

اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری (ACT-CBT) و رویکرد آموزش مدیریت والدین (PMT) بر سرمایه عاطفی نوجوانان پسر مبتلا به سوءاستفاده جنسی

محسن گل‌پرور^{۱*} / محمد اکبری^۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۲۴

چکیده

سوءاستفاده جنسی از زمره تروماهای روان‌شناختی است که سلامت نوجوانان را به‌طور جدی تهدید نموده و آن‌ها را نیازمند یاری‌رسانی حرفه‌ای می‌کند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان ACT-CBT و رویکرد آموزش مدیریت والدین (PMT) بر سرمایه عاطفی نوجوانان مبتلا به سوءاستفاده جنسی اجرا شد. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش، سه‌گروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. از میان ۶۰ نوجوان پسر ۱۴ تا ۱۷ ساله در شهر اصفهان در تابستان ۱۳۹۷، ۴۵ نوجوان بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج به‌صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. پرسشنامه سرمایه عاطفی گل‌پرور (۱۳۹۵) در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. دو گروه درمان ACT-CBT و آموزش مدیریت والدین (PMT) طی ۱۰ جلسه تحت آموزش و درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمود. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید. نتایج نشان داد که در سرمایه عاطفی، فقط گروه درمان ACT-CBT با گروه آموزش مدیریت والدین (PMT) و گروه کنترل دارای تفاوت معنادار هستند ($p < 0/01$) و بین آموزش مدیریت والدین (PMT) با گروه کنترل تفاوت معناداری به دست نیامد ($p > 0/05$). در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان داد، برای کمک به نوجوانان پسر مبتلا به سوءاستفاده جنسی، درمان ترکیبی ACT-CBT از زمره درمان‌هایی است که می‌تواند سرمایه عاطفی این نوجوانان را ارتقاء دهد. این ارتقاء موجب افزایش سلامت روان این نوجوانان خواهد شد.

کلیدواژه‌ها: آموزش مدیریت والدین (PMT)، درمان ACT-CBT، سرمایه عاطفی، سوءاستفاده جنسی، نوجوانان پسر.

۱- *دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان. (نویسنده مسئول).

drmgolparvar@gmail.com

۲- دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان.

مقدمه

سوءاستفاده جنسی^۱ از کودکان و نوجوانان از هر دو جنس پسر و دختر سالیان متمادی است توجه پژوهشگران و دانشمندان سرتاسر دنیا را به خود جلب نموده است. در بین اندیشمندان در مورد مصداقها و تعریف سوءاستفاده جنسی اتفاق نظر کاملی وجود ندارد، ولی در نگاهی اجمالی، سوءاستفاده جنسی شامل طیف متنوعی از رفتارهای تماسی فیزیکی و جسمی تا رفتارهای غیرتماسی و کلامی قهرآمیز برای مجبور کردن کودک یا نوجوان به برقراری رابطه جنسی بدنی و یا دهانی و در مواردی نشان دادن فیلم و عکس هرزه‌نگارانه^۲ به آنها را می‌گویند (سینگ، پارسکار و نیر^۳، ۲۰۱۴؛ متیو و کولین-وزینا^۴، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها حاکی از آن است که شیوع سوءاستفاده و سوء رفتار جنسی با کودکان و نوجوانان در تمامی کشورها وجود دارد (چادری، دایال، پیلائی، کالوخی، بئر و پاتل^۵، ۲۰۱۸؛ سان فیلیپو^۶، ۲۰۱۶). برای نمونه مطالعه دورایس و مینک^۷ (۲۰۱۸) شیوع سوءاستفاده و خشونت جنسی در افریقای جنوبی را در میان دختران ۱۵ تا ۱۷ سال برابر با ۱۴/۶۱ درصد و در میان پسران برابر با ۹/۹۹ درصد، مطالعه رانارس-دوتیر، اسمیت و آرنارسون^۸ (۲۰۱۹) شیوع سوءاستفاده جنسی را در ایسلند برای دختران و پسران پانزده سال (پایه دهم) به ترتیب برابر با ۲۰/۲ و ۹/۱ درصد و مطالعه مولر-کو، لاندوت، میر، می‌درت، اسکان باچر و شنایدر^۹ (۲۰۱۴) در سوئیس شیوع سوءاستفاده جنسی در نوجوانان دختر و پسر را به ترتیب ۴۰ و ۱۷ درصد گزارش نموده‌اند. محمدی، زرافشان و خالقی (۲۰۱۴) نیز شیوع سوءاستفاده جنسی و جسمی در ایران را در هر دو جنس بین ۹/۷ تا ۶۷/۵ درصد گزارش نموده‌اند.

کودکان و نوجوانانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند، از نظر سلامت روان به‌شدت با خطر مواجه شده و تا مدت‌ها تأثیر این نوع رفتار بر زندگی و رفتار و سلامتی آن

1. sexual abuse
2. pornography
3. Singh, M. M. Parsekar, S. S. & Nair, S. N
4. Mathews, B. & Collin-Vézina, D
5. Choudhry, V. Dayal, R. Pillai, D. Kalokhe, A. S. Beier, K. & Patel, V
6. Sanfilippo, J. S
7. Devries, K. M. & Meinck, F
8. Runarsdottir, E. Smith, E. & Arnarsson, A
9. Mohler-Kuo, M. Landolt, M.A. Maier, T. Meidert, U. Schönbacher, V. & Schnyder, U

ها سایه می‌افکند (خنجری، مدبر، رحمتی و مقانی، ۱۳۹۵؛ سینگ و همکاران، ۲۰۱۴). علائم اختلال استرس پس از سانحه^۱ (PTSD)، مشکلات رفتاری جنسی^۲، بیش‌فعالی^۳، پرخاشگری^۴، استرس پیوسته^۵، اضطراب^۶ و افسردگی^۷ که ممکن است تا سنین بزرگ‌سالی نیز ادامه یابد از شایع‌ترین مشکلات در میان این کودکان و نوجوانانی است (آسینک، وندرپوت، میوسن، دی‌یانگ، اورت، استامس و همکار^۸، ۲۰۱۹؛ خادر، کلارک، ولینگز، ویلاتا، گدارد، ولش و همکاران^۹، ۲۰۱۸؛ لی، کوی و ریف^{۱۰}، ۲۰۱۷). از میان طیف مشکلات مورد اشاره، افسردگی با تمرکز بر نشانه‌های خلقی، عاطفی، هیجانی، شناختی و رفتاری منفی، شیوع بالایی را در میان نوجوانان و کودکان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی به خود اختصاص داده است (شروستاوا، کاریا، سوناوین و دی‌سوسا^{۱۱}، ۲۰۱۷؛ لتورنیو، راون، فانگ، حسن و مرسی^{۱۲}، ۲۰۱۸). شیوع قابل توجه افسردگی در میان این کودکان و نوجوانان به معنی غلبه عواطف و هیجان‌های منفی در فضای روان‌شناختی و ذهنی آن‌ها است (سوراکوغللو، داریور و بلشاو^{۱۳}، ۲۰۱۸). با غلبه حالات عاطفی و هیجانی منفی، سطح نشاط، انرژی، عواطف مثبت و شادمانی نوجوانان و کودکان که در آخرین صورت‌بندی‌های انجام شده به‌عنوان سرمایه عاطفی^{۱۴} معرفی شده تضعیف می‌شود (عنایتی و گل‌پرور، ۱۳۹۷).

سرمایه عاطفی حالتی از نشاط و جوشش مثبت درونی است که در مواقع مختلف بالأخص در زمان تجربه موفقیت، احساس ارزشمندی و دستیابی با اهداف و آمال انسانی پدید آمده و قابلیت تبدیل به مهارت و توانایی‌های مهارتی نوین را دارد (گل‌پرور و

1. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
2. sexual behavioral problems
3. hyperactivity
4. aggression
5. continuous stress
6. anxiety
7. depression
8. Assink, M. van der Put, C. E. Meeuwssen, M. W. C. M. de Jong, N. M. Oort, F. J. Stams, G. J. J. M. & Hoeve, M
9. Khadr, S. Clarke, V. Wellings, K. Villalta, L. Goddard, A. Welch, J. Bewley, S. Kramer, T. & Viner, R
10. Lee, C. Coe, C. L. & Ryff, C. D
11. Shrivastava, A.K. Karia, S.B. Sonavane, S. S. & De Sousa, A. A
12. Letourneau, E.J. Brown, D.S. Fang, X. Hassan, A. & Mercy, J. A
13. Solakoglu, O. Driver, N. & Belshaw, S. H
14. affective capital

زارعی، ۱۳۹۶). این سازه سرمایه‌ای نوین متشکل از سه سازه عاطفه مثبت^۱، احساس انرژی^۲ و شادمانی^۳ است (گل‌پرور و عنایتی، ۱۳۹۷). شواهد پژوهشی در دسترس نشان می‌دهد که سرمایه عاطفی با طیف متنوعی از متغیرهای رفتاری و عملکردی مثبت که برای یک زندگی بهینه و کارآمد ضروری هستند در ارتباط است (عنایتی و گل‌پرور، ۱۳۹۷؛ گل‌پرور و زارعی، ۱۳۹۶؛ گل‌پرور و عنایتی، ۱۳۹۶). از لحاظ نظری، در میان نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته، به دلیل غلبه عواطف و هیجان‌های منفی و در معنایی دقیق‌تر با غلبه علائم و نشانه‌های افسردگی (آسینک و همکاران، ۲۰۱۹؛ سوراکوخلو و همکاران، ۲۰۱۸)، در عمل سرمایه عاطفی که برای تلاش و کوشش هدفمند و معنادار ضروری است، تضعیف خواهد شد. اگرچه تاکنون به دلیل نوین بودن متغیر سرمایه عاطفی در میان نوجوانان و کودکان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی مطالعه‌ای بر روی این متغیر انجام نشده، ولی وجود مطالعات متعدد که بخش اعظمی از آن‌ها در مطالعات فرا تحلیلی مختلف، از جمله فرا تحلیل آسینک و همکاران (۲۰۱۹) انعکاس یافته، حاکی از آن است که غلبه هیجان‌ها و عواطف منفی و بالأخص نشانه‌های افسردگی، نیرو و توان خودانگیخته نوجوانان و کودکان را برای تلاش و کوشش در مسیر رشد و شکوفایی با محدودیت جدی مواجه می‌کند و به‌این ترتیب آن‌ها را نیازمند یاری حرفه‌ای، درمانی و تخصصی می‌کند (کارو، ترنر و مک دونالد^۴، ۲۰۱۹).

