



The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Students with Post-Traumatic Stress Disorder

Farzaneh Haghighi*

Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Khomeini Shahr,
fhaghighi81@gmail.com

Mehrdad Kalantari

Professor of Clinical Psychology, University of Isfahan, mehrdadk@edu.ui.ac.ir

Esmail Shiri

Assistant Professor of Psychology, Imam Khomeini International University, shiri@soc.ikiu.ac.ir

Abstract

The purpose of this study is to evaluating the effective of trauma –focused cognitive behavioral therapy on reducing symptoms and improvement of cognitive emotion regulation in the girl students with post-traumatic stress disorder in Isfahan. This study was semi- empirical and its design was two-groups with pre-test, post –test and follow up stage (one month follow up). The statistical society of this study was consisted of all of the girl students with post- traumatic stress disorder symptoms in the grade 7 and 8 of the first course of governmental high school in Isfahan in 96-97, then 40 persons of them with post-traumatic stress disorder symptoms were selected by cluster sampling and after matching in pairs due to their age , intensity of symptoms and average marks, were allocated in to experimental (20 persons) and control (20 persons) groups in random (way).Then the experimental group received 8 sessions as group therapy (90- minutes) per week, before and after therapy two groups filled in the children’s impact of event scale and cognitive emotion regulation Garnefski’’s inventory (2001) as pre and post- test and follow up. For analyzing the data’s, the descriptive statistics and anova repeated measure method were used. The results showed that the traumatic-focused cognitive behavioral therapy symptoms and improvement of cognitive emotion regulation in the girl students with post-traumatic stress disorder symptoms is effective, also this remedy is effective in increasing positive strategies and reducing negative strategies in emotion regulation and can be used in therapeutic centers.

Key words: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Post- Traumatic Stress Disorder Symptoms, Emotion Regulation.

Cite this article: Haghighi, Kalantari & Shiri (2023), The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Students with Post-Traumatic Stress Disorder, Journal of Mental Health Culture, Research Article, Vol.1, NO.1, Fall & Winter 2023, 41- 60

DOI: 10.30479/mhc.2022.17855.1014

Received on 15 September, 2022 **Accepted on** 27 November, 2022

Copyright© 2023, The Author(s). 

Publisher: Imam Khomeini International University

Corresponding Author: Farzaneh Haghighi

E-mail: fhaghighi81@gmail.com

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش نشانگان در دانش آموزان دختر دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه

فرزانه حقیقی*

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد خمینی شهر، fhaghghi81@gmail.com

مهرداد کلانتری

استاد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان، mehrdaddk@edu.ui.ac.ir

اسماعیل شیرینی

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، shiri@soc.ikiu.ac.ir

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر تنظیم شناختی هیجان در دانش آموزان دختر دارای نشانگان اختلال استرس پس از سانحه بود. این پژوهش، از نوع نیمه تجربی و طرح آن به صورت دو گروهی همراه با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۱ ماهه) بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش آموزان دختر دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه پایه‌های هفتم و هشتم متوسطه دوره اول مدارس دولتی شهر اصفهان بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان آنها ۴۰ دانش‌آموز دارای نشانگان اختلال استرس پس از سانحه به عنوان نمونه انتخاب شدند و بعد از همتاسازی به صورت زوجی بر اساس سن، تحصیلات، شدت نشانگان و معدل تحصیلی به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. ابزارهای پژوهش مصاحبه بالینی اختلال استرس پس از سانحه براساس DSM-5 و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۱) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد بین نمره‌های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در نمره پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت به جز دیدگاه‌گیری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01$). همچنین بین نمره‌های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در نمره سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01$). به طور کلی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان موثر بوده است و می‌توان از آن در مراکز درمانی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، نشانگان اختلال استرس پس از سانحه، تنظیم هیجان.

استناد: حقیقی، کلانتری و شیرینی (۱۴۰۱)، اثر بخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش نشانگان در دانش آموزان دختر دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه، دو فصلنامه علمی بهداشت روانی و فرهنگ، مقاله پژوهشی، دوره ۱، شماره ۱، پاییز و زمستان ۱۴۰۱، ۴۱-۶۰.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۶/۲۴ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۹/۶

ناشر: دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه به وسیله تجربه مجدد مداوم، اجتناب، بیش‌برانگیختگی و نشانه‌های شناختی و عاطفی در پاسخ مستقیم یا غیر مستقیم مواجه شدن با سانحه‌ی تروماتیک مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). میزان شیوع این اختلال براساس بالا بودن حوادث تروماتیک شایع هستند چنانچه ۷۰ درصد یا بیشتر جمعیت در سرتاسر دنیا یک حادثه تروماتیک در کل زندگی خود را تجربه می‌کنند (بنجت، برومت، کرام و کسلر، ۲۰۱۶). در واقع اختلال استرس پس از حادثه به عنوان شایع‌ترین پیامد روانشناختی بعد از مواجهه با یک اتفاق تروماتیک است (شایو، لیبزون و مارمر، ۲۰۱۷). از سویی نتایج پژوهش‌ها حاکی از میزان شیوع بالای این اختلال در بین کودکان و نوجوانان دارد که اهمیت بررسی و درمان این اختلال را ضروری می‌کند (لوئیس، آرسنالوت، کاپسی، فیشر، ماتتو و همکاران، ۲۰۱۹). در داخل کشور در مورد شیوع اختلال استرس پس از سانحه در مورد نوجوانان در مطالعه‌ی محمدی، محمد خانی، دولتشاهی و گلزاری (۱۳۸۹) شیوع این اختلال را در نوجوانان زلزله زده شهر بم ۲۰ درصد گزارش کردند.

کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مشکلاتی چون اضطراب جدایی، رفتار مقابله‌ای، بی‌قراری و خشم با والدین و همسالان، احساس شرم در مورد سانحه، افسردگی، اضطراب، مشکلات تنظیم هیجان و واکنش‌های سوگ نشان می‌دهند (فیشر و رونان، ۲۰۰۶؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در واقع اختلال استرس پس از حادثه در دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند بر کارکردهای عصب شناختی (کیسلر و هرینگا، ۲۰۲۰)، مشکلات درونی-سازی شده (کوپلند، کیلر، آنگولد، کوستلو، ۲۰۰۷) و کیفیت زندگی پایین آنها تاثیر بگذارد (آس، سلوال، کر، هولت، ارمهاونگ و جنسون، ۲۰۲۰). لذا با توجه به این موضوع، ضرورت نیاز به درمان موثر اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان آشکار است (استالارد، ۲۰۰۶). راهنمای مداخله بین‌المللی (انجمن بین‌المللی مطالعات استرس آسیب‌زا، ۲۰۱۹؛ موسسه ملی عالی بالینی، ۲۰۱۸) درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما را به عنوان خط اول درمان کودکان و نوجوان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه اعلام کرده‌اند. یکی از شکل‌های

1. American Psychiatric Association
2. Benjet, Bromet, Karam & Kessler
3. Shalev, Liberzon & Marmar
4. Lewis, Arseneault, Caspi, Fisher & Matthews
5. Feather & Ronan
6. Cisler & Herringa
7. Copeland, Keeler, Angold & Costello
8. Stallard
9. International Society for Traumatic Stress Studies
10. National Institute for Clinical Excellence

درمان شناختی- رفتاری، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما^۱ (TF-CBT) می‌باشد. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما جهت کاهش تأثیرات منفی رویدادهای استرس‌زا و تروماتیک زندگی برای کودکان و نوجوانان سنین ۳ تا ۱۷ سال و والدین یا مراقبان آن‌ها ایجاد شده است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۷؛ دبلینگر و همکاران، ۲۰۱۵). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در درمان مشکلات ناشی از تروما اثربخش می‌باشد (دورسی، بریگر-کینگ و وودز^۲، ۲۰۱۱) و از سویی نتایج مطالعات نشان می‌دهند درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما نسبت به سایر رویکردهای درمانی کم هزینه‌تر است (آس و همکاران، ۲۰۱۸).

در فراتحلیلی از درمان‌های روان‌شناختی برای کودکان و نوجوانانی که در معرض تروما بوده‌اند، رفتار درمانی شناختی متمرکز بر تروما تنها درمان مؤثر بوده است (ساندرز، اسمیت و بست^۳، ۲۰۱۰). همچنین در یک مطالعه فراتحلیل دیگر در مورد مداخلات روانی-اجتماعی برای کودکان و نوجوانان در معرض حوادث تروماتیک، تنها درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما دارای معیارهای درمان مبتنی بر شواهد بود (سیلورمن، اوتیز، ویسمیسواران، بورنس، کولکو^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما شامل سه فاز برای کودکان و نوجوانان و والدین می‌باشد: ۱. عناصر ایجاد مهارت برای ارتقاء خودتنظیمی شناختی، بیولوژیکی، رفتاری، و عاطفی کودکان جهت گسترش مهارت‌های انطباقی مراقبت‌کننده، مهارت‌های مدیریت رفتاری و حمایت از کودک ۲. روایت کردن تروما^۵ (TN) که در آن کودکان و نوجوانان تجارب ترومای خود را بیان و پردازش شناختی می‌کنند و ۳. خاتمه درمان که شامل جلسات ارتباط مراقب-کودک و برنامه‌ریزی ایمن می‌باشد. هدف اصلی روایت کردن تروما فراهم کردن شرایط مواجهه بر اساس فرآیند حساسیت‌زدایی می‌باشد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۷؛ دبلینگر و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما به مدت ۱ الی ۲ سال بعد از اتمام درمان پایدار می‌ماند (دبلینگر، ماناریو، کوهن و استیر^۶، ۲۰۰۶؛ ماناریو، کوهن، دلبینگر، رینون و استیر^۷، ۲۰۱۲).

به طور معمول حوادث تروماتیک پیش‌بینی کننده مهم پیامد طولانی مدت روانشناختی است (ال-خوداری و سامرا^۸، ۲۰۲۰؛ وانگ، ایکو و لو^۹، ۲۰۲۰). از سویی دیگر پژوهشگران

1. Trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy
2. Dorsey, Briggs-King & Woods
3. Saunders, Smith & Best
4. Silverman, Viswesvaran, Burns & Kolko
5. Trauma narrative
6. Deblinger, Mannarino, Cohen & Steer
7. Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon & Steer
8. El-Khodary & Samara
9. Wang, Xu & Lu

عقیده دارند که اختلال استرس پس از سانحه در دوران کودکی و نوجوانی، احتمال خطر شماری از مشکلاتی چون تغییرات شخصیتی را برای دوران بزرگسالی بالا می‌برد (دی‌ریگرو و یولی^۱، ۲۰۰۶؛ کوهن و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به میزان بالای قرار گرفتن طولانی مدت کودکان و نوجوانان در معرض آسیب و پیامدهای کوتاه و بلند مدت منفی، تشخیص و درمان زود هنگام این اختلال بسیار مهم و ضروری است. بنابراین لزوم مداخلات درمانی مؤثر، به جا ضروری می‌نماید و انجام تحقیقات جدید در این حوزه می‌تواند گامی در جهت توجه به شناسایی دقیقتر ماهیت این اختلال و توجه به درمان آن در نظر گرفته شود. در مجموع در بحث اختلال استرس پس از سانحه و روش‌های درمانی این اختلال در کودکان و نوجوانان نیازمند مطالعات بیشتری می‌باشد، همچنین در داخل کشور بسته درمانی مناسب در مورد نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بسیار کم است و با جستجوهای محقق مطالعه‌ای که به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بر روی نوجوانان دختر دارای نشانگان اختلال استرس پس از سانحه پرداخته باشد، یافت نشد. در نهایت شیوع بالا و عوارض زیاد این اختلال در کودکان و نوجوانان، تحقیقات معدود، معرفی روش‌های جدید درمانی از جمله دلایل انجام این مطالعه است. بر این اساس با توجه به اهمیت درمان اختلال استرس پس از سانحه در کودکان و نوجوانان جهت جلوگیری از پیامدهای منفی روانشناختی و اجتماعی بعدی (فروسی، اسونیکینی، بوتاسو، پیترو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) و کمبود مطالعه در زمینه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تروما در داخل کشور و نبود مطالعه‌ای در زمینه تأثیر درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر تروما بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در دختران، پژوهش حاضر در نظر دارد به این سوال پاسخ دهد که آیا درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در دانش آموزان دختر دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است؟

روش شناسی

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه تجربی و طرح تحقیق آن به صورت دوگروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) و شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (یک ماهه) است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش آموزان دختر دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه پایه‌های هفتم و هشتم متوسطه دوره اول مدارس دولتی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بود. در این مرحله از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا از میان ناحیه‌های زیر نظر آموزش و پرورش شهر اصفهان، یک ناحیه بصورت تصادفی (ناحیه سه) انتخاب شد. سپس از میان مدارس دولتی دخترانه متوسطه دوره اول موجود در آن ناحیه به طور تصادفی چهار دبیرستان انتخاب شدند. آنگاه از هر مدرسه ۴ کلاس و جمعاً ۱۲

