

کارآمدی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب (TF-CBT) بر علایم خلقی و جسمی کودکان دارای سابقه‌ی آسیب بین‌فردی

The efficacy of trauma focused-cognitive behavioral therapy on mood and somatic symptoms of children with interpersonal trauma

Somaye Shahabi vand, MSc
Afrooz Afshari, Ph.D
Leila Cheragh Molaie, Ph.D

سمیه شهابی وند*
دکترافروز افشاری*
دکترلیلا چراغ ملایی

چکیده

Abstract

The aim of present study was to evaluate the efficacy of Trauma focused cognitive behavioral therapy on mood and somatic symptoms reduction of children with history of interpersonal trauma. This was a single subject experimental study with Multiple baseline design and the population consist of all primary school children (boys and girls) in 2019-2020 academic year in Saghez city. 4 (9-12 years old) students with interpersonal trauma history were recruited by convenient sampling method. Child and parent forms of life incidence of traumatic events questionnaire (LITE-C & LITE-P), child and parent reports of post traumatic symptoms (CROPS, PROPS) and Takata & Sakata psychosomatic complaints scale were administered to them at baseline (A), two first, two middle and two last sessions and after completion of treatment in follow up sessions. In B experimental phase each of these 4 student, receive 14 individual treatment sessions of TF-CBT on average. Spss-25 software was used. To analyze data with graphic analysis and improvement percentage as well as descriptive statistics, repeated measure

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کاهش علایم جسمی و خلقی کودکان دارای سابقه‌ی آسیب بین-فردی انجام شد. پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی آزمایشی تک‌موردی همراه با طرح خطوط پایه چندگانه و جامعه‌ی آن شامل تمامی دانش‌آموزان ابتدایی (پسر و دختر) در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ در شهرستان سقز بود. از طریق نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴ دانش‌آموز (۸-۱۲ ساله) با سابقه‌ی آسیب بین‌فردی، به عنوان نمونه انتخاب شدند. فرم والد و کودک پرسشنامه رویدادهای آسیب‌زای زندگی (LITE-P, LITE-C)، مقیاس گزارش کودک و والد از علایم پس‌ضربه‌ای (CROPS, PROPS) و از مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا ساکاتا در مرحله‌ی خط‌پایه (A)، دو جلسه اول، دو جلسه میانی، دو جلسه پایانی و همچنین بعد از پایان مداخله در جلسات پیگیری استفاده شد. در مرحله‌ی آزمایشی (B) هر کدام از این چهار نفر به طور میانگین تحت ۱۴ جلسه درمان با پروتوکل TF-CBT به صورت انفرادی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-25 و تحلیل نموداری، تعیین درصد بهبودی، همچنین شاخص‌های

variance analysis and dependent T test. Results indicated that clinical and statistical improvements were occurring in reduction of children's mood and somatic symptoms and post-traumatic stress symptoms, which was, remain constantly in 3 weeks follow up. Hence, this treatment could reduce the mood and somatic symptoms of children with interpersonal trauma.

Key words: interpersonal trauma, trauma focused cognitive behavioral therapy, somatic symptoms, mood symptoms

آمار توصیفی، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و t همبسته استفاده گردید. نتایج نشان داد که پیشرفت‌های بالینی و آماری معنی‌داری در کاهش علائم جسمی و خلقی کودکان و همچنین کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه آن‌ها به دست آمد که در ۳ هفته پیگیری هم این پیشرفت‌ها حفظ شدند. به این ترتیب درمان مذکور بر کاهش علائم خلقی و جسمی کودکان دارای سابقه‌ی آسیب بین‌فردی مؤثر است.

کلید واژه‌ها: آسیب بین‌فردی، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب، علائم جسمی، علائم خلقی

Psychology department, education and psychology faculty of Alzahra university

A.afshari@alzahra.ac.ir

*گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا (س)

مقدمه:

تحقیقات بر این باورند که ۲۸/۶٪ تا ۸۲/۷۰٪ از افراد در طول عمر خود در معرض یک یا چند حادثه آسیب‌زا قرار دارند (اوگازال و بودوخوا^۱، ۲۰۱۸). حوادث آسیب‌زا معمولاً شامل سوء استفاده، تصادف شدید، بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی، بلایای طبیعی، جنگ، تروریسم، خشونت‌های اجتماعی، خشونت مدارس و یا مرگ ناگهانی یک والد، خواهر یا برادر می‌شود. آسیب می‌تواند به عنوان یک رویداد مجزا رخ دهد، می‌تواند تکرار شونده باشد، یا یک تجربه حاصل از انواع مختلف خشونت یا حوادث منفی باشد (جانسون رید و ویدمن^۲، ۲۰۱۷؛ وودهوس، برون و آیرز^۳، ۲۰۱۸). این حوادث می‌توانند بین فردی و یا غیربین فردی باشند. آسیب‌های بین فردی بیشتر از آسیب‌هایی که بین فردی نیستند آسیب‌رسان هستند (لوپزمارتینز، سرانوایبانز، رویزپاراگا^۴ و همکاران، ۲۰۱۸).

به طور کلی قرار گرفتن در معرض آسیب منجر به طیف گسترده‌ای از علائم عاطفی و رفتاری در کودکان و نوجوانان می‌شود. قرار گرفتن در معرض آسیب در دوران کودکی و بزرگسالی می‌تواند عواقب روانشناختی از

جمله استرس پس از سانحه، افسردگی و مشکلات رفتاری (آسینزو، اسپرنگ واسلینگر^۵، ۲۰۲۰)، اضطراب، اعتیاد و مشکلات سلامت جسمی و ... را به دنبال داشته باشد (کلیتیس^۶، ۲۰۱۷). تجربه‌ی آسیب‌های بین‌فردی به مرگ تهدید نمی‌کنند، اما آن‌ها می‌توانند به بهزیستی افراد صدمه بزنند، به ویژه هنگامی که آن‌ها سطوح بالاتری از خیانت را شامل شوند، یعنی زمانی که یک فرد نزدیک به فرد قربانی، مقصر ماجرا باشد. آسیب‌های بین‌فردی که در بستر روابط مداوم اتفاق می‌افتد نسبت به آسیب‌های غیرارتباطی بیشتر با علائم افسردگی، اضطراب و سایر علائم آشفتگی هیجانی ارتباط دارد. این امر به ویژه هنگامی آشکار است که آسیب شامل نقض پیوندهای انسانی و از دست دادن روابط مهم می‌شود. افرادی که آسیب آن‌ها "بین فردی" بوده است، نسبت به افرادی که آسیب تصادفی با علائم پیچیده و شدیدتر تجربه می‌کنند، دو برابر بیشتر مبتلا به PTSD می‌شوند (چاراک، فورد، مودروسکی و کریگ^۷، ۲۰۱۹؛ بل، رابینسون، کاتونا^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). که همبودی بالایی با علائم خلقی (لنز و هولن باو^۹، ۲۰۱۵) و علائم جسمانی (گوپتا^{۱۰}، ۲۰۱۳) دارد.

بر این اساس اختلال افسردگی عمده^{۱۱} یکی از شایع‌ترین اختلالات در کنار PTSD است، تقریباً ۴۰٪ از کودکان و نوجوانان مبتلا به PTSD همچنین معیارهای مشترکی را برای بروز اختلال افسردگی عمده دارند. حضور علائم افسردگی همزمان می‌تواند درمان PTSD را پیچیده کند. برخی از شواهد نشان داده‌اند که وقتی مراجعان با PTSD و علائم افسردگی همراه هستند، خطر قابل توجهی برای خودکشی و مشکلات رفتاری در بزرگسالی در مقایسه با افرادی که تنها افسردگی دارند، وجود دارد (**جنگ، ژو، لیانگ، ژنگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹؛ لنز و هالن باو، ۲۰۱۵**)، همچنین قرار گرفتن در معرض آسیب می‌تواند باعث ایجاد علائم جسمانی از جمله مشکلات خواب، درد عضلانی-اسکلتی، خستگی و کمردرد و سردرد، مشکلات تنفس، دستگاه گوارش، قلبی و عروقی در کودکان مبتلا به PTSD شود لذا بررسی رابطه بین علائم جسمی و PTSD به دلیل احتمال تأثیر آنها در ایجاد پریشانی روانی و ناتوانی عملکردی، نگرانی اساسی در بین بازماندگان دارای تجربیات آسیب‌زا است (ژانگ، ژانگ، ژو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۵). آسیب، توجه بیش از حد از عملکرد بدن را ایجاد می‌کند و این باعث گسست^{۱۴} می‌شود و خود گسست نیز منجر به بینش ضعیف نسبت به تجربیات بدنی می‌شود و این درمان افراد را مشکل‌تر می‌کند (**مالاس، ارتیز آگویا، گیلز، ایبزیاکو^{۱۵}، ۲۰۱۷**).

