

Research Paper



The Effectiveness of Reprocessing Based on Cognitive Narratology on Post-Traumatic Cognitions in Female High School Students Faced with Physical and Emotional Trauma in Kermanshah



Somayeh Zalipour ¹, Kamran Yazdanbakhsh ^{2*}, Asieh Moradi ³

1. PhD in Psychology, Razi University of Kermanshah, Iran.
2. Associate Professor of Cognitive Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.
3. Assistant Professor of Educational Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16503

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16503)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16503.html



ARTICLE INFO

Keywords:

Cognitive narratology, post-traumatic cognitions, Physical and emotional trauma, Reprocessing, Students.

Received: 2021/03/02

Accepted: 2021/07/10

Available: 2023/08/21

ABSTRACT

The aim of this study was the effectiveness of reprocessing based on cognitive narratology on post-traumatic cognitions in female high school students faced with physical and emotional trauma in Kermanshah. The method of this study was quasi-experimental pretest-posttest with control group and its statistical method was analysis of covariance with repeated measures. In order to select the participants of the study, based on Cochran and Morgan table, 800 students aged 13 to 19 years were selected by cluster sampling and answered the post-traumatic stress disorder and post-traumatic cognition scale questionnaires. Of the 800 people who received a diagnosis of post-traumatic stress disorder, 40 were randomly selected and again randomly assigned to experimental and control groups. The members were assigned in such a way that 20 people in the experimental group received therapeutic protocol related to cognitive processing based on schema system and reprocessing based on cognitive narratology and 20 people in the control group did not receive any intervention. The results showed that reprocessing based on cognitive narratology on post-traumatic cognitions in post-test scores was significant ($p < 0.001$). Post-traumatic cognitions in students with physical and emotional trauma.



* Corresponding Author: Kamran Yazdanbakhsh

E-mail: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثر بخشی بازپردازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی بر شناخت‌های پس آسیبی دردانش‌آموزان دختر دبیرستانی مواجه شده با ترومای جسمانی و هیجانی در شهر کرمانشاه



سمیه زالی پور^۱، کامران یزدانبخش^{۲*}، آسیه مرادی^۳

۱. دکتری روانشناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۲. استادیار روانشناسی شناختی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۳. استادیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16503

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16503)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16503.html



چکیده

مشخصات مقاله

آسیب‌های دوران کودکی و نوجوانی می‌توانند تأثیری عمیق و بلندمدت بر رشد جسمانی و روانشناختی داشته باشند. اختلال استرس پس آسیبی این دوران که غالباً با کودک آزاری همراه است، تأثیرات منفی زیادی بر کارکردهای شناختی دارد (ناکایاما و همکاران، ۲۰۲۰). هدف پژوهش حاضر اثربخشی بازپردازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی بر شناخت‌های پس آسیبی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مواجه شده با حوادث آسیب‌زا در شهر کرمانشاه بود. روش مطالعه، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با اندازه‌گیری مکرر بود. از بین دانش‌آموزانی که تشخیص اختلال استرس پس آسیبی دریافت کردند، ۴۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی و با هم‌تاسازی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار سنجش شامل مقیاس اختلال استرس پس آسیبی می‌سی سی پی، پرسشنامه سرنده کردن حوادث آسیب‌زا و پرسشنامه شناخت‌های پس آسیبی بود. گروه آزمایش پروتکل درمانی بازپردازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی را دریافت کردند. مقایسه بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها حاکی از آن بود که بازپردازش مبتنی بر روایت درمانی شناختی بر شناخت‌های پس آسیبی در نمرات پس‌آزمون تأثیر معنی‌دار داشته است. نتیجه‌ای که می‌توان بر مبنای یافته‌ها گرفت این است که استفاده از روایت درمانی شناختی می‌تواند در درمان شناخت‌های پس آسیبی در دانش‌آموزان مبتلا به تروما موثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها:

بازپردازش مجدد، حوادث
آسیب‌زا، روایت درمانی
شناختی، شناخت‌های
پس آسیبی.

دریافت شده: ۱۳۹۹/۱۲/۱۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۶/۱۱

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۵/۳۰

* نویسنده مسئول: کامران یزدانبخش

رایانامه: k.yazdanbakhsh@razi.ac.ir

مقدمه

اختلال استرس پس آسیبی^۱، وضعیت روانشناختی ناتوان کننده ای است که می تواند پس از یک رویداد آسیب زا ایجاد شود، که اغلب منتهی به یک دوره مزمن از اختلال شدید در عملکرد می شود. شیوع مادام‌العمر این اختلال در جهان تقریباً ۳.۹٪ برآورد شده است (کونن و همکاران، ۲۰۱۷). تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد از مردان و ۱۰ تا ۱۲ درصد از زنان این اختلال را حداقل یک بار در طول زندگی شان تجربه می کنند (ویلیز، چو و هانت^۲، ۲۰۱۵). این اختلال با نشانه های مزاحم مرتبط با رویداد آسیب زای اجتناب، برانگیختگی، خاطرات ناراحت کننده و تغییرات منفی در شناخت و خلق مشخص می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). شواهد به دست آمده (اسکات و همکاران، ۲۰۱۵؛ جانسن و اسبورنسن، ۲۰۰۸) نشان می دهند اختلال استرس پس آسیبی با اشکال در طیف وسیعی از عملکردهای شناختی از جمله حافظه کلامی، حافظه فعال، توجه، عملکرد اجرایی و زبان همراه است. ناریناوتاکا و همکاران (۲۰۱۸) عملکرد ضعیف قابل توجهی در حوزه های وسیعی از کارکردهای شناختی، از جمله حافظه فوری، توانایی دیداری فضایی، زبان، توجه، حافظه تاخیری، و عملکرد شناختی کلی در بیماران زن مبتلا به این اختلال را گزارش کرده اند. بخش عمده ای از دانش ما در مورد اختلال استرس پس آسیبی بر اساس مطالعات بزرگسالان است. اما با ظهور رشته های علمی جدید (مانند علوم اعصاب تکاملی^۴) شواهد به دست آمده نشان می دهند آنچه از پژوهش های مربوط به بزرگسالان به دست می آید، ممکن است لزوماً به کودکان و نوجوانان قابل تعمیم نباشد (انجمن روانشناسی آمریکا^۵، ۲۰۰۸).

اختلال استرس پس آسیبی در کودکی غالباً همراه با کودک آزاری است (ناکایاما و همکاران، ۲۰۲۰) و براساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت^۶ (۲۰۲۰) تعداد کودکان و نوجوانان ۲ تا ۱۷ ساله ای که در سال گذشته (۲۰۱۹) در جهان شکلی از بدرفتاری را تجربه کرده اند، بالغ بر ۱ میلیارد نفر است. بدرفتاری با کودکان، که شامل سو، استفاده جنسی، آزار عاطفی و جسمی، بی توجهی و غفلت می شود، گزارش شده (مک لاگالین و همکاران، ۲۰۱۷) که خطر ابتلا به اختلال استرس پس آسیبی را هنگام مواجهه با واقعه آسیب زا در موقعیت های بعدی زندگی افزایش می دهد. بسته به مرحله رشدی و سطح بلوغ شناختی و عاطفی، انتظار می رود نشانه های اختلال در کودکان از بزرگسالان متفاوت باشد (کار، ۲۰۰۹). شیوع و نشانه شناسی نیز بسته به خود رویداد آسیب زا، شدت و مدت مواجهه و متغیرهای جمعیت شناختی کودک مانند جنسیت، سن و قومیت در میان کودکان و نوجوانان بسیار متفاوت است (دیگراند و همکاران، ۲۰۰۸).

اختلال استرس پس آسیبی کودکی با اختلال در عملکردهای شناختی همراه است (سو و همکاران، ۲۰۱۹) که یکی از آن ها، شناخت های پس

آسیبی^۷ است. محققان (دالگلیس، ۲۰۰۴؛ دالگلیش، میسرآستدمن و اسمیت، ۲۰۰۵) به شناخت های پس آسیبی به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر شدت و تداوم پاسخ های آسیب شناختی به تروما اشاره کرده اند. رویدادهای آسیب زا شناخت ها و باورهای شخص را در مورد خود دنیای اطرافش تغییر می دهند که احتمالاً منجر به پاسخ های عاطفی منفی و اقدامات ناسازگارانه ای می شود که به نوبه خود به نگهداری اختلال استرس پس آسیبی کمک می کند (لی و همکاران، ۲۰۱۸). اهمیت شناخت های مرتبط با تروما در نسخه پنجم دستنامه ی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۸ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) در معیارهای تشخیصی تجدید نظر شده برای اختلال استرس پس آسیبی منعکس شده است. یکی از معیارهای ذکر شده، تغییرات منفی در شناخت ها است، که شامل باورها یا انتظارات منفی مداوم و اغراق آمیز در مورد خود و جهان اطراف و همچنین باورهای تحریف شده در مورد علل و یا عواقب رویداد آسیب زا است که منجر به سرزنش خود و یا دیگران می شود. این معیار تشخیصی بر اهمیت ارزیابی شناخت های مرتبط با تروما تأکید دارد.

