

## The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Children with Sexual Abuse Experiences

Ghazizadeh, S., Mashhadi, \*A., Tabibi, Z., Soltanifar, A.

### Abstract

**Introduction:** This study aimed to determine the effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) to improving the symptoms of PTSD in 2 sexually abused children.

**Method:** This research conducted with a single-subject design using multiple baselines and follow-up paradigm. The statistical population consisted of all 9-12 years old children with sexual abuse experiences referred to the Center of Clinical Tests of Forensic Medicine in 2016. By a urposeful sampling method 2 children were selected and undergon the TF-CBT therapy. Children were responded to the Child Post-traumatic Symptom Scale (CPSS), and The Parent Report of Post-traumatic Symptoms (PROPS) instruments completed in the baseline, 4,8,12 and 16<sup>th</sup> sessions of intervention, and in 1, 2 and 3<sup>rd</sup> months fter intervention, as well as, in 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> years after interventions. Data was extracted from instruments and analysed by visual charts, percentage of recovery, Effect size and PND analysis.

**Results:** Results were shown that TF-CBT could significantly improve the PTSD symptoms in sexually abused children after interventions and therapeutic effects were stable in follow up.

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

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder, Sexual abuse, Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy.

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی

سپیده قاضی‌زاده<sup>۱</sup>، علی مشهدی<sup>۲</sup>، زهرا طیبی<sup>۳</sup>، عاطفه سلطانی‌فر<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر (TF-CBT) بر بهبود نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در دو کودک دارای تجربه سوءاستفاده جنسی بود.

**روش:** این پژوهش نیمه با طرح مورد منفرد A-B-A و پارادایم خط پایه چندگانه و پیگیری اجرا شد. جامعه آماری پژوهش کلیه کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی ۹ تا ۱۲ سال مشهد بودند که به مراکز معاینات بالینی پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۵ مراجعه کردند. دو نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و تحت مداخلات درمانی TF-CBT قرار گرفتند. کودکان در موقعیت‌های خط پایه، جلسات ۴-۸-۱۲-۱۶ مداخله و یک، دو و سه ماه، یک و دو سال بعد از مداخله، به مقیاس علایم تنیدگی پس از سانحه در کودکان (CPSS)، مقیاس گزارش والدین از نشانگان تنیدگی پس از سانحه کودکان (PROPS)، پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل دیداری نمودار، درصد بهبودی، اندازه اثر و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان TF-CBT به طور معناداری منجر به بهبودی و کاهش شدت نشانگان PTSD در کودکان با تجربه سوء استفاده جنسی پس از درمان می‌شود و اثرات درمانی در مراحل پیگیری نیز پایدار بود.

**نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان بیان کرد که این درمان در بهبود PTSD کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی مؤثر است و این کودکان آسیب‌پذیر نیازمند توجه متخصصان هستند.

**واژه‌های کلیدی:** تنیدگی پس از سانحه، سوءاستفاده جنسی، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما.

## مقدمه

کودکان سرمایه‌های پربرتک امروز و فردای هر جامعه‌ای هستند، سلامت روان کودکان و نوجوانان از ارکان اصلی هر جامعه‌ای است و بسیاری از کودکان در طول تحول خود با حوادث تنیدگی‌زای مختلفی مثل طلاق والدین، فوت یک خویشاوند مورد علاقه‌شان مواجه می‌شوند باین‌حال این تجارب معمولاً آسیب‌زا<sup>۱</sup> در نظر گرفته نمی‌شود اما اگر این حوادث و تجارب آسیب‌زا ماهیتی تکرارشونده، ناگهانی، مثل مواجهه با جنگ یا شاهد یا قربانی خشونت‌های خانگی شدن، داشته باشند و باعث تهدید زندگی یا سلامت جسمانی، یا تحمل کردن سوءاستفاده جسمی یا جنسی<sup>۲</sup> شوند می‌توانند باعث بروز مشکلات مختلفی در روند تحول طبیعی کودک شوند(۱).

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5، سوءاستفاده و غفلت<sup>۳</sup> 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. سوءاستفاده جنسی از کودک به، به کار گرفتن کودک، استفاده، ترغیب، تشویق، تطمیع و یا استفاده از زور برای شرکت در یا کمک به هر فردی برای شرکت در هرگونه رفتار جنسی آشکار یا تظاهر به این نوع رفتارها باهدف تولید مضامین پورنوگرافی یا عمل تجاوز جنسی<sup>۴</sup> یا در رابطه با سرپرست کودک و یا روابط درون خانوادگی، تجاوز قانونی<sup>۵</sup> یا لمس جنسی<sup>۶</sup>، فحشا و یا هر نوع بهره‌کشی جنسی<sup>۷</sup> از کودک و یا زنا با محارم<sup>۸</sup> اطلاق می‌شود(۲). سوءاستفاده از کودکان یک مشکل جهانی با عواقب جدی و مادام‌العمر است که می‌تواند تأثیرات و عواقب طولانی مدتی بر کارکردهای جسمی، عاطفی، روانی، شناختی، رفتاری، اجتماعی و عصب‌شناختی کودکان و نوجوانان بر جای بگذارد(۳) و به‌عنوان یک تهدید اصلی برای سلامتی کودکان محسوب می‌شود، به‌عنوان مثال

افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، وابستگی به مواد، رفتارهای پرخطر جنسی از جمله پیامدهای ناشی از سوءاستفاده جنسی از کودکان می‌باشد(۴،۵). سوءاستفاده از کودکان در همه اشکالشان باعث کاهش احساس خود ارزشمندی در کودک می‌شود و درعین‌حال رشد اجتماعی هوشی و تحصیلی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۶). در مورد میزان شیوع سوءاستفاده جنسی آمارهای رسمی زیادی وجود ندارد و دستیابی به آمار دقیق بروز سوءاستفاده جنسی کاری دشوار است(۴). مطالعات تخمین زده‌اند از هر ۱۰ کودک، ۱ کودک مورد آزار جنسی قرار می‌گیرد و قبل از ۱۸ سالگی (۱ از ۷ دختر و ۱ در ۲۵ پسر) مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند(۷، ۸، ۹).

یکی از پیامدهای شایع در کودکانی که در معرض رویدادهای آسیب‌زا به‌ویژه سوءاستفاده جنسی بوده‌اند، تنیدگی پس از سانحه است که رنج روانی فراوانی را در زمانی طولانی بر آنها تحمیل می‌کند. در مطالعه‌ای با استفاده از ملاک‌های DSM-4 نتایج زیر به دست آمد: ۱۰۰ درصد کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند، ۷۰ درصد آنهایی که قربانی سوءاستفاده جسمی بودند دارای اختلال تنیدگی پس از سانحه بودند(۱۰). ملویل، کلاگ، پیرز و لوک فر(۱۱) در یک مطالعه گذشته‌نگر بر روی کودکان ۸ تا ۱۷ سال که پس از سوءاستفاده جنسی تحت ارزیابی پزشکی قرار گرفته بودند به بررسی علائم عاطفی، رفتاری و تأثیر این عوامل بر مسئله سوءاستفاده و واکنش‌های خانواده به افشاگری پرداختند. نتایج نشان داد ۸۳٪ این کودکان حداقل ۱ علامت تروما داشتند و ۶۰٪ آنها مشکلات مرتبط با خواب و یک‌سوم آنها افکار خود ملامت‌گری داشتند.

