



The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on alexithymia and complex post-traumatic stress disorder in Girls Foster children

Zivar Soltani Ghahfarokhi¹ , Mohammad Bagher Kajbaf^{2*} , Shole Amiri³ ,
Hossein Ali Mehrabi⁴

1. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: zsoltani@edu.ui.ac.ir
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: s.amiri@edu.ui.ac.ir
4. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: h.mehrabi@edu.ui.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 05 Jun 2025

Revised: 07 Nov 2025

Accepted: 08 Dec 2025

First Published: 19 Sep 2026

Keywords:

Alexithymia,
Cognitive-Behavioral
Therapy, Complex Post-
Traumatic Stress Disorder,
Foster Children

ABSTRACT

This study aimed to investigate the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on alexithymia and complex posttraumatic stress disorder in foster children. This study was a quasi-experimental study with an experimental group and a control group and was conducted as a pre-test, post-test, and one-month follow-up. The study population consisted of 9 to 11-year-old girls living in foster care in Isfahan in 2023. Considering the inclusion and exclusion criteria and using the convenience sampling method, two foster care, each consisting of 10 children, were selected as the intervention and control groups. The International Trauma (ITQ) and Alexithymia Questionnaire for Children (CAM) was used to collect data. The trauma-focused cognitive behavioral therapy intervention was conducted over 10 weekly sessions—individually for the children and in a group format for the caregivers. Data analysis was performed using the mixed multivariate analysis of variance method using SPSS software, version 27. The results showed that trauma-focused cognitive behavioral therapy significantly reduced complex post-traumatic stress and alexithymia in the subjects in the post-test phase, and this reduction was maintained until the follow-up phase. The findings also showed that the effect of treatment on reducing complex post-traumatic stress in foster children was greater than that of alexithymia. Accordingly, it can be said that trauma-focused cognitive-behavioral therapy can be considered as an effective treatment for some psychological disorders of foster children.

Cite this article: Soltani Ghahfarokhi, Z., Kajbaf, M. B., Amiri, S., & Mehrabi, H. A. (2026). The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on alexithymia and complex post-traumatic stress disorder in Girls Foster children. (e108857). *Journal of Applied Psychological Research*, (In Press/ Accepted). <https://doi.org/10.22059/japr.2026.394330.645271>



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.394330.645271>

© The Author(s).

The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on alexithymia and complex post-traumatic stress disorder in Girls Foster children

Extended Abstract

Aim

Foster children reside in welfare centers that are responsible for caring for and raising orphaned/abused children (Soltani et al., 2024). The most common mental health problems of these children include major depression, oppositional defiant disorder/conduct disorder (Engler et al., 2022), alexithymia, and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) (Moussavi et al., 2024). As acknowledged, emotional alexithymia is one of the mental health problems of children in foster care, which is characterized by a disorder in the ability to understand and acknowledge emotions as a multidimensional (Putica, 2024). Another mental health problem of foster children that was mentioned is post-traumatic stress disorder, which is complex and characterized by clusters of symptoms of post-traumatic stress disorder and three clusters of symptoms related to disorders in self-organization, including negative self-concept, affective dysregulation, and relationship disorders (Fung et al., 2024).

Skill-based therapies, such as Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) (Cohen et. al, 2012), may be appropriate for children with alexithymia. The compulsive nature and external focus of these individuals make it easier to follow structured exercises and behavioral recommendations (Putica, 2024). This therapy can help children with alexithymia improve their ability to identify, describe, and regulate emotions (Rezaei et al., 2022; Vermaghani et.al, 2018). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy has been used successfully for children with a variety of traumatic experiences and those with complex posttraumatic stress disorder (Jensen et al., 2022). Accordingly, the present study was conducted by adding to the richness of the research literature and with the aim of determining the effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on alexithymia and complex post-traumatic stress disorder in foster children.

Methodology

The present study was conducted using a quasi-experimental method with an experimental group and a control group and evaluated as a pre-test/post-test and a one-month follow-up. The statistical population consisted of 9-11 year-old girls living in foster care in Isfahan in 2023. The desired sample was selected using the available method. Finally, two foster cares were selected as trauma-focused cognitive-behavioral therapy groups and control (waiting list) groups, each group consisting of 10 children.

The inclusion criteria were:

1. living in foster care,
2. being 9 to 11 years old,
3. not receiving psychological therapy or psychological drug treatments at the time of the study,
4. the child's willingness to participate in the study,
5. the guardian's consent for the child's participation in the study.

The exclusion criteria included:

1. If the participant missed at least two treatment sessions

Research tools include:

1. Children's Alexithymia Measure (CAM): Developed by Way et al. (2010), To be completed by a parent or caregiver who knows the child, paper-and-pencil instrument. This scale has a unidimensional factor structure and does not have subscales (Hobson& van den Bedem, 2021).
2. International Trauma Questionnaire (ITQ): Developed by Cloitre et al. (2018), this self-report, paper-and-pencil instrument (Haselgruber et al., 2021).

Intervention Protocol: Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for foster children settings was conducted in 10 sessions, one session per week, individually for children (60 minutes) and in groups for caregivers (90 minutes), by the first author in foster care. The training in each session was based on pencil and paper assignments, workbooks, and discussions, and was based on addressing emotions and using the connection between emotions, thoughts, and behavior. The control group did not receive treatment, but in order to maintain ethics in the research, this group was placed on a waiting list and received treatment after the end of the study. **Data Analysis:** The results were presented in the form of descriptive and inferential findings. In the descriptive section, the mean and standard deviation of the research variables were reported. In the inferential section, a 2×3 mixed multivariate analysis of variance was used to test the research hypotheses. SPSS software version 27 was used for data analysis.

Findings

In order to control for type I error, first, a multivariate mixed analysis of variance test was performed using Wilks' lambda statistic. The results showed that the group effect ($\lambda=0.462$, $F= (2, 4.757)$, $p=0.047$, $2\eta=0.238$), the time effect ($\lambda=0.303$, $F= (4.614)$, $p<0.001$, $2\eta=0.697$) and most importantly the interaction effect between them ($\lambda=0.219$, $F= (4.737)$, $p<0.001$, $2\eta=0.781$) were significant. In order to explore the results of the multivariate test, univariate mixed analysis of variance tests was performed.

The results show that in the posttraumatic stress variable, all three effects of time ($F = (1.2, 8.20) = 810.27$, $p < 0.001$, $2\eta = 0.607$), group effect ($F = (1.18) = 402.5$, $p = 0.032$, $2\eta = 0.231$), and most importantly, the interaction effect between them ($F = (1.2, 8.20) = 4958.058$, $p < 0.001$, $2\eta = 0.732$) were significant. In the variable of emotional alexithymia, the effect of time ($F = (4.306, 1.3, 4.25)$, $p = 0.048$, $2\eta = 0.122$), the effect of group ($F = (1.18, 4.511, 1.8, 4.043)$, and most importantly, the interaction effect between them ($F = (4.855, 1.8, 4.25)$, $p = 0.018$, $2\eta = 0.245$) were significant. Given the significance of the interaction effects between group and time in both variables, the simple effects of the factors of time and group were examined using the Bonferroni post hoc test and were reported in the table1 below.

Table1. Pairwise comparison of mean scores of complex posttraumatic stress and alexithymia by assessment stage

Variable	Means compared		Mean difference	Standard error	significance	Cohen's d
CPTSD	Post-test	Pre-test	-11/400	1/390	<0/001	-1/177
	Follow-up	Pre-test	-12/400	1/284	<0/001	-1/246
	Follow-up	Post-test	-1/000	0/445	0/037	-0/159
Alexithymia	Post-test	Pre-test	-5/500	1/822	0/007	-0/984
	Follow-up	Pre-test	-3/000	1/827	0/005	-0/485
	Follow-up	Post-test	2/500	0/766	0/118	0/419

According to Table 1, within-group comparisons show that the mean scores of complex posttraumatic stress in the treatment group were 11.4 points lower at posttest and 12.4 points lower at follow-up than at pretest ($p<0.001$). These results indicate the effectiveness of the treatment in reducing complex posttraumatic stress.

In alexithymia, within-group comparisons show that the mean scores of this variable in the treatment group were 5.5 points lower at posttest and 3.0 points lower at follow-up than at pretest ($p<0.01$). These results indicate the effectiveness of the treatment in reducing alexithymia. Finally, the effect sizes indicate that the effect of the treatment on reducing complex post-traumatic stress was greater than that on alexithymia.

Conclusion

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on alexithymia and complex posttraumatic stress disorder in foster children .The first finding showed that trauma-focused cognitive-behavioral therapy was effective in reducing emotional alexithymia, and this effect was maintained at the follow-up stage. The closest studies to the present study that are consistent with the results of the first finding of the present study include those by Gohari et al. (2023), Putica (2024), and Tsubaki and Shimizu (2024).

Studies have shown that foster children with alexithymia settings do not have the ability to use emotions for adaptive coping and their arousal state remains active (Moussavi et al., 2024). On the other hand, the results obtained can be explained based on attachment theory because alexithymia is usually associated with insecure attachment (Boisjoli & Hébert, 2020). Therefore, it seems that active presence and training in parenting skills for caregivers, who are actually substitute parents for children in pseudo-family settings, is a promising way to improve this disorder.