در تبیین مبنای شناختی اختلالات اضطرابی، وسواسی و ناشی از استرس، نظریه پردازان پارادایم پردازش اطلاعات حاصل از روانشناسی شناختی تجربی را اتخاذ کرده اند. نظریه ی شناختی - تجربی^۹ اپستین^{۱۰} (۱۹۹۴، ۲۰۰۳، ۲۰۱۴) پردازش اطلاعات در انسان را دارای ماهیتی دوگانه می داند که براساس دو سیستم تعاملی و موازی صورت می گیرد: سیستم پردازش اطلاعات عقلانی^{۱۱} و سیستم پردازش اطلاعات تجربی^{۱۲} (دمیرتاش و گوون، ۲۰۱۷). سیستم عقلانی یک فرایند تحلیلی است که بر اساس قواعد و استنباط های منطقی فرد شکل می گیرد و شامل باورهای او در مورد خود و جهان است. این عملکرد عمدتاً آگاهانه و با میانجی گری زبان عمل می کند. در این سیستم، واقعیت ها براساس نمادهای انتزاعی و مبتنی بر زبان کدگذاری می شوند. در مقابل، سیستم تجربه گرا بیشتر بر اساس قانون تداعی و ناآگاهانه عمل می کند تا منطقی. به این معنی که وقتی شخص با یک محرک یا رویدادی روبرو می شود، ناآگاهانه آن را با الگوها و تصاویر موجود در حافظه مقایسه می کند و در صورت تطبیق، آن محرک یا رویداد شناسایی می شود. با توجه به این نوع عملکرد سیستم تجربه گرا، اشیاء و رویدادهای شبیه به اطلاعات موجود در حافظه هم تمایل دارند که به عنوان واقعیت در نظر گرفته شوند (هارتمن، ۲۰۱۱). این سیستم که به صورت خودکار عمل می کند، عواطف و احساسات را هم درگیر می کند. به همین خاطر مردم به اشتباه فکر می کنند احساسات آنها پاسخ مستقیم به رویدادهای بیرونی است، در صورتی که ناشی از تفسیرهای آن ها از وقایع موجود در سیستم تجربه گرای آنها است. بنابراین، یک فرض اصلی در نظریه عقلانی - تجربی این است که تجربه گذشته افراد، به صورت خودکار و ناآگاهانه به طور مداوم بر نحوه تفسیر آنها از وقایع، و در نتیجه بر چگونگی تفکر، هیجان و رفتار آن ها تأثیر

7. Posttraumatic Cognitions
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)
9. Cognitive-Experiential Theory
10. Epstein
11. rational information-processing system
12. experiential information-processing system

1. Posttraumatic stress disorder (PTSD)
2. Willis, Chou, Hunt
3. American Psychiatric Association
4. developmental neuroscience
5. American Psychological Association citation
6. World Health Organization

نابهنجار ناشی از آن‌ها را کنترل کنند (هوتو و گالاگر، ۲۰۱۷). بر این اساس، افراد تمایل دارند زندگی خود را در قالب یک داستان معنی‌دار پیوسته و منطقی در نظر بگیرند، به گونه‌ای که بتوانند هدف‌ها و توقعات آینده خویش را پیش ببرند. روایت و بازپردازش روایت افراد درباره زندگی خودشان به آن‌ها کمک می‌کند تا به مشکلات خود، معنایی متفاوت بدهند و مهارت حل مسئله خود را بهبود بخشند. از آنجایی که روایت‌های اشباع شده از مشکل^۶، فرآیندهای شناختی و در نهایت رفتاری را تحت تاثیر قرار می‌دهد، هدف اصلی روایت درمانی، کمک به افراد برای تجدید نظر و اصلاح این روایت‌های درونی شده است (پلکینگورن، ۲۰۰۴) تا سبب شود به این باور برسند که قادر به پیش‌بینی و کنترل زندگی خود خواهند بود (فرکلوت، ۲۰۰۹).

رویکردهای درمانی روایت‌شناسی که تحت عنوان روایت‌شناسی شناختی نامیده می‌شوند، معتقدند که ظرفیت‌ها، حالات و فرآیندهای ذهنی افراد، از یک طرف زمینه را برای تجربیات روایتی فراهم می‌کنند؛ و از طرف دیگر تحت تاثیر روایت‌ها قرار می‌گیرند (هرمان، ۲۰۱۳). درمان بازپردازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی^۸ یکی از این درمان‌هاست که در آن، از یک روایت به عنوان مدل درمانی برای بازسازی ذهنی تجربه‌های ناخوشایند استفاده می‌شود (دمیرتاش و گوون، ۲۰۱۷). این درمان ترکیبی از روایت‌شناسی و پردازش شناختی است که تحت تاثیر نظریه‌های شناختی - تجربی^۹ ایستین^{۱۰} (۲۰۱۴) و آلفورد و بک (۱۹۹۷) شکل گرفته است. در این رویکرد التقاطی روش‌هایی برای به چالش کشیدن مراجعان به کار گرفته می‌شود تا آن‌ها را از شیوه‌های مشارکت فعال در موقعیت‌هایی که به عنوان مشکل ادراک کرده‌اند آگاه سازند. این روش را می‌توان در سه مرحله خلاصه نمود:

۱. مواجهه تصویری، که برای فعال‌سازی خاطره‌ی آسیب‌زا همراه با هیجانات پریشان‌کننده و شناخت‌های غیرانطباقی مرتبط با آن به کار می‌رود؛
۲. بازآفرینی تصویری، که طی آن خاطره‌ی آسیب‌زا طوری اصلاح می‌شود که تصور قربانی بودن/آسیب دیدن، با تصور مقابله و تسلط، جایگزین می‌شود؛
۳. تصور آرام‌سازی/رسیدگی به خود که در طی آن، شخص خود را به عنوان یک فرد بالغ مجسم می‌کنند که به کودک آسیب دیده (سن فرد در زمان آسیب) آرامش، تسلی و اطمینان خاطر می‌دهند. علاوه بر آن، در این مرحله هیجانات و تصورات آسیب‌زا همراه با باورهای نادرست، در قالب روایت کلامی بازپردازش می‌شوند (مانچینی و مانچینی، ۲۰۱۸).

در پژوهش‌های متعددی اثربخشی روش‌های مختلف درمانی با استفاده از بازپردازش شناختی بر نشانه‌های اضطراب کودکان (شهابی زاده و خواجه ایمینان، ۱۳۹۷)، سطح آشفتگی ذهنی و تصاویر راجعه مربوط به سانحه جانبازان (عطارد، برجعلی، سهرابی و بشرپور، ۱۳۹۵)، متغیرهای بهزیستی و کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه (مورلاند، مکینتاش، گرین، روزن، چارد، ریسک و فروهه، ۲۰۱۴؛ هولیدی، لینک-مالگوم، موریس و ساریس،

می‌گذارد (نوریس و ایستین، ۲۰۱۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مشکلات عدم سازگاری با محیط در وهله اول مربوط به سیستم پردازش تجربی است (ایستین، ۲۰۰۳).

آلفورد و بک (۱۹۹۷) بر این اساس، مدل پردازش اطلاعات سلسله‌مراتبی را پیشنهاد کردند که شامل سه سطح عملیات شناختی است: الف. سطح پیش‌خودآگاه، غیرعمدی و خودکار؛ ب. سطح آگاهانه، شامل نظارت منفعلانه‌ی تجربه؛ و ج. سطح فرانشناخت که یک فرایند تفکر منظم شامل توانایی تحلیل فعال، عمدی و آگاهانه است. بر اساس این مدل، شناخت‌ها در تمام سطوح گزاره‌های کلامی قابل دسترسی هستند که می‌توان با آموزش مناسب به سطح آگاهی منتقل شوند (سالاس اوورت و فرگوس، ۲۰۰۳).