از میان رویکردهای مختلف درمانی امروزه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما<sup>۹</sup> خط اول درمان رویدادهای آسیب‌زا (تروما) نظیر سوءاستفاده جنسی و اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان است و از بیشترین حمایت تجربی برخوردار است(۱۲). این مداخله در درمان علائم درونی سازی و رفتارهای جنسی کودکان پیش از سن مدرسه مؤثرتر از درمان حمایتی غیرمستقیم است، همچنین

1. traumatic
2. sexual abuse
3. neglect
4. rape
5. statutory rape
6. molestation
7. sexual exploitation
8. incest

9. Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT)

و پیامدهای آن مؤثر است. از آنجایی که تحقیقات اندکی در ایران در حوزه اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری که به آسیب‌های دوران کودکی و به‌طور خاص مسئله سوءاستفاده جنسی از کودکان می‌پردازد، صورت گرفته است؛ بنابراین، در این پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر بهبود نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی با استفاده از پروتکل درمانی فیدر، رونان (۱۹) صورت گرفت.

### روش

**طرح پژوهش:** مطالعه حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نوع شبه‌آزمایشی است و از طرح پژوهشی مورد منفرد<sup>۱</sup> و طرح A-B-A همراه با خط پایه چندگانه<sup>۲</sup> و دوره پیگیری استفاده شد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دختران ۹ تا ۱۲ ساله دارای نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه با تجربه سوءاستفاده جنسی بود که به مراکز معاینات بالینی پزشکی قانونی مشهد در سال ۱۳۹۵ مراجعه کردند. در ابتدا پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی، با مراجعه به مراکز فوق و طی نمودن مراحل قانونی لازم، از طریق گزارش پزشک عمومی مخصوص معاینات هایمن پزشکی قانونی با والد/مراقب کودکان ملاقات به عمل آورد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۳</sup> می‌باشد. بر این اساس در ابتدا ۷ نفر که به مراکز پزشکی قانونی مراجعه کردند انتخاب شدند و به دلیل حساسیت موضوع با والد/مراقب کودکانی که طبق گزارش آنها کودک مورد سوءاستفاده 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، 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،

بررسی‌ها مؤید این بوده که کاهش نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه با درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما مرتبط است (۱۳، ۱۴). به عنوان مثال در پژوهشی که سیلورستون، گریزپن، سیلورستون، ساوا، لیندر (۱۵) انجام دادند، با طراحی یک برنامه ۴ هفته‌ای تحت عنوان «شجاعت داشته باش» اثربخشی این درمان را بر روی ۳۵ کودک با نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه ناشی از سوء استفاده جنسی که در دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال بودند بررسی کردند. آنها همچنین اضطراب و افسردگی این کودکان را بررسی کردند و نتایج نشان دهنده اثربخشی این درمان بر روی این کودکان در هر سه نشانگان بود. همچنین برای سنجش اثربخش بودن این درمان در کشورهای آسیایی کامه اوکا و همکاران (۱۶) در پژوهش خود در کشور ژاپن به بررسی اثربخشی این درمان بر روی کودکانی که تجربه آسیب‌زا داشته‌اند، پرداختند. زیرا اکثر پژوهش‌ها در مورد اثربخشی این درمان در کشورهای اروپایی و آمریکا انجام شده است. آنها ۳۵ کودک ۳ تا ۱۷ سال را تحت درمان مذکور قرار دادند و نتیجه نشان دهنده کاهش نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در این کودکان بود و یافته‌های این پژوهش نشان داد این درمان در یک جامعه آسیایی نیز اثربخشی دارد. برنامه درمانی شناختی رفتاری متمرکز بر تروما که توسط فیدر و رونان (۱۷) تدوین شده است شکلی از الگو اصلی این درمان کوهن، دبلینگر، برلینر و مانارینو (۱۸) است که برای کودکان ۹ تا ۱۵ ساله دارای اختلال تنیدگی پس از سانحه مرتبط با آسیب‌های روانی و سوءاستفاده به کار می‌رود. این برنامه رویکردی گام به گام بین ۸ تا ۱۶ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای دارد. اگرچه این رویکرد در قالب درمانی فردی طراحی شده، اما جلساتی نیز برای والدین و مراقبان در آن گنجانده شده است (۱۹).

با توجه به مطالب بیان شده ضرورت انتخاب این گروه از کودکان این است که در جامعه امروز تعداد کودکانی که از آنها سوءاستفاده جنسی می‌شود کم نیست و مشکلات رفتاری آنها چالش بزرگی برای خود، خانواده‌هایشان و جامعه ایجاد می‌کند، این گروه از کودکان اگر درمان نشوند در طی بحران‌های دوره نوجوانی دچار مشکلات بیشتری خواهند شد. بنابراین شناسایی زودهنگام این کودکان و طراحی برنامه‌های درمانی مناسب در پیشگیری از عود مشکلات آنها

1. single- subject research
2. multiple baseline design
3. purposeful sampling

آزمون بین ۰ تا ۷ خواهد بود و هرچه نمرات به ۷ نزدیک تر باشد نشانه مشکلات عملکردی بیشتری در زندگی کودک است. اعتبار این آزمون به روش باز آزمایی برای کل مقیاس بسیار خوب ۰/۸۴ و برای هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۶۳، ۰/۷۶ به دست آمده است. همچنین بین مشکلات عملکردی با شدت علائم همبستگی وجود داشت و می توان از آن به عنوان شاخصی از روایی ابزار ذکر کرد. ضریب آلفای کرونباخ سؤال‌های هر یک از ۳ خرده مقیاس یادآوری مجدد، اجتناب و بیش برانگیختگی در مورد یک نمونه‌ی ۷۵ نفری از کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۵ ساله به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۷۰، و برای مجموع ۱۷ عبارت ۰/۸۹، گزارش شده است. ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌ها با کل آزمون به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۰، گزارش شده است. این پرسشنامه هنوز در ایران هنجاریابی نشده است اما در تحقیقی که توسط مطلق و همکاران (۲۱) انجام شد وجود هریک از ۳ دسته علائم با تشخیص اختلال همبستگی داشت و اعتبار درونی برای کل آزمون خیلی خوب و برای زیر مقیاس‌ها متوسط تا خوب گزارش شده است

