



اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) بر مشکلات درونی سازی شده کودکان داغ‌دیده

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

نیمایمیرزائیان^{id}
بهرام میرزائیان*^{id}
قدرت اله عباسی^{id}

ایمیل نویسنده مسئول: bahrammirzaian@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۶

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷

<http://Aftj.ir>

----- |-----
۱۷-۱

در دست چاپ

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(میرزائیان و همکاران، در دست چاپ)

در فهرست منابع:

میرزائیان، نیمایمیرزائیان، بهرام، و عباسی، قدرت اله. (در دست چاپ). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) بر مشکلات درونی سازی شده کودکان داغ‌دیده. خانواده‌درمانی کاربردی.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) بر مشکلات درونی سازی شده کودکان داغ‌دیده بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه کودکان ۹ تا ۱۱ ساله شهرستان ساری بودند که یکی از والدین خود را در اثر ابتلا به بیماری کووید - ۱۹ از دست دادند. برای انتخاب نمونه آماری، به روش هدفمند از واجدین شرایط، تعداد ۳۰ نفر که با ملاک‌های ورودی پژوهش همخوانی و تمایل به درمان داشتند، انتخاب و در یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه شامل ۱۵ نفر) به صورت تصادفی ساده گمارش شدند. گروه آزمایش، درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما را به روش گروهی طی ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، و گروه گواه نیز تا اجرای آزمون مرحله پیگیری هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار به کار رفته در این پژوهش شامل چک لیست رفتاری کودک (CBCL)، آخنباخ و رسکورلا، (۲۰۰۱) بود. داده‌های به دست آمده در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از نرم افزار SPSS-22 به وسیله تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما منجر به کاهش مشکلات درونی شده (شامل خرده مقیاس‌های شکایت‌های جسمی، کناره‌گیری/افسردگی، اضطراب/ افسردگی) شده است ($P < 0/01$). نتایج همچنین نشان داد که اثر درمان در زمان پیگیری ماندگار بود. نتایج پژوهش شواهدی را ارائه می‌کند که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما برای کاهش نشانه‌های سوگ در کودکان روش مناسبی است و می‌تواند منجر به ارتقاء سلامت روانی کودکان داغ‌دیده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما، مشکلات درونی سازی شده،

داغ‌دیدی.

مقدمه

مرگ پدیده‌ای است که به شیوه پیش بینی ناپذیر و جهانی برای همگان رخ می‌دهد. کودکان به دلایل مختلف مانند مرگ طبیعی، بیماری، جنگ و بلایای طبیعی، والدینشان را از دست می‌دهند. هر نوع فقدان، تاثیر خاص خودش را دارد که متفاوت از سایر فقدان‌ها است (مارتین، ولکمار، بلاچ، ۲۰۱۸). کودکان، برخلاف بزرگسالان، توانایی شناختی و هیجانی درک کامل فرایند مرگ را ندارند. تجربه کودکان از فقدان، با بسیاری از مشکلات روانی و جسمانی همراه است (سورمانتی و بالان، ۲۰۱۱). به ویژه کودکان در چنین شرایطی دچار اضطراب، افسردگی، نشانگان سوگ، و پیامدهای روانی اجتماعی آسیب‌زا همچون عملکرد تحصیلی ضعیف، کارکردهای اجرایی ضعیف، مشکلات ارتباطی و مسائل رفتاری می‌شوند. سازگاری و انطباق با فقدان و سوگ برای کودکان دشوار و پیچیده است (مارکل و هاور، ۲۰۱۰). پدیده سوگ از نظر واکنش‌های روانی پیچیده‌ای که پس از تجربه مرگ عزیزان ایجاد می‌کند، حایز اهمیت است (بیلی، دوهم، کرال، ۲۰۰۰). سوگ، حالت اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص، یا عقیده و فکر خاص و مجموعه‌ای از احساسات، افکار کار و رفتارهایی است که وقتی فرد با فقدان و یا تهدید به فقدان مواجه می‌شود، در درون او به جنبش در می‌آید (دایرگروف و یول، ۲۰۰۶) و شامل نشانه‌هایی از قبیل اندوه جدایی، احساس ناباوری در مورد مرگ شخص متوفی، و احساس بی معنا بودن زندگی می‌شود (پریجرسون و همکاران، ۲۰۰۹).

مشابه سوگ پیچیده بزرگسالان سوگ تروماتیک دوران کودکی (CTG)، سازه‌ی نوظهوری است که هنوز در DSM-5 گنجانده نشده است و بر اساس داده‌های تجربی، به نظر می‌رسد شامل ترکیبی از سوگ حل نشده و علائم استرس پس از سانحه است که با اختلال قابل توجهی در زمینه‌های مهم عملکرد رخ می‌دهد (براون و گودمن، ۲۰۰۵؛ کوهن و مانارینو، ۲۰۰۴؛ کوهن و همکاران، ۲۰۰۲؛ لاین و همکاران، ۲۰۰۱). نمونه‌هایی از علائم سوگ حل نشده عبارتند از اشتیاق یا جستجوی متوفی و عدم پذیرش مرگ (براون و گودمن، ۲۰۰۵؛ پریجرسون و جیکوبز، ۲۰۰۱). معمولاً علائم استرس پس از سانحه در CTG مشابه علائمی است که در اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) دیده می‌شود: تجربیات مجدد جنبه‌های علت آسیب‌زای مرگ، از جمله مشغله‌ی فکری در مورد تروما یا فرد فوت شده (ملهام و همکاران، ۲۰۰۴)؛ اجتناب از خاطرات تروماتیک و بی‌حسی احساسی؛ بیش‌برانگیختگی فیزیولوژیکی، تحریک‌پذیری یا خشم (براون و گودمن، ۲۰۰۵؛ ملهام و همکاران، ۲۰۰۴). کودکان مبتلا به CTG همچنین ممکن است علائم افسردگی مانند غم، ناامیدی و احساس گناه در مورد بازماندگان را تجربه کنند (براون و گودمن، ۲۰۰۵؛ کوهن و مانارینو، ۲۰۰۴).

