

Spring 2025, Volume 11, Issue 3

The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy on Post-traumatic Stress Symptoms and Anxiety in Adolescents with Posttraumatic Stress Symptoms

Anahita Mostafazadeh¹, Aezam Vaziri Nasab^{2*}, Hamid Mollaei Zarandi³

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

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

Corresponding Author: Aezam Vaziri Nasab: Assistant Professor, Department of Psychology, Zarand Branch, Islamic Azad University, Zarand, Iran.

Email: vaziri.ez@gmail.com

Received: 1 Dec 2024

Accepted: 8 April 2025

Abstract

Introduction: One of the common problems in adolescents with posttraumatic stress symptoms is anxiety, which causes numerous negative consequences for these individuals and requires therapeutic interventions. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on posttraumatic stress symptoms and anxiety in adolescents with posttraumatic stress symptoms.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test with a control group. The statistical population included all 13-18-year-olds with posttraumatic stress symptoms who visited counseling and psychological services centers in Tehran in 2024. Among them, 30 people were selected by convenience sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in the experimental and control groups) by drawing lots. The people in the experimental group received trauma-focused cognitive behavioral therapy (12 sessions) and one session per week for 60 minutes. The Beck Posttraumatic Stress Disorder (1988) and Anxiety (1988) questionnaires were used. Univariate analysis of covariance with SPSS version 25 software was used to analyze the data.

Results: The results showed that trauma-focused cognitive behavioral therapy was effective in reducing posttraumatic stress symptoms and anxiety in the posttest phase ($p < 0.01$).

Conclusions: According to the findings, the use of trauma-focused cognitive behavioral therapy in reducing posttraumatic stress symptoms and anxiety in adolescents with posttraumatic stress symptoms is recommended to psychologists and counselors.

Keywords: Trauma-focused cognitive behavioral therapy, Posttraumatic Stress symptoms, Anxiety, Adolescents.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در نوجوانان دارای علائم استرس پس از سانحه

آناهیتا مصطفی زاده^۱، اعظم وزیری نسب^{۲*}، حمید ملایی زرنندی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

نویسنده مسئول: اعظم وزیری نسب: استادیار گروه روانشناسی، واحد زرنند، دانشگاه آزاد اسلامی، زرنند، ایران.

ایمیل: vaziri.ez@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۱۰

چکیده

مقدمه: از مشکلات شایع در نوجوانان دارای علائم استرس پس از سانحه، اضطراب است که موجب به وجود آمدن پیامدهای منفی متعددی برای این افراد می شود و نیاز به مداخلات درمانی دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در نوجوانان دارای علائم استرس پس از سانحه انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین ۱۳ تا ۱۸ ساله دارای علائم استرس پس از سانحه به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از بین آن ها تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی و با روش قرعه کشی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. افراد حاضر در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (۱۲ جلسه) و هر هفته یک جلسه و به مدت ۶۰ دقیقه دریافت نمودند. از پرسشنامه های علائم اختلال استرس پس از سانحه (۱۹۸۸) و اضطراب بک (۱۹۸۸) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس تک متغیری با نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در مرحله پس آزمون موثر بود ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته ها استفاده از درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در نوجوانان دارای علائم استرس پس از سانحه به روانشناسان و مشاوران توصیه می شود.

کلیدواژه ها: درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، علائم استرس پس از سانحه، اضطراب، نوجوان.

مقدمه

نوجوانی دوره‌ای حیاتی در رشد انسان تلقی می‌شود که با تحولات زیستی، روانی و اجتماعی متعددی همراه است و در بازه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال است (۱). وضعیت وجودی انسان به گونه ای است که تجربه تروما اجتناب ناپذیر است و انسان ها در همه مکان ها و زمان ها به شیوه های گوناگون آن را تجربه کرده اند (۲). واکنش شایع مبتلایان به این تجربه ها، اضطراب شدید، ترس و درماندگی، تجربه مداوم و غیر اختیاری سانحه آسیب رسان، تلاش برای اجتناب از یادآوری آن و محرک های مرتبط با آن، برانگیختگی مفرط در صورت یادآوری یا برخورد با محرک های مرتبط، گسست عاطفی از دیگران و کناره گیری از فعالیت ها و ابعاد شکوفا کننده و معنادهنده به زندگی است (۳).

اختلال استرس پس از سانحه شرایط چند جانبه از جنبه های عاطفی شامل ترس و اضطراب می باشد (۴). این اختلال به وسیله تجربه دوباره علائم منفی، شناختی و عاطفی، اجتناب و علائم تهییج شدید اضطرابی در مواجهه با یک رویداد تروماتیک تعریف می شود (۵).

