

اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر بهبود نشخوار فکری کودکان مبتلا به سوءاستفاده جنسی: پژوهش مورد منفرد با پیگیری یک و دو ساله

سپیده قاضی زاده^۱، علی مشهدی^{۲*}، زهرا طیبی^۳، عاطفه سلطانی فر^۴

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
Sepideh.ghazizadeh@mail.um.ac.ir
۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
mashhadi@um.ac.ir
۳. دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
tabibi@um.ac.ir
۴. دانشیار، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
soltanifara@mums.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۳۹۹/۹/۱۵]

تاریخ دریافت: [۱۳۹۹/۴/۱۳]

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر بهبود نشخوار فکری کودکان مبتلا به سوءاستفاده جنسی بود. روش پژوهش: این پژوهش شبه آزمایشی از نوع مورد منفرد A-B-A با طرح خط پایه چندگانه و با پیگیری یک و دو ساله بود. جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان مبتلا به سوءاستفاده جنسی ۹ تا ۱۲ سال مشهد بودند که به مراکز معاینات بالینی پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۵ مراجعه کردند و به صورت نمونه گیری هدفمند دو نفر انتخاب شدند. شرکت کنندگان پژوهش در موقعیت های خط پایه، جلسات ۴-۸-۱۲-۱۶ مداخله و یک و دو سال بعد از مداخله، به پرسش نامه نظم جویی شناختی هیجان-فرم کودک (CERQ-K) پاسخ دادند. درمان به صورت انفرادی در ۱۶ جلسه اجرا شد. تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل دیداری نمودار، درصد بهبودی و درصد داده های غیر هم پوش (PND) انجام شد. یافته ها: نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما به طور معناداری منجر به بهبودی نشخوار فکری مراجعین، هم در پایان درمان و هم در پیگیری یک و دو ساله شده است. نتیجه گیری: بنابراین می توان بیان کرد که این درمان در بهبود نشخوار فکری در کودکان مبتلا به سوء استفاده جنسی مؤثر است و به نظر می رسد می توان از این درمان در جهت بهبود کودکان آسیب دیده از سوء استفاده جنسی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، نشخوار فکری، سوءاستفاده جنسی، کودک

مقدمه

قالب شخصیت انسان در دوره کودکی ریخته می‌شود زیرا دوران کودکی یکی از مهم‌ترین مراحل رشد و تکامل انسان است که می‌تواند با آسیب‌پذیری زیادی همراه باشد و در طول تاریخ کودکان به‌عنوان یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های جامعه همواره در معرض خطرات بیشماری بوده‌اند (گودمن، اسکات^۱، ۲۰۱۲).

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5، سوء استفاده و غفلت^۲ از کودکان در بخش سایر حالاتی که ممکن است کانون توجه بالینی قرار گیرد آورده شده است که شامل هر نوع آسیب جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت از کودکان می‌شود.

مطالعات بی‌شماری در مورد قربانی شدن جنسی در دوران کودکی و بزرگسالی گزارش کرده‌اند. سوء استفاده جنسی^۳ از کودکان یک مشکل به سرعت در حال رشد است. حداقل دو مطالعه‌ی کلی نشان می‌دهد که در دوران کودکی و بزرگسالی به‌طور متوسط ۱۸ تا ۱۹/۲ درصد دختران و ۷/۴ تا ۷/۷ درصد پسران قربانی سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند (پدرا، گیولرا، فرونز و گومز-بیتو^۴، ۲۰۰۹). ناگفته نماند که در کشورهای سراسر دنیا این مسئله به‌عنوان یکی از مشکلات سلامت کودکان مطرح شده است و شیوع آن به‌طور کلی ۵۳ درصد برای زنان و ۶۰ درصد برای مردان تخمین زده شده است (سویلی^۵، ۲۰۱۱). هم‌چنین سیستم نظام سلامت روانی آمریکا در گزارشی عنوان کرده است که ۵۰ تا ۶۰ درصد تخت‌های روان‌پزشکی و ۴۰ تا ۶۰ درصد بیماران سرپایی در کودکی خود سوء استفاده جنسی، جسمی و یا هر دو را تجربه کرده‌اند و اکثر آنها قربانی سوء استفاده‌های طولانی مدت بوده‌اند (پیفالو^۶، ۲۰۰۷). در کشور ما فقدان آمار دقیق در زمینه سوء استفاده از کودکان به منزله عدم وجود این معضل و مشکل اجتماعی نیست، بلکه نشان از بی‌توجهی ما به این آسیب اجتماعی است، چراکه درج مطالب زیادی در جراید، گزارش‌های پزشکی قانونی، آمارهای منتشر شده از سوی انجمن حمایت از حقوق کودکان مبین این واقعیت تلخ است که این معضل اجتماعی به دلیل اینکه عمدتاً در محیط خانواده و از سوی اعضای خانواده و بستگان صورت م‌گیرد به‌صورت پنهان در جامعه ما رواج دارد و هر ساله از میان کودکان قربانی می‌گیرد (خاک رنگین، فتحی، ۱۳۸۸).

سوء استفاده جنسی از کودکان با بسیاری از نتایج زیان‌آور از جمله عزت نفس پایین و خودکارآمدی، رفتارهای جنسی پرخطر، مقابله ناسازگار (اسکالو، کرایس، ساسینسکی، چوما و مولنار^۷، ۲۰۱۹)؛ اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلالات مصرف مواد، اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (گرینر، نیرا و گراس^۸، ۲۰۱۶؛ پرز-فیونتر و همکاران^۹، ۲۰۱۳)؛ خودکشی و اقدام به خودکشی، افسردگی، گسستی و تجزیه (گرین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶)، بی‌خانمانی، پریشانی مالی، بیکاری (والش، بلاستاین، نایت، اسپینازولا و وان در کولک^{۱۱}، ۲۰۰۷)، اختلال در عملکرد اجتماعی (کورتپوس^{۱۲}، ۲۰۰۴) و مشکلات سلامت جسمی (دوب، فلیتی، دونگ، گیلز و اندا^{۱۳}، ۲۰۰۳؛ پیترزاک، گلدستین، سویتویک و گرانت^{۱۴}، ۲۰۱۲) همراه می‌باشد.

1 Goodman, Scott

2 Neglect and abuse

3 Sexual abuse

4 Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J.