از آنجا که اختلالات روانی کودکی نه تنها احتمال ابتلا به اختلالات روانی ثانویه را افزایش می‌دهد بلکه تجربه وقایع آسیب‌زا را نیز افزایش می‌دهد و ناسازگاری‌های متعدد ممکن است دلهره بالاتری را ایجاد کند و از این رو خطر ابتلا به اختلالات روانی را افزایش دهد (**آسلمان، ویچن، لیب^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۸**)، تشخیص زودهنگام و درمان کودکان آسیب‌دیده می‌تواند مانع از نتایج شدید منفی در حال و آینده آنها شود.

انواع خاص روان‌درمانی متمرکز بر آسیب عبارتند از روش‌های درمان شناختی و رفتاری مانند، مواجهه طولانی مدت^{۱۷} (PE)، درمان پردازش شناختی^{۱۸} (CPT)؛ درمان‌های شناختی رفتاری مانند آموزش تلقیح استرس^{۱۹} (SIT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۲۰} (ACT) که به صراحت متمرکز بر آسیب نیستند، اما می‌توانند در

یک چارچوب با محوریت آسیب ایراد گردند. قالب‌های جایگزین برای ایراد مواجهه درمانی، مانند واقعیت مجازی و نوشتن^{۲۱}؛ حساسیت زدایی و پردازش مجدد حرکت چشم^{۲۲} (EMDR) درمان تسریع تفکیک پذیری^{۲۳} (ART) درمان‌های ترکیبی مانند روان‌درمانی کوتاه‌التقاطی^{۲۴}، که ترکیبی از عناصر شناختی-رفتاری و پویا است، می‌باشند. این مداخلات عمدتاً بر بزرگسالان متمرکز شده‌اند، اما برای کودکان نیز روان‌درمانیهای متمرکز بر آسیب وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت است از درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب^{۲۵} (اسچنور، ۲۰۱۷)، که از لحاظ تجربی در زمینه آسیب به عنوان یک مداخله اساسی برای کودکان و نوجوانان مبتلا به PTSD پشتیبانی می‌شود و گرچه بیشتر تحقیقات انجام شده از استفاده از TF-CBT با کودکان در پی سوءاستفاده جنسی حمایت می‌کند، اما این مداخله همچنین برای سایر انواع آسیب اثربخش بوده است (مورانزولی، مگنن و یگارز، دانی^{۲۶} و همکاران، ۲۰۲۰؛ کانوی، ۲۰۱۶). اگرچه درمان‌های موثری برای مشکلات ناشی از آسیب در کودکان و نوجوانان وجود دارد، اما این مداخلات عمدتاً رفتاری بوده و بیشتر متوجه مهارت‌های فرزندپروری هستند و به مشکلات هیجانی کودکان توجه چندانی ندارند (وودی، آندرسون، سوزا^{۲۷} و همکاران، ۲۰۱۵) اما TF-CBT بر مشکلات رفتاری و هیجانی مرتبط با تروما به طور همزمان اثرگذار است (آلن، ۲۰۱۸؛ کوهن، برلینر و مانارینو، ۲۰۱۰).

درمان TF-CBT یک درمان کوتاه مدت (۸ تا ۲۵ جلسه)، شناختی رفتاری، انعطاف‌پذیر، مبتنی بر مؤلفه برای کودکان و نوجوانان آسیب‌دیده و والدین و مراقبان آن‌ها است (آندرهیتزبرگر، وینترسول، لانگ^{۲۸} و همکاران، ۲۰۱۹). مؤلفه های TF-CBT که با اختصار "PRACTICE" خلاصه می‌شوند، در سه مرحله قرار دارند که به طور معمول در زمان مساوی ارائه می‌شوند: مرحله‌ی اول، مهارت‌های تثبیت^{۲۹} شامل: آموزش روان‌شناختی در مورد آسیب؛ مهارت‌های فرزندپروری؛ مهارت‌های آرمیدگی^{۳۰}؛ مهارت‌های تعدیل عاطفی؛ و مهارت‌های پردازش شناختی می‌باشد. مرحله‌ی دوم، روایت و پردازش آسیب^{۳۱} است که تنها شامل یک جزء، روایت آسیب و پردازش است. مرحله‌ی سوم، تثبیت و یکپارچگی^{۳۲}، شامل: تسلط بر سرنخ‌های بیرونی واقعه؛ جلسات مشترک کودک و والدین؛ و بهبود ایمنی و توسعه آینده می‌باشد. در طی هر جلسه TF-CBT درمانگر برای حدود نیمی از جلسه با کودک و حدود نیمی از جلسه با والدین یا مراقبین (در جلسات مشترک، بیشتر جلسات با فرزند و والدین با هم است) ملاقات می‌کند. از آنجا که آسیب از دست دادن ایمنی و اغلب، از دست دادن اعتماد بر این است که والدین می‌توانند اطفال را حفظ کنند، روابط درمانی به عنوان هسته مرکزی TF-CBT در نظر گرفته می‌شود تا کودک و والدین بتوانند پس از آسیب به طور مطلوب بهبود یابند (مارکز، دبلینگر و داوی، ۲۰۱۹؛ کوهن، مانارینو، و دبلینگر، ۲۰۱۸). کانوی (۲۰۱۶) در پژوهش فراتحلیلی در بررسی هفت مقاله با موضوع مشترک تأثیر درمان TF-CBT در مقابل مداخلات دیگر و اثر بخشی درمان TF-CBT بر آسیب در کودکان و نوجوانان نشان دادند که TF-CBT مداخله‌ای مؤثر برای کاهش علائم PTSD در کودکان و نوجوانان است.

مطالعات نشان می‌دهند که اختلال استرس پس از سانحه با علائم جسمی (کچسون، کایر، کینگ، ریچاردسون^{۳۳}، ۲۰۱۸؛ میلیگان سالیو، پترسون، هارکس^{۳۴} و همکاران، ۲۰۱۷) و علائم خلقی همبودی دارد (چرچ^{۳۵}، ۲۰۱۴؛ موره و بولین^{۳۶}، ۱۹۹۱). با این وجود مطالعات معدودی در مورد اثرات درمان‌های استاندارد (داروها، CBT) بر روی سندرم‌های سوماتیک مرتبط با PTSD گزارش شده است (گوپتا، ۲۰۱۳). در حالی که در یک پژوهش مرورسیستماتیک کری و میلن^{۳۷} (۲۰۱۲) در بررسی اثربخشی درمان TF-CBT در کاهش علائم استرس پس از سانحه، افسردگی و مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانانی که از آسیب جان سالم به در برده بودند، دریافتند که این درمان فقط بر PTSD مؤثر بوده است نه افسردگی، در یک فراتحلیلی که به بررسی اثربخشی درمان TF-CBT بر PTSD و افسردگی به عنوان اختلال همبود با PTSD در کودکان و نوجوانان پرداخته بود، براساس نتایج ۲۱ مطالعه بین‌گروهی که از مقایسه‌ی گروه انتظار، گروه بدون درمان و درمان‌های جایگزین برای تخمین اثربخشی درمان TF-CBT استفاده کرده بودند، TF-CBT به گروه کنترل بدون درمان و درمان‌های جایگزین بر PTSD و افسردگی نیز برتری داشت (باو و لنز، ۲۰۱۵). همچنین چندین مطالعه خارج از کشور اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر افسردگی را نشان داده‌اند از جمله آن‌ها، مطالعه‌ای است که توسط **مورگان مولان (۲۰۱۸)** بر روی کودکان انجام گرفت که نشان داد این درمان بر کاهش PTSD افسردگی و پرخاشگری کودکان دارای تجربه زندانی شدن والدین اثربخش است. لذا به نظر می‌رسد در خصوص کارآمدی این درمان بر علائم افسردگی توافق کافی بین یافته‌های پژوهشی وجود ندارد.

