

کارآمدی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر علایم خلقی و جسمی کودکان دارای سابقه آسیب بین فردی □

The Efficiency of Trauma Focused-Cognitive Behavioral therapy on Mood and Somatic Symptoms of Children with Interpersonal Trauma □

Somaye Shahabi-vand, MSc

Afroz Afshari, PhD □

Leila Cheragh-Mollaei, PhD

سمیه شهابی وند^۱

دکتر افروز افشاری^۱

دکتر لیلا چراغ ملایی^۱

Abstract

چکیده

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 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.

Keywords: interpersonal trauma, mood symptoms, somatic symptoms, trauma focused cognitive behavioral therapy

این پژوهش با هدف بررسی کارآمدی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کاهش علایم جسمی و خلقی کودکان دارای سابقه آسیب بین فردی انجام شد. پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی تک موردی همراه با طرح خطوط پایه چندگانه و جامعه آن شامل تمامی دانش آموزان ابتدایی (پسر و دختر) در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ در شهرستان سقز بود. از طریق نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴ دانش آموز (۹-۱۲ ساله) با سابقه آسیب بین فردی، به عنوان نمونه انتخاب شدند. فرم والد و کودک پرسشنامه رویدادهای آسیب‌زای زندگی (LITE-P, LITE-C)، مقیاس گزارش کودک و والد از علائم پس‌ضربه‌ای (CROPS, PROPS) و از مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا ساکاتا در مرحله خط پایه (A)، دو جلسه اول، دو جلسه میانی، دو جلسه پایانی و همچنین بعد از پایان مداخله در جلسات پیگیری استفاده شد. در مرحله آزمایشی (B) هر کدام از این چهار نفر به طور میانگین تحت ۱۴ جلسه درمان با پروتکل TF-CBT به صورت انفرادی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-25 و تحلیل نموداری، تعیین درصد بهبودی، همچنین شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و همبسته استفاده گردید. نتایج نشان داد که پیشرفت‌های بالینی و آماری معنی‌داری در کاهش علایم 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 سابقه آسیب بین فردی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: آسیب بین فردی، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب، علائم جسمی، علائم خلقی

□ Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
□ Email: A.afshari@alzahra.ac.ir

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۴/۱۰ تصویب نهایی: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰
۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

● مقدمه

تحقیقات بر این باورند که ۲۸/۶ درصد تا ۸۲/۷۰ درصد از افراد در طول عمر خود در معرض یک یا چند حادثه آسیب‌زا قرار دارند (اوگازال و بودوخا، ۲۰۱۹). 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 و همکاران، ۲۰۱۸). به طور کلی قرار گرفتن در معرض آسیب منجر به طیف گسترده‌ای از علائم عاطفی و رفتاری در کودکان و نوجوانان و عواقب روانشناختی از جمله استرس پس از سانحه، افسردگی و مشکلات رفتاری (آسینزو، اسپرنگ و اسلینگر، ۲۰۲۰)، اضطراب، اعتیاد و مشکلات سلامت جسمی و ... می‌شود (کلیتیس، ۲۰۱۷). آسیب‌های بین فردی 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، ۲۰۱۹؛ بل، رایبسون، کاتونا و همکاران، ۲۰۱۹) که همبودی بالایی با علائم خلقی (لنز و هولن باو، ۲۰۱۵) و علائم جسمانی (گوپتا، ۲۰۱۳) دارد. بر این اساس اختلال افسردگی عمده یکی از شایع‌ترین اختلالات در کنار PTSD است، تقریباً ۴۰ درصد از کودکان و نوجوانان مبتلا به PTSD همچنین معیارهای مشترکی را برای بروز اختلال افسردگی عمده دارند (جنگ، ژو، لیانگ، ژنگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ لنز و هالن باو، ۲۰۱۵)، حضور علائم افسردگی همزمان می‌تواند باعث ایجاد شناخت از خود همراه با معانی آسیب‌زا شده و درمان PTSD را پیچیده کند (مرادی و همکاران، ۱۳۹۲). 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 و همکاران، ۲۰۱۹؛ لنز و هالن باو، ۲۰۱۵)، هم‌چنین قرارگرفتن 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 و همکاران، ۲۰۱۵). آسیب، توجه بیش از حد از عملکرد بدن را ایجاد می‌کند و این باعث گسست 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، ایزیاکو، 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 و همکاران، ۲۰۱۸)، تشخیص زودهنگام و درمان کودکان آسیب‌دیده می‌تواند مانع از نتایج شدید منفی در حال و آینده آنها شود.

