

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر روی قربانیان جنسی روابط عاطفی: مطالعه‌ی تک‌موردی

خلاصه

مقدمه: درمان متمرکز بر هیجان، یک مداخله‌ی کوتاه‌مدت است که می‌تواند مجموعه‌ای از تخریب‌های ناشی از اختلال استرس پس از آسیب (PTSD) را که ناشی از سوءاستفاده‌ی جنسی است، مورد هدف قرار دهد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر روی قربانیان جنسی روابط عاطفی بود.

روش کار: بررسی حاضر به روش طرح آزمایش تک‌موردی و از نوع خط پایه‌ی چندگانه انجام شد. به این منظور سه آزمودنی (سه دختر) به شیوه‌ی نمونه-گیری هدف‌مند انتخاب شدند. درمان متمرکز بر هیجان، ۱۲ جلسه‌ی هفتگی در سال ۹۱-۱۳۹۰ در مرکز مشاوره‌ی دانشگاه تبریز به کار گرفته شد و مرحله‌ی پی‌گیری نیز سه ماه پس از پایان درمان دنبال شد. آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیش از درمان (خط پایه) و در طی جلسات و مراحل پی‌گیری سه ماهه پرسش‌نامه‌های مقیاس استرس پس از آسیب، عزت نفس روزنبرگ، افسردگی بک، اضطراب بک و نشخوار فکری را تکمیل کردند. همچنین در مرحله پیش از درمان، پرسش‌نامه‌ی استرس پس از آسیب و سلامت عمومی (GHQ-28) را برای ورود به پژوهش کامل کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش معنی‌داری بالینی و شاخص درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: درمان متمرکز بر هیجان، موجب کاهش معنادار نشانگان PTSD، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و نیز افزایش معنی‌دار عزت نفس در آزمودنی‌ها شده است. به علاوه این نتایج در پی‌گیری سه ماهه در تمامی موارد توانسته روند بهبودی پایداری را داشته باشد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر هیجان، در تعدیل نشانگان بالینی قربانیان جنسی روابط عاطفی موثر است و باعث بهبودی عزت نفس آن‌ها می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از آسیب، جنسی، عاشقانه، قربانی،

هیجان

*ابراهیم اکبری

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

حمید پورشریفی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

صمد فهمی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

زینب عظیمی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مجید محمود علیلو

استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

احمد امیری پیچاکلایی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

پریسا وحیدی مددلو

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده‌ی علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران

*مؤلف مسئول:

دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

e.akbari_psy@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۳/۱۱/۰۱

تاریخ تایید: ۹۴/۰۵/۲۱

پی‌نوشت:

این پژوهش با کد IRCT201309299789N2 پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه تبریز و با حمایت مالی آن دانشگاه انجام شده و موضوع آن با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. در پایان از معاونت پژوهشی سابق دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تبریز جناب آقای دکتر بدری گرگری و از همکاری صمیمانه‌ی مراجعین در اجرای این پژوهش قدردانی می‌گردد.

مقدمه

قربانیان، حداقل در دو بعد شخصی و اجتماعی دچار مشکل می‌شوند. در بعد شخصی، فرد قربانی به مشکلات هیجانی خود، آگاه بوده و درخواست کمک دارد. احساس بیماری یا ناشادی می‌کند و مشکلات جسمانی، گم‌گشتگی ذهنی، تفکر درهم ریخته و اضطراب دارد. از پیوند هیجانی عمیق با دیگران می‌پرهیزد، گوشه‌گیر، تندمزاج و بی‌قرار می‌شود. از نظر اجتماعی، ساده‌لوح و بی‌کفایت بوده و احساس می‌کند که نسبت به مردم، بیگانه است و خود را کالای صدمه دیده‌ای می‌داند که از جامعه طرد شده و راه به جایی نمی‌برد. واکنش والدین و جامعه، مشکل را دو چندان می‌کند. در این موارد، واکنش پدران نسبت به دختران خود، اخراج از خانه یا حبس است. نگاهی که از نظر سیلورمن^۷ (به نقل از ۵) سرشار از تنفر و سرزنش است. نگرشی که تغییر آن به اقدامات بنیادی در آموزش خانواده و تامین مراکز اختصاصی درمان و مشاوره برای این افراد نیاز دارد.

بنابراین انجام مداخلات روان‌شناختی برای شناسایی هیجان، فراخوانی آن و کاهش رنج، نشخوار فکری، یادآوری خاطرات و افسردگی و در مجموع، نشانگان بالینی این مراجعین موضوعی است که توجه روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی، پزشکان و حتی جامعه‌ی حقوقی را به خود جلب کرده است (۱). تا به امروز، اثربخشی برخی درمان‌ها برای اختلالات مربوط به تروما و سوءاستفاده‌ی جنسی تایید شده است. با این حال، شواهدی برای درمان علائم خاص سوءاستفاده‌ی جنسی و بهبود کارکرد روانی وجود ندارد (۶). مجموعه اختلالات ناشی از سوءاستفاده‌ی جنسی از دختران در روابط عاشقانه، نیازمند یک رویکرد درمانی جامع است که شناسایی نشانه‌های خاص و همچنین مشکلات بدتنظیمی عواطف، بیش‌کنترلی، و مشکلات فردی را هدف قرار دهد.

فراخوانی هیجانی ابتدا در سال ۱۹۶۳ توسط فرانک^۸ مطرح گردید و پس از آن اهمیت سیستم عاطفی در فهم و تغییر تجربه و رفتار بشر شناخته شد. در بسیاری از رویکردهای درمانی سه عامل آگاهی هیجانی، برانگیختگی هیجانی و بازسازی هیجانی در فرایند تغییر روان‌درمانی مهم تلقی می‌شود. از این رو، افزایش پردازش هیجانی در رویکردهای شناختی، برانگیختگی ترس توسط محرک تصویری در رویکردهای رفتاری، بینش هیجانی در رویکردهای روان‌پویشی، افزایش عمق تجربه در رویکردهای تجربی و انتقال احساسات در رویکردهای تعاملی، تمام جنبه‌های پرداختن به هیجان هستند که در هر دیدگاه، مهم تلقی می‌شوند. می‌توان در جریان درمان به شیوه‌های مختلفی در مورد هیجان مداخله

در هر دوره‌ی زندگی، فرد درگیر روابط ویژه‌ای با دیگران است که می‌تواند سلامت فردی و اجتماعی او را ارتقا بخشد یا باعث آسیب شود. یافتن شریک زندگی، رویداد مهمی در بزرگسالی است که تاثیر عمیقی بر خودپنداره^۱ و سلامت روانی دارد. موضوع رابطه‌ی قبل از ازدواج در بین دختران و پسران، همواره به صورت یک معضل اجتماعی مطرح بوده است. اولیای خانه و مدرسه، پیوسته با این مسئله روبه‌رو بوده‌اند که چگونه می‌توان دختر و پسر را تا زمان مناسب برای ازدواج، از یکدیگر دور نگه داشت اما با این وجود، این روابط شکل می‌گیرند. نظام جامعه و خانواده از پذیرش این روابط سر باز می‌زند و اگر در این موارد، رابطه‌ی جنسی^۲ نیز به آن اضافه شود، فرد قربانی دچار مشکلات حادی می‌شود و مشکلات روانی و فرار از خانه را در پی خواهد داشت. در این رهگذر، دختران بسیار بیشتر از پسران در معرض آسیب‌های روانی و اجتماعی و گاه جسمی و بهداشتی هستند (۱).

