



## مقایسه دو روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازی (EMDR) و آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT) در بهبود علائم آسیب‌دیدگی روانی کودکان آزار دیده جنسی

نسرین جابرقادری<sup>۱</sup>

دانشگاه علامه طباطبایی

دکتر شهین علیایی‌زند

دانشگاه علامه طباطبایی

دکتر شیوا دولت‌آبادی

دانشگاه علامه طباطبایی

چهارده دختر ۱۲-۱۳ ساله که در سال اول راهنمایی، در شهر تهران، تحصیل می‌کردند و مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند، شناسایی و به وسیله پرسشنامه علایم استرس پس از سانحه، در دو فرم والدین و کودک بررسی شدند. سپس هر یک از آنها به طور تصادفی برای درمان با یکی از دو روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازی (EMDR) و آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT) انتخاب و پس از درمان، مجدداً به وسیله پرسشنامه‌های مذکور ارزیابی شدند. نتایج نشان داد کودکانی که تحت تأثیر SIT قرار گرفته بودند، در پرسشنامه علایم استرس پس از سانحه (فرم والدین)، تفاوت معناداری نشان دادند. نیز این درمان منجر به بهبود درون‌گرایانه و برون‌گرایانه و رفتارها و افکار مزاحم و اجتنابی شد. EMDR، در هر دو پرسشنامه علایم استرس پس از سانحه، به طور معناداری تفاوت نشان داد و همچنین منجر به بهبود علایم درون‌گرایانه و علایم جسمانی و احساس آسیب به خود و افسردگی شد. مقایسه دو روش درمانی نشان داد که EMDR در بهبود علایم جسمانی کودکان آزار دیده جنسی، قویتر از SIT است.

سوء استفاده جنسی از کودکان عبارت است از رفتار جنسی بین یک کودک و بزرگسال یا بین دو کودک، زمانی که یکی از آنها به طور بارزی از دیگری بزرگتر باشد و یا از زور و اجبار استفاده کند (فرد آزارگر و قربانی می‌توانند همجنس یا غیر همجنس باشند). آزار جنسی ممکن است رفتارهایی را در بر بگیرد که در زمان طولانی یا فقط یکبار به وقوع پیوسته است. انواع لمس نامتناسب جنسی و بوسه‌های جنسی نیز جزء رفتارهای

جنسی می‌باشد.

در واقع آزار جنسی یک اختلال نیست، بلکه تجربه‌ای است که منجر به ایجاد اختلال می‌شود (برلایزر و ساندرز، ۱۹۹۶). مطالعات همه‌گیرشناسی ثابت کرده‌اند که ۲۰ درصد زنان و ۱۰-۵ درصد مردان، نوعی از تماس جنسی ناخواسته را تا قبل از ۱۸ سالگی تجربه می‌کنند (لوتال، ۱۹۹۸).

از نظر بالینی، آزار جنسی تأثیرات مهمی بر کودک دارد و بدون شک، وی را در بزرگسالی در زمینه برقراری ارتباط و کسب موفقیت و ثمربخش بودن دچار اختلال می‌کند (برون،

<sup>۱</sup> نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، چهارراه لشگر، دانشکده علوم

تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی



۱۹۹۶؛ کوهن و مانارنیو، ۱۹۹۶، ۱۹۹۸). در مورد مقایسه این دو روش درمانی و تأثیر آنها بر بهبود علایم آسیب‌دیدگی روانی قربانیان کودک آزاری جنسی، مطالعات کمی شده است. با این حال، برخی EMDR را نوعی رویارویی و خوگیری می‌دانند که معلوم نیست حرکت چشم باعث تسهیل یا بازسازی فعالیت سیستم اعصاب مرکزی می‌شود (الیاسی، ۱۳۷۸). برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که تأثیر EMDR بر این کودکان قویتر از ترکیب SIT و رویارویی تدریجی است (لی و گاوریل، ۱۹۹۸). این تحقیق قصد دارد که به درمانگران کمک کند که با اطمینان بیشتری از دو روش فوق برای این کودکان استفاده کنند.

فرضیات مطرح در این پژوهش به این شرح است:

- ۱- روش درمانی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، موجب بهبود علایم اختلال استرس پس از سانحه در دختران ۱۳-۱۲ ساله‌ای که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، می‌شود.
- ۲- روش درمانی حساسیت‌زدایی به وسیله حرکات چشم و بازپردازی، موجب بهبود علایم اختلال استرس پس از سانحه در دختران ۱۳-۱۲ ساله‌ای که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، می‌شود.
- ۳- تأثیر دو روش آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و حساسیت‌زدایی به وسیله حرکت جسم و بازپردازی، در دختران ۱۳-۱۲ ساله‌ای که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، متفاوت است.

## روش پژوهش

### آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها، ۱۹ دختر ۱۳-۱۲ ساله بودند که در یکی از مدارس راهنمایی منطقه ۱۷ شهر تهران، در سال اول راهنمایی تحصیل می‌کردند و ناخواسته، به وسیله شخص دیگری سوءاستفاده جنسی را یکبار یا بیشتر و حداقل شش ماه قبل از مطالعه، به صورت دهانی، مقعدی، فرجی یا لمس سینه‌ها تجربه کرده بودند. آزمودنی‌ها از نظر موقعیت اقتصادی - اجتماعی و نیز

دیویس و استراتون، ۱۹۹۴؛ کوچندرفر و لاد، ۱۹۹۷؛ ادنیو، فانتی و الیوت، ۱۹۹۸؛ مک‌لیر و همکاران، ۱۹۹۸). علاوه بر رفتارهای جنسی نامتناسب، ظهور علایم اختلال استرس پس از سانحه، از مهمترین آسیب‌دیدگی‌های روانی ناشی از سوءرفتار جنسی است که در میان قربانیان آزار جنسی از شیوع قابل توجهی برخوردار است (اکه‌بورا و همکاران، ۱۹۹۷؛ مک‌لیر و همکاران، ۱۹۹۸).