قرار گرفتن در معرض آسیب منجر به طیف گسترده ای از علائم عاطفی و رفتاری در کودکان و نوجوانان، و عواقب روانشناختی از جمله اضطراب می شود (۶). اضطراب یکی از شایع ترین اختلالات روانی است که به معنای یک پاسخ هیجانی ناخوشایند، مبهم، فراگیر و توأم با دلواپسی با منبع نامشخص درباره رویدادها می باشد. اضطراب هم چنین به لحاظ ذهنی و جسمی سبب نداشتن آرامش در فرد می گردد (۷). اضطراب پاسخ طبیعی بدن به استرس است. اما اگر احساس اضطراب شدید باشد، بیش از شش ماه طول بکشد و زندگی را مختل کند، بدین معنا است که فرد دچار اختلال اضطراب است (۸). اختلالات اضطرابی، گروهی از اختلالات روانی هستند که دارای نشانه‌هایی از اضطراب و ترس‌اند. اضطراب ناشی از نگرانی در مورد آینده است و ترس واکنشی به رویداد کنونی. احساس اختلال اضطرابی می‌تواند دارای نشانه‌های فیزیکی همچون تپش قلب و لرز باشد (۹).

از درمان های مختلفی برای کاهش علائم استرس پس از سانحه و اضطراب نوجوانان استفاده شده است که یکی از روش های موثر، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما است (۱۰). این روش درمانی، یک درمان کوتاه مدت و مبتنی بر شواهد است که برای کمک به کودکان و نوجوانان و مراقبان آن‌ها برای غلبه بر مشکلات مرتبط با تروما ابداع

شده است. این درمان برای کاهش پاسخ‌های هیجانی منفی و رفتاری بعد از کودک‌آزاری، خشونت خانگی، و دیگر رویدادهای آسیب‌زا طراحی شده است (۱۲). این درمان مبتنی بر نظریه‌های یادگیری و شناختی است که باورها و اسنادهای تحریف شده مرتبط با تروما را مورد شناسایی و محیطی حمایتی فراهم می‌کند که در آن کودکان تشویق می‌شوند تا در مورد تجربه آسیب‌زایشان صحبت کنند (۱۳). قاضی زاده و همکاران (۱۴) و اوست و همکاران (Ost et al) (۱۵)، در مطالعات خود دریافتند که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم استرس پس از سانحه تاثیر داشت.

میرزاییان و همکاران (۱۶) و وانگ و همکاران (Wang et al) (۱۷)، در مطالعات خود دریافتند که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر اضطراب تاثیر داشت.

تاکنون مطالعات کنترل شده تصادفی بی‌شماری در زمینه ارزیابی درمان های مختلف اختلال استرس پس از سانحه انجام شده که اغلب شامل اشکالی از درمان های رفتاری-شناختی بوده اند. درمان های رفتاری-شناختی اثربخش شامل شناخت درمانی، آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، حساسیت زدایی با استفاده از حرکات چشم، مواجهه درمانی و مواجهه درمانی طولانی مدت یا ممتد، و درمان فراشناختی می باشند که برخی اوقات به صورت جداگانه و در زمانهای دیگر به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار می گیرند اما درمان شناختی رفتاری صرفاً متمرکز بر تروما انجام نشده است. علی رغم اینکه اثربخشی درمانهای رفتاری شناختی هم در کودکان در نوجوانان و هم در بزرگسالان به خوبی اثبات شده اند، اما پژوهش هایی وجود دارند که نشان می دهند که هنوز یک سوم بیماران، ملاک های تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه را پس از قطع درمان، دارا می باشند. بنابراین یک نیاز و ضرورت برای تأکید بر درمان های جدید، مختصر و اثربخش وجود دارد، بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در نوجوانان دارای علائم استرس پس از سانحه بود.

روش کار

روش تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعین ۱۳ تا ۱۸ ساله دارای علائم استرس پس از سانحه به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در سال

که سوالات ۴، ۷، ۱۳، ۱۴، ۳۶ و ۳۹ را به خود اختصاص می دهد. ۲- مشکل در ارتباط بی فردی شامل سوالات ۶ و ۲۲-۳ ناتوانی در کنترل عاطفی شامل سوالات ۳، ۲۰، ۲۴، ۲۶، ۲۷، ۳۱-۴ افسردگی شامل سوالات ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۲۱. بقیه سوالات نیز به دلیل اینکه وزن عاملی آن ها کمتر از ۰/۵ بود، از تحلیل کنار گذاشته شد. در نسخه اصلی پرسشنامه میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی محتوایی و صوری آن نیز مطلوب گزارش شد (۱). در پژوهش نیک بقا و همکاران (۱۹)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۷ محاسبه شده است و روایی محتوایی و صوری آن نیز مورد تایید قرار گرفت (۱۷).

پرسشنامه اضطراب (Anxiety Questionnaire): این پرسشنامه را بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی کردند. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ ماده ای است که شرکت کننده در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می کند. چهار گزینه هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. هر یک از ماده های آزمون یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می کند. بنابراین نمره کل این پرسشنامه در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. نمرات ۰-۷، ۸-۱۵، ۱۶-۲۵، ۲۶-۳۶ به ترتیب نشان دهنده بدون اضطراب یا کمترین حد، خفیف، متوسط و شدید است. در نسخه اصلی پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ با روش پایایی ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش شده است. هم چنین روایی همگرایی این ابزار با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۷۹ به دست آمد (۲۰). در پژوهش قنوتی و همکاران (۲۱)، پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و روایی همگرایی این پرسشنامه را ۰/۷۲ و همسانی درونی آن را ۰/۸۳ در میان طبقات مختلف جامعه ایرانی گزارش شده است. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما: در این پژوهش پروتکل درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، توسط محقق که دانشجوی دکتری روانشناسی بود در ۱۲ جلسه و هر هفته یک جلسه و به مدت ۶۰ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا گردید و گروه کنترل در این مدت هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکردند. پس از اتمام دوره درمانی بلافاصله پس آزمون روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. خلاصه جلسات پروتکل درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در جدول ۱ ارائه شده است (۱۵).