The second finding showed that trauma-focused cognitive-behavioral therapy was effective in reducing symptoms of complex posttraumatic stress disorder, and this effect was maintained at follow-up. The results of the present study are consistent with the findings of studies by Reed et al. (2021), Ross et al. (2020), Murphy et al. (2021), Putica (2024), and Ghazizadeh (2019) based on the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on complex posttraumatic stress disorder.

Based on the results of studies conducted on trauma-focused cognitive-behavioral therapy, this therapy is an effective treatment for reducing the symptoms of posttraumatic stress disorder, which shares symptoms (here and now re-experiencing, avoidance, and a sense of present threat) with complex posttraumatic stress disorder (Putica, 2024). Therefore, it is not far-fetched to expect that this therapy will also reduce the symptoms of complex posttraumatic stress disorder.

The final finding showed that the effect of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on reducing complex posttraumatic stress disorder was greater than that of alexithymia. It is important to note that, based on the research background, trauma-focused cognitive-behavioral therapy was initially designed for people with posttraumatic stress disorder and then applied to other people with various types of traumatic experiences (Cohen et al., 2012). This makes this treatment a specific treatment for disorders that are cognate with posttraumatic stress disorder according to the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) (Kliethermes et al., 2025), and therefore the relative superiority of this treatment in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder can be justified.

In fact, the aim of this study in the applied field is to provide effective treatment strategies for some common and underlying psychological problems of children with traumatic experiences. Considering the negative consequences of alexithymia and complex posttraumatic stress disorder in the social, behavioral, emotional, and physical domains that affect the child's overall functioning, should be paid to identifying the types of treatment and elements that can be more effective in reducing the effects of alexithymia and complex posttraumatic stress disorder in foster children, and the present study has addressed the importance of this issue from a clinical and research perspective.

However, the present study also had some limitations. The sample size was small and only included girls. Some of the supervisors of the foster care present in the study were not willing to participate fully, and accordingly, the researcher could not use random assignment in determining the intervention and control groups.

It is suggested that future studies should also examine the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on other psychological variables related to the mental health of foster children. It is also suggested that longitudinal and qualitative studies be conducted. In addition, training in trauma-focused cognitive-behavioral therapy for psychologists of foster care is suggested as a practical solution.

Keywords: *alexithymia, cognitive-behavioral therapy, complex post-traumatic stress disorder, Foster children*

Ethical Considerations

The overall intervention process and the content of its sessions were approved by the Research Ethics Committee of the University of Isfahan with the ethics code IR.UI.REC.1400.087. This study also has the code IRCT20211213053378N1 from the Iranian Clinical Trial Registration Center.

Acknowledgments and Funding

The authors acknowledge that they have not received any financial support for all stages of the research.

Conflict of Interest

According to the authors, this article was conducted without receiving financial support and has no conflict of interest.

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده دختران شبه‌خانواده

زیور سلطانی قهفرخی^۱، محمداقبر کجیاف^{۲*}، شعله امیری^۳، حسینعلی مهرابی^۴

^۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران رایانامه: zsoltani@edu.ui.ac.ir

^۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

^۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: s.amiri@edu.ui.ac.ir

^۴. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. رایانامه: h.mehrabi@edu.ui.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده کودکان شبه‌خانواده بود. روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با گروه آزمایش و گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش/ پس آزمون و پیگیری یک ماهه انجام گرفت. جامعه پژوهش را دختران ۹ تا ۱۱ ساله ساکن در مراکز شبه‌خانواده شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲ مرکز شبه‌خانواده که هر کدام شامل ۱۰ کودک بود به عنوان گروه‌های مداخله و کنترل انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های بین‌المللی تروما (ITQ) و اندازه‌گیری ناگویی هیجانی برای کودکان (CAM) استفاده شد. مداخله درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی در ۱۰ جلسه، هر هفته یک جلسه، به صورت فردی برای کودکان و به صورت گروهی برای مراقبان انجام شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس آمیخته با نرم افزار SPSS، ورژن ۲۷ انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی استرس پس از سانحه پیچیده و ناگویی هیجانی در مرحله پس‌آزمون را به صورت معناداری کاهش داد و این کاهش تا مرحله پیگیری نیز حفظ شد. همچنین اثر درمان بر کاهش استرس پس از سانحه پیچیده بیشتر از ناگویی هیجانی بود. بنابراین درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی می‌تواند به عنوان درمان مؤثری برای برخی اختلالات کودکان شبه‌خانواده در نظر گرفته شود.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۸/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۷

انتشار آنلاین: ۱۴۰۵/۰۶/۲۸

کلیدواژه‌ها:

اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، درمان شناختی- رفتاری، کودکان شبه‌خانواده، ناگویی هیجانی

استناد: سلطانی قهفرخی، ز.، کجیاف، م. ب.، امیری، ش. و مهرابی، ح. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده دختران شبه‌خانواده. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (پذیرش شده/ آماده انتشار).

<https://doi.org/10.22059/japr.2026.394330.645271>

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2026.394330.645271>

© نویسندگان.



مقدمه

کودکان شبه‌خانواده^۱ در مراکز مردم نهاد بهزیستی اقامت دارند که وظیفه مراقبت و پرورش کودکان بی/بدرپرست را از زمان پذیرش تا ۱۸ سالگی به صورت دائم یا موقت به تفکیک سن و جنس و با هدف انتقال موقت یا دائم به خانواده یا جامعه را به عهده دارند (سلطانی و همکاران، ۱۴۰۳). تقریباً نیمی از کودکان شبه‌خانواده (۴۵ درصد) دارای اختلال سلامت روان در مقایسه با ۱۰ درصد جمعیت عمومی هستند (مادیگان و همکاران، ۲۰۲۵). از شایع‌ترین مشکلات سلامت روان این کودکان می‌توان به افسردگی اساسی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای/ اختلال سلوک (انگلر و همکاران، ۲۰۲۲)، رفتار ضداجتماعی (زیمل و همکاران، ۲۰۲۵)، مشکلات رفتاری (بشلیده و قربان، ۱۴۰۲)، اختلال دلبستگی اجتنابی (مادیگان و همکاران، ۲۰۲۵)، ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده^۶ (CPTSD) (موسوی و همکاران، ۲۰۲۴) اشاره کرد.

همانطور که اذعان شد ناگویی هیجانی یکی از مشکلات سلامت روان کودکان شبه‌خانواده است که با اختلال در توانایی درک و تأیید احساسات مشخص می‌شود. این اختلال یک سازه چند بعدی با دشواری در شناسایی احساسات^۷ به معنای ایجاد تمایز بین احساسات بدنی و هیجانات، دشواری در توصیف احساسات^۸ به معنای یافتن کلمات برای بیان احساسات، تفکر بیرونی^۹ به معنای سبک شناختی منعکس شده در یک حالت ارتباطی متمرکز بر جنبه‌های عینی و عملی و در نهایت با عدم تخیل^{۱۰} به معنای استفاده اندک از تخیل تعریف شده است (پوتیکا^{۱۱}، ۲۰۲۴).

میزان شیوع ناگویی هیجانی در بین کودکان از ۷.۳ درصد تا ۲۹.۹ درصد قابل تأمل است (پینا و همکاران^{۱۲}، ۲۰۲۰). پیامدهای منفی این اختلال در کودکان شامل افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، رفتارهای پرخطر، نافرمانی مقابله‌ای (شهابی‌وند و همکاران، ۱۴۰۲)، خودجرحی، خودکشی، علائم تجزیه، شکایت‌های جسمی (بارتلت و روشویچ^{۱۳}، ۲۰۱۸) است. علاوه بر این ناگویی هیجانی به عنوان پیش‌بینی‌کننده منفی درمان‌های پزشکی و روانی شناخته می‌شود و سطح کلی علائم هر نوع اختلال روانی را افزایش می‌دهد (پوتیکا، ۲۰۲۴؛ تسوباکي و شیمیز^{۱۴}، ۲۰۲۴). شیوع بالا، پیامدهای منفی، تأثیر منفی آن بر روندهای درمانی، توجه بالینی و پژوهشی را به این متغیر مخصوصاً در دوره حساس کودکی افزایش می‌دهد.

از دیگر مشکلات سلامت روان کودکان شبه‌خانواده که به آن اشاره شد، اختلال استرس پس از سانحه پیچیده است (موسوی و همکاران، ۲۰۲۴)، که با خوشه‌های علامت اختلال استرس پس از سانحه و سه خوشه علائم مربوط به اختلالات در خود سازماندهی^{۱۵} شامل خودپنداره منفی^{۱۶}، بی‌نظمی عاطفی^{۱۷} و اختلال در روابط مشخص می‌شود (فانگ و همکاران^{۱۸}، ۲۰۲۴). به دلیل سابقه مواجهه با عوامل آسیب‌زای اولیه مثل بی‌توجهی و سوء استفاده و عوامل استرس‌زای مرتبط با مراکز شبه‌خانواده از جمله بی‌ثباتی در جایگاه زندگی، احساس عدم تعلق و دشواری در تشکیل دلبستگی ایمن کودکان شبه‌خانواده عوامل استرس‌زای

1. Foster children
2. Madigan, et al.
3. Engler, et al.
4. Simmel, et al.
5. Madigan, et al.
6. Complex PTSD
7. Difficulties identifying feeling (DIF)
8. Difficulties describing feelings (DDF)
9. Externally oriented thinking (EOT)
10. Lack of imagination (IP)
11. Putica
12. Pinna et al.
13. Bartlett & Rushovich
14. Tsubaki & Shimizu
15. Self-organization (DSO)
16. Negative self-concept
17. Affective dysregulation
18. Fung et al.

