



اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) بر نشانه‌های سوگ 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

نیما میرزاییان^{1b}
بهرام میرزاییان*^{2b}
قدرت الله عباسی^{3b}

دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۹ | پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۳ | ایمیل نویسنده مسئول: bahrammirzaian@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۳ پیاپی ۱۷ | ۱۹۸-۱۸۲
(مجموعه مقالات حوزه خانواده و فرزند)

نوع مقاله: پژوهشی

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

(میرزاییان و همکاران، ۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

میرزاییان، نیما، میرزاییان، بهرام، و عباسی، قدرت الله. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) بر نشانه‌های سوگ کودکان داغ‌دیده. خانواده درمانی کاربردی، ۴ (۳)، ۱۸۲-۱۹۸.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT) بر کاهش نشانه‌های سوگ 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 کوهن، مانارینو و کنودسن (۲۰۰۴) 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 مقیاس سوگ کودکان (IPG-C) (اسپیچ و همکاران، ۲۰۱۱)، بود. داده‌های به دست آمده در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از نرم افزار SPSS-22 به وسیله تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما منجر به کاهش نشانه‌های سوگ ($F=4/69$ ؛ $P<0/05$) کودکان داغ‌دیده شده است. نتایج همچنین نشان داد که اثر درمان در زمان پیگیری ماندگار بود. نتیجه گیری: 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 یکی از عزیزان در دوران کودکی و نوجوانی با افزایش مشکلات عاطفی، از جمله افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه^۱ (PTSD)، و همچنین شکایات جسمی و مشکلات رفتاری (آلویس و همکاران، ۲۰۲۰؛ کاپلو و همکاران، ۲۰۱۲)، مصرف مواد، کاهش عملکرد تحصیلی و رفتارهای مرتبط با خودکشی (هیل و همکاران، ۲۰۱۹؛ لاین و کاپلو، ۲۰۲۰) همراه است. تقریباً ۷۸٪ از جوانان گزارش می‌دهند که تا سن ۱۶ سالگی، مرگ یکی از اقوام یا دوستان نزدیک خود را تجربه کرده‌اند (هاریسون و هرینگتون^۲، ۲۰۰۱). از بین تمام کودکانی که چنین فقدانی را تجربه می‌کنند، تخمین زده می‌شود که ۵ تا ۱۰ درصد مشکلات روانپزشکی بالینی مهمی را تجربه می‌کنند. برخی نیز (کاپلو و همکاران، ۲۰۱۸) معتقدند که ۱۸٪ جوانان مراجعه کننده جهت دریافت خدمات روانشناختی، پریشانی قابل ملاحظه و اختلال در عملکرد دارند. چنین مشکلاتی عبارتند از اختلال افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال سوگ طولانی مدت^۳ (PGD) (ملهم، پرتا، شام سدین، والکر پاینه، برنت، ۲۰۱۲).

اختلال سوگ طولانی مدت (PGD) شامل چندین نشانه است، از جمله پریشانی جدایی^۴، مشغولیت ذهنی با متوفی، احساس بی هدفی در مورد آینده، بی‌حسی، دشواری در پذیرش فقدان، و دشواری در ادامه زندگی بدون فرد متوفی (اسپویج و همکاران، ۲۰۱۲). تعداد قابل توجهی از بزرگسالان سوگوار، دچار اختلال سوگ طولانی مدت می‌شوند؛ سندرمی که شامل علائم ناتوان کننده سوگ متمایز از افسردگی و اضطراب است (اسپویج و همکاران، ۲۰۱۱). اما مطالعات اندکی پدیدارشناسی و همبستگی‌های اختلال سوگ طولانی مدت را در میان کودکان و نوجوانان بررسی کرده‌اند. اختلال سوگ طولانی مدت بیشتر در بزرگسالان مطالعه می‌شود، در حالی که علائم بالینی قابل توجه اختلال سوگ طولانی مدت در کودکان و نوجوانان نیز مشاهده شده است. مطالعات نشان داده اند که علائم اختلال سوگ طولانی مدت را می‌توان به طور قابل اعتمادی در کودکان و نوجوانان ارزیابی کرد. علائم اختلال سوگ طولانی مدت را می‌توان از غم و اندوه عادی، افسردگی و اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، متمایز کرد و با مشکلات درونی سازی و برونی سازی همزمان قابل توجهی همراه است (اسپویج و همکاران، ۲۰۱۳).