چهل و پنج تا ۷۰ درصد کسانی که مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند، علایم اختلال استرس پس از سانحه را به طور کامل نشان می‌دهند. پاسخ‌های عاطفی کودک در زمان وقوع حادثه شامل یکی از موارد ترس شدید، وحشت یا احساس بی‌کسی است. آثار به جای مانده، تجربه عاطفی - شناختی حادثه، اجتناب رفتاری و شناختی از رخداد و برانگیختگی خود به خود همراه با از دست دادن علاقه به فعالیت‌های خوشایند و توقف عاطفی در فرد و از بین رفتن احساس صمیمت می‌باشد. همه این موارد منجر به نقص عمیق سلامت و تداخل برجسته در زندگی روزانه و اجتماعی و شغلی فرد می‌شود (اکه‌بوریا و همکاران، ۱۹۹۷).

عدم درمان، تداوم و تشدید علایم آزار جنسی در سه حوزه شناختی، رفتاری و عاطفی را به دنبال دارد (فلاساگا و گالفیلد، ۱۹۹۸). از این رو، اهمیت بهبود اختلالات وسیع این کودکان با به کارگیری روش‌های درمانی مختلف بر کسی پوشیده نیست.

متأسفانه در مورد سنجش تأثیرات روان درمان‌گرایانه و برنامه‌های درمانی، بر کودکان آسیب دیده جنسی تحقیقات کمی شده است (برلایتر و ساندرز، ۱۹۹۶). یکی از راهبردهای درمانی که اثربخشی آن در درمان کودکان آزار دیده جنسی تأیید شده است، روش حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازی (Eye Movement Desensitization and Reprocessing=EMDR) است (شاپیرو، ۱۹۹۵؛ روئبام، ۱۹۹۷؛ واندرکولک، ۱۹۹۸؛ ادموند، رایین و وامباخ، ۱۹۹۹). روش درمانی دیگر، آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (Stress Inoculation Training=SIT) است که مایکنبام، در سال ۱۹۷۴ آن را مطرح کرد. این رویکرد درمانی در مورد گروه‌های مختلف به کار رفته است که یکی از این گروه‌ها، قربانیان تجاوز جنسی می‌باشد (مایکنبام، ۱۹۸۶؛ برلایتر و ساندرز،



میزان پایایی این پرسشنامه، ۸۰ درصد است (گرینوالد و رایین، ۱۹۹۹).

**گزارش والد از علایم اختلال استرس پس از سانحه**  
(PROPS=Parent Report of Post traumatic Symptoms) دارای ۳۰ جمله است و شامل گزارش والدین از وسعت و شدت علایم اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. شدت علایم مطرح شده در این پرسشنامه، به وسیله سه مقیاس اصلاً و تاحدی و خیلی بررسی می‌شود. عوامل موجود موارد ذیل را می‌سجد:

عامل اول، علایم درون‌نگرایانه نظیر اضطراب، ترس، گوشه‌گیری و افسردگی؛ عامل دوم، علایم برون‌نگرایانه نظیر اختلال در روابط فردی، رفتارهای ضد اجتماعی و مشکلات بین شخصی و عامل سوم، علایم جسمانی. میزان پایایی این پرسشنامه ۷۹ درصد است.

**فهرست میزان وقوع حوادث آسیب‌زای زندگی (LITEc)**  
(Life Incidence of Traumatic Events) دارای دو فرم موازی والدین و کودک می‌باشد و ۱۶ سؤال در مورد حوادث آسیب‌زای زندگی فرد دارد. این فهرست علاوه بر دادن تاریخچه زندگی کودک به درمانگر (به دلیل اینکه یکی از سؤال‌های آن مربوط به حادثه آزار جنسی است)، به او کمک می‌کند تا کودک آزار جنسی دیده را شناسایی کند. نیز این فهرست در روش درمانی EMDR، خاطرات هدف را مشخص می‌سازد. علت تهیه این چک لیست در دو فرم والدین و کودک این است که حوادث آسیب‌زایی را که کودک یا والدین انکار می‌کنند یا به یاد ندارند، لحاظ شود. (گرینوالد، ۱۹۹۷a)

مصاحبه بررسی مسایل جنسی کودک که در سال ۱۹۸۸، به وسیله مک‌فارلین و همکاران ارائه شده است، مشتمل بر چهار سؤال کلی چگونه، چه کسی، کجا و کی می‌باشد. در این مصاحبه از کودک در مورد نوع و چگونگی سوءاستفاده جنسی، مشخصات فرد یا افراد درگیر، مدت زمان و جزئیات محل یا محل‌های وقوع حادثه پرسیده می‌شود.

پرسشنامه احوال شخصی کودک که محقق ساخته بود، به منظور بررسی مشخصات عمومی و اجتماعی آزمودنی‌ها، نظیر

از نظر جنس، سن و کلاس درس همگن شدند. علاوه بر این، همگی آنها با والدین زیست‌شناختی خود زندگی می‌کردند. کلیه آزمودنی‌ها به طور تصادفی، تحت یکی از انواع روش‌های درمانی EMDR یا SIT قرار گرفتند. چهار نفر ورود آلت تناسلی به فرج یا مقعد را تجربه کرده بودند که به طور تصادفی، هر دو نفر آنها تحت یکی از روش‌های درمانی قرار گرفتند. سه نفر فقط یکبار مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند که به طور تصادفی، دو نفر از آنها در شرایط درمانی EMDR و یک نفر در شرایط SIT قرار گرفت. پنج نفر از دختران مورد زنا‌ی با محارم (incest) قرار گرفته بودند که یکی از آنها به دلیل ادامه سوءاستفاده جنسی به وسیله برادرش، از نمونه حذف شد (این کودک در اواسط برنامه درمانی، به منزل عمه‌اش که برای وی مکانی امن بود، منتقل و جهت درمان به یک مرکز درمانی معرفی شد). چهار نفر باقیمانده نیز، دو به دو، به طور تصادفی در یکی از شرایط درمانی قرار گرفتند. بقیه کودکان نیز که تقریباً از نظر سوء رفتار جنسی، دارای شرایط یکسان بودند، به طور تصادفی، در هر یک از گروه‌های درمانی قرار گرفتند. دو نفر نیز به علت عدم علاقه به ادامه ارتباط و شروع برنامه‌های درمانی، و دو نفر به علت عدم حضور مداوم در جلسات درمانی حذف شدند. در نهایت ۱۴ نفر به عنوان نمونه نهایی شناخته شدند و در دو گروه هفت نفره به طور تصادفی، در یکی از شرایط درمانی EMDR یا SIT قرار گرفتند.