تخمین زده می‌شود که حدود ۴ درصد از کودکان در کشورهای غربی مرگ والدین خود را قبل از رسیدن به ۱۸ سالگی تجربه می‌کنند (پرلمن، شوالب، و کلاپتر، ۲۰۱۰). علاوه بر این، بسیاری از کودکان و نوجوانان مرگ خواهر و برادر، دوستان و سایر عزیزان را تجربه می‌کنند. مرگ والدین یا فرزندان در خانواده معمولاً منجر به بحران عمیق در کودکان و نوجوانان می‌شود (لوکن، ۲۰۰۸؛ ترمبلی و اسرائیل، ۱۹۹۸)، و مشکلات بهداشت روانی را افزایش می‌دهد (سرل، فریستاد، وردوچی، ولر، و ولر، ۲۰۰۶؛ داودنی، ۲۰۰۰؛ دیه‌ره‌گروف و دیه‌ره‌گروف، ۲۰۰۵؛ ففر، کاروس، سیگل و جیانگ، ۲۰۰۰؛ سیلورمن و وردن، ۱۹۹۳)، و

منجر به کاهش عملکرد تحصیلی، کناره گیری اجتماعی و مشکلات رفتاری (داودنی و همکاران، ۱۹۹۹؛ دیرگروف، ۲۰۰۹؛ لوکن، ۲۰۰۸)، و شکایات جسمانی می شود (سیلورمن و وردن، ۱۹۹۲). تعدادی از آنها نیز (تقریباً ۲۰ درصد) مشکلات شدیدتری را نشان می دهند (داودنی، ۲۰۰۰؛ وردن و سیلورمن، ۱۹۹۶). پژوهشی گسترده‌ای در سوئد نشان داد که مرگ و میر پس از مرگ والدین افزایش می یابد، به ویژه هنگامی که مرگ به دلایل غیرطبیعی رخ داده باشد (روستیلا و سارلا، ۲۰۱۱).

تجربه سوگ در کودکان بر رفتارها، روابط با دیگران و رشد او تاثیر گذاشته و به حس عدم امنیت و دشواری در سازگاری با محیط اطراف می انجامد (سام، ۲۰۱۱). مرگ والدین تاثیر کوتاه مدت و بلند مدتی بر سازگاری روانشناختی کودک دارد. اگرچه اغلب کودکانی که مرگ والدین را تجربه می کنند در یکسال اول سازگاری پیدا می کنند (وردن و سیلورمن، ۱۹۹۶)، اما بسیاری از آنها نشانه‌های افسردگی، کناره گیری اجتماعی و مشکلات تحصیلی طولانی مدت را بعد از مرگ والدین تجربه می کنند.

ویروس کرونا موسوم به به نام کووید-۱۹ اوسط ماه دسامبر ۲۰۱۹ (۲۴ آذر ۱۳۹۸) در شهر وهان واقع در مرکز چین گزارش شد. تدریس آدهانوم، مدیر کل سازمان جهانی بهداشت در ۳۰ ژانویه ۲۰۲۰ ظهور یک بیماری جدید به نام کووید-۱۹ را اعلام کرد. شیوع فعلی این بیماری به عنوان وضعیت اضطراری و مخاطره آمیز برای سلامت عمومی در سطح بین المللی است (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۲۰). بیماری کووید-۱۹ یک ویژگی منحصر به خود دارد زیرا به دلیل سرایت خیلی بالا در طول کمتر از چند ماه با ایجاد یک وضعیت پاندمی، تمامی کشورهای جهان را آلوده کرده است. در حال حاضر نیز تعداد مبتلایان به این بیماری و همچنین مرگ و میر ناشی از آن به شدت در سطح جهان در حال افزایش می باشد (ژائو و چن، ۲۰۲۰). براساس آمار دانشگاه جانز هاپکینز، میزان تلفات ناشی از ویروس کرونا در یک سال و نیم اخیر، با تعداد کشته شدگان جنگ‌های جهان از سال ۱۹۸۲ تا کنون که توسط سازمان پژوهشی صلح اسلو ثبت شده است، برابری می کند. تلفات ناشی از ویروس کرونا، سه برابر تمامی کشته شدگان حوادث رانندگی سالانه در جهان است. این در حالی است که به عقیده کارشناسان، رقم واقعی بسیار بیشتر است، چون موارد زیادی نادیده گرفته شده است، و یا به دلیل پنهان کاری عمدی ثبت نشده اند.

در دهه گذشته، سه خط پژوهشی امیدوارکننده، درک ما را از مداخلات مبتنی بر داغدیدگی کودکان بسیار ارتقا داده اند. اولین و گسترده ترین خط پژوهش مربوط به برنامه سوگ خانواده^۲ (FBP) است که توسط سندلر و همکارانش توسعه یافته است (سندلر، ما، آیزر، ولچیک، کندی، میلسپ، ۲۰۱۲). FBP یک برنامه مبتنی بر گروه است که متغیرهای سطح خانواده (مثلاً مهارت‌های فرزندپروری) و متغیرهای سطح کودک (مثلاً مهارت‌های مقابله) را هدف قرار می دهد و باعث ارتقا تاب‌آوری می شود. مشخص شد که FBP مشکلات عاطفی فوری و بلندمدتی را که کودکان با از دست دادن والدین با آن مواجه می شوند، کاهش می دهد. دومین مداخله امیدوارکننده، درمان مولفه‌های تروما و سوگ^۳ (TGCT) است که توسط لاین و همکارانش (۲۰۰۸) ایجاد شده است. TGCT یک درمان گروهی برای نوجوانانی است که در