با وجود این که اثرگذاری درمان TF-CBT بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و علائم سوگ و افسردگی کودکان یتیم (**دونل، دورسی، گونگ^{۳۸} و همکاران، ۲۰۱۴**)، افزایش تاب‌آوری شخصی و کاهش علائم افسردگی (دبلینگر، پولیو، رانیون، استیر^{۳۹}، ۲۰۱۷؛ هاپر، براون و شرماپاتل^{۴۰}، ۲۰۱۷)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر سه گروه از افراد با تجربه‌ی از دست دادن آسیب‌زا، سو استفاده‌ی جنسی و خشونت جسمی و دارای علائم PTSD (آنترهیتزبرگر، ساچر و رزنر، ۲۰۲۰) و در پژوهش‌های داخلی اثربخشی TF-CBT بر کاهش مشکلات روان‌شناختی (شامل نشانه‌های عاطفی، مشکلات سلوک، مشکلات با همسالان، بیش‌فعالی) نوجوانان و افزایش توانایی‌های نوجوانان شاهد و ایثارگر (اسماعیلی، شکیبایی، یعقوبیان و همکاران، ۱۳۹۲)، کاهش افسردگی، اضطراب و شرم و افزایش حمایت والدین نوجوانان قربانی سو استفاده‌ی جنسی (منصوری، ۱۳۹۴)، رشد پس از سانحه کودکان آزاردیده (سالمی و همکاران، ۱۳۹۵) و افزایش شایستگی اجتماعی و بهبود تنظیم هیجانی این کودکان (سالمی و همکاران، ۱۳۹۶)، کاهش مشکلات رفتاری - هیجانی نوجوانان دارای نشانه‌های استرس پس از سانحه (رجبی، ۱۳۹۵) و همچنین اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما و درمان مدیریت تروما بر کاهش علائم پس‌آسیبی در دانش‌آموزان داغ‌دیده (معینی نصراله، ۱۳۹۷) تایید شده است اما یافته‌ها در این زمینه متفاوتند. همچنین پژوهشی که درمان TF-CBT را برای کاهش علائم جسمانی ناشی از PTSD بکار برده باشد یافت نشد. چنانچه PTSD در کودکان درمان نشود، علائم

آن تا نوجوانی پایدار مانده و اثرات منفی بسیاری را در پی دارد لذا استفاده از درمانی موثر و کارآمد از ضرورت و اهمیت بالایی برخوردار است (آلن و جانسون، ۲۰۱۲).

- روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش در چارچوب طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی از نوع طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی انجام شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان (پسر و دختر) مدارس ابتدایی شهرستان سقز بود، که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند، در این پژوهش روش نمونه‌گیری هدفمند برای انتخاب افراد نمونه استفاده شد و تعداد ۴ نفر دانش‌آموزان ۸ تا ۱۲ ساله که دارای سابقه‌ی آسیب بین‌فردی (برای مثال تجربه طلاق والدین، از دست دادن و دور شدن از عزیزان) بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. جهت انتخاب گروه نمونه ابتدا از آموزش و پرورش شهرستان اجازه گرفته شد و به صورت تصادفی چهار مدرسه (دو مدرسه دخترانه، دو مدرسه پسرانه) معرفی گردید، در مدارس مسئولان مدرسه افرادی که تجربه آسیب بین‌فردی داشتند معرفی کردند که از والدین این کودکان دعوت شد تا در مورد آسیب تجربه شده و تجارب کودک با آن‌ها مصاحبه شود. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از سن کودک (۸-۱۲) سال، تجربه‌ی حداقل یک آسیب بین‌فردی، برآورده کردن معیارهای اختلال PTSD و به همراه داشتن علایم خلقی و جسمی ناشی از آن که از طریق پرسشنامه مشخص شد. ملاک‌های خروج از مطالعه: داشتن اختلالات دیگر، سن بسیار پایین در حین تجربه‌ی آسیب، عدم همکاری والد در جلسات درمانی و نبود سرپرست برای کودک، وجود عقب ماندگی ذهنی یا اختلالات روان‌پریشی، مصرف داروی روان‌پزشکی یا قرار داشتن در هر نوع درمان روانشناختی دیگر.

- ابزارهای پژوهش

گزارش کودک و والدین از علایم پس از آسیب (PROPS و CROPS)

گزارش کودک و والدین از علایم پس از آسیب (PROPS و CROPS) در سال ۱۹۹۷ توسط گرینوالد و روبین^۴ ساخته شد. نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط جابر قادری و همکاران (۱۳۸۷) ترجمه شده است. پرسشنامه گزارش کودک از علایم پس از سانحه دارای ۲۶ جمله و پرسشنامه گزارش والدین از علایم پس از سانحه دارای ۳۰ جمله است و شامل گزارش کودک و والدین از وسعت و شدت علایم اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند (گرینوالد، ۱۹۹۷). شدت علایم مطرح شده در این پرسشنامه ها، به وسیله سه مقیاس اصلا، تاحدی و خیلی بررسی می‌شود. سه عامل تشکیل‌دهنده پرسشنامه CROPS: عامل اول، احساسات آسیب به خود، احساس گناه و تنهایی؛ عامل دوم، علایم جسمانی و عامل سوم رفتارها و افکار مزاحم و اجتنابی و عوامل پرسشنامه‌ی PROPS؛ عامل اول، علایم درونگرایانه نظیر اضطراب، ترس، گوشه‌گیری و افسردگی. عامل

دوم علایم برون‌گرایانه، نظیر اختلال در روابط فردی، رفتارهای ضداجتماعی و مشکلات بین‌شخصی و عامل سوم علایم جسمانی را می‌سنجند (گرینوالد و رابین، ۱۹۹۹).

پایایی: این دو مقیاس دارای همسانی درونی بسیار خوبی هستند. آلفای مقیاس کودکان ۰/۹۱ و آلفای مقیاس والدین ۰/۹۳ می‌باشد. پایایی حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۴ تا ۶ هفته‌ای در مقیاس کودکان ۰/۸۰ و در مقیاس والدین ۰/۷۹ گزارش شده است (گرینوالد و رابین، ۱۹۹۹). پایایی نسخه فارسی در ایران توسط جابر قادری و همکاران (۱۳۸۷) از طریق آلفای کرونباخ در ۳۱ نفر اندازه‌گیری شد که در (props) ۰/۸۳ و در (crops) ۰/۸۴ می‌باشد.

روایی: هر دو مقیاس از اعتبار همزمان مطلوبی بر اساس همبستگی معنادار بین این دو مقیاس و سنجش‌های بالینی بر اساس «سیاهه‌ی وقوع تروما در طول زندگی» که مشخص می‌کند کودک چه نوع ضربه یا فقدان را در چه سنی و چندبار متحمل شده است، برخوردار هستند. همبستگی‌های بین نمرات سیاهه‌ی وقوع آسیب در طول زندگی و هر دو مقیاس سنجش علائم ضربه در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود که اعتبار همزمان هر دو مقیاس را تایید می‌کند. نقاط برش پیشنهادی بر اساس سیاهه‌ی وقوع تروما در طول زندگی برای مقیاس کودکان ۱۶ و برای مقیاس والدین ۱۹ بوده است و نمراتی که بالای این نقاط باشد حاکی از مشکلات بیشتر در زمینه‌ی استرس پس از سانحه خواهد بود (گرینوالد و رابین، ۱۹۹۹). روایی و پایایی بین آزمونگران و نقطه برش در ایران اندازه‌گیری نشده است اما بر اساس تحقیقات انجام شده در پژوهش جابر قادری نقطه برش در هر دو آزمون ۱۹ معادل نسخه انگلیسی در نظر گرفته شده است.

سیاهه‌ی وقوع رویدادهای آسیب‌زای زندگی در دو فرم موازی والد و کودک (LITE-P, LITE-C)

این سیاهه توسط گرینوالد در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است، در سال ۱۳۸۷ توسط جابر قادری و همکارانش ترجمه شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال درمورد حوادث آسیب‌زای زندگی است که کودکان را از نظر حوادث آسیب‌زا به چهار درجه یک، دو، سه و چهار تقسیم بندی می‌کند. حوادث درجه یک به معنای عدم وجود هر نوع حادثه در زندگی، درجه دو به معنای وجود حادثی در گذشته است که در حال حاضر برای کودک ناراحت کننده نیست، حوادث درجه سه به معنای وجود یک حادثه دردناک است که کودک از به‌یادآوردن آن بسیار ناراحت می‌شود، درجه چهار به معنای وجود بیش از یک حادثه ناراحت کننده در حال حاضر است. علت تهیه این چک لیست در دو فرم والد و کودک این است که حوادث آسیب‌زایی که کودک یا والدین انکار می‌کنند یا به یاد ندارند لحاظ شوند (گرینوالد، ۱۹۹۷).

اعتبارسنجی: با توجه به این نوع ابزار دقیق، اعتبار سنجی حوادث گزارش شده هنوز مورد مطالعه قرار نگرفته است. LITE-P و LITE-S با همدیگر پایه و اساس یک درمانگر را تشکیل می‌دهند که با گزارش کودک از علائم پس از سانحه (CROPS) همبستگی ۰/۶۰ و با گزارش والدین از علایم پس از ضربه (PROPS) همبستگی

۰/۵۶ دارد (گرینوالد و روبین، ۱۹۹۹). در مطالعات دیگر همبستگی بین LITE-S و LITE-P و CROPS ۰/۴۸ و ۰/۵۷ بوده است و همچنین همبستگی بین LITE-S و LITE-P با TSCC ۰/۵۳ و ۰/۵۶ بوده است. فرم‌های والدین و دانش آموزان LITE گاهی به علت فراموشی، تمایل به افشای اطلاعات یا دسترسی به اطلاعات، اختلافات ناچیزی نشان می‌دهند.