#### ابزارهای تحقیق

**گزارش کودک از علایم استرس پس از سانحه (CROPS)**  
(Child Report of Post traumatic Symptoms) که در سال ۱۹۹۷، به وسیله گرینوالد ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۶ جمله است و شامل گزارش شخصی کودک از وسعت و شدت علایم اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد. (گرینوالد، ۱۹۹۷b)

شدت علایم مطرح شده در این پرسشنامه، به وسیله سه مقیاس اصلاً، تاحدی و خیلی بررسی می‌شود. سه عامل تشکیل دهنده این پرسشنامه، موارد ذیل را می‌سجد: عامل اول، احساسات آسیب به خود، احساس گناه و تنهایی؛ عامل دوم، علایم جسمانی و عامل سوم، رفتارها و افکار مزاحم و اجتنابی.



جدول ۱- آزمون ویل کاکسون برای آزمودن تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون نمرات کل CROPS, PRPOS و عوامل تشکیل دهنده آنها تحت تأثیر درمان آموزش ایمن سازی در برابر استرس

سطح معناداری	Z	جمع طبقه	متوسط طبقه	تعداد	تفاوت پیش آزمون و پس آزمون	
۰/۱۵۰	۱/۴۳۹ -	۲۲/۵	۴/۵	۵	طبقات منفی	نمرات کل CROPS
		۵/۵	۲/۷۵	۲	طبقات مثبت	
۰/۰۱۸	۲/۳۷۱ -	۲۸	۴	۷	طبقات منفی	نمرات کل PROPS
		۰	۰	۰	طبقات مثبت	
۰/۰۲۷	-۲/۲۷	۰	۰	۰	طبقات منفی	عامل علائم درون گرایانه PROPS
		۲۱	۳/۵	۶	طبقات مثبت	
۰/۰۱۸	۲/۳۷۱ -	۰	۰	۰	طبقات منفی	عامل علائم برون گرایانه PROPS
		۲۸	۴	۷	طبقات مثبت	
۰/۸۸۸	-۱/۱۴	۷	۳/۵	۲	طبقات منفی	عامل علائم جسمانی PROPS
		۸	۲/۶۷	۳	طبقات مثبت	
۰/۸۶۵	-۰/۱۷	۱۵	۲/۷۵	۴	طبقات منفی	عامل احساسات آسیب به خود CROPS
		۱۳	۴/۳۳	۳	طبقات مثبت	
۰/۱۰۴	۱/۶۲۵ -	۱۳/۵	۳/۳۸	۴	طبقات منفی	عامل علائم جسمانی CROPS
		۱/۵۰	۱/۵	۱	طبقات مثبت	
۰/۰۱۷	۲/۳۷۸	۲۸	۴	۷	طبقات منفی	عامل رفتارها و افکار مزاحم CROPS
		۰	۰	۰	طبقات مثبت	

سن، مشخصات والدین و خانواده طراحی شده است.

#### نمونه گیری

یکصد و بیست و سه دختر ۱۲-۱۳ ساله ای که در سال اول راهنمایی، در یکی از مدارس راهنمایی منطقه ۱۷ شهر تهران تحصیل می کردند، به وسیله سیاهه علایم اختلال استرس پس از سانحه (فرم کودک) مورد ارزیابی قرار گرفتند. ۶۲ دختر، نمرات بالاتر از نقطه برش (۱۹) به دست آوردند. این ۶۲ نفر به وسیله فهرست حوادث آسیب‌زای زندگی (فرم کودک) مورد مصاحبه قرار گرفتند. با توجه به

اینکه یکی از سوال‌های فهرست در مورد وقوع آزار جنسی است، بر اساس راهنمای کلید ارتباط شخصی (۱۵ نوامبر ۲۰۰۰)، این ماده سؤال به این شکل مطرح شد: هر دختری در بدنش قسمت‌های خاصی دارد که به جز خودش کسی حق ندارد آنها را لمس کند، آیا شده است که کسی بدون اینکه تو بخواهی یا راضی باشی به وسیله دست یا قسمت‌های خصوصی بدنش، با این قسمت از جسم تو تماس برقرار کند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ کودک، از وی خواسته می‌شد که کمی در این مورد توضیح دهد. بدین ترتیب ۱۹ نفر شناسایی شدند.