مزمونی را تحمل می‌کنند (راس و همکاران^۱، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این تجمیع تجربیات نامساعد نه تنها شیوع بالای اختلال استرس پس از سانحه پیچیده را تبیین می‌کند (مورفی و همکاران^۲، ۲۰۲۱)، بلکه کودکان شبه‌خانواده را در برابر تنظیم هیجان که از مؤلفه‌های کلیدی اختلال استرس پس از سانحه است، آسیب‌پذیر می‌کند (بن راضی و همکاران، ۱۴۰۰).

علاوه بر این تجربیات کودکان شبه‌خانواده که قرار گرفتن در معرض ضربه روانی و بدرفتاری در دوران کودکی را شامل می‌شود بر ناگویی هیجانی تأثیر دارد (پوتیکا^۳، ۲۰۲۴). در واقع ناگویی هیجانی یکی از پیامدهای ضربه روانی است به طوریکه هم قرار گرفتن در معرض ضربه روانی (مستقل از وضعیت اختلال استرس پس از سانحه) و هم پیشرفت اختلال استرس پس از سانحه، ناگویی هیجانی را افزایش می‌دهد (دیتزر و همکاران^۴، ۲۰۲۳). به بیان دیگر ضربه روانی دوران کودکی به نوبه خود با ناگویی هیجانی (دوبی و همکاران^۵، ۲۰۲۴) و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده (هاسلگروبر و همکاران^۶، ۲۰۲۱) مرتبط است.

بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد، بیشتر پژوهش‌ها بر ناگویی هیجانی نوجوانان یا بزرگسالانی تمرکز داشته‌اند که در دوران کودکی تجربه ضربه روانی را داشته‌اند (مارتین و همکاران^۷، ۲۰۲۰). و در مورد ناگویی هیجانی کودکان کم‌سن‌تر به ویژه در دامنه سنی ۹ تا ۱۱ سال با تجربه ضربه روانی پژوهش‌های کمی وجود دارد (دیتزر و همکاران^۸، ۲۰۲۳) که از این جمله می‌توان به پژوهش‌های گوهری و همکاران (۱۴۰۲) و بویسجولی و هبرت^۹ (۲۰۲۰) اشاره کرد. همچنین تنها دو پژوهش ریید و همکاران^{۱۰} (۲۰۲۱) و راس و همکاران (۲۰۲۰) به طور خاص بر درمان اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در کودکان با تجربه ضربه روانی پرداخته‌اند. علاوه بر این پژوهشی بر روی کودکان شبه‌خانواده مبتلا به ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده انجام نگرفته است (سولوا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۰). این موضوع توجه پژوهشی را به گروه‌های مختلف با تجارب مختلف انواع ضربه روانی از جمله کودکان شبه‌خانواده معطوف می‌کند.

نکته قابل تأمل دیگر این است که اگرچه ناگویی هیجانی یک تشخیص روانپزشکی مجزا نیست اما درمان نشدن ناگویی هیجانی در دوران کودکی، آسیب‌پذیری نسبت به سایر اختلالات روانشناختی را افزایش می‌دهد (پینا و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین بررسی پیشینه‌های پژوهشی نشان می‌دهد اختلال استرس پس از سانحه پیچیده نیز همانند ناگویی هیجانی در میان افراد با تجربه ضربه روانی شایع است و علاوه بر این میزان همبودی بین اختلال استرس پس از سانحه پیچیده و اختلالات روانشناختی مختلف نیز زیاد است (هاسلگروبر و همکاران، ۲۰۲۱) و همین موضوع اهمیت دسترسی به مداخلاتی که بتوانند به کاهش سطح ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در جامعه و جمعیت بالینی کمک کنند را بیشتر می‌کند.

برخی مداخلات درمانی انجام گرفته برای کودکان با تجربه انواع ضربه روانی شامل درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه روانی^{۱۲} (کوهن و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۲)، روان‌درمانی کودک-والد^{۱۴} (مرسکی و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۶)، درمان مبتنی بر دلبستگی (قیاسی و

1. Ross et al.
2. Murphy et al.
3. Putica
4. Ditzer et al.
5. Dubé et al.
6. Haselgruber et al.
7. Martín et al.
8. Ditzer et al.
9. Boisjoli & Hébert
10. Reed et al.
11. Sölva, et al.
12. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)
13. Cohen et al.
14. Child-Parent Psychotherapy (CPP)
15. Mersky et al.

همکاران، ۱۴۰۰)، سیستم درمانی ضربه‌روانی^۱ (بارتلت و روشویچ^۲، ۲۰۱۸) است. از این میان، روش‌های درمانی مبتنی بر مهارت مانند درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی که یک رویکرد ساختارمند است و با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، بازسازی شناختی و مواجهه تدریجی با خاطرات آسیب‌زا و مشارکت فعال والدین در فرآیند درمان مشخص می‌شود، می‌تواند برای کودکان با ناگویی هیجانی مناسب باشد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۲). این درمان از طریق ارتقای آگاهی هیجانی، تسهیل نامگذاری و ابراز احساسات و اصلاح الگوهای تفکر به بهبود پردازش شناختی این افراد کمک می‌کند (رضایی و همکاران، ۱۴۰۲؛ ورمقانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ تسوباکی و شیمیز، ۲۰۲۴). علاوه بر این طبیعت اجباری و تمرکز بیرونی در افراد با ناگویی هیجانی، امکان رعایت تمرینات ساختاری و توصیه‌های رفتاری را بهتر فراهم می‌کند (پوتیکا، ۲۰۲۴). با این حال کمتر مشخص شده است که ناگویی هیجانی تا چه اندازه می‌تواند اصلاح شود. یافته‌های پژوهش‌هایی که به طور مستقیم ناگویی هیجانی را هدف قرار داده‌اند حاکی از کاهش آن پس از درمان هستند در حالی که پژوهش‌هایی که هیچ‌گونه مداخلات روانشناختی خاصی را برای ناگویی هیجانی به کار نبرده‌اند اما تغییرات آن را اندازه‌گیری کرده‌اند نتایج متناقضی را نشان می‌دهند (سالس و همکاران^۳، ۲۰۲۳). بنابراین انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه یک نیاز پژوهشی است.

درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی برای کودکان با انواع تجربه‌های ضربه روانی و مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه پیچیده با موفقیت استفاده شده است (جنسن و همکاران^۴، ۲۰۲۲). شایان ذکر است این درمان شامل مؤلفه‌های خاص درمان ضربه روانی و همچنین مؤلفه فرزندپروری است که آن را به رویکرد درمانی خاصی برای کودکان شبه‌خانواده تبدیل کرده‌است (کلیترمز و همکاران^۵، ۲۰۲۵). با این حال اگرچه این درمان برای کودکان مورد استفاده قرار گرفته است (مانند قاضی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹؛ شهابی‌وند و همکاران، ۱۴۰۰)، اما میزان موفقیت آن در کودکان شبه‌خانواده در پژوهش‌های اندکی مانند استرر و همکاران^۶ (۲۰۲۳) بررسی شده است. بنابراین انجام پژوهش‌های بیشتر به منظور بررسی اثربخشی این درمان در حوزه کودکان شبه‌خانواده دارای اهمیت است.

با استناد به مطالب ارائه شده و با توجه به نرخ بالای آسیب‌دیدگی و آسیب‌پذیری کودکان شبه‌خانواده و شیوع بالای مشکلات سلامت روان آنها و جلوگیری از ایجاد چرخه آسیب در جامعه، پرداختن به آسیب‌های پیچیده این کودکان و در نظر گرفتن درمان‌های روانشناختی مناسب برای بهبود آنها حائز اهمیت است. علاوه بر این کمبود نسبی پژوهش در حوزه کودکان شبه‌خانواده به فقدان اقدامات پیشگیرانه و مداخلات اثرگذار منتهی گردیده است. براین اساس پژوهش حاضر با افزودن بر غنای ادبیات پژوهشی و با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در کودکان شبه‌خانواده انجام گرفت. پژوهش حاضر با هدف قرار دادن ناگویی هیجانی به عنوان پیش‌بینی‌کننده قوی در مقاومت در برابر انواع درمان‌ها و همچنین اختلال استرس پس از سانحه پیچیده به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات کودکان شبه‌خانواده سعی دارد درمانی مؤثر برای کودکان شبه‌خانواده را معرفی کند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر با روش شبه‌آزمایشی با گروه آزمایش و گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش / پس آزمون و پیگیری یک ماهه انجام گرفت. جامعه آماری را دختران ۹ تا ۱۱ ساله‌ای که در بهار و تابستان سال ۱۴۰۲ در مراکز شبه‌خانواده شهر اصفهان ساکن