تاکنون طیف درمان‌های متعددی از جمله درمان شناختی-رفتاری^۵ (CBT)، بازی‌درمانی^۶، درمان حمایت‌گرا^۷، درمان‌های روان‌پویایی^۸، درمان‌های انسان‌گرایانه^۹ همراه با طیف آموزش‌های مختلف برای کودکان و نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته، استفاده شده است (خنجری و همکاران، ۲۰۱۷؛ سیشادری و رامسوامی^{۱۰}، ۲۰۱۹). از میان درمان‌های مورد اشاره، درمان شناختی-رفتاری (CBT) و به دنبال آن یکی از

1. positive affect
2. feeling of energy
3. happiness
4. Caro, P. Turner, W. & Macdonald, G
5. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)
6. play therapy
7. supportive therapy
8. psychodynamics therapies
9. humanistic therapies
10. Seshadri, S. & Ramaswamy, S

درمان‌های موج سوم وابسته به این رویکرد، یعنی درمان پذیرش و تعهد^۱ (ACT) در مطالعه حاضر انتخاب و استفاده شدند. بر اساس تأکید رویکرد شناختی-رفتاری، نوجوانان و کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند، معنایی تعمیم‌یافته از حادثه در ارتباط با خود، شناخت‌های ناسازگارانه (مانند نشخوار ذهنی منفی مداوم نسبت تعرض انجام شده و احساس و تفکر از دست رفتن همه‌چیز اعم از ارزشمندی شخصی تا غیرقابل جبران بودن حادثه)، اسنادهای نامناسب و منفی به خود (مانند احساس سرزنش و مسئولیت شخصی) همراه با رفتارهای پرخاشگرانه ناشی از خشم نسبت به خود و دیگران و مهم‌تر از همه تضعیف عزت‌نفس را از خود نشان می‌دهند (بله‌ویل، دوبه فرنتی و روسو^۲، ۲۰۱۸؛ مورای، ناگیون و کوهن^۳، ۲۰۱۴؛ کارو و همکاران، ۲۰۱۹). مشکلات شناختی و رفتاری مورد اشاره همگی در فرایند درمان نوجوانان مورد آزار و سوءاستفاده جنسی، از طریق فنون و اصول یادگیری شناختی و رفتاری، با شناخت‌ها و رفتارهای سازگارانه‌تر جایگزین می‌شوند (رضایی، امیری و طاهری، ۱۳۹۶؛ خالدیان، سهرابی، اصغری گنجی و کرمی باغظیفونی، ۱۳۹۶؛ مورای و همکاران، ۲۰۱۴).

در کنار درمان شناختی-رفتاری، درمان پذیرش و تعهد (ACT) نیز به عنوان موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری دارای شش اصل محوری، شامل پذیرش، درهم‌آمیختگی شناختی، ارتباط و تماس با زمان حال، مشاهده خود، ارزش‌ها و عمل یا اقدام متعهدانه است. بر پایه این شش اصل محوری در این نوع درمان به افراد آموزش داده می‌شود تا ابتدا بر زمان حال تمرکز نموده و تجارب خود از هر نوعی که هستند را به‌جای سرکوب یا اجتناب به دلیل قضاوت و داوری منفی، ابتدا به‌ساکن بپذیرند (رویین‌تن، آزادی، افشین و امینی، ۱۳۹۸). یکی از نقاط قوت درمان ACT این است که به مراجعان کمک می‌کند تا خود را به‌عنوان فردی جدای از افکار، تجارب و احساسات تجربه‌شده در لحظه ببیند (هیز^۴، ۲۰۱۹). البته در درمان ACT کماکان بر نقش عناصر شناختی و کار بر روی عناصر شناختی تأکید می‌شود، ولی با تغییر نگاه و رویکرد درمانی از تغییر و کنترل شناخت‌ها و باورها و عواطف منفی به توجه و پذیرش این عواطف و هیجان‌ها و افکار منفی، این درمان نشان داده که می‌توان با پذیرش و اجازه گذر از کنار این حالات، افکار و شناخت‌ها منافع

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
2. Belleville, G. Dube-Frenette, M. & Rousseau, A
3. Murray, L. K. Nguyen, A. & Cohen, J. A
4. Hayes, S. C

درمانی قابل‌توجهی را به‌دست آورد (زانگ، لیمینگ، اسمیت، چانگ، هاگر و هیز^۱، ۲۰۱۸). شواهد پژوهشی چندی تاکنون در مورد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی ارائه شده است. مطالعه کارو و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد درمان شناختی-رفتاری از زمره پراستفاده‌ترین درمان برای کودکان و نوجوانانی است که با سوءاستفاده جنسی مواجه می‌شوند. فراتحلیل تراسک، والش و دیلیلو^۲ (۲۰۱۱) نشان داد در صورتی که درمان زمان طولانی‌تری ادامه یابد، اثربخشی درمان شناختی و رفتاری بر افسردگی نوجوانان و کودکان مورد سوءاستفاده جنسی واقع شده، چشمگیرتر خواهد بود. برخلاف مطالعات مورد اشاره، فراتحلیل مک دونالد، هیگینز و رامچاندانی^۳ (۲۰۱۲) نشان داد که طیف درمان‌های رفتاری و شناختی بر افسردگی افراد مواجه شده با سوءاستفاده جنسی اغلب دارای اندازه اثر ضعیف و غیرمعناداری هستند. در کنار مطالعات مربوط به درمان شناختی-رفتاری، مطالعات دیگری نیز در ارتباط با درمان پذیرش و تعهد (ACT) برای نوجوانان دارای مشکلاتی مانند افسردگی، احساس تنهایی و اضطراب استفاده شده‌اند. برای نمونه توصیفیان، حسین ثابت و برجلی (۲۰۱۶) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر افسردگی نوجوانان و اتجک، داویس، مورینا، پاورس، اسمیت و امل کمپ^۴ (۲۰۱۵) در مطالعه خود اثربخشی این درمان را موازی و برابر با درمان شناختی-رفتاری بر رضایت از زندگی و علائم و نشانه‌های هیجانی و عاطفی نشان دادند. یافته‌های مربوط به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی و سازه‌های عاطفی و هیجانی دیگر در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی غیر از نوجوانان آسیب‌دیده از سوءاستفاده جنسی، با توجه به این‌که نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی اغلب از عواطف منفی و افسردگی رنج می‌برند، منطقی است انتظار داشته باشیم این درمان بر سرمایه عاطفی (این متغیر نقطه مقابل افسردگی و عواطف منفی است) این نوجوانان نیز مؤثر باشد. نکته حائز اهمیت که اکنون لازم است به آن توجه شود، استفاده از درمان تلفیقی شناختی رفتاری-پذیرش و تعهد (ACT-CBT) در مطالعه حاضر، به‌جای استفاده جداگانه از این دو نوع درمان است.

-
1. Zhang, C-Q. Leeming, E. Smith, P. Chung, P-K. Hagger, M.S. & Hayes
 2. Trask, E. V. Walsh, K. & Dilillo, D
 3. Macdonald, G. M. Higgins, J. P. T. & Ramchandani, P
 4. A-Tjak, J.G.L. Davis, M.L. Morina, N. Powers, M.B. Smits, J.A.J. & Emmelkamp, P.M.G

