه بازخورد بدهید. توانایی همدلی خودتان ارزیابی کنید. برای اینکه همدلی خودتان را ادامه دهید باید چگونه عمل کنید.	آگاهی از تقویت‌کننده‌های همدلی	تقویت مهارت‌های همدلی

شد. داده‌های به دست آمده نیز با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و گواه در حل مسئله و مراحل آن، و ابزار غربالگری تجارب تروماتیک گزارش شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این نتیجه جدول آماره Z آزمون شاپیرو-ویلک، برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

(د روش اجرا: قبل از انجام پژوهش مجوزهای لازم از کمیته فنی و اخلاقی اداره کل آموزش و پرورش استان گیلان گرفته شد و سپس افراد نمونه به روش هدفمند انتخاب شدند. بعد از بیان اهداف پژوهش با رعایت ملاحظات اخلاقی، آزمودنی‌های پژوهش رضایت کتبی خود را برای حضور در پژوهش اعلام کردند و همچنین به آزمودنی‌ها و والدین آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه باقی می‌ماند. پس از اجرای پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایشی و گواه، گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه، یک روز در هفته، هر جلسه یک ساعته تحت آموزش همدلی قرار گرفتند، ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس‌آزمون نیز بعد از اتمام مداخله درمانی، در هر دو گروه آزمایشی و گواه اجرا

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرها در گروه آزمایش و گواه آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (تعداد: ۳۶)

متغیرها	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	S-W	P
جهت‌گیری مثبت به مسئله	پیش‌آزمون	گواه	۷/۸۳	۴/۰۹	۰/۹۴	۰/۲۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۸/۵۰	۲/۲۵	۰/۹۶	۰/۷۱
	پس‌آزمون	گواه	۸/۲۲	۱/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۱
	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۳/۳	۱/۷۸	۰/۹۲	۰/۱۸
جهت‌گیری منفی به مسئله	پیش‌آزمون	گواه	۱۲/۵۰	۱/۸۲	۰/۹۵	۰/۴۳
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۳/۰۵	۱/۳۹	۰/۹۳	۰/۲۵
	پس‌آزمون	گواه	۱۳/۲۷	۱/۹۳	۰/۹۶	۰/۷۳
	پیش‌آزمون	آزمایشی	۲۱/۵۰	۴/۰۳	۰/۹۴	۰/۳۵
حل مسئله منطقی	پیش‌آزمون	گواه	۱۹/۶۹	۴/۷۳	۰/۹۱	۰/۰۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۰/۵۵	۴/۶۵	۰/۹۵	۰/۴۲

۰/۱۱	۰/۹۲	۴/۱۷	۱۹/۵۰	گواه		
۰/۶۶	۰/۹۶	۲/۵۳	۸/۶۱	آزمایشی		
۰/۱۸	۰/۹۱	۲/۱۳	۹/۱۱	گواه	پیش‌آزمون	سبک تکانشی/بی‌احتیاطی
۰/۵۷	۰/۹۵	۱/۸۸	۵/۸۳	آزمایشی	پس‌آزمون	
۰/۲۳	۰/۹۰	۲/۵۱	۸/۲۰	گواه		
۰/۳۲	۰/۹۴	۲/۵۳	۱۵/۶۱	آزمایشی		
۰/۲۱	۰/۹۳	۲/۳۰	۱۶/۵۵	گواه	پیش‌آزمون	سبک اجتنابی
۰/۱۴	۰/۹۲	۲/۵۳	۱۹/۱۶	آزمایشی	پس‌آزمون	
۰/۵۱	۰/۹۵	۲/۳۰	۱۶/۸۸	گواه		

گواه نیز نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه برابر است ($P=0/525, F=0/933, M\ Box=16/671$). نتایج آزمون‌های دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی‌دار است ($P<0/00, df=14, X^2=52/33$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/001$ ، $F=8/16, df=0/55$ ، لامبدای ویلکز). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری گزارش شده است.