تقریباً نیمی از زنانی که در سنین دانشگاهی، قربانی رابطه‌ی جنسی بدون توافق و اجباری بودند، آن را تجاوز نمی‌دانستند. اکثر دختران در رابطه‌ی عاطفی^۳ به خاطر ترس از قطع رابطه، تن به رابطه‌ی جنسی می‌دهند. این زنان را قربانیان ناآگاه^۴ می‌نامند، زیرا درک نمی‌کنند که مورد تجاوز قرار گرفته‌اند (۲). کاس و بوشن^۵ در پژوهشی نشان دادند که ۵۷ درصد تجاوزها در سر قرار ملاقات صورت گرفته است (به نقل از ۲). دخترانی که تن به این رابطه می‌دهند، چون هنوز با فرد مقابل، رابطه‌ی عاطفی دارند و دورنمای این رابطه را ازدواج می‌بینند در حین رابطه‌ی جنسی و روزه‌های بعد از آن، علائم استرس پس از آسیب (PTSD)^۶ را نشان نمی‌دهند ولی پس از قطع رابطه‌ی عاطفی، علائم شدید روانی در آن‌ها ایجاد می‌شود (۱). دست کم یک‌سوم آن‌ها به PTSD مبتلا خواهند شد. طبق پژوهشی، ۹ درصد زنانی که مورد سوءاستفاده‌ی جنسی قرار گرفته بودند از طرف دانشجوی جنس مخالف به قطع رابطه تهدید شده بودند (۳). نشانه‌های چنین وضعیتی، فراتر از نشانه‌های PTSD در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی می‌باشد و مجموعه‌ای از اختلالات محور یک و دو را همراه با مشکلات بین فردی و تنظیم عواطف (مانند بیش‌کنترلی یا عدم کنترل عواطف) شامل می‌گردد (۴).

¹Self-concept²Sexual Relationship³Affective Relationships⁴Unwary Victims⁵Koss and Boeschen⁶Post-Traumatic Stress Disorder⁷Silverman⁸Frank

EFT در مورد تروماها، یک درمان نیمه‌ساختاریافته و مبتنی بر حل و فصل ناراضیاتی‌های بین فردی می‌باشد (۱۹). درمان، به غلبه‌ی صریح بر بیش‌کنترلی عواطف تاکید می‌کند، به طوری که مراجعان می‌توانند به بیان عاطفی و حل و فصل مسایل بپردازند. در EFT کیفیت رابطه‌ی درمانی، احساس فرد از خود و انتظارات او از دیگران را تغییر می‌دهد. احساس امنیت فرد در درمان اجازه می‌دهد تا هیجانات دردناک، تجربه و بیان شوند. روایت کردن تجربه‌ی آسیب‌زا، به نوبه‌ی خود موجب فاصله‌گرفتن از این تجربیات می‌شود و مراجع می‌آموزد که با تعاملات تسکین‌دهنده با درمانگر، عواطف شدید را تحمل و تنظیم کند (۲۰). این مطابق با یافته‌های تحقیقاتی است که از اثربخشی روش‌های مواجهه‌ی PTSD از جمله سوءاستفاده‌ی جنسی حمایت می‌کند (۲۱،۲۲). مطالعات نشان داد که EFT پیشرفت‌های قابل‌توجهی را در حوزه‌های مختلف برای انواع مختلف سوءاستفاده در پی دارد (۲۳،۲۴).

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر روی قربانیان جنسی در روابط عاطفی است. رویکرد هیجان‌مدار به این علت انتخاب شده است که به عواطف و پردازش هیجانی میدان بیشتری می‌دهد.

روش کار

این پژوهش که با کد IRCT201309299789N2 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است، در چهارچوب طرح نیمه‌تجربی تک‌موردی با استفاده از طرح خطوط چندگانه‌ی پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت. طرح‌های تجربی تک‌موردی ویژگی‌های مثبت زیادی دارند که کنترل نسبی روی شرایط درمان، سنجش مداوم و تشکیل خط پایه از آن جمله است (۲۵). در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدف‌مند استفاده شد. مراجعان پس از اطلاع‌ای که در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ برای درمان شکست عاطفی در دانشگاه‌های شهر تبریز زده شد، مراجعه کردند اما پس از مصاحبه مشخص شد که آن‌ها در روابط ناموفق عشقی خود با فرد مورد علاقه‌شان رابطه‌ی جنسی کامل داشته‌اند. این رابطه از سوی پسر پیشنهاد شده بود که در صورت رد از سوی دختر منجر به قطع رابطه می‌شده است. از همین رو، دختران برای حل این مسئله‌ی غامض دست به انتخاب رابطه‌ی جنسی زده بودند اما با این حال، پسران پس از رابطه‌ی جنسی ارتباط خود را قطع کرده بودند. در واقع پس از قطع رابطه، دختران نشانگان اختلال استرس پس از آسیب را بروز داده بودند و احساس قربانی بودن را تجربه کرده بودند. نمونه‌ی مورد نظر (۳ نفر) انتخاب شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی از مراجعان رضایت کتبی گرفته شد که در قبال ارائه‌ی خدمات روان‌شناختی، نتایج پژوهش بدون ذکر نام گزارش شود. در ضمن مراجعان برای امضای این رضایت-

کرد (۷۸). اگر چه درمان شناختی-رفتاری بر اهمیت شناخت در فعال‌سازی و تداوم خلق منفی تاکید دارد (۹) و دارای پشتوانه‌ی تجربی قوی است اما عود نشانه‌های PTSD پس از درمان در بسیاری از بیماران رخ می‌دهد. به همین دلیل باید رویکردهای درمانی گسترش داده شوند تا قادر به تعدیل نشانه‌ها باشند (۱۰). از این رو درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر درمان متمرکز بر هیجان^۱ را انتخاب کردیم زیرا درمان متمرکز بر هیجان به صورت عمیقی بر نقش هیجانات در عملکرد و تغییر، تاکید می‌کند (۱۱).

درمان متمرکز بر هیجان، یک درمان کوتاه‌مدت است (۱۲). بر اساس نظریه‌ی هیجانات فعلی (۱۳،۱۴) سیستم هیجانات، نقش سازمان‌دهی تجربه‌ی فرد از واقعیت، احساس از خود و جهت‌گیری به سمت دیگران را دارد. هم‌چنین، تنها از طریق دسترسی به هیجانات و معنای عاطفی است که می‌توان مشکلات عاطفی را درمان کرد. EFT طبق سه راهبرد مرتبط با تغییر انجام می‌گیرد: ۱- دسترسی و اصلاح معنای عاطفی غیر انطباقی در ارتباط با تجربه‌های ترس و اضطراب و شرم، ۲- دسترسی به هیجان‌های انطباقی که قبلاً مهار شده‌اند مانند خشم و اندوه، به طوری که اطلاعات مرتبط با این هیجان‌ها به سیستم‌های فعلی معنایی یکپارچه شوند و ۳- فراهم کردن یک تجربه‌ی اصلاحی با درمانگر (۱۵،۴). هدف مهم در این رویکرد، کمک به افراد است که احساسات و نیازهایشان را روشن کنند زیرا از این طریق، افراد نسبت به آن چه برای‌شان اهمیت هیجانی دارد، پذیرش بیشتری به دست می‌آورند (۱۶). یک بعد مهم درمان، آگاهی از طرح‌واره‌های هیجانی است که تجربه و عمل را هدایت می‌کند. در این‌جا هیجان به معنای برانگیختگی یا بیان شدید و به‌عنوان عامل مخرب شناخت یا رفتار نیست. اگر چه هیجان، به لحاظ فرهنگی منفی تلقی می‌شود و فرد خیلی هیجانی به عنوان فردی نگرسته می‌شود که نیاز به کنترل هیجان دارد اما در این روش به هیجان با دید مثبت نگریسته می‌شود زیرا پیامی است از ما به خودمان. هیجانات، ما را از نیازهایمان آگاه کرده و کشش موثر را برمی‌انگیزانند (۷).

EFT به بیماران در تنظیم عاطفه (راهبردهای شناختی، عاطفی و رفتاری که برای افزایش هیجان‌های سازگارانه و کاهش هیجان‌های ناسازگارانه استفاده می‌شوند) و تغییر خاطرات هیجانی کمک می‌کند. هدف، تغییر سازمان‌دهی خود از طریق استفاده‌ی بیشتر از هیجان، تنظیم عاطفه و تغییر خاطره‌ی هیجان است. این اهداف از طریق ترکیب تخلیه‌ی هیجانی (تجربه‌ی هیجانی اصلاحی) و انتخاب (آزاد کردن خود یا احساس تعهد نسبت به شیوه‌ی تازه بودن) به انجام می‌رسد (۱۷،۱۸).

¹Emotion-Focused Therapy

مقیاس‌ها ۸۳-۰/۵۸ گزارش شده است. ضریب آلفای MCMI-III نیز ۹۷-۰/۸۵ گزارش شده است (۲۹).