□ پرسشنامه علایم مرضی کودکان (CSI-4)

پرسشنامه علایم مرضی کودکان یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو^{۴۲} بر اساس طبقه‌بندی DSM-III و برای غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۵-۱۲ ساله طراحی شد. بعدها بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۹۴ مطابق با چاپ چهارم DSM تغییرات اندکی در آن ایجاد شد و با نام CSI-4 منتشر شد (محمداسماعیل و علی پور، ۱۳۸۱). پرسشنامه CSI-4 دارای دو فرم والد و معلم است: در پژوهش حاضر از فرم والد استفاده شده است. فرم والد با ۱۱۲ سوال، ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافه را می‌سنجد و فرم معلم از ۷۷ سوال تشکیل شده است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری شامل؛ اختلال کاستی توجه/بیش‌فعالی، اختلال لجبازی - نافرمانی، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشد فراگیر، اختلال آسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات دفع را شامل می‌شود (محمداسماعیل و علی پور، ۱۳۸۱). ارمیس^{۴۳} (۲۰۰۹) اعتبار پرسشنامه علایم مرضی کودکان را به روش بازآزمایی و با فاصله زمانی ۶ هفته روی ۷۵ پسر سنین ۶ تا ۱۰ ساله، ۰/۷۲ گزارش کرده است. سوچ (۲۰۰۹) در پژوهش خود روایی سازه‌ی پرسشنامه را با همبستگی مثبت بین روایی پرسشنامه با فرم رفتاری کودک آخنباخ نشان داد. در ایران هم محمد اسماعیل (۱۳۸۱) پایایی فرم‌های والدین و معلمان از طریق بازآزمایی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آورده است.

□ مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا^{۴۴}

مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا توسط تاکاتا و ساکاتا در سال ۲۰۰۴ در ژاپن ساخته و اعتباریابی شده و دارای ۳۰ سوال است که ساختار تک‌عاملی دارد و برای سنجش شکایات روان‌تنی بکار می‌رود (تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴). نمره‌گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «هرگز»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «بطور مکرر» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته می‌شود. امتیازات از جمع ۳۰ عبارت با یکدیگر حاصل می‌شود. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۹۰ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۳۰ : میزان شکایات روان‌تنی کم است. نمره بین ۳۰ تا ۴۵ : میزان شکایات روان‌تنی متوسط است. نمره بالاتر از ۴۵ : میزان شکایات روان‌تنی زیاد است (حاجلو، ۱۳۹۱). از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس

سلامت روانی گلدبرگ^{۴۵} توسط سازندگان این مقیاس روایی همزمان آن در دو مطالعه جداگانه، ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به دست آمده است. اعتبار سازه مقیاس در دو مطالعه از تحلیل عاملی نشان داد در مطالعه اول که در سال ۱۹۹۷ انجام شد، ۳۴/۱ درصد و در مطالعه دوم که در سال ۱۹۹۹ انجام شد، ۳۱/۱ درصد واریانس بخش‌ها توسط یک عامل تبیین می‌شود. پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در سال ۱۹۹۷ برابر با ۰/۹۳، در سال ۱۹۹۸ برابر با ۰/۹۱ و در سال ۱۹۹۹ برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. همبستگی بین بخش‌های مقیاس در سه بار اجرای متفاوت توسط سازندگان مقیاس، برابر با ۰/۵۰ یا بیشتر گزارش شد (تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴).

در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱)، مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا دارای روایی صوری، روایی محتوایی و روایی همزمان $r = 0/68$ و روایی سازه (تبیین $33/10$ درصد واریانس بخش‌ها توسط یک عامل) می‌باشد. همچنین در این پژوهش پایایی بازآزمایی $r = 0/83$ و همسانی درونی $r = 0/85$ برای این پرسش‌نامه به دست آمده است. در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱)، برای بررسی روایی همزمان مقیاس شکایات روان‌تنی، همبستگی آن با مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ محاسبه گردید. ضریب همبستگی بین این دو مقیاس در بین دانشجویان برابر با ۰/۶۸ بود که یک مقدار زیاد و قابل قبول محسوب می‌شود و همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس شکایات روان‌تنی به فاصله یک ماه و در دو نوبت اجرا روی یک نمونه ۳۰ نفره از دانشجویان، مورد تأیید قرار گرفت ($r = 0/83$ ضریب آلفای کرونباخ). پایایی به دست آمده روی نمونه اصلی نیز برابر با ۰/۸۵ بود که بیانگر همسانی درونی بالا برای بخش‌های این مقیاس است (حاجلو، ۱۳۹۱).

○ شرکت کنندگان:

شرکت کننده اول: یلدا دختر ۱۱ ساله، کلاس پنجم است که در سن شش سالگی با اعتیاد پدر و تهدید شدن به مرگ و ترک شدن توسط او و در سن هفت سالگی با بیماری پارکینسون مادر و در نهایت مرگ مادر مواجه می‌شود و در حال حاضر نزد عمه زندگی می‌کند و او را مادر خود می‌داند. بر اساس پرسشنامه‌ها و مصاحبه او دارای اختلال استرس پس از سانحه و علائم جسمی و خلقی می‌باشد و بر اساس پرسش‌نامه CSI-4 دارای اختلال دیگری نمی‌باشد.

شرکت کننده دوم: مونا دختر ۱۱ ساله، کلاس پنجم که در سن هفت سالگی با طلاق والدین و ترک شدن ناگهانی توسط مادر و ندیدن مادر تا سه سال بعد و زندگی با نامادری روبرو شده است. بر اساس پرسشنامه‌ها علائم اختلال استرس پس از سانحه همراه با علائم جسمی و خلقی را دارد که علائم جسمی شدت بیشتری دارند. اختلال دیگری ندارد.

شرکت کننده سوم: کاروان پسری ۸ ساله و کلاس دوم است، او در سن شش سالگی با مرگ پدر از طریق تصادف روبرو می‌شود، دیدن پدر در حالت بیهوشی و همچنین خونی که بر روی دهان او هست و دیدن مراسم

به خاک سپاری پدر، منجر به ایجاد علائم اختلال استرس پس از سانحه به همراه علائم جسمی و خلقی شده است و اختلال دیگری بر اساس مصاحبه و پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) ندارد.

شرکت کننده چهارم: لادن دختر ۱۰ ساله کلاس چهارم که در سن هفت سالگی با مرگ پدر به علت تصادفی که مادر عامل آن بوده و خود نیز شاهد اتفاق بوده است، روبرو شده، علائم اختلال استرس پس از سانحه در او وجود دارد و علائم جسمی و خلقی ناشی از PTSD در او بارز است. اختلال روانپزشکی دیگری با استفاده از مصاحبه و CSI-4 در وی مشاهده نشد.

○ ساختار جلسات درمانی

بعد از جلسات مصاحبه هر کدام از افراد بر اساس نیاز شرکت کننده به طور میانگین تحت ۱۴ جلسه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب قرار گرفتند. جلسات در هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت به طول انجامید که نیم ساعت آن به کودک و نیم ساعت به والد اختصاص داده شد. خلاصه‌ی جلسات در جدول زیر آمده است.