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).

1. posttraumatic stress disorder (PTSD)
2. Harrison & Harrington
3. prolonged grief disorder (PGD)
4. separation distress

مداخلات مؤثر کمی برای کودکان و نوجوانان سوگوار در دسترس است. براساس یک متاآنالیز از ۱۳ مطالعه گواه‌شده که اثربخشی مداخلات مرتبط با سوگ در کودکان را بررسی می‌کردند، کریپر، هولند، نیمر (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که مداخلات موجود در آن زمان مفیدتر از عدم مداخله نیستند. در واقع، تعدادی از مطالعات گواه شده در مورد درمان کودکان سوگوار انجام شده است، از جمله می‌توان به مطالعاتی که مداخلات خانواده برای کودکان داغیده^۱، موسیقی درمانی در گروه، گروه درمانی برای کودکان^۲ و گروه درمانی برای کودکان سوگوار به خاطر خودکشی یکی از بستگان^۳ اشاره کرد. این مطالعات با این واقعیت محدود می‌شوند که اساس نظری مداخله انجام شده را بیان نکرده‌اند (بلک و اورگانویکز، ۱۹۸۷)، به جای اینکه بر علائم نشانه‌های سوگ تمرکز داشته باشند، بر شاخص‌های عمومی پریشانی^۴ متمرکز شده‌اند (پففر، جیانگ، کاکوما، هاوونگ، متسچ، ۲۰۰۲)، یا شرکت کنندگان را به طور تصادفی به گروه‌های آزمایشی (مداخله) و گواه اختصاص نداده‌اند (هیلارد، ۲۰۰۱).

در دهه گذشته، سه خط پژوهشی امیدوارکننده، درک ما را از مداخلات مبتنی بر داغیدگی کودکان بسیار ارتقا داده‌اند. اولین و گسترده‌ترین خط پژوهش مربوط به برنامه سوگ خانواده^۵ (FBP) است که توسط سندلر و همکارانش توسعه یافته است (سندلر، ما، آیزر، ولچیک، کندی، میلپس، ۲۰۱۲). برنامه سوگ خانواده یک برنامه مبتنی بر گروه است که متغیرهای سطح خانواده (مثلاً مهارت‌های فرزندپروری) و متغیرهای سطح کودک (مثلاً مهارت‌های مقابله) را هدف قرار می‌دهد و باعث ارتقا تاب‌آوری می‌شود. مشخص شد که برنامه سوگ خانواده مشکلات عاطفی فوری و بلندمدتی را که کودکان با از دست دادن والدین با آن مواجه می‌شوند، کاهش می‌دهد. دومین مداخله امیدوارکننده، درمان مولفه‌های تروما و سوگ^۶ (TGCT) است که توسط لاین و همکارانش (۲۰۰۸) ایجاد شده است. درمان مولفه‌های تروما و سوگ یک درمان گروهی برای نوجوانانی است که در 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 (آسیب‌زای) دوران کودکی^۷ (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 گواه نشده^۸ نشان داد که کودکانی که تحت درمان شناختی-رفتاری برای سوگ تروماتیک (آسیب‌زای) دوران کودکی قرار

1. family interventions for bereaved children
2. group therapy for children
3. group therapy for children bereaved by the suicide of a relative
4. generic indices of distress
5. family bereavement program (FBP)
6. trauma and grief component therapy (TGCT)
7. cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG)
8. uncontrolled studies