1. Dyregrov & Yule

2. Forresi, Soncini, Bottosso & Di Pietro

کلاس در پایه هفتم و هشتم انتخاب شدند (۵۲۳ نفر). در قدم بعدی تمامی دانش‌آموزان توسط مقیاس تأثیر حوادث کودکان و نوجوانان پرین، اسمیت و یل^۱ (۲۰۰۱) مورد غربالگری قرار گرفتند و در نهایت از میان تمامی دانش‌آموزان در این مدارس، ۱۴۷ دانش‌آموز که در مقیاس ذکر شده نمره ۱۷ یا بالاتر از ۱۷ (نقطه برش^۲ نمره ۱۷) بدست آورده بودند به عنوان نمونه اولیه شناسایی شدند، سپس این تعداد نمونه جهت تأیید دارا بودن یا نبودن نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه توسط پژوهشگر مورد مصاحبه بالینی تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه براساس DSM-5 قرار گرفتند. پس از اتمام روند مصاحبه، دارا بودن نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در ۷۸ نفر تأیید شد. سپس از میان این ۷۸ نفر به صورت تصادفی، ۴۰ دانش‌آموز دختر دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. بعد از هم‌تاسازی نمونه‌ها بصورت زوجی براساس سن، تحصیلات، شدت نشانگان و معدل تحصیلی (۲۰ زوج هم‌تا شده)، از میان فهرست زوج آزمودنی‌ها به صورت تصادفی یک عضو به گروه آزمایش و یک عضو دیگر به گروه کنترل اختصاص یافتند. ملاک‌های ورود: ۱- جنسیت دختر؛ ۲- هوش نرمال (بر اساس نمره هوشی مندرج در پرونده تحصیلی دانش‌آموزان). ملاک‌های خروج: ۱- عدم همکاری دانش‌آموز یا خانواده در هر یک از مراحل پژوهش؛ ۲- غیبت بیش از دو جلسه؛ ۳- دریافت مداخله روانپزشکی و روانشناختی به صورت همزمان؛ ۴- داشتن معلولیت‌های جسمی مادرزادی. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد. مصاحبه بالینی اختلال استرس پس از سانحه براساس DSM-5: نوعی مصاحبه تشخیصی که در آن درمانگر سؤالاتی را طراحی می‌کند تا او را به هدف تشخیصی نزدیک کند. در این پژوهش به منظور تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، بر اساس معیارهای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در DSM-5 مصاحبه تشخیصی ساخت یافته توسط پژوهشگر انجام می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مقیاس تأثیر حوادث کودکان (CRIES-R-8)^۳: مقیاس تجدید نظر شده حوادث کودکان یک پرسشنامه خودسنجی ۱۳ ماده‌ای است که میزان نشانه‌های پس از حادثه مانند اجتناب، برانگیختگی و علائم آزاردهنده را در مقیاس‌های جداگانه می‌سنجد. این مقیاس در اصل به منظور ارزیابی تجربه مجدد حوادث آسیب‌زا و اجتناب از آن حوادث و احساساتی مربوط به آن توسط هورویتز، سیگل، هولن و بنانو^۴ (۲۰۰۳) طرح و بسط یافت. در ابتدا دارای ۱۵ آیتم و زیر مقیاس‌های افکار مزاحم^۵ و اجتناب^۶ بود. این مقیاس در اصل برای کودکان طراحی نشده بود ولی در برخی تحقیقات روی کودکان بالای هشت سال مورد استفاده

1. Perrin, Smith, & Yule

۲. در مقیاس تأثیر حوادث کودکان به صورت استاندارد نقطه برش، نمره ۱۷ در نظر گرفته شده است.

3. The Children, s Impact of Event Scale- Revised (CRIES-R-8)

4. Horowitz, Siegel, Holen & Bonanno

5. Intrusive Thoughts

6. Avoidance

قرار گرفته است و نتایج موفقیت آمیزی داشته است. این در حالی است که دو تحقیق مجزا توسط پرین، اسمیت و یولی^۱ (۲۰۰۱) نشان دادند که کودکان تعدادی از آیتم‌ها را غلط تفسیر و برداشت می‌کنند. به همین خاطر این محققان مقیاس ۸ آیتمی را تهیه کردند که عوامل اساسی و پایه‌ای مقیاس اولیه را هم منعکس می‌کرد و نمره‌گذاری آن به شکل طیف لیکرت می‌باشد. در آنجا گزارش شده بود که نمره‌ی کل مقیاس ۸ آیتمی همبستگی بالایی با نمره‌ی کل نسخه ۱۵ آیتمی دارد (۳=۰/۹۵)، (P<۰/۰۰۱). این نسخه حاضر برای کودکان و نوجوانان طراحی شد و شامل زیر مقیاس افکار مزاحم (سوالات ۱، ۳، ۶، ۷) و زیر مقیاس اجتناب (سوالات ۲، ۴، ۵، ۸) می‌باشد و به همین خاطر CRIES-8 نامگذاری شده است. پرین، مایسر - استدمن و اسمیت^۲ (۲۰۰۵) در پژوهش خود، نقطه برش در این پرسشنامه را نمره ۱۷ گزارش نمودند. این مقیاس امروزه در تحقیقات متعددی مورد استفاده قرار گرفته و شاخص‌های روانسنجی آن گزارش شده است. در پژوهش نشاط‌دوست و همکاران (۲۰۰۹) ضریب پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و در پژوهش سجادیان (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است (به نقل از بهروز و همکاران، ۱۳۹۲).