ج- مقیاس اختلال استرس پس از آسیب: مقیاس PTSD می‌سی‌سی‌پی توسط کین^{۱۰} و همکاران تحول یافته است. این مقیاس خود گزارشی است و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب به کار برده می‌شود. مقیاس PTSD، ۳۵ آیت‌م دارد که در پنج گروه طبقه‌بندی می‌شود: تجربه‌ی مجدد، اجتناب، کرختی عاطفی، بیش‌برانگیختگی و خودآزاری. سه تا از این موارد ارتباط خیلی نزدیک با ملاک‌های DSM برای اختلال استرس پس از آسیب دارند. آزمودنی‌ها به این آیت‌ها با یک مقیاس پنج درجه‌ای (غلط، به ندرت درست، گاهی درست، خیلی درست و کاملاً درست) پاسخ می‌دهد. دامنه‌ی کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره‌ی ۱۰۷ و بالا بیانگر وجود اختلال استرس پس از آسیب در فرد است. پایایی این پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ و اعتبار آن نیز بر اساس همبستگی درونی، دو نیمه کردن، آزمون مجدد با فاصله‌ی یک هفته و با آزمون همتا (سیاهه‌ی PTSD) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۲، ۰/۹۱ و ۰/۸۲ به دست آمد (به نقل از ۳۰).

د- پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ^{۱۱} برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخته شده است و ممکن است برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود رویدادهای آشفته‌کننده در زندگی به کار گرفته شود. هدف این پرسش‌نامه دستیابی به یک تشخیص معین از بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور آن تمایز میان بیماری روانی و سلامت است. در این پژوهش از فرم کوتاه ۲۸ سوالی، استفاده گردید. پرسش‌نامه‌ی سلامت روان، ۴ مقیاس فرعی را در برمی‌گیرد که عبارتند از: نشانه‌های جسمانی، علایم اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی، علایم افسردگی را در برمی‌گیرد. نمره‌ی نقطه‌ی برش این پرسش‌نامه ۲۴ می‌باشد. در بررسی گلدبرگ و ویلیامز^{۱۲}، روایی تصنیفی برای کل پرسش‌نامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. روایی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شده و ضریب روایی همزمان با پرسش‌نامه‌ی میدلسکس ۰/۵۵ و روایی سازه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ محاسبه گردیده است (به نقل از ۱).

نامه، اختیار کامل داشتند. پس از مصاحبه‌ی بالینی و پر کردن پرسش‌نامه سلامت روان (GHQ-28)^۱ و مقیاس PTSD از بین ۱۴ مراجعی که دارای این مشکل بودند، سه نفر را که دارای سلامت روان پایین‌تر و دارای حداقل دو نشانه از نشانگان تجربه‌ی مجدد^۲، اجتناب^۳ و یا بیش‌برانگیختگی^۴ مربوط به اختلال PTSD بودند، وارد پژوهش شدند. برای این که مشخص شود افراد اختلال شخصیت ندارند، پرسش‌نامه‌ی بالینی چندمحوری میلون^۵ بر روی آن‌ها اجرا شد. لازم به ذکر است، این پژوهش از طرف کمیته‌ی اخلاق و معاونت پژوهشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه تبریز مورد تایید قرار گرفته است.

ابزار پژوهش

الف- مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I (SCID-I/A): مصاحبه‌ی مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست^۶ و همکاران تهیه شد (۲۶). ترن و اسمیت^۸ ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند (۲۷). شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه‌ی ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) نیز رضایت‌بخش است (۲۸).

ب- پرسش‌نامه‌ی چندمحوری بالینی میلون ۳ (MCMI-III): بر پایه‌ی نظریه‌ی زیستی-روانی-اجتماعی میلون، در سال ۱۹۷۷ تهیه و در سال ۱۹۹۰ تجدیدنظر شده است. یک ابزار خودسنجی ۱۷۵ گویه‌ای است که به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود و دارای ۲۴ مقیاس بالینی و چهار شاخص روایی است. ۱۴ مقیاس، اختلالات شخصیت را بر پایه‌ی محور دو DSM-IV و ۱۰ مقیاس نشانگان بالینی را بر پایه‌ی محور یک DSM-IV می‌سنجند. نمره‌ی ۷۵-۸۵ نقطه‌ی برش مربوط به الگوها و سبک‌های شخصیتی است و نمره‌ی ۸۵ به بالا نشانه‌ی اختلال شخصیت است. میلون و همکاران همبستگی میان MCMI-III و MMPI^۹ را ۰/۷۵ به بالا گزارش کردند. در مورد نسخه‌ی فارسی، توان پیش‌بینی مثبت و منفی مقیاس‌ها ۰/۹۸-۰/۹۲ و ۰/۹۹-۰/۹۳ و توان تشخیصی کل

¹General Health Questionnaire-28

²Re-experience

³Avoidance

⁴hyper arousal

⁵Milou Clinical Multiaxial Inventory

⁶Structured Clinical Interview for Disorders Axis I

⁷First

⁸Tran and smith

⁹Minnesota Multiple Personality Inventory

¹⁰Kean

¹¹Goldberg

¹²Williams

نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده‌ی کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد (به نقل از ۱). در ایران، غرابی، ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی و به فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۰ و کایوانی و موسوی، ضریب روایی در حدود ۰/۷۲ و ضریب اعتبار آزمون- آزمون مجدد به فاصله‌ی یک ماه را ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را گزارش کرده‌اند (به نقل از ۳۲).

ح- پرسش‌نامه‌ی عزت نفس روزنبرگ^۶: این ابزار ۱۰ سؤال دارد و به هر سؤال بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای کاملاً موافق، کاملاً مخالف، موافق و مخالف نمره داده می‌شود. دارای روایی و پایایی بالایی است. به طوری که در تحقیق همتی ضریب آلفای کرونباخ برگردان فارسی پرسش‌نامه برابر ۰/۷۸ برآورد شده است. محمدی در یک گروه نمونه با حجم ۱۸۵ از دانشجویان دانشگاه شیراز به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداخت. پایایی این مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ بازآزمایی در دیز کرسن به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۸ و ۰/۶۸ بود (به نقل از ۱).

در پژوهش حاضر، آزمودنی‌ها پس از آزمون با پرسش‌نامه‌های استرس پس از سانحه‌ی می‌سی‌سی‌پی، سلامت عمومی و مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته وارد طرح درمانی ۱۲ جلسه‌ای شدند.

در این پژوهش، راهنمای تدوین جلسات درمانی بر طبق نظریه‌ی گرینبرگ^۷ با استفاده از منابع موجود، مک‌کارتی و باربر^۸ (۱۲)، گرینبرگ و واتسون^۹ (۱۷)، گرینبرگ و پایویو (۱۹)، پایویو^{۱۰} (۲۳)، پایویو و پاسکال (۲۴)، واتسون و گلدمن^{۱۱} (۳۳)، لی‌هی^{۱۲} و همکاران (۳۴)، پایویو و نیونوهویس^{۱۳} (۳۵)، الیوت^{۱۴} و همکاران (۳۶)، گرینبرگ (۳۷)، لی‌هی (۳۸) و آموخته‌ها و تجربیات بالینی پژوهشگران در این زمینه تنظیم شد.

ه- پرسش‌نامه‌ی پاسخ‌های نشخواری^۱: مقیاسی ۲۲ ماده‌ای است که ماده‌های آن روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی بالای این مقیاس است. همبستگی درون طبقه‌ای برای پنج بار اندازه‌گیری ۰/۷۵ گزارش شده است. هم‌چنین همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است. آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه‌ی ایرانی توسط منصوری ۰/۹۰ گزارش شده است (به نقل از ۳۱).

و- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک تجدیدنظر شده^۲: شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک است که جهت سنجش افسردگی تدوین شده است. نمره‌ی ۱۷ به عنوان نقطه‌ی برش در این پرسش‌نامه در نظر گرفته می‌شود. این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. بک، استیر و براون^۳ ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین دابسون^۴ و محمدخانی، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته را ۰/۹۳ بدست آورده‌اند (۳۲).