گرفتند، بهبود قابل توجهی در علائم سوگ تروماتیک (آسیب‌زای) دوران کودکی و اختلال استرس پس از سانحه 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، برنامه سوگ خانواده و درمان مولفه‌های تروما و سوگ محدود به یک فرمت مبتنی بر گروه^۱ 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 داغ‌دیده والدین^۲ (FBP) یا کودکانی که در معرض مرگ‌های تروماتیک هستند (درمان شناختی-رفتاری برای سوگ آسیب‌زای دوران کودکی و درمان مولفه‌های تروما و سوگ) محدود شده‌اند، و این رویکردها را برای استفاده با سایر گروه‌های کودکان داغ‌دیده کمتر مناسب می‌سازد. تأثیر این درمان‌ها بر علائم اختلال سوگ طولانی مدت 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، 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 آسیب‌پذیری کودکان و نوجوانان در برابر آن، نتایج این پژوهش می‌تواند برای مراکز بالینی، بیمارستان‌های روانی، درمانگران و پژوهشگران مفید و سودمند باشد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان سوگ کودکان داغ‌دیده پدر یا مادر ناشی از بیماری کووید-۱۹ بود. بنابراین سوال پژوهش حاضر بدین قرار است: ۱- آیا درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان سوگ کودکان داغ‌دیده پدر یا مادر ناشی از بیماری کووید-۱۹ در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟ ۲- آیا درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان سوگ کودکان داغ‌دیده پدر یا مادر ناشی از بیماری کووید-۱۹ در مرحله پیگیری موثر بود؟

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

1. group-based format
2. parentally bereaved children

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) براساس 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 حداث 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 ۳ ماهه گذشته مصرف کرده است؛ ابتلا به مانیا یا یک اختلال سایکوتیک؛ و عدم وجود ملاک‌های ورود منجر به خروج از پژوهش شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سوگ طولانی مدت کودکان^۱ (IPG-C). این پرسشنامه دارای ۳۰ آیتم است و توسط اسپویج و همکاران در سال ۲۰۱۱ برای ارزیابی نشانه‌های سوگ در بین کودکان و نوجوانان طراحی شده است. به اعتقاد اسپویج (۲۰۱۱) پرسشنامه سوگ طولانی مدت برای کودکان (IPG-C) برای ارزیابی علائم اختلال سوگ طولانی مدت (PGD) در بین کودکان و نوجوانان طراحی شده است و در نمونه‌های مختلف، همسانی درونی، ثبات زمانی و روایی همزمان و سازه این پرسشنامه‌ها تایید شده است. IPG-C را می‌توان در پژوهش‌های مربوط به علل و پیامدهای PGD، و اثربخشی مداخلات سوگ، برای کودکان و نوجوانان استفاده کرد. نمونه‌هایی از سوالات این پرسشنامه عبارتند از "من دوست دارم به مکان‌هایی بروم که فرد متوفی را به یادم می‌آورد" یا "از وقتی که او (پدر یا مادر) فوت کرده است، دوست داشتن افراد دیگر برایم سخت شده است". پاسخ دهندگان، فراوانی هر کدام از علائم را در طی ماه‌های قبل، بر روی یک طیف سه درجه‌ای (۱=هرگز، ۲=گاهی اوقات، ۳=همیشه) درجه بندی می‌کنند. پژوهش اسپویج و همکاران (۲۰۱۱) از ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه به خوبی حمایت می‌کند (آلفای کرونباخ ۰/۹۱). نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از همبستگی مطلوب این پرسشنامه با پرسشنامه‌های آسیب پس از تروما در کودکان و پرسشنامه افسردگی کودکان بود (ملهم و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد. همچنین برای سنجش روایی این پرسشنامه از روش روایی سازه همگرا استفاده شد که میزان

1. Inventory of Prolonged Grief for Children (IPG-C)

همبستگی پرسشنامه پژوهش حاضر با پرسشنامه سوگ کودکان (TGIF) (دیرگرو، یوله، اسمیت، پرین، جستاد و پرینگستون، ۲۰۰۱؛ به نقل از حسینی پور، ۱۳۹۱)، بیانگر روایی مطلوب پرسشنامه سوگ طولانی مدت بود ($r=0/49$).