روش کار: قبل از شروع جلسات درمانی گروهی گروه آزمایش، ابتدا جلسه‌ای با حضور تمامی والدین گروه آزمایش تشکیل شد و آموزش‌هایی در خصوص ماهیت و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، اهمیت برخورد مناسب با نوجوانان دارای نشانه‌های این اختلال، مشارکت و همکاری والدین در روند درمان، نظارت بر انجام تمرینات درمانی در منزل، ارایه تحسین و برنامه‌های تقویت داده شد و بر ایجاد محیط امن برای فرزندان تاکید شد. سپس گروه آزمایش جلسات درمانی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را به صورت گروهی و در هفته یک بار دریافت کردند. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام دوره آموزش از هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل پس آزمون به عمل آمد. ارزیابی پیگیری به فاصله یک ماه بعد در همان مدارس برگزار شد و از دانش آموزان هر دو گروه آزمایش و کنترل خواسته شد مجدداً مقیاس تجدید نظر شده حوادث کودکان را تکمیل کنند. بسته درمان گروهی شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت که یک درمان عموماً کوتاه مدت است و برای کمک به کودکان و نوجوانان تجربه کننده تروماهای مختلف تمرکز دارد، که در ادامه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Perrin, Smith & Yule

2. Perrin, Meiser-Stedman & Smith

جدول ۱. بسته آموزشی درمان گروهی شناختی رفتاری متمرکز بر تروما

جلسه اول: معرفی روش درمانی و اجرای پیش آزمون، آماده سازی روانی تروما و آموزش واکنش به آن
جلسه دوم: مهارت‌های تعدیل عاطفی (شناسایی احساسات، درجه بندی احساسات، مدیریت پاسخ مؤثر به تروما)
جلسه سوم: آموزش مهارت‌های تن آرامی (آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی و تنفس عمیق)
جلسه چهارم: مهارت‌های مقابله‌ای شناختی (ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار؛ توقف افکار) و ایجاد روایت تروما
جلسه پنجم: پردازش تجربه پس از حادثه (اصلاح تحریف‌های شناختی مربوط به تروما)
جلسه ششم: آموزش تسلط به خود پس از یادآوری تروما و به اشتراک گذاری روایت تروما
جلسه هفتم: افزایش ایمنی محیط و مرور اهداف
جلسه هشتم: جمع بندی، خاتمه درمان و اجرای پس آزمون

یافته‌ها

مطالعه حاضر در دو گروه ۱۹ نفره آزمایش و کنترل انجام شد. جدول ۲ اطلاعات جمعیت-شناختی هریک از گروه‌ها را نشان می‌دهد که شامل مقادیر میانگین و انحراف معیار متغیرهایی نظیر سن، تحصیلات، معدل و شدت نشانگان افراد می‌باشد. همچنین به منظور بررسی همسانی دو گروه در هر یک از متغیرهای یاد شده از آزمون تی مسقل استفاده گردید که نتایج آن همانگونه که در جدول ۲ قابل مشاهده می‌باشد حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین دو گروه در متغیرهای ذکر شده و در نتیجه همتابی آنها است ($P > 0.05$). همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین دو گروه در متغیرهای ذکر شده و در نتیجه همتابی آنها است ($P > 0.05$).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مشخصات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه و نیز ارزیابی همسانی متغیرهای زمینه‌ای

مشخصات جمعیت شناختی	گروه آزمایش میانگین \pm انحراف معیار	گروه کنترل میانگین \pm انحراف معیار	ارزیابی همسانی دو گروه (تی مستقل) آماره تی	سطح معنی داری
سن (سال)	۰/۷۶ \pm ۱۳/۸۴	۰/۵۰ \pm ۱۳/۴۲	۲/۰۰	۰/۰۶۳
تحصیلات	۰/۵۰ \pm ۷/۵۷	۰/۷۶ \pm ۷/۱۵	۱/۱۱	۰/۲۷۴
معدل	۱/۳۳ \pm ۱۶/۶۸	۱/۵۱ \pm ۱۵/۷۸	۱/۹۳	۰/۰۶۲
شدت نشانگان	۲/۸۴ \pm ۳۲/۶۸	۳/۱۱ \pm ۳۰/۲۶	۱/۵۹	۰/۱۲۰

در ادامه میانگین و انحراف معیار نمرات نشانگان اختلال استرس پس از سانحه، اجتناب و افکار مزاحم در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم در گروه‌های آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون به طور معناداری تغییر کرده است، در حالی که میانگین گروه گواه در سه مرحله تغییر معناداری ندارند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سه بار اندازه‌گیری نمرات نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم در گروه‌های

آزمایش و کنترل

متغیر	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین
نشانگان PTSD	گروه آزمایش	۳۲/۶۸ \pm ۲۷/۷۹	۱۴/۷۸ \pm ۳۷/۹۹
	کنترل	۳۰/۸۳ \pm ۲۷/۸۸	۱۴/۳۶ \pm ۳۷/۸۳
اجتناب	گروه آزمایش	۱۵/۹۴ \pm ۲۷/۷۹	۷/۶۸ \pm ۳۷/۳۶
	کنترل	۱۴/۶۳ \pm ۳۷/۷۲	۱۲/۵۲ \pm ۳۷/۲۸
افکار مزاحم	گروه آزمایش	۱۶/۸۳ \pm ۲۷/۹۹	۷/۲۸ \pm ۲۷/۵۴
	کنترل	۱۵/۹۴ \pm ۲۷/۷۲	۱۴/۳۵ \pm ۲۷/۶۴

قبل از پرداختن به تحلیل داده‌ها نتایج آزمون لون برای برابری خطای واریانس و آزمون M باکس برای برابری ماتریس واریانس- کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت و شاخص‌ها حاکی از برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بود. در ادامه نتایج تحلیل داده‌ها در مورد به‌کارگیری تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نمره نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم در دانش‌آموزان دارای نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جداول ۴، ۵ و ۶ ارائه می‌شود.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در نمرات نشانگان PTSD ($P < 0/001$)، اجتناب ($P < 0/019$) و نمره افکار مزاحم ($P < 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). این نتایج بیانگر این است که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر بهبود نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس‌آزمون به پیگیری اثر نداشته است. بنابراین آزمون چند مقایسه‌ای نشان داد که در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون، نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم گروه درمانی (آزمایش) به طور معنی‌داری کاهش یافتند.

داده‌های جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که براساس آزمون تعقیبی بن فرنی بین نمره نشانگان PTSD افراد در مرحله پس‌آزمون ($14/78$)، پیش‌آزمون ($32/68$) و آزمون پیگیری ($14/36$)، بین نمره اجتناب افراد در مرحله پس‌آزمون ($7/68$)، پیش‌آزمون ($15/94$) و آزمون پیگیری ($7/63$) و بین نمره افکار مزاحم افراد در مرحله پس‌آزمون ($7/38$) و پیش‌آزمون ($16/83$) و آزمون پیگیری ($6/94$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$) اما بین میانگین نمرات نمره نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم افراد در مرحله پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/01$) در نتیجه اثر مداخله درمانی در طول زمان پایدار بوده است. بنابراین می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نمره نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم افراد در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری) تأثیر معنی‌داری دارد. بر این اساس فرضیه‌ی پژوهش مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نمره نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم تأیید می‌شوند.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم در گروه‌های درمانی و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات ^۱	df	میانگین مجذورات ^۲	F	سطح معنی‌داری	مجدورات
نشانگان PTSD	گروه	۱۷۸۹/۸۷	۱	۱۷۸۹/۸۷	۲۶/۲۵۷	۰/۰۰۱	۴۲
	خطا	۲۳۸۵/۸۲۴	۳۶	۶۸/۱۶۶			
اجتناب	گروه	۲۳۸/۸۱	۱	۲۳۸/۸۱	۵/۹۸۶	۰/۰۱۹	۱۴
	خطا	۱۴۳۶/۱۷	۳۶	۳۹/۸۹۴			
افکار مزاحم	گروه	۵۶۷/۲۰۷	۱	۵۶۷/۲۰۷	۲۱/۰۲۹	۰/۰۰۱	۳۸۹
	خطا	۸۹۰/۰۸۸	۳۶	۲۴/۹۷۲			