ز- پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک^۵: این پرسش‌نامه یک مقیاس خود-گزارشی ۲۱ ماده‌ای است که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. چهار گزینه‌ی هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، و هراس) را توصیف می‌کند. این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج

¹Ruminative Response Scale²Beck Depression Inventory³Beck, Steer and Brown⁴Dobson⁵Beck Anxiety Inventory⁶Rosenberg⁷Greenberg⁸McCarthy and Barber⁹Watson¹⁰Paivio¹¹Goldman¹²Leahy¹³Nieuwenhuis¹⁴Elliott

جدول ۱- محتوای جلسات درمانی

جلسه‌ی اول	آشنایی و برقراری رابطه‌ی درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان و اجرای پیش‌آزمون
جلسه‌ی دوم	تشخیص چرخه‌ی تعاملی منفی ارزیابی رابطه‌ی عاطفی، آشنایی مراجع با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجان‌ها در تعاملات بین فردی، بازسازی تعاملات و افزایش انعطاف‌پذیری مراجع
جلسه‌ی سوم	بیان و فهماندن تاثیر تفکر غیر منطقی روی آشفتگی هیجانی، معرفی چهار سبک توأم با خطا و بیرون کشیدن اطلاعات از رابطه‌ی عاطفی
جلسه‌ی چهارم	پیوستگی و آگاهی، برقراری ارتباط بیشتر با مراجع و صورت‌بندی یک پیوند دو جانبه، شناسایی فرایندهای شناختی عاطفی زیربنایی، شناسایی شرایط ایجاد مشکل

جلسه پنجم دست‌یابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، تمرکز بیشتر بر هیجانات، نیازها و ترس‌های رابطه‌ی عاطفی و اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات مراجعان، تمرکز بر هیجانات ثانویه‌ای که در چرخه‌ی تعاملی آشکار می‌شوند و کاوشگری در آن‌ها برای دست‌یابی به هیجانات زیربنایی و ناشناخته، بحث در مورد هیجانات اولیه و پردازش آن‌ها و بالا بردن آگاهی مراجعین از هیجانات اولیه و شناخت‌های داغ، بررسی نیازهای دلبستگی

جلسه ششم از نواقب‌گیری مشکل بر حسب احساسات زیربنایی و نیازهای دلبستگی، تاکید بر توانایی مراجع در بیان هیجانات، آگاهی دادن به مراجعین در مورد تاثیر ترس و ساز و کارهای دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، غلبه بر اجتناب و یا فرآیندهای دفاعی مانند بیش‌کنترلی تجربه‌ی عاطفی و احساس گناه و شرم در مورد سوءاستفاده و بررسی بیش‌کنترلی عواطف

جلسه هفتم متمرکز شدن روی تجربه‌ی درونی مراجع، ارزیابی هیجان، پذیرش تجربه‌ی هیجانی مغرب، شناسایی نقاط داغ، تخلیه‌ی هیجانی به صورت نوشتاری (از جلسه اول تا پایان این جلسه بیشتر تمرکز درمان روی ایجاد اتحاد درمانی و کاهش هیجانات منفی از قبیل ترس و شرم غیر انطباقی است)

جلسه هشتم آرام‌سازی عضلانی، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی، تاکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه‌ی تجسمی و اجرای صندلی خالی (حل و فصل مسایل با افراد سوءاستفاده‌گر یا آسیب‌زنده)

جلسه نهم برجسته‌سازی و شرح مجدد واقعه و رابطه، اشاره به طبیعی بودن آن‌ها، تحلیل رویا (این رویکرد به منظور کاهش کابوس با اصول متمرکز بر هیجانات اتخاذ شده است، بیرون کشیدن تصاویر کابوس در حالی که مراجع بیدار است، استفاده از اول شخص و زمان حال در توصیف کابوس و روایت مجدد و پایان رضایت‌بخش‌تر رویا اهمیت زیادی دارد)

جلسه دهم تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل نشده، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات بد، فراهم کردن حمایت برای هیجانات و حل و فصل مجدد هیجان نسبت به فرد سوءاستفاده‌گر

جلسه یازدهم تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه‌ی تجارب هیجانی اولیه و شناخت نیازها و تعلقات درونی، زدودن خاطرات و آرام‌سازی عضلانی، تکنیک به روایتی دیگر تجسم کردن، باز هم، استفاده از روش‌های مواجهه‌ی تجسمی مشتق از گشتالت برای بازخوانی تروما و کمک به بیان هیجانات سرکوب شده و روش‌هایی مثل گفتگو با صندلی خالی و بیان افکار و احساسات فعلی به فرد سوءاستفاده‌گر

جلسه دوازدهم تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، ارزیابی تغییرات و در نهایت، پاسخ‌گویی در مورد ابهامات و مرور

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعان

مراجع سن مدت مدت ارتباط خانمه	میزان شدت سوء- استفاده	اقدامات درمانی قبلی
الف ۲۲ ۱۷ ماه ۵ ماه	از دست دادن دانشجوی کارشناسی باکرگی	نداشته
ب ۱۹ ۱۳ ماه ۸ ماه	از دست دادن دانشجوی کارشناسی باکرگی	نداشته
ج ۲۳ ۱۹ ماه ۳ ماه	از دست دادن دانشجوی کارشناسی باکرگی	داشته - سه جلسه‌ی درمانی با یک روان‌پزشک و گذراندن دوره‌ی دارودرمانی

نمرات پرسش‌نامه‌ی PTSD و عزت نفس در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳- مقایسه‌ی نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس PTSD و پرسش -

نامه‌ی عزت نفس روزنبرگ در مرحله‌ی خط پایه، جلسه‌ی آخر درمان و

مرحله‌ی پی‌گیری

آزمون	خط پایه	جلسه‌ی آخر	مرحله‌ی پی‌گیری	درصد میزان بهبودی	درصد بهبودی کلی
مراجعان	الف ب ج	الف ب ج	الف ب ج	الف ب ج	الف ب ج
PTSD	۱۳۵ ۱۴۹ ۱۴۸	۶۵ ۵۶ ۵۶ ۵۶ ۶۴	۵۶ ۵۶ ۵۶ ۵۶ ۶۴	۵۶ ۵۶ ۵۶ ۵۶ ۶۴	۵۶ ۵۶ ۵۶ ۵۶ ۶۴
عزت نفس	۲ ۳ ۴	۴ ۴ ۴ ۴ ۴	۴ ۴ ۴ ۴ ۴	۴ ۴ ۴ ۴ ۴	۴ ۴ ۴ ۴ ۴

مطابق جدول ۳، به طور کلی هر سه آزمودنی، در نمرات PTSD و عزت نفس بهبودی حاصل کرده‌اند، به طوری که آزمودنی‌های الف، ب

هر کدام از مراجعان ۱۲ جلسه درمان دریافت کردند. در مرحله‌ی خط پایه و جلسات پایانی و پی‌گیری مقیاس PTSD و پرسش‌نامه‌های عزت نفس روزنبرگ، افسردگی بک، اضطراب بک و نشخوار فکری توسط مراجعان تکمیل شد. جلسات به صورت هفته‌ای یک بار برگزار شدند. برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی و طبق اصول طرح‌های خط پایه‌ی چندگانه، در جلسه‌ی دوم مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و به همین ترتیب در جلسه‌ی چهارم مراجع اول، مراجع سوم وارد طرح درمان شد. در پایان مرحله‌ی درمان (جلسه‌ی دوازدهم) پرسش‌نامه‌ها دوباره توسط مراجعین تکمیل شدند. مدت زمان پی‌گیری سه ماه بود. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از روش‌های نموداری و معنی‌داری بالینی استفاده شد.

فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز^۱ به کار بردند. در فرمول درصد بهبودی، نمره‌ی فرد در پیش‌آزمون را از نمره‌ی فرد در پس‌آزمون کم می‌کنیم و حاصل آن را بر نمره‌ی پیش‌آزمون تقسیم می‌نماییم. اگر درصد بهبودی دست کم ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنی‌دار قلمداد کرد (۲۵).

نتایج

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانشجویان دختر در جدول ۲ نشان داده شده است.

¹Blanchard and Schwars

نمرات آزمودنی‌ها را در افسردگی، نشخوار فکری و اضطراب در مرحله-ی خط پایه، جلسه‌ی آخر درمان و مرحله‌ی پی‌گیری نشان می‌دهد.