۱۴۰۳ بود که تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و کنترل) به عنوان نمونه با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۹۰ و مقدار حداقل اختلاف مورد نظر برابر با ۲/۵۵ و میزان ریزش ۱۰ درصد و تحقیقات مشابه (۱۲) برای هر گروه ۱۵ نفر محاسبه شد. قابل ذکر است که جهت کنترل متغیرهای مهم مداخله کننده هر دو گروه به لحاظ جنسیت، سن، پایه تحصیلی و شرایط اقتصادی اجتماعی خانوادگی همتا شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن علائم استرس پس از سانحه و علائم اضطراب به صورت هم زمان ۲- دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال؛ ۳- رضایت شفاهی و کتبی آگاهانه از شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: ۱- عدم همکاری فرد تا انتهای آموزش. جهت رعایت اخلاق پژوهش، پس از انجام پس آزمون، گروه کنترل تحت مداخله و درمان قرار گرفت. حضور شرکت کنندگان، در تمام مراحل پژوهش کاملاً اختیاری و منوط به رضایت آگاهانه بود و این اختیار را داشتند که در هر مرحله از تحقیق در صورت عدم رضایت از ادامه همکاری، انصراف دهند. از مشارکت کنندگان خواسته شد که قبل از شروع مصاحبه، فرم رضایت نامه آگاهانه از مشارکت در تحقیق را به دقت مطالعه و سپس امضا نمایند، اهداف پژوهش به طور خلاصه توضیح داده شد تا شرکت کنندگان اطلاع یابند. افراد حاضر در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (۱۲ جلسه) و هر هفته یک جلسه و به مدت ۶۰ دقیقه دریافت نمودند و گروه کنترل در این مدت مداخله درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما را دریافت نکردند اما به مرکز مشاوره مراجعه داشتند که در انتها و پس از تایید شدن فرضیه پژوهش، این مداخله برای افراد گروه کنترل نیز اجرا شد. ابزار ذیل در این مطالعه به کار رفت.

پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه (Post Trauma Stress Disorder Questionnaire): این پرسشنامه توسط کیان و همکاران در سال ۱۹۸۸ تدوین شد که ۳۵ سوال دارد و آزمودنی ها در یک مقیاس ۵ درجه ای پاسخ می دهند که این گزینه ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره گذاری می شوند. سوالات ۲، ۶، ۱۱، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۳۰، ۳۴ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. تحلیل عاملی این آزمون به ۴ عامل دست یافت: ۱- خاطرات رخنه کننده