مشاهدات بالینی در مورد مبتلایان به اختلالات اضطرابی، وسواسی، و ناشی از حوادث آسیب‌زا نشان‌دهنده وجود ناهماهنگی و انفصال بین دو سیستم پردازش عقلانی و تجربی است (هایس، وانلزاکر و شاین، ۲۰۱۲؛ سالاس اوورت، فرگوس، ۲۰۰۳؛ کاهیل و فوآ، ۲۰۰۷). بر این اساس، تاکنون طیف وسیعی از روش‌ها، از جمله درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی^۱ (بشرپور و عینی، ۱۳۹۹)، درمان شناختی رفتاری^۲ (سالمی، نعمی، زرگر و داودی، ۱۳۹۶)، فرانشناخت درمانی^۳ (خانجانی، علیلو، فخاری، عبدل پور، ۱۳۹۵)، درمان پذیرش و تعهد (بهروز، ۱۳۹۴)، شناخت درمانی^۴ (لنفرنیک، دوکیجر، اسمیت و بولن، ۲۰۲۰)، پردازش شناختی^۵ (نیسون و همکاران، ۲۰۲۱)، سنکتر و همکاران، ۲۰۲۱) در درمان اختلالات اضطرابی، وسواسی و ناشی از عوامل آسیب‌زا مورد استفاده قرار گرفته و هر کدام موفقیت‌های نسبی در درمان این اختلال داشته‌اند.

مداخله مبتنی بر پردازش و بازپردازش شناختی بر مبنای پارادایم پردازش اطلاعات، به عنوان درمان اختصاصی برای اختلال استرس پس‌آسیبی مورد استفاده قرار گرفته است (رسیک، مانسون و چارد، ۲۰۱۶). مطالعات (چارد و هیلی، ۲۰۲۰؛ رسیک و همکاران، ۲۰۲۰؛ تران، مولتون، سانتسو و راب، ۲۰۱۶) نشان داده‌اند که این روش در کاهش علائم اختلال استرس پس‌آسیبی مربوط به انواع رویدادهای آسیب‌زا از جمله کودک‌آزاری، جنگ، تجاوز جنسی و بلایای طبیعی مؤثر بوده است.

افزایش علاقه به مطالعه فرآیندهای کلامی در روان‌درمانی موجب شده تا مدل‌های تحقیقاتی پیشنهاد کنند که به جای مطالعه میکروسکوپی حالت‌های کلامی به رویکرد ماکروسکوپی پرداخته شود که در آن این حالت‌ها به صورت روایت سازماندهی می‌شوند و از این دیدگاه روایت‌ها به عنوان ابزار اصلی معنا‌سازی در نظر گرفته می‌شوند (گنسالوز و مکدو، ۱۹۹۹). روایت‌شناسی، که توسط وایت و ایستون^۶ توسعه یافت (مدیگان، ۲۰۱۹)، در تلاش است افراد را توانمند سازد تا با روایت مجدد حوادث گذشته، شناخت‌های آن‌ها را به سطح آگاهی آورده و با بازسازی آن‌ها هیجانات و رفتارهای

6. Michael White and David Epston
7. problem saturated narratives
8. reprocessing based on cognitive narratives (RBCN)
9. Cognitive-Experiential Theory
10. Epstein

1. Mentalization-Based Therapy (MBT)
2. Cognitive behavioral therapy (CBT)
3. Metacognitive therapy (MCT)
4. Cognitive therapy (CT)
5. Cognitive Processing Therapy (CPT)

نمونه‌های انتخاب شده، ابتدا به پرسشنامه غربالگری پاسخ دادند. از بین کسانی که نمره اولیه آنها بالاتر از خط برش بود، جهت تشخیص نهایی مصاحبه تشخیصی ساختار بر اساس ملاک‌های DSM5 به عمل آمد و نهایتاً ۴۰ نفر از آنها که تشخیص قطعی دریافت کردند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس گروه آزمایش در معرض مداخله قرار گرفت. در پایان از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و در دو دوره پیگیری با فاصله زمانی ۲ ماه هر دو گروه مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود مشتمل بر تحصیل در دوره دبیرستان، رضایت داشتن جهت شرکت در پژوهش، دریافت تشخیص اختلال استرس پس از سانحه بر اساس پاسخگویی به پرسشنامه سرنده کردن حوادث آسیب‌زا و مصاحبه بالینی؛ و ملاک‌های خروج مشتمل بر داشتن هر گونه اختلال روانی دیگری همچون سوء مصرف مواد، اختلال سلوک (CD)، اختلال یادگیری و افسردگی، داشتن هر نوع بیماری پزشکی که فرد را وادار به جستجوی فوری درمان سازد، بهره‌وری از دیگر مداخلات روانشناختی و غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سرنده کردن حوادث آسیب‌زا- فرم خودگزارشی: این پرسشنامه ۲۴ آیتمی توسط فورد، راکسین، آچر، بوسگیت، آلیس و شیفمن^۲ (۲۰۰۲) با هدف بررسی سابقه حوادث آسیب‌زا و تمایز آنها از تجربیات منفی زندگی در افراد دامنه سنی ۶ تا ۱۸ ساله ساخته شده است و تجربه تعدادی از حوادث از جمله آسیب‌های بدنی قبلی و فعلی، بستری شدن‌ها، خشونت خانوادگی، خشونت در جامعه، فجایع طبیعی، تصادفات رانندگی، سوء استفاده فیزیکی و جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (معیار الف ۱ اختلال استرس پس از سانحه)، همچنین اینکه آیا واکنش‌های فرد به رویداد آسیب‌زا شامل ترس شدید، درماندگی یا وحشت بوده است یا نه در این پرسشنامه ارزیابی می‌گردد (معیار الف ۲). در مورد هر حادثه، تجربه حادثه توسط فرد معیار الف ۱ اختلال استرس پس از سانحه را کامل می‌کند و با پاسخ‌های بعدی حوادث آسیب‌زا از تجربیات استرس‌زا متمایز می‌گردند یعنی اگر واکنش فرد شامل ترس شدید، درماندگی و وحشت باشد آن رویداد، آسیب‌زا و در غیر این صورت، استرس‌زا در نظر گرفته می‌شود. این پرسشنامه با پرسشنامه‌های دیگر ارزیابی حوادث آسیب‌زا همبستگی خوبی نشان داده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش فورد و همکاران (۲۰۰۲) ۰/۸۹ گزارش شده است. این ضریب روی نمونه پژوهش بشرپور و همکاران (۱۳۹۴) ۰/۷۶ به دست آمد. ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش قدیری، ابوالقاسمی و آقاجانی (۱۳۹۴) برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۲ به دست آمده است. میزان همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن ۰/۸۸ به دست آمد.

۲۰۱۴)، علائم ترس جنسی پس از سانحه (کاتز، کوجار، داگلاس و هافمن، ۲۰۱۴) نشان داده شده است. با این وجود، اثربخشی بازپردازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی در ارتباط با شناخت‌های پس‌آسیبی در دختران نوجوان مورد آزمون قرار نگرفته است.

لذا، با توجه به شیوع بالای حوادث آسیب‌زا در دختران نوجوان دانش‌آموز و نیز اثرات منفی این تجربه‌ها بر عملکردهای شناختی آن‌ها، در پژوهش حاضر بر آن شدیم تا انواع تجربه‌های فیزیکی، هیجانی و جنسی تروماتیک را در دختران دانش‌آموز مورد بررسی قرار دهیم و با کارآزمایی بالینی رویکردی یکپارچه برای کاهش علائم شناختی همبود با اختلال استرس پس‌آسیبی را مورد آزمون قرار دهیم تا به این سؤال پاسخ داده شود که میزان اثربخشی روش بازپردازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی بر شناخت‌های پس‌آسیبی دانش‌آموزان دختر مواجه شده با تروما چه میزان است؟

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری اول و دوم با فاصله زمانی دو ماه با گروه کنترل بود. در این طرح یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل مشارکت داده شدند و مراحل زیر در مورد آن‌ها به اجرا درآمد: ۱- انتخاب به صورت تصادفی از نمونه پژوهش، ۲- جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۳- اجرای پیش‌آزمون؛ ۴- اجرای متغیر مستقل (بازپردازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی) روی گروه آزمایش؛ ۵- اجرای پس‌آزمون؛ ۶- اجرای آزمون پیگیری اول (با فاصله زمانی ۲ ماه) و ۷- اجرای آزمون پیگیری دوم (با فاصله زمانی ۲ ماه).