روان‌درمانی‌های متمرکز بر آسیب بسیاری برای کودکان وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها عبارت است از درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب (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، مگنین ویگارتز، دانی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کانوی، ۲۰۱۶). اگرچه درمان‌های مؤثری 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 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 (آنترهیتز نبرگر، ویتترسول، لانگ و همکاران، ۲۰۱۹). مؤلفه‌های TF-CBT که با اختصار "PRACTICE" خلاصه می‌شوند، در سه مرحله قرار دارند که به طور معمول در زمان مساوی ارائه می‌شوند. 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 (مارکیوز، 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، ۲۰۱۸؛ میلیگان سالیو، پترسون، هارکس و همکاران، ۲۰۱۷) و علائم خلقی همبودی دارد (چرچ، ۲۰۱۴؛ موره و بولین، 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). پژوهش‌هایی در رابطه با کاهش علائم افسردگی ناشی از اختلال استرس پس از سانحه وجود دارند، از جمله آن‌ها پژوهشی است که توسط یزدانی و اسماعیلی (۱۳۹۸) در رابطه با اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مثبت بر پاسخ به تنیدگی و افسردگی نوجوانان انجام گرفت. اما در رابطه با اثربخشی درمان TF-CBT، در حالی که در یک پژوهش مرورسیستماتیک کری و میلن (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 مقایسه‌گروه 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 (اودونل، دورسی، گونگ و همکاران، ۲۰۱۴)، افزایش تاب‌آوری شخصی و کاهش علائم افسردگی (دبلینگر، پولیو، رانیون، استیر، ۲۰۱۷؛ هاپر، براون و شرماپاتل، ۲۰۱۷)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر سه گروه از افراد با تجربه از دست دادن آسیب زاء، سوءاستفاده جنسی و خشونت جسمی و دارای علائم PTSD (آنترهیتزنبیرگر، ساچر و رزرنر، ۲۰۲۰) و در پژوهش‌های داخلی اثربخشی TF-CBT بر کاهش افسردگی، اضطراب و شرم و افزایش حمایت والدین نوجوانان قربانی سوءاستفاده جنسی (منصوری، ۱۳۹۴)، 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 پس آسیبی در دانش‌آموزان داغ‌دیده (معینی نصراله، ۱۳۹۷) تأیید 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 مؤثر 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 چندگانه پلکانی انجام شده است. جامعه 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 سابقه 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 علائم خلقی و جسمی ناشی از آن که از طریق پرسشنامه مشخص شد. ملاک‌های خروج از مطالعه: داشتن اختلالات دیگر، سن بسیار پایین در حین تجربه 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.

● ابزار

□ الف: گزارش کودک و والدین از علائم پس از آسیب (PROPS و CROPS):

گزارش کودک و والدین از علائم پس از آسیب در سال ۱۹۹۷ توسط گرینوالد و روبین ساخته شد. نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط جابر قادری و همکاران (۱۳۸۷) ترجمه شده است. مقیاس گزارش کودک از علائم پس از سانحه دارای ۲۶ جمله و مقیاس گزارش والدین از علائم پس از سانحه دارای ۳۰ جمله است (گرینوالد، ۱۹۹۷). 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 رایبن، 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. 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» برخوردار هستند. نقاط برش پیشنهادی بر اساس سیاهه 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 زمینه استرس پس از سانحه خواهد بود (گرینوالد و رایبن، 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.

□ ب: سیاهه 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 جابرقادری و همکارانش ترجمه شده است. این سیاهه دارای ۱۶ سؤال در مورد حوادث آسیب‌زای زندگی است که کودکان را از نظر حوادث آسیب‌زا به چهار درجه یک، دو، سه و چهار تقسیم بندی می‌کند (گرینوالد، ۱۹۹۷). 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 علائم 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 دانش‌آموزان LITE گاهی به علت فراموشی، تمایل به افشای اطلاعات یا دسترسی به اطلاعات، اختلافات ناچیزی نشان می‌دهند.