منطق زیربنایی و صریح تلفیق درمان شناختی-رفتاری (CBT) با درمان پذیرش و تعهد (ACT) و چرایی انجام این تلفیق در دو حوزه اصلی قابل ارائه است. در درجه اول بخشی از جامع‌ترین نتایج پژوهش‌های ارائه شده درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری برای نوجوانان و کودکان مواجهه شده با سوءاستفاده جنسی که در فرا تحلیلی‌ها و مطالعات این حوزه منعکس شده (تراسک و همکاران، ۲۰۱۱؛ مک دونالد و همکاران، ۲۰۱۲)، حاکی از آن است که در بسیاری موارد ممکن است درمان شناختی-رفتاری به تنهایی بر مشکلات یا مسائل این کودکان و نوجوانان مؤثر نباشد و یا دارای تأثیرات ضعیفی باشد (کارو و همکاران، ۲۰۱۹؛ مک دونالد و همکاران، ۲۰۱۲). دلیل این امر آن است که در درمان شناختی-رفتاری متداول، سیر درمان اغلب بر اصلاح، تغییر و جایگزینی شناخت‌ها و رفتارهای مرتبط با حادثه (تروما، مانند سوءاستفاده جنسی) متمرکز است. این تمرکز به دلیل این که کودکان و نوجوانان مواجهه شده با سوءاستفاده جنسی، با نشخوار ذهنی منفی، حادثه را برجسته ساخته و پس از مدتی به دلیل تجربه شرم و گناه، از مواجهه با حادثه اجتناب کرده و حتی به فکر خودکشی و پایان دادن به رنج خود می‌افتند (آلیکس، کوستی، هبرت، کایر و فراپیر، ۲۰۱۷؛ برابانت، هبرت و چاگنون، ۲۰۱۴)، درمان شناختی-رفتاری متعارف را با مشکلاتی مواجه می‌کند؛ به عبارت دیگر، یکی از نقاط ضعف مطرح برای درمان شناختی-رفتاری کودکان و نوجوانان مواجهه شده با سوءاستفاده جنسی این است که بر اجتناب تجربه‌ای و پذیرش حادثه (تروما) که به نظر امری بنیادی در مراحل درمان است، تمرکز کافی ندارد. در مقابل در درمان پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۱۹؛ یانگ و همکاران، ۲۰۱۸)، محوری‌ترین مسیرهای درمانی کار بر روی تضعیف اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری و پذیرش متعهدانه مبتنی بر ارزش‌ها است (هیز، ۲۰۱۹). از این منظر تلفیق فنون بازسازی و تعدیل و اصلاح برخی شناخت‌ها و رفتارهای مرتبط با حادثه (درمان شناختی-رفتاری) همراه با ارتقاء سطح توان مواجهه تجربه‌ای، انعطاف‌پذیری و پذیرش مبتنی بر ارزش‌های نوین (درمان پذیرش و تعهد)، برای افزایش پوشش مشکلات نوجوانان و کودکان مواجهه شده با سوءاستفاده جنسی امری ضروری است که در تلفیق دو درمان حاصل می‌شود.

1. Alix, S. Cossette, L. Hébert, M. Cyr, M. & Frappier, J. Y
2. Brabant, M.E. Hébert, M. Chagnon, F

حوزه دومی که مبنای استفاده تلفیقی از دو درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد در این مطالعه بوده، علی‌رغم تفاوت‌هایی که بین این دو رویکرد درمانی وجود دارد، بنیان‌های نظری و هدف نهایی مطرح برای این دو درمان است. مطابق با بررسی دقیق و مستند مین، الارد، فرسکو و گروس^۱ (۲۰۱۳) هر دو درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهداف نهایی تغییر توجه، تفکر و رفتار را با استفاده از فنون درمانی متفاوت دنبال می‌کنند. برای نمونه درمان شناختی-رفتاری از طریق فونونی مانند ترسیم نحوه بروز مشکل و حفظ آن، شناسایی افکار خودکار منفی و پاسخ‌های هیجانی مربوطه به این افکار و برخی فنون یادگیری مربوط به الگوهای فکری و در مقابل در درمان پذیرش و تعهد فنون ساختاریافته‌تری نسبت به درمان شناختی-رفتاری، مانند فنون ذهن آگاهی را برای افزایش توان تمرکز فرد بر زمان حال بدون داوری و یا با پذیرش بیشتر دنبال می‌کنند (هارلی^۲، ۲۰۱۵). به‌عنوان نمونه‌ای دیگر، هدف درمان شناختی-رفتاری تغییر محتوای افکار و ایجاد انعطاف‌پذیری فکری برای کاهش علائم متداول در مشکلاتی نظیر اضطراب و افسردگی است (هافمن و آسموندسن و بک^۳، ۲۰۱۳). در درمان پذیرش و تعهد نیز به افراد کمک می‌شود تا به شکلی متعهدانه و ذهن آگاهانه از افکار خود آگاه شوند و بروز و ظهور این افکار را نه به‌عنوان حقیقت، بلکه به‌عنوان چیزی که زائیده ذهن است تلقی کنند. به معنای دیگر افکار را فقط به‌عنوان افکار و نه حقیقت غیرقابل تغییر پذیرفته و با آن مواجه شوند (هیز، لوین، ویلاردگا، ویلاتی و پیسترلو^۴، ۲۰۱۳). اکنون با اشاره ضمنی به فنون و اهداف دو رویکرد به‌طور خلاصه، با نگاهی دقیق به طیف مسائل نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته، می‌توان گفت که طیف مشکلات شناختی و رفتاری در مواردی مانند سوءاستفاده جنسی، طیفی از افکار، هیجان‌ها و رفتارهای نیازمند تغییر (مانند طیفی از مشکلات شناختی و هیجانی و رفتاری که نیازمند بازسازی شناختی هستند تا به این وسیله بستر برای پذیرش بیشتر همراه با تعهد و انعطاف‌پذیری فراهم گردد) آن گونه که در درمان شناختی-رفتاری مطرح است، در کنار طیفی از افکار و شناخت‌های نیازمند پذیرش و تلقی نکردن آن‌ها به‌عنوان حقیقت مطلق آن گونه که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطرح است را در برمی‌گیرند (متیو و کولین-وزینا، ۲۰۱۹). این تنوع طیف رفتارها و

1. Menin, D.S. Ellard, K.K. Fresco, D.M. & Gross, J.J

2. Harley, J

3. Hoffmann, S. Asmundsen, J. G. & Beck, A. T

4. Hayes, S.C. Levin, M.E. Plumb-Vilardaga, J. Vilatte, J.L. & Pistorello, J

شناخت‌ها، ایجاب می‌کند که برای هر یک از این افکار و رفتارها، فنون درمانی متناسب در هر یک از دو رویکرد شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار گیرند. این امر از بعد نظری برای این دو درمان قابل انجام است (منین و همکاران، ۲۰۱۳؛ هارلی، ۲۰۱۵). برای نمونه هالیس، کاملی، دایون و نوییر^۱ (۲۰۱۶) و هالیس، کاملی، بکوچی و نوییر^۲ (۲۰۱۷) ترکیب شناخت درمانی و درمان پذیرش و تعهد را برای افسردگی و لاندی و نورداس^۳ (۲۰۰۹) ترکیب درمان شناختی رفتاری-پذیرش و تعهد را برای درد مزمن همراه با مطرح نمودن منطق و زیربنای نظری مربوطه مانند پژوهش حاضر، مورد استفاده قرار داده‌اند؛ بنابراین منطق مورد استفاده در تلفیق دو درمان در وجه دوم مورد اشاره، استفاده متناسب از فنون دو درمان با طیف مشکلات شناختی، هیجانی و رفتاری نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی بوده است.

در کنار درمان شناختی-رفتاری برای کودکان و نوجوانان آسیب‌دیده از سوءاستفاده جنسی، بروز رفتارهای ناسازگارانه، مشکل‌آفرین و اغلب پرخاشگرانه همراه با خشم که موجب تشدید بسیاری از مشکلات ارتباطی و روان‌شناختی این کودکان و نوجوانان می‌شود، برخی نگاه‌ها را به رویکردهای آموزش والدین برای اصلاح و تعدیل رفتار این نوجوانان معطوف ساخته است. آموزش مدیریت والدین (PMT) یکی از رویکردهای مطرح در این حوزه است. در رویکرد آموزش مدیریت والدین، روش‌های مدیریت و اصلاح رفتار و شیوه‌های تعامل مؤثرتر و کارآمدتر به والدین برای اطلاع و تغییر رفتار کودکان و نوجوانان آموزش داده می‌شود (تایسن، وینک، موریس و رویتر^۴، ۲۰۱۶؛ فیروزکوهی مقدم، فروزان، رخشانی، حیدرپور و طراوت منش، ۲۰۱۶). این رویکرد تاکنون در مطالعات مختلف، از جمله در مطالعه تایسن و همکاران (۲۰۱۶) در خصوص تأثیر بر رفتارهای خطرآفرین و پرخاشگرانه، در مطالعه فیروزکوهی مقدم و همکاران (۲۰۱۶) در خصوص تأثیر بر اضطراب و افسردگی در والدین دارای فرزند مبتلا به بیش‌فعالی و کمبود توجه، در مطالعه فرا تحلیلی مینگه باخ، کمپبکر، کریستیانسن و وبر^۵

1. Hallis, L. Cameli, L. Dionne, F. & Knäuper, B
2. Hallis, L. Cameli, L. Bekkouche, N. S. & Knäuper, B
3. Lunde, L.H. & Nordhus, I. H
4. Thijssen, J. Vink, G. Muris, P. & de Ruiter, C
5. Mingeback, T. Kamp-Becker, I. Christiansen, H. & Weber, L

(۲۰۱۸) در خصوص تأثیر بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان و در بررسی کازدین^۱ (۲۰۱۸) به‌عنوان رویکردی مؤثر بر کاهش رفتارهای ضداجتماعی در کودکان و نوجوانان به‌عنوان رویکردی اثربخش معرفی شده است. اگرچه جستجوهای مکرر انجام شده به مطالعه‌ای که طی آن اثربخشی رویکرد آموزش مدیریت والدین در میان نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی موردبررسی قرار گرفته باشد را در دسترس قرار نداد، بااین حال بر اساس مطالعات متعددی که نشان داده‌اند این کودکان و نوجوانان احتمال درگیر شدن در رفتارهای مشکل‌آفرین جنسی و غیرجنسی را دارند و از این طریق خود را با مخاطرات بیشتری مواجه خواهند ساخت (خادر و همکاران، ۲۰۱۸؛ سوراکوخلو و همکاران، ۲۰۱۸)، به نظر می‌رسد که ضروری است تا این رویکرد نیز از نظر اثربخشی در میان این نوجوانان و کودکان موردبررسی قرار گیرد.