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمرات نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم در گروه‌های درمانی و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجدورات
نشانگان PTSD	عامل	۲۶۶۷/۷۸۴	۲	۱۳۳۳/۸۹۲	۱۲۲/۶۹۳	۰/۰۰۱	۷۷۸
	عامل و گروه	۱۴۷۳/۵۴۹	۲	۷۳۶/۷۷۵	۶۷/۷۶۹	۰/۰۰۱	۶۵۹
اجتناب	خطا	۷۶۱/۰۲۷	۷۲	۸/۸۷۲			
	عامل	۶۸۵/۳۸۶	۲	۳۴۲/۶۹۳	۳۸/۶۱۴	۰/۰۰۱	۵۱۸
افکار مزاحم	عامل و گروه	۲۳۵/۶۳۲	۲	۱۱۷/۸۱۶	۱۳/۲۷۵	۰/۰۰۱	۱۶۹
	خطا	۶۳۸/۹۸۲	۷۲	۸/۸۷۵			
افکار مزاحم	عامل	۷۰۷/۷۷۷	۲	۳۵۳/۸۸۸	۶۵/۰۷۳	۰/۰۰۱	۶۶۴
	عامل و گروه	۶۳۸/۹۸۲	۲	۲۰۳/۲۶۰	۳۷/۳۷۶	۰/۰۰۱	۵۳۱
	خطا	۳۵۸/۹۲۸	۷۲	۵/۴۳۸			

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بر متغیر نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم گروه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین ^۳	خطای استاندارد ^۴	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ^۵
نشانگان PTSD	پیش آزمون	۱۰/۵۵۸	۰/۹۳۸	۰/۰۰۱	حد پایین ۸/۱۹۹ حد بالا ۱۲/۹۱۷
	پیش آزمون	۱۰/۲۴۱	۰/۹۲۵	۰/۰۰۱	۷/۹۱۶ ۱۲/۵۶۷
	پیش آزمون	-۱۰/۵۵۸	۰/۹۳۸	۰/۰۰۱	-۱۲/۹۱۷ -۸/۱۹۹
	پیش آزمون	-۰/۳۱۷	۰/۱۷۰	۰/۲۱۳	-۰/۷۴۶ ۰/۱۱۱
	پیش آزمون	-۱۰/۲۴۱	۰/۹۲۵	۰/۰۰۱	-۱۲/۵۶۷ -۷/۹۱۶
	پیش آزمون	۳/۱۷	۰/۱۷۰	۰/۲۱۳	-۰/۱۱ ۰/۷۴۶
اجتناب	پیش آزمون	۵/۳۱۶	۰/۸۳۸	۰/۰۰۱	۳/۲۱۳ ۷/۴۱۹
	پیش آزمون	۵/۰۷۹	۰/۸۲۳	۰/۰۰۱	۳/۰۱۱ ۷/۱۴۷
	پیش آزمون	-۵/۳۱۶	۰/۸۳۸	۰/۰۰۱	-۷/۴۱۹ -۳/۲۱۳
	پیش آزمون	-۰/۲۳۷	۰/۱۴۷	۰/۳۵۰	-۰/۶۰۷ ۰/۱۳۳
	پیش آزمون	-۵/۰۷۹	۰/۸۲۳	۰/۰۰۱	-۷/۱۴۷ -۳/۰۱۱
	پیش آزمون	۰/۲۳۷	۰/۱۴۹	۰/۳۵۰	-۰/۱۳۳ -۰/۶۰۷
افکار مزاحم	پیش آزمون	۵/۵۱۶	۰/۶۵۶	۰/۰۰۱	۳/۸۶۲ ۷/۱۷۱
	پیش آزمون	۵/۵۰۳	۰/۶۹۳	۰/۰۰۱	۳/۷۵۶ ۷/۲۵۰

1. Type III Sum of Squares
2. Mean Square
3. Mean Difference
4. Std. Error
5. Confidence Interval for Difference

-۳/۸۶۲	-۷/۱۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶	-۵/۵۱۶	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۳۷۰	-۰/۳۹۷	۰/۰۰۱	-۰/۱۵۲	-۰/۰۱۳	آزمون پیگیری	
-۳/۷۵۶	-۷/۲۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹۳	-۵/۵۰۳	پیش آزمون	آزمون پیگیری
۰/۳۹۷	-۱/۶۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳	۰/۲۵۷	پس آزمون	

بحث و نتیجه گیری

بر این اساس هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز تروما بر کاهش نشانگان در دانش آموزان دختر دارای نشانگان اختلال استرس پس از سانحه بود. نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات متغیرهای نشانگان PTSD، اجتناب و افکار مزاحم در مرحله بعد از اجرای درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما نسبت به قبل از آن کاهش یافته است. علت این تفاوت محرز بین میانگین‌های قبل و بعد از نمونه مورد بررسی، اجرای درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر روی گروه نمونه آزمایش می‌باشد که باعث ایجاد تفاوت قابل ملاحظه‌ای شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه نوجوانان موثر است.

نتایج این مطالعه همسو با نتایج مطالعات روش‌های درمان شناختی-رفتاری چون افشاری، امیری، نشاط دوست و رضایی (۱۳۹۴)؛ اصلانی، عاشمیان، لطفی‌کاشانی، و میرزایی (۱۳۸۶)؛ فکور، محمودی‌قرائی، محمدی و ممتازبخش (۱۳۸۵)؛ رفیع نیا (۱۳۷۹) و در زمینه مطالعات خارجی همسو با مطالعات اسمیت و همکاران (۲۰۰۷)؛ مورای و همکاران (۲۰۱۳)، گولدبک، موجی، ساچر، توتوس و روسنر^۱ (۲۰۱۶) و کاموکا، تاناکا، یاماموتو، سیتو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) است. در واقع نتایج این مطالعه همسو با نتایج مطالعات جهانی در مورد درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما است که در مراکز درمانی و دیگر سازمانها می‌تواند در مورد مراجعان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار گیرد.