و ج در شاخص PTSD به ترتیب ۵۶، ۶۱ و ۵۶ درصد و در شاخص عزت نفس، به ترتیب ۸۵، ۸۵ و ۷۵ درصد بهبود یافته‌اند. جدول ۴،

نمودار ۱- روند درصد بهبودی مراجعین در نمرات پرسش‌نامه‌ی عزت

نفس



نمودار ۲- روند درصد بهبودی مراجعین در نمرات پرسش‌نامه‌ی

PTSD



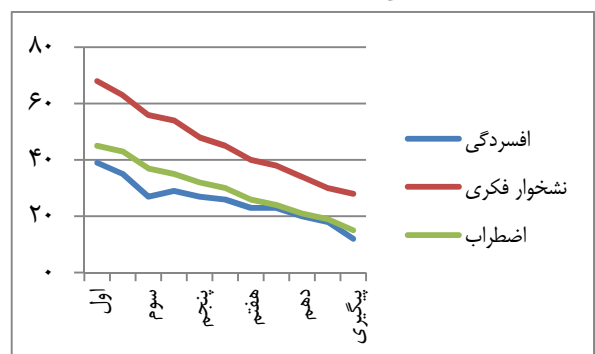
جدول ۴- مقایسه‌ی نمرات آزمودنی‌ها در افسردگی، نشخوار فکری و اضطراب در مرحله‌ی خط پایه، جلسه‌ی آخر درمان و مرحله‌ی پی‌گیری

آزمون	جلسه ۱	جلسه ۲	جلسه ۳	جلسه ۴	جلسه ۵	جلسه ۶	جلسه ۷	جلسه ۸	جلسه ۱۰	جلسه ۱۲	پی‌گیری	درصد میزان بهبودی
مراجع الف	افسردگی	۳۹	۳۵	۲۷	۲۹	۲۷	۲۶	۲۳	۲۰	۱۸	۱۲	٪۶۹
	نشخوار فکری	۶۸	۶۳	۵۶	۵۴	۴۸	۴۵	۴۰	۳۴	۳۰	۲۸	٪۵۸
	اضطراب	۴۵	۴۳	۳۷	۳۵	۳۲	۳۰	۲۶	۲۴	۲۱	۱۵	٪۶۷
مراجع ب	افسردگی	۴۴	۴۱	۳۷	۳۶	۳۱	۲۸	۲۲	۲۰	۱۷	۱۲	٪۷۲
	نشخوار فکری	۶۹	۶۷	۶۲	۶۴	۵۸	۵۳	۴۹	۴۳	۴۰	۳۲	٪۵۳
	اضطراب	۴۳	۴۲	۳۸	۳۴	۳۳	۳۰	۲۸	۲۵	۲۱	۱۶	٪۶۲
مراجع ج	افسردگی	۴۱	۴۰	۳۵	۳۲	۳۰	۲۴	۲۳	۲۱	۱۷	۱۳	٪۷۲
	نشخوار فکری	۷۳	۷۱	۶۷	۶۱	۵۵	۴۷	۴۷	۴۲	۳۶	۲۹	٪۵۳
	اضطراب	۴۷	۴۶	۴۳	۳۸	۳۳	۳۱	۲۸	۲۵	۲۳	۱۹	٪۶۶
درصد بهبودی کلی	افسردگی											٪۷۱
	اضطراب											٪۵۵
	نشخوار فکری											٪۶۵

همان طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، مراجعین الف، ب و ج در به ترتیب شاخص افسردگی ۶۹، ۷۲ و ۷۲ درصد، در شاخص نشخوار فکری ۵۳ و ۵۳ درصد و در شاخص اضطراب ۶۷، ۶۲ و ۶۶ درصد بهبودی حاصل کرده‌اند.

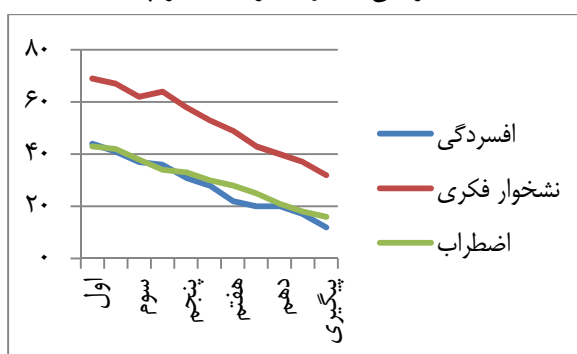
نمودار ۳- روند درصد بهبودی مراجع الف در نمرات سه پرسش‌نامه‌ی افسردگی، نشخوار فکری و اضطراب

افسردگی، نشخوار فکری و اضطراب



نمودار ۴- روند درصد بهبودی مراجع ب در نمرات سه پرسش‌نامه‌ی

افسردگی، نشخوار فکری و اضطراب



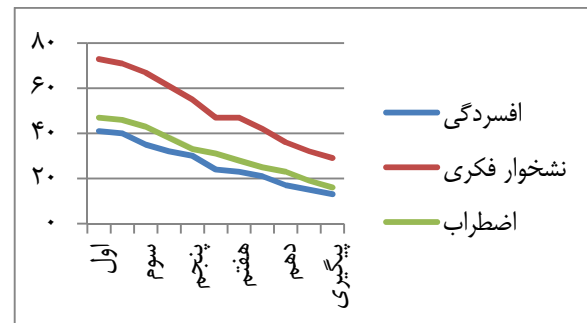
پایان پی گیری نیز ادامه پیدا کرده است. در پاسخ به این سؤال که چگونه درمان حاضر تغییرات حاصل را تبیین می کند، می توان چنین مطرح کرد که در درمان متمرکز بر هیجان، مراجعان علاوه بر این که با پریشانی ها دست به گریبان هستند، بلکه به طور مداوم با هیجان های شدید غیر قابل بیان، عدم ارضای نیازها و انتظارات و خاطرات ویرانگری که دربردارنده ی افراد سوءاستفاده گر هستند، مواجه می شوند. آن ها قادر نیستند که این زخم ها را التیام بخشند و ظرفیت خود را برای بیان هیجان ها، پردازش و حل و فصل تجارب گذشته افزایش دهند و این اولین، تکلیف درمانی آن ها است (۱،۴،۲۴).

هیجان ها به فرد فرصتی می دهد تا احساسات خویش را نسبت به هر چیزی بروز دهد و این ابراز هیجانی، رابطی بین تجارب درونی و دنیای بیرونی است که با شناخت، تعامل دو سویه دارد و به افراد در ارزشیابی موقعیت هایی که به ارزش ها، نیازها، هدف ها یا علایق شخصی مربوط می شود، کمک می کند. بر طبق درمان مبتنی بر هیجان، حالت های فراگیر عاطفه ی منفی و آسیب های دلبستگی، عدم توجه به نیازها و خواسته های درونی، الگوهای تعاملی منفی و تجربه ی هیجانی نامناسب منجر به ایجاد مشکلاتی برای فرد می شود. از این رو طی درمان، برای بهبود رهایی فرد از مشکلاتش باید چرخه ی تعاملی معیوب، صدمات دلبستگی و هیجانات مشکل آفرین را شناسایی کرد و اقدامات درمانی مناسبی جهت تصحیح این موارد، صورت داد. تغییر در EFT زمانی رخ می دهد که آن دسته از پاسخ های هیجانی که زیر بنای موقعیت های تعاملی است تجربه و مجددا پردازش شود. بازپردازش الگوهای تعاملی هیجانی، فرد را قادر می سازد که تجارب جدیدی از خود و دیگری فراهم سازند و به شیوه ای کاملاً متفاوت عمل کنند (۴).