بر اساس آنچه به‌عنوان پیشینه نظری و پژوهشی موضوع موردپژوهش بیان شد، این پژوهش به‌عنوان یکی از نوین‌ترین پژوهش‌های طراحی و اجرا شده در خصوص درمان تلفیقی ACT-CBT که دارای بنیان‌ها و فنون قابل تلفیقی بوده و رویکرد آموزش مدیریت والدین (PMT) در میان نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۸ سال آسیب‌دیده از سوءاستفاده جنسی، به دنبال بسط و گسترش درمان‌ها و آموزش‌های قابل کاربرد برای کمک به این نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها بوده است. اهمیت این پژوهش در این نکته نهفته است که سوءاستفاده جنسی از نوجوانان می‌تواند سلامت حال و آینده آن‌ها را با مخاطرات جدی مواجه کند. این مخاطرات در چرخه‌ای معیوب به تداوم مسائل و رفتارهای این نوجوانان در خانواده و جامعه منتهی می‌شود و از این طریق زنگ خطر توجه بیشتر درمانی و آموزشی را برای این نوجوانان به صدا در می‌آورد. انتخاب گروه پسران در این مطالعه نیز در راستای کنترل تأثیر جنسیت که در مطالعات حوزه شیوع و درمان سوءاستفاده جنسی به‌عنوان متغیری تأثیرگذار بر نتایج معرفی شده (سویلو، ایاز، گوکتن، الپسلان، دونمز، ازکان و همکاران، ۲۰۱۶) بوده است. در نهایت نیز مسئله اصلی پژوهش این بوده که آیا درمان تلفیقی ACT-CBT و رویکرد آموزش مدیریت والدین (PMT) بر سرمایه عاطفی نوجوانان مبتلا به سوءاستفاده جنسی اثربخش هستند؟

1. Kazdin, A. E

2. Soyulu, N. Ayaz, M. Gökten, E. S. Alpaslan, A. H. Dönmez, Y. E. Özcan, Ö. Ö et al

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی و با طرح سه گروهی شامل یک گروه درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری (ACT-CBT)، یک گروه مدیریت آموزش والدین (PMT) و یک گروه گواه با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری ۶۰ نوجوان پسر ۱۴ تا ۱۸ ساله مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر اصفهان و مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی در تابستان سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان بودند. از میان جامعه آماری مورد اشاره، ۴۵ نوجوان، با احتساب ۱۵ نفر برای هر یک از سه گروه پژوهش، به روش نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، وجود علائم و نشانه‌های بالینی قربانی سوءاستفاده جنسی شدن بر مبنای معیارهای راهنمای آماری تشخیصی اختلال‌های روانی انجمن روان‌شناسی آمریکا، مذکر بودن، دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی یا روان‌پزشکی حاد یا مزمن و عدم شرکت در دوره درمانی موازی در طول زمان انجام پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان، داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن در نوجوان یا والدین (که توسط روان‌پزشک و یا روانشناس بالینی مورد تأیید قرار گرفته باشد)، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان بودند. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش. از پرسشنامه سرمایه عاطفی برای سنجش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

پرسشنامه سرمایه عاطفی: برای سنجش سرمایه عاطفی از پرسشنامه گل‌پرور با بیست سؤال و سه خرده‌مقیاس عاطفه مثبت شبه حالت (۱۰ سؤال)، احساس انرژی (۵ سؤال) و شادمانی (۵ سؤال) استفاده شد (عنایتی و گل‌پرور، ۱۳۹۷). مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج‌درجه‌ای لیکرت به صورت هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب=۴ و همیشه=۵ و دامنه نوسان امتیازات برای عاطفه مثبت ۱۰ تا ۵۰، برای احساس انرژی ۵ تا ۲۵ و برای کل

پرسشنامه برابر با ۲۰ تا ۱۰۰ است. افزایش امتیازات در سطح خرده‌مقیاس‌های سه‌گانه و کل پرسشنامه به معنای افزایش سطح متغیر موردنظر است. این پرسشنامه دارای روایی و پایایی مطلوبی است و تحلیل عامل اکتشافی نشان داده که این پرسشنامه از روایی سازه مطلوبی برخوردار است. علاوه بر این، روایی همگرایی و واگرایی این پرسشنامه از طریق بررسی همبستگی امتیازات پرسشنامه با امتیازات متغیرهای رفتاری، نگرشی و ادراکی مثبت و منفی بررسی و همگی در حد قابل‌قبول و معناداری گزارش شده است (گل‌پرور و زارعی، ۱۳۹۶). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در سطح خرده‌مقیاس‌های عاطفه مثبت شبه‌حالت، احساس انرژی و شادمانی در دامنه ۰/۸ تا ۰/۹۷۸ گزارش شده است (گل‌پرور و عنایتی، ۱۳۹۷). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ عاطفه مثبت شبه‌حالت، احساس انرژی، شادمانی و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۷ به دست آمد.

در اجرای پژوهش به این صورت عمل شد که پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، با استفاده از پرسشنامه سرمایه عاطفی پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری (ACT-CBT) و گروه مدیریت آموزش والدین (PMT) طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه توسط درمانگر مجرب و دارای بیش از ۱۰ سال تجربه درمان و آموزش تحت درمان قرار گرفتند. گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت نمود. پس از پایان جلسات درمان، هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و در مرحله پیگیری دو ماه بعد به پرسشنامه سرمایه عاطفی مجدد پاسخ دادند. لازم به ذکر است که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری (ACT-CBT) برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط نوجوانان پسر مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته تهیه و تدوین گردید. ضریب کاپای کوهن به عنوان ضریب توافق شش‌داور، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کفایت درمانی این بسته درمانی بین ۰/۸۶۷ تا ۰/۹ و توافق کلی بر روی بسته درمان تلفیقی برای نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته برابر با ۰/۸۹ بود. علاوه بر این طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تأثیر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری (ACT-CBT) بر متغیرهای افسردگی و اضطراب بررسی و تایید گردید. آموزش مدیریت والدین (PMT) نیز که اغلب طی ۶ تا ۱۲ جلسه ارائه می‌شود، در این پژوهش در راستای برابر بودن تعداد جلسات این نوع آموزش با درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری

(ACT-CBT) طی ۱۰ جلسه اجرا شد. این بسته آموزشی در مطالعات مختلف قبلاً آزموده و تأیید شده است (خوشابی، شمسایی، جدیدی، بسته حسینی و مالک خسروی، ۱۳۹۲). خلاصه محتوای جلسات درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری (ACT-CBT) و آموزش مدیریت والدین (PMT) در دو جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری (ACT-CBT)

جلسات	هدف	محتوای درمان
اول	آشنایی گروهی، معرفی قواعد دوره‌های درمانی همراه با آموزش روانی، تربیتی در حوزه علائم و نشانه‌های مشکلات به همراه پیش‌آزمون	آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان؛ تأکید درمانگر بر نقش تکالیف خانگی؛ اطلاعات درباره ساختار درمان و توافق بر سر آن؛ ضرورت آموزش روانی؛ فراگیری مهارت‌ها؛ جلوگیری از عود بیماری؛ درمانگر خویش شدن؛ فهم و ادراک نوجوان از شرایط و پیامدهای آزار جنسی؛ اجرای پیش‌آزمون
دوم	درمان مشکلات شناختی و اختلال در کارکردهای شناختی اجرایی؛ مشکل تمرکز، حواس پرتی، عدم کنترل ذهن، ضعف حافظه، فراموشی، نقص در یادآوری، یادسپاری، پرش ذهنی	گسلش؛ افکار ناکارآمد خود را یادداشت کنید. آن‌ها را با خود حمل کنید (استعاره اتوبوس)؛ مشاهده افکار و احساسات؛ یکسان نبودن افکار و واقعیات؛ تشکر از ذهن به خاطر افکار و به چالش کشیدن افکار (درماندگی خلاق)؛ تمایز گذاشتن بین توصیف و ارزیابی؛ تمرین ذهن آگاهی
سوم	درمان مشکلات شناختی و اختلال در کارکردهای شناختی اجرایی	استفاده از بازسازی شناختی در چارچوب مدل تلفیقی ACT-CBT؛ الف: رویداد فعال ساز؛ ب: افکار باورپذیر (افکار مشکل سازی خطاهای شناختی)؛ پ: نتیجه باور داشتن به افکار؛ ت: تمرینات گسلش؛ ث: راه‌های جدید مؤثر بودن؛ آموزش رابطه بین افکار، احساسات و رفتار همیشه باهم مرتبط نیستند
چهارم	درمان مشکلات عاطفی و هیجانی، ترس از مکان، ترس از افراد، الگوهای اجتنابی، نشخوارهای فکری، عدم کنترل تصاویر و رخدادهای فکری، از جا پریدگی، خستگی، بی‌قراری، دلهره، دلشوره، ناامنی و نگرانی، تپش قلب	پذیرش بنیادین با استفاده از گفتگوی سقراطی؛ ۱. هنگامی که احساس بدی دارید، اطرافیان می‌گویند چه کاری انجام دهید؟ ۲. با چه چیزی در حال مبارزه بوده‌اید؟ ۳. چگونه سعی کردید بر آن غلبه کنید؟ ۴. چقدر این تلاش‌ها در کوتاه‌مدت یا بلندمدت مفید بوده‌اند؟ (استعاره مردی در گودال)؛ ۵. به خاطر این مبارزه از چه چیزهایی دست برداشته‌اید؟ ۶. چرا به سختی تلاش می‌کنید احساس و فکرتان را تغییر دهید؟ (استعاره ببر)؛ ۷. چرا تغییر افکار و احساسات خیلی سخت است؟ (استعاره کیک شکلاتی)؛ ۷. اگر تلاش برای تغییر افکار و احساساتتان مؤثر نباشد، چکار دیگری می‌توانید انجام دهید؟ (استعاره مسابقه طناب کشی با هیولا)