## شیوه اجرای پژوهش

از ۱۹ نفر نمونه، مصاحبه بررسی مسایل جنسی به عمل آمد. این مصاحبه در جلسه سوم ملاقات با کودک انجام شد. قبل از مصاحبه، ضمن یادآوری حوادث ثبت شده در فهرست حوادث آسیب‌زای زندگی، از کودک خواسته شد تا بدترین حادثه را مشخص کند. از آنجا که بدترین حادثه از نظر همه کودکان، حادثه جنسی بود، از او سؤال شد که: «آیا دوست داری در این مورد با شخصی که به او اطمینان داری، صحبت کنی؟»

در صورتی که پاسخ کودک مثبت بود، مصاحبه بررسی مسایل جنسی انجام می‌شد. از آنجا که کودکان خود مراجعه نکرده بودند و محقق آنها را شناسایی کرده بود، باید به ادامه ارتباط و شروع جلسات درمانی، راهنمایی و تشویق می‌شدند. اهداف درمانی تشریح می‌گردیدند و انتظاراتشان از درمان مورد بحث قرار می‌گرفت. پس از کسب موافقت کودک برای حضور در جلسات درمانی، بسته به نوع درمان، توضیحاتی به کودک داده شد (دو نفر از کودکان که به ادامه ارتباط و شروع درمان تمایلی نداشتند، حذف شدند). به دلیل اهمیت نقش والدین در تشخیص مشکلات رفتاری کودکان (گرین)، از والدین دعوت شد و پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه (فرم والدین) و پرسشنامه حوادث آسیب‌زای زندگی (فرم والدین)، به صورت مصاحبه فردی تکمیل گردید. برای رفع نگرانی والدین از انتخاب فرزندشان و جلب همکاری آنان، ضمن بیان مشکلات رفتاری، عاطفی و شناختی فرزندشان در مورد حوادث آسیب‌زای زندگی و تأثیرات آن بر کودک توضیحاتی داده شد. سپس انتظارات آنها از درمان مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

با والدینی که از حادثه جنسی اطلاع داشتند، مصاحبه بررسی مسائل جنسی نیز به عمل آمد. سپس آزمودنی‌ها به دو گروه تصادفی تقسیم شدند و هر یک از آنها، تحت تأثیر یکی از انواع روش‌های درمانی EMDR یا SIT قرار گرفتند. دو هفته پس از پایان جلسات درمانی، ۱۴ آزمودنی که جلسات درمانی را به طور کامل پشت سر گذارده بودند، پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه را مجدداً تکمیل کردند. همزمان، از مادران این کودکان دعوت شد و پرسشنامه علائم استرس پس از سانحه (فرم

والدین) به صورت مصاحبه فردی، به وسیله فرد دیگری به جز درمانگر، تکمیل گردید.

برای تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهشی، از روش‌های آماری توصیفی و آمار استنباطی، نظیر آزمون غیر پارامتری ویل کاکسون و روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

متغیرهای مستقل پژوهش، روش‌های درمانی EMDR و SIT می‌باشند. متغیرهای وابسته سیاهه، علائم اختلال استرس پس از سانحه در دو فرم والد و کودک است. این پژوهش به وسیله متغیرهای سن، جنس، پایه کلاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی کنترل شد.

## شیوه‌های درمانی به کار گرفته شده

شیوه درمانی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT)، به صورت انفرادی و با استفاده از صورت جلسه‌های آزمایش درمانی طراحی شده به وسیله دبلیوگر (۱۹۹۵) و کامینو (۲۰۰۰) که به طور خاص برای کودکان آزار دیده جنسی تهیه شده است، مشتمل بر ۱۲ جلسه درمانی بوده که موضوعات آن به شرح ذیل است: ۱- استرس و اضطراب؛ ۲- آموزش جنسی و آزارگران جنسی؛ ۳- آگاهی جسمانی و جنسیت؛ ۴- دوستان و خانواده؛ ۵- تفکر و آزار جنسی؛ ۶- احساسات (ترس) و آزارگران جنسی؛ ۷- احساس گناه و آزار جنسی؛ ۸- احساس ناامیدی و آزار جنسی؛ ۹- اعتماد به نفس و عزت نفس و آزار جنسی؛ ۱۰- کنترل پرخاشگری؛ ۱۱- راهبرد چهار پله‌ای حل مسأله و پیشگیری و ۱۲- فهرست موفقیت‌ها و اتمام. علاوه بر این، کودک از تکلیف خانگی که در بین جلسات انجام می‌شد، بهره‌مند گردید. این تکالیف عبارت بودند از: تکمیل فهرست‌ها، نقاشی‌ها و گوش دادن به نوارهای شبه داستان.

۱- شیوه درمانی (EMDR)، به صورت انفرادی و بسر اساس صورت جلسه آزمایش استناد دارد شیرو (۱۹۹۵) و صورت جلسه آزمایش چهار نقاشی جررو (۲۰۰۰)، در مدت ۸-۴ جلسه درمانی برای آزمودنی‌ها به کار گرفته شد. یک آزمودنی، چهار جلسه و یک نفر، پنج جلسه و یک نفر، شش جلسه و دو نفر، هفت جلسه و بقیه، هشت جلسه



جدول ۲- آزمون ویل کاکسون برای آزمودن تفاوت موجود بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات کل CROPS, PRPOS و عوامل تشکیل دهنده آنها تحت تأثیر روش درمانی حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و بازپردازی

سطح معناداری	Z	جمع طبقه	متوسط طبقه	تعداد	تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون	
۰/۰۱۸	-۲/۳۶۶	۲۸	۴	۷	طبقات منفی	نمرات کل CROPS
				۰	طبقات مثبت	
۰/۰۲۸	-۲/۲۰۱	۲۷	۴/۵	۶	طبقات منفی	نمرات کل PROPS
		۱	۱	۱	طبقات مثبت	
۰/۱۲۳	-۲/۲۱۴	۲۱	۳/۵	۰	طبقات منفی	عامل علائم درون‌گرایانه PROPS
				۰	طبقات مثبت	
۰/۰۶۳	۰/۸۶۳	۳	۳	۱	طبقات منفی	عامل علائم برون‌گرایانه PROPS
		۲۵	۳/۱۷	۶	طبقات مثبت	
۰/۰۴۲	-۲/۰۲۳	۰	۰	۰	طبقات منفی	عامل علائم جسمانی PROPS
		۱۵	۳	۵	طبقات مثبت	
۰/۸۶۵	-۰/۱۷	۱۵	۲/۷۵	۴	طبقات منفی	عامل احساسات آسیب به خود CROPS
		۱۳	۴/۳۳	۳	طبقات مثبت	
۰/۱۰۴	-۱/۶۲۵	۱۳/۵	۳/۳۸	۴	طبقات منفی	عامل علائم جسمانی CROPS
		۱/۵۰	۱/۵	۱	طبقات مثبت	
۰/۰۱۷	۲/۳۷۸	۲۸	۴	۷	طبقات منفی	عامل رفتارها و افکار مزاحم CROPS
		۰	۰	۰	طبقات مثبت	

در این شیوه درمانی، حداقل؛ یعنی (۲-۰) بود.