برای بررسی تأثیر آموزش همدلی بر حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای تجربه تروما از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=8/86, P>0/05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس جهت‌گیری مثبت به مسئله ($F=0/22, P>0/88$)، جهت‌گیری منفی به مسئله ($F=0/17, P>0/94$)، حل مسئله منطقی ($F=0/76, P>0/38$)، سبک تکانشی/بی‌احتیاطی ($F=0/38, P>0/54$)، و سبک اجتنابی ($F=0/12, P>0/12$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری (آنکوا) مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
جهت‌گیری مثبت به مسئله	آزمایشی	۸/۴۱	۱/۸	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۴۸۶	۰/۰۱۷
	گواه	۷/۳۱					
جهت‌گیری منفی به مسئله	آزمایشی	۲۴/۲۱	۴/۳۷	۰/۷۵	۲/۱۶	۰/۱۵۲	۰/۰۶۹
	گواه	۱۹/۸۴					
حل مسئله منطقی	آزمایشی	۷/۱۹	۰/۷۵	۰/۳۲	۱۰/۳۵	۰/۰۰۳	۰/۲۶۳
	گواه	۶/۴۷					
سبک تکانشی/بی‌احتیاطی	آزمایشی	۹/۰۳	۰/۴۹	۰/۲۰	۲/۱۸	۰/۱۵۱	۰/۰۷۰
	گواه	۸/۵۷					
سبک اجتنابی	آزمایشی	۵/۸۴	۲/۰۷	۰/۴۸	۹/۲۳	۰/۰۰۵	۰/۲۴۲
	گواه	۸/۰۹					

یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان

با توجه به جدول ۲، آماره F برای مؤلفه‌های حل مسئله منطقی (۱۰/۳۵) و سبک اجتنابی (۹/۲۳) در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. این

می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در مؤلفه‌های حل مسئله منطقی (۷/۱۹) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌ها با میانگین (۶/۴۷) و میانگین گروه آزمایش در سبک اجتنابی (۵/۸۴) کمتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه با میانگین (۸/۰۹) است. همچنین یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهند که بین گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، و سبک تکانشی/بی‌احتیاطی، تفاوت معناداری وجود ندارد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش همدلی موجب بهبودی مؤلفه‌های حل مسئله منطقی و سبک اجتنابی حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای تجربه تروما می‌شود، اما تأثیری بر مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، و سبک تکانشی/بی‌احتیاطی ندارد. همچنین اندازه اثر در جدول ۲ نشان می‌دهد که آموزش همدلی ۲۶/۳ درصد از تغییرات حل مسئله منطقی و ۲۴/۲ درصد از واریانس سبک اجتنابی را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش همدلی بر حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای تجربه تروما انجام شد. نتایج حاصل نشان داد که آموزش همدلی به طور کلی موجب بهبود حل مسئله اجتماعی در این دانش‌آموزان می‌شود. از میان مؤلفه‌های حل مسئله اجتماعی، حل مسئله منطقی و سبک اجتنابی، بهبودی معناداری را نشان دادند ($P < ۰/۰۱$)، اما در مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، و سبک تکانشی/بی‌احتیاطی، تفاوت معنادار دیده نشد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر (در سطح نمره کل)، دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به دانش‌آموزان گروه گواه، در پس‌آزمون حل مسئله اجتماعی، بهبودی معناداری را نشان دادند؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر این که آموزش همدلی، حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان دارای تجارب تروما را افزایش می‌دهد، تأیید می‌شود. لازم به یادآوری است پژوهشی دقیقاً با این عنوان صورت نگرفته است، اما می‌توان گفت یافته‌های پژوهش حاضر به نوعی با نتایج پژوهش‌های (۳۰ و ۳۵) همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر باید بیان داشت شناخت‌افزایی موجود در آموزش همدلی باعث می‌شود تا افرادی که در مسائل