□ ج: پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4): پرسشنامه علائم مرضی کودکان یک مقیاس درجه‌بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو بر اساس طبقه بندی 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 سؤال، ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافه را می‌سنجد و فرم معلم از ۷۷ سؤال تشکیل شده است که ۹ گروه عمده از اختلالات رفتاری را شامل می‌شود (محمداسماعیل و علی پور، ۱۳۸۱). ارمیس (۲۰۰۹) اعتبار پرسشنامه علائم 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 و همکاران (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.

□ د: مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا: مقیاس شکایات روان‌تنی تاکاتا و

ساکاتا توسط تاکاتا و ساکاتا در سال ۲۰۰۴ در ژاپن ساخته و اعتباریابی شده و دارای ۳۰ سؤال است که ساختار تک‌عاملی دارد و برای سنجش شکایات روان‌تنی به کار 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 (حاجلو، ۱۳۹۱). از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس سلامت روانی گلدبرگ 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، ۱/۳۱ 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 ۳۳/۱۰ 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 (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. شرکت کننده دوم مونا دختر ۱۱ ساله‌ای بود 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 و شرکت کننده سوم کاروان پسری ۸ ساله و کلاس دوم است، او در سن شش سالگی با مرگ پدر از طریق تصادف روبرو می‌شود، 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 است. هر

چهار شرکت کننده بر اساس پرسشنامه‌ها و مصاحبه دارای اختلال استرس پس از سانحه و علائم جسمی و خلقی بوده و بر اساس پرسش نامه CSI-4 دارای اختلال دیگری نمی‌باشند. 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. خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب

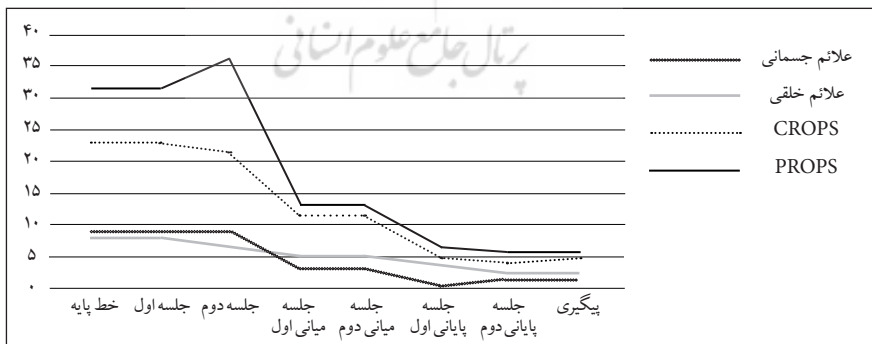
جلسه ۱	آموزش روانشناختی و آموزش تن‌آرامی به کودک و والدین
جلسه ۲	مرور، شناسایی احساسات و شیوه‌های بروز احساسات، استفاده از بازی‌هایی مانند چرخه احساسات و زندگی را رنگ بزن، ابراز عواطف والدین در مورد کودک و آسیب و چگونگی برخورد با ابراز عواطف کودک، آموزش مهارت گوش دادن فعالانه به والد
جلسه ۳، ۴ و ۵	مرور، بررسی تعدیل و تنظیم عاطفی کودک و والد
جلسه ۶، ۷ و ۸	مرور، آموزش مثلث شناختی و پردازش شناختی در کودک و والدین
جلسه ۹، ۱۰ و ۱۱	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
جلسه ۱۲	شناخت تحریف شناختی کودک و والد در مورد آسیب و پردازش تجربه آسیب و تسلط بر یادآورها
جلسه ۱۳ و ۱۴	تشکیل جلسات هم‌زمان والد و کودک، استفاده از بازی سؤال و جواب
جلسه ۱۵ و ۱۶	بهبود تکامل و امنیت آینده کودک و ایجاد حلقه ایمنی برای او، مرور جلسات و خداحافظی کردن از درمان

● یافته‌ها

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، ۱۹۷۹). از درصد بهبودی نیز برای بررسی معنی‌داری بالینی تغییرات استفاده شد. فرمول درصد بهبودی به قرار زیر است: $\Delta A\% = (A0 - A1) / A0$ (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 یک سیر نزولی و کاهشی را با درصد بهبودی ۷۰/۳۷ درصد برای شرکت‌کننده اول، ۵۰ درصد برای شرکت‌کننده