1. Truma Systems Therapy (TST)

2. Bartlett & Rushovich

3. Salles et al.

4. Jensen et al.

5. Kliethermes et al.

6. Esterer et al.

بودند، تشکیل دادند. به دلیل عدم دسترسی به لیست کامل کودکان شبه‌خانواده، امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، همچنین به دلیل محدود بودن اعضای جامعه کودکان شبه‌خانواده، نمونه مورد نظر به روش در دسترس انتخاب شد. علاوه بر این مطابق با قوانین سازمان بهزیستی امکان جا به جایی کودکان در مراکز نبود و پژوهشگر مجبور بود مراکز را به عنوان گروه‌های مداخله و کنترل انتخاب کند و امکان گمارش تصادفی وجود نداشت. حجم نمونه با روش تحلیل توان آماری و با کمک نرم افزار جی پاور^۱ بر آورد شد. بدین منظور خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸ در نظر گرفته شد. اندازه اثر نیز برابر با ۱/۱۴ بود که اندازه اثر بزرگی محسوب می‌شود و از فراتحلیل **تیلمان و همکاران**^۲ (۲۰۲۰) که یک فراتحلیل جامع از پژوهش‌های تصادفی شده درباره درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی برای کودکان و نوجوانان است، بدست آمد. براین اساس حجم نمونه در هر گروه ۸ نفر بر آورد شد اما با توجه به احتمال ریزش، حجم نهایی پژوهش ۱۰ نفر در هر گروه انتخاب شد. مطابق با قوانین بهزیستی در شهر اصفهان تعداد کودکان در هر مرکز شبه‌خانواده ۱۰ نفر است. بنابراین ۲ مرکز به عنوان گروه‌های درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی و کنترل (لیست انتظار) در نظر گرفته شدند. مشابه با پژوهش حاضر، در پژوهش **استووال و دوزیر**^۳ (۲۰۰۰) نیز تعداد نمونه دقیقاً ۱۰ کودک شبه‌خانواده و در پژوهش **ریزر و همکاران**^۴ (۲۰۲۴) تعداد نمونه در هر یک از گروه‌ها برابر با ۷ نفر است. ملاک ورود به پژوهش شامل زندگی در مرکز شبه‌خانواده، داشتن سن ۹ تا ۱۱ سال، عدم دریافت درمان روانشناختی و درمان‌های دارویی همزمان با اجرای پژوهش، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش توسط کودک و رضایت سرپرست برای شرکت کودک در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل شرکت نکردن در حداقل دو جلسه درمان بود.

ابزارهای سنجش

اندازه‌گیری ناکویی هیجانی برای کودکان (CAM)^۵

این پرسشنامه ابزاری ۱۴ گویه‌ای با مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) و دامنه نمرات قابل دریافت بین ۰ تا ۵۶ است و نمرات بالاتر اختلال ناکویی هیجانی شدیدتری را نشان می‌دهد و لازم به ذکر است که نمره گذاری معکوس ندارد و برای غربالگری کودکان ۵ تا ۱۷ ساله‌ای که در تشخیص و ابراز احساسات مشکل دارند توسط **وی و همکاران**^۶ (۲۰۱۰) طراحی شده است و به گونه‌ای است که توسط والدین یا مراقبی که کودک را می‌شناسد تکمیل می‌شود (**هابسون و ون‌دن‌بدم**^۷، ۲۰۲۱). این مقیاس دارای ساختار عاملی تک بعدی است و خرده مقیاس ندارد. نسخه اصلی پرسشنامه در پژوهش **وی و همکاران**^۸ (۲۰۱۰) هنجاریابی شده است و آلفای کرانباخ برابر با ۰/۹۲ گزارش شده است. در سایر پژوهش‌ها مانند پژوهش **هیرت و همکاران**^۸ (۲۰۲۱) برابر با ۰/۸۹ و پژوهش **هابسون و ون‌دن‌بدم** (۲۰۲۱) برابر با ۰/۹۱ بدست آمده است که از قابلیت اطمینان داخلی بالایی برخوردار است. در ایران پرسشنامه حاضر در پژوهش **سلطانی** (۱۴۰۳) هنجاریابی شده است که در آن روایی محتوایی پرسشنامه با نظر ۳ نفر از خبرگان حوزه روانشناسی، ساختار عاملی ابزار با تحلیل عاملی تأییدی (CFA) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت و شاخص برازش مدل شامل (CFI) بیشتر از ۰/۰۹ و (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸ در محدوده مطلوب گزارش شده‌اند. و در نهایت پایایی درونی با آلفای کرانباخ برابر با ۰/۹ به دست آمده است که نشان دهنده برخورداری ابزار از روایی و پایایی مناسب در جامعه ایرانی است. همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با روش آلفای کرانباخ برابر با ۰/۹۳ به دست آمد.

1. G*Power
2. Thielemann et al.
3. Stovall & Dozier
4. Risser et al.
5. Children's Alexithymia Measure (CAM)
6. Way et al.
7. Hobson & van den Bedem
8. Hébert et al.

پرسشنامه بین المللی تروما^۱ (ITQ)

این پرسشنامه برای ارزیابی اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در افراد ۹ تا ۱۸ سال توسط [کلوتر و همکاران^۲ \(۲۰۱۸\)](#) با ۱۸ گویه و مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) و دامنه نمرات قابل دریافت بین ۰ تا ۷۲ طراحی شده است. نمرات بالاتر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده شدیدتری را نشان می‌دهد، لازم به ذکر است که نمره گذاری معکوس ندارد و به گونه‌ای طراحی شده است که توسط کودک تکمیل می‌گردد. این پرسشنامه شامل سه خوشه علامت تجربه مجدد، اجتناب و تهدید در اختلال استرس پس از سانحه و سه خوشه علامت بی‌نظمی عاطفی، خودپنداره منفی و اختلال در روابط است ([هاسلگروبر و همکاران، ۲۰۲۱](#)). نسخه اصلی این پرسشنامه در پژوهش [کلوتر و همکاران \(۲۰۱۸\)](#) هنجاریابی شده است و آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش [وینگ و همکاران \(۲۰۲۱\)](#) برابر با ۰/۹۱ و در پژوهش [هاسلگروبر و همکاران \(۲۰۲۱\)](#) برابر با ۰/۸۹ بدست آمده است. در ایران، [بن راضی و همکاران \(۱۴۰۰\)](#) نسخه فارسی این پرسشنامه را هنجاریابی کرده‌اند که در آن آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸ بدست آمده است. همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرای مداخله

پژوهشگر پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه برای کسب مجوز اجرای مداخله به مسئولان امور اجتماعی و پژوهشی سازمان بهزیستی شهر اصفهان مراجعه و مسئولان را ترغیب به همکاری کرد. سپس نمونه انتخاب شده به دو گروه مداخله شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی و گروه کنترل تقسیم شدند. جلسات گروه مداخله مبتنی بر کتاب کار درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی برای کودکان و نوجوانان که توسط [کوهن و همکاران \(۲۰۱۲\)](#) طراحی شده است. جلسات مداخله توسط نویسنده اول و تحت نظارت ۳ نفر از اعضای هیئت علمی روانشناسی انجام شد. علاوه بر این نویسنده اول در دوره آموزش تکنیک‌های کاربردی در درمان شناختی- رفتاری که توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شده بود، شرکت کرده و گواهی این دوره را دارد. درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی از متداول‌ترین درمان‌ها با بیش‌ترین کارآزمایی بالینی تصادفی شده در کودکان ۳ تا ۱۸ ساله با تجربه انواع ضربه روانی است ([جنسن و همکاران^۳، ۲۰۲۲](#)). این درمان دارای شواهد محکمی برای بهبود علائم در جمعیت‌های مختلف کودکان آسیب‌دیده است ([کلیرمز و همکاران، ۲۰۲۵](#)). این درمان بر مبنای رویکرد شناختی- رفتاری و مبتنی بر مرحله است. مرحله اول؛ تنظیم هیجان و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، مرحله دوم؛ روایت ضربه روانی و مرحله سوم تثبیت را شامل می‌شود ([پوتیکا، ۲۰۲۴](#)). (برای اطلاع بیشتر از مبانی نظری و مدل مفهومی این درمان به [کوهن و همکاران \(۲۰۱۲\)](#) مراجعه کنید).

جلسات درمان درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی در جدول ۱ آورده شده است. درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی برای کودکان شبه‌خانواده در ۱۰ جلسه، هر هفته یک جلسه، به صورت فردی برای کودکان (۶۰ دقیقه) و به صورت گروهی برای مراقبان (۹۰ دقیقه)، توسط نویسنده اول و در مراکز شبه‌خانواده اجرا شد. آموزش در هر جلسه بر مبنای تکالیف مداد و کاغذی، کتاب کار، گفتگو و بر مبنای پرداختن به احساسات و استفاده از ارتباط احساسات، افکار و رفتار انجام شد. گروه کنترل درمانی دریافت نکردند اما به منظور حفظ اخلاق در پژوهش این گروه در لیست انتظار قرار گرفته و پس از پایان پژوهش درمان را دریافت کردند.