در این درمان فرض می شود که روابط درمانی و پردازش هیجانی در مورد خاطرات تروما، ساز و کارهای اولیه برای تغییر هستند. یک رابطه ی همدلانه و مشارکتی، بستر مناسبی را برای جستجوی اجزای تروما و یک تجربه ی بین فردی اصلاحی فراهم می کند، مخصوصاً در افرادی که مشکلات شان ناشی از عدم همدلی و کنترل بین فردی می باشد. چنین مداخلاتی، احساسات ناسازگارانه مرتبط با تروما (مانند ترس و شرم) را فرا می خواند و مراجعان فرا می گیرند که این تجربه ها را تحمل کنند و معنای جدیدی برای آن بیافرینند. در این درمان، هیجان های انطباقی منع شده (مانند خشم و غم) فراخوانده می شوند تا کارکردهای انطباقی این هیجانات در دسترس واقع گردد و این منبع اولیه برای اطلاعات جدیدی است که معنای تجربه ی قبلی را تغییر می دهد (۴،۳۵). شدت تخریب پس از ترومای جنسی، ویژگی های متمایز درمان برای مسایل سوءاستفاده ی جنسی در روابط عاشقانه را مشخص می کند. مهم تر از همه، مواجهه ی

نمودار ۵- روند درصد بهبودی مراجع ج در نمرات سه پرسش نامه ی

افسردگی، نشخوار فکری و اضطراب



بحث

نتایج حاصل از این مطالعه ی مقدماتی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان را به عنوان درمان کوتاه مدت و جامع، برای سوءاستفاده ی جنسی در روابط عاشقانه را تایید می کند. درمان EFT بهبود آماری و بالینی قابل توجهی را در حوزه های مختلف برای مراجعان به ارمغان آورد. علاوه بر این، دستاوردهای درمان ۳ ماه پس از ختم درمان نیز هنوز وجود داشت. مهم ترین یافته ی پژوهش حاضر، تغییرات معنی دار در نشانگان اختلال استرس پس از آسیب بود. هم چنین در دیگر متغیرهای پژوهش یعنی کاهش نشانه های افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری و افزایش عزت نفس اثربخش بوده است. درمان متمرکز بر هیجان، تا امروز تنها درمان فردی است که تحقیقاتی در مورد آن به طور نظام یافته در جوامع مختلف و با انواع سوءاستفاده های هیجانی، جسمانی و جنسی به عمل آمده است (۱۷،۲۴). در ایران پژوهشی در این زمینه که مستقیم درمان متمرکز بر هیجان را روی قربانیان جنسی انجام داده باشد، نبود یا ما به آن دسترسی نداشتیم. اما یافته های پژوهش حاضر با پژوهش های گرینبرگ و پایویو (۲۰)، گرینبرگ و واتسون (۱۷)، پایویو و شیمپ (۲۳)، جانسون و کیلر (۳۹) و پایویو و همکاران (۲۴) هم سو می باشد.

برای بحث و نتیجه گیری موفقیت های درمانی درمان متمرکز بر هیجان، از شش ملاک کارآیی (۴۰) استفاده می کنیم. اینگرام، هیز و اسکات^۱ معتقدند که نتایج پژوهش های مداخله ای را باید براساس این شش متغیر بررسی کرد (به نقل از ۲۵).

۱. اندازه تغییر: (چه قدر کاهش در اهداف اصلی درمان رخ داده است؟)

در پژوهش حاضر بر نشانگان PTSD، اضطراب، افسردگی، عزت نفس و نشخوار فکری مورد هدف درمانی قرار گرفت. نتایج جدول ۳ و نمودار ۱ نشان می دهد که بیماران در کاهش نشانگان PTSD موفق بودند. در مجموع تقریباً ۶۰ درصد بهبودی را نشان دادند و این روند تا

¹Ingram, Hayes and Scott

تجسمی در اوایل درمان، یک محرک قوی برای فراخوانی مواد تروما است (۱۵،۴۱).

روایت کردن تجربه‌ی آسیب‌زا به نوبه‌ی خود موجب ایجاد فاصله از این تجربیات می‌شود و مراجع می‌آموزد که با تعاملات تسکین‌دهنده با درمانگر، عواطف شدید را تحمل و تنظیم کند (۲۰،۳۵). مهار مزمن هیجانات، موجب انباشته شدن تنش جسمانی خواهد شد که هر دو در مشکلات سلامتی (۴۲) و اضطراب یا خشم غیر انطباقی (۴۳) نقش دارند. نشانه‌های بیماری استرس پس از آسیب، به عنوان مثال اجتناب از خاطرات و هیجانات مربوط به تروما، با جلوگیری از پردازش هیجانی تروما، موجب حفظ این اختلال می‌گردند (۶،۲۱،۲۳). اجتناب از هیجانات، اثر مخربی بر عملکرد خواهد داشت. این امر در اختلالاتی مانند آلکسی تایمیا آشکار است.

از دیگر اهداف درمانی در پژوهش حاضر عزت نفس، اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری بود. نتایج نشان می‌دهد که بیماران در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری موفق بودند. در مجموع به ترتیب ۸۰، ۷۰، ۶۵ و ۵۵ درصد بهبودی در نشانگان افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری را نشان دادند و این روند تا پایان پی‌گیری نیز ادامه پیدا کرده است. برای روشن شدن چگونگی بهبودی ایجاد شده در فرایند درمان متمرکز بر هیجان می‌توان گفت که درمان مبتنی بر هیجان با ایجاد دلبستگی مثبت برای افراد موجب بازگرداندن خودگردانی می‌شود (۳۹). در واقع توانایی مقابله با هیجان‌ها برای فرد این امکان را فراهم می‌کند تا هیجان‌هایش را در خویش و دیگران تشخیص دهد و نحوه‌ی هم‌کنشی آن بر رفتار را درک کند تا کنش مناسب به هیجان‌ها بروز دهد. افزایش راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت موجب کنار آمدن و حل مسئله‌ی سازگاران به موقعیت‌های تنش‌زای روانی می‌شود و ادامه‌ی این روند موجب بهبود عزت نفس تقلیل‌یافته‌ی قربانی می‌گردد. فرد قربانی با عزت نفس پائین بر این باور است که وضع موجود، غیر قابل حل می‌باشد و از طریق افکار بازانجامی هم‌چون اندیشناکی و نشخوار فکری، به عنوان ساز و کاری جهت کنار آمدن با ناامنی درونی (۴۴)، دست به اجتناب از رویارویی با هیجانات و تصاویر ذهنی حادثه‌ی آسیب‌زا می‌زند. نشخوار فکری پس از تکرار و با گذر زمان موجب می‌شود که خلق فرد، منفی شده و این روند، وی را به سوی تجربه کردن هر چه بیشتر نشانگان افسردگی و اضطراب می‌کشاند. توالی این رویدادها یعنی راهبردهای تنظیم هیجانی غیر انطباقی منجر به افزایش هیجان منفی در نتیجه منجر به چرخه‌ای دوسویه از بدتنظیمی هیجان و عاطفه‌ی منفی می‌شود (۴۵). درگیر شدن فرد در چنین چرخه‌ای دستاوردی جز فرسودگی و تضعیف

روحیه را ندارد. در همین ارتباط تیزدل^۱ (به نقل از ۴۶) به پردازش مشابهی به عنوان بلوک شدن شناخت اشاره می‌کند. بلوک شدن شناخت به نوبه‌ی خود در سخت‌تر و پایدارتر شدن خلق منفی کمک می‌کند و افزایش عاطفه‌ی منفی، منابع شناختی را بیشتر کاهش می‌دهد و توانایی به‌کارگیری ارزیابی مجدد را از بین می‌برد. بنابراین در جلسات درمانی EFT پس از آن که فرد هیجانات خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، در نهایت کمتر از افکار بازانجامی هم‌چون نشخوار فکری جهت اجتناب از آن‌ها استفاده می‌کند و در توالی این مسیر نشانگان افسردگی و اضطراب کاهش پیدا می‌کند و در مسیر طی شده، عزت نفس بیمار در یک هم‌کنشی به تقویت خلق و عاطفه‌ی طبیعی کمک نموده و این خود موجب بازیابی عزت نفس از دست رفته‌ی قربانی می‌گردد. در مجموع، وقتی پس از اجرای متوالی متغیر درمان برای هر آزمونی، در حداقل سه آزمودنی، تغییرات معنی‌داری مشاهده شود، می‌توان نسبت به اثربخشی درمان اطمینان حاصل کرد (۴۷).