۲. مقیاس گزارش والدین از تنیدگی پس از سانحه در کودکان<sup>۲</sup>: هدف این مقیاس که توسط گرین والد و رابین (۲۲) طراحی شده است سنجش گزارش والدین از علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان می‌باشد. این مقیاس دارای دو فرم گزارش والدین و گزارش کودک می‌باشد که در این پژوهش از فرم والدین استفاده شده است. شیوه نمره‌گذاری این مقیاس که براساس طیف لیکرت ۳ گزینه‌ای است به ترتیب اصلاً نمره ۰ گاهی نمره ۱ خیلی نمره ۲ را دریافت می‌کند. برای به دست آوردن امتیاز کلی آزمون مجموع نمرات تک تک سوالات محاسبه شده و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۰ خواهد بود که هر قدر میزان نمرات بیشتر شود به معنای شدت بیشتر نشانگان تنیدگی پس از سانحه می‌باشد. سازندگان این مقیاس پایایی این مقیاس را از طریق همسانی درونی ۰/۹۳ و با روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ تا ۶ هفته‌ای ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی این مقیاس به وسیله همبستگی این مقیاس با سیاهه وقوع تروما در طول زندگی خوب گزارش شده که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بوده است. نقطه برش این مقیاس ۱۹ می‌باشد که

از والد/مراقب این کودکان رضایت آگاهانه به صورت کتبی مبنی بر شرکت داوطلبانه در طرح پژوهشی گرفته شد و برگه‌ای حاوی خلاصه روند پژوهش به آنان داده شد. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: ۱. دارا بودن نشانگان تنیدگی پس از سانحه 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.

### ابزار

۱. مقیاس علائم تنیدگی پس از سانحه در کودکان<sup>۱</sup>: این مقیاس یک ابزار خود گزارشی است که برای کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۸ ساله توسط فوآ، جانسون، فنی و تردول (۲۰) ساخته شده است. این پرسشنامه علائم تنیدگی پس از سانحه را طبق معیارهای DSM می‌سنجد و شامل سه دسته علائم یادآوری مجدد حادثه، اجتناب و بیش برانگیختگی می‌باشد. این آزمون دارای ۲ قسمت است، در قسمت اول ۱۷ عبارت وجود دارد که نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه را می‌سنجد و کودکان و نوجوانان میزان توافقشان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت ۴ گزینه که از دامنه (هرگز برایم اتفاق نیفتاده) تا (۵ بار یا بیشتر از آن برایم در هفته اتفاق افتاده) گسترده بود، نشان می‌دهند. قسمت دوم این مقیاس که از ۷ عبارت تشکیل شده به بررسی اصلی‌ترین حوزه‌های عملکردی در زندگی کودک می‌پردازد و کودک باید به انتخاب خود به یکی از دو گزینه بله یا خیر پاسخ دهد. شیوه نمره‌گذاری آزمون به این صورت است که در قسمت اول همان‌طور که گفته شد هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌اند که دامنه نمره بین ۰ تا ۳ را شامل می‌شود و در کل ۱۷ عبارت دامنه نمره فرد بین ۰ تا ۵۱ خواهد بود. نمره کل این آزمون از مجموع نمرات ۱۷ عبارت اول در مورد علائم و نشانگان به دست می‌آید و خط برش تعیین شده ۱۵ است در قسمت دوم پاسخ خیر نمره ۰ و پاسخ بلی نمره ۱ می‌گیرد؛ بنابراین، دامنه این بخش از نمرات

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 آسیب‌روانی از نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه رنج می‌برند. 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. جلسات شامل ۱۶ جلسه درمانی ۱/۵ ساعته هفته‌ای دو بار بود. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱، آورده شده است.

نمراتی که بالاتر از این نقطه باشد حاکی از مشکلات بیشتر در زمینه تنیدگی پس از سانحه خواهد بود. این پرسشنامه هنوز در ایران هنجاریابی نشده است اما در تحقیقی که توسط جابر قادری و همکاران (۲۳) انجام شد از این مقیاس در پژوهش خود استفاده کردند و پایایی آن در نسخه فارسی از طریق آلفای کرونباخ را مطلوب ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند.

۳. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما: برای اجرای درمان از پروتکل «درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما برای کودکان آسیب‌دیده و آزاردیده: راهنمای گام به گام» فیدر و رونان (۱۷) استفاده شد که توسط پژوهشگر ترجمه

جدول ۱) خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما

جلسه	توضیحات و اهداف درمانی
والد/مراقب اول	در این جلسه اطلاعاتی در مورد درمان به والدین/مراقبان ارائه می‌شود، همچنین درمانگر مشارکت و پشتیبانی آنها را تشویق می‌نماید و فرصتی را در اختیار آنها می‌گذارد تا در مورد سوالات، نگرانی‌ها و مسائل خانوادگی بحث کنند. تعامل و آشنایی کودک با درمان: هدف اصلی برقراری رابطه درمانی با کودک، آشنایی با درمان و القای امید است. همچنین، اطلاعات بیشتر جمع‌آوری خواهد شد و هدف‌گذاری صورت خواهد گرفت.
دوم	روابط: شناخت بافت خانواده/مراقبان و شبکه‌های حمایتی کودک. تلاش برای کشف این مطلب که آسیب و سوءاستفاده چه تأثیری بر کودک، اعضای خانواده او و دیگران داشته است.
سوم	برنامه زمانی: بررسی تاریخچه کودک، شامل اطلاعاتی در مورد چیزهای خوب و نه‌چندان خوبی که در زندگی کودک اتفاق افتاده است. 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 چهارم	جلسه‌ای برای ارائه اطلاعات بیشتر در مورد درمان به مراقبان و بحث و بررسی در مورد پیشرفت کودک، معرفی مرحله دوم درمان یعنی مهارت‌های مقابله‌ای و تشویق آنها مشارکت فعال در این مرحله احساسات: کمک به کودک برای شناسایی و مدیریت احساسات، عادی‌سازی طیف وسیعی از احساسات تجربه‌شده توسط کودک.
پنجم	واکنش‌های جسمانی: کمک به کودک در جهت شناسایی واکنش‌های جسمانی مرتبط با آسیب روانی و اضطراب، و معرفی فنون تن آرامی و دیگر راهبردهای دست‌یابی به آرامش
ششم	افکار: کمک به کودک در شناخت نقش افکار در تداوم یا بهبود علائم تنیدگی پس از سانحه، آموزش شیوه‌هایی برای 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. توسعه این راهکارها به مرحله‌ای که کودک بتواند با استفاده از آنها با موقعیت‌های مضطرب کننده کنار بیاید.
هشتم	امتیاز و پاداش: معرفی راهکارهای خودآزمایی و پاداش‌دهی به‌عنوان راهی برای مقابله با شکست فرضی و پذیرش مقابله موفق. مرور و فرمول‌بندی برنامه چهار مرحله‌ای STAR برای استفاده در موقعیت‌های تنش‌زا. آماده‌سازی کودک برای مرحله پردازش رویداد آسیب‌زا.
والد/مراقب نهم	جلسه‌ای برای مرور برنامه STAR و مهارت‌های مقابله‌ای که کودک آموخته است، بررسی تعمیم راهکارهای مقابله‌ای کودک در خانه و در سایر بافت‌ها، و آماده‌سازی مراقبان برای مرحله پردازش رویداد آسیب‌زا. 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 مقابله‌ای.
دهم تا سیزدهم	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. کمک به کودک در انتخاب موضوعات مرتبط با آسیب روانی با استفاده از برنامه زمانی وی برای بررسی و مباحثه، به همراه مواجهه تدریجی با خاطرات مربوط به رویداد آسیب‌زا از خاطرات نسبتاً ناراحت‌کننده تا خاطرات با شدیدترین احساسان ناراحت‌کننده. تمرین به‌کارگیری چهار مرحله برنامه STAR به‌منظور مدیریت علائم و نشانه‌های آسیب
والد/مراقب چهاردهم و پانزدهم	برگزاری جلسه‌ای جهت مرور مرحله پردازش آسیب روانی و بررسی مسائل یا مشکلات خاص و حل مسائل پیش از خاتمه جلسات درمان. ممکن است این جلسه طبق صلاحدید درمانگر برای مراقب و کودک همزمان یا جداگانه برگزار شود. مسائل ویژه: کمک به کودک برای شناسایی، درک و مدیریت هرگونه مسئله خاصی که در ارتباط با تاریخچه آسیب و سوءاستفاده پیش می‌آید. ادامه تمرین برنامه چهار مرحله‌ای STAR و آمادگی برای تکمیل درمان.
شانزدهم	پیشگیری از بازگشت مشکلات و خاتمه درمان: بررسی میزان پیشرفت کودک و برپایی جشن تجلیل از پیشرفت وی در درمان، ارائه برنامه‌ای برای حفظ و تعمیم مهارت‌های تازه آموخته‌شده توسط کودک و خاتمه بخشیدن به رابطه درمانی