جدول ۱- طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم با دو گروه آزمایش و کنترل

پیگیری دوم (۲ ماه)	پیگیری اول (۲ ماه)	پس‌آزمون	روش مداخله	پیش‌آزمون	گروه‌ها	نمونه‌گیری
T4	T3	T2	X	T1	E	R
T4	T3	T2	-	T1	C	R

جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر ۱۵ تا ۱۹ ساله شهر کرمانشاه که در سال تحصیلی ۹۷-۹۸ مشغول به تحصیل بودند تشکیل داد که بنا به گزارش آموزش و پرورش تعداد آنها ۳۳۸۰۰ نفر بود. جهت غربالگری اولیه و تشخیص اختلال استرس پس‌آسیبی، ابتدا با استفاده از فرمول کوکران ۳۸۰ نفر به عنوان نمونه اولیه تعیین شدند. سپس با در نظر گرفتن نرخ شیوع اختلال در جامعه، میزان اثر طرح بر اساس فرمول $Deff=1+n_{cs} [M-1]$ حدود ۱.۷ به دست آمد که برای دقت بیشتر به ۲ افزایش یافت و براساس فرمول $N_{cs} = N_{SRS} \times Deff_{cs}$ نمونه نهایی ۷۶۰ نفر برآورد شد. با پیش‌بینی احتمال مخدوش بودن برخی از پرسشنامه‌ها، نهایتاً ۸۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. به منظور تشخیص اولیه،

خود می باشد که بر اساس مفاهیم عمده روایت شناسی برگرفته از نظریه شناختی - تجربی اپستین (۲۰۱۴) توسط محقق تهیه و تنظیم شده که ساختار جلسات در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات بازپزدازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی

جلسات	موضوع جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفی	آشنایی شرکت کنندگان با یکدیگر- مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات- تبیین مدل درمانی- تبیین نشانه های اختلال افراد بر حسب روش درمانی
دوم	روایت آسیب زا	تشویق شرکت کنندگان به شرح روایت های خود از حوادث آسیب زا- بررسی روایت های غالب- نامگذاری مشکل- بررسی رابطه حوادث روایت شده و علائم هر فرد
سوم	شناسایی ارتباط علائم	شناسایی افکار آزار دهنده و ارتباط آنها با هیجانات و نشانه های رفتاری
چهارم	تفسیر رویداد	به چالش کشاندن اعضا- تعیین عوامل مثبت و منفی موثر در رویدادها- بررسی چالش های هر فرد در روایت مجدد رویداد- دستیابی به داستان های سایه ای افراد
پنجم	بازپزدازش رویداد	تغییر و بازسازی ادراک افراد از حوادث گذشته- دیدن داستان از منظری دیگر توسط سایر اعضای گروه- استفاده از تکنیک باز معنایی رویدادها- نامگذاری مجدد مشکل
ششم	بازسازی و بازگویی روایت	تعریف مجدد رویداد- تحلیل ارتباط روایت جدید با نشانه های هیجانی و رفتاری جدید
هفتم	پزدازش مجدد روایت جدید	بررسی پیامدهای منحصر به فرد- به کار گیری عناصر جدید در روایت- ویرایش نهایی روایت جدید
هشتم	رسیدگی به خود	اعضا خود را به عنوان یک فرد بالغ مجسم می کنند که به کودک آسیب دیده (سن فرد در زمان آسیب) آرامش، تسلی و اطمینان خاطر می دهند
نهم	برقراری الگوهای جدید	بحث درباره تاثیر پزدازش مجدد در تغییر علائم و رشد یک خودانگاره مثبت

نتایج

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمره شناخت های پس آسیبی در گروه های آزمایش و کنترل در موقعیت پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم را نشان می دهد.

مقیاس اختلال استرس پس آسیبی می سی سی پی^۱: این مقیاس در سال ۱۹۹۷ توسط نوریس و ریڈ^۲ و نوریس آرویان^۳ (۲۰۰۸) تهیه و معرفی و در سال ۱۳۸۲ توسط گودرزی در ایران اعتباریابی شده است. این مقیاس دارای ۳۹ آیتم و چهار خرده مقیاس شامل خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان و افسردگی می باشد. این مقیاس در پنج درجه به شیوه‌ی لیکرت نمره گذاری می شود. حداقل نمره ۳۹ و حداکثر نمره ۱۹۵ می باشد. نمرات کمتر از ۶۵ بیانگر PTSD خفیف، نمره ۶۵ تا ۱۳۰ PTSD متوسط و بالاتر از ۱۳۰ نشانه PTSD شدید ارزیابی می گردد (فوا^۴ و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از نیمانی و همکاران، ۱۳۹۰) پایایی از نوع بازآزمایی این مقیاس را ۰/۹۷، همسانی درونی با آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ حساسیت آن را ۰/۹۳ و کارایی آن را ۰/۹۰ گزارش داده اند. در ایران نیز پایایی آزمون بر اساس همسانی درونی ۰/۹۲ بر اساس روش دو نیمه کردن ۰/۹۲، بر اساس روش بازآزمایی ۰/۹۱ و روایی آن با استفاده از روش روایی همزمان با آزمون همتا ۰/۸۲ ارزیابی گردید (گودرزی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد.

پرسشنامه شناخت‌های پس از تروما^۴ (PTCI): این آزمون یک ابزار خودگزارشی ۳۶ آیتمی است که توسط فوا^۵ و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شده و افکار و باورهای مربوط به تروما را اندازه گیری می کند. در این پرسشنامه آزمودنی‌ها، افکار و باورهای خود را در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملا مخالفم (صفر) تا کاملا موافقم (۶) درجه بندی می کنند. این ابزار روی ۳ عامل بارگزاری می شود که عبارتند از شناخت‌های منفی درباره خود (۲۱ آیتم)، شناخت‌های منفی درباره جهان (۷ آیتم) و خودسرزندی (۵ آیتم). خرده مقیاس‌های منفی درباره خود، وسعت نگاه منفی درباره خود و علائم و افکار درماندگی و بیگانگی را اندازه می گیرند. خرده مقیاس‌های منفی درباره جهان، درجه بی‌اعتمادی فرد به دیگران و باورهای فرد در مورد جهان ناامن را اندازه می گیرد. در نهایت خرده مقیاس خودسرزندی میزانی که افراد حادثه تروماتیک را به اعمال انجام داده یا انجام نداده خود اسناد می دهند را اندازه می گیرد. همسانی درونی سه خرده مقیاس به ترتیب بالا ۰/۸۷، ۰/۸۸ و ۰/۸۶ بوده است (فوا^۶ و همکاران، ۱۹۹۹). در پژوهش بک و کلارک^۶ (۲۰۱۱) نتایج تحلیل عاملی اعتباریابی این پرسشنامه نشان داد که همسانی درونی بالا و معناداری بین سه خرده مقیاس وجود دارد (۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۹۷) در ایران بشریور و همکاران (۲۰۱۱) ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس شناخت‌های منفی درباره خود ۰/۸۶، شناخت‌های منفی درباره جهان ۰/۶۷ و برای خودسرزندی ۰/۷۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پروتکل مداخله:

پروتکل درمانی شامل یک پروتکل ۹ جلسه ای هر جلسه ۲ ساعت بود و در سه مرحله مواجهه تصویری، بازآفرینی تصویری و تصور آرام سازی/رسیدگی به

- 1 The Mississippi Scale for Combat-Related PTSD
2. Norris & Reid
3. Aroian

4. Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)
5. Foa
6. Beck & Clark

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد شناخت‌های پس آسیمی به همراه خرده مقیاس‌های آن در چهار موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم در گروه‌های آزمایش و کنترل

موقعیت	مؤلفه‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
پس‌آزمون	شناخت‌های منفی نسبت به خود	۳۸/۳۹	۴/۳۴	۳۸/۱۱	۳/۳۲
	شناخت‌های منفی نسبت به جهان	۲۸/۴۳	۳/۷۸	۲۲/۴۳	۴/۲۳
	خودسرزنشی	۲۵/۱۲	۳/۸۷	۲۰/۲۱	۳/۸۹
	نمره کل	۶۱/۴۳	۷/۱۱	۶۳/۱۲	۹/۹۸
پس‌آزمون	شناخت‌های منفی نسبت به خود	۲۴/۳۲	۲/۴۳	۳۷/۱۲	۲/۴۲
	شناخت‌های منفی نسبت به جهان	۱۵/۵۴	۱/۲۳	۲۰/۵۷	۴/۳۹
	خودسرزنشی	۱۴/۴۷	۱/۷۸	۲۲/۱۱	۳/۳۴
	نمره کل	۴۵/۱۲	۶/۲۲	۵۹/۳۴	۸/۱۲
پیگیری اول	شناخت‌های منفی نسبت به خود	۲۲/۲۳	۲/۴۴	۳۶/۳۲	۲/۴۳
	شناخت‌های منفی نسبت به جهان	۱۳/۳۴	۱/۲۳	۲۲/۲۰	۴/۱۱
	خودسرزنشی	۱۵/۳۳	۱/۶۳	۲۱/۱۴	۳/۰۹
	نمره کل	۴۳/۱۳	۶/۷۷	۵۸/۲۲	۷/۹۸
پیگیری دوم	شناخت‌های منفی نسبت به خود	۲۴/۲۱	۱/۹۹	۳۸/۲۲	۲/۸۶
	شناخت‌های منفی نسبت به جهان	۱۱/۸۷	۰/۹۸	۲۴/۵۴	۴/۶۷
	خودسرزنشی	۱۶/۸۷	۱/۳۴	۲۲/۲۱	۳/۶۷
	نمره کل	۴۷/۳۲	۶/۸۹	۵۸/۶۶	۸/۴۴

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون کرویت ماوچلی متغیر شناخت‌های پس آسیمی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر	W موچلی	P
شناخت‌های منفی درباره خود	۰/۴۷۹	۰/۱۲۳
شناخت‌های منفی درباره جهان	۰/۳۴۵	۰/۰۹۸
خودسرزنشی	۰/۴۳۱	۰/۱۳۴

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، نتایج آزمون کرویت ماوچلی شامل ضریب ماوچلی و مقدار و سطح آن برای متغیر شناخت‌های پس آسیمی و خرده مقیاس‌های آن معنی‌دار نمی‌باشد. می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای مؤلفه‌های شناخت‌های پس آسیمی رعایت شده است.