دوم، ۷۶/۴۷ درصد برای شرکت کننده سوم و ۷۳/۳۳ درصد برای شرکت کننده چهارم نشان می‌دهد. همچنین نمرات علائم جسمی پرسشنامه گزارش کودک از علائم پس از سانحه در مورد هر چهار شرکت کننده سیر کاهشی و نزولی دارد و درصد بهبودی ۸۸/۸۹ درصدی برای شرکت کننده اول و ۸۰ درصدی برای شرکت کننده دوم و سوم و ۸۷/۵ درصدی را برای شرکت کننده چهارم نشان می‌دهد. از دیگر تغییرات این است که نمرات علائم خلقی در شرکت کننده 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 شرکت کننده دوم ۸۳/۳۳، شرکت کننده سوم ۸۵/۷۱ درصد و در شرکت کننده چهارم ۸۱/۲۵ درصد می‌باشد. تغییر نمره کلی گزارش کودک از علائم پس از سانحه در هر چهار شرکت کننده نیز یک سیر نزولی و کاهشی را با درصد بهبودی ۷۸/۲۶ درصد برای شرکت کننده اول، ۸۰ درصد برای شرکت کننده دوم، ۸۵/۷۱ درصد برای شرکت کننده سوم و ۸۲/۸۶ درصد برای شرکت کننده چهارم نشان می‌دهد. به طور کلی در طی مراحل درمان بهبود ۸۰/۶۴ درصدی در شرکت کننده اول و بهبود ۸۳/۸۷ درصدی را در مورد شرکت کننده دوم و بهبود ۸۰ درصد و ۶۸/۵۷ درصدی را برای شرکت کننده‌های سوم و چهارم در نمره کلی علائم پس از سانحه در کودکان دارای تجربه طلاق والدین یا فوت والدین حاصل شده است و این تغییر نمرات به صورت سیر کاهشی و نزولی کارآمدی درمان شناختی رفتاری بر کاهش علائم پس از سانحه کودکان را نشان می‌دهد.



نمودار ۱. مقایسه نمرات شرکت کنندگان اول در ۵ عامل در طول درمان

جدول ۲. نتایج آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر

متغیرها	تاثیرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا
علائم روان تنی	اثر درمان	۴۶۸۰/۲۸	۱	۴۶۸۰/۲۸	۷۵/۹۶	۰/۰۰۳	۰/۹۶
	خطا	۱۸۴/۸۴	۳	۶۱/۶۱			
علائم جسمی CROPS	اثر درمان	۴۷۲/۷۸	۱	۴۷۲/۷۸	۱۵۵/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	خطا	۹/۰۹۴	۳	۳/۰۳			
علائم خلقی CROPS	اثر درمان	۱۱۱۶/۲۸	۱	۱۱۱۶/۲۸	۱۷/۹۲	۰/۰۲۴	۰/۸۵
	خطا	۱۸۶/۸۴	۳	۶۲/۲۸			
نمره کلی CROPS	اثر درمان	۷۲۹۰/۲۸	۱	۷۲۹۰/۲۸	۶۲/۶۹	۰/۰۰۴	۰/۹۵
	خطا	۳۴۸/۸۴	۳	۱۱۶/۲۸			
نمره کلی PROPS	اثر درمان	۱۳۴۴۸	۱	۱۳۴۴۸	۹۲/۶۹	۰/۰۰۲	۰/۹۷
	خطا	۴۳۵/۲۵	۳	۱۴۵/۰۸			

در جدول ۱ که نتایج آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر در مورد نمره علائم روان تنی، علائم جسمی، خلقی و نمره کلی گزارش علائم پس از سانحه (CROPS) و نمره کلی گزارش والدین از علائم پس از سانحه را نشان می دهد، می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کاهش علائم جسمی، خلقی و به طور کلی، بر کاهش علائم پس از سانحه در کودکان دارای تجربه آسیب بین فردی اثر معنی داری دارد، به این علت که در تمام موارد سطح معنی داری مقادیر F در مورد تفاوت میانگین های مذکور معنادار می باشد ($p < 0/05$). همچنین در این جدول بر اساس نمرات اندازه اثر نتیجه گرفته می شود که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بیشترین تأثیر را بر نمره گزارش کودک از علائم جسمی پس از سانحه (۰/۹۸) و کمترین اثر را بر علائم خلقی CROPS (۰/۸۵) داشته است. نتایج آزمون های 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 معنی داری برای مقدار t در مورد تفاوت میانگین جلسه نهایی و جلسه پیگیری در نمره علائم روان تنی (۰/۷۵) و علائم جسمی CROPS (۰) و علائم خلقی CROPS (۰/۵۰)، در مورد نمره کلی گزارش کودک از علائم پس از سانحه (۰/۲۵)، و نمره کلی گزارش والدین از علائم پس از سانحه (۹/۲۵) بالاتر از ۰/۰۵ است ($p > 0/05$) که نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات جلسه پایانی و جلسه پیگیری معنی دار نیست و این نشان می دهد که نتایج جلسه نهایی و پیگیری تفاوت معناداری نداشته و اثر درمان TF-CBT بر کاهش علائم جسمی، خلقی و به طور کلی علائم پس از سانحه در کودکان دارای تجربه