جلسه	محتوا
	آموزش روانی: در این مرحله از درمان که در اولین تماس آغاز میشود و تا آخرین جلسه درمانی نیز ادامه دارد. آموزش روانی شامل ارائه اطلاعات کلی به مراجع در مورد رویداد تروماتیک، طرحریزی علائم عمده اختلال استرس پس از سانحه (تجربه مجدد حادثه، اجتناب از به یادآوری حادثه، سطح بالای انگیزش) و سایر علائم تروما تا ارتباط این علائم با تجربیات خودشان را تشخیص دهند، با هدف کمک به هنجار سازی علائمشان، این علائم باید به شیوه عاری از اصطلاحات بالینی توضیح داده شود. علاوه بر ارائه اطلاعات در مورد علائم و تشخیص اختلال، نحوه درمان و شرح دادن درمانهایی که میتواند به بهبودی مراجع کمک کند توضیح داده میشود و بحث در مورد پشتیبانی تجربه درمانی شناختی رفتاری تا مراجع با اطمینان بخشی و دید مثبتی درمان را شروع کند. گام بعدی در آموزش روانی ارائه اطلاعات علمی در پاسخهای مشترک عاطفی مراجع به حادثه تروماتیک است و تأکید بر اینکه واکنش آنها به حادثه طبیعی و عمومی بوده.
اول تا سوم	فنون آرامسازی: در این مرحله از درمان، درمانگر روشهای کاهش تنش را به مراجع آموزش میدهد. این تکنیکها شامل: تمرین آرامسازی عضلانی: در این تمرین درمانجو به تدریج از طریق تجربه جسمانی تنیدگیهایی که فرد، خود در دستهای از ماهیچهها ایجاد میکند و رها ساختن تنش آرامش را تجربه میکند. این تکنیک معمولاً با منقبض نمودن مشت دست راست و منبسط نمودن آن ساعد و بازوی دست راست و سپس به همان ترتیب بر روی دست چپ، ساعد و بازو، آغاز میشود و به تدریج همه دسته ماهیچههای بدن از سر، تا پاها، تمرین آرامش دریافت و تجربه میکنند. تنفس شکمی: این روش بهترین روش تنفس میباشد. در این روش هوا به تمامی قسمتهای ششها و حتی قسمتهای تحتانی آن میرسد و تنفس آرام و عمیق میباشد. به این روش تنفس دیافراگمی نیز گفته میشود. در این روش مراجع دستها را بر روی دیافراگم قرار میدهد. عمل دم و بازدم را به طور آهسته انجام میدهد. در هنگام دم، شکم باید به طرف خارج منبسط شده و سپس قفسه سینه منقبض شود. در آخر قسمت بالای ششها منبسط می شود.
	بیان عاطفی و نوسانات آن: مراجعانی که دچار ترومای شدید شدهاند در غلبه به احساسات دردناک با مشکل مواجه میشوند و ممکن است دچار اختلال در نظم جویی شوند، بیان عاطفی و نوسانات مرتبط با احساسات میتواند در مدیریت احساسات کمک کند. درمانگر در این مرحله از درمان با ایجاد یک فضای امن از طریق پذیرش احساسات و ایجاد یک رابطه باز به درمانجو کمک میکند تا به شناسایی احساسات خود بپردازد. در این تکنیک درمانگر ممکن است از مراجع بخواهد که احساسات خود را بنویسد؛ و پس از آن درمانگر به همراه مراجع احساسات آن را از نظر شدت فهرست میکند و مراجع به شرح آخرین باری که این احساسات برایشان پیش آمده میپردازد. فونونی که در این مرحله آموزش داده میشوند شامل: توقف فکر: این تکنیک که برای غلبه بر افکار مزاحم که منجر به تحریف شناختی میشود به کار میرود. این تکنیک یک روش انحراف توجه است که فرد تمرکزش را به صورت آگاهانه افکار خود را در مورد حادثه تروماتیک به یک حادثه غیر آسیبزا بر میگردد.
	خودگویی مثبت: در این تکنیک مراجع موقعیتهای استرسزا و ناراحتکننده خود را شناسایی میکند و بر نقاط قوت خود در مورد حادثه تروماتیک توجه میکند (مثلاً خدا رو شکر برای خانوادهام اتفاقی نیفتاد، من آدم قوی هستم، همه چیز سخت است ولی شرایط بهتر خواهد شد، مان هنوز یک خانواده حمایتگر دارم و...).
سوم تا ششم	فنون ارتقا حل مسئله و مهارتهای اجتماعی: مراجع که تجربیات آسیبزای مزمن و بین فردی را تجربه کرده، ممکن است پاسخهای مقابلهای ناسازگارانهایی در موقعیتهای اجتماعی یاد گرفته باشند؛ بنابراین درمانگر به درمانجویان مهارتهای حل مسئله و مهارتهای اجتماعی را آموزش میدهد. حل مسئله شامل چند مرحله است که به طور خلاصه به شرح زیر است: (۱) شرح مشکل؛ (۲) شناسایی راه حلهای ممکن؛ (۳) نتایج احتمالی هر راه حل را در نظر بگیرد؛ (۴) انتخاب راه حل مناسب برای رسیدن به نتیجه مطلوب و اجرای آن راه حل؛ (۵) ارزیابی انتخاب خود با بررسی نتیجه به دست آمده؛ (۶) اگر راه حل اشتباه بود سعی کنید پیدا کنید که چه چیزی اشتباه بوده است؛ و (۷) چیزی که شما به درستی یاد گرفتهاید برای دفعات بعد در برخورد با مشکلات انجام دهید. مهارتهای اجتماعی: این مهارتها شامل آموزش انواع رفتاری مثل نوبت گرفتن، گوش دادن به دیگران، توجه به خواستهها و احساسات دیگران، مهارتهای جرأتورزی است.
	روایت تروما: یکی از اهداف روش روایت تروما بررسی افکار بیان شده در مورد رویداد تروماتیک است. در این تکنیک درمانگر ضمن بیان منطق این تکنیک (به عنوان مثال: صحبت کردن مداوم در مورد جنبههای ناراحتکننده تروما باعث میشود از شدت احساسات فرد کاسته شود) درمانجو را تشویق به توصیف جزئیات بیشتر تروما میکند؛ ضمن اینکه درمانجو در مورد جزئیات مربوط به حادثه و احساسات خود در آن زمان میپردازد. درمانگر در این زمان میتواند شروع به شناسایی افکار ناکارآمد و باورهای فرد که زمینه ساز مشکلات عاطفی و رفتاری شده است کند، درمانجو ممکن است هنگام بحث در مورد جزئیات تروما دچار تنش شود؛ درمانگر برای رفع تنش مراجع از فنون آرامسازی استفاده میکند.

پردازش و مقابله شناختی: این مرحله بعد از روایت تروما درباره حادثه تروما توسط مراجع شروع میشود. درمانگر در این مرحله شروع به شناسایی، کشف و تصحیح خطاهای شناختی مرتبط با حادثه میکند. آموزش روانی در مورد ارتباط

میان افکار، احساسات و رفتار یک جز ضروری از آموزش روانی در این مرحله میباشد. درمانگر برای تکلیف خانگی درمانجو برگه افکار روزانه میدهد؛ که در این برگه مراجع افکار و احساسات و رفتار خود را مینویسد و در جلسه درمانی درمانگر برگه را بررسی میکند. گام بعدی در این درمان درمانجو را تشویق به یادگیری و تولید و جایگزینی افکار دقیقتر به منظور احساس متفاوتتر است.