<p>۱. کاهش چسبیدن به خود مفهوم‌سازی شده (دیدن جنبه‌های منفی بازی عزت نفس)؛ ۲. ایجاد آگاهی از خود به عنوان چشم انداز؛ الف. استعاره صفحه شطرنج؛ ب: تمرین کشف خود؛ ۳. تماس با خود مفهوم سازی شده از طریق خود مشاهده گر</p>	<p>مشکلات عاطفی و هیجانی، انتقاد و سرزنش خود، احساس ضعف و ناتوانی، خودشکنی و عزت نفس پایین. احساس گناه</p>	پنجم
<p>شناسایی هیجانها (کاربرگ)؛ ابراز موثر هیجانها (تخلیه هیجانی به صورت نوشتاری)؛ شناسایی نقاط داغ (کاربرگ)؛ به روایتی دیگر تجسم کردن</p>	<p>مشکلات کارکردی و رفتاری، تنفر، خشم، انتقام جویی، کینه توزی، غم و اندوه، خجالت.</p>	ششم
<p>۱. تشویق تنفس عمیق، آرام سازی عضلانی پیش رونده؛ ۲. آموزش راهبردهای مدیریت و مقابله با هیجان؛ الف) تمرین راهبردهای شناختی؛</p>	<p>مشکلات عاطفی و هیجانی و روان تنی، سردرد، کمردرد، میگرن، تهوع،</p>	هفتم
<p>ب: راهبردهای جسمانی (ورزش)؛ پ: استفاده از راهبردهای فیزیولوژیکی (درمان دارویی) ت: ترغیب فعالیت (شرکت در امور فوق برنامه)؛ ث: جستجوی حمایت اجتماعی برای داشتن حس خوب</p>	<p>روده تحریک پذیر، گریه، بغض، زودرنجی</p>	هفتم
<p>فعال‌سازی رفتار هدف نهایی مدل تلفیقی ACT_CBT؛ ارزش‌ها؛ تصریح و شناسایی ارزش‌ها (کاربرگ ارزش‌ها)؛ استعاره گدا دم در؛ استعاره درختکاری</p>	<p>مشکلات کارکردی و رفتاری، عدم کنترل خود، بحث و مشاجره، درگیری فیزیکی، شکستن وسایل، دروغ‌گویی، دزدی، فریب دیگران، رفتار جنسی پرخطر. مشکلات تحصیلی.</p>	هشتم
<p>ارائه آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ یادگیری داشتن احساسات ناخوشایند در عین حال عملکرد خوب؛ ارائه آموزش والدین؛ تمرین توقف، یک S.T.O.P؛ تمرین قدم برداشتن به عقب، مشاهده، توصیف، تقویت رفتارهای مؤثر مراجعان</p>	<p>مشکلات عاطفی و هیجانی، انزوا، گوشه گیری، روابط بین فردی، احساس بی کسی</p>	نهم
<p>تمایز بین ارزش‌ها و هدف؛ ارزش‌ها قابل توجه نیستند؛ ارزش‌ها با وجود تجارب تلخ یا شکست اهمیت خود را از دست نمی‌دهند؛ اقدام متعهدانه طولانی مدت اغلب مستلزم تحمل پریشانی بیش از حد و تمایل به مواجهه باموانع است (کاربرگ ارزش‌ها به سوی عمل)</p>	<p>پایان درمان و پیشگیری از عود</p>	دهم

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزش مدیریت والدین (PMT)

جلسه	هدف	محتوای آموزش
اول	اجرای پیش‌آزمون، معارفه مقدماتی، ارائه قواعد دوره آموزش و شروع آموزش با تمرکز بر مشکلات رفتاری نوجوانان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی مقدماتی، بیان قواعد آموزش، آغاز تعریف مشکلات نوجوان از جانب والدین و ارائه تعریف جایگزین برای مشکلات نوجوان از دیدگاه درمانگر و از منظر آموزش مدیریت والدین،
دوم	آموزش تقویت حالات و رفتارهای مثبت نوجوان	معرفی ماهیت و فرایند تقویت مثبت، توضیح و ارائه جدول تقویت مثبت همراه با نحوه تکمیل آن توسط والدین. در این جلسه والدین آموزش تقویت رفتارهای مثبت نوجوان را دریافت نمودند.
سوم	ادامه تقویت رفتارهای مثبت جایگزین در نوجوان	مرور تکالیف جلسه قبل، استفاده از تکنیک وقفه در تقویت. به این مفهوم که والدین در صورت رفتار نامناسب نوجوان، فرایند تقویت برای وی را متوقف نمایند. آموزش تمرین و تکرار تقویت-توقف تقویت به والدین در منزل.
چهارم	افزایش رفتارهای مثبت، کاهش رفتارهای منفی و شکل دهی رفتارهای مطلوب	مرور تکالیف جلسه قبل، استفاده از تکنیک توجه-نادیده گرفتن و آموزش فرایند شکل دهی رفتار نوجوان، انجام تمرین شکل دهی رفتار با والدین.
پنجم	آموزش نحوه حل مسائل نوجوانان و نحوه تعامل با آنها	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش حل مسئله و ارائه آموزش در حوزه نحوه برخورد و مواجهه با مسائل نوجوانان.
ششم	آموزش اصلاح و تعدیل رفتار	آموزش اصلاح رفتار نوجوان و والدین به صورت عملی در جلسه آموزش با حضور هر سه آنها.
هفتم	ادامه مهارت آموزی در حوزه اصلاح رفتار نوجوانان	آموزش نحوه مواجهه و رفتار در برابر رفتارهای نامطلوب نوجوان و استفاده از پیامدهای مختلف برای مواجهه مؤثر و کارآمد.
هشتم	ادامه مهارت آموزی در حوزه نحوه مواجهه با رفتارهای نوجوان	آموزش تکنیک‌ها و فنون مواجهه و مجازات احتمالی کارآمد و مؤثر با رفتار نوجوان همراه با آموزش شیوه‌های تقویت رفتارهای اجتماعی مطلوب نوجوان.
نهم	مهارت آموزی توافق رفتاری والدین برای رفتار با نوجوان	آموزش تکنیک‌ها و فنون نحوه توافق رفتاری بین والدین برای مقابله و یا تقویت رفتارهای مختلف نوجوان در شرایط و موقعیت‌های مختلف.
دهم	آموزش مهارت نحوه گفتگو و تعامل کلامی والدین با نوجوان، جمع‌بندی نهایی دوره آموزش و اجرای پس‌آزمون	آموزش تعامل کلامی سازنده، کارآمد و مؤثر به والدین برای مواجهه با نوجوان در موقعیت‌های مختلف و در نهایت یکپارچه سازی مهارت‌های آموزش داده شده در طول دوره با جمعه بندی نهایی دوره آموزش.

در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی)، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، در راستای بررسی پیش فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد در سرمایه عاطفی کلی و سه مؤلفه آن در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توزیع داده‌ها نرمال است ($p > 0/05$)، آزمون لوین نشان داد برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده است ($p > 0/05$)، ولی پیش فرض رعایت کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی) رعایت پیش فرض کرویت را مورد تأیید قرار نداد ($p > 0/05$). در این مورد نتایج مربوط به ردیف گرین‌هاوس گیزر گزارش شد. در جدول ۳ نتایج مقایسه سه گروه پژوهش در متغیر پایه تحصیلی و سن ارائه شده است.