مرگ والدین یا طلاق والدین پایدار است.

● بحث

پژوهش حاضر با هدف کارآمدی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کاهش علائم خلقی و جسمانی کودکان دارای تجربه آسیب بین فردی انجام گرفت. در این پژوهش درمان در چهارچوب یک مطالعه آزمایشی تک‌موردی بر روی چهار شرکت‌کننده به اجرا درآمد. یافته‌های حاصل از پژوهش کاهش علائم خلقی (مانند احساسات آسیب به خود، احساس گناه و تنهایی) و علائم جسمی (دل درد، سردرد، مشکل خواب و...) آن‌ها را از خط پایه تا مرحله پیگیری نشان می‌دهد. علاوه بر علائم 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 شرکت‌کننده تغییرات مثبت را نشان داده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های قبلی درمورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر کودکان آسیب‌دیده همسو می‌باشد (کوهن، دبلینگر و مانارینو، ۲۰۱۸؛ ساچر، کلر و گلدبک، ۲۰۱۷؛ گلدبک، موچه، ساچر و همکاران، ۲۰۱۶). 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 تجربه آسیب بین فردی مؤثر باشد. در پژوهش حاضر که یک مطالعه 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 جلسه آخر ایجاد شد، به طوری که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات جلسه پیگیری با جلسه نهایی وجود نداشت 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 حیطه شامل درمان ایمن‌سازی در برابر استرس و پردازش شناختی عمل می‌کنند. درمان ایمن‌سازی در برابر استرس فرد را در برابر تأثیرات 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، پلاکیوس، آلونسو تاپیا 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 نگران‌کننده کمک می‌کند. در این تکنیک به کودک آموزش داده می‌شود که او می‌تواند روی افکار خود آگاهی داشته باشد و برای پردازش شناختی آماده شود. این روش توجه کودک نسبت به افکار آسیب‌زا را به افکار مناسب معطوف می‌کند.

● نتیجه‌گیری

همان‌طور که گفته شد روش‌های مختلف شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب از جمله شناسایی احساسات، سازگاری شناختی، توقف افکار و ارتقای احساس ایمنی، استرس کودک را کاهش می‌دهند، که این خود منجر به کاهش علائم خلقی و در نتیجه کاهش علائم جسمی در کودکان آسیب‌دیده می‌شود، چرا که کودکان آسیب‌دیده به علت تلاش برای پردازش حجم عظیم اطلاعاتی که با آن روبرو شده‌اند از طریق قبول یا انکار متناوب آن، دائماً با یک استرس روبرو هستند و تظاهر استرس در کودکان بیشتر با علائم درون‌گرایانه مانند علائم جسمی و علائم خلقی و علائم برون‌گرایانه مانند مشکلات رفتاری و ارتباطی می‌باشد، کنترل استرس در آن‌ها می‌تواند منجر به کاهش علائم نامبرده شود. تن‌آرامی، یکی دیگر از تکنیک‌های ایمن‌سازی در برابر استرس، در درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب است.