5 Seville, C. R.

6 Pifalo, T

7 Scoglio, A. A., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar

8 Greene, T., Neria, Y., & Gross, R.

9 Pe´rez-Fuentes, G

00 Green

11 Walsh, K., Blaustein, M., Knight, W. G., Spinazzola, J., & Van Der Kolk, B. A.

22 Courtois, C. A.

33 Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F

44 Pietrzak •Goldstein •Southwick & Grant

یکی از سازه‌های مهم در در تحول بهنجار، سلامت روان و نیز تبیین مشکلات کودکان در حوزه‌ی روان‌شناسی مرضی تحولی، روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان و روان‌شناسی طب کودکان سازه‌ی نظم جویی شناختی هیجان^۱ که شامل راهبردهای سازگار و ناسازگار است و یکی از راهبردهای ناسازگار نظم جویی شناختی هیجان نشخوار فکری است (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۱) که یکی از پیامدهای منفی و زیان‌آور تجربه‌ی رویدادهای آسیب‌زا نیز هست (شفیعی، بشرپور، حیدری راد، ۱۳۹۵) و افراد مضطرب راهبردهای ناسازگار مانند نشخوار فکری را به بیشتر کار می‌گیرند و کمتر از راهبردهای سازگار استفاده می‌کنند (چناری، رحیمی، اسدالهی، مشهدی، ۱۳۹۶). در سن هشت یا نه سالگی، کودکان از راهبردهای نظم جویی رفتاری هیجان به سمت استفاده از راهبردهای نظم جویی شناختی پیچیده‌تر، مانند ارزیابی مجدد مثبت، تفسیر دوباره حوادث احساسات استخراج پیشرفت می‌کنند. این انتقال شناختی در اواسط دوران کودکی ممکن است پیامدهای عمیقی برای رشد روانی کودکان باقی گذارد. به خصوص رشد تکاملی دوره قبل از بلوغ مهم است. (گارنفسکی^۲ و همکاران ۲۰۰۷). بروز شرایط ناگوار موجب ایجاد مشغولیت فکری پیرامون ابعاد گوناگون واقعه می‌گردد و مدام احساسات و افکار ایجاد شده به دلیل شرایط ناگوار به وسیله فرد مرور می‌شود (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲) مکانیزم شناختی تفکر مربوط به پس از آسیب می‌تواند در افراد متفاوت باشد، به طوری که نشخوار فکری عمدی نسبت به نشخوار فکری ناخواسته مدت زمان طولانی‌تری باقی می‌ماند (شفیعی، بشرپور، حیدری راد، ۱۳۹۵).

نشخوار فکری را می‌توان به‌عنوان نوعی فرایند شناختی فکر کردن منفعلانه و تکراری درباره‌ی علایم پریشانی فرد و دلایل احتمالی، معانی و پیامدهای این پریشانی تعریف کرد (سارین، نولن-هوکسما^۳، ۲۰۱۰). در واقع نشخوار فکری شامل افکار تکراری است که غیرارادی رخ می‌دهد، یا می‌تواند «عمدی» باشد و شامل تفکر یا پردازش عمدی در مورد یک رویداد آسیب‌زاست است که اغلب فرد در تلاش برای درک معنای آن رویداد است. (واتس و همکاران^۴، ۲۰۲۰).

اولین پیامد منفی نشخوار فکری در افراد که در مطالعات تجربی یافت شده این است که باعث تشدید و طولانی شدن حالت‌های عاطفی مثل غم، عصبانیت، اضطراب و افسردگی می‌شود. دومین پیامد منفی نشخوار فکری، مختل شدن توانایی حل مسئله است. مطالعات تجربی نشان داده‌اند که نشخوار فکری با تداخل بر حل مساله^۵، باعث بدبین‌تر شدن فرد و توجه کم به جزئیات نحوه‌ی حل یک مشکل می‌شود و در حل مؤثر آن مساله تداخل ایجاد می‌کند. سومین اثر منفی نشخوار فکری که در مطالعات تجربی نشان داده شده این است که باعث کاهش تمایل به انجام فعالیت‌های خوشایند می‌شود و نشخوار فکری با افزایش عدم اطمینان به خود و کاهش اعتماد به نفس همراه است هم‌چنین مطالعات تجربی نشان داده است که نشخوار فکری باعث کاهش تمرکز و تداخل در کارکردهای اجرایی مغز می‌شود (واتکینز و رابرتز^۵، ۲۰۲۰).

تمایل به نشخوار فکری به خصوص در گروه‌هایی از افراد که حوادث آسیب‌زایی را تجربه کرده‌اند و خصوصاً قادر به درک یا توضیح آن اتفاقات نیستند ممکن است بیشتر اتفاق بیوفتد. در نتیجه، آنها ممکن است تمایل بیشتری به راهبردهای مقابله‌ای ناپایدار و ناکارآمدی مانند نشخوار فکری داشته باشند، آنها به‌عنوان تلاشی بیهوده برای درک و کنترل احساسات منفی‌شان، بر خود و پریشانی‌شان تمرکز می‌کنند. این تمایل ممکن است چرخه معیوبی از نشخوار فکری را در پی داشته باشد که منجر به افزایش پریشانی می‌شود و در ادامه باعث نشخوار فکری بیشتر می‌شود که در نهایت منجر به یک سبک پاسخ نشخوارکننده می‌شود (سارین، نولن-هوکسما^۵، ۲۰۱۰).

1 Cognitive emotion regulation

2 Garnefski

3 Sarin, S., Nolen-Hoksema, S

4 Watts, J

5 Watkins, E. R., Roberts, H

اسپاسوجویک و آلوی^۱ (۲۰۰۲) دریافتند نشخوار فکری نقش واسطه‌ای میان هیجان‌ات و سوءاستفاده جنسی و دوره‌های افسردگی اساسی دارد. به‌علاوه کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند احتمال بیشتری دارد که سطح بالایی از پریشانی شدید درماندگی ناامیدی و ناامیدی از اینکه کسی به آنها کمک کند را تجربه کنند که این‌ها به دلیل عدم توانایی آنها در درک علت این حوادث و هم‌چنین آشنا بودن فرد ابیوزر و ارتباطش با آنها در بیشتر مواقع است و اگرچه تحقیقاتی در مورد ارتباط تجربه‌ی سوءاستفاده جنسی از کودکان و پریشانی ذهنی شده است اما تحقیقات اندکی به ارتباط بین تجربه‌های سوءاستفاده‌ی جنسی و نقش نشخوار فکری پرداخته‌اند (سارین، نولن-هوکسما، ۲۰۱۰).

علیرغم آنکه نظم جویی شناختی هیجان نقش کلیدی در آسیب‌شناسی روانی و تحول کودکان دارد، تا به امروز مطالعات کمی به نقش مکانیزم‌های عصبی نظم جویی شناختی هیجان در کودکان پرداخته‌اند (ویسینگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

نریمانی، نصیرلو و عفت پرور، (۱۳۹۳) در پژوهش خود به بررسی اثر بخشی آموزش متمرکز بر هیجان بر نظم جویی شناختی هیجان کودکان مورد سوءاستفاده هیجانی پرداختند. آنها به‌طور تصادفی ۴۰ دانش‌آموز مقطع راهنمایی را در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند و برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گذاشتند نتیجه نشان‌دهنده این بود که این درمان بر نظم جویی شناختی هیجان نوجوانان مؤثر است و افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند کمتر در موقعیت‌های سوءاستفاده قرار می‌گیرند.

گارفنسکی، کراج (۲۰۰۷) دریافتند که نظم جویی شناختی هیجان با نشانگان تنیدگی پس از سانحه مرتبط است. به‌ویژه افراد دچار مشکلات هیجانی بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند (مانند نشخوار فکری نگرانی اجتناب و ...).

یکی از درمان‌هایی که اغلب موارد برای بهبود نظم جویی هیجان در اختلال‌های کودکان به‌کار می‌رود درمان شناختی رفتاری است که باعث کاهش نشانه‌های بد تنظیمی در اختلال‌های عاطفی از طریق تغییر شناخت‌های افسردگی‌زا و یا اضطراب برانگیز، کاملاً مؤثر است (ویسینگ و همکاران، ۲۰۱۵).

گودرزوند (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای به بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر خلاقیت کودکان دارای نشخوار فکری پرداخت و بدین منظور تعداد ۳۰ نفر از کودکان ۱۰ ساله با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. یافته‌های پژوهش گودرزوند نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر خلاقیت کودکان دارای نشخوار فکری تأثیر معنادار دارد.