1. International Trauma Questionnaire (ITQ)

2. Cloitre et al.

3. Jensen et al.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی

جلسه	هدف	خلاصه محتوا
اول	آشنایی	آشنایی با درمانگر و ارائه اطلاعات درباره درمان، تعهد نسبت به حضور در جلسات، صحبت در مورد قوانین جلسات
دوم	آموزش روانی و فرزندپروری	تعریف ضربه روانی و پیامدهای آن، آگاه سازی در مورد ضربه روانی و واکنش به آن، آموزش رویکرد شناختی رفتاری به کودک و خانواده، ارائه مداخلات برای بهینه سازی مهارت‌های فرزندپروری مانند تمجید، توجه انتخابی، مهلت زمانی و برنامه های تقویت
سوم	تنظیم هیجان	مهارت‌های تنظیم هیجان (شناسایی احساسات، درجه بندی احساسات، مدیریت پاسخ به ضربه روانی)، موقعیت‌های دشوار شناسایی و برای گسترش دامنه ابراز هیجانی با کودک کار می‌شود، مهارت‌های شناسایی احساسات، توقف فکر و تصویرسازی مثبت، خودگویی مثبت، ایجاد حس ایمنی، افزایش مهارت‌های اجتماعی، بهبود مهارت‌های حل مسئله آموزش داده می‌شوند.
چهارم	آرامش	آموزش مهارت‌های تن آرامی (آرام سازی پیشرونده عضلانی و تنفس عمیق) و توضیح منطق انجام آنها، معکوس کردن تغییرات فیزیولوژیکی در اثر ضربه روانی، کمک بر تسلط کودک بر خودش.
پنجم	مقابله و پردازش شناختی	مهارت‌های مقابله‌ای شناختی (ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار، توقف افکار)-تعریف فکر، احساس و عملکرد (پیامد) و ارتباط بین آن‌ها- آموزش تکنیک توقف فکر بد، اصلاح تحریف- های شناختی مربوط به ضربه روانی
ششم	روایت ضربه روانی	بیان داستان ضربه روانی با استفاده از کتاب، شعر، آهنگ یا سایر روایت‌های مکتوب، استفاده از مهارت‌های آرام سازی در هنگام روایت، شناسایی خطاهای تفکر مربوط به داستان روایت شده
هفتم	تسلط محیطی در یادآورهای ضربه روانی	مهارت‌های مقابله‌ای مفید در هنگام یادآوری ضربه روانی، غلبه بر ترس‌های مرتبط با ضربه- روانی، آموزش تسلط به خود پس از یادآوری ضربه روانی
هشتم	جلسات مشترک کودک و مراقبان	جلسات ۱ ساعته است: ۱۵ دقیقه کودک، ۱۵ دقیقه مراقبان و ۳۰ دقیقه به صورت مشترک، به اشتراک گذاری روایت ضربه روانی، پیامدها و احساس‌ها در رابطه با به اشتراک گذاشتن داستان خود
نهم	افزایش ایمنی و توسعه آینده	افزایش حمایت‌های محیطی، برنامه ریزی ایمنی عمومی و مهارت‌هایی از قبیل شناسایی افراد و مکان‌های امن، آموزش تفاوت بین راز و خصوصی بودن و مرزها
دهم	جمع بندی	مرور و جمع بندی

روش تجزیه و تحلیل

نتایج در قالب یافته‌های توصیفی و استنباطی ارائه شدند. در قسمت توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش گزارش گردیدند. در بخش استنباطی، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته 3×2 استفاده گردید که در آن عضویت گروهی (گروه درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی یا گروه کنترل) به عنوان عامل بین گروهی و زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون گروهی وارد تحلیل شدند. متغیرهای وابسته نیز شامل اختلال استرس پس از سانحه پیچیده و ناگویی هیجانی بودند. برای تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۷ نرم افزار SPSS استفاده شد. میزان خطای نوع اول در همه تحلیل‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

توصیف جمعیت شناختی

بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت کنندگان در گروه مداخله $9/70 \pm 0/82$ و در گروه کنترل $10/10 \pm 0/74$ بود. به شکل میانگین، شرکت کنندگان گروه های مداخله و کنترل به ترتیب در سن $3/40 \pm 0/70$ و $3/80 \pm 0/63$ برای اولین بار وارد مراکز شبه خانواده شدند و به طور میانگین تاکنون به ترتیب $2/40 \pm 0/97$ و $2/20 \pm 0/92$ اقامت در مراکز مختلف را تجربه کرده اند. در نهایت اینکه میانگین مدت حضور گروه های مداخله و کنترل در مرکز کنونی به ترتیب برابر با $3/30 \pm 2/89$ و $2/45 \pm 1/50$ سال بود. نتایج آزمون های تی مستقل روی ویژگی های جمعیت شناختی نشان دادند که دو گروه در هیچ یک از متغیرهای سن ($p=0/268$, $t_{(18)}=-1/144$)، سن اولین ورود به مراکز شبه خانواده ($p=0/196$, $t_{(18)}=-1/342$)، تعداد مراکز تجربه شده ($p=0/641$, $t_{(18)}=0/474$) و مدت اقامت در مرکز کنونی ($p=0/423$, $t_{(18)}=0/826$) تفاوتی با هم نداشتند؛ بنابراین نیازی به کنترل این متغیرها وجود نداشت.

شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و همچنین وضعیت هنجار بودن و همگونی واریانس های آنها در جدول ۳ گزارش شده اند.

جدول ۲. آماره های توصیفی استرس پس از سانحه پیچیده و ناگویی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	آزمون شاپیرو-ویلک	آزمون لوین	معناداری
					W	F	
استرس پس از سانحه پیچیده	پیش آزمون	مداخله	24/90	9/62	0/988	0/283	0/601
	کنترل	25/50	11/50	0/955	0/731		
	پس آزمون	مداخله	13/50	6/31	0/927	1/301	0/269
	کنترل	27/30	10/87	0/921	0/363		
پیگیری	مداخله	12/50	6/31	0/891	0/174	1/329	0/264
	کنترل	27/10	11/02	0/912	0/297		
ناگویی هیجانی	پیش آزمون	مداخله	13/50	6/24	0/922	2/297	0/147
	کنترل	14/70	9/65	0/865	0/48		
	پس آزمون	مداخله	8/00	4/78	0/957	3/860	0/065
	کنترل	16/60	9/31	0/848	0/45		
پیگیری	مداخله	10/50	6/13	0/987	0/992	1/548	0/229
	کنترل	16/60	8/80	0/837	0/42		

همان طور که جدول ۲ نشان می دهد، میانگین های هر دو متغیر پژوهش در گروه مداخله پس از درمان کاهش یافته اند. نتایج آزمون های تی مستقل روی نمره های پیش آزمون نشان دادند دو گروه از نظر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده ($t_{(18)}=-0/127$)، $p=0/901$ و ناگویی هیجانی ($t_{(18)}=-0/330$, $p=0/745$) تفاوتی نداشتند. بنابراین نیازی به کنترل نمره های پیش آزمون وجود نداشت.

بررسی پیش فرض های آماری

قبل از انجام تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیره، پیش فرض های آن بررسی شدند. همان طور که جدول ۲ نشان می دهد، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشانگر آن بود که پیش فرض بهنجاری در بیشتر موارد برقرار بود ($p>0/05$). در معدودی از موارد، انحراف اندکی از بهنجاری وجود داشت اما با توجه به خدشه ناپذیری آزمون های تحلیل واریانس نسبت به انحراف خفیف تا متوسط داده ها از بهنجاری، نتایج این آزمون همچنان معتبر است (تاباکنیکو و همکاران^۱، ۲۰۱۸). همچنین مطابق با جدول ۲، پیش فرض همگونی

واریانس که توسط آزمون لوین بررسی شد برقرار بود ($p > 0.05$). به علاوه بر اساس نتایج آزمون ام-باکس، پیش فرض همگونی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار بود ($F_{(31, 119)} = 0.944$, $M = 31/512$, $p = 0.533$). در نهایت اینکه چون نتایج آزمون ماچلی نشان داد که پیش فرض کرویت برای CPTSD ($F_{(3, 114)} = 0.272$, $W = 0.001$, $p < 0.001$) و ناگویی هیجانی ($F_{(3, 114)} = 14.108$, $W = 0.436$, $p < 0.001$) برقرار نبود. بنابراین برای بررسی فرضیه‌ها از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده گردید.

آزمون فرضیه‌ها

به منظور کنترل خطای نوع اول، ابتدا آزمون تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیره با استفاده از آماره لامبدای ویلکز انجام گرفت. نتایج نشان داد که اثر گروه ($F_{(2, 17)} = 4.757$, $\lambda = 0.462$, $p = 0.047$, $\eta^2 = 0.238$)، اثر زمان ($F_{(4, 15)} = 8.614$, $\lambda = 0.303$, $p < 0.001$) و مهم‌تر از همه اثر تعامل بین آنها ($F_{(4, 15)} = 13.737$, $\lambda = 0.219$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.697$) معنادار بودند. به منظور کاوش نتایج آزمون چندمتغیره، آزمون‌های تحلیل واریانس آمیخته تک‌متغیره انجام شدند و در جدول ۳ گزارش گردیدند.