فنون مواجهه سازی

ارزیابی یادآوری تروما در محیط زنده: تکنیک روایت تروما ممکن است به شکل کامل نتواند به حلقه‌های رفتاری اجتنابی فراگیر کمک کند. برخی از دانش آموزان ترسهای خود درباره حادثه تروماتیک را تمهیم میدهند. درمانگر باهدف درهم شکستن موقعیتهای ترسآور این تکنیک را اجرا میکند. گام اول در این تکنیک شناسایی موقعیتهای ترسوراست.

هفتم تا نهم

غرقه سازی تجسمی: زمانی که درمانگر نتواند فنون مواجهه سازی در محیط زنده انجام دهد در این مواقع به صورت ذهنی مراجع را با موقعیت ترس آور روبرو میکند. این تکنیک شامل شناسایی صحنه‌های محرک اضطرابی خاص است که از طریق مصاحبه بالینی در چند جلسه مشخص میشود و پس از آن درمانگر مراجع را تشویق به تصور جزئیات خاص از صحنه‌های محرک اضطراب را میکند. در این رویه، درمانجو میزان پریشانی هیجانی که تجربه کرده اسات را درجه ندی میکند.

مواجهه تدریجی: در مدل مواجهه تدریجی درمانگر کودکان را تشویق به شرح اولین قسمت از جنبه‌های تروما که کمترین اضطراب را ایجاد میکند بپردازد و به تدریج به توصیف وقایعی که آسیبزا تر است و از لحاظ عاطفی مشکل با آن دارد بپردازد. این روش به این صورت آغاز میشود که درمانگر به طور ساده از مراجع درخواست میکند که در مورد حادثه تروماتیک چیزهایی را بگوید. در پایان جلسه از بخش مواجهه، درمانگر احساس مراجع را در مورد چگونگی آن حادثه تروماتیک جویا میشود و میزان درجه استرس را بودن را از صفر کمترین میزان استرس، تا ۱۰ بالاترین میزان سطح استرس ارزیابی میکند و همچنین برای ارزیابی توانایی دانش‌آموز افزایش تحمل سطح مواجهه در جلسه بعدی از دانش‌آموز سوالاتی میپرسد. در تمامی طول جلسات برای کاهش سطح تنش فنون آرامسازی به کار برده میشود.

بالا بردن و افزایش رشد و امنیت فرد در آینده: مراجعینی که حادثه آسیبزا را تجربه کرده‌اند ممکن است در مورد امنیت خود نگران باشند. ترس از یادآوری تروما اغلب میتواند از طریق حل و فصل واقعه آسیبزا با فنون روایت تروما، پردازش شناختی، مواجهه سازی کاهش داد. با این حال درباره دیگر نگرانیهای واقع‌بینانه دانش آموز، درمانگر میتواند از طریق آموزش دادن مهارتهای ایمنی، نگرانی را تا حدی کاهش دهد.

تمرکز بر اجزای سوگ: حتی پس از آنکه مراجع در مورد جنبه‌های خاص تروما صحبت کرد، ممکن است هنوز نتواند احساسات خود در مورد سوگ را تغییر دهد، درمانگر در برخورد با این مساله و حل و فصل آن میتواند از تکنیکهای زیر استفاده کند:

آموزش روانی در مورد سوگ: درمانگر با ارائه اطلاعاتی در مورد مرگ و غم و اندوه، بسته به فرهنگ و عقاید مراجع اطلاعاتی در مورد مرگ و مراسمات خاکسپاری برای کودک توضیح دهد و درمانگر میتواند تصورات غلط در مورد سوگ را به چالش بکشد و کمک کند به مراجع به اصلاح این باورها بپردازد.

نهم تا دوازدهم

عزاداری و حل و فصل احساس دوگانگی در مورد فرد از دست رفته: در این مرحله درمانگر ضمن پذیرش احساسات مراجع و همدلی کردن با او به او کمک میکند تا به بازگویی روانشناختی در مورد احساسات خود بپردازد و درمانگر یک محیط حمایت شده برای تخلیه هیجانات او فراهم میکند (زمان تخلیه این هیجانات، درمانجو ممکن است احساس تنش بکند. درمانگر برای کاهش این تنش فنون آرامسازی به کار میبرد).

نقد، بررسی و اتمام درمان: در پایان جلسات درمانی، درمانگر باید پیشرفت درمانجو را بررسی کند. این جلسه همان فرمت جلسه فرزند والد را دارد، ۱۵ دقیقه اول با مراجع؛ صحبت درباره نحوه به اشتراک گذاشتن و تکمیل صحبتها در مورد تروما است؛ و در ۱۵ دقیقه بعد درمانگر پاسخهای مناسب در برابر مراجع را با والدین تمرین میکند. جلسه آخر بیشتر صرف برنامه‌ریزی برای برخورد با تروما در آینده و درمورد نحوه مقابله با افکار مزاحم مربوط به یادآوری تروما میشود. همچنین اگر درمانگر معتقد است که دانش آموزان و والدین نیاز به ادامه درمان یا ارجاع به کلینیک دیگر دارد باید قبل از اتمام درمان ضرورت این مورد با آنها توضیح داده شود.