باتوجه به پیامدهای منفی و جبران‌ناپذیر سوءاستفاده جنسی در کودکان لزوم درمان آن ضرورت می‌یابد و یکی از درمان‌های مورد استفاده در این بخش، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما^۳ می‌باشد که یک برنامه جامع و عالی است که هم‌اکنون به‌عنوان درمان انتخابی و خط اصلی درمان‌های مبتنی بر شواهد اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته است (کوهن، مانارینو و کینیش^۴، ۲۰۱۷).

درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما درمانی مبتنی بر شواهد برای کودکان آسیب دیده در سنین ۳-۱۸ سال و والدین یا مراقبان غیر متخلف آنها است (کوهن، مانارینو و دبلینگر^۵، ۲۰۰۶؛ کوهن و همکاران، ۲۰۱۷؛ دبلینگر و همکاران^۶، ۲۰۱۵). این درمان دارای شواهد تجربی قوی برای کاهش علائم بالینی استرس پس از ضربه، افسردگی، اضطراب، رفتار برونی‌سازی و بهبود عملکرد سازگار در جوانان با ترومای پیچیده می‌باشد (به‌عنوان مثال مکملن و همکاران^۷، ۲۰۱۴؛ مورای^۸ و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین، در این

1 Spasojevic, J., Alloy, L. B.

2 Wessinga, I

3 trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT)

4 Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Kinnish, K.

5 Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E.

6 Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Heflin, A. H

7 McMullen, J., O'Callaghan, P., Shannon, C., Black, A., & Eakin, J.

8 Murray, L. K.

پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشخوار فکری در کودکان مبتلا به سوء استفاده جنسی مورد بررسی قرار گرفت.

روش پژوهش

مطالعه حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نوع شبه آزمایشی است و از طرح پژوهشی مورد منفرد^۱ و طرح A-B-A همراه با خط پایه چندگانه^۲ و دوره پیگیری استفاده شد. در این طرح موقعیت اول خط پایه A شامل اندازه‌گیری رفتار هدف در شرایط قبل از انجام مداخله است و هیچ مداخله‌ای در موقعیت خط پایه صورت نمی‌گیرد، در موقعیت دوم B یک مداخله‌ی درمانی اجرا می‌شود.

در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه برای شرکت کنندگان و مراجعین مختلف استفاده شد که در آن رفتار هدف برای هر دو مراجع یکسان است. روند مراحل خط پایه در پژوهش حاضر به این شرح بود که هر دو شرکت‌کننده به‌طور هم‌زمان وارد مرحله‌ی خط پایه شدند و تفاوت بین شرکت‌کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود، شرکت‌کنندگان صورت تصادفی بین ۲ تا ۳ هفته، مرحله‌ی خط پایه را گذراندند و وارد مرحله‌ی درمان شدند به این صورت که زمانی که درمان برای مراجع اول بعد از دو جلسه خط پایه شروع شده بود؛ مراجع دوم در مرحله خط پایه سوم قرار داشتند و تا این‌که هر دو مراجع وارد دوره درمان ۱۶ جلسه‌ای شدند و بعد از اتمام درمان پیگیری درمان در طی یک دوره یک و دو ساله صورت گرفت.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی دختران ۹ تا ۱۲ ساله دارای نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه مبتلا به سوء استفاده جنسی بود که به مراکز معاینات پزشکی قانونی مشهد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند^۳ می‌باشد. بر این اساس در ابتدا ۷ نفر به مراکز معاینات بالینی پزشکی قانونی مراجعه کردند که در ابتدا به دلیل حساسیت موضوع با والد/مراقب کودکانی که طبق گزارش آنها کودک مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بود، مصاحبه به عمل آمد، سپس از آنها خواسته شد تا مقیاس گزارش والدین از نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان را پر کنند و نمراتی که نزدیک و یا بالاتر از ۱۹ (خط برش) بودند انتخاب و پس از آن در ادامه غربال، کودکان به وسیله مصاحبه بالینی براساس DSM-5 و مشاهده مورد ارزیابی قرار گرفتند که سرانجام دو کودک که دارای ویژگی‌های مدنظر پژوهش بودند وارد دوره‌ی پژوهشی و درمانی شدند. لازم به ذکر است پس از انجام مراحل غربال، از والد/مراقب این کودکان رضایت آگاهانه مبنی بر شرکت داوطلبانه در طرح پژوهشی گرفته شد و برگه‌ی حاوی خلاصه روند پژوهش به آنان داده شد.

ملاک‌های پژوهش عبارت اند از: ۱- بودن نشانگان تنیدگی پس از سانحه مرتبط با سوء استفاده جنسی طبق DSM-5؛ ۲- جنسیت دختر ۳- حداقل سن ۹ سال و حداکثر ۱۲ سال؛ ۴- تحصیلات بین سوم تا ششم دبستان؛ ۵- بیمار هنگام دریافت این درمان، درمان روان‌شناختی دیگری دریافت نکند و درمان‌های روان‌شناختی قبلی را می‌بایست تا یک ماه قبل از ورود به درمان به اتمام رسانده باشد؛ ۶- بیمار نباید تشخیص اختلال روان‌شناختی دیگر داشته یا مبتلا به اختلال روانی ارگانیکی باشد که با شرکت در مداخله تداخل دارد.

ابزارهای پژوهش

فرم رضایت‌نامه

در این فرم به معرفی پژوهش و روند مداخله، مزایا و مشکلات احتمالی درمان هم‌چنین شیوه جبران مشکلات احتمالی پرداخته داده شده است. حقوق مراجعین و انتظاراتی که پژوهشگر از آن‌ها دارد نیز بیان شده است.

1 single- subject research

2 multiple baseline design

3 purposeful sampling

پرسش نامه نظم جویی شناختی هیجان فرم کودک

این ابزار یکی از معتبرترین ابزارها جهت بررسی فرآیندهای نظم جویی شناختی هیجان در حوزه‌ی روانشناسی مرضی است که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷)، برای ارزیابی راهبردهای نظم جویی هیجان پس از تجربه رویدادهای آسیب‌زا در بزرگسالان و کودکان تدوین شده که ما در پژوهش حاضر از فرم کودک آن استفاده کردیم. این پرسش‌نامه از ۳۶ ماده تشکیل شده و دارای ۹ خرده مقیاس می‌باشد که راهبردهای متفاوت نظم جویی شناختی شامل خود ملامت‌گری، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این پژوهش خرده مقیاس نشخوار فکری مورد سنجش قرار گرفت. شیوه نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای می‌باشد و دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر خرده مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره‌ی کل هر یک از خرده مقیاس‌ها به وسیله جمع نمره‌ی ماده‌ها محاسبه می‌گردد. بنابراین دامنه‌ی نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع تنش‌زا و منفی می‌باشد. در ایران در پژوهشی که توسط مشهدی، حسنی و میردورقی (۱۳۹۱) انجام شد میانگین ضریب آلفای کرونباخ برای تمام خرده مقیاس‌ها مطلوب و ۷۹/۵ گزارش شد. همچنین همبستگی رضایت‌بخشی بین مواد خرده مقیاس‌ها وجود داشت و به منظور بررسی اعتبار فرم فارسی از روش هم‌سانی درونی و همبستگی‌های مجموعه‌ی ماده استفاده کردند و در کل نتایج نشان دهنده این بود که اعتبار و روایی مطلوب فرم فارسی این پرسش‌نامه، سبب شده که ابزار مناسب و معتبری برای سنجش نظم جویی شناختی هیجان در کودکان باشد.

درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما

برای اجرای درمان از پروتکل «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما برای کودکان آسیب‌دیده و آزار دیده: راهنمای گام به گام» فیدر و رونان (۲۰۱۰) استفاده شد که توسط خود پژوهشگر ترجمه شده است. این برنامه درمانی برای کودکان و نوجوانان سنین ۹ تا ۱۵ سال ارائه شده است. این کودکان و نوجوانان در نتیجه سوءاستفاده و تجربه‌های مرتبط با آسیب روانی از نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه رنج می‌برند (فیدر و رونان، ۲۰۱۰). این برنامه درمانی روشی گام به گام است و طوری طراحی شده است که سازگار با شرایط هر کودک باشد. چهار جلسه به والدین/مراقبان اختصاص یافته است، که هر جلسه آن در شروع هر مرحله از برنامه برگزار می‌شود (فیدر و رونان، ۲۰۱۰). جلسات شامل ۱۶ جلسه درمانی ۱/۵ ساعته هفته‌ای دوبار بود. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱، آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما

جلسه	توضیحات و اهداف درمانی
والد/مراقب	در این جلسه اطلاعاتی در مورد درمان به والدین/مراقبان ارائه می‌شود.
اول	تعامل و آشنایی کودک با درمان: هدف اصلی برقراری رابطه درمانی با کودک، آشنایی با درمان و القای امید است.
دوم	روابط: شناخت بافت خانواده/مراقبان و شبکه‌های حمایتی کودک. تلاش برای کشف این مطلب که آسیب و سوءاستفاده چه تأثیراتی بر کودک، اعضای خانواده او و دیگران داشته است.
سوم	برنامه زمانی: بررسی تاریخچه کودک، ارائه آموزش روانی در مورد اینکه چطور سوءاستفاده و آسیب می‌تواند روی کودکان تأثیر بگذارد. همچنین معرفی برنامه STAR به‌عنوان یک الگو مقابله‌ای مؤثر که می‌تواند به کودک کمک نماید تا احساسات خود را مدیریت و بر چالش‌ها غلبه کند.
والد/مراقب	جلسه‌ای برای ارائه اطلاعات بیشتر در مورد درمان به مراقبان و بحث و بررسی در مورد پیشرفت کودک
چهارم	احساسات: کمک به کودک برای شناسایی و مدیریت احساسات
پنجم	واکنش‌های جسمانی: کمک به کودک در جهت شناسایی و واکنش‌های جسمانی مرتبط با آسیب روانی و اضطراب، و معرفی فنون تن آرامی
ششم	افکار: کمک به کودک در شناخت نقش افکار در تداوم یا بهبود علائم تنیدگی پس از سانحه، آموزش شیوه‌هایی برای کاهش نشخوار فکری و جایگزین کردن خودگویی‌های منفی و ناکارآمد به خودگویی‌های مثبت.

هفتم	مقابله فعال و حل مسئله: تقویت مقابله فعال با افکار و احساسات منفی. معرفی و تمرین مهارت‌های حل مسئله.	
هشتم	امتیاز و پاداش: معرفی راهکارهای خود ارزیابی و پاداش دهی به عنوان راهی برای مقابله با شکست فرضی و پذیرش مقابله موفق.	
والد/مراقب	جلسه‌ای برای مرور برنامه STAR و مهارت‌های مقابله‌ای که کودک آموخته است.	
نهم	معرفی مواجهه تصویری: معرفی مرحله پردازش آسیب و آغاز به گفتن داستانی از آسیب روانی توسط کودک، استفاده از تکنیک مواجهه تصویری، تمرین مداوم چهار مرحله طرح مقابله‌ای.	
دهم	تا	مواجهه تدریجی: استفاده از مواجهه تصویری برای خلق روایتی از رویداد آسیب‌زا و پردازش هیجانی خاطرات مرتبط با آسیب روانی با استفاده از شیوه انتخابی خود کودک.
سیزدهم	والد/مراقب	برگزاری جلسه‌ای جهت مرور مرحله پردازش آسیب روانی و بررسی مسائل یا مشکلات خاص و حل مسائل پیش از خاتمه جلسات درمان. مسائل ویژه: کمک به کودک برای شناسایی، درک و مدیریت هرگونه مساله خاصی که در ارتباط با تاریخچه آسیب و سوءاستفاده پیش می‌آید.
چهاردهم و پانزدهم		
شانزدهم		پیشگیری از بازگشت مشکلات و خاتمه درمان: بررسی میزان پیشرفت کودک و برپایی جشن تجلیل از پیشرفت وی در درمان

پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی، کار خود را شروع کرد، به این ترتیب که با مراجعه به دو مرکز معاینات بالینی این سازمان واقع در شرق و غرب مشهد و طی نمودن مراحل قانونی لازم، از طریق گزارش پزشک عمومی مخصوص معاینات هایمن پزشکی قانونی با والد/مراقب کودکان ملاقات به عمل آمد و آنها پرسش‌نامه گزارش والدین از اختلال تنیدگی پس از سانحه را پر کردند و سپس با والدین کودکانی که نمره ۱۹ یا بالای آن (خط برش) کسب کرده بودند مصاحبه و ارزیابی در مورد کودک به عمل آمد، سپس کودک مورد و مصاحبه و ارزیابی قرار گرفت و در نهایت ۲ نفر انتخاب شدند و برای درمان از آنها دعوت به عمل آمد. مراجعین به صورت هم‌زمان وارد مرحله‌ی خط پایه شدند و با قرار گرفتن تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار دو، سه و یا چهار هفته‌ای در مرحله‌ی خط پایه به ترتیب وارد مرحله‌ی درمان ۱۶ جلسه‌ای و دو نوبت پیگیری (یک ساله و دوساله) شدند. مراجعین در مراحل خط پایه، جلسات درمان (چهارم، هشتم دوازدهم و شانزدهم)، پیگیری یک ساله و دوساله مقیاس نظم‌جویی شناختی هیجان فرم کودک را پاسخ دادند که این کار برای نشان دادن تغییرات در حین مداخله بود تا به این طریق روند تغییرات آزمودنی‌ها در درمان بهتر نشان داده شود.

در طرح‌های مورد منفرد روش اصلی برای تحلیل داده‌ها، استفاده از نمودار و تحلیل دیداری آنها است (لین، گست، ۲۰۱۴). در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها درصد داده‌های غیر همپوش ۱ و درصد داده‌های همپوش ۲، برای تعیین میزان کارآمدی درمان از درصد بهبودی استفاده شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است (حمیدپور، ۱۳۸۸؛ به نقل از ناصری، سهرابی، برجعلی و فلسفی‌نژاد، ۱۳۹۴). برای محاسبه درصد بهبود شرکت‌کنندگان در زمینه علائم بالینی از فرمول زیر (اوگلز، لونر، بونستیل ۳، ۲۰۰۱) استفاده شد. در این فرمول A0 نمره پیش آزمون، A1 نمره پس آزمون در جلسه آخر و $\Delta A\%$ درصد میزان بهبودی است.

$$\frac{A0-A1}{A0} = \Delta A\% \text{ درصد بهبودی}$$

لازم به ذکر است بر طبق این فرمول، ۵۰٪ کاهش در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵٪ تا ۴۹٪ به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵٪ به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود (حمیدپور، ۱۳۸۸؛ به نقل از ایمانی، رجیبی، خجسته مهر، بیرامی و بشلیده، ۱۳۹۲). PND نشان‌دهنده‌ی درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی است. هرچه PND بین دو

1. percentage of non-overlapping data (PND)

2. percentage of overlapping data (POD)

3 Ogles, B. M. Lunner, K. M. Bonesteel, K.

موقعیت مجاور بالاتر (یا POD پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲). مقدار PND بین ۰ تا ۱۰۰ درصد متغیر است. PND کمتر از ۵۰ درصد نشان‌دهنده‌ی اندازه اثر غیر قابل اعتماد و ضعیفی است؛ PND بین ۵۰ تا ۷۰ درصد اثربخشی متوسطی دارد؛ PND بین ۷۰ تا ۹۰ نشان‌دهنده‌ی درمانی نسبتاً مؤثر و PND بالای ۹۰ نشان‌دهنده‌ی درمانی مؤثر است (ونت^۱، ۲۰۰۷؛ به نقل از الرشید، هات و بنو^۲، ۲۰۱۳).