جلسه ۱	کودک: آموزش روانشناختی و آموزش تن آرامی؛ دادن تکلیف برای جلسه آینده، والد : آموزش روان شناختی ، مهارت‌های فرزندپروری و آموزش تن آرامی
جلسه ۲	کودک: مرور، شناسایی احساسات، تکلیف جلسه‌ی آینده، والد: ابراز عواطف والدین در مورد کودک و آسیب و چگونگی برخورد با ابراز عواطف کودک
جلسه ۳، ۴ و ۵	کودک: مرور، بررسی تعدیل و تنظیم عاطفی کودک، آموزش مهارت حل مشکل، افزایش حس امنیت کودک، تکالیف. والد: بررسی تنظیم عاطفی والد و آموزش تنظیم عاطفی مناسب به والد (توقف فکر و خودگویی مثبت)
جلسه ۶، ۷ و ۸	کودک: مرور، آموزش مثلث شناختی و پردازش شناختی در مواردی غیر از واقعه آسیب‌زا، آموزش و طبقه بندی افکار بیهوده، تکالیف. والد: مرور، آموزش مثلث شناختی برای والدین و پردازش شناختی و افزایش حس امنیت والد بازمانده
جلسه ۹، ۱۰ و ۱۱	کودک: مرور، بیان ماجرای آسیب، شناسایی افکار و تحریف‌های شناختی مرتبط با واقعه، شناسایی یادآورهای واقعه، تکلیف، والد: در میان گذاشتن ماجرای آسیب نوشته شده با والد، آگاه کردن والد از بیان ماجرای کودک و تعریف تجربه‌ی خودش از واقعه، کمک گرفتن از والد برای روبرو کردن کودک با یادآورهای واقعه در محیط زندگی

جلسه ۱۲	کودک: مرور، شناخت تحریف شناختی کودک در مورد آسیب و پردازش تجربه آسیب و تسلط بر یادآورها، والد: شناسایی تحریف شناختی در مورد واقعه و پردازش تجربه آسیب
جلسه ۱۳ و ۱۴	تشکیل جلسات همزمان والد و کودک، استفاده از بازی سوال و جواب
جلسه پنزده و شانزده	بهبود تکامل و امنیت آینده کودک و ایجاد حلقه‌ی ایمنی برای او، مرور جلسات و خداحافظی کردن از درمان

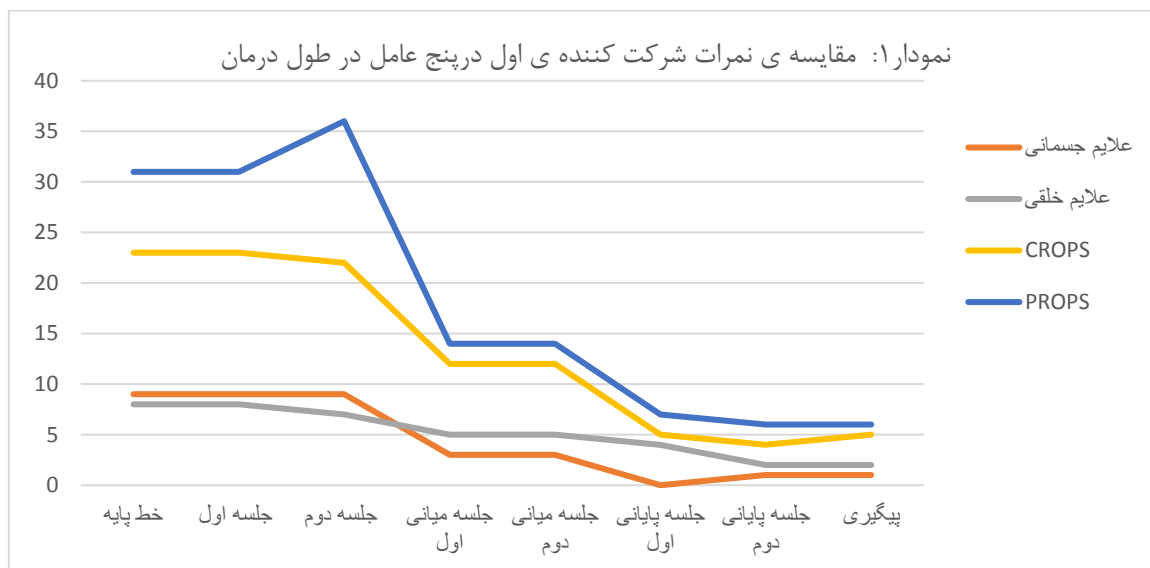
● یافته ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و t همبسته صورت گرفت. همچنین از روش تحلیل نموداری استفاده شد، بدین صورت که از فراز و فرود متغیر وابسته به عنوان پایه داوری در مورد میزان تغییر استفاده شده است (بارلو و هرسن^۱، ۱۳۷۹). از درصد بهبودی نیز برای بررسی معنی‌داری بالینی تغییرات استفاده شد. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر است:

$$\Delta A\% = (A_0 - A_1) / A_0$$
 (میزان بهبود = مشکل آماجی در جلسه اول - مشکل آماجی در جلسه آخر / مشکل آماجی در جلسه اول). تغییر نمرات علائم در مقیاس علائم روان‌تنی در هر چهار شرکت‌کننده از ۲۷، ۱۴، ۱۷ و ۱۵ در خط پایه به ترتیب به ۸، ۷، ۴ و ۴ در مرحله پیگیری رسیده است که یک سیر نزولی و کاهش را با درصد بهبودی ۷۰/۳۷ درصد برای شرکت‌کننده‌ی اول، ۵۰ درصد برای شرکت‌کننده‌ی دوم، ۷۶/۴۷ درصد برای شرکت‌کننده‌ی سوم و ۷۳/۳۳ درصد برای شرکت‌کننده‌ی چهارم نشان می‌دهد. همچنین نمرات علائم جسمی پرسشنامه‌ی گزارش کودک از علائم پس از سانحه در مورد هر چهار شرکت‌کننده سیر کاهش و نزولی دارد و درصد بهبودی ۸۸/۸۹ درصدی برای شرکت‌کننده‌ی اول و ۸۰ درصدی برای شرکت‌کننده‌ی دوم و سوم و ۸۷/۵ درصدی را برای شرکت‌کننده‌ی چهارم نشان می‌دهد. از دیگر تغییرات این است که نمرات علائم خلقی در شرکت‌کننده‌ی اول از ۸ در جلسه خط پایه به ۲ در جلسه پیگیری رسیده است و این سیر نزولی علائم خلقی با بهبود ۷۵ درصدی را در مورد وی نشان می‌دهد. درصد بهبودی شرکت‌کننده دوم ۸۳/۳۳، شرکت‌کننده سوم ۸۵/۷۱ درصد و در شرکت‌کننده چهارم ۸۱/۲۵ درصد می‌باشد. تغییر نمره‌ی کلی گزارش کودک از علائم پس از سانحه در هر چهار شرکت‌کننده از ۲۳، ۲۰، ۲۱ و ۳۵ به ترتیب در خط پایه به ۴، ۳ و ۶ در مرحله پیگیری رسیده است که یک سیر نزولی و کاهش را با درصد بهبودی ۷۸/۲۶ درصد برای

¹ Barlow, DH., Hersen. M

شرکت کننده‌ی اول، ۸۰ درصد برای شرکت کننده‌ی دوم، ۸۵/۷۱ درصد برای شرکت کننده‌ی سوم و ۸۲/۸۶ درصد برای شرکت کننده‌ی چهارم نشان می‌دهد. به طور کلی در طی مراحل درمان بهبود ۸۰/۶۴ درصدی در شرکت کننده‌ی اول و بهبود ۸۳/۸۷ درصدی را در مورد شرکت کننده‌ی دوم و بهبود ۸۰ درصد و ۶۸/۵۷ درصدی را برای شرکت کننده‌های سوم و چهارم در نمره‌ی کلی علایم پس از سانحه در کودکان دارای تجربه‌ی طلاق والدین یا فوت والدین حاصل شده است و این تغییر نمرات به صورت سیر کاهشی و نزولی کارآمدی درمان شناختی رفتاری بر کاهش علایم پس از سانحه‌ی کودکان را نشان می‌دهد.



جدول ۱: نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر

Partia I Eta Squared	P-Value	F	MS	Df	SS	تاثیرات	متغیره
۰/۹۶	۰/۳۰۰	۷۵/۹۶	۴۶۸۰/۲۸ ۶۱/۶۱	۱ ۳	۴۶۸۰/۲۸ ۱۸۴/۸۴	اثر درمان خطا	علایم روان‌تنی
۰/۹۸	۰/۰۰۱	۱۵/۹۶	۴۷۲/۷۸ ۳/۰۳	۱ ۳	۴۷۲/۷۸ ۹/۰۹۴	اثر درمان خطا	علایم جسمی CROPS
۰/۸۵	۰/۰۲۴	۱۷/۹۲	۱۱۱۶/۲۸ ۶۲/۲۸	۱ ۳	۱۱۱۶/۲۸ ۱۸۶/۸۴	اثر درمان خطا	علایم خلقی CROPS

۰/۹۵	۱/۰۰۴ ۰	۶۲/۶۹	۷۲۹/۲۸ ۰ ۱۱۶/۲۸	۱ ۳	۷۲۹/۲۸ ۰ ۳۴۸/۸۴	اثر درمان خطا	نمره ی کلی CROPS
۰/۹۷	۱/۰۰۲ ۰	۹۲/۶۹	۱۳۴۴۸ ۱۴۵/۰۸	۱ ۳	۱۳۴۴۸ ۴۳۵/۲۵	اثر درمان خطا	نمره ی کلی PROPS

در جدول ۱ که نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در مورد نمره‌ی علایم روان‌تنی، علایم جسمی، خلقی و نمره‌ی کلی گزارش علایم پس از سانحه (CROPS) و نمره‌ی کلی گزارش والدین از علایم پس از سانحه را نشان می‌دهد، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کاهش علایم جسمی، خلقی و به طور کلی، بر کاهش علایم پس از سانحه در کودکان دارای تجربه‌ی آسیب بین‌فردی اثر معنی‌داری دارد، به این علت که در تمام موارد سطح معنی‌داری مقادیر F در مورد تفاوت میانگین‌های مذکور معنادار می‌باشد ($p < 0/05$). همچنین در این جدول بر اساس نمرات اندازه اثر نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بیشترین تاثیر را بر نمره‌ی گزارش کودک از علایم جسمی پس از سانحه (۰/۹۸) و کمترین اثر را بر علایم خلقی CROPS (۰/۸۵) داشته است.