و همه دامنه های سنی بین ۱۳ تا ۲۱ پراکنده بوده و بیشترین تعداد در پایه های تحصیلی مربوط به پایه های دهم، یازدهم و دوازدهم بود و بیشترین تعداد از نظر سنی در سنین ۱۶ و ۱۷ سالگی بودند.

نتایج آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ بیان شده است.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت. داده ها با روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

در این پژوهش ۵۱ درصد از افراد نمونه دختر و ۴۹ درصد پسر بودند. نمونه پژوهش در همه پایه های تحصیلی

جدول ۲. نمرات گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای علائم استرس پس از سانحه و اضطراب

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم استرس پس از سانحه	پیش آزمون	۱۱۸/۴۰	۳۴/۳۹	۱۱۴/۳۰	۱۴/۴۴
	پس آزمون	۱۰۴/۴۰	۲۵/۱۹	۱۱۲/۰۲	۱۳/۸۵
اضطراب	پیش آزمون	۲۹/۵۳	۱۳/۰۳	۳۰/۶۶	۱۴/۴۷
	پس آزمون	۲۱/۸۶	۱۰/۵۸	۳۱/۱۳	۱۵/۱۶

قبل از تحلیل کوواریانس، پیش فرض های آن مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به عدم معناداری اندازه آزمون موچلی برای مولفه های علائم استرس پس از سانحه و اضطراب، مفروضه کرویت موچلی برقرار است. فرض کرویت موچلی رد نشده و می توان کرویت در واریانس ها را برای مدل تحلیل واریانس در نظر گرفت. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که سطح معنی داری از ۰/۰۵ بیشتر است؛ بنابراین فرض

همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس رعایت شده است. نرمال بودن داده ها نیز با آزمون شاپیرو-ویلکز مورد بررسی قرار گرفت که بالاتر از ۰/۰۵ بود و نشان داد که داده ها نرمال هستند. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که سطح معناداری به دست آمده بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد؛ بنابراین شرط همگنی واریانس خطاها هم رعایت شده است. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در دو گروه

متغیر	منابع تغییرات	SS	Df	MS	F مقدار	P	Eta
علائم استرس پس از سانحه	پیش آزمون	۱۷۴۸۱/۲۹	۱	۱۷۴۸۱/۲۹	۲۰۴۴/۹۴	۰/۰۰۰	۰/۹۸۱
	عضویت گروهی	۱۹۰۰/۶۹	۲	۹۵۰/۳۴	۱۱۱/۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۵۱
	خطا	۳۳۳/۳۹	۲۷	۸/۵۴۹			
اضطراب	پیش آزمون	۱۲۳/۰۸	۱	۱۲۳/۰۸	۱۸/۹	۰/۰۰۰	۰/۳۲۷
	عضویت گروهی	۶۰۵/۳۹	۲	۳۰۲/۶۹	۴۵/۶	۰/۰۰۰	۰/۶۵۱
	خطا	۲۵۳/۲۹	۲۷	۶/۴۹۵			

با توجه به نتایج جدول ۳، می توان گفت که پروتکل درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در کاهش علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در در نوجوانان دارای علائم استرس پس از سانحه مؤثر بود ($P < 0.01$).

بحث

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در نوجوانان دارای علائم استرس پس از سانحه بود. یافته ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما موجب کاهش علائم استرس پس از سانحه شد. این نتایج با نتایج سایر پژوهش ها همسو بود (۱۵-۱۴). نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که کسانی که دچار استرس پس از سانحه شدند، با انواع مختلفی از اختلالات

روانی مانند احساس شدید عصبانیت و کینه، احساس ناراضی از زندگی، احساس گناه، شرم و سوءظن مواجه می شوند (۳). همچنین افراد مبتلا به این اختلال به طور مکرر حالات عاطفی خود را سرکوب می کنند تا احساسات ناخوشایندی را که در نتیجه تجربه های استرس زا تجربه می کنند، کاهش دهند. اما این عدم بیان کلامی حالات هیجانی، باعث برانگیختگی شدید احساسی می شود. در حقیقت، افراد مبتلا به استرس پس از سانحه احساسات منفی را سریع تر و شدیدتر از دیگران تجربه می کنند. آن ها در تعدیل و تنظیم این احساسات مشکل دارند و می توان آن ها را در شناسایی و درک احساسات خود ضعیف دانست (۱۴). در فضای درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما، مراجعین فرصت های بسیاری به دست می آوردند تا نسبت به مشکلات و هیجانات خود آگاهی پیدا کنند و تکنیک های برای مقابله مؤثر با هیجانات یاد می گیرند، این تمرین

رخ داده است بدون آشفته‌گی فکر کند و آن را پردازش کند و بدون تلاش به فرار یا اجتناب از آن، منجر به تغییرات شناختی گردد، چرا که مواجهه موجب کاهش اضطراب و اجتناب مرتبط با خاطرات تروماتیک شده و به احتمال زیاد به کاهش در واکنش‌های احساسی به طور خاص و کاهش در علائم اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال علائم استرس پس از سانحه منجر می‌شود (۲۲). بنابراین نوجوانان در جلسات درمانی با تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در مواجهه با خاطرات ترسناک کمتر آشفته‌گی و بهبود می‌یابند. بدین ترتیب، به تدریج چرخه معیوب افزایش حساسیت اضطرابی با تشدید علائم و نشانگان اختلال استرس پس از سانحه شکسته می‌شود و نشانه‌های اختلال در طول درمان و به صورت تدریجی کاهش می‌یابد (۱۶).