۲- کلیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟)

نتایج پژوهش نشان می‌دهند که مراجعان در پایان درمان، به ۵۸ درصد بهبودی کلی در شدت علائم PTSD دست یافته‌اند. به عبارتی درمان EFT حدود ۶۰ درصد از شدت علائم PTSD مراجعان کاسته است. مراجعان در پایان درمان در نشانگان بالینی افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری به ترتیب به ۷۱، ۵۵ و ۶۵ درصد بهبودی کلی رسیده‌اند. به طور کلی، نتایج پژوهش نشان می‌دهد هر سه مراجع نسبت به جلسه‌ی خط پایه در فرایند درمان و پس از آن، تغییرات محسوسی در اهداف درمانی داشته‌اند. به عبارتی درمان EFT به خوبی توانست علائم بالینی و PTSD مراجعان را تعدیل و اصلاح کند.

از مراجعان خواسته می‌شود تا فرد سوءاستفاده‌گر را در یک صندلی خالی تجسم کنند، با تجارب درونی خود مواجه شوند و افکار و هیجانات خود را به طور مستقیم به فرد تصور شده ابراز کنند. این امر به سرعت فرایندهای هیجانی بنیادین (شامل ترس، اجتناب، و شرم نسبت به خود) را در دسترس قرار می‌دهد و آن‌ها را قابل کاوش می‌سازد (۳۵). فراوانی و مدت این مواجهه‌های تجسمی، بنا بر فرایندهای منحصر به فرد هر مراجع و نیازهای درمانی او متغیر است. زمانی که مراجعان نمی‌خواهند یا قادر نیستند که در این مواجهه شرکت کنند، مسایل در تعامل مراجع با درمانگر مورد کاوش قرار می‌گیرند. عملکرد درمانگر در طول مواجهه عبارتست از ترغیب تماس روان‌شناختی با فرد تجسم شده، فراخواندن

¹Teasdale

طبق نظر گرینبرگ و پایویو (۲۰) و گرینبرگ و واتسون (۱۷) چون مراجع در درمان EFT می‌آموزد که با تعاملات تسکین‌دهنده با درمانگر، عواطف شدید را تحمل و تنظیم کند، این درمان برایش ایمن و جذابیت خاصی دارد.

۵- ایمنی (آیا در اثر درمان، سلامت روان و جسمی بیماران کاهش یافته است؟)

نتایج آزمودنی‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در اکثر اهداف درمانی، وضعیت بیماران بهبود یافته است، هرچند این بهبودی در بیماران همراه با افت و خیز و تفاوت بوده است و عوارض و پیامد منفی به همراه نداشته است. طبق گزارش مراجعان، درمان موجب گرفتاری و دردسر آن‌ها نشده است. هر چند هیچ یک از مراجعان شکایت خاصی از روند درمان نداشتند اما نمی‌توان به سادگی ادعا کرد که درمان هیچ پیامد منفی را به آن‌ها تحمیل نکرده است، چون هیچ ابزاری برای ارزیابی پیامدهای منفی درمان به کار نرفته است.

۶- ثبات دست‌آوردهای درمان (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته- اند؟)

نتایج سه ماهه پی‌گیری حاکی از این است که در اغلب اهداف درمانی، دست‌آوردهای درمان نه تنها حفظ شده است، بلکه برخی از بیماران در برخی از اهداف حتی نسبت به جلسه آخر پیشرفت بیشتری داشته‌اند.

اهمیت نتایج پژوهش حاضر هنگامی دو چندان می‌شود که فرد در رابطه‌ی عاطفی و با تمایل خود رابطه‌ی جنسی را برقرار می‌کند و پس از طرد شدن وی از سوی شریک جنسی‌اش به علت فشارهای فرهنگی علایم اختلال استرس پس از آسیب را نشان می‌دهد و احساس قربانی بودن و مورد سوءاستفاده قرار گرفتن بر وی چیره می‌شود شاید به این دلیل که فرد می‌داند نظام اجتماعی و از آن مهم‌تر خرده‌نظام خانواده، وی را نخواهند پذیرفت و حتی وی را طرد خواهند کرد. در چنین مواقعی احتمال رفتارهای پرخطری هم‌چون خودکشی، فرار از خانه و ... وجود دارد. بنابراین مداخله‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی در چنین مواقعی اهمیت خواهد داشت و نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌تواند راه‌گشا باشد اما می‌بایست این نکته‌ی مهم را مدنظر قرار داد که ورود خانواده در فرایند درمان بسیار مهم است زیرا همان طور که اشاره‌ی مختصری به آن شد پذیرفته شدن از سوی خانواده بسیار مهم است و اثربخشی مداخله‌ی روان‌شناختی و تداوم آن را تضمین می‌کند. از همین رو یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم ورود خانواده در درمان بود و با توجه به بافت فرهنگی ایران و اهمیت پژوهش‌های وابسته به

خاطرات مرتبط با سوءاستفاده، ترغیب حس محق دانستن نیازهای ارضا شده و تغییر ادراک فرد از خود و دیگران. تمرکز بر تجربه و نمایش دو صندلی می‌تواند همراه با مواجهه‌ی تجسمی برای کاهش اجتناب و انتقاد از خود استفاده شود. مراجع ترغیب می‌گردد تا به طور عمیق بر تجربه‌ی خود از سوءاستفاده تمرکز کند. روال این روش با مواجهه‌ی تجسمی متفاوت است که در آن مراجع ترغیب می‌شود تا به طور واضح، افراد سوءاستفاده‌گر را به یاد بیاورد و افکار و هیجانات خود را به درمانگر بیان کند به جای این که در مکالمه با فرد مجسم شده در صندلی خالی، شرکت کند. موانع تجربه‌ی هیجانات، در تعامل با درمانگر مورد کاوش قرار می‌گیرد (۱۷، ۳۵). چون در درمان EFT، تمرکز اصلی بر حل و فصل مسایل مربوط به فرد سوءاستفاده‌گر، اصول مداخله و عملکرد درمانگر است. پاسخ همدلانه‌ی درمانگر برای کاوش هیجانات مراجع و معنایی که از خود، دیگران و رویداد تروماتیک دارد، در کاهش علایم بالینی بسیار اثربخش می‌باشد.

۳- عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟)

کاهش عزت نفس، روابط اجتماعی و افت عملکرد تحصیلی از پیامدهای قربانی شدن جنسی در روابط عاطفی است. هر سه مراجع، دانشجو بودند. بنابراین میزان رسیدگی به کارهای عقب‌افتاده و برنامه‌های درسی، تفریحی و عملکردهای بین فردی شاید بتواند شاخص خوبی از تغییر حوزه‌ی تحصیلی و اجتماعی باشد. نتایج جلسه آخر درمان و مرحله‌ی پی‌گیری، نشان‌دهنده‌ی تغییرات مثبتی بودند. برای سنجش تغییر عملکرد بین فردی، از مراجعین خواسته شد تا میزان تغییر خود را در پیوستار ۰ تا ۱۰ (کمترین تغییر و ۱۰ بیشترین تغییر) از هم‌اتاقی‌هایشان سؤال کنند که در مراجع الف، ب و ج به ترتیب نمره‌های ۷، ۹، ۷ به دست آمد و همان طور که پرسش‌نامه‌ی عزت نفس نشان می‌دهد، نمرات هر سه مراجع در پایان جلسات و پی‌گیری، روند رو به افزایشی داشته است.

۴- میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه‌ای در فرایند درمان مشارکت داشته‌اند و آن را به پایان رسانده‌اند؟)

مشکلی که در برخی از گزارش‌های پژوهش پیش می‌آید این است که افت مراجعان را جزو نتایج درمان گزارش نمی‌کنند. طبق نظر کزدین^۱ (۲۵) افت آزمودنی‌ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. به دلیل این که هیچ یک از مراجعان افت نداشتند و به طور کامل روند درمان را به پایان رساندند و هم‌چنین آن‌ها همکاری مناسبی در دوره‌ی پی‌گیری داشتند، نشان‌دهنده‌ی میزان مشارکت بالای آن‌ها است.

¹Kazdin

فرهنگ، پیشنهاد می‌شود این پژوهش مقدماتی در سبب‌شناسی و مداخله دنبال شود.