بین‌فردی خود، راه‌حل‌های محدودتری دارند، آگاهی بیشتری بر رفتار خود و دیگران به دست آورند (۳۲). آموزش همدلی از طریق افزایش درک فرد با ارتقاء آگاهی وی از خود و دیگران، افزایش پاسخ‌های همدلانه با استفاده از تنظیم هیجان، و گرفتن چشم‌اندازی که منجر به افزایش دقت در همدلی می‌شود، پس‌خوراند مثبتی را برای فرد فراهم می‌آورد (۳۵). نتایج مطالعات حاکی از آن است که آموزش همدلی منجر به افزایش سطح سازش‌یافتگی نوجوانان و بهبود نمرات سازش‌یافتگی اجتماعی، تحصیلی، و عاطفی آنها می‌شود (۳۶). همچنین آموزش همدلی می‌تواند موجب ارتقاء حل مسئله در نوجوانان شود. دانش‌آموزان دارای تجربه تروما، وقتی از همدلی بهتری برخوردار باشند در مواجهه با این گونه تجارب، هیجانات خود را بهتر می‌توانند مدیریت کنند و در نتیجه از راه‌حل‌های مناسب برای حل مشکلاتشان استفاده می‌کنند. نتایج مطالعات مختلف مبنی بر تأثیر آموزش همدلی بر بهبود توانایی حل مسئله اجتماعی در نوجوانان (۳۷)، ارتقای سطح سازش‌یافتگی نوجوانان در ابعاد مختلف (۳۶)، کاهش رفتارهای پرخطرانه دانش‌آموزان (۲۰، ۳۳ و ۳۵)، و بهبود روابط بی‌فردی (۱۵) با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارند.

همچنین نتایج تحلیل داده‌ها در سطح خرده‌مقیاس‌ها نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های حل مسئله منطقی و سبک اجتنابی تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها (مانند ۳۷) همسو است. از طرفی یافته‌های این پژوهش نشان داد بین گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، و سبک تکانشی/بی‌احتیاطی، تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها (مانند ۱۶) همسو است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش همدلی موجب بهبودی مؤلفه‌های حل مسئله منطقی و سبک اجتنابی حل مسئله اجتماعی دانش‌آموزان دختر دارای تجربه تروما می‌شود، اما تأثیری بر مؤلفه‌های جهت‌گیری مثبت به مسئله، جهت‌گیری منفی به مسئله، و سبک تکانشی/بی‌احتیاطی ندارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت الگوی شناختی غالب در افراد با اختلال تنیدگی پس از ضربه، ارزیابی شناختی منفی از رویداد تنش‌آور و عواقب آن است. ارزیابی شناختی منفی نقش اصلی در تداوم این اختلال

دارد و به همین دلیل تمرکز قابل توجهی از درمان‌های مؤثر بر تروما و اختلال تنیدگی پس از ضربه، بر این شناخت‌ها صورت می‌گیرد (۳۲). یافته‌های اخیر نشان می‌دهند که عوامل شناختی به تشدید اختلال تنیدگی پس از ضربه و تداوم آن منجر می‌شوند و از طرفی درمان‌هایی که حیطه‌های شناختی را هدف قرار می‌دهند، در درمان علائم اختلال تنیدگی پس از ضربه مؤثرتر هستند (۳۱)؛ بنابراین آموختن همدلی و مهارت‌های اجتماعی، یادگیری راه‌های شناسایی تفکر و رفتار معیوب و بهبود آنها برای داشتن روابط مناسب و سازش‌یافته، به بهبود شناخت اجتماعی و حل مسئله اجتماعی منجر می‌شود و به دنبال آن شایستگی اجتماعی فرد ارتقا می‌یابد. بدین ترتیب می‌توان توضیح داد که چرا در پژوهش حاضر آموزش همدلی باعث بهبود نسبی حل مسئله اجتماعی در دانش‌آموزان دختر شده است. دانش‌آموزان دارای تجربه تروماتیک طی مداخله آموزش همدلی یاد گرفتند که عواطفشان را شناسایی کنند و مهارت‌های شناختی و میان‌فردی خود را به شیوه‌ای مناسب به کار بندند. در این میان نظریه یادگیری اجتماعی برای برنامه‌های آموزش همدلی که قصدشان آموزش همدلی به افراد با مشکلات رفتاری و اجتماعی است، پایه‌های نظری قوی‌تری فراهم می‌کند (۳۱). آموزش همدلی از طریق افزایش درک فرد با ارتقاء آگاهی وی از خود و دیگران، افزایش پاسخ‌های همدلانه با استفاده از تنظیم هیجان، و گرفتن چشم‌اندازی که منجر به افزایش دقت در همدلی می‌شود، پس‌خوراند مثبتی را برای فرد فراهم می‌آورد (۳۴). تنظیم و تفکیک هیجان نقش مهمی در ترومای کودکی و مشکلات رفتاری دارد و به طور کلی تنظیم هیجان، بین حوادث تروماتیک با سلامت روانی و مشکلات رفتاری روابط معناداری را نشان می‌دهد (۲۳).