در زیر فرمول کوهن  $d$  آورده شده است. کوهن اندازه اثر تا  $0/2$  را کوچک،  $0/2$  تا  $0/5$  را متوسط و  $0/8$  به بالا را بزرگ می‌داند. اندازه اثر با استفاده از مقیاس‌های متفاوتی مورد اندازه‌گیری و بیان می‌شود. اصلی‌ترین و گاه مؤثرترین مقیاس اندازه اثر، میانگین‌های تفاوت است که همیشه مؤثر نیست، اما استاندارد کردن مقیاس اندازه اثر، با استفاده از بیان آن براساس واحد انحراف استاندارد، روشی است که توسط کوهن معرفی شده است (۲۵).

$$d = \frac{M_1 - M_2}{SD_{pooled}}$$

$$SD_{pooled} = \sqrt{\frac{\sum (X_1 - \bar{X}_1)^2 + \sum (X_2 - \bar{X}_2)^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

PND نشان‌دهنده‌ی درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده‌ی متغیر در موقعیت خط پایه قرار دارد نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط پایه وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری دارد. همچنین، هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست. مقدار PND بین ۰ تا ۱۰۰ درصد متغیر است. PND کمتر از ۵۰ درصد نشان‌دهنده‌ی اندازه اثر غیرقابل 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 (۲۶).

#### یافته‌ها

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 بزرگش زندگی می‌کند، والدینش از یکدیگر جدا شده‌اند،

**روند اجرای پژوهش:** در این پژوهش از طرح خط پایه چندگانه برای شرکت‌کنندگان 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 ۱۶ جلسه‌ای 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 مراجعین در مراحل خط پایه، جلسات درمان (چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم)، پیگیری یک، دو و سه‌ماهه، یک و دو ساله مقیاس علائم تنیدگی پس از سانحه در کودکان، مقیاس گزارش والدین از تنیدگی پس از سانحه در کودکان 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 و بعد از اتمام درمان پیگیری درمان در طی یک دوره یک‌ماهه، دو ماهه و سه‌ماهه، یک و دو ساله صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها، درصد داده‌های غیر همپوش<sup>۲</sup> و برای تعیین میزان کارآمدی درمان از درصد بهبودی استفاده شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است (۲۴). برای محاسبه درصد بهبود شرکت‌کنندگان در زمینه علائم بالینی از فرمول زیر استفاده شد. در این فرمول A0 نمره پیش‌آزمون، A1 نمره همان پس‌آزمون در جلسه آخر و  $\Delta A\%$  درصد میزان بهبودی است. در فرمول درصد بهبودی نمره‌ی پیش‌آزمون را از نمره‌ی پس‌آزمون کم نموده و حاصل را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌نماییم.

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} \times 100$$

1. visual analysis
2. percentage of non-overlapping data (PND)

البته به دلیل آن که 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 یک‌بار 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 می‌داد. طبق اظهارات پدر، از همان دوران رفتارها و اخلاق کودک عوض شده و به شدت پرخاشگر شده و مرتب شب‌ها در خواب جیغ می‌زد، بارها شب‌ها با حالت پریشان خواب‌گردی می‌کرد و از پایه اول تحصیلی نمرات درسی‌اش افت محسوس کرده بود. پس از ۶ ماه از دوران جدایی مادر از همسرش به دلیل آنکه کودک مشکلات فراوانی داشته، دوباره والدین کودک باهم ازدواج می‌کنند اما مجدد 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 از اینکه با پسر عمه‌اش روبه‌رو شود، می‌ترسد و از او اجتناب می‌کند و از طرفی بارها والدین رفتارهای جنسی نامتعارف با سن کودک را می‌بینند، خودتحریکی‌های 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 می‌دید 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 مسئله 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

مادر با همسر دومش در شهرستان دیگری زندگی می‌کنند و کودک توسط خاله‌اش برای شکایت در مورد سوءاستفاده جنسی از کودک توسط ناپدری‌اش، به مرکز معاینات بالینی پزشکی قانونی مراجعه کرده بودند. این کودک از ۶ سالگی تا ۹ سالگی مکرراً مورد سوءاستفاده جنسی و جسمی قرار گرفته بود و پس از شکایت خاله کودک قرار مجرمیت برای ناپدری از سوی دادگاه صادر می‌شود. در بیشتر مواقع ناپدری کودک را با خود به بیابان‌های اطراف شهر به بهانه کار می‌برده و 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 هاینم کودک آسیب ندیده است. این کودک به شدت از ناپدری خود متنفر بود و شب‌ها به گفته خودش فکر می‌کرد ناپدری‌اش به سراغش آمده و می‌خواهد دوباره او را مورد اذیت و آزار قرار دهد، کابوس‌های مختلفی با مضمون کشته شدن فجیع مادر و خودش توسط ناپدری 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 ناپدری‌اش اجتناب می‌کرده 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 مسئله سوءاستفاده جنسی را برای خاله کوچکش فاش می‌کند. کودک به شدت احساس شرمندگی و احساس گناه می‌کرد و فکر می‌کرد او مقصر این اتفاقات است همچنین گوش‌به‌زنگی بالایی داشت و با هر صدایی از جا می‌پرید و طبقه گفته مراقبش تمرکز پایینی داشت و سعی می‌کرد راجع به تجربه سوءاستفاده جنسی حرف نزنند. 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 مسئله سوءاستفاده جنسی طولانی مدت پسر عمه کودک از او از سن ۷ سالگی تا ۱۰ سالگی که توسط خود کودک در اواخر سال ۱۳۹۴ افشاشده بود، برای درمان مشکلات متعدد کودک مراجعه کردند که