یافته‌های پژوهش

در بررسی یافته‌های پژوهش ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعین گزارش می‌شود. مراجعین پژوهش شامل دو دختر بودند. دامنه‌ی سن آن‌ها بین ۹ تا ۱۲ سال بود و از لحاظ تحصیلات، سوم تا ششم ابتدایی بودند. مراجع اول دختری ۹ ساله و کلاس سوم دبستان بود که به همراه مادر بزرگ اش زندگی می‌کند و والدینش از یکدیگر جدا شده‌اند و مادر با همسر دومش در شهرستان دیگری زندگی می‌کند و کودک توسط خاله‌اش برای شکایت در مورد سوءاستفاده جنسی از کودک که توسط ناپدری اش صورت گرفته بود، به مرکز معاینات بالینی پزشکی قانونی مراجعه کرده بودند. این کودک به مدت ۳ سال و از سن ۶ سالگی مکرراً مورد سوءاستفاده جنسی و جسمی قرار گرفته بود و پس از شکایت خاله کودک قرار مجرمیت برای ناپدری از سوی دادگاه صادر و دیه هم در نظر گرفته می‌شود. در بیشتر مواقع ناپدری کودک را با خود به بیابان‌های اطراف شهر به بهانه کار می‌برده و هنگامیکه دختر ۳ ساله‌اش هم همراهشان بوده در ماشین از کودک با زور و تهدید به کشتن مادرش از او سوءاستفاده جنسی نظیر عورت نمایی، لمس ناحیه تناسلی کودک، اجبار کودک برای لمس و نگاه کردن به ناحیه تناسلی مرتکب و می‌کرده که طبق نظر پزشکی قانونی هاینمن کودک آسیب ندیده است. این کودک به شدت از ناپدری خود متنفر بود و شب‌ها به گفته خودش فکر می‌کرد ناپدری اش به سراغش آمده و می‌خواهد دوباره او را مورد اذیت و آزار قرار دهد، کابوس‌های مختلفی با مضمون کشته شدن فجع مادر و خواهر توسط ناپدری یا کشته شدن خودش می‌دید. طبق گفته‌های مادر از همان خردسالی که بعداً مشخص شد پس از اولین مورد سوءاستفاده جنسی از کودک بوده وی بسیار به مادرش وابسته شده و از رویارویی با ناپدری اش اجتناب می‌کرده اما خانواده، این رفتارهای کودک را به پای بی‌علاقگی به او و بد اخلاقی ناپدری می‌گذاشته‌اند، همچنین طبق گفته‌های مراقبین کودک وی در زمان‌های متعددی از روز به حالت خیره و مبهوت به نقطه نامعلومی نگاه می‌کرده و امسال برای اولین بار مساله سوءاستفاده جنسی را برای خاله کوچکش فاش می‌کند. کودک به شدت احساس شرمندگی و احساس گناه می‌کرد و مرتب فکرهاى منفی تکراری می‌کرده در مورد بحث سوءاستفاده می‌کرده است و فکر می‌کرد او مقصر این اتفاقات است همچنین گوش به زنگی بالایی داشت و با هر صدایی از جا می‌پرید و طبق گفته مراقبینش تمرکز پایینی داشت. مادر این کودک تا پنجم ابتدایی تحصیل کرده بود و خاله‌اش تا دیپلم و از لحاظ اجتماعی و اقتصادی از طبقات متوسط پایین جامعه محسوب می‌شدند مراجع دوم دختری ۱۰ ساله و کلاس چهارم دبستان بود که با والدینش زندگی می‌کرد. والدین کودک پس از افشای مساله سوءاستفاده جنسی طولانی مدت پسر عمه کودک از او از سن ۷ سالگی تا ۱۰ سالگی که توسط خود کودک در اواخر سال ۱۳۹۴ افشا شده بود، برای درمان مشکلات متعدد کودک مراجعه کردند که البته به دلیل آنکه کودک به هیچ وجه حاضر به رفتن به نزد روان‌شناس نبود، اولین ملاقات با کودک با مشقت خاصی انجام شد تا اعتماد کودک جلب شود. مادر اظهار داشت که در سن ۶ سالگی یک بار از پدر او جدا شده است و مادر، کودک را به پدر سپرده و خود به شهر زادگاهش نقل مکان می‌کند و از آن به بعد پدر به ناچار کودک را نزد مادر خود -مادر بزرگ کودک- می‌گذاشته و از طرفی پسر خواهرش که آن زمان ۱۵ ساله بوده و او هم فرزند طلاق بوده به روش‌های مختلف در زمانی که مادر بزرگ کودک خواب و یا در حمام بوده از کودک سوءاستفاده جنسی می‌کرده و هم‌چنین فیلم‌های مستهجن را به او نشان می‌داده. طبق اظهارات پدر، از همان دوران رفتارها و اخلاق کودک عوض شده و به شدت پرخاشگر، دمدمی مزاج شده و مرتب شب‌ها در خواب جیغ می‌زده و بارها شب‌ها با حالت پریشان