به منظور مشخص کردن تفاوت بین گروه‌ها (آزمایش و کنترل) ابتدا از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر

نام آزمون	مقدار آماره F	df	df	سطح معنی داری	مجذور توان آزمون
اثر	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
پیلای	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
لامبدای ویلکز	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
اثر هتلینگ	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
بزرگترین ریشه روی	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲

جدول ۵ نشان می‌دهد که از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌ها و نمره کل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت از تحلیل واریانس آمیخته در متن مانوای مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آورده شده است.

بر طبق یافته‌های جدول ۳ میانگین متغیر شناخت‌های پس آسیمی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش یافته است که این کاهش به طور نسبی در آزمون پیگیری اول و دوم هم حفظ گردیده است.

آزمون‌های کرویت ماوچلی: هنگامی که هدف پژوهش انجام مقایسه‌های درون آزمودنی و طرح پژوهش یک طرح واقعی اندازه‌های مکرر است، آزمون موچلی هم برای مقایسه‌های درون آزمودنی و هم برای اثرات تعاملی کاربرد پیدا می‌کند. در واقع آزمون ماوچلی، همسانی ماتریس کواریانس خطا را آزمون می‌کند. هر چند برابری واریانس‌ها در مقایسه‌های بین گروهی یکی از پیش فرض‌های انجام تحلیل واریانس آمیخته است، اما در اندازه‌گیری مکرر علاوه بر همسانی ماتریسی کواریانس میان گروه‌ها، ماتریس مذکور باید در سطوح گوناگون متغیر وابسته در هر گروه نیز برابر باشد. در اندازه‌گیری مکرر هنگامی که آزمون ماوچلی معنی‌دار می‌شود، باید از آزمون‌های محافظه کارانه‌تری (گرین‌هاوس-گیزر^۲) برای فرضیه‌های درون آزمودنی استفاده کرد. لذا اگر آزمون ماوچلی معنادار باشد به دلیل این که آزمون گرین‌هاوس-گیزر

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در متن مانوای آمیخته

منابع تغییرات	مجموع مجذورا	درجه آزادی	میانگین مجذورا	F	سطح معنادار	مجدورا تا	توان آزمون
ت	ی	ت	ی	ی	ی	ن	ی
شناخت	۴۱۱/۴۳	۱	۴۱۱/۴۳	۱۷۸	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۶۴
های منفی				۳			
نسبت به خود							
شناخت	۷۸۸/۵۴	۱	۷۸۸/۵۴	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۷۶
های منفی				۸			
نسبت به جهان							
خودسرزنش	۱۰۸/۱۲	۱	۱۰۸/۱۲	۱۲۲	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۳۳
ی				۷			

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اول و دوم در مولفه‌های شناخت‌های منفی نسبت به خود، شناخت‌های منفی نسبت به جهان معنی‌دار است، اما این تأثیر در مولفه خودسرزنشی معنی‌دار نمی‌باشد.

برای بررسی دقیق‌تر از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم متغیر شناخت‌های پس‌آسیبی و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه آزمایش

متغیر وابسته	موقعیت	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
شناخت‌های منفی نسبت به خود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۵۴	۰/۹	۰/۰۰۲
	آزمون	پیگیری اول	۱/۸۸	۰/۱۴	۰/۰۰۲
	پیگیری دوم	پیش‌آزمون	۱/۱۲	۰/۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری اول	-۰/۹۰	۰/۹	۰/۰۰۳
	آزمون	پیگیری اول	۰/۲۸	۰/۰۳	۰/۱
	پیگیری دوم	پیگیری دوم	۰/۰۸۶	۰/۱۲	۰/۶۶
	پیگیری اول	پیش‌آزمون	-۱/۵۵	۰/۱۴	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۴۳	۰/۱۰	۰/۱
	پیگیری دوم	پیگیری دوم	-۰/۳۴	۰/۱۱	۰/۲
	پیگیری اول	پیش‌آزمون	-۰/۸۶	۰/۱۳	۰/۲
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۰۹	۰/۸۶	۰/۵
	پیگیری اول	پیگیری اول	۰/۲۱	۰/۷۹	۰/۲۱
شناخت‌های منفی نسبت به جهان	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۴۴	۰/۱۱	۰/۰۰۲
	آزمون	پیگیری اول	۱/۷۶	۰/۱۴	۰/۰۳
	پیگیری دوم	پیگیری دوم	۱/۹۸	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۷۶	۰/۱۵	۰/۰۰۱
	آزمون	پیگیری اول	۰/۰۲	۰/۱۲	۱
	پیگیری دوم	پیگیری دوم	۰/۴۳	۰/۱۱	۰/۰۸
	پیگیری اول	پیش‌آزمون	-۱/۸۳	۰/۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۰۳	۰/۱۲	۱
	پیگیری دوم	پیگیری دوم	۰/۳۴	۰/۱۱	۰/۲۲
	پیگیری اول	پیش‌آزمون	-۱/۸۰	۰/۱۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۲۱	۰/۱۱	۰/۰۶

خودسرزنشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری اول	پیگیری دوم
	۰/۳۳	-۰/۳۳	۰/۱۲	۰/۳
	۱/۵۵	۰/۱۹	۰/۰۱	۰/۰۰۱
	۱/۴۳	۰/۱۸	۰/۰۱	۰/۰۰۱
	۱/۹۸	۰/۲۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲
	-۱/۵۴	۰/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۹	۰/۹
	۰/۱۳	۰/۱۱	۰/۲	۰/۲
	-۱/۶۵	۰/۱۹	۰/۱	۰/۱
	-۰/۱۳	۰/۱۰	۰/۷	۰/۷
	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۱۲
	-۱/۶۷	۰/۲۱	۰/۰۲	۰/۰۲
	-۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۱۱
	-۰/۳۲	۰/۱۲	۰/۶	۰/۶

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین مولفه‌های شناخت‌های منفی نسبت به خود و شناخت‌های منفی نسبت به جهان در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنی‌دار است که بیانگر تأثیر مداخله می‌باشد.

جدول ۸: خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته با سنجش‌های تکراری روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شناخت‌های پس‌آسیبی و خرده‌مقیاس‌های آن

نام آزمون	مقدار آماره F	Df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	مجدور تا	توان آزمون
اثر پیلاپی	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۱
لامبدای ویلکز	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۱
اثر هتلینگ	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۱
بزرگترین ریشه روی	۲۶/۱۱	۲۷	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۱

مندرجات جدول ۸ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایش و کنترل) از لحاظ حداقل یکی از خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین زمان‌های سنجش (پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه از آنجایی که بین گروه‌ها (آزمایش و کنترل) از لحاظ حداقل یکی از خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل واریانس‌های آمیخته در متن مانوای تکراری روی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل مبادرت شد. جدول ۹ نتایج تحلیل واریانس آمیخته با سنجش‌های تکراری در متن مانوای آمیخته را روی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم شناخت‌های پس‌آسیبی و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول ۹: نتایج تحلیل واریانس آمیخته با سنجش‌های تکراری در متن مانوای آمیخته روی نمرات پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم شناخت‌های پس آسیبی و خرده مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزوراتا توان آزمون
شناخت‌های منفی نسبت به خود	۴۱۱/۴۳	۱	۴۱۱/۴۳	۳/۷۸	۰/۰۳	۰/۱۶
شناخت‌های منفی نسبت به جهان	۷۸۸/۵۴	۱	۷۸۸/۵۴	۸/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خودسرزندی	۱۰۸/۱۲	۱	۱۰۸/۱۲	۷/۲۲	۰/۰۲	۰/۰۹

پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری اول	پیگیری دوم
۰/۰۶	۰/۱۱	-۰/۲۱	۰/۳	۰/۱۲
۰/۰۰۱	۰/۱۹	۱/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۱۸
۰/۰۰۱	۰/۱۸	۱/۴۳	۰/۰۰۲	۰/۲۲
۰/۰۰۱	۰/۲۰	-۱/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱
۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۲	۰/۱۱
۰/۱	۰/۱۹	-۱/۶۵	۰/۱	۰/۱۹
۰/۷	۰/۱۰	-۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۱۲
۰/۰۲	۰/۲۱	-۱/۶۷	۰/۰۲	۰/۲۱
۰/۱۱	۰/۱۱	-۰/۲۳	۰/۱۱	۰/۱۱
۰/۶	۰/۱۲	-۰/۳۲	۰/۶	۰/۱۲

نتایج جدول نشان می‌دهد تفاوت مراحل زمانی پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری اول و دوم در مولفه‌های شناخت‌های منفی نسبت به خود، شناخت‌های منفی نسبت به جهان معنی دار است اما این تاثیر در مولفه خودسرزندی معنی دار نمی‌باشد.