در مورد دلایل تاثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان اختلال استرس پس از سانحه می‌توان بیان کرد که نظریات شناختی درباره‌ی اختلال بر این فرض تأکید دارند که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از پردازش یا تحلیل ضربه‌ای که موجب تسریع اختلال شده است ناتوان‌اند و با روش‌های اجتنابی می‌کوشند از تجربه دوباره فشار اجتناب کنند. چنانچه رفتارهای اجتنابی و فرار نقش بنیادی در توسعه و تداوم مشکلات مرتبط با آسیب دارد (اورسیلو و باتن، ۲۰۰۵؛ اورکتت، ریفی و الیس^۳، ۲۰۲۰). درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما با فراهم آوردن آموزش روانی در مورد نشانگان اختلال استرس پس از سانحه، عادی سازی واکنش‌ها و ایجاد ارتباط درمانی و فضای امن اجتناب‌های نوجوانان را کاهش می‌دهد و سبب

1. Goldbeck, Muche, Sachser, Tutus & Rosner
2. Kameoka, Tanaka, Yamamoto & Saito
3. Orcutt, Reffi & Ellis

گشوده‌تر شدن نوجوانان جهت شرکت در فرایند درمان می‌شود (دیتمن و جنسون^۱، ۲۰۱۴). دیتمن و جنسون (۲۰۱۴) منطق چگونگی ایجاد رابطه درمانی مناسب این روش درمانی را این چنین توضیح می‌دهند که به نظر می‌رسد به ویژه برای نوجوانان توضیح اینکه چرا صحبت در مورد حوادث تروماتیک مهم است و چگونه صحبت کردن در مورد حادثه تروما باعث کاهش نشانگان می‌شود، می‌تواند به نوجوانان انگیزه بیشتری جهت تحمل ناراحتی به هنگام فرایند مواجهه بدهد. در نتیجه، نوجوانان می‌توانند اجتناب را با درک نیاز به کنترل و خودمختاری مدیریت کنند و با تعادلی مناسب و بدون احساس فشار در مورد حوادث تروما صحبت کنند که این امر نهایتاً عدم استفاده از روش‌های اجتنابی را به دنبال دارد. این درمان به وسیله به کارگیری تکنیک‌های شناسایی شناخت بدن، تن آرامی، تنفس عمیق و تصویرسازی افراد به چگونگی بروز استرس در بدن خود آگاهی یافته و آن را مدیریت و مهار می‌کنند و به وسیله تکنیک‌های مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، با تنش خود مقابله کرده و توسط تکنیک‌های آرمیدگی و ایجاد شبکه‌ی اجتماعی، منابع حمایتی را برای خود فراهم می‌کند و در نهایت موفق به کاهش عوارض ناشی از اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. مرور جامع مطالعات، شواهدی برای حمایت از این مفهوم ارایه می‌دهد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما به درمانگران در طراحی درمان به ویژه برای نوجوانان یا والدینی که در مورد شرکت در روش‌های درمانی مواجهه‌ای که نیاز است تا خاطرات و آسیب‌های خود را بازیابی و بازگو کنند، نگران هستند یا مایل به مشارکت نیستند، انعطاف‌پذیری بیشتری می‌دهد (نیکسون، استرک و پیسر^۲، ۲۰۱۱).

همچنین تغییرات در نشانگان اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند بعنوان یک تابع از نظریه شناختی-رفتاری باشد که دلیل اختلال را افکار ناسازگارانه و سوء ارزیابی می‌داند (دالگیش^۳، ۲۰۰۴؛ پیففر، ساجسر، هان، توتوس، گولدبک^۴، ۲۰۱۷). درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما با تکنیک‌های مقابله‌ای شناختی (ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار) و متعاقب آن اصلاح سوء ارزیابی‌ها و تفکرات ناسازگار در مورد تروما و پیامدهای آن سبب بهبود نشانگان اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (دالگیش، ۲۰۰۴؛ پیففر و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین ایجاد روایت تروما و پردازش تجربه پس از سانحه (اصلاح تحریف‌های شناختی مربوط به تروما) در درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما استفاده می‌شود که این راهبردها در بازسازی شناختی و اصلاح سوء ارزیابی‌ها در مورد تروما و نشانگان نقش مهمی دارند (کونتسن و جنسن^۵، ۲۰۱۹).

درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، به عنوان یک مدل درمان روانی اجتماعی برای درمان استرس پس از سانحه، با شناخت‌هایی سر و کار دارد که به تغییر هیجانات، افکار و رفتارها

-
1. Dittman & Jensen
 2. Nixon, Sterk & Pearce
 3. Dittman & Jensen
 4. Pfeiffer, Sachser, de Haan, Tutus & Goldbeck
 5. Knutsen & Jensen

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش نشانگان در دانش آموزان دختر دارای علائم.../۵۳

منجر می‌شود (پیفر و همکاران، ۲۰۱۷) و هر چقدر مشارکت کودکان و نوجوانان در این درمان بیشتر باشد، پاسخ به درمان نشانگان اختلال استرس پس از سانحه مثبت‌تر خواهد بود (کوهن و همکاران، ۲۰۱۰). کری و مک‌کلین^۱ (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای به مرور سیستماتیک درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما پرداخت. ده مطالعه به صورت فراتحلیل مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نتایج یکسان و پایداری از اثربخشی این نوع درمان را نشان دادند. بنابراین آن‌ها درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما را یک درمان مؤثر برای درمان اختلال استرس پس از سانحه در جوانان دانستند.