1. World Health Organization
2. family bereavement program (FBP)
3. trauma and grief component therapy (TGCT)

چارچوب یک جنگ داخلی با فقدان مواجه می‌شوند. این درمان از نظر کاهش نشانه‌های سوگ، افسردگی و اضطراب مؤثر بود (لاین و همکاران، ۲۰۰۸). سومین خط مهم پژوهش مربوط به کار کوهن، مانارینو، استارون (۲۰۰۶) در درمان شناختی-رفتاری برای سوگ تروماتیک (آسیب زای) دوران کودکی^۱ (CBT-CTG) است. این رویکرد درمانی به صراحت بر کاهش وضعیت عاطفی به نام سوگ تروماتیک دوران کودکی تمرکز می‌کند و به عنوان ترکیبی از واکنش تروماتیک و سوگ در میان کودکانی که در معرض مرگ‌هایی که تحت شرایط تروماتیک (به عنوان مثال، تصادفات وسایل نقلیه موتوری، خودکشی، قتل) هستند، تعریف می‌شود. دو مطالعه کنترل نشده^۲ نشان داد که کودکانی که تحت CBT-CTG قرار گرفتند، بهبود قابل توجهی در علائم PTSD و CTG گزارش کردند (کوهن، مارانیو، کنادسن، ۲۰۰۴).

علی‌رغم اهمیت این سه خط پژوهشی، آنها همچنان فضایی را برای مطالعه بیشتر و اصلاح گزینه‌های درمانی برای کودکانی که با مرگ یکی از عزیزان مواجه می‌شوند، باقی می‌گذارند. به عنوان مثال، FBP و TGCT محدود به یک فرمت مبتنی بر گروه^۳ هستند که ممکن است مشکلات عملی را به همراه داشته باشد. مراجعین ممکن است مجبور شوند تا زمانی که تعداد کودکان برای یک گروه به حد لازم برسد، صبر کنند و ممکن است اثربخشی کمتری داشته باشند، زیرا کمتر با شرایط یک کودک به شکل انفرادی سازگار است. علاوه بر این، هر سه رویکرد به دلیل تمرکز بر گروه‌های معین، مانند کودکان داغ‌یده والدین^۴ (FBP) یا کودکانی که در معرض مرگ‌های تروماتیک هستند (TGCT و CBT-CTG) محدود شده‌اند، و این رویکردها را برای استفاده با سایر گروه‌های کودکان داغ‌یده کمتر مناسب می‌سازد. تأثیر این درمان‌ها بر علائم PGD ناشناخته است.

کودکان بازمانده از حوادث تروماتیک توسط مددکاران اجتماعی، روانشناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی درمان می‌شوند. آنها از طریق بسیاری از روش‌ها به امید کاهش استرس خود درمان می‌شوند ولی اکثر این درمان‌ها به دلیل اینکه بر تروما متمرکز نیستند، اثربخشی بالایی ندارند (سیلدرن و واگنر، ۲۰۰۶). بنابراین، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) که درمانی نسبتاً جدیدی محسوب می‌شود تاکنون بر روی کودکانی که ترومای مرگ والد را تجربه می‌کنند، اجرا نشده و اثربخشی آن مورد بررسی قرار نگرفته است. با انجام این پژوهش می‌توان روش مناسب برای کودکان مواجه شده با ترومای از دست دادن والد جهت استفاده در مراکز بالینی، فراهم ساخت تا هم در درمان این علائم موثرتر بوده و هم جلوی عواقب و پیامدهای بعدی رفته شود. با توجه به بروز بالای حوادث تروماتیک، و همچنین آسیب پذیری کودکان و نوجوانان در برابر آن، نتایج این پژوهش می‌تواند برای مراکز بالینی، بیمارستان‌های روانی، درمانگران و پژوهشگران مفید و سودمند باشد. پژوهش حاضر، در پی پاسخ به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر مشکلات درونی سازی شده کودکان داغ‌یده پدر یا مادر ناشی از بیماری کووید-۱۹ اثربخش است؟

1. cognitive-behavioural therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG)
2. uncontrolled studies
3. group-based format
4. parentally bereaved children

روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به صورت مقطعی و از نوع روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه گواه و یک دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کودکان ۹ تا ۱۱ ساله (پسر و دختر) شهرستان ساری است که یکی از والدینشان به دلیل ابتلا به بیماری کووید - ۱۹ در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹، در سه بیمارستان شهرستان ساری (امام، بوعلی و فاطمه زهرا(س)) فوت نموده‌اند. از بین این کودکان، ۳۰ نفر (۱۴ پسر و ۱۶ دختر) بر اساس معیارهای ورود به شکل غیر تصادفی (هدفمند) انتخاب شدند و به طور تصادفی ساده در گروه ۱۵ نفره آزمایش (TF-CBT) و یک گروه گواه جای داده شدند. نمونه آماری از بین کودکانی که داوطلب شرکت در جلسات درمانی بودند و والد آنها نیز اجازه کتبی شرکت در جلسات را داده بود، انتخاب شدند. شرایط ورود به نمونه عبارت است از فوت یکی از والدین حداقل به مدت ۶ ماه به دلیل ابتلا به کووید - ۱۹؛ سن کودک بین ۹ الی ۱۱ سال؛ تکمیل موافقت‌نامه‌ی رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش توسط والد؛ دارا بودن نشانه‌های سوگ طولانی مدت (PEG) به تشخیص متخصص روانشناسی یا روانپزشکی؛ مصرف نکردن داروی اعصاب و روان در طول سه ماهه گذشته و هنگام مداخله؛ عدم ابتلا به بیماری صعب‌العلاج جسمی مانند سرطان، نظیر آن؛ مبتلا نبودن به اختلال روان‌پزشکی جدی مانند کم‌توانی ذهنی، اختلال فراگیر رشد، اختلال شدید سلوک، اختلال افسردگی اساسی همراه با خطر خودکشی، اختلال سایکوتیک و نظیر آن؛ و اینکه در هنگام اجرای پژوهش، تحت درمان یا سایر مداخلات روان‌شناختی قرار نگیرند. شرایط خروج از گروه نمونه عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ مشخص شود داروی اعصاب و روان یا مواد در طول سه ماهه گذشته مصرف کرده است؛ ابتلا به مانی یا یک اختلال پسیکوتیک؛ و عدم وجود ملاک‌های ورود منجر به خروج از پژوهش شد.