نتایج آزمون‌های t وابسته برای مقایسه میانگین نمرات آزمون نهایی و آزمون پیگیری، برای بررسی ماندگاری اثر روش درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب نشان داد که سطح معنی‌داری برای مقدار t در مورد تفاوت میانگین جلسه نهایی و جلسه پیگیری در نمره‌ی علایم روان‌تنی (۰/۷۵) و علایم جسمی CROPS (۰) و علایم خلقی CROPS (۰/۵۰)، در مورد نمره‌ی کلی گزارش کودک از علایم پس از سانحه (۰/۲۵)، و نمره‌ی کلی گزارش والدین از علایم پس از سانحه (۹/۲۵) بالاتر از ۰/۰۵ است ($p > 0/05$) که نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات جلسه پایانی و جلسه پیگیری معنی‌دار نیست و این نشان می‌دهد که نتایج جلسه نهایی و پیگیری تفاوت معناداری نداشته و اثر درمان TF-CBT بر کاهش علایم جسمی، خلقی و به طور کلی علایم پس از سانحه در کودکان دارای تجربه‌ی مرگ والدین یا طلاق والدین پایدار است.

● بحث و نتیجه گیری

○ پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کاهش علایم خلقی و جسمانی کودکان دارای تجربه‌ی آسیب بین‌فردی انجام گرفت. در این پژوهش درمان در چارچوب یک مطالعه‌ی آزمایشی تک‌موردی بر روی چهار شرکت‌کننده به اجرا درآمد. یافته‌های حاصل از پژوهش کاهش علایم خلقی (مانند احساسات آسیب به خود، احساس گناه و تنهایی) و علایم جسمی (دل درد، سردرد، مشکل خواب و...) آن‌ها را از خط پایه تا مرحله‌ی پیگیری نشان می‌دهد. علاوه بر علایم خلقی و جسمی یافته‌های پژوهش بر

اثربخشی درمان بر کاهش افکار و رفتارهای مزاحم و اجتنابی که جزء علائم اختلال استرس پس از سانحه است دلالت دارند، بر اثر درمان در این پژوهش کاهش معناداری پیدا کرده‌اند. در موارد نام برده درمان اثر معناداری داشته و این اثربخشی درمان را نشان می‌دهد همچنین در تمام موارد نتایج آزمون پیگیری با آزمون نهایی تفاوت معناداری نداشته‌اند که نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری اثربخشی ماندگاری بر کاهش علائم خلقی، جسمی و علائم اختلال استرس پس از سانحه دارد. بنابراین می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب با وجود تفاوت در تغییرات اما در هر چهار شرکت کننده تغییرات مثبت را نشان داده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کودکان آسیب‌دیده همسو می‌باشد (کوهن، دبلینگر و مانارینو، ۲۰۱۸؛ ساچر، کلر و گلدبک^{۴۶}، ۲۰۱۷؛ گلدبک، موچه، ساچر و همکاران^{۴۷}، ۲۰۱۷؛ وانگ، آتن، بون^{۴۸} و همکاران، ۲۰۱۶؛ کونانور، مالر، سینامون^{۴۹} و همکاران، ۲۰۱۵؛ کامیوکا، یاگی، آریا^{۵۰} و همکاران، ۲۰۱۵؛ لنارتس، دیل، دولریجرز^{۵۱} و همکاران، ۲۰۱۳؛ بیسون، الرز، متیوز^{۵۲} و همکاران، ۲۰۰۷).

همچنین کاهش علائم PTSD بر اثر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب، مطابق با مرور سیستماتیک کانوی (۲۰۱۶) بوده و مطابق با نتایج پژوهش باو و لنز (۲۰۱۵)، مورگان مولان (۲۰۱۸)، منصور (۱۳۹۴) درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کاهش علائم خلقی و افسردگی نیز اثربخش می‌باشد. پژوهش حاضر تنها پژوهشی است که نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب می‌تواند بر کاهش علائم جسمی در کودکان دارای تجربه‌ی آسیب بین‌فردی مؤثر باشد.

در پژوهش حاضر که یک مطالعه‌ی آزمایشی تک‌موردی است شرکت‌کنندگان در تمام مراحل درمان علی‌رغم دشواری بعضی از جلسات (جلسات بیان آسیب) حضور داشتند و با وجود افزایش علائم در حین جلسات بیان آسیب، درمان به بهبود آن‌ها کمک کرده است. همچنین پژوهش با یک جلسه پیگیری سه هفته‌ای خاتمه یافت که در طی جلسه پیگیری تغییرات اندکی در نمرات افراد نسبت به جلسه‌ی آخر ایجاد شد، به طوری که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات جلسه پیگیری با جلسه نهایی وجود نداشت و لذا درمان اثربخشی ماندگاری داشت. مداخله شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب شامل تکنیک‌هایی هست که ترس و اضطراب کودکان و نوجوانان آسیب‌دیده را کاهش می‌دهد. می‌توان گفت این تکنیک‌ها در دو حیطة شامل درمان ایمن‌سازی در برابر استرس و پردازش شناختی عمل می‌کنند. درمان ایمن‌سازی در برابر استرس فرد را در برابر تاثیرات منفی استرس محافظت می‌کند و شامل شناسایی احساسات، سازگاری شناختی، توقف افکار و ارتقای احساس ایمنی می‌شود. پردازش شناختی نیز برای کشف افکار درباره آسیب و به چالش کشیدن آن‌ها و اصلاح شناخت‌هایی که نادرست یا غیر مفید هستند استفاده می‌شوند (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۲). رادریگری، پالاکیوس، آلونسو تاپیا^{۵۳} و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند روش‌های مقابله‌ای مانند روش توقف فکر که جهت مقابله با تحریف‌های شناختی و افکار نگران‌کننده به کار می‌رود، به ایمن‌سازی در برابر استرس در مقابله با تحریف‌های شناختی و

افکار نگران کننده کمک می کند. در این تکنیک به کودک آموزش داده می شود که او می تواند روی افکار خود آگاهی داشته باشد و برای پردازش شناختی آماده شود. این روش توجه کودک نسبت به افکار آسیب زا را به افکار مناسب معطوف می کند.

همان طور که گفته شد روش های مختلف شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب از جمله شناسایی احساسات، سازگاری شناختی، توقف افکار و ارتقای احساس ایمنی، استرس کودک را کاهش می دهند، که این خود منجر به کاهش علائم خلقی و در نتیجه کاهش علائم جسمی در کودکان آسیب دیده می شود، چرا که کودکان آسیب دیده به علت تلاش برای پردازش حجم عظیم اطلاعاتی که با آن روبرو شده اند از طریق قبول یا انکار متناوب آن، دائماً با یک استرس روبرو هستند و تظاهر استرس در کودکان بیشتر با علائم درون گرایانه مانند علائم جسمی و علائم خلقی و علائم برون گرایانه مانند مشکلات رفتاری و ارتباطی می باشد، کنترل استرس در آن ها می تواند منجر به کاهش علائم نامبرده شود. تن آرامی، یکی دیگر از تکنیک های ایمن سازی در برابر استرس، در درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب است. در حقیقت هنگامی که عضلات آرام نباشند، ما احساس گرفتگی و ناراحتی می کنیم، اما هنگامی که عضلات آرام شود، کمک می کند که احساس راحتی داشته باشیم. توجه به آرامش، موجب کاهش تمرکز روی افکار مربوط به آسیب می شود و از آنجا که تنش و آرامش ضد یکدیگر هستند، کودک یاد می گیرد که در مواقعی که دچار افکار ناخواسته می شود، این تمرین را انجام دهد. همچنین بی حس کردن کودک نسبت به یادآورهای آسیب، خاطرات و رفتارهای اجتنابی، به تدریج رفتارها و پاسخ هایی که یک تعمیم یافتگی افراطی را ایجاد می کنند، حذف می کند و به کودک اجازه می دهد موقعیت های ترسناک سابق را تحمل کند. در نتیجه علائم آسیب زا را کاهش و احساس امنیت، شایستگی و تسلط را افزایش می دهد (کانوی، ۲۰۱۶). به نظر می رسد مؤلفه روایت و پردازش باعث افزایش احساس تسلط به ویژه در رابطه با خاطرات آسیب شود و جلسات اشتراکی TF-CBT ممکن است نزدیکی عاطفی را با مراقبان شرکت کننده تشویق کند و علاوه بر کاهش علائم به ایجاد ارتباط عمیق تر با والدین کمک کند (دبلینگر و همکاران، ۲۰۱۷).