## جدول ۲) روند تغییر نمرات مقیاس تنیدگی کودک در مراجعین

مرحله	نسخه	مراجع اول	مراجع دوم
خط پایه اول	کودک	۳۵	۳۵
	والد	۴۰	۴۷
خط پایه دوم	کودک	۳۳	۳۱
	والد	۳۸	۴۶
خط پایه سوم	کودک	-	۳۳
	والد	-	۴۶
خط پایه چهارم	کودک	-	-
	والد	-	-
جلسه چهارم درمان	کودک	۲۵	۲۵
	والد	۳۳	۳۸
جلسه هشتم درمان	کودک	۲۳	۱۹
	والد	۲۵	۳۳
جلسه دوازدهم درمان	کودک	۱۲	۱۰
	والد	۱۴	۱۶
جلسه شانزدهم درمان	کودک	۱۰	۷
	والد	۸	۵
پیگیری یک ماهه	کودک	۵	۴
	والد	۸	۵
پیگیری دوماهه	کودک	۵	۶
	والد	۵	۸
پیگیری سه ماهه	کودک	۷	۳
	والد	۵	۴
پیگیری یک ساله	کودک	۷	۴
	والد	۸	۶
پیگیری دوساله	کودک	۵	۶
	والد	۷	۶

کند اما والدین کودک قبول نمی‌کنند. در اولین ملاقات با کودک، کودک ظاهری آشفته داشت مادر در طول مصاحبه به شدت می‌گریست و می‌گفت واقعاً مانده‌ایم با دخترم چه کار کنیم و مدرسه هم امسال او را اخراج کرده است. کودک احساس گناه زیادی داشت و بسیار سعی می‌کرد چیزی از مسئله 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 پژوهش حاضر به بررسی فرضیه‌ی حاضر پرداختیم: درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما منجر به بهبودی معناداری در نشانگان تنیدگی پس از سانحه مراجعین از موقعیت خط پایه به موقعیت مداخله و پیگیری، ۱ ماه و ۲ ماه و ۳ ماه، یک ساله و دوساله شد. پرسشنامه‌ی تنیدگی کودک دارای دو نسخه کودک و والد است که در تجزیه و تحلیل برای هر مراجع، نتایج هر دو نسخه آورده شده است. در جدول ۲ نمرات مراجعین در مقیاس تنیدگی کودک در مراحل مختلف (خط پایه، درمان و پیگیری) در دو نسخه‌ی کودک و والد آمده است.

همان طور که در جدول ۲، دیده می‌شود نمرات تمامی مراجعین نسبت به خط پایه سیر نزولی داشته است و تنیدگی کودک کاهش پیدا کرده است. در ادامه بررسی فرضیه درصد بهبودی مراجعین و اندازه اثر کوهن d در جدول ۳ بیان شده است.

## جدول ۳) درصد بهبودی فراوانی تنیدگی کودک مراجعین

بهبودی کلی	پیگیری دوساله	پیگیری یک ساله	پیگیری سه ماهه	پیگیری دوماهه	پیگیری یک ماهه	مداخله	مراجع	
۸۱	۸۵	۸۰	۸۰	۸۵	۸۵	۷۱	اول	درصد بهبودی
۸۷	۸۲	۸۰	۸۷	۸۷	۸۰	۸۰	اول-والد	
۸۳	۸۲	۸۰	۹۱	۸۲	۸۸	۸۰	دوم	
۸۸	۸۷	۸۷	۹۱	۸۲	۸۹	۸۹	دوم-والد	
-	-	-	-	-	پیگیری	مداخله	مراجع	اندازه اثر
-	-	-	-	-	۲۸/۶۲	۳/۰۲	اول	
-	-	-	-	-	۱۹/۸۴	۲/۹۵	دوم	

همچنین از لحاظ معناداری آماری اندازه‌ی اثر مداخله و پیگیری بالا بود ( $d=۳/۰۲$ ،  $d=۲۸/۶۲$ ). مراجع دوم نیز دارای بالاترین درصد بهبودی می‌باشد و این بهبودی معنادار را در تمامی مراحل مورد بررسی حفظ نموده بود و بهبودی کلی

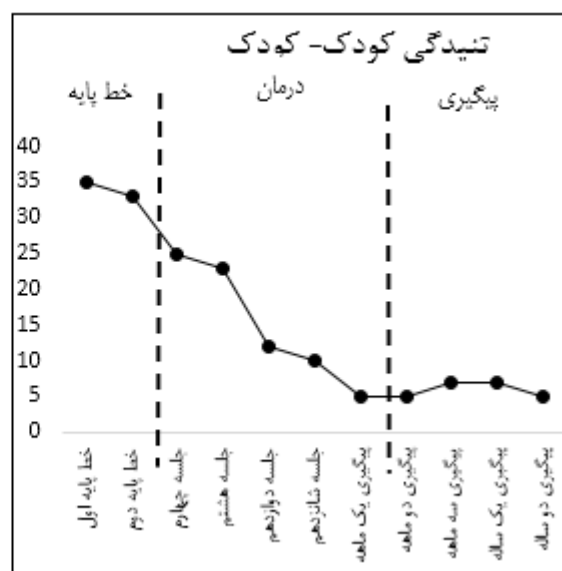
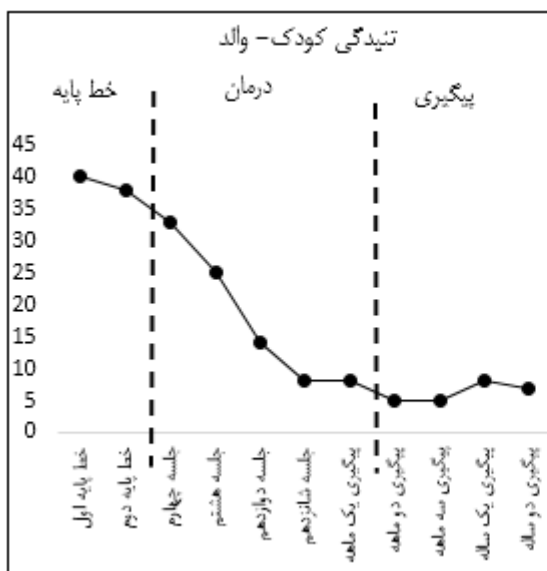
همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مراجع اول در تمامی مراحل مورد بررسی (پس‌آزمون و پیگیری‌ها) به‌طور معناداری تنیدگی‌اش کاهش پیدا کرده بود و بهبودی کلی نیز ۸۱ درصد بود که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان می‌باشد