جدول ۳: مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در سن و تحصیلات ($n_1=15$, $n_2=15$ و $n_3=15$)

متغیر	گروه ACT-CBT	گروه PMT	گروه کنترل (گواه)	مقدار کای اسکور	معناداری
پایه تحصیلی	۵	۵	۴	۱/۷۵	۰/۸۸
	۷	۵	۵		
	۱	۳	۳		
	۲	۲	۳		
گروه‌های سنی	۵	۵	۴	۱/۷۵	۰/۸۸
	۷	۵	۵		
	۱	۳	۳		
	۲	۲	۳		

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سه گروه پژوهش از نظر پایه تحصیلی و سن از طریق آزمون کای اسکوور تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهند. در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار سرمایه عاطفی کلی و سه مؤلفه آن ارائه شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار سرمایه عاطفی و مؤلفه‌های آن در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر و مرحله	گروه کنترل (گواه)	آموزش مدیریت والدین (PMT)	درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری (ACT-CBT)
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
عاطفه مثبت شبه حالت			
پیش آزمون	۶/۷۶ \pm ۲۲/۲۰	۶/۱۱ \pm ۲۱	۱۱/۳۵ \pm ۲۵/۶
پس آزمون	۶/۴۲ \pm ۲۲/۲۰	۵/۲۱ \pm ۲۳/۵۳	۷/۰۸ \pm ۳۷/۷۳
پیگیری	۷/۴۱ \pm ۲۳/۸۰	۴/۳۶ \pm ۲۴	۱/۱۱ \pm ۴۸/۳۳
احساس انرژی			
پیش آزمون	۳/۵۵ \pm ۱۱/۰۷	۲/۹۰ \pm ۱۰/۴۰	۶/۳۹ \pm ۱۳/۸۰
پس آزمون	۳/۰۳ \pm ۱۱/۲۷	۱/۲۸ \pm ۱۲/۹۳	۵/۰۶ \pm ۱۸/۰۷
پیگیری	۳/۲۳ \pm ۱۱/۵۳	۱/۹۳ \pm ۱۲/۲۰	۰/۸۸ \pm ۲۳/۲۷
شادمانی			
پیش آزمون	۲/۸۹ \pm ۱۱/۲۷	۲/۶۸ \pm ۱۰/۲۷	۵/۵۳ \pm ۱۲/۸۰
پس آزمون	۳/۳۸ \pm ۱۱/۸۰	۲/۵۰ \pm ۱۳/۳۳	۳/۲۵ \pm ۱۹
پیگیری	۳/۲۲ \pm ۱۲/۶۰	۲/۱۵ \pm ۱۲/۰۷	۱/۲۲ \pm ۲۳/۲۷
سرمایه عاطفی کلی			
پیش آزمون	۱۲/۴۹ \pm ۴۴/۵۳	۱۰/۲۲ \pm ۴۱/۶۷	۲۲/۶۵ \pm ۵۲/۲۰
پس آزمون	۱۲/۱۰ \pm ۴۵/۲۷	۷/۸۳ \pm ۴۹/۸۰	۱۴/۷۱ \pm ۷۴/۸۰
پیگیری	۱۳/۲۹ \pm ۴۷/۹۳	۷/۷۷ \pm ۴۸/۲۷	۲/۲۳ \pm ۹۴/۸۷

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای سرمایه عاطفی کلی و سه مؤلفه آن

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
عامل گروه (شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل یا گواه)							
گروه	۲۳۰۴۷/۱۷	۲	۱۱۵۲۳/۵۸	۳۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
خطا	۱۴۷۲۱/۲۰	۴۲	۳۵۰/۵۰	-	-	-	-
عامل آزمون (شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) - گرین هاوس - گیزر							
آزمون	۷۰۲۲/۲۸	۱/۴۵	۴۸۲۵/۸۴	۵۴/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
خطا	۵۴۳۳/۶۰	۶۱/۱۲	۸۸/۹۱	-	-	-	-
تعامل گروه × آزمون - گرین هاوس - گیزر							
تعامل آزمون و گروه	۷۳۰۳/۴۵	۲/۹۱	۲۵۰۹/۵۳	۲۸/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
خطا	۵۴۳۳/۶۰	۶۱/۱۲	۸۸/۹۰	-	-	-	-

چنان که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که برای سرمایه عاطفی، در عامل گروه ($F=32/87$ ، $df=2$ و $p<0/01$)، در عامل آزمون ($F=54/28$ ، $df=1/45$ و $p<0/01$) و در تعامل آزمون و گروه ($F=28/23$ ، $df=2/91$ و $p<0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت در عامل آزمون و تعامل آزمون با عضویت گروهی در سرمایه عاطفی حاکی از آن است که حداقل بین یکی از دو گروه درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری (ACT-CBT) و آموزش مدیریت والدین (PMT) با گروه کنترل (گواه) تفاوت معناداری وجود دارد. در جدول ۶، نتیجه آزمون بونفرونی برای تعیین تفاوت جفتی گروه‌های سه گانه پژوهش ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه عامل زمان و گروه در سرمایه عاطفی

متغیر	زمان یا گروه مبنا	زمان یا گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها تعدیل شده	خطای استاندارد	معناداری
مراحل سه‌گانه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)					
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۲۴**	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۷۸**	۱/۰۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۵۳**	۰/۶۳	۰/۰۰۱
گروه‌های سه‌گانه پژوهش (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل)					
	درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری (ACT-CBT)	آموزش مدیریت والدین (PMT)	۱۳/۶۹**	۱/۹۷	۰/۰۰۱
	درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی رفتاری (ACT-CBT)	گروه کنترل (گواه)	۱۴/۰۲**	۱/۹۷	۰/۰۰۱
	آموزش مدیریت والدین (PMT)	گروه کنترل (گواه)	۰/۳۳	۱/۹۷	۱

چنان‌که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در سرمایه عاطفی فقط بین گروه درمان ACT-CBT با گروه آموزش مدیریت والدین (PMT) و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$) و بین آموزش مدیریت والدین (PMT) با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی-رفتاری (ACT-CBT) و آموزش مدیریت والدین (PMT) بر سرمایه عاطفی نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۸ سال اجرا و نتایج نشان داد که فقط درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری (ACT-CBT) بر افزایش سرمایه عاطفی این نوجوانان دارای اثربخشی معنادار است و آموزش مدیریت والدین (PMT) بر افزایش سرمایه عاطفی این نوجوانان دارای اثربخشی معناداری نیست. مطالعات گذشته تاکنون، بالأخص نتایج مطالعاتی نظیر مطالعه کارو و همکاران (۲۰۱۹) و تراسک همکاران (۲۰۱۱) نشان داده که درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یکی از پر استفاده‌ترین درمان‌ها برای کودکان و نوجوانان از اثربخشی لازم برای

کاهش حالات خلقی و عاطفی مطرح در افسردگی که در تقابل با حالات مثبت عاطفی مطرح در سرمایه عاطفی است، برخوردار هستند. این اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و حالات خلقی کودکان و نوجوانان با تأثیر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی-رفتاری (ACT-CBT) در مطالعه حاضر همسویی نشان می‌دهد. وجه نوین و بدیع مطالعه حاضر نسبت به مطالعات قبلی استفاده از تلفیق دو درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری همراه با متغیر وابسته نوین سرمایه عاطفی به جای افسردگی و حالات خلقی منفی بوده است. دلیل همسویی نتایج این مطالعه با مطالعات کارو و همکاران (۲۰۱۹) و تراسک همکاران (۲۰۱۱)، نیز این است که هر دو درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری از زمره درمان‌هایی هستند که در آن‌ها به نقش باورها، افکار و شناخت‌ها در بروز مشکلات توجه می‌شود. البته برخلاف همسویی نتایج این مطالعه با دو مطالعه مورد اشاره، نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج مطالعه فرا تحلیلی مک‌دونالد و همکاران (۲۰۱۲) در خصوص فقدان اثربخشی یا اثربخشی ضعیف درمان رفتاری و شناختی بر افسردگی نوجوانان و کودکان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی تا اندازه‌ای ناهمسو است. این ناهمسویی ممکن است ناشی از ماهیت درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری (ACT-CBT) که برای اولین بار در ایران در این مطالعه استفاده شده مربوط باشد.

استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری در این مطالعه امکان بهره‌مندی هم‌زمان از فنون درمانی هر دو درمان در راستای رفع مشکلات روان‌شناختی نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی بود. این مطالعه با این منظر نظری اجرا شد که نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی در مقابله و رهایی از اثرات ضربه جنسی مواجه شده دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی لازم نبوده و اسیر افکار و باورهای ناکارآمدی هستند که درمان روان‌شناختی آن‌ها را با مشکل جدی مواجه می‌کند. از چنین منظر و دیدگاهی، ضرورت و نیاز درمانی این نوجوانان یکی افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با استفاده از فنون و استعاره‌های درمانی در درمان پذیرش و تعهد و جایگزینی افکار، نظرات و باورهای ناکارآمد در مورد خود و ضربه جنسی به‌طور هم‌زمان از طریق فنون درمان شناختی-رفتاری است. در مطالعات گذشته به‌صراحت و به تکرار بر تداوم آسیب ناشی از سوءاستفاده جنسی در اثر افکار، یادآوری و باورهای غیرقابل انعطاف نوجوانان و کودکان

سخن به میان آمده است (آسینک و همکاران، ۲۰۱۹؛ تراسک و همکاران، ۲۰۱۱، سوراکوخلو و همکاران، ۲۰۱۸). نگاه عمیق و موشکافانه به این افکار و باورها، این حقیقت را آشکار می‌سازد که نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته، بیش از خود ضربه و حادثه از طریق نظام شناختی و رفتاری ناکارآمد، به‌طور ناخواسته توان روانی و عاطفی مثبت خود را برای ادامه زندگی به تحلیل می‌برند. این تحلیل و تضعیف توان عاطفی مثبت، از آنجایی که سرمایه عاطفی قابلیت آماده‌سازی انسان‌ها برای تبدیل نیرو و نشاط عاطفی خود به مهارت‌ها و رفتارهای کارآمد و سازنده‌تر را دارد (عنایتی و گل‌پرور، ۱۳۹۷؛ گل‌پرور و زارعی، ۱۳۹۶؛ گل‌پرور و عنایتی، ۱۳۹۷)، نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته را در چرخه معیوب افکار، خاطرات، ارزیابی‌ها و نگرش‌های منفی نسبت به خود و دنیای اطراف گرفتار ساخته و در نهایت امکان تغییر و جایگزینی رفتار و شناخت‌های منفی با نوع مثبت و غیرارزیابانه را برای رهایی از آثار مخرب سوءاستفاده جنسی از بین می‌برد. با درگیر شدن این نوجوانان در درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری (ACT-CBT) این امکان از طریق راهبردهای بازسازی شناختی و پذیرش غیرارزیابانه برای این نوجوانان فراهم می‌شود تا سطح فشار خاطرات، باورها و نگرش‌های منفی و ناکارآمد نسبت به خود و سپس نسبت به دنیای پیرامون تضعیف نموده و از این طریق سطح احساس نشاط، انرژی، عواطف مثبت و شادمانی که اجزاء سرمایه عاطفی هستند فراهم شود.