همچنین نتایج پیگیری یک ماه نشان داد که اثرات درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر بهبود نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در این مطالعه معنادار است. نتایج معنی‌داری پیگیری در این مطالعه همسو با مطالعاتی است که به بررسی اثرات طولانی مدت مداخله درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما پرداخته‌اند (فیدر و رونان، ۲۰۰۶؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۷؛ مانارینو و همکاران، ۲۰۱۲). در خصوص ماندگاری اثرات درمان می‌توان گفت اثربخشی درمان در طولانی مدت منوط به توانایی نوجوانان در اجرا تکنیک‌های درمانی و تمرین مهارت‌های رفتاری است که این توانایی محصل دوره مناسب و کافی درمان روان شناختی است. همچنین با توجه به تمرکز درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر پیشگیری از عود در جلسه آخر و ارایه تکنیک‌ها و راهبردها اثربخش است.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه با توجه به اینکه این پژوهش بر روی جامعه آماری دختران نوجوان پایه هفتم و هشتم متوسطه دوره اول شهر اصفهان انجام شد نمی‌توان نتایج آن را به سایر دختران نوجوان در سایر شهرها و پسران نوجوان و دیگر مقاطع سنی تعمیم داد. لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم‌پذیر کردن نتایج مطالعه پژوهش بر روی سایر مقاطع سنی و پسران نوجوان نیز انجام شود. با توجه به همبودی اضطراب و افسردگی با اختلال استرس پس از سانحه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر این همبودی بررسی شده و تاثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر اختلالات همراه بررسی شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای اطمینان بیشتر از اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، در پژوهش‌های دیگر این درمان با سایر رویکردهای درمانی مقایسه شود. از طرفی دیگر با توجه به اینکه پاسخ کودکان و نوجوانان به واقعه تروماتیک به واکنشی که والدینشان به واقعه در گذشته داشته‌اند بستگی دارد پیشنهاد می‌شود که در مدارس جلسات آموزشی برای والدین برگزار شده و نحوه برخورد با واقعه‌ی تروماتیک و تجربه هیجانی و ایجاد محیط ایمن برای کودکان و نوجوانان آموزش داده شود و در نهایت با توجه به اثر بخش بودن درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه، پیشنهاد می‌شود این بسته آموزشی در اختیار

1. Cary & McMillen

سازمان‌هایی مانند آموزش و پرورش، سازمان بهزیستی و انجمن‌های مددکاری قرار گرفته و استفاده شود. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر تروما بر کاهش نشانگان در دانش‌آموزان دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه موثر است. با توجه به نتایج این مطالعه درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر تروما بخاطر دارا بودن چهارچوب جامعیت درمان چون درگیر کردن خانواده در روند درمان می‌تواند به عنوان یک درمان دارای شواهد تجربی در مدارس، مراکز درمانی در مورد درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه یا اختلالات تروما مورد استفاده قرار گیرد.

کتابنامه

- اصلانی، مهری؛ هاشمیان، کیانوش؛ لطفی‌کاشانی، فرح؛ و میرزایی، جعفر. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) در بیماران مزمن مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ی ناشی از جنگ. روانشناسی کاربردی، ۱(۳)، ۱۷-۶.
- افشاری، افروز؛ امیری، شعله؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ رضایی، فاطمه. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری هیجان مدار (ECBT) و گروه درمانی شناختی- رفتاری (CBT) بر اختلال اضطراب اجتماعی کودکان. مجله پزشکی ارومیه، ۲۶(۳)، ۲۰۴-۱۹۴.
- بهروز، بهروز؛ حسینی پور، فهیمه السادات؛ خزایی، حبیب‌الله؛ کلانتری، مهرداد؛ فرهادی، مهران؛ بهروز، بهزاد، (۱۳۹۲)، اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغ‌دیده مهاجر افغانی، مجله بهبود کرمانشاه، دوره ۱۷، شماره ۷، صص ۴۲۲-۴۱۴.
- رفیع نیا، عبدالرسول. (۱۳۷۹). بررسی تاثیر مشاوره فردی با رویکرد شناختی- رفتاری بر درمان بیماران مبتلا به PTSD ناشی از جنگ. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- فکوری، یوسف؛ محمودی‌قرائی، جواد؛ محمدی، محمدرضا؛ و ممتازبخش، مریم. (۱۳۸۵). اثر گروه درمانی مبتنی بر روش‌های حمایتی و شناختی- رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه زلزله بم، مجله پژوهشی حکیم، ۹(۲)، ۶۹-۶۳.
- محمدی، لیلان؛ محمدخانی، پروانه؛ دولتشاهی، بهروز؛ گلزاری، محمود. (۱۳۸۹). نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلال‌های دیگر در نوجوانان زلزله زده ۱۱ تا ۱۶ ساله شهر بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶(۳): ۱۸۷-۱۹۴.

References

- Aas, E., Silwal, S., Cyr, P. R., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2020). Health-related quality of life (HRQoL) in children and adolescent with post-

- traumatic stress symptom: A comparison of 16D and condition-specific instruments. *Nordic Journal of Health Economics*.
- Afshari, Afrooz; Amiri, Sholah; Taher Nashat Dost, Hamid; Rezaei, Fatima. (2014). Comparing the effectiveness of emotion-oriented cognitive behavioral therapy group (ECBT) and cognitive-behavioral therapy group (CBT) on children's social anxiety disorder. *Urmia Medical Journal*, 26(3), 204-194. (in Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 74–85. ISBN 978-0-89042-555-8.
- Aslani, Mehri; Hashemian, Kianoush; Lotfi Kashani, Farah; and Mirzaei, Jafar. (2007). The effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) in chronic patients with post-traumatic stress disorder caused by war. *Applied Psychology*, 1(3), 6-17. (in Persian)
- Behrooz; Hosseinipour, Fahima Al Sadat; Khazaei, Habibullah; Kalantari, Mehrdad; Farhadi, Mehran; Behrouz, Behzad, (2012), The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on bereavement symptoms and post-traumatic stress disorder in bereaved Afghan immigrant adolescent girls, *Kermanshah Improvement Journal*, Volume 17, Number 7, pp. 414-422. (in Persian)
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., & Kessler, R. C. (2016). The epidemiology of traumatic exposure worldwide: Results from the World Mental Health Consortium. *Psychological Medicine*, 46, 327–343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Boulos, D., & Zamorski, M. (2013). Development-related mental disorders among Canadian forces personnel deployed in support of mission in Afghanistan, 2001-2008. *J Canadian Med Assoc*. 185(11), 545-552.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1997). Attentional bias in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 635-644.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26: 17–31.
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J TRAUMA STRESS*. 19(5):597-610.
- Cary, C. E., & McMillen J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34,748–757.
- Cisler, J. M., & Herringa, R. J. (2020). Posttraumatic stress disorder and the developing adolescent brain. *Biological Psychiatry*.
- Cohen, J, A, Mannarino, A, P., Berliner, L., Deblinger, E. (2016). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *J Interpers Violence*. 15(11):1202–23.