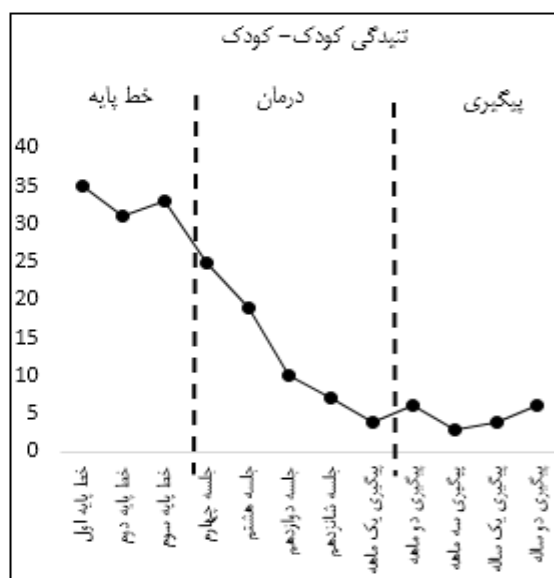
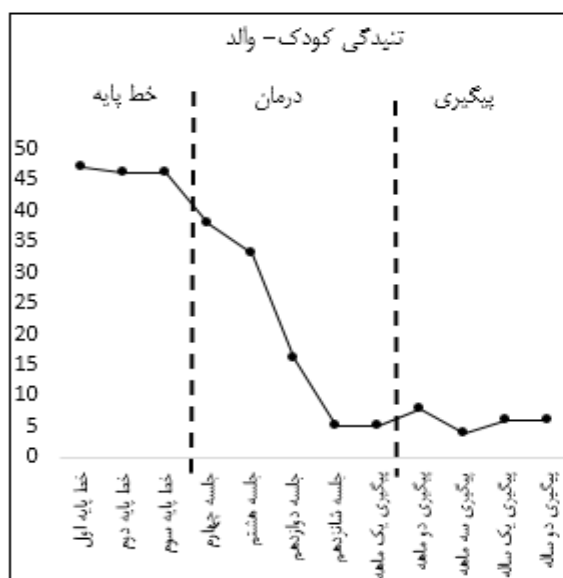
بیمار در درمان ۱۰۰ درصد؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش تنیدگی کودک مؤثر بوده و فرضیه‌ی پژوهش در مورد این مراجع تأیید می‌شود. همچنین در بررسی تنیدگی کودک - والد نتایج نشان داد که درمان برای مراجع اول اثربخش بوده است (PND برای بیمار در درمان ۱۰۰ درصد)؛ بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی داده‌های بین دو موقعیت مجاور (PND) نشان می‌دهد که درمان بر کاهش تنیدگی کودک مؤثر بوده و فرضیه‌ی پژوهش در مورد این مراجع تأیید می‌شود.

نیز ۸۳ درصد می‌باشد و همچنین از لحاظ معناداری آماری اندازه‌ی اثر مداخله و پیگیری بالا بود ( $d=۱۹/۸۴$ ,  $d=۲/۹۵$ ). در ادامه به تحلیل دیداری نمودارها و درصد داده‌های غیر همپوش (PND) پرداخته می‌شود و اثربخشی درمان از طریق تحلیل دیداری نمودارها، تحلیل درون و بین موقعیتی برای هر آزمودنی در تنیدگی کودک مورد بررسی قرار می‌گیرد.

نمودار ۱ نشان داد که تنیدگی کودک-کودک و کودک-والد در مراجع اول پژوهش سیر نزولی داشته و کاهش یافته است درمان برای مراجع اول اثربخش بوده است (PND برای



نمودار (۱) نمودار تنیدگی کودک در مراجع اول



نمودار (۲) نمودار تنیدگی کودک در مراجع دوم

افکار و احساسات ناکارآمد و تنیدگی زایی که سبب اجتناب کودک می‌شود، کمک کرد و مراجعین پژوهش نیز با مشارکت فعال در طول درمان از اجتنابشان کاسته شد. شواهد موجود نشان می‌دهد کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند، باید یاد بگیرند چطور هنگام احساس عدم امنیت از خود مراقبت کنند و چه کارهایی باید انجام دهند؟ این کودکان باید برانگیختگی‌شان را کاهش دهند، مشکلات مربوط به رنجی که دیده‌اند و یا فقدان‌های احتمالی را حل کنند و احساس امنیت کنند و بار دیگر کودک بودن را بیاموزند (۱۷). بر همین اساس استفاده از این درمان که مهارت‌های مقابله‌ای را به کودکان آموزش داد توانست از برانگیختگی فیزیولوژیکی کودک بکاهد.

در مواردی که سوءاستفاده جنسی از کودک در محیط خانه اتفاق می‌افتد، یکی از اهداف درمان می‌تواند اتحاد مجدد خانواده، سلب حق سرپرستی کودک و یا نگهداری او خارج از خانه باشد و به منظور این کار نه تنها اعضای آن بلکه روابط موجود میان اعضا باید تغییر کند (۱). به همین منظور از آنجایی که مراجع اول پژوهش توسط ناپدری‌اش مورد سوءاستفاده قرار گرفته بود، در گام اول و با مشارکت مادر و مراقبین دیگر کودک محل زندگی کودک تغییر کرد و حق دیدن کودک از ناپدری‌اش گرفته شد که همین امر باعث شد کودک دیگر در فضای ناامن خانه‌ای که در آن ناپدری‌اش مرتب از او سوءاستفاده جنسی می‌کرد قرار نگیرد و فرصت سوءاستفاده نیز از مرتکب گرفته شد.

یکی از عناصر شفابخش و مهم درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، روایت تروما و مواجهه تریجی است که مستلزم بازگویی مکرر و ساختار یافته حادثه آسیب‌زاست تا کودک به تدریج در معرض خطرات آسیب‌زا قرار بگیرد. این فرایند برای کاهش واکنش عاطفی کودک نسبت به خاطرات تروما طراحی شده است. درمانگر و خانواده با کمک هم روشی را برای بیان روایت تروما انتخاب می‌کنند، مانند نوشتن داستان، سینی شن نمایش نقاشی و... (۲۸) که در این پژوهش پژوهشگر از مفاهیم استعاری مختلفی استفاده کرد نظیر سینی شن و مینیاتورها با اشکال مختلف، گل رس و همچنین استیکر (برچسب‌های مختلف احساسات) باعث شد تعامل کودک و درمانگر افزایش یابد و در مراحل مواجهه از مقاومت کودک بکاهد، همچنین ادغام این روش‌های

نمودار ۲ نشان داد که تنیدگی کودک-کودک و کودک-والد در مراجع دوم پژوهش سیر نزولی داشته و کاهش یافته است. 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 تنیدگی کودک مؤثر بوده است. همچنین نتایج تنیدگی کودک-والد 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 تنیدگی کودک مؤثر بوده و فرضیه‌ی پژوهش در مورد این مراجع تأیید می‌شود.