جدول زیر نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱۰: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس-آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم متغیر شناخت‌های پس آسیبی و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش

متغیر وابسته	موقعیت	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
شناخت‌های منفی نسبت به خود	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۵۴	۰/۹	۰/۰۰۲
	پس آزمون	پیگیری اول	۱/۸۸	۰/۱۴	۰/۰۰۲
	پس آزمون	پیگیری دوم	۱/۱۲	۰/۱۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۹۰	۰/۹	۰/۰۰۳
	پس آزمون	پیگیری اول	۰/۲۸	۰/۰۳	۰/۱
	پس آزمون	پیگیری دوم	۰/۰۸۶	۰/۱۲	۰/۶۶
پیگیری اول	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۵۵	۰/۱۴	۰/۰۰۲
	پس آزمون	پیگیری دوم	-۰/۴۳	۰/۱۰	۰/۱
پیگیری دوم	پیش آزمون	پس آزمون	-۰/۳۴	۰/۱۱	۰/۲
	پس آزمون	پیگیری اول	-۰/۸۶	۰/۱۳	۰/۲
	پس آزمون	پیگیری دوم	-۰/۰۹	۰/۸۶	۰/۵
	پس آزمون	پیگیری اول	۰/۲۱	۰/۷۹	۰/۲۱
شناخت‌های منفی نسبت به جهان	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۴۴	۰/۱۱	۰/۰۰۲
	پس آزمون	پیگیری اول	۱/۷۶	۰/۱۴	۰/۰۳
	پس آزمون	پیگیری دوم	۱/۹۸	۰/۱۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری اول	-۱/۷۶	۰/۱۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری دوم	۰/۰۲	۰/۱۲	۱
	پس آزمون	پیگیری اول	۰/۴۳	۰/۱۱	۰/۰۸
	پس آزمون	پیگیری دوم	-۱/۸۳	۰/۱۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری اول	-۰/۰۳	۰/۱۲	۱
	پس آزمون	پیگیری دوم	۰/۳۴	۰/۱۱	۰/۲۲
	پس آزمون	پیگیری اول	-۱/۸۰	۰/۱۴	۰/۰۰۱

نتایج جدول نشان می‌دهد که اختلاف میانگین مولفه شناخت‌های منفی نسبت به خود و شناخت‌های منفی نسبت به جهان در موقعیت پیش آزمون و پس آزمون معنی دار است که بیانگر تاثیر مداخله می‌باشد. اختلاف میانگین مولفه خودسرزندی در موقعیت پس آزمون و پیگیری اول و دوم معنی دار نیست که بیانگر پایداری مداخله در طی زمان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی باز پزدازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی بر شناخت‌های پس آسیبی در دانش آموزان دختر دبیرستانی مواجه شده با ترومای جسمانی و هیجانی در شهر کرمانشاه انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره میانگین نمره‌های پس آزمون سطوح متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل، پیگیری اول و دوم نشان داد که بازپزدازش مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی بر نمرات پس آزمون شناخت‌های پس آسیبی در دانش آموزان دختر دبیرستانی مواجه شده با ترومای جسمانی و هیجانی تأثیر معنی دار داشته است. نتایج حاضر با بخشی از یافته‌های پژوهش‌های نریمانی و همکاران (۱۳۹۶)، بشرپور (۱۳۹۱)، واثق رحیم پرور و همکاران (۱۳۹۴)، عطارد و همکاران (۱۳۹۵)، راحیل و همکاران (۲۰۱۵)، پراسکو و همکاران (۲۰۱۵)، ریسک و همکاران (۲۰۱۵)، مورلاند و همکاران (۲۰۱۴)، لایود و همکاران (۲۰۱۴)، فوربس و همکاران (۲۰۱۲)، آلوارز و همکاران (۲۰۱۱)، کالوت و همکاران (۲۰۱۳)، کاتز و همکاران (۲۰۱۴)، ارنتز و همکاران (۲۰۰۷)، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که استفاده از روایت و بازگویی حوادث آسیب‌زای زندگی به عنوان راهبرد مقابله‌ای می‌تواند افراد را در رویایی با تجارب منفی زندگی کارآمد نموده و از پیامدهای نامطلوب جسمانی و روانی این تجارب پیشگیری نماید. باز پزدازش مجدد مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی بر پایه‌ی افزایش هیجان و ارزیابی مجدد، نسبت به رویدادهای منفی و آسیب‌زای زندگی می‌باشد. برخی پژوهشگران افشای هیجانی را به عنوان یکی از راهبردهای ارتقای بهداشت روان، بالا بردن ظرفیت‌های شناختی و

بهرتر از قبل تمییز داده و از این رو قابل انتظار است که مداخله‌های درمانی توانسته است موجب کاهش خاطرات رخنه‌کننده و آزار دهنده گردد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه دارد که از جمله آن، می‌توان به این موارد اشاره کرد که جامعه پژوهش را فقط دانش‌آموزان دختر دبیرستانی تشکیل داده‌اند؛ از این رو می‌بایست در تعمیم نتایج به سایر افراد احتیاط کرد. همچنین استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به منظور سنجش ترومای جسمانی و هیجانی و شناخت‌های پس‌آسیبی از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. در این راستا پیشنهاد می‌گردد اثربخشی رویکرد مورد استفاده در پژوهش حاضر در نمونه‌های بالینی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مبتلا به ترومای جسمانی و هیجانی نیز مورد بررسی قرار گیرد. به توجه به یافته‌های به دست آمده، انجام مطالعات پیگیرانه توسط پژوهشگران و یادگیری و به کارگیری پردازش مجدد مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی، می‌تواند راهنمای مشاوران و روان‌شناسان در جهت بهتر شدن کیفیت زندگی این دانش‌آموزان باشد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر از رساله دکترای روان‌شناسی دانشگاه رازی استخراج شده است.

بدین وسیله از مسئولین آموزش و پرورش شهر کرمانشاه و دانش‌آموزان شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

بشروپور، سجاد (۱۳۹۱). اثربخشی درمان پردازش شناختی بر بهبود علائم پس‌آسیبی، کیفیت زندگی، عزت‌نفس و رضایت زناشویی زنان مواجه شده با خیانت زناشویی، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۲)، ۱۹۳-۲۰۸.

بشروپور، سجاد؛ شفیع، معصومه؛ عطادخت، اکبر و نریمانی، محمد (۱۳۹۴). نقش اجتناب تجربی و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از مواجهه با رویداد آسیب‌زا در افراد آسیب دیده تحت حمایت کمیته امداد و بنیاد شهید شهرستان گیلان غرب در نیمه اول سال ۱۳۹۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۴ (۵)، ۴۰۵-۴۱۶.

زارع، حسین؛ شقاقی، فرهاد و مجتبی، دلبر (۱۳۹۰). اثر افزایش نوشتاری بر شدت علائم وسواسی و افسردگی مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار. مجله روان‌شناسی بالینی، ۴(۱): ۳۴-۲۷.

شهبازی زاده، فاطمه، خواجه ایمینان، فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی قصه‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اضطراب دانش‌آموزان دختر دبستانی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۹(۱)، ۷۰-۸۰.

صالحی، معصومه؛ شریعتی، عبداللهی؛ انصاری، منصور و لطیفی، سید محمود (۱۳۹۱). تأثیر آرام‌سازی بنسوس بر مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، مراقبت‌های بیماری‌های مزمن جندی شاپور، ۱(۱): ۸-۱.

عطارد، نسترن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز و بشروپور، سجاد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک بر علائم برانگیختگی و تجربه مجدد در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷ (۵)، ۴۲۷-۴۳۷.

گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌سی سی پی (اشل). مجله روانشناسی، ۷(۲)، ۱۵۳-۱۷۸.

میایی، ورده؛ یوسفی، فایق؛ یوسفی، ناصر (۱۳۹۳). تأثیر شناخت درمانی بر درمان بیماران مبتلا به PTSD. مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۱ (۳)، ۱-۱۴.