1. Wendt, O.

2. Alresheed, F. Hott, B. L. Bano, C.

خوابگردی می‌کرده و از پایه اول تحصیلی نمرات درسی‌اش افت محسوس کرده. پس از ۶ ماه از دوران جدایی مادر از همسرش به دلیل آنکه کودک مشکلات فراوانی داشته، دوباره والدین کودک باهم ازدواج می‌کنند اما مجدداً مادر به دلیل اشتغال به تحصیل کودک را هفته‌ای ۵ روز در منزل مادر بزرگش می‌گذاشته و باز آن پسر او را مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌داده است تا اینکه والدین می‌بینند کودک بیش از قبل گریه می‌کند و از اینکه با پسر عمه‌اش رو به رو شود می‌ترسد و از او اجتناب می‌کند و از طرفی بارها والدین رفتارهای جنسی نامتعارف با سن کودک را می‌بینند، استمناهای افراطی کودک در رختخواب، جلوی تلویزیون، پرخاشگری شدید به والدین و خصوصاً مادر که نباید جلوی پدرم لباس باز بپوشی یا نباید کنار هم بخوابید، هم‌چنین چندین بار طبق گفته والدین، کودک به نواحی جنسی پدر دست زده است. طبق گفته‌های کودک وی مرتب کابوس‌های مختلفی با مضامین بسیار ترسناک می‌دیده و همین‌طور به گفته خودش بیشتر شب‌ها احساس می‌کرد فردی با چشمان قرمز بالای تختش به او خیره شده است. سابقه روان‌درمانی کودک نشان می‌داد دو مرتبه پس از افشای مساله سوءاستفاده جنسی به مشاور و روان‌شناس بالینی مراجعه کرده‌اند که هر دو بار پس از چند جلسه کودک از رفتن سرباز زده و روان‌شناس تشخیص اختلال تنیدگی پس از سانحه را داده است و نظرش این بوده که کودک نیاز است هم‌زمان دارو مصرف کند و باید به روان‌پزشک مراجعه کند اما والدین کودک قبول نمی‌کنند. در اولین ملاقات با کودک، کودک ظاهری آشفته داشت و پیراهنی کوتاه به همراه چادری مشکی پوشیده بود و مادر اظهار داشت چون امکان داشت امروز در مراسم تعزیه یکی از اقوام، پسر عمه‌اش را ببیند اصرار داشته تا چادر بپوشد و تمام مدت مراسم پشت سر من خودش را پنهان می‌کرده و چون ظن این را داشته که قرار است نزد روان‌شناس برویم به شدت پرخاشگری و گریه کرده و تهدید کرده خودم را می‌کشم. مادر در طول مصاحبه به شدت می‌گریست و می‌گفت واقعا مانده‌ایم با دخترم چه کار کنیم و مدرسه هم امسال او را اخراج کرده است و در ضمن او هیچ دوست صمیمی ندارد. کودک احساس گناه و افکار تکرار شونده با محوریت احساس گناه داشت و بسیار سعی می‌کرد چیزی از مساله سوءاستفاده جنسی نگوید و از آن اجتناب می‌کرد. پدر و مادر این کودک هر دو تحصیل کرده و از لحاظ اجتماعی و اقتصادی از طبقات بالا جامعه محسوب می‌شدند.

در ادامه نتایج حاصل از پژوهش گزارش می‌شود. در جدول ۲، نمرات مراجعین در مقیاس نشخوار فکری در مراحل مختلف (خط پایه، درمان و پیگیری) آمده است.

جدول ۲. روند تغییر نمرات نشخوار فکری در مراجعین

متغیر	مرحله	مراجع اول	مراجع دوم
نشخوار فکری	خط پایه اول	۱۷	۱۹
	خط پایه دوم	۱۷	۲۰
	خط پایه سوم	-	۱۸
	خط پایه چهارم	-	-
	جلسه چهارم درمان	۱۶	۱۶
	جلسه هشتم درمان	۱۰	۱۳
	جلسه دوازدهم درمان	۶	۶
	جلسه شانزدهم درمان	۴	۵
	پیگیری یک ماهه	۵	۷
	پیگیری دو ماهه	۵	۶
	پیگیری سه ماهه	۶	۷
	پیگیری یک ساله	۵	۷
	پیگیری دو ساله	۶	۸

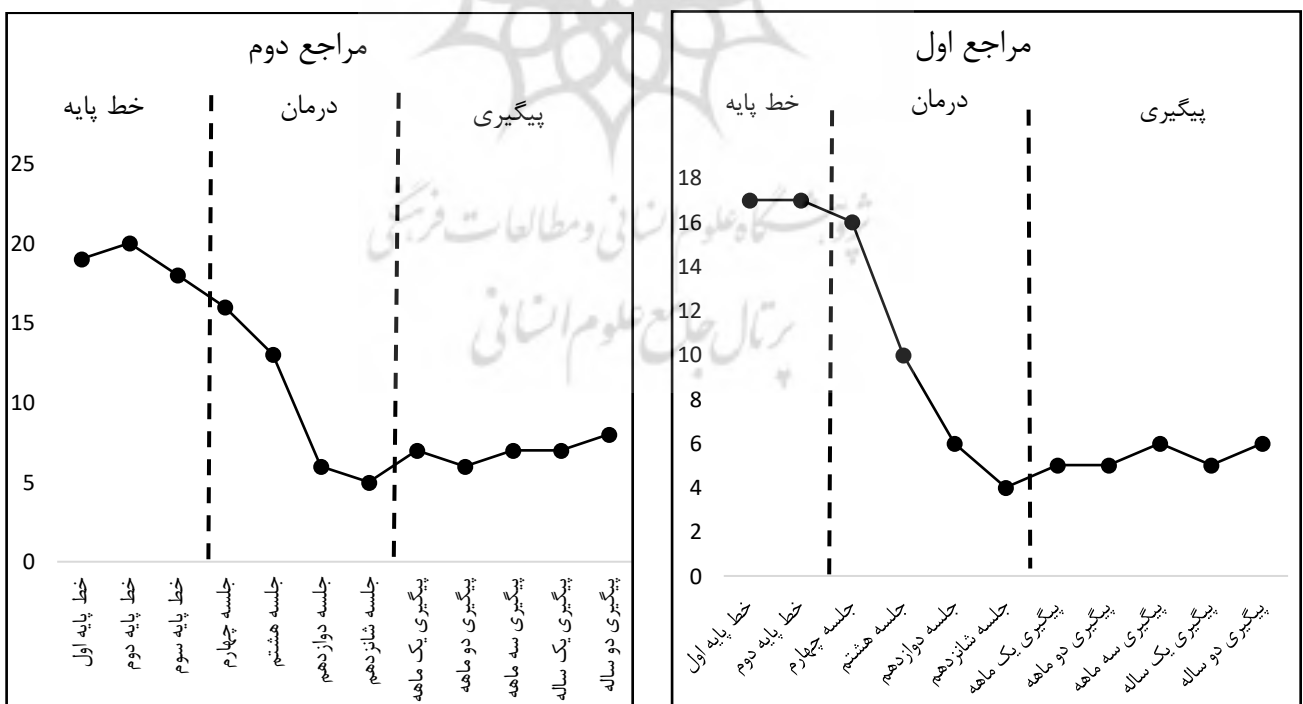
همان‌طور که در جدول ۲، دیده می‌شود نمرات تمامی مراجعین نسبت به خط پایه در نشخوار فکری سیر نزولی داشته است و نشخوار فکری کاهش پیدا کرده است. در ادامه بررسی، درصد بهبودی مراجعین در جدول ۲، بیان شده است.

جدول ۳. درصد بهبودی نشخوار فکری مراجعین

متغیر	مراجع	مداخله	پیگیری ماهه	یک پیگیری ماهه	دو پیگیری سه ماهه	پیگیری یک ساله	پیگیری دو ساله	بهبودی کلی
نشخوار فکری	اول	۷۶	۷۰	۷۰	۶۴	۷۰	۶۹	۶۹
	دوم	۷۳	۶۳	۶۸	۶۳	۶۳	۵۷	۶۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در نشخوار فکری مراجع اول در تمامی مراحل مورد بررسی (پس آزمون، پیگیری یک، دو، سه ماهه، یک ساله و دو ساله) به طور معناداری نشخوار فکری او کاهش پیدا کرده بود و بهبودی کلی نیز ۶۹ درصد بود که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان می‌باشد. مراجع دوم نیز در تمامی مراحل مورد بررسی (پس آزمون، پیگیری یک، دو، سه ماهه، یک ساله و دو ساله) به طور معناداری نشخوار فکری او کاهش پیدا کرده بود و بهبودی کلی نیز ۶۵ درصد بود که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان می‌باشد.