ابزار پژوهش

۱. چک لیست رفتاری کودک (CBCL)، آخنباخ و رسکورلا، (۲۰۰۱). در این پژوهش از چک لیست رفتاری کودک (CBCL) که جهت سنجش مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده کودکان ۶ تا ۱۸ سال مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نظام سنجشی جهت انطباق و هنجاریابی کودکان فارسی زبان، به وسیله مینایی و همکاران (به نقل از مینایی ۱۳۸۵، ۱۳۸۴) مورد پژوهش قرار گرفت. چک لیست رفتاری کودکان توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را به طور کامل می‌شناسد، تکمیل می‌گردد و نظر یا قضاوت وی را مبنی بر اینکه کودک در یک ماه گذشته مشکلات خاصی را از خود بروز داده است یا خیر، منعکس می‌کند و اطلاعات جمعیت شناختی، اطلاعات درجه بندی شده در مقیاس‌ها و اطلاعات توصیفی خاص درباره کودک مورد ارزیابی را فراهم می‌نماید. تعداد سوالات این فرم ۱۱۳ تا می‌باشد و با توجه به سوالات باز پاسخ و چند قسمتی به ۱۲۰ سؤال افزایش می‌یابد. این پرسشنامه دارای ۸ خرده مقیاس اضطراب/ افسردگی، گوشه گیری/ افسردگی، مشکلات اجتماعی، شکایات جسمانی، مشکلات تفکر،

مشکلات توجه، رفتارهای قانون شکنانه و رفتارهای پرخاشگرانه است. این خرده مقیاس‌ها در دو گروه عمده مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده قرار می‌گیرند. قدرت چک لیست رفتاری آخنباخ بیشتر برای نشان دادن همین دو بعد می‌باشد. از مجموع نمره‌های سه عامل اضطراب/افسردگی، افسردگی/انزوا و شکایات جسمانی، عامل مشکلات درونی سازی شده به دست می‌آید (خدابخشی و همکاران، ۱۳۹۴). در این پژوهش، از سؤالات مربوط به مقیاس‌های اضطراب/افسردگی و افسردگی/انزوا و شکایات جسمی استفاده شده است. آیتم‌ها در مقیاس‌های ۳ نقطه‌ای (۰ = درست نیست، ۱ = تا حدودی یا گاهی اوقات درست است، ۲ = بسیار درست/اغلب درست است) رتبه بندی می‌شوند.

۲. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT). درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT)، نتیجه کار سه متخصص ترومای دوران کودکی، یعنی جودیت کوهن، استر دلبینگر و آنتونی مانارینو است. هر سه نفر، متخصصان شناخته شده در زمینه سوء استفاده جنسی و ترومای^۱ کودکان و نوجوانان هستند. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) یک نوع روان درمانی برای کودکان ۳ تا ۱۸ ساله است که تروما را تجربه کرده اند. این درمان کوتاه مدت و ساختار یافته است که در ۱۲-۱۸ جلسه، هر جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ارائه می‌شود. جلسات به طور مساوی بین فرزند و والدین تقسیم می‌شود.

جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر ترومای سوگ کوهن، مانارینو و کنودسن (۲۰۰۴)

جلسه	فرایند جلسه
اول	مقدمه‌ای بر مدل؛ آموزش روانی؛ شناسایی احساسات؛ مهارت‌های تعدیل عاطفی.
دوم	مهارت‌های آرمیدگی/خود تسکین دهنده (جلسه والدین: مهارت‌های مدیریت والدین)
سوم	مقدمه‌ای بر سه گانه (تریاد) شناختی؛ یعنی روابط میان افکار، احساسات و رفتارها
چهارم	مروری بر مهارت‌های مقابله‌ای؛ مقدمه‌ای بر منطق و دلیل روایت تروما
پنجم تا ششم	روایت ترومای کودک از رویدادها مربوط به مرگ؛ پردازش شناختی (جلسات والدین: خواندن روایت کودک برای والدین)
هفتم تا هشتم	جلسه مشترک والد-کودک: کودک ترومای خود را با والد در میان می‌گذارد؛ شناسایی و آماده شدن برای یادآورنده‌های تروما در آینده
نهم	مقدمه‌ای بر سوگ؛ آموزش روانی در مورد واکنش‌های سوگ
دهم	بازشناسی و نامگذاری آنچه از دست رفته است
یازدهم و دوازدهم	مسائل حل نشده و احساسات دوسویه در مورد متوفی
سیزدهم	ایجاد خاطرات مثبت از متوفی/ یادگاری
چهاردهم	تعهد مجدد به روابط مستمر و جدید. معنا بخشیدن به فقدان تروماتیک
پانزدهم و شانزدهم	و جلسه مشترک والدین و فرزند: به اشتراک گذاری خاطرات مثبت. چرخه ی زندگی؛ پیش‌بینی، آماده‌سازی و اجازه دادن به یادآوری‌های فقدان در آینده و علائم سوگ؛ فارغ التحصیلی.