۲. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT). یک نسخه اصلاح شده از درمان شناختی رفتاری (CBT) است، یک مداخله مبتنی بر شواهد که تفکر منفی^۱ را هدف قرار می‌دهد. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در دهه ۱۹۹۰ معرفی شد و در ابتدا برای کودکان خردسالی که آزار جنسی را تجربه می‌کردند، معرفی شد. با این حال، پژوهش‌ها از سال ۱۹۹۶ تا به امروز نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما برای مشکلات عاطفی و رفتاری مختلف مرتبط با یک یا چند رویداد تروماتیک، از جمله اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، اضطراب و سوگ موثر است. 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. ۳۰ سال پژوهش بر روی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما نشان داده است که آن را در درمان اختلال استرس پس از سانحه در کودکان بسیار موثر است. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (TF-CBT)، نتیجه کار سه متخصص ترومای دوران کودکی، یعنی جودیت کوهن، استر دبلینگر و آنتونی مانارینو است. هر سه نفر، متخصصان شناخته شده در زمینه سوء استفاده جنسی و ترومای^۲ کودکان و نوجوانان هستند.

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

جلسه	فرایند جلسه
اول	معرفه، مقدمه‌ای بر مدل؛ آموزش روانی؛ شناسایی احساسات؛ مهارت‌های تعدیل عاطفی.
دوم	مهارت‌های آرمیدگی به منظور معکوس کردن هرگونه تغییرات فیزیولوژیکی و تسلط بر تجربیات استرس‌زای ذهنی/خود تسکین دهنده (جلسه والدین: مهارت‌های مدیریت والدین)
سوم	مقدمه‌ای بر سه گانه (تریاد) شناختی؛ یعنی روابط میان افکار، احساسات و رفتارها، و یادگیری جایگزینی افکار مفید و دقیق تر به جای افکار منفی
چهارم	مروری بر مهارت‌های مقابله‌ای؛ مقدمه‌ای بر منطق و دلیل روایت و پردازش تروما
پنجم تا ششم	روایت ترومای کودک از رویدادها مربوط به مرگ؛ پردازش شناختی به منظور غلبه بر اجتناب از خاطرات آسیب‌زا؛ و شناسایی تحریف‌های شناختی؛ زمینه سازی تجربیات آسیب‌زا کودک در چهارچوب بزرگتر کل زندگی کودک.
هفتم	جلسه مشترک والد-کودک: کودک ترومای خود را با والد در میان می‌گذارد؛ شناسایی و آماده شدن برای یادآورنده‌های تروما در آینده
هشتم	یادآورنده‌های تروما در آینده
نهم	مقدمه‌ای بر سوگ؛ آموزش روانی در مورد واکنش‌های سوگ
دهم	بازشناسی و نامگذاری آنچه از دست رفته است

1. negative thinking
2. sexual abuse and trauma

یازدهم	و مسائل حل نشده و احساسات دوسویه در مورد متوفی
دوازدهم	
سیزدهم	ایجاد خاطرات مثبت از متوفی/ یادگاری
چهاردهم	تعهد مجدد به روابط مستمر و جدید، معنا بخشیدن به فقدان تروماتیک
پانزدهم	و جلسه مشترک والدین و فرزند: به اشتراک گذاری خاطرات مثبت. چرخه ی زندگی؛ پیش‌بینی، آماده‌سازی و
شانزدهم	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 مقیاس سوگ کودکان (IPG-C) (اسپویج و همکاران، ۲۰۱۱) از هر دو گروه در جلسه نخست دریافت شد و سپس بر روی گروه آزمایش، دوازده جلسه درمان شناختی- رفتاری متمرکز به تروما، به شیوه ی 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 کمیته ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری انجام شده است. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما) در مقطع ابتدایی (پایه چهارم، پنجم و ششم) در حال تحصیل بودند. ۶۴/۳ شرکت‌کنندگان را دختر و ۳۵/۷ را پسر تشکیل می‌دادند. ۵۰ درصد کل شرکت‌کنندگان 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، پس‌آزمون و پیگیری نشانگان سوگ