در ادامه به تحلیل دیداری نمودارها، درصد داده‌های غیرهم‌پوش (PND) پرداخته می‌شود و اثربخشی درمان از طریق تحلیل دیداری نمودارها در نشخوار فکری مورد بررسی قرار می‌گیرد.



نمودار ۱. نمودار نشخوار فکری مراجعین پژوهش

همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود نشخوار فکری در مراجعین پژوهش سیر نزولی داشته و کاهش یافته است. براساس تحلیل دیداری در نشخوار فکری برای مراجع اول نشان داد که درمان برای مراجع اول اثربخش بوده است (PND برای بیمار

در درمان ۱۰۰ درصد؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش نشخوار فکری مؤثر بوده است. هم‌چنین در مراجع دوم نتایج نشان داد که درمان برای مراجع دوم اثربخش بوده است (PND) برای بیمار در درمان ۱۰۰ درصد؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش نشخوار فکری مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر بهبود نشخوار فکری کودکان مبتلا به سوءاستفاده جنسی بود. تحلیل بین موقعیت‌های مختلف آزمایشی نشان داد که مراجعان این پژوهش در نشخوار فکری تفاوت معناداری در موقعیت B یعنی مرحله‌ی درمانی؛ نسبت به موقعیت خط پایه A داشتند. نمودار مراجعین در موقعیت B سیر نزولی دارد که نشان‌دهنده‌ی بهبود نشخوار فکری می‌باشد و این بهبودی در مراحل پیگیری یک و دو ساله تداوم داشت و در هیچ مرحله‌ای مراجعین پژوهش به سطح موقعیت خط پایه برنگشته‌اند؛ هم‌چنین تحلیل کمی و کیفی داده‌های پژوهش نیز نشان‌دهنده‌ی تفاوت معنادار موقعیت‌ها با یکدیگر بود.

نتایج حاصل از تحلیل نمودارهای هر دو آزمودنی نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر بهبود نشخوار فکری کودکان مبتلا به سوءاستفاده جنسی بود. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، این درمان یکی از درمان‌های مؤثر برای درمان پیامدها و تأثیرات سوءاستفاده جنسی در کودکان است که به‌طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته است برای مثال (سیلورمن و همکاران، ۲۰۰۸).

باتوجه به پژوهش‌ها و هم‌چنین پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند در مبتلایان تغییر ایجاد کند و منجر به بهبودی راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان آن‌ها از جمله نشخوار فکری شود. این درمان می‌تواند باورهای غلط این کودکان در مورد خود، دیگران و جهان اطرافشان را تغییر دهد و در آنها احساس مثبتی از خود ایجاد کند؛ بنابراین، آنها یاد گرفتند، نشخوارهای فکری منفی، را کنار بگذارند و به خود و شرایطی که اتفاق افتاده به صورت مثبت‌تری نگاه کنند.

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان به تکنیک‌ها، تمرین، بررسی مداوم مراجعین و نظارت بر انجام آن‌ها اشاره کرد. با استفاده از برنامه ۴ مرحله‌ای S¹T²A³R⁴، چرخه معیوب احساسات ترسناک و فکر کردن به چیزهای بد و رفتارهای اجتنابی تصحیح شد و تغییراتی در دیدگاه مراجعین نسبت به خودشان و احساسات شرم و گناه و خود ملامت‌گری ایجاد شد و در نتیجه توانستند هیجان‌ات و شناخت‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا را بهتر بشناسند و مدیریت کنند تا در هنگام تجربه اضطراب و خودگویی‌های منفی آن‌ها را شناسایی کنند، به این صورت که درمانگر در طول جلسات درمان به مراجعین آموزش داد افکار تکرار شونده (نشخوار فکری) و خودگویی‌های ناکارآمد خود را شناسایی و آنها را به خودگویی‌های مفید تغییر دهند به‌عنوان مثال از طریق عنوان کردن مثال‌های عینی مثل «پیدا کردن افکار ناکارآمد انگار که تو کارگاهی و داری با ذره‌بین دنبال شواهد و مدارک می‌گرددی» یا «تو ماهیگیری و با تور ماهیگیری داری دنبال ماهی می‌گرددی» تا به این صورت بتوانند در موقعیت‌های ناراحت‌کننده مؤثر تر مقابله کنند و بهتر بتوانند به هیجان‌ات مرتبط با تنیدگی نظم بخشند.

تکنیک آزمایش فکر و چالش با افکار به مراجعین در شناسایی افکار مرتبط با موقعیت‌های ناخوشایند و دست‌یابی به افکار مفیدتر کمک کرد تا با تمرکز بر این افکار مفید احساس بهتری پیدا کنند و از نشخوارهای فکری مرتبط با رویداد آسیب‌زایی که با آن

1. scary feelings
2. thinking bad things
3. activities that can help
4. rating and rewards

مواجهه شده‌اند کاسته شد و به این منظور از فعالیت‌های مختلفی استفاده شد، نظیر: ایفای نقش، استفاده از عروسک‌های پاپت، کاربرگ‌های افکار آدم‌ها، کاربرگ «دو حباب فکر روی سر یک نفر» و نوشتن افکار احتمالی مختلف در داخل آنها و تمایز بین افکار سودمند و افکار غیر مفید. تکنیک توقف فکر، به کودک این امکان را داد تا بتواند به شیوه‌های مختلف جلوی افکار ناکارآمد و ناراحت‌کننده‌اش را پیرامون مساله سوءاستفاده جنسی و شرایطی که در آن قرار داشت، در طی جلسات بگیرد.

به‌عنوان کلام آخر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما از طریق تکنیک‌های مختلف و با پاداش دادن به خود، حتی در موقعیت‌های جزئی به کودک می‌آموزد تا بیشتر از خودگویی‌های مفید استفاده کند تا احساسات بهتری در او ایجاد شود. درمانگر به کودک آموزش می‌دهد بین جنبه‌های مختلف تجارب مرتبط با رویداد آسیب‌زایی که دیده است تمایز برقرار کند و افکار مقابله‌ای و مفیدش را ثبت کند و آنها را افزایش دهد و با تمرکز کودک بر این افکار سودمند به نوبه خود منجر به تجربه هیجانات بهتر و سازگاری شناختی بیشتر در کودک شود. در واقع از اهداف درمان شناختی رفتاری این است که به بیماران آموزش دهد که با وجودیکه افراد قادر به کنترل تمام جنبه‌های دنیای پیرامونشان و رویدادهایی که برایشان اتفاق می‌افتد نیستند اما می‌توانند در چگونگی تعبیر و تفسیر و روایت و پرداختن به آن نقشی مؤثر داشته باشند و آن را کنترل کنند. اگر در همان ابتدای امر در کودکی به مشکلات و مسایل کودکان قربانی سوءاستفاده جنسی پرداخته شود، می‌تواند امید بخش این کودکان و خانواده‌هایشان باشد و سلامت روان آنها را افزایش دهد و نشاط و شادمانی را به روح آسیب دیده این کودکان و خانواده‌هایشان تا حد زیادی برگرداند؛