جدول ۳. تحلیل‌های واریانس آمیخته تک‌متغیره برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی بر استرس پس از سانحه پیچیده و ناگویی هیجانی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی*	میانگین مجذورات	مقدار F	p	اندازه اثر	توان آزمون
استرس	مراحل	۱/۲	۳۵۰/۴۰۰	۲۷/۸۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۷	۱/۰۰۰
پس از سانحه پیچیده	مراحل×گروه	۱/۲	۶۱۸/۱۳۳	۴۹/۰۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۲	۱/۰۰۰
	خطای مراحل	۲۰/۸	۲۲۶/۸۰۰	۱۰/۸۸۴	-	-	-
	گروه	۱	۱۴۰۱/۶۶۷	۵/۴۰۲	۰/۰۳۲	۰/۲۳۱	۰/۵۹۵
	خطای گروه	۱۸	۴۶۷۰/۶۰۰	۲۵۹/۴۷۸	-	-	-
ناگویی هیجانی	مراحل	۱/۳	۱۰۵/۹۲۷	۴/۳۰۶	۰/۰۴۸	۰/۱۲۲	۰/۲۲۶
	مراحل×گروه	۱/۳	۱۴۱/۷۰۰	۵/۸۵۵	۰/۰۱۸	۰/۲۴۵	۰/۷۰۶
	خطای مراحل	۲۵/۴	۴۳۵/۶۰۰	۱۸/۹۲۳	-	-	-
	گروه	۱	۶۹۵/۲۹۱	۴/۵۱۱	۰/۰۴۳	۰/۱۳۲	۰/۳۴۷
	خطای گروه	۱۸	۲۷۷۴/۳۰۰	۱۵۴/۱۲۸	-	-	-

*در مواردی که پیش فرض کرویت برقرار نبود، تصحیح گرینهاوس-گیسر روی درجات آزادی عامل زمان و تعامل انجام شد.

همان‌گونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، در متغیر استرس پس از سانحه هر سه اثر زمان ($F_{(1/2, 20/8)} = 27/810$, $p < 0.001$), اثر گروه ($F_{(1, 18)} = 5/402$, $p = 0.032$, $\eta^2 = 0.231$) و مهم‌تر از همه اثر تعامل بین آنها ($F_{(1/2, 20/8)} = 49/058$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.607$) معنادار بودند. در متغیر ناگویی هیجانی نیز اثر زمان ($F_{(1/3, 25/4)} = 4/306$, $p = 0.048$, $\eta^2 = 0.122$)، اثر گروه ($F_{(1, 18)} = 4/511$, $p = 0.043$, $\eta^2 = 0.132$) و مهم‌تر از همه اثر تعامل بین آنها ($F_{(1/18, 25/4)} = 5/855$, $p = 0.018$, $\eta^2 = 0.245$) معنادار بودند. با توجه به معناداری اثرهای تعامل بین گروه و زمان در هر دو متغیر، اثرهای ساده عامل‌های زمان و گروه با کمک آزمون تعقیبی بونفرونی بررسی گردیدند و در جدول ۴ گزارش شدند.

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمره‌های استرس پس از سانحه پیچیده و ناگویی هیجانی بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	میانگین‌های مورد مقایسه		تفاوت میانگین	خطای معیار	معناداری	d کوهن
استرس پس از سانحه پیچیده	پس آزمون	پیش آزمون	۱۱/۴۰۰	۱/۳۹۰	<۰/۰۰۱	-۱/۱۷۱
	پیگیری	پیش آزمون	۱۲/۴۰۰	۱/۲۸۴	<۰/۰۰۱	-۱/۲۴۶
	پیگیری	پس آزمون	۱/۰۰۰	۰/۴۴۵	۰/۰۳۷	-۰/۱۵۹
ناگویی هیجانی	پس آزمون	پیش آزمون	۵/۵۰۰	۱/۸۲۲	۰/۰۰۷	-۰/۹۸۴
	پیگیری	پیش آزمون	۳/۰۰۰	۱/۸۲۷	۰/۰۰۵	-۰/۴۸۵
	پیگیری	پس آزمون	۲/۵۰۰	۰/۷۷۶	۰/۱۱۸	۰/۴۱۹

مطابق با جدول ۴، مقایسه‌های درون‌گروهی نشان می‌دهند که میانگین‌های نمره‌های اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در گروه درمان در مرحله پس‌آزمون ۱۱/۴ نمره و در مرحله پیگیری ۱۲/۴ کمتر از مرحله پیش‌آزمون بودند ($p < 0/001$). این نتایج بیانگر اثربخشی درمان بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه پیچیده هستند.

در مورد ناگویی هیجانی نیز مقایسه‌های درون‌گروهی نشان می‌دهند که میانگین‌های نمره‌های این متغیر در گروه درمان در مرحله پس‌آزمون ۵/۵ نمره و در مرحله پیگیری ۳/۰ کمتر از مرحله پیش‌آزمون بودند ($p < 0/01$). این نتایج بیانگر اثربخشی درمان بر کاهش ناگویی هیجانی هستند. در نهایت بررسی اندازه‌های اثر نشان می‌دهد که اثر درمان بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه پیچیده بیشتر از ناگویی هیجانی بود.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در کودکان شبه‌خانواده بود. اولین یافته، نشان داد درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر کاهش ناگویی هیجانی مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز حفظ شده بود. از نزدیک‌ترین پژوهش‌ها به پژوهش حاضر که بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر ناگویی هیجانی تأکید دارند و با نتایج یافته اول پژوهش حاضر همسو هستند می‌توان به پژوهش‌های [گوهری و همکاران \(۱۴۰۲\)](#)، [پوتیکا \(۲۰۲۴\)](#) و [تسوباکی و شیمیز \(۲۰۲۴\)](#) اشاره کرد.

مطالعات نشان داده است که کودکان شبه‌خانواده مبتلا به ناگویی هیجانی به علت مشکل در تمایز، توصیف و تنظیم احساسات توانایی استفاده از هیجانات برای مقابله سازگارانه را ندارند و حالت برانگیختگی در آنها فعال باقی می‌ماند ([موسوی و همکاران، ۲۰۲۴](#)). از طرف دیگر ناگویی هیجانی اغلب به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای از طریق ایجاد فاصله بین خود و رویداد ناراحت‌کننده ناشی از ضربه روانی عمل می‌کند و یک عامل خطر برای اختلال استرس پس از سانحه است ([دوبی و همکاران، ۲۰۲۴](#)). بر همین اساس جلسات تنظیم هیجان و مقابله شناختی در درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی می‌تواند اثرات ناگویی هیجانی را به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای ناکارآمد کاهش دهند. از طرف دیگر نتیجه بدست آمده را می‌توان بر اساس نظریه دلبستگی تبیین کرد زیرا ناگویی هیجانی معمولاً با دلبستگی ناایمن همراه است ([بویسجولی و هبرت، ۲۰۲۰](#)). بنابراین به نظر می‌رسد حضور فعال و آموزش مهارت‌های فرزندپروری به مراقبان که در واقع برای کودکان شبه‌خانواده جایگزین والدین هستند، راهی امیدوارکننده برای بهبود این اختلال است.

از سوی دیگر مطابق با تعریف اختلال ناگویی هیجانی، افراد مبتلا تمایل به استفاده از اجتناب هیجانی دارند ([پینا و همکاران، ۲۰۲۰](#)). در همین راستا جلسات شناسایی احساسات در درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی که بر افزایش آگاهی کودکان در مورد ارتباط بین حالات فیزیولوژیکی و احساسات تمرکز دارند می‌تواند در کاهش علائم ناگویی هیجانی مؤثر باشد. از دیدگاهی دیگر نتایج برخی مطالعات نشان داده است که جلسات شناسایی احساسات می‌تواند برای درمانگر به عنوان چالش در نظر گرفته شود زیرا بسیاری از کودکان شبه‌خانواده با بی‌حسی عاطفی یا پاسخ‌های تجزیه‌ای مواجه هستند ([کلیترمز و همکاران، ۲۰۲۵](#)). در همین راستا و مطابق با نتایج پژوهش [بویسجولی و هبرت \(۲۰۲۰\)](#) این پاسخ‌ها که قبلاً برای سازگاری و حفاظت استفاده می‌شده‌اند دیگر سازگار نیستند و در صورتی که کودک دارای ناگویی هیجانی شدید باشد این جلسات نیاز به صرف زمان بیشتری دارد. در پژوهش حاضر نیز برای برخی از شرکت‌کنندگان جلسات پردازش شناختی دشوارتر و با سرعت کمتری پیش می‌رفت.

دومین یافته، نشان داد درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه پیچیده مؤثر بود و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز حفظ شده بود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های [ریید و همکاران \(۲۰۲۱\)](#)، [راس](#)

و همکاران (۲۰۲۰)، مورفی و همکاران (۲۰۲۱)، پوتیکا (۲۰۲۴) و قاضی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در یک راستا هستند.

بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعات انجام گرفته بر روی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر ضربه روانی، این درمان از درمان‌های مؤثر برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه است و این اختلال علائم مشترکی (تجربه مجدد در اینجا و اکنون، اجتناب و احساس تهدید فعلی) با اختلال استرس پس از سانحه پیچیده دارد (پوتیکا، ۲۰۲۴). بنابراین دور از انتظار نیست که این درمان باعث کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه پیچیده نیز شود. ساختار مفهومی این درمان در جلسات مرتبط با تنظیم هیجان و مهارت‌های مقابله‌ای به صورتی است که بر روی علائم مشترک با اختلال استرس پس از سانحه و بدتنظیمی هیجانی تأثیر گذار هستند (سولوا و همکاران، ۲۰۲۰). در واقع تمرکز این درمان بر مؤلفه‌هایی مانند آرامش، شناخت احساسات و افکار منفی، ارتباط بین فکر، احساس و رفتار، روایت ضربه روانی و تسلط محیطی در یادآورهای ضربه روانی تأثیر قابل توجهی بر علائم مشترک این دو اختلال دارد و در پژوهش حاضر درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر ضربه روانی توانسته در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه پیچیده مؤثر باشد.