شیوه اجرا. به منظور اجرای بسته آموزشی، ابتدا از طریق مصاحبه با متخصصان و اساتید دانشگاهی به منظور دریافت دیدگاه‌ها و ایده‌های آن‌ها در هر یک از مراحل کار پژوهشی پرداخته شد. پس از اخذ بازخورد و گرفتن تایید، در نهایت در حیطه‌ی عملیاتی با توجه به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی (هدفمند) تعداد ۳۰ کودک که یکی والدینش را در اثر ابتلا به کووید - ۱۹ از دست داد، پس از بررسی پرونده سوابق پزشکی و اجرای مصاحبه‌ای کوتاه انتخاب شدند. در ابتدا توضیحات مقدماتی در خصوص هدف طرح، تعداد جلسات و محتوای آموزش، نحوه‌ی همکاری و تکمیل پرسشنامه به والد و کودکان داده شد و پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از والد کودک در خصوص اجرا طرح، پیش‌آزمون سیاهه رفتاری کودک (CBCL، آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱) از هر دو گروه در جلسه نخست دریافت شد و سپس بر روی گروه آزمایش، دوازده جلسه درمان شناختی- رفتاری متمرکز به تروما، به شیوه‌ی گروهی و دوبار در هفته اجرا شد و در این مدت گروه لیست انتظار تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. در نهایت، پس از اتمام جلسات درمانی بر روی دو گروه آزمایش، مجدداً بر روی هر دو گروه، سه پرسشنامه اجرا شد. همچنین بعد از ۴۵ روز مجدداً آزمون‌ها جهت پیگیری انجام شد. از آنجا که یک نفر از گروه آزمایش ۱ (درمان شناختی- رفتاری متمرکز به تروما) به دلیل غیبت بیش از حد مجاز حذف شد، به همین دلیل یک نفر به قید قرعه (تصادفی ساده) از گروه لیست انتظار حذف شد. و بدین ترتیب تعداد هر گروه به ۱۴ نفر رسید. همچنین جهت رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، گروه گواه به منزله گروه لیست انتظار به شمار می‌رود و درمانگر ملزم شد پس از پایان پژوهش، به آنان درمان مورد نظر (TF-CBT) را ارائه دهد و انجام شد. این پژوهش با اخذ کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1400.136 از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری انجام شده است.

یافته‌ها

شرکت کنندگان گروه آزمایش (درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما) در مقطع ابتدایی (پایه چهارم، پنجم و ششم) در حال تحصیل بودند. ۶۴/۳ شرکت کنندگان را دختر و ۳۵/۷ را پسر تشکیل می‌دادند. ۵۰ درصد کل شرکت کنندگان را ده ساله‌ها، ۲۸/۶ درصد را یازده ساله و ۲۱/۴ درصد را دوازده ساله‌ها تشکیل دادند.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشکلات درونی شده در گروه

آزمایش و گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پایگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
نمره کل مشکلات درونی شده	آزمایش (TF-CBT)	۲۴/۲۹	۱/۹۳	۱۹/۳۶	۱/۸۶	۱۹/۱۴
	گواه	۲۴/۵۷	۱/۹۱	۲۴/۲۶	۱/۱۳	۲۴

شکایت‌های جسمی	آزمایش (TF-) (CBT)	گواه	۴/۲۸	۱/۰۶	۳/۵۰	۰/۶۵	۳/۴۳	۰/۶۴
			۴/۳۶	۱/۰۸	۴/۲۹	۰/۹۹	۴/۲۹	۰/۸۲
کناره گیری/افسردگی	آزمایش (TF-) (CBT)	گواه	۹/۳۶	۱/۱۵	۷/۳۶	۰/۹۲	۷/۲۹	۱/۳۲
			۹/۴۳ <th>۱/۱۵</th> <th>۹/۳۶</th> <th>۱/۳۳</th> <th>۹/۲۷</th> <th>۱/۴۹</th>	۱/۱۵	۹/۳۶	۱/۳۳	۹/۲۷	۱/۴۹
اضطراب/افسردگی	آزمایش (TF-) (CBT)	گواه	۱۰/۶۴	۱/۱۳	۸/۵۰	۱/۴۵	۸/۴۳	۱/۱۵
			۱۰/۷۹	۱/۱۸	۱۰/۶۴	۰/۹۲	۱۰/۴۳	۱/۰۱

چنانکه مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون مشکلات درونی شده در گروه آزمایش (TF-CBT) و گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون میانگین نمرات مشکلات درونی شده گروه آزمایش (TF-CBT) به مراتب متفاوت از میانگین نمرات گروه گواه بوده و همچنین در جدول فوق به تناسب مقادیر پیگیری در گروه آزمایش (TF-CBT) و گواه نیز قابل مشاهده می‌باشد. در ابتدا فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری به وسیله آزمون چولگی و کشیدگی و شاپیرو ویلکز مورد بررسی قرار گرفته است. نتیجه این آزمون‌ها در ادامه آمده است.

جدول ۳. نتایج مفروضه یکسانی ماتریس‌ها واریانس‌ها در آزمون لوین

متغیر	F	df1	df2	معنی داری
نمره کل مشکلات درونی سازی شده	۰/۰۶۰	۱	۲۶	۰/۸۰۸
شکایت‌های جسمی	۱/۴۱۹	۱	۲۶	۰/۲۴۴
کناره گیری/افسردگی	۰/۲۵۲	۱	۲۶	۰/۶۲۰
اضطراب/افسردگی	۰/۰۹۸	۱	۲۶	۰/۷۵۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با توجه به سطح معنی داری بالاتر از $P > 0.05$ نمرات آزمون F در آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۴. نتایج آزمون موچلی برای بررسی مفروضه کرویت

متغیر	کرویت	مجذور	درجه	معنی	تصحیح اسپیلون
ماچلی	تقریبی	خی	آزادی	داری	گرین هینه- کمترین حد هوس فلت

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد.