هر پژوهشی محدودیتی دارد. در رابطه با محدودیت‌های پژوهش می‌توان تک جنسیتی بودن نمونه‌ی پژوهش، عدم تعمیم نتایج پژوهش به دلیل استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و عدم امکان تعمیم نتایج و نتیجه‌گیری‌های آزمایشی کامل تر به دلیل مورد منفرد بودن روش پژوهش حاضر، اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود عوامل احتمالی مانند وضعیت اقتصادی، تحصیلی و هوش دانش‌آموزان و هم-چنین روابط خانوادگی دانش‌آموزان در پژوهش‌های آتی کنترل شود. توصیه می‌شود متغیرهای دیگری که بر مساله سوءاستفاده جنسی تأثیرگذار هستند، شناسایی شوند و پژوهش دیگری در این زمینه انجام شود و با توجه به یافته‌های اولیه در حمایت از درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در گام بعدی و پژوهش‌های آتی از طرح‌های پژوهشی با گروه آزمایش و کنترل استفاده شود. اثربخشی این رویکرد در مورد کودکان مبتلا سوءاستفاده جنسی با سایر رویکردهای درمانی مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع

۵. چناری، ت؛ رحیمی، م؛ اسدالهی، ج؛ مشهدی؛ ع. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBS-R) بر بهبود نظم جویی شناختی هیجانی نوجوانان با مشکلات اضطرابی. کنفرانس بین‌المللی روانشناسی مشاوره و تعلیم و تربیت.
۶. شفیعی، م؛ بشرپور، س؛ حیدری راد، ح. (۱۳۹۵). نقش افکار خودکشی و نشخوار فکری در پیش‌بینی علائم اختلال استرس پس از سانحه در افراد مواجه شده با رویداد آسیب‌زا. فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی، ۱۳، ۶۵-۸۵.
۷. فراهانی، ح؛ عابدی، ا؛ آقامحمدی، س و کاظمی، ز. (۱۳۹۲). مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی، تهران: روان‌شناسی و هنر.
۸. مشهدی، ع؛ حسینی، ج، میردورقی، ف. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان- فرم کودکان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴(۳)، ۲۴۶-۲۵۹.
۹. نریمانی، م؛ عالی ساری نصیرلو، ک؛ عفت پرور، س. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش متمرکز بر هیجان بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانش‌آموزان آزار دیده عاطفی. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۳(۲)، ۳۷-۵۰.
10. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Kinnish, K. (2017). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for commercially sexually exploited youth. *Journal of child & adolescent trauma*, 10(2), 175-185.
11. Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

12. Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 412–425.
13. Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Heflin, A. H. (2015). *Child sexual abuse: a primer for treating children, adolescents and their non-offending parents*. Second Edition. New York: Oxford Press
14. Del Rio-Casanova, L., Gonzalez, A., Paramo, M., Van Dijkea, A., Brenlla, J. (2016). Emotion regulation strategies in trauma-related disorders: pathways linking neurobiology and clinical manifestations. *De Gruyter*, 1-11.
15. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37, 268–277.
16. Feather, J. S., Ronan, K. R. (2010). *Cognitive behavioural therapy for child trauma and abuse*. First publish, London: Jessica Kingsley Publishers.
17. Garnefski, N., Kraji, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149.
18. Garnefski, N., Kraji, V., Spinhoven, P. (2002). *Manual for the cognitive emotion regulation questionnaire*. Netherlands: DATEC
19. Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Meerum Terwoegt, M., Kraji, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, 1–9.
20. Goodman, R., Scott, S. (2012). *Child psychiatry*. Blackwell Publishing.
21. Greene, T., Neria, Y., & Gross, R. (2016). Prevalence, detection and correlates of PTSD in the primary care setting: A systematic review. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 23(2), 160-180.
22. Lane, J. D., Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychol Rehabil*, 24(3-4), 445-63.
23. Liu, W., Chen, L., Blue, P. R. (2016). Chinese Adaptation and Psychometric Properties of the Child Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *PLOS ONE* 11(2), 1-14.
24. McMullen, J., O'Callaghan, P., Shannon, C., Black, A., & Eakin, J. (2014). Group trauma-focused cognitive behavioral therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomized clinical trial. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 54, 1231–1241.
25. Murray, L. K., Skavenski, S., Kane, J. C., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J. A. & Bolton, P. A. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: a randomized clinical trial. *JAMA pediatrics*, 169(8), 761-769.
26. Ogles, B. M., Lunner, K. M., Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Journal of Clinical Review*, 21, 421-446.
27. Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33, 331–342.
28. Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 16–27.
29. Pifalo, T. (2007). Jogging the Cogs: Trauma-Focused Art Therapy and Cognitive Behavioral Therapy with Sexually Abused Children. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 170-175.
30. Sarin, S., Nolen-Hoeksema, S. (2010). The dangers of dwelling: An examination of the relationship between rumination and consumptive coping in survivors of childhood sexual abuse. *Cognition and Emotion*, 24 (1), 71-85.
31. Scoglio, A. A., Kraus, S. W., Saczynski, J., Jooma, S., & Molnar, B. E. (2019). Systematic review of risk and protective factors for revictimization after child sexual abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838018823274.
32. Seville, C. R. (2011). *Childhood Sexual Abuse and Disclosure: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experiences of Mexican and Mexican American Women*. Alliant International University, San Francisco Bay.
33. Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2002). Who becomes a depressive ruminator? Developmental antecedents of ruminative response style. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16, 405_ 419.
34. Walsh, K., Blaustein, M., Knight, W. G., Spinazzola, J., & Van Der Kolk, B. A. (2007). Resiliency factors in the relation between childhood sexual abuse and adulthood sexual assault in college-age women. *Journal of child sexual abuse*, 16(1), 1-17.
35. Watkins, E. R., Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 1-28.
36. Watts, J., Leeman, M., O'Sullivan, D., Castleberry, J., Baniya, G. (2020). Childhood Emotional Maltreatment and Post-Traumatic Stress Disorder in the Context of Centrality of the Event and Intrusive Rumination. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 1–10.
37. Wessinga, I, Rehbein, M, A., Romer, G., Achtergardea, S., Dobel, C., Zwitserlood, P., Fürniss, T., Junghöferb, M. (2015). Cognitive emotion regulation in children.



The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Improving Rumination in Sexually Abused Children: A Single-Subject Research with one and two year follow-up

Sepideh Ghazizadeh¹, Ali Mashhadi^{*2}, Zahra Tabibi³, Atefeh Soltanifar⁴

1. MA Clinical Psychology, Ferdowsi university of Mashhad, Mashhad, Iran.
Sepideh.ghazizadeh@mail.um.ac.ir
2. Corresponding author: Associate Professor, Department of psychology, Ferdowsi university of Mashhad, Mashhad, Iran.
mashhadi@um.ac.ir
3. Associate Professor, Department of psychology, Ferdowsi university of Mashhad, Mashhad, Iran.
tabibi@um.ac.ir
4. Associate Professor, Department of Psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
soltanifara@mums.ac.ir

Abstract

Introduction: This study aimed to determine the effectiveness of TF-CBT on Improving Rumination in sexually abused children .

Methods: This quasi-experimental research was a single-subject research design with multiple baselines with follow-up. The statistical population consisted of all children of 9-12 years old, who have been sexually abused that referred to the Center of Clinical Tests of Forensic Medicine in 2016. In this study, sampling was purposeful, and 2 children were selected. The participants in situations of baseline, even sessions of intervention and one, two years after intervention responded to the Children's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-K). Sixteen treatment sessions were administrated for each subject. Data analysis by using visual analysis chart, percentage of recovery and PND was done .

Results: The results showed that TF-CBT significantly improved rumination in clients at the end and in the process has been followed .

Conclusion: It could be concluded that TF-CBT is effectively improving rumination in sexually abused children and vulnerable children need specialists.

Keywords: Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy, Rumination, Child Sexual Abuse