### نتایج

در اثبات یا رد فرضیه اول، این نتایج به دست آمد:

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که سطح معناداری تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون مجموع نمرات پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه، در دو فرم کودک و والدین، تحت تأثیر درمان SIT، به ترتیب ۰/۱۵۰ و ۰/۰۱۸ شده است که در سطح معناداری ۰/۰۵ اولی معنادار و دومی بی‌معناست.

این جدول نشان می‌دهد که تفاوت بین پیش‌آزمون عوامل تشکیل دهنده علائم برون‌گرایانه و علائم درون‌گرایانه پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (فرم والدین)، تحت تأثیر SIT، به

درمانی را پشت سر گذاشتند. ایسن درمان دارای هشت مرحله است که به ترتیب شامل گرفتن تاریخچه، آماده‌سازی، حساسیت‌زدایی، به کارگیری پویش جسمانی، اتمام و ارزیابی مجدد است، که همگی این مراحل یا قسمت اعظم آن در هر جلسه پروتکل استاندارد اجرا شد. صورت جلسه آزمایش چهار نقاشی، شامل کشیدن چهار نقاشی در قالب هشت مرحله درمانی EMDR است. در این پژوهش، درمانگر خاطرات آزار جنسی را هدف قرار داد و به حساسیت‌زدایی نسبت به خاطرات آزار جنسی پرداخته می‌شد که در طی درمان آشکار می‌شدند. نقطه اتمام جلسات درمانی هر کودک زمانی بود که میزان استرس وی بر اساس ابزارهای اندازه‌گیری موجود



جدول ۳- تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات کل CROPS, PROPS و عوامل تشکیل دهنده آنها تحت تأثیر دو روش درمانی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس و حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازی

سطح معناداری	F	متوسط مجدورات	Df	مجموع مجدورات	منابع تغییر	
۰/۶۷۵	۰/۱۸۶	۹/۴۰۹	۱	۹/۴۰۹	پیش‌آزمون	نمرات کل CROPS
۰/۲۶۰	۱/۴۱۳	۷۱/۵۱۲	۱	۷۱/۵۱۲	پس‌آزمون	
۰/۳۰۱	۱/۱۷۷	۴۳/۴۹۱	۱	۴۳/۴۹۱	پیش‌آزمون	نمرات کل PROPS
۰/۸۱۸	۰/۰۵۵	۲/۰۴۷	۱	۲/۰۴۷	پس‌آزمون	
۰/۱۸۹	۱/۹۵۸	۱۹/۲۱	۱	۱۹/۲۱	پیش‌آزمون	عامل علائم درون‌گرایانه PROPS
۰/۷۰۷	۰/۱۴۹	۱/۴۷۵	۱	۱/۴۷۵	پس‌آزمون	
۰/۲۹۱	۱/۲۲۸	۹/۲۷۱	۱	۹/۲۷۱	پیش‌آزمون	عامل علائم برون‌گرایانه PROPS
۰/۹۴۶	۰/۰۰۵	۳/۵۶۸	۱	۳/۵۶۸	پس‌آزمون	
۰/۱۵۹	۲/۲۸۶	۵/۶۰۵	۱	۵/۶۰۵	پیش‌آزمون	عامل علائم جسمانی PROPS
۰/۵۹۶	۰/۲۹۸	۰/۷۳۰	۱	۰/۷۳۰	پس‌آزمون	
۰/۸۷۷	۰/۰۲۵	۰/۳۷۹	۱	۰/۳۷۹	پیش‌آزمون	عامل احساسات آسیب به خود CROPS
۰/۶۲۶	۰/۲۵۱	۳/۸۰۱	۱	۳/۸۰۱	پس‌آزمون	
۰/۳۳۷	۱/۰۰۸	۳/۲۱۵	۱	۳/۲۱۵	پیش‌آزمون	عامل علائم جسمانی CROPS
۰/۰۰۴	۱۲/۹۹۹	۴۱/۴۴۵	۱	۴۱/۴۴۵	پس‌آزمون	
۰/۲۵۳	۱/۴۵۴	۱۳/۶۴۵	۱	۱۳/۶۴۵	پیش‌آزمون	عامل رفتارها و افکار مزاحم CROPS
۰/۶۱۱	۰/۲۷۴	۲/۵۷۱	۱	۲/۵۷۱	پس‌آزمون	

داده شد که سطح معناداری تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون مجموع نمرات پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه (فرم کودک و والد) که تحت تأثیر درمان EMDR قرار گرفته بودند، به ترتیب برابر ۰/۰۱۸ و ۰/۰۲۸ شده است که در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

با توجه به جدول شماره ۲، نتایج تحلیل عاملی نشان داد که سطوح معناداری تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در عوامل احساسات آسیب به خود و علائم جسمانی پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه (فرم کودک) و تحت تأثیر درمان EMDR، به ترتیب ۰/۰۱۸ و ۰/۰۱۸ شده است که در سطح ۰/۰۵ معنادار است؛ در حالی که، سطح معناداری عامل رفتارها و افکار مزاحم و اجتنابی این پرسشنامه و تحت تأثیر این درمان، ۰/۱۲۸

ترتیب دارای سطح معناداری ۰/۰۲۷ و ۰/۰۱۸ شده است که در سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار است. با این حال، عامل علائم جسمانی در این پرسشنامه، دارای سطح معناداری ۰/۸۸۸ شده است که از نظر آماری معنادار نیست. نیز این جدول نشان می‌دهد که تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون عامل رفتارها و افکار مزاحم و اجتنابی پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه (فرم کودک) که تحت تأثیر درمان SIT قرار گرفته است، دارای سطح معناداری ۰/۰۱۷ شده است که معنادار می‌باشد. عامل احساسات آسیب به خود و عامل علائم جسمانی به ترتیب، دارای سطوح معناداری ۰/۸۶۵ و ۰/۱۰۴ شده است که در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست.