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY: Guilford.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Cohen, J.A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S.R., Chrisman, A., Farchione, T.R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S., Medicus, J., & AACAP Work Group On Quality Issues. (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49: 414-430.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Dalgleish T (2004), Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder (PTSD): the evolution of multi-representational theorizing. *Psychol Bull* 130:228Y260.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multi site, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474-1484.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Heflin, A. H. (2015). *Child sexual abuse: A primer for treating children, adolescents, and their nonoffending parent* (2nd ed.). New York: Oxford University Press
- Dittman, I., Jensen, T.K. (2014). Giving a voice to traumatized youth-experiences with trauma focused cognitive behavior therapy. *Child Abuse and Neglect*, 38, 1221-1230.
- Dorsey, S., Briggs, E. C., & Woods, B. A. (2011). Cognitive behavioral treatment for post traumatic stress disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20, 255–269.
- Dyregrov, A., Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health* 11, (4), 176-184.
- Ehlers A, Clark DM (2003), Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biol Psychiatry* 53:817Y826.
- El-Khodary, B., & Samara, M. (2020). The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 29(5), 719-731.
- Fakour, Yusuf; Mahmoudi-Qarai, Javad; Mohammadi, Mohammadreza; and Mumtazbakhsh, Maryam. (2006). The effect of group therapy based on supportive(in Persian)

- Feather, J. S., & Ronan, K. R. (2006). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for abused children with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *New Zealand Journal of Psychology, 35*(3), 132-145.
- Forresi, B., Soncini, F., Bottosso, E., Di Pietro, E., Scarpini, G., Scaini, S., ... & Righi, E. (2020). Post-traumatic stress disorder, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents 2 years after the 2012 earthquake in Italy: an epidemiological cross-sectional study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 29*(2), 227-238.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K., Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34*:1369Y1380.
- Grey N, Young K, Holmes E (2002), Cognitive restructuring within reliving: a treatment for peritraumatic emotional Bhotspots^ in posttraumatic stress disorder. *Behav Cogn Psychother 30*:37Y56.
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., & Bonanno, G.A. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of psychiatry, 154*: 904-910.
- International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2019). ISTSS PTSD guidelines – Methodology and recommendations. Retrieved from <https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines>
- Knutsen, M., & Jensen, T. K. (2019). Changes in the trauma narratives of youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy in relation to posttraumatic stress symptoms. *Psychotherapy Research, 29*(1), 99-111.
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., ... Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *The Lancet Psychiatry, 6*(3), 247–256.
- Mannarino, P. A., Cohen J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children Sustained Impact of Treatment 6 and 12 Months Later. *Child Maltreatment, 17*(3) 231-241.
- Mannarino, P. A., Cohen J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children Sustained Impact of Treatment 6 and 12 Months Later. *Child Maltreatment, 17*(3) 231-241.
- March JS, Amaya-Jackson L, Murray MC, Schulte A (1998), Cognitivebehavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37*:585Y593.
- Marshall-Berenz, E. C., Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., & Zvolensky, M. J. (2010) Multimethod study of distress tolerance and PTSD

- symptom severity in a trauma-exposed community sample. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 623-630.
- McEvoy, P.M. (2007). Cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy, 45*: 3030-3040.
- Mills, R., Scott, J., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J.M., & Strathearn, L. (2013). Childhood maltreatment and adolescent mental health problems in a large birth cohort. *Child Abuse & Neglect, 37*(5), 292-302.
- Morgan, C. A., Hazlett, G., Wang, S., Richardson, E. G., Schnurr, P., & Southwick, S. M. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry, 158*(8), 1239-1247.
- Murray, L. K., Familiara, I., Skavenskia, S., Jere, E., Cohen, J., Imasiku, M., Mayeya, J., ... & Bolton, Paul. (2013). An evaluation of trauma focused cognitive behavioral therapy for children in Zambia, *Child Abuse & Neglect, 37*, 1175-1185.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predict sun favorable course of the illness and treatment outcome and depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 163*(2), 141-151.
- National Institute for Health and Clinical Care Excellence (NICE). (2018). Post-traumatic stress disorder NICE guideline (NG116). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>
- Nixon, R.D.V., Sterk, J, Pearce, A. (2011). A randomized trial of cognitive behavior therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 327-337.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine, 9*(11), e1001349.
- Orcutt, H. K., Reffi, A. N., & Ellis, R. A. (2020). Experiential avoidance and PTSD. In *Emotion in Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 409-436). Academic Press.
- Orsillo, S. M., Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behav Modif. 29*(1), 95-129.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R. & Smith, P. (2005). The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for Behavioural and Cognitive Psychotherapy, *33* (4): 487-498.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2001). The assessment and treatment of posttraumatic and stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and psychiatry, 11*(3): 277- 289.

- Pfeiffer, E., Sachser, C., de Haan, A., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2017). Dysfunctional posttraumatic cognitions as a mediator of symptom reduction in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with children and adolescents: Results of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 178-182.
- Price, J. L., Monson, C. M., Callahan, K., Rodriguez, B. F. (2006). The role of emotional functioning in military-related PTSD and its treatment. *Anxiety Disorders*, 30, 661-674.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, 37(10), 801-813.
- Rafi Nia, Abdul Rasul. (2000). Investigating the effect of individual counseling with a cognitive-behavioral approach on the treatment of patients with PTSD caused by war. Master's thesis, Tarbiat Moalem University. (in Persian)
- Saunders, B., Smith, D., & Best, C. (2010). *Effectiveness of web-based training in disseminating evidence-based trauma interventions*. Presentation at the 26th annual meeting of the international society of traumatic stress studies, Montreal, Canada.
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376, 2459-2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
- Sherman, D. M., Zanotti, D. K., Jones, D. E. (2005). Key elements in couples therapy with veterans with combat related posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36: 626-33.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (1998). Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 381-395.
- Shipman, K., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 268-285.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 156-183.
- Simons, M. (2010). Meta cognitive Therapy and Other Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *Verhaltens therapie*, 20:000.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, M. D. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescents: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051-1061.

- Stallard, P. (2006), Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: a review of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*, 26:895Y911.
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Potter, C. M., Marshall, E. C., & Zvolensky, M. H. (2011). An evaluation of the relation between distress tolerance and posttraumatic stress within a trauma-exposed sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 129-135.
- Wang, Y., Xu, J., & Lu, Y. (2020). Associations among trauma exposure, post-traumatic stress disorder, and depression symptoms in adolescent survivors of the 2013 Lushan earthquake. *Journal of Affective Disorders*, 264, 407-413.
- Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O`Ryan, D., Nurrish, J. (2000), The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *J Child Psychol Psychiatry* 41:503Y511.