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. نتایج این پژوهش محدود به نوجوانان ۱۳ تا ۲۱ سال شهر تهران بودند؛ بنابراین در تعمیم نتایج آن باید با احتیاط عمل کرد. در این پژوهش امکان کنترل و دستکاری برخی متغیرها فراهم نبود. با توجه به این که برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد و برای هر شرکت‌کننده در پژوهش به صورت فردی اجرا گردید امکان ایجاد شرایطی یکسان برای همه شرکت‌کنندگان در هنگام پاسخ‌گویی فراهم نبود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاد داد که پژوهش در سایر شهرها و با حجم نمونه بیشتری انجام گیرد تا قابلیت تعمیم‌پذیری آن افزایش پیدا کند. دوره‌های پیگیری نیز وجود داشته باشد. از سایر درمان‌های روان-شناختی جهت کاهش مشکلات نوجوانان دارای علائم استرس پس از سانحه استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ها می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش علائم استرس پس از سانحه و اضطراب در مرحله پس‌آزمون مؤثر بود و از این مداخله برای کاهش اضطراب نوجوانان و علائم استرس پس از سانحه استفاده کرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول و دارای کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1403.286 از دانشگاه آزاد

ها تجربه خوشایندی برای مراجع ایجاد می‌کنند، 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 افکارناکارآمد، شناسایی خطاهای شناختی مراجع تأکید می‌شود (۱۵). تکنیک‌ها در این نوع از درمان به مراجع کمک می‌کند تا افکار، احساسات و رفتارهای منفی و غیرمفید ناشی از تجربیات آسیب‌زا را اصلاح کنند. از آن جایی که در درمان، والدین نیز مشارکت داده می‌شوند، می‌تواند روابط کلی خانواده را بهبود بخشد؛ پویایی خانواده را با افزودن مهارت‌های ارتباطی مؤثر، آگاهی از موقعیت، تنظیم هیجانی و مدیریت استرس تغییر دهد. مجموعه این عوامل می‌تواند در پیچه تازه‌ای از امکانات و ظرفیت‌های شناختی و عاطفی جهت تنظیم هیجان پیش‌روی افراد بگشاید (۱۲). دیگر یافته‌ها این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما موجب کاهش اضطراب شد. این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌ها همسو بود (۱۶-۱۷). نتایج ناهمسو یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که اضطراب در موقعیت‌های توأم با استرس و هم‌چنین در پاسخ به فرایند درمان دچار تغییر می‌شود، به طوری که در رویدادهای پرتنش، حساسیت اضطرابی از شدت بیشتری برخوردار شده و سطح آن بالا می‌رود و در مداخلات درمانی کاهش می‌یابد. حساسیت اضطرابی بالا از طریق چرخه پسخوراند مثبت افزایش علائم اضطرابی، منجر به افزایش پریشانی در حین و بعد از تجربه رویداد آسیب‌زا می‌شود؛ در نتیجه، افراد هم از رویداد آسیب‌زا و هم از علائم اضطرابی برآمده از آن می‌ترسند که در نهایت به اجتناب و سایر علائم اختلال استرس پس از سانحه منجر می‌شود؛ به همین دلیل نوجوانان مبتلا به این اختلال غالباً نگران هستند که خاطرات و برانگیختگی‌های هیجانی و فیزیولوژیکی مربوط به آن‌ها احاطه شوند (۱۷). عقیده اصلی در درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما این است اگر چه علائم افکار منفی در جلسات عمداً برانگیخته نمی‌شدند، اما اگر آن‌ها به وجود می‌آمدند، نوجوانان به بهره‌گیری از این موقعیت به عنوان یک فرصت، در استفاده از الگوهای خودکار احساس تشویق می‌شوند. و مواجهه تدریجی با خاطرات تروماتیک، پیوند میان خاطرات ترسناک و واکنش‌های هیجانی ناشی از آن‌ها را کاهش داده و فرد را قادر می‌سازد تا درباره آن چه

اسلامی واحد کرمان است. بدین وسیله از کلیه نوجوانان شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