○ محدودیت ها

پژوهش حاضر با وجود نتایج به دست آمده دارای محدودیت هایی می باشد، از جمله آن ها تعداد محدود نمونه و دوره پیگیری کوتاه مدت می باشد. محدودیت اصلی مطالعه حاضر عدم وجود یک گروه کنترل برای تعیین اثر زمان در بهبودی شرکت کنندگان می باشد. همچنین عدم وجود همکار پژوهشی برای سنجش علائم در آزمون های مکرر از محدودیت های پژوهش حاضر است.

○ پیشنهادهای پژوهشی

به محققان علاقه‌مند در این حوزه پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را با تعداد نمونه‌های بیشتری انجام دهند.

بهبتر است تعداد خط‌پایه‌های بیشتر برای کنترل عوامل محیطی و تعداد پیگیری‌های بیشتر جهت اطمینان از پایداری نتایج در نظر گرفته شود.

هر چند روش مطالعه موردی روشی معتبر در پژوهش هست پیشنهاد می‌شود برای بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب را در چارچوب کارآزمایی‌های تصادفی شامل شرایط کنترل و ارزیابی‌های پیگیری طولانی مدت برای تأیید این‌که آیا تأثیر و مزایای بالقوه TF-CBT بر تاب‌آوری و علایم خلقی و جسمی در صورت حفظ فشارهای اضافی برای کودکان در آینده حفظ می‌شود، بسیار مهم است.

همچنین پیشنهاد می‌شود برای اعتبار یابی بیشتر اثربخشی این درمان در مقایسه با سایر درمان‌ها مورد بررسی قرار داده شود.

پژوهش حاضر فقط کودکان دارای سابقه‌ی آسیب بین فردی را شامل می‌شود در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که پژوهش را در کودکان با سابقه‌ی آسیب‌های دیگر هم تکرار نمایند. این کار هم قابلیت تعمیم‌پذیری را افزایش می‌دهد و هم امکان مقایسه را فراهم می‌کند.

پژوهش حاضر فقط کودکانی را مورد بررسی قرار داده است که با وجود آسیب بین فردی اما نزد والد دیگر و یا سرپرست خود زندگی می‌کنند. پیشنهاد می‌شود پژوهش با کودکانی که در مراکز مراقبتی بدون حضور والد و مراقب زندگی می‌کنند با امکان مقایسه‌ی کیفیت زندگی و اثربخشی درمان TF-CBT تکرار شود.

تحقیقات آینده می‌توانند مشخص کنند که آیا ارزیابی علایم خلقی و جسمی قبل و بعد از تکمیل مؤلفه‌های درمانی خاص (به عنوان مثال، روایت و پردازش) نتایج مشابهی دارد یا خیر؟

پیشنهادهای کاربردی:

با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌گردد که کارگاه‌های آموزشی در زمینه افزایش آگاهی خانواده‌ها در جهت اختلالات مرتبط با آسیب مخصوصاً آسیب بین فردی مانند طلاق و ازدست دادن والدین که سلامت روان کودکان را تهدید می‌کند، برگزار گردد.

با توجه به افزایش میزان طلاق پیشنهاد می‌گردد که مراجعه‌ی کودکان دارای سابقه‌ی طلاق والدین به مراکز روان‌درمانی اجباری گردد.

با توجه به تاثیر مخرب اختلالات مرتبط با آسیب بر عملکرد تحصیلی کودکان پیشنهاد می شود کودکان با سابقه‌ی آسیب بین فردی در مدارس تشخیص داده شده و مشاوران مدرسه در جهت آموزش در دو حیطه شامل ایمن سازی در برابر استرس و پردازش شناختی عمل کنند.

-
- ¹ Ouagazzal, O., Boudoukha, A. H
 - ² Jonson-Reid.M., Wideman.E
 - ³ Woodhouse, S., Brown, R., & Ayers, S
 - ⁴ López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T.
 - ⁵ Ascienzo, S., Sprang, G., & Eslinger, J
 - ⁶ Kolaitis
 - ⁷ Charak, R., Ford, J. D., Modrowski, C. A., & Kerig, P. K
 - ⁸ Bell, V., Robinson, B., Katona, C.
 - ⁹ Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M
 - ¹⁰ Gupta, M. A
 - ¹¹ Major depression disorder
 - ¹² Geng, F., Zhou, Y., Liang, Y.
 - ¹³ Zhang, Y., Zhang, J., Zhu, S.
 - ¹⁴ Dissociation
 - ¹⁵ Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P
 - ¹⁶ Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P
 - ¹⁷ Prolonged Exposure
 - ¹⁸ Cognitive Processing Therapy
 - ¹⁹ Stress Inoculation Training
 - ²⁰ Acceptance and Commitment Therapy
 - ²¹ virtual reality and writing
 - ²² Eye Movement Desensitization and Reprocessing
 - ²³ Accelerated Resolution Therapy
 - ²⁴ Brief Eclectic Psychotherapy
 - ²⁵ Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy
 - ²⁶ Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C.
 - ²⁷ Woody, J.D., Anderson, D.K., D'Souza, H.J.
 - ²⁸ Unterhitzberger, J., Wintersohl, S., Lang, M., König, J., & Rosner, R
 - ²⁹ Stabilization phase
 - ³⁰ Relaxation skills
 - ³¹ Trauma narration and Processing
 - ³² Integration and consolidation phase
 - ³³ Ketcheson, F., Cyr St, K., King, L., & Richardson, J. D
 - ³⁴ Milligan-Saville, J. S., Paterson, H. M., Harkness, E. L
 - ³⁵ Church, D
 - ³⁶ Moore, L. J., & Boehnlein, J. K
 - ³⁷ Cary, C. E., & McMillen, J. C
 - ³⁸ O'Donnell, K., Dorsey, S., Gong, W.
 - ³⁹ Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A
 - ⁴⁰ Happer, K., Brown, E. J., & Sharma-Patel, K
 - ⁴¹ Greenwald and Rubin
 - ⁴² Sprafkin & Gadow
 - ⁴³ Eremis
 - ⁴⁴ Takata Y, Sakata Y
 - ⁴⁵ Goldberg

⁴⁶ Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L

⁴⁷ Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C.

⁴⁸ Wang, D. C., Aten, J. D., Boan, D.

⁴⁹ Konanur, S., Muller, R. T., Cinamon, J. S

⁵⁰ Kameoka, S., Yagi, J., Arai, Y.

⁵¹ Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T

⁵² Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R.

⁵³ Rodriguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J

● منابع

اسماعیلی، مریم. شکیبایی، فرشته. یعقوبیان، فاطمه. سبزیان، سعیده. مهدوی، سعیده. (۱۳۹۲). «اثر بخشی مداخله رفتاری- شناختی متمرکز بر تروما بر توانایی و مشکلات فرزندان نوجوان دختر ۱۶-۱۳ سال (شاهد و ایثارگر)». فصلنامه روانشناسی نظامی، ۴، ۱۴، ۳۵-۴۵.

جابر قادری، نسرین. بابایی، اکرم. نوری، کبری. زادمیر، ندا. نوری، رؤیا. کاظمی، محمود. حسینی، لیلا. شریفی، ویکتوریا. مرادی، مسعود. (۱۳۸۷). «فراوانی حوادث آسیب‌زای زندگی و اثرات روان‌شناختی آن در کودکان مدرسه رو ۷-۱۵ ساله شهر کرمانشاه». فصل نامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۲، ۱.

حاجلو، نادر. (۱۳۹۱). «ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا در بین دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی». تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰، ۳، ۲۰۴-۲۱۲.

رجبی، سعید. (۱۳۹۵). اثر بخشی روش‌های رفتار درمانی شناختی متمرکز بر تروما و روایت درمانی مواجهه‌ای بر کاهش مشکلات رفتاری- هیجانی نوجوانان دارای نشانه‌های استرس پس از سانحه. رساله برای دریافت درجه‌ی دکترای تخصصی، رشته‌ی روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.