در اثبات یا رد فرضیه دوم، با توجه به جدول شماره ۲، نشان



در کودکان آزار دیده جنسی است. تأثیر این روش درمانی، به وسیله پرسشنامه علایم اختلال استرس پس از سانحه، در دو فرم والدین و کودک، مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج مجموع نمرات پرسشنامه علایم اختلال استرس پس از سانحه (فرم کودک) نشان داد که این درمان تأثیر معناداری بر کاهش کلی علایم اختلال استرس پس از سانحه از نظر کودک ندارد، ولی تأثیر معناداری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه از نظر والدین دارد. با بررسی تأثیر این روش درمانی بر هر یک از عوامل تشکیل دهنده دو پرسشنامه، این نتیجه حاصل شد که این روش، منجر به بهبود علایم اختلال استرس پس از سانحه، در عوامل علایم درون‌گرایانه و برون‌گرایانه شد. بنابراین، کودکانی که تحت تأثیر درمان SIT بودند، از نظر علایم درون‌گرایانه، نظیر اضطراب، افسردگی، ترس و گوشه‌گیری و علایم برون‌گرایانه، مثل اختلال در روابط با افراد دیگر، رفتارهای ضد اجتماعی و مشکلات بین شخصی، بهبود قابل ملاحظه‌ای یافتند. نتایج نشان داد که این کودکان از نظر عامل رفتارها و افکار مزاحم و اجتنابی موجود در پرسشنامه علایم اختلال استرس پس از سانحه (فرم کودک)، بهبود قابل توجهی یافتند. از نظر علایم جسمانی که شامل کابوس، سردرد و دل درد می‌باشد و به وسیله عوامل دیگر پرسشنامه‌ها (فرم والدین و کودک) سنجیده می‌شوند، در این گروه از کودکان، بهبود قابل ملاحظه‌ای دیده نشد. این نتایج از نظر کاهش علایم اضطراب و ترس با پژوهش برلاینز و ساندرز (۱۹۹۶)؛ اکه‌بورا و همکاران (۱۹۹۷)؛ کهن و مانارینو (۱۹۹۸)، هماهنگی و از نظر کاهش علایم افسردگی، با پژوهش اکه‌بورا و همکاران همسویی دارد و از نظر بهبود رفتارهای ضد اجتماعی و مشکلات بین شخصی، همسویی تحقیقات برلاینز و ساندرز و اکه‌بورا و همکاران است. این در حالی است که برخی تحقیقات نشان داده که این کودکان پس از دریافت درمان SIT، از نظر کفایت اجتماعی پیشرفت قابل ملاحظه‌ای نداشته‌اند (کهن و مانارینو، ۱۹۹۸). برخی تحقیقات، عدم بهبود رفتارهای نامناسب جنسی را به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده کفایت اجتماعی کودک، پس از دریافت درمان SIT نشان داده‌اند (کهن و مانارینو، ۱۹۹۶). از سویی، برخی علایم اختلال استرس پس از سانحه در کودکان

شده است که از نظر آماری معنادار نیست. نیز این جدول نشان می‌دهد که سطح معناداری تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در عوامل علایم درون‌گرایانه و علایم برون‌گرایانه پرسشنامه علایم اختلال استرس پس از سانحه (فرم والدین) که تحت تأثیر درمان EMDR بوده‌اند، به ترتیب ۰/۰۲۷ و ۰/۰۴۲ شده است که در سطح ۰/۰۵ معنادار است. همچنین عامل علایم جسمانی این پرسشنامه در این جدول، ۰/۰۶۳ شده است که از نظر آماری معنادار نیست.

در اثبات یا رد فرضیه سوم، اطلاعات جدول شماره ۳، با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان داد که سطح معناداری حاصل از مقایسه مجموع نمرات پس‌آزمون پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه در دو فرم کودک و والدین، در هر دو شیوه درمانی، به ترتیب ۰/۲۶۰ و ۰/۱۱۸ شده است که از نظر آماری معنادار نیست.

با توجه به جدول شماره ۳، نتایج تحلیل عاملی نشان می‌دهد که سطوح معناداری حاصل از مقایسه پس‌آزمون عوامل احساسات آسیب به خود و علایم جسمانی و عامل رفتارها و افکار مزاحم و اجتنابی موجود در پرسشنامه علایم اختلال استرس پس از سانحه (فرم کودک)، در دو روش درمانی EMDR و SIT، به ترتیب ۰/۶۲۶ و ۰/۰۰۴ و ۰/۱۱۱ شده است که از نظر آماری و در سطح ۰/۰۵، به جز در قسمت علایم جسمانی که ۰/۰۰۴ شده است، در دو عامل دیگر، معنادار نیست. نیز اطلاعات این جدول نشان می‌دهد که سطح معناداری حاصل از مقایسه پس‌آزمون عامل درون‌گرایانه، عامل برون‌گرایانه و عامل علایم جسمانی موجود در پرسشنامه علایم اختلال استرس پس از سانحه (فرم والدین)، در دو روش درمانی EMDR و SIT، به ترتیب ۰/۷۰۷ و ۰/۹۴۶ و ۰/۵۹۶ شده است که از نظر آماری و در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به فرضیات پژوهش، نتایج زیر حاصل شد: فرضیه اول، در پی تعیین میزان اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، بر کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه،





آزار جنسی دیده (نظیر تجربه مجدد حادثه، رفتارهای اجتنابی و برانگیختگی) که تحت این نوع درمان بوده‌اند، بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته است (اکه بورا و همکاران، ۱۹۹۷).