References

- Ghadimi Babil Olyayi N, Khanjani Z, Hashemi T. Comparing the Level of Risk-Taking, Sensation-Seeking and Impulsivity of Adolescent Girls and Boys Based on the Level of Influence of Peers. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2023; 20 (4) :622-33. <http://doi.org/10.52547/rbs.20.4.5>
- Tabatabaee SS, Soleimani H. Development of a Structural Model for Symptoms of Eating Disorders and Sleep Problems Based on Childhood Trauma With The Mediation of Alexithymia. *IJPN* 2024; 12 (4) :115-127 <http://ijpn.ir/article-1-2417-fa.html>
- Shirvani H, Rafiei L, Gholamiyan P, Mohammadi M. Modeling The Structural Relationships Of Childhood Trauma With Post-Traumatic Stress Symptoms And Tendency To Use Substance With The Mediation Of Dissociative Experiences In Adults. *IJPN* 2024; 12 (3) :26-37 <http://ijpn.ir/article-1-2399-fa.html>
- Shen Q, Mu Y, Shin PY. Health Behavior Change in Post-Traumatic Stress Disorder: Patient Perspectives. *Journal of Personality and Psychosomatic Research (JPPR)*. 2024 Jul 1;2(3):35-42. <http://doi.org/10.61838/kman.jppr.2.3.6>
- Orsini A, Corsi M, Pedrinelli V, Santangelo A, Bertelloni C, Dell'Oste V, Cordelli D, Perrone A, Parini L, Lanari M, Massimetti G. Post-traumatic stress, anxiety, and depressive symptoms in caregivers of children tested for COVID-19 in the acute phase of the Italian outbreak. *Journal of Psychiatric Research*. 2021 Mar 1;135:256-63. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100293>
- Guillen-Burgos HF, Gomez-Ureche J, Acoŝta N, Acevedo-Vergara K, Perez-Florez M, Villalba E, Maloof D, Dau A, Salva S, Mattar S, Escaf J. Post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression symptoms in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Colombia. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2022 Nov 1;6(4):100293. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2022.100293>
- Sharif AR, Taghizadeh Hir S., Fattahzadeh Ardalani GH. Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) on Reducing Anxiety in Martial Athletes, *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2023; 30(3):384-92. <https://doi.org/10.30505/12.1.3>
- Rasooli khorshidi F, Kadivar P, Sarami G, Tanha Z. The Study of Relationship between Metacognition, Achievement Goals , Study Strategies and Academic Achievement. *Journal of Educational Psychology Studies*, 2014; 10(18): 103-22. <https://doi: 10.22111/jeps.2014.1849>
- Chow BW, Mo J, Dong Y. Roles of reading anxiety and working memory in reading comprehension in English as a second language. *Learning and Individual Differences*. 2021; 9 (2):102-13. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10139191/3>
- Hudays A, Gallagher R, Hazazi A, Arishi A, Bahari G. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2022 Dec 15;19(24):16836. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416836>
- Tarighi R, Jenaabadi H, Mehdinezhad V. The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy on Emotion and Academic Self-Regulation in Adolescent Girls in Zahedan City with Clinical Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder. *Sadra Medical Journal*. 2023; 11(4): 417-429. <https://doi: 10.30476/smsj.2023.97433.1380>
- Haghighi F, Kalantari M, Shiri E. The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Students with Post-Traumatic Stress Disorder. *Mental Health and Culture*. 2022; 1(1): 41-60. <https://doi: 10.30479/mhc.2022.17855.1014>
- Morgan-Mullane A. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. In *An Integrative Approach to Clinical Social Work Practice with Children of Incarcerated Parents: A Clinician's Guide* 2023 May 20 (pp. 57-67). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-28823-4_5

14. Ghazizadeh, S., Mashhadi, A., Tabibi, Z., Soltanifar, A. The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Children with Sexual Abuse Experiences. *Journal of Clinical Psychology*. 2021; 12(4): 77-90. [https://doi: 10.22075/jcp.2021.19370.1788](https://doi.org/10.22075/jcp.2021.19370.1788)
15. Öst LG, Enebrink P, Finnes A, Ghaderi A, Havnen A, Kvale G, Salomonsson S, Wergeland GJ. Cognitive behavior therapy for adult post-traumatic stress disorder in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 2023 Jul 1;166:104323. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104323>
16. Mirzaian, N., Mirzaian, B., Abbasi, G. The effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) on internalized problems in bereaved children. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023; 4(11):127-39. [https://doi: 10.22034/aftj.2023.282822.1069](https://doi.org/10.22034/aftj.2023.282822.1069)
17. Wang L, Duan H, Zuo H, Wang Z, Jiao S, Liu Y, Li H, Chen J. Cognitive-behavioral stress management relieves anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder in parents of pediatric acute myeloid leukemia patients: a randomized, controlled study. *Hematology*. 2024 Dec 31;29(1):2293498. <https://doi.org/10.1080/16078454.2023.2293498>
18. Mol SS, Arntz A, Metsemakers JF, Dinant GJ, Vilters-Van Montfort PA, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *The British Journal of Psychiatry*. 2005 Jun;186(6):494-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.6.494>
19. Nikbagha M, Ramezani M, Karkavandi Talkhoonche M, Shahini M. The role of resilience, mentalization and alexithymia in predicting symptoms of post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in COVID-19 Survivors. *IJPN* 2023; 11 (2) :13-26. <http://ijpn.ir/article-1-2131-fa.html>
20. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. Beck anxiety inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993. <https://doi.org/10.1037/t02025-000>
21. Ghanavati M, Talebzadeh Shoushtari M, Safarzadeh S, Bavi S, Bakhtiarpour S. Effect of Cognitive-Analytical Therapy on Anxiety Sensitivity and Interpersonal Problem in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *IJPN* 2024; 12 (3) :91-101 URL: <http://ijpn.ir/article-1-2402-fa.html>
22. Sharifi A, Abdi R, Moheb N, Livarjani S. Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on the Reduction Anxiety Sensitivity and Panic Attacks in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2024 Apr 20;19(73): 140-148. <http://doi:10.22034/JMPR.2024.17979>