از سوی دیگر احتمالاً یادگیری مهارت‌های اجتماعی مختلف از جمله گوش دادن فعال، شناخت احساسات، توجه به زبان بدنی، پرهیز از نام‌گذاری، برچسب زدن و تعبیر و تفسیر مناسب از برخوردها در تعامل با افراد مختلف، توانایی ابراز وجود سازش‌یافته در انواع محیط‌ها، و توانایی نه گفتن به دیگران یا ابراز احساسات خود نسبت به رفتارهای آنان، می‌تواند در ارتقاء حل مسئله اجتماعی نقش داشته باشند. بنابراین، انواع تدابیر آموزش همدلی می‌توانند در بهبود حل مسئله اجتماعی افراد دارای تجربه تروما نقش مهمی داشته باشند. این بهبودی نیز به نوبه خود،

می‌تواند عاملی مهار مهمی در برابر بروز اختلال تنیدگی پس از ضربه باشد (۱۷). در آموزش همدلی، چهار عامل همدلی، آگاهی‌افزایی، ایجاد امید و انتظار درمان، و استفاده از فنون نظم‌دهی رفتار استفاده می‌شود. در این برنامه فرد با شناخت و درک احساسات خود و دیگران و تفسیر مطلوب موقعیت‌ها، توانایی دستیابی به رفتارهای همدلانه مناسب را کسب می‌کند. طی مداخله آموزش همدلی، به خصوص در تکالیف خانگی ثبت افکار و هیجان و رفتار، دانش‌آموزان دارای تجربه تروما یاد گرفتند که نسبت به احساسات خود و دیگران، محیط و محرک‌های آن حساس باشند و همه شرایط موجود را در نظر بگیرند. از این رو، توجه به همه محرک‌های مهم محیطی و پردازش و رمزگردانی صحیح آن، در ارائه پاسخ مناسب و متناسب می‌تواند راهگشا باشد (۳۳). همچنین در این آموزش افراد یاد گرفتند که نسبت به تعریفات شناختی خود آگاه باشند و در جهت تغییر و اصلاح آن تلاش کنند؛ به خصوص در ارزشیابی رویدادها به گونه‌ای که چرا به وقوع می‌پیوندد و چه پس‌خوراندی باید داده شود. در طی مداخله، افراد گروه آزمایش آموختند که برای کنار آمدن با انواع موقعیت‌های پیش‌آمده، با توجه به فرایند تفکر، پاسخ‌ها و راه‌های گوناگونی را در نظر بگیرند، سپس بعد از ارزیابی، راه‌حل و پاسخ مناسب را ارائه دهند؛ بنابراین بهبود حل مسئله اجتماعی با مداخله آموزش همدلی در دانش‌آموزان دارای تجربیات تروما می‌تواند از لحاظ درمانی اثربخش باشد و در درمان بالینی این اختلال مورد توجه قرار گیرد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده که از جمله آنها می‌توان به عدم کنترل عوامل تأثیرگذار (بهره‌هوشی، خلاقیت و...)، استفاده از پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزارهای اندازه‌گیری، عدم وجود دوره پیگیری برای بررسی ماندگاری اثر مداخله درمانی، و اجرای برنامه مداخله توسط پژوهشگر و احتمال سوگیری در نتایج، اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که: الف) در پژوهش‌های مشابه بعدی، عوامل مداخله‌گری که می‌تواند نتیجه پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد، شناسایی و کنترل شوند؛ ب) برای جمع‌آوری داده‌های موردنیاز، علاوه بر پرسشنامه از روش‌های دیگری مانند مصاحبه نیز استفاده شود؛ ج) استفاده از آزمون پیگیری در پژوهش‌هایی که به روش اثربخشی انجام شده است، اطلاعات مفیدی درباره ماندگاری پژوهش ارائه می‌دهد؛ و د) به