فرضیه دوم پژوهش، در پی کشف میزان اثربخشی درمان EMDR در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در کودکان آزار جنسی دیده است. بررسی نمره‌های کلی دو پرسشنامه (فرم والدین و کودک) نشان داد که EMDR به طور معناداری باعث کاهش نمرات کلی هر دو پرسشنامه شده و بنابراین، بهبود کلی (هم از نظر کودک و هم از نظر والدین) حاصل شده است. بررسی عاملی نشان داد که این درمان، در بهبود عوامل علائم جسمانی و علائم احساس تنهایی، احساس گناه و آسیب به خود، عجیب و غریب بودن و افسردگی و اضطراب مؤثر است. از سویی این درمان، در بهبود علائم درون‌گرایانه، مثل ترس، افسردگی و اضطراب مؤثر است و از سویی، منجر به بهبود علائم درون‌گرایانه جسمانی (که در فرم والدین پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه وجود دارد) شد. پس، با توجه به اینکه این درمان در هر دو مقیاس، در قسمت علائم جسمانی بهبود قابل ملاحظه نشان داده است، می‌توان به تأثیر گسترده این درمان بر بهبود علائمی نظیر کابوس، سردرد، دل‌درد و احساس خستگی و نیز توانایی بیشتر آن در مقایسه با درمان SIT، در زمینه بهبود این علائم توجه کرد. البته در هر دو روش درمانی، درمانگر بر اساس علائم اختلال استرس پس از سانحه موجود در کودک، برنامه درمانی را به صورت فردی طرح‌ریزی می‌کند؛ با این حال، در روش EMDR، تمرکز بر علائم جسمانی و بهبود آن از اولین جلسه درمانی شروع می‌شود که خود قسمتی از فرایند درمان است، ولی در SIT، هیچ‌گونه تمهیدی در جهت بهبود این علائم پیش‌بینی نشده است و امکان بیان خاطرات جنسی به صورت مستقیم یا نقاشی مطرح نیست.

کاهش مجموع نمره‌های هر دو پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه (فرم والدین و فرم کودک) و بهبود قابل ملاحظه علائم جسمانی با درمان EMDR، با پژوهش‌های روئیام (۱۹۹۷) و ادموند و همکاران (۱۹۹۹) هماهنگی دارد. بهبود قابل ملاحظه اضطراب و استرس ناشی از افکار و عواطف آسیب دیده،

در تحقیق واندر کولک نیز گزارش شده است. از سویی، بهبود ترس‌های خاص نظیر ترس از عنکبوت و رفتار اجتنابی ناشی از آن به وسیله شیپرو نیز گزارش شده است.

EMDR، منجر به بهبود رفتارهای درون‌گرایانه و کاهش احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب و احساس گناه و آسیب به خود شده است؛ در حالی که، SIT باعث کاهش افکار مزاحم و اجتنابی و بهبود روابط اجتماعی و کاهش رفتارهای ضد اجتماعی در این کودکان شد.

فرضیه سوم، در پی یافتن تفاوت میان اثربخشی این دو نوع درمان، بر علائم اختلال استرس پس از سانحه بر کودکان آزار جنسی دیده است. یافته‌های نمره‌های کلی هر دو پرسشنامه نشان داد که هر دو درمان بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. نیز اثربخشی این دو روش درمانی، هیچ‌گونه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که تأثیر این دو روش درمانی بر کلیه عوامل، به جز عامل علائم جسمانی پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه (فرم کودک)، تفاوت معناداری نداشت. این یافته‌ها از بعضی جهات با یافته‌های لی و گاوریل (۱۹۹۶) هماهنگی دارد. آنان همچنین دریافتند که این دو روش درمانی، بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه تأثیر معناداری دارند و EMDR، در کاهش این علائم مؤثرتر از ترکیب SIT و رویارویی تدریجی است. حصول برخی نتایج درمانی نظیر عدم تغییر قابل ملاحظه در برخی عوامل موجود در هر دو سیاهه تحت تأثیر درمان EMDR و SIT می‌تواند ناشی از محدودیت‌های تحقیق باشد. همان‌طور که گودوین و اسکات (۱۹۹۸) بیان داشته‌اند، آگاهی والدین از آزار جنسی کودکان نقش مهمی در پیش‌بینی نتایج مثبت درمان دارد. در حالی که در این تحقیق، فقط یکی از والدین از سوءاستفاده جنسی کودک اطلاع داشت. کوهن و مانارینو (۱۹۹۸)، طی تحقیقی نشان دادند که حمایت عاطفی والدین (مخصوصاً مادر) از کودک و استرس‌های خانواده نقش مهمی در پیش‌بینی نتایج درمان دارد. در حالی که در این تحقیق، کودکان عمدتاً از حمایت عاطفی والدین و خانواده محروم بودند و کمتر به دلیل پیشرفت‌های درمانی، تشویق می‌شدند. از سویی، ورود آلت تناسلی به بدن که



برگزاری برخی جلسات درمانی در مدرسه و بازگشت مجدد کودک به کلاس درس، مانع کسب آرامش مجدد و تفکر عمیق وی در مورد محتوای جلسات می شد. کمبود امکانات در به کارگیری برخی شیوه‌های درمانی SIT، نظیر نمایش فیلم و اتاق بازی و صدلی‌های مخصوص آرام‌سازی و ممنوعیت ضبط محتوای جلسات، از دیگر محدودیت‌های این تحقیق بود که نتایج را تحت تأثیر قرار داده است. به کارگیری جداگانه و مقایسه‌ای این دو شیوه درمانی، در شرایط متفاوت و در مورد بهبود علائم آسیب‌دیدگی‌های روانی کودکان و استفاده از گروه کنترل می‌تواند باعث شود که درمانگران در آینده، با اطمینان بیشتری هر دو شیوه را به کار گیرند.