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانگان سوگ	آزمایش گواه	۶۳/۱۴	۶/۴۳	۵۶/۷۱	۰/۹۷	۵۶/۵۷	۵/۴۰
		۶۳/۸۶	۷/۱۶	۶۳/۷۰	۶/۸۱	۶۳/۴۳	۶/۷۷

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون نشانگان سوگ در گروه آزمایش (TF-CBT) و گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون میانگین نمرات نشانگان سوگ 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 آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	شاپیرو ویلکز		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
نشانگان سوگ	آزمایش گواه	۱۵	۱/۳۱۱	۲۶	۰/۰۲۸	۰/۷۸۰	۰/۹۶
		۱۵	۰/۹۵۶	۲۶	۰/۰۶۴	۰/۸۶۸	۰/۶۷۷

همانگونه که در جدول ۳ نشان داده شده است مقادیر آماره شاپیرو ویلکز در نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، نشانگان سوگ در کودکان داغ‌دیده به تفکیک گروه آزمایش و گواه در متغیرها معنی دار است که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است. با توجه به سطح معنی داری بالاتر از ۰/۰۵ نمرات آزمون F در آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج نشان می‌دهد که مفروضه کرویت برقرار است و با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون همگنی واریانس (کرویت موخلی) مقادیر معنی دار نمی‌باشد، بنابراین همگنی واریانس‌ها در سه نوبت مطالعه تایید می‌گردد. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول بعد ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با گروه بندی، مراحل درمانی و تعامل متقابل

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر
نشانگان سوگ	گروه	۴۹۵/۴۲۹	۱	۴۹۵/۴۲۹	۴/۶۹۷	۰/۰۴	۰/۱۵۳
	مراحل درمان	۱۷۱/۵۰۰	۱	۱۷۱/۵۰۰	۱۱/۲۴۸	۰/۰۲	۰/۳۰۲
	تعامل گروه و مراحل درمان	۱۳۲/۰۷۱	۱	۱۳۲/۰۷۱	۸/۶۶۲	۰/۰۱	۰/۲۵۰

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح $0/01$ معنی دار است. به طور مشخص در تعامل گروه و مراحل درمان برای نشانگان سوگ ($0/250$), $\eta^2 = 0/01$, $F=8/662$, $P < 0/01$) بدست آمده است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات نشانگان سوگ کودکان داغ‌دیده در مراحل سه‌گانه 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 ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت تعیین تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیش‌آزمون	مرحل ۱	مرحل ۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی داری
نشانگان سوگ	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۲۸۶	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۵۰۰	۱/۰۴۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۱۰	۰/۸۹۶	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمرات نشانگان سوگ 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 نشانگان سوگ 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 بر نشانگان سوگ، تنظیم شناختی هیجان و مشکلات درونی سازی شده کودکان انجام شده است. مرگ پدر، مادر، خواهر، برادر یا یکی از عزیزان، یکی از شایع‌ترین و ناراحت‌کننده‌ترین اشکال تروما در میان کودکان و نوجوانان است (کاپلو و همکاران، ۲۰۲۰). سوگ دوران کودکی با طیفی از مشکلات سلامت روانی و رفتاری، از جمله افسردگی، استرس پس از سانحه، مصرف مواد، کاهش عملکرد تحصیلی و رفتارهای مرتبط با خودکشی مرتبط است (هیل و همکاران، ۲۰۱۹؛ لاین و کاپلو، ۲۰۲۰). علی‌رغم این یافته‌ها، بیشتر کودکان سوگواری به‌طور سازگارانه سوگواری می‌کنند و عملکرد طبیعی خود را در سراسر حوزه‌های زندگی حفظ می‌کنند، اما زیرگروهی از کودکان سوگواری از نظر بالینی پریشانی قابل توجه و اختلال در عملکرد را تجربه می‌کنند. مشخص گردید درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما منجر به کاهش نشانه‌های سوگ در کودکان داغ‌دیده می‌شود. این یافته، با نتایج پژوهش معینی (۱۳۹۷)، رجبی و همکاران (۱۳۹۷)، سالمی و همکاران (۱۳۹۶) و همچنین سرنینجا، ویمز، کوهن، امیاجکسون و جوتربا (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 می‌آوردند 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 بازپدیدآوری مکرر موضوع‌ها و رویدادهای مهم، احساسات و هیجان‌های خود را برون ریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش یافته‌تر کنترل هیجان را برگزینند. مشابه درمان شناختی-رفتاری، تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما 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 (قرلسفلو و همکاران، ۲۰۱۹).