جهت جلوگیری از احتمال سوگیری در نتایج، پیشنهاد می‌شود اجرای برنامه مداخله توسط فرد دیگری غیر از خود پژوهشگر صورت گیرد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم مهسا حاتم ویشکائی در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه گیلان با کد ۳۵۳۲۰ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره کل

آموزش و پرورش استان گیلان با شماره مجوز ۱۰۷۲۲۵ در تاریخ ۱۳۹۶/۰۸/۰۸ صادر شد. بدین وسیله از تمامی افراد نمونه که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند و همچنین استاد راهنما و مشاور این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع به دنبال نداشته است.



References

- Li N, Ahmed S, Zabin LS. Association between childhood sexual abuse (CSA) and adverse psychological outcomes among youth in Taipei. *J Adolesc Health*. 2012; 50(3): S45–S51. [Link]
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, Dc: American Psychiatric Pub; 2013. [Link]
- Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32(2): 122–138. [Link]
- Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(4): 414–430. [Link]
- Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 10: CD012371. [Link]
- Barlow MR, Goldsmith Turow RE, Gerhart J. Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. *Child Abuse Negl*. 2017; 65: 37–47. [Link]
- Bonomi AE, Cannon EA, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse Negl*. 2008; 32(7): 693–701. [Link]
- Bashar Poor S, Narimani M, Issazadegan A. Role of experiencing traumatic life events in the prediction of psychological symptoms in male high school students in city of Uremia in 2010-2011 school-year. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2013; 20(4): 96–106. [Persian]. [Link]
- Wingenfeld K, Riedesel K, Petrovic Z, Philippsen C, Meyer B, Rose M, et al. Impact of childhood trauma, alexithymia, dissociation, and emotion suppression on emotional Stroop task. *J Psychosom Res*. 2011; 70(1): 53–58. [Link]
- Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(4): 275–282. [Persian]. [Link]
- Karatzias T, Howard R, Power K, Socherel F, Heath C, Livingstone A. Organic vs. functional neurological disorders: The role of childhood psychological trauma. *Child Abuse Negl*. 2017; 63: 1–6. [Link]
- Ghadiri Zabihi S, Abolghasemi A, Aghajani S. A comparison of behavioral activation-inhibition systems and emotional clarity in students with and without trauma. *Journal of School Psychology*. 2015; 4(2): 69–88. [Persian]. [Link]
- Magdol L, Moffitt TE, Caspi A, Silva PA. Developmental antecedents of partner abuse: a prospective-longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 1998; 107(3): 375–389. [Link]
- Auslander W, Sterzing P, Threlfall J, Gerke D, Edmond T. Childhood abuse and aggression in adolescent girls involved in child welfare: the role of depression and posttraumatic stress. *J Child Adolesc Trauma*. 2016; 9(4): 359–368. [Link]
- Moreno-Manso JM, García-Baamonde ME, Blázquez-Alonso M, Guerrero-Barona E, Godoy-Merino MJ. Empathy and coping strategies in youths subject to protection measures. *Child Youth Serv Rev*. 2018; 93: 100–107. [Link]
- Reich CM, Blackwell N, Simmons CA, Beck JG. Social problem solving strategies and posttraumatic stress disorder in the aftermath of intimate partner violence. *J Anxiety Disord*. 2015; 32: 31–37. [Link]
- Goddard L, Dritschel B, Burton A. Social problem solving and autobiographical memory in non-clinical depression. *Br J Clin Psychol*. 1997; 36(Pt 3): 449–451. [Link]
- Dirkzwager AJE, Bramsen I, van der Ploeg HM. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Pers Individ Dif*. 2003; 34(8): 1545–1559. [Link]
- Gleason KA, Jensen-Campbell LA, Ickes W. The role of empathic accuracy in adolescents' peer relations and adjustment. *Pers Soc Psychol Bull*. 2009; 35(8): 997–1011. [Link]
- Gutiérrez Sanmartín M, Escartí Carbonell A, Pascual Baños C. Relationships among empathy, prosocial behavior, aggressiveness, self-efficacy and pupils' personal and social responsibility. *Psicothema*. 2011; 23(1): 13–19. [Link]
- Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *J Affect Disord*. 2018; 225: 306–312. [Link]
- Choi JY, Oh KJ. Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: mediating effects of emotion