جدول ۶. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیش‌آزمون	مرحل ۱	مرحل ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
نمره کل مشکلات	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۶۰۷	۰/۴۳۸	۰/۰۰۱
درونی سازی شده	پیش‌آزمون	پیگیری	۲/۸۵۷	۰/۳۴۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۵۰	۰/۲۹۵	۱
شکایت‌های جسمی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۴۲۹	۰/۱۷۹	۰/۰۷۲
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۴۶۴	۰/۱۸۴	۰/۰۵۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۳۶	۰/۱۳۳	۱
کناره‌گیری/افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۰۳۶	۰/۲۶۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۱۰۷	۰/۳۱۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۷۱	۰/۱۸۸	۱
اضطراب/افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۱۴۳	۰/۳۸۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۲۸۶	۰/۲۳۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۴۳	۰/۲۲۶	۱

نتایج نشان می‌دهد بین نمرات خرده‌مقیاس‌های مشکلات درونی سازی شده کودکان داغ‌دیده در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی دار نمی‌باشد که ناشی از ثبات درمان است. مقایسه میانگین‌های نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس‌های مشکلات درونی سازی شده کودکان داغ‌دیده در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون به طور معنی دار متفاوت است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) بر مشکلات درونی سازی شده کودکان انجام شده است. مشخص گردید گروه کودکان ۹ تا ۱۱ ساله که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما را دریافت نمودند نسبت به کودکانی که این درمان را دریافت نکردند، تغییر معناداری از نظر نشانه‌های درونی سازی شده نشان دادند. TF-CBT در جمعیت کودکان تروما دیده به گونه‌ای موفقیت آمیزی انطباق یافته است. انطباق این مداخله در جمعیت کودکان مبتنی بر سطح عملکرد شناختی اجتماعی و روانشناختی کودکان و همین طور توانمندی انتزاعی آنهاست. این یافته، با نتایج پژوهش معینی (۱۳۹۷)، رجبی و همکاران (۱۳۹۷)، سالمی و همکاران (۱۳۹۶) و همچنین سرنینجا، ویمز، کوهن، امیاجکسون و جوتریا (۲۰۱۱)، الن و جانسن (۲۰۱۱)، میکائیل و همکاران (۲۰۱۴)، و وسترن، کوبهام و مک-درموت (۲۰۱۷)، و هبرت و دایگنولد (۲۰۱۵) همسویی دارد. همچنین

با یافته‌های پژوهش کوهن، مارینو و کادسن (۲۰۰۴) مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، بر افسردگی، مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت در فضای درمانگری شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما، کودکان فرصت‌های بسیاری به دست می‌آورند تا نسبت به مشکلات و هیجانات خودآگاهی پیدا کنند و تکنیک‌های برای مقابله مؤثر با هیجانات از جمله تمرین کنترل هیجانی، ساخت بالن، ابر سواری یاد می‌گیرند، این تمرین‌ها تجربه خوشایندی برای کودکان ایجاد می‌نماید، به طوری که به نحو مؤثری امکان بررسی و تشخیص مسائل و مشکلات هیجانی برای آن‌ها فراهم می‌گردد. همچنین بر مهارت‌های خودآگاهی، آموزش آرمیدگی، شناسایی افکار ناکارآمد، شناسایی خطاهای شناختی کودکان تأکید می‌شود. کودکان در چنین چارچوبی می‌توانند با بازپیداآوری مکرر موضوع‌ها و رویدادهای مهم، احساسات و هیجان‌های خود را برون ریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش یافته تر کنترل هیجان را برگزینند.

مشابه CBT، تکنیک‌های TF-CBT به کودکان کمک می‌کند تا افکار، احساسات و رفتارهای منفی و غیرمفید ناشی از تجربیات آسیب‌زا را اصلاح کنند. همه مواد از زبان، مهارت‌ها و مثال‌های مناسب سن استفاده می‌کنند. بخش اساسی TF-CBT، ارائه زمان برابر به والدین است. TF-CBT شامل آموزش روانی برای والدین در حین آموزش مهارت‌های جدید از جمله فرزندپروری مؤثر، مدیریت استرس و ارتباط است. از آنجایی که در درمان، والدین نیز مشارکت داده می‌شوند، TF-CBT می‌تواند روابط کلی خانواده را بهبود بخشد. می‌تواند پویایی خانواده را با افزودن مهارت‌های ارتباطی مؤثر، آگاهی از موقعیت، تنظیم هیجانی و مدیریت استرس تغییر دهد. می‌توان احساس گناه والدین را کاهش داد و احساس امنیت و اعتماد را دوباره ساخت. این می‌تواند به جلوگیری از آسیب بیشتر، ایجاد التیام و ارتقای انعطاف پذیری کلی کمک کند. به نظر می‌رسد مجموعه‌ی این عوامل می‌توانند دریچه‌ی تازه‌ای از امکانات و ظرفیت‌های شناختی و عاطفی جهت تنظیم هیجان پیش روی کودکان بگشایند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند. این پژوهش با اخذ کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1400.136 از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری انجام شده است.

سپاسگزاری

از همه کودکان شرکت کننده در پژوهش که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند و نیز والد آنان تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از پایان نامه نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است و همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهومی‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- سالمی، صفورا، نعمی، عبدالزهرا، زرگر، یداله، و داودی، ایران. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزاردیده. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۶ (۲۳)، ۶۵-۷۶.
- ویسی، سعید، ایمانی، صدف، بهروز، بهزاد، و ایمانی، سارینا. (۱۳۹۹). ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس کوتاه ترس از ابتلا به بیماری کرونا ویروس (کووید-۱۹). مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۵ (۴۲)، ۱-۱۰.