### بحث

نتایج پژوهش نشان داد که در تحلیل بین موقعیت‌های مختلف آزمایشی مراجعان این پژوهش 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 و کاهش شدت نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌باشد و این بهبودی در مراحل پیگیری یک، دو و سه‌ماهه، یک و دو ساله تداوم داشت و در هیچ مرحله‌ای مراجعین پژوهش به سطح موقعیت خط پایه برنگشته‌اند؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش تأیید شد؛ همچنین تحلیل کمی و کیفی داده‌های پژوهش نیز نشان‌دهنده‌ی تفاوت معنادار موقعیت‌ها با یکدیگر بود. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های گودمن و همکاران (۱۰)، دبلینگر و همکاران (۱۳)، سلورستون و همکاران (۱۵)، کامه اوکا و همکاران (۱۶)، دبلینگر و همکاران (۱۴)، ملویل و همکارا (۱۱)، همسو می‌باشد.

کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند و نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه دارند بسیار تلاش می‌کنند تا از موقعیت‌هایی که یادآور رویداد مذکور هست یا صحبت در مورد آن اجتناب کنند (۲۷)، با توجه به مؤلفه‌های به کار رفته در درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، درمانگر با تشویق تلاش‌های هر چند کوچک کودکان پاداش‌های کوچک که به‌طور هدفمند در خلال جلسات به کودک داده می‌شد و با گوش دادن فعالانه و به دور از تفسیر و قضاوت و در کمال احترام به کودک در جهت مدیریت

از عناصر مهم درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما آموزش روانی به این کودکان برای شناسایی واکنش‌های بدنی مرتبط با اضطراب و رویداد آسیب‌زاست و همچنین معرفی و آموزش فنون تن‌آرامی و سایر فنون آرمیدگی به اشکال مختلف است (۲۹). بر همین اساس به‌عنوان مثال برای یادگیری فنون تن‌آرامی برای مراجعان این پژوهش علاوه بر آموزش این فنون به شکل ایفای نقش، استفاده از کار برگ‌های مختلف موجود در پروتکل درمانی (۱۷)، توضیح و تمرین این مسئله که افراد مختلف در موقعیت‌های یکسان واکنش‌های بدنی متفاوتی دارند و می‌توان با شناسایی این واکنش‌ها در لحظه «توقف آنی» آنها را متوقف کرد و آرام شد، از کتاب‌های آموزشی نظیر «گره‌های خونسرد، بچه‌های آرام» نیز استفاده شد و با تمرین مرتب این فنون در طی جلسات و همچنین مشارکت دادن والد/مراقب کودک برای یادگیری این فنون و تشویق کودک در منزل برای تمرین این مهارت‌ها، مراجعان در پایان درمان به‌خوبی مهارت‌های آرمیدگی را یاد گرفتند.

با توجه به پژوهش‌ها یکی از واکنش‌های معمول به رویدادهای آسیب‌زا برانگیختگی مفرط است که قبل از مواجهه با رویداد آسیب‌زا موجود نبوده است، مثل کابوس‌های شبانه مکرر و مشکلات خواب در کودکانی که تجارب تنیدگی‌زا مثل سوءاستفاده جنسی دارند (۱۱)، به‌عنوان مثال مراجع دوم این پژوهش مدت‌های زیادی بود که تقریباً هر شب با صدای جیغ از خواب می‌پرد و کابوس‌هایی با مضامین وحشتناک که گاه مرتبط با مسئله سوءاستفاده بود و گاه نامرتب می‌دید و با استفاده از کاربرگ‌های درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (۱۷) و کار روی احساسات و باورهای ناکارآمد کودک در رابطه با رویداد مذکور و استفاده از نقاشی و کشیدن کابوسی که کودک دیده است و بیان کابوس و پردازش آن در محیطی امن و در انتها از بین بردن نقاشی با روش‌های مختلف مثل پاره کردن، آتش‌زدن و تصویرسازی مثبت و خواندن کتاب‌های آموزشی به‌عنوان مثال کتاب «با ترس‌های شبانه کودکان چه کار کنیم؟» به این طریق به کودک آموزش داده شد که بر تجربه ترسناکی که داشت فائق آید.

تمرین‌های سودمند و مکرر موجود در درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما برای بهبود نشانه‌های اختلال تنیدگی پس

بیان‌گرانه می‌تواند به کودکانی که برای روایت کلامی رویداد آسیب‌زایی که تجربه کرده‌اند، مشکلاتی دارند و قادر نیستند آسیبی که اتفاق افتاده را به‌طور کلامی شرح دهند، کمک کند تا با استفاده از روش‌های کمتر کلامی به روایت آسیبی که دیده‌اند بپردازند، به‌عنوان مثال مراجع دوم این پژوهش در جلسات ابتدایی درمان مقاومت بسیار شدیدی در بیان مسئله سوءاستفاده جنسی داشت و به‌محض ورود به این بخش واکنش‌های فیزیولوژیک و رفتارهای اجتنابی از خود نشان می‌داد، اما همین کودک در مواجهه با سینی شن و به‌مرور علاقه‌اش جلب شد و کودکی که در جلسات ابتدایی درمان حتماً بایستی مادرش در اتاق درمان حاضر می‌بود با استفاده از تکنیک‌های کتاب کار (۱۷) و استفاده از سینی شن آرام آرام مقاومتش کاهش پیدا کرد و دیگر تلاشی برای بودن مادر در اتاق نمی‌کرد، در واقع این روش‌ها کودک را تحریک می‌کرد که خود به جستجوی معنای داستان برآید و مهارت‌های حل مسئله را تسهیل می‌کند.

بازی مهمترین شیوه ارتباطی کودکان می‌باشد و استفاده از نمایش عروسکی یا خواندن داستان توجه و علاقه کودک را جلب می‌کند، به‌عنوان مثال شخصیت‌های داستان افکار احساسات و یا رفتارهایشان اگر به کودک شباهت داشته باشند کودک هنگام گوش کردن به داستان ممکن است به شباهت خود با شخصیت داستان پی ببرد (۲۷) به‌عنوان مثال در طی جلسات درمانی مشخص شد مراجع اول این پژوهش بیشتر علاقه‌مند به استفاده از داستان برای یادگیری فنون درمانی همچون مهارت‌های حفظ امنیت بدن بود که همان‌طور که در پروتکل درمانی آمده است می‌توان از کتاب‌ها یا سی‌دی‌های نمایشی برای این کار استفاده کرد (۱۷)؛ بنابراین، درمانگر با استفاده از کتاب‌های مختلف ترجمه شده در ایران نظیر «آنچه دوست داریم کودکان درباره سوءاستفاده بدانند»، «به من دست نزن» و آموزش شماره تلفن ۱۲۳ اورژانس اجتماعی به کودک برای موارد اضطراری، به شکل شعر کوتاه و آهنگینی که کودکان به‌راحتی به خاطر به‌سپردن با این مضمون «یک و دو و سه... کمک برسه» کمک کرد تا مراجعین راحت‌تر و در فضایی امن و شاد این مهارت‌ها را بیاموزند.