- regulation. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(2): 296–303. [\[Link\]](#)
23. McLean CP, Foa EB. Emotions and emotion regulation in posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Psychol.* 2017; 14: 72–77. [\[Link\]](#)
24. Chesney SA, Gordon NS. Profiles of emotion regulation: Understanding regulatory patterns and the implications for posttraumatic stress. *Cogn Emot.* 2017; 31(3): 598–606. [\[Link\]](#)
25. Gabbard GO, Miller LA, Martinez M. A neurobiological perspective on mentalizing and internal object relations in traumatized patients with borderline personality disorder. In: Allen JG, Fonagy P, editors. *Handbook of mentalization-based treatment.* John Wiley & Sons, Ltd; 2008, pp: 123–140. [\[Link\]](#)
26. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Health risk behaviors and mental health problems as mediators of the relationship between childhood abuse and adult health. *Am J Public Health.* 2009; 99(5): 847–854. [\[Link\]](#)
27. Kramer DN, Landolt MA. Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2011; 2(1): 7858. [\[Link\]](#)
28. Ehring T, Welboren R, Morina N, Wicherts JM, Freitag J, Emmelkamp PMG. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clin Psychol Rev.* 2014; 34(8): 645–657. [\[Link\]](#)
29. Mueser KT, McGurk SR, Xie H, Bolton EE, Jankowski MK, Lu W, et al. Neuropsychological predictors of response to cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in persons with severe mental illness. *Psychiatry Res.* 2018; 259: 110–116. [\[Link\]](#)
30. Padmanabhanunni A. A review of the transportability of cognitive therapy for the treatment of PTSD among South African rape survivors. *Health SA Gesondheid.* 2017; 22(1): 268–274. [\[Link\]](#)
31. Vaziry S, Lotfi Azimi A. The effect of empathy training in decreasing Adolescents aggression. *Developmental psychology: Iranian psychologists.* 2012; 30(8): 167-175. [Persian]. [\[Link\]](#)
32. LoSavio ST, Dillon KH, Resick PA. Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Curr Opin Psychol.* 2017; 14: 18–22. [\[Link\]](#)
33. Riess H. The impact of clinical empathy on patients and clinicians: understanding empathy side effects, empathy and moral behavior. *American Journal of Bioethics Neuroscience.* 2015; 6(3): 51-53. [\[Link\]](#)
34. Castillo R, Salguero JM, Fernández-Berrocal P, Balluerka N. Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents. *J Adolesc.* 2013; 36(5): 883–892. [\[Link\]](#)
35. Van Lissa CJ, Hawk ST, Meeus WHJ. The effects of affective and cognitive empathy on adolescents' behavior and outcomes in conflicts with mothers. *J Exp Child Psychol.* 2017; 158: 32–45. [\[Link\]](#)
36. Ford I, Racusin JD, Acker R, Bosquet R, Ellis C, Schiffman R. Traumatic events screening inventory (TESI-PRR / TESI-SRR). *ScienceOPEN [Serial Online].* 2002 Jan 1 [cited 2019 Jul 26]; Available from: [\[Link\]](#)
37. D'Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Social problem-solving inventory-revised (SPSI-R™) [Internet]. New York: Multi Health Systems (MHS Inc.); 2018. Available From: [\[Link\]](#)
38. Mokhberi A, Dortaj F, Dorekordi A. Questionnaire, psychometrics, and standardization of indicators of social problem solving ability. *Quarterly of Educational Measurement.* 2011; 1(4): 1–21. [Persian]. [\[Link\]](#)