بخش اساسی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما، ارائه زمان برابر به والدین است. درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما 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، درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما 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 انعطاف‌پذیری کلی کمک کند. به نظر می‌رسد مجموعه‌ای این عوامل می‌توانند دریچه تازه‌ای از امکانات و ظرفیت‌های شناختی و عاطفی جهت تنظیم هیجان پیش روی کودکان بگشایند. محدودیت‌های پژوهش جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه یعنی کودکان ۹ تا ۱۱ ساله (پسر و دختر) شهرستان ساری بودند، که امکان تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر را با احتیاط مواجه می‌کند. شرکت کنندگان در انتخاب اولیه به صورت هدفمند در آزمایش شرکت کردند، لذا ممکن است نتایج تحت تاثیر اثر مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد با توجه به این که این پژوهش بر روی جامعه کودکان ۹ تا ۱۱ ساله (پسر و دختر) کودکان ۹ تا ۱۱ ساله (پسر و دختر) انجام شده است. پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود. با توجه به اینکه یکی از گرایش‌های بحث انگیز و قابل توجه حوزه‌ی روان‌شناسی و مشاوره که امروزه به طور گسترده مورد توجه قرار گرفته است، حیطه کودکان می‌باشد پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان کودک از یافته‌های این پژوهش استفاده نمایند. پیشنهاد می‌شود از روش درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما برای مشاوره سوگ در کودکان در مراکز مشاوره استفاده شود.

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 کمیته ی 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، مفهوم‌سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

- سالمی، صفورا، نعیمی، عبدالزهرا، زرگر، یداله، 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، 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, Lauren M., Dodd, Cody G.; Oosterhoff, Benjamin; Hill, Ryan M.; Rolon-Arroyo, Benjamin; Logsdon, Tami; Layne, Christopher M.; Kaplow, Julie B. (2020). Caregiver behaviors and childhood maladaptive grief: Initial validation of the Grief Facilitation Inventory. *Death Studies*. Pp 1-8.
- 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.
- 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., Keijser, 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.(2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. *Journal of interpersonal violence*;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. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG) *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 45:1465–1473.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Ghezelseflo, M., Saadati, N., & Rostami, M. (2019). Effectiveness of trauma-based cognitive-behavioral therapy on adjustment after divorce. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*, 4(2), 89-106.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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, Maseko, J. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Journal of Health Psychology. 24*: 422-9.
- Salemi, S., Naami, A., Zargar, Y., & Davodi, I. (2016). The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on social competence and emotional regulation of abused children. *Social psychology researches. 6*(23): 76-65. (In Persian)

- 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.
- 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.
- 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*. 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. (In Persian)
- 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 bereavement symptoms 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 (TF-CBT) on reducing bereavement symptoms 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 instrument used in this study included the Children's Bereavement Scale (IPG-C) (Spwiche et al., 2011). 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 cognitive-behavioral therapy focused on trauma led to the reduction of grief symptoms ($F=4.69$; $P<0.05$) of bereaved children. 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 the symptoms of bereavement in children and can lead to improving the mental health of bereaved children.

Keywords: *trauma-focused cognitive behavioral therapy, symptoms of grief.*

1. Master's student, 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