علاوه بر تبیین‌های ارائه‌شده، همسو با مطالعاتی که تاکنون مبتنی بر بنیان‌های نظری و قابلیت ترکیب دو درمان شناختی و رفتاری با درمان پذیرش و تعهد مطرح‌شده (هالیس و همکاران، ۲۰۱۶ و ۲۰۱۷؛ لاندی و نورداس، ۲۰۰۹) درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری با استفاده از بازسازی شناختی که در درمان شناختی-رفتاری از اهمیت زیادی برخوردار است در کنار فنون افزایش سطح پذیرش و ذهن‌آگاهی که در درمان پذیرش و تعهد نقشی محوری دارند، قابلیت بالایی را برای تغییر درمانی فضای عاطفی و روانی نوجوانان پسری که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتند، از خود نشان داد. این اثربخشی بدون تردید به سازوکار تغییر باورها، شناخت‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی در کنار تلاش‌های ذهن‌آگاهی همراه با یادگیری پذیرش و تعهد به ارزش‌ها نیز مربوط است. نوجوانی که با سوءاستفاده جنسی مواجه می‌شود، این حقیقت را در درجه اول باید بپذیرد که با چنین حادثه‌ای مواجه شده است؛ اما مواجه شدن

با سوءاستفاده جنسی، به معنای تأیید تمام باورها، افکار، نشخوارهای فکری منفی و تمامی آن‌چه پس از وقوع حادثه تجربه شده نیست. ماندن در بند افکار، نگرش‌ها و نشخوارهای ذهنی منفی و یادمان‌های حادثه، علاوه بر تغییرات خلقی و عاطفی منفی که بیمار می‌آورد، از انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری این نوجوانان به شدت می‌کاهد. به همین دلیل، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری با آموزش پذیرش حادثه به‌عنوان واقعیت، با کمک آموزش‌های پذیرش و انعطاف‌پذیری و در موارد ضروری استفاده از بازسازی شناختی و رفتاری، فضای عاطفی نوجوانان را از نشخوار، نگرش و باورهای منفی رها ساخته و به این ترتیب سطح متغیری مانند سرمایه عاطفی را بالا می‌برند.

تبیین ضروری دیگر در این مطالعه به عدم اثربخشی معنادار آموزش مدیریت والدین (PMT) بر سرمایه عاطفی نوجوانان پسر مواجه شده با سوءاستفاده جنسی مربوط است. آموزش مدیریت والدین (PMT) در مطالعاتی نظیر مطالعه فیروزکوهی مقدم و همکاران (۲۰۱۶) به‌عنوان آموزشی مؤثر بر کاهش افسردگی والدین دارای فرزند بیش‌فعال و در مطالعه مینگه باخ و همکاران (۲۰۱۸) و کازدین (۲۰۱۸) به‌عنوان رویکردی مؤثر بر کاهش مشکلات رفتاری و رفتارهای ضداجتماعی کودکان و نوجوانان مطرح شده است. علی‌رغم تلاش‌های متعدد، پژوهشی که در آن اثربخشی آموزش مدیریت والدین (PMT) بر سازه‌های مرتبط با سرمایه عاطفی در نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی مورد مطالعه قرار گرفته باشد در دسترس قرار نگرفت. مطالعات که مورد اشاره قرار گرفتند، مطالعاتی بودند که بر روی نمونه‌هایی به جز نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی انجام شده بودند. اگرچه این انتظاری منطقی است که آموزش مدیریت والدین (PMT) با تمرکز بر شیوه‌های والدگری و مدیریت و اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان، بتواند مشکلات رفتاری نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی را برطرف و اصلاح کند. ولی سرمایه عاطفی به‌عنوان متغیر وابسته مورد استفاده در مطالعه حاضر سازه‌ای عاطفی و نه رفتاری است. به این جهت این امکان وجود دارد که آموزش مدیریت والدین (PMT) به دلیل این که در آن بر عناصر شناختی آسیب‌زا در نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی که نقشی اساسی در تشدید مسائل این نوجوانان دارند (کارو و همکاران، ۲۰۱۹؛ مک دونالد و هیگینز، ۲۰۱۲؛ مورای و همکاران، ۲۰۱۴)، کار آموزشی و درمانی صورت نمی‌گیرد، آموزش چندان مناسبی برای اثربخشی بر سازه‌ها و متغیرهای غیررفتاری نباشد. با تمرکز بر این تبیین، شاید برای

نوجوانان آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف لازم باشد آموزش مدیریت والدین (PMT) به آموزشی تلفیقی موسوم به آموزش مدیریت شناختی-رفتاری نوجوان-والدین (PA-CBMT) که در آن بر عناصر شناختی نوجوانان هم به‌طور هم‌زمان کارآموزشی و درمانی صورت می‌گیرد تبدیل شود. این شکل درمان تلفیقی با درگیر کردن هم‌زمان نوجوان و والدین در آموزش و درمان در صورت اجرا در مطالعات بعدی مشخص خواهد نمود که ترکیب آموزش والدین با درمان هم‌زمان مشکلات شناختی و رفتاری کودکان و نوجوانان مواجه شده با سوءاستفاده جنسی می‌تواند بر سازه‌های مختلف رفتاری، عاطفی و شناختی این نوجوانان تأثیر بگذارد.

این پژوهش که از زمره اولین پژوهش‌هایی است که طی آن درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی-رفتاری (ACT-CBT) و آموزش مدیریت والدین (PMT) از نظر اثربخشی بر روی سرمایه عاطفی نوجوانان پسر مورد سوء جنسی قرار گرفته اجرا شد، مانند هر پژوهش علمی با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است. اولین محدودیت پژوهش به جنسیت مذکر نوجوانان مورد مطالعه ارتباط دارد. طبیعی است که نتایج این پژوهش برای تعمیم به نوجوانان دختر تا زمان تکرار این پژوهش با این نوجوانان دختر با محدودیت مواجه است و لذا رعایت احتیاط الزامی است. محدودیت بعدی این که مطالعه سرمایه عاطفی در این پژوهش مانند بسیاری دیگر از مطالعات به شیوه متداول سنجش پرسشنامه‌ای و خودگزارش دهی در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری انجام شد. این نوع سنجش نسبت به سنجش از طریق مصاحبه می‌تواند سوءگیری در پاسخگویی و دستیابی به نتایج جامع‌تر را با محدودیت مواجه کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی-رفتاری (ACT-CBT) بر روی دخترانی که مورد آزار و سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند نیز مورد بررسی قرار گیرد و درعین حال تا حد امکان علاوه بر سنجش‌های خودگزارش دهی از طریق مصاحبه اطلاعات بیشتری از فرایند تغییر سرمایه عاطفی و متغیرهای دیگر احتمالی جمع‌آوری گردد.

درمجموع نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی فقط درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی-رفتاری (ACT-CBT) بر افزایش سرمایه عاطفی، شواهدی از اعتبار اولیه این نوع درمان برای کمک به نوجوانان پسری که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند فراهم ساخت. به دلیل این که این نوجوانان در بسیاری از مواقع به دلیل عدم تجربه و مهارت، قادر

به مواجهه و مقابله مؤثر و کارآمد با ترومای سوءاستفاده جنسی خود نیستند، توصیه می‌شود تا این نوجوانان از طریق مجاری مختلف از جمله از طریق سازمان پزشکی قانونی به مراکز درمان روان‌شناختی برای گذراندن دوره درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی-رفتاری (ACT-CBT) معرفی شوند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود تا این نوع درمان از طریق مراکز درمانی برای نوجوانان پسر مورد سوءاستفاده جنسی که از مجرای پزشکی قانونی گذر نمی‌کنند نیز در صورت مراجعه این نوجوانان استفاده شود. علاوه بر این، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد-شناختی-رفتاری، در صورت استفاده ممکن است برای نوجوانان پسر مواجه شده با سوءاستفاده جنسی که به درمان متعارف شناختی-رفتاری پاسخ درمانی مناسبی نمی‌دهند برای غلبه بر مشکلاتشان مفید باشد. به همین دلیل درمانگران لازم است این درمان را در صورت ضرورت برای نوجوانانی که با درمان شناختی-رفتاری به نتیجه نرسیده‌اند، مورد توجه قرار دهند.