با توجه به توانایی تأثیر عمیق این دو روش بر کاهش آسیب دیدگی‌های روانی کودکان و نیاز جامعه، به کارگیری همزمان روش SIT، برای کودکان و والدین و استفاده از هر دو روش درمانی به صورت گروهی می‌تواند موضوع تحقیقات بعدی باشد. وجود و شیوع آزار جنسی و گرایش به تربیت اسکچوال در جامعه ما، بر لزوم آموزش جنسی در مدارس و خانواده‌ها تأکید دارد.

در ۲۱ درصد نمونه رخ داده است، بر اساس نظریه گودوین و اسکات (۱۹۹۸)، پیش‌بینی کننده نتایج منفی درمان است. اما در این پژوهش، کودکانی بودند که تنها یکبار مورد نوازش جنسی قرار گرفته و یا فقط از طریق نوازش جنسی مورد آزار قرار گرفته بودند که این ناهمگونی نمونه و انتخاب تصادفی آنان در گروه‌های درمانی، می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. وجود آزار جسمی در کنار آزار جنسی، در تمامی کودکان مورد مطالعه، احتمالاً بر نتایج درمان مؤثر بوده است. با آنکه اکثر کودکان از کفایت اجتماعی نسبتاً ضعیفی برخوردار بودند، در نمونه مورد مطالعه، کودکانی نیز بودند که علیرغم داشتن علائم اختلال استرس پس از سانحه، از نظر وضعیت اجتماعی و شیوه‌های تعامل اجتماعی و وضعیت تحصیلی در موقعیت خوبی قرار داشتند که این نکته بهبود وضعیت آنان را به همراه داشت، زیرا باعث می‌شد مورد حمایت خانواده و دوستان و تشویق مسئولان مدرسه قرار بگیرند. کوهن و مانارینو (۱۹۹۸) نشان دادند که نتایج درمانی در این گروه از کودکان، به مراتب بهتر است. عدم به کارگیری روش SIT برای والدین در این تحقیق، عدم علاقه و همکاری آنان و ناآگاهی و اصرار آنها بر ادامه رفتارهای غلط از محدودیت‌های دیگر این پژوهش به شمار می‌رود.

### منابع

الباسی، م.ح. (۱۳۷۸). بررسی میزان PTSD مزمن در نوجوانانی که در کودکی در معرض حملات نظامی قرار گرفته‌اند و مقایسه میزان اثربخشی رفتار درمانی شناختی و معنی درمانی در درمان آنان. رساله دکتری.

Berliner, L., & Saunderr, B.E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: results of controlled 2-year follow up study. *Child Maltreatment, 1*, 294-308.

Brown, K., Davis, K., & Stratton, P. (1994). *Early prediction and prevention of child abuse*. New York: Jhon Wily & sons.

Camino, L. (2000). *Treating sexually abused boys: a practical guide for therapists and counselors*. California: Jossy-Bass.

Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial finding. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 35*, 42-50.

Cohen, J.A., and Mannarino, A.P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment, outcome finding. *Child Maltreatment, 3*, 17-26.

Deblinger, E. (1995). *Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder in sexually abused children*. New York: Guilford.

Echeburua, E. Corral, P.D., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic post traumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification, 4*, 433-456.

Edmond, Rubin, & Wambach, (1999). *EMDR controlled studies*. New York: EMDR Institute.



- Falasca T., & Gaulfield, T. (1998). Child trauma. *Journal of Humanistic Education and Development*, 37, 212-218.
- Goodwin, R. and Scott, S. (1997). *Child psychiatry*. New York: Black well
- Greenwald, R. (1997a). *Life incidence of traumatic events-student and parent forms*. New York: Author.
- Greenwald, R. (1997b). *Child report of post traumatic symptoms ,(CROPS)*. New York: Author.
- Greenwald, R. (1997c). *Parent report of post traumatic symptoms (PROPS)*. New York: Author.
- Jarero, I. (2000). *Four drawing protocol*. EMDR Portal Website: Author.
- Kochenderfer, B.J., Ladd, G.W. (1997). Victimized children's responses to peer's aggression: Behaviors associated with reduced versus continued victimization. *Development & Psychopathology*, 9, 59-73.
- Lee, & Gavriel, (1996). Comparison the effect of EMDR with combination of stress inoculation therapy and prolonged exposure. *EMDR controlled studies*. New York: EMDR Institute.
- Leventhal, J.M. (1998). Epidemiology of sexual abuse of children: Old problems, new directions. *Child Abuse & Neglect*, 6, 481-491.
- Macfarlane, K., Feldmeth, J.R., Saywitz, K., Damon, L., Krebs, S., & Dugan, M., (1988). *Response: child sexual abuse, the clinical interview [Manual]*. New York: Guilford.
- McLeer, S.V., Dixon, J.F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., & Niedda, T. (1998). Psychopathology in non clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 126-133.
- Meichenbaum, D. (1986). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon press.
- O,Donohue, W., Fanetti, M., & Elliot, A. (1998). Trauma in children. In V.M.Follette, J. L., Ruzek and F.K.Abueg (Eds.). *Cognitive behavioral therapy for trauma* ,(pp. 355-377). New York: Guilford.
- Rothbaum. (1997). The controlled study of rape victims [abstract]. *EMDR controlled studies*. New York: EMDR Institute.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford.
- Vanderkolk, B.A. (1998). Starting down the domains [abstract]. *Boston Globe*, pp. 1.