References

- Alvis, L. M.; Dodd, C. G.; Oosterhoff, B., Hill, R. M.; Rolon-Arroyo, B., Logsdon, T., Layne, C. M.; & Kaplow, J. B. (2020). Caregiver behaviors and childhood maladaptive grief: Initial validation of the Grief Facilitation Inventory. *Death Studies*. Pp 1-8. DOI: 10.1080/07481187.2020.1841849
- Benuto, L. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for juvenile victims of sexual Abuse. *Juvenile Sex Offenders*, 291-312.
- Black D, Urbanowicz MA. Family interventions with bereaved children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1987; 28:467-476. doi: 10.1111/j.1469-7610. 1987.tb01767.x.
- Boelen PA, van den Bout J. (2010). Anxious and depressive avoidance and symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress disorder. *Psychol Belg*. 2010; 50:49-67.
- Boelen, P.A., de Keijser, J., van den Hout, M.A., & van den Bout, J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 277-284.
- Boelen, Paul A., Keijsers, Jos de., Hout, Marce, A. van den, and Bout, Jan van den. (2011). Factors Associated with Outcome of Cognitive- Behavioural Therapy for Complicated Grief: A Preliminary Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 18, 284-291.
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*, 48, 606-616.
- Böttche M, Kuwert Ph, Pietrzak R, Knaevelsrud Ch (2016). Predictors of outcome of an Internet-based cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in

- older adults. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 89, 1, 82–96.
- Chen, X., Lewis, G., Liu, J. (2011). Childhood internalizing behavior: analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10): 884-894.
- Cohen JA, Mannarino A, Deblinger E, Deblinger E. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. *Journal of interpersonal violence*, 2000;15 (11), 1202-12.
- Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43:1225–1233.
- Cohen JA, Mannarino AP, Staron V. A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45:1465–1473. doi: 10.1097/01.chi.0000237705.43260.2c.
- Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35:42–50. doi: 10.1097/00004583-199601000-00011. A published erratum appears in *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, 35:835.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2015). Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(3), 557–570. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.02.005>.
- Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 215–224. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.003>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect. Child Maltreatment*, 43, 1225-1233.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. *Child and adolescent mental health*, 13, No. 4, 2008, pp. 158–162.
- Cohen, J.A., Mannarino, A., & Berliner, M. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior Problems. *Child Abuse & Neglect*, 34, 215–224.
- Cohen, J.A., Mannarino, A., & Knudsen, K. (2007). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect. Child Maltreatment*, 43, 1225-1233.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2004b). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1225–1233.
- Cohen, M., & Mannarino, A. (2015). Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. *Family-Based Treatment in Child & Adolescent Psychiatry*, 24(3), 557–570.
- Currier JM, Holland JM, Neimeyer RA. The effectiveness of bereavement interventions with children: a meta-analytic review of controlled outcome research. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007;36:253–259. doi: 10.1080/15374410701279669.
- Darawshy, N.A., Haj-Yahia, M.M. (2018). Palestinian adolescents' exposure to community violence and internalizing and externalizing symptoms: Parental factors as mediators, *Children and Youth Services Review*, 95, 397-406.
- Domaradzka, Ewa., and Fajkowska, Małgorzata. (2018). Cognitive Emotion Regulation Strategies in Anxiety and Depression Understood as Types of Personality. *Frontiers Psychology*. Jun 12.

- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36, 267-276.
- Gross, J. J. and O. P. John. (2003). Individual differences in to emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 85(2): 348.
- Gross, James J., Jazaieri, Hooria. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, Vol 2(4), 387-401.
- Harrison, L., & Harrington, R. (2001). Adolescents' bereavement experiences. Prevalence, association with depressive symptoms, and use of services. *Journal of Adolescence*, 24(2), 159-169. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0379>.
- Hicks, B.M., South, S.C., Dirago, A.C., Iacono, W.G., & McGue, M. (2009). Environmental adversity and increasing genetic risk for externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66 (6), 640-648.
- Horsley, H., & Patterson, T. (2006). The effects of a parent guidance intervention on communication among adolescents who have experienced the sudden death of a sibling. *The American Journal of Family Therapy*, 34(2), 119-137. <https://doi.org/10.1080/01926180500301519>.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. *Med Rxiv*.
- Hudson, J., Deveny, C., Taylor, L. (2005) Nature, assessment and treatment of general anxiety disorder in children. *Pediatric annals*, 34(2): 97-106.
- Kaplow JB, Layne CM, Pynoos RS, Cohen JA, Lieberman A. DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: developmental considerations. *Psychiatry*. 2012;75:243-266.
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Oosterhoff, B., Goldenthal, H., Howell, K. H., Wamser-Nanney, R., Burnside, A., Calhoun, K., Marbury, D., Johnson-Hughes, L., Kriesel, M., Staine, M. B., Mankin, M., Porter-Howard, L., & Pynoos, R. (2018). Validation of the persistent complex bereavement disorder (PCBD) checklist: A Developmentally Informed Assessment Tool for Bereaved Youth. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 244-254. <https://doi.org/10.1002/jts.22277>
- Kaplow, J. B., Layne, C. M., Saltzman, W. R., Cozza, S. J., & Pynoos, R. S. (2013). Using Multidimensional grief theory to explore the effects of deployment, reintegration, and death on military youth and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(3), 322-340. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0143-1>
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 360-365. [10.1016/j.janxdis.2010.01.009](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.009) [PubMed: 20206470]
- Landers, A.L., Bellamy, J.L., Danes, S.M., Hawk, S.W. (2017). Internalizing and externalizing behavioral problems of American Indian children in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 81: 413-421.