توجه به آرامش، موجب کاهش تمرکز روی افکار مربوط به آسیب می‌شود و از آنجا که تنش و آرامش ضد یکدیگر هستند، کودک یاد می‌گیرد که در مواقعی که دچار افکار ناخواسته می‌شود، این تمرین را انجام دهد. همچنین بی‌حس کردن کودک نسبت به یادآورهای آسیب، خاطرات و رفتارهای اجتنابی، به تدریج رفتارها و پاسخ‌هایی که یک تعمیم‌یافتگی افراطی را ایجاد می‌کنند، حذف می‌کند و به کودک اجازه می‌دهد موقعیت‌های ترسناک سابق را تحمل کند. در نتیجه علائم آسیب‌زا را کاهش و احساس امنیت، شایستگی و تسلط را افزایش می‌دهد (کانوی، ۲۰۱۶). به نظر می‌رسد مؤلفه روایت و پردازش باعث افزایش احساس تسلط به ویژه در رابطه با خاطرات آسیب‌شود و جلسات اشتراکی TF-CBT ممکن است نزدیکی عاطفی را با مراقبان شرکت‌کننده تشویق کند و علاوه بر کاهش علائم به ایجاد ارتباط عمیق‌تر با والدین کمک کند (دبلینگر و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش حاضر با وجود نتایج به دست آمده دارای محدودیت‌هایی می‌باشد، از جمله آن‌ها تعداد محدود نمونه و دوره پیگیری کوتاه مدت می‌باشد. محدودیت اصلی مطالعه حاضر عدم وجود یک گروه کنترل برای تعیین اثر زمان در بهبودی شرکت‌کنندگان می‌باشد. همچنین عدم وجود همکار پژوهشی برای سنجش علائم در آزمون‌های مکرر از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بنابراین به محققان علاقه‌مند در این حوزه پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را با تعداد نمونه‌های بیشتری انجام دهند همچنین بهتر است تعداد خط‌پایه‌های بیشتر برای کنترل عوامل محیطی و تعداد پیگیری‌های بیشتر جهت اطمینان از پایداری نتایج در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای اعتباریابی بیشتر کارآمدی این درمان در مقایسه با سایر درمان‌ها مورد بررسی قرار داده شود. تحقیقات آینده می‌توانند مشخص کنند که آیا ارزیابی علائم خلقی و جسمی قبل و بعد از تکمیل مؤلفه‌های درمانی خاص (به عنوان مثال، روایت و پردازش) نتایج مشابهی دارد یا خیر؟ همچنین با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌گردد که کارگاه‌های آموزشی در زمینه افزایش آگاهی خانواده‌ها در جهت اختلالات مرتبط با آسیب برگزار گردد.

● منابع

اسماعیلی، م.، شکیبایی، ف.، یعقوبیان، ف.، سبزیان، س.، مهدوی، س. (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله رفتاری-شناختی متمرکز بر تروما بر توانایی و مشکلات فرزندان نوجوان دختر ۱۶-۱۳ سال (شاهد و اینترگر).

جابر قادری، ن.، بابایی، الف.، نوری، ک.، زادمیر، ن.، نوری، ر.، کاظمی، م.، حسینی، ل.، شریفی، و.، مرادی، م. (۱۳۸۷). فراوانی حوادث آسیب‌زای زندگی و اثرات روان‌شناختی آن در کودکان مدرسه رو ۷-۱۵ ساله

شهر کرمانشاه. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه؛ ۱۲(۱)، ۱۹۰-۲۰۱.

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

رجبی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی روش‌های رفتار درمانی شناختی متمرکز بر تروما و روایت درمانی مواجهه‌ای بر کاهش مشکلات رفتاری-هیجانی نوجوانان دارای نشانه‌های استرس پس از سانحه. رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.

سالمی، ص.، نعمی، ع.، ز.، زرگر، ی.، داودی، الف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزار دیده. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی؛ ۶(۲۳)، ۶۵-۷۶.

سالمی، ص.، نعمی، ع.، ز.، زرگر، ی.، داودی، الف. (۱۳۹۶). اثربخشی روش شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه در کودکان آزار دیده. روان پرستاری؛ ۵(۱)، ۱۵-۲۱.

معینی، ن. الف. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) و درمان مدیریت تروما (TMT) بر کاهش علائم پس آسیبی در دانش‌آموزان داغ‌دیده. رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.

منصوری، س. (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 کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

محمداسماعیل، الف.، علی پور، الف. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی و تعیین نقاط برش اختلال‌های پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4). فصلنامه کودکان استثنایی؛ 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*, 26(6), 1657-1668.
- Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R., Perkonig, 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, D. H., Nock, M., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior for change* (No. Sirsi) i9780205474554).
- 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, Melissa M., "Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy with Children and Adolescents: A Systematic Review" (2016). *Social Work Master's Clinical Research Papers*. 679.
- 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*. 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 and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(3), 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. (2020). 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, 27*(3), 253-269.
- 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 U.S. Mien patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(12), 728-733. <https://doi.org/10.1097/00005053-199112000-00003>
- 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.