یافته آخر، نشان داد اثر درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر کاهش اختلال استرس پس از سانحه پیچیده بیشتر از ناگویی هیجانی بوده است. توجه به این نکته در تبیین این موضوع حائز اهمیت است که بر مبنای پیشینه‌های پژوهشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر ضربه روانی در ابتدا برای مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه طراحی شده است و سپس برای سایر افراد با انواع تجربه ضربه روانی به کار گرفته شده است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۲). و این موضوع این درمان را درمانی اختصاصی برای اختلال‌هایی که مطابق با یازدهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۱ (ICD-11) با اختلال استرس پس از سانحه هم‌خانواده هستند (کلیترمز و همکاران، ۲۰۲۵)، قرار می‌دهد و بنابراین برتری نسبی این درمان در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه قابل توجه است.

بنابر نتایج بدست آمده، پژوهش حاضر تلویحات مهمی را در زمینه درمان ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در کودکان آسیب‌دیده و به خصوص کودکان شبه‌خانواده در اختیار ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و پژوهشگران قرار می‌دهد. در واقع هدف این پژوهش در حیطه کاربردی ارائه راهکارهای درمانی مؤثر برای برخی از مشکلات روانشناختی شایع و زیربنایی کودکان با تجربه ضربه روانی است. در همین راستا و با توجه به پیامدهای منفی ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در حوزه‌های اجتماعی، رفتاری، هیجانی و جسمی که عملکرد کلی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و همچنین رابطه بین بدرفتاری در دوران کودکی، ناگویی هیجانی، اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، اختلالات روانپزشکی و پزشکی باید توجه ویژه‌ای به شناسایی انواع درمان و عناصری که می‌تواند اثربخشی بیشتری را در کاهش اثرات ناگویی هیجانی و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده در کودکان شبه‌خانواده ایجاد کند داشت و پژوهش حاضر به اهمیت این موضوع از نظر بالینی و پژوهشی پرداخته است.

با این حال پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. با توجه به مقرارت و موازین سازمان بهزیستی برای همکاری در امور پژوهشی، مراکز شبه‌خانواده محدودی با این پژوهش همکاری کردند و بنابراین حجم نمونه کم و تنها شامل دختران بود. مشابه با محدودیت قبلی، برخی از سرپرستان مراکز شبه‌خانواده حاضر در پژوهش، تمایلی به مشارکت کامل نداشتند و محدودیت‌هایی را برای پژوهشگر تعیین کرده بودند و بر همین اساس پژوهشگر در تعیین گروه‌های مداخله و کنترل نتوانست از گمارش تصادفی استفاده کند. با این وجود امید است پژوهش حاضر علاقه‌مندی پژوهشگران به انجام پژوهش در حوزه شبه‌خانواده را افزایش دهد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر روی متغیرهای روانشناختی دیگری که با سلامت روان کودکان شبه‌خانواده در ارتباط است نیز بررسی گردد. همچنین انجام پژوهش‌های طولی و کیفی نیز پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این آموزش درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی به روانشناسان مراکز شبه‌خانواده به عنوان یک راهکار کاربردی پیشنهاد می‌گردد. زیرا اثربخشی این درمان به خصوص بر روی اختلال استرس پس از سانحه پیچیده و ناگویی هیجانی این درمان را به یک برنامه آموزشی روانشناختی سودمند برای رفع و کاهش مشکلات کودکان در مراکز شبه‌خانواده تبدیل کرده است.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اخلاق در پژوهش در ابتدای ورود به مراکز شبه‌خانواده به منظور کسب رضایت آگاهانه از سرپرستان و کودکان، توضیحاتی ساده و قابل فهم در مورد نحوه انجام پژوهش، هدف، مدت زمان مورد انتظار، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه بودن کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان ارائه شد. سپس رضایت نامه کتبی از سرپرستان مراکز شبه‌خانواده اخذ شد. نتایج حاصل از پژوهش فوق قبل از هر گونه انتشار در اختیار سرپرستان مراکز قرار گرفت تا آن را مطالعه کنند. روند کلی مداخله و محتوای جلسات آن مورد تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه اصفهان با کد اخلاق IR.UI.REC.1400.087 قرار گرفت. همچنین این پژوهش دارای کد IRCT20211213053378N1 از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران است.

سپاسگزاری و حمایت مالی

نویسندگان اذعان می‌کنند که هیچ‌گونه حمایت مالی را برای تمام مراحل پژوهش دریافت نکرده‌اند.

مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی نویسنده اول در دانشگاه اصفهان است.

نویسندگان از مسئولین امور اجتماعی و مراکز شبه‌خانواده بهزیستی شهر اصفهان، سرپرستان و مراقبان مراکز شبه‌خانواده پرتو مهر سبحان و بهاران به خاطر اعتماد به این پژوهش تشکر می‌کنند. نویسندگان همچنین تمایل دارند قدردانی صمیمانه خود را نسبت به کودکانی که در این پژوهش شرکت کردند ابراز دارند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله بدون دریافت کمک مالی انجام شده است و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بشلیده، ف. و قربان پور لقمجانی، ا. (۱۴۰۲). تجربه زیسته دختران نوجوان از زندگی در مراکز شبه‌خانواده. *نشریه رفاه/ اجتماعی*، ۲۳ (۸۹)، ۴۴۱-۳۸۵.
<http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3983-fa.html>
 بن‌راضی، م.، فرح بیجاری، ا.، دهشیری، غ.، و مهری نژاد، س. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه بین المللی رویدادهای آسیب‌زا (ITQ) در بین زنان ایرانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۸)، ۲۱۹۴-۲۱۸۵.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.108.2181>
 رضایی کنگرشاهی، گ.، شهپازی، م.، کرای، ا. و علوی، س. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم سوگ و مشکل‌های رفتاری کودکان سوگوار (دوره پیگیری یک‌ماهه). *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۴ (۱)، ۱۶۱-۱۷۷.
<https://doi.org/10.22059/japr.2023.333539.644073>

سلطانی قهفرخی، ز.، کجباف، م.، امیری، ش.، و مهرابی، ح. (۱۴۰۳). طراحی، تدوین و روایی‌یابی مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه-خانواده از ضربه‌روانی پیچیده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. ۱۸ (۳)، ۱۹۵-۱۷۳.

<https://doi.org/10.48308/apsy.2024.235480.1644>

سلطانی قهفرخی، ز. (۱۴۰۳). مداخله تلفیقی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه روانی با تجربه زیسته ضربه روانی پیچیده دختران شبه‌خانواده ۹ تا ۱۱ سال و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر اختلال استرس پس از سانحه پیچیده، مشکلات رفتاری، ناگویی هیجانی و تاب‌آوری. رساله دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان.

<https://lib.ui.ac.ir/dL/search/default.aspx?Term=24456&Field=0&DTC=3>

شهابی‌وند، س.، افشاری، ا.، و چراغ ملایی، ل. (۱۴۰۰). کارآمدی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر علایم خلقی و جسمی کودکان دارای سابقه آسیب بین فردی. *مجله روانشناسی*، ۲ (۹۸)، ۲۵۴-۲۳۷.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.18808436.1400.25.2.4.6>

قاضی زاده، س.، مشهدی، ع.، طیبی، ز.، و سلطانی فر، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی. *روانشناسی بالینی*، ۱۲ (۴)، ۹۰-۷۷.

<https://doi.org/10.22075/jcp.2021.19370.1788>

قیاسی پیرزمان، م.، عزیزی، م.، و دمهاری، ف. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب و احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۶ (۵۴)، ۶۷-۶۷.

<http://ijndibs.com/article-1-568-fa.html>

گوهری، ش.، حسینی‌المدنی، س.، و افکاری، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ناگویی هیجانی کودکان طلاق با دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۴ (۲)، ۱۷۹-۱۹۴.

<https://doi.org/10.22059/japr.2023.343642.644274>

ورمقانی، ح.، فتحی‌آشتیانی، ع. و پورشریفی، ح. (۱۳۹۷). بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با ویراست پنجم نظام تشخیصی و آماری اختلالات روانی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۹ (۳)، ۱۴۲-۱۳۱.