در نهایت احساس بهزیستی روانشناختی مورد بررسی قرار داده‌اند (صالحی، شریعتی، انصاری و لطیفی، ۱۳۹۱). مرور مطالعات انجام شده از کاربرد پیشگیرانه و درمانی روایت تجارب از حوادث منفی و آسیب‌زا حمایت می‌کنند و پیشنهاد می‌کنند که روایت درباره تجارب آسیب‌زا می‌تواند سلامت جسمانی و روانی و به طبع آن میزان رضایت از محیط پیرامون و روابط اجتماعی را بهبود بخشد. بعلاوه، روایت درباره هیجان‌ها و واقعیت‌های پیرامون رخدادی استرس‌زاه، منجر به افزایش کوتاه مدت هیجان‌های منفی و کاهش هیجان‌های مثبت می‌شود و در بلندمدت، انجام مواجهه با تجارب آسیب‌زای هیجانی همراه با ارتقای سلامت روان است. ابراز هیجان به صورت نوشتاری یا روایتی همراه با افزایش بینش، بازتاب خود، خوشی‌بینی، احساس کنترل و عزت نفس است (زارع، شقاقی و دلبر، ۱۳۹۰). در مجموع تحلیل یافته‌ها نشان دهنده اثربخش بودن اثربخشی باز پردازش مجدد مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی بر شناخت‌های پس‌آسیبی است. این یافته‌ها بدین معنا است که روش روایت‌شناسی شناختی به دلیل داشتن برنامه‌های افشا و ابراز احساسات و بازپردازش به صورت گروهی در رابطه با خاطرات ناخوشایند مرتبط با بیماری از زمان مطلع شدن به بیماری و در طول درمان و بعد از درمان و در زندگی کنونی باعث می‌شد تا افراد از احساس‌ها و عواطف مربوط به خاطرات رخنه‌کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان و افسردگی صحبت کنند و به دلیل گروهی بودن جلسات و همسان بودن این عواطف با اعضای گروه، مطرح شدن این خاطرات باعث کمرنگ شدن این رویدادها و بهبود روابط اجتماعی می‌شود. همچنین بیان خاطرات در ارتباط با رویداد آسیب‌زا باعث کم شدن نشخوار فکری در ارتباط با این خاطرات می‌شود. چرا که حرف زدن درباره وقایع و افکار و تجربیات مهم زندگی باعث آشکار شدن این افکار و احساسات شده و فرآیند استرس ناشی از بازداری این افکار را کاهش داده و باعث بهتر شدن سلامت جسم و روان و متعاقب آن کیفیت زندگی می‌شود. همچنین با ابراز هیجان‌ناشی از حادثه رخ داده و پیامدهای آن در قالب کلمات و برون‌ریزی هیجان‌ناشی، باعث بازنگری در این تجارب شده و بر اساس نظریه تغییرات شناختی باعث درک بهتر موضوع و یافتن معنای جدید درباره آن واقعه می‌شود و باعث می‌شود فرد آن حادثه را به صورت تجربه معمول زندگی خود بپذیرد. در مجموع می‌توان گفت روایت‌شناسی شناختی با فراهم آوردن فرصتی برای ابراز هیجان و صحبت در مورد حوادث آسیب‌زای زندگی و خاطرات ناخوشایند به صورت گروهی، می‌تواند بر شناخت‌های پس‌آسیبی در دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مواجه شده با ترومای جسمانی و هیجانی را بهبود بخشد. در نهایت اگر چه خاطرات رخنه‌کننده عموماً بر مبنای واقعیت شکل می‌گیرند اما افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه این واقعیت‌ها را به شکل اغراق‌آمیزی بزرگنمایی نموده و لذا در مقایسه با افراد عادی رنج بسیار بیشتری از این خاطرات می‌برند. به نظر می‌رسد مداخله درمانی بازپردازش مجدد روایت‌شناسی شناختی توانسته است بیماران را متوجه این نکته سازد که بسیاری از این خاطرات رخنه‌کننده اکنون تحریف‌گشته‌اند و از واقعیت دور شده‌اند. لذا در چنین شرایطی احتمالاً افراد پس از شرکت در جلسه‌های درمانی می‌توانند مرز میان واقعیت‌ها و افکار تحریف‌شده را

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed.* Washington DC: USA.
- Alvarez, J., McLean, C., Harris, A.H.S., Rosen, C.S., Ruzek, J. I. & Kimerling, R. (2011). The Comparative Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for Male Veterans Treated in a VHA Posttraumatic Stress Disorder Residential Rehabilitation Program. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 79(5), 590-599.
- Arntz, A. kindt, M. & Tieseman, M. (2007). "Treatment of ptsd: A comparison of imagery exposure with and without imagery rescripting". *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 14(5): 71-82.
- American Psychological Association (2008): *Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Basharpoor S, Einy S. The Effectiveness of Mentalization-Based Therapy on Emotional Dysregulation and Impulsivity in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Shefaye Khatam*. 2020; 8 (3) :10-19 (in Persian)
- Beck, A.T., Clark, D.A. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*, Guilford Press, Psychology. pp 628.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2005). *Childhood Anxiety Disorders: A guide to research and treatment.* New York : Routledge.
- Berger CR. A Tale of Two Communication Modes: When Rational and Experiential Processing Systems Encounter Statistical and Anecdotal Depictions of Threat. *Journal of Language and Social Psychology*. 2007;26(3):215-233. doi:[10.1177/0261927X06303453](https://doi.org/10.1177/0261927X06303453)
- Cahill SP, Foa EB, Hembree EA, Marshall RD, Nacash N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J TRAUMA STRESS*. 19(5):597-610.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 399-410.
- Cenkner DP, Asnaani A, DiChiara C, Harb GC, Lynch KG, Greene J, Scott JC. (2021) Neurocognitive Predictors of Treatment Outcomes in Cognitive Processing Therapy for Post-traumatic Stress Disorder: Study Protocol. *Front Psychol*. Jan 26;12:625669. doi: 10.3389/fpsyg.2021.625669. PMID: 33574791; PMCID: PMC7870481.
- Chard, K. M., & Healy, E. T. (2020). *Cognitive processing therapy for PTSD*. In L. F. Bufka, C. V. Wright, & R. W. Halfond (Eds.), *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD* (p. 69-90). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000196-004>
- Copeland, W. E., Keler, G., Angold, A., Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64:577-84.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentational theorizing. *Psychol Bull.*;130(2):228-60.
- Dalgleish, T, Meiser-Stedman, R, Smith, P. (2005). Cognitive aspects of posttraumatic stress reactions and their treatment in children and adolescents: an empirical review and some recommendations. *Behav Cogn Psychother*; 33(04): 459-86.
- مولوی، پرویز؛ پورعبدل، سعید و آذرکلاه، آنیبا (۱۳۹۹). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر شناخت‌های پس از سانحه و انعطاف‌پذیری روانشناختی در دانش‌آموزان در معرض تروما. *مجله تحقیقات ترومایی*، ۲(۹): ۶۹-۷۴.
- محمودی، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی تاثیر روایت‌درمانی بر میزان امید به زندگی و cd4 افراد مبتلا به عفونت اچ آی وی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- نریمانی، محمد؛ کاظمی، نسا و بشرپور، سجاد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پردازش مجدد هولوگرافیک در بهبود خاطرات آسیب‌زا و شناخت‌های پس‌آسیبی زنان متقاضی طلاق. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۶ (۱۶)، ۳۵-۵۹.
- نریمانی، محمد؛ بشرپور، سجاد؛ قمری گیوی، حسین و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۲). تأثیر پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک بر بهبود دانش‌آموزان دارای علائم پس‌آسیبی (پس از سانحه). *تازه‌های علوم شناختی*؛ ۲(۱۵)، ۵۰-۶۲.
- وائلق رحیم پرور، سیده فاطمه؛ متقی، بهاره؛ دانش‌پرور، حمیدرضا و جعفری، آسیه (۱۳۹۴). وضعیت مطالعه اختلال استرس پس از تروما در بین زنان شاکی از تجاوز به عنف مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی شهر تهران در سال (۱۳۹۲). *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۱ (۱)، ۴۷-۵۳.