نتیجه‌گیری

بنا بر نتایج این پژوهش، دخترانی که با فرد مورد علاقه و با رضایت، رابطه‌ی جنسی کامل برقرار کرده بودند و پس از ترک شدن از سوی طرف مقابل، نشانگان اختلال استرس پس از آسیب را بروز داده بودند، در فرایند درمان مبتنی بر هیجان، بهبود یافتند. به نظر می‌رسد این بهبودی

حاصل شکستن چرخه‌ی اجتناب از تجربه‌ی هیجان‌های منفی و غیر قابل پذیرش رخداد‌های تکرار شونده‌ی ویران‌کننده، در جلسه‌ی درمان، در طی بازسازی دلبستگی خدشه‌دار شده‌ی بیمار حاصل شده است. در تمام مدت جلسات درمان از طریق یادگیری در پذیرش هیجان‌ها، درک و پردازش هیجان‌ها و از بین بردن بدتنظیمی‌های هیجانی، فرد قربانی، خلق و عاطفه‌ی منفی را در یک هم‌کنشی با عزت نفس بازسازی شده، کاهش داده و بر نشانگان اختلال استرس پس از آسیب چیره شده است.

References

1. Akbari E. [Compare the efficacy of transactional analysis therapy with the cognitive-behavioral therapy in improving symptoms of love failure students]. MA. Dissertation. University of Tabriz, 2011: 1-174. (Persian)
2. Shibley HJ. [Psychology of women, women's share in the human experience]. Khamseh A. (translator). 3rd ed. Tehran: Agah-Arjmand; 2010: 414-18. (Persian)
3. Kring AM, Davison GC, Neale JM, Johnson SL. Abnormal psychology. New York: John Wiley and Sons; 2007: 209-12.
4. Paivio SC, Jarry JL, Chagigiorgis H, Hall I, Ralston M. Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychother Res* 2010; 20(3): 353-66.
5. Giti Ghoreyshi AAS. [Mental profile of girls experiencing sexual abuse]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2007; 1(4): 25-31. (Persian)
6. Wilson SA, Becker LA, Tinker RH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *J Cons Clin Psychol* 1995; 63: 928-37.
7. Rasouli R, Pour Ebrahim T. [Understanding emotion-focused approach]. Gorgan: Roshd Farhang; 2010: 12-138. (Persian)
8. Greenberg LS. Emotion-focused therapy. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11: 3-16.
9. Leahy RL. [Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide]. Fata L, Shakiba Sh, Tahmasbi Moradi Sh, Naseri H, Ziaei K. (translators). Tehran: Danjeh; 2009: 423-60. (Persian)
10. Nenad P. Exposure inhibition therapy as a treatment for chronic posttraumatic stress disorder: A controlled pilot study. *J Psychol* 2011; 2(6): 605-14.
11. Talbot NL, Gamble SA. IPT for women with trauma histories in community mental health care. *J Contemp Psychother* 2008; 38: 35-44.
12. McCarthy KS, Connolly Gibbons MB, Barber JP. The relation of rigidity across relationship with symptoms and functioning: An investigation with the revised central relationship questionnaire. *J Couns Psychol* 2008; 55(3): 346-58.
13. Fridja NH. The emotions. Cambridge, MA: Cambridge University; 1986: 9-41.
14. Lazarus RS. Emotion and adaptation. New York: Oxford University; 1991: 53.
15. Paivio SC. Analyzing the process of resolving "unfinished business" related to childhood abuse. *Proceeding at the Society for Psychotherapy Research*. Vancouver, BC, 1995: 2-4.
16. Greenberg L, Angus L. The contribution of emotion processes to narrative change: A dialectical-constructivist approach. In: Angus L, McLeod J. (editors). *Handbook of narrative and psychotherapy: practice theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2004: 331-50.
17. Greenberg LS, Watson JC. Emotion focused therapy for depression. Washington: APA Books; 2006.
18. Prochaska JO, Norcross JC. [Systems of psychotherapy]. Seyyed Mohammadi Y. (translator). 1st ed. Tehran: Publication of Psychology; 2008: 244-7. (Persian)
19. Greenberg LS, Foerster F. Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *J Cons Clin Psychol* 1996; 64: 439-46.
20. Greenberg LS, Paivio SC. Working with the emotions in psychotherapy. New York: Guilford; 1997: 14-290.
21. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, Murdock TB. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Cons Clin Psychol* 1991; 59: 715-23.
22. Chard KM. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *J Cons Clin Psychol* 2005; 75: 965-71.
23. Paivio SC, Shimp LN. Affective change processes in therapy for PTSD stemming from childhood abuse. *J Psychother Integr* 1998; 8: 4.
24. Paivio SC, Pascual LA. Emotion focused therapy for complex trauma: An integrative approach. Washington, DC: American Psychological Association; 2010: 19-330.
25. Hamidpour H, Dolatshai B, Pourshahbaz A, Dadkhah A. [The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2011; 16(4): 420-31. (Persian)

26. First MB, Spitzer L, Gibbon M, Williams JBW. Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. (SCID-CV). Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviyani H, Semnani Y, et al. (translator). 1st ed. Tehran: Mehr-e-Kaviyan; 2005: 1- 84. (Persian)
27. Tran G, Smith GP. Behavioral assessments in the measurement of treatment out-come. In: S. N. Haynes SN, Heiby EM. (editors). Comprehensive hand book of psychological assessment. New York: Wiley; 2004: 269-90.
28. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Structured clinical interview for DSM-IV (SCID): Persian translation and cultural adaptation]. Iranian journal of psychiatry 2007; 2(1): 46-8. (Persian)
29. Fahimi S, Azimi Z, Akbari E, Amiri Pichakolaei A, Poursharifi H. [Predicting clinical syndrome in students with emotional breakdown experience based on personality structures: the moderating role of perceived social support]. Journal of knowledge and health 2014; 9(4): 47-60. (Persian)
30. Abolghasemi A, Narimani M. [Psychological tests]. Ardabil: Rezvan; 2006: 75-7. (Persian)
31. Hashemi Z, Mahmood Aliloo M, Hashemi Nosratabad T. [The effectiveness of meta-cognitive therapy on major depression disorder: A case report]. Journal of clinical psychology 2010; 2(3): 85-97. (Persian)
32. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. [Psychological tests: Personality and mental health]. Tehran: Besat Publication Institute; 2009: 319-36. (Persian)
33. Watson JC, Goldman RN. Case studies in emotion-focused treatment of depression: A comparison of good and poor outcome. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2007: 105-89.
34. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. 1st ed. New York: Guilford; 2011: 37-270.
35. Paivio SC, Nieuwenhuis JA. Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. J Trauma Stress 2001; 14(1): 115-33.
36. Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2004: 12-335.
37. Greenberg L. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American Psychological Association; 2002: 50-290.
38. Leahy RL. [Cognitive therapy techniques]. Fata L, Shakiba Sh, Tahmasebi Moradi Sh, Nasserri H, Ziaei K. (translators). 1st ed. Tehran: Danjeh; 2009: 423-67. (Persian)
39. Johnson SM, Keeler T. Creating healing relationship for couple dealing with trauma. J Mar Fam Ther 1998; 24(1): 24-40.
40. Ingram RE, Hayes A, Scott W. Empirically supported treatment: A critical analysis. In: Snyder CR, Ingram QRE. (editors). Handbook of psychological change. New York: Wiley; 2000: 40-60.
41. Chard K. An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to child sexual abuse. J Couns Clin Psychol 2005; 7: 965-71.
42. Pennebaker JW, Beall SK. Confronting traumatic events: Understanding of inhibition and disease. J Abnorm Psychol 1986; 95: 274-81.
43. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. 2nd ed. New York: Guilford; 2002: 430-8.
44. Fahimi S, Aliloo MA, Pursharifi H, Fakhari A, Akbari E, Rahimkhanli M. [Repetitive thinking worry and rumination as mechanisms to coping with intolerance of uncertainty in generalized anxiety and major depressive disorders]. Journal of fundamentals of mental health 2014; 16(1): 34-46. (Persian)
45. Behar E, DiMarcob ID, Heklerc EB, Mohlmanb J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. J Anxiety Disord 2009; 23: 1011-23.
46. Beevers CG. Cognitive vulnerability to depression: a dual process model. Clin Psychol Rev 2005; 25(1): 975-1002.
47. Dehghani M. [Effectiveness of short-term psychotherapy on symptoms of love trauma syndrome]. Ph.D. Dissertation. Tehran Psychiatric Institute, 2010: 1-92. (Persian)