<https://doi.org/10.22059/japr.2018.69707>

Reference

- Bashladeh, F., Ghorban Pouralfamjani, A. (2023). The lived experience of adolescent girls living in Foster care. *Journal of Social Welfare*, (23), 89, 385-441. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-3983-fa.html> (In Persian)
- Bartlett, J. D., & Rushovich, B. (2018). Implementation of trauma systems therapy-foster care in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 91, 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.05.021>
- Benrazi ghabeshi M, Farah bijari A, Dehshiri G, Mehrinejad A. (2021). Psychometric properties of the persian version of international trauma questionnaire (ITQ) in iranian women. *Journal of Psychological Science*. 20(108), 2181-2194. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1271-en.html> (In Persian)
- Boisjoli, C., & Hébert, M. (2020). Importance of telling the unutterable: Alexithymia among sexually abused children. *Psychiatry Research*, 291, 113238. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113238>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536-546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012). Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2012-17303-000>
- Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 149(5-6), 311. <https://doi.org/10.1037/bul0000391>
- Dubé, V., Tremblay-Perreault, A., Allard-Cobetto, P., & Hébert, M. (2024). Alexithymia as a mediator between intimate partner violence and post-traumatic stress symptoms in mothers of children

- disclosing sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 39(3), 359-367. <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00512-y>
- Engler, A. D., Sarpong, K. O., Van Horne, B. S., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2022). A systematic review of mental health disorders of children in foster care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 255-264. <https://doi.org/10.1177/1524838020941197>
- Esterer, M., Carlson, J. S., Roschmann, S., Kim, H., Cowper, A., Cranmer-Fosdick, H., ... & DeCicco, B. (2023). Exploring early termination patterns and effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 147, 106841. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106841>
- Fung, H. W., Yuan, G. F., Liu, C., Lin, E. S. S., Lam, S. K. K., & Wong, J. Y. H. (2024). Prevalence and clinical correlates of dissociative symptoms in people with complex PTSD: Is complex PTSD a dissociative disorder? *Psychiatry Research*, 339, 116076. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116076>
- Ghazizadeh, S., Mashhadi, A., Tabibi, Z., Soltanifar, A. (2019). The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on posttraumatic stress disorder symptoms in children with sexual abuse experience. *Clinical Psychology*. 12(4), 77-90. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.19370.1788> (In Persian)
- Ghiassi Pirzaman, M., Azizi, M., Demhari, F. (2020). The effectiveness of attachment-based therapy on the anxiety and feeling of loneliness of orphaned and poorly supervised children. *New Advances in Behavioral Sciences*, 6(54), 77-67. <http://ijndibs.com/article-1-568-fa.html> (In Persian)
- Gohari, S., Hosseini-Al-Madani, S., Afkari, F. (2023). The effectiveness of child-centered integrative transdiagnostic therapy on emotional alexithymia in divorced children with difficulty in emotional self-regulation. *Journal of Applied Psychological Research*, (2)14, 179-194. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.343642.644274> (In Persian)
- Hobson, H., & van den Bedem, N. P. (2021). The association between parent and child-report measures of alexithymia in children with and without developmental language disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8309. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168309>
- Haselgruber, A., Knefel, M., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2021). Foster children's complex psychopathology in the context of cumulative childhood trauma: the interplay of ICD-11 complex PTSD, dissociation, depression, and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 282, 372-380. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.116>
- Hébert, M., Smith, K., Boisjoli, C., & Larouche, S. (2021). Validation of the French version of the Children's Alexithymia Measure. *L'encephale*, 47(4), 306-313. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.08.004>
- Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., & Skar, A. M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2114630. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114630>
- Kliethermes, M.D., Drewry, K., Wamser, R.A. (2025). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. In: Landolt, M.A., Cloitre, M., Schnyder, U. (eds) *Evidence-Based Treatments for Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents* (pp 219-243). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-77215-3_8
- Madigan, S., Thiemann, R., Deneault, A. A., Fearon, R. P., Racine, N., Park, J., ... & Neville, R. D. (2025). Prevalence of adverse childhood experiences in child population samples: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 179(1), 19-33. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2024.4385>
- Martín, E., González-García, C., del Valle, J. F., & Bravo, A. (2020). Detection of behavioral and emotional disorders in residential child care: Using a multi-informant approach. *Children and Youth Services Review*, 108, 104588. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104588>

- Mersky, J. P., Topitzes, J., Grant-Savelle, S. D., Brondino, M. J., & McNeil, C. B. (2016). Adapting parent-child interaction therapy to foster care: Outcomes from a randomized trial. *Research on Social Work Practice*, 26(2), 157-167. <https://doi.org/10.1177/1049731514543023>
- Moussavi, Y., Haugland, B. S. M., Wergeland, G. J., Lehmann, S., & Mæland, S. (2025). Experiences from Treatment for Anxiety and Depression Among Youth in Foster Care: A Qualitative Study. *Child & Family Social Work*, 30(3), 342-353. <https://doi.org/10.1111/cfs.13172>
- Murphy, D., Karatzias, T., Busuttil, W., Greenberg, N., & Shevlin, M. (2021). ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in treatment seeking veterans: Risk factors and comorbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 1289-1298. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02028-6>
- Pinna, F., Manchia, M., Paribello, P., & Carpiniello, B. (2020). The impact of alexithymia on treatment response in psychiatric disorders: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 311. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00311>
- Putica, A. (2024). Examining the role of emotion and alexithymia in cognitive behavioural therapy outcomes for posttraumatic stress disorder: Clinical implications. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 17, e15. <https://doi.org/10.1017/S1754470X2400014X>
- Reed, G. M., First, M. B., Billieux, J., Cloitre, M., Briken, P., Achab, S., ... & Bryant, R. A. (2022). Emerging experience with selected new categories in the ICD-11: Complex PTSD, prolonged grief disorder, gaming disorder, and compulsive sexual behaviour disorder. *World Psychiatry*, 21(2), 189-213 <https://doi.org/10.1002/wps.20960>
- Rezaei Kangarshahi, G., Shahbazi, M., Karai, A., Alavi, S. (2023). The effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on grief symptoms and behavioral problems of bereaved children (one-month follow-up period). *Applied Psychological Research*, (1) 14, 161-177. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.333539.644073> (In Persian)
- Risser, H. J., Morford, A. E., Murphy, A. N., Pinkerton, L. M., Law, C., Yang, Y., ... & Boisseau, C. L. (2024). Feasibility and acceptability of a family navigator program to support foster parents of youth with mental health concerns. *Children and Youth Services Review*, 160, 107578. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107578>
- Ross, S. L., Sharma-Patel, K., Brown, E. J., Hunt, J. S., & Chaplin, W. F. (2021). Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse & Neglect*, 111, 104734. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104734>
- Salles, B. M., Maturana de Souza, W., Dos Santos, V. A., & Mograbi, D. C. (2023). Effects of DBT-based interventions on alexithymia: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(2), 110-131. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2117734>
- Simmel, C., Bowden, C. F., Todd, S. N., Thorp, K., Hyde, J., & Crystal, S. (2025). Youth in foster care: Highlighting the importance of youth engagement in mental health treatment decisions. *Children and Youth Services Review*, 169, 108094. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.108094>
- Shahabivand, S., Afshari, A., Cheraghmolaei, L. (2021). The Efficiency of Trauma Focused-Cognitive Behavioral therapy on Mood and Somatic Symptoms of Children with Interpersonal Trauma. *Journal of Psychology*, 2 (98), 254-237. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.18808436.1400.25.2.4.6> (In Persian)
- Stovall, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and Psychopathology*, 12(2), 133-156. <https://doi.org/10.1017/S0954579400002029>
- Soltani Ghahfarkhi, Z., Kojbaf, M., Amiri, Sholeh, Mehrabi, H. (2024). Design, Development and validation of Integrating Cognitive- Behavioral Intervention Based on the Lived Experiences of Foster Children on Complex Trauma *Applied Psychology*. 18(3), 173-195. <https://doi.org/10.48308/apsy.2024.235480.1644> (In Persian)

- Soltani Ghahfarkhi, Z. (2024). Integrating trauma-focused cognitive behavioral therapy with with lived experience of complex trauma for foster girls aged 9 to 11, and comparing its effectiveness with trauma-focused cognitive behavioral therapy on complex posttraumatic stress disorder, behavioral disorder, alexithymia, and resilience. *PhD thesis in Psychology*, University of Isfahan, Faculty of Education and Psychology. <https://lib.ui.ac.ir/dL/search/default.aspx?Term=24456&Field=0&DTC=3> (In Persian)
- Sölva, K., Haselgruber, A., & Lueger-Schuster, B. (2020). Latent classes of childhood maltreatment in children and adolescents in foster care: associations with ICD-11 PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psycho Traumatology*, 11(1), 1832757. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1832757>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2018). *Using Multivariate Statistics* (7 ed.). Pearson. <https://psycnet.apa.org/record/2006-03883-000>
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzenberger, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 134, 105899. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899>
- Tsubaki, K., & Shimizu, E. (2024). Psychological Treatments for Alexithymia: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 14(12), 1173. <https://doi.org/10.3390/bs14121173>
- Varmaghani, H., Fathi Ashtiani, A., Poursharifi, H. (2018). Investigating the psychometric properties of the Persian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Inventory according to the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Journal of Applied Psychological Research*, (3)9, 131-142. <https://doi.org/10.22059/japr.2018.69707> (In Persian)
- Vang, M. L., Dokkedahl, S. B., Løkkegaard, S. S., Jakobsen, A. V., Møller, L., Auning-Hansen, M. A., & Elklit, A. (2021). Validation of ICD-11 PTSD and DSO using the International Trauma Questionnaire in five clinical samples recruited in Denmark. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1894806. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894806>
- Way, I. F., Applegate, B., Cai, X., Franck, L. K., Black-Pond, C., Yelsma, P., ... & Muliatt, M. (2010). Children's Alexithymia Measure (CAM): A new instrument for screening difficulties with emotional expression. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3, 303-318. <https://doi.org/10.1080/19361521.2010.523778>