سالمی، صفورا. نعیمی، عبدالزهرا. زرگر، یداله. داودی، ایران. (۱۳۹۵). «اثر بخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزار دیده». پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۶، ۲۳.

سالمی، صفورا. نعیمی، عبدالزهرا. زرگر، یداله. داودی، ایران. (۱۳۹۶). «اثر بخشی روش شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه در کودکان آزار دیده». نشریه‌ی روان پرستاری، ۵، ۱.

معینی، نصراله. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) و درمان مدیریت تروما (TMT) بر کاهش علائم پس آسیبی در دانش آموزان داغ‌دیده. پایان‌نامه جهت دریافت درجه‌ی دکتری تخصصی رشته‌ی روانشناسی. دانشگاه محقق اردبیلی.

منصوری، سمیرا. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آسیب بر کاهش افسردگی، اضطراب و شرم و افزایش حمایت والدین نوجوانان قربانی سوء استفاده‌ی جنسی شهرستان اهواز. پایان‌نامه جهت اخذ درجه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی گروه مشاوره.

محمداسماعیل، الهه. علی پور، احمد. (۱۳۸۱). «بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4)». پژوهش در حیطه‌ی کودکان استثنایی ۵، ۲، ۳، ۲۳۹-۲۵۴.

Allen, B. (2018). Implementing trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) with preteen children displaying problematic sexual behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 240-249.

Allen, B., Johnson, J. C. (2012). Utilization and implementation of trauma-focused cognitive behavioral therapy for the treatment of maltreated children. *Child Maltreatment Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 17(1), 80-85.

Ascienzo, S., Sprang, G., & Eslinger, J. (2020). Disseminating TF-CBT: A Mixed Methods Investigation of Clinician Perspectives and the Impact of Training Format and Formalized Problem-Solving Approaches on Implementation Outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.

Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., Perkonigg, A., & Beesdo-Baum, K. (2018). Incident mental disorders in the aftermath of traumatic events: A prospective-longitudinal community study. *Journal of affective disorders*, 227, 82-89.

Barlow, DH., Hersen, m. (1979). Single case experimental designs strategies for studying behavior change. New York: Pergamon Press.

Bell, V., Robinson, B., Katona, C., Fett, A. K., & Shergill, S. (2019). When trust is lost: the impact of interpersonal trauma on social interactions. *Psychological medicine*, 49(6), 1041-1046.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 190(2), 97-104.

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*(4), 748-757.

Charak, R., Ford, J. D., Modrowski, C. A., & Kerig, P. K. (2019). Polyvictimization, emotion dysregulation, symptoms of posttraumatic stress disorder, and behavioral health problems among justice-involved youth: A latent class analysis. *Journal of abnormal child psychology, 47*(2), 287-298.

Church, D. (2014). Reductions in pain, depression, and anxiety symptoms after PTSD remediation in veterans. *Explore, 10*(3), 162-169.

Cohen, J.A., Berliner, L., Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse & Neglect, 34*, 215-224).

Cohen, J. A., Deblinger, E., & Mannarino, A. P. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychotherapy Research, 28*(1), 47-57.

Conway, M. M. (2016). Trauma-focused cognitive behavior therapy with children and adolescents: A Systematic Review.

Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child abuse & neglect, 65*, 132-139.

Erermiş, S., Bellibaş, E., Ozbaran, B., Büküşoğlu, N. D., Altintoprak, E., Bildik, T., & Cetin, S. K. (2009). Temperamental characteristics of mothers of preschool children with separation anxiety disorder. *Turk Psikiyatri Derg, 20*(1), 14-21.

Geng, F., Zhou, Y., Liang, Y., Zheng, X., Li, Y., Chen, X., & Fan, F. (2019). Posttraumatic stress disorder and psychiatric comorbidity among adolescent earthquake survivors: a longitudinal cohort study. *Journal of abnormal child psychology, 47*(4), 671-681.

Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics, 85*(3), 159-170.

Greenwald, R.(1997). Life incidence of traumatic events – student and parent forms. New York: Autho, PP.3-4

Greenwald, R. and Rubin, A.(1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales, *Research on social Work practice,9*,61-75.

Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry, 25*(1), 86-99.

Happer, K., Brown, E. J., & Sharma-Patel, K. (2017). Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process. *Child abuse & neglect*, 73, 30-41.

Jonson-Reid.M., Wideman.E.(2017). Trauma and Very Young Children. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 26 (2017) 477–490.

Kameoka, S., Yagi, J., Arai, Y., Nosaka, S., Saito, A., Miyake, W., ... & Asukai, N. (2015). Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan: a Pilot Study. *International journal of mental health systems*, 9(1), 26.

Ketcheson, F., Cyr St, K., King, L., & Richardson, J. D. (2018). Influence of PTSD and MDD on somatic symptoms in treatment-seeking military members and Veterans. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 4(2), 101-109.

Kolaitis, G. (2017). Trauma and post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351198.

Konanur, S., Muller, R. T., Cinamon, J. S., Thornback, K., & Zorzella, K. P. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy in a community-based program. *Child abuse & neglect*, 50, 159-170.

Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 22(5), 269-283.

Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6(1), 18-32.

López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2018). Physical health consequences of interpersonal trauma: A systematic review of the role of psychological variables. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(3), 305-322.

Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P. (2017). Pediatric somatic symptom disorders. *Current psychiatry reports*, 19(2), 11.

Márquez, Y. I., Deblinger, E., & Dovi, A. T. (2019). The Value of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) in Addressing the Therapeutic Needs of Trafficked Youth: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., ... & Pilling, S. (2020). Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 18-29.

Milligan-Saville, J. S., Paterson, H. M., Harkness, E. L., Marsh, A. M., Dobson, M., Kemp, R. I., ... & Harvey, S. B. (2017). The amplification of common somatic symptoms by posttraumatic stress disorder in firefighters. *Journal of traumatic stress, 30*(2), 142-148.

Moore, L. J., & Boehnlein, J. K. (1991). Posttraumatic stress disorder, depression, and somatic symptoms in US Mien patients. *Journal of Nervous and Mental Disease.*

Morgan-Mullane, A. (2018). Trauma focused cognitive behavioral therapy with children of incarcerated parents. *Clinical social work journal, 46*(3), 200-209.

O'Donnell, K., Dorsey, S., Gong, W., Ostermann, J., Whetten, R., Cohen, J. A., ... & Whetten, K. (2014). Treating maladaptive grief and posttraumatic stress symptoms in orphaned children in Tanzania: Group-based trauma-focused cognitive-behavioral therapy. *Journal of traumatic stress, 27*(6), 664-671.

Ouagazzal, O., & Boudoukha, A. H. (2019). Assessing exposure to traumatic events: Construction and validation of the Inventory of Traumatic Events (IET). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 29*(2), 67-74.

Rodriguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J, Perez E, Alvarez E, Coca A, et al.(2016). Posttraumatic growth in pediatric intensive care personnel: Dependence on resilience and coping strategies. *Psychol Trauma.*

Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(2), 160-168.

Schnurr, P. P. (2017). Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Current opinion in psychology, 14*, 56-60.

Suveg, C., Hudson, J. L., Brewer, G., Flannery-Schroeder, E., Gosch, E., & Kendall, P. C. (2009). Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of anxiety disorders, 23*(3), 341-349.

Takata Y, Sakata Y.(2004). Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents. *Psychiatry Clin Neurosci; 58*(1): 3-7.

Unterhitzberger, J., Wintersohl, S., Lang, M., König, J., & Rosner, R. (2019). Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: a pilot study. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 13*(1), 22.

Wang, D. C., Aten, J. D., Boan, D., Jean-Charles, W., Griff, K. P., Valcin, V. C., ... & Abouezzedine, T. (2016). Culturally adapted spiritually oriented trauma-focused cognitive-behavioral therapy for child survivors of restavek. *Spirituality in Clinical Practice, 3*(4), 224.

Woodhouse, S., Brown, R., & Ayers, S. (2018). A social model of posttraumatic stress disorder: Interpersonal trauma, attachment, group identification, disclosure, social acknowledgement, and negative cognitions. *Journal of Theoretical Social Psychology*, 2(2), 35-48.

Woody, J.D., Anderson, D.K., D'Souza, H.J., Baxter, B., and Schubauer, J. (2015). Dissemination of trauma-focused cognitive-behavioral therapy: a follow-up study of practitioners' knowledge and implementation. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12, 289-301.

Zhang, Y., Zhang, J., Zhu, S., Du, C., & Zhang, W. (2015). Prevalence and predictors of somatic symptoms among child and adolescents with probable posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study conducted in 21 primary and secondary schools after an earthquake. *PloS one*, 10(9), e0137101.