منابع

- خالدیان، محمد؛ سهرابی، فرامرز؛ اصغری گنجی، عسکر و کرمی باغظیفونی، زهرا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی- رفتاری و معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۲۹)، ۱۶۴-۱۳۵.
- خنجری، صدیقه؛ مدبر، مریم؛ رحمتی، مریم و حقانی، حمید. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه آموزش پیشگیری از سوء رفتار جنسی بر آگاهی، نگرش و عملکرد والدین کودکان سنین مدرسه. نشریه پرستاری ایران، ۲۹(۱۰۴)، ۲۷-۱۷.
- خوشابی، کتابون؛ شمسایی، محمدمهدی؛ جدیدی، محسن؛ نیکخواه، حمیدرضا؛ بسته حسینی، شهلا و ملک خسروی غفار. (۱۳۹۲). مقایسه تأثیر ریتالین، نروفیدبک، آموزش مدیریت والدین و تعامل سه روش بر علائم کلی در اختلال بیش‌فعالی - نقص توجه و کیفیت رابطه مادر - فرزندی. مجله پزشکی بالینی ابن‌سینا، ۲۰(۲)، ۱۴۳-۱۳۳.
- رضایی، فهیمه؛ امیری، مهدی و طاهری، الهام. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی در دختران سخت‌شعور. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۳۲)، ۱۶۰-۱۳۳.
- روئین‌تن، سجاده؛ آزادی، شهدخت؛ افشین، همایون و امینی، ناصر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۳۸)، ۲۴۲-۲۲۱.
- عنایتی، مهناز و گل‌پرور، محسن. (۱۳۹۷). رابطه سرمایه‌گذاری جمعی عاطفی با بهزیستی روان‌شناختی با توجه به نقش سرمایه عاطفی در پرستاران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت، ۳(۱)، ۶۹-۷۹.
- گل‌پرور، محسن و زارعی، مجید. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش موفقیت ویژه بیماران هموفیلی بر سرمایه عاطفی و تجارب اوج این بیماران. پژوهش‌های سلامت‌محور، ۴(۳)، ۳۰۹-۳۲۲.

گل‌پرور، محسن و عنایتی، مهناز. (۱۳۹۷). ال‌گوی ساختاری رابطه سرمایه‌گذاری جمعی عاطفی با سرمایه عاطفی و شکایات روان‌تنی در پرستاران. آموزش پرستاری، ۷(۳)، ۵۷-۶۴.

- Alix, S. Cossette, L. Hébert, M. Cyr, M. & Frappier, J. Y. (2017). *Posttraumatic stress disorder and suicidal ideation among sexually abused adolescent girls: The mediating role of shame*. Journal of Child Sexual Abuse, 26(2), 158-174.
- Assink, M. van der Put, C. E. Meeuwssen, M. W. C. M. de Jong, N. M. Oort, F. J. Stams, G. J. J. M. & Hoeve, M. (2019). *Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review*. Psychological Bulletin, 145(5), 459-489.
- A-Tjak, J.G.L. Davis, M.L. Morina, N. Powers, M.B. Smits, J.A.J. & Emmelkamp, P.M.G. (2015). *A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems*. Psychotherapy and Psychosomatics, 84(1), 30-6.
- Belleville, G. Dube-Frenette, M. & Rousseau, A. (2018). *Efficacy of imagery rehearsal therapy and cognitive behavioral therapy in sexual assault victims with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial*. Journal of Traumatic Stress, 31(4), 591-601.
- Brabant, M.E. Hébert, M. Chagnon, F. (2014). *Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: A 12-month prospective study*. Journal of Child Sexual Abuse, 23(4), 387-397.
- Caro, P. Turner, W. & Macdonald, G. (2019). *Comparative effectiveness of interventions for treating the psychological consequences of sexual abuse in children and adolescents*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 6, CD013361.
- Choudhry, V. Dayal, R. Pillai, D. Kalokhe, A. S. Beier, K. & Patel, V. (2018). *Child sexual abuse in India: A systematic review*. PloS One, 13(10), e0205086.
- Devries, K. M. & Meinck, F. (2018). *Sexual violence against children and adolescents in South Africa: making the invisible visible*. The Lancet Global Health, 6(4), e367-e368.
- Firouzkouhi Moghaddam, M. Forouzan Nia, R. Rakhshani, T. Heidaripoor, A.H. & Taravatmanesh, S. (2016). *The effectiveness of parent management training (PMT) on anxiety and depression in parents of children with ADHD*. Shiraz E-Medical Journal, 17(6), e38795.
- Hallis, L. Cameli, L. Bekkouche, N. S. & Knäuper, B. (2017). *Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: A group therapy feasibility study*. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 31(3), 171-190.
- Hallis, L. Cameli, L. Dionne, F. & Knäuper, B. (2016). *Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: A*

- manualized group therapy*. Journal of Psychotherapy Integration, 26(2), 186-201.
- Harley, J. (2015). *Bridging the gap between cognitive therapy and acceptance and commitment therapy (ACT)*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 193(2015), 131-140.
- Hayes, S. C. (2019). *Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change*. World Psychiatry, 18(2), 226-227.
- Hayes, S.C. Levin, M.E. Plumb-Villardaga, J. Vilatte, J.L. & Pistorello, J. (2013). *Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy*. Behavior Therapy, 44, 180-198.
- Hoffmann, S. Asmundsen, J. G. & Beck, A. T. (2013). *The science of cognitive therapy*. Behavior Therapy, 44, 199-212.
- Kazdin, A. E. (2018). *Developing treatments for antisocial behavior among children: Controlled trials and uncontrolled tribulations*. Perspectives on Psychological Science, 13(5), 634-650.
- Khadr, S. Clarke, V. Wellings, K. Villalta, L. Goddard, A. Welch, J. Bewley, S. Kramer, T. & Viner, R. (2018). *Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study*. Child & Adolescent Health, 2, 654-661.
- Lee, C. Coe, C. L. & Ryff, C. D. (2017). *Social disadvantage, severe child abuse and biological profiles in adulthood*. Journal of Health and Social Behavior, 58, 371-386.
- Letourneau, E.J. Brown, D.S. Fang, X. Hassan, A. & Mercy, J. A. (2018). *The economic burden of child sexual abuse in the United States*. Child Abuse & Neglect, 79, 413-422.
- Lunde, L.H. & Nordhus, I. H. (2009). *Combining acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pain in older adults*. Clinical Case Studies, 8(4), 296-308.
- Macdonald, G. M. Higgins, J. P. T. & Ramchandani, P. (2012). *Cognitive-behavioral interventions for children who have been sexually abused*. Cochrane Database System Review, 16(5), CD001930.
- Mathews, B. & Collin-Vézina, D. (2019). *Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition*. Trauma, Violence, & Abuse, 20(2), 131-148.
- Menin, D.S. Ellard, K.K. Fresco, D.M. & Gross, J.J. (2013). *United we stand: Emphasizing commonalities across cognitive-behavior therapies*. Behavior Therapy, 44, 234-248.
- Mingebach, T. Kamp-Becker, I. Christiansen, H. & Weber, L. (2018). *Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems*. PLoS One, 13(9), e0202855.
- Mohammadi, M. R. Zarafshan, H. & Khaleghi, A. (2014). *Child Abuse in Iran: a systematic review and meta-analysis*. Iranian Journal of Psychiatry, 9(3), 118-24.

- Mohler-Kuo, M. Landolt, M.A. Maier, T. Meidert, U. Schönbucher, V. & Schnyder, U. (2014). *Child sexual abuse revisited: A population-Based cross-sectional study among Swiss adolescents*. Journal of Adolescent Health, 54, 304-311.
- Murray, L. K. Nguyen, A. & Cohen, J. A. (2014). *Child sexual abuse*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23(2), 321-37.
- Runarsdottir, E. Smith, E. & Arnarsson, A. (2019). *The effects of gender and family wealth on sexual abuse of adolescents*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16, 1788.
- Sanfilippo, J. S. (2016). *Sexual abuse in children and adolescents: Up to date?* Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29(2), 79-80.
- Seshadri, S. & Ramaswamy, S. (2019). *Clinical practice guidelines for child sexual abuse*. Indian Journal of Psychiatry, 61(Suppl 2), 317-332.
- Shrivastava, A.K. Karia, S.B. Sonavane, S. S. & De Sousa, A. A. (2017). *Child sexual abuse and the development of psychiatric disorders: a neurobiological trajectory of pathogenesis*. Industrial Psychiatry Journal, 26, 4-12.
- Singh, M. M. Parsekar, S. S. & Nair, S. N. (2014). *An epidemiological overview of child sexual abuse*. Journal of Family Medicine and Primary Care, 3(4), 430-5.
- Solakoglu, O. Driver, N. & Belshaw, S. H. (2018). *The effect of sexual abuse on deviant behaviors among Turkish adolescents: The mediating role of emotions*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62(1), 24-49.
- Soylu, N. Ayaz, M. Gökten, E. S. Alpaslan, A. H. Dönmez, Y. E. Özcan, Ö. Ö. Ayaz, A. B. & Tufan, A. E. (2016). *Gender differences in sexually abused children and adolescents: A multicenter study in Turkey*. Journal of Child Sexual Abuse, 25(4), 415-27.
- Thijssen, J. Vink, G. Muris, P. & de Ruiter, C. (2016). *The effectiveness of parent management training-Oregon model in clinically referred children with externalizing behavior problems in the Netherlands*. Child Psychiatry and Human Development, 48(1), 136-150.
- Towsyfy, N. Hossein Sabet, F. & Borjali, A. (2016). *The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the major depression disorder in adolescence*. Clinical Psychology Achievements, 2(3), 23-38.
- Trask, E. V. Walsh, K. & Dilillo, D. (2011). *Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis*. Aggression and Violent Behavior, 16(1), 6-19.
- Zhang, C-Q. Leeming, E. Smith, P. Chung, P-K. Hagger, M.S. & Hayes, S. C. (2018). *Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach*. Frontiers in Psychology, 8, 2350.