- Layne, C. M., & Kaplow, J. B. (2020). Assessing bereavement and grief disorders. In E. A. Youngstrom, M. J. Prinstein, E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Assessment of disorders in childhood and adolescence* (5th ed., pp. 471–508). Guilford.
- Listug-lunde, L., Bredmeier, K., Tyan, W.D. (2005). Concurrent parent and child group outcomes for child externalizing disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 1(2), 124- 130.
- Macdonald, G., Higgins, J. P. T., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P, Marissiaux, A., & Grosbois, N. (2008). Theory of mind “beliefs”, developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29(6), 547-566.
- Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Walker Payne M, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68:911–919. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.101.
- Melhem, N.M., Moritz, M.P.H., Walker, M.S.W., Shear, M.K., & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 493–499. DOI: 10.1097/chi.0b013e31803062a9
- Moor, E.L., Denollet, J., Laceulle, O.M. (2018). Social inhibition, sense of belonging and vulnerability to internalizing problems. *Journal of Affective Disorders*, 225, 207-213.
- Ochsner K.N., Gross J.J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*. 9(5):242-9.
- Perle, J.G., Levine, A.B., Odland, A.P., Ketterer, J.L., Cannon, M.A., Marker, C.D. (2013). The Association between Internalizing Symptomology and Risky Behaviors. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(1), 1-24.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General psychiatry*, 33(2).
- Richman, Smart L, Kubzansky, L, Maselko, J. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Journal of Health Psychology*. 24: 422-9.
- Salemi, S., Naami, A., Zargar, Y., & Davoudi, I. (2016). The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on social competence and emotional regulation of abused children. *Social Psychology Research*, 6 (23), 65-76.
- Segal, ZV., Williams, JMG., & Teasdale, JD. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020;323(21):2133-2134. doi:10.1001/jama.5893.
- Shapiro, D., Howell, K., & Kaplow, J. (2014). Associations among mother-child communication quality, childhood maladaptive grief, and depressive symptoms. *Death Studies*, 38(1–5), 172–178. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738771>
- Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., & Reynolds III, C.F. (2005). Treatment of complicated grief. A randomised controlled trial. *JAMA*, 293, 2601–2608.
- Silva, C.T.B., Costa, M.A., Kapczinski, F., Aguiar, B.W., Salum, G.A., Manfro, G.G. (2017). Inflammation and internalizing disorders in adolescents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 77, 133-137.

- Spuij M, Dekovic M, Boelen PA. An open trial of “grief-help”: a cognitive-behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents. *Clin Psychol Psychother*. in press.
- Spuij M, Reitz E, Prinzie P, Stikkelbroek Y, de Roos C, Boelen PA. (2012). Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and posttraumatic stress in bereaved children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 21:673–679.
- Spuij M, van Londen-Huiberts A, Boelen PA. Cognitive-behavioral therapy for prolonged grief in children: feasibility and multiple baseline study. *Cogn Behav Pract*. 2013; 20:349–361. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.08.002.
- Spuij, M., Prinzie, P., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L., Roos, C. D., & Boelen, P. A., (2011). Psychometric Properties of the Dutch Inventories of Prolonged Grief for Children and Adolescents, *Clinical Psychology and Psychotherapy Co*. DOI:10.1002/cpp.765
- Spuij, Mariken., Prinzie, Peter., Dekovic, Maja., Bout, Jan van den., Boelen, Paul A. (2013). The effectiveness of Grief-Help, a cognitive behavioural treatment for prolonged grief in children: study protocol for a randomised controlled trial. *Nov 20*. doi: 10.1186/1745-6215-14-395.
- Stroebe, Margaret S., Stroebe, Wolfgang., Hansson, Robert O. (1993). *Handbook of bereavement Theory, research, and intervention*. Cambridge University Press.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379(9820),1056-1067.
- Twenge, J. (2000). The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *J of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1021.
- Veisi, S., Imani, S., Behrouz, B., & Imani, S. (2020). Evaluation of the psychometric properties of the short scale of fear of contracting the coronavirus disease (Covid-19). *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*, 5 (42), 1-10.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internetbased cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429– 453.
- Wolgast, A., Donat, M. (2019). Cultural mindset and bullying experiences: An eight-year trend study of adolescents' risk behaviors, internalizing problems, talking to friends, and social support. *Children and Youth Services Review*, 99, 257-269.
- Wu, J. (2018, August 20). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. The National Child Traumatic Stress Network. <https://www.nctsn.org/interventions/trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy>.
- Wu, X.Y., Bastian, K., Ohinmaa, A., Veugelers, P. (2018). Influence of physical activity, sedentary behavior, and diet quality in childhood on the incidence of internalizing and externalizing disorders during adolescence: a population-based cohort study. *Annals of Epidemiology*, 28(2), 86-94.
- Yap, M., Jorm, A. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing to teachers and parents' report: Systematic review and meta-analysis study. *Fundamentals of Mental Health*, 213- 221.

The effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) on internalized problems in bereaved children

Nima.Mirzaian¹, *Bahram. Mirzaian*^{2*} & Ghodratollah. Abbasi³

Abstract

Aim: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on internalized problems in bereaved children. **Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population was all children aged 9 to 11 years old in Sari city who lost one of their parents due to covid-19 disease. In order to select a statistical sample, 30 people who met the criteria of the study and were willing to receive treatment were selected and assigned to an experimental group and a control group (each group contains 15 people) by a simple random method. The experimental group received Cohen, Mannarino and Knudsen's (2004) trauma-focused cognitive-behavioral therapy in a group method during 16 90-minute sessions, and the control group did not receive any intervention until the follow-up test. The instruments used in this study included the Achenbach Child Behavior Inventory (CBCL, Achenbach & Rescurella, 2001). The data obtained in the three stages of pre-test, post-test and follow-up were analyzed using SPSS-22 software by variance analysis with repeated measurements. **Results:** The results showed that the trauma-focused cognitive behavioral therapy led to the reduction of the internalized problems in bereaved children ($P < 0.01$). The results also showed that the effect of the treatment was permanent during follow-up. **Conclusion:** The research results provide evidence that trauma-focused cognitive-behavioral therapy is a suitable method for reducing internalized problems in children and can lead to improving the mental health of bereaved children. **Keywords:** *trauma-focused cognitive behavioral therapy, internalized problems.*

1. M.A., Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Email: bahrammirzaian@gmail.com

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