- Demirtaş, Ayşe Sibel & Güven, Mehmet. (2017) The effect of cognitive-experiential theory based psycho-educational program on constructive thinking, *Cogent Psychology*, 4:1, DOI: [10.1080/23311908.2017.1416883](https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1416883)
- DiGrande L, Perrin MA, Thorpe LE, Thalji L, Murphy J, Wu D, et al. (2008). Posttraumatic stress symptoms, PTSD, and risk factors among lower Manhattan residents 2 ~ 3 years after the September 11, 2001 terrorist attacks. *Journal of Traumatic Stress*; 21(3): 264-273.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. In T. Million & M. J. Lerner (Eds.), *Comprehensive handbook of psychology* (Vol. 5, pp. 159– 184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Epstein, S. (2014). *Cognitive-experiential theory: An integrative theory of personality*. New York, NY: Oxford University. <https://doi.org/10.1093/acprof:osobl/9780199927555.001.0001>
- Faircloth, G. A. (2009). *Qualitative Study/Counter-Story Telling: A Counter-Narrative of Literacy Education for African American Males*. (Dissertation). University of Miami.
- Ford, I., Racusin, J. D., Acker, R., Bosquet, R., Ellis, C., Schiffman, R. (2002). *Traumatic Events Screening Inventory (TESI-PRR/TESI-SRR)*. Retrieved from www.fordham.edu/childrenfirst.
- Gonçalves OF, Machado PP. Cognitive narrative psychotherapy: research foundations. *J Clin Psychol*. (1999). Oct;55(10):1179-91. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1179:AID-JCLP2>3.0.CO;2-L. PMID: 11045770.
- Hartmann, T. (2011). Players' experiential and rational processing of virtual violence. In S. Malliet & K. Poels (Eds.), *Vice City Virtue. Moral Issues in Digital Game Play* (pp. 135-150). Leuven: Acco.
- Herman, David: "Cognitive Narratology (revised version; uploaded 22 September (2013)". In: Hühn, Peter et al. (eds.): *the living handbook of narratology*. Hamburg: Hamburg University. URL = <http://www.lhn.uni-hamburg.de>.
- Holliday, R., Link-Malcolm, J., Morris, E. E., Suris, A. (2014). Effects of cognitive processing therapy on PTSD-related negative cognitions in veterans with military sexual trauma. *Mil Med*. 179(10):1077-82.
- Hutto, D. D. & Gallagher, S. (2017). Re-authoring narrative therapy: improving our self-management tools. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 24 (2), 157-167.
- Johnsen GE, Asbjørnsen AE. (2008). Consistent impaired verbal memory in PTSD: A meta-analysis. *J Affect Disord* 111: 74–82.
- Joseph, S., & Linley, P., Alex. (2008). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implication for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26, 1041-1053.
- Kabanyane, N. E. (2009). *The psycho-educational use of narrative therapy among Nguni speaking children*. Dissertation for the Degree of Master of Education-with Specialization in Guidance and Counseling, University of South Africa, Pretoria.
- khanjani Z, Aliloo M M, fakhari A, Abdolpour G. THE EFFECTIVENESS OF META-COGNITIVE THERAPY ON ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER. *Stud Med Sci*. 2016; 27 (3) :222-230. In persian
- Kar, N. (2009). Psychological impact of disasters on children: Review of assessment and interventions. *World Journal of Pediatrics*; 5(1): 5-11
- Katz, S.L., Cojucar, G., Douglas, S., Huffman, C. (2104). An Integrative Psychotherapy Program for women Veterans with Sexual Trauma. *Journal Contemp Psychother*. 44,163-71.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Co morbidity Survey. *ARCH GEN PSYCHIAT*. 52(12):1048.
- Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 47:2260–74.
- Lee, H.B., Shin, K.M., Chung, Y.K. et al. (2018). Validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory in Korean survivors of sexual violence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 12, 32.
- Lenferink, L. I. M., de Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Cognitive therapy and EMDR for reducing psychopathology in bereaved people after the MH17 plane crash: Findings from a randomized controlled trial. *Traumatology*, 26(4), 427–437. <https://doi.org/10.1037/trm0000253>
- Lewey, J.H., Smith, C.L., Burcham, B. et al. Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis. *Journ Child Adol Trauma* 11, 457–472 (2018). <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>
- Lloyd, D., Nixon, R. D., Varker, T., Elliott, P., Perry, D., Bryant, R. A., et al. (2014). Comorbidity in the prediction of cognitive processing therapy treatment outcomes for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord*. 28(2):237-40.
- Madigan, S. (2019). Recent Developments and Future Directions in Narrative Therapy. In *Narrative Therapy* (pp. 117-160). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.2307/j.ctv1chs7sj.12
- Maya G. Meentken, Malindi van der Mheen, Ingrid M. van Beynum, Elisabeth W. C. Aendekerk, Jeroen S. Legerstee, Jan van der Ende, Riwka Del Canho, Ramón J. L. Lindauer, Manon H. J. Hillegers, Henriette A. Moll, Wim A. Helbing & Elisabeth M. W. J. Utens (2020) EMDR for children with medically related subthreshold PTSD: short-term effects on PTSD, blood-injection-injury phobia, depression and sleep, *European Journal of Psychotraumatology*, 11:1
- Hayes, J. P., Vanelzakker, M. B., & Shin, L. M. (2012). Emotion and cognition interactions in PTSD: a review of neurocognitive and neuroimaging studies. *Frontiers in integrative neuroscience*, 6, 89.
- McLaughlin KA, Koenen KC, Bromet EJ, Karam EG, Liu H, Petukhova M, et al. (2017). Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 211:280–8.
- Morland, L. A., Mackintosh, M. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(5):470-6.
- Morkved N, Hartmann K, Aarsheim LM, Holen D, Milde AM, Bomyea J, et al. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clin Psychol Rev*: 34(6):453-67. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.06.005 PMID:25047447.
- Mehnert, A, & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic disorder and comorbid mental disorders in breast

- cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-oncology*, 16, 181-188.
- Milojevic, I. (2014). Creating alternative selves: the use of futures discourse in narrative therapy. *Journal of Futures Studies*, 18(3): 27-40.
- Nakayama M, Hori H, Itoh M, Lin M, Niwa M, Ino K, Imai R, Ogawa S, Sekiguchi A, Matsui M, Kunugi H and Kim Y. (2020). Possible Long-Term Effects of Childhood Maltreatment on Cognitive Function in Adult Women with Posttraumatic Stress Disorder. *Front. Psychiatry* 11:344.
- Narita-Ohtaki R, Hori H, Itoh M, Lin M, Niwa M, Ino K, et al. (2018). Cognitive function in Japanese women with posttraumatic stress disorder: Association with exercise habits. *J Affect Disorder* 236:306-12.
- Nason, E.E., Borah, E.V., Hale, W.J. *et al.* (2021). The Effects of Interpersonal Support on Treatment Outcomes Using Cognitive Processing Therapy. *Cogn Ther Res*. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10181-6>
- Norris AE, Aroian KJ. (2008). Assessing reliability and validity of the Arabic language version of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) symptom items. *Psychiatry Research*. 2008;160(3):322-334.
- Norris, P., & Epstein, S. (2011). An experiential thinking style: Its facets and relations with objective and subjective criterion measures. *Journal of Personality*, 79(5), 1043- 1080.
- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In Angus, L. E & McLeod, J. (Edi). *The handbook of Narrative and psychotherapy*. Sage publications India Pvt. Ltd.
- Rahill, G. J., Joshi, M., Lescano, C., Holbert, D. (2015). Symptoms of PTSD in a sample of female victims of sexual violence in post - earthquake Haiti. *Journal of Affective disorders*. 173: 232 - 8.
- Resick, Patricia & Losavio, Stefanie & Wachen, Jennifer & Dillon, Kirsten & Nason, Erica & Dondanville, Katherine & Young-McCaughan, Stacey & Peterson, Alan & Yarvis, Jeffrey & Mintz, Jim. (2020). Predictors of Treatment Outcome in Group or Individual Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Among Active Duty Military. *Cognitive Therapy and Research*. 44. 10.1007/s10608-020-10085-5.
- Salas-Auvert, Jesús A.; Felgoise, Stephanie H. (2003). The Rational-Experiential Information Processing Systems Model: Its Implications For Cognitive Therapy *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 3, núm. 1, enero, pp. 123-140
- salemi S, naami A, zargar Y, davodi. (2017). Effectiveness of Trauma-Focused Behavioral Method on Post-Traumatic Growth among Abused Children. *IJPN*; 5 (1) :15-21
- Santrak, J. (2003). *Introduction to Psycholog*. (Translate of mehrdad firuzbakht), Tehran: rasa. (persian)
- Scott JC, Matt GE, Wrocklage KM, Crnich C, Jordan J, Southwick SM, et al. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull* 141:105-40.
- Su, Y, D'Arcy, C, Yuan, S, Meng, X. (2019). How does childhood maltreatment influence ensuing cognitive functioning among people with the exposure of childhood maltreatment? A systematic review of prospective cohort studies. *J Affect disorder*; 252:278-93.
- Vazquez Carmelo., & et al. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador. *Anxiety disorders*; 19,313-328.
- World Health Organization. (2020). *Global status report on preventing violence against children*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Simons M. (2010). *Meta cognitive Therapy and Other Cognitive-Behavioral Treatments for Posttraumatic Stress Disorder*. *Verhaltenstherapie*. 20:000-.
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults. *Journal of Interpersonal Violence*;18:166-85.
- Willis S, Chou S, Hunt NC. (2015). A systematic review on the effect of political imprisonment on mental health. *Aggres Violent Behav*; 25(3):173-83. DOI: 10.1016/j.avb.2015.08.001.