از آنجایی که یکی از نشانه‌های اصلی اختلال تنیدگی پس از سانحه بروز واکنش‌های فیزیولوژیک در این افراد است، یکی

## منابع

1. Gil E. Helping abused and traumatized children: Integrating directive and nondirective approaches: Guilford Press; 2006.
  2. Goodyear-Brown P. Handbook of Child Sexual Abuse. Edition F, editor. New Jersey: John Wiley & Sons; 2012.
  3. Hillberg T, Hamilton-Giachritsis C, Dixon L. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2011;12(1):38-49.
  4. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Childhood self-control and adult outcomes: results from a 30-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52(7):709-17.
  5. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders*. 2018;225:306-12.
  6. Sadock BJ, & Sadock, V. A., Ruiz, P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th editor: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
  7. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2009;29(4):328-38.
  8. Pifalo T. Jogging the cogs: Trauma-focused art therapy and cognitive behavioral therapy with sexually abused children. *Art Therapy*. 2007;24(4):170-5.
  9. Stoltenborgh M, Van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*. 2011;16(2):79-101.
  10. Goodman R, Scott S. *Child and adolescent psychiatry*: John Wiley & Sons; 2012.
  11. Melville JD, Kellogg ND, Perez N, Lukefahr JL. Assessment for self-blame and trauma symptoms during the medical evaluation of suspected sexual abuse. *Child abuse & neglect*. 2014;38(5):851-7.
  12. Bigfoot DS, Schmidt SR. Honoring children, mending the circle: cultural adaptation of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for American Indian and Alaska Native children. *Journal of Clinical Psychology*. 2010;66(8):847-56.
  13. Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*. 1996;1(4):310-321.
  14. Deblinger E, Pollio E, Dorsey S. Applying trauma-focused cognitive-behavioral therapy in group format. *Child maltreatment*. 2016;21(1):59-73.
- از سانحه ناشی از سوءاستفاده جنسی و مشارکت والد/مراقب کودکان در درمان، سبب بهبود و کاهش شدت نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه این کودکان شد و نتایج درمانی به خاطر این ممارست‌ها، حتی در پیگیری‌های یک، دو و سه‌ماهه، یک و دوساله نیز تداوم داشت. در پایان می‌توان گفت با توجه به اثربخش بودن درمان در بهبود نشانه‌های اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌توان درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما را برای این کودکان به کار برد. به‌علاوه نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به متخصصین و روانشناسان کمک کند تا در برخورد با این کودکان و با استفاده از تکنیک‌ها و عناصر درمانی به کار رفته در درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما پیامدهای ناشی از رویدادهای آسیب‌زا در این کودکان را کاهش دهند تا این کودکان در آینده با مشکلات احتمالی کمتری روبه‌رو شوند.
- هر پژوهشی محدودیتی دارد از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که این پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند بر روی دختران ۹ تا ۱۲ سال انجام گرفته لذا قابلیت تعمیم‌دهی به کل جامعه را ندارد و توصیه می‌شود درمان مذکور در سنین مختلف کودکان آزموده شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد، همچنین عدم توانایی کنترل کامل برخی متغیرها مانند هوش و روابط خانوادگی کودکان و محیط بیرون از کلینیک از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود.
- پیشنهاد می‌شود 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 با تجربه سوءاستفاده جنسی با سایر رویکردهای درمانی مورد مقایسه قرار گیرد و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با استفاده از گروه‌های سنی خاص کودکان نظیر کودکان خردسال، عناصر درمانی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما مورد ارزیابی قرار گیرد.
- تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی نویسنده اول در دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد. از پزشک محترم بخش معاینات بالینی پزشکی قانونی مشهد بابت مساعدت‌هایشان در این پژوهش کمال تشکر را داریم.

28. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, et al. A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2014;43(3):356-69.
29. Daigneault I, Dion J, Hébert M, Bourgeois C. Mindfulness as mediator and moderator of post-traumatic symptomatology in adolescence following childhood sexual abuse or assault. *Mindfulness*. 2016;7(6):1306-15.
15. Silverstone P, Greenspan F, Silverstone M, Sawa H, Linder J. A complex multimodal 4-week residential treatment program significantly reduces PTSD symptoms in child sexual abuse victims: The Be Brave Ranch. *J Child Adolesc Behav*. 2016;4:275-80.
16. Kameoka S, Yagi J, Arai Y, Nosaka S, Saito A, Miyake W, et al. Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan: a Pilot Study. *International journal of mental health systems*. 2015;9(1):26-31.
17. Feather JS, Ronan KR. *Cognitive behavioural therapy for child trauma and abuse: A step-by-step approach*: Jessica Kingsley Publishers; 2010.
18. Cohen JA, Mannarino AP, Berliner L, Deblinger E. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*. 2000;15(11):1202-23.
19. Feather JS. *Trauma-focused cognitive behavioural therapy for abused children with posttraumatic stress disorder: development and evaluation of manualised treatment programme*: Massey University, Albany, New Zealand; 2007.
20. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KR. The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of clinical child psychology*. 2001;30(3):376-84.
21. Motlagh M, Alaghbandrad J, Shahrivar Z, Arabgol F, Sahebi M. Symptom Profile and Risk Factors of Posttraumatic Stress Disorder in Earthquake-Stricken Children and Adolescents of Bam. *Advances in Cognitive Sciences*. 2005;7(3):65-70.
22. Greenwald R, Rubin A. Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*. 1999;9(1):61-75.
23. Jaber Gaderi N, Babaie A, Nori K, Zadmir N, Nori R, Kazemi MA, Hosseini LE, Sharifi VI, Moradi MA. Frequency of Life Traumatic Events and their Psychological Impacts in 7-15 Years Old Urban Students of Kermanshah City in 2006. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2008;12(2):190-201. [Persian]
24. Naseri E, Sohrabi F, Borjali A, Falsafinejad Mr. The Effectiveness of Dual Focus Schema Therapy in Treatment of Heroine Dependency comorbid with Antisocial Personality Disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2015;5(18):75-97. [Persian]
25. Rice ME, Harris GT. Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and human behavior*. 2005;29(5):615-20.
26. Alresheed F, Hott BL, Bano C. Single Subject Research: A Synthesis of Analytic Methods. *Journal of Special Education Apprenticeship*. 2013;2(1):1-18.
27. Pernicano, P. *Family-focused trauma intervention*: Guilford Press; C2010.